



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: <http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

Від _____ 20__ р. № _____

На № _____ від _____ р.

Державна регуляторна служба України

Міністерство охорони здоров'я України направляє на погодження проект акта Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення», розроблений на виконання пункту 1420 Плану заходів з виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 року № 1106 та підпунктів 5 та 11 пункту 3 Національного плану дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 06 березня 2019 року № 116.

Прийняття проекту акту надасть можливість запровадити сучасні підходи до профілактики, епідеміологічного нагляду та обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги (в тому числі COVID-19) та дозволить запровадити удосконалену систему профілактики інфекцій та інфекційного контролю, епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами (в тому числі COVID-19), пов'язаними з наданням медичної допомоги.

З метою забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення просимо опрацювати проект акта в десятиденний термін.

Додатки:

1. Проект наказу з додатками на 640 арк.
2. Аналіз регуляторного впливу на 22 арк.
3. Повідомлення про оприлюднення на 1 арк.

Заступник Міністра охорони здоров'я України
з питань цифрового розвитку,
цифрових трансформацій і цифровізації

Ярослав КУЧЕР

Галочка
253 82 66

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

26-04.15894/2-21 від 28.05.2021



АССУД "ДСК ПРОС" 3"
Міністерство охорони здоров'я України
1526-04.15894/2-21 від 28.05.2021
КЕП Юрій Якович (044) 253-61-94
545203E276033D701403000075520F0C5EE8B400



312

Державна регуляторна служба України

№ 4560/0/19-21 від 02.06.2021





МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

Київ

№ _____

Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення

Відповідно до абзаців другого, тринадцятого, шістнадцятого, вісімнадцятого статті 6 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», підпункту 1 пункту 1 додатку 3 до Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 410 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1073), підпунктів 5, 11 пункту 3 Національного плану дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 06 березня 2019 року № 116, пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90), з метою забезпечення належної організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити такі, що додаються:

1) Порядок здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги;

2) Порядок профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах;

30012101242001

3) Порядок впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах;

4) Інструкцію з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення;

5) Інструкцію з впровадження адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах;

6) Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи/закладу надання соціальних послуг/соціального захисту населення;

7) Зміни до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України.

2. Визнати такими, що втратили чинність:

1) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 травня 2007 року № 234 «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 21 червня 2007 року за № 694/13961;

2) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 квітня 2012 року № 236 «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 06 червня 2012 року за № 912/21224.

3. Уважати такими, що не застосовуються на території України:

1) наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР від 31 липня 1978 року № 720 «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией»;

2) наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР від 04 серпня 1983 року № 916 «Об утверждении Инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц (отделений)»;

3) наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР від 08 грудня 1989 року № 691 «О профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»;

4) наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР від 03 грудня 1989 року № 654 «О совершенствовании системы учета отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний».

4. Державній установі «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (Родина Р.) забезпечити:

1) координацію та інформаційно-консультативний супровід закладів і установ охорони здоров'я та закладів громадського здоров'я з організації та впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю, покращення гігієни рук, епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги і адміністрування антимікробних препаратів;

2) координацію та інформаційно-консультативний супровід закладів громадського здоров'я з організації та проведення дозорного епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги, і моніторингу споживання антимікробних препаратів;

3) збір, узагальнення, аналіз даних та подання інформації до Міністерства охорони здоров'я України щодо інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги і споживання антимікробних препаратів;

4) розробку рекомендацій щодо планування та організації заходів профілактики і ліквідації спалахів інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги.

5. Національній службі здоров'я України забезпечити розширення функціональних можливостей Реєстру медичних записів, записів про направлення та реценгів в електронній системі охорони здоров'я для внесення до нього записів згідно із нормативно-правовими актами, затвердженими цим наказом.

6. Директорату громадського здоров'я та профілактики захворюваності (Руденко І.) забезпечити подання цього наказу в установленому законодавством порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

7. Контроль за виконанням цього наказу залишаю за собою.

8. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування, крім підпунктів 1, 5 пункту 1, які набирають чинності з 01 січня 2022 року.

Міністр



Віктор ЛЯШКО



ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України
«Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в
закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних
послуг/соціального захисту населення»

1. Мета

Метою прийняття проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення» (далі – проєкт акта) є впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення.

2. Обґрунтування необхідності прийняття акта

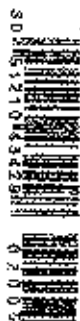
Проект акта розроблено відповідно до абзаців другого, тринадцятого, шістнадцятого, вісімнадцятого статті 6 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», підпункту 1 пункту 1 додатку 3 до Порядку укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 410 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1073), підпунктів 5, 11 пункту 3 Національного плану дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 06 березня 2019 року № 116, пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90).

Відсутність стандартизованих підходів до впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення призводить до зниження якості надання медичних послуг/проведення догляду за пацієнтами в Україні.

Проектом акта запроваджуються сучасні підходи до профілактики, епідеміологічного нагляду та обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Систематичне дотримання правил надання медичної допомоги у взаємозв'язку із забезпеченням готовності до виникнення спалахів, дозволить попередити і зменшити розповсюдження збудників інфекцій та відіграватиме важливу роль в стримуванні зростання стійкості до антимікробних препаратів.

3. Основні положення проєкту акта

Проектом акта запроваджуються стандартизовані підходи до впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах



охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення.

4. Правові аспекти

У даній сфері суспільних відносин діють такі нормативно-правові акти:

Конституція України;

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»;

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;

Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони.

5. Фінансово-економічне обґрунтування

Прийняття та реалізація проекту акта не потребує фінансування з державного або місцевого бюджетів.

У зв'язку з цим, розрахунок необхідних матеріальних і фінансових витрат, їх обсяг та джерела покриття не проводився.

6. Позиція заінтересованих сторін

Проект акта потребує проведення консультацій з громадськістю.

Проект акта не стосується питань функціонування місцевого самоврядування, прав та інтересів територіальних громад, місцевого та регіонального розвитку, соціально-трудової сфери, прав осіб з інвалідністю, функціонування і застосування української мови як державної, тому не потребує погодження із представниками всеукраїнських асоціацій органів місцевого самоврядування чи відповідних органів місцевого самоврядування, уповноваженими представниками всеукраїнських профспілок, їх об'єднань та всеукраїнських об'єднань організацій роботодавців, Уповноваженим Президента України з прав людей з інвалідністю, Урядовим уповноваженим з прав осіб з інвалідністю та всеукраїнських громадських організацій осіб з інвалідністю, їх спілок, Уповноваженим із захисту державної мови.

Проект акта потребує погодження із Державною регуляторною службою України, Міністерством соціальної політики України, Національною академією медичних наук України, Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини та потребує здійснення державної реєстрації в Міністерстві юстиції України.

Проект акта не потребує проведення цифрової експертизи та отримання висновку Мінцифри про проведення цифрової експертизи у зв'язку з тим, що не стосується питань інформатизації, електронного урядування, формування та використання національних електронних інформаційних ресурсів, розвитку інформаційного суспільства, електронної демократії, надання адміністративних послуг.

7. Оцінка відповідності

Проект акта містить положення, що стосуються зобов'язань України у сфері європейської інтеграції. Довідка щодо відповідності зобов'язанням України у сфері європейської інтеграції та праву Європейського Союзу (acquis EC) додається.

Проект акта не містить положень, що стосуються прав та свобод, гарантованих Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод, впливають на забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, містять ризики вчинення корупційних правопорушень та правопорушень, пов'язаних з корупцією, створюють підстави для дискримінації.

Громадська антикорупційна, громадська антидискримінаційна та громадська гендерно-правова експертизи не проводилися.

8. Прогноз результатів

Реалізація проекту акта матиме вплив на заклади охорони здоров'я, всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб - підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, установи/заклади надання соціальних послуг/соціального захисту населення та не впливатиме на розвиток регіонів, підвищення чи зниження спроможності територіальних громад; ринок праці, рівень зайнятості населення; громадське здоров'я, покращення чи погіршення стану здоров'я населення або його окремих груп; екологію та навколишнє природне середовище, обсяг природних ресурсів, рівень забруднення атмосферного повітря, води, земель, зокрема забруднення утвореними відходами, інші суспільні відносини.

Інформація щодо впливу на інтереси заінтересованих сторін:

Заінтересована сторона	Вплив реалізації акту на заінтересовану сторону	Пояснення очікуваного впливу
Підприємці закладів охорони здоров'я /відвідувачі установ/закладів надання соціальних послуг/соціального захисту населення	Позитивний	в короткостроковому періоді можливий негативний вплив за рахунок супротиву до змін, впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю дозволить знизити рівень професійного інфікування, покращить умови праці та дозволить систематично покращувати рівень професійної підготовки працівників.

Заклади охорони здоров'я та установи/заклади надання соціальних послуг/соціального захисту населення	Позитивний	в короткостроковому періоді можавий негативний вплив за рахунок супротиву до змін. Негативний економічний ефект полягає в необхідності закупівлі додаткового обладнання і витратних матеріалів (диспенсери для рідкого мила, спиртовмісних антисептиків для рук, паперових рушників тощо). Впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю дозволить знизити рівень розповсюдженості інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, в тому числі викликаних збудниками з антимікробною резистентністю, знизить використання і споживання антимікробних препаратів, підвищить діагностику і якість мікробіологічних досліджень, надасть можливість оперативно реагувати та застосовувати профілактичні заходи направлені на попередження спалахів інфекційних хвороб, включно серед працівників закладів/установ, тим самим підвищить якість і знизить вартість надання медичної допомоги/проведення догляду за пацієнтами.
Держава	Позитивний	впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю дозволить знизити рівень розповсюдженості інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, в тому числі викликаних збудниками з антимікробною резистентністю, знизить використання і споживання антимікробних препаратів, підвищить діагностику і якість мікробіологічних досліджень, надасть можливість оперативно реагувати та застосовувати профілактичні заходи направлені на попередження спалахів інфекційних хвороб, включно серед працівників закладів/установ, тим самим підвищить якість і знизить вартість надання медичної допомоги/проведення догляду за пацієнтами. Впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю посилює готовність закладів та установ до протидії надзвичайним ситуаціям в сфері громадського здоров'я, в тому числі пандемії.

Міністр
охорони здоров'я України



Віктор ЛЯШКО

«___» _____ 2021 р.

АНАЛІЗ РЕГУЛЯТОРНОГО ВПЛИВУ

проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах соціального захисту/надання соціальних послуг»

I. Визначення проблеми

Інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги (далі – ІПНМД), зустрічаються у всіх країнах, незалежно від рівня їх розвитку. Від ІПНМД страждають пацієнти, медичні працівники та відвідувачі закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) та/або установ/закладів соціального захисту/надання соціальних послуг (далі – ЗСЗ). Джерелом ІПНМД можуть бути люди, що знаходяться в ЗОЗ/ЗСЗ, у деяких випадках ІПНМД пов'язані з використанням медичних інструментів або виконанням медичних процедур. Крім того, ІПНМД можуть бути результатом передавання збудника від пацієнта до пацієнта, які знаходяться в ЗОЗ/ЗСЗ. При недотриманні вимог профілактики інфекцій та інфекційного контролю, ЗОЗ/ЗСЗ стає «розсадником» інфекції, що призводить до її поширення як в самому ЗОЗ/ЗСЗ, так і поза його межами. ІПНМД зазвичай протікає тяжче за основне захворювання, збільшує тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі та призводить до надмірного використання ресурсів ЗОЗ/ЗСЗ (фінансових і людських).

За даними Європейського центру по контролю захворюваності, щороку в країнах Європейського регіону реєструється близько 27 тисяч смертей від ІПНМД, викликаних мікроорганізмами з резистентністю. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), даний показник в світі становить понад 700 тисяч померлих на рік.

Відповідно до даних ВООЗ, в середньому кожен десятий пацієнт інфікується при отриманні медичної допомоги в стаціонарних умовах, причому цей показник різниться в залежності від рівня доходів на душу населення в країні. Так, в країнах з високим доходом, розповсюдженість ІПНМД в стаціонарних ЗОЗ становить від 3% до 5%, а з низьким – від 10% до 15%. Враховуючи, що в Україні за 2019 рік було госпіталізовано 7,4 мільйонів осіб, розрахунково на ІПНМД захворіли близько 740 тисяч пацієнтів. Відповідно до даних Центру по контролю захворюваності США (далі – ЦКЗ), кожен десятий пацієнт, який захворів на ІПНМД, помирає (детальність становить близько 10%), а отже в 2019 році від ІПНМД померло близько 74 тисяч осіб. За даними ЦКЗ, кожен випадок ІПНМД в середньому призводить до чотирьох додаткових днів, проведених пацієнтом на ліжку (ліжко-днів), тобто загалом у всіх ЗОЗ України пацієнти вимушено через ІПНМД провели 2,96 мільйонів ліжко-днів, що спричинило додаткові витрати обмежених ресурсів ЗОЗ, таких як фінансові і кадрові ресурси, рівень зношеності обладнання, додаткові витрати на витратні матеріали і комунальні платежі тощо.

В Україні, станом на 2018 рік показник розповсюдженості ІПНМД становив 0,04%, на 2019 рік – 0,035%, що вказує на відсутність епідеміологічного нагляду за

ІПНМД в ЗОЗ, які надають стаціонарну медичну допомогу. Даний факт підтверджується забезпеченістю ЗОЗ епідеміологами – станом на 2018 рік «госпітальних» епідеміологів налічувалося 361, при більш ніж 1500 ЗОЗ.

Вже на сьогодні, на боротьбу з антимікробною резистентністю (далі – АМР) країни Європи, за даними Європейського економічного союзу, витрачають щонайменше 1,1 мільярдів євро на рік, а впровадження комплексних заходів (профілактика інфекцій та інфекційний контроль, включно з гігієною рук, і адміністрування антимікробних препаратів) дозволяє зменшити видатки на надання медичної допомоги на душу населення на близько 3 євро в рік. В країнах Європейського економічного союзу, за даними 2015 року, серед 671 689 випадків інфекційних хвороб, викликаних збудниками з АМР, 63,5% асоційовані з наданням медичної допомоги. При цьому, відсутність впровадженої профілактики інфекцій та інфекційного контролю в ЗОЗ призводить до підвищення вартості послуг на 30%, збільшення селекції АМР та тривалості перебування в пацієнтів в ЗОЗ на 11 діб.

За даними ЦКЗ, щороку в США реєструється понад 2,8 мільйонів інфекційних хвороб, викликаних мікроорганізмами з АМР, які призводять до смерті понад 35 тисяч пацієнтів. Крім того, протягом 2017 року зареєстровано майже 224 тисячі інфекційних хвороб, викликаних *Clostridioides difficile* (далі – КДІ), які спричиняли майже 13 тисяч летальних випадків (основною причиною розвитку КДІ є нерациональне використання антибіотиків в гуманній і у ветеринарній медицині).

За даними ЦКЗ та Оксфордського університету в 2017 році лікування ІПНМД в 722 ЗОЗ США коштувало від 4,1 до 5,1 мільярдів доларів США, причому вартість лікування одного випадку в середньому (залежно від збудника ІПНМД) становила від 31 до 74 тисяч доларів США.

За даними ВООЗ, 45-70% антимікробних препаратів, в першу чергу антибіотиків, призначаються нерационально, що призводить до розповсюдження збудників з АМР, надмірних витрат ЗОЗ на закупівлю антимікробних лікарських засобів, збільшення тривалості перебування пацієнтів в стаціонарних умовах і загального виснаження ресурсів системи охорони здоров'я.

Враховуючи, що до ІПНМД відноситься професійне інфікування медичних працівників, показовим буде порівняння випадків захворювання на COVID-19 серед медичних працівників в Україні та світі. Так, станом на травень 2020 року, середній відсоток медичних працівників серед захворілих на нову коронавірусну хворобу в світі становив 3,9%, в Україні – 19,5%. Станом на кінець березня 2021 року за даними ЦКЗ цей показник становив 1,5%, в Україні – близько 4%.

За період 2015-2019 рр. захворюваність на туберкульоз (нові випадки і рецидиви) працівників протитуберкульозних закладів в середньому становила 22,1 на 10 тисяч працівників (близько 50 випадків щороку). Цей показник майже втричі перевищує захворюваність на туберкульоз серед загального населення та вказує на

неефективність впровадження заходів з інфекційного контролю за туберкульозом. Згідно з даними ВООЗ, у країнах із низьким та середнім рівнем доходу 54% медичних працівників мають латентний туберкульоз, що в 25 разів перевищує показник у загальній популяції. Стратегія ВООЗ щодо боротьби з туберкульозом, затверджена Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у 2014 році (далі – Стратегія), передбачає зменшення смертності від туберкульозу на 90% і зменшення рівня захворюваності на туберкульоз на 80% до 2030 року. При цьому Стратегія наголошує на необхідності впровадження всіх заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, в тому числі інфекційного контролю за туберкульозом, що мають життєво важливе значення для зменшення ризику передавання *M. tuberculosis* за рахунок зменшення концентрації інфекційного аерозолу у повітрі та його впливу на сприйнятливих осіб.

На сьогоднішній день, термін «інфекційний контроль» та заходи з інфекційного контролю визначаються в основному у підзаконних актах – наказах Міністерства охорони здоров'я України, які затверджуються щодо окремих інфекційних захворювань (ВІЛ, туберкульоз та карантинні інфекційні захворювання), окремих видів медичної допомоги за спеціальностями та/або медичних процедур (клінічні протоколи та стандарти, інструкції), облікової документації та звітності, акредитації та ліцензування, державних санітарних норм і правил. Половина наказів Міністерства охорони здоров'я України (17 з 33) пройшли державну реєстрацію у Міністерстві юстиції України.

До основних підзаконних нормативно-правових актів, які свідчать про стап формування та реалізації державної політики з питань інфекційного контролю, можна віднести наступні:

1. акти Кабінету Міністрів України:

1) розпорядження Кабінету Міністрів України:

від 06 березня 2019 року № 116-р «Про затвердження Національного плану дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів»;

від 30 листопада 2016 року № 1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я»;

від 27 листопада 2019 року № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року»;

від 20 січня 2016 року № 94-р «Про визнання такими, що втратили чинність, та такими, що не застосовуються на території України, актів санітарного законодавства»;

2) постанови Кабінету Міністрів України:

від 25 березня 2015 року № 267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України»;

від 25 жовтня 2017 року № 1106 «Про виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і її членами, з іншої сторони» (План заходів);

від 25 квітня 2018 року № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»;

від 2 березня 2016 року № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»;

2. інші нормативно-правові акти:

1) наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23 листопада 2007 року № 740/1030/4154/321/614а, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26 грудня 2007 року за № 1405/14672, «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»;

2) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 травня 2000 року № 120, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 14 листопада 2000 року за № 819/5040, «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»;

3) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 листопада 2013 року № 955, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20 листопада 2013 року за № 1978/24510 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків»;

4) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 березня 2015 року № 148, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 03 квітня 2015 року за № 377/26822 «Про затвердження Порядку підтвердження зв'язку зараження ВІЛ-інфекцією з виконанням працівником своїх професійних обов'язків»;

5) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 № 287, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 року за № 408/33379 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз»;

6) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 грудня 2014 року № 1039 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)»;

7) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 червня 2019 року № 1292 «Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції»;

8) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 грудня 2009 року № 971 «Про затвердження тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження інфекційного контролю у лікувально-профілактичних установах для запобігання ураження пандемічним вірусом грипу А (H1N1 2009)»;

9) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 листопада 2002 року № 429 «Про впровадження в практику установ та закладів охорони здоров'я, санітарно-епідеміологічних установ методичних вказівок з епідеміологічного нагляду за пріонними інфекціями»;

10) постанова Головного державного санітарного лікаря України від 12 травня 2003 року № 16 «Про затвердження методичних вказівок «Організація та проведення первинних заходів при виявленні хворого (трупа) або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології»;

11) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2013 року № 460 «Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій»;

12) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 квітня 2012 року № 236, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 06 червня 2012 року за № 912/21224, «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів»;

13) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 травня 2007 року № 234, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 21 червня 2007 року за № 694/13961 «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах»;

14) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 квітня 2014 року № 293, затверджений в Міністерстві юстиції України 28 травня 2014 року за № 556/25333 «Про затвердження Інструкції зі збору, сортування, транспортування, зберігання, дезінфекції та прання білизни у закладах охорони здоров'я»;

15) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 жовтня 1993 року № 223 «Про збір, знезараження та здачу використаних медичних виробів одноразового застосування із пластичних мас»;

16) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2010 року № 221 «Про затвердження Методичних рекомендацій «Очищення, дезінфекція та стерилізація наркозно-дихальної апаратури»;

17) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 липня 2013 року № 662 «Про затвердження Методичних рекомендацій «Порядок збору, транспортування та зберігання матеріалу для дослідження методом полімеразної ланцюгової реакції»;

18) наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР від 02 вересня 1987 року № 28-6/34 «Методические указания по эпидемиологическому надзору за внутрибольничными инфекциями»;

19) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 вересня 2010 року № 798 «Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу»;

20) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 травня 2006 року № 275, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 31 травня 2006 року за № 642/12516, «Про затвердження Інструкції із санітарно-протиепідемічного режиму аптечних закладів»;

21) наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР від 04 липня 1983 року № 916 «Об утверждении Инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц (отделений)»;

22) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 8 червня 2006 року за № 686/12560, «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення»;

23) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 березня 2011 року № 142, в Міністерстві юстиції України 06 червня 2011 року за № 678/19416 «Про вдосконалення акредитації закладів охорони здоров'я»;

24) наказ Міністерства соціальної політики України від 29 листопада 2018 року № 1804, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2018 року за № 1494/32946, «Про затвердження Мінімальних вимог безпеки і охорони здоров'я при використанні працівниками засобів індивідуального захисту на робочому місці»;

25) наказ Державного комітету України з промислової безпеки, охорони праці та гірничого нагляду від 16 квітня 2009 року № 62, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 травня 2009 року за № 424/16440 «Про затвердження Норм безплатної видачі спеціального одягу, спеціального взуття та інших засобів індивідуального захисту працівникам загальних професій різних галузей промисловості»;

26) наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами».

Більшість з наведених нормативно-правових актів застрілі, направлені на певний вид медичної допомоги і не системні (не містять інструкцій щодо розбудови профілактики інфекцій та інфекційного контролю).

Системне спостереження за правилами безпечного надання медичної допомоги, шляхом забезпечення готовності до протидії спалахам інфекційних хвороб, дозволяє попередити та/або зменшити поширення мікроорганізмів, збудників інфекційних хвороб, та відіграє ключову роль у протидії поширенню АМР. Крім того, відповідно до вимог Міжнародних медико-санітарних правил (2005 рік), країни-підписанти зобов'язані розробити і впровадити заходи щодо забезпечення раннього виявлення та контролю подій з потенційним ризиком розвитку надзвичайної ситуації в сфері громадського здоров'я, що мають міжнародне значення. ЗОЗ – перша лінія з виявлення, реагування та недопущення розповсюдження інфекційних хвороб. Впровадження епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, в тому числі ІПНМД, на базі ЗОЗ, які надають стаціонарну медичну допомогу, в координації з національним закладом громадського здоров'я, що відповідає за епідеміологічний нагляд та біологічну безпеку, дозволяє ефективно реагувати на інфекційні загрози.

Показники існування та масштабу проблеми

Назва показника	Одиниця виміру	Значення	Джерело даних
Розповсюдженість ІПНМД в країнах з низьким рівнем доходу	%	10	ВОЗ
Розповсюдженість ІПНМД в Україні	%	0,035	Центр медичної статистики МОЗ України
Економія витрат на медичне обслуговування населення	євро на душу населення на рік	3	Європейський економічний союз
Медичних працівників серед захворілих на COVID-19 в світі (травень 2020 року)	%	3,9	Bandyopadhyay S, Baticulon RB, Kadhum M, et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic reviewBMJ Global Health 2020;5:e003097.
Медичних працівників серед захворілих на COVID-19 в Україні (травень 2020 року)	%	19,5	МОЗ України
Захворюваність працівників протитуберкульозних закладів на туберкульоз	осіб на 10 тисяч	22,1	Центр медичної статистики МОЗ України

Недосконалість системи профілактики інфекцій та інфекційного контролю в Україні загалом і в ЗОЗ/ЗСЗ зокрема вказує на критичну важливість вдосконалення підходів до впровадження заходів, в тому числі гігієни рук, епідеміологічного нагляду за ІПНМД та АМР, адміністрування антимікробних препаратів.

Причини виникнення проблеми:

- 1) система фінансування «за ліжком», а не за медичну послугу;
- 2) зовнішній контроль санітарно-гігієнічних вимог і правил, за відсутності ефективних інструментів внутрішнього моніторингу і оцінки.

Основні групи (підгрупи), на які проблема справляє вплив:

Група (підгрупа)	Так	Ні
Держава	+	-
Громадяни	+	-
Суб'єкти господарювання	+	-
у тому числі суб'єкти малого підприємництва	+	-

Врегулювання зазначених проблемних питань не може бути здійснено за допомогою:

- 1) ринкових механізмів, оскільки такі питання регулюються виключно нормативно-правовими актами;
- 2) діючих регуляторних актів, оскільки чинним законодавством порушені питання не врегульовані.

II. Цілі державного регулювання

Метою даного проекту акта є нормативне врегулювання організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в ЗОЗ/ЗСЗ.

Цілі державного регулювання безпосередньо пов'язані з розв'язанням проблеми:

- 1) забезпечення організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в ЗОЗ/ЗСЗ;
- 2) забезпечення організації епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги;
- 3) забезпечення організації профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги;
- 4) забезпечення організації впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення;
- 5) забезпечення організації адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я;
- 6) встановлення єдиних вимог до порядку створення та організації роботи відділу з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи/закладу надання соціальних послуг/соціального захисту населення, визначення його завдань та функцій;
- 7) зниження рівня професійного інфікування медичних працівників під час проведення догляду за пацієнтами, в тому числі коронавірусом SARS-CoV-2 і збудником туберкульозу;

8) визначення базового показника інфікування пацієнтів під час надання стаціонарної медичної допомоги (рівня розповсюдженості ІПНМД) і впровадження відповідних заходів, з метою його зниження.

III. Визначення альтернативних способів

1. Визначення альтернативних способів

Вид альтернативи	Інструменти регулювання, що застосовуються або пропонується застосувати
Альтернатива 1 (існуюча ситуація)	Нормативно-правове регулювання (наведено в розділі I цього Аналізу регуляторного впливу).
Альтернатива 2	Нормативно-правове регулювання (затвердження наказу Міністерства охорони здоров'я України), що передбачає затвердження комплексу нормативно-правових актів, внесення змін в існуючі і відміну деяких застарілих наказів Міністерства охорони здоров'я України, з метою врегулювання профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах соціального захисту/надання соціальних послуг.
Альтернатива 3	Нормативно-правове регулювання (затвердження наказу Міністерства охорони здоров'я України), що передбачає затвердження Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах соціального захисту/надання соціальних послуг, з метою врегулювання покращення дотримання гігієни рук під час проведення догляду за пацієнтами.

2. Оцінка вибраних альтернативних способів досягнення цілей

Оцінка впливу на сферу інтересів держави

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1 (існуюча ситуація)	Вигоди відсутні. Ситуація залишиться на існуючому рівні.	Розрахункова кількість пацієнтів з ІПНМД на рік – 740 000 осіб. Прогнозовані витрати на лікування пацієнтів з ІПНМД на рік за програмою медичних гарантій – 3,38 мільярдів гривень (з розрахунку на базову ставку 4 563,64 гривні за пролікований випадок на 2021 рік). Прогнозовані додаткові смерті на рік – 74 000 осіб.
Альтернатива 2	Впровадження заходів з профілактики	Проведення дозорного

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
	інфекцій та інфекційного контролю (гігієна рук, профілактика та епідеміологічний нагляд за ІПНМД) в довгостроковій перспективі дозволить знизити прогнозований рівень інфікування в ЗОЗ (розповсюдженість ІПНМД) до 3-5% від кількості госпіталізованих пацієнтів. Значне зменшення витрат на лікування пацієнтів з ІПНМД (програма медичних гарантій). Забезпечення моніторингу (аналіз даних) споживання антимікробних препаратів.	епідеміологічного нагляду за ІПНМД та використанням антимікробних препаратів – 760 492,8 гривень кожні 5 років. Проведення моніторингу споживання антибактеріальних препаратів групи резерву – 48 384 гривень на рік. Прогнозовані витрати на лікування пацієнтів з ІПНМД на рік за програмою медичних гарантій – 1,15-1,69 мільярдів гривень (з розрахунку на базову ставку 4 563,64 гривні за пролікований випадок на 2021 рік). Розрахункова економія складе 1,69-2,23 мільярдів гривень. Прогнозовані додаткові смерті на рік – 22 200-37 000 осіб. Зниження розрахункової кількості додаткових смертей – 37 000-51 800 осіб.
Альтернатива 3	Впровадження заходів з покращення гігієни рук в коротко- і середньостроковій перспективі дозволить знизити прогнозований рівень інфікування в ЗОЗ контактним шляхом (розповсюдженість ІПНМД). Зменшення витрат на лікування пацієнтів з ІПНМД (програма медичних гарантій).	Відсутні. Прогнозовані витрати на лікування пацієнтів з ІПНМД на рік та кількості прогнозованих додаткових смертей розрахувати неможливо без достовірних даних щодо розповсюдженості кожного з видів ІПНМД, так як дотримання правил і практик гігієни рук має різну ефективність в профілактиці різних ІПНМД (від 15% до 70%).

Оцінка впливу на сферу інтересів громадян

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1 (існуюча ситуація)	Вигоди відсутні. Ситуація залипиться на існуючому рівні.	Високий рівень ризику інфікування під час отримання догляду. Оцінити витрати громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті витрати, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інші.

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 2	Зниження рівня ризику інфікування під час отримання догляду. Оцінити вигоди громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті вигоди, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше, які не настали.	Відсутні.
Альтернатива 3	Зниження рівня ризику інфікування під час отримання догляду. Оцінити вигоди громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті вигоди, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше, які не настали.	Відсутні.

Оцінка впливу на сферу інтересів суб'єктів господарювання

Показник	Великі	Середні	Малі	Мікро	Разом
Кількість суб'єктів господарювання, що підпадають під дію регулювання, одиниць	295	1049	9244	14906	25494
Питома вага групи у загальній кількості, відсотків	1,1%	4,1%	36,3%	58,5%	100%

У 2020 році, згідно з даними Державної служби статистики України, діяльність з медичної практики здійснювали 25494 ФОП та фізичних осіб-підприємців, які одержали відповідну ліцензію. Дані наведені без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, міста Севастополя та частини зони проведення операції об'єднаних сил.

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 1 (існуюча ситуація)	Вигоди відсутні. Ситуація залишиться на існуючому рівні.	Додатково перебування пацієнта у стаціонарі через ІПНМД – 2,96 мільйонів ліжко-днів, що становитиме додаткове навантаження як на ліжковий фонд, так і на ресурси ФОП (фінансові, кадрові, знаності, обладнання, витратні матеріали, комунальні платежі тощо).

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
Альтернатива 2	Зниження кількості додаткових днів перебування пацієнта на ліжку через ІІНМД, внаслідок зниження загальної частки інфікованих в ЗОЗ до 3-5%, знизить додаткове навантаження як на ліжковий фонд, так і на ресурси ЗОЗ (фінансові, кадрові, зношеність обладнання, витратні матеріали, комунальні платежі тощо).	Витрати на впровадження заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю розділяються на коротко-, середньо- та довгострокові. До короткострокових витрат відносяться: 1) витрати на пошук та найм додаткових працівників (керівник відділу з інфекційного контролю (далі - ВІК), епідеміолог, координатори з навчання і підготовки, гігієни рук та адміністрування антимікробних препаратів, статистик - для стаціонарних ЗОЗ, керівник ВІК та інструктор з гігієни рук - амбулаторно-поліклінічні ЗОЗ та ЗСЗ); 2) навчання і підготовку працівників ВІК; 3) проведення базового оцінювання ЗОЗ/ЗСЗ; 4) облаштування окремого приміщення та закупівлю обладнання (наприклад, комп'ютер, принтер, сканер, програмне забезпечення, телефон). До середньострокових витрат відносяться: 1) приведення у відповідність до вимог профілактики інфекцій та інфекційного контролю приміщень ЗОЗ/ЗСЗ (наприклад, обладнання рукомийником кожної палати/кімнати перебування пацієнтів, оснащення рукомийників диспенсерами для рідкого мила, спиртовмісного антисептика і одноразових паперових рушників); 2) розробка і розповсюдження серед працівників стандартних операційних процедур; 3) навчання, підготовка і перевірка знань працівників;

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
		4) моніторинг і оцінка впроваджуваних заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, в тому числі епідеміологічний нагляд за ІПНМД, що потребує підтримки (закупівля обладнання і витратних матеріалів) мікробіологічної лабораторії. До довгострокових витрат відносяться: 1) приведення у відповідність приміщень ЗОЗ/ЗСЗ до вимог профілактики інфекцій та інфекційного контролю (наприклад, капітальний ремонт приміщень, побудова центрального стерилізаційного відділення або пральні, облаштування палат захисної ізоляції пацієнтів та/або ізоляції пацієнтів з аерогенними інфекціями); 2) побудова водочисних споруд; 3) встановлення в ЗОЗ механічної вентиляції тощо.
Альтернатива 3	Зниження кількості додаткових днів перебування пацієнта на ліжку через ІПНМД, внаслідок зниження загальної частки інфікованих контактним шляхом в ЗОЗ, знизить додаткове навантаження як на ліжковий фонд, так і на ресурси ЗОЗ (фінансові, кадрові, зношеність обладнання, витратні матеріали, комунальні платежі тощо).	Витрати на впровадження заходів з покращення гігієни рук розділяються на коротко- та середньострокові. До короткострокових витрат відносяться: 1) витрати на пошук та найм додаткових працівників (керівник ВІК-координатор з гігієни рук та інструктор(и)); 2) навчання і підготовку працівників ВІК; 3) проведення базового оцінювання ЗОЗ/ЗСЗ; 4) облаштування окремого приміщення та закупівлю обладнання (наприклад, комп'ютер, принтер, сканер, програмне забезпечення, телефон). До середньострокових витрат відносяться:

Вид альтернативи	Вигоди	Витрати
		1) приведення у відповідність приміщень ЗОЗ/ЗСЗ (наприклад, обладнання рукомийником кожної палати/кімнати перебування пацієнтів, оснащення рукомийників диспенсерами для рідкого мила, спиртовмісного антисептика і одноразових паперових рушників); 2) розробка і розповсюдження серед працівників стандартних операційних процедур; 3) навчання, підготовка і перевірка знань працівників; 4) моніторинг і оцінка впроваджуваних заходів з гігієни рук.

IV. Вибір найбільш оптимального альтернативного способу досягнення цілей

За результатами опрацювання альтернативних способів досягнення цілей державного регулювання здійснено вибір оптимального альтернативного способу з урахуванням системи бальної оцінки ступеня досягнення визначених цілей. Вартість балів визначається за чотирибальною системою оцінки ступеня досягнення визначених цілей, де:

4 - цілі прийняття регуляторного акта, які можуть бути досягнуті повною мірою (проблема більше існувати не буде);

3 - цілі прийняття регуляторного акта, які можуть бути досягнуті майже повною мірою (усі важливі аспекти проблеми існувати не будуть);

2 - цілі прийняття регуляторного акта, які можуть бути досягнуті частково (проблема значно зменшиться, деякі важливі та критичні аспекти проблеми залишаться невирішеними);

1 - цілі прийняття регуляторного акта, які не можуть бути досягнуті (проблема продовжує існувати).

Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми)	Бал результативності (за чотирибальною системою оцінки)	Коментарі щодо присвоєння відповідного балу
Альтернатива 1	1	Дана альтернатива не забезпечує потреби у розв'язанні проблеми та досягненні встановлених цілей. Переваги відсутні. Така альтернатива не сприятиме досягненню цілей державного регулювання. Залишаються проблеми, зазначені в розділі 1 Аналізу.
Альтернатива 2	4	Така альтернатива є найбільш оптимальною.

Рейтинг результативності (досягнення цілей під час вирішення проблеми)	Бал результативності (за чотирьохбальною системою оцінки)	Коментарі щодо присвоєння відповідного балу
		оскільки удосконалив профілактику інфекцій та інфекційний контроль в ЗОЗ і ЗСЗ, а саме: 1) сприятиме впровадженню профілактики інфекцій та інфекційного контролю комплексно (гігієна рук, профілактика ІПНМД, епідеміологічний нагляд за ІПНМД, адміністрування антимікробних препаратів); 2) дозволить проводити оцінку впроваджуваних заходів вчасі; 3) сприятиме формуванню культури безпеки; 4) дозволить отримувати порівнювані дані щодо рівня розповсюдженості ІПНМД та мікроорганізмів з резистентністю на національному рівні; 5) дозволить отримувати порівнювані дані щодо споживання антимікробних препаратів. Перевага даної альтернативи полягає в тому, що прийняття проекту наказу повною мірою вирішує проблему.
Альтернатива 3	2	Така альтернатива є допустимою, оскільки удосконалив профілактику інфекцій та інфекційний контроль в ЗОЗ і ЗСЗ шляхом впровадження заходів з покращення гігієни рук. Перевага даної альтернативи полягає в тому, що прийняття проекту наказу частково вирішує проблему, а саме в частині щодо покращення гігієни рук в ЗОЗ і ЗСЗ (за даними ВОЗ і Центру по контролю за захворюваністю США, при 90% дотриманні правил і практик миття рук медичними працівниками досягається зниження рівня ІПНМД з контактним шляхом інфікування (наприклад, катетер-асоційовані інфекції кровотоку та сечовипісних шляхів, вентилятор-асоційовані пневмонії) на 70%). Однак, альтернативою не передбачений комплексний підхід до впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю, що не дозволить досягти довгострокових цілей і формування культури безпеки.

Рейтинг результативності

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
Альтернатива 2	Держава: Впровадження заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю (гігієна рук, профілактика та епідеміологічний нагляд за ІПНМД) в довгостроковій перспективі дозволить знизити прогнозований рівень інфікування в ЗОЗ (розповсюдженість ІПНМД) до 3-5% від кількості	Держава: Витрати передбачені програмою медичних гарантій. Додаткового фінансування потребує збір даних щодо споживання антимікробних препаратів та проведення дозорного епідеміологічного нагляду за ІПНМД в ЗСЗ, що надають стаціонарну медичну допомогу.	Така альтернатива є найбільш оптимальною, оскільки удосконалив профілактику інфекцій та інфекційний контроль в ЗОЗ і ЗСЗ.

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
	госпіталізованих пацієнтів. Громадяни: Оцінити втрати громадян неможливо, так як неможливо оцінити в чиселі або еквіваленті втрати, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше, які не настали. Суб'єкти господарювання: Відсутність додаткових днів перебування пацієнта на ліжку через ІНМД, внаслідок зниження загальної частки інфікованих в ЗОЗ до 3-5%, знижує додаткове навантаження як на ліжковий фонд, так і на ресурси ЗОЗ (фінансові, кадрові, знання, обладнання, витрати матеріалів, комунальні платежі тощо).	Сумарні витрати, грн.: 52 577,28 на рік (обробка і аналіз даних споживання антимікробних препаратів) та 760 492,8 один раз на п'ять років (проведення дозорного епідеміологічного нагляду за ІНМД та використанням АМП). Громадяни: Відсутні. Суб'єкти господарювання: Витрати: Витрати на впровадження заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю розділяються на коротко-, середньо- та довгострокові. До короткострокових витрат відносяться: 1) витрати на пошук та працевлаштування додаткових працівників (керівник відділу з інфекційного контролю (далі - ВІК), епідеміолог, координатори з навчання і підготовки, гігієни рук та адміністрування антимікробних препаратів, статистик - для стаціонарних ЗОЗ, керівник ВІК та інструктор з гігієни рук - амбулаторно-поліклінічні ЗОЗ та ЗОЗ); 2) навчання і підготовку працівників ВІК; 3) проведення базового оцінювання ЗОЗ/ЗСЗ; 4) облаштування окремого приміщення та закупівлю обладнання (наприклад, комп'ютер, принтер, сканер, програмне забезпечення, телефон). До середньострокових витрат відносяться: 1) приведення у відповідність до вимог профілактики інфекцій та інфекційного контролю приміщень ЗОЗ/ЗСЗ (наприклад, обладнання рукомийником кожної палати/кімнати перебування пацієнтів, оснащення рукомийників диспенсерами для рідкого мила, спиртовмісного антисептика і одноразових паперових рушників); 2) розробка і розповсюдження серед	

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
		працівників-стандартих операційних процедур; 3) навчання, підготовка і перевірка знань працівників; 4) моніторинг і оцінка впроваджуваних заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, в тому числі епідеміологічний нагляд за ІПНМД, що потребує підтримки (закупівля обладнання і витратних матеріалів) мікробіологічної лабораторії. До довгострокових витрат відносяться: 1) приведення у відповідність приміщень ЗОЗ/ЗСЗ до вимог профілактики інфекцій та інфекційного контролю (наприклад, капітальний ремонт приміщень, побудова центрального стерилізаційного відділення або пральні, облаштування палат захисної ізоляції пацієнтів та/або ізоляції пацієнтів з аерогенними інфекціями); 2) побудова водоочисних споруд; 3) встановлення в ЗОЗ механічної вентиляції тощо. Сумарні витрати, грн: 2 222 116 634,52 на рік.	
Альтернатива 3	Держава: Впровадження заходів з покращення гігієни рук в коротко- і середньостроковій перспективі дозволить знизити прогнозований рівень інфікування в ЗОЗ контактним шляхом (розповсюдженість ІПНМД). За даними ВООЗ і Центру по контролю та захворюваності США, при 90% дотриманні правил і практик гігієни рук медичними працівниками досягається зниження рівня ІПНМД з контактним шляхом інфікування (наприклад, катетер-асоційовані інфекції кровотоку та сечовивідних шляхів, вентилятор-асоційовані пневмонії) на 70%.	Держава: Витрати передбачені програмою медичних гарантій. Додаткового фінансування не передбачено. Громадяни: Відсутні. Суб'єкти господарювання: Витрати: Витрати на впровадження заходів з покращення гігієни рук розділяються на коротко- та середньострокові. До короткострокових витрат відносяться: 1) витрати на пошук та працевлаштування додаткових працівників (керівник ВІК-координатор з гігієни рук та інструктор(и);	Така альтернатива є допустимною, оскільки удосконалює профілактику інфекцій та інфекційний контроль в ЗОЗ і ЗСЗ шляхом впровадження заходів з покращення гігієни рук.

Рейтинг результативності	Вигода (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернатив у рейтингу
	Громадяни: Оцінити вигоди громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті вигоди, які пов'язані із такими, що не настали смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше. Суб'єкти господарювання: Відсутність додаткових днів перебування пацієнта на ліжку через ІНІМД, внаслідок зниження загальної частки інфікованих контактним шляхом в ЗОЗ, знижить додаткове навантаження як на ліжковий фонд, так і на ресурси ЗОЗ (фінансові, кадрові, зношеність обладнання, витрати матеріалів, комунальні платежі тощо).	2) навчання і підготовку працівників ВІК; 3) проведення базового оцінювання ЗОЗ/ЗСЗ; 4) облаштування окремого приміщення та закупівлю обладнання (наприклад, комп'ютер, принтер, сканер, програмне забезпечення, телефон). До середньострокових витрат відносяться: 1) приведення у відповідність приміщень ЗОЗ/ЗСЗ (наприклад, обладнання рукомийником кожної палати/кімнати перебування пацієнтів, оснащення рукомийників диспенсерами для рідкого мила, спиртового антисептика і одноразових паперових рушників); 2) розробка і розповсюдження серед працівників стандартних операційних процедур; 3) навчання, підготовка і перевірка знань працівників; 4) моніторинг і оцінка впроваджуваних заходів з гігієни рук. Сумарні витрати, грн: 1 641 502 634,52 на рік.	
Альтернатива 1	Держава: Відсутні Громадяни: Відсутні Суб'єкти господарювання: Відсутні	Держава: Прогнозована кількість пацієнтів з ІНІМД на рік - 740 000 осіб (за даними ВООЗ, в країнах з низьким рівнем доходу, відсоток внутрішньолікарняного інфікування становить 10%; в Україні за 2019 рік було госпіталізовано 7,4 мільйонів осіб). Прогнозовані витрати на лікування пацієнтів з ІНІМД на рік за програмною медичною гарантією - 3,38 мільярдів гривень (з розрахунку на базову ставку 4563,64 гривні за пролікований випадок на 2021 рік). Прогнозовані додаткові смерті на рік - 74 000 осіб (за даними Центру по контролю за захворюваністю США, кожен десятий пацієнт з ІНІМД помирає). Громадяни: Оцінити витрати громадян неможливо, так як неможливо оцінити в числовому еквіваленті	Дана альтернатива не забезпечує потреби у розв'язанні проблеми та досягненні встановлених цілей.

Рейтинг результативності	Вигоди (підсумок)	Витрати (підсумок)	Обґрунтування відповідного місця альтернативи у рейтингу
		витрати, які пов'язані із смертю, інвалідністю, стражданнями через біль, втрату працездатності та інше. Суб'єкти господарювання: Витрати: Додаткове перебування пацієнта на ліжку через ІПНМД - 4 дні на кожного пацієнта з ІПНМД (за даними Центру по контролю захворюваності США), тобто загалом у всіх ЗОЗ України пацієнти вимушено через ІПНМД пролежать 2,96 мільярда ліжко-днів, що становитиме додаткове навантаження як на ліжковий фонд, так і на ресурси ЗОЗ (фінансові, кадрові, значеність обладнання, витратні матеріали, комунальні платежі тощо). Сумарні витрати, грн: 149 051 844,17 на рік.	

V. Механізми та заходи, які забезпечать розв'язання визначеної проблеми

Запропоновані механізми регуляторного акта, за допомогою яких можна розв'язати проблему:

- 1) створення ВІК, який підпорядкований і підзвітний керівнику ЗОЗ або ЗСЗ;
- 2) навчання і підготовка працівників щодо правил і практик гігієни рук, підходів до профілактики інфікування, раціонального використання антимікробних препаратів, заходів захисту тощо;
- 3) моніторинг і оцінка впроваджуваних заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, в тому числі визначення їх економічної ефективності;
- 4) розповсюдження інформації про зміни (обмін інформацією);
- 5) формування культури безпеки в ЗОЗ та ЗСЗ.

Заходи, які мають здійснити органи влади для впровадження цього регуляторного акта:

- 1) організаційні заходи - для впровадження цього регуляторного акта необхідно забезпечити інформування суб'єктів господарської діяльності, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, про вимоги регуляторного акта шляхом його оприлюднення у засобах масової інформації та розміщенні на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України;
- 2) координація та інформаційно-консультативний супровід ЗОЗ, ЗСЗ та закладів громадського здоров'я з організації та впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю, покращення гігієни рук, епідеміологічного нагляду за ІПНМД і адміністрування антимікробних препаратів;
- 3) координація та інформаційно-консультативний супровід закладів громадського здоров'я та ВІК ЗОЗ, що надають стаціонарну медичну допомогу, з

організації та проведення дозорного епідеміологічного нагляду за ІПНМД, і моніторингу споживання антимікробних препаратів;

4) розробка рекомендацій щодо планування та організації заходів профілактики і ліквідації спалахів ІПНМД;

5) розширення функціональних можливостей Регистру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я для внесення до нього записів згідно із нормативно-правовими актами, затвердженими цим наказом.

Заходи, які необхідно здійснити суб'єктам господарської діяльності у сфері надання медичної допомоги:

1) ознайомитися з вимогами регулювання (пошук та опрацювання регуляторного акту в мережі Інтернет);

2) організувати виконання вимог регулювання.

VI. Оцінка виконання вимог регуляторного акта залежно від ресурсів, якими розпоряджаються органи виконавчої влади чи органи місцевого самоврядування, фізичні та юридичні особи, які повинні проваджувати або виконувати ці вимоги

Розрахунок бюджетних витрат на адміністрування регулювання для суб'єктів великого і середнього підприємництва додається.

Державне регулювання не передбачає утворення нового державного органу (або нового структурного підрозділу діючого органу).

Реалізація регуляторного акта не потребуватиме додаткових бюджетних витрат і ресурсів на адміністрування регулювання органами місцевого самоврядування.

Розрахунок витрат на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва додається.

Проведено розрахунок витрат суб'єктів малого (мікро) підприємництва в межах даного Аналізу регуляторного впливу.

VII. Обґрунтування запропонованого терміну дії акта

Строк дії цього регуляторного акта встановлюється на необмежений термін, оскільки він регулює відносини, які мають пролонгований характер. Зміна строку дії регуляторного акта можлива в разі зміни міжнародно-правових актів чи законодавчих актів України.

Термін набрання чинності регуляторним актом з дня його офіційного опублікування, окрім Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги та Інструкції з впровадження адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, які набиратимуть чинності з 01 січня 2022 року, що обумовлено необхідністю проведення підготовки ЗОЗ, які надають стаціонарну медичну допомогу (ознайомлення з формами, визначення і підготовка відповідальних за моніторинг осіб, проведення навчання медичних працівників).

VIII. Визначення показників результативності дії регуляторного акту

Виходячи з цілей державного регулювання, визначених у розділі II аналізу регуляторного впливу, для відстеження результативності цього регуляторного акту обрано такі показники:

1) розмір надходжень до державного та місцевих бюджетів і державних цільових фондів, пов'язаних із дією акта – не прогнозуються;

2) кількість суб'єктів господарювання – не обмежується;

3) розмір коштів і час, які витрачаються суб'єктами господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта – 52 974 500 годин та 2 222 110 634,52 гривень за перший рік;

4) розмір коштів, які витратимуться суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта:

для одного суб'єкта господарювання мікро підприємництва – 3 585,22 гривень за перший рік;

для одного суб'єкта господарювання малого підприємництва – 156 718,9 гривень за перший рік;

для одного суб'єкта господарювання середнього і великого підприємництва – 535 684,4 гривень за перший рік;

5) кількість часу, який витратиметься суб'єктом господарювання у зв'язку із виконанням вимог акта:

для одного суб'єкта господарювання мікро підприємництва – 2 години (ознайомлення);

для одного суб'єкта господарювання малого підприємництва – 3 988 годин на рік;

для одного суб'єкта господарювання середнього і великого підприємництва – 11 964 годин на рік;

6) рівень поінформованості суб'єктів господарювання і фізичних осіб – високий. Проект акта та відповідний аналіз регуляторного впливу оприлюднено на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України.

Додатковими показниками результативності запровадження регуляторного акта, виходячи з його цілей, слугуватимуть:

№	Назва показника	Одиниця виміру	Зараз	6 місяців	1 рік	3 роки
1	Розповсюдженість ІПНМД в Україні	%	10 (розрахункова)	10	10	8
2	Зниження рівня споживання антимікробних препаратів (антибіотиків групи резерву) від отриманих показників в перший рік запровадження регуляторного акта	%		0	3	5
3	Зниження рівня захворюваності на туберкульоз (нові випадки і рецидиви) працівників протитуберкульозних закладів	осіб на 10 тисяч	22,1	0	0,25	0,5
	Забезпеченість епідеміологами (фахівцями, які відповідальні за епідеміологічний нагляд за ІПНМД) ЗОЗ, що надають стаціонарну	працівників на один ЗОЗ	< 1	< 1	≤ 1	1

№	Назва показника	Одиниця виміру	Зараз	6 місяців	1 рік	3 роки
	медичну допомогу					

IX. Визначення заходів, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності дії регуляторного акта

Відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься шляхом проведення базового, повторного та періодичного відстеження статистичних показників результативності акта, визначених під час проведення аналізу впливу регуляторного акта.

Базове відстеження результативності цього регуляторного акта здійснюватиметься після набрання ним чинності, оскільки для цього використовуватимуться виключно статистичні показники.

Повторне відстеження результативності регуляторного акта здійснюватиметься не пізніше ніж за рік після набрання ним чинності.

Періодичне відстеження результативності здійснюватиметься щороку щодо моніторингу рівня споживання антимікробних препаратів ЗОЗ, що надають стаціонарну медичну допомогу, та кожні п'ять років проводитиметься дозорний епідеміологічний нагляд розповсюдженості ІПНМД та використання антимікробних препаратів.

Вид даних, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності – статистичні.

У разі надходження пропозицій та зауважень щодо вирішення не врегульованих або проблемних питань, буде розглядатись необхідність внесення відповідних змін.

Відстеження результативності регуляторного акта буде здійснювати Міністерство охорони здоров'я України протягом усього терміну його дії.

Строк виконання заходів 30 робочих днів.

Міністр охорони здоров'я України

_____ 20__ р.

 Віктор ЛЯШКО

Додаток 1
до Аналізу регуляторного
впливу

ВИТРАТИ

**на одного суб'єкта господарювання великого і середнього підприємництва,
які виникають внаслідок дії регуляторного акта до проекту наказу
Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію профілактики
інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та
установах/закладах соціального захисту/надання соціальних послуг»**

Порядковий номер	Витрати	За перший рік	За п'ять років
1	Витрати на придбання основних фондів, обладнання та приладів, сервісне обслуговування, навчання/підвищення кваліфікації персоналу тощо, гривень	14 330	128 970
2	Податки та збори (зміна розміру податків/зборів, виникнення необхідності у сплаті податків/зборів), гривень	-	-
3	Витрати, пов'язані із веденням обліку, підготовкою та поданням звітності державним органам, гривень	1 444,4	7 222
4	Витрати, пов'язані з адмініструванням заходів державного нагляду (контролю) (перевірок, штрафних санкцій, виконання рішень/приписів тощо), гривень	-	-
5	Витрати на отримання адміністративних послуг (дозволів, ліцензій, сертифікатів, атестатів, погоджень, висновків, проведення незалежних/обов'язкових експертиз, сертифікації, атестації тощо) та інших послуг (проведення наукових, інших експертиз, страхування тощо), гривень	-	-
6	Витрати на оборотні активи (матеріали, канцелярські товари тощо), гривень	87 910	510 550
7	Витрати, пов'язані із наймом додаткового персоналу, гривень	432 000	2 160 000
8	Інше (уточнити), гривень	-	-

9	РАЗОМ (сума рядків: 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8), гривень	535 684,4	2 806 742
10	Кількість суб'єктів господарювання великого та середнього підприємництва, на яких буде поширено регулювання, одиниць	1344	1344
11	Сумарні витрати суб'єктів господарювання великого та середнього підприємництва, на виконання регулювання (вартість регулювання) (рядок 9 x рядок 10), гривень	719 959 833,6	3 772 261 248

Розрахунок відповідних витрат на одного суб'єкта господарювання

Розрахунок відповідних витрат на одного суб'єкта господарювання 2 год. (час, який витрачається с/г на пошук нормативно-правового акту в мережі Інтернет та ознайомлення з ним; за результатами консультацій) X 36.11 грн. = 72,22 грн.

Вид витрат	У перший рік	Періодичні (за рік)	Витрати за п'ять років	
Витрати на придбання основних фондів, обладнання та приладів, сервісне обслуговування, навчання/підвищення кваліфікації персоналу тощо	Прогнозні витрати на одного суб'єкта господарювання складатимуть 34 330 грн. (10 диспенсерів для рідкого мила вартістю 206 грн. за шт. + 40 диспенсерів для антисептика вартістю 206 грн. за шт. + 10 диспенсерів закритого типу для паперових рушників вартістю 278 грн. за шт. + 10 відер з педалью вартістю 125 грн. за шт.)	Прогнозовані витрати на одного суб'єкта господарювання складатимуть 28 660 грн. протягом кожного наступного року (20 диспенсерів для рідкого мила вартістю 206 грн. за шт. + 80 диспенсерів для антисептика вартістю 206 грн. за шт. + 20 диспенсерів закритого типу для паперових рушників вартістю 278 грн. за шт. + 20 відер з педалью вартістю 125 грн. за шт.)	128 970 грн.	
Вид витрат	Витрати на сплату податків та зборів (змінених/нововведених) (за рік)		Витрати за п'ять років	
Податки та збори (зміна розміру податків/зборів, виникнення необхідності у сплаті податків/зборів)	-		-	
Вид витрат	Витрати* на ведення обліку, підготовку та подання звітності (за рік)	Витрати на оплату штрафних санкцій за рік	Разом за рік	Витрати за п'ять років

Витрати, пов'язані із веденням обліку, підготовкою та поданням звітності державним органам (витрати часу персоналу)	40 годин X 36.11 грн. = 1 444,4 грн.	-	1 444,4 грн.	7 222 грн.

*вартість часу для розрахунку витрат відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2021 рік» становить 36 грн. 11 коп.

Вид витрат	Витрати* на адміністрування заходів державного нагляду (контролю) (за рік)	Витрати на оплату штрафних санкцій та усунення виявлених порушень (за рік)	Разом за рік	Витрати за п'ять років
Витрати, пов'язані з адмініструванням заходів державного нагляду (контролю) (перевірок, штрафних санкцій, виконання рішень/ приписів тощо)	-	-	-	-

Вид витрат	Витрати на проходження відповідних процедур (витрати часу, витрати на експертизи, тощо)	Витрати безпосередньо на дозволи, ліцензії, сертифікати, страхові поліси (за рік - стартовий)	Разом за рік (стартовий)	Витрати за п'ять років
Витрати на отримання адміністративних послуг (дозволи, ліцензії, сертифікати, атестатів, погоджень, висновків, проведення незалежних / обов'язкових експертиз, сертифікації, атестації тощо) та інших послуг (проведення наукових, інших експертиз, страхування тощо)	-	-	-	-

Вид витрат	За рік (стартовий)	Періодичні (за наступний рік)	Витрати за п'ять років
Витрати на оборотні активи (матеріали, канцелярські товари тощо)	Прогнозні витрати на одного суб'єкта господарювання складатимуть 87 910 грн. (папір офісний 5 пачок вартістю 110 грн. за шт. + канцтовари вартістю 500 грн. + спиртовмісний антисептик для рук 100 каністр, ємністю 5 літрів кожна, вартістю 793 грн. за шт. + рідке мило 40 каністр, ємністю 5 літрів кожна, вартістю 189 грн. за шт.)	Прогнозні витрати на одного суб'єкта господарювання складатимуть 107 710 грн. протягом кожного наступного року (папір офісний 10 пачок вартістю 110 грн. за шт. + канцтовари вартістю 2 000 грн. + спиртовмісний антисептик для рук 120 каністр, ємністю 5 літрів кожна, вартістю 793 грн. за шт. + рідке мило 50 каністр, ємністю 5 літрів кожна, вартістю 189 грн. за шт.)	510 550 грн.

Вид витрат	Витрати на оплату праці додатково найманого персоналу (за рік)	Витрати за п'ять років
Витрати, пов'язані із наймом додаткового персоналу	Прогнозні витрати на одного суб'єкта господарювання складатимуть 432 000 грн. (6 працівників із заробітною платнею 6 000* грн. на місяць)	2 160 000 грн.

*мінімальна заробітна плата відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2021 рік» становить 6 000 грн.

Додаток 2
до Аналізу регуляторного
впливу

**Бюджетні витрати на адміністрування регулювання
для суб'єктів великого і середнього підприємництва**

Державний орган, для якого здійснюється розрахунок адміністрування регулювання: Міністерство охорони здоров'я України.

Процедура регулювання суб'єктів великого і середнього підприємництва (розрахунок на одного типового суб'єкта господарювання)	Планові витрати часу на процедуру	Вартість часу співробітника органу державної влади відповідної категорії (заробітна плата)	Оцінка кількості процедур за рік, що припадають на одного суб'єкта	Оцінка кількості суб'єктів, що підпадають під дію процедури регулювання	Витрати на адміністрування регулювання* (за рік), гривень
1. Облік суб'єкта господарювання, що перебуває у сфері регулювання	0	0	0	0	0
2. Поточний контроль за суб'єктом господарювання, що перебуває у сфері регулювання, у тому числі:	0	0	0	0	0
камеральні	0	0	0	0	0
визні	0	0	0	0	0
3. Підготовка, затвердження та опрацювання одного окремого акта про порушення вимог регулювання	0	0	0	0	0
4. Реалізація одного окремого рішення щодо порушення вимог регулювання	0	0	0	0	0
5. Оскарження одного окремого рішення суб'єктами господарювання	0	0	0	0	0
6. Підготовка звітності за результатами регулювання	0	0	0	0	0

7. Інші адміністративні процедури:					
1) підготовка звітності за результатами моніторингу споживання антимікробних препаратів;	1	36,11	1	1344	48 384,0
2) проведення дозорового епідеміологічного нагляду за ІПНМД та використанням антимікробних препаратів (один раз на 5 років).	360	39,12	1	54	760 492,8
Разом за рік					808 876,8
Сумарно за п'ять років					1 002 412,8

ТЕСТ
малого підприємництва (М-Тест)

І. Консультації з представниками мікро- та малого підприємництва щодо оцінки впливу регулювання

Консультації щодо визначення впливу запропонованого регулювання для суб'єктів малого підприємництва та визначення переліку процедур, виконання яких необхідно для здійснення регулювання, проведено розробником з 01 серпня 2019 року по 01 січня 2021 року шляхом обговорення проекту наказу МОЗ України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення» під час робочих зустрічей і круглих столів із суб'єктами господарювання, що отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, науковцями та членами громадських організацій.

Проект наказу пройшов попереднє громадське обговорення, шляхом розміщення на офіційному вебсайті Міністерства охорони здоров'я України (<https://moz.gov.ua/article/public-discussions-archive/proekt-nakazu-moz-ukraini-pro-organizaciju-profilaktiki-infekcij-ta-infekciijnogo-kontrolju-v-zakladah-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja>).

Консультації із суб'єктами мікро підприємництва, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики проводилися шляхом обговорення під час робочих зустрічей протягом березня 2021 року.

Порядковий номер	Вид консультації	Кількість учасників консультацій, осіб	Основні результати консультацій (опис)
1	Робочі зустрічі, круглі столи	133	Загалом проект наказу був позитивно оцінений науковцями, членами громадських організацій та працівниками сфери охорони здоров'я. Отримані зауваження та пропозиції було враховано. Отримано інформацію щодо переліку процедур, які необхідно виконати суб'єкту господарювання - ліцензіату з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання.

			1) ознайомитися з новими вимогами регулювання – 2 год; 2) організувати виконання вимог регулювання – 3988 год; 3) малим суб'єктам господарювання створити ВІК в складі двох працівників, які впроваджуватимуть заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю; 4) закупити диспенсери (для рідкого мила, спиртовмісного антисептика, паперових рушників), відра з податлю та витратні матеріали; 5) роздрукувати інформаційні матеріали.
2	Громадське обговорення	21	Загалом проєкт наказу МОЗ України "Про організацію профілактики та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я" був позитивно оцінений науковцями та працівниками сфери охорони здоров'я. Отримані зауваження та пропозиції було враховано.
3	Робочі зустрічі	90	Загалом проєкт наказу був позитивно оцінений фізичними особами-підприємцями. Зауваження та пропозиції не подавалися. Отримано інформацію щодо переліку процедур, які необхідно виконати мікро підприємства - ліцензіату з медичної практики у зв'язку із запровадженням нових вимог регулювання: 1) ознайомитися з новими вимогами регулювання – 0,5 год; 2) організувати виконання вимог регулювання – 1,5 год; 3) закупити диспенсери (для рідкого мила, спиртовмісного антисептика, паперових рушників), відра з податлю та витратні матеріали.

2. Вимірювання впливу регулювання на суб'єктів малого підприємництва

Орієнтовна кількість суб'єктів малого підприємництва, на яких поширюється регулювання – 9 244, мікро підприємства – 14 906, питома вага суб'єктів малого (мікро) підприємництва у загальній кількості суб'єктів господарювання, на яких проблема справляє вплив – 94,8%.

3. Розрахунок витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання вимог регулювання

У розрахунку вартості 1 години роботи використано вартість 1 години роботи, яка відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2021 рік», з 1 січня 2021 року становить – 36,11 гривні.

Порядковий номер	Найменування оцінки	У перший рік (стартовий рік впровадження регулювання)	Періодичні (за наступний рік)	Витрати за п'ять років
Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання				
1	Придбання необхідного обладнання (пристроїв, машин, механізмів)	2 445 грн.	5 705 грн.	25 265 грн.
2	Процедури перевірки та/або постановки на відповідний облік у визначеному органі державної влади чи місцевого самоврядування	-	-	-
3	Процедури експлуатації обладнання (експлуатаційні витрати - витратні матеріали)	9 820 грн.	14 730 грн.	68 740 грн.
4	Процедури обслуговування обладнання (технічне обслуговування)	-	-	-
5	Інші процедури: роздрукування інформаційних матеріалів	375 грн.	875 грн.	2 375 грн.
6	Разом, гривень <i>Формула:</i> <i>(сума рядків 1 – 2 + 3 + 4 + 5)</i>	12 640 грн.	21 310 грн.	96 380 грн.
7	Кількість суб'єктів господарювання, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць	9244		
8	Сумарно, гривень <i>Формула:</i> <i>відповідний стовпчик "разом" X кількість</i>	116 844 160	196 989 640	890 936 720

	суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання (рядок 6 X рядок 7)			
Оцінка вартості адміністративних процедур суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання та звітування				
9	Процедури отримання первинної інформації про вимоги регулювання Формула: витрати часу на отримання інформації про регулювання, отримання необхідних форм та заявок X вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість форм	2 год. (час, який витрачається с/г на пошук нормативно-правового акту в мережі Інтернет та ознайомлення з ним; за результатами консультацій) X 36,11 грн = 72,22 грн.	-	72,22 грн.
10	Процедури організації виконання вимог регулювання Формула: витрати часу на розроблення та впровадження внутрішніх для суб'єкта малого підприємництва процедур на впровадження вимог регулювання X вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість внутрішніх процедур	3 988 год. (час, який витрачається с/г на організацію виконання вимог регулювання; за результатами консультацій) X 36,11 грн. X 1 ~ 144 006,68 грн.	144 006,68 грн.	720 033,4 грн.
11	Процедури офіційного звітування	-	-	-
12	Процедури щодо забезпечення процесу перевірок	-	-	-
13	Інші процедури (уточнити)	-	-	-
14	Разом, гривень Формула: (сума рядків 9 + 10 + 11 + 12 + 13)	144 078,9 грн.	144 006,68 грн.	720 105,62 грн.
15	Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць	9 244		
16	Сумарно, гривень	1 331 865 351,6 грн.	1 331 197 749,92 грн.	6 656 656 351,28 грн.

4. Розрахунок витрат суб'єктів мікро підприємства на виконання вимог регулювання

У розрахунку вартості 1 години роботи використано вартість 1 години роботи, яка відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2021 рік», з 1 січня 2021 року становить – 36,11 гривні.

Порядковий номер	Найменування оцінки	У перший рік (стартовий рік впровадження регулювання)	Періодичні (за наступний рік)	Витрати за п'ять років
Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємства на виконання регулювання				
1	Придбання необхідного обладнання (пристроїв, машин, механізмів)	1 424 грн.	-	1 424 грн.
2	Процедури перевірки та/або постановки на відповідний облік у визначеному органі державної влади чи місцевого самоврядування	-	-	-
3	Процедури експлуатації обладнання (експлуатаційні витрати - витратні матеріали)	1 964 грн.	2 946 грн.	13 748 грн.
4	Процедури обслуговування обладнання (технічне обслуговування)	-	-	-
5	Інші процедури: роздрукування інформаційних матеріалів	125 грн.	125 грн.	625 грн.
6	Разом, гривень Формула: (сума рядків 1 + 2 + 3 + 4 + 5)	3 513 грн.	3 071 грн.	15 797 грн.
7	Кількість суб'єктів господарювання, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць	14 906		
8	Сумарно, гривень Формула: відповідний стовпчик "разом" X кількість суб'єктів малого підприємства, що повинні виконати вимоги регулювання (рядок 6 X рядок 7)	52 364 778 грн.	45 776 326 грн.	235 470 082 грн.
Оцінка вартості адміністративних процедур суб'єктів малого підприємства щодо виконання регулювання та звітування				
9	Процедури отримання первинної інформації про вимоги регулювання Формула: витрати часу на отримання інформації про регулювання.	2 год. (час, який витрачається с/г на пошук нормативно-правового акту в мережі Інтернет та ознайомлення з ним;	-	72,22 грн.

	отримання необхідних форм та заявок X вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість форм	за результатами консультацій) X 36,11 грн = 72,22 грн.		
10	Процедури організації виконання вимог регулювання Формула: витрати часу на розроблення та впровадження внутрішніх для суб'єкта малого підприємництва процедур на впровадження вимог регулювання X вартість часу суб'єкта малого підприємництва (заробітна плата) X оціночна кількість внутрішніх процедур	-	-	-
11	Процедури офіційного звітування	-	-	-
12	Процедури щодо забезпечення процесу перевірок	-	-	-
13	Інші процедури (уточнити)	-	-	-
14	Разом, гривень Формула: (сума рядків 9 + 10 + 11 + 12 + 13)	72,22 грн.	-	72,22 грн.
15	Кількість суб'єктів малого підприємництва, що повинні виконати вимоги регулювання, одиниць	14 906		
16	Сумарно, гривень	1 076 511,32 грн.	-	1 076 511,32 грн.

**Бюджетні витрати на адміністрування регулювання
для суб'єктів малого підприємництва**

Реалізація проекту постанови до якого проводиться аналіз регуляторного впливу не потребує додаткового фінансування з державного та/або місцевого бюджетів.

5. Розрахунок сумарних витрат суб'єктів малого підприємництва, що вишикають на виконання вимог регулювання

Порядковий номер	Показник	Перший рік регулювання (стартовий)	За п'ять років
1	Оцінка «прямих» витрат суб'єктів малого підприємництва на виконання регулювання	169 208 938 грн.	1 126 406 802 грн.

2	Оцінка вартості адміністративних процедур для суб'єктів малого підприємництва щодо виконання регулювання та звітування	1 332 941 862,92 грн.	6 657 732 862,6 грн.
3	Сумарні витрати малого підприємництва на виконання запланованого регулювання	1 502 150 800,92 грн.	7 784 139 664,6 грн.
4	Бюджетні витрати на адміністрування регулювання суб'єктів малого підприємництва	-	-
5	Сумарні витрати на виконання запланованого регулювання	1 502 150 800,92 грн.	7 784 139 664,6 грн.

5. Розроблення коригуючих (пом'якшувальних) заходів для малого підприємництва щодо запропонованого регулювання – коригуючих (пом'якшувальних) заходів щодо запропонованого регулювання не передбачається.

Прийняття та оприлюднення акта в установленому порядку забезпечить доведення його положень до відома суб'єктів господарювання, центральних та місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування.

Досягнення цілей не передбачає додаткових організаційних заходів.

Прийняття акта не призведе до неочікуваних результатів і не потребуватиме додаткових витрат з державного бюджету.

Можлива шкода у разі очікуваних наслідків дії акта не прогнозується.

VII. Обґрунтування запропонованого строку дії регуляторного акта

Строк дії цього регуляторного акта встановлюється на необмежений термін, оскільки він регулює відносини, які мають пролонгований характер. Зміна строку дії регуляторного акта можлива в разі зміни законодавчих актів України вищої юридичної сили, на виконання яких розроблений цей проект регуляторного акта.

Термін набрання чинності регуляторним актом – з дня його офіційного оприлюднення, окрім пунктів щодо затвердження Інструкції з адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу та Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, які набирають чинності з 01 січня 2021 року.

VIII. Визначення показників результативності дії регуляторного акта

Прогнозними значеннями показників результативності регуляторного акта є:

1. Розмір надходжень до державного та місцевих бюджетів і державних цільових фондів, пов'язаних із дією акта – надходження не передбачаються.
2. Кількість суб'єктів, на яких поширюється дія акта – 24 150.

3. Рівень поінформованості суб'єктів господарювання та/або фізичних осіб із основними положеннями проекту регуляторного акта – високий, оскільки зазначений проект акта розміщений на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України (<http://www.moz.gov.ua>).

Після прийняття регуляторного акта він буде опублікований у засобах масової інформації та розміщений на Урядовому порталі.

Для визначення результативності регуляторного акта пропонується встановити такі статистичні показники:

розповсюдженість інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги в Україні;

зниження рівня споживання антимікробних препаратів (антибіотиків групи резерву).

IX. Визначення заходів, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності дії регуляторного акта

Строки проведення базового відстеження результативності дії регуляторного акту – через рік після набрання чинності.

Строки проведення повторного відстеження результативності дії регуляторного акту – не пізніше двох років після набрання ним чинності.

Строки проведення періодичного відстеження результативності дії регуляторного акту – періодичне відстеження результативності здійснюватиметься щороку щодо моніторингу рівня споживання антимікробних препаратів ЗОЗ, що надають стаціонарну медичну допомогу, та кожні п'ять років проводитиметься дозорний епідеміологічний нагляд розповсюдженості ППНМД та використання антимікробних препаратів.

Метод проведення відстеження результативності – у разі надходження пропозицій та зауважень щодо вирішення неврегульованих або проблемних питань буде розглядатись необхідність внесення відповідних змін.

Відстеження результативності регуляторного акта буде здійснювати Міністерство охорони здоров'я України протягом усього терміну його дії.

Вид даних, за допомогою яких здійснюватиметься відстеження результативності – статистичні.

ДОВІДКА
щодо відповідності зобов'язанням України у сфері
європейської інтеграції та праву Європейського Союзу (acquis ЄС)
проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України
«Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в
закладах охорони здоров'я»

Проект наказу розроблено Міністерством охорони здоров'я України.

1. Належність проекту акта до сфер, праввідносини в яких регулюються правом Європейського Союзу (acquis ЄС)

Проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я» за предметом правового регулювання належить до пріоритетних сфер адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу, визначених Законом України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» у сфері охорони здоров'я та життя людей.

2. Зобов'язання України у сфері європейської інтеграції (у тому числі міжнародно-правові)

Виконання статей 426, 427 Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони.

3. Програмні документи у сфері європейської інтеграції

Пункт 1419 Плану заходів з виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 року № 1106.

4. Порівняльно-правовий аналіз

№ з/п	Положення проекту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis ЄС)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis ЄС) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно-правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)

№ з/п	Положення проекту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis EC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis EC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно-правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
	Порядок здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги	Рішення № 1082/2013/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 22 жовтня 2013 року про серйозні трансграничні загрози здоров'ю та скасування Рішення № 2119/98/ЄС		Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, угоду ратифіковано із заявою Законом № 1678-VII від 16 вересня 2014 року (із змінами) Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» План заходів з виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 року № 1106	
1	4. На національному рівні до функцій епідеміологічного нагляду відносяться моніторинг та аналіз захворюваності на ГЛІМД, підготовка інформації для прийняття управлінських рішень, участь у визначенні	2. Метою цього Рішення є підтримка співпраці та координації між державами-членами для підвищення рівня запобігання та контролю поширення	частково враховує	Рішення № 1082/2013/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 22 жовтня 2013 року про серйозні трансграничні	частково враховує

№ ч/п	Положення проекту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis CC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis CC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно- правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно- правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
	політик, мети, стратегії, участь у підготовці проектів розпорядчих документів, підготовка даних звітності для інтеграції у європейську і міжнародну системи даних щодо ІПНМД та АМР. (розділ I Загальні положення)	небезпечних захворювань людини через кордони держав- членів, а також протидії іншим серйозним трансграничним загрозам здоров'ю в цілях сприяння високому рівню охорони здоров'я в Союзі. (ст. 1 Предмет)		загрози здоров'ю та екасування Рішення № 2119/ 98/ЄС	
2	1. Цей Порядок визначає організаційні заходи та процедури для проведення епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги (далі – ІПНМД) в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), які надають медичну допомогу у стаціонарних умовах. (розділ I Загальні положення)	1. Це Рішення застосовується до медико-санітарних заходів, пов'язаних із такими категоріями серйозних трансграничних загроз здоров'ю: (а) загрози біологічного походження, що включають: (i) інфекційні захворювання; (ii) антимікробна резистентність та інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги у випадках інфекційних захворювань (далі за текстом — «пов'язані спеціальні питання у сфері охорони здоров'я»); (iii) біотоксини або інші небезпечні біологічні агенти, які не належать до інфекційних захворювань; (b) загрози хімічного походження; (c) загрози екологічного походження; (d) загрози невідомого походження; (e) події, що можуть становити надзвичайні	частково враховує	Рішення № 1082/2013/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 22 жовтня 2013 року про серйозні трансграничні загрози здоров'ю та екасування Рішення № 2119/ 98/ЄС	частково враховує

№ з/п	Положення проекту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis CC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis EC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно- правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно- правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
		ситуації міжнародного значення у сфері охорони здоров'я відповідно до ММСП, якщо вони належать до однієї з вище зазначених категорій загроз, наведених у пунктах. (стаття 2 Сфера дії)			
		2. Це Рішення також застосовується до епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями та пов'язаними з ними спеціальними питаннями у сфері охорони здоров'я. (ст. 2 Сфера застосування)	частково враховує	Рішення № 1082/2013/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 22 жовтня 2013 року про серйозні транскордонні загрози здоров'ю та скасування Рішення № 2119/ 98/ЄС	частково враховує
	Порядок здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги	Рішення № 2000/96/ЄС про інфекційні хвороби, які будуть постулово охоплені мережею Співтовариства відповідно до Рішення № 2119/98/ЄС Європейського Парламенту та Ради		Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами- членами, угоду ратифіковано із заявою Законом № 1678-VI від 16 вересня 2014 року (із змінами) Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» Інші заходи з	

№ з/п	Положення проекту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis EC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis CC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно-правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
				виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 року № 1106	
1	1. Цей Порядок визначає організаційні заходи та процедури для проведення епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги (далі – ІПІМД) в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), які надають медичну допомогу у стаціонарних умовах. (розділ I Загальні положення)	Інфекційні хвороби і особливі проблеми зі здоров'ям, які підлягають епідеміологічному нагляду в мережі Співтовариства відповідно до Рішення № 2119/98/ЄС Європейського Парламенту та Ради, перераховані в Додатку 1 до цього Рішення. Нагляд має проводитися економічно ефективним способом із врахуванням характеру захворювання, наявних мереж та важливості для Співтовариства. (ст. 1)	частково враховує	Рішення № 2000/96/ЄС про інфекційні хвороби, які будуть поступово охоплені мережею Співтовариства відповідно до Рішення № 2119/98/ЄС Європейського Парламенту та Ради	частково враховує
2	Дозорний епідеміологічний нагляд за ІПІМД здійснюється шляхом проведення дослідження з визначення ОРІПІМД та використання АМП, з метою: 1) оцінки на національному рівні загальної розповсюдженості ІПІМД та	Мережа Співтовариства повинна бути створена шляхом модифікації та інтеграції відповідно до існуючих мереж нагляду за підтримки Співтовариства та	частково враховує	Рішення № 2000/96/ЄС про інфекційні хвороби, які будуть поступово охоплені мережею Співтовариства відповідно до Рішення №	частково враховує

№ з/п	Положення проекту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis EC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis CC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно- правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно- правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
	використання АМП у ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну медичну допомогу; 2) визначення на національному рівні груп пацієнтів, інвазивних процедур, інфекцій (локалізацію, будову, що викликає захворювання та наявність у нього маркерів резистентності до АМП) і призначення АМП (в тому числі комбінацію препаратів або комбінованих препаратів та показань до їх призначення); 3) корегування заходів профілактики направлених на попередження випадків ІІІМД та АМР; 4) розповсюдження результатів для підвищення обізнаності щодо проблеми, визначення загальних проблем та їх вирішення. (розділ III Організація та проведення джерелного епідеміологічного нагляду та інфекційними хворобами, пов'язаними із наданням медичної допомоги)	впливом створення нових мереж щодо захворювань, які ще не охоплені мережами нагляду. Якщо певна кількість випадків захворювання не дозволяє створити спеціальну мережу спостереження за цією хворобою, інформація про спостереження всередині мережі Співтовариства передається на основі звітів про випадки захворювання. (ст. 4)		2139/98/ЄС Європейського Парламенту та Ради	
		Визначення випадків, характер і тип даних для збору та звітування, а також відповідні методи епідеміологічного та мікробіологічного нагляду визначаються для кожної конкретної мережі нагляду, інтегрованої в мережу Співдружності або створеної для неї. Визначення випадків захворювання та методи нагляду також повинні визначатися для захворювань, щодо яких інформація надається лише у звітах про випадки захворювання. (ст. 5)	відповідає	Рішення № 2000/96/ЄС про інфекційні хвороби, які будуть поступово охоплені мережами Співтовариства відповідно до Рішення № 2139/98/ЄС Європейського Парламенту та Ради	відповідає
	Порядок здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги Інструкції з адміністрування антимікробних препаратів в	Рішення № 1786/2002/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 23 вересня 2002 року про затвердження програми дії		Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з	

№ з/п	Положення проекту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis EC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis EC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно-правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
	закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах	Співтовариства в сфері охорони здоров'я		атомної енергії і їхніми державами-членами, угоду ратифіковане із заявою Законом № 1678-VII від 16 вересня 2014 року (із змінами) Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» План заходів з виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 року № 1106	
1	Цей Порядок визначає організаційні заходи та процедури для проведення епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги (далі – ІПНМД) в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), які надають медичну допомогу у стаціонарних умовах. (розділ I Загальні положення Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та	2.1 Носпити звітність, швидко і скоординовано реагувати на загрози здоров'ю шляхом посилення спроможності боротися з інфекційними хворобами внаслідок підтримки подальшого впровадження Рішення № 2119/98/ЄС про мережу	частково враховує	Рішення № 1786/2002/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 23 вересня 2002 року про затвердження програми дій Співтовариства в сфері охорони здоров'я	частково враховує

№ з/п	Положення проєкту акти	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis EC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis EC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно-правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
	ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги)	Співтовариства щодо епідеміологічного нагляду та контролю за заразними хворобами. (додаток «Дії та заходи підтримки»)			
2	1. Ця Інструкція визначає організаційні засади призначення і використання антимікробних препаратів (далі – АМП) з метою запобігання появі і поширенню мікроорганізмів із антимікробною резистентністю (далі – АМР). (розділ 1 Загальні положення Інструкції з адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах)	2.9 Посилити здатність швидко і скоординовано реагувати на загрози здоров'ю шляхом розробки стратегій зниження стійкості до антибіотиків. (додаток «Дії та заходи підтримки»)	частково враховує	Рішення № 1786/2002/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 23 вересня 2002 року про затвердження програми дій Співтовариства в сфері охорони здоров'я	частково враховує
	Інструкції з адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах Інструкція з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення Інструкція з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах	Резолюція Ради від 8 червня 1999 року щодо антибіотичної протидії «Стратегія проти мікробної загрози»		Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу»	
1	1. Завданнями впровадження заходів з адміністрування антимікробних препаратів (далі – ААП) є:	17. Рада Європейського Союзу зазначає, що антибіотики необхідні	відповідає	Резолюція Ради від 8 червня 1999 року щодо антибіотичної	відповідає

№ з/п	Положення проекту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis CC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis CC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно-правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
	1) профілактика розповсюдження АМР в ЗОЗ і поза ним; 2) раціональне застосування АМП з профілактичною і лікувальною метою; 3) підвищення ефективності емпіричної АМП-терапії; 4) оптимізація/зниження витрат ЗОЗ на АМП; 5) зменшення терміну перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні; 6) оптимізація підходів до лікування ПНМД. (розділ II Завдання та умови для впровадження адміністрування антимікробних препаратів Інструкції з адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах)	для боротьби з інфекційними хворобами, і тому важливо зберегти ефективність тих лікарських засобів, які все ще ефективні.		протидії «Стратегія проти мікробної загрози»	
2	1. Ця Інструкція визначає порядок організації гігієни рук і спрямована на оптимізацію заходів щодо запобігання появи та поширення в закладах охорони здоров'я та серед фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, закладах громадського здоров'я (далі - ЗОЗ), установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення (далі - ЗСЗ) інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, та мікроорганізмів із антимікробною резистентністю. (розділ I Загальні положення	22. Рада Європейського Союзу закликає сприяти дотриманню принципів боротьби з інфекцією як у лікарнях, так і в позалікарняних установах, а також у тваринництві.	частково враховує	Резолюція Ради від 8 червня 1999 року щодо антибіотичної протидії «Стратегія проти мікробної загрози»	частково враховує

№ з/п	Положення проєкту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis EC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis EC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно-правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
	Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення) 1. Ця Інструкція визначає порядок організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу у стаціонарних умовах (далі - ЗОЗ). (розділ 1 Загальні положення Інструкції з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах)				
	Інструкція з впровадження адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення Інструкція з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах	Рекомендація Ради від 15 листопада 2001 року щодо розумного використання антимікробних препаратів в медичній		Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу»	
1	1. Ця Інструкція визначає організаційні засади призначення і використання антимікробних препаратів	1. Гому Рада Європейського Союзу рекомендує державам-членам забезпечити	відповідає	Рекомендація Ради від 15 листопада 2001 року щодо розумного	відповідає

№ чл	Положення проєкту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis EC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis EC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно-правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно-правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
	(далі – АМП) з метою запобігання появі і поширенню мікроорганізмів із антимікробною резистентністю (далі – АМР). (розділ I Загальні положення Інструкції з впровадження адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах) 1. Завданнями впровадження заходів з адміністрування антимікробних препаратів (далі – ААП) є: 1) профілактика розповсюдження АМР в ЗОЗ і поза ним; 2) раціональне застосування АМП з профілактичною і лікувальною метою; 3) підвищення ефективності емпіричної АМП-терапії; 4) оптимізація/зниження витрат ЗОЗ на АМП; 5) зменшення терміну перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні; 6) оптимізація підходів до лікування ІНПМД. (розділ II Завдання та умови для впровадження адміністрування антимікробних препаратів Інструкції з адміністрування антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах) 1. Ця Інструкція визначає порядок організації гігієни рук і спрямована на оптимізацію заходів щодо запобігання появі та поширення в закладах охорони здоров'я та серед фізичних осіб-підприємців.	існування та реалізацію конкретних стратегій, спрямованих на розумне використання антимікробних засобів з метою стримування збільшення патогенних мікроорганізмів, стійких до цих агентів. Ці стратегії повинні базуватися на найкращих наявних наукових доказах і повинні містити заходи щодо пацієнту, освіти, інформації, профілактики і контролю та досліджень.		використання антимікробних препаратів в медицині	

№ з/п	Положення проекту акта	Відповідні положення джерела права Європейського Союзу (acquis EC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis EC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно- правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно- правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
	які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, закладах громадського здоров'я (далі – ЗОЗ), установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення (далі – ЗСЗ) інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, та мікроорганізмів із антимікробною резистентністю. (розділ I Загальні положення Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення) 1. Ця Інструкція визначає порядок організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу у стаціонарних умовах (далі – ЗОЗ). (розділ I Загальні положення Інструкції з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах)				
	Порядок здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги	Рішення N 2119/98/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 24 вересня 1998 року, яке встановлює систему для епідеміологічного нагляду та контролю інфекційних хвороб в		Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського	

№ з/п	Положення проєкту акта	Відповідні положення джерел права Європейського Союзу (acquis CC)	Оцінка відповідності праву Європейського Союзу (acquis EC) (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)	Відповідні положення джерел міжнародно- правових зобов'язань України у сфері європейської інтеграції	Оцінка відповідності міжнародно- правовим зобов'язанням (відповідає, не суперечить, частково враховує, не відповідає, не врегульовано)
		Співтоваристві		Союзу»	
1	4. На національному рівні до функцій епідеміологічного нагляду відносяться моніторинг та аналіз захворюваності на ІПМД, підготовка інформації для прийняття управлінських рішень, участь у визначенні політик, мети, стратегії, участь у підготовці проєктів розпорядчих документів, підготовки даних звітності для інтеграції у європейську і міжнародну системи даних щодо ІПМД та АМР. (розділ I Загальні положення)	Метою цього Рішення є створення мережі на рівні Співтовариства для сприяння співпраці та координації між державами-членами за сприяння Комісії з метою покращення запобігання та контролю в Співтоваристві категорій інфекційних хвороб, зазначених у Додатку. Ця мережа повинна використовуватися для: епідеміологічного нагляду за цими захворюваннями, та як система раннього попередження та реагування для профілактики та боротьби з цими захворюваннями. (ст. 1)	частково враховує	Рішення N 2119/98/СС Європейського Парламенту та Ради від 24 вересня 1998 року, яке встановлює систему для епідеміологічного нагляду та контролю інфекційних хвороб в Співтоваристві	частково враховує

5. Очікувані результати

Прийняття проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я» забезпечить адаптацію законодавства України до законодавства Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я та життя людей, що дасть змогу знизити ризики інфікування пацієнтів та медичних працівників в закладах охорони здоров'я, в тому числі мікроорганізмами з антимікробною резистентністю.

6. Узагальнений висновок

Проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я»

не суперечить основним положенням законодавства Європейського Союзу у відповідних сферах правового регулювання.

**Міністр охорони
здоров'я України**

Віктор ЛЯШКО

“ .. ” 2021 р.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

ЗМІНИ

до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України

1. У таблиці Експертного висновку про відповідність закладу стандартам акредитації додатку до Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 березня 2011 року № 142, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 червня 2011 року за № 678/19416:

1) пункт 7 викласти в такій редакції:

«

7. Профілактика інфекцій та інфекційний контроль (335)		
7.1	0-3-5	
7.2	0-3-5	
7.3	0-5	
7.4	0-3-5	
7.5	0-3-5	

7.6	0-3-5	
7.7	0-3-5	
7.8	0-3-5	
7.9	0-3-5	
7.10	0-3-5	
7.11	0-3-5	
7.12	0-5	
7.13	0-5	
7.14	0-5	
7.15	0-5	
7.16	0-5	
7.17	0-5	
7.18	0-3	
7.19	0-1-3	
7.20	0-3	
7.21	0-5	
7.22	0-5	
7.23	0-5	
7.24	0-3-5	
7.25	0-3-5	
7.26	0-1-3	
7.27	0-5	
7.28	0-3-5	
7.29	0-3-5	
7.30	0-5	
7.31	0-5	
7.32	0-5	
7.33	0-5	
7.34	0-5	

7.35	0-5	
7.36	0-2-3	
7.37	0-1-3	
7.38	0-2-3	
7.39	0-3	
7.40	0-2-3	
7.41	0-5-10	
7.42	0-5	
7.43	0-3	
7.44	0-3	
7.45	0-2-3	
7.46	0-3	
7.47	0-3	
7.48	0-3	
7.49	0-1-3	
7.50	0-3-5	
7.51	0-3-5	
7.52	0-3-5	
7.53	0-3-5	
7.54	0-3-5	
7.55	0-3-5	
7.56	0-3-5	
7.57	0-3-5	
7.58	0-3-5	
7.59	0-3-5	
7.60	0-3-5	
7.61	0-3-5	
7.62	0-3-5	
7.63	0-3-5	

7.64	0-3-5	
7.65	0-3-5	
7.66	0-5	
7.67	0-3-5	
7.68	0-3-5	
7.69	0-3-5	
7.70	0-3-5	
7.71	0-5	
7.72	0-3-5	
7.73	0-3-5	

»;

2) у пункті 10:

у назві пункту цифру «117» замінити цифрами «114»;

підпункт 10.30 виключити. У зв'язку з цим підпункти 10.31-10.36 вважати відповідно підпунктами 10.30-10.35;

3) пункт 15 викласти в такій редакції:

«

15. Хірургія, анестезіологія та інтенсивна терапія (реанімація) (89)		
15.1	0-3	
15.2	0-3	
15.3	0-3	
15.4	0-3	
15.5	0-3	
15.6	0-3	
15.7	0-3	
15.8	0-3	
15.9	0-3	
15.10	0-3	

15.11	0-1-3	
15.12	0-3	
15.13	0-3	
15.14	0-1-3	
15.15	0-3	
15.16	0-3	
15.17	0-3	
15.18	0-3	
15.19	0-1-3	
15.20	0-3	
15.21	0-1-3	
15.22	0-1-3	
15.23	0-1-3	
15.24	0-1-3	
15.25	0-1-3	
15.26	0-1-3	
15.27	0-1-3	
15.28	0-1-3	
15.29	0-3-5	

»;

4) у пункті 16:

у назві пункту цифри «140» замінити цифрами «134»;

підпункт 16.17 виключити. У зв'язку з цим підпункти 16.18-16.46 вважати відповідно підпунктами 16.17-16.45;

підпункт 16.34 виключити. У зв'язку з цим підпункти 16.35-16.45 вважати відповідно підпунктами 16.34-16.44;

5) у пункті 18:

у назві пункту цифри «42» замінити цифрами «41»;

підпункт 18.5 викласти в такого змісту:

« 18.5	0-3-5	
»;		

підпункти 18.7, 18.8 виключити, у зв'язку з цим підпункти 18.9-18.14 вважати відповідно підпунктами 18.7-18.12;

6) у пункті 19:

у назві пункту цифри «105» замінити цифрами «102»;

підпункт 19.14 виключити. У зв'язку з цим підпункти 19.15-19.18 вважати відповідно підпунктами 19.14-19.17;

7) у пункті 24:

у назві пункту цифри «21» замінити цифрами «26»;

доповнити підпунктом 24.8 такого змісту:

24.8	0-5

2. У розділі II Стандартів акредитації закладів охорони здоров'я, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 березня 2011 року № 142, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 06 червня 2011 року за № 680/19418:

1) главу 7 викласти в такій редакції:

«7. Профілактика інфекцій та інфекційний контроль

7.1. Наявність відділу з інфекційного контролю

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – відділ з інфекційного контролю не створений;

ЧВ – відділ з інфекційного контролю створений, але недоукомплектований кадрами та/або не затверджені посадові обов'язки/інструкції кожного із працівників та/або мінімум один із працівників відділу працює не на повний робочий день та/або підпорядкований не керівнику закладу;

В – відділ з інфекційного контролю створений та укомплектований кадрами відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи/закладу надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ 2021 року № ____ «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____.

7.2. В закладі охорони здоров'я, що надає стаціонарну медичну допомогу наявний лікар-епідеміолог

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – лікар-епідеміолог не входить до складу відділу з інфекційного контролю закладу або працює на неповну ставку;

ЧВ – лікар-епідеміолог входить до складу відділу з інфекційного контролю закладу, працює на повну ставку, але епідеміологічні дослідження проводяться безсистемно (не аналізуються та/або не враховуються для впровадження/оцінки заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю);

В – лікар-епідеміолог входить до складу відділу з інфекційного контролю закладу, працює на повну ставку, епідеміологічні дослідження проводяться системно (аналізуються та враховуються для

впровадження/оцінки заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю).

7.3. Наявні помічники лікаря-епідеміолога

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – помічник(и) лікаря-епідеміолога відсутній(і) або їх кількість менша ніж один на 250 ліжок закладу;

В – помічник(и) лікаря-епідеміолога наявний(і) в кількості мінімум один на 250 ліжок закладу.

7.4. Наявність річного плану дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – річний план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю відсутній або не затверджений керівником закладу або не виділено фінансування;

ЧВ – річний план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю затверджений, але не адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану не включає мультимодальні стратегії (підхід), план не містить чітко визначених заходів та/або індикаторів;

В – річний план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю затверджений керівником закладу, адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану включає

мультимодальні стратегії (підхід), план містить чітко визначені заходи та індикатори.

7.5. Наявність довготривалого (мінімум п'ятирічного) плану дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

П – довготривалий план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю відсутній, розроблений менше ніж на п'ять років або не затверджений керівником закладу або не виділено фінансування;

ЧВ – довготривалий план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю затверджений, але не адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану не включає мультимодальні стратегії (підхід), план не містить чітко визначених заходів та/або індикаторів;

В – довготривалий план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю затверджений керівником закладу, адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану включає мультимодальні стратегії (підхід), план містить чітко визначені заходи та індикатори.

7.6. Наявність річного плану дій з впровадження покращення гігієни рук

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – річний план дій з впровадження покращення гігієни рук відсутній або не затверджений керівником закладу або не виділено фінансування;

ЧВ – річний план дій з впровадження покращення гігієни рук затверджений, але не адаптований під потреби і можливості закладу охорони здоров'я (фінансові та кадрові), реалізація плану не включає мультимодальні стратегії (підхід), план не містить чітко визначених заходів та/або індикаторів;

В – річний план дій з впровадження покращення гігієни рук затверджений керівником закладу, адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану включає мультимодальні стратегії (підхід), план містить чітко визначені заходи та індикатори.

7.7. Наявність довготривалого (мінімум п'ятирічного) плану дій з впровадження покращення гігієни рук

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – довготривалий план дій з впровадження покращення гігієни рук відсутній, розроблений менше ніж на п'ять років або не затверджений керівником закладу або не виділено фінансування;

ЧВ – довготривалий план дій з впровадження покращення гігієни рук затверджений, але не адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану не включає мультимодальні стратегії (підхід), план не містить чітко визначених заходів та/або індикаторів;

В – довготривалий план дій з впровадження покращення гігієни рук затверджений керівником закладу, адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану включає мультимодальні стратегії (підхід), план містить чітко визначені заходи та індикатори.

7.8. Наявність адміністрування антимікробних препаратів

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

II адміністрування антимікробних препаратів відсутнє або не виділено фінансування;

ЧВ – адміністрування антимікробних препаратів не адаптоване під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація не включає мультимодальні стратегії (підхід), не містить чітко визначених заходів та/або індикаторів;

В – адміністрування антимікробних препаратів адаптоване під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація включає мультимодальні стратегії (підхід), містить чітко визначені заходи та індикатори.

7.9. Наявний річний план навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю медичних працівників закладу

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

II – річний план навчання і підготовки відсутній/не затверджений керівником або в закладі відсутня визначена особа, відповідальна за проведення навчання і підготовки, або навчання проводиться без оцінки знань медичних працівників/якості проведеного навчання;

ЧВ – річний план навчання і підготовки затверджений керівником, наявна визначена особа, відповідальна за проведення навчання і підготовки, навчання проводиться з оцінкою знань медичних працівників/якості проведеного навчання, але до навчання залучені не всі медичні працівники;

В – річний план навчання і підготовки затверджений керівником, наявна визначена особа, відповідальна за проведення навчання і підготовки, навчання проводиться з оцінкою знань медичних працівників/якості проведеного навчання, до навчання залучені всі медичні працівники.

7.10. Наявний річний план навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю немедичних працівників закладу

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – річний план навчання і підготовки відсутній/не затверджений керівником або в закладі відсутня визначена особа, відповідальна за проведення навчання і підготовки, або навчання проводиться без оцінки знань немедичних працівників/якості проведеного навчання;

ЧВ – річний план навчання і підготовки затверджений керівником, наявна визначена особа, відповідальна за проведення навчання і підготовки, навчання проводиться з оцінкою знань немедичних працівників/якості проведеного навчання, але до навчання залучені не всі немедичні працівники;

В – річний план навчання і підготовки затверджений керівником, наявна визначена особа, відповідальна за проведення навчання і підготовки, навчання проводиться з оцінкою знань немедичних працівників/якості проведеного навчання, до навчання залучені всі немедичні працівники.

7.11. Наявні навчальні матеріали з профілактики інфекцій та інфекційного контролю для пацієнтів

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – навчальні матеріали для пацієнтів відсутні або доступні у менш ніж 50% клінічних підрозділах або не містять мінімум одну із наступних позицій: миття рук з милом і водою, респіраторна гігієна і етикет кашлю, заходи особистої гігієни;

ЧВ – навчальні матеріали для пацієнтів доступні у менш ніж 75% клінічних підрозділах та містять інформацію щодо миття рук з милом і водою, респіраторної гігієни і етикету кашлю, заходів особистої гігієни;

В – навчальні матеріали для пацієнтів доступні у всіх клінічних підрозділах та містять інформацію щодо миття рук з милом і водою, респіраторної гігієни і етикету кашлю, заходів особистої гігієни.

7.12. Наявність ліжок в коридорах

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – пацієнти розміщуються на ліжках, що знаходяться в коридорах;

В – пацієнти не розміщуються на ліжках, що знаходяться в коридорах.

7.13. Зайнятість ліжок в кімнатах/палатах клінічних підрозділів відповідає положенню «одне ліжко – один пацієнт»

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – положення «одне ліжко – один пацієнт» не дотримується;

В – положення «одне ліжко – один пацієнт» дотримується.

7.14. Відстань між ліжками у кімнатах/палатах клінічних підрозділів становить не менше одного метра

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – відстань між ліжками у кімнатах/палатах клінічних підрозділів становить менше одного метра;

В – відстань між ліжками у кімнатах/палатах клінічних підрозділів становить один метр і більше.

7.15. Наявність системи реагування на результати оцінки кадрових потреб на випадок надзвичайних ситуацій

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – система реагування відсутня або не ведеться перелік працівників запасу, яких можливо залучити на випадок виникнення надзвичайної ситуації;

ЧВ – система реагування наявна та ведеться перелік працівників запасу, яких можливо залучити на випадок виникнення надзвичайної ситуації, але не визначені відповідальні особи або список контактів працівників запасу не оновлювався понад 3 роки;

В – система реагування наявна та ведеться перелік працівників запасу, яких можливо залучити на випадок виникнення надзвичайної ситуації, визначені відповідальні особи, список контактів працівників запасу оновлюється мінімум один раз на 3 роки.

7.16. Наявність системи реагування на випадки, коли кількість пацієнтів перевищує кількість ліжок

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – система реагування відсутня або не визначені відповідальні особи;

В – система реагування наявна, визначені відповідальні особи.

7.17. Наявність централізованого водопостачання

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – проточна вода не доступна в будь-який час і в достатній кількості для всіх видів використання;

В – проточна вода доступна в будь-який час і в достатній кількості для всіх видів використання.

7.18. Наявність системи опалення

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – система опалення відсутня;

В – система опалення наявна.

7.19. Ефективність роботи системи вентиляції

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - система вентиляції працює неефективно;

ЧВ - система вентиляції працює ефективно, але не в усіх приміщеннях;

В - система вентиляції працює ефективно.

7.20. Відповідність природного та штучного освітлення приміщень їх функціональному призначенню

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - не відповідає функціональному призначенню;

В - відповідає функціональному призначенню.

7.21. Наявність туалетів у клінічних підрозділах закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – у клінічних підрозділах кількість туалетів становить менше ніж 1 на 20 ліжок;

В – у клінічних підрозділах кількість туалетів становить 1 на 20 ліжок або більше.

7.22. Наявність туалетів у амбулаторно-поліклінічних закладах

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	відповідність	первинна

ОВ:

Н – у амбулаторно-поліклінічному закладі наявно менше 4 туалетів;

В – у амбулаторно-поліклінічному закладі наявні 4 туалети і більше.

7.23. Наявність електроенергії

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – електроенергія в закладі відсутня або подається з перебоями;

В – електроенергія в закладі наявна постійно.

7.24. Наявність ізоляторів/палат індивідуального перебування для пацієнтів із аерогенними інфекційними захворюваннями

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – ізолятори/палати індивідуального перебування для пацієнтів із аерогенними інфекційними захворюваннями відсутні;

ЧВ – ізолятори/палати індивідуального перебування для пацієнтів із аерогенними інфекційними захворюваннями наявні, але не відповідають національним нормам;

В – ізолятори/палати індивідуального перебування для пацієнтів із аерогенними інфекційними захворюваннями наявні і відповідають національним нормам.

7.25. Наявність засобів індивідуального захисту

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – засоби індивідуального захисту не доступні для усіх працівників постійно або засоби індивідуального захисту не відповідають національним стандартам або не проведені розрахунки необхідної кількості для кожного з підрозділів або не забезпечено фактичну наявність з урахуванням можливої необхідності надання допомоги при надзвичайних ситуаціях;

ЧВ – засоби індивідуального захисту доступні для усіх працівників постійно, засоби індивідуального захисту відповідають національним стандартам, проведені розрахунки необхідної кількості для кожного з підрозділів, забезпечено фактичну наявність з урахуванням можливої необхідності надання допомоги при надзвичайних ситуаціях, але відсутній запас засобів індивідуального захисту мінімум на один місяць роботи;

В – засоби індивідуального захисту доступні для усіх працівників постійно, засоби індивідуального захисту відповідають національним стандартам, проведені розрахунки необхідної кількості для кожного з підрозділів, забезпечено фактичну наявність з урахуванням можливої необхідності надання допомоги при надзвичайних ситуаціях, наявний запас засобів індивідуального захисту мінімум на один місяць роботи.

7.26. Забезпечення закладу білизною, дотримання вимог щодо зберігання та якості прання білизни

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - забезпечення недостатнє, вимоги щодо зберігання та прання білизни не дотримуються;

ЧВ - забезпечення достатнє, але вимоги щодо зберігання та прання білизни не дотримуються;

В - забезпечення достатнє, вимоги щодо зберігання та прання білизни дотримуються.

7.27. Наявність ємностей для збору медичних відходів категорії А у підрозділах

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – ємності для збору медичних відходів категорії А відсутні;

В – ємності для збору медичних відходів категорії А наявні.

7.28. Наявність ємностей для збору медичних відходів категорії В

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – ємності для збору відходів категорії В відсутні або не відповідають національним стандартам;

ЧВ – ємності для збору відходів категорії В наявні, відповідають національним стандартам, але знаходяться поза межами безпосереднього(их) місця(ь) утворення відходів;

В – ємності для збору відходів категорії В наявні, відповідають національним стандартам і знаходяться безпосередньо в місці(ях) утворення відходів.

7.29. Наявність контейнерів для збору відходів категорії В «небезпечно гострі предмети»

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – контейнери для збору відходів категорії В «небезпечно гострі предмети» відсутні або не відповідають національним стандартам;

ЧВ – контейнери для збору відходів категорії В «небезпечно гострі предмети» наявні, відповідають національним стандартам, але знаходяться поза межами безпосереднього(их) місця(ь) утворення відходів;

В – контейнери для збору відходів категорії В «небезпечно гострі предмети» наявні, відповідають національним стандартам і знаходяться безпосередньо в місці(ях) утворення відходів.

7.30. Наявність витяжних шаф для нейтралізації відходів категорії С у закладах, які використовують цитостатики і генотоксичні препарати

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – шафа(и) для нейтралізації відходів категорії С відсутні або не відповідають національним стандартам;

В – шафа(и) для нейтралізації відходів категорії С наявні, відповідають національним стандартам.

7.31. Наявність спеціальних ємностей (контейнери, шафи тощо) для зберігання відходів категорії D у закладах, які використовують радіоізотопи у медичних та/або наукових цілях у будь-якому агрегатному стані, що перевищують допустимі рівні, встановлені нормами радіаційної безпеки

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – ємності (контейнери, шафи тощо) для зберігання відходів категорії D відсутні або не відповідають національним стандартам;

В – ємності (контейнери, шафи тощо) для зберігання відходів категорії D наявні, відповідають національним стандартам.

7.32. Наявність договору на вивіз відходів категорії А

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – договір на вивіз відходів категорії А відсутній;

В – договір на вивіз відходів категорії А наявний.

7.33. Наявність договору на вивіз небезпечних відходів

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – договір на вивіз небезпечних відходів відсутній;

В – договір на вивіз небезпечних відходів наявний.

7.34. Наявність центрального стерилізаційного відділення у закладах, які надають хірургічну допомогу

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – центральне стерилізаційне відділення відсутнє або не відповідає національним вимогам або не заключено договір щодо надання послуг із очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) виробів медичного призначення;

В – наявне центральне стерилізаційне відділення, яке відповідає національним вимогам або заключено договір щодо надання послуг із очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) виробів медичного призначення.

7.35. Профілактичні медичні огляди працівників закладу проводяться у відповідності до вимог законодавства

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – вимоги не дотримуються;

В – вимоги дотримуються.

7.36. Дотримання санітарних норм і правил щодо площ та розташування приміщень закладу

0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги

невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - норми і правила не дотримуються;

ЧВ - норми і правила дотримуються частково;

В - норми і правила дотримуються.

7.37. Дотримання санітарних норм і правил щодо внутрішнього оздоблення приміщень відповідно до функціонального призначення

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - внутрішнє оздоблення приміщень не відповідає їх функціональному призначенню;

ЧВ - внутрішнє оздоблення приміщень частково відповідає їх функціональному призначенню;

В - внутрішнє оздоблення приміщень відповідає їх функціональному призначенню.

7.38. Дотримання санітарних норм і правил щодо холодного та гарячого водопостачання

0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - у закладі наявне лише холодне водопостачання;

ЧВ - холодне та гаряче водопостачання непостійне;

В - у закладі наявне холодне та гаряче водопостачання.

7.39. Наявність ефективної системи каналізації

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - система каналізації неефективна та/або наявні свідчення про часті перебої в її роботі;

В - система каналізації ефективна.

7.40. Дотримання санітарних норм і правил щодо розташування харчоблоку

0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - норми і правила не дотримуються;

ЧВ - норми і правила дотримуються частково;

В - норми і правила дотримуються.

7.41. Дотримання санітарних норм і правил щодо обладнання, інвентарю, посуду і тари харчоблоку

0 балів	5 балів	10 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги

невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - норми і правила не дотримуються;

ЧВ - норми і правила дотримуються частково;

В - норми і правила дотримуються.

7.42. Дотримання вимог щодо заборони організації загальних місць для прийому їжі пацієнтами в клінічних підрозділах

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – вимоги не дотримуються;

В – вимоги дотримуються.

7.43. Дотримання санітарних норм і правил щодо транспортування, приймання та зберігання харчової сировини та продуктів харчування

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - норми і правила не дотримуються;

В - норми і правила дотримуються.

7.44. Дотримання санітарних норм і правил щодо виробництва харчових продуктів у закладі

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	

невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - норми і правила не дотримуються;

В - норми і правила дотримуються.

7.45. Дотримання вимог щодо складання меню-розкладки, розробки планового меню та забезпечення хворих дієтичним харчуванням

0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - вимоги не дотримуються;

ЧВ - вимоги дотримуються частково;

В - вимоги дотримуються.

7.46. Дотримання вимог щодо проведення бракеражу готової продукції та відбору і зберігання добових проб

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - вимоги не дотримуються;

В - вимоги дотримуються.

7.47. Проведення систематичного контролю за дотриманням вимог щодо постачання пацієнтам доброякісних і безпечних харчових продуктів з документальним підтвердженням

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - контроль не проводиться;

В - контроль проводиться систематично, що підтверджено документально.

7.48. Дотримання вимог щодо безпеки харчування дітей до 1 року

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - вимоги не дотримуються;

В - вимоги дотримуються.

7.49. Дотримання вимог щодо допуску до роботи працівників харчоблоку та роздавальних

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - вимоги не дотримуються;

ЧВ - вимоги дотримуються частково;

В - вимоги дотримуються, працівники харчоблоку та роздавальних пройшли медичний огляд при прийомі на роботу, щоквартальні періодичні медичні огляди та щоденний огляд на наявність гнійничкових захворювань.

7.50. Наявність стандартних операційних процедур з адміністрування антимікробних препаратів і моніторингу/контролю за антимікробною резистентністю

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури з адміністрування антимікробних препаратів і моніторингу/контролю за антимікробною резистентністю відсутні або не затверджені керівником закладу або не забезпечено їх фінансування (не забезпечена наявність антимікробних препаратів);

ЧЗ – стандартні операційні процедури з адміністрування антимікробних препаратів і моніторингу/контролю за антимікробною резистентністю затверджені, але не переглядалися більше одного року;

В – стандартні операційні процедури з адміністрування антимікробних препаратів і моніторингу/контролю за антимікробною резистентністю затверджені керівником закладу і вчасно переглядаються (раз на рік).

7.51. Наявність нових клінічних протоколів емпіричної антибіотикотерапії при найбільш розповсюджених бактеріальних інфекційних хворобах

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – нові клінічні протоколи емпіричної антибіотикотерапії відсутні або не затверджені керівником закладу;

ЧВ -- нові клінічні протоколи емпіричної антибіотикотерапії затверджені керівником закладу, але не переглядалися більше одного року;

В -- нові клінічні протоколи емпіричної антибіотикотерапії затверджені керівником закладу і вчасно переглядаються (раз на рік).

7.52. Наявність стандартних операційних процедур щодо стандартних заходів захисту

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н -- стандартні операційні процедури щодо стандартних заходів захисту відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ -- стандартні операційні процедури щодо стандартних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В -- стандартні операційні процедури (протоколи, алгоритми) щодо стандартних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.53. Наявність стандартних операційних процедур щодо гігієни рук

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

П – стандартні операційні процедури щодо гігієни рук відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо гігієни рук затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо гігієни рук затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.54. Наявність стандартних операційних процедур щодо контактних заходів захисту (недопущення інфікування контактним шляхом)

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо контактних заходів захисту відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо контактних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо контактних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.55. Наявність стандартних операційних процедур щодо крапельних заходів захисту (недопущення інфікування крапельним шляхом)

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо крапельних заходів захисту відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо крапельних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо крапельних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.56. Наявність стандартних операційних процедур щодо повітряних (аерогенних) заходів захисту (недопущення інфікування повітряним (аерогенним) шляхом)

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо повітряних (аерогенних) заходів захисту відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо повітряних (аерогенних) заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо повітряних (аерогенних) заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.57. Наявність стандартних операційних процедур щодо виявлення і боротьби із спалахами інфекційних хвороб

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо виявлення і боротьби із спалахами інфекційних хвороб відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо виявлення і боротьби із спалахами інфекційних хвороб затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо виявлення і боротьби із спалахами інфекційних хвороб затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.58. Наявність стандартних операційних процедур щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.59. Наявність стандартних операційних процедур щодо профілактики нозокоміальних пневмоній

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо профілактики нозокоміальних пневмоній відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо профілактики нозокоміальних пневмоній затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо профілактики нозокоміальних пневмоній затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.60. Наявність стандартних операційних процедур щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.61. Наявність стандартних операційних процедур щодо профілактики передавання мікроорганізмів із множинною резистентністю до антимікробних препаратів

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо профілактики передавання мікроорганізмів із множинною резистентністю до

антимікробних препаратів відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо профілактики передавання мікроорганізмів із множинною резистентністю до антимікробних препаратів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо профілактики передавання мікроорганізмів із множинною резистентністю до антимікробних препаратів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.62. Наявність стандартних операційних процедур щодо очищення та дезінфекції

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо очищення та дезінфекції відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо очищення та дезінфекції затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо очищення та дезінфекції затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.63. Наявність стандартних операційних процедур щодо очищення, дезінфекції та стерилізації медичних виробів (репроцесингу медичних виробів)

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо очищення, дезінфекції та стерилізації медичних виробів (репроцесингу медичних виробів) відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо очищення, дезінфекції та стерилізації медичних виробів (репроцесингу медичних виробів) затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо очищення, дезінфекції та стерилізації медичних виробів (репроцесингу медичних виробів) затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.64. Наявність стандартних операційних процедур щодо поводження з відходами

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо поводження з відходами відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо поводження з відходами затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо поводження з відходами затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.65. Наявний локальний мікробіологічний моніторинг

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – локальний мікробіологічний моніторинг не проводиться або проводиться періодично, через незабезпеченість/недостатню забезпеченість мікробіологічної лабораторії;

ЧВ – локальний мікробіологічний моніторинг проводиться, однак його дані не враховуються для корекції нових клінічних протоколів емпіричної антибіотикотерапії;

В – локальний мікробіологічний моніторинг проводиться і його дані враховуються для корекції нових клінічних протоколів емпіричної антибіотикотерапії.

7.66. Проводиться контроль за побічними реакціями при використанні антимікробних препаратів

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – реєстрація та звітування щодо побічних реакцій при використанні антимікробних препаратів не проводиться;

В – реєстрація та звітування щодо побічних реакцій при використанні антимікробних препаратів здійснюються у відповідності до Порядку здійснення фармаконагляду, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 року, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за № 73/13340 (із змінами).

7.67. Проводиться аналіз ефективності адміністрування антимікробних препаратів

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – аналіз ефективності адміністрування антимікробних препаратів не проводиться;

ЧВ – аналіз ефективності адміністрування антимікробних препаратів проводиться, але не включає визначення одного з показників розповсюдженості антимікробної резистентності, індексу резистентності до антимікробних препаратів, фармакоекономічної ефективності і якості антимікробної терапії (рівень загального споживання антимікробного препарату або групи антимікробних препаратів, число курсів антимікробної терапії на одного пацієнта за одиницю часу, середня тривалість курсу антимікробної терапії за одиницю часу, кількість днів антимікробної терапії за одиницю часу, частота деескалації антимікробної терапії);

В – аналіз ефективності адміністрування антимікробних препаратів проводиться та включає визначення показників розповсюдженості антимікробної резистентності, індексу резистентності до антимікробних препаратів, фармакоекономічної ефективності і якості антимікробної терапії (рівень загального споживання антимікробного препарату або групи антимікробних препаратів, число курсів антимікробної терапії на одного пацієнта за одиницю часу, середня тривалість курсу антимікробної терапії

за одиницю часу, кількість днів антимікробної терапії за одиницю часу, частота деескаляції антимікробної терапії).

7.68. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками правил і практик гігієни рук

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками правил і практик гігієни рук;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками правил і практик гігієни рук, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками правил і практик гігієни рук, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

7.69. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення і дезінфекції поверхонь

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення і дезінфекції поверхонь, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення і дезінфекції поверхонь, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

7.70. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) виробів медичного призначення

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) виробів медичного призначення, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) виробів медичного призначення, результати проведених

моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

7.71. Проводяться моніторинг і оцінка щодо споживання/використання підрозділами закладу спиртовмісного антисептику для рук

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку або результати моніторингу і оцінки не враховуються при проведенні закупівель;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо споживання/використання підрозділами спиртовмісного антисептику для рук, результати моніторингу і оцінки враховуються при проведенні закупівель.

7.72. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури поводження з медичними відходами

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури поводження з медичними відходами, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для

удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури поводження з медичними відходами, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

7.73. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури постановки та догляду за внутрішньосудинним катетером

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури постановки та догляду за внутрішньосудинним катетером, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури постановки та догляду за внутрішньосудинним катетером, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.»;

2) підпункт 10.30 виключити. У зв'язку з цим підпункти 10.31-10.36 вважати відповідно підпунктами 10.30-10.35;

3) пункт 15 викласти в такій редакції:

«15. Хірургія, анестезіологія та інтенсивна терапія (реанімація)

15.1. Проведення в повному обсязі обстеження хворих на планове оперативне втручання на догоспітальному етапі

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - проведення обстеження не здійснюється або здійснюється не в повному обсязі;

ЧВ – проведення обстеження здійснюється в повному обсязі, за виключенням мікробіологічного обстеження (окрім пацієнтів з прогнозовано чистими операційними ранами);

В – проведення обстеження здійснюється в повному обсязі.

15.2. Наявність затвердженого розкладу усіх планових оперативних втручань із зазначенням необхідної інформації

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - відсутній затверджений розклад планових операцій або у розкладі відсутня необхідна інформація;

В - наявний розклад операцій із зазначенням необхідної інформації.

15.3. Наявність у відділенні обладнаної(го) операційної (операційного блоку)

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги

невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - операційна (операційний блок) відсутній або не обладнана(ий);

В - операційна (операційний блок) наявна(ий) та обладнана(ий).

15.4. Наявність обладнання для проведення гемотрансфузій (сироватки, приладів для визначення груп крові, обладнання для проведення необхідних проб на сумісність)

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - відсутнє або перебуває в неробочому стані;

В - наявне і перебуває в робочому стані.

15.5. Наявність у формах № 003/о, № 097/о, № 096/о, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 року № 29), зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975, або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецензії в електронній системі охорони здоров'я (далі – медична карта стаціонарного хворого) запису лікаря-анестезіолога про огляд пацієнта перед оперативним втручанням

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - запис відсутній;

В - запис наявний.

15.6. Наявність інформації щодо об'єктивного стану хворого в медичній карті стаціонарного хворого огляду лікаря-анестезіолога

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - інформація відсутня;

В - інформація наявна.

15.7. Проведення аналізу результатів обстежень анестезіологом (не пізніше ніж за 12 годин) до планового оперативного втручання

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - аналіз не проводиться або проводиться після установленого терміну;

В - аналіз проводиться у встановлений термін.

15.8. Наявність післяопераційних палат для перебування хворих

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - відсутні післяопераційні палати;

В - наявні післяопераційні палати.

15.9. Здійснення лікарського контролю у післяопераційному періоді

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - контроль не здійснюється;

В - контроль здійснюється.

15.10. Проведення сестринського догляду в післяопераційному періоді

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - догляд не проводиться;

В - догляд проводиться.

15.11. Наявність стандартних операційних процедур щодо профілактики інфекцій області хірургічного втручання

0 балів	1 бали	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо профілактики інфекцій області хірургічного втручання відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо профілактики інфекцій області хірургічного втручання затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо профілактики інфекцій області хірургічного втручання затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

15.12. Наявність інформації щодо результатів патогістологічних та цитологічних досліджень видалених тканин у медичній карті стаціонарного хворого із зазначенням дати і номера дослідження, прізвища виконавців, а також у витягу із медичної карти (якщо була виконана експрес-біопсія під час операції, то результат заноситься до протоколу операції)

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - інформація відсутня або наявна не в усіх випадках;

В - інформація наявна у всіх випадках.

15.13. Проведення оперативного втручання у призначений час

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - не проводяться або такі випадки не розбираються, причини не встановлюються;

В - проводяться, у разі непроведення кожен такий випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому.

15.14. Наявність стандартних операційних процедур підготовки пацієнта до оперативного втручання

0 балів	1 бали	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги

невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - стандартні операційні процедури підготовки пацієнта до оперативного втручання відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ - стандартні операційні процедури підготовки пацієнта до оперативного втручання затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В - стандартні операційні процедури підготовки пацієнта до оперативного втручання затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

15.15. Дотримання терміну перебування оперованого хворого в післяопераційній пататі

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - не дотримується або такі випадки не розбираються, причини не встановлюються;

В - дотримується, у разі недотримання кожен такий випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому.

15.16. Проведення повторних оперативних втручань (за винятком запланованих)

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - випадки проведення повторних оперативних втручань не розбираються, причини не встановлюються;

В - випадки проведення повторних оперативних втручань детально розбираються, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому.

15.17. Наявність післяопераційних ускладнень (інфаркт міокарда, кровотеча, гематома, пневмонія, тромбоемболія легеневої артерії, інсульт тощо)

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - випадки не розбираються, причини не встановлюються;

В - кожен такий випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому.

15.18. Наявність летальних випадків як наслідків оперативного втручання

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - випадки не розбираються, причини не встановлюються;

В - кожен такий випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому.

15.19. Наявність у відділенні інтенсивної терапії медичного обладнання, у тому числі лабораторного, відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - відсутнє;

ЧВ - обладнання наявне, але не в повному обсязі або в перобочому стані;

В - наявне в повному обсязі.

15.20. Проведення заходів щодо знеболення при проведенні оперативних втручань у дітей

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - проведення знеболювання у менше ніж 90 % випадків;

В - проведення знеболювання у більше ніж 90 % випадків.

15.21. Наявність стандартних операційних процедур профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії

0 балів	1 бали	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

15.22. Наявність стандартних операційних процедур постановки центральних судинних катетерів

0 балів	1 бали	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури постановки центральних судинних катетерів відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури постановки центральних судинних катетерів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури постановки центральних судинних катетерів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

15.23. Наявність стандартних операційних процедур інтубації трахеї

0 балів	1 бали	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги

невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури інтубації трахеї відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури інтубації трахеї затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури інтубації трахеї затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

15.24. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики інфекцій області хірургічного втручання

0 балів	1 бал	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики інфекцій області хірургічного втручання;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики інфекцій області хірургічного втручання, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики інфекцій області хірургічного втручання, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

15.25. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур підготовки пацієнта до оперативного втручання

0 балів	1 бали	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур підготовки пацієнта до оперативного втручання;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур підготовки пацієнта до оперативного втручання, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур підготовки пацієнта до оперативного втручання, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

15.26. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії

0 балів	1 бали	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

15.27. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур постановки центральних судинних катетерів

0 балів	1 бати	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання

працівниками стандартних операційних процедур постановки центральних судинних катетерів;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур постановки центральних судинних катетерів, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур постановки центральних судинних катетерів, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

15.28. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур інтубації трахеї

0 балів	1 бали	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур інтубації трахеї;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур інтубації трахеї, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур інтубації трахеї, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

15.29. Наявність припливно-витяжної з механічним спонуканням вентиляції у операційній

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

ПІ – вентиляційна система відсутня або в неробочому стані;

ЧВ – вентиляційна система в робочому стані, але не проводиться технічне обслуговування або не перевіряється щороку відповідність вимогам інфекційного контролю (кратність повітрообміну по витяжці, напрямок руху повітря, стан фільтрів) або не проведено розрахунок вартості експлуатації або відсутня проектна документація та/або бюджет на експлуатацію механічної вентиляції;

В – вентиляційна система в робочому стані, проводиться технічне обслуговування, перевіряється щороку відповідність вимогам інфекційного контролю (кратність повітрообміну по витяжці, напрямок руху повітря, стан фільтрів), проведено розрахунок вартості експлуатації, наявні проектна документація та бюджет на експлуатацію механічної вентиляції»;

4) у пункті 16:

підпункт 16.17 виключити. У зв'язку з цим підпункти 16.18-16.46 вважати відповідно підпунктами 16.17-16.45;

підпункт 16.33 виключити. У зв'язку з цим підпункти 16.34-16.45 вважати відповідно пунктами 16.33-16.44;

5) у пункті 18:

підпункт 18.5 викласти в такій редакції:

«18.5 Наявність припливно-витяжної з механічним спонуканням вентиляції у рентгенологічному кабінеті

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – вентиляційна система відсутня або в неробочому стані;

ЧВ – вентиляційна система в робочому стані, але не проводиться технічне обслуговування або не перевіряється щороку відповідність вимогам інфекційного контролю (кратність повітрообміну по витяжці, організований витяг повітря із верхньої та нижньої зон приміщення, напрямок руху повітря, стан фільтрів) або не проведено розрахунок вартості експлуатації або відсутня проектна документація та/або бюджет на експлуатацію механічної вентиляції;

В – вентиляційна система в робочому стані, проводиться технічне обслуговування, перевіряється щороку відповідність вимогам інфекційного контролю (кратність повітрообміну по витяжці, організований витяг повітря із верхньої та нижньої зон приміщення, напрямок руху повітря, стан фільтрів), проведено розрахунок вартості експлуатації, наявні проектна документація та бюджет на експлуатацію механічної вентиляції.»;

підпункти 18.7, 18.8 виключити. У зв'язку з цим підпункти 18.9-18.14 вважати відповідно підпунктами 18.7-18.12;

6) підпункт 19.14 пункту 19 виключити. У зв'язку з цим підпункти 19.15-19.18 вважати відповідно підпунктами 19.14-19.17;

7) пункт 24 доповнити новим підпунктом 24.8 такого змісту:

«24.8 Наявність у центрі трансплантації кісткового мозку палат захищеної ізоляції пацієнтів

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	відповідність	третинна

ОВ:

Н – відсутні або наявні в недостатній кількості (відповідно до розрахункової потреби);

В – наявні в достатній кількості (відповідно до розрахункової потреби).»;

8) підпункт 27.10 пункту 27 викласти у такій редакції:

«27.10. Дотримання вимог інфекційного контролю за туберкульозом відповідно до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 287, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 року за № 408/33379.

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – вимоги не дотримуються;

В – вимоги дотримуються.».

3. Пункт 1.3 розділу 1 Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до розміщення, облаштування, обладнання та експлуатації перинатальних центрів», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2012 року № 55, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 20 лютого 2012 року за № 248/20561, викласти у такій редакції:

«1.3. Заходи профілактики інфекцій та інфекційного контролю здійснюються відповідно до наказів Міністерства охорони здоров'я України від _____ 2021 року № ____ «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____, та від 03 серпня 2020 року № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за

пацієнтами», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.».

4. Форму первинної облікової документації № 008/о «Журнал запису оперативних втручань в стаціонарі», затверджену наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстровану в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974, викласти у такій редакції:

«

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

(в редакції наказу Міністерства
охорони здоров'я

України _____ № _____)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="870 978 1533 1052">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="870 1052 1533 1142"> Форма первинної облікової документації № 008/о </td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="870 1142 1533 1232">ЗАТВЕРДЖЕНО</td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="870 1232 1533 1321"> Наказ МОЗ України _____ № _____ </td></tr> </table>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ		Форма первинної облікової документації № 008/о		ЗАТВЕРДЖЕНО		Наказ МОЗ України _____ № _____	
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ									
Форма первинної облікової документації № 008/о									
ЗАТВЕРДЖЕНО									
Наказ МОЗ України _____ № _____									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="194 1321 1533 1411" rowspan="2"> ЖУРНАЛ запису оперативних втручань у стаціонарі </td></tr> <tr> </tr> <tr> <td data-bbox="194 1411 1533 1500"> Розпочато "____" _____ 20__ року </td><td data-bbox="194 1411 1533 1500"> Завершено "____" _____ 20__ року </td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="194 1500 1533 2011" style="height: 200px;"></td></tr> </table>		ЖУРНАЛ запису оперативних втручань у стаціонарі		Розпочато "____" _____ 20__ року	Завершено "____" _____ 20__ року				
ЖУРНАЛ запису оперативних втручань у стаціонарі									
Розпочато "____" _____ 20__ року	Завершено "____" _____ 20__ року								

Продовження форми № 008/о

Операція № _____

від _____

(число, місяць, рік)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

7. Медична карта стаціонарного хворого № _____

2. Хірург _____

8. Асистенти _____

3. Анестезіолог _____

9. Сестра медична операційна _____

4. Діагноз до операції _____

10. Сестра медична-анестезист _____

5. Вид анестезії _____

6. Діагноз після операції _____

II. Контрольний список дій щодо безпеки в операційній

11.1. До початку анестезії
(в присутності, щонайменше сестри
медичної - анестезиста та анестезіолога)

11.2. До розрізу шкіри
(в присутності хірурга, сестри
медичної операційної, сестри
медичної - анестезиста та
анестезіолога)

11.3. До того як пацієнт покине
операційну
(в присутності хірурга, сестри
медичної операційної, сестри
медичної-анестезиста та
анестезіолога)

3. На кожне оперативне втручання відводиться окремий листок, у якому вказуються прізвище, ім'я, по батькові хворого (пункт 1), прізвище та ініціали хірурга (пункт 2), анестезіолога (пункт 3), діагноз до операції (пункт 4), вид анестезії, що застосовувалась (пункт 5), діагноз після операції (пункт 6), а також зазначаються номер медичної карти стаціонарного хворого (пункт 7), прізвища та ініціали асистентів (пункт 8) прізвище та ініціали сестри медичної операційної (пункт 9), прізвища та ініціали сестри медичної-анестезиста (пункт 10), виконання контрольного списку дій щодо безпеки в операційній (пункт 11) та опис операції (пункт 12).

4. У пункті 11 форми 008/о підпункти 11.1., 11.2. та 11.3. заповнюються у послідовності, що відповідає послідовності проведення оперативного втручання: до початку анестезії, до розрізу шкіри та до того, як пацієнт покине операційну. Медичною сестрою-анестезистом усно перевіряється та послідовно підтверджується виконання кожного із підпунктів, перш ніж операційна бригада переходить до наступних дій.

Підтвердження виконання підпунктів відмічається позначками «✓» або «+», якщо підпункт не виконано – позначка не ставиться.

5. Підпункт 11.1 заповнюється за обов'язкової присутності щонайменше анестезіолога:

1) у підпункті 11.1.1 відмічається «так», якщо місце оперативного втручання марковане, або «не застосовується», якщо оперативне втручання не потребує маркування місця первинного розрізу шкіри;

2) у підпункті 11.1.2 відмічається «так», якщо анестезіолог усно підтвердив проведення формальної інспекції необхідних протягом операції обладнання для проведення анестезії, дихального контуру та медичних виробів (включно з лікарськими засобами, які використовуються для надання невідкладної медичної допомоги). У випадку, якщо підпункт не виконано, переходити до наступних дій забороняється;

3) у підпункті 11.1.3 відмічається «так», якщо пульсоксиметр, капнограф, ЕКГ-електроди, манжетка тонометра та температурні датчики зафіксовані на пацієнті і правильно функціонують. Дані вимірювань пульсоксиметра (ступінь насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем, частота пульсу та плетизмограма), капнографа (парціальний тиск CO_2 в кінці видиху пацієнта (EtCO_2)) та частота дихання, за умови проведення

загальної анестезії чи глибокої седації), ЕКГ-монітора (відображення електричної активності серця в режимі реально часу у кількох суміжних відведеннях), тонометра (величина артеріального тиску в мм. рт. ст., що вимірює неінвазивно (інвазивно при наявності показів для цього), температурних датчиків (температура ядра тіла) виведені на монітор, який візуально доступний анестезіологу і сестрі медичній-анестезисту, а також ввімкнена звукова система оповіщення щодо досягнення критичних показників. У випадку, якщо цей підпункт не виконано, переходити до наступних дій забороняється;

4) у підпункті 11.1.4 уточняється наявність у пацієнта алергії, ознак, які дозволяють запідозрити наявність складних дихальних шляхів, тяжкої інтубації або ризику аспірації, ризику крововтрати більше 500 мл (більше 7 мл/кг у дітей). У разі їх відсутності відмічається «ні», у разі наявності відмічається «так».

У разі якщо у пацієнта наявні ознаки складних дихальних шляхів, тяжкої інтубації або ризику аспірації, але анестезіолог не підтвердив наявність всього необхідного обладнання та/або лікарських засобів для надання медичної допомоги в разі настання критичних/невідкладних станів з боку дихальної системи, переходити до наступних дій забороняється.

У разі, якщо у пацієнта наявний ризик крововтрати більше 500 мл для дорослих або більше 7 мл/кг для дітей, але анестезіолог не підтвердив наявності всього необхідного для надання медичної допомоги в разі крововтрати, переходити до наступних дій забороняється.

6. Підпункт 11.2 заповнюється за обов'язкової присутності щонайменше хірурга, сестри медичної операційної, сестри медичної-анестезиста та анестезіолога:

1) у підпункті 11.2.1 підтверджується, що всі члени операційної бригади представилися по імені і назвали свою роль, або що всі члени операційної бригади знайомі і знають ролі кожного члена бригади. У разі невиконання цього підпункту, переходити до наступних дій забороняється;

2) у підпункті 11.2.2 відмічається про підтвердження процедури і місця, де буде проведено розріз. У разі невиконання цього підпункту, переходити до наступних дій забороняється;

3) у підпункті 11.2.3 відмічається «так», якщо антибактеріальний лікарський засіб з метою профілактики було введено пацієнту за 60 хвилин, які передували оперативному втручанню або, якщо пацієнту було введено ванкоміцин, за дві години, які передували оперативному втручанню. У разі якщо антибіотикопрофілактику було проведено більше ніж за 60 хвилин до первинного розрізу (двох годин для ванкоміцину), переходити до оперативного втручання заборонено до повторного введення антибіотика.

Відмічається «не застосовується», якщо під час оперативного втручання відсутнє проликування у колонізовану нормальною мікрофлорою частину тіла або порожнину при запланованих та контрольованих умовах (хірургічна рана відповідає визначенню чистої):

4) у підпункті 11.2.4 відмічається про обговорення очікуваних критичних подій під час операції зі сторони хірурга, зі сторони анестезіолога, зі сторони сестер медичних операційних та можливого реагування на них. За відсутності у операційної бригади готовності реагувати на критичні події та надати весь комплекс допомоги пацієнту в разі їх виникнення переходити до наступних дій забороняється;

5) у підпункті 11.2.5 відмічається «так» у разі забезпечення візуалізації необхідних для проведення оперативного втручання зображень та відсутності будь-яких зауважень до її якості. У разі відсутності необхідної візуалізації зображень, переходити до наступних дій забороняється. Відмічається «не застосовується», якщо проведення оперативного втручання не потребує візуалізації зображень.

7. Підпункт 11.3 заповнюється за обов'язкової присутності щонайменше хірурга, сестри медичної операційної, сестри медичної-анестезиста та анестезіолога:

1) у підпункті 11.3.1 відмічається виконаним або невиконаним щодо проведення хірургом/сестрою медичною операційною уточнення назви проведеної процедури/операції, підрахунку інструментів, тампонів, голок та інших медичних виробів, перевірки правильності маркування біологічних зразків, фіксації усно або письмово наявності проблем із обладнанням, що потребують усунення. У разі невиконання підрахунку інструментів, тампонів, голок та інших медичних виробів, фіксації усно або письмово наявності проблем із обладнанням, що потребують усунення, переходити до наступних дій забороняється;

2) у підпункті 11.3.2 відмічається виконаним або невиконаним щодо узгодження хірургом та анестезіологом плану післяопераційного ведення і реабілітації пацієнта, включно з діями, які необхідно виконати в операційній до переведення пацієнта в післяопераційне відділення/палату. У разі невиконання цього підпункту операційній бригаді покидати операційну заборонено.

8. Пункт 11 форми 008/о не заповнюється, в разі якщо оперативне втручання є невідкладним (виконується для врятування життя пацієнта, без попередньої підготовки).

9. У пункті 12 надається детальний опис ходу операції, де вказуються вид знеболення, доза наркотичного препарату, відмічається тривалість операції, стан хворого під час оперативного втручання, а також вказуються лікувальні заходи, які проводились в період проведення оперативного втручання (ін'єкції препаратів, інсуфляція кисню тощо).

10. Пункти 1-9 та 12 форми № 008/о заповнюється лікарями-хірургами розбірливим почерком. Після завершення оперативного втручання форма № 008/о обов'язково завіряється підписом лікаря, який проводив операцію.

11. Пункти 10 та 11 форми № 008/о заповнюється сестрою медичною-анестезистом до початку оперативного втручання та після його завершення. Після завершення оперативного втручання інформація заповнена у пункті 11 форми № 008/о обов'язково завіряється підписом сестри медичної-анестезиста, яка заповнювала цю форму.

12. Форма № 008/о заповнюється для кожного оперативного втручання окремо.

13. Форма № 008/о має бути пронумерована, прошита, засвідчена підписом керівника та печаткою закладу охорони здоров'я (за наявності).

14. У разі ведення форми № 008/о в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії.

15. Термін зберігання форми № 008/о - 50 років.»

6. У Стандарті інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 287, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 року за № 408/33379:

1) у розділі I:

у пункті 2:

після абзацу першого доповнити новим абзацом другим такого змісту:

«адміністративний компонент інфекційного контролю – заходи управління, які направлені на зменшення ризиків контакту людей з інфекційним аерозолем;».

У зв'язку з цим абзаци другий-двадцять п'ятий вважати відповідно абзацами третім-двадцять шостим;

в абзаці четвертому після слів «так і його чутливість до рифампіцину» доповнити такими словами «(не використовується для організації когортної ізоляції в протитуберкульозних закладах)»;

абзац шостий виключити. У зв'язку з цим абзаци сьомий-двадцять шостий вважати відповідно абзацами шостим-двадцять п'ятим;

в абзаці сьомому після слів «спрямованих на» доповнити такими словами «запобігання розповсюдженню та»;

абзац восьмий викласти в такій редакції:

«інфекційний аерозоль – повітряно-крапельна суміш у вигляді дрібнодисперсного аерозолу (0,5-5 мкм), що містить інфекційний агент, яка вивільняється з органів дихання у навколишнє середовище під час респіраторних актів (розмови, кашлю, чхання, форсованого дихання) хворої на туберкульоз легень людини, під час проведення аерозольгенеруючих процедур (бронхоскопія, інтубація трахеї, аутопсія тощо) або штучно утворений аерозоль (при роботі із зараженим біоматеріалом, під час аварійної ситуації)»;

в абзаці одинадцятому слова «обміну повітря» замінити таким словом «повітрообміну»;

абзац чотирнадцятий викласти в такій редакції:

«респіратор — фільтрувальна півмаска, яка щільно прилягає до обличчя та захищає органи дихання людини від вдихання інфекційного аерозолі»;

абзац шістнадцятий викласти в такій редакції:

«ультрафіолетове бактерицидне (далі — УФ) опромінення - електромагнітне випромінювання ультрафіолетового діапазону С, яке використовується в якості санітарно-протиепідемічного (профілактичного) заходу, що спрямоване на зниження кількості мікроорганізмів та профілактику інфекційних хвороб, який здійснюється за допомогою опромінення повітряного середовища та поверхонь приміщень»;

у пункті 4 слова «після висихання крапельок слизу, що виділяються» виключити;

пункт 8 викласти в такій редакції:

«8. В мікрокраплях (часточках) інфекційного аерозолі (крапельних ядрах) добре і тривало зберігають життєздатність клітини збудника туберкульозу, навіть після їх висихання. Час, коли аерозоль є епідемічно небезпечним, залежить від розміру часточок, температури і вологості повітря та фізико-хімічних властивостей аерозолі. Великі часточки (10-30 мкм та більше), що несуть велику кількість інфекційного агента, мають малий час життя — до декількох хвилин. Найбільш інфектогенною є респірабельна фракція аерозолі, діаметр часточок якої становить від 1 до 5 мкм. Часточки такого розміру, маючи швидкість осідання менше ніж 1 см/хв, створюють стабільний аерозоль, час життя якого становить кілька годин, та проходять через термінальні відділи бронхів і осідають на стінках альвеол. З потоками повітря такі фракції аерозолі здатні мігрувати на великі відстані та проникати в різні приміщення. Інфекційний аерозоль може утворюватися також під час інвазивних діагностичних і лікувальних процедур (наприклад, бронхоскопічне дослідження, хірургічне втручання на легенях) та розтину трунів померлих від туберкульозу. Після осідання крапельних ядер на тверді поверхні відтворення інфекційного аерозолі не відбувається, тому дезінфекція поверхонь не є необхідним заходом ІК ТБ. Очищення і дезінфекція поверхонь в зонах догляду за пацієнтами є частиною стандартних заходів захисту.»

пункт 12 виключити. У зв'язку з цим пункти 13-14 вважати відповідно пунктами 12-13;

в абзаці третьому пункту 12 слова «(розміщення пацієнтів, вентиляція приміщень)» виключити;

у пункті 13:

у абзаці четвертому слова «ефективних пристроїв деззаражування повітря» замінити на такі слова «екранованих УФ-опромінювачів»;

в абзаці п'ятому після слів «(пацієнтів і медичних працівників) заходи» доповнити такими словами «з використання засобів індивідуального захисту»;

2) у розділі II:

у пункті 2:

абзац другий викласти в такій редакції:

«створення відділу з інфекційного контролю (далі – ВІК);»;

абзац дев'ятий викласти в такій редакції:

«Організація ІК ТБ у закладах, що надають допомогу хворим на туберкульоз, покладається на керівника ВІК. ВІК створюється відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи/закладу надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____. Положення про ВІК, посадові інструкції працівників затверджуються керівником закладу.»;

абзаци десятий-шістнадцятий виключити. У зв'язку з цим абзаци сімнадцятий-дев'яностий вважати відповідно абзацами десятим-вісімдесят третім;

речення третє абзацу двадцять шостого виключити;

речення друге абзацу двадцять дев'ятого викласти в такій редакції:

«Дозволяється застосовувати когортну ізоляцію не більше двох пацієнтів в одній палаті за умови підтвердження ідентичного профілю резистентності до протитуберкульозних препаратів першого та другого ряду за допомогою молекулярно-генетичних методів діагностики туберкульозу.»;

у абзаці тридцять третьому слова «таких процедур» замінити словами «проведення аерозольгенеруючих процедур, таких як»;

у абзаці сороковому слово «підвищеним» замінити словом «високим»;

у абзаці сорок першому слова «місці з посиленою вентиляцією» замінити словами «окремому приміщенні (рекомендовано в приміщенні з негативним тиском)»;

абзац сорок другий доповнити новим реченням такого змісту:

«Медичні працівники повинні використовувати респіратори.»;

у абзаці сорок четвертому слова «та інших пристроїв знезаражування повітря», «сертифікованих» виключити;

у абзаці сорок п'ятому слова «бактеріальних фільтрів» замінити словами «фільтрів, спеціальних режимів дезінфекції після проведення процедур»;

абзац сорок восьмий після слів «його треба виписати» доповнити словами «для продовження лікування»;

абзац сорок восьмий доповнити новим реченням такого змісту:

«З цією метою на рівні регіону розробляється та затверджується маршрут пацієнта із захворюванням на туберкульоз.»;

абзац п'ятдесят третій після слів «перебування у приміщенні» доповнити словами «поза межами палати»;

у пункті 3:

у абзаці першому слова «регулярне оцінювання ризиків поширення інфекції в підрозділах закладів охорони здоров'я» замінити словами

«видалення інфекційного аерозоллю, знезараження повітря в зонах високого ризику та недопущення розповсюдження інфекційного аерозоллю»;

речення друге абзацу другого викласти в такій редакції:

«З огляду на епідеміологічний пріоритет аерогенного шляху передачі інфекції, основними заходами інженерного контролю є забезпечення достатнього повітрообміну (10-12-кратний повітрообмін на годину (по витяжці) для нових або реконструйованих приміщень, або ≥ 6 -кратний повітрообмін для існуючих приміщень) за допомогою вентиляційних систем та знезараження повітря із застосуванням екранованих УФ-опромінювачів.»;

у абзаці сьомому слова «та у пристроях для знезаражування повітря застосовують» замінити словами «можуть застосовуватися»;

абзац сьомий викласти в такій редакції:

«Для забезпечення і підтримання необхідної бактеріальної чистоти повітря в приміщеннях закладів охорони здоров'я у системах вентиляції можуть застосовуватися фільтри, що забезпечують ефективність не менше ніж 99,95%, з метою забезпечення рециркуляції повітря за допомогою механічної вентиляції. Для фільтрації повітря, що видаляється за допомогою витяжної механічної вентиляції, за умов наявності ризику забруднення інших приміщень, застосовуються фільтри, що забезпечують ефективність фільтрації не менше ніж 95%.»;

абзац вісімнадцятий доповнити новим реченням такого змісту:

«Повний перелік зон високого ризику в закладах охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затверджується керівником закладу.»;

абзац дванадцятий викласти в такій редакції:

«забезпечення 10-12-кратного повітрообміну на годину (по витяжці) для нових або реконструйованих приміщень, або ≥ 6 -кратний повітрообмін для існуючих приміщень»;

речення друге абзацу двадцять другого викласти в такій редакції:

«У зв'язку з цим проектування систем вентиляції та застосування екранованих УФ-опромінювачів необхідно здійснювати лише відповідно

до медико-технічного завдання, відповідних вимог адміністративного контролю і вимог нормативних документів.»;

абзац двадцять четвертий після слів «на одне ліжко» доповнити словами «(дозволяється застосовувати когортну ізоляцію не більше двох пацієнтів в одній палаті за умови підтвердження ідентичного профілю резистентності до протитуберкульозних препаратів першого та другого ряду за допомогою молекулярно-генетичних методів діагностики туберкульозу)»;

абзац двадцять шостий виключити. У зв'язку з цим абзаци двадцять сьомий-п'ятдесят перший вважати відповідно абзацами двадцять шостим-п'ятдесятим;

абзац тридцятий викласти в такій редакції:

«диспенсер із спиртовмісним антисептиком для рук або рукомийник»;

абзац тридцять четвертий після слів «на загальних підставах» доповнити словами «або протитуберкульозних стаціонарів»;

абзац тридцять п'ятий після слів «надання екстреної» доповнити такими словами «та невідкладної», слова «хворого, який є джерелом аерогенної інфекції, облаштування якої здійснюють згідно з вимогами абзацив 19-21 цього пункту» замінити словами «пацієнтів із аерогенною інфекцією»;

речення третє абзацу тридцять шостого після слів «природну та припливно-витяжну» доповнити словом «механічну»;

речення третє абзацу сорокового виключити;

у абзаці сорок першому:

у реченні першому слова «з механічним сполуканням» виключити;

речення друге після слів «вид вентиляції» доповнити словами «для зон високого ризику»;

у реченні другому абзацу сорок другого слова і цифри «і мати швидкість не менше ніж 0,2 м/с на межі приміщень» замінити словами і цифрами «, що забезпечується за рахунок різниці тиску (не менше 2,5 Па,

рекомендований параметр – 7,5 – 30 Па, через ризики коливань тиску в приміщеннях з різних причин»);

абзац сорок третій викласти в такій редакції:

«При роботі системи механічної вентиляції мають забезпечуватися належна кратність повітрообміну, розподіл повітря в приміщенні для належного його перемішування, структура повітряних потоків для уникнення забруднення інших приміщень і комфортні умови перебування для персоналу та пацієнтів.»;

абзац сорок четвертий-сорок сьомий виключити. У зв'язку з цим абзаци сорок восьмий-п'ятдесятій вважати відповідно абзацами сорок четвертим-сорок шостим;

абзац сорок четвертий викласти в такій редакції:

«Викид повітря, що видаляється з приміщень при роботі механічної вентиляції, організовується таким чином, щоб уникнути ризиків потрапляння брудного повітря назад в інші приміщення.»;

абзац сорок п'ятий викласти в такій редакції:

«При роботі систем механічної вентиляції слід нівелювати вплив природньої вентиляції – закривати вікна та двері. Для забезпечення якісної роботи механічної вентиляції проводиться постійний моніторинг її робочих параметрів, а саме оцінка напрямку руху повітря проводиться не рідше одного разу на два тижні, оцінка кратності повітрообміну – не рідше одного разу на 3-6 місяців.»;

у реченні першому абзацу сорок шостого слова «короткого спектру» замінити словами «діапазону С»;

після абзацу сорок шостого доповнити пункт абзацами сорок сьомим та сорок восьмим такого змісту:

«Обов'язковою умовою використання екранованих УФ-опромінювачів є перевірка безпечних рівнів УФ випромінювання в нижній частині приміщення. Ефективність роботи екранованих УФ опромінювачів залежить від перемішування повітря в приміщенні між верхньою та нижньою зонами, що може забезпечуватися роботою вентиляції, будь-яких типів вентиляторів тощо.

Використання рециркуляторів (закритих УФ-опромінювачів) для дезінфекції повітря в закладах охорони здоров'я заборонено.»;

у пункті 4:

абзац перший викласти в такій редакції:

«4. З огляду на поширення туберкульозної інфекції через інфекційний аерозоль, індивідуальний захист органів дихання має мінімізувати проникнення до дихальних шляхів часточок, що можуть містити інфекційний агент. Це забезпечується використанням респіраторів класу захисту FFP2 і FFP3.»;

у абзаці четвертому після слів «контагіозним хворим» доповнити словами «або хворим з підозрою на туберкульоз»;

у абзаці п'ятому слово «КІК» замінити словом «ВІК»;

абзац сьомий викласти в такій редакції:

«Для правильного вибору розміру індивідуального респіратора і правильного його надягання перед першим застосуванням необхідно провести якісний або кількісний тест на щільність прилягання респіратора до обличчя («фіт-тест»). Надалі «фіт-тести» проводяться не рідше одного разу на рік, а також у разі переходу на інший вид респіратора та зміни анатомії обличчя (шрами, косметична хірургія, зміна маси тіла тощо). Під час підбору і користування респіратором не допускається носіння працівником бороди. Методику проведення якісного «фіт-тесту» наведено в додатку 4 до цього Стандарту.»;

в абзаці восьмому слова «(медична сестра)» замінити словами «(наприклад, сестра медична стаціонару)»;

3) у розділі III:

у пункті 1:

абзац третій виключити. У зв'язку з цим абзаци четвертий-дев'ятий вважати відповідно абзацами третім-восьмим;

у реченні першому абзацу п'ятого слова «максимальної інтенсивності» замінити таким словом «використання»;

абзац шостий виключити. У зв'язку з цим абзаци сьомий-восьмий вважати відповідно абзацами шостим-сьомим;

у абзаці шостому слова і цифри «забезпечення постійної відносної вологості повітря у межах 50-60 %,» виключити;

абзац сьомий виключити;

абзац третій пункту 2 виключити;

4) у розділі IV:

у пункті 8 слова «максимальну інтенсивність» замінити словом «використання»;

пункт 9 виключити. У зв'язку з цим пункти 10-15 вважати відповідно пунктами 9-14;

пункт 9 викласти у такій редакції:

«9. Проводити щоденне вологе прибирання з метою зменшення запиленості й сухості повітря, які сприяють тривалішому перебуванню інфекційного аерозолі у зваженому стані. За потреби використовують зволожувачі повітря.»;

пункт 10 викласти у такій редакції:

«10. Приміщення при перебуванні хворого вдома рекомендовано обладнати екранованим УФ-опромінювачем, за умови наявності високих ризиків інфікування для співмешканців. Використання, монтаж, обслуговування УФ-опромінювача проводиться відповідно до рекомендацій виробника.»;

абзац третій пункту 11 виключити;

5) у розділі V:

пункт 1 викласти в такій редакції:

«1. Моніторинг заходів ІК ТБ проводиться ВІК постійно, фахівцями територіальних закладів громадського здоров'я відповідно до адміністративно-територіальної належності не рідше одного разу на рік і

фахівцями державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» не рідше одного разу на два роки.»;

абзац одинадцятий пункту 2 виключити;

б) у додатках до Стандарту:

додатки 2, 3 виключити, у зв'язку з цим додатки 4-6 вважати відповідно додатками 2-4;

додаток 2 викласти в такій редакції:

«

Додаток 2
до Стандарту інфекційного
контролю для закладів
охорони здоров'я, що надають
допомогу хворим на
туберкульоз
(пункт 2 розділу II)

ЗАХОДИ

інфекційного контролю під час збору мокротиння

1. Необхідність у зборі мокротиння постійно виникає у закладах, що надають первинну медичну допомогу, стаціонарних відділеннях пульмонологічного профілю і протитуберкульозних закладах. У кожному такому закладі з урахуванням місцевої специфіки має бути розроблено положення (наказ, протокол) про умови і правила збору мокротиння, в якому призначаються відповідальні особи, визначається місце й інженерні вимоги до устаткування, що використовується, регламентується забезпечення витратними матеріалами, визначаються обов'язки персоналу та хворих, детально описується методика якісного та безпечного здійснення збору мокротиння і визначається процедура контролю виконання.

2. Стандартна операційна процедура збору мокротиння:

1) призначається відповідальна особа за збір мокротиння в закладі;

2) збір мокротиння всередині закладу здійснюється у спеціальному приміщенні (пункт збору мокротиння). Приміщення необхідно розділити скляною перегородкою (або облаштувати вікно в перегородці) на дві частини: для збирання мокротиння та для медичного персоналу, який контролює цей процес. Оптимально збирати мокротиння у спеціальних кабінах, обладнаних механічною вентиляцією, що забезпечує кратність

повітрообміну по витяжці не менше 20. Викид повітря, що видаляється, організовується таким чином, щоб уникнути потрапляння інфекційного аерозолу назад в приміщення. У пункті збору мокротиння обов'язково встановлюється екранований та відкритий УФ-опромінювачі;

3) за неможливості облаштувати приміщення для збору мокротиння відповідно до зазначених вимог альтернативою є збір мокротиння на відкритому повітрі. Такий варіант є також найбільш доцільним, якщо збір мокротиння не є рутинною діагностичною процедурою в закладі (наприклад, спеціалізовані амбулаторії та стаціонарні заклади іншого, ніж пульмонологічний, профілю);

4) всі процедури, пов'язані з індукуванням кашлю, слід проводити у спеціальних кабінах або відведених для цього приміщеннях із негативним тиском. Пацієнти повинні залишатися в кабінах або приміщеннях до припинення виділення мокротиння і кашлю. Входити до кабіни або приміщення персоналу та іншим хворим дозволяється лише після завершення знезараження контамінованого повітря шляхом бактерицидного УФ-опромінення при роботі відкритого УФ опромінювача;

5) якщо пацієнт збирає мокротиння вдома, відповідальна особа має пояснити всі ризики цієї процедури та рекомендувати, щоб збір мокротиння проходив на відкритому повітрі або в окремому приміщенні перед відкритим вікном, без присутності інших людей;

6) у разі якщо мокротиння необхідно зібрати у пацієнта, який перебуває у важкому стані, треба попросити людей, не задіяних у процесі, вийти з приміщення. Збір мокротиння проводити за звичного УФ-випромінювача екранованого типу при закритих дверях. Після збору мокротиння необхідно провітрити приміщення. Медичний працівник під час збору мокротиння повинен надягати респіратор класу захисту FFP3, халат захисний (за необхідності) та медичні рукавички;

7) якщо збір мокротиння проводиться в кімнаті збору мокротиння, медичному працівникові слід вийти з кабінету, де пацієнт відкашлює мокроту, і спостерігати за пацієнтом через скляну частину дверей.

Стандартна операційна процедура «Збір мокротиння»

від ____ / ____ / 20__ року

	Посада	П.І.Б.	Підпис
Розробив			
Погодив	Керівник ВІК		
Підписав	Керівник ЗОЗ		
Дата наступного перегляду: ____ / ____ / 20__ року»			

Мета	Зниження ризику поширення інфекційного аерозолі в приміщеннях закладу та попередження інфікування медичного персоналу.
Виконавці	Відповідальна особа (сестра медична).
Місце проведення	Спеціально обладнана кімната або відкритий майданчик збору мокротиння.
Необхідне обладнання для спеціальної кімнати	УФ-опромінювач (відкритого та екранованого типу) Нестерильні (оглядові) медичні рукавички Респіратор класу захисту FFP3 Контейнер для збору мокротиння Журнал реєстрації
Послідовність дій	1. Медичний працівник одягає респіратор та медичні рукавички. 2. Пацієнт заходить до кімнати і отримує контейнер для збору мокротиння. 3. Медичний працівник проводить роз'яснення щодо необхідних дій для якісного збору мокротиння: глибоко вдихнути і затримати дихання на 5 секунд; повільно видихнути; знову глибоко вдихнути та сильно відкашлятися поки в роту порожнину не надійде мокротиння; сплюнути мокротиння в контейнер; повторювати вищеперераховані дії доти, доки в контейнері не буде 5 мл рідини; повільно закрити контейнер та віддати медичному працівнику; провести обробку рук у разі їх забруднення мокротинням. 4. Процедура проводиться за закритими дверима (медичний працівник виходить із кабінки, в якій пацієнт відкашлює мокроту, і спостерігає за процесом через скляну частину дверей). 5. Після виходу пацієнта необхідно увімкнути відкритий УФ-опромінювач на визначений час* (екранований опромінювач має працювати безперервно). 6. Медичний працівник повинен зробити відповідний запис в журналі обліку та направити мокротиння до лабораторії.
У разі якщо мокротиння необхідно зібрати у пацієнта, який знаходиться у важкому стані, слід попросити вийти із кімнати/палати людей, які не задіяні в процесі. Збір мокротиння проводиться за увімкненого УФ-опромінювача екранованого типу. Після закінчення процедури необхідно перевірити приміщення.	
Якщо пацієнт збирає мокротиння вдома, відповідальна особа має пояснити всі ризики даної процедури та рекомендувати, аби збір мокротиння проходив на відкритому повітрі або в окремому приміщенні перед відчиненим вікном, без присутності інших людей.	
Заборонено проводити процедуру індукції мокротиння у приміщеннях, не обладнаних механічною вентиляцією. За таких умов рекомендовано проводити процедуру на відкритому повітрі (спеціально відведеному майданчику).	
* час роботи відкритого УФ опромінювача визначається за формулою: $t(c) = 10000/p$, де	
$t(c)$ - час у секундах, потрібний для повної деkontамінації приміщення від МБТ; 10000 - доза (мкДж/см ²) бактерицидного ультрафіолетового опромінювання з довжиною хвилі 254 нм, яка забезпечує деkontамінацію 99% МБТ, що знаходяться в приміщенні; p - інтенсивність УФ випромінювання на довжині хвилі 254 нм, що вимірює за	

допомогою УФ-радіометра в точці приміщення, яка є найбільш віддаленою від бактерицидної лампи.

Отриманий результат округлюється в більшу сторону до кількості хвилин.

Використання більшої кількості бактерицидних УФ-ламп дає змогу зменшити час дезінфекції приміщення.

»;

відмітку додатка 3 викласти в такій редакції:

«Додаток 3
до Стандарту інфекційного
контролю для закладів охорони
здоров'я, що надають допомогу
хворим на туберкульоз
(пункт 2 розділу II)»;

додаток 4 викласти в такій редакції:

«

Додаток 4
до Стандарту інфекційного
контролю
для закладів охорони здоров'я,
що надають допомогу хворим
на туберкульоз
(пункт 4 розділу II)

МЕТОДИКА проведення якісного «фіт-тесту»

«Фіт-тест» (тест на щільність прилягання респіратору) є ключовим етапом програми респіраторного захисту, оскільки це єдиний визнаний інструмент для оцінки відповідності певної моделі та розміру респіратору до обличчя користувача. Працівникам дозволяється використовувати тільки марку, модель і розмір респіратору або респіраторів, у яких вони успішно пройшли "фіт-тест". "Фіт-тест" є обов'язковим для всіх користувачів респіраторів. Цей тест гарантує, що у разі правильного надівання обрана модель і розмір респіратору підходить для адекватного захисту користувача. Цей тест слід повторювати щороку і кожного разу, коли у працівника спостерігаються зміни у фізичному стані організму, такі як збільшення ваги або її втрата, рубці на обличчі, стоматологічні протези тощо. "Фіт-тест" буває двох типів - якісний та кількісний. Принцип якісного "фіт-тесту" полягає в тому, що під спеціальний ковпак розпилюється речовина, яка під час потрапляння на рецептори язика викликає відчуття смаку (наприклад, солодкого чи гіркого). Наявність відчуття смаку є свідченням того, що тест вважається не пройденим. Принцип кількісного "фіт-тесту" полягає в тому, що за допомогою спеціального обладнання (лічильника частоток) вимірюється концентрація

часточок у повітрі приміщення і в просторі між обличчям та респіратором. Під час порівняння цих концентрацій оцінюється ступінь протиаерозольного захисту. Особа, яка проводить "фіт-тест" працівникам, має бути компетентною, проте для цього не потрібна спеціальна сертифікація або ліцензування. Визначені особи, які проводять тест, повинні вміти готувати тестові розчини, регулювати обладнання, правильно проводити перевірку, виявляти негативний результат і забезпечувати правильну роботу обладнання, навчати персонал правилам надівання і знімання респіраторів.

Процедура тестування полягає в розпиленні тестового агента (бітрекс - гіркий, сахарин - солодкий) під ковпак при надітому респіраторі. Якщо досліджуваний не відчуває смаку, це означає, що респіратор досить щільно прилягає до обличчя. До набору для проведення тесту входять: небулайзер, ковпак, комір, розчини для визначення чутливості та тестування.

Методика проведення тесту

1. Тест на чутливість (проводиться без надівання респіратора) проводиться з метою визначення, чи може досліджуваний відчувати смак тестового агента.

Методика проведення тесту на чутливість:

досліджуваний не повинен їсти, пити (окрім води), курити та жувати гумку за 15 хвилин до проведення тесту;

під час проведення оцінки чутливості досліджуваний дихає через відкритий рот зі злегка висунутим язиком;

досліджуваного просять повідомити, коли він (вона) відчує смак;

10 натискань (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту");

ще 10 натискань (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту");

ще 10 натискань (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту"). Якщо не відчуває, тестовий агент не може використовуватися для проведення "фіт-тесту" досліджуваному.

Кількість натискань в тесті на чутливість впливає на кількість натискань в наступному етапі.

2. "Фіт-тест":

1) процедура проведення:

досліджуваний не повинен їсти, пити (окрім води), курити та жувати гумку за 15 хвилин до проведення тесту;

досліджуваний надіває ковпак при одягнутому респіраторі;

респіратор має бути правильно надітим, підігнаним;

2) методика проведення:

так само як і під час тесту на чутливість, досліджуваний дихає через відкритий рот із незначно висушеним язиком;

досліджуваного просять повідомити, коли він (вона) відчув смак;

сопло небулайзера вставляють у отвір ковпака і початкова концентрація тестового розчину вводиться під ковпак такою самою кількістю натискань на небулайзер, що і в тесті на чутливість (10, 20 чи 30);

досліджуваного просять виконувати вправи протягом однієї хвилини (таблиця).

Методика проведення "фіт-тесту"

Таблиця

Використаний час	Кількість розгнілювань	Вправа
00:00	10/20/30	Звичайне дихання
00:30	5/10/15	
01:00	5/10/15	Глибоке дихання
01:30	5/10/15	
02:00	5/10/15	Повороти головою з боку в бік
02:30	5/10/15	
03:00	5/10/15	Рухи вверх-вниз головою
03:30	5/10/15	
04:00	5/10/15	Безперервна розмова
04:30	5/10/15	
05:00	5/10/15	Біг/ходьба на місці (або нахили тулуба)
05:30	5/10/15	
6:00	5/10/15	Звичайне дихання
06:30	5/10/15	
07:00	Стоп	Завершення облікових записів

3. Результат "фіт-тесту":

досліджуваній має повідомити, чи він (вона) відчув смак тестового агента;

якщо досліджуваній не відчув смаку під час тесту, "фіт-тест" вважається позитивним (пройденням);

якщо досліджуваній повідомляє про появу смаку, "фіт-тест" вважається негативним і його потрібно провести повторно з іншим респіратором.

Після проходження "фіт-тесту" оформлюється протокол, який має зберігатися у закладі упродовж року до наступного "фіт-тесту". Конкретної форми такого протоколу в Україні не затверджено. Рекомендовано, щоб він містив таку інформацію: прізвище, ім'я, по батькові працівника, посада; тип "фіт-тесту": специфічна марка, модель і розмір респіратора, в якому працівника тестують; дата проведення випробування; результат якісного тесту або роздруківка результату кількісного тесту, а також був складений за наведеним зразком.

Зразок

ПРОТОКОЛ **проходження "фіт-тесту"**

Законд

підрозділ

Дата проходження тесту							
П. І. Б. працівника та підпис							
Посада							
Респіратор	Не багаторазового використання FFP2 FFP3			Багаторазового використання напівмаска маска			
Марка/модель респіратора							
Розмір респіратора	XS	S	M	L	XL	LP	немає даних
Тип "фіт-тесту"	Сахарин		Бітрекс			Кількісний*	
Поріг чутливості	10		20		30		>30
Результат тесту	Позитивний		Негативний			Не пройдено через: відсутність смакового відчуття; волося на обличчі; інше	
Особа, що проводила тест (П. І. Б. та підпис)							

* Якщо використовується кількісний «фіт-тест», потрібно прикріпити роздруківку результатів.».

7. У Заходах та Засабах щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджених наказом Міністерства

охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393:

1) у розділу I:

у пункті 4:

абзац третій викласти в такій редакції:

«аерозольгенеруючі процедури – процедури, при проведенні яких може утворюватися велика кількість дрібних часточок, які містять патогени, що збільшують ймовірність інфікування через контакт цих дрібних часточок із слизовими оболонками або шляхом їх вдиханням. До аерозольгенеруючих процедур відносяться такі процедури/маніпуляції, але не обмежуються ними: інтубація та екстубація трахеї, трахеотомія, трахеостомія та догляд за трахеостомою, аспіраційна санація трахеобронхіального дерева, забір мокротиння, індукція мокротиння з використанням небулайзера та сольового розчину, бронхоскопія, мануальна штучна вентиляція легень з використанням самороздувного дихального мішка типу АМБУ, неінвазивна вентиляція легень з використанням режимів BiPAP, CPAP, високочастотна осциляторна вентиляція (HFOV), високопоточна назальна оксигенація (HFNO), інгалаційне введення ліків, дослідження функцій дихання, аутопсія та інші клінічні, хірургічні і лабораторні процедури, які можуть призводити до утворення дрібнодисперсного аерозолу (наприклад, використання операційної кісткової пилки, центрифуги, гастроскопу, аспіраційного обладнання);»

абзац четвертий викласти в такій редакції:

«алогенна трансплантація (алотрансплантація) – вид трансплантації, при якому пересаджують орган чи тканину від однієї особи (донор) до іншої генетично відмінної особи (реципієнт) того самого виду;»

після абзацу четвертого доповнити абзацом п'ятим в такій редакції:

«антимікробна хіміопрофілактика (далі – хіміопрофілактика) – це практика використання антимікробних препаратів (антибактеріальні, противірусні, антипротозойні та противгрибкові препарати) з метою попередження розвитку інфекційного захворювання після контакту із інфекційним агентом, серед певних категорій населення протягом визначеного періоду часу, у випадку асимптоматичної чи повільної латентної інфекції, у разі подорожі до/з країн, в яких є високий ризик

інфікування, перед проведенням оперативного втручання для запобігання розвитку інфекції області хірургічного втручання;».

У зв'язку з цим абзаци п'ятнадцятий-тридцять дев'ятий вважати відповідно абзацами шостим-сороковим;

абзац сьомий викласти в такій редакції:

«віспа мави – рідкісне вірусне зоонозне природно-осередкове захворювання, що поширене у Центральній та Західній Африці та спричинюється вірусами родини поксвірусів, і за своїми клінічними проявами має подібність до натуральної віспи;»;

у абзаці одинадцятому слово «епілейтичні» замінити словом «судомні»;

абзац п'ятнадцятий викласти в такій редакції:

«колонізація інфекційними агентами (мікроорганізмами) – наявність мікроорганізмів на частинах тіла або всередині організму (шкіра, ротова та носова порожнина, шлунково-кишковий тракт, дихальні шляхи) людини без клінічних проявів захворювання;»;

абзац двадцять третій викласти в такій редакції:

«респіраторна терапія – комплекс заходів, які спрямовані на підтримку та відновлення вентиляції і газообміну в легенях;»;

абзац двадцять сьомий викласти в такій редакції:

«хвороба Крейтцфельда-Якоба (далі – ХКЯ), також відома як підгостра спонгіоформна енцефалопатія – фатальне прогресуюче нейродегенеративне захворювання, що викликане специфічним інфекційним білковим агентом (пріоном);»;

абзац двадцять дев'ятий виключити. У зв'язку з цим абзаци тридцятий-сороковий вважати відповідно абзацами двадцять дев'ятим-тридцять дев'ятим;

абзац тридцять перший викласти в такій редакції:

«ВІК – відділ з інфекційного контролю;»;

абзац тридцять сьомий викласти в такій редакції:

«СОП – стандартна операційна процедура»;

2) у розділі II:

пункт 4 викласти в такій редакції:

«4. Інфекційна хвороба – найвищий ступінь вираженості інфекційного процесу, що виник, як результат складної взаємодії між макроорганізмом, інфекційним агентом (мікроорганізмом), навколишнім середовищем та проявляється переважанням патологічних реакцій над пристосувальними з подальшим порушенням гомеостазу. Характеристики інфекційного агента, які впливають на розвиток інфекційного захворювання: патогенність, вірулентність та антигенність, а також інфікуюча доза, шляхи інфікування. Спектр можливих результатів після взаємодії потенційного хазяїна та інфекційного агента варіює від безсимптомного захворювання до тяжкої хвороби із летальним наслідком. Деякі особи схильні до тимчасової або хронічної колонізації (носіїства), але не хворіють, інші ж можуть захворіти після багатьох років колонізації інфекційним агентом. Чинниками, які підвищують сприйнятливість організму до інфекцій, є: літній вік, відмова від вакцинації, деякі захворювання (ВІЛ/СНІД, онкологічні хвороби, цукровий діабет, вроджені імунodefіцити), стан після трансплантації стовбурових гемопоетичних клітин, вживання певних груп лікарських засобів (антимікробні препарати, кортикостероїди, протипухлинні та імуномодуючі препарати, засоби, що знижують кислотність шлунку), опромінення. Такі медичні пристрої як сечові катетери, ендотрахеальні та трахеостомічні трубки, імплантовані кардіовертери-дефібрилятори, ендопротези, металоконструкції, периферійні та центральні венозні і артеріальні катетери полегшують виникнення ІНІМД та можуть бути джерелом утворення біоплівки, які сприяють колонізації і здатні захищати мікроорганізми від проникнення антимікробних засобів.»;

друге речення пункту 8 викласти в такій редакції:

«ЗІЗ, навіть при правильному використанні, можуть відігравати роль в процесі інфікування пацієнтів (опосередковане інфікування).»;

пункт 9 викласти в такій редакції:

«9. Інфікування крапельним шляхом, фізично, є формою контактного інфікування і деякі інфекційні агенти, які передаються крапельним шляхом,

також можуть передаватися шляхом прямого або опосередкованого контакту. Однак, на відміну від контактної інфекції, контаміновані інфекційним агентом краплі з дихальних шляхів інфікують потенційного хазяїна лише у випадку потрапляння на сприйнятливі слизові оболонки. При цьому відстань між особами має бути незначною, а убезпечитися можна шляхом захисту обличчя. Хворий генерує респіраторні краплі під час кашлю, чхання та розмови або під час таких процедур як ендотрахеальна інтубація, відсмоктування слизу, індукція кашлю за допомогою фізіотерапевтичних методів та під час серцево-легеневої реанімації. Дослідження показали, що слизові оболонки носа і кон'юнктива (рідше слизова ротової порожнини) – основні входні ворота для вірусів респіраторної групи. Максимальна відстань між людьми, яка достатня для передавання інфекційного агента через краплі не визначена. Вона залежить від швидкості і механізму виходу крапель, їхньої кількості, наявності перешкод, чинників навколишнього середовища, таких як температура, вологість, напрям та сила руху повітря, інсоляція, здатність патогену підтримувати свою вірулентність на відстані. В приміщеннях рекомендовано налягати ЗІЗ обличчя до входу в палату пацієнта, особливо коли існує ймовірність інфікування високовірулентним інфекційним агентом.»;

3) у розділі III:

перше речення абзацу другого пункту 3 викласти в такій редакції:

«Профілактика інфікування має ґрунтуватися на використанні контактних заходів захисту при контактах з пацієнтами з діареєю, точній ідентифікації хворих, контактних осіб, та носіїв інфекційних агентів, заходах з охорони внутрішнього середовища ЗОЗ або ЗСЗ (наприклад, ретельне прибирання кімнат/палат) і постійній гігієні рук.»;

пункт 4 викласти в такій редакції:

«4. Незважаючи на те, що назва деяких МРМО говорить про резистентність лише до одного препарату (наприклад, МРЗС або ВРР), такі мікроорганізми зазвичай стійкі практично до всіх доступних АМП (ця особливість і визначає важливість таких мікроорганізмів для госпітальної епідеміології). До групи МРМО, які мають особливе значення для госпітальної епідеміології, відносяться:

1) інфекційні агенти надзвичайного рівня загрози: карбапенм-резистентний *Acinetobacter*, *Candida auris*, *Clostridioides difficile*,

карбапенем-резистентні *Enterobacteriaceae*, антибіотикорезистентна *Neisseria gonorrhoeae*;

2) інфекційні агенти високого рівня загрози: антибіотикорезистентний *Campylobacter*, резистентна до протигрибкових лікарських засобів *Candida*, *Enterobacteriaceae* продуценти бета-лактамаз розширеного спектру (далі - ПБЛРС), ванкоміцин-резистентні *Enterococci*, мультирезистентна *Pseudomonas aeruginosa*, мультирезистентна нетифоїдна *Salmonella*, антибіотикорезистентна *Salmonella* серотипу Typhi, антибіотикорезистентна *Shigella*, метицилін-резистентний (MRSA), помірно чутливий до ванкоміцину (ПЧВЗС) та ванкоміцин-резистентний (ВРЗС) *Staphylococcus aureus*, мультирезистентний *Streptococcus pneumoniae* (MPCII), антибіотикорезистентна *M. tuberculosis*;

3) інфекційні агенти, що розглядаються, як можливі загрози: еритроміцин-резистентний *Streptococcus* групи А, кліндаміцин-резистентний *Streptococcus* групи В;

4) інфекційні агенти, ризик яких для госпітальної епідеміології досліджується: азол-резистентний *Aspergillus fumigatus*, антибіотикорезистентна *Mycoplasma genitalium*, антибіотикорезистентна *Bordetella pertussis*»;

пункт 11 викласти в такій редакції:

«11. Пріонні захворювання у тварин включають скрепі у овець і кіз, губчасту енцефалопатію великої рогатої худоби («коров'ячий сказ», далі - КГЕ) і хронічну хворобу виснаження у оленів і лосів. Перший випадок КГЕ серед великої рогатої худоби у Великій Британії був пов'язаний зі споживанням інфікованого корму у вигляді м'ясо-кісткового борошна, який був виготовлений з туш інфікованих тварин.»;

пункт 22 викласти в такій редакції:

«22. До вірусних геморагічних гарячок (далі -- ВГГ'), що становлять найбільшу епідемічну небезпеку належать:

1) гарячки, що викликані вірусами Ебола та Марбург (*Filoviridae*);

2) гарячка Ласса (*Arenaviridae*);

3) гарячка долини Ріфт та Крим-Конго (*Bunyaviridae*);

4) гарячка денге та жовта гарячка (Flaviviridae).»;

номер пункту 20, який слідує за пунктом 22, замінити на 23, у зв'язку з чим пункти 23-24 вважати відповідно пунктами 24-25;

4) у розділу IV:

третє, четверте речення пункту 10 викласти в такій редакції:

«Крім того, серед госпіталізованих немовлят та дітей молодшого віку відзначається висока частота розвитку інфекційних хвороб, не характерних для загальної популяції, що пояснюється відсутністю набутого імунітету до цих інфекцій (внаслідок природньо перенесеної хвороби чи після вакцинації). Це призводить до розповсюдження інфекційних хвороб з крапельним шляхом інфікування серед пацієнтів педіатричних стаціонарів, особливо в період сезонних епідемій (наприклад, кашлюк, респіраторні вірусні інфекції, в тому числі викликані РСВ, вірусами грипу, паратрипу, метаніевмовірусом, аденовірусом, вірусом кору, вірусом вітряної віспи, ротавірусом).»;

пункт 22 викласти в такій редакції:

«22. Інфекційні хвороби, щодо яких мають бути впроваджені заходи ППК в ЗСЗ, включають:

- 1) туберкульоз;
- 2) короста;
- 3) респіраторні вірусні інфекції;
- 4) грип;
- 5) менінгококова інфекція;
- 4) захворювання, що передаються через кров (наприклад, ВІЛ-інфекція, гепатити В і С, сифіліс);
- 5) кишкові інфекції (наприклад, гепатит А, норовірусна і ротавірусні інфекції).

Крім того, слід проводити скринінг (анкетування) щодо туберкульозу серед пацієнтів ЗСЗ та заохочувати їх до проведення вакцинації.»;

пункт 28 викласти в такій редакції:

«28. Потенційна небезпека передавання інфекційних агентів через біологічні препарати (кров, органи і тканини) є можливою, незважаючи на скринінг донорів.

Основні інфекції, стосовно яких має бути настороженість:

- 1) ВІЛ;
- 2) вірусні гепатити В і С;
- 3) цитомегаловірусна інфекція та Ебштейна-Барр-вірусна інфекція;
- 4) сифіліс;
- 5) туберкульоз (особливо при трансплантації легень);
- 6) токсоплазмоз (особливо при трансплантації серця);
- 7) лихоманка Західного Нілу;
- 8) стронгілоїдоз;
- 9) кокцидіомікоз;
- 10) пріонові інфекційні хвороби (ХКЯ);
- 11) інфекційні хвороби, викликані бактеріями роду *Clostridium*;
- 12) малярія;
- 13) бабезіоз;
- 14) хвороба Шагаса (*Trypanosoma cruzi*);
- 15) лімфоцитарний хоріоменінгіт;
- 16) сказ.

Крім того, при розробці заходів з ІПК слід приділити увагу оцінці пацієнтів, як потенційних джерел інфекції (активація ендогенної мікрофлори).»;

5) пункт 5 розділу VI викласти в такій редакції:

«5. В підрозділах ЗОЗ/ЗСЗ, де співробітники не мають достатнього досвіду проведення серцево-легеневої реанімації або не можуть ефективно та безпечно проводити штучне дихання варто проводити лише компресії грудної клітини та дефібриляцію. Вентиляція методом рот-в-рот та використання кипильової плівки-клапана не відповідає вимогам інфекційної безпеки.

В підрозділах ЗОЗ/ЗСЗ, де співробітники мають достатній досвід проведення серцево-легеневої реанімації варто проводити вентиляцію легень з допомогою лицевої маски з клапаном та дихального мішка типу АМБУ дворучним способом якомога коротший термін часу з наступною якнайшвидшою інтубацією трахеї.»;

6) пункт 9 розділу X викласти в такій редакції:

«9. Протівірусні лікарські засоби не рекомендовано використовувати рутинно з метою хіміопрофілактики поза межами локальних спалахів захворюваності на грип. Хіміопрофілактика грипу з використанням озельтамівіру (перорально) та занамівіру (інгаляційно) показана для таких груп:

1) дорослі та діти, віком три і більше місяців на тривалість періоду підвищеної захворюваності на грип у випадку наявності захворювань, при яких існує високий ризик виникнення ускладнень і тяжкого перебігу грипу, відповідно до пункту 4 розділу II Календаря профілактичних щеплень в Україні, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 595, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897 (зі змінами) (далі -- високий ризик розвитку ускладнень), та у разі, якщо вакцинація є протипоказаною, недоступною для цих осіб або передбачається її низька ефективність;

2) дорослі та діти віком три і більше місяців на тривалість періоду підвищеної захворюваності на грип у випадку наявності високого ризику розвитку ускладнень та у разі, якщо вакцинація є показаною для цих осіб або передбачається її висока ефективність, але вона не була вчасно проведена (короткотривала хіміопрофілактика у поєднанні з належним введенням інактивованої вакцини від грипу);

3) невакциновані дорослі, в тому числі медичні працівники, та діти віком три і більше місяців на тривалість періоду підвищеної захворюваності на грип, в разі наявності у них постійного тісного контакту з особами, які мають високий ризик розвитку ускладнень та мають протипоказання до вакцинації або вона недоступна і ці особи не можуть приймати противірусні препарати з метою хіміопротифілактики (короткотривала хіміопротифілактика);

4) дорослі та діти віком три і більше місяців на тривалість періоду підвищеної захворюваності на грип у випадку наявності високого ризику розвитку ускладнень та у разі, якщо вакцинація є протипоказаною, недоступною для цих осіб або передбачається її низька ефективність (передконтактна хіміопротифілактика);

5) дорослі та діти віком три і більше місяців, які мають високий ризик розвитку ускладнень і не мають симптомів захворювання після контакту з хворим на грип в родині, та у разі, якщо вакцинація є протипоказаною, недоступною для цих осіб або передбачається її низька ефективність (постконтактна хіміопротифілактика);

6) дорослі та діти віком три і більше місяців, після контакту з хворими на грип, які не були вакциновані, та мають постійний тісний контакт в родині з особами, які мають високий ризик розвитку ускладнень (постконтактна хіміопротифілактика у поєднанні з належним введенням інактивованої вакцини від грипу).

Необхідно невідкладно провести лабораторне підтвердження грипу у пацієнтів, які отримували засоби для передконтактної/постконтактної протифілактики та мають симптоми, для підтвердження діагнозу. Якщо діагноз підтверджено, слід призначити противірусні препарати з різним профілем ризику розвитку стійкості у терапевтичних дозах, якщо це не протипоказано.

Постконтактну протифілактику необхідно почати не пізніше ніж через 48 годин після контакту з хворим на грип. Повна терапевтична доза противірусного лікарського засобу має бути надана пацієнтові за умови появи симптомів і показів до етіотропного лікування.

У випадках якщо пацієнт, визначений підпунктами 1-6 цього пункту, перебуває поза межами території, на якій триває спалах грипу, постконтактну хіміопротифілактику слід проводити протягом семи днів після останнього тісного контакту з хворим.

У пацієнтів, які перебувають постійно у ЗСЗ, хіміопрофілактику грипу необхідно проводити мінімум протягом 14 днів та закінчувати не раніше ніж через сім днів після початку симптомів у пацієнта, який захворів останнім.

Противірусна хіміопрофілактика має проводитись якнайшвидше всім пацієнтам, які мали контакт з хворим на грип під час перебування в ЗОЗ/ЗСЗ, навіть за відсутності клінічних ознак чи лабораторно підтвердженого грипу, незалежно від наявності/відсутності вакцинації від грипу, якщо немає протипоказань до її проведення.

Працівникам ЗОЗ/ЗСЗ, які отримали вакцинацію від грипу в період спалаху грипу, проводиться противірусна хіміопрофілактика протягом 14 днів після вакцинації.»;

7) у розділі XI:

пункт 6 викласти в такій редакції:

«6. До стандартних заходів захисту відносяться:

- 1) гігієна рук;
- 2) використання рукавичок в залежності від методів проведення догляду;
- 3) використання ХЗІА в залежності від методів проведення догляду;
- 4) респіраторна гігієна і етикет кашлю, використання масок в залежності від методів проведення догляду;
- 5) використання захисних окулярів або щитків в залежності від методів проведення догляду;
- 6) безпека при виконанні ін'єкцій;
- 7) використання чистого і безпечного обладнання та інструментарію для проведення догляду;
- 8) безпечне поводження з медичними відходами;
- 9) очищення та дезінфекція приміщень;

10) використання чистої і безпечної білизни.»;

пункт 15 викласти в такій редакції:

«15. Для безпечного проведення ін'єкцій слід дотримуватися таких правил:

1) для виконання кожної окремої ін'єкції варто підготувати всі необхідні лікарські засоби та витратні матеріали у чистій зоні використовуючи асептичну техніку;

2) перед проколюванням необхідно протерти корок флакону серветкою, змоченою спиртовмісним антисептиком;

3) для виконання кожної окремої ін'єкції слід використовувати окрему одноразову стерильну голку та шприц (одна голка та один шприц для одного пацієнта), в тому числі ручки-ін'єктори з інсуліном чи адреналіном;

4) до та під час виконання ін'єкції уникати забруднення голки, шприца та лікарського засобу, а в разі забруднення негайно припинити процедуру;

5) за можливості, використовувати індивідуальну ємність (флакон, ампулу) з лікарським засобом для кожного окремого пацієнта;

6) отримання лікарського засобу з первинної упаковки (флакон, ампула) для одноразового чи багаторазового застосування має здійснюватися за допомогою нової голки та шприца, навіть за необхідності отримання додаткових доз препарату для одного пацієнта;

7) заборонено набирати дозу лікарського засобу з залишків кількох первинних упаковок (флакон, ампула), які залишились від попереднього пацієнта;

8) дотримуватися правил асептики протягом всієї процедури.»;

в підпункті 6 пункту 26 число «V» замінити числом «VII»;

8) пункт 6 розділу XII викласти в такій редакції:

«6. Ксенотрансплантація потребує використання суворої ізоляції у ПЗПІ у випадку появи у реципієнта важкого інфекційного захворювання або виявлення у нього нового рекомбінантного мікроорганізму.

Інші види трансплантації не потребують рутинного використання ПЗПІ.»;

9) по тексту Заходів:

слово «в-лактамаз» замінити словом «бета-лактамаз»;

10) по тексту Заходів та у додатках 1, 3, 4, 7, 8 до них слово «КІК» замінити словом «ВІК»;

11) у додатках до цих Заходів:

у позиції двісті дев'ять графи «Інфекційна хвороба/стан» таблиці «Вид і тривалість заходів захисту, що слід використовувати при окремих інфекційних хворобах та станах» додатку 1 слово «Rotavirus» замінити словом «Гастроентерити»;

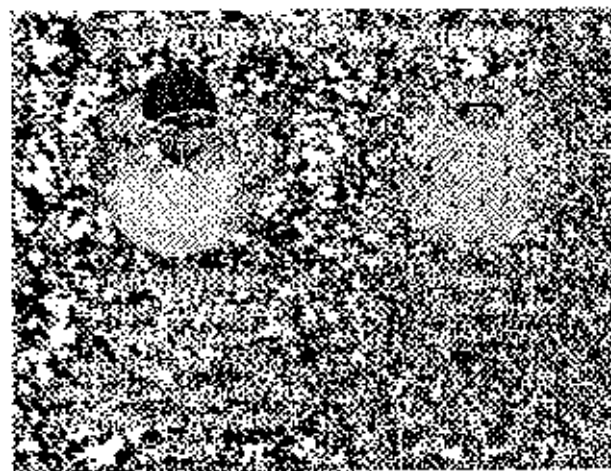
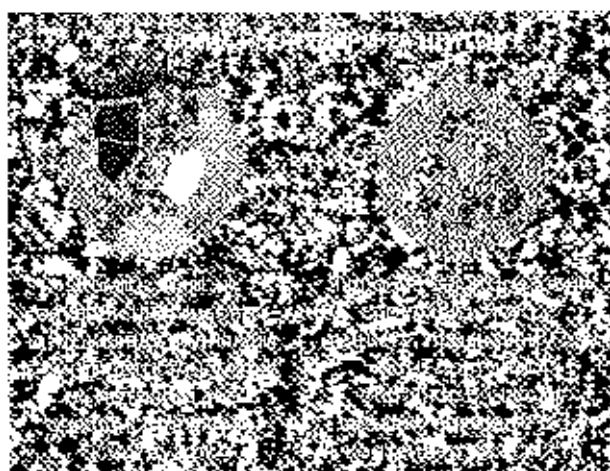
додаток 5 викласти у такій редакції:

«

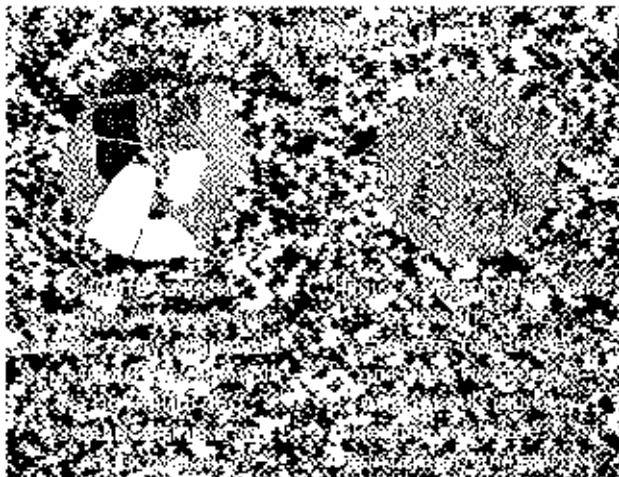
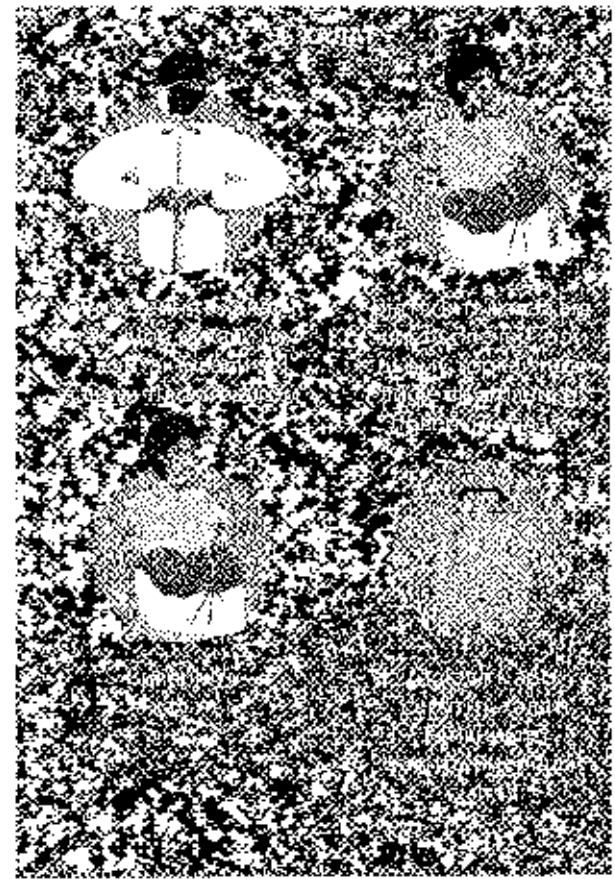
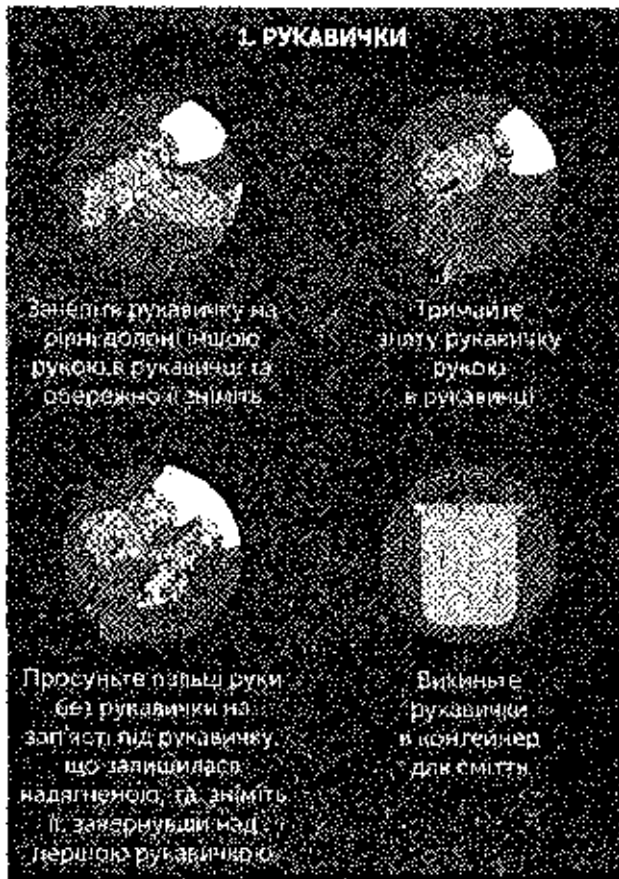
Додаток 5
до Заходів та Засобів щодо
попередження інфікування
при проведенні догляду за
пацієнтами
(пункт 1 розділу V)

Підходи одягання і зняття ЗІЗ

Послідовність та правила одягання ЗІЗ



Послідовність та правила зняття ЗІЗ (варіант 2)



».

8. У розділі VII Порядку проведення епідеміологічного нагляду за кором, краснухою та синдромом вродженої краснухи, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 квітня 2019 року № 954, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20 травня 2019 року за № 519/33490;

1) пункт 17 виключити. У зв'язку з цим пункти 18-23 вважати відповідно пунктами 17-22;

2) пункт 18 виключити. У зв'язку з цим пункти 19-22 вважати відповідно пунктами 18-21.

8. У пункті 14 Переліку необхідних обстежень лікарів-спеціалістів, видів клінічних, лабораторних та інших досліджень, що необхідні для проведення обов'язкових медичних оглядів, та періодичність їх проведення, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2002 року № 280, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 8 серпня 2002 року за № 640/6928:

1) в позиції «Адміністрація» графу 12 «мазок з горла та носа на наявність патогенного стафілококу» викласти в такій редакції:

«При проведенні попереднього медогляду»;

2) в позиції «Медичні працівники (лікарі, середній та молодший медичний персонал)» графу 12 «мазок з горла та носа на наявність патогенного стафілококу» викласти в такій редакції:

«При проведенні попереднього медогляду»;

3) в позиції «Технічний персонал, у тому числі прибиральники приміщень» графу 12 «мазок з горла та носа на наявність патогенного стафілококу» викласти в такій редакції:

«При проведенні попереднього медогляду».

**Генеральний директор
Директорату громадського здоров'я
та профілактики захворюваності**

Ірина РУДЕНКО

Порівняльна таблиця

до проєкту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення»

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проєкту акта	
Додаю до Положення про Голову акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України від 14 березня 2011 року № 142, зареєстроване в Міністерстві охорони здоров'я України від 14 березня 2011 року № 678/19416		Додаю до Положення про Голову акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)	
Додаток до Положення про Голову акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)		Додаток до Положення про Голову акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)	
ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації		ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації	
Стандарти акредитації	Максимально можливе значення	Стандарти акредитації	Максимально можливе значення
...		...	
7. Санітарно-епідемічне благополуччя (162)		7. Профілактика інфекцій та інфекційний контроль (335)	
7.1	0-3-10	7.1	0-3-5
7.2	0-2-3	7.2	0-3-5
7.3	0-2-5	7.3	0-5
7.4	0-5	7.4	0-3-5
7.5	0-2-5	7.5	0-3-5
7.6	0-5	7.6	0-3-5

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
7.7	0-2-5	7.7	0-3-5
7.8	0-3	7.8	0-3-5
7.9	0-3	7.9	0-3-5
7.10	0-3	7.10	0-3-5
7.11	0-3	7.11	0-3-5
7.12	0-3	7.12	0-5
7.13	0-3	7.13	0-5
7.14	0-5	7.14	0-5
7.15	0-2-3	7.15	0-5
7.16	0-5	7.16	0-5
7.17	0-10	7.17	0-5
7.18	0-5	7.18	0-3
7.19	0-1-3	7.19	0-1-3
7.20	0-5	7.20	0-3
7.21	0-1-3	7.21	0-5
7.22	0-1-3	7.22	0-5
7.23	0-2-3	7.23	0-5

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
7.24	0-1-3		7.24 0-3-5
7.25	0-2-3		7.25 0-3-5
7.26	0-3		7.26 0-1-3
7.27	0-3		7.27 0-5
7.28	0-3		7.28 0-3-5
7.29	0-3		7.29 0-3-5
7.30	0-1-3		7.30 0-5
7.31	0-3		7.31 0-5
7.32	0-3		7.32 0-5
7.33	0-2-3		7.33 0-5
7.34	0-5-10		7.34 0-5
7.35	0-3		7.35 0-5
7.36	0-3		7.36 0-2-3
7.37	0-2-3		7.37 0-1-3
7.38	0-3		7.38 0-2-3
7.39	0-3		7.39 0-3
7.40	0-3		7.40 0-2-3

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
7.41	0-1-3	7.41	0-5-10
		7.42	0-5
		7.43	0-3
		7.44	0-3
		7.45	0-2-3
		7.46	0-3
		7.47	0-3
		7.48	0-3
		7.49	0-1-3
		7.50	0-3-5
		7.51	0-3-5
		7.52	0-3-5
		7.53	0-3-5
		7.54	0-3-5
		7.55	0-3-5
		7.56	0-3-5
		7.57	0-3-5

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

7.58	0-3-5
7.59	0-3-5
7.60	0-3-5
7.61	0-3-5
7.62	0-3-5
7.63	0-3-5
7.64	0-3-5
7.65	0-3-5
7.66	0-5
7.67	0-3-5
7.68	0-3-5
7.69	0-3-5
7.70	0-3-5
7.71	0-5
7.72	0-3-5
7.73	0-3-5

Додаток
до Положення про ГоловнуДодаток
до Положення про Головну

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)																								
ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації <table border="1"> <tr> <td align="center" colspan="2">10. Якість лікувально-профілактичної допомоги (117)</td></tr> <tr> <td align="center">10.1</td><td align="center">0-3</td></tr> <tr> <td align="center">.....</td><td align="center">.....</td></tr> <tr> <td align="center">10.30</td><td align="center">0-3</td></tr> <tr> <td align="center">.....</td><td align="center">.....</td></tr> <tr> <td align="center">10.36</td><td align="center">0-3</td></tr> </table>	10. Якість лікувально-профілактичної допомоги (117)		10.1	0-3			10.30	0-3			10.36	0-3	ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації <table border="1"> <tr> <td align="center" colspan="2">10. Якість лікувально-профілактичної допомоги (114)</td></tr> <tr> <td align="center">10.1</td><td align="center">0-3</td></tr> <tr> <td align="center">.....</td><td align="center">.....</td></tr> <tr> <td align="center">10.30</td><td align="center">0-3</td></tr> <tr> <td align="center">.....</td><td align="center">.....</td></tr> <tr> <td align="center">10.35</td><td align="center">0-3</td></tr> </table>	10. Якість лікувально-профілактичної допомоги (114)		10.1	0-3			10.30	0-3			10.35	0-3
10. Якість лікувально-профілактичної допомоги (117)																									
10.1	0-3																								
.....																									
10.30	0-3																								
.....																									
10.36	0-3																								
10. Якість лікувально-профілактичної допомоги (114)																									
10.1	0-3																								
.....																									
10.30	0-3																								
.....																									
10.35	0-3																								
Додаток до Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6) ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації	Додаток до Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6) ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації																								
15. Хірургія, анестезіологія та інтенсивна терапія (реанімація) (72) <table border="1"> <tr> <td align="center">15.1</td><td align="center">0-3</td></tr> </table>	15.1	0-3	15. Хірургія, анестезіологія та інтенсивна терапія (реанімація) (89) <table border="1"> <tr> <td align="center">15.1</td><td align="center">0-3</td></tr> </table>	15.1	0-3																				
15.1	0-3																								
15.1	0-3																								

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
15.2	0-3	15.2	0-3
15.3	0-3	15.3	0-3
15.4	0-3	15.4	0-3
15.5	0-3	15.5	0-3
15.6	0-3	15.6	0-3
15.7	0-3	15.7	0-3
15.8	0-3	15.8	0-3
15.9	0-3	15.9	0-3
15.10	0-3	15.10	0-3
15.11	0-3	15.11	0-1-3
15.12	0-3	15.12	0-3
15.13	0-3	15.13	0-3
15.14	0-3	15.14	0-1-3
15.15	0-3	15.15	0-3
15.16	0-3	15.16	0-3
15.17	0-3	15.17	0-3
15.18	0-3	15.18	0-3

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
15.19	0-3	15.19	0-1-3
15.20	0-3	15.20	0-3
15.21	0-3	15.21	0-1-3
15.22	0-3	15.22	0-1-3
15.23	0-1-3	15.23	0-1-3
15.24	0-3	15.24	0-1-3
		15.25	0-1-3
		15.26	0-1-3
		15.27	0-1-3
		15.28	0-1-3
		15.29	0-3-5
Додаток до Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)		Додаток до Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)	
ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації		ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації	
16. Служба материнства та дитинства (140)		16. Служба материнства та дитинства (134)	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
16.1	0-3	16.1	0-3
.....			
16.17	0-3	16.17	0-3
.....			
16.33	0-3	16.33	0-3
16.34	0-3	16.34	0-3
.....			
16.46	0-3	16.44	0-3
Додаток до Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)		Додаток до Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)	
ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації		ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації	
18. Параклінічні служби (42)		18. Параклінічні служби (41)	
18.1	0-3	18.1	0-3
18.2	0-1-3	18.2	0-1-3
18.3	0-1-3	18.3	0-1-3

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
18.4	0-3	18.4	0-3
18.5	0-3	18.5	0-3-5
18.6	0-3	18.6	0-3
18.7	0-1-3	18.7	0-3
18.8	0-3	18.8	0-1-3
18.9	0-3	18.9	0-3
18.10	0-1-3	18.10	0-1-3
18.11	0-3	18.11	0-1-3
18.12	0-1-3	18.12	0-3
18.13	0-1-3		
18.14	0-3		
Додаток до Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)		Додаток до Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України (пункт 5.6)	
ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації		ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК про відповідність закладу стандартам акредитації	
19. Лабораторна діагностика (для закладів охорони здоров'я, до структури яких входять клініко-діагностичні та інші вимірювальні лабораторії) (105)		19. Лабораторна діагностика (для закладів охорони здоров'я, до структури яких входять клініко-діагностичні та інші вимірювальні лабораторії) (102)	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

19.1	0-2-5	
.....		
19.14	0-3	
.....		
19.18	0-3	

Додаток
до Положення про Головну
акредитаційну комісію при Міністерстві
охорони здоров'я України
(пункт 5.6)

ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК

про відповідність закладу стандартам акредитації

24. Центри трансплантації (21)		
24.1	0-3	
24.2	0-3	
24.3	0-3	
24.4	0-3	
24.5	0-3	
24.6	0-3	

Зміст положення (норми) запропонованого проєкту акта

19.1	0-2-5	
.....		
19.14	0-2-3	
.....		
19.17	0-3	

Додаток
до Положення про Головну
акредитаційну комісію при Міністерстві
охорони здоров'я України
(пункт 5.6)

ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК

про відповідність закладу стандартам акредитації

24. Центри трансплантації (26)		
24.1	0-3	
24.2	0-3	
24.3	0-3	
24.4	0-3	
24.5	0-3	
24.6	0-3	

Зміст положення (поруш) чинного акта законодавства		Зміст положення (поруш) запропонованого проекту акта	
24.7	0-3	24.7	0-3
Пункт відсутній		24.8	0-5
Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 березня 2011 року № 142, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 06 червня 2011 року за № 680/19418		II. Основні положення	
7. Санітарно-епідемічне благополуччя		7. Профілактика інфекцій та інфекційний контроль	
7.1. Проведення у закладі протиепідемічних заходів щодо профілактики виникнення інфекцій		7.1. Наявність відділу з інфекційного контролю	
0 балів	3 бали	10 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність часткова відповідність	відповідність	невідповідність часткова відповідність	первинна вторинна третинна
ОД:		ОД:	
Н заходи не проводяться, або проводяться невірно, або не в повному обсязі		Н відділ з інфекційного контролю не створений	
ЦВ заходи проводяться не в повному обсязі		ЦВ відділ з інфекційного контролю створений, але бездокументований кадрами та/або не затверджені посадові обов'язки/інструкції кожного із працівників та/або мінімум один із працівників відділу працює не на повний робочий день та/або підпорядкований не керівнику закладу;	
В заходи проводяться вчнено-та в повному обсязі		В відділ з інфекційного контролю створений та укомплектований кадрами відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи/закладу надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 2021 року № «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України за №	
7.2. Наявність інформації щодо здійснення контролю за дотриманням санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму державною санітарно-епідеміологічною службою		7.2. В закладі охорони здоров'я, що надає стаціонарну медичну допомогу, наявний лікар-епідеміолог	
0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність часткова відповідність	відповідність	невідповідність первинна вторинна третинна	
ОД:		ОД:	

Зміст положення (форми) чинного акта законодавства		Зміст положення (форми) запропонованого проекту акта			
Н – контроль не здійснюється		0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
ЧЗ – контроль здійснюється не повністю, про що свідчать виявлені випадки лікарняної інфекції та інфекційних захворювань; В – контроль здійснюється.		невідповідність	часткова відповідність	відповідність	третинна
7.3. Наявність зазначеного на узгодженому плані дій на випадок виникнення (відокремлення) особливих небезпечних інфекцій		ОВ:			
Н – лікар-епідеміолог не входить до складу відділу з інфекційного контролю закладу або працює на неповну ставку;		Н – лікар-епідеміолог входить до складу відділу з інфекційного контролю закладу, працює на повну ставку, але епідеміологічні дослідження проводяться безсистемно (не аналізуються та/або не враховуються для вироблення/опіки заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю);			
ЧЗ – лікар-епідеміолог входить до складу відділу з інфекційного контролю закладу, працює на повну ставку, епідеміологічні дослідження проводяться системно (аналізуються та враховуються для вироблення/опіки заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю);		В – лікар-епідеміолог входить до складу відділу з інфекційного контролю закладу, працює на повну ставку, епідеміологічні дослідження проводяться системно (аналізуються та враховуються для вироблення/опіки заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю);			
7.3. Наявні помічники лікаря-епідеміолога		7.3. Наявні помічники лікаря-епідеміолога			
0 балів		5 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність		відповідність	вторинна	третинна	
ОВ:		ОВ:			
Н – помічник(и) лікаря-епідеміолога відсутній(і) або їх кількість менша ніж один на 250 ліжок закладу;		Н – помічник(и) лікаря-епідеміолога відсутній(і) або їх кількість менша ніж один на 250 ліжок закладу;			
В – помічник(и) лікаря-епідеміолога наявний(і) в кількості мінімум один на 250 ліжок закладу.		В – помічник(и) лікаря-епідеміолога наявний(і) в кількості мінімум один на 250 ліжок закладу.			
7.4. Наявність річного плану дій з вироблення профілактики інфекцій та інфекційного контролю		7.4. Наявність річного плану дій з вироблення профілактики інфекцій та інфекційного контролю			
0 балів		3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	

Зміст положення (форми) чинного акта законодавства

0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна

ОВ:

Н — рішення (інструкції) та облікові документи відсутні

ЧЗ — рішення (інструкції) та облікові документи наявні, але не відповідають вимогам об'єктів

В — рішення (інструкції) та облікові документи наявні в повному обсязі

7.6. Дотримання вимог щодо використання місця та дезінфікуючих засобів

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н — вимоги не дотримуються

В — вимоги дотримуються

7.7. Забезпечення медичної мережею та санітарним режимом та засобами індивідуального захисту відносин до вимог законодавства

0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна

ОВ:

Н — забезпечення недовідноситься

Зміст положення (форми) запропонованого проекту акта

невідповідність	часткова відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н — річний план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю відсутній або не затверджений керівником закладу або не виділено фінансування;

ЧЗ — річний план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю затверджений, але не адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану не включає мультимодальні стратегії (підхід), план не містить чітко визначених заходів та/або індикаторів;

В — річний план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю затверджений керівником закладу, адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану включає мультимодальні стратегії (підхід), план містить чітко визначені заходи та індикатори.

7.5. Наявність довготривалого (мінімум п'ятирічного) плану дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н — довготривалий план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю відсутній, розроблений місяць або на п'ять років або не затверджений керівником закладу або не виділено фінансування;

ЧЗ — довготривалий план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю затверджений, але не адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану не включає мультимодальні стратегії (підхід), план не містить чітко визначених заходів та/або індикаторів;

В — довготривалий план дій з впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю затверджений керівником закладу, адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану включає

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта									
ЦВ — забезпечення медичного персоналу санітарним одягом та засобами індивідуального захисту невідомої/лас. виконані законодавствами		мультимодальні стратегії (підхід), план містять чітко визначені заходи та індикатори.									
В — забезпечення медичного персоналу санітарним одягом та засобами індивідуального захисту невідомої/лас. виконані законодавствами		7.6. Наявність річного плану дій з впровадження покращення гігієни рук									
7.8. Проведення діяльності з охорони здоров'я персоналом щодо правих миття й дезінфекції рук		<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>3 бали</td><td>5 балів</td><td>Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>часткова відповідність</td><td>первинна</td><td>вторинна третинна</td></tr> </table>		0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	невідповідність	часткова відповідність	первинна	вторинна третинна
0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги								
невідповідність	часткова відповідність	первинна	вторинна третинна								
ОВ:		ОВ:									
Н — заміти не проведено;		Н — річний план дій з впровадження покращення гігієни рук відсутній або не затверджений керівником закладу або не виділено фінансування;									
В — заміти проведено;		ЧВ — річний план дій з впровадження покращення гігієни рук затверджений, але не адаптований під потреби і можливості закладу охорони здоров'я (фінансові та кадрові), реалізація плану не включає мультимодальні стратегії (підхід), план не містить чітко визначених заходів та/або індикаторів;									
7.9. Наявність інструмента управління миття й дезінфекції рук		В — річний план дій з впровадження покращення гігієни рук затверджений керівником закладу, адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану включає мультимодальні стратегії (підхід), план містить чітко визначені заходи та індикатори.									
ОВ:		7.7. Наявність довготривалого (мінімум п'ятирічного) плану дій з впровадження покращення гігієни рук									
Н — інструмент відсутній;		<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>3 бали</td><td>5 балів</td><td>Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>часткова відповідність</td><td>первинна</td><td>вторинна третинна</td></tr> </table>		0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	невідповідність	часткова відповідність	первинна	вторинна третинна
0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги								
невідповідність	часткова відповідність	первинна	вторинна третинна								
В — інструмент наявний;		ОВ:									
7.10. Наявність умов для миття й дезінфекції рук		Н — довготривалий план дій з впровадження покращення гігієни рук відсутній, розроблений менше ніж на п'ять років або не затверджений керівником закладу або не виділено фінансування;									
ОВ:		В — умови наявні;									
<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>3 бали</td><td>5 балів</td><td>Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>часткова відповідність</td><td>первинна</td><td>вторинна третинна</td></tr> </table>		0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	невідповідність	часткова відповідність	первинна	вторинна третинна		
0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги								
невідповідність	часткова відповідність	первинна	вторинна третинна								
ОВ:											
Н — умови відсутні;											
В — умови наявні;											

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства				Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта			
7.11. Дотримання працівниками ссв й-заверження руху				ЧЗ – дошкряпаний план дій з виконання покращення гігієни рук затверджений, але не адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану не включає мультимодальні стратегії (підхід), план не містить чітко визначених заходів та/або індикаторів;			
0 балів	3 бали	Відповідність	Вид лікувально-профілактичної допомоги	В – дошкряпаний план дій з виконання покращення гігієни рук затверджений керівником закладу, адаптований під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація плану включає мультимодальні стратегії (підхід), план містить чітко визначені заходи та індикатори;	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
ОВ:				7.8. Невживість адміністрування антимікробних препаратів			
0 балів	3 бали	Відповідність	Вид лікувально-профілактичної допомоги	Н – адміністрування антимікробних препаратів відсутнє або не викликане фінансуванням;	0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
ОВ:				ПЗ – адміністрування антимікробних препаратів не адаптоване під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація не включає мультимодальні стратегії (підхід), не містить чітко визначених заходів та/або індикаторів;			
0 балів	3 бали	Відповідність	Вид лікувально-профілактичної допомоги	В – адміністрування антимікробних препаратів адаптоване під потреби і можливості (фінансові та кадрові), реалізація включає мультимодальні стратегії (підхід), містить чітко визначені заходи та індикатори;	Відповідність		
ОВ:				7.9. Наявний річний план нарахування і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю медичних працівників закладу			
0 балів	3 бали	Відповідність	Вид лікувально-профілактичної допомоги	Н – відсутній річний план нарахування і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю медичних працівників закладу	0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
ОВ:				В – відсутній річний план нарахування і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю медичних працівників закладу			
0 балів	3 бали	Відповідність	Вид лікувально-профілактичної допомоги	Відповідність			Вид лікувально-профілактичної допомоги

ОВ:

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства				Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта			
невідповідність		відповідність		вторинна		третинна	
ОВ:				ОВ:			
Н – контроль відсутній				Н – контроль відсутній			
В – контроль ведеться елементарно				В – контроль ведеться елементарно			
7.17. Зайняття контролю за якістю – нахил – дезінфекції епідеміологічно значимих об'єктів в операційних та інших приміщеннях з асептичним режимом роботи				7.17. Зайняття ліжок в кімнатах/палатах клінічних підрозділів відповідає положенню «один ліжок – один пацієнт»			
0 балів		10 балів		Вид лікувально-профілактичної допомоги			
невідповідність		відповідність		вторинна		третинна	
ОВ:				ОВ:			
Н – контроль відсутній				Н – контроль відсутній			
В – контроль ведеться елементарно				В – контроль ведеться елементарно			
7.18. Дотримання вимог щодо проведення профілактичних медичних оглядів працівниками закладу				7.12. Наявність ліжок в коридорах			
0 балів		5 балів		Вид лікувально-профілактичної допомоги			
невідповідність		відповідність		первинна		третинна	
ОВ:				ОВ:			
Н – вимоги не дотримуються				Н – пацієнти розміщуються на ліжках, що знаходяться в коридорах			
В – вимоги дотримуються				В – пацієнти не розміщуються на ліжках, що знаходяться в коридорах			
7.19. Забезпечення закладу білизною, доглядами – вишок – щодо зберігання та якості прання білизни				7.13. Зайняття ліжок в кімнатах/палатах клінічних підрозділів відповідає положенню «один ліжок – один пацієнт»			
0 балів		1 бал		3 балів		Вид лікувально-профілактичної допомоги	

ОВ:

Н – навчальні матеріали для пацієнтів відсутні або доступні у менш ніж 50% клінічних підрозділах або не містять мінімум одну із наступних назв: миття рук з милом і водою, респіраторна гігієна і етикет кашлю, заходів особистої гігієни;

ОВ – навчальні матеріали для пацієнтів доступні у менш ніж 75% клінічних підрозділах та містять інформацію щодо миття рук з милом і водою, респіраторної гігієни і етикету кашлю, заходів особистої гігієни;

В – навчальні матеріали для пацієнтів доступні у всіх клінічних підрозділах та містять інформацію щодо миття рук з милом і водою, респіраторної гігієни і етикету кашлю, заходів особистої гігієни.

7.12. Наявність ліжок в коридорах

ОВ:

Н – пацієнти розміщуються на ліжках, що знаходяться в коридорах;

В – пацієнти не розміщуються на ліжках, що знаходяться в коридорах.

7.13. Зайнятість ліжок в кімнатах/палатах клінічних підрозділів відповідає положенню «один ліжок – один пацієнт»

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

невідповідність	частково відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н — забезпечення неможливе, немає змоги щодо зберігання та зручності бізнесу не додержуються;

ЦВ — забезпечення недостатнє, але змоги щодо зберігання та зручності бізнесу не додержуються;

В — забезпечення достатнє, немає змоги щодо зберігання та зручності бізнесу додержуються.

7.20. Забезпечення стерилізаційним обладнанням

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н — немає забезпечено стерилізаційним обладнанням недостатньо;

В — немає забезпечено стерилізаційним обладнанням достатньо.

7.21. Дотримання вимог щодо стерилізації матеріалів та виробів медичного призначення

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	частково відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н — вимоги не дотримуються;

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	вторинна	первинна	третинна

ОВ:

П — положення «одне ліжко — один пацієнт» не дотримуються;

В — положення «одне ліжко — один пацієнт» дотримуються.

7.14. Відстань між ліжками у кімнатах/палатах клінічних підрозділів становить не менше одного метра

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	вторинна	первинна	третинна

ОВ:

П — відстань між ліжками у кімнатах/палатах клінічних підрозділів становить менше одного метра;

В — відстань між ліжками у кімнатах/палатах клінічних підрозділів становить один метр і більше.

7.15. Наявність системи реагування на результати оцінки кадрових потреб на випадок надзвичайних ситуацій

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

П — система реагування відсутня або не ведеться нерішуче, яких можливо запустити на випадок виникнення надзвичайної ситуації;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

ЦВ — виконати щодо стерилізації матеріалів та виробів медичного призначення дотримуються частково, наявні порушення нецензи облікової документації щодо якості стерилізації;

В — виконати дотримуються;

7.12. Дотримання норми щодо передстерилізаційної очистки виробів медичного призначення

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

П — виконати не дотримуються;

ЦВ — виконати щодо передстерилізаційної очистки виробів медичного призначення дотримуються частково, наявні порушення ведення облікової документації щодо передстерилізаційної очистки;

В — виконати дотримуються;

7.23. Дотримання санітарних норм і правил щодо плану та розташування приміщень загальної

0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

П — норми і правила не дотримуються;

ЦВ — норми і правила дотримуються частково;

В — норми і правила дотримуються;

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

ЦВ — система реагування наявна та ведеться перелік працівників загальної, яких можливо залучити на випадок виникнення надзвичайної ситуації, але не визначені відповідальні особи або список контактів працівників загальної не оновлювався понад 3 роки;

В — система реагування наявна та ведеться перелік працівників загальної, яких можливо залучити на випадок виникнення надзвичайної ситуації, визначені відповідальні особи, список контактів працівників загальної оновлюється мінімум один раз на 3 роки;

7.16. Наявність системи реагування на випадки, коли кількість пацієнтів перевищує кількість ліжок

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

П — система реагування відсутня або не визначені відповідальні особи;

В — система реагування наявна, визначені відповідальні особи;

7.17. Наявність централізованого водопостачання

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

П — проточна вода не доступна в будь-який час і в достатній кількості для всіх видів використання;

В — проточна вода доступна в будь-який час і в достатній кількості для всіх видів використання;

7.18. Наявність системи опалення

Зміст положення (пункт) цінного акта законодавства				Зміст положення (пункт) запропонованого проекту акта			
7.24. Дотримання санітарних норм і правил щодо внутрішнього оздоблення приміщень відносно до функціонального призначення				Вид лікувально-профілактичної допомоги			
0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна вторинна третинна	невідповідність	відповідність	первинна вторинна третинна	
ОВ:				ОВ:			
Н - внутрішнє оздоблення приміщень не відповідає їх функціональному призначенню				Н - система опалення відсутня;			
ЧВ - внутрішнє оздоблення приміщень частково відповідає їх функціональному призначенню				В - система опалення повна.			
В - внутрішнє оздоблення приміщень відповідає їх функціональному призначенню				7.19. Ефективність роботи системи вентиляції			
7.25. Дотримання санітарних норм і правил щодо хотодного та гарячого водопостачання				0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	невідповідність	часткова відповідність	первинна вторинна третинна	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна вторинна третинна	ОВ:			
ОВ:				Н - система вентиляції працює неефективно;			
Н - у межах лінійного холодне водопостачання;				ЧВ - система вентиляції працює ефективно, але не в усіх приміщеннях;			
ЧВ - холодне та гаряче водопостачання неоптимальне				В - система вентиляції працює ефективно.			
В - у межах лінійного холодне та гаряче водопостачання.				7.20. Відповідність прихового та поточного освітлення приміщень їх функціональному призначенню			
7.26. Наявність ефективної системи каналізації				0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	первинна вторинна третинна	
ОВ:				ОВ:			
Н - не відповідає функціональному призначенню;				Н - не відповідає функціональному призначенню;			
В - відповідає функціональному призначенню.				7.21. Наявність туалетів у клінічних відділеннях закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну медичну допомогу			

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства			
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна
ОВ:			
Н – естетика канікуляції неадекватна та/або нанимі естетична про-часті перебу-в-її роботи;			
В – естетика канікуляції ефекттивна;			
7.27. Дотримання санітарних норм і правил щодо вивезення та зняття побутового сміття та жидких відходів			
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	первинна	третинна
ОВ:			
Н – норми і правила не дотримуються;			
В – норми і правила дотримуються;			
7.28. Дотримання санітарних норм і правил щодо естетичності та безпечності утилізації біологічно-шкідливих матеріалів			
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	первинна	третинна
ОВ:			
Н – норми і правила не дотримуються;			
В – норми і правила дотримуються;			
7.29. Наявність естетичного оздоблення			
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	первинна	третинна

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта			
0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
ОВ:			
Н – у кінцевих підрозділах кількість туалетів становить менше ніж 1 на 20 ліжок			
В – у кінцевих підрозділах кількість туалетів становить 1 на 20 ліжок або більше;			
7.22. Наявність туалетів у амбулаторно-поліклінічних закладах			
0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	первинна	третинна
ОВ:			
Н – у амбулаторно-поліклінічному закладі наявно менше 4 туалетів;			
В – у амбулаторно-поліклінічному закладі наявні 4 туалети і більше;			
7.23. Наявність електроенергії			
0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відповідність	первинна	третинна
ОВ:			
Н – електроенергія в закладі відсутня або подається з перебоями;			
В – електроенергія в закладі наявна постійно;			
7.24. Наявність ізоляторів/палат індивідуального перебування для пацієнтів із асептичними інфекційними захворюваннями			

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

ОВ:

Н – система оцінювання відсутня;

В – система оцінювання відсутня;

7.34. Ефективність роботи системи вентильної

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – система вентильної працює неефективно;

ЧВ – система вентильної працює ефективно, але не в усіх приміщеннях;

В – система вентильної працює ефективно;

7.31. Відповідність призначеного та штучного оцінювача приміщень їх функціональному призначенню

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – не відповідає функціональному призначенню;

В – відповідає функціональному призначенню;

7.32. Наявність дозволу державної санітарно-епідеміологічної служби на перевантаження та зміну функціонального призначення приміщень закладу

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – ізолятор/палати ідентифікують неробочі пацієнти із аерогенними інфекційними захворюваннями відсутні;

ЧВ – ізолятор/палати ідентифікують перебування для пацієнтів із аерогенними інфекційними захворюваннями певні, але не відповідають національним нормам;

В – ізолятор/палати ідентифікують перебування для пацієнтів із аерогенними інфекційними захворюваннями певні і відповідають національним нормам;

7.25. Наявність засобів індивідуального захисту

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – засоби індивідуального захисту не доступні для усіх працівників постільно або засоби індивідуального захисту не відповідають національним стандартам або не проведені розрахунки необхідної кількості для кожного з підрозділів або не забезпечено фактичну наявність з урахуванням можливої необхідності постільного пацієнта до моменту при надзвичайних ситуаціях;

ЧВ – засоби індивідуального захисту доступні для усіх працівників постільно, засоби індивідуального захисту відповідають національним стандартам, проведені розрахунки необхідної кількості для кожного з підрозділів, забезпечено фактичну наявність з урахуванням можливої необхідності пацієнта до моменту при надзвичайних ситуаціях, але відсутній запас засобів індивідуального захисту мінімум на один місяць роботи;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства			
невідповідність	відсутність	вторинна	третинна
ОВ:			
Н - повна відсутність;			
В - повна наявність;			
7.33. Дотримання санітарних норм і правил щодо розташування харчоблоків та буфетних приміщень			
0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	часткова відповідність	відсутність	первинна третинна
ОВ:			
Н - норми і правила не дотримуються;			
ЧВ - норми і правила дотримуються частково;			
В - норми і правила дотримуються;			
7.34. Дотримання санітарних норм і правил щодо обладнання, інвентарю, посуду і тари харчоблоку та буфетних приміщень			
0 балів	5 балів	10 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	часткова відповідність	відсутність	первинна третинна
ОВ:			
Н - норми і правила не дотримуються;			
ЧВ - норми і правила дотримуються частково;			
В - норми і правила дотримуються;			

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта			
В - засоби індивідуального захисту доступні для усіх працівників постійно, засоби індивідуального захисту відносять до національних стандартів, проведені розрахунки необхідної кількості для кожного з підрозділів, забезпечено фактичну наявність з урахуванням можливої необхідності надання допомоги при надзвичайних ситуаціях, наявний запас засобів індивідуального захисту мінімум на один місяць роботи.			
7.26. Забезпечення заснаду білизною, потребишши вимог щодо зберігання та якості прання білизни			
0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	часткова відповідність	відсутність	первинна третинна
ОВ:			
Н - забезпечення недостатнє, вимоги щодо зберігання та прання білизни не дотримуються;			
ЧВ - забезпечення достатнє, але вимоги щодо зберігання та прання білизни не дотримуються;			
В - забезпечення достатнє, вимоги щодо зберігання та прання білизни дотримуються.			
7.27. Наявність ємностей для збору медичних відходів категорії А у підрозділах			
0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	відсутність	первинна	третинна
ОВ:			
Н - ємності для збору медичних відходів категорії А відсутні;			
В - ємності для збору медичних відходів категорії А наявні.			
7.28. Наявність ємностей для збору медичних відходів категорії В			

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта			
7.35. Дотримання єдиних норм і правил щодо транспортування, приймання та зберігання харчової сировини та продуктів харчування		0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	відповідність	невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна
ОВ:		третинна			
Н – норми і правила не дотримуються; В – норми і правила дотримуються		П – ємності для збору відходів категорії В відсутні або не відповідають національним стандартам; ЧВ – ємності для збору відходів категорії В наявні, відповідають національним стандартам, але знаходяться поза межами безпосереднього(х) місця(х) утворення відходів; В – ємності для збору відходів категорії В наявні, відповідають національним стандартам і знаходяться безпосередньо в місцях(ях) утворення відходів.			
7.36. Дотримання санітарних норм і правил щодо виробництва харчових продуктів у закладі		0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	відповідність	невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна
ОВ:		третинна			
Н – норми і правила не дотримуються; В – норми і правила дотримуються		Н – контейнери для збору відходів категорії В «безпечно гострі предмети» відсутні або не відповідають національним стандартам; ЧВ – контейнери для збору відходів категорії В «безпечно гострі предмети» наявні, відповідають національним стандартам, але знаходяться поза межами безпосереднього(х) місця(х) утворення відходів; В – контейнери для збору відходів категорії В «безпечно гострі предмети» наявні, відповідають національним стандартам і знаходяться безпосередньо в місцях(ях) утворення відходів.			
7.37. Дотримання вимог щодо етикетування меню-розкладки, розроблені встановлене меню та забезпечення їхньої дієтичним харчуванням		0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	відповідність	невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна
ОВ:		третинна			
Н – вимоги не дотримуються					

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

ЦДВ – винюги-дотримуються частково

В – винюги-дотримуються

7.38. Дотримання вимог щодо проведення бракеражу готової продукції та відбору і зберіганняю добових проб

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – вимоги не дотримуються;

В – вимоги дотримуються

7.39. Проведення систематичного контролю за дотриманням вимог щодо постачання пацієнтів доброякісних і безпечних харчових продуктів з документальним підтвердженням

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – контроль не проводиться;

В – контроль проводиться систематично, що підтверджено документально.

7.40. Дотримання обмежень щодо безпеки харчування дітей до 1 року

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

7.30. Наявність вибіркової шкали для нейтралізації відходів категорії С у закладах, які використовують цитостатики і генотоксичні препарати

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – шкали(и) для нейтралізації відходів категорії С відсутні або не відповідають національним стандартам;

В – шкали(и) для нейтралізації відходів категорії С наявні, відповідають національним стандартам.

7.31. Наявність спеціальних ємностей (контейнери, шафи тощо) для зберігання відходів категорії D у закладах, які використовують радіоізотопи у медичних та/або наукових цілях у будь-якому агрегатному стані, що перевищують допустимі рівні, встановлені нормами радіаційної безпеки

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – ємності (контейнери, шафи тощо) для зберігання відходів категорії D відсутні або не відповідають національним стандартам;

В – ємності (контейнери, шафи тощо) для зберігання відходів категорії D наявні, відповідають національним стандартам.

7.32. Наявність дозопору на вивіз відходів категорії А

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна

ОВ:

Н – дозопор на вивіз відходів категорії А відсутній;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта									
ОВ:		В – договір на вивіз відходів категорії А павиший.									
Н – вимоги не дотримуються;		7.33. Наявність договору на вивіз небезпечних відходів									
В – вимоги дотримуються.		<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>5 балів</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>первинна</td><td>вторинна третинна</td></tr> </table>		0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна
0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги									
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна								
7.41. Дотримання вимог щодо договору до роботи працівників харчоблоку та роздільних		ОВ:									
0 балів		Н – договір на вивіз небезпечних відходів відсутній;									
1 бал		В – договір на вивіз небезпечних відходів наявний.									
часткова відповідність		7.34. Наявність центрального стерилізаційного відділення у закладах, які надають хірургічну допомогу									
повна відповідність		<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>5 балів</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>первинна</td><td>вторинна третинна</td></tr> </table>		0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна
0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги									
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна								
ОВ:		Н – центральне стерилізаційне відділення відсутнє або не відповідає національним вимогам або не заключено договір щодо надання послуг із очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) виробів медичного призначення.									
Н – вимоги не дотримуються;		В – наявне центральне стерилізаційне відділення, яке відповідає національним вимогам або заключено договір щодо надання послуг із очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) виробів медичного призначення.									
ОВ – вимоги дотримуються частково;		7.35. Профілактичні медичні огляди працівників закладу проводяться у відповідності до вимог законодавства									
В – вимоги дотримуються, працівники харчоблоку та роздільних прийняти медичний огляд при прийомі на роботу, інкоментарі не періодичні медичні огляди та щоквартальні огляди не наявні – є щільні чековані захворювань.		<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>5 балів</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>первинна</td><td>вторинна третинна</td></tr> </table>		0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна
0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги									
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна								
ОВ:		ОВ:									

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

Н - норми не дотримуються;

В - норми дотримуються.

7.36. Дотримання санітарних норм і правил щодо площ та розташування приміщень закладу

0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - норми і правила не дотримуються;

ЧВ - норми і правила дотримуються частково;

В - норми і правила дотримуються.

7.37. Дотримання санітарних норм і правил щодо внутрішнього оздоблення приміщень відповідно до функціонального призначення

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - внутрішнє оздоблення приміщень не відповідає їх функціональному призначенню;

ЧВ - внутрішнє оздоблення приміщень частково відповідає їх функціональному призначенню;

В - внутрішнє оздоблення приміщень відповідає їх функціональному призначенню.

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

7.38. Дотримання санітарних норм і правил щодо холодного та гарячого водопостачання

0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - у закладі наявне лінійне холодне водопостачання;

ЧЗ - холодне та гаряче водопостачання неспейс;

В - у закладі наявне холодне та гаряче водопостачання.

7.39. Наявність ефективної системи каналізації

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги			
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна	

ОВ:

Н - система каналізації неефективна та/або наявні свідчення про часті нероботи в її роботі;

В - система каналізації ефективна.

7.40. Дотримання санітарних норм і правил щодо розташування харчоблюду

0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - норми і правила не дотримуються;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта										
	ЧЗ - норми і правила дотримуються частково; В - норми і правила дотримуються. 7.41. Дотримання санітарних норм і правил щодо обладнання, інвентарю, посуду і тари харчоблоку										
	<table><tr><td>0 балів</td><td>5 балів</td><td>10 балів</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>часткова відповідність</td><td>відповідність</td><td>первинна</td><td>вторинна третинна</td></tr></table>	0 балів	5 балів	10 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна
0 балів	5 балів	10 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги								
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна							
	ОВ: Н - норми і правила не дотримуються; ЧЗ - норми і правила дотримуються частково; В - норми і правила дотримуються. 7.42. Дотримання вимог щодо заборони організації запланованих місць для прийому бжп пацієнтами в клінічних підрозділах										
	<table><tr><td>0 балів</td><td>5 балів</td><td colspan="3">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td colspan="2">третинна</td></tr></table>	0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги			невідповідність	відповідність	вторинна	третинна	
0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги									
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна								
	ОВ: Н - вимоги не дотримуються; В - вимоги дотримуються. 7.43. Дотримання санітарних норм і правил щодо трашекортування, приймання та зберігання харчової сировини та продуктів харчування										
	<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="3">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td colspan="2">третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги			невідповідність	відповідність	вторинна	третинна	
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги									
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна								
	ОВ:										

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта										
	П - норми і правила не дотримуються; В - норми і правила дотримуються. 7.44. Дотримання санітарних норм і правил щодо виробництва харчових продуктів у закладі										
	<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна		
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги									
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна								
	ОВ:										
	Н - норми і правила не дотримуються; В - норми і правила дотримуються. 7.45. Дотримання вимог щодо складання меню-розкладки, розробки планового меню та забезпечення хворих дієтичним харчуванням										
	<table><tr><td>0 балів</td><td>2 бали</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>часткова відповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr></table>	0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна
0 балів	2 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги								
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна							
	ОВ:										
	П - вимоги не дотримуються; ЧВ - вимоги дотримуються частково; В - вимоги дотримуються. 7.46. Дотримання вимог щодо проведення бракеражу готової продукції та відбору і зберігання добових проб										
	<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна		
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги									
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна								

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проєкту акта								
	ОВ: П - вимоги не дотримуються; В - вимоги дотримуються. 7.47. Проведення систематичного контролю за дотриманням вимог щодо постачання пацієнтам доброякісних і безпечних харчових продуктів з документальним підтвердженням								
	<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td>Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	невідповідність	відповідність	вторинна третинна		
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги							
невідповідність	відповідність	вторинна третинна							
	ОВ: Н - контроль не проводиться; В - контроль проводиться систематично, що підтвержено документально. 7.48. Дотримання вимог щодо безпеки харчування дітей до 1 року								
	<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td>Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	невідповідність	відповідність	вторинна третинна		
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги							
невідповідність	відповідність	вторинна третинна							
	ОВ: П - вимоги не дотримуються; В - вимоги дотримуються. 7.49. Дотримання вимог щодо допуску до роботи працівників харчоблоку та роздавальних								
	<table><tr><td>0 балів</td><td>1 бал</td><td>3 бали</td><td>Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>часткова відповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна третинна</td></tr></table>	0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна третинна
0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги						
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна третинна						

ОВ:

Н - вимоги не дотримуються;

ЧВ - вимоги дотримуються частково;

В - вимоги дотримуються, працівники харчоблику та роздавальних пройшли медичний огляд при прийомі на роботу, щоквартальні періодичні медичні огляди та щоденний огляд на наявність гнійничкових захворювань.

7.50. Наявність стандартних операційних процедур з адміністрування антимікробних препаратів і моніторингу/контролю за антимікробною резистентністю

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	часткова відповідність	впорядкована	третина

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури з адміністрування антимікробних препаратів і моніторингу/контролю за антимікробною резистентністю відсутні або не затверджені керівником закладу або не забезпечено їх фінансування (не забезпечена наявність антимікробних препаратів);

ЧВ – стандартні операційні процедури з адміністрування антимікробних препаратів і моніторингу/контролю за антимікробною резистентністю затверджені, але не переглядалися більше одного року;

В – стандартні операційні процедури з адміністрування антимікробних препаратів і моніторингу/контролю за антимікробною резистентністю затверджені керівником закладу і вчасно переглядаються (раз на рік).

7.51. Наявність нових клінічних протоколів емпіричної антибіотикотерапії при найбільш розповсюджених бактеріальних інфекційних хворобах

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги

Зміст положень (норми) чинного акта законодавства

Зміст положень (норми) запропонованого проекту акта

невідповідність	часткова відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – нові клінічні протоколи емпіричної антибіотикотерапії відсутні або не затверджені керівником закладу;

ЧВ – нові клінічні протоколи емпіричної антибіотикотерапії затверджені керівником закладу, але не переглядалися більше одного року;

В – нові клінічні протоколи емпіричної антибіотикотерапії затверджені керівником закладу і вчасно переглядаються (раз на рік).

7.52. Наявність стандартних операційних процедур щодо стандартних заходів захисту

0 балів	3 бали	5 балів	Виділювано-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо стандартних заходів захисту відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо стандартних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури (протоколи, алгоритми) щодо стандартних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.53. Наявність стандартних операційних процедур щодо гігієни рук

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо гігієни рук відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧЗ – стандартні операційні процедури щодо гігієни рук затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо гігієни рук затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.54. Наявність стандартних операційних процедур щодо контактних заходів захисту (недопущення інфікування контактним плямком)

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна

ОК:

Н – стандартні операційні процедури щодо контактних заходів захисту відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧЗ – стандартні операційні процедури щодо контактних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта																								
	В стандартні операційні процедури щодо контактних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях. 7.55. Наявність стандартних операційних процедур щодо крапельних заходів захисту (недопущення інфікування крапельним шляхом) <table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td>5 балів</td><td colspan="3">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>часткова відповідність</td><td>відповідність</td><td>первинна</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr></table> ОР: II – стандартні операційні процедури щодо крапельних заходів захисту відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників; ЧЗ – стандартні операційні процедури щодо крапельних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях; В – стандартні операційні процедури щодо крапельних заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях. 7.56. Наявність стандартних операційних процедур щодо повітряних (аерогенних) заходів захисту (недопущення інфікування повітряним (аерогенним) шляхом) <table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td>5 балів</td><td colspan="3">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>часткова відповідність</td><td>відповідність</td><td>первинна</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги			невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна	0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги			невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна
0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги																						
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна																				
0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги																						
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна																				

ОВ:

П – стандартні операційні процедури щодо повітряних (аерогенних) заходів захисту відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з наванчання і навчання і підготовки працівників;

ПВ – стандартні операційні процедури щодо повітряних (аерогенних) заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з наванчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо повітряних (аерогенних) заходів захисту затверджені керівником закладу, внесені до плану з наванчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.57. Наявність стандартних операційних процедур щодо виявлення і боротьби із спалахами інфекційних хвороб

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна вторинна третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо виявлення і боротьби із спалахами інфекційних хвороб відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з наванчання і підготовки працівників;

ПВ – стандартні операційні процедури щодо виявлення і боротьби із спалахами інфекційних хвороб затверджені керівником закладу, внесені до плану з наванчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо виявлення і боротьби із спалахами інфекційних хвороб затверджені керівником закладу, внесені до плану з наванчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

7.58. Наявність стандартних операційних процедур щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧЗ – стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.59. Наявність стандартних операційних процедур щодо профілактики нозокоміальних пневмоній

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо профілактики нозокоміальних пневмоній відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

ЧЗ - стандартні операційні процедури щодо профілактики цитомегалічних інфекцій затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В - стандартні операційні процедури щодо профілактики цитомегалічних інфекцій затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.60. Наявність стандартних операційних процедур щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	третинна

ОВ:

Н - стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧЗ - стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В - стандартні операційні процедури щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.61. Наявність стандартних операційних процедур щодо профілактики передаваних мікроорганізмів із м'якоюною резистентністю до антибіотиків препаратів

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

П – стандартні операційні процедури щодо профілактики передавання мікроорганізмів із множинною резистентністю до антимікробних препаратів відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧЗВ – стандартні операційні процедури щодо профілактики передавання мікроорганізмів із множинною резистентністю до антимікробних препаратів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо профілактики передавання мікроорганізмів із множинною резистентністю до антимікробних препаратів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.62. Наявність стандартних операційних процедур щодо очищення та дезінфекції

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо очищення та дезінфекції відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧЗВ – стандартні операційні процедури щодо очищення та дезінфекції затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

В – стандартні операційні процедури щодо очищення та дезінфекції затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.63. Наявність стандартних операційних процедур щодо очищення, дезінфекції та стерилізації медичних виробів (репроцесингу медичних виробів)

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури щодо очищення, дезінфекції та стерилізації медичних виробів (репроцесингу медичних виробів) відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників:

ЧЗ – стандартні операційні процедури щодо очищення, дезінфекції та стерилізації медичних виробів (репроцесингу медичних виробів) затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

В – стандартні операційні процедури щодо очищення, дезінфекції та стерилізації медичних виробів (репроцесингу медичних виробів) затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.64. Наявність стандартних операційних процедур щодо поводження з відходами

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	

Зміст положень (норми) чинного акта законодавства

Зміст положень (норми) запропонованого проекту акта

повна відповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

П – стандартні операційні процедури щодо поводження з відходами відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури щодо поводження з відходами затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури щодо поводження з відходами затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

7.65. Наявний локальний мікробіологічний моніторинг

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
повна відповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна	

ОВ:

Н – локальний мікробіологічний моніторинг не проводиться або проводиться періодично, через незабезпеченість/несвочасно забезпеченість мікробіологічної лабораторії;

ЧВ – локальний мікробіологічний моніторинг проводиться, однак його дані не враховуються для корекції нових клінічних протоколів емпіричної антибіотикотерапії;

В – локальний мікробіологічний моніторинг проводиться і його дані враховуються для корекції нових клінічних протоколів емпіричної антибіотикотерапії.

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

7.66. Проводиться контроль за побічними реакціями при використанні антимікробних препаратів

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОЗ:

Н – реєстрація та застосування щодо побічних реакцій при використанні антимікробних препаратів не проводиться;

В – реєстрація та застосування щодо побічних реакцій при використанні антимікробних препаратів здійснюється у відповідності до Порядку здійснення фармаконадзора, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 року, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за № 73/1334/0 (із змінами).

7.67. Проводиться аналіз ефективності адміністрування антимікробних препаратів

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОЗ:

Н – аналіз ефективності адміністрування антимікробних препаратів не проводиться;

ЧЗ – аналіз ефективності адміністрування антимікробних препаратів проводиться, але не відображає визначення одного з показників розповсюдженості антимікробної резистентності. Індексу резистентності до антимікробних препаратів, фармакоеконімічної ефективності і якості антимікробної терапії (рівень загального споживання антимікробного препарату або групи антимікробних препаратів, час до курсів антимікробної терапії на одного пацієнта за одиницю часу, середня тривалість курсу антимікробної терапії за

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

одиноцю часу, кількість днів антимікробної терапії за одиницю часу, частота дотримання правил гігієни рук (антимікробної терапії);

В – аналіз ефективності адміністрування антимікробних препаратів проводиться та включає визначення показників розподіленості антимікробної резистентності, індексу резистентності до антимікробних препаратів, фармакоекономічної ефективності і якості антимікробної терапії (рівень застосування антимікробного препарату або групи антимікробних препаратів, число курсів антимікробної терапії на одного пацієнта за одиницю часу, середня тривалість курсу антимікробної терапії за одиницю часу, кількість днів антимікробної терапії за одиницю часу, частота дотримання правил гігієни рук).

7.68. Проводиться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками правил і практик гігієни рук

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
повна відповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводиться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками правил і практик гігієни рук;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками правил і практик гігієни рук, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками правил і практик гігієни рук, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта																				
	7.69. Проводиться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення і дезінфекції поверхонь <table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td>5 балів</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>часткова відповідність</td><td>відповідність</td><td>первинна</td><td>третинна</td></tr></table> ОВ: Н – моніторинг і оцінка не проводиться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку; ЧВ – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення і дезінфекції поверхонь, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю; В – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення і дезінфекції поверхонь, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю. 7.70. Проводиться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) виробів медичного призначення <table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td>5 балів</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>часткова відповідність</td><td>відповідність</td><td>первинна</td><td>третинна</td></tr></table> ОВ: Н – моніторинг і оцінка не проводиться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку;	0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	третинна	0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	третинна
0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги																		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	третинна																	
0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги																		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	третинна																	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

ЧЗ – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) виробів медичного призначення, але результати проведення моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) виробів медичного призначення, результати проведення моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

7.71. Проводяться моніторинг і оцінка щодо споживання/використання підрозійлами закладу спиртовмісного антисептику для рук

0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводяться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку або результати моніторингу і оцінки не враховуються при проведенні закупівель;

В – моніторинг і оцінка проводяться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо споживання/використання підрозійлами спиртовмісного антисептику для рук результати моніторингу і оцінки враховуються при проведенні закупівель.

7.72. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури поводження з медичними відходами

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

невідповідність	часткова відповідність	відповідність	першість	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводиться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури поводження з медичними відходами, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури поводження з медичними відходами, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

7.73. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури постановки та догляду за внутрішньосудинним катетером

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводиться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури постановки та догляду за внутрішньосудинним катетером, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
	В моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартної операційної процедури постановки та догляду за мпу (різноосудимим катетером, результати проведення моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю. ».
	II. Основні положення
	10. Якість лікувально-профілактичної допомоги
10.36. Наявність та відповідність середньостатистичному по Україні показнику ендоплеврального гострого інфекції	Відсутній
ОВ:	
Н — показник відсутній або перевищує середньостатистичний; В — показник відповідає середньостатистичному.	
	II. Основні положення
15. Хірургія, анестезіологія та інтенсивна терапія (ресанімація)	15. Хірургія, анестезіологія та інтенсивна терапія (ресанімація)
15.1. Проведення в повному обсязі обстеження хворих на планове оперативне втручання на догоспітальному етапі	15.1. Проведення в повному обсязі обстеження хворих на планове оперативне втручання на догоспітальному етапі
ОВ:	
0 балів	0 балів
невідповідність	невідповідність
3 бали	1 бал
відповідність	часткова відповідність
Вид лікувально-профілактичної допомоги	Вид лікувально-профілактичної допомоги
вторинна	вторинна
третинна	третинна

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
Н - проведення обстеження не здійснюється або здійснюється не в повному обсязі;		ОВ:	
В - проведення обстеження здійснюється в повному обсязі;		Н - проведення обстеження не здійснюється або здійснюється не в повному обсязі;	
15.2. Наявність зазначеного розкладу усіх планових оперативних втручань втручання із зазначенням необхідної інформації		ОВ - проведення обстеження здійснюється в повному обсязі;	
0 балів		15.2. Наявність зазначеного розкладу усіх планових оперативних втручань із зазначенням необхідної інформації	
невідповідність		3 бали	
Вид лікувально-профілактичної допомоги		Вид лікувально-профілактичної допомоги	
вторинна		вторинна	
третинна		третинна	
ОВ:		ОВ:	
Н - відсутній затверджений розклад планових операцій або у розкладі відсутня необхідна інформація;		Н - відсутній затверджений розклад планових операцій або у розкладі відсутня необхідна інформація;	
В - наявний розклад операцій із зазначенням необхідної інформації.		В - наявний розклад операцій із зазначенням необхідної інформації.	
15.3. Наявність у відділенні обладнання(го) оперативної (операційного блоку)		15.3. Наявність у відділенні обладнання(го) оперативної (операційного блоку)	
0 балів		0 балів	
невідповідність		3 бали	
Вид лікувально-профілактичної допомоги		Вид лікувально-профілактичної допомоги	
вторинна		вторинна	
третинна		третинна	
ОВ:		ОВ:	
Н - операційна (операційний блок) відсутній або не обладнана(ий);		Н - операційна (операційний блок) відсутній або не обладнана(ий);	
В - операційна (операційний блок) наявна(ий) та обладнана(ий).		В - операційна (операційний блок) наявна(ий) та обладнана(ий).	
15.4. Наявність результатів перевірок санітарно-епідеміологічної служби		15.4. Наявність результатів перевірок санітарно-епідеміологічної служби	
0 балів		0 балів	
невідповідність		3 бали	
Вид лікувально-профілактичної допомоги		Вид лікувально-профілактичної допомоги	
вторинна		вторинна	
третинна		третинна	
ОВ:		ОВ:	
0 балів		0 балів	
невідповідність		3 бали	
Вид лікувально-профілактичної допомоги		Вид лікувально-профілактичної допомоги	
вторинна		вторинна	
третинна		третинна	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта		
Н - наявний результат перевірок санітарно-епідеміологічної служби, що свідчить про недоотримання санітарно-епідеміологічного режиму;		невідповідність	відповідність	третинна
В - наявний результат перевірок санітарно-епідеміологічної служби, що свідчить про отримання санітарно-епідеміологічного режиму;		ОВ:		
15.5. Наявність результату контролю змін		Н - відсутнє або перебуває в неробочому стані; В - наявне і перебуває в робочому стані.		
0 балів		15.5. Наявність у формах № 003/о, № 097/о, № 096/о, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 2 січня 2016 року № 29), зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975, або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я (дод. - медична карта стаціонарного хворого) запису лікаря-анестезіолога про огляд пацієнта перед оглядами втручанням		
невідповідність		0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
ОВ:		невідповідність	відповідність	історія
Н - наявний або свідчить про недоотримання санітарно-епідеміологічного режиму;		ОВ:		
В - наявний і свідчить про отримання санітарно-епідеміологічного режиму;		Н - запис відсутній, В - запис наявний.		
15.6. Наявність обладнання для проведення тестування фекалій (сироватки, приладів для визначення групи крові, обладнання для проведення необхідних проб на сумісність)		15.6. Наявність інформації щодо об'єктивного стану хворого в медичній карті стаціонарного хворого огляду лікаря-анестезіолога		
0 балів		0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність		невідповідність	відповідність	історія
ОВ:		ОВ:		
Н - відсутнє або перебуває в неробочому стані;		Н - інформація відсутня;		
В - наявне і перебуває в робочому стані;		В - інформація наявна.		
15.7. Наявність у медичній карті стаціонарного хворого запису анестезіолога про огляд пацієнта перед оглядами втручанням		ОВ:		
0 балів		0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність		невідповідність	відповідність	історія
ОВ:		ОВ:		

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта																	
Н – чинне відсутній;		15.7. Проведення аналізу результатів обстежень анестезіологом (не пізніше ніж за 12 годин) до планового оперативного втручання																	
В – чинне чинний;		<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr> </table>		0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна								
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги																	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна																
ОВ:		ОВ:																	
Н – інформація відсутня;		Н – аналіз не проводиться або проводиться після установленого терміну;																	
В – інформація наявна;		В – аналіз проводиться у встановлений термін.																	
15.8. Наявність інформації про об'єктного хворого в медичній карті стаціонарного хворого огляду анестезіолога		15.8. Наявність післяопераційних даних для перебування хворих																	
<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr> </table>		0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна	<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr> </table>		0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги																	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна																
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги																	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна																
ОВ:		ОВ:																	
Н – інформація відсутня;		Н – відсутні післяопераційні дані;																	
В – інформація наявна;		В – наявні післяопераційні дані.																	
15.9. Проведення аналізу результатів обстежень анестезіологом (не пізніше ніж за 12 годин) до планового оперативного втручання		15.9. Здійснення лікарського контролю у післяопераційному періоді																	
<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr> </table>		0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна	<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr> </table>		0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги																	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна																
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги																	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна																
ОВ:		ОВ:																	
Н – інформація відсутня;		Н – контроль не здійснюється;																	
В – інформація наявна;		В – контроль здійснюється.																	
15.10. Здійснення аналізу результатів обстежень анестезіологом (не пізніше ніж за 12 годин) до планового оперативного втручання		15.10. Проведення сестринського догляду в післяопераційному періоді																	
<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr> </table>		0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна	<table border="1"> <tr> <td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr> <tr> <td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr> </table>		0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги																	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна																
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги																	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна																
ОВ:		ОВ:																	
Н – інформація відсутня;		Н – інформація відсутня;																	
В – інформація наявна;		В – інформація наявна;																	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства				Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта			
В – перевірка здійснюється				невідповідність відповідність вторинна третинна			
15.11. Наявність післяопераційних швів для перебування хворого				ОВ:			
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		Н – догляд не проводиться; В – догляд проводиться.			
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна	15.11. Наявність стандартних операційних процедур щодо профілактики інфекцій області хірургічного втручання			
ОВ:				0 балів	1 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	відповідність	часткова відповідність	відповідність	ОВ:			
Н – відсутні післяопераційні шви;				Н – стандартні операційні процедури щодо профілактики інфекцій області хірургічного втручання відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.			
В – наявні післяопераційні шви;				В – стандартні операційні процедури щодо профілактики інфекцій області хірургічного втручання затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.			
15.12. Здійснення лікування хворого разово у післяопераційному періоді				15.12. Наявність інформації щодо результатів патологічних та цитологічних досліджень видалених тканин у медичній карті стаціонарного хворого із зазначенням дати і номера дослідження, прізвища виконавця, а також у витягу із медичної карти (якщо була виконана експрес-біопсія під час операції, то результат заноситься до протоколу операції)			
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		0 балів 3 бали Вид лікувально-профілактичної допомоги			
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна				
ОВ:							
Н – контроль не здійснюється;							
В – контроль здійснюється.							
15.13. Проведення сестринського догляду в післяопераційному періоді							
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги					
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна				
ОВ:							
Н – догляд не проводиться;							
В – догляд проводиться.							
15.14. Здійснення заходів щодо профілактики інфекційних ускладнень (наказним чином – виконується профілактика післяопераційних інфекційних ускладнень, в тому числі: дотримання правил асептики і антисептики; презентаційної, раціональної інтра- і післяопераційної							

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

антибіотикотерапії; контролю стерильності операційного інструментарію; білизни, спеціального матеріалу, рух хірурга, повітря-оперативної тиші; асептики; контролю витрат; обстеження персоналу на бацилоносійство; наявності вонючих хронічних інфекцій, епідій, епідій, СНІД; наявності санітарних книжок; чинним допуском до роботи)

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - заходи не здійснюються;

В - заходи здійснюються;

15.15. Наявність інформації щодо результатів патологічних та цитологічних досліджень, наданих тканин у медичний карті стаціонарного хворого в із зазначенням дати і номера дослідження, прізвища виконавця, а також у витягу із медичної карти (якщо була виконана експрес-біопсія під час операції, то результати заносяться до протоколу операції)

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - інформація відсутня або повністю не в усіх випадках;

В - інформація наявна у всіх випадках;

15.16. Проведення оперативного втручання у призначений час

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Зміст положення (норми) запропонованого проєкту акта

невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - інформація відсутня або наявна не в усіх випадках;

В - інформація наявна у всіх випадках;

15.13. Проведення оперативного втручання у призначений час

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н - не проводиться або такі випадки не розбираються, причини не встановлюються;

В - проводиться, у разі не проведення кожен такий випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому;

15.14. Наявність стандартних операційних процедур підготовки пацієнта до оперативного втручання

0 балів	1 бали	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна
			третинна

ОВ:

Н - стандартні операційні процедури підготовки пацієнта до оперативного втручання відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ - стандартні операційні процедури підготовки пацієнта до оперативного втручання затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта																
Н – не вживається або такі випадки не розбираються, причини не встановлюються; В – проводиться, у разі не проведення кожний випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому. 15.17. Здійснення заходів щодо підготовки лікарів до оперативного втручання	В – стандартні операційні процедури підготовки пацієнта до оперативного втручання затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх доприймання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях. 15.15. Дотримання терміну перебування оперованого хворого в післяопераційній палаті																
<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна	<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги															
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна														
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги															
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна														
ОВ:	ОВ:																
Н – заходи не здійснюються або причини не встановлюються; В – заходи здійснюються, у разі не здійснення кожний випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому. 15.18. Дотримання терміну перебування оперованого хворого після операційної палати	Н – не дотримуються або такі випадки не розбираються, причини не встановлюються; В – дотримуються, у разі не дотримання кожний випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому. 15.16. Проведення повторних оперативних втручань (за винятком запланованих)																
<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна	<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td><td>третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги															
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна														
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги															
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна														
ОВ:	ОВ:																
Н – не дотримуються або такі випадки не розбираються, причини не встановлюються; В – дотримуються, у разі не дотримання кожний випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому. 15.19. Проведення повторних оперативних втручань (за винятком запланованих)	Н – випадки проведення повторних оперативних втручань не розбираються, причини не встановлюються. В – випадки проведення повторних оперативних втручань детально розбираються, розробляються заходи для попередження такого в майбутньому. 15.17. Повільність післяопераційних ускладнень (інфаркт міокарда, кровотеча, гематома, пневмонія, тромбоемболія легеневої артерії, інсульт тощо)																
<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги									
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги															
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги															

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства			
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
ОВ:			
Н - проводиться - а/або - такі випадки не розбираються, причини не встановлюються;			
В - не проводиться, у разі проведення - кожен такий випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого майбутнього;			
15.20. Наявність хірургічних інфекційних ускладнень.			
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
ОВ:			
Н - випадки не розбираються, причини не встановлюються;			
В - випадки - або - такі випадки не розбираються, причини не встановлюються;			
В - відсутній, у разі наявності - кожен такий випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого майбутнього;			
15.21. Наявність післяопераційних ускладнень (інфаркт міокарда, кровотеча, гематома, пневмонія, тромбоемболія чотирьох артерій, інсульт тощо)			
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
ОВ:			
Н - наявні або такі випадки не розбираються, причини не встановлюються;			

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта			
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
ОВ:			
Н - випадки не розбираються, причини не встановлюються;			
В - кожен такий випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого майбутнього;			
15.18. Наявність детальних випадків як наслідків операційного втручання			
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна
ОВ:			
Н - випадки не розбираються, причини не встановлюються;			
В - кожен такий випадок детально розбирається, розробляються заходи для попередження такого майбутнього;			
15.19. Наявність у відділенні інтенсивної терапії медичного обладнання, у тому числі лабораторного, відмінного до таблиці матеріально-технічного оснащення			
0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	третинна
ОВ:			
Н - відсутнє;			
ЧЗ - обладнання наявне, але не в повному обсязі або в неробочому стані;			
В - наявне в повному обсязі.			
15.20. Проведення заходів щодо знеболення при проведенні оперативних втручань у дорослих			

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

В — підкупиць, у разі наявності кожної з перелічених вищезазначених ознак розробляється заходів для попередження такого в майбутньому;

15.22. Наявність деяких ознак вважається як наявність оперативного втручання

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н — наявності або такі висновки не робляються, причинний не встановлюється;

В — відсутній, у разі наявності кожної з перелічених вищезазначених ознак розробляється заходів для попередження такого в майбутньому;

15.23. Наявність у відділенні інтенсивної терапії медичного обладнання, у тому числі лабораторного, відновлено до того ж матеріально-технічного оснащення

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н — відсутній;

ЦП — обладнання наявне, але не в повному обсязі, або застаріле;

В — наявне в повному обсязі;

15.24. Проведення — здійснюють щодо знеболення при проведенні оперативних втручань у дітей

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н — проведення знеболення у менше ніж 90 % випадків;

В — проведення знеболення у більше ніж 90 % випадків.

15.21. Наявність стандартних операційних процедур профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н — стандартні операційні процедури профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЦП — стандартні операційні процедури профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В — стандартні операційні процедури профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

15.22. Наявність стандартних операційних процедур постановки центральних судинних катетерів

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	третинна
невідповідність	відповідність	відповідність	вторинна	третинна

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства			
0 балів	3 бали	Виділювально-профілактичної (допомоги)	
невідповідність	відповідність	вторинна	третинна

ОВ:

Н – проведення знеболювання у менше ніж 90 % випадків;

В – проведення знеболювання з більшою ніж 90 % випадків;

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта			
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури послановки центральних судинних катетерів відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури постановки центральних судинних катетерів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури постановки центральних судинних катетерів затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

15.23. Наявність стандартних операційних процедур інтубації трахеї

0 балів	1 бали	3 бали	Виділювально-профілактичної допомоги
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	третинна

ОВ:

Н – стандартні операційні процедури інтубації трахеї відсутні або не затверджені керівником закладу або не внесені до плану з навчання і підготовки працівників;

ЧВ – стандартні операційні процедури інтубації трахеї затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, але обов'язковість їх дотримання працівниками не зазначена в посадових обов'язках/інструкціях;

В – стандартні операційні процедури інтубації трахеї затверджені керівником закладу, внесені до плану з навчання і підготовки працівників, обов'язковість їх дотримання працівниками зазначена в посадових обов'язках/інструкціях.

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

15.24. Проводиться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики інфекцій області хірургічного втручання

0 балів	1 бал	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводиться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики інфекцій області хірургічного втручання;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики інфекцій області хірургічного втручання, але результати проведення моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики інфекцій області хірургічного втручання, результати проведення моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

15.25. Проводиться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур підготовки пацієнта до оперативного втручання

0 балів	1 бал	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводиться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур підготовки пацієнта до оперативного втручання;

ЧЗ – моніторинг і оцінка проводиться в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур підготовки пацієнта до оперативного втручання, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур підготовки пацієнта до оперативного втручання. Результатами проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

15.26. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводиться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії;

ЧЗ – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для

удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур профілактики вентилятор-асоційованої пневмонії. Результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

15.27. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур постановки центральної судинних катетерів

0 балів	1 бал	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	нерівня з третиною

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводиться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур постановки центральної судинних катетерів;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур постановки центральної судинних катетерів, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур постановки центральної судинних катетерів, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

15.28. Проводяться моніторинг і оцінка щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур інтубації трахеї

Зміст положення (норма) чинного акта законодавства

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта

0 балів	1 бал	3 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
немає відповідності	часткова відповідність	відповідність	первинна третинна

ОВ:

Н – моніторинг і оцінка не проводиться або в закладі відсутній працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур інтубації трахеї;

ЧВ – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур інтубації трахеї, але результати проведених моніторингу і оцінки не використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

В – моніторинг і оцінка проводиться, в закладі наявний працівник, який проводить моніторинг і оцінку щодо дотримання працівниками стандартних операційних процедур інтубації трахеї, результати проведених моніторингу і оцінки використовуються для удосконалення навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

15.29. Наявність прищипно-витяжної з механічним слюнаванням вентильної у окраційній

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги
немає відповідності	часткова відповідність	відповідність	первинна третинна

ОВ:

Н – вентиляційна система відсутня або в переробочому етапі;

ЧВ – вентиляційна система в робочому етапі, але не проводиться технічне обслуговування або не перевіряється щоріку відповідність вимогам інфекційного контролю (кратність повітряобміну во витяжці, напрямки руху повітря, стан фільтрів) або не проведено розрахунок вартості експлуатації або

Зміст положення (порми) чинного акта законодавства	Зміст положення (порми) запропонованого проекту акта
	відсутня проєктна документація та/або бюджет на експлуатацію механічної вентиляції; В вентиляційній системі в робочому стані, проводиться технічне обслуговування, перевіряється щорічно відповідність вимогам інфекційного контролю (кратність повітрообміну по витязі, напрямки руху повітря, етап фільтрів), проведено розрахунок вартості експлуатації, наявні проєктна документація та бюджет на експлуатацію механічної вентиляції.
	II. Основні положення
	16. Служба матеріалів та дитинства
	...
	Відсутній
	...
	Відсутній
	III. Основні положення
	16. Служба матеріалів та дитинства
16.17. Наявність виїзду із санітарно (не менше однієї) з окремих оходом для госпіталізації родиль та породіль з інфекційними захворюваннями в спеціалізованих клінічних провайдів	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства В – проведеної систематизації	Зміст положення (норми) запропонованого проєкту акта

II. Основні положення

18. Параклінічна служба

18.5. Наявність працюючої припливно-втяжної з механічним спонуканням вентиляції у рентгенологічному кабінеті

0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - відсутня;

В - наявна.

18.7. Наявність засобів ідентифікаційного захисту у снівробітників рентгенологічного/радіологічного відділення (кабінету)

0 балів	1 бал	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - відсутній

ЦВ - наявний не в повному обсязі

В - наявний

18.8. Дотримання санітарних норм і правил щодо користування засобами ідентифікаційного захисту

II. Основні положення

18. Параклінічна служба

18.5. Наявність припливно-втяжної з механічним спонуканням вентиляції у рентгенологічному кабінеті

0 балів	3 бали	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги		
невідповідність	часткова відповідність	відповідність	первинна	вторинна	третинна

ОВ:

Н - вентиляційна система відсутня або в неробочому стані;

ЦВ - вентиляційна система в робочому стані, але не проводиться технічне обслуговування або не перевіряється щоріку відповідність вимогам інфекційного контролю (кратність повітрообміну по витяжці, організований витяг повітря із верхньої та нижньої зон приміщення, напрямки руху повітря, етап фільтрів) або не проведено розрахунок вартості експлуатації або відсутня проекція документів та/або бюджет на експлуатацію механічної вентиляції;

В - вентиляційна система в робочому стані, проводиться технічне обслуговування, перевіряється щоріку відповідність вимогам інфекційного контролю (кратність повітрообміну по витяжці, організований витяг повітря із верхньої та нижньої зон приміщення, напрямки руху повітря, етап фільтрів), проведено розрахунок вартості експлуатації, наявні проекція документів та бюджет на експлуатацію механічної вентиляції.»

Відсутній

Відсутній

Оцінка	Значення	Відношення до професійних норм		
		відношення	перша	друга

ОЦ:

Н—норми і правила не дотримуються;

В—норми і правила дотримуються;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта									
II. Основні положення	II. Основні положення									
19. Лабораторна діагностика (для закладів охорони здоров'я, до структури яких входять клініко-діагностичні та інші вимірювальні лабораторії)	19. Лабораторна діагностика (для закладів охорони здоров'я, до структури яких входять клініко-діагностичні та інші вимірювальні лабораторії)									
Відсутній	Відсутній									
19.14. Наявність дозволів державної санітарно-епідеміологічної служби на роботу з інфекцією при проведенні мікробіологічних досліджень методами імуноферментного аналізу та полімеразної ланцюгової реакції										
<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td>Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невизначеність</td><td>відповідність</td><td>вторинна</td></tr><tr><td></td><td></td><td>третинна</td></tr></table> ОВ: Н – дозволи відсутні; В – дозволи наявні.	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги	невизначеність	відповідність	вторинна			третинна	
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги								
невизначеність	відповідність	вторинна								
		третинна								
II. Основні положення	II. Основні положення									
24. Центри трансплантації	24. Центри трансплантації									
Відсутній	24.8 Наявність у центрі трансплантації кісткового мозку налат захисної ізоляції пацієнтів									
	<table><tr><td>0 балів</td><td>5 балів</td><td>Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>третинна</td></tr></table> ОВ: Н – відсутні або наявні в недостатній кількості (відповідно до розрахункової потреби); В – наявні в достатній кількості (відповідно до розрахункової потреби).»	0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги	невідповідність	відповідність	третинна			
0 балів	5 балів	Вид лікувально-профілактичної допомоги								
невідповідність	відповідність	третинна								
II. Основні положення	II. Основні положення									

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства 27. Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта 27. Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом																
27.10. Дотримання вимог інфекційного контролю за туберкульозом відповідно до Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, міських департаментів охорони здоров'я людей та проживання хворих на туберкульоз, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2010 року № 684, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 10 вересня 2010 року за № 803/18998	27.10. Дотримання вимог інфекційного контролю за туберкульозом відповідно до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 287, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 року за № 408/33379																
<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>первинна</td><td>третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	первинна	третинна	<table><tr><td>0 балів</td><td>3 бали</td><td colspan="2">Вид лікувально-профілактичної допомоги</td></tr><tr><td>невідповідність</td><td>відповідність</td><td>первинна</td><td>третинна</td></tr></table>	0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги		невідповідність	відповідність	первинна	третинна
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги															
невідповідність	відповідність	первинна	третинна														
0 балів	3 бали	Вид лікувально-профілактичної допомоги															
невідповідність	відповідність	первинна	третинна														
ОВ: Н – вимоги не дотримуються; В – вимоги дотримуються.	ОВ: Н – вимоги не дотримуються; В – вимоги дотримуються.																
Державні санітарні норми та правила «Гігієнічні вимоги до розміщення, обладнання та експлуатації перинатальних центрів», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2012 року за № 248/20561	Державні санітарні норми та правила «Гігієнічні вимоги до розміщення, обладнання та експлуатації перинатальних центрів», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2012 року за № 55, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 20 лютого 2012 року за № 248/20561																
1. Загальні положення 1.3. Вимоги до правил особистої гігієни пацієнтів, медичного та обслуговуючого персоналу перинатального центру, а також заходи профілактики внутрішньолікарняних інфекцій здійснюються відповідно до наказу МОЗ України від 10 травня 2007 року № 234 «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 21 червня 2007 року за № 694/13961.	1. Загальні положення 1.3. Заходи профілактики інфекцій та інфекційного контролю здійснюються відповідно до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 2021 року № «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України за № , та від 03 серпня 2020 року № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393.																

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкції щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974		Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкції щодо їх заповнення, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974	
Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ		Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ	
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 008/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 008/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України	
ЖУРНАЛ запису оперативних втручань у стаціонарі Почато " " року 20 року		ЖУРНАЛ запису оперативних втручань у стаціонарі Розпочато " " року 20 року	
Продовження форми № 008/о Операція № від (число, місяць, рік) 7. Медична карта стаціонарного хворого №		Продовження форми № 008/о Операція № від (число, місяць, рік) 7. Медична карта стаціонарного хворого №	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта		
Підпис хірурга		☐ зафіксовано усно або письмово наявність проблем із обладнанням, що потребує усеунесення ☐ 11.3.2. Хірург та анестезіолог: ☐ план післяопераційного ведення і реабілітації пацієнта погоджено	☐ де буде проведено розріз ☐ 11.2.3. Проведено антимікробіу профілактику за 60 хв (або за дві години, якщо використовувався ванкоміцин) ☐ так ☐ не ☐ застосовується ☐ 11.2.4. Очікувані критичні події попередньо обговорено ☐ Зі сторони хірурга: ☐ критичні або не рутинні події ☐ тривалість операції ☐ очікуваний об'єм крововтрати ☐ Зі сторони анестезіолога: ☐ особливості, пов'язані з пацієнтом ☐ Зі сторони операційних медичних сестер: ☐ стерильність, підтверджена	☐ об'єднання та лікарських засобів для анестезії ☐ так ☐ 11.1.3. Пульсоксиметр, капнограф, ЕКГ-електроди та моніторинг температури та датчики зафіксовані на пацієнтові і правильно функціонують ☐ так ☐ 11.1.4. Уточнено наявність у пацієнта: ☐ Алергії ☐ ні ☐ так ☐ Складних дихальних шляхів або ризик аспірації ☐ ні ☐ так і наявні ☐ необхідні обладнання/лікарські засоби для надання допомоги

Сестра медична-анестезист

(Прізвище, ініціали та підпис)

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проєкту акта
Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Опис препарату (видаленого органа, частини органа) Піліпс хірурга
ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення форми первинної облікової документації № 008/о «Журнал запису оперативних втручань у стаціонарі» (далі – форма № 008/о). 1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 008/о «Журнал запису оперативних втручань у стаціонарі» (далі – форма № 008/о). 2. У формі № 008/о реєструються всі оперативні втручання, які проведені в стаціонарі. 3. На кожне оперативне втручання відводиться окремий листок, у якому вказується прізвище, ім'я, по батькові хворого (пункт 1), прізвище та ініціали хірурга (пункт 2), анестезіолога (пункт 3), діагност до операції (пункт 4), вид анестезії, що застосовувався (пункт 5), діагноз після операції (пункт 6), а також зазначається номер медичної карти стаціонарного хворого (пункт 7), прізвища та ініціали анестезіолога (пункт 8) прізвище та ініціали сестри медичної операційної (пункт 9), прізвища та ініціали сестри медичної-анестезиста (пункт 10), виконання контрольного списку дій щодо безпеки в операційній (пункт 11) та опис операції (пункт 12). 4. У пункті 11 форми 008/о підпункти 11.1., 11.2. та 11.3. заповнюються у послідовності, що відповідає послідовності проведення оперативного втручання: до початку анестезії, до розрізу шкіри та до того, як пацієнт покине операційну. Медичною сестрою-анестезистом усно перевіряється та посвідково підтверджується виконання кожного із підпунктів, перш ніж операційна бригада переходить до наступних дій. Підтвердження виконання підпунктів відмічається позначками «+» або «-», якщо підпункт не виконано – позначка не ставиться. 5. Підпункт 11.1 заповнюється за обов'язкової присутності щонайменше анестезіолога.	ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення форми первинної облікової документації № 008/о «Журнал запису оперативних втручань у стаціонарі» 1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 008/о «Журнал запису оперативних втручань у стаціонарі» (далі – форма № 008/о). 2. Форма № 008/о заповнюється лікарями-хірургами роздірено-Нієта заповнення оперативного втручання обов'язково заповнюється лікарем лікаря, який проводить операцію. 3. У формі № 008/о реєструються всі оперативні втручання, які проведені в стаціонарі. На кожне оперативне втручання відводиться окремий листок, у якому вказується прізвище, ім'я, по батькові хворого, прізвища та ініціали хірурга (пункт 2), анестезіолога (пункт 3), діагност до операції (пункт 4), вид анестезії, що застосовувався (пункт 5), діагноз після операції (пункт 6), а також зазначається номер медичної карти стаціонарного хворого, прізвища та ініціали анестезіолога та операційної медичної сестри. У цьому листку надписується детальний опис ходу операції, де вказується вид анестезії, дозу наркотичного препарату, вміщується графік проведення операції, стан хворого під час операційного втручання, а також вказується лікувальні заходи, які проводились в період проведення оперативного втручання (ін'єкції препаратів, дачі кисню тощо). 4. Форма № 008/о ведеться у кожній операційній окремим (для чистих або гнійних операцій).

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
5. Форма № 008/о-мис-бути-принудування-прощення-засвідчено відносною-термінування-та-печаткою-значущою-норми-и-	1) у підпункті 11.1.1 відмічається «так», якщо місце оперативного втручання марковане, або «не застосовується», якщо оперативне втручання не потребує маркування місця первинного розрізу шкіри;
6. У разі ведення форми № 008/о-в-електронному-форматі в ній має бути вказана вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії.	2) у підпункті 11.1.2 відмічається «так», якщо анестезіолог усно підтвердив проведення формальної інспекції необхідних протязом операції обладнання для проведення анестезії: дихального контуру та медичних виробів (включно з лікарськими засобами, які використовуються для надання невідкладної медичної допомоги). У випадку, якщо підпункт не виконано, переходити до наступних дій забороняється;
7. Термін зберігання форми № 008/о-50 років.	3) у підпункті 11.1.3 відмічається «так», якщо пульсоксиметр, капнограф, ЕКГ-електроди, манжетка тонометра та температурні датчики зафіксовані на пацієнтові і правильно функціонують. Дані вимірювань пульсоксиметра (сатурація насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем, частота пульсу та плетизмограма), капнографа (парціальний тиск CO ₂ в кінці видиху пацієнта (PACO ₂)) та частота дихання, за умови проведення загальної анестезії чи глибокої седації), ЕКГ-монітора (відображення електричної активності серця в режимі реально часу у кількох суміжних відведінках), тонометра (величина артеріального тиску в мм. рт. ст., ст., що вимірює інвазивно (інвазивно при наявності показів для цього), температурних датчиків (температура ядра тіла) виведені на монітор, який візуально доступний анестезіологу і сестрі медичній-анестезисту, а також ввімкнена звукова система оповіщення щодо досягнення критичних показників. У випадку, якщо цей підпункт не виконано, переходити до наступних дій забороняється; 4) у підпункті 11.1.4 уточняється наявність у пацієнта алергій, ознак, які дозволяють запідозрити наявність складних дихальних шляхів, важкої інтубації або ризику аспірації, ризику крововтрати більше 500 мл (більше 7 мл/кг у дітей). У разі їх відсутності відмічається «ні», у разі наявності відмічається «так». У разі якщо у пацієнта наявні ознаки складних дихальних шляхів, важкої інтубації або ризику аспірації, але анестезіолог не підтвердив наявність всього необхідного обладнання та/або лікарських засобів для надання медичної допомоги в разі наявності критичних/невідкладних станів з боку дихальної системи, переходити до наступних дій забороняється. У разі, якщо у пацієнта наявний ризик крововтрати більше 500 мл для дорослих або більше 7 мл/кг для дітей, але анестезіолог не підтвердив наявності всього необхідного для надання медичної допомоги в разі крововтрати, переходити до наступних дій забороняється.

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
	6. Підпункт 11.2 заповнюється за обов'язкової присутності найменше хірурга, сестри медичної операційної, сестри медичної-анестезиста та анестезіолога: 1) у підпункті 11.2.1 підтверджується, що всі члени операційної бригади представилися по імені і назвали свою роль, або що всі члени операційної бригади знайомі і звикли до кожного члена бригади. У разі невиконання цього підпункту, переходить до наступних дій забороняється; 2) у підпункті 11.2.2 відміняється про підтвердження процедури і місця, де буде проведено розріз. У разі невиконання цього підпункту, переходить до наступних дій забороняється; 3) у підпункті 11.2.3 відміняється «так», якщо антибіотик(оріальний лікарський засіб з метою профілактики було введено пацієнту за 60 хвилин, які передували оперативному втручанням або, якщо пацієнту було введено ванкомілін, за дві години, які передували оперативному втручанням. У разі якщо антибіотик(профілактику було проведено більше ніж за 60 хвилин до первинного розрізу (двох годин для ванкоміліну), переходить до оперативного втручання заборонено до повторного введення антибіотика. Відміняється «не застосовується», якщо під час оперативного втручання відсутнє проникнення у колонізовану нормальную мікрофлорою частину тіла або порожнину при запланованих та контрольованих умовах (хірургічна рана відповідає визначенню чистої). 4) у підпункті 11.2.4 відміняється про обговорення очікуваних критичних подій під час операції зі сторони хірурга, зі сторони анестезіолога, зі сторони сестер медичних операційних та можливого реагування на них. За відсутності у операційної бригади готовності реагувати на критичні події та надавати весь комплекс допомоги пацієнту в разі їх виникнення переходить до наступних дій забороняється; 5) у підпункті 11.2.5 відміняється «так» у разі забезпечення візуалізації необхідних для проведення оперативного втручання зображень та відсутності будь-яких зауважень до її якості. У разі відсутності необхідної візуалізації зображень, переходить до наступних дій забороняється. Відміняється «не застосовується», якщо проведення оперативного втручання не потребує візуалізації зображень. 7. Підпункт 11.3 заповнюється за обов'язкової присутності найменше хірурга, сестри медичної операційної, сестри медичної-анестезиста та анестезіолога:

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
	1) у підпункті 11.3.1 відміняється виконанням або невиконанням щодо проведення хірургомісестрою медичною операційною уточнюючої назви проведеної процедури/операції, підрахунок інструментів, тампонів, голків та інших медичних виробів, перевірки правильності маркування біологічних зразків, фіксації усю або письмово наявності проблем із обладнанням, що потребує усунення. У разі невиконання підрахунок інструментів, тампонів, голків та інших медичних виробів, фіксації усю або письмово наявності проблем із обладнанням, що потребує усунення, переходити до наступних дій забороняється; 2) у підпункті 11.3.2 відміняється виконанням або невиконанням щодо узгодження хірургом та анестезіологом плану інсезіоперативного ведення і реабілітації пацієнта, з метою зняття, які необхідні виконати в операційній до переведення пацієнта в післяопераційне відділення/палату. У разі невиконання цього підпункту операційній бригаді покидати операційну заборонено. 8. Пункт 11 форми 008/о не заповнюється, в разі якщо оперативне втручання є невідкладним (виконується для врятування життя пацієнта, без попередньої підготовки). 9. У пункті 12 надається детальний опис ходу операції, де вказуються вид знеболення, доза наркотичного препарату, відмічається тривалість операції, стан хворого під час оперативного втручання, а також вказуються лікувальні заходи, які проводилися в період проведення оперативного втручання (ін'єкції препаратів, інсуфіляція кисню тощо). 10. Пункти 1-9 та 12 форми № 008/о заповнюються лікарем-хірургом розбірливим почерком. Після завершення оперативного втручання форма № 008/о обов'язково заповнюється підписом лікаря, який проводив операцію. 11. Пункти 10 та 11 форми № 008/о заповнюються сестрою медичної анестезіології до початку оперативного втручання та після його завершення. Після завершення оперативного втручання інформація заноситься у пункт 11 форми № 008/о обов'язково заповнюється підписом сестри медичної-анестезиста, яка заповнювала цю форму. 12. Форма № 008/о заповнюється для кожного оперативного втручання окремо. 13. Форма № 008/о має бути пронумерована, прошита, засвідчена підписом керівника та початковою закладу охорони здоров'я (за наявності). 14. У разі ведення форми № 008/о в електронному форматі в ній має бути вкочена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії. 15. Термін зберігання форми № 008/о — 50 років.

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
Стандарт інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 287, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 року за № 468/33379	
1. Загальні положення...	1. Загальні положення...
2. Терміни та абревіатури, що вживаються у цьому Стандарті, означають:	2. Терміни та абревіатури, що вживаються у цьому Стандарті, означають:
або за відсутній	адміністративний компонент інфекційного контролю – заходів управління, які направлені на зменшення ризиків контакту людей з інфекційним аерозолем;
...	...
експерт МБ/ТРІФ – молекулярно-генетичний метод дослідження, за допомогою якого одночасно можна визначити як наявність збудника туберкульозу в мокротинні, так і його чутливість до рифампіцину;	експерт МБ/ТРІФ – молекулярно-генетичний метод дослідження, за допомогою якого одночасно можна визначити як наявність збудника туберкульозу в мокротинні, так і його чутливість до рифампіцину (не використовуються для організації когортної ізоляції в протитуберкульозних закладах);
...	...
етикет-капсюль – правильно нанесені на капсули із капаєм, що знімаються розколюванням інфекцій повітряно-крапельним шляхом;	інженерний компонент інфекційного контролю – використання інженерних засобів, спрямованих на запобігання розповсюдженню та зменшення концентрації інфекційного аерозолю;
...	інфекційний аерозоль – повітряно-крапельна суміш у вигляді дрібнодисперсного аерозолю (0,5-5 мкм), що містить інфекційний агент, яка вивільняється з організмів людини у навколишнє середовище під час респіраторних актів (розмови, кашлю, чхання, форсованого дихання) хворої на туберкульоз легень людини, під час проведення аерозольно-генеруючих процедур (бронхоскопія, інтубація трахеї, аутогенна титрація) або штучно утворений аерозоль (при роботі із зараженим біоматеріалом, під час аварійної ситуації);
...	...
респіратор – встановлено спеціальним фільтром масок, яка щільно прилягає до обличчя та захищає органи дихання людини від інфекцій з повітряно-крапельним шляхом зараження;	кратність повітрообміну – відношення об'єму повітря, що видається або надходить упродовж години, до внутрішнього об'єму приміщення;
...	...

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
ультрафіолетове бактерицидне (далі - УФ) опромінення - світлярно-протипідсвітнений (профілактичний) захід, що є призначений на зливання кількості мікроорганізмів та профілактику інфекційних хвороб, який здійснюється за допомогою бактерицидного опромінення повітряного середовища приміщення; жана-фільтр - спеціальний фільтр, який має здатність затримувати часточки розмірами 0,3-1,0 мікрон;	респіратор фільтрувальна ш्वамка, яка лінійно прилягає до обличчя та захищає органи дихання людини від вдихання інфекційного аерозолю; ... ультрафіолетове бактерицидне (далі - УФ) опромінення - електромагнітне випромінювання ультрафіолетового діапазону С, яке використовується в якості санітарно-протипідсвітненого (профілактичного) заходу, що спрямоване на зниження кількості мікроорганізмів та профілактику інфекційних хвороб, який здійснюється за допомогою опромінення повітряного середовища та поверхонь приміщення;
I. Загальні положення... 4. Основним шляхом передавання туберкульозу є повітряний (аерогенний, аерозольний). Передавання туберкульозу відбувається через інфекційний аерозоль, який утворюється під час кашлю, гучної розмови, сміху та плачу.	I. Загальні положення... 4. Основним шляхом передавання туберкульозу є повітряний (аерогенний, аерозольний). Передавання туберкульозу відбувається через інфекційний аерозоль, який утворюється під час кашлю, гучної розмови, сміху та плачу.
8. З мікрокрандих інфекційного аерозолі утворюються часточки (крандихи) добре і тривало зберігають життєздатність клітини збудника туберкульозу, навіть після їх висихання. Час, коли аерозоль є епідемічно небезпечним, залежить від розміру часточок, температури і вологості повітря та фізико-хімічних властивостей аерозолі. Великі часточки (10-30 мікрон та більше), що несуть велику кількість інфекційного агента, мають малий час життя - до декількох хвилин. Найбільш інфекціозною є респірабельна фракція аерозолі, діаметр часточок якої становить від 1 до 5 мікрон. Часточки такого розміру, маючи плавність осідання менше ніж 1 см/хв, створюють стабільний аерозоль, час життя якого становить кілька годин, та проходять через термінальні відділи бронхів і осідають на стінках альвеол. З потоками повітря такої фракції аерозолі здатні мірувати на великі відстані та проникати в різні приміщення. Інфекційний аерозоль може утворюватися також під час інвазивних діагностичних і лікувальних процедур (наприклад, бронхоскопічне дослідження, хірургічне втручання на легенях) та розтну трунв померлих від туберкульозу. Після осідання крандихи ядер на гірлі поверхні утворення	8. З мікрокрандих (частичках) інфекційного аерозолі (крандихи) в ядрах добре і тривало зберігають життєздатність клітини збудника туберкульозу, навіть після їх висихання. Час, коли аерозоль є епідемічно небезпечним, залежить від розміру часточок, температури і вологості повітря та фізико-хімічних властивостей аерозолі. Великі часточки (10-30 мікрон), що несуть велику кількість інфекційного агента, мають малий час життя - до декількох хвилин. Найбільш інфекціозною є респірабельна фракція аерозолі, діаметр часточок якої становить від 1 до 5 мікрон. Часточки такого розміру, маючи плавність осідання менше ніж 1 см/хв, створюють стабільний аерозоль, час життя якого становить кілька годин, та проходять через термінальні відділи бронхів і осідають на стінках альвеол. З потоками повітря такої фракції аерозолі здатні мірувати на великі відстані та проникати в різні приміщення. Інфекційний аерозоль може утворюватися також під час інвазивних діагностичних і лікувальних процедур (наприклад, бронхоскопічне дослідження, хірургічне втручання на легенях) та розтну трунв померлих від туберкульозу. Після осідання крандихи ядер на гірлі поверхні утворення

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
тверді поверхні відтворення інфекційного аерозолу не відбувається, тому дезінфекція поверхонь це є необхідним заходом ІК ТБ.	інфекційного аерозолу не відбувається, тому дезінфекція поверхонь це є необхідним заходом ІК ТБ. Озвучення і дезінфекція поверхонь в зонах доступу за навігатором є частиною стандартних заходів захисту.
І. Загальні положення... 12. Зайняття ефективним ІК ТБ потребує істотного нерівня, організації протитуберкульозної допомоги з метою зниження ризику поширення інфекції та створення безпечних умов лікування для хворих і праці для медичного персоналу.	І. Загальні положення... Відсутній
І. Загальні положення... 13. ... контроль за аерогенним передаванням інфекції (розміщення нафінцій, вентиляція приміщення), важливість якого зумовлена переважанням аерогенного поширення збудника туберкульозу.	І. Загальні положення... 12. ... контроль за аерогенним передаванням інфекції, важливість якого зумовлена переважанням аерогенного поширення збудника туберкульозу.
І. Загальні положення... 14. ... інженерний - комплекс інженерних (проектних і технічних) заходів, спрямованих на зниження концентрації інфекційних аерозолів у повітрі шляхом використання технічних засобів (вентиляції, ефективних пристрій знебарвжувачів повітря); індивідуальний захист - спрямовані на сприйнятій конігенті (пацієнтів і медичних працівників) заходи, що полягають насамперед у захисті органів дихання.	І. Загальні положення... 13. ... інженерний - комплекс інженерних (проектних і технічних) заходів, спрямованих на зниження концентрації інфекційних аерозолів у повітрі шляхом використання технічних засобів (вентиляції, екранованих УФ-опроміювачів); індивідуальний захист - спрямовані на сприйнятій конігенті (пацієнтів і медичних працівників) заходи з використання засобів індивідуального захисту, що полягають насамперед у захисті органів дихання.
ІІ. Компоненти інфекційного контролю... 2. Адміністративний компонент ІК ТБ охоплює: створення комісії з інфекційного контролю (далі - КІК); складання плану ІК ТБ; своєчасну діагностику туберкульозу і ХРГБ та якнайшвидше призначення необхідного лікування; ізоляцію хворих, які становлять епідемічну небезпеку; обмеження показані для госпіталізації і терміну перебування у стаціонарі; навчання хворих етикету кашлю і заходам респіраторної гігієни; профілактику туберкульозу серед медичних працівників.	ІІ. Компоненти інфекційного контролю 2. Адміністративний компонент ІК ТБ охоплює: створення відділу з інфекційного контролю (далі - ВІК); складання плану ІК ТБ; своєчасну діагностику туберкульозу і ХРГБ та якнайшвидше призначення необхідного лікування; ізоляцію хворих, які становлять епідемічну небезпеку; обмеження показані для госпіталізації і терміну перебування у стаціонарі; навчання хворих етикету кашлю і заходам респіраторної гігієни; профілактику туберкульозу серед медичних працівників.

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	Зміст положення (норми) чинного акта законодавства
Організація ІК ТБ у закладах, що надають допомогу хворим на туберкульоз, покладається на керівника ВІК. ВІК створюється відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи/закладу надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженого наказом МОЗ України від № _____, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____. Положення про ВІК, посадові інструкції працівників затверджуються керівником закладу.	Організація ІК ТБ у закладах, що надають допомогу хворим на туберкульоз, покладається на керівника ВІК. Керівник та персональний склад комісії, посадовці про комісію затверджуються наказом керівника закладу. ВІК — група фахівців, на яких покладаються функції здійснення інфекційного контролю за туберкульозом у закладі, здійснюють посадових інструкцій. До складу ВІК входить керівник або заступник керівника закладу із медичних питань, токсиколог, епідеміолог, геномні медичні сестри, керівники та старші медичні сестри естрахтурних відділів закладу. Крім того до ВІК можуть залучатися мікробіологи, фармакологи та інші фахівці. Функції ВІК:
Велике значення для зниження ризику інфікування працівників, пацієнтів і підвідувачів закладів охорони здоров'я має об'єднане формування потоків хворих та їх обстеження і розміщення. Необхідне суворе дотримання етанності перебування хворого в закладі, засноване на його епідемічній безпеці і клінічних показниках.	Велике значення для зниження ризику інфікування працівників, пацієнтів і підвідувачів закладів охорони здоров'я має об'єднане формування потоків хворих та їх обстеження і розміщення. Необхідне суворе дотримання етанності перебування хворого в закладі, засноване на його епідемічній безпеці і клінічних показниках. Алгоритми розподілу потоків пацієнтів становлять доданок 2, 3 до цього Стандарту.
У стаціонарі слід суворо дотримуватися правил роздільного, ізольованого розміщення та перебування пацієнтів - пацієнти з бактеріовиділенням мають бути ізольовані в одніємісних палатах. Дозволяється застосовувати когорту ізольовано не більше двох пацієнтів в одній палаті за умови підтвердження ідентичного профілю резистентності до протитуберкульозних препаратів першого та другого ряду за допомогою молекулярно-генетичних методів діагностики туберкульозу.	У стаціонарі слід суворо дотримуватися правил роздільного, ізольованого розміщення та перебування пацієнтів - пацієнти з бактеріовиділенням мають бути ізольовані в одніємісних палатах. Одніємісність є обов'язковою механічною вентиляцією, щоб не ітти з нього припинення не повинна до інших.
Найбільший ризик утворення інфекційного аерозолу виликає під час проведення аерозольногенеруючих процедур, таких як: збір мокротиння (заходи інфекційного контролю під час збору мокротиння лансно у додатку 2 до цього Стандарту); підготовка зразків матеріалів для лабораторного дослідження; бронхоскопічне дослідження; дослідження ротової порожнини та верхніх дихальних шляхів; хірургічне втручання на легенях;	Найбільший ризик утворення інфекційного аерозолу виликає під час ~~таким~~ процедур: збір мокротиння (заходи інфекційного контролю під час збору мокротиння наведено у додатку 4 до цього Стандарту); підготовка зразків матеріалів для лабораторного дослідження; бронхоскопічне дослідження;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта розшир. номер.тх.
дослідження ротової порожнини та верхніх дихальних шляхів; хірургічне втручання на легенях; розтин померлих.	У приміщеннях закладів охорони здоров'я з високим ризиком інфікування (зони очікування, відділення хірургії, бронхоскопії, інтенсивної терапії, радіологічної і стоматологічної кабінети, кабінети інгаляційного лікування, збору та індукування мокротиння, секційні зали, лабораторії) вводяться додаткові заходи безпеки.
У зонах очікування (приймальне відділення, вестиболі, коридори біля дверей кабінетів тощо) слід організувати прийом відвідувачів так: вести прийом суворо за часом; прийом хворих, у яких є ймовірність виявлення туберкульозу із бактеріовиділенням, за можливості призначати на кінець дня або обслуговувати у прискореному режимі, або організувати очікування прийому пацієнтами у спеціально відведеному місці з встановленою вентиляцією.	У зонах очікування (приймальне відділення, вестиболі, коридори біля дверей кабінетів тощо) слід організувати прийом відвідувачів так: вести прийом суворо за часом; прийом хворих, у яких є ймовірність виявлення туберкульозу із бактеріовиділенням, за можливості призначати на кінець дня або обслуговувати у прискореному режимі, або організувати очікування прийому пацієнтами у спеціально відведеному місці з встановленою вентиляцією.
Після проведення розкладу роботи всіх підрозділів закладу для обстеження окремих категорій пацієнтів, зокрема кабінету радіологічної діагностики та пункту збору мокротиння. Після діагностики та пункту збору мокротиння. Після прийому пацієнта з бактеріовиділенням треба зробити перерву для провітрювання. Приміщення для амбулаторного прийому мають бути обладнані екранованими УФ-опромінювачами.	Після проведення розкладу роботи всіх підрозділів закладу, зокрема кабінету радіологічної діагностики та пункту збору мокротиння, треба зробити перерву для провітрювання. Приміщення для амбулаторного прийому мають бути обладнані екранованими УФ-опромінювачами.
У кабінетах радіологічної діагностики хворих із доведеним або підозрюваним діагнозом туберкульозу призначають окремі дні або години прийому в кінці робочого дня. Під час обстеження такі пацієнти повинні надягати хірургічну маску. Відділення променевої діагностики слід обладнати механічною системою вентиляції та екранованими УФ-опромінювачами.	У кабінетах радіологічної діагностики хворих із доведеним або підозрюваним діагнозом туберкульозу призначають окремі дні або години прийому в кінці робочого дня. Під час обстеження такі пацієнти повинні надягати хірургічну маску. Відділення променевої діагностики слід обладнати механічною системою вентиляції та екранованими УФ-опромінювачами. Медичні працівники повинні використовувати респіратори.
...	...
У секційних залах під час розтину трупів хворих з підозрою на туберкульоз або з підтвердженим діагнозом захворювання на туберкульоз забори заходи аналогічні (відповідна система вентиляції, застосування екранованих УФ-опромінювачів, дотримання правил безпеки під час забору зразків, застосування медичним персоналом масок з хена-фільтрами).	У секційних залах під час розтину трупів хворих з підозрою на туберкульоз або з підтвердженим діагнозом захворювання на туберкульоз забори заходи аналогічні (відповідна система вентиляції, застосування екранованих УФ-опромінювачів, дотримання правил безпеки під час забору зразків, застосування медичним персоналом масок з хена-фільтрами).
Під час проведення процедур, пов'язаних із великим викидом інфекційного аерозолу в навколишнє середовище, та проведення операцій пацієнтам із туберкульозом дихального обладнання (анестезіологічне обладнання або	Під час проведення процедур, пов'язаних із великим викидом інфекційного аерозолу в навколишнє середовище, та проведення операцій пацієнтам із туберкульозом дихального обладнання (анестезіологічне обладнання або

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
підтвердженим діагнозом туберкульозу відбувається контамінація збудником туберкульозу дихального обладнання (апсегіологічне обладнання або обладнання для визначення функції зовнішнього дихання). Тому необхідно вжити заходів для зниження ризику контамінації, що досягається використанням бактеріальних фільтрів .	обладнання для визначення функції зовнішнього дихання). Тому необхідно вжити заходів для зниження ризику контамінації, що досягається використанням фільтрів, спеціальних режимів дезінфекції після проведення процедури .
...	...
Перебування пацієнтів із захворюванням на туберкульоз у стаціонарі має бути обґрунтованим (наприклад, якщо хворого госпіталізують у зв'язку із невідкладним станом, одразу після стабілізації його треба виписати для продовження лікування). З цією метою на рівні регіону розробляється та затверджується маршрут пацієнта із захворюванням на туберкульоз.	Перебування пацієнтів із захворюванням на туберкульоз у стаціонарі має бути обґрунтованим (наприклад, якщо хворого госпіталізують у зв'язку із невідкладним станом, одразу після стабілізації його треба виписати для продовження лікування). З цією метою на рівні регіону розробляється та затверджується маршрут пацієнта із захворюванням на туберкульоз.
...	...
Навчання пацієнтів етикету кашлю і респіраторній гігієні передбачає відпрацювання таких навичок: закриття носа і рота хустинкою, згином ліктя або долонею під час кашлю; носіння хірургічної маски контагіозними хворими під час перебування у приміщенні.	Навчання пацієнтів етикету кашлю і респіраторній гігієні передбачає відпрацювання таких навичок: закриття носа і рота хустинкою, згином ліктя або долонею під час кашлю; носіння хірургічної маски контагіозними хворими під час перебування у приміщенні поза межами палати .
...	...
План розробляється ККК та затверджується наказом керівника установа. Конкретні заходи, включені до плану, мають бути виконані впродовж терміну дії плану (як правило, одного року). План ККК має визначати також терміни виконання його ключових компонентів. Медичний і технічний персонал закладу повинен бути ознайомленим з планом ККК, брати участь у його обговоренні, доопрацюванні та виконанні. ККК регулярно проводить аналіз ходу виконання плану, результати перевірок, динаміки індикаторів ефективності реалізації плану, розробляє пропозиції щодо його зміни.	План розробляється ВК та затверджується наказом керівника установа. Конкретні заходи, включені до плану, мають бути виконані впродовж терміну дії плану (як правило, одного року). План ККК має визначати також терміни виконання його ключових компонентів. Медичний і технічний персонал закладу повинен бути ознайомленим з планом ККК, брати участь у його обговоренні, доопрацюванні та виконанні. ВК регулярно проводить аналіз ходу виконання плану, результати перевірок, динаміки індикаторів ефективності реалізації плану, розробляє пропозиції щодо його зміни.
II. Компоненти інфекційного контролю...	II. Компоненти інфекційного контролю...

Зміст положення (порми) чинного акта законодавства	Зміст положення (порми) запропонованого проекту акта
3. Інженерний компоненті доповнює адміністративний. Його пріоритетним напрямом є регулювання оцінювання ризиків поширення інфекцій в лікарнях-закладах охорони здоров'я. У результаті поділу приміщень за ступенем ризику передачі туберкульозу визначають зони високого ризику, що потребують застосування інженерних засобів. З огляду на епідеміологічний пріоритет асептичного пляшу передачі інфекції, основними заходами інженерного контролю є забезпечення достатнього повітрообміну за допомогою вентиляційних систем та знезараження повітря із застосуванням різних технічних пристроїв. ... Для забезпечення і підтримання необхідної бактеріальної чистоти повітря в приміщеннях закладів охорони здоров'я у системах вентиляції та у пристроях для знезараження повітря повинні застосовуватись фільтри, що забезпечують ефективність не менше ніж 95%. ... Зазначені зони вражаються зонами високого ризику поширення туберкульозної інфекції. Мінімальні умови безпечної роботи в таких зонах включають: забезпечення кратності обміну повітря на рівні не менше ніж 12 разів за годину. Значення не потребує обґрунтування; приміщення механічного вентиляційного обладнання повинні бути забезпечені необхідною потужністю вентиляції; додаткове очищення повітря може здійснюватись за допомогою фільтрів; обладнання приміщень екранованими УФ-опромінювачами. Конкретний вибір заходів із забезпечення біологічної безпеки навколишнього середовища в кожному закладі залежить від планування будівлі, категорій хворих, які обслуговуються, кількості хворих на туберкульоз, які отримують лікування в закладі, функціонального призначення приміщень, наявності пристроїв знезараження повітря необхідно здійснювати лише відповідно до технічного завдання, відповідних вимог адміністративного контролю і вимог нормативних документів, в функції та навантаження інкубаторно-профілактичних закладів мають відображатись можливості забезпечення належного рівня біологічної безпеки зовнішнього і внутрішнього повітряного середовища.	3. Інженерний компоненті доповнює адміністративний. Його пріоритетним напрямом є видалення інфекційного аерозолю, знезараження повітря в зонах високого ризику та недопущення розповсюдження інфекційного аерозолю. У результаті поділу приміщень за ступенем ризику передачі туберкульозу визначають зони високого ризику, що потребують застосування інженерних засобів. З огляду на епідеміологічний пріоритет асептичного пляшу передачі інфекції, основними заходами інженерного контролю є забезпечення достатнього повітрообміну (10-12-кратний повітрообмін на годину (по витязі) для нових або реконструйованих приміщень, або ≥ 6-кратний повітрообмін для існуючих приміщень) за допомогою вентиляційних систем та знезараження повітря із застосуванням екранованих УФ-опромінювачів. ... Для забезпечення і підтримання необхідної бактеріальної чистоти повітря в приміщеннях закладів охорони здоров'я у системах вентиляції можуть застосовуватись фільтри, що забезпечують ефективність не менше ніж 99,95%, з метою забезпечення реінкруційної чистоти за допомогою механічної вентиляції. Для фільтрації повітря, що видається за допомогою витязної механічної вентиляції, за умов наявності ризику забруднення інших приміщень, застосовуються фільтри, що забезпечують ефективність фільтрації не менше ніж 95%. ... Зазначені зони вражаються зонами високого ризику поширення туберкульозної інфекції. Повний перелік зон високого ризику в закладах охорони здоров'я, що падають, допомогу хворим на туберкульоз, затверджується керівником закладу. Мінімальні умови безпечної роботи в таких зонах включають: забезпечення 10-12-кратного повітрообміну на годину (по витязі) для нових або реконструйованих приміщень, або ≥ 6-кратний повітрообмін для існуючих приміщень; обладнання приміщень екранованими УФ-опромінювачами. Конкретний вибір заходів із забезпечення біологічної безпеки навколишнього середовища в кожному закладі залежить від планування будівлі, категорій хворих, які обслуговуються, кількості хворих на туберкульоз, які отримують лікування в закладі, функціонального призначення приміщень, наявності ресурсів. У зв'язку з цим проектування систем вентиляції та застосування

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
Контактною пацієнта з туберкульозом госпіталізують до палати для ізоляції хворого, який є джерелом аерогенної інфекції. Мінімуми вимоги до такої палати: кожна палата розрахована на одне ліжко; устаткована по краях дверей до палати оснащуються ушліщеним порогом, устаткованами та автозакривачем (слід надавати перевагу розсувним дверям перед орніми); перед входом до палати об'єднується місце зберігання засобів індивідуального захисту органів дихання; палата обладнується окремим туалетом і душовою кабінкою так, щоб пацієнт міг користуватися ними, не виходячи до коридору; із палати має бути вихід безпосередньо до коридору; окреме приміщення перед входом (шлюз) не є обов'язковим, проте наявності має забезпечувати простір, де відвідувачі палати могли б надати засоби індивідуального захисту, а також має обладнуватися автозакривачем дверей. Мінімальне обладнання шлюзу таке: рукозміщувачі: місце зберігання нових засобів індивідуального захисту; контейнер для збору використаних засобів індивідуального захисту. Пацієнтів із туберкульозом без бактеріовиділення у разі наявності клінічних показань до госпіталізації госпіталізують до протитуберкульозних стаціонарів на загальних підставах. Пацієнтів із позалегеневим туберкульозом за потреби надання спеціалізованої допомоги, зокрема хірургічного лікування, госпіталізують до спеціалізованих стаціонарів загального профілю на загальних підставах. Контактною пацієнтів з туберкульозом за потреби надання екстреної допомоги у спеціалізованих стаціонарах нетуберкульозного профілю госпіталізують до палати для ізоляції хворого-жиротного-переносної інфекції, об'єднується з якою здійснюють згідно з вимогами об'єднанні 19-24 вимоги-пункту. Зменшення ризику поширення інфекцій, зокрема туберкульозу, через повітряне середовище досягається шляхом застосування методів зниження концентрації та знезараження інфекційних аерозолів у повітрі приміщень. Система вентиляції у протитуберкульозних закладах забезпечує створення оптимальних параметрів повітряного середовища і захист персоналу та пацієнтів закладів охорони здоров'я від вірусно-бактеріальних інфекцій. Для зниження контамінації повітря інфекційними аерозолями в протитуберкульозних закладах використовують природну та упрямлювану вентиляцію (загалом і локальну). Природна вентиляція поділяється на такі типи:	Контактною пацієнта з туберкульозом госпіталізують до палати для ізоляції хворого, який є джерелом аерогенної інфекції. Мінімуми вимоги до такої палати: кожна палата розрахована на одне ліжко (дозволяється застосовувати когортну ізоляцію не більше двох пацієнтів в одній палаті за умови підтвердження ідентичного профілю резистентності до протитуберкульозних препаратів першого та другого ряду за допомогою молекулярно-генетичних методів для постачання туберкульозу); двері до палати оснащуються ушліщеним порогом, устаткованими по краях та автозакривачем (слід надавати перевагу розсувним дверям перед орніми); палата обладнується окремим туалетом і душовою кабінкою так, щоб пацієнт міг користуватися ними, не виходячи до коридору; із палати має бути вихід безпосередньо до коридору; окреме приміщення перед входом (шлюз) не є обов'язковим, проте наявності має забезпечувати простір, де відвідувачі палати могли б надати засоби індивідуального захисту, а також має обладнуватися автозакривачем дверей. Мінімальне обладнання шлюзу таке: диспенсер із спиртовмісним антисептиком для рук або рукозміщувачі: місце зберігання нових засобів індивідуального захисту; контейнер для збору використаних засобів індивідуального захисту. Пацієнтів із туберкульозом без бактеріовиділення у разі наявності клінічних показань до госпіталізації госпіталізують до протитуберкульозних стаціонарів на загальних підставах. Пацієнтів із позалегеневим туберкульозом за потреби надання спеціалізованої допомоги, зокрема хірургічного лікування, госпіталізують до спеціалізованих стаціонарів загального профілю на загальних підставах або протитуберкульозних стаціонарів. Контактною пацієнтів з туберкульозом за потреби надання екстреної та невідкладної допомоги у спеціалізованих стаціонарах нетуберкульозного профілю госпіталізують до палати для ізоляції пацієнтів із аерогенною інфекцією. Зменшення ризику поширення інфекцій, зокрема туберкульозу, через повітряне середовище досягається шляхом застосування методів зниження концентрації та знезараження інфекційних аерозолів у повітрі приміщень. Система вентиляції у протитуберкульозних закладах забезпечує створення оптимальних параметрів повітряного середовища і захист персоналу та

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
створювана температурою (вертикальна);	пацієнтів закладів охорони здоров'я від внутрішньобікарних інфекцій. Для зниження контамінації повітря інфекційними аерозолями в
Природна вентиляція здійснюється через відкриті вікна. У теплу пору року в палатах, прийомних відділеннях, кабінетах для прийому пацієнтів та інших приміщеннях високого ризику вікна варто тримати відчиненими, якщо немає протягів із брудної зони до чистої.	протитуберкульозних закладах використовують природну та припливно-витяжну механічну вентиляцію (задачу і локалізу).
природної вентиляції рекомендується утримувати вікна у вертикальному положенні. У разі використання припливно-витяжної вентиляції з механічним енергоживленням забезпечується приплив чистого повітря всередину приміщень і видалення назовні інфікованого об'єкта. Такий вид вентиляції має забезпечити масовий об'єм витяжного повітря більше ніж об'єм припливного на 15-20 %. З метою підвищення енергоефективності припливно-витяжна вентиляція може проектуватися з рекуперацією тепла на основі проміжного теплоносія. Рекуператори не мають допускати перетікання інфікованого повітря до припливної мережі.	Природна вентиляція поділяється на такі типи: створювана вітром (горизонтальна); створювана температурою (вертикальна).
Під час функціонування вентиляційних систем мас виключається перетікання повітряних мас із брудних до чистих зон. Потік повітря має бути направлений з більш чистого до менш чистого приміщення, що забезпечується за рахунок різниці тиску (не менше 2,5 Па, рекомендований параметр – 7,5 – 30 Па, через різницю коливань тиску в приміщеннях з різних причин).	Природна вентиляція здійснюється через відкриті вікна. У теплу пору року в палатах, прийомних відділеннях, кабінетах для прийому пацієнтів та інших приміщеннях високого ризику вікна варто тримати відчиненими, якщо немає протягів із брудної зони до чистої.
При роботі системи механічної вентиляції мають забезпечуватися належна кратність повітрообміну, розподіл повітря в приміщенні для належного його перемішування, структура повітряних потоків для уникнення забруднення інших приміщень і комфортні умови перебування для персоналу та пацієнтів.	У разі використання припливно-витяжної вентиляції забезпечується приплив чистого повітря всередину приміщень і видалення назовні інфікованого повітря. Такий вид вентиляції для зон високого ризику має забезпечити об'єм витяжного повітря більше ніж об'єм припливного на 15-20 %. З метою підвищення енергоефективності припливно-витяжна вентиляція може проектуватися з рекуперацією тепла на основі проміжного теплоносія. Рекуператори не мають допускати перетікання інфікованого повітря до припливної мережі.
Під час функціонування вентиляційних систем мас виключається перетікання повітряних мас із брудних до чистих зон. Потік повітря має бути направлений з більш чистого до менш чистого приміщення, що забезпечується за рахунок різниці тиску (не менше 2,5 Па, рекомендований параметр – 7,5 – 30 Па, через різницю коливань тиску в приміщеннях з різних причин).	При роботі системи механічної вентиляції мають забезпечуватися належна кратність повітрообміну, розподіл повітря в приміщенні для належного його перемішування, структура повітряних потоків для уникнення забруднення інших приміщень і комфортні умови перебування для персоналу та пацієнтів.
При роботі системи механічної вентиляції мають забезпечуватися належна кратність повітрообміну, розподіл повітря в приміщенні для належного його перемішування, структура повітряних потоків для уникнення забруднення інших приміщень і комфортні умови перебування для персоналу та пацієнтів.	Виклик повітря, що подається з приміщень, при роботі механічної вентиляції, організовується таким чином, щоб уникнути ризиків потрапляння брудного повітря назад в інші приміщення.
При роботі системи механічної вентиляції мають забезпечуватися належна кратність повітрообміну, розподіл повітря в приміщенні для належного його перемішування, структура повітряних потоків для уникнення забруднення інших приміщень і комфортні умови перебування для персоналу та пацієнтів.	При роботі системи механічної вентиляції слід забезпечувати вплив припливної вентиляції – закривати вікна та двері. Для забезпечення якісної роботи механічної вентиляції проводиться постійний моніторинг робочих параметрів, а саме оцінка напрямку руху повітря проводиться не рідше одного разу на два тижні, оцінка кратності повітрообміну – не рідше одного разу на 3-6 місяців.
УФ-опромінення діпазону С застосовується в закладах охорони здоров'я в усіх зонах високого ризику. Якщо утворення інфекційного аерозолу с	УФ-опромінення діпазону С застосовується в закладах охорони здоров'я в усіх зонах високого ризику. Якщо утворення інфекційного аерозолу с

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
є тривалим, що зумовлено лікувально-діагностичним процесом або постійним перебуванням хворого, для безперервної дезінфекції повітря у таких зонах необхідно використовувати екрановані УФ-опромінювачі, які забезпечують безперервне опромінення верхнього повітряного простору в присутності людей і (за правильної експлуатації) виключають можливість шкідливого впливу на людину надлишкового опромінення, вадмірної концентрації озону і парів ртуті.	тривалим, що зумовлено лікувально-діагностичним процесом або постійним перебуванням хворого, для безперервної дезінфекції повітря у таких зонах необхідно використовувати екрановані УФ-опромінювачі, які забезпечують безперервне опромінення верхнього повітряного простору в присутності людей і (за правильної експлуатації) виключають можливість шкідливого впливу на людину надлишкового опромінення, вадмірної концентрації озону і парів ртуті. Обов'язковою умовою використання екранованих УФ-опромінювачів є перевірка безпечних рівнів УФ випромінювання в нижній частині приміщення. Ефективність роботи екранованих УФ опромінювачів залежить від чергування повітря в приміщенні між верхньою та нижньою зонами, що може забезпечуватися роботою вентиляцій, будь-яких типів вентиляторів тощо. Використання респираторів (закритих УФ-опромінювачів) для дезінфекції повітря в закладах охорони здоров'я заборонено.
II. Компоненти інфекційного контролю... 4. З огляду на поширення туберкульозної інфекції через еранельні-вввв, індивідуальний захист органів дихання має мінімізувати проникнення до дихальних шляхів частоток діаметром 0,3 мкм та менше. Цим умовам відповідають респиратори класу FFP2 (ефективність фільтрів 95 % частоток) і респиратори класу FFP3 (ефективність фільтрів 99 % частоток). Носіння респиратора є обов'язковим під час: проведення процедур, що призводять до утворення аерозолів, потенційно небезпечних з точки зору поширення туберкульозу (бронхоскопічне дослідження, інтубація, індукація і збір мокротиння, аспірація шлункового вмісту, розтин померлого, хірургічне втручання); надання допомоги контактним хворим. У решті випадків доцільність носіння респиратора оцінює ККК з урахуванням ефективності базисних заходів ІК ТБ - адміністративного й інженерного компонентів.	II. Компоненти інфекційного контролю... 4. З огляду на поширення туберкульозної інфекції через інфекційний аерозоль, індивідуальний захист органів дихання має мінімізувати проникнення до дихальних шляхів частоток, що можуть містити інфекційний агент. Це забезпечується використанням респираторів класу захисту FFP2 і FFP3. Носіння респиратора є обов'язковим під час: проведення процедур, що призводять до утворення аерозолів, потенційно небезпечних з точки зору поширення туберкульозу (бронхоскопічне дослідження, інтубація, індукація і збір мокротиння, аспірація шлункового вмісту, розтин померлого, хірургічне втручання); надання допомоги контактним хворим або хворим з відносно на туберкульоз. У решті випадків доцільність носіння респиратора оцінює ВІК з урахуванням ефективності базисних заходів ІК ТБ - адміністративного й інженерного компонентів.
Для правильного вибору розміру індивідуального респиратора і правильного його надівання перед першим застосуванням необхідно провести якісний тест на герметичність («фіт-тест»). Надалі «фіт-тести» проводяться не рідше одного разу на рік, а також у разі переходу на інший вид респиратора та зміни	... Для правильного вибору розміру індивідуального респиратора і правильного його надівання перед першим застосуванням необхідно провести якісний або кількісний тест на щільність прилягання респиратора до обличчя («фіт-тест»). Надалі «фіт-тести» проводяться не рідше одного разу на рік, а також у разі переходу на інший вид респиратора та зміни

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
анатомії обличчя (шрами, косметична хірургія, зміна маси тіла тощо). Під час підбору і користування респиратором не допускається носіння працівником бороди. Методіку проведення «фіт-тесту» наведено в додатку-6 до цього Стандарту. Для проведення «фіт-тесту» наказом керівника закладу призначається підготовлений медичний працівник (медична сестра).	разі переходу пацієнта на інший вид респиратора та зміни анатомії обличчя (шрами, косметична хірургія, зміна маси тіла тощо). Під час підбору і користування респиратором не допускається носіння працівником бороди. Методіку проведення «фіт-тесту» наведено в додатку 4 до цього Стандарту. Для проведення «фіт-тесту» наказом керівника закладу призначається підготовлений медичний працівник (наприклад, сестра медична стаціонару).
III. Заходи інфекційного контролю під час амбулаторного лікування пацієнта із бактеріовиділенням МБТ...	III. Заходи інфекційного контролю під час амбулаторного лікування пацієнта із бактеріовиділенням МБТ...
1. Заходи ІК ТБ під час амбулаторного лікування пацієнта з туберкульозом легень із бактеріовиділенням: забезпечення за можливості пацієнта окремою кімнатою; дотримання пацієнтом і особами, які здійснюють догляд за пацієнтом, заходів ІК-ТБ; обмеження відвідування приміщення сторонніми особами, принаймні впродовж перших трьох тижнів лікування, розпочатого за результатами дослідження чутливості збудника; особам, які постійно не проживають разом із пацієнтом, краще спілкуватися з ним на відкритому повітрі (за можливості та враховуючи фізичний стан пацієнта), принаймні впродовж перших трьох тижнів лікування, розпочатого за результатами дослідження чутливості збудника; забезпечення належної гігієни приміщення природної вентиляції. Усі приміщення регулярно провітрювати, влітку бажано тримати вікна відкритими постійно; встановлення віконних вентиляторів; забезпечення постійної відкритої позитивної повітря у межах 50-60 %; проведення щоденного вологого прибирання з метою зменшення вологості й сухості повітря, які сприяють тривалішому перебуванню інфекційного аерозолу у згаданому стані (за потреби використовують зволожувачі повітря); обширення (за можливості) приміщення екранування УЗД-вініліновим чохлом, за екранування якого відновляється приміщення зняття ожерелі дорев'яно-мідного знімання амбулаторне лікування пацієнта.	1. Заходи ІК ТБ під час амбулаторного лікування пацієнта з туберкульозом легень із бактеріовиділенням: забезпечення за можливості пацієнта окремою кімнатою; обмеження відвідування приміщення сторонніми особами, принаймні впродовж перших трьох тижнів лікування, розпочатого за результатами дослідження чутливості збудника; особам, які постійно не проживають разом із пацієнтом, краще спілкуватися з ним на відкритому повітрі (за можливості та враховуючи фізичний стан пацієнта), принаймні впродовж перших трьох тижнів лікування, розпочатого за результатами дослідження чутливості збудника; забезпечення належної гігієни приміщення природної вентиляції. Усі приміщення регулярно провітрювати, влітку бажано тримати вікна відкритими постійно; встановлення віконних вентиляторів; забезпечення постійної відкритої позитивної повітря у межах 50-60 %; проведення щоденного вологого прибирання з метою зменшення вологості й сухості повітря, які сприяють тривалішому перебуванню інфекційного аерозолу у згаданому стані (за потреби використовують зволожувачі повітря); обширення (за можливості) приміщення екранування УЗД-вініліновим чохлом, за екранування якого відновляється приміщення зняття ожерелі дорев'яно-мідного знімання амбулаторне лікування пацієнта.
III. Заходи інфекційного контролю під час амбулаторного лікування пацієнта із бактеріовиділенням МБТ... 2. Якщо особам, які не проживають постійно разом із пацієнтом, необхідно перебувати у приміщенні, де проживає пацієнт, особливо у випадку, коли лікування туберкульозу згідно з результатами дослідження чутливості збудника триває менше ніж три тижні, рекомендується:	III. Заходи інфекційного контролю під час амбулаторного лікування пацієнта із бактеріовиділенням МБТ... 2. Якщо особам, які не проживають постійно разом із пацієнтом, необхідно перебувати у приміщенні, де проживає пацієнт, особливо у випадку, коли лікування туберкульозу згідно з результатами дослідження чутливості збудника триває менше ніж три тижні, рекомендується:

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
проводити перед відвідуванням ретельне провітрювання приміщення; включити екранований УФ-опромінювач пацієнту використовувати хірургічну маску; відвідувачу використовувати респіратор класу захисту не нижче ніж FFP2; медичному та немедичному персоналу під час відвідування особисто пацієнта респіратори класу захисту не нижче ніж FFP2; пацієнту дотримуватися правил респіраторної гігієни, зокрема під час кашлю закривати рот і ніс хустинкою.	проводити перед відвідуванням ретельне провітрювання приміщення; пацієнту використовувати хірургічну маску; відвідувачу використовувати респіратор класу захисту не нижче ніж FFP2; медичному та немедичному персоналу під час відвідування особисто пацієнта респіратори класу захисту не нижче ніж FFP2; пацієнту дотримуватися правил респіраторної гігієни, зокрема під час кашлю закривати рот і ніс хустинкою.
IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз...	IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз...
8. У приміщенні рекомендується забезпечити максимальну інтенсивність природної вентиляції. Усі приміщення регулярно провітрюються, влітку бажано тримати вікна відкритими постійно.	8. У приміщенні рекомендується забезпечити використання природної вентиляції. Усі приміщення регулярно провітрюються, влітку бажано тримати вікна відкритими постійно.
IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз...	IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз...
9. З метою підвищення ефективності природної вентиляції рекомендується встановити віконні вентилятори.	Віслючий
IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз...	IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз...
10. У приміщенні рекомендується забезпечити постійну відносну вологість повітря у межах 50-60 % проводити щоденне вологе прибирання з метою зменшення запиленості й сухості повітря, які сприяють тривалішому перебуванню інфекційного аерозолю у звязаному стані. За потреби використовувати зволожувачі повітря.	9. Проводити щоденне вологе прибирання з метою зменшення запиленості й сухості повітря, які сприяють тривалішому перебуванню інфекційного аерозолю у звязаному стані. За потреби використовувати зволожувачі повітря.
IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз...	IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз...
11. Приміщення обов'язково облягається екранованим УФ-опромінювачем. Особи, які здійснюють догляд, прохочуть інструменти на дані самостійно забезпечені щодобове УФ-опромінювання приміщення, де перебуває пацієнт, та за потреби — приміщення загального користування. Обладнанням УФ-опромінювача та контроль потужності випромінювання здійснює спеціально навчений персонал протитуберкульозного центру.	10. Приміщення при перебуванні хворого вдома рекоменцують обладнати екранованим УФ-опромінювачем, за умови наявності високих ризиків інфікування для співжителя. Використання, монтаж, обслуговування УФ-опромінювача проводиться відповідно до рекомендацій виробника.

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз... 12. Якщо особам, які не проживають постійно разом із пацієнтом, необхідно перебувати у приміщенні, де проживає пацієнт, рекомендується: перед відвідуванням ретельно провітрювати приміщення; пацієнту використовувати хірургічну маску; відвідувачу використовувати респіратор класу захисту не нижче ніж FFP2. V. Моніторинг заходів інфекційного контролю за туберкульозом... 1. Моніторинг ефективності заходів ІК ТБ проводиться створена в закладі охорони здоров'я КСЦ та (за згодою сторін) фахівці ІК ТБ національного та регіонального рівнів і громадські організації. V. Моніторинг заходів інфекційного контролю за туберкульозом... 2. Критерії оцінки якості впровадженого ІК ТБ: ... наявність журналу технічного обслуговування вентиляційної системи.	IV. Заходи інфекційного контролю під час паліативної допомоги пацієнту на туберкульоз... 11. Якщо особам, які не проживають постійно разом із пацієнтом, необхідно перебувати у приміщенні, де проживає пацієнт, рекомендується: перед відвідуванням ретельно провітрювати приміщення; пацієнту використовувати хірургічну маску; відвідувачу використовувати респіратор класу захисту не нижче ніж FFP2. V. Моніторинг заходів інфекційного контролю за туберкульозом... 1. Моніторинг заходів ІК ТБ проводиться БЦК постійно, фахівцями територіальних закладів громадського здоров'я відповідно до адміністративно-територіальної належності не рідше одного разу на рік і фахівцями державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» не рідше одного разу на два роки. V. Моніторинг заходів інфекційного контролю за туберкульозом... 2. Критерії оцінки якості впровадженого ІК ТБ: ... абзац відсутній.
Додаток 4 до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз (пункт 2 розділу II) ЗАХОДИ інфекційного контролю під час збору мокротиння 1. Необхідність у зборі мокротиння постійно виникає у закладах, що надають первинну медичну допомогу, стаціонарних відділеннях пульмонологічного профілю і протитуберкульозних закладах. У кожному закладі з урахуванням місцевої епідеміологічної ситуації розроблено положення (наказ, протокол) про умови і правила збору мокротиння, в	Додаток 2 до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз (пункт 2 розділу II) ЗАХОДИ інфекційного контролю під час збору мокротиння 1. Необхідність у зборі мокротиння постійно виникає у закладах, що надають первинну медичну допомогу, стаціонарних відділеннях пульмонологічного профілю і протитуберкульозних закладах. У кожному закладі з урахуванням місцевої епідеміологічної ситуації розроблено положення (наказ, протокол) про умови і правила збору мокротиння, в

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
Стандартна операційна процедура Збір мокротиння _____ року		Ім'я _____ П.І.Б. _____ _____ року	
Розробив	Посада	Розробив	Посада
Затвердив Керівник ВК	Керівник ВК	Затвердив Керівник ВК	Керівник ВК
Затвердив Керівник ЗОЗ	Керівник ЗОЗ	Затвердив Керівник ЗОЗ	Керівник ЗОЗ
Дата наступного перегляду: _____ року		Дата наступного перегляду: _____ / _____ / 20 _____ року	
Мета	Зниження ризику поширення інфекційного аерозолю в приміщеннях закладу та попередження інфікування медичного персоналу.	Мета	Зниження ризику поширення інфекційного аерозолю в приміщеннях закладу та попередження інфікування медичного персоналу.
Виконавши	Відповідальна особа (сестра медична).	Виконавши	Відповідальна особа (сестра медична).
Місце проведення	Спеціалізована кімната або відкритий майданчик збору мокротиння.	Місце проведення	Спеціалізована кімната або відкритий майданчик збору мокротиння.
Необхідне обладнання для спеціальної кімнати	УФ-опромінювач (відкритого та екранованого типу) Нестерильні (одноразові) медичні рукавички Респіратор класу захисту FFP3 Контейнер для збору мокротиння Журнал реєстрації	Необхідне обладнання для спеціальної кімнати	УФ-опромінювач (відкритого та екранованого типу) Нестерильні (одноразові) медичні рукавички Респіратор класу захисту FFP3 Контейнер для збору мокротиння Журнал реєстрації
Повідомність дій	1. Медичний працівник одягає респіратор та медичні рукавички. 2. Пациєнт заходить до кімнати і отримує контейнер для збору мокротиння. 3. Медичний працівник проводить роз'яснення щодо необхідних дій для якісного збору мокротиння; плідково вдихнути і затримати дихання на 5 секунд повільно видихнути; знову глибоко вдихнути та сильно відкашлятися поски в роту порожнину не надійде мокротиння; вишкочити мокротиння в контейнер.	Повідомність дій	1. Медичний працівник одягає респіратор та медичні рукавички. 2. Пациєнт заходить до кімнати і отримує контейнер для збору мокротиння. 3. Медичний працівник проводить роз'яснення щодо необхідних дій для якісного збору мокротиння; плідково вдихнути і затримати дихання на 5 секунд повільно видихнути; знову глибоко вдихнути та сильно відкашлятися поски в роту порожнину не надійде мокротиння; вишкочити мокротиння в контейнер.

Зміст положення (форми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
забірко-вдавати і закривати контейнери на 5 секунд повільно відхиляючи; знову глибоко вдихнути та еквівалентно попити в ротову порожнину не маючи мокротиння; спинцюти мокротиння в контейнер; повторювати вищеперераховані дії доти, доки в контейнері не буде 5 мл рідини; щільно закрити контейнер та віддати медичному працівнику; провести обробку рук у разі їх забруднення мокротинням; 4. Процедура проводиться за закритими дверима (медичний працівник виходить із кабінки, в якій знаходиться пацієнт і спостерігає за процесом через скляну частину дверей); 5. Після виходу пацієнта необхідно утримувати УФ-опромінювач на визначений час* (екранований опромінювач має працювати безперервно); 6. Медичний працівник повинен зробити відповідний запис в журналі обліку та направити мокротиння до лабораторії;	повторювати вищеперераховані дії доти, доки в контейнері не буде 5 мл рідини; щільно закрити контейнер та відати медичному працівнику, провести обробку рук у разі їх забруднення мокротинням. 4. Процедура проводиться за закритими дверима (медичний працівник виходить із кабінки, в якій пацієнт відкашлює мокроту, і спостерігає за процесом через скляну частину дверей); 5. Після виходу пацієнта необхідно утримувати щільний УФ-опромінювач на визначений час* (екранований опромінювач має працювати безперервно); 6. Медичний працівник повинен зробити відповідний запис в журналі обліку та направити мокротиння до лабораторії. У разі якщо мокротиння необхідно зібрати у пацієнта, який знаходиться у важкому стані, слід попросити вийти із кімнати/найти людей, які не задіяні в процесі. Збір мокротиння проводиться за відкритого УФ-опромінювача екранованого типу. Після закінчення процедури необхідно провітрити приміщення. Якщо пацієнт збирає мокротиння вдома, відновилася особа має пояснити всі ризики даної процедури та рекомендувати, аби збір мокротиння проходив на відкритому повітрі або в окремому приміщенні перед відчиненням вікна, без присутності інших людей.
У разі якщо мокротиння необхідно зібрати у пацієнта, який знаходиться у важкому стані, слід попросити вийти із кімнати/найти людей, які не задіяні в процесі. Збір мокротиння проводиться за відкритого УФ-опромінювача екранованого типу. Після закінчення процедури необхідно провітрити приміщення.	Забороною проводити процедуру індукції мокротиння у приміщенні, не обладнаних механічною вентиляцією. За таких умов рекомендовано проводити процедуру на відкритому повітрі (спеціально відведеному майданчику).
Якщо пацієнт збирає мокротиння вдома, відновилася особа має пояснити всі ризики даної процедури та рекомендувати, аби збір мокротиння проходив на відкритому повітрі або в окремому приміщенні перед відчиненням вікна, без присутності інших людей.	*час роботи відкритого УФ опромінювача визначається за формулою: $t(c) = 10000/p$, де $t(c)$ - час у секундах, потрібний для повної дезконтамінації приміщення від МБТ; 10000 - доза ($мкДж/см^2$) бактерицидного ультрафіолетового опромінення з довжиною хвилі 254 нм, яка забезпечує дезконтамінацію 99% МБТ, що знаходяться в приміщенні; p - інтенсивність УФ випромінювання на довжину хвилі 254 нм, що вимірюється за допомогою УФ-радіометра в годині приміщення, яка є найбільш віддаленою від бактеріальної зампи.
Забороною проводити процедуру індукції мокротиння у приміщеннях, не обладнаних механічною вентиляцією. За таких умов рекомендовано проводити процедуру на відкритому повітрі (спеціально відведеному майданчику).	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
$\lambda + (e) = 10000 / p \cdot d$ $f(e)$ — час у секундах, потрібний для повної дезонтамінації призначення від АНТЗ; 10000 — поверхнева доза (мкДж/см²) бактеріцидного ультрафіолетового опромінення з довжиною хвилі 254 нм, яка забезпечує дезонтамінацію АНТЗ, що знаходиться в приміщенні; p — бактеріцидна ультрафіолетова опромінювальна здатність хвилі 254 нм, що виражена за допомогою УФ-радіометра в потужності, яка є найбільшою відносною від бактеріцидної дози; Назва УФ-радіометра не має сенсу корисуватися такий сам розрахунок у разі використання; беззональних ламп із потужністю 30 Вт — 10 хвилин; беззональних ламп із потужністю 15 Вт — 10-15 хвилин; лампи із потужністю 30 Вт — 5-10 хвилин із необхідним променем зворотного проміщення; лампи із потужністю 15 Вт — 10-15 хвилин із необхідним променем зворотного проміщення	Опрямлений результат округлюється в бік меншого до кількості хвилин. Використання більшої кількості бактеріцидних УФ-ламп дає змогу зменшити час дезінфекції приміщення.
Додаток 5 до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз (пункт 2 розділу II) Додаток 6 до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз (пункт 4 розділу II) МЕТОДИКА проведення «фіт-тесту»	Додаток 3 до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз (пункт 2 розділу II) Додаток 4 до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз (пункт 4 розділу II) МЕТОДИКА проведення якісного «фіт-тесту»
«Фіт-тест» (тест на відсутність прилягання респіратору) є ключовим етапом програми респіраторного захисту, оскільки це єдиний визначний для оцінки відповідності певної моделі та розміру респіатора до обличчя користувача. Пріципіалітам дозволяється використовувати тільки марку,	«Фіт-тест» (тест на відсутність прилягання респіратору) є ключовим етапом програми респіраторного захисту, оскільки це єдиний визначний інструмент для оцінки відповідності певної моделі та розміру респіатора до обличчя користувача. Пріципіалітам дозволяється використовувати тільки марку,

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
модель і розмір респіраторів або респіраторів, у яких вони успішно пройшли "фіт-тест". "Фіт-тест" є обов'язковим для всіх користувачів респіраторів. Цей тест гарантує, що у разі правильного надівання обрана модель і розмір респіатора підходить для адекватного захисту користувача. Цей тест є підтвердженням шорочку і кожного разу, коли у працівника спостерігаються зміни у фізичному стані організму, такі як збільшення ваги або її втрата, рубці на обличчі, стоматологічні протези тощо. "Фіт-тест" буває двох типів - якісний та кількісний. Принцип якісного "фіт-тесту" полягає в тому, що під спеціальний ковпак респірація здійснюється ретельно, яка під час потрапляння на респіратори викликає відчуття смаку (цукристих, солодкого чи гіркого). Наявність відчуття смаку є свідченням того, що тест вважається це пройденим. Принцип кількісного "фіт-тесту" полягає в тому, що за допомогою спеціального обладнання (лічильника частоток) вимірюється концентрація частоток у повітрі приміщення і в просторі між обличчям та респіратором. Під час порівняння цих концентрацій оцінюється ступінь протизахисного захисту. Особа, яка проводить "фіт-тест" працівникам, має бути компетентною, проте для цього не потрібна спеціальна сертифікація або ліцензування. Визначені особи, які проводять тест, повинні вміти готувати тестові розчини, регулювати обладнання, правильно проводити перевірку, виявляти негативний результат і забезпечувати правильну роботу обладнання, навчати персонал правилам надівання і знімання респіраторів. Процедура тестування полягає в розпаченні тестового агента (бітрекс - гіркий, сахарин - солодкий) під ковпак при надіганні респіратору. Якщо досліджуваній не відчуває смаку, це означає, що респіратор досить щільно прилягає до обличчя. До набору для проведення тесту входять: небулайкр, ковпак, комір, розчини для визначення чутливості та тестування.	модель і розмір респіатора або респіраторів, у яких вони успішно пройшли "фіт-тест". "Фіт-тест" є обов'язковим для всіх користувачів респіраторів. Цей тест гарантує, що у разі правильного надівання обрана модель і розмір респіатора підходить для адекватного захисту користувача. Цей тест є підтвердженням шорочку і кожного разу, коли у працівника спостерігаються зміни у фізичному стані організму, такі як збільшення ваги або її втрата, рубці на обличчі, стоматологічні протези тощо. "Фіт-тест" буває двох типів - якісний та кількісний. Принцип якісного "фіт-тесту" полягає в тому, що під спеціальний ковпак респірація здійснюється ретельно, яка під час потрапляння на респіратори викликає відчуття смаку (цукристих, солодкого чи гіркого). Наявність відчуття смаку є свідченням того, що тест вважається це пройденим. Принцип кількісного "фіт-тесту" полягає в тому, що за допомогою спеціального обладнання (лічильника частоток) вимірюється концентрація частоток у повітрі приміщення і в просторі між обличчям та респіратором. Під час порівняння цих концентрацій оцінюється ступінь протизахисного захисту. Особа, яка проводить "фіт-тест" працівникам, має бути компетентною, проте для цього не потрібна спеціальна сертифікація або ліцензування. Визначені особи, які проводять тест, повинні вміти готувати тестові розчини, регулювати обладнання, правильно проводити перевірку, виявляти негативний результат і забезпечувати правильну роботу обладнання, навчати персонал правилам надівання і знімання респіраторів. Процедура тестування полягає в розпаченні тестового агента (бітрекс - гіркий, сахарин - солодкий) під ковпак при надіганні респіратору. Якщо досліджуваній не відчуває смаку, це означає, що респіратор досить щільно прилягає до обличчя. До набору для проведення тесту входять: небулайкр, ковпак, комір, розчини для визначення чутливості та тестування.
Методика проведення тесту 1. Тест на чутливість (проводиться без надівання респіратору) проводиться з метою визначення, чи може досліджуваній підчувати смак тестового агента. Методика проведення тесту на чутливість: під час проведення тесту на чутливість досліджуваній дихає через шкритий рот зі злігк висунутим язиком, досліджуваного просять повідомити, коли їм (вона) відчує смак: 10 натискати (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту"); ще 10 натискати (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту").	Методика проведення тесту 1. Тест на чутливість (проводиться без надівання респіратору) проводиться з метою визначення, чи може досліджуваній відчути смак тестового агента. Методика проведення тесту на чутливість: під час проведення тесту на чутливість досліджуваній дихає через шкритий рот зі злігк висунутим язиком, досліджуваного просять повідомити, коли їм (вона) відчує смак: 10 натискати (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту"); ще 10 натискати (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту").

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта																																																											
під час проведення оцінки чутливості досліджуваній дихає через відкритий рот зі злегка висунутим язиком; досліджуваного просять повісити, коли він (вона) відчує смак; 10 натискань (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту"); ще 10 натискань (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту"); ще 10 натискань (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту"). Якщо не відчуває, тестовий агент не може використовуватися для проведення "фіт-тесту" досліджуваному; 2. "Фіт-тест": 1) процедура проведення: досліджуваній не повинен їсти, пити (окрім води), курити та жувати жумку за 15 хвилин до проведення тесту; досліджуваній надіває ковпак при одягненому респіраторі; респіратор має бути правильно надітим, підігнаним; 2) методика проведення: так само як і під час тесту на чутливість, досліджуваній даєть через відкритий рот із незначно висунутим язиком; досліджуваного просять повісити, коли він (вона) відчує смак; сопло небулайзера вставляють у отвір ковпака і початкова концентрація тестового розчину виходиться під ковпак такою кількістю натискань на небулайзер, що і в тесті на чутливість (10, 20 чи 30); досліджуваного просять виконувати вправи протягом однієї хвилини (таблиця). Методика проведення "фіт-тесту"	ще 10 натискань (якщо відчуває смак, перейти до "фіт-тесту"). Якщо не відчуває, тестовий агент не може використовуватися для проведення "фіт-тесту" досліджуваному. Кількість натискань в тесті на чутливість використовується тільки в наступному етапі. 2. "Фіт-тест": 1) процедура проведення: досліджуваній не повинен їсти, пити (окрім води), курити та жувати жумку за 15 хвилин до проведення тесту; досліджуваній надіває ковпак при одягненому респіраторі; респіратор має бути правильно надітим, підігнаним; 2) методика проведення: так само як і під час тесту на чутливість, досліджуваній даєть через відкритий рот із незначно висунутим язиком; досліджуваного просять повісити, коли він (вона) відчує смак; сопло небулайзера вставляють у отвір ковпака і початкова концентрація тестового розчину виходиться під ковпак такою кількістю натискань на небулайзер, що і в тесті на чутливість (10, 20 чи 30); досліджуваного просять виконувати вправи протягом однієї хвилини (таблиця). Методика проведення "фіт-тесту"																																																											
Таблиця <table><tr><th>Використаний час</th><th>Кількість розмалювань</th><th>Вправа</th></tr><tr><td>00:00</td><td>10/20/30</td><td rowspan="2">Звичайне дихання</td></tr><tr><td>00:30</td><td>5/10/15</td></tr><tr><td>01:00</td><td>5/10/15</td><td rowspan="2">Глибоке дихання</td></tr><tr><td>01:30</td><td>5/10/15</td></tr><tr><td>02:00</td><td>5/10/15</td><td rowspan="2">Повороти головою з боку в бік</td></tr><tr><td>02:30</td><td>5/10/15</td></tr><tr><td>03:00</td><td>5/10/15</td><td rowspan="2">Рухи вверх-вниз головою</td></tr><tr><td>03:30</td><td>5/10/15</td></tr><tr><td>04:00</td><td>5/10/15</td><td rowspan="2">Безперервна розмова</td></tr><tr><td>04:30</td><td>5/10/15</td></tr></table>	Використаний час	Кількість розмалювань	Вправа	00:00	10/20/30	Звичайне дихання	00:30	5/10/15	01:00	5/10/15	Глибоке дихання	01:30	5/10/15	02:00	5/10/15	Повороти головою з боку в бік	02:30	5/10/15	03:00	5/10/15	Рухи вверх-вниз головою	03:30	5/10/15	04:00	5/10/15	Безперервна розмова	04:30	5/10/15	Таблиця <table><tr><th>Використаний час</th><th>Кількість розмалювань</th><th>Вправа</th></tr><tr><td>00:00</td><td>10/20/30</td><td rowspan="2">Звичайне дихання</td></tr><tr><td>00:30</td><td>5/10/15</td></tr><tr><td>01:00</td><td>5/10/15</td><td rowspan="2">Глибоке дихання</td></tr><tr><td>01:30</td><td>5/10/15</td></tr><tr><td>02:00</td><td>5/10/15</td><td rowspan="2">Повороти головою з боку в бік</td></tr><tr><td>02:30</td><td>5/10/15</td></tr><tr><td>03:00</td><td>5/10/15</td><td rowspan="2">Рухи вверх-вниз головою</td></tr><tr><td>03:30</td><td>5/10/15</td></tr><tr><td>04:00</td><td>5/10/15</td><td rowspan="2">Безперервна розмова</td></tr><tr><td>05:00</td><td>5/10/15</td></tr><tr><td>05:30</td><td>5/10/15</td><td>Біг/ходьба на місці (або нахилнигулуба)</td></tr></table>	Використаний час	Кількість розмалювань	Вправа	00:00	10/20/30	Звичайне дихання	00:30	5/10/15	01:00	5/10/15	Глибоке дихання	01:30	5/10/15	02:00	5/10/15	Повороти головою з боку в бік	02:30	5/10/15	03:00	5/10/15	Рухи вверх-вниз головою	03:30	5/10/15	04:00	5/10/15	Безперервна розмова	05:00	5/10/15	05:30	5/10/15	Біг/ходьба на місці (або нахилнигулуба)
Використаний час	Кількість розмалювань	Вправа																																																										
00:00	10/20/30	Звичайне дихання																																																										
00:30	5/10/15																																																											
01:00	5/10/15	Глибоке дихання																																																										
01:30	5/10/15																																																											
02:00	5/10/15	Повороти головою з боку в бік																																																										
02:30	5/10/15																																																											
03:00	5/10/15	Рухи вверх-вниз головою																																																										
03:30	5/10/15																																																											
04:00	5/10/15	Безперервна розмова																																																										
04:30	5/10/15																																																											
Використаний час	Кількість розмалювань	Вправа																																																										
00:00	10/20/30	Звичайне дихання																																																										
00:30	5/10/15																																																											
01:00	5/10/15	Глибоке дихання																																																										
01:30	5/10/15																																																											
02:00	5/10/15	Повороти головою з боку в бік																																																										
02:30	5/10/15																																																											
03:00	5/10/15	Рухи вверх-вниз головою																																																										
03:30	5/10/15																																																											
04:00	5/10/15	Безперервна розмова																																																										
05:00	5/10/15																																																											
05:30	5/10/15	Біг/ходьба на місці (або нахилнигулуба)																																																										

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства			
05:00	5/10/15	Білякоба на м'яні	
05:30	5/10/15		
06:00	5/10/15	Звичайне дихання	
06:30	5/10/15		
07:00	Стоп	Завершення облікових записів	
3. Результат "фіт-тесту": досліджуваний має повідомити, чи він (вона) відчуває смак тестового агента; якщо досліджуваний не відчуває смаку під час тесту, "фіт-тест" вважається позитивним; якщо досліджуваний повідомляє про появу смаку, "фіт-тест" вважається негативним і його потрібно провести повторно з іншим респіратором.			
Ціля проходження "фіт-тесту" - оформлюється протокол, який має зберігатися у закладі упродовж року до наступного "фіт-тесту". Конкретної форми такого протоколу в Україні не затверджено. Рекомендовано, щоб він мав таку інформацію: прізвище, ім'я, по батькові працівника, посада; тип "фіт-тесту"; специфічна марка, модель і розмір респілятора, в якому працівник тестується; дата проведення випробування; результат тесту або роздрукована результатів кількісного тесту, а також був складений за наведеним зразком.			
Зразок			
ПРОТОКОЛ проходження "фіт-тесту"			
запис			
підрозділ			
</			

Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта			
6:00	5/10/15	Звичайне дихання	
06:30	5/10/15		
07:00	Стоп	Завершення облікових записів	

3. Результат "фіт-тесту":
досліджуваний має повідомити, чи він (вона) відчуває смак тестового агента;
якщо досліджуваний не відчуває смаку під час тесту, "фіт-тест" вважається позитивним (пройденням);
якщо досліджуваний повідомляє про появу смаку, "фіт-тест" вважається негативним і його потрібно провести повторно з іншим респіратором.

Після проходження "фіт-тесту" оформлюється протокол, який має зберігатися у закладі упродовж року до наступного "фіт-тесту". Конкретної форми такого протоколу в Україні не затверджено. Рекомендовано, щоб він мав таку інформацію: прізвище, ім'я, по батькові працівника, посада; тип "фіт-тесту"; специфічна марка, модель і розмір респілятора, в якому працівник тестується; дата проведення випробування; результат тесту або роздрукована результатів кількісного тесту, а також був складений за наведеним зразком.

Зразок

ПРОТОКОЛ
проходження "фіт-тесту"

запис

підрозділ

Дата проходження тесту			
П.І.Б. працівника та підпис			
Посада			
Респіратор	Не багаторазового використання	Багаторазового використання	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства				Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта			
Респіратор	Не багаторазового використання FFP2	Багаторазового використання FFP3	Бактеріозового використання маска	Респіратор	FFP2	FFP3	маска
Марка/модель респіратора				Марка/модель респіратора			
Розмір респіратора	XS S M L XL LP			Розмір респіратора	XS S M L XL LP		номас дашах
Тип "фіт-тесту"	Сахарин	Бітрекс	Кількісний*	Тип "фіт-тесту"	Сахарин	Бітрекс	Кількісний*
Норіє чутливості	10 20 30 >30			Норіє чутливості	10 20 30 >30		
Результат тесту	Позитивний Негативний	Не пройдено через відсутність смакового відчуття; волосяна обличчя інше		Результат тесту	Позитивний Негативний	Не пройдено через відсутність смакового відчуття; волосяна обличчя інше	
Особа, що проводить тест (П.І.Б. та підпис)				Особа, що проводить тест (П.І.Б. та підпис)			
* Якщо використовується кількісний «фіт-тест», потрібно прикріпити роздруковану результатів.				* Якщо використовується кількісний «фіт-тест», потрібно прикріпити роздруковану результатів.			
Заходи та Засоби щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393				Заходи та Засоби щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393			
I. Загальні положення				I. Загальні положення			
4. У цих Заходах терміни та умови скорочення вживаються у такому значенні:				4. У цих Заходах терміни та умови скорочення вживаються у такому значенні:			

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
напади). І підлягає утримання приміщення (внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ), в якому знаходиться хворий, не відноситься до догляду;	спричинюється вірусами роднин поксвірусів, і за своєю клінічними проявами має подібність до натуральної віспи;
...	...
класичній інфекційній агентами (мікроорганізмами) – розмноження мікроорганізмів на частинках тіла або посередній організм людини без проявів імунної відповіді, що викликає клітини або клінічних проявів;	догляд – комплекс заходів, спрямованих на підтримку та/або відновлення сил та/або допомогу у самообслуговуванні пацієнта / отримувача соціальних послуг/дитини (далі – пацієнт) і створення для нього умов, що сприяють швидкому одужанню, поверненню і профілактиці ускладнень захворювання. В тому числі інфікування/безпечності отримання соціальних послуг. Він включає в себе медичні процедури і маніпуляції, психічний/палеологічний стану пацієнта, піклування про чистоту постелі та одягу, організацію харчування пацієнта, надання йому допомоги при прийомі їжі, при туалеті, при різних хворобливих станах, розмацах, що виликають у перебігу хвороби (наприклад, блювання, затримка сечі, газів, запашка, суломні напади). І гігієнічне утримання приміщення (внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ), в якому знаходиться хворий, не відноситься до догляду;
...	...
респіраторна терапія – комплекс заходів, які націльно націлені на відновлення функцій і газообмінної функції легень;	класифікація інфекційними агентами (мікроорганізмами) – наявність мікроорганізмів на частинках тіла або всередині організму (пкіра, ротова та носова порожнина, шлунково-кишковий тракт, дихальні шляхи) людини без клінічних проявів захворювання;
хвороба Крейтцфельда-Якоба (далі – ХКЯ) – швидко прогресує дегенеративне нейродегенеративне захворювання;	...
...	респіраторна терапія – комплекс заходів, які спрямовані на підтримку та відновлення вентиляції і газообміну в легенях;
...	...
хіміотерапевтична – застосування речовин інфекційних хвороб шлунком прийому хіміотерапевтичних препаратів (антибіотиків, протимікробних, протипаразитарних, протиприжовних препаратів), тобто лікарських засобів природного або синтетичного походження, які вибірково впливають на певні типи розмноження інфекційних агентів у організмі людини і тварин, що викликає йому або тварині захворювання, які викликає певні типи захворювання;	хвороба Крейтцфельда-Якоба (далі – ХКЯ), також відома як шлункова спонгіоформна енцефалопатія – фатальне прогресуюче нейродегенеративне захворювання, що викликає специфічним інфекційним білковим агентом (пріоном);
ККК – комісія з інфекційного контролю;	Відсутній
...	ВКК – відділ з інфекційного контролю;
СОП – стандарт операційної процедури;	
...	

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства ентєрококами (далі - ВРЕ) або Clostridium difficile). ~~Незнаючи чи відсутність локалізації у шлунку - це не є критерієм передавання патогену, не виключається їх роль в процесі інфікування пацієнтів (опосередковане інфікування).~~	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта ванкомицин-резистентними ентєрококами (далі - ВРЕ) або Clostridium difficile). ЗВЗ, навіть при правильному використанні, можуть відігравати роль в процесі інфікування пацієнтів (опосередковане інфікування).
II. Шляхи інфікування 9. Інфікування крапельним шляхом, фізично, є формою контактного інфікування і деякі інфекційні агенти, які передаються крапельним шляхом, також можуть передаватися шляхом прямого або опосередкованого контакту. Однак, на відміну від контактного інфікування, контаміновані інфекційним агентом краплі з дихальних шляхів інфікують потенційного хазяїна лише у випадку потрапляння на сприйнятливі слизові оболонки. При цьому відстань між особами має бути незначною, а убезпечення можна шляхом захисту обличчя. Хворий генерує респіраторні краплі під час кашлю, чхання та розмови або під час таких процедур як ендотрахеальна інтубація, відсмоктування слизу, індукція кашлю за допомогою фізіотерапевтичних методів та під час серцево-легеневих реанімацій. Дослідження показали, що слизові оболонки носа і кон'юнктиви (рідше слизова ротової порожнини) - основні вхідні ворота для вірусів респіраторної групи. Максимальна відстань для передавання крапель не визначена, однак, вважається, що вона може становити близько трьох метрів в залежності від швидкості і механізму виходу крапель. Їх швидкості, факторів навколишнього середовища, таких як температура і вологість, а також властивості патогену підтримувати свою вірулентність на ній відстані (хоча раніше вважалося, що інфіковані краплі не передаються на відстані менше ніж на один метр на кожному хворому). Таким чином, в приміщеннях рекомендовано надягати ЗВЗ обличчя на відстані 2-3 метрів від пацієнта або до входу в його палату, особливо коли існує ймовірність інфікування високовірulentним агентом.	II. Шляхи інфікування 9. Інфікування крапельним шляхом, фізично, є формою контактного інфікування і деякі інфекційні агенти, які передаються крапельним шляхом, також можуть передаватися шляхом прямого або опосередкованого контакту. Однак, на відміну від контактного інфікування, контаміновані інфекційним агентом краплі з дихальних шляхів інфікують потенційного хазяїна лише у випадку потрапляння на сприйнятливі слизові оболонки. При цьому відстань між особами має бути незначною, а убезпечення можна шляхом захисту обличчя. Хворий генерує респіраторні краплі під час кашлю, чхання та розмови або під час таких процедур як ендотрахеальна інтубація, відсмоктування слизу, індукція кашлю за допомогою фізіотерапевтичних методів та під час серцево-легеневих реанімацій. Дослідження показали, що слизові оболонки носа і кон'юнктиви (рідше слизова ротової порожнини) - основні вхідні ворота для вірусів респіраторної групи. Максимальна відстань між людьми, яка достатня для передавання інфекційного агента через краплі не визначена. Вола залежить від швидкості і механізму виходу крапель. Їхньої швидкості, чинності нерешкоз, чинників навколишнього середовища, таких як температура, вологість, напрям та сила руху повітря, інсоляція, здатність швидко підтримувати свою вірулентність на відстані. В приміщеннях рекомендовано надягати ЗВЗ обличчя до входу в палату пацієнта, особливо коли існує ймовірність інфікування високовірulentним інфекційним агентом.
III. Характеристика інфекційних агентів 2. Будь-які мікроорганізми, які циркулюють в межах ЗОЗ або ЗСЗ, можуть в певний час та при певних обставинах стати об'єктом епідеміологічного нагляду і контролю. При визначенні епідемічно значимого інфекційного агента слід використовувати такі характеристики: ... 2) резистентність до АМП першої лінії (наприклад, помірно чутливі до ванкомицину стафілококи, метицилін- та ванкомицин-резистентні стафілококи, ВРЕ, продуценти бета-лактамаз розширеного спектру);	III. Характеристика інфекційних агентів 2. Будь-які мікроорганізми, які циркулюють в межах ЗОЗ або ЗСЗ, можуть в певний час та при певних обставинах стати об'єктом епідеміологічного нагляду і контролю. При визначенні епідемічно значимого інфекційного агента слід використовувати такі характеристики: ... 2) резистентність до АМП першої лінії (наприклад, помірно чутливі до ванкомицину стафілококи, метицилін- та ванкомицин-резистентні стафілококи, ВРЕ, продуценти бета-лактамаз розширеного спектру);

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
III. Характеристика інфекційних агентів	III. Характеристика інфекційних агентів
4. Незважаючи на те, що назва деяких МРМО говорить про резистентність лише до одного препарату (наприклад, МРЗС або ВРГ), такі мікроорганізми зазвичай стійкі практично до всіх доступних АМП (на особливості важливості таких мікроорганізмів для госпітальної епідеміології). До групи МРМО, які мають особливе значення для госпітальної епідеміології, відносяться <i>Steriosoccus roseophilus</i> (далі - МРСР) стійкий до пеніцилінів та інших АМП широкого спектру дії (наприклад, макроліди та фторхінолони), мультирезистентні грам-негативні палички, в тому числі продуценти лактамаз розширеного спектру (далі - ПБДРС), і штами золотистого стафілококу помірно-чутливі (далі - ПЧВЗС) та резистентні (далі - ВРЗС) до ванкоміцину.	4. Незважаючи на те, що назва деяких МРМО говорить про резистентність лише до одного препарату (наприклад, МРЗС або ВРГ), такі мікроорганізми зазвичай стійкі практично до всіх доступних АМП (на особливості важливості таких мікроорганізмів для госпітальної епідеміології). До групи МРМО, які мають особливе значення для госпітальної епідеміології, відносяться <i>Steriosoccus roseophilus</i> (далі - МРСР) стійкий до пеніцилінів та інших АМП широкого спектру дії (наприклад, макроліди та фторхінолони), мультирезистентні грам-негативні палички, в тому числі продуценти лактамаз розширеного спектру (далі - ПБДРС), і штами золотистого стафілококу помірно-чутливі (далі - ПЧВЗС) та резистентні (далі - ВРЗС) до ванкоміцину.
III. Характеристика інфекційних агентів	III. Характеристика інфекційних агентів
3. <i>S. difficile</i> може бути причиною внутрішньолікарняних спалахів. Важливими факторами, які сприяють розвитку спалахів, є виражене обсіменіння навколишнього середовища <i>S. difficile</i>, збереження вірулентності спор протягом тривалого часу, стійкість спор до багатьох використовуваних дезінфектантів і антисептиків, перенесення працівниками та часте призначення пацієнтам курсів антибіотиків. АМП, які найчастіше спричиняють цефалоспорины третьего поколения, кліндаміцин, ванкоміцин (при внутрішньовенному введенні) і фторхінолони.	3. <i>S. difficile</i> може бути причиною внутрішньолікарняних спалахів. Важливими факторами, які сприяють розвитку спалахів, є виражене обсіменіння навколишнього середовища <i>S. difficile</i>, збереження вірулентності спор протягом тривалого часу, стійкість спор до багатьох використовуваних дезінфектантів і антисептиків, перенесення працівниками та часте призначення пацієнтам курсів антибіотиків. АМП, які найчастіше спричиняють цефалоспорины третьего поколения, кліндаміцин, ванкоміцин (при внутрішньовенному введенні) і фторхінолони.
Профілактика інфікування має здійснюватися на ~~суброзравняному~~ ~~закладі закладу~~, тобто інфекційній ~~націоні~~ ~~націоні~~ заходах ~~по охороні~~ внутрішнього середовища ЗОЗ або ЗСЗ (наприклад, ретельне прибирання кімнат/палат) і постійній гігієні рук. Рук слід обробляти шляхом миття з милом і водою, а не обробки спиртвмісним антисептиком, для механічного видалення спор. Для обробки поверхонь рекомендовано використовувати засоби, що містять гіпохлорит натрію.	Профілактика інфікування має здійснюватися на використанні контактних заходів захисту при контактах з пацієнтами з діареєю, точній і дослідженні хворих, контактних осіб, та носіїв інфекційних агентів, заходах з охорони внутрішнього середовища ЗОЗ або ЗСЗ (наприклад, ретельне прибирання кімнат/палат) і постійній гігієні рук. Рук слід обробляти шляхом миття з милом і водою, а не обробки спиртвмісним антисептиком, для механічного видалення спор. Для обробки поверхонь рекомендовано використовувати засоби, що містять гіпохлорит натрію.

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
22. <u>До найбільш-значимих вірусних геморагічних гарячок (далі - ВГГ) відносять:</u> 1) <u>захворювання</u> висипані вірусами Ебола і Марбург (Filoviridae); 2) <u>вірусом</u> Ласса (Arenaviridae); 3) <u>вірусами-лихоманки Ріфт-Валлі</u> та Крим-Конго (Bunyaviridae); 4) <u>вірусами-лихоманки денге та жовтої лихоманки</u> (Flaviviridae). III. Характеристика інфекційних агентів	22. До вірусних геморагічних гарячок (далі - ВГГ), що становлять найбільшу епідемічну небезпеку належать: 1) гарячки, що викликані вірусами Ебола та Марбург (Filoviridae); 2) гарячка Ласса (Arenaviridae); 3) гарячка долини Ріфт та Крим-Конго (Bunyaviridae); 4) гарячка денге та жовта гарячка (Flaviviridae).
24. Всі віруси ВГГ передаються людині шляхом контакту з інфікованими тваринами або через членистоногих переносників. Хоча жоден з цих вірусів не є ендемічним в Україні, спалахи в інших країнах створюють потенційні можливості для завою інфікованих тварин і людей. Крім того, є підозри, що деякі з цих агентів можуть бути використані в якості біологічної зброї. Передавання від людини до людини задокументовані для ВГГ, що викликані вірусами Ебола, Марбург, Ласса і Крим-Конго. В ЗОЗ із обмеженими ресурсами описане передавання цих інфекційних агентів працівникам, пацієнтам і відвідувачам, причому в деяких випадках кількість захворює в ЗОЗ в разі перевищує надіа пегоспітальні випадки. Передавання серед жителів одного приміщення зареєстрована лише у випадках, коли мав місце прямий контакт з хворим або з його біологічними різними. Зараження внаслідок контакту пошкоджених ділянок шкіри із контамінованою кров'ю пов'язане з підвищеним рівнем смертності. Виявлення великої кількості вірусних часточок Ебола в шкірі та просвіті потових залоз викликало велике занепокоєння наукової спільноти щодо можливого передавання через нецелюшкожену шкіру. Однак, проведені дослідження не підтвердили дану гіпотезу. Особливу групу ризику щодо можливого зараження складають працівники організацій, що надають ритуальні послуги, через збереження вірулентності вірусами довгий час навіть після смерті хворого. Повітряний шлях передавання для ВГГ не характерний.	23. Всі віруси ВГГ передаються людині шляхом контакту з інфікованими тваринами або через членистоногих переносників. Хоча жоден з цих вірусів не є ендемічним в Україні, спалахи в інших країнах створюють потенційні можливості для завою інфікованих тварин і людей. Крім того, є підозри, що деякі з цих агентів можуть бути використані в якості біологічної зброї. Передавання від людини до людини задокументовані для ВГГ, що викликані вірусами Ебола, Марбург, Ласса і Крим-Конго. В ЗОЗ із обмеженими ресурсами описане передавання цих інфекційних агентів працівникам, пацієнтам і відвідувачам, причому в деяких випадках кількість захворює в ЗОЗ в разі перевищує надіа пегоспітальні випадки. Передавання серед жителів одного приміщення зареєстрована лише у випадках, коли мав місце прямий контакт з хворим або з його біологічними різними. Зараження внаслідок контакту пошкоджених ділянок шкіри із контамінованою кров'ю пов'язане з підвищеним рівнем смертності. Виявлення великої кількості вірусних часточок Ебола в шкірі та просвіті потових залоз викликало велике занепокоєння наукової спільноти щодо можливого передавання через нецелюшкожену шкіру. Однак, проведені дослідження не підтвердили дану гіпотезу. Особливу групу ризику щодо можливого зараження складають працівники організацій, що надають ритуальні послуги, через збереження вірулентності вірусами довгий час навіть після смерті хворого. Повітряний шлях передавання для ВГГ не характерний.
23. Працівникам, які здійснюють догляд за пацієнтами з ВГГ, та відвідувачам слід дотримуватися стандартних і контактних заходів захисту, а також заходів щодо недопущення крапельного інфікування із акцентом на захист очей. Для повсякденного догляду за пацієнтом достатнім є використання однієї пари рукавичок, в той час як при виконанні інвазивних процедур, при яких ризик контакту з кров'ю високий (наприклад, оперативне втручання), рекомендовано використовувати подвійний пар рукавичок. Особливо важливо при проведенні догляду за пацієнтами з ВГГ використовувати ЗЗ очей, такі як захисний шиток або окуляри. ХЗІА необхідно надягати при будь-якому контакті з пацієнтом.	24. Працівникам, які здійснюють догляд за пацієнтами з ВГГ, та відвідувачам слід дотримуватися стандартних і контактних заходів захисту, а також заходів щодо недопущення крапельного інфікування із акцентом на захист очей. Для повсякденного догляду за пацієнтом достатнім є використання однієї пари рукавичок, в той час як при виконанні інвазивних процедур, при яких ризик контакту з кров'ю високий (наприклад, оперативне втручання), рекомендовано використовувати подвійний пар рукавичок. Особливо важливо при проведенні догляду за пацієнтами з ВГГ використовувати ЗЗ очей, такі як захисний шиток або окуляри. ХЗІА необхідно надягати при будь-якому контакті з пацієнтом.

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
Рутинна ізоляція в ІПІАІ не показана. Однак з метою проведення аерозольгенеруючих процедур, пацієнта рекомендовано керувати в ІПІАІ. 24. Респиратори класу захисту не нижче FFP2 необхідно використовувати для забезпечення додаткового захисту медичних працівників під час проведення аерозольгенеруючих процедур. В разі виявлення пацієнта із клінічними проявами, що можуть відповідати ВГГ, та історією піддаки в ендемічний регіон, заходи захисту слід застосувати негайно і коригувати в залежності від отриманої додаткової інформації. В додатку 3 до цих Заходів наведені заходи захисту, які мають бути застосовані в залежності від клінічних проявів (симптомів) інфекційного захворювання. Пацієнти з підозрою на ВГГ, у випадках загрози біотероризму, повинні бути ізовані в ІПІАІ, через непередбачуваність епідеміологічних особливостей швидко змінюваних збудників.	Рутинна ізоляція в ІПІАІ не показана. Однак з метою проведення аерозольгенеруючих процедур, пацієнта рекомендовано керувати в ІПІАІ. 25. Респиратори класу захисту не нижче FFP2 необхідно використовувати для забезпечення додаткового захисту медичних працівників під час проведення аерозольгенеруючих процедур. В разі виявлення пацієнта із клінічними проявами, що можуть відповідати ВГГ, та історією піддаки в ендемічний регіон, заходи захисту слід застосувати негайно і коригувати в залежності від отриманої додаткової інформації. В додатку 3 до цих Заходів наведені заходи захисту, які мають бути застосовані в залежності від клінічних проявів (симптомів) інфекційного захворювання. Пацієнти з підозрою на ВГГ, у випадках загрози біотероризму, повинні бути ізовані в ІПІАІ, через непередбачуваність епідеміологічних особливостей швидко змінюваних збудників.
IV. Особливості підрозділів 10. Дослідження епідеміології ІПНМД у дітей виявили унікальні проблеми ІПНК в цій групі пацієнтів. Для педіатричних ВАРП та відділень для недоношених дітей або дітей з низькою масою тіла при народженні характерні високі показники розповсюдженості інфекцій кровотоку, пов'язаних з центральним венозним катетером. Крім того, серед госпіталізованих немовлят та дітей молодшого віку відзначається висока частота розвитку інфекцій, не характерних для загальної популяції, що пояснюється відсутністю імунітету внаслідок ~~нерозвиненої природної інфекції чи нестаткованого~~ нерозвиненої природної інфекції чи нестаткованого. Це призводить до розповсюдження ~~транзиторних~~ транзиторних захворювань серед пацієнтів педіатричних стаціонарів, особливо в період сезонних епідемій (наприклад, кашлюк, респіраторні віруси інфекції, в тому числі висликані РСВ, вірусами грипу і паратрипу, ~~метанемовірусу інфекції, аденівірусу інфекції, кір, вітряної віспи, ротавірусу інфекції~~).	IV. Особливості підрозділів 10. Дослідження епідеміології ІПНМД у дітей виявили унікальні проблеми ІПНК в цій групі пацієнтів. Для педіатричних ВАРП та відділень для недоношених дітей або дітей з низькою масою тіла при народженні характерні високі показники розповсюдженості інфекцій кровотоку, пов'язаних з центральним венозним катетером. Крім того, серед госпіталізованих немовлят та дітей молодшого віку відзначається висока частота розвитку інфекційних хвороб, не характерних для загальної популяції, що пояснюється відсутністю імунітету до цих інфекцій (внаслідок пригнічення перенесеної хвороби чи після вакцинації). Це призводить до розповсюдження інфекційних хвороб з крапельним шляхом інфікування серед пацієнтів педіатричних стаціонарів, особливо в період сезонних епідемій (наприклад, кашлюк, респіраторні віруси інфекції, в тому числі висликані РСВ, вірусами грипу, паратрипу, метанемовірусом, аденівірусом, вірусом кору, вірусом вітряної віспи, ротавірусом).
IV. Особливості підрозділів 12. Фактори ризику переважають серед мешканців будинків-інтернатів для громадян похилого віку, осіб з інвалідністю (далі - будинки-інтернати). Вікове зниження імунітету може вплинути на формування відповіді на вакцинацію від грипу та інших інфекційних агентів і підвищити сприйнятливість до туберкульозу. Знижена рухова активність, нетримання сечі, дисфагія, хронічні захворювання і вікові зміни шкіри підвищують сприйнятливість до інфекцій сечовивідних та дихальних шляхів, шкіри і м'яких тканин. Крім того, вилічені фактори можуть спричинити недоїдання внаслідок відмови від	IV. Особливості підрозділів 12. Фактори ризику переважають серед мешканців будинків-інтернатів для громадян похилого віку, осіб з інвалідністю (далі - будинки-інтернати). Вікове зниження імунітету може вплинути на формування відповіді на вакцинацію від грипу та інших інфекційних агентів і підвищити сприйнятливість до туберкульозу. Знижена рухова активність, нетримання сечі, дисфагія, хронічні захворювання і вікові зміни шкіри підвищують сприйнятливість до інфекцій сечовивідних та дихальних шляхів, шкіри і м'яких тканин. Крім того, вилічені фактори можуть спричинити недоїдання внаслідок відмови від

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
живання їжі та, як наслідок, збільшення тривалості загострення ран. Лікарські засоби (наприклад, засоби, які впливають на рівень свідомості, функцію імунної системи, секрецію шлункової кислоти і мікрофлору, включно з АМП) та інвазивні виробни медичного призначення (наприклад, сечові катетери і назогастральні зонди) підвищують сприйнятливість до інфікування та колонізації у мешканців будинків-інтернатів. Відокремленими і незалежними групами факторів ризику щодо колонізації або інфікування МРЗС та К респіраторів, яка продукує бета-лактамази розширеного спектру, є обмежена функціональність і залежність від працівників ЗОЗ та/або ЗСЗ для повсякденної діяльності.	живання їжі та, як наслідок, збільшення тривалості загострення ран. Лікарські засоби (наприклад, засоби, які впливають на рівень свідомості, функцію імунної системи, секрецію шлункової кислоти і мікрофлору, включно з АМП) та інвазивні виробни медичного призначення (наприклад, сечові катетери і назогастральні зонди) підвищують сприйнятливість до інфікування та колонізації у мешканців будинків-інтернатів. Відокремленими і незалежними групами факторів ризику щодо колонізації або інфікування МРЗС та К респіраторів, яка продукує бета-лактамази розширеного спектру, є обмежена функціональність і залежність від працівників ЗОЗ та/або ЗСЗ для повсякденної діяльності.
IV. Особливості підрозділів 22. Інфекційні захворювання, щодо яких мають бути впроваджені заходи ІІІК в ЗСЗ, включають: 1) туберкульоз; 2) короста; 3) респіраторні інфекційні захворювання (наприклад, грип, інфекції, грипу); 4) захворювання, що передаються ентеномними через кров (наприклад, ВІІ-інфекція, гепатит В і С, сифіліс); 5) кишкові інфекції (наприклад, гепатит А, норовірусна і ротавірусна інфекції). Крім того, слід проводити скринінг (анкетування) туберкульозу серед ЗСЗ на вакцинацію.	IV. Особливості підрозділів 22. Інфекційні захворювання, щодо яких мають бути впроваджені заходи ІІІК в ЗСЗ, включають: 1) туберкульоз; 2) короста; 3) респіраторні вірусні інфекції; 4) грип; 5) менінгококова інфекція; 6) захворювання, що передаються через кров (наприклад, ВІІ-інфекція, гепатит В і С, сифіліс); 7) кишкові інфекції (наприклад, гепатит А, норовірусна і ротавірусна інфекції). Крім того, слід проводити скринінг (анкетування) щодо туберкульозу серед працівників ЗСЗ та заохочувати їх до проведення вакцинації.
IV. Особливості підрозділів 28. Потенційна небезпека передавання інфекційних агентів через біологічні препарати (кров, органи і тканини) є незначною, але важливі павля, незважаючи на скринінг донорів. Основні інфекції, стосовно яких має бути пастороженість: 1) ВІІ; 2) вірусні гепатити В і С; 3) цитомегаловірусна інфекція; 4) ХВЯ; 5) вірусні гепатити В і С; 6) інфекційні захворювання бактеріями роду Clostridium; 7) стрептококові інфекції, викликані стрептококками групи А; 8) малярія; 9) бабезіоз;	IV. Особливості підрозділів 28. Потенційна небезпека передавання інфекційних агентів через біологічні препарати (кров, органи і тканини) є можливою, незважаючи на скринінг донорів. Основні інфекції, стосовно яких має бути пастороженість: 1) ВІІ; 2) вірусні гепатити В і С; 3) цитомегаловірусна інфекція та Гепатейта-Вірусна інфекція; 4) сифіліс; 5) туберкульоз (особливо при трансплантатній легень); 6) токсоплазмоз (особливо при трансплантатній серця); 7) лихоманка Західного Нілу; 8) стронгілоїдоз; 9) кокцидіомікоз;

Зміст виможення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
10) хвороба Шааса; 11) лімфоцитарний хореомеїніт; 12) сказ. Крім того, при розробці заходів з ПНК слід приділяти увагу оцінці пацієнтів, як потенційних джерел інфекції (активація ендемічної мікрофлори).	10) <u>пріоневі інфекційні хвороби (ХКЯ);</u> 11) <u>інфекційні хвороби, викликані бактеріями роду <i>Clostridium</i>;</u> 12) <u>малярія;</u> 13) <u>бешкет;</u> 14) <u>хвороба Шааса (<i>Typhlosum stigi</i>);</u> 15) <u>лімфоцитарний хореомеїніт;</u> 16) <u>сказ.</u> Крім того, при розробці заходів з ПНК слід приділяти увагу оцінці пацієнтів, як потенційних джерел інфекції (активація ендемічної мікрофлори).
VI. Заходи щодо недопущення зараження працівників інфекційними агентами, що переносяться кров'ю 5. В підрозділах, для яких характерні часті та непередбачувані проведення серцево-легеневої реанімації, рекомендовано використовувати кишенькові маски з одним шаром фільтрувальних елементів, як альтернативу штурчому захвату «рот-в-рот». Такий підхід забезпечить економні обсяжки рота і носа після початкової потреби в інтубації, з рота та дихальних шляхів винятки від час процедури.	VI. Заходи щодо недопущення зараження працівників інфекційними агентами, що переносяться кров'ю 5. В підрозділах ЗОЗ/ЗСЗ, де співробітники не мають достатнього досвіду проведення серцево-легеневої реанімації або це можуть ефективно та безпечно проводити вгучне дихання варто проводити лише компресії грудної клітини та дефібраляцію. Вентиляція методом рот-в-рот та використання кишенькової плівки-клапана не відповідає вимогам інфекційної безпеки. В підрозділах ЗОЗ/ЗСЗ, де співробітники мають достатній досвід проведення серцево-легеневої реанімації варто проводити вентиляцію легенів з допомогою лицевих масок з клапаном та двохалогого мішка типу АМБУ дворучним способом згідно з коротшим терміном часу з наступною якнайшвидшою інтубацією трахеї.
VII. Розміщення пацієнтів 8. В разі неможливості одномоментного розміщення пацієнта з кишковими інфекціями, в палаті/кімнаті слід впровадити наступні заходи: 1) пацієнту виходити з палати/кімнати заборонено, окрім визначених КНС випадків (наприклад, транспортування для проходження обстеження та/або лікувальних процедур);	VII. Розміщення пацієнтів 8. В разі неможливості одномоментного розміщення пацієнта з кишковими інфекціями, в палаті/кімнаті слід впровадити наступні заходи: 1) пацієнту виходити з палати/кімнати заборонено, окрім визначених ВІК випадків (наприклад, транспортування для проходження обстеження та/або лікувальних процедур);
X. Додаткові заходи щодо недопущення інфікування при проведенні догляду за пацієнтами 9. Хіміопротифлактивна грипу показана для висхідних груп 1) особам з груп ризику, які наскінтовані після початку епідемії грипу. В разі необхідності пацієнтів осіб з груп ризику після початку епідемії.	X. Додаткові заходи щодо недопущення інфікування при проведенні догляду за пацієнтами 9. Противірусні лікарські засоби не рекомендовано використовувати рутинно з метою хіміопротифлактивних поза межами локальних спалахів захворюваності на грип. Хіміопротифлактивна група з використанням

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проєкту акта
протиприродні препарати (дати до 9 жовтня, які отримуватимуться внаслідок використання 28 днів після перебування в місцях вакцинації та 14 днів після введення другої дози вакцини); інші групи – протягом 14 днів); 2) особам, які проводять догляд за особами з груп ризику та не мають вакцинації від грипу, з метою зниження ризиків захворювання на грип; серед осіб з високим ризиком розвитку ускладнень під час сивахін рекомендувано розглядати можливість призначення профілактичної хіміотерапії особам, які проживають догляд за особами з груп ризику та не мають вакцинації від грипу (зміриклад: медичні працівники, члени сімей, доглядачі, працівники соціальних служб); 3) особам з імунодефіцитними станами. Навіщо цю групу ризику препаратів з метою профілактики в період підвищеної захворюваності на грип або під час епідемії показувати особам, які мають імунодефіцит, будь-якої етіології у яких є існують недоліки вироблення антитіл (неефективність) в результаті вакцинації. До цієї групи осіб, в першу чергу, входять люди, які живуть з ВІЛ на певних стадіях хвороби. На час прийому хіміопрофілактики такі особи обов'язково мають знаходитися під медичним наглядом; 4) особам з груп високого ризику, яким протипоказана вакцинація з будь-яких причин – хіміопрофілактика протиприродних сезонно-епідемічних інфекцій захворюваності на грип або під час епідемії показувати особам з груп високого ризику розвитку ускладнень, грипу, яким протипоказана вакцинація.	озельтамівіру (перорально) та занамівіру (інгаляційно) показана для таких груп: 1) дорослі та діти, піком три і більше місяців на тривалість періоду підвищеної захворюваності на грип у випадку наявності високого ризику яких існує високий ризик виникнення ускладнень і тяжкого перебігу грипу, відповідно до пункту 4 розділу II Календаря профілактичних щеплень в Україні, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 595, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897 (зі змінами) (далі – високий ризик розвитку ускладнень); та у разі, якщо вакцинація є протипоказаною, недоступною для цих осіб або передбачається її низька ефективність; 2) дорослі та діти віком три і більше місяців на тривалість періоду підвищеної захворюваності на грип у випадку наявності високого ризику розвитку ускладнень та у разі, якщо вакцинація є показаною для цих осіб або передбачається її висока ефективність, але вона не була вчасно проведена (короткотривала хіміопрофілактика у поєднанні з належним введенням інактивованої вакцини від грипу); 3) невакциновані дорослі, в тому числі медичні працівники, та діти віком три і більше місяців на тривалість періоду підвищеної захворюваності на грип, в разі наявності у них постійного тісного контакту з особами, які мають високий ризик розвитку ускладнень та мають протипоказання до вакцинації або вона недоступна і ці особи не можуть приймати протиприродні препарати з метою хіміопрофілактики (короткотривала хіміопрофілактика); 4) дорослі та діти віком три і більше місяців на тривалість періоду підвищеної захворюваності на грип у випадку наявності високого ризику розвитку ускладнень та у разі, якщо вакцинація є протипоказаною, недоступною для цих осіб або передбачається її низька ефективність (переконатна хіміопрофілактика); 5) дорослі та діти віком три і більше місяців, які мають високий ризик розвитку ускладнень і не мають симптомів захворювання після контакту з хворим на грип в родині, та у разі, якщо вакцинація є протипоказаною, недоступною для цих осіб або передбачається її низька ефективність (постконтактна хіміопрофілактика); 6) дорослі та діти віком три і більше місяців, після контакту з хворим на грип, які не були вакциновані, та мають постійний тісний контакт в родині з особами, які мають високий ризик розвитку ускладнень (постконтактна хіміопрофілактика у поєднанні з належним введенням інактивованої вакцини від грипу).

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
Х. Додаткові заходи щодо недопущення інфікування при проведенні догляду за пацієнтами 14. Необхідність використання бар'єрних ЗЗЗ (наприклад, рукавичок, ХЗІА) відвідувачами визначається КЕК ЗОЗ/ЗСЗ за результатами оцінки ризиків (наприклад, контактною (заразності) захворювання, частоти і тривалості контактів, тяжкості стану пацієнта).	Необхідно невідкладно провести лабораторне підтвердження грипу у пацієнтів, які отримували засоби для передконтактної/постконтактної профілактики та мають симптоми, для підтвердження діагнозу. Якщо діалог підтверджено, слід призначити противірусні препарати з різним профілем ризику розвитку стійкості у терапевтичних дозах, якщо це не протипоказано. Постконтактну профілактику необхідно почати не пізніше ніж через 48 годин після контакту з хворим на грип. Новим терапевтична доза противірусного лікарського засобу має бути надана пацієнтові за умови появи симптомів і показів до етіотропного лікування. У випадках якщо пацієнт, визначений підпунктами 1-6 цього пункту, перебуває поза межами території, на якій триває спалах грипу, постконтактну хіміопротифілактику слід проводити протягом семи днів після останнього тісного контакту з хворим. У пацієнтів, які перебувають постійно у ЗСЗ, хіміопротифілактику (грипу) необхідно проводити мінімум протягом 14 днів та закінчувати не раніше ніж через сім днів після початку симптомів у пацієнта, який захворів останнім. Противірусна хіміопротифілактика має проводитись якнайвдліше всім пацієнтам, які мали контакт з хворим на грип під час перебування в ЗОЗ/ЗСЗ, навіть за відсутності клінічних ознак чи лабораторно підтвердженого грипу, незалежно від наявності/відсутності вакцинації від грипу, якщо немає протипоказань до її проведення. Працівникам ЗОЗ/ЗСЗ, які отримали вакцинацію від грипу в період спалаху грипу, проводиться противірусна хіміопротифілактика протягом 14 днів після вакцинації.
Х. Додаткові заходи щодо недопущення інфікування при проведенні догляду за пацієнтами 14. Необхідність використання бар'єрних ЗЗЗ (наприклад, рукавичок, ХЗІА) відвідувачами визначається КЕК ЗОЗ/ЗСЗ за результатами оцінки ризиків (наприклад, контактною (заразності) захворювання, частоти і тривалості контактів, тяжкості стану пацієнта).	Х. Додаткові заходи щодо недопущення інфікування при проведенні догляду за пацієнтами 14. Необхідність використання бар'єрних ЗЗЗ (наприклад, рукавичок, ХЗІА) відвідувачами визначається ВПК ЗОЗ/ЗСЗ за результатами оцінки ризиків (наприклад, контактною (заразності) захворювання, частоти і тривалості контактів, тяжкості стану пацієнта).
ХІ. Заходи захисту 6. До стандартних заходів захисту відносяться: 1) гігієна рук; 2) використання рукавичок в залежності від методів надання допомоги;	ХІ. Заходи захисту 6. До стандартних заходів захисту відносяться: 1) гігієна рук; 2) використання рукавичок в залежності від методів проведення догляду;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
3) використання ХЗІА в залежності від методів надання допомоги; 4) респіраторна гігієна і гігієна капелю, використання масок в залежності від методів надання допомоги; 5) використання захисних окулярів або щитків в залежності від методів надання допомоги; 6) безпека при виконанні ін'єкцій; 7) використання чистого і безпечного обладнання та інструментарію для надання медичної допомоги; 8) утилізація відходів; 9) очищення приміщень; 10) використання чистої і безпечної білизни. XI. Заходи захисту	3) використання ХЗІА в залежності від методів проведення масок в залежності від методів проведення догляду; 4) респіраторна гігієна і етикет капелю, використання масок в залежності від методів проведення догляду; 5) використання захисних окулярів або щитків в залежності від методів проведення догляду; 6) безпека при виконанні ін'єкцій; 7) використання чистого і безпечного обладнання та інструментарію для проведення догляду; 8) безпечне поводження з медичними відходами; 9) очищення та дезінфекція приміщень; 10) використання чистої і безпечної білизни. XI. Заходи захисту
15. Для безпечного проведення ін'єкцій слід дотримуватися наступних правил: 1) для виконання кожної окремої ін'єкції використовувати окрему одноразову стерильну голку та шприц; 2) до та під час виконання ін'єкції уникати забруднення голки, шприца та лікарського засобу, а в разі забруднення негайно припинити процедуру; 3) за можливості, використовувати індивідуальну ємність (флакони, ампули) з лікарським засобом для кожного окремого пацієнта; 4) дотримуватися правил асептики протягом всієї процедури. XI. Заходи захисту	15. Для безпечного проведення ін'єкцій слід дотримуватися таких правил: 1) для виконання кожної окремої ін'єкції варто підготувати всі необхідні лікарські засоби та витратні матеріали у чистій зоні використання асептичну техніку; 2) перед проколанням необхідно протерти корок флакону серветкою, змоченою спиртовмісним антисептиком; 3) для виконання кожної окремої ін'єкції слід використовувати окрему одноразову стерильну голку та шприц (одна голка та один шприц для одного пацієнта), в тому числі ручні ін'єктори з інсуліном чи адреналіном; 4) до та під час виконання ін'єкції уникати забруднення голки, шприца та лікарського засобу, а в разі забруднення негайно припинити процедуру; 5) за можливості, використовувати індивідуальну ємність (флакони, ампули) з лікарським засобом для кожного окремого пацієнта; 6) отримання лікарського засобу з первинної упаковки (флакони, ампули) для одноразового чи багаторазового застосування має здійснюватися за допомогою нової голки та шприца, навіть за необхідності отримання додаткових доз препарату для одного пацієнта; 7) заборонено набирати дозу лікарського засобу з залишків кількох первинних упаковок (флакони, ампули), які залишились від попереднього пацієнта; 8) дотримуватися правил асептики протягом всієї процедури. XI. Заходи захисту
19. Контактні заходи захисту обов'язково слід застосовувати при догляді за пацієнтами з дренажами, нетриманням калу, сечі або слюни, причому таких пацієнтів слід розміщувати в одномісних палатах. В разі неможливості XI. Заходи захисту	19. Контактні заходи захисту обов'язково слід застосовувати при догляді за пацієнтами з дренажами, нетриманням калу, сечі або слюни, причому таких пацієнтів слід розміщувати в одномісних палатах. В разі неможливості XI. Заходи захисту

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
одномісного розміщення таких пацієнтів, заходи ІПК мають бути розроблені індивідуально КІК.	одномісного розміщення таких пацієнтів, заходи ІПК мають бути розроблені індивідуально ВІК.
...	...
22. Пацієнтів з інфекційними хворобами, які викликані мікроорганізмами з краплиним шляхом інфікування, слід розміщувати в одномісних кімнатах/палатах. В разі неможливості одномісного розміщення таких пацієнтів, заходи ІПК мають бути розроблені індивідуально КІК. Кожного ізольовані цієї категорії хворих можлива при дотриманні відстані між ліжками не менше одного метра і наявності ширми або іншого бар'єру між пацієнтами.	22. Пацієнтів з інфекційними хворобами, які викликані мікроорганізмами з краплиним шляхом інфікування, слід розміщувати в одномісних кімнатах/палатах. В разі неможливості одномісного розміщення таких пацієнтів, заходи ІПК мають бути розроблені індивідуально ВІК. Кожного ізольовані цієї категорії хворих можлива при дотриманні відстані між ліжками не менше одного метра і наявності ширми або іншого бар'єру між пацієнтами.
...	...
28. Проспективно визначити всіх пацієнтів, догляд за якими потребуватиме використання заходів захисту заснованих на недопущення інфікування, неможливо. Тому КІК, в залежності від місцевого контексту (наприклад, наявність сезонних спалахів, підвищений рівень захворюваності на певні інфекційні хвороби, можливість завезення інфекційних агентів через об'єкти транспортного сполучення), слід адаптувати та затвердити на рівні ЗОЗ або ЗСЗ заходи захисту, які мають бути застосовані в залежності від клінічних проявів (симптомів) інфекційного захворювання, що наведені в додатку 3 до цих Заходів.	28. Проспективно визначити всіх пацієнтів, догляд за якими потребуватиме використання заходів захисту заснованих на недопущення інфікування, неможливо. Тому ВІК, в залежності від місцевого контексту (наприклад, наявність сезонних спалахів, підвищений рівень захворюваності на певні інфекційні хвороби, можливість завезення інфекційних агентів через об'єкти транспортного сполучення), слід адаптувати та затвердити на рівні ЗОЗ або ЗСЗ заходи захисту, які мають бути застосовані в залежності від клінічних проявів (симптомів) інфекційного захворювання, що наведені в додатку 3 до цих Заходів.
...	...
30. Виключенням щодо необхідності дотримання заходів захисту заснованих на недопущенні інфікування можуть бути пацієнти з імунodefіцітом, в яких виділення інфекційного агенту може продовжуватися навіть після клінічного одужання. Тому підходи до ІПК щодо таких пацієнтів мають розроблятися індивідуально КІК.	30. Виключенням щодо необхідності дотримання заходів захисту заснованих на недопущенні інфікування можуть бути пацієнти з імунodefіцітом, в яких виділення інфекційного агенту може продовжуватися навіть після клінічного одужання. Тому підходи до ІПК щодо таких пацієнтів мають розроблятися індивідуально ВІК.
Розділ XI	
26. У випадку якщо повітряні заходи захисту не можуть бути реалізовані через обмеженість інженерних ресурсів (відсутня ІПІАІ), при виявленні пацієнта з аерогенною інфекцією слід дотримуватися наступної послідовності дій:	26. У випадку якщо повітряні заходи захисту не можуть бути реалізовані через обмеженість інженерних ресурсів (відсутня ІПІАІ), при виявленні пацієнта з аерогенною інфекцією слід дотримуватися наступної послідовності дій:

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
6) транспортування пацієнта має відбуватися з дотриманням вимог, які зазначені в пункті 2 розділу X цих Заходів.		6) транспортування пацієнта має відбуватися з дотриманням вимог, які зазначені в пункті 2 розділу VIII цих Заходів.	
XII. Заходи з ІІІК при проведенні догляду за пацієнтами, які потребують захисної ізоляції		XII. Заходи з ІІІК при проведенні догляду за пацієнтами, які потребують захисної ізоляції	
6. Інші види трансплантатів: одрім-адагеної, не-потребують-рутинного використання ІІЗП.		6. Ксено трансплантатія потребує використання суворої ізоляції у ПЗП у випадку появи у реципієнта глибокого інфекційного захворювання або виявлення у нього нового рекомбінантного мікроорганізму. Інші види трансплантатів не потребують рутинного використання ІІЗП.	

Додаток 1

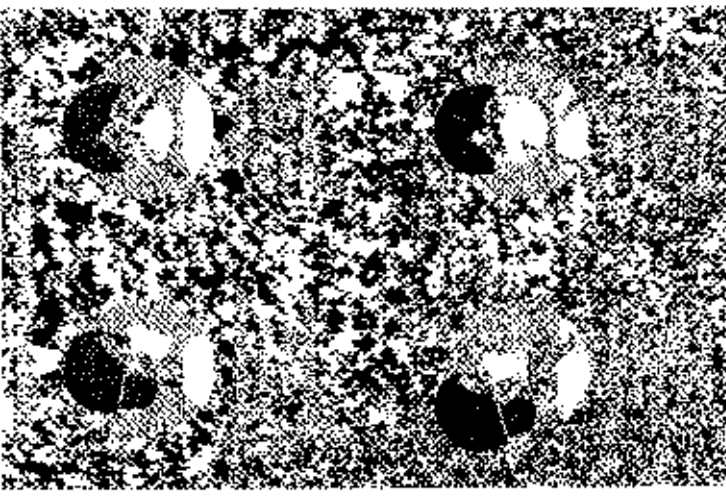
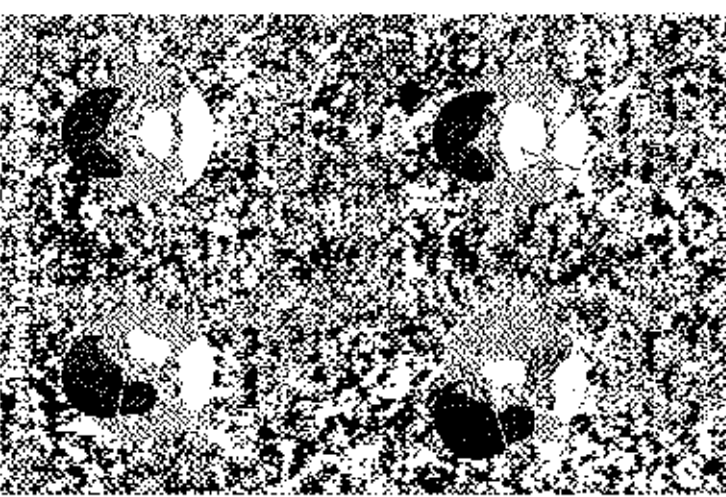
Sterptococcus species (стрептококи групи А) та інші інвазивні хвороби	Кращельні + стандартні	Протягом 24 годин після початку антибіотикотерапії	Можливі спалахи вторинних інвазивних хвороб серед пацієнтів і працівників ЗОЗ і ЗСЗ. Додайте контактні заходи захисту при догляді за ураженими інфекції з виділеннями. Слід провести постконтактну антибіотикопрофілактику, якщо це визначено ІІК.
Вірусні геморагічні гарячки (включно з гарячками Ласса, Ебола, Марбург, Крим-Конго)	Кращельні + контактні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби	Пацієнтів слід розмішувати в окремій кімнаті/палаті із санвузлом та дверима, які щільно закриваються. Медичні працівники мають дотримуватися: 1. безпеки при проведенні ін'єкцій і безпечних методів роботи; 2. гігієни рук; 3. надягати ЗІЗ для забезпечення захисту від крові та інших біологічних

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта	
Грип людський пацієнтний	Крательні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби (має визначатися лікуючим лікарем та епідеміологом КНЗ)	При вході в кімнату/палату пацієнта слід обов'язково надягати ЗІЗ очей (щиток або захисні окуляри). В разі використання ЗІЗ очей багаторазового використання, очищення і дезінфекцію необхідно проводити після кожного заходу в кімнату/палату у відповідності до
	При вході в кімнату/палату пацієнта слід обов'язково надягати ЗІЗ очей (щиток або захисні окуляри). В разі використання ЗІЗ очей багаторазового використання, очищення і дезінфекцію необхідно проводити після кожного заходу в кімнату/палату у відповідності до	При вході в кімнату/палату пацієнта слід обов'язково надягати ЗІЗ очей (щиток або захисні окуляри). В разі використання ЗІЗ очей багаторазового використання, очищення і дезінфекцію необхідно проводити після кожного заходу в кімнату/палату у відповідності до	При вході в кімнату/палату пацієнта слід обов'язково надягати ЗІЗ очей (щиток або захисні окуляри). В разі використання ЗІЗ очей

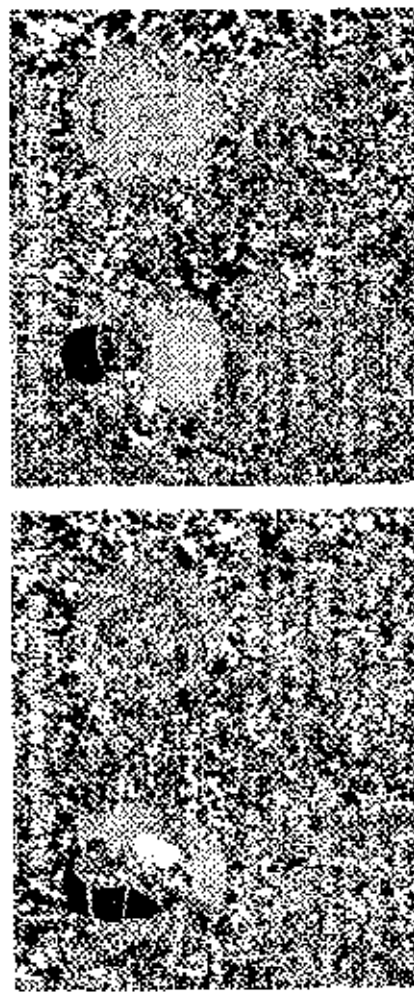
Грип людський пацієнтний	Крательні + стандартні	Протягом всього періоду хвороби (має визначатися лікуючим лікарем	При вході в кімнату/палату пацієнта слід обов'язково надягати ЗІЗ очей (щиток або захисні окуляри). В разі використання ЗІЗ очей
	При вході в кімнату/палату пацієнта слід обов'язково надягати ЗІЗ очей (щиток або захисні окуляри). В разі використання ЗІЗ очей багаторазового використання, очищення і дезінфекцію необхідно проводити після кожного заходу в кімнату/палату у відповідності до	При вході в кімнату/палату пацієнта слід обов'язково надягати ЗІЗ очей (щиток або захисні окуляри). В разі використання ЗІЗ очей багаторазового використання, очищення і дезінфекцію необхідно проводити після кожного заходу в кімнату/палату у відповідності до	При вході в кімнату/палату пацієнта слід обов'язково надягати ЗІЗ очей (щиток або захисні окуляри). В разі використання ЗІЗ очей

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства		Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта		
Грип пацієнтів	Повітряні крапельні	Протягом всього періоду хвороби (має визначатися лікуючим лікарем та епідеміологом КНЗ)	Протягом всього періоду хвороби (має визначатися лікуючим лікарем та епідеміологом ВІК)	багаторазового використання, очищення і дезінфекцію необхідно проводити після кожного заходу в кімнату/палату у відповідності до рекомендацій виробника. Проведення аерозольно-енергуючих процедур потребує повітряних заходів захисту.
	Повітряні	Повітряні заходи захисту слід використовувати в наступних випадках: проведення аерозольно-енергуючих процедур; прийом великої кількості пацієнтів з респіраторними симптомами (під час спалаху) в амбулаторно-поліклінічних умовах; проведення догляду за пацієнтами в кімнаті/палаті; транспортування пацієнта в кареті швидкої медичної допомоги.	Повітряні заходи захисту слід використовувати в наступних випадках: проведення аерозольно-енергуючих процедур; прийом великої кількості пацієнтів з респіраторними симптомами (під час спалаху) в амбулаторно-поліклінічних умовах; проведення догляду за пацієнтами в кімнаті/палаті; транспортування пацієнта в кареті швидкої медичної допомоги.	
Ротавірусна інфекція (дивись Rotavirus)				
Фурункульоз, викликаний стафілококами	Стандартні	Додайте контактні заходи захисту у випадку великої кількості гнійних виділень. Дотримуйтеся розроблених КНЗ заходів в разі виявлення МРЭС.	Ротавірусна інфекція (дивись Гастроентерити)	Додайте контактні заходи захисту у випадку великої кількості гнійних виділень. Дотримуйтеся розроблених

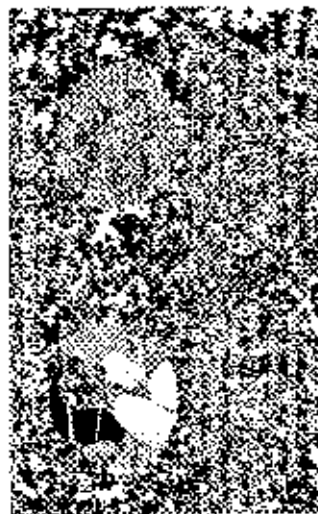
Зміст положення (форми) чинного акта законодавства	Зміст положення (форми) запропонованого проекту акта
Додаток 3 КІК ЗОЗ або ЗСЗ мають модифікувати і адаптувати дані заходи захисту у відповідності до місцевого контексту. З метою гарантування виконання емпіричних заходів захисту в ЗОЗ або ЗСЗ має бути впроваджена система навчання, підготовки і оцінювання. Емпіричні заходи захисту можуть бути змінені в разі появи нових більш ефективних підходів до ППК. Будь-які заходи захисту, підходи до реагування, склад команд реагування та відповідальні особи мають бути затверджені керівництвом ЗОЗ або ЗСЗ.	Додаток 3 ВІК ЗОЗ або ЗСЗ мають модифікувати і адаптувати дані заходи захисту у відповідності до місцевого контексту. З метою гарантування виконання емпіричних заходів захисту в ЗОЗ або ЗСЗ має бути впроваджена система навчання, підготовки і оцінювання. Емпіричні заходи захисту можуть бути змінені в разі появи нових більш ефективних підходів до ППК. Будь-які заходи захисту, підходи до реагування, склад команд реагування та відповідальні особи мають бути затверджені керівництвом ЗОЗ або ЗСЗ.
Додаток 4 ПІДХОДИ до запобігання інфікуванню кором в ЗОЗ та ЗСЗ Заходи по боротьбі з кором в ЗОЗ та ЗСЗ ... 5. Заходи з локалізації та боротьби із спалахом: 1) слід негайно повідомити КІК про можливий або підтверджений спалах кору; 2) КІК, із врахуванням місцевого контексту, має розробити план розміщення пацієнтів з кором (наприклад, госпіталізація виключно в ППАІ або когортна ізоляція); ... 7. Створити систему реагування: 1) слід впровадити механізми негайного інформування відповідального за ППК працівника (КІК та керівництво ЗОЗ або ЗСЗ) про посудження або звернення за медичною допомогою пацієнта з кором; ...	Додаток 4 ПІДХОДИ до запобігання інфікуванню кором в ЗОЗ та ЗСЗ Заходи по боротьбі з кором в ЗОЗ та ЗСЗ ... 5. Заходи з локалізації та боротьби із спалахом: 1) слід негайно повідомити ВІК про можливий або підтверджений спалах кору; 2) ВІК, із врахуванням місцевого контексту, має розробити план розміщення пацієнтів з кором (наприклад, госпіталізація виключно в ППАІ або когортна ізоляція); ... 7. Створити систему реагування: 1) слід впровадити механізми негайного інформування відповідального за ППК працівника (ВІК та керівництво ЗОЗ або ЗСЗ) про посудження або звернення за медичною допомогою пацієнта з кором; ...
Додаток 5	Додаток 5

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проєкту акта
ПДХОДЯ одягання і зняття ЗІЗ Послідовність та правила одягання ЗІЗ   	ПДХОДИ одягання і зняття ЗІЗ Послідовність та правила одягання ЗІЗ   
Послідовність та правила зняття ЗІЗ (варіант 1)	Послідовність та правила зняття ЗІЗ (варіант 1)

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства



Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта



Додаток 7

ОРГАНІЗАЦІЯ

профілактики травматичного пошкодження голокми в ЗОЗ та ЗСЗ

2. Медичні працівники з метою захисту себе і своїх колег від уколів голкою:

1) повинні уникати використання голок за наявності безпечних і ефективних альтернатив;

Додаток 7

ОРГАНІЗАЦІЯ

профілактики травматичного пошкодження голками в ЗОЗ та ЗСЗ

2. Медичні працівники з метою захисту себе і своїх колег від уколів голкою:

1) повинні уникати використання голок за наявності безпечних і ефективних альтернатив;

Зміст положення (норми) чинного акта законодавства	Зміст положення (норми) запропонованого проекту акта
2) повинні надавати інформацію КНЄ або керівнику ЗОЗ/ЗСЗ щодо наявності медичних інструментів і обладнання із системами безпеки;	2) повинні надавати інформацію ВІК або керівнику ЗОЗ/ЗСЗ щодо наявності медичних інструментів і обладнання із системами безпеки;
...	...
9) повинні повідомляти КНЄ або керівництво ЗОЗ/ЗСЗ щодо ризиків ушкоду голою чи іншими гострими предметами, які виявлені під час виконання функціональних обов'язків;	9) повинні повідомляти ВІК або керівництво ЗОЗ/ЗСЗ щодо ризиків ушкоду голою чи іншими гострими предметами, які виявлені під час виконання функціональних обов'язків;
...	...
Додаток 8 РЕКОМЕНДАЦІЇ щодо очищення і дезінфекції в ЗОЗ та ЗСЗ	Додаток 8 РЕКОМЕНДАЦІЇ щодо очищення і дезінфекції в ЗОЗ та ЗСЗ
4. Очищення і дезінфекція поверхонь внутрішнього середовища ЗОЗ або ЗСЗ:	4. Очищення і дезінфекція поверхонь внутрішнього середовища ЗОЗ або ЗСЗ:
...	...
3) слід проводити дезінфекцію поверхонь внутрішнього середовища ЗОЗ або ЗСЗ планово, в залежності від профілю ЗОЗ або ЗСЗ, можливих інфекційних агентів, епідемічної ситуації тощо; частоту планової дезінфекції визначає КНЄ (наприклад, один раз на добу або один раз на три доби);	3) слід проводити дезінфекцію поверхонь внутрішнього середовища ЗОЗ або ЗСЗ планово, в залежності від профілю ЗОЗ або ЗСЗ, можливих інфекційних агентів, епідемічної ситуації тощо; частоту планової дезінфекції визначає ВІК (наприклад, один раз на добу або один раз на три доби);
...	...
9) слід проводити дезінфекцію горизонтальних поверхонь в ЗОЗ або ЗСЗ (наприклад, процедурних століків, ліжок пацієнтів) планово, в залежності від профілю ЗОЗ або ЗСЗ, можливих інфекційних агентів, епідемічної ситуації тощо; частоту планової дезінфекції визначає КНЄ (наприклад, один раз на добу або один раз на три доби);	9) слід проводити дезінфекцію горизонтальних поверхонь в ЗОЗ або ЗСЗ (наприклад, процедурних століків, ліжок пацієнтів) планово, в залежності від профілю ЗОЗ або ЗСЗ, можливих інфекційних агентів, епідемічної ситуації тощо; частоту планової дезінфекції визначає ВІК (наприклад, один раз на добу або один раз на три доби);
...	...
Порядок проведення епідеміологічного нагляду та кором, краснухою та синдромом врожденної краснухи, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 квітня 2019 року № 954, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20 травня 2019 року за № 519/33490	Порядок проведення епідеміологічного нагляду та кором, краснухою та синдромом врожденної краснухи, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 квітня 2019 року № 954, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20 травня 2019 року за № 519/33490
VII. Заходи під час спалаху кору та краснухи	VII. Заходи під час спалаху кору та краснухи
17. Хворі на кору, краснуху або особи з підозрою на ці захворювання підлягають обов'язковій ізоляції за умови надання:	Відсутній
1) важкий клінічний перебіг захворювання;	Відсутній
2) неможливо відформувати захворювання - особи з дитячих організованих колективів або дітей та осіб, які перебувають з ними в догляді;	Відсутній

[illegible]

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України

_____ № _____

ІНСТРУКЦІЯ

**з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони
здоров'я та установах/закладах надання соціальних
послуг/соціального захисту населення**

І. Загальні положення

1. Ця Інструкція визначає порядок організації гігієни рук і спрямована на оптимізацію заходів щодо запобігання появи та поширення в закладах охорони здоров'я та серед фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, закладах громадського здоров'я (далі – ЗОЗ), установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення (далі – ЗСЗ) інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, та мікроорганізмів із антимікробною резистентністю.

Ця Інструкція не застосовується для фармацевтичних (аптечних) закладів, центрів медичної статистики та автопідприємств санітарного транспорту.

2. Ця Інструкція є обов'язковою для ЗОЗ і ЗСЗ незалежно від форм власності та їх відомчого підпорядкування, крім зазначених у абзаці другому пункту 1 цієї Інструкції.

3. Відповідальними за виконання цієї Інструкції у ЗОЗ, ЗСЗ є його керівник, у структурних підрозділах ЗОЗ, ЗСЗ – відділ з інфекційного контролю (далі – ВІК) та керівники структурних підрозділів.

4. У цій Інструкції терміни та умовні скорочення вживаються у такому значенні:

антисептик для рук – спиртовмісний дезінфекційний засіб (рідина, гель або піна), що застосовується для нанесення на шкіру рук з метою знищення мікроорганізмів;

гігієнічна обробка рук – обробка рук шляхом втирання антисептика для рук в шкіру рук;

диспенсер – пристрій для контрольованої видачі речовини або рідини заданою кількістю, об'ємом або вагою;

зацікавлена сторона – людина, посадова особа, група осіб, організація або її структурний підрозділ, що зацікавлені у певному рішенні щодо впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю, включаючи тих, на кого буде прямо чи опосередковано чинитися вплив;

зворотній зв'язок – повідомлення у будь-якій формі, які людина (працівник) або організація, її структурний підрозділ посилає у відповідь на повідомлення іншої людини (працівника) або організації, її структурного підрозділу;

культура безпеки – продукт індивідуальних та групових цінностей, відносин, уявлень, компетенцій і моделей поведінки, які визначають прихильність, стиль та майстерність управління організацією в області охорони здоров'я та безпеки. Організації із позитивною культурою безпеки характеризуються комунікаціями, що базуються на взаємній довірі, суільному сприйнятті важливості безпеки, а також впевненістю у ефективності превентивних заходів. Впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю є складовою культури безпеки ЗОЗ;

лідер думки – людина, що володіє здатністю впливати на думки і поведінку інших;

чемпіон – людина, що активно підтримує нововведення і чий вплив є критичною рушійною силою для успіху впровадження;

АМР – антимікробна резистентність;

ІПНМД – інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги;

ММС – мультимодальна стратегія;

ІНК – профілактика інфекцій та інфекційний контроль.

Інші терміни у цій Інструкції вживаються у значеннях, наведених в Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про соціальні послуги», «Про охорону дитинства» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я і надання соціальних послуг.

5. ММС з покращення гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ є частиною комплексного підходу для зниження розповсюдженості ІПНМД та АМР. Її впровадження відіграє ключове значення для досягнення безпеки пацієнтів.

6. ММС з покращення гігієни рук складається із наступних основних компонентів:

1) зміни в системі:

забезпечення наявності інфраструктури, що дозволяє працівникам дотримуватися гігієни рук;

доступ до централізованого водопостачання, мила і одноразових паперових рушників;

доступ до антисептику для рук в точці догляду;

2) навчання і підготовка – забезпечення регулярних навчань і практичної підготовки з правил і практик гігієни рук відповідно до додатку 1 до цієї Інструкції, ССП, розробленої відповідно до додатку 2 до цієї Інструкції;

3) нагадування на робочому місці – нагадування працівникам ЗОЗ/ЗСЗ про важливість гігієни рук, показання і процедури для її виконання;

4) моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок – моніторинг дотримання рекомендованих практик та наявної інфраструктури, а також зворотній зв'язок, який полягає в розповсюдженні отриманих результатів та їх обговорення;

5) культура дотримання гігієни рук – створення середовища і сприйняття в колективі, які сприятимуть підвищенню обізнаності щодо проблем безпеки пацієнтів і гарантуватимуть постійне поліпшення або підтримання на високому рівні гігієни рук, у тому числі:

активну участь як на рівні ЗОЗ/ЗСЗ, так і на індивідуальному рівні працівника;

усвідомлення індивідуальної (працівника) та інституційної спроможності ЗОЗ/ЗСЗ до змін і покращення;

партнерство з пацієнтами, їх організаціями.

Культура дотримання гігієни рук є складовою культури безпеки ЗОЗ/ЗСЗ.

7. Діяльність із впровадження гігієни рук, оцінки і зворотного зв'язку мають періодично переглядатися (із урахуванням новітніх даних), повторюватися (при відсутності позитивних зрушень або при поверненні до відправної точки) та стати частиною заходів із покращення якості надання медичної допомоги/соціальних послуг з догляду. Покращення в сфері гігієни рук не може бути обмеженим у часі, тому моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок, навчання і підготовка, нагадування про необхідність дотримання практик повинні впроваджуватися в ЗОЗ/ЗСЗ постійно.

8. Розробка та впровадження заходів з покращення гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ здійснюється ВІК відповідно цієї Інструкції. Штатні працівники ВІК виконують функції координатора з гігієни рук, його заступника(-ів), інструктора(-ів)/тренера(-ів) та спеціаліста зі збору та аналізу даних/статистика. Функції спостерігача(-ів)/дослідника(-ів) можуть виконувати працівники інших структурних підрозділів ЗОЗ/ЗСЗ та залучатися за потреби. Профіль та основні завдання працівників, які виконують зазначені функції наведено у додатку 3 до цієї Інструкції. Кількість працівників для впровадження заходів з покращення гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ визначається в залежності від розміру ЗОЗ/ЗСЗ та функціонального навантаження працівників.

Для фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики (далі – ФОП), створення ВІК або визначення працівників для виконання функцій координатора з гігієни рук, його заступника, інструктора/тренера та спеціаліста зі збору та аналізу даних/статистика є обов'язковим, може здійснюватися на добровільних засадах з урахуванням розміру

організованої ними медичної практики. ФОП зобов'язані виконувати правила і практики гігієни рук відповідно до додатку І до цієї Інструкції.

ВІК створюється відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № __ ____, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____.

9. Координацію заходів з покращення гігієни рук у адміністративно-територіальних одиницях здійснює регіональний координатор з гігієни рук, який є координатором з гігієни рук закладу громадського здоров'я у відповідній адміністративно-територіальній одиниці.

II. Зміни в системі

1. Дотримання гігієни рук можливе лише в тому випадку, якщо ЗОЗ/ЗСЗ забезпечує необхідну інфраструктуру і постійну наявність витратних матеріалів для гігієни рук. Тому для надійного та постійного дотримання працівниками гігієни рук, керівництво ЗОЗ/ЗСЗ має забезпечити:

1) раковини для миття рук із доступом до проточної води в кожному приміщенні, де проводяться догляд за хворими, інструментальні дослідження та інвазивні процедури;

2) рідке мило;

3) одноразові паперові рушники;

4) антисептик для рук.

2. Антисептик для рук повинен відповідати Державним стандартам України, які затверджуються національним органом стандартизації, добре переноситися працівниками та підбиратися з урахуванням його вартості таким чином, щоб забезпечити достатню його кількість.

3. Диспенсери мають бути встановлені поблизу точок догляду, бути справними, надійними і заповненими милом/антисептиком для рук. Слід обов'язково дотримуватися рекомендацій щодо безпечного повторного використання дозатору, які зазначені в інструкції до виробу.

4. Кипилькові смістості з антисептиком для рук можуть використовуватися лише у випадках або у підрозділах, де існує потенційний ризик вживання антисептика для рук пацієнтами як алкогольного напою.

5. Для забезпечення зміни в системі у ЗОЗ/ЗСЗ проводяться наступні оцінки:

1) інфраструктури і ресурсів для гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ відповідно до протоколу, наведеного у додатку 4 до цієї Інструкції;

2) потреби у антисептику для рук та витрат на нього відповідно до протоколу, наведеного у додатку 5 до цієї Інструкції;

3) використання засобів для гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ відповідно до протоколу, наведеного у додатку 6 до цієї Інструкції;

4) переносимості і прийнятності антисептику для рук, що використовується або планується до використання у ЗОЗ/ЗСЗ відповідно до протоколу, наведеного у додатку 7 до цієї Інструкції.

Зазначені оцінки можуть проводитись:

на початку впровадження заходів із покращення гігієни рук;

для вдосконалення впроваджених заходів з гігієни рук;

після зміни в інфраструктурі ЗОЗ/ЗСЗ (наприклад, після ремонту або переобладнання приміщень, добудови нового корпусу).

Оцінки проводяться із залученням спостерігачів/дослідників, які проводять збір даних відповідно до затверджених форм протоколів оцінок.

6. У випадку, коли ЗОЗ/ЗСЗ має серйозні недоліки в інфраструктурі для змін в системі (відсутні або наявні в недостатній кількості раковини для миття рук, відсутня проточна вода, відсутнє або наявне в недостатній кількості рідке мило та/або одноразові паперові рушники) необхідно провести оцінку наявної інфраструктури і ресурсів відповідно до протоколу, наведеного у додатку 4 до цієї Інструкції, та обговорення її результатів із керівником ЗОЗ/ЗСЗ, визначити необхідність дотримання рекомендацій щодо співвідношення раковини/кількість ліжок для пацієнтів 1 до 10 та постійного забезпечення проточною водою, рідким милом і одноразовими паперовими рушниками.

У разі недоступності у ЗОЗ/ЗСЗ антисептику для рук:

провести оцінку потреби у антисептику для рук та витрат на нього відповідно до протоколу, наведеного у додатку 5 до цієї Інструкції;

перевіряти переносимість і прийнятність антисептиків для рук, використовуючи метод 1 протоколу оцінки переносимості і прийнятності антисептику для рук, що використовується або планується до використання у ЗОЗ/ЗСЗ, наведеного у додатку 7 до цієї Інструкції.

Для прийняття рішення щодо закупівлі антисептику для рук в ЗОЗ/ЗСЗ враховуються такі критерії як доступність на ринку, переносимість шкірою рук та вартість.

7. У випадку, коли ЗОЗ/ЗСЗ почав реалізовувати заходи з гігієни рук, але показники успіху відповідно до пункту 11 розділу V цієї Інструкції не були досягнуті необхідно:

1) визначити як засіб переноситься працівниками відповідно до додатку 7 до цієї Інструкції;

2) розглянути питання вибору іншого продукту;

3) використовуючи протокол оцінки інфраструктури і ресурсів (додаток 4 до цієї Інструкції), визначити як і в яких умовах використовуються засоби для гігієни рук (на постійній основі чи лише в окремих ситуаціях), чи розміщені засоби для гігієни рук в усіх точках догляду;

4) забезпечити наявність засобів для гігієни рук в усіх точках догляду (наприклад, диспенсери знаходяться біля кожного ліжка хворого, а не біля входу до палати; наявні дозатори різних видів – настінні, кишенькові, прикріплені до меблів; співвідношення раковина/ліжка для пацієнта більше або дорівнює 1:10);

5) сприяти забезпеченню достатнього річного бюджету для закупівлі засобів для гігієни рук, із розрахунку, що засоби для гігієни рук мають бути доступні в кожному підрозділі та цілодобово.

8. У випадку, коли в ЗОЗ/ЗСЗ досягли успіхів у впровадженні гігієни рук для підтримки зміни в системі необхідно:

1) сфокусувати основну увагу на продовженні і вдосконаленні досягнутого (формування культури гігієни рук);

2) проводити оцінки наявної інфраструктури і ресурсів, переносимості і прийнятності антисептиків для рук (додатки 4, 7 до цієї Інструкції) відповідно до затверджених планів-графіків (додаток 8, 9 до цієї Інструкції) з метою виявлення на постійній основі недоліків;

3) виділяти відповідний річний бюджет для забезпечення ресурсами для гігієни рук всіх підрозділів у будь-який час.

III. Навчання і підготовка

1. Для впровадження покращення гігієни рук всі працівники ЗОЗ/ЗСЗ мають пройти курс з навчання і підготовки щодо правил і практик гігієни рук (додаток 1 до цієї Інструкції), який розробляється ВІК (координатором з гігієни рук).

2. Навчання і підготовка повинні проводитись ВІК (координатором з гігієни рук, інструкторами/тренерами з гігієни рук, координатором з навчання і підготовки з ІШК) регулярно (включно із обов'язковим навчанням для нових працівників), включати перевірку знань і практик, спонукати до поведінкових і культурних змін, а також гарантувати, що компетентність глибоко укорінилася і підтримується всіма працівниками ЗОЗ/ЗСЗ у відношенні гігієни рук.

3. Викладач (координатор навчання і підготовки з ІШК, координатор з гігієни рук, тренер/інструктор) має користуватися чіткими формулюваннями, що закриті для особистої інтерпретації, з орієнтованим на працівника стандартизованим підходом.

4. За результатами навчання кожен працівник ЗОЗ/ЗСЗ повинен мати щонайменше базовий рівень знань із гігієни рук для формування безпечного середовища в ЗОЗ/ЗСЗ.

5. Навчання і підготовку мають пройти інструктори/тренери, спостерігачі або дослідники та працівники. Для їх навчання необхідно використовувати низхідний підхід, при якому координатор з гігієни рук разом із зацікавленими сторонами визначають осіб, що стануть інструкторами (тренерами) і спостерігачами.

6. Навчання і підготовка тренера має бути проведена координатором з гігієни рук (при наявності підготовки і досвіду) або спеціалізованим закладом (заклад освіти або тренінговий центр). Аналогічно, спостерігачі або дослідники повинні пройти курс навчання, однак, особлива увага при їхній підготовці має приділятися

правильному використанню протоколів для оцінки (додатки 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12 до цієї Інструкції).

7. Плани навчання і підготовки працівників з гігієни рук розробляються і затверджуються на етапі першого кроку відповідно до розділу VII цієї Інструкції та включають інформацію про кількість виділеного часу, конкретні клінічні/практичні умови, в яких вони будуть проводитися, та пріоритетні напрями (наприклад, профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку).

8. Базові навчальні програми для інструкторів, спостерігачів і працівників мають включати:

- 1) основи інфекційної безпеки пацієнтів;
- 2) визначення, вплив та розповсюдженість ПІІМД;
- 3) основні шляхи передавання патогенів, що пов'язані із наданням медичної допомоги, із акцентуацією уваги на контактному (через руки) шляху інфікування;
- 4) профілактика ПІІМД і роль гігієни рук в ній;
- 5) правила і практики з гігієни рук, наведені у додатку I до цієї Інструкції;
- 6) додаткові заняття мають бути присвячені спостерігачам (проведення тренінгів з протоколів для оцінки).

9. ЗОЗ/ЗСЗ необхідно запровадити систему перевірки компетентності всіх працівників після проведеного навчання. Це може мати форму щорічного навчального курсу або практичного демонстративного семінару з гігієни рук із наступним тестуванням або перевіркою практичних навичок.

10. Результат проведеного оцінювання з гігієни рук також може бути використаний як:

- 1) підстава для допуску/не допуску до виконання своїх функціональних обов'язків нових медичних працівників (при працевлаштуванні, після випробувального терміну);
- 2) показник відповідності займаній посаді або компетентності працівника.

11. В ЗОЗ/ЗСЗ, де навчання і підготовка з гігієни рук проводиться недостатньо або не проводиться взагалі, потрібно розробити відповідний план дій, який буде включати:

- 1) визначення особи, відповідальної за розробку або доопрацювання навчальних програм;
- 2) визначення процедур та критеріїв підбору майбутніх інструкторів/тренерів та спостерігачів;
- 3) пріоритетні групи працівників, які мають пройти навчання і підготовку;
- 4) строки початку і закінчення навчання інструкторів, спостерігачів та працівників;
- 5) затвердження графіків навчання і підготовки;
- 6) виділений бюджет на проведення навчання і підготовки.

12. В ЗОЗ/ЗСЗ, де проводиться базова підготовка працівників з часом виникає необхідність ввести нові заходи для поступового формування культури дотримання гігієни рук. В цьому випадку в ЗОЗ/ЗСЗ можуть проводитись такі додаткові дії:

- 1) постійне (безперервне) навчання всіх працівників в ЗОЗ/ЗСЗ із щорічною перевіркою їх компетентності;
- 2) підготовка нових тренерів та спостерігачів;
- 3) проведення навчання і підготовки, спираючись на зворотній зв'язок (дані перевірок компетентності та дані проведених системних самооцінок з ПШК (для ЗОЗ) відповідно до додатку 4 до Порядку впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____);
- 4) перегляд та оновлення відповідно до нових даних навчальних програм (не менше одного разу на рік);
- 5) обмін досвідом із іншими ЗОЗ/ЗСЗ та публікація досягнень;

6) регулярний перегляд і оновлення планів дій із урахуванням зворотного зв'язку.

IV. Нагадування на робочому місці

1. Нагадування на робочому місці – найліпший спосіб звернути увагу працівників на важливість гігієни рук. Нагадування мають містити відповідні вказівки та процедури для їх виконання. Вони також є засобом інформування пацієнтів та їх родичів щодо якості догляду, яку вони повинні отримати від працівників ЗОЗ/ЗСЗ.

2. Інформаційні плакати є найпоширенішим типом нагадування. Інші типи нагадувань – кишенькові листівки, наклейки, які розміщені поряд із точками догляду, та позначки/малюнки, слогани щодо важливості гігієни рук (наприклад, «Помий руки - збережи життя»). Також рекомендовано використовувати мобільні технології, програмні продукти та комп'ютерні технології для спонукання до дотримання гігієни рук.

3. Розробка та розміщення інформаційних матеріалів повинні бути включені в плани дій ЗОЗ/ЗСЗ з покращення гігієни рук.

4. Інформаційні матеріали із зазначенням етапів та показань до проведення гігієни рук розміщуються у всіх підрозділах ЗОЗ/ЗСЗ та можуть стосуватися працівників, пацієнтів та інших відвідувачів ЗОЗ/ЗСЗ.

5. ЗОЗ/ЗСЗ, які починають впровадження гігієни рук і мають обмежені ресурси, забезпечують виконання наступних дій:

1) оцінка наявних ресурсів, що можуть бути використані для фінансування заходів з нагадування працівникам;

2) розробка макетів і визначення строків їх виробництва;

3) визначення наступних фінансових затрат та затвердження бюджету.

6. В ЗОЗ/ЗСЗ, де здійснюється впровадження покращення гігієни рук, забезпечується виконання наступних дій:

1) розгляд можливості адаптації інформаційних матеріалів до місцевого контексту ЗОЗ/ЗСЗ (наприклад, заміна фотографій або рисунків);

2) регулярні перевірки стану інформаційних матеріалів та їх заміну за необхідності;

3) розгляд можливості втілення ідей працівників ЗОЗ/ЗСЗ на інформаційних плакатах (наприклад, запросити дизайнера або художника);

4) використання інших видів нагадувань (наприклад, листівки або відсоролики).

V. Моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок

1. Моніторинг і оцінка є необхідним компонентом впровадження покращення гігієни рук. Безперервний моніторинг дозволяє визначити зміни, які набуті в процесі впровадження заходів з гігієни рук, та їх ефективність.

2. Шляхом проведення системного оцінювання відповідно до протоколу системної самооцінки гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ (додаток 12 до цієї Інструкції) визначається рівень гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ та області, що застосовують більш значних зусиль. Ця інформація використовується для корегування плану дій ЗОЗ/ЗСЗ з покращення гігієни рук.

3. В ЗОЗ/ЗСЗ необхідно проводити моніторинг наступних показників:

- 1) дотримання правил гігієни рук шляхом безпосереднього спостереження;
- 2) наявні інфраструктура і ресурси;
- 3) знання працівників щодо ПНМД та гігієни рук;
- 4) сприйняття працівниками гігієни рук та проблеми ПНМД;
- 5) використання засобів для гігієни рук.

4. Проведення початкової/базової оцінки важливе на кожному з етапів впровадження ММС покращення гігієни рук, але особливо у ЗОЗ/ЗСЗ, де системні заходи з гігієни рук реалізуються вперше. Така оцінка здійснюється для збору даних, які реально відображають ситуацію щодо поточного дотримання гігієни рук, знань, сприйняття та інфраструктури.

5. Після реалізації ЗОЗ/ЗСЗ плану дій (наприклад, річного) з метою відслідковування прогресу і підтвердження того, що впровадження ініціатив з

покращення гігієни рук призвело до зниження розповсюдженості ПІНМД, проводиться повторна оцінка. Повторні оцінки забезпечать послідовність, порівняння результатів та вимірювання прогресу.

6. Збір та аналіз даних -- важлива частина оцінки. У разі відсутності в ЗОЗ/ЗСЗ статистичного підрозділу, визначається працівник(-ки) для збору та аналізу даних відповідно до профілю у додатку 3 до цієї Інструкції.

7. Збір, аналіз даних та ведення звітності з впровадження компонентів ММС потребує забезпечення комп'ютерною технікою. Для збору даних можуть використовуватись як паперові так і електронні копії відповідних форм, комп'ютерні програмні інструменти.

8. Для кожної із анкет/опитувальників, які використовуються для оцінки, в ЗОЗ/ЗСЗ розробляється інструмент для введення і аналізу даних (наприклад, в базі даних ЗОЗ/ЗСЗ). Після введення інформації в узагальнену базу даних, друковані або електронні копії мають зберігатися у координатора з гігієни рук протягом одного року.

9. Зворотній зв'язок після проведеного оцінювання є обов'язковим етапом і робить таке оцінювання значимим. Результати проведеного оцінювання мають отримати всі зацікавлені сторони (у вигляді письмового чи електронного звіту, презентації під час навчання, під час робочої зустрічі тощо). Існують також інші способи зворотного зв'язку, тому в кожному із ЗОЗ/ЗСЗ обирається найбільш прийнятний спосіб.

10. Після проведеної базової оцінки в ЗОЗ/ЗСЗ, де системні заходи з покращення гігієни рук проводяться вперше, отримані дані будуть вказувати на проблеми у практиці гігієни рук, що застосовується, прогалини в знаннях або на погане сприйняття працівниками проблеми. В таких випадках результати оцінювання презентуються працівникам і використовуються для підвищення їх обізнаності та переконання у необхідності змін. Наступне оцінювання, що буде проведено після реалізації плану дій з покращення гігієни рук, має продемонструвати покращення і підтримати мотивацію до використання впроваджених практик. Ці дані також є важливими для визначення проблемних областей, в яких необхідні подальші зміни.

11. Ключовими показниками успіху ЗОЗ/ЗСЗ у впровадженні покращення гігієни рук є:

- 1) підвищення показника дотримання правил гігієни рук;

- 2) покращення інфраструктури гігієни рук;
- 3) збільшення використання засобів для гігієни рук;
- 4) покращення сприйняття гігієни рук працівниками;
- 5) покращення знань з гігієни рук;
- 6) покращення рівня ПІК (для ЗОЗ).

Оцінка показників здійснюється з використанням протоколів оцінки, наведених у додатках 4, 6, 11, 12 до цієї Інструкції та для ЗОЗ у додатку 4 до Порядку впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____.

VI. Культура дотримання гігієни рук

1. Створення культури безпеки в ЗОЗ/ЗСЗ є пріоритетом для всіх дій, спрямованих на підтримку гігієни рук, незалежно від рівня прогресу в ЗОЗ/ЗСЗ із впровадження заходів з гігієни рук.

2. На початковому етапі створюється мотивація дотримання гігієни рук. Керівники ЗОЗ/ЗСЗ і лідери думки залучаються до процесу планування заходів з гігієни рук на найбільш ранній стадії та беруть участь у подальшому процесі впровадження та після реалізації відповідного плану дій.

3. Для безперервного прогресу одночасно або в подальшому оцінюються і покращуються інші області безпеки пацієнтів, а культура безпеки має глибоко укорінитися в інституціональних традиціях і підходах ЗОЗ/ЗСЗ. Це потребує постійного прогресу в розробці систем для виявлення небажаних явищ і оцінки якості, при цьому гігієна рук залишається ключовим показником.

4. Пацієнти залучаються до формування інституційного середовища безпеки ЗОЗ/ЗСЗ. Обізнаність і сприйняття необхідності гігієни рук пацієнтами є важливими аспектами, що враховуються при розробці плану дій ММС з покращення гігієни рук. Мотивація працівників пацієнтами до виконання СОП сприятиме прискоренню реалізації зазначеного плану дій. Дотримання правил

гігієни рук сприяє формуванню довірчих відносин між пацієнтами і працівниками та робить перебування в ЗОЗ/ЗСЗ більш безпечним для пацієнтів і працівників.

5. У випадку, коли ЗОЗ/ЗСЗ починає впроваджувати покращення гігієни рук, необхідно:

1) визначити координатора з гігієни рук і, за необхідності, його команду;

2) координатору з гігієни рук:

підготувати ініціативи з покращення гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ;

визначити зацікавлені сторони в ЗОЗ/ЗСЗ та заручитися їхньою підтримкою (наприклад, отримати фінансування і кадрові ресурси, підтримку в організації навчальних заходів);

разом із керівником підрозділу, в якому впроваджується покращення гігієни рук, визначити щонайменше одного працівника (для кожного підрозділу), які пройнуть навчання і підготовку та стануть інструкторами (тренерами) і спостерігачем(ами) (перевага надається працівникам, які вже пройшли навчання з основних засад ГШК);

провести навчання і підготовку інструкторів і спостерігача(ів);

співпрацювати з громадськими об'єднаннями, що проводять діяльність у напрямку гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ;

3) почати із розміщення інформаційних стендів або плакатів для підвищення обізнаності працівників та відвідувачів ЗОЗ/ЗСЗ.

6. ЗОЗ/ЗСЗ, які реалізували п'ять послідовних річних планів дій із впровадження гігієни рук, необхідно:

1) підготувати довгостроковий план дій із зазначенням ключових завдань, що дозволять підтримувати культуру безпеки в ЗОЗ/ЗСЗ (із врахуванням гігієни рук);

2) включити оцінювання гігієни рук до інструментів визначення якості надання медичної допомоги;

3) встановити рівень самооцінки з гігієни рук, яких планується досягти в наступні декілька років, із урахуванням місцевого контексту;

4) розробити та затвердити систему заохочень та винагород для якнайкращого дотримання практики гігієни рук;

5) в співпраці із громадськими об'єднаннями розробити та запровадити програму інформування та популяризації гігієни рук на рівні ЗОЗ/ЗСЗ і регіональному/національному рівнях, яка може включати в себе наступне:

опитування пацієнтів для визначення їхнього відношення до гігієни рук та думок щодо можливого їх залучення до популяризації практик гігієни рук;

ініціацію до проваганди гігієни рук (наприклад, інформаційні стенди на вході у ЗОЗ/ЗСЗ);

навчання пацієнтів визначенню моментів, коли є необхідність працівнику провести гігієну рук.

VII. Етапи впровадження

1. Покроковий підхід допомагає розробити і спланувати покращення гігієни рук в хронологічному порядку та з раціональною послідовністю дій.

На початку ЗОЗ/ЗСЗ необхідно зосередитися на реалізації невеликих цілей із наступним поступовим розширенням. Мінімальні критерії, що необхідні для реалізації ММС з покращення гігієни рук, наведені в додатку 13 до цієї Інструкції.

2. Підготовчий етап (крок 1) забезпечує готовність ЗОЗ/ЗСЗ до початку впровадження покращення гігієни рук.

Цей крок включає:

1) отримання необхідних ресурсів (фінансових і кадрових), визначення та затвердження кандидатур координатора з гігієни рук та його помічників (інструкторів/тренерів і дослідників/спостерігачів, спеціаліста зі збору та аналізу даних), визначення індивідуальних завдань та очікуваних результатів;

2) планування із визначенням стратегії дій (примірний план дій з покращення гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ наведено у додатку 14 до цієї Інструкції):

складання плану реалізації кожного або лише декількох із основних компонентів ММС із покращення гігієни рук, із врахуванням місцевого контексту;

прийняття рішення про масштаби і ступінь реалізації (зосередитися на реалізації програми на рівні одного або декількох підрозділів, чи на рівні всього ЗОЗ/ЗСЗ);

3) узгодження заходів і дій з наявними людськими та фінансовими ресурсами. У випадках нестачі фінансових ресурсів проводиться економічний аналіз з метою визначення найбільш ефективного та економічно обґрунтованого шляху реалізації заходів;

4) навчання і підготовка тренерів та спостерігачів для проведення заходів, які пов'язані з навчанням і підготовкою, моніторингом і оцінкою;

5) ознайомлення з усіма протоколами для проведення оцінювання та зворотного зв'язку, розробка і затвердження плану проведення опитувань та оцінювань.

3. Для виконання підготовчого етапу (крок 1) залучаються:

1) керівник ВІК, фахівці/спеціалісти ВІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу);

2) координатор з гігієни рук та його заступник (за наявності);

3) інструктори/тренери з гігієни рук;

4) спостерігач(і)/дослідник(и) з гігієни рук;

5) спеціаліст зі збору та аналізу даних/статистик;

6) керівництво ЗОЗ/ЗСЗ (керівник і його заступник, заступник з медичних питань ЗОЗ/медичний директор);

7) керівники підрозділів та старші сестри медичні ЗОЗ, провідні спеціалісти;

8) структурний підрозділ із закупівель;

9) фармацевтичний/аптечний підрозділ (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу).

4. Тривалість підготовчого етапу (крок 1) може складати близько двох місяців (може бути зменшена, якщо в ЗОЗ/ЗСЗ вже впроваджувались системні заходи з гігієни рук, або збільшена, наприклад, в разі необхідності проведення навчання для координатора з гігієни рук).

5. Показниками виконання підготовчого етапу (кроку 1) є:

1) визначений координатор з гігієни рук, інструктори/тренери та спостерігачі, спеціаліст зі збору та аналізу даних;

2) визначені зацікавлені сторони для реалізації заходів із гігієни рук;

3) проведено аналіз ризиків реалізації ММС;

4) проведено аналіз бюджету;

5) план дій узгоджений із всіма зацікавленими сторонами та затверджений керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ;

6) інструктори/тренери і спостерігач(і)/дослідник(и) пройшли необхідні навчання і підготовку;

7) визначений постачальник засобів для гігієни рук, з ним укладений договір, в бюджеті ЗОЗ/ЗСЗ виділені кошти для виконання цього договору;

8) закуплені та наявні в достатній кількості витратні матеріали для гігієни рук, в тому числі антисептик для рук;

засоби для гігієни рук наявні у всіх точках догляду ЗОЗ/ЗСЗ.

6. На етапі базової оцінки (крок 2) проводиться оцінка практики гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ, сприйняття працівниками необхідності гігієни рук, знань працівників та наявних інфраструктури і ресурсів.

Цей крок включає:

1) оцінки наявної інфраструктури і ресурсів, сприйняття керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ і працівниками гігієни рук, дотримання правил гігієни рук працівниками, використання засобів для гігієни рук, переносимості і прийнятності антисептику для рук (додатки 4, 6, 7, 10, 11, до цієї Інструкції);

- 2) аналіз отриманих даних одразу після проведеного оцінювання;
- 3) оцінка результатів та перевірка їх достовірності;
- 4) формування звіту та його розповсюдження серед ключових зацікавлених сторін із впровадження гігієни рук;
- 5) планування та визначення дій, що будуть виконані на етапі реалізації, із врахуванням проведеного аналізу (наприклад, затвердження плану лекцій та практичних занять, визначення конкретних дій щодо покращення інфраструктури);
- 6) оцінка розповсюдженості ІПНМД за останні місяць або дванадцять місяців в ЗОЗ/ЗСЗ в цілому або у окремо взятому підрозділі;
- 7) завершення навчання інструкторів/тренерів;
- 8) перегляд навчальних матеріалів і підготовка додаткових навчальних матеріалів із включенням даних звіту за результатами оцінювання;
- 9) підготовка інформаційних матеріалів (стенди, плакати, листівки тощо), які будуть використані на етапі реалізації;
- 10) завершення закупівель антисептиків для рук;
- 11) підготовка до змін в практиці надання медичної допомоги (наприклад, встановлення раковин, диспенсерів для рідкого мила і антисептику для рук, закритих диспенсерів для одноразових паперових рушників).

7. Для виконання етапу базової оцінки залучаються наступні фахівці:

- 1) координатор з гігієни рук та його заступники (при наявності);
- 2) інструктори/тренери з гігієни рук;
- 3) спостерігачі з гігієни рук;
- 4) фармацевт аптечного підрозділу (для ЗОЗ);
- 5) фахівці підрозділу закупівель ЗОЗ/ЗСЗ;
- 6) працівники підрозділу статистики/спеціаліст зі збору та аналізу даних;

7) епідеміолог ВІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу).

8. Тривалість етапу базової оцінки (крок 2) може складати близько трьох місяців (може бути зменшена або подовжена в залежності від кількості підрозділів, в яких заплановане впровадження покращення гігієни рук). Примірний графік проведення базової оцінки наведено у додатку 8 до цієї Інструкції, вказані у ньому строки є орієнтовними і можуть бути скореговані в залежності від місцевого контексту.

9. Показниками виконання етапу базової оцінки (крок 2) є:

- 1) проведено базову оцінку інфраструктури і ресурсів;
- 2) проведено базову оцінку сприйняття гігієни рук серед керівництва та працівників ЗОЗ/ЗСЗ;
- 3) проведено базову оцінку використання засобів для гігієни рук;
- 4) проведено базову оцінку дотримання працівниками правил гігієни рук;
- 5) проведено базову оцінку знань працівників щодо гігієни рук;
- 6) отримані дані базових оцінок введені та проаналізовані, їх достовірність підтверджена;
- 7) забезпечена наявність антисептиків для рук в достатній кількості;
- 8) проведено оцінку переносимості і прийнятності антисептику для рук (метод 1 або 2);
- 9) інструктори/тренери з гігієни рук завершили навчання;
- 10) підготовлено інформаційні та навчальні матеріали з урахуванням результатів етапу базової оцінки (кроку 2).

10. Етап реалізації (крок 3) є ключовим етапом для досягнення покращення гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ і складається із дій, які були заплановані на підготовчому етапі (крок 1) та відкориговані після етапу базової оцінки (крок 2).

Цей етап включає наступне:

1) проведення офіційного заходу із залученням всіх співробітників ЗОЗ/ЗСЗ, для роз'яснення необхідності впровадження покращення гігієни рук і демонстрації прихильності керівництва ЗОЗ/ЗСЗ;

2) забезпечення доступності антисептиків для рук в усіх точках догляду у всіх підрозділах, де впроваджується покращення гігієни рук;

3) проведення оцінки переносимості і прийнятності антисептику для рук (додаток 7 до цієї Інструкції), якщо не була проведена на етапі базової оцінки;

4) розміщення інформаційних плакатів, бюлетенів і стендів, роздача листівок, розповсюдження інших інформаційних матеріалів щодо правил гігієни рук та необхідності їх дотримання;

5) організація навчальних занять для всіх працівників, які працюють в підрозділах та беруть участь у впровадженні покращення гігієни рук (проведення практичних занять, в тому числі біля ліжка хворого, лекцій, семінарів, тренінгів тощо);

6) оцінка знань працівників щодо гігієни рук, якщо не була проведена на етапі базової оцінки;

7) поточне оцінювання наявної інфраструктури і ресурсів, використання засобів для гігієни рук, дотримання правил гігієни рук (додатки 4, 6, 11 до цієї Інструкції) та знань працівників;

8) організація регулярних зустрічей для моніторингу реалізації заходів, обговорення поточної ситуації та корекції плану дій при необхідності.

11. Для успішного виконання етапу реалізації (крок 3) здійснюється координація дій наступних фахівців:

- 1) координатор з гігієни рук та його заступники (при наявності);
- 2) інструктори/тренери з гігієни рук;
- 3) спеціаліст зі збору та аналізу даних;
- 4) керівництво ЗОЗ/ЗСЗ;

- 5) керівники та старші сестри медичні підрозділів;
- 6) фахівці ВІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу);
- 7) керівник аптечного підрозділу (для ЗОЗ) і представник підрозділу закупівель;
- 8) представники громадських об'єднань (за згодою).

12. Тривалість етапу реалізації (крок 3) складас близько трьох місяців (може бути подовжена в залежності від кількості підрозділів, в яких заплановане впровадження покращення гігієни рук).

13. Показниками виконання етапу реалізації (кроку 3) є:

- 1) план дій, розроблений на етапі кроку 1 та скоригований на етапі кроку 2, використовується в процесі реалізації;
- 2) звіт (із обов'язковим зазначенням аналізу даних) за результатами базової оцінки направлений всім зацікавленим сторонам;
- 3) розміщені та розповсюджені інформаційні матеріали (плакати, стенди, бюлетені, листівки тощо);
- 4) розповсюджені навчальні матеріали (СОП, протоколи, відеоролики, статті тощо);
- 5) проведені навчання і підготовка;
- 6) проводяться щомісячні (в перший рік впровадження) або щоквартальні (в наступні роки) оцінки використання засобів для гігієни рук (додаток 6 до цієї Інструкції);
- 7) проведено оцінку переносимості і прийнятності антисептику для рук (додаток 7 до цієї Інструкції);
- 8) проводяться щомісячні (мінімум щорічні) оцінки дотримання працівниками правил гігієни рук (додаток 11 до цієї Інструкції);
- 9) проводяться регулярні озайомчі зібрання з питань впровадження покращення гігієни рук із залученням всіх зацікавлених сторін.

14. На етапі оцінки впливу (крок 4) здійснюється моніторинг та аналіз прогресу і підтвердження того, що реалізація заходів призводить до покращення гігієни рук. Всі заходи, які були розпочаті на етапі реалізації (крок 3), продовжуються на етапі оцінки впливу (крок 4), особлива увага приділяється зворотньому зв'язку, з метою продовження виконання плану дій та можливої його корекції.

Етап оцінки впливу включає наступне:

1) оцінка наявної інфраструктури і ресурсів, сприйняття керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ і працівниками гігієни рук, дотримання правил гігієни рук працівниками, використання засобів для гігієни рук (додатки 4, 6, 10, 11 до цієї Інструкції);

2) аналіз отриманих даних одразу після проведених оцінок;

3) оцінювання результатів оцінок та перевірка їх достовірності;

4) проведення заходів, які направлені на покращення гігієни рук та розпочаті на етапі реалізації (крок 3), у відповідності до потреб ЗОЗ/ЗСЗ і затвердженого плану дій.

Оцінки, які були проведені на етапі базової оцінки (крок 2), повторюються на етапі оцінки впливу (крок 4) у визначені планом терміни (визначається термін, який є достатнім для реалізації запланованого заходу). Оскільки такий моніторинг проводиться одразу після реалізації заходів, він визначає лише безпосередній вплив. Для оцінки довгострокового впливу проводиться аналіз на основі оцінок, проведених протягом періоду не менше п'яти років.

15. Для виконання етапу оцінки впливу (крок 4) залучаються наступні фахівці:

1) координатор з гігієни рук та його заступники (при наявності);

2) спостерігачі/дослідники з гігієни рук;

3) спеціаліст зі збору та аналізу даних;

4) працівник підрозділу закупівель;

5) фахівці ВІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу).

16. Тривалість етапу оцінки впливу складає близько двох місяців (може бути продовжена в залежності від кількості підрозділів, в яких відбувається впровадження покращення гігієни рук). У додатку 9 до цієї Інструкції наведено примірний план-графік проведення оцінки впливу впровадження покращення гігієни рук, вказані у ньому строки є орієнтовними і можуть корегуватися в залежності від місцевого контексту.

17. Показниками виконання етапу оцінки впливу (крок 4) є:

1) проведено оцінку наявної інфраструктури і ресурсів (додаток 4 до цієї Інструкції);

2) проведено оцінку сприйняття гігієни рук серед керівництва та працівників ЗОЗ/ЗСЗ (додаток 10 до цієї Інструкції);

3) оцінка використання засобів для гігієни рук проводиться щомісячно (на першому році впровадження) або щоквартально (у наступні роки) (додаток 6 до цієї Інструкції);

4) проведено оцінку дотримання працівниками правил гігієни рук (додаток 11 до цієї Інструкції);

5) проведено оцінку знань працівників щодо гігієни рук;

6) отримані дані оцінок введені та проаналізовані, їх достовірність підтверджена;

7) реалізація плану дій продовжується.

18. На етапі розробки довгострокового плану (крок 5) проводиться перегляд всіх проведених заходів з покращення гігієни рук, з метою розробки п'ятирічного плану дій для забезпечення подальшого прогресу і стійкого покращення гігієни рук. Довгостроковий план дій рекомендується розробляти не раніше, ніж через п'ять років від початку впровадження покращення гігієни рук. Розробка і наступна реалізація довгострокового плану дозволить забезпечити формування культури дотримання гігієни рук і, таким чином, культури безпеки в ЗОЗ/ЗСЗ.

19. Етап розробки довгострокового плану дій (крок 5) включає наступне:

1) аналіз результатів базової і наступних оцінок та оцінки впливу для досягнення ключових показників успіху, наведених в пункті 11 розділу V цієї Інструкції;

2) визначення областей, які потребують подальшого покращення;

3) підготовка звіту із детальним описом всього процесу впровадження, оцінкою впливу, зазначенням існуючих проблем та варіантів їх усунення;

4) визначення способу поширення результатів оцінки впливу (наприклад, направлення звіту в письмовій або електронній формі, організація зустрічі із запрошенням всіх зацікавлених сторін);

5) залучення керівництва ЗОЗ/ЗСЗ до розробки і реалізації довгострокового плану дій (заручення підтримкою для впровадження подальших заходів);

6) приведення у відповідність інфраструктури і ресурсів (в тому числі людських) до запланованих заходів із покращення гігієни рук;

7) підготовка, доопрацювання і затвердження довгострокового плану дій;

8) підготовка, доопрацювання і затвердження кошторису заходів;

9) зазначення в кошторисі заходів можливих непередбачуваних витрат із вказанням шляхів їх фінансування;

10) розробка та затвердження графіку проведення моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку;

11) розробка системи оцінки даних з метою координації планів дій, що реалізуються відповідно до ММС ПІК в ЗОЗ;

12) розробка та впровадження системи звітності у підрозділах, із зазначенням залучених співробітників, задач та протоколів моніторингу, графіку проведення оцінки та зворотного зв'язку;

13) створення або залучення зовнішньої моніторингової групи (громадські об'єднання, представники ВІК/координатор з гігієни рук іншого ЗОЗ/ЗСЗ тощо) для підтвердження достовірності даних оцінювання;

14) винайдення чемпіонів і лідерів думки та співпраця з ними;

15) розробка плану взаємодії із регіональними, національними та міжнародними організаціями, які займаються покращенням гігієни рук, з метою обміну досвідом і стимуляції розширення масштабів заходів, що реалізуються в ЗОЗ/ЗСЗ;

16) визначення способів комунікації та популяризації гігієни рук поза межами ЗОЗ/ЗСЗ (наприклад, засоби масової інформації).

20. Для розробки і реалізації довгострокового плану дій необхідна координація дій наступних фахівців:

- 1) координатор з гігієни рук та його заступники (при наявності);
- 2) інструктори/тренери з гігієни рук;
- 3) спостерігачі/дослідники з гігієни рук;
- 4) працівники підрозділу статистики/спеціаліст зі збору та аналізу даних;
- 5) керівники та старші сестри медичні підрозділів ЗОЗ /керівники підрозділів ЗСЗ;
- 6) керівництво ЗОЗ/ЗСЗ;
- 7) керівник, епідеміолог та спеціалісти ВІК (для ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну допомогу);
- 8) представники громадських об'єднань (за згодою).

21. Довгостроковий план дій може включати наступні заходи:

- 1) щодо зміни в системі:

складання графіку оцінок наявної інфраструктури і ресурсів через регулярні, заздалегідь визначені періоди часу, надання отриманої за результатами оцінок інформації зацікавленим сторонам і впровадження змін до плану дій при необхідності;

створення системи забезпечення постійної наявності і доступності засобів для гігієни рук, у тому числі антисептиків для рук, в усіх точках доступу ЗОЗ/ЗСЗ;

2) щодо навчання і підготовки:

розроблення плану дій для працівників з перевірки компетентності один одного після навчальних сесій (із обов'язковим зазначенням інструментів, які повинні використовуватися), впровадження, проведення періодичної оцінки правильності використання та ефективності такого плану дій;

створення системи пошуку нових інструкторів/тренерів та спостеріачів;

розроблення графіку регулярних зустрічей із працівниками ВІК та інструкторами/тренерами з гігієни рук задля перегляду та вдосконалення навчальних програм;

збір відгуків про способи подачі інформації, що використовуються, під час навчальних сесій для того щоб визначити найефективніші;

залучення зовнішніх консультантів задля проведення оцінки, вдосконалення та впровадження інноваційних методів до навчальної програми;

3) щодо нагадування на робочому місці:

збір пропозицій працівників ЗОЗ/ЗСЗ, громадських об'єднань щодо адаптації наявних та ідей для нових нагадувань на робочому місці і складання плану по їх розробці та виготовленню;

визначення працівників ЗОЗ/ЗСЗ, відповідальних за належний стан нагадувань на робочих місцях;

4) щодо моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку:

підготовка плану щомісячного моніторингу наявної інфраструктури і ресурсів та дотримання правил гігієни рук працівниками в підрозділах ЗОЗ/ЗСЗ;

підготовка плану періодичної оцінки знань та сприйняття серед працівників щодо гігієни рук у відповідності до графіку проведення навчальних сесій;

регулярне звітування про результати проведених оцінок всім зацікавленим сторонам із обов'язковим зазначенням покращень, які були досягнуті;

проведення моніторингу розповсюдженості ПНМД в ЗОЗ;

проведення щорічного аналізу динаміки показників розповсюдженості ІШМД у тих підрозділах ЗОЗ, в яких впроваджено покращення гігієни рук;

створення системи безперервного обліку та звітності (щомісячне оцінювання) щодо використання засобів для гігієни рук, особливо антисептиків для рук, для розрахунку щорічних тенденцій;

5) щодо культури дотримання гігієни рук:

включення оцінки дотримання правил гігієни рук в список показників для визначення якості надання медичних послуг (наприклад, шляхом підготовки мотиваційного листа із довідковою інформацією щодо необхідності дотримання гігієни рук, планами заходів, результатами проведених оцінок і потенційних переваг наявності відповідних показників серед показників якості);

створення системи розробки, перегляду і затвердження щорічних планів дій ЗОЗ/ЗСЗ із врахуванням думки пацієнтів, їх громадських об'єднань, визначенням способів оприлюднення рекомендацій, пропозицій та затверджених планів;

затвердження графіку презентацій та/або відкритих нарад із участю громадських об'єднань, для їх сприяння формуванню культури безпеки в ЗОЗ/ЗСЗ;

створення системи мотивацій для працівників.

22. Тривалість етапу розробки довгострокового плану (крок 5) складає близько двох місяців (може бути подовжена в залежності від місцевого контексту).

23. Показниками виконання етапу розробки довгострокового плану (крок 5) є:

1) проведений аналіз оцінок та оцінки впливу;

2) затверджено графік проведення зустрічей із всіма зацікавленими сторонами для обговорення поточної ситуації щодо гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ;

3) області, що потребують подальшого вдосконалення, визначені, а методи усунення проблем затверджені (в тому числі заплановано фінансування);

4) визначені та використовуються на постійній основі методи зворотного зв'язку із всіма зацікавленими сторонами;

5) розроблений та затверджений довгостроковий план дій (або плани дій, у разі впровадження в окремих підрозділах) із зазначенням графіку проведення оцінювання і наступного можливого перегляду;

6) кошторис запланованих заходів затверджений і в ньому зазначені шляхи фінансування в разі появи неочікуваних витрат;

7) дати проведення зустрічей в наступному році заплановані та доведені до відома всіх зацікавлених сторін.

24. Популяризація і моніторинг гігієни рук не повинні завершуватися після реалізації заходів відповідно до планів дій – після виконання плану дій на відповідний період має виконуватись план дій на наступний період.

25. Стратегія покращення гігієни рук не може залишатися незмінною, її потрібно оновлювати через певні проміжки часу або після отримання нових наукових (доказових) даних. При внесенні змін, відповідно до довгострокового плану дій, весь цикл заходів необхідно повторювати протягом мінімум п'яти років із використанням покрокового підходу відповідно до цього розділу.

**Генеральний директор Директорату громадського
здоров'я та профілактики захворюваності**

І. Руденко

Додаток 1
до Інструкції з впровадження
покращення гігієни рук в
закладах охорони здоров'я та
установах/закладах надання
соціальних послуг/соціального
захисту населення
(пункт 2 розділу I, підпункт 2
пункту 6 розділу I, пункт 8
розділу I, пункт 1 розділу III,
підпункт 5 пункту 8 розділу III)

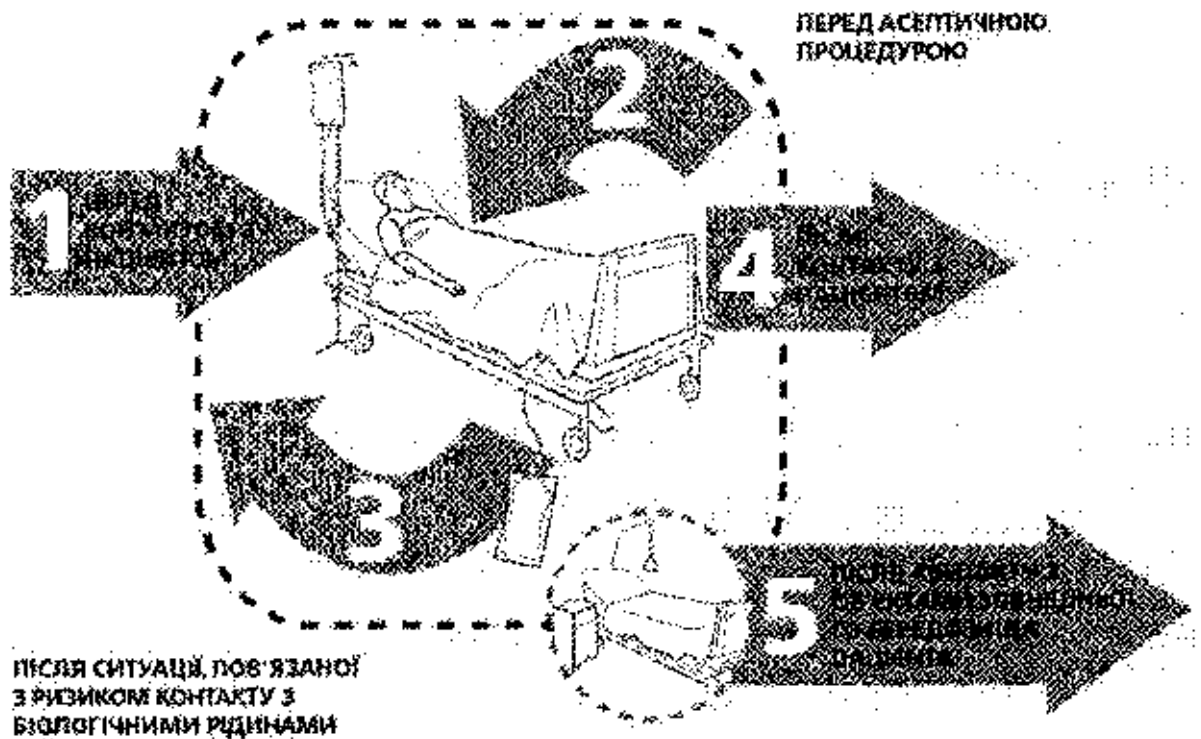
Правила і практики гігієни рук

I. Показання і способи гігієни рук

1. П'ять показань до проведення гігієнічної обробки рук.

Дотримуватися гігієнічної обробки рук необхідно за всіх зазначених на Схемі 1 показань, незалежно від того, використовуються рукавички чи ні (якщо використовуються рукавички, гігієнічна обробка рук проводиться виключно після їх зняття).

Схема 1. П'ять показань до проведення гігієнічної обробки рук



2. Руки стають факторами передавання в наступних випадках:

- 1) при догляді за одним пацієнтом у випадках переносу із однієї ділянки шкіри до іншої (ділянка А пацієнта – руки працівника – ділянка Б пацієнта);
- 2) при догляді за декількома пацієнтами – від одного пацієнта до іншого (пацієнт А – руки працівника – пацієнт Б);
- 3) при контакті із об'єктами навколишнього середовища, що забруднені мікроорганізмами (об'єкт навколишнього середовища – руки працівника – пацієнт або пацієнт – руки працівника А – об'єкт навколишнього середовища – руки працівника Б – пацієнт);
- 4) при контакті брудними (контамінованими мікроорганізмами) руками із медичним обладнанням (наприклад, інструментарієм) та лікарськими засобами (руки працівника – інструментарій – пацієнт).

3. Показання до практики з гігієнічної обробки рук:

- 1) до контакту із пацієнтом;
- 2) до асептичних процедур;
- 3) після ситуації, що пов'язана із ризиком контакту/контактом з біологічними рідинами;
- 4) після контакту із пацієнтом;
- 5) після контакту із об'єктами внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ, що перебувають у безпосередній близькості із пацієнтом.

4. Необхідно дотримуватися наступних вимог:

- 1) до контакту із пацієнтом:
гігієнічна обробка рук призначена для захисту (запобігання інфікуванню/колонізації) пацієнта від потенційно небезпечних мікроорганізмів, які знаходяться на руках працівників;

після виконання практики гігієнічної обробки рук заборонено торкатися до будь-яких об'єктів внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ;

якщо контакт із пацієнтом потребує одягання рукавичок, гігієнічна обробка рук проводиться до їх одягання (рукавички одягаються на повністю висохлі руки, після одягання рукавичок заборонено торкатися до будь-яких об'єктів внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ).

Наступні ситуації є обов'язковими для виконання практики гігієнічної обробки рук до контакту із пацієнтом:

- перед рукоюстисканням та перед тим, як доторкнутися до дитини;
- перед тим, як допомогти пацієнту провести особисту гігієну, прийняти їжу, одягнутися, прийняти ванну тощо;
- перед наданням допомоги неінвазивними видами лікування (наприклад, застосування кисневої маски, проведення масажу);

перед проведенням неінвазивного фізикального обстеження: вимірювання пульсу та артеріального тиску, аускультация органів грудної клітини, запис ЕКГ тощо;

2) до асептичних процедур:

гігієнічна обробка рук призначена для захисту від проникнення в організм пацієнта потенційно небезпечних мікроорганізмів, в тому числі через опосередкований контакт при забрудненні (контамінації мікроорганізмами) стерильних об'єктів внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ (обладнання, інструментарію, матеріалів, лікарських засобів тощо);

практику з гігієнічної обробки рук необхідно виконувати безпосередньо перед контактом з біотопами, з якими пов'язаний ризик інфікування пацієнта (наприклад, слизові оболонки, пошкоджена шкіра, інвазивний медичний пристрій).

Наступні ситуації є обов'язковими для виконання практики гігієнічної обробки рук до асептичної процедури:

перед чищенням зубів пацієнта, закапуванням очних крапель, перед проведенням пальцевого вагінального або ректального обстежень, перед обстеженням порожнин рота, носа та вух із застосуванням або без інструментів, перед введенням супозиторію/маткового кільця, перед відсмоктуванням слизу;

перед перев'язуванням рани із застосуванням або без інструментів, перед нанесенням мазі на пухир, перед черевикірною ін'єкцією/пункцією;

перед введенням інвазивного медичного пристрою (назальні канюлі, назогастральна та ендотрахеальна трубки, сечовий та внутрішньовенний катетери, дренажна трубка);

перед тим, як роз'єднати/відкрити контур інвазивного медичного пристрою (наприклад, з метою введення їжі або ліків, з метою дренажу, відсмоктування або моніторингу);

перед приготуванням їжі, підготовкою лікарських засобів і стерильних матеріалів;

3) після ситуації, що пов'язана із ризиком контакту з біологічними рідинами:

гігієнічна обробка рук призначена для захисту працівників від колонізації або інфікування потенційно небезпечними мікроорганізмами пацієнта і попередження забруднення внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ;

практика гігієнічної обробки рук виконується одразу після завершення процедури, що пов'язана із ризиком контакту із біологічними рідинами (наприклад, після спорожнення сечоприймача);

якщо контакт був при одягнених рукавичках, практику гігієни рук необхідно провести після їх зняття (рукавички слід викинути не торкаючись ними навколишніх об'єктів).

Наступні ситуації є обов'язковими для виконання практики гігієни рук після ситуації, що пов'язана із ризиком контакту з біологічними рідинами:

після контакту зі слизовими оболонками і пошкодженою шкірою;

після черезшкірної ін'єкції або пункції;

після введення інвазивного медичного пристрою (судинний доступ, катетер, трубка, дренаж тощо) та після того, як відбулося роз'єднання і відкриття контуру інвазивного пристрою;

після видалення інвазивного медичного пристрою;

після видалення будь-якого матеріалу, що забезпечував захист (серветки, перев'язочний матеріал, марля, жіночі прокладки тощо);

після роботи із лабораторним зразком, що містить органічну речовину, після змивання виділень і біологічних рідин, після очищення будь-яких забруднених поверхонь і матеріалів (забруднена постільна білизна, зубні протези, інструменти, сечоприймачі, підкладні судна тощо);

4) після контакту із пацієнтом:

гігієнічна обробка рук призначена для захисту працівників від колонізації або інфікування потенційно небезпечними мікроорганізмами пацієнта та попередження забруднення внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ;

практика з гігієнічної обробки рук після контакту із пацієнтом проводиться безпосередньо в точці догляду;

до проведення гігієни рук заборовено торкатися до будь-яких об'єктів, включно із об'єктами, що знаходяться у безпосередній близькості до пацієнта;

якщо контакт потребував використання рукавичок, гігієнічну обробку рук необхідно проводити після їх зняття (рукавички слід викинути не торкаючись ними навколишніх об'єктів).

Наступні ситуації є обов'язковими для виконання практики гігієни рук після контакту з пацієнтом:

після рукоштовпання та після доторку до дитини;

після допомоги пацієнту (допомога в пересуванні, прийнятті ванни, одяганні, прийнятті їжі тощо);

після виконання неінвазивних видів лікування (застосування кисневої маски, проведення масажу тощо);

після заміни постільної білизни, коли пацієнт у ліжку;

після неінвазивного фізикального обстеження (після вимірювання пульсу та артеріального тиску, аускультатії органів грудної клітини, запису ЕКГ тощо);

5) після контакту із об'єктами внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ, що перебувають у безпосередній близькості до пацієнта:

гігієнічна обробка рук призначена для захисту працівників від колонізації або інфікування потенційно небезпечними мікроорганізмами, які можуть бути присутні на поверхнях або предметах в оточенні пацієнта і попередження забруднення внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ;

практика гігієнічної обробки рук після контакту із об'єктами внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ, що перебувають у безпосередній близькості до пацієнта проводиться у всіх випадках, якщо працівник доторкувався до об'єктів внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ в оточенні пацієнта, навіть коли не мав місце безпосередній контакт із пацієнтом (наприклад, зміна постільної білизни).

Наступні ситуації є обов'язковими для виконання практики гігієнічної обробки рук після контакту із об'єктами внутрішнього середовища ЗОЗ/ЗСЗ, що перебувають у безпосередній близькості до пацієнта:

після видів діяльності, що включають фізичний контакт із предметами в безпосередній близькості до пацієнта (заміна постільної білизни у відсутності пацієнта, пересування візка, прибирання на приліжковій тумбі тощо);

після лікувальних процедур (наприклад, корекція швидкості перфузії) і перевірки сигнальних пристроїв;

після інших контактів із поверхнями або предметами (наприклад, доторкування у намаганні спертися на ліжко або приліжкову тумбу; необхідно намагатися уникати цих необов'язкових дій).

5. Способи гігієни рук в залежності від показань:

1) необхідно мити руки із милом та водою у випадках:

руки видимо забруднені;

перед вживанням їжі;

після приходу в ЗОЗ/ЗСЗ та по закінченню робочої зміни;

руки забруднені кров'ю або іншими біологічними рідинами;

після відвідування туалету;

якщо ви сумніваєтеся у їх чистоті;

у випадках високого ризику забруднення спороутворюючими мікроорганізмами (спалахи захворювань, що викликані *C. difficile*) та норовірусами;

у всіх випадках необхідності практики гігієни рук, але недоступності антисептику для рук;

2) необхідно провести гігієнічну обробку рук:

до і після контакту із пацієнтом;

до того як доторкнутися до інвазивного приладу для догляду за пацієнтом, в незалежності від того, використовуєте ви рукавички чи ні;

після потенційного контакту із біологічними рідинами або виділеннями;

після контакту із слизовими оболонками, непошкодженими ділянками шкіри або пов'язкою;

якщо при огляді одного пацієнта ви переходите від забрудненої (контамінованої мікроорганізмами) частини тіла до незабрудненої;

після контакту із предметами (включно із медичним обладнанням), що знаходяться у безпосередній близькості до пацієнта (в зоні пацієнта);

після зняття стерильних або нестерильних (оглядових) рукавичок;

після контакту із собою – доторкування до носа, прикритті рота при кашлі і чханні, контакт із медичним одягом;

після зняття засобів індивідуального захисту (захисний одяг, маски, респіратори тощо);

3) до роботи із медикаментами або перед приготуванням їжі необхідно провести гігієнічну обробку рук або вимити руки із звичайним/антибактеріальним милом і водою;

4) мило і антисептик для рук не повинні використовуватися одночасно.

6. При прямих контактах із пацієнтами заборонено мати нарощені або штучні нігті, покривати нігті будь-яким лаком.

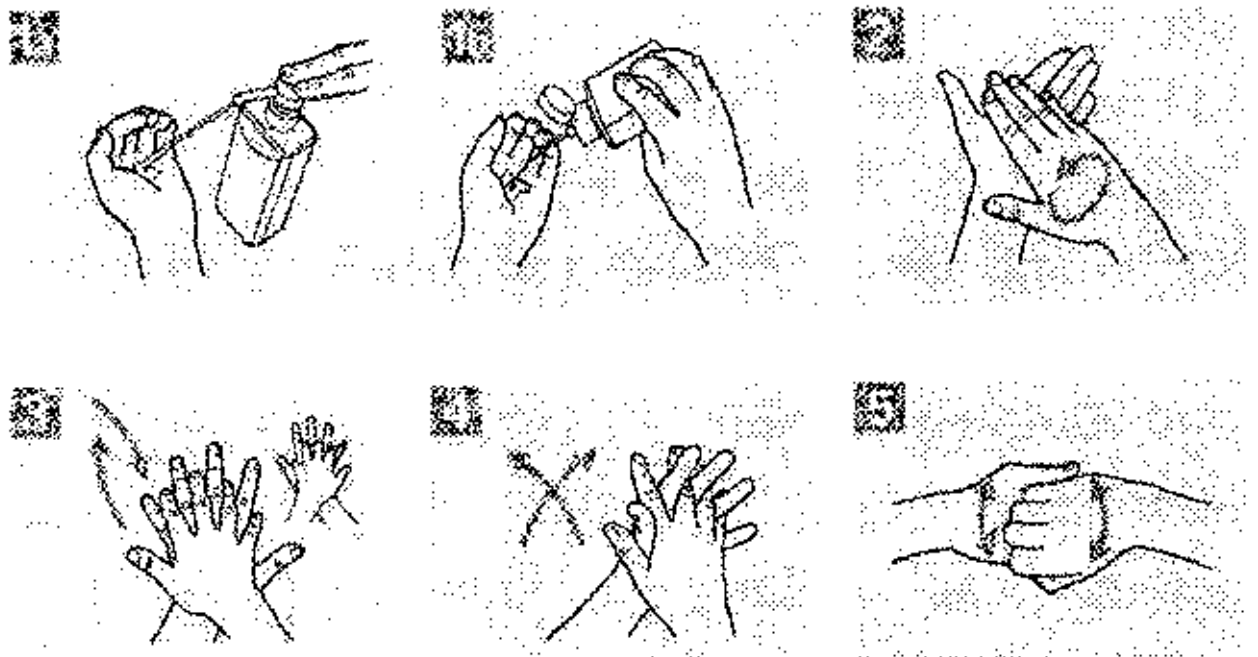
7. Нігті мають бути короткими – кінчик не більше 0,5 см.

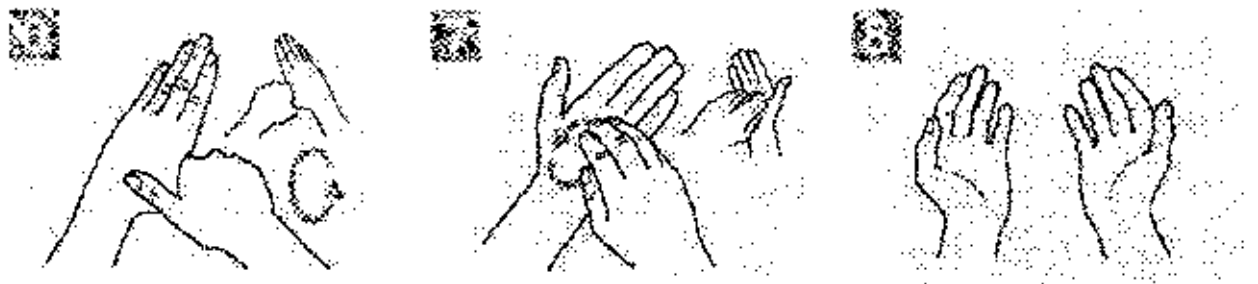
II. Техніка гігієни рук

1. Гігієнічна обробка рук:

- 1) налити 3 мл антисептику для рук і покрити ним всі поверхні рук;
- 2) розтирати руки до повного висихання;
- 3) техніка та етапи гігієнічної обробки рук наведені на Схемі 2 нижче.

Схема 2. Гігієнічна обробка рук





2. Миття рук з милом та водою:

- 1) змочити руки водою та нанести необхідну кількість мила, аби покрити ним всі поверхні рук, але не менше 1 мг;
- 2) уникайте використання гарячої води, так як це може збільшити ризик розвитку дерматиту;
- 3) техніка та етапи миття рук з милом та водою наведені на Схемі 3 нижче;
- 4) ополосніть руки проточною водою і ретельно витріть одноразовим паперовим рушником;
- 5) використаним паперовим рушником закрийте кран.

Схема 3. Миття рук з водою та милом



0 Накочіть руки водою



1 Нанесіть стільки мила, щоб воно покрило всю поверхню рук



2 Масажуйте долоня до долоні



3
Потріть правою долонею по поверхні лівої руки з переплетеними пальцями і навпаки



4
Потріть руки долоня об долоню з переплетеними пальцями



5
Зачепіть пальці і потріть їх



6
Ретельно вимивайте великі пальці кожної руки



7
Потріть долоні пальцями в круговому напрямку



8
Живіть руки водою



9
Витріть руки рушником одноразового використання



10
Влякніть кран рушником



11
Тепер ваші руки в безпеці

3. Хірургічна обробка рук:

1) загальні вимоги, яких необхідно дотримуватися для проведення якісної хірургічної обробки рук:

хірургічну обробку рук слід провести до одягання одноразової шапочки захисної від інфекційних агентів та медичної (хірургічної) маски, шляхом їх миття з милом і водою із залученням передпліччя та зап'ястків;

перед початком процедури слід зняти кільця, наручні годинники і браслети до того як приступити до гігієни рук та видалити бруд з-під нігтів, використовуючи нігтьочистку, під проточною водою;

штучні та нарощені нігті заборонені;

раковини необхідно спроектувати так, аби кількість бризків була мінімальною (струмінь води має бути направленим у стік);

використовувати щітки для миття рук не рекомендовано;

заборонено використовувати хірургічний скраб для рук;

до надягання стерильних рукавичок необхідно виконати хірургічну обробку рук із використанням антисептику для рук, що містить інгредієнти, які забезпечують довготривалий ефект (наприклад, хлоргексидин) відповідно до Схеми 4 нижче;

необхідно дотримуватися інструкцій виробника по часу експозиції при використанні антисептика;

напосити антисептик слід лише на сухі руки;

при використанні антисептику для рук необхідно використовувати достатню кількість засобу, аби руки та передпліччя під час хірургічної обробки залишалися вологими, але не менше 10 мл на одну обробку.

Схема 4. Хірургічна обробка рук







2) етапи хірургічної обробки рук (відповідно до рисунків Схеми 4, що наведені вище):

1 – налити 5 мл антисептику в долоню лівої руки, використовуючи лікоть правої руки для натискання на ручку диспенсера;

2 – вмокнути пальці правої руки в антисептик і тримати їх 5 секунд;

3-7 – провести обробку шкіри передпліччя до ліктя (наносити антисептик слід круговими рухами охоплюючи всю поверхню шкіри; обробка проводиться до повного висихання антисептику – 10-15 секунд);

8 – налити 5 мл антисептику в долоню правої руки, використовуючи лікоть лівої руки для натискання на ручку диспенсера;

9 – вмокнути пальці лівої руки в антисептик і тримати їх 5 секунд;

10 -- провести обробку шкіри передпліччя до ліктя (наносити антисептик слід круговими рухами охоплюючи всю поверхню шкіри; обробка проводиться до повного висихання антисептику – 10-15 секунд);

11 – налити 3-5 мл антисептику в долоню, використовуючи лікоть іншої руки для натискання на ручку диспенсера;

12-16 – провести обробку рук дотримуючись стандартної процедури;

17 -- після проведення обробки можуть бути одягнені стерильний хірургічний одяг і медичні рукавички.

III. Основні практики гігієнічної обробки рук в амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ та ЗСЗ

1. Ключові аспекти, що необхідно враховувати для визначення необхідності проведення практики гігієни рук в амбулаторних умовах:

1) потенційний ризик передавання інфекційного агенту в залежності від процедури/маніпуляції;

2) потенційний ризик виникнення інфекційного захворювання для працівника і пацієнта;

3) відомий або підозрюваний статус колонізації мікроорганізмами;

4) можливість виконати практику гігієни рук в певній ситуації із врахуванням необхідної частоти її виконання.

2. Послідовність дій при проведенні вакцинації:

1) пацієнт входить до кімнати і сідає на стілець, в той час як попередній пацієнт виходить;

2) працівник просить пацієнта назвати прізвище, ім'я та по-батькові і адресу;

3) працівник вносить необхідні дані у відповідну документацію;

4) працівник просить пацієнта оголити передбачувану для проведення щеплення ділянку тіла;

5) працівник виконує гігієнічну обробку рук;

6) працівник готує все необхідне для щеплення – антисептик, марлеві серветки, флакон з імунобіологічним лікарським засобом, шприц, голку та лейкопластир;

7) працівник наносить антисептик на шкіру в місці ін'єкції за допомогою марлевої серветки і викидає її в сміщ для медичних відходів категорії А;

8) працівник бере попередньо підготований шприц із вакциною;

9) працівник проводить ін'єкцію, відповідно до рекомендацій виробника імунобіологічного лікарського засобу після висихання антисептика на шкірі пацієнта;

10) працівник викидає шприц з голкою або шприц-тюбик в контейнер для небезпечно гострих медичних відходів категорії В, який знаходиться на столі;

11) працівник накладає адгезивну пов'язку на місце ін'єкції (за необхідності);

12) працівник робить відмітку про виконану процедуру;

13) пацієнт встає і покидає кабінет (в той же час в кабінет входить наступний пацієнт);

14) працівник виконує гігієнічну обробку рук.

У випадках, коли процедура відбувається за вищенаведеним сценарієм, практика гігієнічної обробки рук, що має бути проведена після контакту із пацієнтом, проводиться одночасно із практикою гігієнічної обробки рук, яка має бути проведена перед контактом із пацієнтом.

Використовувати оглядові медичні рукавички не рекомендовано. В разі використання, після кожної ін'єкції медичні рукавички слід зняти, викинути та провести гігієнічну обробку рук. Багаторазове використання медичних рукавичок (для проведення вакцинації двом і більше пацієнтам) заборонено. Обробка рук, олягнених в медичні рукавички, антисептиком для рук або іншим дезінфекційним засобом заборонена.

3. Послідовність дій під час здійснення забору крові в лабораторії:

1) пацієнт входить до кімнати і сідає на стілець (в той час як попередній пацієнт виходить);

2) працівник просить пацієнта назвати прізвище, ім'я та по-батькові, адресу і уточнює перелік необхідних аналізів згідно із направленням лікаря;

3) працівник вносить необхідні дані у відповідну документацію;

4) працівник вибирає та маркує пробірки для відбору зразків;

5) працівник просить пацієнта закатати рукав (за необхідності) або звільнити передпліччя;

6) працівник готує все необхідне для проколу – одноразовий набір для забору крові, антисептик для рук, антисептик, марлеві серветки, джгут, лейкопластир;

7) працівник накладає джгут;

8) працівник проводить гігієнічну обробку рук;

9) працівник надягає оглядові/нестерильні медичні рукавички;

10) працівник локалізує вену шляхом пальпації двома пальцями;

11) працівник обробляє місце майбутнього проколу марлевою серветкою із антисептиком і викидає її у ємність для медичних відходів категорії А;

12) працівник проколює вену і забирає кров, після висихання антисептика на шкірі пацієнта;

13) працівник розпускає джгут;

14) працівник витягує голку та викидає її в контейнер для небезпечно гострих предметів медичних відходів категорії В і одночасно просить пацієнта натиснути на марлеву серветку в місці проколу;

15) працівник поміщає пробірки в стійку і викидає використаний матеріал, що залишився у ємності для медичних відходів відповідно до категорій;

16) працівник фіксує марлеву серветку липкою стрічкою;

17) працівник знімає і викидає медичні рукавички;

18) працівник виконує гігієнічну обробку рук;

19) працівник оформлює необхідну документацію, в той час як виходить даний пацієнт і заходить наступний.

У випадках, коли процедура відбувається за вищенаведеним сценарієм, практика гігієнічної обробки рук, що має бути проведена перед контактом із пацієнтом, проводиться одночасно із практикою гігієнічної обробки рук, яка проводиться після контакту із пацієнтом.

4. Послідовність дій під час огляду сімейним лікарем:

- 1) пацієнт входить в кабінет і сідає на стілець чи кушетку;
- 2) пацієнт і лікар спілкуються один з одним, поки лікар переглядає записи щодо пацієнта;
- 3) лікар просить пацієнта сісти на кушетку;
- 4) лікар проводить гігієнічну обробку рук;
- 5) лікар виконує фізикальне обстеження;
- 6) після закінчення огляду лікар допомагає пацієнту встати;
- 7) лікар проводить гігієнічну обробку рук;
- 8) лікар сідає за стіл та проводить відповідні записи;
- 9) лікар пояснює пацієнту його стан та надає рекомендації;
- 10) даний пацієнт виходить, в той час до кімнати входить наступний.

В даній послідовності не враховані соціальні контакти, такі як рукопритискання між пацієнтом і лікарем під час вітання та прощання. У випадку, якщо рукопритискання відбуваються, після кожного з них необхідно додатково провести гігієнічну обробку рук.

Якщо під час огляду відбувається контакт із слизовими оболонками або шкірою, виникає необхідність асептичної або будь-якої іншої додаткової

процедури, практику гігієни рук необхідно проводити за показаннями, які наведені розділі I цього додатку 1.

5. Послідовність дій під час огляду новонародженого сестрою медичною або лікарем:

- 1) мати з дитиною входять до оглядової кімнати;
- 2) працівник запитує необхідну інформацію та записує її;
- 3) мати роздягає дитину;
- 4) працівник виконує гігієнічну обробку рук;
- 5) працівник забирає дитину у матері та кладе її на стіл;
- 6) працівник оцінює фізичний розвиток дитини (здійснює вимірювання розмірів окружностей дитини та зважує її);
- 7) якщо у дитини під час зважування відбувся акт сечопускання, працівник одягає оглядові медичні рукавички, витирає випорожнення із використанням відповідних матеріалів і засобів, викидає рукавички у сміття для медичних відходів категорії B та проводить гігієнічну обробку рук;
- 8) працівник оглядає спину дитини, пальпує живіт, оглядає пупок і перевіряє неонатальні рефлекс;
- 9) працівник проводить аускультацию серця і легень;
- 10) працівник проводить гігієнічну обробку рук;
- 11) працівник оглядає очі дитини, злегка потягнувши повіки (дитина починає кричати);
- 12) працівник перевіряє зір шляхом водіння пальця перед очима (дитина продовжує кричати і плакати без сліз);
- 13) працівник оглядає ротову порожнину дитини під час плачу із використання медичного ліхтарика підтримуючи дитину за голову;

- 14) працівник перевіряє слух дитини, хлопаючи в долоні по бокам голови;
- 15) працівник перевіряє ніс та вуха дитини використовуючи отоскоп та викидає одноразову воронку у смісницю для медичних відходів категорії В;
- 16) працівник пальпує шию дитини;
- 17) працівник проводить гігієнічну обробку рук;
- 18) мати одягає дитину;
- 19) працівник записує дані і коротко спілкується із матір'ю;
- 20) мати із дитиною покидають оглядовий кабінет.

В даній послідовності не враховані соціальні контакти, такі як рукоштовпання між матір'ю і працівником під час вітання та прощання. У випадку, якщо рукоштовпання відбуваються, після кожного з них необхідно додатково провести гігієнічну обробку рук.

6. Послідовність дій при супроводі осіб із особливими потребами під час прийняття ванни:

- 1) працівник виконує гігієнічну обробку рук;
- 2) працівник готує рушник, одяг та інші необхідні предмети;
- 3) працівник одягає фартух захисний від інфекційних агентів (наприклад, целофановий) і допомагає пацієнту дійти або садить його в інвалідний візок і супроводжує пацієнта до ванної кімнати;
- 4) в разі якщо візок індивідуальний (наприклад, допомога на дому), працівник не проводить практику гігієни рук; в інших випадках (наприклад, догляд в ЗСЗ) – перед повторним контактом із пацієнтом слід провести гігієнічну обробку рук;
- 5) працівник допомагає пацієнту роздягнутися, прийняти душ, витертися рушником, одягнутися, під час чищення зубів тощо;

6) поки пацієнт сидить на стільці або у візку, працівник знімає фартух захищений від інфекційних агентів і змішує постільну білизну (в разі якщо візок не індивідуальний, після транспортування пацієнта до кімнати працівник проводить гігієнічну обробку рук);

7) працівник допомагає пацієнту лягти в ліжку;

8) працівник проводить гігієнічну обробку рук та прощається із пацієнтом.

7. Послідовність дій під час перев'язки хронічної трофічної виразки:

1) працівник виконує гігієнічну обробку рук;

2) працівник розкриває попередню пов'язку (знімає фіксувальний матеріал);

3) в разі проведення перев'язки на дому або в ЗСЗ, працівник проводить очищення і дезінфекцію приліжкового столика або тумби пацієнта і наступну практику гігієнічної обробки рук; працівник дістає стерильний запакований перев'язувальний матеріал та викладає його на приліжковий столик або тумбу;

4) працівник проводить гігієнічну обробку рук;

5) працівник готує стерильний перев'язочний набір і одягає оглядові медичні рукавички;

6) працівник знімає пов'язки і оглядає рану;

7) працівник викидає забруднені пов'язки у сміттєве відро (при догляді на дому або в ЗСЗ) або у смісць для медичних відходів категорії В (при догляді в амбулаторно-поліклінічному ЗОЗ);

8) працівник знімає та викидає оглядові медичні рукавички у сміттєве відро або у смісць для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку І;

9) працівник виконує гігієнічну обробку рук;

10) використовуючи відповідні інструменти, працівник декілька раз наносить антисептик, видаляє трохи фібрину ножицями (в разі необхідності) і знову наносить антисептик;

11) працівник викидає всі відходи у сміттєве відро або у ємність для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку 1, а інструменти складає;

12) використовуючи відповідні інструменти, працівник кладе мазь (в разі необхідності) на рану та накриває її марлевими серветками, фіксує клейкою пов'язкою;

13) після того як перев'язка завершена, працівник викидає всі відходи, які залишилися на столі у сміттєве відро або у ємність для медичних відходів категорії В відповідно до підпункту 7 пункту 7 розділу III цього додатку 1, інструментарій складає у пластиковий пакет і проводить дезінфекцію стола (якщо на поверхні стола наявні видимі залишки біологічних рідин, перед дезінфекцією слід провести очищення);

14) працівник проводить гігієнічну обробку рук;

15) працівник робить записи щодо стану рани та процедури;

16) працівник проводить гігієнічну обробку рук.

8. Послідовність дій під час проведення рентгенологічного обстеження:

1) пацієнт входить в кімнату, знімає та кладе свій одяг на стілець і підходить до рентген-лаборанта для отримання інструкцій;

2) рентген-лаборант проводить гігієнічну обробку рук;

3) рентген-лаборант допомагає пацієнту одягнути захисний свинцевий фартух і правильно розташуватися;

4) рентген-лаборант йде в апаратну кімнату і натискає кнопку з метою проведення знімку;

5) рентген-лаборант допомагає пацієнту зняти захисний свинцевий фартух та одягнутися (в разі необхідності);

6) рентген-лаборант виконує гігієнічну обробку рук;

7) рентген-лаборант записує необхідні дані.

9. Послідовність дій під час надання стоматологічної допомоги:

1) пацієнт входить в кімнату і сідає в стоматологічне крісло;

2) лікар-стоматолог одягає медичну (хірургічну) маску і захисні окуляри/щиток, налагоджує своє крісло та вмикає лампу;

3) лікар-стоматолог виконує гігієнічну обробку рук;

4) лікар-стоматолог одягає оглядові/нестерильні медичні рукавички;

5) лікар-стоматолог оглядає зуби пацієнта дзеркалом із лотка, що був підготований помічником (лоток, окрім дзеркала, містить всі матеріали і вироби, що необхідні для надання стоматологічної допомоги);

6) лікар-стоматолог проводить місцеву анестезію, знімає та викидає медичні рукавички в ємність для медичних відходів категорії В;

7) лікар-стоматолог виконує гігієнічну обробку рук;

8) лікар-стоматолог одягає оглядові медичні рукавички та виконує процедуру;

9) по закінченню втручання, лікар-стоматолог знімає медичні рукавички, викидає їх у ємність для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук;

10) помічник лікаря-стоматолога проводить гігієнічну обробку рук, одягає оглядові медичні рукавички, проводить очищення і дезінфекційну обробку стоматологічного крісла (включно із оточуючим середовищем, що потенційно було забруднене під час стоматологічної процедури);

11) помічник лікаря-стоматолога знімає і викидає медичні рукавички у ємність для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук, готує лоток для проведення наступної процедури.

10. Вимірювання тиску та рівня глюкози крові у прикутого до ліжка пацієнта на дому або в будинку для людей похилого віку:

1) працівник виконує гігієнічну обробку рук та пояснює пацієнту ціль свого візиту;

2) працівник допомагає пацієнту зручно сісти, звільняє руку від одягу та вимірює артеріальний тиск;

3) працівник наносить антисептик на палець пацієнта, використовуючи марлеву серветку та викидає її;

4) працівник одягає оглядові медичні рукавички;

5) працівник робить прокол пальця скарифікатором, після висихання антисептика на шкірі пацієнта;

6) працівник поміщає скарифікатор в ємність для небезпечно гострих предметів медичних відходів категорії В;

7) працівник вставляє тест-смужку в глюкометр та набирає необхідну кількість крові;

8) працівник прикладає марлеву серветку просякнуту антисептиком на місце проколу (до зупинки виділення крові в разі необхідності);

9) працівник знімає і викидає медичні рукавички в ємність для медичних відходів категорії В;

10) працівник виконує гігієнічну обробку рук;

11) працівник записує отримані результати.

11. Послідовність дій під час зміни підгузка у прикутого до ліжка пацієнта:

- 1) працівник виконує гігієнічну обробку рук та пояснює пацієнту свою ціль;
- 2) працівник одягає оглядові медичні рукавички;
- 3) працівник підкладає під пацієнта пенюшку;
- 4) працівник розкриває пацієнта, знімає і складає використаний підгузок і кладе його у пакет для підгузків або ємність для медичних відходів категорії В;
- 5) працівник очищає пацієнта, за допомогою мильної піни та паперових рушників, перед одяганням чистого підгузка;
- 6) працівник викидає використані паперові рушники у пакет для підгузків або ємність для відходів категорії В;
- 7) працівник знімає медичні рукавички, викидає їх у пакет для підгузків або ємність для медичних відходів категорії В та виконує гігієнічну обробку рук;
- 8) працівник укладає пацієнта у зручну позу, накриває його та проводить гігієнічну обробку рук.

IV. Використання медичних рукавичок

1. Використання медичних рукавичок не дає абсолютної гарантії захисту пацієнтів та працівників від збудників інфекцій.

2. У медичній практиці використовуються три типи медичних рукавичок:

- 1) стерильні – використовуються при проведенні інвазивних втручань, що вимагають підтримки асептичних умов;
- 2) нестерильні/оглядові – забезпечують захист працівників при виконанні багатьох медичних маніпуляцій;
- 3) рукавички для проведення хіміотерапії.

3. Побутові (багаторазові, обмеженого використання) рукавички використовувати в ЗОЗ/ЗСЗ заборонено. Рукавички захищені від інфекційних

агентів та хімічних речовин обмеженого використання дозволено використовувати при проведенні догляду за пацієнтами в надзвичайних ситуаціях/стапах (наприклад, надання медичної допомоги в польових умовах).

4. Використання покритих тальком (талькованих) медичних рукавичок в ЗОЗ/ЗСЗ заборонено.

5. Показання до використання стерильних і оглядових медичних рукавичок наведено у Таблиці 1 нижче.

Таблиця 1. Показання до використання стерильних і оглядових медичних рукавичок*

Показано використання стерильних медичних рукавичок	Використання нестерильних (оглядових) медичних рукавичок показано в наступних клінічних ситуаціях -- ризик контакту з кров'ю та іншими біологічними рідинами, секретами, екскрементами і предметами, що видимо щільно забруднені		Використання медичних рукавичок не показано (за виключенням контактних заходів захисту) відсутність контакту з кров'ю або іншими біологічними рідинами, а також із об'єктами зовнішнього середовища, які контаміновані нім	
	Прямий контакт з пацієнтом	Непрямий контакт з пацієнтом	Прямий контакт з пацієнтом	Непрямий контакт з пацієнтом
Будь-які хірургічні процедури				
Пелети	Контакт з кров'ю чи іншими біологічними рідинами	Спороження емальностей із біологічними масами	Вимірювання артеріального тиску, температури і пульсу	Використання телефону
Інвазивні рентгенологічні дослідження	Контакт із єдиними обмеженнями та з пошкодженою шкірою	Обробка або очищення інструментів	Підозріні і агутризмоз'язені ін'схлі	Заловнення історії хвороби або листків призначень
Встановлення центрального венозного доступу (катетер/порт), а також встановлення внутрішньоартеріального доступу	Можлива наявність патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів	Поводження з медичними відходами	Миття та і переодичання пацієнта	Видання пероральних медикаментів
Примення препаратів для парентерального харчування і хемодіалітичних засобів	Епідемії та надзвичайні ситуації	Очищення поверхонь, забруднених біологічними рідинами	Транспортування пацієнта	Роздача або збір рідності із бжею
	Встановлення або змашення периферійних внутрішньосудинних пристроїв, будь-які маніпуляції з центральним внутрішньосудинним пристроєм		Догляд за очима і вухами (при відсутності запілені біологічних рідин)	Збір і заміна інтестальної білиани
	Збір крові		Будь-які маніпуляції із системами для внутрішньосудинного введення при відсутності кровілімфи в системі (карди встановлення, заміни або видалення катетерів)	Встановлення пристроїв для інтестальної (ДВЛ) і позальних кисневих канюль
	Роз'єднання систем для внутрішньосудинного введення			Переодичання меблів пацієнта

Обмеження ризиків ергенів та прямих кінчик		
Складня трахеобронхіального деривату пацієнта на ППВ з розподілом дефектним контуром	.	

* Медичні рукавички слід носити відповідно до стандартних і контактних заходів захисту. У Таблиці описано деякі клінічні ситуації, при яких необхідно використовувати рукавички, а також приклади, в яких наявні покази до використання стерильних і нестерильних (оглядових) медичних рукавичок. Гігієнічна обробка рук повинна бути виконана в тих випадках, коли це необхідно, в незалежності від наявності показів до використання рукавичок.

6. Правила одягання та знімання медичних рукавичок наведено на Схемах 5, 6, 7 нижче.

Схема 5. Одягання та знімання нестерильних (оглядових) медичних рукавичок

якщо покриття для проведення гігієни рук перед контактом, аміни потім, є використання рукавичок, необхідно провести гігієну рук (обробка антисептиком чи миття з милом) до одягання рукавичок

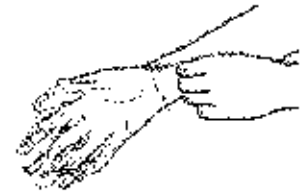
I. ЯК ОДЯГАТИ РУКАВИЧКИ



1. Достаньте рукавичку з упаковки (коробки).



2. Терезайвок після того, як одягнули рукавичку, не буде зачіпати до зап'ястя (верхньої частини ліктя).



3. Одягніть першу рукавичку.



4. Візьміть другу рукавичку рукою без рукавички і торкайтесь лише до тієї частини, яка буде знаходитися на зап'ястті.



5. Як у момент одягання першої одягненої рукавички до кінці передпл'яччя, введіть зовнішню частину рукавички так, щоб надіти її на зовнішню частину руки в рукавичці. Це дозволить одягнути першу рукавичку.

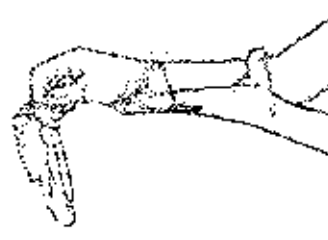


6. Після того, як рукавички одягнені, заборонено торкатися до будь-яких об'єктів зовнішнього середовища, контакт з якими є небезпечним до їхньої зміни.

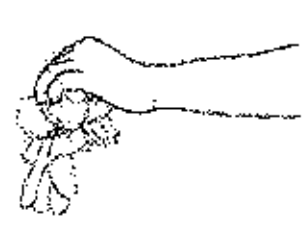
II. ЯК ЗНИМАТИ РУКАВИЧКИ



1. Зарозуміть пальцями одну рукавичку на зовнішній частині, щоб зняти її не торкаючись до її внутрішньої частини, і стягуйте її з руки так, щоб рукавичка обернулася назовні.



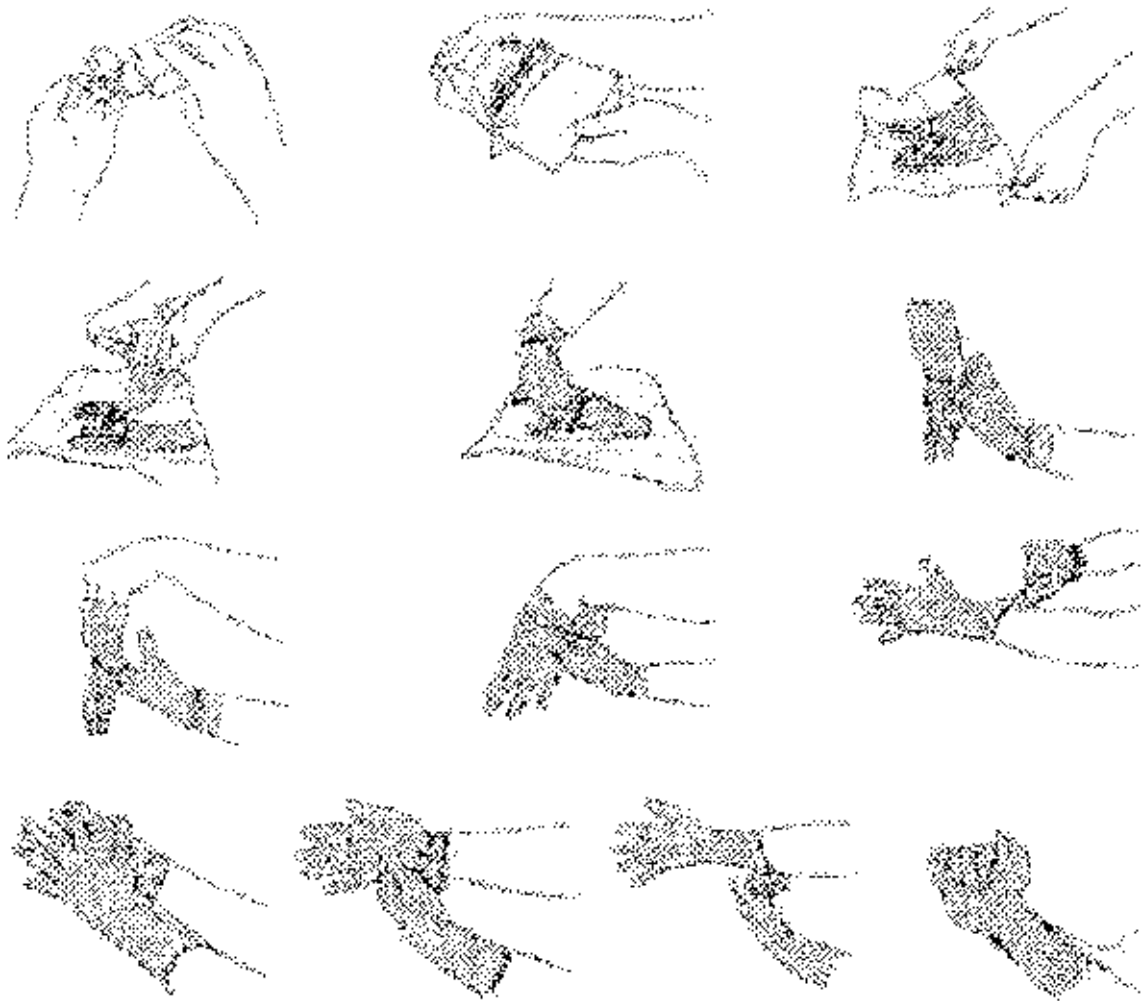
2. Торкайтесь зняту рукавичку в бачку з одягненою рукавичкою. Це зведе пальці руки з якої знята рукавичка, всередину — в саму рукавичку, яка одягнена та зліпиться з шкірою. А другу рукавичку, одягнену на ліву руку, знімайте з першу рукавичку.



3. Утилізуйте зняті рукавички.

4. Виконайте гігієну рук шлювом і антисептиком або миття з милом

Схема 6. Одягання стерильних медичних рукавичок



Покрокова інструкція:

- 1) перед тим як перейти до одягання медичних рукавичок, слід обрати правильний їх розмір, в яких Вам буде зручно працювати. Необхідно зняти всі прикраси, годинники, якщо вони одягнені;
- 2) слід підготувати чисту робочу зону, шляхом очищення (за необхідності) і дезінфекції поверхні;
- 3) проведіть гігієнічну обробку рук;

4) перевірте упаковку на цілісність. Відкрийте першу (нестерильну) упаковку, зніміть її не торкаючись другої (стерильної);

5) покладіть медичні рукавички, запаковані в другу (стерильну) упаковку, на підготовану поверхню, не доторкуючись до неї. Відкрийте упаковку, тримаючи її з нижньої сторони;

6) використовуючи великий і вказівний пальці однієї руки, підніміть складений кінець манжети медичної рукавички;

7) надягніть медичну рукавичку на другу руку одним рухом, тримаючи складену манжету на рівні зап'ястя;

8) візьміть другу медичну рукавичку, просунувши пальці руки в медичній рукавичці під манжету;

9) одним рухом надіньте медичну рукавичку на другу руку, уникаючи контакту до будь-яких поверхонь, крім тих для роботи з якими одягаються медичні рукавички. В разі будь-якого контакту, внаслідок якого було порушено асептику, медичні рукавички слід замінити;

10) за необхідності, після одягання слід поправити медичні рукавички на пальцях та між пальцями, щоб медичні рукавички сиділи зручно;

11) розправити манжету першої одягненої медичної рукавички пальцями другої руки таким чином, аби уникнути контакту з будь-якими поверхнями окрім зовнішньої поверхні медичної рукавички. В разі будь-якого контакту, внаслідок якого було порушено асептику, медичні рукавички слід замінити;

12) руки в медичних рукавичках мають торкатися виключно стерильних об'єктів або ділянок тіла пацієнта, які попередньо продезинфіковані.

Одягання стерильних рукавичок для проведення хірургічних утручань проводиться в такій же послідовності, за виключенням:

1) перед одяганням медичних рукавичок проводиться хірургічна обробка рук;

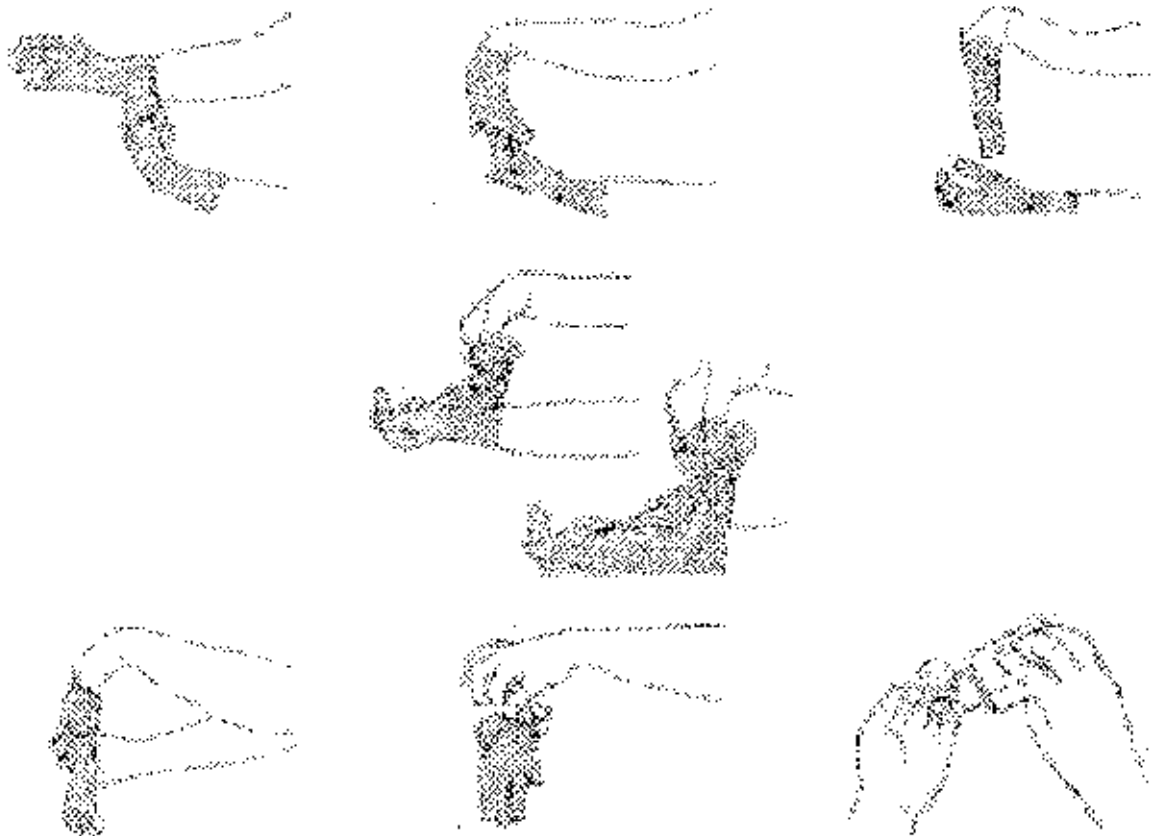
2) одягання медичних рукавичок слідує після одягання стерильного хірургічного халату;

3) відкриття першої (нестерильної) упаковки проводиться помічником;

4) друга (стерильна) упаковка разом із медичними рукавичками перед одяганням має бути розміщена на стерильній поверхні, але не на тій на якій буде безпосередньо проводитися хірургічне втручання;

5) медичні рукавички повинні мати довгі манжети, аби повністю покривати манжети халату.

Схема 7. Знімання стерильних рукавичок



Покрокова інструкція:

1) знімати першу медичну рукавичку слід пальцями другої руки. Знімайте першу медичну рукавичку, вивертаючи її навиворіт, до другого суглобу пальців (не знімайте медичну рукавичку повністю);

2) зніміть повністю другу медичну рукавичку пальцями першої руки, вивертаючи її зовнішній край. Медичні рукавички слід знімати так, аби шкіра рук контактувала виключно з внутрішньою поверхнею медичної рукавички;

3) викиньте медичні рукавички;

4) проведіть гігієнічну обробку рук.

7. Одразу після використання медичні рукавички знімаються. Після використання медичні рукавички відносять до медичних відходів категорії В.

8. Правила використання медичних рукавичок:

1) використання медичних рукавичок не створює абсолютного захисту і вимагає виконання практики гігієнічної обробки рук, яка застосовується одразу після зняття медичних рукавичок;

2) медичні рукавички не припустимо використовувати повторно;

3) нестерильні медичні рукавички стерилізації не підлягають;

4) медичні рукавички необхідно змінювати одразу, у випадку пошкодження;

5) не допускається миття або обробка рук в медичних рукавичках;

6) не допускається пересування в медичних рукавичках поза точкою погляду;

7) перед надяганням медичних рукавичок не можна використовувати будь-які засоби, окрім антисептику для рук.

9. Помилки, які часто виникають при використанні медичних рукавичок:

- 1) неправильне зберігання медичних рукавичок (на сонці, при низьких температурах, потрапляння на рукавички хімічних речовин тощо);
 - 2) натягування медичних рукавичок на руки, які зволожені антисептиком;
 - 3) ігнорування необхідності проведення антисептичної обробки рук після зняття медичних рукавичок;
 - 4) використання звичайних медичних рукавичок при роботі з цитостатиками (недостатній захист працівників);
 - 5) недостатній догляд за шкірою рук;
 - 6) відмова від медичних рукавичок.
10. Дезінфікувати медичні рукавички з метою їх повторного використання заборонено.

Додаток 2
до Інструкції з впровадження
покращення гігієни рук в закладах
охорони здоров'я та установах/
закладах надання соціальних
послуг/соціального захисту
населення
(пункт 2 пункту 6 розділу I)

Циркулярна стандартна операційна процедура : «Гігієна рук»*

«__» _____ р.

	Посада	П.І.Б.	Підпис
Розроблено			
Підписано	Керівник ВК		
Затверджено	Керівник ЗОЗ/ЗСЗ		

Алгоритм проведення гігієни рук медичного персоналу

№ п/п	Умови і способи обробки рук	Алгоритм	Нормативний документ**
I.	Умови, при яких проводиться миття рук з милом і водою та гігієнічна обробка рук	1. коротко підстрижені нігті; 2. відсутність лаку на нігтях; 3. відсутність каблучок, кільця або інших ювелірних прикрас, годинників тощо; 4. для висушування рук використовувати паперові рушники одноразового використання.	

№ п/п	Умови і способи обробки рук	Алгоритм	Нормативний документ**
2.	Способи гігієни рук	1. миття рук з милом і водою для видалення бруду і транзиторної флори; 2. гігієнічна обробка рук спеціальними транзиторної флори; 3. хірургічна обробка рук для знищення транзиторної флори.	
3.	Випадки в яких слід проводити гігієнічну обробку рук	1. перед безпосереднім контактом із пацієнтом; 2. після контакту із нечистою шкірою хворого; 3. після потенційного контакту із секретам і екскрементами організму; 4. після контакту із слизовими оболонками і пов'язками; 5. перед виконанням маніпуляцій по догляду за пацієнтом; 6. після контакту з медичним обладнанням та іншими об'єктами, що знаходяться в безпосередній близькості із пацієнтом; 7. після кожного контакту із потенційно забрудненими поверхнями і обладнанням; 8. після контакту із собою (одягненими маскою, респіратором, халатом тощо).	
4.	Етапи гігієни рук	1. етапи миття рук з милом і водою та гігієнічної обробки рук додаються***; 2. кількість мила на одну процедуру миття має складати не менше 1 мл; 3. тривалість миття рук – 40-60 секунд; 4. кількість антисептика для рук має складати не менше 3 мл; 5. тривалість гігієнічної обробки рук – 30 секунд.	

№ п/п	Умови і способи обробки рук	Алгоритм	Нормативний документ**
б.	Етапи хірургічної обробки рук	1. етапи хірургічної обробки рук додаються***; 2. перший етап: вмити руки з милом і водою протягом двох хвилин (з застосуванням передпліччя та зап'ястоків); застосування одноразових паперових рушників; 3. другий етап: якісна антисептика, яка необхідна для обробки, кратність обробки і її тривалість визначаються рекомендаціями, що закладені в інструкції по використанню конкретного засобу; необхідною умовою ефективної обробки рук є підтримання їх чистими протягом рекомендованого часу обробки; стерильні медичні рукавички надягають одразу після нового використання антисептики на шкірі рук; використання медичних рукавичок, що оброблені гашком, категорично заборонено; при порушенні цілісності або сильного забруднення рукавичок біологічними виділеннями, їх потрібно негайно замінити.	Рекомендації ІЗО/З

* вивідом, який використовується для розробки СОП в ІЗО/ЗСЗ.

** у колонії нормативний документ зазначається нормативно-правові акти, рекомендації ІЗО/З з питань гігієни рук, інші галузеві стандарти, які застосовують ІЗО/ЗСЗ. Нормативні документи додаються до СОП або визначається місце у ІЗО/ЗСЗ. де можна ознайомитись із такими документами;

*** для додати візуальні схеми проведення практичних гігієни рук.

Додаток 3

до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах навчання соціальних послуг/соціального захисту населення (пункт 8 розділу I, пункт 6 розділу V)

Профіль та основні завдання працівників для виконання ними функцій з впровадження покращення гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ

Функції	Профіль та професійні вимоги	Основні завдання
Координатор з гігієни рук та його заступник	1. Має знання з профілактики інфекцій, інфекційного контролю та гігієни рук, що підтверджується відповідним документом (сертифікат або освідальст). 2. Професійна освіта (молодший спеціаліст) або вища освіта (молодший бакалавр, бакалавр, магістр). галузь знань «Охорона здоров'я», спеціальність «Медсестринство», стаж роботи не менше трьох років або будь-яка лікарська спеціальність (без спеціальних вимог до стажу роботи).	1. Відкрито і відповідою до правил дотримуватися гігієни рук. 2. Ініціювати для завершення керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ план дій з покращення гігієни рук із врахуванням місцевого контексту, а також координувати його реалізацію на всіх етапах. 3. Навчання і підготовка тренерів/інструкторів, спостережчів/дослідників (при наявності підготовки і досвіду) або координація проведення таких навчань у спеціалізованих закладах (заклад освіти або тренінговий центр).

Функція	Профіль та професійні вимоги	Основні завдання
		4. Навчання спостерігачів правилуному використанню протоколів для оцінки (додатки 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12 до цієї інструкції). 5. Навчання працівників ЗОЗ/ЗСЗ з гігієни рук. 6. Перегляд навчальних матеріалів для працівників ЗОЗ/ЗСЗ і підготовка додаткових навчальних матеріалів із включенням даних звітів за результатами проведених оцінок. 7. Підготовка інформаційних матеріалів (стенди, плакати, листівки тощо) з гігієни рук. 8. Організація регулярних зустрічей для моніторингу реалізації заходів, обговорення поточної ситуації та корекції плану дій з гігієни рук при необхідності. 9. Створення системи пошуку нових інструкторів/тренерів та спостерігачів. 10. Зберігання друкованих або електронних копій звітів та даних проведених оціпок протягом одного року від дати підготовки звіту.
Інструктор/тренер	1. Сестра медична або лікар із досвідом практичної медичної діяльності.	1. Відкрито і відповідно до правил дотримування гігієни рук.

Функції	Профіль та професійні вимоги	Основні завдання
	2. Має знання з профілактики інфекцій, інфекційного контролю та гігієни рук, що підтверджується відповідним документом (сертифікат або еквівалент) або пройшов(ла) тренінг координатора з гігієни рук та за результатами оцінки знань може виконувати функції тренера/інструктора. 3. Викладацький досвід. 4. Лідер думки.	2. Навчати працівників гігієни рук за стандартизованими підходами, без особистих інтерпретацій.
Спостерігач/дослідник	1. Сестра медичина або лікар із досвідом практичної медичної діяльності. 2. Знання правил та практик гігієни рук та MMC з покращення гігієни рук.	1. Відкрито і відповідно до правил дотримуватися гігієни рук. 2. Збирати дані про дотримання правил гігієни рук працівниками відповідно до протоколів оцінки. 3. Надавати зворотній зв'язок про результати моніторингу працівникам, координатору з гігієни рук, керівнику НК, керівництву ЗОЗ та іншим зацікавленим сторонам, що приймають безпосередню участь у впровадженні покращення гігієни рук.
Спеціаліст зі збору та аналізу даних/статистик	Знання в області епідеміології і статистичного аналізу.	Збір, введення та аналіз даних опілок з гігієни рук.

Додаток 4

до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення (підпункт 1 пункту 5 розділу II, пункт 6 розділу II, підпункт 3 пункту 7 розділу II, підпункт 2 пункту 8 розділу II, пункт 6 розділу III, пункт 11 розділу V, підпункт 1 пункту 6 розділу VII, підпункт 7 пункту 10 розділу VII, підпункт 1 пункту 14 розділу VII, підпункт 1 пункту 17 розділу VII)

Протокол оцінки інфраструктури і ресурсів для гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ

I. Вступна частина

1. Виконання оцінки відповідно до цього Протоколу здійснюється для отримання даних про наявну інфраструктуру і ресурси для гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ.

2. Збір інформації щодо інфраструктури і ресурсів для гігієни рук здійснюється для базової (початкової) оцінки та подальшого оцінювання в кожному з підрозділів ЗОЗ/ЗСЗ, де така оцінка має проводитися в контексті впровадження покращення з гігієни рук (кроки впровадження гігієни рук 1, 2 та 4, визначені у розділі VII Інструкції).

3. У разі відсутності доступу до раковин, проточної води, рідкого мила та антисептиків для рук проведення інших заходів з впровадження гігієни рук є неможливим.

4. Цей Протокол виконується відповідно до графіку, затвердженого керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ, але не рідше ніж один раз на рік.

5. Цей Протокол виконується працівником, посада або функції якого входять до переліку, зазначеному у пункті 8 Опитувальника наведеного нижче, та пройшов інструктаж або відповідне навчання, яке проводиться ВІК.

6. Опитувальник та Таблиця для оцінки необхідної кількості обладнання і засобів для гігієни рук, які є частиною цього Протоколу, заповнюються під час перебування в підрозділі (в безпосередній близькості до точок догляду).

7. Дані, заповнені по кожному із підрозділів, сумуються для ЗОЗ/ЗСЗ в цілому згідно із Таблицею (пункт 3 цього Протоколу).

8. Результати оцінки, проведеної відповідно до цього Протоколу, використовуються для визначення пріоритетів для змін в системі і подальшого впровадження покращення з гігієни рук.

9. Короткий словник:

антисептик для рук — спиртовмісний дезінфекційний засіб (рідина, гель або піна), що застосовується для нанесення на шкіру рук з метою знищення мікроорганізмів;

гігієнічна обробка рук — обробка рук шляхом втирання антисептика для рук в шкіру рук;

миття рук — миття рук з милом та водою;

палата/бокс/кімната — найменша частина ЗОЗ/ЗСЗ, що використовується для надання допомоги окремому пацієнту, групі або категорії пацієнтів.

II. Опитувальник

1. Дата:		2. Назва ЗОЗ/ЗСЗ:	
3. Місто:		4. Region/Область:	
5. Підрозділ:		6. Інше:	

Наявні обладнання та засоби для гігієни рук

7. Напрямок діяльності:

- ☐ терапевтичний/внутрішні хвороби
☐ хірургічний
☐ інтенсивна терапія
☐ змішаний (надається різнопрофільна допомога в залежності від потреби)
☐ невідкладна допомога/приймальне відділення
☐ акушерство
☐ педіатрія
☐ реабілітація
☐ хоспісна допомога
☐ денний стаціонар
☐ довготривалого перебування
☐ інше (вписати): _____

8. Посада/функція працівника, який заповнює Опитувальник та Таблицю:

- ☐ координатор з гігієни рук
☐ заступник координатора з гігієни рук
☐ інший представник ВІК (зазначити посаду): _____
☐ старша сестра медична
☐ ординатор
☐ інші (зазначити): _____

9. Кількість працівників в підрозділі (зазначити):

- ☐ лікарі: _____
☐ сестри медичні/середні медичні працівники: _____
☐ молодші медичні працівники: _____
☐ інші працівники (зазначити посаду):
 1) _____;
 2) _____;
 3) _____;
 4) _____;
 5) _____;

10. Проточна вода доступна:

- ☐ завжди
- ☐ часто
- ☐ періодично
- ☐ ніколи

11. Вода візуально є чистою:

- ☐ так
- ☐ ні
- ☐ на момент проведення оцінювання проточна вода відсутня

12. Які види кранів доступні:

- ☐ з ручним регулюванням
- ☐ з ліктьовим регулюванням
- ☐ з регулюванням ногами
- ☐ автоматичні

13. Чи наявні одноразові паперові рушники біля кожної раковини?

- ☐ так і існує доступний їх запас
- ☐ так, але запас відсутній або знаходиться поза зоною доступності
- ☐ ні, але наявний тримач
- ☐ ні

14. Чи наявне мило біля кожної раковини?

- ☐ так і існує доступний його запас
- ☐ так, але запас відсутній або знаходиться поза зоною доступності
- ☐ ні, але наявний диспенсер
- ☐ ні

15. Чи доступний антисептик для рук?

- ☐ так і існує доступний його запас
- ☐ так, але запас відсутній або знаходиться поза зоною доступності
- ☐ ні, але наявний диспенсер
- ☐ ні

16. Якщо так, то які типи диспенсерів наявні (позначте всі типи, що наявні)?

- ☐ кишеньковий

- ☐ диспенсер, що прикріплений до процедурного/маніпуляційного столика/таці
- ☐ диспенсер, що прикріплений до ліжка
- ☐ настінний диспенсер
- ☐ переносний диспенсер

17. Якщо наявні настінні диспенсери, чи розміщені вони в безпосередній доступності біля точок догляду?

- ☐ так
- ☐ так, але не поблизу всіх точок догляду
- ☐ ні

18. Кожен працівник має доступ до кишенькових диспенсерів із антисептиком для рук?

- ☐ так, завжди
- ☐ так, часто
- ☐ так, періодично
- ☐ ні
- ☐ на момент проведення оцінювання працівники відсутні

19. У підрозділі призначено відповідальну особу за наповнення/заміну диспенсерів?

- ☐ так
- ☐ ні

20. Чи замінюються одноразові кишенькові диспенсери після закінчення в них антисептиків для рук (оцінюється шляхом перевірки документації видачі/заміни)?

- ☐ так
- ☐ так, однак тривалість використання диспенсерів викликає сумніви (занадто довго використовуються)
- ☐ так, однак інформація, що зазначена в документації сумнівна
- ☐ документація не надана або відсутня

21. Інформаційні матеріали (наприклад, плакати), що ілюструють правила миття рук, наявні біля всіх раковин?

- ☐ так
- ☐ ні

22. Інформаційні матеріали (наприклад, плакати), що ілюструють правила гігієнічної обробки рук антисептиком, розміщені біля кожного диспенсеру та додатково в декількох інших місцях підрозділу?

- ☐ так
- ☐ так, але не біля кожного диспенсеру
- ☐ так, але відсутні додаткові інформаційні матеріали
- ☐ ні

23. Чи розміщені інформаційні матеріали (наприклад, плакати) в зоні відпочинку працівників?

- ☐ Так
- ☐ Ні

24. Чи наявні в підрозділі будь-які інші інформаційні матеріали щодо гігієни рук?

- ☐ так
- ☐ ні

25. Чи наявні нестерильні/оглядові медичні рукавички?

- ☐ так
- ☐ так, але в недостатній кількості
- ☐ так, але відсутній доступний запас
- ☐ ні

26. В підрозділі проводиться оцінка дотримання правил гігієни рук згідно із затвердженим графіком?

- ☐ так
- ☐ ні

27. Якщо так, то як часто?

- ☐ не рідше одного разу на рік
- ☐ не рідше одного разу на два роки
- ☐ рідше одного разу на два роки

Додаток 5
до Інструкції з впровадження
покращення гігієни рук в
закладах охорони здоров'я та
установах/закладах надання
соціальних послуг/соціального
захисту населення
(підпункт 2 пункту 5 розділу II,
пункт 6 розділу II, пункт 6
розділу III)

Протокол оцінки потреби у антисептику для рук та витрат на нього

1. Відповідно до цього Протоколу здійснюється оцінка потреби ЗОЗ/ЗСЗ у антисептику для рук, витрат на нього.

2. Для проведення оцінки відповідно до цього Протоколу попередньо необхідно визначити:

1) місця у точках догляду, де повинні розташовуватися стаціонарні диспенсери (настінні, прикріплені до ліжок, приліжкових тумб або процедурних столиків (стаціонарних чи пересувних);

2) в яких підрозділах раціонально використовувати кишенькові антисептики для рук;

3) який антисептик для рук фінансово доступний для ЗОЗ/ЗСЗ, відповідає державним стандартам України, що затверджуються національним органом стандартизації, добре переноситься та сприймається працівниками.

3. Оцінка відповідно до цього Протоколу проводиться під час розробки плану дій з покращення гігієни рук, зміни виробника чи постачальника антисептику для рук, при проведенні системної самооцінки гігієни рук (додаток 12 до цієї Інструкції) або на етапі кроку 1 впровадження гігієни рук, визначеному у розділі VII цієї Інструкції.

4. Цей Протокол виконується координатором з гігієни рук або уповноваженим працівником, що працює у підрозділі (ординатор або старша сестра медична), після проходження інструктажу.

5. Цей Протокол включає Таблицю 1 та Таблицю 2, заповнення яких падає можливість оцінити ситуацію у ЗОЗ/ЗСЗ із антисептиками для рук та визначити першочергові і наступні затрати на антисептик для рук, його об'єми (наприклад, впровадження на рівні всього ЗОЗ/ЗСЗ або окремого підрозділу).

6. Результати оцінки відповідно до цього Протоколу використовуються керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ, керівником ВІК, провізором або фармацевтом лікарняної аптеки, головною сестрою медичною.

Таблиця 1. Оцінка ресурсів для використання антисептиків для рук і першочергових витрат

Предмет оцінки	Пояснення/приклади	Результат/відповідь
Кількість точок догляду, наявних в ЗОЗ/ЗСЗ/підрозділі/палаті	Кількість ліжок та/або кількість процедурних столиків	
Кількість необхідних диспенсерів		
Кількість працівників, які мають бути забезпечені індивідуальними кишеньковими диспенсерами ємністю 100 мл для охоплення всіх можливих потреб в гігієнічній обробці рук	Кількість працівників, які проводять догляд	
Сумарна вартість настінного диспенсеру та 500-1000 мл антисептику для рук.(грн. за одиницю)	Обрати фінансово доступні для ЗОЗ/ЗСЗ	
Вартість кишенькового диспенсеру ємністю 100 мл (грн. за одиницю)	Обрати фінансово доступні для ЗОЗ/ЗСЗ	

Примітка:

1. ця таблиця містить мінімальний примірний перелік предметів оцінки та може бути доповнена відповідно до потреб ЗОЗ/ЗСЗ;
2. у колонії «Пояснення/приклади» наведено примірні категорії та пояснення, які мають враховуватись для розрахунків;
3. у колонії «Результат/відповідь» наводяться результати розрахунків та пояснення для них.

Таблиця 2. Розрахунок місячної потреби
антисептику для рук

Показник для розрахунку	Пояснення/приклади	Результат/відповідь
Кількість працівників, які безпосередньо проводять догляд	Не всі працівники (включно із лікарями і сестрами медичними) безпосередньо контактують із пацієнтами (наприклад, адміністрація ЗОЗ/ЗСЗ). Для визначення реального числа, прослідковується кількість працівників, які знаходяться в прямому контакті із пацієнтами в репрезентативній вибірці за певний період часу. Число таких працівників зазвичай складає 40-60% від загальної кількості працівників ЗОЗ/ЗСЗ.	
Кількість можливих процедур з гігієни рук за одну годину	Слід зазначити максимально можливу кількість, яка може варіювати від 8 на годину для підрозділів ЗОЗ/ЗСЗ до 22 і більше для підрозділів інтенсивної терапії.	
Кількість годин в день, коли можливий контакт із пацієнтом	Наприклад, 4-6 годин за 8-годинну зміну.	
Кількість робочих днів в місяць	Приблизно 22-25 (в середньому 22).	
Кількість антисептику для рук, що необхідна для проведення однієї процедури гігієни рук	3 мл	
Можливі втрати антисептику для рук.	10%	

Примітка:

1. у колонці «Пояснення/приклади» наводяться пояснення ЗОЗ/ЗСЗ для визначення значення показника для розрахунку;

2. у колонці «Результат/відповідь» наводяться результати розрахунків показників;

3. Розрахунок місячної потреби антисептику для рук здійснюється із використанням значень колонки «Результат/відповідь» за такою формулою:

$$MP = KMP \cdot LIP \cdot Ч \cdot РД \cdot 0,03 : 10\%MB, \text{ де}$$

MP – місячна потреба антисептику для рук, в літрах;

KMP – кількість працівників;

LIP – кількість можливих процедур з гігієни рук за одну годину;

Ч – кількість годин в день, коли можливий контакт із пацієнтом;

РД – кількість робочих днів в місяць;

0,03 – кількість антисептику для рук, що необхідна для проведення однієї процедури, літри;

10%MB – 10%, що зазначається на можливі втрати;

4. отриманий результат розрахунків за формулою, наведеною у пункті 3 цієї Примітки, може не співпадати з реальними витратами антисептику для рук, особливо на початку реалізації заходів з покращення гігієни рук, оскільки не всі працівники дотримуються правильної практики гігієни рук;

5. на першому році впровадження покращення гігієни рук оцінювання витрат антисептику необхідно проводити щомісяця, а в подальшому – поквартально. Такий підхід дозволить не тільки коригувати витрати, а й, опосередковано, має можливість отримати інформацію щодо реального дотримання практик гігієни рук.

Додаток 6
до Інструкції з впровадження
покращення гігієни рук в
закладах охорони здоров'я та
установах/закладах надання
соціальних послуг/соціального
захисту населення
(підпункт 3 пункту 5 розділу II,
пункт 6 розділу III, пункт 11
розділу V, підпункт 1 пункту 6
розділу VII, підпункт 7 пункту
10 розділу VII, підпункт 6
пункту 13 розділу VII, підпункт
1 пункту 14 розділу VII,
підпункт 3 пункту 17
розділу VII)

Протокол оцінки використання засобів для гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ

1. Вступна частина

1. Відповідно до цього Протоколу здійснюється оцінка використання засобів для гігієни рук (рідкого мила і антисептику для рук) у ЗОЗ/ЗСЗ з метою:

1) визначення використання засобів для гігієни рук на етапі базової оцінки (крок 2) відповідно до плану дій на перший рік впровадження покращення гігієни рук;

2) опосередкованого методу контролю гігієни рук;

3) моніторингу використання засобів для гігієни рук;

4) визначення потреби для планування та закупівлі засобів для гігієни рук, контролю рівня їх запасів в короткостроковій і в довгостроковій перспективах.

2. Оцінка відповідно до цього Протоколу проводиться у ЗОЗ/ЗСЗ вперше для базової оцінки та в подальшому один раз на місяць протягом першого року впровадження заходів з гігієни рук, починаючи з другого року впровадження – кожні 3-4 місяці або в разі необхідності. Графік проведення оцінок може коригуватися у відповідності до графіку проведення закупок або поставок.

3. Оцінку відповідно до цього Протоколу проводить координатор з гігієни рук або уповноважений працівник, який працює у підрозділі (ординатор або старша сестра медична) після проходження інструктажу.

4. Виконання цього Протоколу передбачає заповнення форми для проведення оцінки, яка містить чотири пункти. Для збору даних можуть використовуватись форми замовлення або поставки відповідного засобу для гігієни рук згідно із практикою ЗОЗ/ЗСЗ, які отримані у тендерному комітеті (підрозділі закупівель) або в уповноваженій особі. Альтернативно дані можуть бути отримані у працівника ЗОЗ/ЗСЗ/підрозділу, який відповідальний за розподіл засобів для гігієни рук.

5. Заповнення Таблиць у пунктах 3 та 4 Форми для проведення оцінки використання засобів для гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ здійснюється із врахуванням наступного:

1) таблиці використовуються для заповнення даних щомісячно протягом шести місяців. Якщо дані за один із місяців недоступні, вводяться сумарні дані, що відповідають більш тривалим періодам (наприклад, два або три місяці);

2) на кожні шість місяців заповнюється нова таблиця;

3) у розрахунку використання засобів для гігієни рук, проведеному відповідно до даних закупівельних або видаткових форм, враховується кількість засобів, які залишаються на складі. Для правильного визначення використаних засобів, від отриманої при підрахунках суми віднімаються залишки та перевіряється відповідність суми використаних засобів і їх залишків сумі, яка вказана в закупівельних або видаткових формах;

4) при використанні різних засобів для гігієни рук (наприклад, антисептики для рук із різним складом) необхідно заповнювати пункт 3 окремо для кожного з них. У випадках, коли один і той же засіб постачався в різних об'ємах (наприклад, на початку року фасувався по 100 мл в кишеньковій пляшечці, а потім – по 125 мл), Протокол заповнюється із вказанням кількості засобу в літрах та не враховується тара, в якій він постачався;

5) у таблицях враховуються будь-які зміни в кількості ліжок, працівників, пацієнтів або ліжкоднів. В разі залучення до використання засобів для гігієни рук нової палати, проведення капітального ремонту із перепрофілюванням або відкриття відділення – проводиться базова оцінка та подальший моніторинг.

6. В кінці шестимісячного періоду використання засобу необхідно сформулювати звіти по кожному підрозділу і по ЗОЗ/ЗСЗ в цілому та направити всім зацікавленим сторонам. Результати оцінки, проведеної відповідно до цього Протоколу, використовуються ВІК/координатором з гігієни рук для оцінки впливу плану дій з покращення гігієни рук в цілому та направляються у структурний підрозділ, який проводить закупівлі, іншим зацікавленим сторонам. Тенденція до підвищення використання засобів для гігієни рук може свідчити про успіх програми з покращення гігієни рук. Статистично сталі результати або тенденції до зниження використання засобів для гігієни рук підлягають аналізу для коригування плану дій з метою покращення результатів.

7. Результати оцінки використовуються також для оцінки ефективності роботи ВІК/координатора з гігієни рук.

8. Короткий словник:

відділ централізованих закупок – структурний підрозділ ЗОЗ/ЗСЗ або окрема структурна одиниця, що збирає потреби та здійснює закупки для ЗОЗ/ЗСЗ;

антисептик для рук – спиртовмісний дезінфекційний засіб (рідину, гель або піну), що застосовується для нанесення на шкіру рук з метою знищення мікроорганізмів;

палата/бокс/кімната – найменша частина ЗОЗ/ЗСЗ, що використовується для надання допомоги окремому пацієнту, групі або категорії пацієнтів.

II. Форма для проведення оцінки використання засобів для гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ

1. Загальна інформація щодо організації процесу закупівлі засобів для гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ:

1) чи наявний відділ централізованих закупок?

- ☐ так
☐ ні

2) як часто збирається потреба в засобах для гігієни рук?

- ☐ щомісяця
☐ щоквартально
☐ кожні півроку
☐ нерегулярно
☐ інше (вписати): _____

3) опис процесу замовлення, закупки та розподілу засобу для гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ/підрозділі із обов'язковим зазначенням часового інтервалу між замовленням, поставкою і початком розподілу та працівниками, які відповідальні за кожну задачу в процесі:

2. Інформація щодо місця проведення оцінки використання засобів для гігієни рук:

1) назва структурного підрозділу ЗОЗ/ЗСЗ: _____

2) П.І.Б. координатора з гігієни рук: _____

3) період проведення (вказати чіткий шестимісячний інтервал): _____

4) вкажіть які та в якій кількості палати в ньому/ній паявні із зазначенням короткого опису (наприклад, розташування раковин і дозаторів, їхню кількість тощо):

Blank lined paper for writing.

3. Антисептик для рук:

1) THE PROXY:

III. ГСП.Б

— **ДІНІ**

CHINA

...:ining(vine):

2) назвати склад продукту;

[illegible]

4. Мало:

[illegible]

...рілke мiю змiтaйнe

рідке мило антибактеріальне

1. Ім'я (вписати):

2) назва та склад продукту:

[illegible]

Додаток 7

до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення (підпункт 4 пункту 5 розділу II, пункт 6 розділу II, підпункт 1 пункту 7 розділу II, підпункт 2 пункту 8 розділу II, пункт 6 розділу III, підпункт 1 пункту 6 розділу VII, підпункт 3 пункту 10 розділу VII, підпункт 7 пункту 13 розділу VII)

Протокол оцінки переносимості і прийнятності антисептику для рук, що використовується або планується до використання у ЗОЗ/ЗСЗ

I. Вступна частина

1. Відповідно до цього Протоколу здійснюється оцінка переносимості шкірою рук і прийнятності антисептику для рук користувачем як найбільш важливих критеріїв при виборі ЗОЗ/ЗСЗ антисептику для рук, які впливають на довготривале його використання і успішне впровадження покращення гігієни рук.

2. Цей Протокол включає два методи оцінки:

1) метод 1 – для оцінки переносимості і прийнятності одного антисептику для рук;

2) метод 2 – для оцінки переносимості і прийнятності двох і більше антисептиків для рук.

Врахування думки і досвіду користувача, що передбачається в обох методах, сприятиме формуванню культури дотримання гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ.

3. Складові компоненти методів оцінки наведено у таблиці:

Метод 1	Метод 2
Форма для планування зустрічей (метод 1)	Форма для планування зустрічей (метод 2)
Контрольна форма оцінки переносимості і прийнятності антисептику для рук (метод 1)	Контрольна форма оцінки переносимості і прийнятності антисептику для рук (метод 2)
Анкета для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (Частини 1, 2) (видається учасникам оцінки)	
Анкета для об'єктивної оцінки стану шкіри рук (видається спостерігачу)	

II. Метод 1

1. Оцінка із використанням методу 1 проводиться у разі застосування нового для ЗОЗ/ЗСЗ антисептику для рук або якщо існує необхідність провести оцінку переносимості і прийнятності антисептику для рук при довготривалому його використанні.

2. Для виконання правильного оцінювання учасник повинен використовувати лише досліджуваний антисептик для рук не менше 5 робочих днів поспіль або один місяць звичайного використання.

3. Оцінка проводиться із залученням спостерігача та 40 працівників – учасників оцінки.

4. Оцінка включає в себе наступне:

1) щонайменше 40 учасників використовують не менше 30 мл засобу на день;

2) об'єктивну оцінку: спостерігач/дослідник використовує для оцінки стану шкіри працівника Анкету для об'єктивної оцінки стану шкіри рук;

3) суб'єктивну оцінку: працівники заповнюють Анкету для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (Частини 1, 2), що призначена для оцінки всіх факторів ризику пошкодження шкіри (а не тільки тих, що пов'язані із використанням засобу), а також прийнятності продукту і переносимості шкірою;

4) проведення оцінювання перед початком використання, через 3-5 днів використання та через один місяць використання.

5. Оцінка із використанням методу 1 може бути сліпою (наприклад, роздавання кишенькових диспенсерів без жодних маркувань) або інформованою.

6. Оцінка складатиметься із наступних етапів:

1) ідентифікація учасників, інструктаж та індивідуальне планування оцінювання;

2) використання антисептику для рук і оцінка;

3) введення і аналіз даних (формування звіту);

4) представлення звіту.

7. На етапі ідентифікації учасників, інструктажу та індивідуального планування оцінювання слід виконати наступне:

1) спостерігач/дослідник:

отримує дозвіл керівництва ЗОЗ/ЗСЗ на проведення оцінки та, за можливості, йому виділяється окреме робоче місце в підрозділі, в якому заплановано оцінювання, із тумбою/шафою/сейфом, що закриваються, для зберігання паперів та диспенсерів із антисептиком для рук;

отримує згоду керівників структурних підрозділів, в яких буде проводитися оцінка;

організовує та проводить інформаційні сесії для потенційних учасників серед працівників (всвітлення цілі, процедури і умов проведення, обмежень тощо);

визначає щонайменше 40 учасників та присвоює кожному з них ідентифікаційний номер (наприклад, учасник № 1 або працівник № 01). Номер, що був присвоєний учаснику дослідження, зазначається на Анкеті для

суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (Частини 1, 2), кишенькових диспансерів і видається учаснику дослідження в перший день оцінювання. Номер учасника дослідження на Анкеті для об'єктивної оцінки стану шкіри рук, що заповнюється спостерігачем/дослідником, має співпадати з номером на Анкеті для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (Частини 1, 2), яка заповнюється учасником;

визначає критерії переносимості шкірою і прийнятності продукту (до початку проведення оцінки). Визначені критерії не повідомляються учасникам оцінки;

планує та проводить особисті зустрічі із кожним учасником оцінювання, таким чином, щоб зустрічі проходили в робочий час, при цьому не заважали виконанню професійних обов'язків. Під час зустрічі складається план проведення оцінювання згідно із Формою для планування зустрічей (метод 1) (у двох екземплярах), ознайомлюється з ним учасник, спостерігач надає відповіді на запитання, що виникли у учасника оцінки. За результатом зустрічі спостерігач вносить відповідні дані в Контрольну форму оцінки переносимості і прийнятності антисептику для рук (метод 1);

видає учаснику оцінки один примірник Форми для планування зустрічей (метод 1) із зазначенням контактної номеру телефону спостерігача, примірник із зазначенням контактної номера учасника оцінки залишається у спостерігача;

визначає стан шкіри рук учасника оцінки до, під час та після першого нанесення антисептику для рук та заповнює Анкету для об'єктивної оцінки стану шкіри рук;

2) учасник оцінки отримує та заповнює Анкету для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (Частини 1, 2);

3) спостерігач може застосувати для оцінки антисептику для рук наступні критерії:

А) критерії прийнятності:

у частині 2 Анкети для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук у розділі «Оцінка засобу гігієни для рук» – колір і аромат – $\geq 50\%$ відповідей набрали 4 і більше балів;

у частині 2 Анкети для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук у розділі «Оцінка засобу гігієни для рук» - інше $\geq 75\%$ відповідей набрали 4 і більше балів;

Б) критерії переносимості шкірою рук:

у частині 2 Анкети для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук у розділі «Самооцінка стану шкіри на руках» - $\geq 75\%$ відповідей набрали 4 і більше балів;

у Анкеті для об'єктивної оцінки стану шкіри рук – $\geq 75\%$ відповідей набрали менше 2 балів.

8. Проведення етапу використання антисептику для рук і оцінки:

1) умови, які виконуються учасником оцінки:

для гігієнічної обробки рук протягом одного місяця використовувати тільки антисептик для рук, що оцінюється, за виключенням випадків, коли необхідно помити руки із водою та милом;

не використовувати засоби для захисту шкіри рук (креми, лосьйони, олії тощо) в перші 3-5 днів оцінювання;

використовувати не менше 30 мл засобу, що оцінюється, за робочий день;

заповнити Анкету для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (частина 2) після перших 3-5 днів та одного місяця використання засобу, що оцінюється;

заповнити Анкету для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (частина 1) після одного місяця використання засобу, що оцінюється;

зустрітися із спостерігачем перед початком оцінювання, через 3-5 днів та один місяць використання засобу з метою об'єктивної оцінки стану шкіри рук, повернення використаних і отримання заповнених диспенсерів, а також повернення заповнених частин 1, 2 Анкети для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук;

повернути всі диспенсери із засобом, що використовувалися протягом перших 3-5 днів оцінювання, в незалежності від того наскільки вони заповнені (пусті, заповнені частково або повні);

заздалегідь попередити спостерігача/дослідника про вихід із оцінювання;

2) спостерігач/дослідник оцінює і записує кількість використаного засобу, що оцінюється, за 3-5 днів та один місяць.

9. На етапі введення та аналізу даних спостерігач/дослідник класифікує документи (форми, анкети), перевіряє їх зміст, узгодженість і відповідність, після чого видаляє будь-яку інформацію, що може допомогти в ідентифікації учасника оцінки:

1) опрацьовані відповідно до пункту 9 документи передаються спостерігачем/досліднику спеціалісту зі збору та аналізу даних у підрозділі статистики або відповідальній особі в ВІК для формування аналізу даних та звіту. Звіт оформлюється в довільній формі із обов'язковим зазначенням наступного:

кількість учасників, які почали дослідження та завершили його;

кількість учасників, які вийшли або були виключені з дослідження з вказуванням причини;

узагальнені оцінки відповідно до критеріїв прийнятності та переносимості;

рекомендацію щодо (не-)використання засобу в ЗОЗ/ЗСЗ із зазначенням можливих ризиків, які були виявлені під час дослідження (наприклад, категоричне несприйняття працівниками одного з підрозділів);

2) у випадках, коли проведене оцінювання виявило негативний результат, розкривати будь-яку інформацію щодо виробника та назви продукту (антисептику для рук) категорично заборонено;

3) у випадках, коли результати оцінювання невизначені, оцінку можна повторити або продовжити, а також можна збільшити кількість учасників для підтвердження/анулювання результатів.

10. Керівник ВІК приймає рішення щодо формату та часу представлення результатів зацікавленим сторонам (керівництву ЗОЗ/ЗСЗ, керівникам підрозділів та працівникам).

Продовження додатку 6

Частина форми, яка
надається учаснику опитування

Форма для планування зустрічей (метод 1)

Продовження форми, яка
надається учаснику опитування

Дата та побачення зустрічей (заповнити):

Період опитування: з _____ по _____

Відомості, які можна отримати з даної інформації, що надається в
представленні об'єктивних, проаналізованих даних у робочій формі за
таблицею (заповнити):

Графік зустрічей	
Дата та час зустрічі	Мета зустрічі
Перша зустріч	1. Забороти дискусію, що застосує метод, який визначає (визначає) кількість відносності у відносності до кількості розбіжностей між кількісними даними (метод 2). 2. Взяти анкету (частину 2). 3. Провести об'єктивні оцінки стану опитування систематично.
Друга зустріч (через 3-5 днів після першої зустрічі)	1. Повторити всі дискусії, які були віднесені при першій зустрічі та отримати нові дані про відносності, що зазначаються. 2. Повторити анкету (частину 2). 3. Провести об'єктивні оцінки стану опитування систематично.
Третя зустріч (через один місяць після початку інтерв'ю)	1. Заповнити і віддати анкету (частину 1). 2. Заповнити і віддати анкету (частину 2). 3. Провести об'єктивні оцінки стану опитування систематично.

Продовження додатку 6

Частина форми, яка
надається учаснику опитування

Форма для планування зустрічей (метод 1)

Продовження форми, яка
надається учаснику опитування

Дата та побачення зустрічей (заповнити):

Період опитування: з _____ по _____

Відомості, які можна отримати з даної інформації, що надається в
представленні об'єктивних, проаналізованих даних у робочій формі за
таблицею (заповнити):

Графік зустрічей	
Дата та час зустрічі	Мета зустрічі
Перша зустріч	1. Забороти дискусію, що застосує метод, який визначає (визначає) кількість відносності у відносності до кількості розбіжностей між кількісними даними (метод 2). 2. Взяти анкету (частину 2). 3. Провести об'єктивні оцінки стану опитування систематично.
Друга зустріч (через 3-5 днів після першої зустрічі)	1. Повторити всі дискусії, які були віднесені при першій зустрічі та отримати нові дані про відносності, що зазначаються. 2. Повторити анкету (частину 2). 3. Провести об'єктивні оцінки стану опитування систематично.
Третя зустріч (через один місяць після початку інтерв'ю)	1. Заповнити і віддати анкету (частину 1). 2. Заповнити і віддати анкету (частину 2). 3. Провести об'єктивні оцінки стану опитування систематично.

Продовження додатка 7

Контрольна форма оцінки переносимості і прийнятності антисептики для рук (метод 1)

№ учасника	Дата і час зустрічей	Видано/повернено диспенсерів	Використано засобу, в літрах	Перевірка анкет	Об'єктива оцінка стану підпири рук проведена
1	1-й візит: ____ / ____ / ____ —	☐	☐	☐ анкета (частина 2) видана при першій зустрічі	☐ перед оцінюванням
	2-й візит: ____ / ____ / ____	☐	☐	☐ анкета (частина 2) повернена на 3-5 день	☐ через 3-5 днів
	3-й візит: ____ / ____ / ____	☐	☐	☐ анкети (частина 1 та 2) заповнені та повернені під час останньої зустрічі	☐ використанні досліджуваного засобу через один місяць використання досліджуваного засобу
2	1-й візит: ____ / ____ / ____ —	☐	☐	☐ анкета (частина 2) видана при першій зустрічі	☐ перед оцінюванням
	2-й візит: ____ / ____ / ____	☐	☐	☐ анкета (частина 2) повернена на 3-5 день	☐ через 3-5 днів
	3-й візит: ____ / ____ / ____	☐	☐	☐ анкети (частина 1 та 2) заповнені та повернені під час останньої зустрічі	☐ використанні досліджуваного засобу через один місяць використання досліджуваного засобу

III. Метод 2

1. Оцінка із використанням методу 2 проводиться у ЗОЗ, які надають стаціонарну медичну допомогу та кількість медичних працівників яких складає більше 400, при наявності зацікавленості ЗОЗ в проведенні порівняння переносимості і прийнятності різних антисептиків для рук.

2. Для виконання правильного оцінювання потрібно використовувати кожен із оцінюваних антисептиків для рук не менше 5 робочих днів поспіль.

3. Оцінка проводиться із залученням головного дослідника, спостерігача/дослідника та 40 працівників – учасників оцінки.

Головним дослідником визначається працівник ВІК, який забезпечує організацію проведення оцінки та відповідає за делеговану йому фазу оцінки. Якщо оцінка проводиться у декількох підрозділах, організація оцінки має передбачати проведення оцінки для всіх учасників в одному з цих підрозділів або поетапне проведення оцінки (по завершенню оцінки в одному підрозділі, починається оцінка в іншому підрозділі).

4. Оцінка включає в себе наступне:

1) щонайменше 40 учасників використовують не менше як по 30 мл засобу на день;

2) рандомізоване дослідження: учасники визначаються випадково для проведення оцінювання; учасникам призначається номер, за яким визначається лише розподіл засобу (головний дослідник визначає якому номеру учасника видасться диспенсер із відповідним номером). Номера призначаються учасникам в порядку їх зарахування. Ані учасники, ані спостерігачі/дослідники не повинні впливати на розподіл засобів;

3) подвійне сліпе дослідження: ані учасник, ані спостерігач/дослідник (включаючи підрозділ статистики, який проводить оцінку даних) не знають про склад та розподіл різних антисептиків для рук серед учасників;

4) перехресне оцінювання: кожен із учасників по чергово оцінює кожен антисептик для рук;

5) об'єктивну оцінку: спостерігач/дослідник використовує для оцінки стану шкіри працівника Анкету для об'єктивної оцінки стану шкіри рук;

6) суб'єктивну оцінку: працівники заповнюють Анкету для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (Частини 1, 2), що призначена для оцінки всіх факторів ризику пошкодження шкіри (а не тільки тих, що пов'язані із використанням засобу), а також прийнятності продукту і переносимості шкірою.

5. Оцінка складається із наступних етапів:

- 1) підготовка засобу (антисептику для рук) до оцінювання;
- 2) ідентифікація учасників, інструктаж та індивідуальне планування оцінювання;
- 3) використання антисептику для рук і оцінка;
- 4) введення і аналіз даних (формування звіту);
- 5) представлення звіту.

6. Підготовка засобу до оцінювання (проводиться фармацевтом або працівником аптеки):

- 1) (пере-)пакувати засіб в однакові і без будь-яких знаків розрізнення кишеневі диспенсери, вмістом 75, 100 або 125 мл;
- 2) прономерувати кожен диспенсер та занести інформацію у відповідну розроблену форму, яка повинна залишатися конфіденційною (передається лише головному досліднику);
- 3) записати кількість продукту (в літрах) в кожному із диспенсерів (зазначити номер) та передати спостерігачеві/досліднику;

4) розмістити диспенсери по ящикам, у відповідності до груп учасників оцінки (кількість груп має відповідати кількості оцінюваних засобів), та своєчасно вилавати їх у підрозділ, де працює учасник;

5) ані учасники, ані спостерігачі/дослідники, ані працівники відділу статистики не повинні знати склад та назву засобу і в який із диспенсерів він поміщений (подвійне сліпе дослідження).

7. На етапі ідентифікації учасників, інструктажу та індивідуального планування оцінювання виконується наступне:

1) спостерігач/дослідник:

отримує дозвіл керівництва ЗОЗ на проведення оцінки та, за можливості, йому виділяється окреме робоче місце в підрозділі, в якому заплановано оцінювання, із тумбою/шафою/сейфом, що закриваються, для зберігання паперів та диспенсерів із антисептиком для рук;

отримує згоду керівників структурних підрозділів, в яких буде проводитися оцінка;

організовує та проводить інформаційні сесії для потенційних учасників серед працівників (висвітлення цілі, процедури і умов проведення, обмежень тощо);

визначає щонайменше 40 учасників та присвоює кожному з них ідентифікаційний номер (наприклад, учасник № 1 або працівник № 01), розподіляє учасників на групи, використовуючи Контрольну форму оцінки переносимості і прийнятності антисептику для рук (метод 2). При цьому спостерігачу важливо знати кожного учасника особисто, однак не використовувати особисту інформацію при проведенні аналізу даних;

зазначає номер, що присвоєний учаснику, на анкетах (Анкета для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (частини 1, 2), Анкета для об'єктивної оцінки стану шкіри рук), графіку зустрічей (Форма для планування зустрічей (метод 2) і на видалених диспенсерах;

планує та проводить особисті зустрічі із кожним учасником оцінювання, таким чином, щоб зустрічі проходили в робочий час, при цьому не заважали виконанню професійних обов'язків. Під час зустрічі складається план проведення оцінювання згідно із Формою для планування зустрічей (метод 2) (у двох екземплярах), ознайомлюється з ним учасник, спостерігач надає відповіді на запитання, що виникли у учасника оцінки. За результатом зустрічі спостерігач вносить відповідні дані в Контрольну форму оцінки переносимості і прийнятності антисептику для рук (метод 2);

видає учаснику оцінки один примірник Форми для планування зустрічей (метод 2) із зазначенням контактного номеру телефону спостерігача, примірник із зазначенням контактного номера учасника оцінки залишається у спостерігача;

визначає стан шкіри рук учасника оцінки до, під час та після першого нанесення антисептику для рук та заповнює Анкету для об'єктивної оцінки стану шкіри рук;

2) учасник оцінки отримує і заповнює частину 1 Анкети для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук в одному екземплярі та частину 2 цієї анкети у кількості екземплярів, що відповідає кількості антисептиків для рук, що оцінюються.

8. Проведення етапу використання антисептику для рук і оцінки:

1) умови, які виконуються учасником оцінки:

для гігієнічної обробки рук протягом п'яти днів використовувати тільки антисептик для рук, що оцінюється, за виключенням випадків, коли необхідно помити руки із водою та милом;

не використовувати засоби для захисту шкіри рук (креми, лосьйони, олії тощо);

заповнити Анкету для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (частина 2) після перших 3-5 днів використання засобу, що оцінюється;

заповнити Анкету для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук (частина І) після завершення кожного із етапів оцінювання (дослідження кожного із засобів);

зустрітися із спостерігачем перед початком та після завершення використання кожного із оцінюваних засобів з метою оцінки стану шкіри рук (Анкета для об'єктивної оцінки стану шкіри рук), повернення використаних і отримання заповнених диспенсерів, а також повернення заповнених анкет;

повернути всі диспенсери із засобом, в незалежності від того наскільки вони заповнені (пусті, заповнені частково або повні);

не змінювати свій графік роботи, після того як періоди для оцінки були заплановані, а в разі необхідності – завчасно повідомити спостерігача;

2) спостерігач та учасник мають враховувати, що кожен період оцінки має розділяти період змита (проміжок часу між оцінюваннями засобів, протягом якого не використовуються антисептики для рук, що дозволяє нівелювати наслідки використання попереднього засобу), який складає щонайменше два дні;

3) спостерігач:

видає учасникам диспенсери без жодних стикеток та написів, що можуть ідентифікувати засіб, і містять лише номери, які визначаються головним дослідником, номери не повинні повторюватися. Крім того, особливу увагу слід звернути на те, що учасник не повинен перейматися тим, де і як отримати оцінюваний засіб (видача повинна проводитися не по закінченню засобу, а заздалегідь);

реєструє кількість виданого засобу для оцінки і порівнює із залишком;

проводить об'єктивну оцінку стану шкіри рук учасника та заповнює Анкету для об'єктивної оцінки стану шкіри рук до та після закінчення оцінки кожного із засобів (антисептиків для рук);

4) періоди оцінювання мають бути однаковими для кожного із засобів (наприклад, 5 робочих днів) та розділитися вихідними/святковими днями (період змита, який повинен тривати не менше двох днів);

5) оцінка прийнятності та переносимості шкірою рук антисептиків для рук здійснюється шляхом порівняння підрахованих балів по кожному із критеріїв щодо кожного оцінюваного засобу:

А) критерії прийнятності засобу:

у розділі «Оцінка засобу гігієни для рук» частини 2 Анкети для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук – колір і аромат – підраховувати бали для порівняння по кожному засобу;

у розділі «Оцінка засобу гігієни для рук» частини 2 Анкети для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук – інші запитання – підраховувати бали для порівняння по кожному засобу;

Б) критерії переносимості шкірою рук:

у розділі «Самооцінка стану шкіри рук» частини 2 Анкети для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук – підраховувати бали для порівняння по кожному засобу;

у Анкетах для об'єктивної оцінки стану шкіри рук – підраховувати бали для порівняння по кожному засобу.

9. На етапі введення та аналізу даних спостерігач/дослідник класифікує документи (форми, анкети), перевіряє їх зміст, узгодженість і відповідність:

1) опрацьовані відповідно до пункту 9 документи передаються спостерігачем/дослідником спеціалісту зі збору та аналізу даних у підрозділ статистики або відповідальній особі в ВІК для формування аналізу даних та звіту. Звіт оформлюється в довільній формі із обов'язковим зазначенням наступного:

кількість учасників, які почали дослідження та завершили його;

кількість учасників, які вийшли або були виключені з дослідження з вказуванням причини;

узагальнені оцінки відповідно до критеріїв прийнятності та переносимості;

рекомендацію щодо (не-)використання засобу в ЗОЗ із зазначенням можливих ризиків, які були виявлені під час дослідження (наприклад, категоричне несприйняття працівниками одного з підрозділів);

2) після аналізу даних головний дослідник розкриває інформацію щодо складу, назви і виробника оцінюваних засобів (антисептиків для рук).

10. Керівник ВІК приймає рішення щодо формату та часу представлення результатів зацікавленим сторонам (керівництву ЗОЗ, керівникам підрозділів та працівникам).

IV. Анкета для суб'єктивної оцінки стану шкіри рук, практики гігієни рук та використання антисептику для рук*

Частина I

Учасник № (зазначити): _____ Дата повернення анкети: « ____ » « ____ » « ____ » року»

Оцінка факторів, що впливають на толерантність шкіри:

Вік (зазначити): _____

Стать:

- ☐ чоловіча
- ☐ жіноча

Професійна група:

- ☐ лікар
- ☐ сестра медична
- ☐ практикант (середні медичні працівники)
- ☐ практикант (лікарський персонал)
- ☐ допоміжний персонал (молодші медичні працівники, доглядальники(-ці) тощо)
- ☐ інші (зазначити): _____

Шкіра:

- ☐ бліда із веснянками
- ☐ рожева із веснянками
- ☐ світло-коричнева
- ☐ коричнева
- ☐ темно-коричнева
- ☐ чорна

Поточні кліматичні умови:

- ☐ зима
- ☐ весна
- ☐ осінь
- ☐ літо

Чи проводите ви діяльність, що може призвести до пошкодження шкіри?

- ☐ так
- ☐ ні

Чи користуєтеся ви засобами для догляду за шкірою рук (креми, лосьйони, олії тощо) поза оцінюванням?

- ☐ більше 5 разів на день
- ☐ до 5 разів на день
- ☐ один раз на день
- ☐ протягом певного сезону (вказати): _____
- ☐ періодично
- ☐ ніколи

Чи спостерігався у вас травматичний дерматит?

- ☐ ніколи
- ☐ іноді (вказати з чим пов'язаний): _____
- ☐ постійно

Чи хворієте ви на атопічний дерматит?

- ☐ так
- ☐ ні

Чи хворієте ви на алергічний риніт/кон'юнктивіт?

- ☐ так
- ☐ ні

Чи хворієте ви на бронхіальну астму?

- ☐ так

☐ ні

Чи є у вас непереносимість алкоголю?

☐ так

☐ ні

Оцінка частоти практик гігієни рук:

Ви працюєте повний робочий день (8 годин)?

☐ так

☐ ні

Якщо ви працюєте неповний робочий день, то вкажіть який із запропонованих варіантів підходить у вашому випадку найбільше?

☐ менше 4 годин

☐ 4 години

☐ 5 годин

☐ 6 годин

☐ 7 годин

Як довго ви використовуєте антисептик для рук на роботі?

☐ вперше

☐ менше одного року

☐ більше одного року, але менше п'яти

☐ більше п'яти років

Як ви думаєте, чи зможете ви покращити власне дотримання практики гігієни рук?

☐ так

☐ ні

☐ можливо

Ви можете не використовувати антисептик для рук, тому що:

Забуваєте: завжди ☐ іноді ☐ ніколи ☐

Маєте недостатньо часу: завжди ☐ іноді ☐ ніколи ☐

Маєте пошкоджену шкіру: завжди ☐ іноді ☐ ніколи ☐

Частина 2

Учасник № (вказати): _____ Дата повернення анкети: « ____ » « ____ » « ____ року »

Продовження додатка 7

Кількість виданих диспенсерів (зазначити): ____

Кількість виданого засобу в літрах (зазначити): ____

Кількість повернутих диспенсерів (зазначити): ____

Кількість використаного засобу (зазначити): ____

Оцінка частоти практик гігієни рук

Скільки робочих днів (8 годин) наряд ви використовували засіб?

- ☐ 3 дні
- ☐ 4 дні
- ☐ 5 днів
- ☐ 6 днів
- ☐ 7 днів
- ☐ більше 7 днів

Як часто ви мали контакт із пацієнтом протягом робочого дня під час проведення дослідження (в середньому)?

- ☐ менше одного
- ☐ від одного до п'яти
- ☐ від шести до десяти
- ☐ від одинадцяти до п'ятнадцяти
- ☐ більше п'ятнадцяти

В скількох відеогках випадків, коли необхідно було виконати гігієнічну обробку рук, ви її виконували?

- ☐ 0%
- ☐ 10%
- ☐ 20%
- ☐ 30%
- ☐ 40%
- ☐ 50%
- ☐ 60%
- ☐ 70%
- ☐ 80%
- ☐ 90%
- ☐ 100%

Чи змінило це оцінювання ваше дотримання практики гігієни рук?

- ☐ так
- ☐ ні

Скільки разів із останніх п'яти практик з гігієни рук ви використовували засоби для миття рук?

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

Як часто, в середньому, ви практикуєте гігієну рук протягом робочого дня (за період проведення оцінювання)?

- ☐ менше одного
☐ від одного до п'яти
☐ від шести до десяти
☐ від одинадцяти до п'ятнадцяти
☐ більше п'ятнадцяти

Оцінка засобу гігієни для рук

Що ви думаєте про оцінюваний продукт**?

Колір:	неприємний	☐	☐	☐	☐	☐	приємний
Запах:	неприємний	☐	☐	☐	☐	☐	приємний
Текстура:	дуже липка	☐	☐	☐	☐	☐	зовсім не липка
Подразнення:	дуже подразнює	☐	☐	☐	☐	☐	не подразнює
Ефект висушування шкіри:	сильний	☐	☐	☐	☐	☐	відсутній
Простота використання:	складно	☐	☐	☐	☐	☐	легко
Швидкість висихання:	швидко	☐	☐	☐	☐	☐	повільно
Застосування:	приємне	☐	☐	☐	☐	☐	неприємне
Загальна оцінка:	незадовільно	☐	☐	☐	☐	☐	відмінно

Чи є відмінності між оцінюваним засобом та засобом, що використовуються у вашому ЗОЗ?

суттєві ☐ несуттєві ☐ відсутні ☐

Який засіб вам подобається більше?

Продовження додатка 7

- ☐ що вже використовується (0 балів)
☐ що оцінюється (5 балів)
☐ не надаю перевагу жодному (0 балів)

Як ви вважаєте, оцінюваний засіб може підвищити частоту дотримання практики гігієни рук в ЗОЗ**?

беззаперечно так ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ категорично ні

Оцінка стану шкіри рук

Самооцінка стану шкіри рук** (після використання оцінюваного засобу):

Зовнішній вигляд (почервоніння, висип, свербіж тощо):

	нездорова	☐	☐	☐	☐	☐	нормальна
Садна і тріщини:	велика кількість	☐	☐	☐	☐	☐	відсутні
Сухість:	виражена	☐	☐	☐	☐	☐	відсутня

Неприємні відчуття (свербіж, печіння, болісність):

виражені ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ відсутні

Як би ви оцінили цілісність шкіри рук?

незадовільна ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ відмінна

*Частина 1 цієї анкети заповнюється по методу 1 - один раз кожним учасником оцінки через один місяць використання антисептику для рук, по методу 2 - один раз кожним учасником оцінки через 3-5 днів використання антисептику для рук.

Частина 2 цієї анкети заповнюється по методу 1 - через 3-5 днів та через один місяць використання антисептику для рук, по методу 2 - через 3-5 днів використання антисептику для рук.

...** зліва на право відповідає оцінці від 1 до 5 балів. Розподіл балів, що наведений у Протоколі, не надається учаснику.

V. Анкета для об'єктивної оцінки стану шкіри рук

Учасник № (зазначити): ____

Продовження додатка 7

Дата першої оцінки : « ____ » « _____ » « _____ року»

Дата другої оцінки : « ____ » « _____ » « _____ року»

Дата третьої оцінки : « ____ » « _____ » « _____ року»

Шкала оцінки стану шкіри рук спостерігачем

Почервоніння	До початку оцінювання					Через 3-5 днів використання					Через один місяць використання				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0 – відсутність почервоніння; 1 – легке почервоніння або плямистість; 2 – помірне почервоніння, що рівномірно розподілене; 3 – значне почервоніння; 4 – значне почервоніння із набряком															
Лущення															
0 – лущення відсутнє; 1 – слабо виражене і не розподілене; 2 – помірно виражене; 3 – виражене.															
Тріщини															
0 – відсутні; 1 – одиначі неглибокі; 2 – глибокі одиначі або множинні неглибокі; 3 – великі тріщини із кровотечою або просочуванням															
Шкала візуального оцінювання стану шкіри рук															
Жодних видимих змін кольору, лущення або пошкоджень	0					0					0				
Незначне почервоніння, що нерівномірно розподілене	1					1					1				
Шкіра суха та/або наявне почервоніння	2					2					2				
Дуже суха шкіра із багдим відтінком груба на дотик та/або із наявним почервонінням, але без тріщин	3					3					3				
Потріскана поверхня шкіри, але без кровотечі/просочування	4					4					4				
Велика кількість тріщин на поверхні шкіри із кровотечею/просочуванням	5					5					5				

Примітка:

1. ця шкала заповнюється спостерігачем по методу 1 – трічі: до початку використання засобу, через 3-5 днів та один місяць після початку використання засобу, по методу 2 – до оцінювання та через 3-5 днів;

2. у шкалі оцінки стану шкіри рук спостерігачем необхідно відзначити лише один із запропонованих варіантів відповідей.

Контрольна форма оцінки переносимості і прийнятності анкетизації для рук (метод 2)

№ учасника	Група	Дата і час зустрічей	Видано/повернено диспенсерів	Номери диспенсерів	Використано засобу, в літрах	Перевірка анкет	Об'єктивна оцінка стану шкіри рук проведена
1	А	1-й візит: ____/____/____				анкети (частина 1 і 2) видана при першій зустрічі	☐ перед початком оцінювання ☐ після закінчення використання досліджуваного засобу
		2-й візит: ____/____/____				анкети (частина 1 та 2) заповнені та повернені під час другої зустрічі	
	Б	1-й візит: ____/____/____				анкети (частина 1 і 2) видана при першій зустрічі	☐ перед початком оцінювання ☐ після закінчення використання досліджуваного засобу
		2-й візит: ____/____/____				анкети (частина 1 та 2) заповнені та повернені під час другої зустрічі	

Продовження додатка 7

№ учасника	Група	Дата і час зустрічей	Видано/повернено диспенсерів	Номери диспенсерів	Використано засобу, в літрах	Перевірка анкет	Об'єктивна оцінка стану шкіри рук проведена
2	А	1-й візит: / /				анкета (частини 1 і 2) видана при першій зустрічі	☐ перед початком оцінювання ☐ після закінчення використання досліджуваного засобу
		2-й візит: / /				анкета (частини 1 та 2) заповнені та повернені під час другої зустрічі	
	В	1-й візит: / /				анкета (частини 1 і 2) видана при першій зустрічі	☐ перед початком оцінювання ☐ після закінчення використання досліджуваного засобу
		2-й візит: / /				анкета (частини 1 та 2) заповнені та повернені під час другої зустрічі	

Примітка: структура цієї форми вказує випадковий розподіл (два рядки на кожного учасника), що відповідає оцінюванню двох засобів. При необхідності додається така кількість рядків, яка відповідає кількості засобів відно яких призначається оцінка.

Додаток 8
до Інструкції з впровадження
покращення гігієни рук в закладах
охорони здоров'я та установах/
закладах надання соціальних
послуг/соціального захисту
населення
(підпункт 2 пункту 8 розділу II,
пункт 8 розділу VII)

**Примірний план-графік
проведення базової оцінки для впровадження покращення
гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ**

Вид оцінки	Строки проведення				
	перший- другий тижні				
Оцінка інфраструктури і ресурсів					
Оцінка сприйняття гігієни рук керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ		третій тиждень			
Оцінка сприйняття гігієни рук працівниками			четвертий- п'ятий тижні		
Оцінка дотримання правил гігієни рук працівниками				шостий- восьмий тижні	
Оцінка використання засобів для гігієни рук					в кінці кроку 2, надалі щомісяця протягом першого року впровадження та щоквартально в подальшому
Оцінка знань працівників щодо гігієни рук					за тиждень або безпосередньо перед початком навчання
Оцінка переносимості і прийнятності антисептику для рук		третій-восьмий тижні			

Додаток 9

до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення
(підпункт 2 пункту 8 розділу II, пункт 16 розділу VII)

Примірний план-графік проведення оцінки впливу впровадження покращення гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ

Вид оцінки	Строки проведення				
	перший-другий тижні				
Оцінка інфраструктури і ресурсів					
Оцінка сприйняття гігієни рук керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ		третій тиждень			
Оцінка сприйняття гігієни рук працівниками та оцінка переносимості і прийнятності антисептику для рук, що використовується або планується до використання у ЗОЗ/ЗСЗ			четвертий-восьмий тижні		
Оцінка дотримання правил гігієни рук працівниками				шостий-восьмий тижні	
Оцінка використання засобів для гігієни рук					щомісяця протягом першого року впровадження та щоквартально в подальшому
Оцінка знань працівників щодо гігієни рук					за тиждень або безпосередньо перед початком навчання

Додаток 10
до Інструкції з впровадження
покращення гігієни рук в закладах
охорони здоров'я та установах/
закладах надання соціальних
послуг/соціального захисту
населення
(пункт 6 розділу III, пункт 11
розділу V, підпункт 1 пункту 6
розділу VII, підпункт 1 пункту 14
розділу VII, підпункт 2 пункту 17
розділу VII)

**Протокол для оцінки сприйняття
працівниками та керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ необхідності
попередження ІПНМД, важливості гігієни рук**

I. Вступна частина

1. Цей Протокол використовується для визначення сприйняття працівниками та керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ необхідності попередження ІПНМД, важливості гігієни рук як профілактичного заходу і ефективності всіх компонентів ММС. Сприйняття працівниками та керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ необхідності попередження ІПНМД, важливості гігієни рук безпосередньо впливає на:

- 1) їх готовність прийняти зміни в системі;
- 2) створення культури безпеки та гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ;
- 3) виділення ресурсів для реалізації плану дій з покращення гігієни рук.

2. Оцінка відповідно до цього Протоколу проводиться серед керівництва ЗОЗ/ЗСЗ та у всіх підрозділах, де впроваджується план дій з покращення гігієни рук, з метою:

- 1) базової оцінки сприйняття гігієни рук, до початку реалізації заходів з покращення гігієни рук;
- 2) наступної оцінки (щонайбільше через один рік) для визначення впливу плану дій з покращення гігієни рук;
- 3) регулярної оцінки після впровадження заходів з покращення гігієни рук (не рідше одного разу на рік) для моніторингу стійкості покращення та виявлення областей, що потребують додаткового втручання.

3. Цей Протокол включає такі анкети:

1) Анкета базової оцінки сприйняття працівниками ЗОЗ/ЗСЗ необхідності попередження ІПНМД, важливості гігієни рук;

2) Анкета оцінки сприйняття працівниками ЗОЗ/ЗСЗ необхідності попередження ІПНМД, важливості гігієни рук;

3) Анкета оцінки сприйняття керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ необхідності попередження ІПНМД, важливості гігієни рук.

4. Цей Протокол виконується спостерігачем/дослідником.

5. Анкетування відповідно до цього Протоколу проводиться анонімно та випадково. У випадках, коли випадковість неможлива:

1) якщо задіяно всього декілька підрозділів, анкети роздаються всім працівникам протягом одного тижня та збираються заповненими через 4-5 днів;

2) якщо в оцінці беруть участь декілька підрозділів або ЗОЗ/ЗСЗ цілком, анкети роздаються всім працівникам, що присутні на роботі, в один конкретний день (вранці) і збираються заповненими в кінці робочого дня.

Анкетування керівництва ЗОЗ/ЗСЗ також проводиться анонімно – анкети роздаються керівним працівникам та збираються заповненими через 4-5 днів.

**Анкета базової оцінки
сприйняття працівниками ЗОЗ/ЗСЗ необхідності попередження
ІПІМД, важливості гігієни рук**

Ідентифікаційний номер*: _____

*вказується спостерігачем/дослідником для проведення анонімного оцінювання

Так як Ви щоденно знаходитеся в безпосередньому контакті із пацієнтами, нам цікава Ваша думка щодо інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги та гігієни рук.

Заповнення анкети займе у Вас не більше 10 хвилин.

На кожне запитання є лише одна правильна відповідь.

Будь-ласка уважно прочитайте запитання і лише тоді відповідайте.

Короткий словник:

антисептик для рук – спиртовмісний дезінфекційний засіб (рідинка, гель або піна), що застосовується для нанесення на шкіру рук з метою знищення мікроорганізмів;

гігієнічна обробка рук – обробка рук шляхом втирання антисептика для рук в шкіру рук;

миття рук – миття рук милом та водою.

Дата:

Назва ЗОЗ/ЗСЗ:

Місто:

Region/Область:

І.І.Б.**:

Ім'я:

**не зазначається при проведенні анонімного опитування

1. Стать:

☐ чоловіча

☐ жіноча

2. Вік: _____ років.

3. Професійна група:

☐ лікар

☐ сестра медична

☐ практикант (середні медичні працівники)

☐ практикант (лікарський персонал)

☐ допоміжний персонал (молодші медичні працівники, доглядальники (-ні) тощо)

☐ інші (вказати): _____

4. Напрямок діяльності:

☐ терапевтичний/внутрішні хвороби

☐ хірургічний

- ☐ інтенсивна терапія
 - ☐ амбулансний (надається різнопрофільна допомога в залежності від потреби)
 - ☐ спеціалізована допомога/приймальне відділення
 - ☐ акушерство
 - ☐ педіатрія
 - ☐ реабілітація
 - ☐ хоспісна допомога
 - ☐ денний стаціонар
 - ☐ довготривалого перебування
 - ☐ інше (вписати): _____
5. Чи проходили Ви навчання із гігієни рук за останні три роки?
- ☐ так
 - ☐ ні
6. Чи використовуєте Ви на регулярній основі антисептик з метою проведення гігієнічної обробки рук?
- ☐ так
 - ☐ ні
7. У якого відсотка пацієнтів, на Вашу думку, виникнуть інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги, у Вашому ЗОЗ/ЗСЗ (від 0 до 100%)?
- ☐ _____ %
 - ☐ важко відповісти
8. Наскільки виражено, на Вашу думку, впливають інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги, на результат лікування пацієнтів?
- ☐ не впливають
 - ☐ впливають незначно
 - ☐ впливають суттєво
 - ☐ можуть стати причиною неефективного лікування
 - ☐ важко відповісти
9. Наскільки ефективна, на Вашу думку, гігієна рук для профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги?
- ☐ не ефективна
 - ☐ впливає незначно
 - ☐ впливає суттєво
 - ☐ важко відповісти
10. Чи є пріоритетом гігієна рук у Вашому ЗОЗ/ЗСЗ?
- ☐ не є пріоритетом
 - ☐ низька пріоритетність
 - ☐ середня пріоритетність
 - ☐ висока пріоритетність

☐ важко відповісти

11. В якому відсотку випадків, що потребують виконання практики гігієни рук, в середньому, на Вашу думку, працівники дійсно її виконують (враховується миття рук милом і водою та обробка антисептиком)?

☐ _____ %

☐ важко відповісти

12. Наскільки ефективними будуть, на Вашу думку, наступні заходи, які направлені на постійне покращення дотримання практик гігієни рук, у Вашому ЗОЗ/ЗСЗ (у кожному із пунктів зазначте лише одну відповідь)?

1) Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ відкрито підтримує заходи із покращення гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

2) В ЗОЗ/ЗСЗ будуть встановлені диспенсери із антисептиком для рук в кожній точці догляду:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

3) Інформаційні плакати/стенди встановлені поряд із точками догляду з метою постійного нагадування:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

4) Кожен працівник проходить щорічне навчання із гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

5) В ЗОЗ/ЗСЗ розроблені, затверджені та розповсюджені серед всіх працівників прості та зрозумілі стандартні операційні процедури щодо практик гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

6) Працівники регулярно отримують зворотній зв'язок від координатора з гігієни рук щодо результатів впровадження:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

7) Ви - приклад для наслідування в дотриманні практик гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

8) Пацієнтам запропоновано нагадувати працівникам щодо необхідності виконати практику гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

13. Чи підтримує керівник Вашого підрозділу дотримання оптимальних практик гігієни рук?

не підтримує ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ повністю підтримує

14. Чи підтримують Ваші колеги дотримання оптимальних практик гігієни рук?

не підтримують ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ повністю підтримують

15. Як Ви оцінюєте зусилля, що докладаються у Вашому ЗОЗ/ЗСЗ задля підтримки оптимальної повсякденної практики гігієни рук?

незадовільні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ відмінні

16. В якому відсотку випадків, що потребують використання практик гігієни рук, в середньому Ви їх дотримуетесь (миття або обробка антисептиком)?

- ☐ _____ %
- ☐ не дотримуюсь взагалі
- ☐ важко відповісти

Дякуємо за Ваші відповіді!

**Анкета оцінки
сприйняття працівниками ЗОЗ/ЗСЗ необхідності
попередження ІПНМД, важливості гігієни рук**

Ідентифікаційний номер*: _____

*вказується спостерігачем/дослідником для проведення анонімного опитування

Так як Ви щоденно знаходитеся в безпосередньому контакті із пацієнтами, нам цікава Ваша думка щодо інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги та гігієни рук.

Заповнення анкети займе у Вас не більше 10 хвилин.

На кожне запитання є лише одна правильна відповідь.

Будь-ласка уважно прочитайте запитання і лише тоді відповідайте.

Ви вже проходили базове опитування щодо цього питання. Ця анкета відрізняється деякими додатковими запитаннями, що дадуть нам змогу отримати Вашу думку щодо стратегій та інструментів, які наразі використовуються для просування гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ.

Короткий словник:

антисептик для рук – спиртовмісний дезінфекційний засіб (рідину, гель або піну), що застосовується для нанесення на шкіру рук з метою знищення мікроорганізмів;

гігієнічна обробка рук – обробка рук шляхом втирання антисептика для рук в шкіру рук;

миття рук – миття рук з милом та водою.

Дата:

Назва ЗОЗ/ЗСЗ:

Місто:

Регіон/Область:

П.І.Б. **: _____

Ім'я: _____

** не зазначається при проведенні анонімного опитування

1. Стать:

☐ чоловіча

☐ жіноча

2. Вік: _____ років

3. Професійна група:

☐ лікар

☐ сестра медична

☐ практикант (середні медичні працівники)

☐ практикант (лікарський персонал)

☐ допоміжний персонал (молодші медичні працівники, доглядальники (-ні) тощо)

☐ інші (зазначити): _____

4. Напрямок діяльності:
- ☐ терапевтичний/внутрішні хвороби
 - ☐ хірургічний
 - ☐ інтенсивна терапія
 - ☐ змішаний (надається різнопрофільна допомога в залежності від потреби)
 - ☐ невідкладна допомога/приймальне відділення
 - ☐ акушерство
 - ☐ педіатрія
 - ☐ реабілітація
 - ☐ хоспісна допомога
 - ☐ денний стаціонар
 - ☐ довготривалого перебування
 - ☐ інше (вписати): _____
5. Чи проходили Ви навчання із гігієни рук за останні три роки?
- ☐ так
 - ☐ ні
6. Чи використовуєте Ви на регулярній основі антисептик з метою проведення гігієнічної обробки рук?
- ☐ так
 - ☐ ні
7. У якого відсотка пацієнтів, на Вашу думку, виникнуть інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги, у Вашому ЗОЗ/ЗСЗ (від 0 до 100%)?
- ☐ _____ %
 - ☐ важко відповісти
8. Наскільки виражено, на Вашу думку, впливають інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги, на результат лікування пацієнтів?
- ☐ не впливають
 - ☐ впливають незначно
 - ☐ впливають суттєво
 - ☐ можуть стати причиною неефективного лікування
 - ☐ важко відповісти
9. Наскільки ефективна, на Вашу думку, гігієна рук для профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги?
- ☐ не ефективна
 - ☐ впливає незначно
 - ☐ впливає суттєво
 - ☐ важко відповісти
10. Чи є пріоритетом гігієна рук у Вашому ЗОЗ/ЗСЗ?

- ☐ це є пріоритетом
☐ низька пріоритетність
☐ середня пріоритетність
☐ висока пріоритетність
☐ важко відповісти

11. В якому відсотку випадків, що потребують виконання практики гігієни рук, в середньому, на Вашу думку, працівники дійсно її виконують (враховується миття рук милом і водою та обробка антисептиком для рук)?

= _____ %
 важко відповісти

12. Наскільки ефективними будуть, на Вашу думку, наступні заходи, які направлені на постійне покращення дотримання практик гігієни рук, у Вашому ЗОЗ/ЗСЗ (у кожному із пунктів зазначте лише одну відповідь)?

1) Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ відкрито підтримує заходи із покращення гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

2) В ЗОЗ/ЗСЗ будуть встановлені диспенсери із антисептиком для рук в кожній точці догляду:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

3) Інформаційні плакати/стенди встановлені поряд із точками догляду з метою постійного нагадування:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

4) Кожен працівник проходить щорічне навчання із гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

5) В ЗОЗ/ЗСЗ розроблені, затверджені та розповсюджені серед всіх працівників прості та зрозумілі стандартні операційні процедури щодо практик гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

6) Працівники регулярно отримують зворотній зв'язок від координатора з гігієни рук щодо результатів впровадження:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

7) Ви – приклад для наслідування в дотриманні практик гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

8) Націскам запропоновано нагадувати працівникам щодо необхідності виконати практику гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

13. Чи підтримує керівник Вашого підрозділу дотримання оптимальних практик гігієни рук?

не підтримує ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ повністю підтримує

14. Чи підтримують Ваші колеги дотримання оптимальних практик гігієни рук?

не підтримують ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ повністю підтримують

15. Як Ви оцінюєте зусилля, що докладаються у Вашому ЗОЗ/ЗСЗ задля підтримки оптимальної повсякденної практики гігієни рук?

незадовільні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ відмінні

16. В якому відсотку випадків, що потребують використання практик гігієни рук, в середньому Ви їх дотримуетесь (миття або обробка антисептиком для рук)?

☐ _____ %

☐ не дотримуюсь взагалі

☐ важко відповісти

17. Чи спростило використання антисептиків для рук дотримання правил гігієни рук?

взагалі ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ значно спростило

18. Чи добре Ви переносите антисептик для рук, що використовується у Вашому ЗОЗ/ЗСЗ?

взагалі не переносю ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ відмінно переносю

19. Чи допомогли Вам і Вашим колегам знання щодо результатів оцінювання в подальшому дотримуватися оптимальних практик гігієни рук?

взагалі не допомогло ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ спонукало до дії

20. Наскільки факт періодичних повторних оцінок щодо дотримання практик гігієни рук спонукав Вас до дії?

не звертав(-ла) увагу ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ спонукало до дії

21. Чи були навчальні і підготовчі заходи, в яких Ви брали участь, корисними для Вас в сенсі спонукання до подальшої підтримки оптимальних практик гігієни рук?

взагалі ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ спонукало до дії

22. Чи вважаєте Ви, що керівництво Вашого ЗОЗ/ЗСЗ підтримує заходи з покращення гігієни рук?

взагалі ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ повністю підтримує

23. Чи допомогло Вам покращення культури безпеки (у випадку, якщо в результаті впровадження покращення гігієни рук, культура безпеки дійсно покращилася) покращити власну практику гігієни рук?

взагалі ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ цілком так

24. Чи стали Ви краще розуміти свою роль в боротьбі із інфекційними хворобами, пов'язаними із паданням медичної допомоги після впровадження в ЗОЗ/ЗСЗ покращення гігієни рук?

взагалі ні ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ цілком так

Дякуємо за Ваші відповіді!

**Анкета оцінки сприйняття
керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ необхідності попередження ІНПМД,
важливості гігієни рук**

Ідентифікаційний номер*: ____ . ____ . ____

*вказується спостерігачем/дослідником для проведення анонізного опитування

Так як Ви займаєте керівну посаду у ЗОЗ/ЗСЗ, нам цікава Ваша думка щодо інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги і гігієни рук.

Заповнення анкети займе у Вас не більше 10 хвилин.

На кожне запитання є лише одна правильна відповідь.

Будь-ласка уважно прочитайте запитання і лише тоді відповідайте.

Короткий словник:

антисептик для рук – спиртовмісний дезінфекційний засіб (рідинка, гель або піна), що застосовується для нанесення на шкіру рук з метою знищення мікроорганізмів;

гігієнічна обробка рук – обробка рук шляхом втирання антисептика для рук в шкіру рук;

миття рук – миття рук з милом та водою.

Дата:

Назва ЗОЗ/ЗСЗ:

Місто:

Регіон/Область:

П.І.Б. **:

Інше:

** не зазначається при проведенні анонізного опитування

1. Стать:

☐ чоловіча

☐ жіноча

2. Час, протягом якого Ви займаєте дану посаду: ____ років.

3. Час, протягом якого Ви працюєте в цьому ЗОЗ/ЗСЗ: ____ років.

4. Посада:

☐ керівник

☐ медичний директор/заступник керівника

☐ головна сестра медична

☐ інша посада (вказати): _____

5. Чи наявний у Вас попередній досвід впровадження покращення гігієни рук?

☐ так

☐ ні

6. Чи використовується у Вашому ЗОЗ/ЗСЗ антисептик для рук, що закуповується централізовано ЗОЗ/ЗСЗ?

- ☐ так
 - ☐ ні
7. У якого відсотка пацієнтів, на Вашу думку, виникнуть інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги, у підпорядкованому Вам ЗОЗ/ЗСЗ (від 0 до 100%)?
- ☐ _____ %
 - ☐ важко відповісти
8. Наскільки виражено, на Вашу думку, впливають інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги, на результат лікування пацієнтів?
- ☐ не впливають
 - ☐ впливають незначно
 - ☐ впливають суттєво
 - ☐ можуть стати причиною неефективного лікування
 - ☐ важко відповісти
9. Як в цілому, на Вашу думку, впливають інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги, на фінансові витрати підпорядкованого Вам ЗОЗ/ЗСЗ?
- ☐ не впливають
 - ☐ впливають незначно
 - ☐ впливають суттєво
 - ☐ важко відповісти
10. Наскільки ефективна, на Вашу думку, гігієна рук для профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги?
- ☐ не ефективна
 - ☐ впливає незначно
 - ☐ впливає суттєво
 - ☐ важко відповісти
11. Чи є пріоритетом гігієна рук під час Вашого перебування на керівній посаді?
- ☐ не є пріоритетом
 - ☐ низька пріоритетність
 - ☐ середня пріоритетність
 - ☐ висока пріоритетність
 - ☐ важко відповісти
12. В якому відсотку випадків, що потребують виконання практики гігієни рук, в середньому, на Вашу думку, працівники підпорядкованого Вам ЗОЗ/ЗСЗ дійсно її виконують (враховується миття рук милом і водою та обробка антисептиком для рук)?
- ☐ _____ %
 - ☐ важко відповісти
13. Чи є лікарі та старші сестри медичні прикладами для наслідування щодо підтримки впровадження практик гігієни рук у підпорядкованому Вам ЗОЗ/ЗСЗ?

взагалі не дотримуються ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ всі с прикладами для наслідування

14. Чи всі пацієнти у підпорядкованому Вам ЗОЗ/ЗСЗ проінформовані щодо необхідності дотримання практик гігієни рук під час надання медичної допомоги?

- ☐ так
☐ ні
☐ важко відповісти

15. Як би Ви оцінили зусилля, що прикладаються Вашими підлеглими для дотримання практик гігієни рук при наданні медичної допомоги?

жодних зусиль ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ роблять все можливе

16. Як працівники, у підпорядкованому Вам ЗОЗ/ЗСЗ, сприймають заклик щодо дотримання практик гігієни рук при наданні медичної допомоги?

відсторонено ☐ ☐ ☐ ☐ із розумінням

17. Наскільки ефективними будуть, на Вашу думку, наступні заходи, які направлені на постійне покращення дотримання практик гігієни рук, у підпорядкованому Вам ЗОЗ/ЗСЗ (у кожному із пунктів зазначте лише одну відповідь)?

1) Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ відкрите підтримує заходи з покращення гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

2) В ЗОЗ/ЗСЗ будуть встановлені диспенсери із антисептиком для рук в кожній точці догляду:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

3) Інформаційні плакати/стенди встановлені поряд із точками догляду з метою постійного нагадування:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

4) Кожен працівник проходить щорічне навчання із гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

5) В ЗОЗ/ЗСЗ розроблені, затверджені та розповсюджені серед всіх працівників прості та зрозумілі стандартні операційні процедури щодо практик гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

6) Працівники регулярно стримують зворотній зв'язок від координатора з гігієни рук щодо результатів впровадження:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

7) Лікарі та старші медичні сестри – приклади для наслідування в дотриманні практик гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

8) Пацієнтам запропоновано нагадувати працівникам щодо необхідності виконати практику гігієни рук:

без будь-якого ефекту ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ надзвичайний ефект

Дякуємо за Ваші відповіді!

Додаток 11
до Інструкції з впровадження
покращення гігієни рук в
закладах охорони здоров'я та
установах/закладах надання
соціальних послуг/
соціального захисту
населення
(пункт 6 розділу III, пункт 11
розділу V, підпункт 1 пункту
6 розділу VII, підпункт 7
пункту 10 розділу VII,
підпункт 8 пункту 13 розділу
VII, підпункт 1 пункту 14
розділу VII, підпункт 4 пункту
17 розділу VII)

Протокол оцінки дотримання правил гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ

I. Вступна частина

1. Цей Протокол використовується для оцінки дотримання правил гігієни рук у підрозділах ЗОЗ/ЗСЗ, де впроваджується покращення гігієни рук:

1) базової оцінки дотримання правил гігієни рук до початку реалізації заходів з покращення гігієни рук;

2) наступної оцінки (не пізніше ніж через один рік) для визначення оцінки впливу реалізації заходів з покращення гігієни рук;

3) оцінки після реалізації дій (не рідше одного разу на рік) для моніторингу стійкості покращення та виявлення областей, що потребують додаткового втручання.

Для отримання порівнюваних результатів оцінок слід використовувати однакові показники.

2. Оцінка відповідно до цього Протоколу проводиться шляхом збору даних щодо дотримання працівниками правил гігієни рук під час виконання ними рутинних процедур та дозволяє отримати найбільш об'єктивну інформацію. В кожному із оцінюваних підрозділів збираються дані щодо 150-200 випадків, коли потрібно проводити гігієну рук.

3. Цей Протокол включає такі форми для оцінки дотримання правил гігієни рук:

- 1) форма для запису результатів спостереження;
- 2) форма для розрахунку рівня дотримання правил гігієни рук за результатами спостереження;
- 3) форма для розрахунку відповідності показанням для гігієни рук за результатами спостереження.

Пояснення щодо заповнення зазначених форм наведені у інструкціях щодо їх заповнення.

4. Форми заповнюються спостерігачем/дослідником. Дані, що були визначені для спостереження і те, що було виявлено під час оцінювання, слід записувати олівцем, для того щоб одразу вносити корективи якщо в них виникла потреба. Під час проведення відкритих (працівників повідомлено щодо проведення оцінювання) і прямих (оцінювання проводиться безпосередньо під час проведення догляду) оцінок спостерігач/дослідник представляється працівнику, роз'яснює свою задачу і пропонує встановити безпосередній неформальний зворотній зв'язок.

III. Інструкція щодо заповнення форми для запису результатів спостереження

1. Графи «Заклад», «Період», «Служба», «Дата», «Спостерігач», «Відділення», «Час початку сеансу» та «Палата» заповнюються до початку збору даних.

2. Сторінка № - зазначається лише в разі використання для одного сеансу більше однієї форми.

3. У графі «Заклад» зазначається назва закладу охорони здоров'я, закладу надання соціальних послуг або закладу соціально захисту.

4. У графі «Служба» зазначається назва відповідної служби, де проводиться спостереження – наприклад, терапевтична/внутрішні хвороби, хірургічна, інтенсивна терапія, змішана (надається різнопрофільна допомога в залежності від потреби), невідкладна допомога/приймальне відділення, акушерська, педіатрична, реабілітаційна, хоспісна тощо.

5. У графі «Відділення» зазначається назва відділення закладу, де проводиться спостереження.

6. У графі «Палата» зазначається номер або інший ідентифікатор палати, в якій проводиться спостереження.

7. У графі «Період» зазначається «1» – для базової оцінки, «2» – для оцінки, що проводиться через один місяць після впровадження заходів з гігієни рук, «3» – для наступних оцінок.

8. У графі «Тривалість сеансу» зазначається різниця між часом початку сеансу і його завершенням в хвилинах. Сеанс роботи має продовжуватися не більше 20 хвилин (± 10 хвилин в залежності від діяльності, за якою ведеться спостереження). Час завершення і тривалість сеансу роботи зазначаються в кінці періоду спостереження.

9. У графі «Сеанс роботи №» зазначається порядковий номер сеансу, який визначається під час введення даних для аналізу. Кожне окреме заповнення форми для запису результатів спостереження дотримання правил гігієни рук є окремим сеансом. Заборонено відносити до одного сеансу результати спостережень, що розділені у часі (наприклад, не слід відносити до одного сеансу результати спостережень, що зібрані в одному відділенні у різні дні тижня або різні періоди доби). Також заборонено розділяти на окремі сеанси результати спостережень за різними групами працівників, якщо вони

збиралися одночасно (наприклад, якщо результати отримані при спостереженні за сестрою медичною, лікарем-реаніматологом-анестезіологом, лікарем-гастросітерологом і прибиральницею, в один період часу в одному приміщенні, їх слід віднести до одного сеансу).

10. У графах «Професійна група» та «Код» зазначаються номери, які відповідають номеру професійної групи 1-4 та номеру посади працівника у таблиці, що наведена нижче. Класифікація за професійною групою для цілей цієї оцінки сформована відповідно до прогнозованої кількості проведених практик гігієни рук за робочу зміну.

У кожній колонці форми, під графами «Професійна група» можуть відмічатись випадки, показання і заходи з гігієни рук декількох працівників, посади яких відносяться до однієї професійної групи, за час одного сеансу роботи (наприклад, колонка перша відповідає професійній групі 1). Альтернативним варіантом заповнення може бути зазначення у одній колонці під графою «Професійна група» спостережень щодо випадків, показань і заходів з гігієни рук щодо одного працівника, тоді кожна колонка призначається лише для одного працівника і зазначається лише його професійна група та код (наприклад, перша - четверта колонки відповідають професійній групі 2).

Класифікація за професійною групою

Професійна група 1	Професійна група 2	Професійна група 3	Професійна група 4
Код 1.1	Код 2.1	Код 3.1	Код 4.1
Сестра медична	Генеральний директор (директор); начальник (завідувач)	Лікар-астроентеролог	Лікар-генетик
Сестра медична загальної практики-сімейної медицини	Заступник генерального директора (директора); начальник (завідувач)	Лікар-гематолог	Лікар-нарколог
Сестра медична патронажна	Заступник генерального директора (директора); начальник (завідувач)	Лікар-геріатр	Лікар-психіатр (з тому ексци дитячий та підлітковий)
Сестра медична поліклініки (в тому числі дитячої)	Головна медична сестра	Лікар загальної практики-сімейний лікар	Лікар-психолог
Сестра медична станції (відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги	Завідувач аптеки (аптечного закладу)	Лікар-інфекціоніст	Лікар-психолог
Сестра медична стаціонару (в тому числі дитячого)	Завідувач бази аптечної	Лікар-кардіолог	Лікар-радіолог
Фельдшер	Завідувач бази аптечної (аптеки, бази)	Лікар-кардіоревматолог	Лікар з радіонуклідної діагностики
Фармацевт	Завідувач кухні (молочної)	Лікар-нефролог	Лікар-рефлексотерапевт
Фельдшер з медичними навчальними етапами	Завідувач лабораторії (контрольно-аналітичної)	Лікар-онколог	Лікар-сексолог
Молодша медична сестра з доступу за хворими	Медичний директор	Лікар-пульмонолог	Лікар-сурдолог
	Лікар-методист	Лікар-рентгенолог	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини
	Провізор	Лікар-терапевт	Лікар з ультразвукової діагностики
	Провізор-аналітик	Лікар-фтизіатр	Лікар-бактеріолог
	Лікар з гігієни літей та відстійів	Лікар паразитолог	Лікар-вірусолог
	Лікар з гігієни праці	Лікар-профінатолог	Лікар з променевої терапії
	Лікар з гігієни харчування		Лікар-мікробіолог-вірусолог
	Лікар із загальної гігієни		Провізор клінічний
	Лікар з комунальної гігієни		Лікар-дезінфекціоніст
	Лікар з радіаційної гігієни		Лікар-епідеміолог
	Лікар-санітолог		Лікар-дієтолог
	Лікар-статистик		Лікар-лаборант
Інструктор-дезінфектор	Інструктор-дезінфектор		Лікар-лаборант-генетик
Інструктор з санітарної освіти	Інструктор з санітарної освіти		Лікар-лаборант-гігієніст
Лаборант (фармація)	Лаборант (фармація)		Лікар-лаборант-гігієніст з дослідження факторів навколишнього середовища
Помічник лікаря-епідеміолога	Помічник лікаря-епідеміолога		Лікар-лаборант-гігієніст з дослідження хімічних факторів навколишнього середовища
Провізор-інтерн	Провізор-інтерн		Лікар-лаборант-вірусолог

Професійна група 1	Професійна група 2	Професійна група 3	Професійна група 4
Код 1.2 Акушерка Акушерка жіночої консультації Акушерка стаціонару	Сестра медична-координатор Статистик медичний Фармацевт Фельдшер санітарний Фельдшер із санітарної освіти Інструктор з навчання догоспітальної допомоги Регістратор медичний Сестра-господарка Дежурка Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця, санітарка-буфетниця тощо) Фасувальник медичних виробів Інструктор з надання першої допомоги	Код 3.2 Лікар-кардіолог-електрофізіолог Лікар-кардіолог інтервенційний Лікар-коздобуєолог Лікар-нейрохірург (в тому числі дитячий) Лікар-ортопед-травматолог (в тому числі дитячий) Лікар-отоларинголог (в тому числі дитячий) Лікар-отоларинголог-онколог Лікар-офтальмолог (в тому числі дитячий) Лікар-транскатетеролог Лікар-уролог (в тому числі дитячий) Лікар-хірург (в тому числі дитячий) Лікар-хірург-онколог Лікар-хірург-пластичний Лікар-хірург-проктолог Лікар-хірург серцево-судинний Лікар-хірург судинний Лікар-хірург торакальний Лікар-стоматолог-ортодонт Лікар-стоматолог-ортопед Лікар-стоматолог-хірург Лікар-ендоскопіст	Код 4.2 Гігієніст зубний Інструктор з трудової терапії Лаборант з бактеріології Лаборант з імунології Лаборант клініко-діагностичної лабораторії Лаборант (медична) Лаборант з патологоанатомічних досліджень Лаборант санітарно-гігієнічної лабораторії Лаборант судово-медичної лабораторії Помічник лікаря-стоматолога Рентгенолаборант Сестра медична-анестетист Сестра медична з дієтичного харчування Сестра медична з лікувальної фізкультури Сестра медична з масажу Сестра медична операційна Сестра медична старша
			Лікар-лаборант з клінічної біохімії Лікар з лікувальної фізкультури Лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини Лікар-рентгенолог Лікар зі спортивної медицини Лікар судово-психіатричний експерт Лікар-фізіотерапевт Лікар з функціональної діагностики Ерготерапевт Фізичний терапевт

Професійна група 1	Професійна група 2	Професійна група 3	Професійна група 4
Код 1.3 Практикант(ка) або студент(ка) середньо-спеціального медичного навчального закладу		Код 3.3 Лікар-анестезіолог (в тому числі дитячий) Лікар-педіатр-неонатолог Лікар-примарного візиту Лікар з медичними пенсіонарних ставів Лікар-токсиколог Лікар-трансуфусіолог	Сестра медична зі стоматології Сестра медична з фізіотерапії Сестра медична з функціональної діагностики Технік зубний Технік ортогнат-гігосиалізуючий Фелдшер-лаборант Асистент ерготерапевта Асистент фізичного терапевта Екстрений медичний технік
			Код 4.3 Лікар-стоматолог (в тому числі дитячий) Лікар-стоматолог-терапевт Лікар акушер (в тому числі дитячий) Лікар-ендокринолог (в тому числі дитячий) Лікар-імунолог (в тому числі дитячий) Лікар-патологоанатом Лікар-судово-медичний експерт-гістолог Лікар-судово-медичний експерт-лікар-судово-медичний експерт-імунолог Лікар-судово-медичний експерт-криміналіст Лікар-судово-медичний експерт-токсиколог Лікар-судово-медичний експерт-патолог Лікар-зубний Ортодонт

Професійна група 1	Професійна група 2	Професійна група 3	Професійна група 4
		Код 3.4 Лікар-педіатр Лікар-гастроентеролог дитячий Лікар-гематолог дитячий Лікар-дерматовенеролог дитячий Лікар-інфекціоніст дитячий Лікар-кардіоревматолог дитячий Лікар-невролог дитячий Лікар-нефролог дитячий Лікар-онколог дитячий Лікар-пульмонолог дитячий Лікар-терапевт педіатричний Лікар-фтизіатр дитячий	Код 4.4 Ступені(ка) вищого медичного навчального закладу
		Код 3.5 Лікар- акушер-гінеколог Лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку	
		Код 3.6 Лікар-консультант, який є працівником іншого відділення або ЗОЗ (будь-який фахівець, який не є працівником відділення, в якому проводиться оцінка, але працює або опосередковано контактує з пацієнтами.	
		Код 3.7 Лікар-інтерн Лікар-стажист	

11. У графі «№» зазначається кількість працівників, які відносяться до однієї професійної групи (мають однаковий код) та потрапили у поле зору спостерігача/дослідника в моменти, що потребують виконання практики гігієни рук. Спостерігач/дослідник може вести спостереження не більше ніж за трьома працівниками одночасно, якщо гігієна рук проводиться часто.

12. Графа «Випадок» не заповнюється, означає ситуацію при якій с щонайменше одне показання для проведення практики гігієни рук. Відносно випадку заповнюються графи «Показання» та «Захід по гр». Кожен випадок для проведення гігієни рук вказується в одному рядку таблиці в кожному стовпчику; кожен рядок не пов'язаний із рядками в інших стовпчиках.

13. У графі «Показання» будь-якою позначкою (хрестик, галочка або «—») відмічаються показання для проведення гігієни рук (може бути відмічено декілька показань).

Скорочення, які застосовуються у графі «Показання»:

дкп – до контакту із пацієнтом;

дап – до асептичної процедури;

пбр – після ситуації, що пов'язана із ризиком контакту із біологічними рідинами;

икп – після контакту із пацієнтом;

пзе – після контакту із об'єктами зовнішнього середовища, що перебувають у безпосередній близькості із пацієнтом.

14. У графі «Захід по гр» будь-якою позначкою (хрестик, галочка або «+») відмічається проведення заходу (АР, МР) працівником або не проведення заходу – навпроти «відсутні». Позначка навпроти «рукавички» проставляється, якщо захід із гігієни рук не виконано в той момент, коли на руках працівника були одягнені рукавички (наприклад, до наступного контакту із пацієнтом працівник не зняв рукавички та продовжив надавати медичну допомогу).

Скорочення, які застосовуються у графі «Захід по гр»:

гр – гігієна рук;

АР – гігієнічна обробка рук;

МР – миття рук з милом та водою.

IV. Форма для розрахунку рівня дотримання правил гігієни рук за результатами спостереження

Зак. № _____				Період: _____				Відділення: _____				Підлягає: _____			
Семіє №	Професійна група:		Професійна група:		Професійна група:		Професійна група:		Професійна група:		Всього за семіє роботи:				
	Випадки (n)	MR (n)	AR (n)	Випадки (n)	MR (n)	AR (n)	Випадки (n)	MR (n)	AR (n)	Випадки (n)	MR (n)	AR (n)			
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
Всього	Заходи (n) = _____		Заходи (n) = _____		Заходи (n) = _____		Заходи (n) = _____		Заходи (n) = _____		Заходи (n) = _____				
Розрахунок	Випадки (n) = _____		Випадки (n) = _____		Випадки (n) = _____		Випадки (n) = _____		Випадки (n) = _____		Випадки (n) = _____				
Підприємство, %															

V. Інструкція щодо заповнення форми для розрахунку рівня дотримання правил гігієни рук за результатами спостереження

1. Для заповнення форми використовуються дані форми для запису результатів спостереження.

2. Номер сеансу роботи, випадки (кількість) і дані заходів з гігієни рук щодо цих випадків під час відповідного сеансу роботи, вказуються в одному і тому ж рядку.

3. Розрахунок результатів по професійній групі та по сеансу роботи (по вертикалі):

1) сумувати заповнені у стовпчиках «Випадок» випадки дотримання правил гігієни рук, щодо яких було проведено спостереження, та записати суму у рядку «Всього» стовпчика «Випадок»;

2) сумувати проведені заходи з гігієни рук заповнені у стовпчиках «МР» (миття рук з милом) та «АР» (гігієнічної обробки рук) та записати суму у рядку «Всього» відповідних стовпчиків «МР» та «АР»;

3) сумувати дані щодо випадків та заходів з гігієни рук щодо кожного сеансу та записати у відповідних стовпчиках колонки «Всього за сеанс роботи»;

4) розрахувати відсоток дотримання правил гігієни рук за формулою:

$$\text{Дотримання, \%} = \frac{\text{заходи}}{\text{випадки}} \times 100, \text{ де}$$

заходи – це сума АР та МР, зазначених у відповідних стовпчиках рядка «Всього»;

випадки – це сума випадків, зазначена у рядку «Всього» у стовпчику «Випадок».

4. Результати розрахунку дотримання правил гігієни рук по колонці «Всього за сеанс роботи» дорівнюють середньому показнику дотримання гігієни рук по всіх професійних групах.

VI. Форма для розрахунку відповідності показанням для гігієни рук за результатами спостереження

Станок №	Заклад:				Період:				Надблення:				Палата:						
	Перед контактом із пацієнтом (n)				До асептичної процедури (n)				Після ситуації, що пов'язана із різноманітним контактом із біологічними рідинами (n)				Після контакту із пацієнтом, (n)				Після контакту із об'єктами зовнішнього середовища, що перебувають у безпосередній близькості із пацієнтом, (n)		
	Випадки (n)	МР (n)	АР (n)	Випадки (n)	Випадки (n)	МР (n)	АР (n)	Випадки (n)	Випадки (n)	МР (n)	АР (n)	Випадки (n)	Випадки (n)	МР (n)	АР (n)	Випадки (n)	Випадки (n)	МР (n)	АР (n)
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
Всього																			
Розрахунок		Заходи (n) =				Заходи (n) =				Заходи (n) =				Заходи (n) =					
		Випадки (n) =				Випадки (n) =				Випадки (n) =				Випадки (n) =					
Відповідність показанням, %																			

VII. Інструкція щодо заповнення форми для розрахунку відповідності показанням для гігієни рук за результатами спостереження

1. Для заповнення форми використовуються дані форми для запису результатів спостереження.

2. Якщо декілька показань для гігієни рук виникають в рамках одного випадку, кожне із показань має розглядатися окремо, так само як і відповідний захід із дотримання гігієни рук.

3. Номер сеансу роботи і дані спостереження щодо випадків та заходів з гігієни рук під час відповідного сеансу роботи вказуються в одному і тому ж рядку.

4. Розрахунок результатів по показанням для гігієни рук (по вертикалі):

1) сумувати заповнену у стовпчиках «Випадки» кількість випадків виконання показання гігієни рук та записати суму у рядку «Всього» кожного стовпчика «Випадки»;

2) сумувати проведені заходи з гігієни рук заповнені у стовпчиках «МР» (миття рук з милом) та «АР» (гігієнічної обробки рук) та записати суму у рядку «Всього» відповідних стовпчиків «МР» та «АР»;

3) розрахувати відсоток відповідності показанням для гігієни рук за формулою:

$$\text{Відповідність показанням, \%} = \frac{\text{заходи}}{\text{випадки}} \times 100, \text{ де}$$

заходи - це сума АР та МР, зазначених у відповідних стовпчиках рядка «Всього»;

випадки - це сума випадків, зазначена у рядку «Всього» у стовпчику «Випадки».

Додаток 12
до Інструкції з впровадження
покращення гігієни рук в
закладах охорони здоров'я та
установах/закладах надання
соціальних послуг/соціального
захисту населення
(пункт 6 розділу III, пункт 2
розділу V, пункт 11 розділу V)

Протокол системної самооцінки гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ

1. Вступна частина

1. Системна самооцінка гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ проводиться відповідно до цього Протоколу з метою оцінки реалізації в ЗОЗ/ЗСЗ ММС з покращення гігієни рук.

2. Цей Протокол включає:

1) опитувальник щодо реалізації основних компонентів ММС відповідно до розділів «Зміни в системі», «Навчання і підготовка», «Моніторинг, аудит і зворотній зв'язок», «Нагадування на робочому місці», «Культура дотримання гігієни рук»;

2) таблицю результатів оцінки;

3) таблицю інтерпретації результатів оцінки – визначення рівня гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ.

3. Оцінка здійснюється по кожному з питань у відповідному розділі та у підсумку по кожному з розділів по кількості балів, зазначених у колонці «Оцінка (балів)». Загальна сума балів по всіх розділах порівнюється із значеннями загальної суми балів для визначення рівня гігієни рук. Визначений рівень гігієни рук використовується для проведення відповідних заходів для покращення гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ.

II. Оцінювальник щодо реалізації основних компонентів ММС

Зміни в системі		
№	Питання	Відповідь (виберіть лише одну відповідь)
1.	Наскільки легко у ЗОЗ/ЗСЗ знайти випускник для руху?	Не використовується Доступний(і), але його(їх) ефективність (відношуватись до державним стандартам України) і переносимість не були визначені Доступний(і), але лише в деяких структурних підрозділах та/або назавжди не завжди Завжди доступний(і) у всіх структурних підрозділах, визначені його(їх) ефективність і переносимість Завжди доступний(і) у всіх структурних підрозділах і у більшості точок догляду, визначені його(їх) ефективність і переносимість Завжди доступний(і) у всіх структурних підрозділах і всіх точках догляду, визначені його(їх) ефективність і переносимість
2.	Співвідношення раціональна/ліжко становить	Менше ніж 1:10 > 1:10 у більшості структурних підрозділів ≥ 1:10 у всіх структурних підрозділах та (тільки для ЗОЗ) 1:1 в ізольованих і у ВАРП
3.	Чи наявна постійно чиста і безпечна вода (централізоване водопостачання)?	Ні Так
		Оцінка (бали)
		0
		0
		5
		10
		30
		50
		0
		5
		10
		0
		10

№	Питання	Відповідь (виберіть лише одну відповідь)	Оцінка (бали)
4.	Чи наявне мило біля кожної раковини?	Ні Так	0 10
5.	Чи наявні одноразові паперові рушники біля кожної раковини?	Ні Так	0 10
6.	Чи наявні кошти виділені виключно на закупівлю витратних засобів для гігієни рук?	Ні Так	0 10
7.	Додаткове запитання. Відповідати слід лише в тому випадку, якщо за перші шість запитань сума балів становить менше 100!	Ні Так	0 5
Сума балів оцінки по розділу «Зміни в системі»			
Навчання і підготовка			
№	Питання	Відповідь (виберіть лише одну відповідь)	Оцінка (бали)
1.	Як часто працівники проходять навчання з гігієни рук?	Ніколи Одноразово (наприклад, при вваптуванні на роботу) Регулярне навчання для всіх працівників щонайменше один раз на рік Обов'язкове навчання перед вваптуванням на роботу та наступне регулярне щонайменше один раз на рік	0 5 10 20
2.	Чи проводиться перевірка знань після кожного курсу навчання?	Ні Так	0 20

№	Питання	Відповідь (виберіть лише одну відповідь)	Оцінка (балів)
3.	Чи наявні у вільному доступі у ЗОЗ/ЗСЗ наступні документи?		
3.1	Правила і практики гігієни рук відносно до інструкції запровадження покращення гігієни рук в ЗОЗ та ЗСЗ	Ні	0
		Так	15
3.2	Гігієни рук: довідкове керівництво ВООЗ	Ні	0
		Так	5
4.	Чи наявний у ЗОЗ/ЗСЗ спеціаліст (із відповідним сертифікатом або його еквівалентом), що проводить навчання з гігієни рук?	Ні	0
		Так	15
5.	Чи наявні у ЗОЗ/ЗСЗ спостереження з гігієни рук?	Ні	0
		Так	15
6.	Чи наявні виділені кошти на проведення навчання у ЗОЗ/ЗСЗ?	Ні	0
		Так	10
Сума балів оцінки по розділу «Навчання і підготовка»			
Моніторинг, оцінка і зворотний зв'язок			
№	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
1	Чи проводиться регулярні оцінки (щонайменше щорічно) наявних інфраструктури і ресурсів для гігієни рук?	Ні	0
		Так	10
2	Чи проводиться після кожного навчання перевірка знань працівників після 2.1. Показувь до практики гігієни рук	Ні	0
		Так	5

№	Питання	Відповідь (виберіть лише одну відповідь)	Оцінка (бали)
2.2.	Техніки очищення гігієни рук		
3	Чи здійснюється регулярний моніторинг кількості використаних засобів для гігієни рук (щонайменше один раз на 3 місяці)?	Ні Так	0 5
4	Чи здійснюється регулярний моніторинг кількості використаного мила (щонайменше один раз на 3 місяці)?	Ні Так	0 5
5	Кількість використаного антисептика для рук становить щонайменше 20 літрів на 1000 ліжок/під'їздів?	Ні (або не визначається) Так	0 5
6	Прямий моніторинг за дотриманням гігієни рук (заповнюється, якщо спостерігалася відповідна навчання)		
6.1.	Як часто проводиться оцінювання у ЗОЗ/ЗСЗ відповідно до Протоколу оцінки дотримання правил гігієни рук?	Не проводиться Щоразу Щодня Кожні 3 місяці або частіше	0 5 10 15
6.2.	Який загальний рівень дотримання правил гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ?	≤ 30% 31-40% 41-50% 51-60% 61-70% 71-80% ≥ 81%	0 5 10 15 20 25 30

№	Питання	Відповідь (виберіть лише одну відповідь)	Оцінка (бали)
7	Чи забезпечується зворотній зв'язок з працівниками після кожної навчальної осей?	Ні Так	0 5
8	Чи забезпечується системний зворотній зв'язок (визначення одного раз на півроку) із врахуванням даних оцінювання щодо гігієни рук (споживання, дотримання правил, оцінка знань тощо)?	Ні Так	0 7,5
8.1	Для працівників	Ні Так	0 7,5
8.2	Для адміністрації ЗОЗ/ЗСЗ	Ні Так	0 7,5
Сума балів оцінки по розділу «Моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок»			
Нагадування на робочому місці			
№	Питання	Відповідь (виберіть лише одну відповідь)	Оцінка (бали)
1	Чи наявні у ЗОЗ/ЗСЗ наслідки нагадування на робочому місці?		
1.1. Показання для проведення практики гігієни рук		Відсутні Наявні в деяких структурних підрозділах Наявні в більшості структурних підрозділах Наявні у всіх структурних підрозділах	0 15 20 25
1.2. Поняття щодо правильного використання диспінсерів		Відсутні Наявні в деяких структурних підрозділах Наявні в більшості структурних підрозділах Наявні у всіх структурних підрозділах	0 5 10 15

№	Питання	Відповідь (виберіть лише одну відповідь)	Оцінка (бали)
1.3	Техніка проведення зборів рук	Відсутні	0
		Наявні в деяких структурних підрозділах	5
		Наявні в більшості структурних підрозділах	7,5
		Наявні у всіх структурних підрозділах	10
2	Як часто проходить систематична перевірка наявності полікожаєвих нагадувань та їх зміни в разі необхідності?	Не проводиться	0
		Щорічно	10
		Кожні 2-3 місяці	15
3	Чи проводиться вивчення і розміщення власних (відмінних від вищенаведених) нагадувань з метою оптимізації гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ?	Ні	0
		Так	10
4	Чи наявні будь-які нагадування щодо гігієни рук у наладах/кімнатах?	Ні	0
		Так	10
5	Чи наявні інші нагадування на робочому місці у ЗОЗ/ЗСЗ (наліпки, значки, стенди тощо)?	Ні	0
		Так	15
Сума балів оцінки по розділу «Нагадування на робочому місці»			
Кількість затверджених гігієн рук			
№	Питання	Відповідь	Оцінка (бали)
1	Команда (щопайменше координатор з гігієни рук, інструктор та спостеріач, спеціаліст зі збору та аналізу даних), яка здійснює ревізію заходів з покращення гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ:		
1.1 Створена		Ні	0
		Так	5

№	Питання	Відповідь (виберіть лише одну відповідь)	Оцінка (бали)
1.2	Зустрічається раз у місяць (щонайменше один раз на місяць)	Ні	0
		Так	5
1.3	У команді наявний виділений час для активної популяризації гігієни рук (наприклад, записковий керівником ЗОЗ/ЗСЗ план із виділенням часом)	Ні	0
		Так	5
2	Чи мають наступні представники адміністрації ЗОЗ/ЗСЗ зобов'язання (оформлене в письмовій формі) підприємства впровадження покращення гігієни рук?		
2.1	Керівник ЗОЗ/ЗСЗ	Ні	0
		Так	10
2.2	Медичний директор/заступник керівника ЗОЗ/ЗСЗ	Ні	0
		Так	5
2.3	Голова сектору медична/керівник ЗСЗ	Ні	0
		Так	5
3	Чи затверджений довгостроковий план покращення гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ (щонайменше п'ятирічний)?	Ні	0
		Так	10
4	Чи існує у ЗОЗ/ЗСЗ система винайдення чемпіонів та потенційних координаторів з гігієни рук?		
	Система винайдення чемпіонів (працівників, що цілковито виступає за дотримання стандартів безпеки, в тому числі гігієни рук, і популяризує їх у своєму структурному підрозділі ЗОЗ/ЗСЗ в цілому)	Ні	0
		Так	5
	Система винайдення потенційних координаторів з гігієни рук (працівник, який служить прикладом для наслідування (відсоток дотримання правил гігієни рук більше 80%), шляхи переконувати працівників у необхідності дотримання правил і правил гігієни рук та має хист до викладацької діяльності)	Ні	0
		Так	5

№	Питання	Відповідь (виберіть лише одну відповідь)	Бали (бали)
5	Учасі пацієнтів у заходах з покращення гігієни рук		
5.1	Пацієнти інформовані щодо необхідності дотримання правил і практик гігієни рук (наприклад, використання етикетки)	Ні Так	0 5
5.2	Реалізовується програма залучення пацієнтів до покращення гігієни рук (наприклад, проводяться навчання щодо показань та техніки проведення гігієни рук)	Ні Так	0 10
6	Чи використовується у ЗОЗ/ЗСЗ заход щодо підтримки постійного покращення гігієни рук, такі як:		
6.1	Онлайн або дистанційне навчання	Ні Так	0 5
6.2	Цілі та заходи для покращення гігієни рук встановлюються щорічно	Ні Так	0 5
6.3	Обмін між ЗОЗ/ЗСЗ досвідом із впровадження інноваційних заходів/рішень	Ні Так	0 5
6.4	Впровадження масових заходів із висвітленням необхідності подальшої підтримки покращення гігієни рук та/або випуск внутрішнього інформаційного бюлетеня	Ні Так	0 5
6.5	Система персональної відповідальності (наприклад, вміщів показники в дотриманні практик гігієни рук заохочуються премією або при виборі працівника для підвищення враховується вищезгадані показники)	Ні Так	0 5
6.6	Система наставництва (кожному новому працівнику виділяється наставник, що бере на себе відповідальність за оздоблення його(її) із заходими з гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ)	Ні Так	0 5
Сума балів оцінки по розділу «Культура дотримання гігієни рук»			

III. Таблиця результатів оцінки

№	Розділ	Оцінка (балів)
1	Зміни в системі	
2	Навчання і підготовка	
3	Моніторинг, аудит і зворотній зв'язок	
4	Нагадування на робочому місці	
5	Культура дотримання гігієни рук	
Загальна сума балів оцінки		

IV. Таблиця інтерпретації результатів оцінки

Загальна сума балів оцінки	Рівень гігієни рук
0-125	Незадовільний
126-250	Базовий
251-375	Середній
376-500	Достатній

Додаток 13

до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення
(пункт I розділу VII)

Мінімальні критерії, що необхідні для реалізації мультимодальної стратегії з покращення гігієни рук у ЗОЗ/ЗСЗ

Компонент ММС	Мінімальні критерії для реалізації
Зміни в системі	1. Диспенсера розташовані в точках догляду в кожному підрозділі або видані працівникам (капеланським диспенсери). 2. Одна раковина на більше ніж на 10 ліжок. Рідке мило і одноразові паперові рушники наявні біля кожної раковини.
Навчання і підготовка	Всі працівники підрозділів отримують курс навчання з гігієни рук. Навчальна програма оновлюється у відповідності до нових науково обґрунтованих даних.
Нагадування на робочому місці	Інформаційні плакати щодо показань та практик проведення гігієни рук розміщені у відповідних зонах ЗОЗ/ЗСЗ (шприк-таб. процедурному кабінеті, кімнаті відпочинку для працівників, вестибюлі тощо).
Моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок	Проводяться база та подальші оцінки із використанням щонайменше протоколів оцінки наявної інфраструктури і ресурсів, оцінки догримання правил гігієни рук та оцінки використання засобів для гігієни рук (додатки 4, 6, 11 до цієї Інструкції).
Культура догримання гігієни рук	Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ всебічно підтримує заходи з гігієни рук в довгостроковій перспективі (в бюджеті щорічно передбачаються кошти на такі дії з покращення гігієни рук, проведені опитування керівництва з гігієни рук вказують на зростання обізнаності та прихильності, на постійній основі здійснюється заохочення працівників або підрозділів тощо).

Додаток 14

до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення (підпункт 2 пункту 2 розділу VII)

Примірний план дій ЗОЗ/ЗСЗ з покращення гігієни рук

Дія/завд	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (із коротким висновком та датою завершення)
Підготовчий етап					
Визначити координатора з гігієни рук	Керівник ЗОЗ/ВК			Визначено координатора з гігієни рук.	
Визначити помічників координатора з гігієни рук (з врахування необхідності)	Координатор з гігієни рук			Визначені помічники координатора з гігієни рук.	
Дослідити будь-які попередні ініціативи з впровадження покращення гігієни рук	Координатор з гігієни рук	1 місяць		Проведено аналіз попередніх ініціатив з впровадження покращення гігієни рук, оформлено чіткі цільові форми.	
Погодити масштаби та обсяг дій	Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ, керівник ВК, координатор з гігієни рук	1 місяць		Проведена зустріч, на якій погоджено наступні кроки впровадження гігієни рук.	
Провести оцінку робочого навантаження персоналу з урахуванням необхідності виконання гігієни рук.	Координатор з гігієни рук, відділ кадрів	1 місяць		Терапевтичні і хірургічні відділення укомплектовані сестрами медичними на зміну із розрахунку одна медична сестра на 20 ліжок, відділення інтенсивної терапії – одна сестра медична на два ліжка.	

Діячість	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (тис. грн.)	Індикатор виконання	Додатковий результат (в короткій оцінці та з метою завершення)
Документувати вжиті матеріальними працівниками					
При наявності в ЗОЗ/ЗСЗ затвердження кількісних протоколів, СОП, таблиць матеріально-технічного оснащення виконати в них практику гігієни рук	Медичний директор або заступник керівника ЗОЗ/ЗСЗ, керівник ВІК, координатор з гігієни рук	1-3 місяці		Переглянути і відкоригувати наявні протоколи, СОП, таблиць матеріально- технічного оснащення.	
Зміни в системі					
Вивчити дані щодо потрапилих практики гігієни рук	Координатор з гігієни рук	1 місяць		Проведено оцінку дотримання іравад гігієни рук. Звіт надано для ознайомлення зацікавленим сторонам.	
Проаналізувати ЗОЗ/ЗСЗ з огляду на можливість впровадження покращення гігієни рук	Керівник ВІК, координатор з гігієни рук	1 місяць		Визначити ризики неефективного впровадження та механізми їх нівелювання.	
Провести оцінку інфраструктури і ресурсів	Координатор з гігієни рук і його помічник	1-3 місяці		Проведено оцінку інфраструктури і ресурсів. Звіт надано для ознайомлення зацікавленим сторонам.	
Провести оцінку використання засобів для гігієни рук	Координатор з гігієни рук і його помічник	1-3 місяці		Проведено оцінку використання засобів для гігієни рук. Звіт надано для ознайомлення зацікавленим сторонам.	
Обговорити та затвердити заходи з покращення інфраструктури	Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ, керівник ВІК, координатор з гігієни рук	За результатами оцінки		Принесено зустріч, за результатами якої затверджено річний План дій щодо впровадження гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ.	
Організувати закупівлю антисептиків для рук	Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ, керівник фінансового підприємства ЗОЗ/ЗСЗ, голова	1-3 місяці		Визначено кількість диспенсерів, яку заплановано закупити, виділено	

Активні	Відповідальна особа	Період вирозраження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнені результати (із коротким описом та датою завершення)
організувати, в разі потреби, закупівлю диспенсерів; організувати закупівлю антисептиків для рук із урахуванням доступності, цілісності, переносимості і вартості; використати Протокол оцінки потреб у антисептиках для рук та витрат на нього	медична сестра ЗОЗ, фармацевт, керівник ВІК, координатор з гігієни рук			фінансування, укладено договір на поставання; Проведено оцінку цінності і придатності антисептиків для рук. Звіт надано для ознайомлення керівництвом сторони.	
Провести оцінку дотримання правил та сприйняття гігієни рук серед працівників, використовуючи відповідні протоколи	Координатор з гігієни рук і його помічник	1-3 місяці		Проведено оцінку дотримання правил гігієни рук працівниками. Звіт надано для ознайомлення керівництвом сторони. Проведено оцінку сприйняття гігієни рук серед працівників. Звіт надано для ознайомлення керівництвом сторони.	
Скласти та затвердити фінансовий план витрат на впровадження заходів забезпечення протичної волю, раціональними і одноразовими паперовими рушниками	Координатор з гігієни рук, заступник керівника ЗОЗ/ЗСЗ з технічних питань, керівник фінансового підрозділу ЗОЗ/ЗСЗ	1 місяць		Затверджено мінімум річний план та впроваджені фінансові заходи для усунення проблем з нейтралізованим подоланням, встановленим раціональним та забезпеченням підрозділів одноразовими паперовими рушниками.	

Цілі/завдання	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Віджет (грв.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (в коротких описках та даті закінчення)
Навчання і підготовка					
Встановити режим роботи до обсягів навчання і підготовки працівників з урахуванням їх функціональних обов'язків	Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ, керівник ВІК, координатор з тієї ж рук	1 місяць		Визначені навчальні групи відповідно до функціональних обов'язків (наприклад, хірурги, операційні сестри медичні, сестри медичні постові, поліп, прибірання тощо). Встановлені вимоги до навчання (тривалість заняття, використовувані навчальні матеріали, перелік практичних вправ тощо) кожен із визначених груп. Проведено зустріч із зацікавленими сторонами, на якій погоджено встановлені вимоги.	
Розробити, адаптувати або переглянути вже існуючий тренінг	Координатор з тієї ж рук	1-3 місяці		Підготовані матеріали для проведення тренінгів.	
Визначити працівників, що плануються на роль тренерів (позначивши одного на підтримку)	Керівник ВІК, координатор з тієї ж рук, відділ кадрів	1 місяць		Визначені тренери в підрозділах ЗОЗ/ЗСЗ. Відповідні зміни внесені в посадові обов'язки.	
Визначити працівників, що плануються на роль спостерігачів (позначивши одного на ЗОЗ)	Керівник ВІК/координатор з тієї ж рук, відділ кадрів	1 місяць		Визначені спостерігачі. Відповідні зміни внесені в посадові обов'язки.	
Провести навчання тренерів	ВІК/координатор з тієї ж рук або заміщ освіти, відділ кадрів	1-3 місяці		Проведено навчання тренерів. Звіт щодо проведення навчання надано для ознайомлення зацікавленим сторонам.	

Продовження додатка І4

Діяльність	Відповідальна особа	Період виконання (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (за коротким описом та детально завершення)
Провести навчання спостерігачів (тренери і спостерігачі можуть проводити ознайомчу базу підготовку, але спостерігачі мають пройти спеціалізований курс)	ВК або заклад освіти, відділ кадрів	1-3 місяці			Проведено базове навчання спостерігачів. Звіт щодо проведення о навчання надано для ознайомлення зацікавленим сторонам. Визначено освітній заклад для проходження спеціалізованого навчання спостерігачів. Закладовано відрахування спостерігачів. Спостерігач отримав сертифікат щодо проходження спеціалізованого курсу.
Розробити і затвердити план навчання і відготовки, із обов'язковим зазначенням графіку проведення освітнього тренінгів	Координатор з тієї ж руки його команда	1 місяць			Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено план навчання і підготовки працівників. Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено графік оцінки знань та практичних навичок працівників.
Розробити і затвердити графік проведення навчання працівників	Координатор з тієї ж руки його команда	1 місяць			Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено графік навчання працівників.
Розробити і затвердити систему звітності щодо проведення тренінгів, включеною до план дій щодо працівників, які відсутні з різних причин	Керівник ВК/координатор з тієї ж руки та інструктори	1 місяць			Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено форму звітності щодо проведення тренінгів. Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено графік податкових тренінгів для працівників, які не пройшли навчання з різних причин.
Витрати на програму навчання і підготовки за втрачені у річному бюджеті	Керівник ЗОЗ/ЗСЗ, керівник ВК, координатор з тієї ж руки	1 місяць			Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено бюджет програми навчання і підготовки з тієї ж руки.
Розробити та впровадити систему оновлення програм навчання і підготовки з тієї ж руки.	ВК/координатор з тієї ж руки, відділ кадрів	1-3 місяці			В посадових обов'язках координатора з тієї ж руки окремим пунктом визначено щорічне оновлення програм навчання і

Діяльність	Відповідальна особа	Період виконання (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (а коротким чином за датою завершення)
Розробити та впровадити систему щорічної оцінки ефективності керівників інструкторів	Керівник ВКС, координатор з гігієни рук	1-3 місяці			Підготовка з гігієни рук з урахуванням валютних даних.
Забезпечити багатовісний догляд за навчальних матеріалів у довгостроковий період (наприклад, матеріали для анатомічного навчання, створити групу в соціальних мережах)	ВКС/координатор з гігієни рук, лідери думки, чемпіони	постійно			Створення групи в соціальній мережі для обміну досвідом та кращими практиками з гігієни рук.
Нагадування на робочому місці					
Оцінка наявних ресурсів, включаючи наявні нагадування і досвід в їх розробці	Координатор з гігієни рук	1 місяць			Проведено оцінку наявних нагадувань на робочих місцях (розміщення, якість друку, актуальність, стан тощо). Звіт надіслано для ознайомлення зацікавленим сторонам.
Встановити перелік та формат нагадувань на робочих місцях	Координатор з гігієни рук, лідери думки, чемпіони	1 місяць			Визначені та затверджені типи нагадувань на робочому місці.
Визначити необхідні фінансові ресурси та їх джерела	Координатор з гігієни рук, фінансовий відділ ЗОЗ/ЗСЗ	1 місяць			Визначена кількість нагадувань на робочому місці, яку заплановано закупити, виділено фінансування, заплановано договір на друк.
Оформити у вигляді інформаційних стільців, плакатів, бюлетенів рисунки що наведені в додатку 1 до цієї інструкції	Координатор з гігієни рук і його помічник	1-3 місяці			Визначена кількість нагадувань на робочому місці, яку заплановано закупити, виділено фінансування, заплановано договір на друк.

Дія/закід	Відповідальна особа	Період опровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Досягнений результат (із коротким описом за датою закінчення)
Розробити інформаційні листки або наклади носіїв інформації під час отримання інформації під час проходження навчання і підготовки	ВІК/координатор з гігієни рук, інструктори	постійно			Створено електронну базу, в якій наявні всі дозволи для використання в ЗОЗ/ЗСЗ нагадування по робочому місці.
Запитувати випуск користувачів інформаційних матеріалів, окрім листівки і плакатів	ВІК/координатор з гігієни рук	6-12 місяців			Зацікавлені сторони сформувавши ініціативну групу, яка займається розробкою нових плакатів на робочому місці.
Мониторинг, оцінка і зворотний зв'язок					
Підготувати проведення мониторингу і оцінки: дотримання правил гігієни рук працівників; інфраструктури і ресурсів; використання засобів для гігієни рук; серійності серед працівників та керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ; знань працівників; переносимості і прийнятності випливаю для рук.	Керівник ВІК, координатор з гігієни рук, спостерігачі, фінансовий відділ	1 місяць			Розроблено/оновлено та затверджено керівником ЗОЗ/ЗСЗ протокол оцінки знань працівників. Визначено необхідну кількість друкованих матеріалів для проведення мониторингу і оцінки, виділено фінансування, заплановано договір на друк.
Розробити та затвердити графік проведення мониторингу, оцінки і зворотного зв'язку	Керівник ВІК, координатор з гігієни рук	1 місяць			Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено графік проведення мониторингу, оцінки і зворотного зв'язку.
Залучити необхідних спеціалістів (наприклад, медичного статистика, епідеміолога, адміністратора баз даних)	Керівник ВІК, координатор з гігієни рук, фінансовий відділ, відділ кадрів	1 місяць			Визначено потребу в додатковому залученні фахівців. Керівником ЗОЗ/ЗСЗ погоджено виділення додаткового преміювання співробітників або фінансування додаткових консультантів.

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Досягений результат (як коротким описом та датою завершення)
Витрати на моніторинг, оцінку і зворотній зв'язок затвердити у річному бюджеті	Керівник ЗОЗ/ЗСЗ, фінансовий візир, керівник ВК, координатор з гігієни рук				Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено витрати на моніторинг, оцінку і зворотній зв'язок у річному бюджеті.
Створити систему звітності по результатам оцінки, включаючи план дій по вирішенню проблем невідповідності	Керівник ВК, координатор з гігієни рук, спостерігачі	1-3 місяці			Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено типовий звіт за результатами проведеної оцінки. Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено алгоритм дій щодо усунення виявлених недоліків.
Визначити спостерігачів (якщо це ще не зроблено на попередніх етапах)	Керівник ВК, координатор з гігієни рук	1 місяць			Визначені спостерігачі. Відомі всі зміни місцесі в посадові обов'язки.
Розробити та впровадити систему щорічного навчання спостерігачів	Керівник ВК, координатор з гігієни рук, освітній заклад	1 місяць			Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено програму навчання спостерігачів.
Розробити та впровадити систему щорічної перевірки компетентності спостерігачів	Координатор з гігієни рук	1 місяць			Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено алгоритм щорічної перевірки компетентності спостерігачів, що включає перевірку теоретичних знань і практичних навичок.
Провести базу оцінку і отримати зворотній зв'язок із працівниками	Координатор з гігієни рук, спостерігачі	1-3 місяці			Проведено базу оцінку наявної інфраструктури і ресурсів, сприйняття керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ і працівниками гігієни рук, подтримання правил гігієни рук, працездатності, використання засобів для гігієни рук, переконаності і прийнятності антисептики для рук. Звіт направлено для ознайомлення зацікавленим сторонам.
Надготувати та розповсюдити трафік поточного моніторингу (як	Координатор з гігієни рук, спостерігачі	1 місяць			Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено графік поточного моніторингу і оцінки.

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (за коротким описом та латентним вимірюванням)
Рішше від одного раз на місяць в кожному клінічному підрозділі і на рівні підрозділу раз на рік з підрозділів, які не впровадять згодом за пацієнтами)				Графік доповідей до відома керівників всіх підрозділів.	
Представити звіти щодо проведених одномоментних доквартальних динамічних результатів	Координатор з тієї руки	доквартально		Звіт проведених моніторингу і оцінки містять інформацію щодо поквартальної динаміки результатів.	
Встановити цілі на рік із врахуванням поточних результатів	Методичний директор/заступник керівника ЗОЗ/ЗСЗ, керівник ВІК, координатор з тієї руки	щорічно		Цілі та індикатори їх виконання в річному плані дій з впровадження тієї руки визначені та передбачаються в залежності від отриманих результатів моніторингу і оцінки.	
Оцінити дані щодо розповсюдженості ІНМД	ВІК епідеміолог ВІК	щомісяця або поквартально		Визначений базовий рівень розповсюдженості ІНМД в ЗОЗ.	
Створити систему оцінювання розповсюдженості ІНМД відповідно до показників	ВІК, координатор з тієї руки, епідеміолог ВІК	щомісяця або поквартально		Створено інструмент для проведення оцінки.	
Отримання практики тієї руки	ВІК, фінансовий відділ	доквартально або щорічно		Проведено оцінку економічної ефективності впровадження тієї руки в ЗОЗ/ЗСЗ. Звіт надано для отримання задоволення сторонами.	
Провести оцінку економічної ефективності заходів з тієї руки	Керівник ЗОЗ/ЗСЗ, керівник ВІК, координатор з тієї руки			Результати щодо впровадження тієї руки в ЗОЗ/ЗСЗ представлені на тематичному семінарі.	
Розглянути можливість дослідження даних на тематичних конференціях, семінарах або в інших					
Культура дотримання тієї руки					

Діяльність	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Планатор виконання	Досягнений результат (за коротким описом та датою завершення)
Визначити чи потрібні будь-які покривання програми (на етапах навчання і підготовки, нагадувань на робочих місцях, моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку)	Керівник ВК, координатор з тієї ж рук	постійно		Проведено оцінку впроваджуваних заходів зовнішніми аудиторiami, за результатами якої були внесені зміни в План дій. Проведено оцінку ефективності впроваджуваних заходів сумісно з відділом оцінки якості медичної допомоги, за результатами якої були внесені зміни в План дій.	
Підготувати економічне обґрунтування необхідності покращення гігієни рук і представити керівництву ЗОЗ	Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ, керівник ВК, координатор з тієї ж рук	в разі потреби або вимоги		Підготовано звіт за результатами п'яти років впровадження гігієни рук. Звіт надано для ознайомлення керівництву ЗОЗ/ЗСЗ.	
Провести регулярні зустрічі із зацікавленими сторонами із метою реалізації зворотного зв'язку	ВК/координатор з тієї ж рук	щомісячно або щоквартально		Затверджено графік проведення зустрічей із зацікавленими сторонами. Графік доведений до відома.	
Залучити громадські організації до заходів з покращення гігієни рук	Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ, керівник ВК/координатор з тієї ж рук	щомісячно		Керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ підписано меморандум про співпрацю з громадською організацією.	
Розглянути можливість зовнішнього або перхресного об'єднання із залученням громадських організацій	Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ, керівник ВК/координатор з тієї ж рук	щомісячно		Проведено оцінку впроваджуваних заходів представниками громадської організації, за результатами якої були внесені зміни в План дій.	
Проводити навчання працівників управління гігієни рук	Керівник ЗОЗ/ЗСЗ, фінансовий відділ, координатор з тієї ж рук, інструктори	щомісячно		Керівництвом ЗОЗ/ЗСЗ затверджені інформаційні матеріали для розміщення в медіа та на папієрних носіях.	Випущено кількість інформаційних матеріалів, яку заплановано закупути.

Дія/закріп	Відповідальна особа	Період виконання (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Досягнений результат (в короткому описі та даті завершення)
Запровадити систему заохочень для працівників	Керівництво ЗОЗ/ЗСЗ, фінансовий відділ, керівник ВК/координатор з гігієни рук	постійно		виділено фінансування, затверджено договір на друк. Інформаційні матеріали розміщені в папках пацієнтів. Працівники клінічних підрозділів проводять освітньо-просвітницьку роботу з пацієнтами щодо дотримання гігієни рук. Затверджено фонди преміювання кращих працівників. Затверджено алгоритм визначення кращих працівників щодо дотримання правил гігієни рук.	
Включити оцінювання гігієни рук до інструментів визначення якості надання медичної допомоги	Керівник ЗОЗ, відділ оцінки якості медичної допомоги, ВК/координатор з гігієни рук			Керівником ЗОЗ/ЗСЗ затверджено контрольні листи оцінки якості надання медичної допомоги, які включатимуть гігієну рук.	

Примітка:

1. даний примірний план включає всі основні компоненти ММС, однак не враховує місцевого контексту ЗОЗ/ЗСЗ. Тому, при розробці плану дій (для ЗОЗ може бути частиною плану дій з ГНІК), координатор з гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ має визначити саме ті елементи, що відносяться до відповідного ЗОЗ/ЗСЗ та змістити заходи в залежності від місцевих потреб;

2. примірний план дій не містить хронологію подій, що мають бути реалізовані у ЗОЗ/ЗСЗ для досягнення позитивного результату, та містить лише огляд усіх можливо необхідних дій для забезпечення виконання кожного окремо взятого компонента.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

_____ № _____

ІНСТРУКЦІЯ
з впровадження адміністрування
антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу в стаціонарних умовах

I. Загальні положення

1. Ця Інструкція визначає організаційні засади призначення і використання антимікробних препаратів (далі – АМП) з метою запобігання появі і поширенню мікроорганізмів із антимікробною резистентністю (далі – АМР).
2. Ця Інструкція є обов'язковою для закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну медичну допомогу (далі – ЗОЗ), усіх форм власності та незалежно від їх відомчого підпорядкування.
3. Відповідальними за виконання цієї Інструкції у ЗОЗ є його керівник, у структурних підрозділах ЗОЗ – відділ з інфекційного контролю та керівники структурних підрозділів.

4. У цій Інструкції терміни та умовні скорочення вживаються у такому значенні:

аптека ЗОЗ (далі – аптека) – самостійний структурний підрозділ в закладі охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення пацієнтів ЗОЗ лікарськими засобами;

деескалація АМП – переведення пацієнта на: пероральний прийом АМП після ін'єкційного введення, прийом АМП вузького спектру дії після призначення АМП широкого спектру, монотерапію АМП після комбінованої антимікробної терапії (далі – АМП-терапія);

ескалація АМП – переведення пацієнта на: ін'єкційне введення АМП після перорального, прийом АМП широкого спектру дії після АМП вузького спектру дії, комбіновану АМП-терапію після монотерапії АМП;

оптимізація АМП – незначні зміни в призначенні АМП, які не зазначені у визначеннях деескалації та ескалації АМП, такі як, наприклад, зниження добової дози і кратності введення АМП;

первинний афект – обмежений запальний процес на місці первинного потрапляння до організму збудників інфекційних хвороб;

профілактичне призначення антибіотиків в периопераційний період (далі – периопераційна АМП-профілактика) – введення пацієнту АМП до мікробної контамінації операційної рани або розвитку ранової інфекції, а також при наявності ознак контамінації та інфекції, коли методом лікування є хірургічне втручання, а призначені АМП мають за мету знизити до мінімуму ризик розвитку інфекцій області хірургічного втручання;

DDD – визначена добова доза;

MRSA – метицилін-резистентний золотистий стафілокок;

ВАП – вентилятор-асоційована пневмонія;

ВАРІТ – відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії;

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини;

ВІК – відділ з інфекційного контролю;

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я;

ІОХВ – інфекція області хірургічного втручання;

ІНМД – інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги;

КАІК – катетер-асоційована інфекція кровотоку;

КАІСВШ – катетер-асоційована інфекція сечовивідних шляхів;

КДІ – захворювання викликані *C. difficile*;

МАМР – множинна резистентність до антимікробних препаратів;

СОП – стандартна операційна процедура.

Інші терміни у цій Інструкції вживаються у значеннях, наведених в Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про захист населення від інфекційних хвороб» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

II. Завдання та умови для впровадження адміністрування антимікробних препаратів

1. Завданнями впровадження заходів з адміністрування антимікробних препаратів (далі – ААП) є:

- 1) профілактика розповсюдження АМР в ЗОЗ і поза ним;
- 2) раціональне застосування АМП з профілактичною і лікувальною метою;
- 3) підвищення ефективності емпіричної АМП-терапії;
- 4) оптимізація/зниження витрат ЗОЗ на АМП;
- 5) зменшення терміну перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні;
- 6) оптимізація підходів до лікування ІНМД.

2. Обов'язкові умови для впровадження та реалізації ААП:

1) у ЗОЗ створено ВІК, до складу якого входить клінічний провізор (координатор ААП);

2) наявність у структурі ЗОЗ мікробіологічної лабораторії або договору із мікробіологічною лабораторією, чи іншим ЗОЗ, у якого є мікробіологічна лабораторія, в якій впроваджено методику EUCAST;

3) наявність в структурі ЗОЗ аптеки, як структурного підрозділу;

4) СОП з раціоналізації використання АМП і моніторингу/контролю за АМП затверджено керівництвом ЗОЗ відповідно до положень цієї Інструкції і включають:

адміністрування призначення АМП в ЗОЗ;

алгоритми по діагностиці і лікуванню інфекційних захворювань;

авторизація призначення АМП групи резерву;

моніторинг використання АМП групи резерву та АМП;

режими періопераційної АМП-профілактики.

III. Етапи впровадження адміністрування антимікробних препаратів

1. Перший або підготовчий етап – проведення клінічним провізором ВІК перевірки виконання ЗОЗ заходів з ААП відповідно до контрольного списку (чек-листа) наведеного в додатку 1 до цієї Інструкції, розробка і затвердження плану дій з ААП та СОП з адміністрування призначення АМП.

2. План дій з ААП затверджується керівником ЗОЗ на період одного року і довгостроковий (наприклад, п'ятирічний) з метою впровадження короткострокових і довгострокових заходів з раціоналізації споживання АМП. План дій включає заходи, індикатори їх виконання та визначення відповідальних за їх виконання осіб.

3. СОП з адміністрування призначення АМП розробляється та застосовується у ЗОЗ при призначенні, розподіленні, закупівлі та прийомі АМП з урахуванням наступного:

- 1) уніфікованих та нових клінічних протоколів медичної допомоги;
- 2) структури захворюваності в ЗОЗ;
- 3) даних локальної АМР клінічно значимих збудників інфекційних хвороб в ЗОЗ;
- 4) результатів клінічних досліджень щодо найбільш ефективних і безпечних схем АМП-терапії;
- 5) клінічної необхідності, науково доведеної і задокументованої клінічної ефективності АМП, відсутності в СОП АМП, який задовольняє такі ж потреби;
- 6) АМП задовольняє ЗОЗ по співвідношенню затрати/ефективність;
- 7) потреб ЗОЗ щодо профілактики і лікування основних нозологічних форм негоспітальних інфекцій та ІПНМД, профілю і спеціалізації ЗОЗ;
- 8) призначення пацієнтам ЗОЗ АМП, які не включено до цієї СОП заборонено, окрім випадків клінічного випробовування АМП, що проводиться відповідно до законодавства.

4. СОП з адміністрування призначення АМП включає:

- 1) перелік АМП з найбільшою доказовою базою щодо їх ефективності, безпеки та економічно вигідного використання коштів ЗОЗ, сформований на основі Локального формуляру лікарських засобів ЗОЗ, затвердженого відповідно до Положення про локальний формуляр лікарських засобів закладу охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22 липня 2009 року № 529, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 жовтня 2009 року за № 1006/17022;
- 2) АМП для периопераційної АМП-профілактики та емпіричної АМП-терапії;
- 3) фармакотерапевтичні групи АМП;
- 4) групу авторизації призначення щодо кожного АМП згідно із пунктом 6 цього розділу;

- 5) лікарську форму кожного з АМП;
- 6) стислий опис області застосування АМП (негоспітальні чи нозокоміальні інфекції, локалізація інфекційних захворювань);
- 7) клінічні підрозділи ЗОЗ, в яких дозволено використання кожного з АМП (за потреби).

5. СОП з адміністрування призначення АМП затверджується керівником ЗОЗ та переглядається мінімум один раз на рік із врахуванням локальних даних щодо АМР і появи нових АМП. Примірну СОП з адміністрування призначення АМП в ЗОЗ, який надає медичну допомогу в стаціонарних умовах дорослому населенню, наведено у додатку 2 до цієї Інструкції.

6. Визначення авторизації призначення кожного АМП здійснюється шляхом віднесення його до однієї з трьох груп:

- 1) група А (група доступу) – АМП, які лікар ЗОЗ може призначити самостійно для лікування і профілактики інфекційних захворювань у відповідності до затверджених в ЗОЗ протоколів або алгоритмів лікування;
- 2) група В (група спостереження) – АМП, призначення яких має бути погоджено клінічним провізором ВІК, в тому числі шляхом впровадження в ЗОЗ нових клінічних протоколів емпіричної АМП-терапії;
- 3) група С (група резерву) – резервні АМП, призначення яких має бути узгоджено із клінічним провізором, шляхом заповнення форми авторизації АМП групи резерву, яка наведена в додатку 3 до цієї Інструкції.

В багатoproфільних ЗОЗ переліки АМП в групах авторизації можуть відрізнятися для деяких відділень (наприклад, для ВАРІТ рекомендовано об'єднати групи А і В в групу А).

Важливим фактором віднесення АМП до однієї із груп є поточна ситуація із локальною АМР. Наприклад, якщо для клінічного підрозділу або ЗОЗ характерна висока резистентність більшості бактерій до цефалоспоринів III покоління, їх слід віднести до групи В або С, мінімум для ІПНМД.

В ЗОЗ, що тимчасово недоукомплектовані клінічними провізорами, дозволяється використання спрощеної схеми авторизації призначення АМП із застосуванням лише двох груп: групи А (призначаються лікуючим лікарем) та

групи С (призначення має бути погоджено консилиумом лікарів і узгоджено із профільним заступником керівника ЗОЗ).

7. Другий етап включає впровадження нових клінічних протоколів периопераційної антибіотикопрофілактики і емпіричної АМП-терапії щодо найбільш поширених негоспітальних інфекцій (наприклад, інфекції дихальної системи, шкіри та підшкірної клітковини, кишкові інфекції) та ІПНМ/І (мінімум щодо ВАП, КАК, КАІСВШ, ІОХВ), за необхідності (наприклад, у високоспеціалізованому стаціонарі) такі протоколи впроваджуються щодо інфекцій інших локалізацій та походження.

Впровадження нових клінічних протоколів периопераційної антибіотикопрофілактики і емпіричної АМП-терапії здійснюється відповідно до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, з урахуванням даних локальної АМП (мікробіологічного моніторингу).

Для формування репрезентативної вибірки при проведенні мікробіологічного моніторингу клінічним провізором ВІК та епідеміологом ВІК аналізуються результати посівів первинних зразків із первинних афектів мінімум за 12 місяців. До формування власної локальної бази чутливості мікроорганізмів до АМП, використовуються регіональні або національні дані.

Нові клінічні протоколи емпіричної АМП-терапії рекомендовано інтегрувати в інформаційну систему ЗОЗ з метою автоматичного нагадування лікуючому лікарю про необхідність проведення певних дій щодо призначеної АМП-терапії (наприклад, необхідності оцінки ефективності чи завершенні рекомендованого терміну лікування АМП).

8. Третій етап – навчання, підготовка і перевірка знань лікарів, що включає:

1) проведення навчально-підготовчих заходів (наприклад, семінари, лекції, тренінги, розповсюдження інформаційних матеріалів в електронному або друкованому вигляді) із наступною перевіркою знань (наприклад, тестування) необхідно проводити для кожної із цільових груп окремо (наприклад, лікарі-хірурги, лікарі-анестезіологи, лікарі-реаніматологи, лікарі-інфекціоністи, лікарі-пульмонологи);

2) проведення персональних консультацій з питань АМПІ-терапії та АМР клінічним провізором ВІК.

9. На четвертому етапі впроваджується система моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку, що включає:

1) аналіз причин безпідставної видачі АМПІ широкого спектру дії з аптеки у клінічні відділення;

2) перевірку наявності та інформативності записів в медичній документації щодо обґрунтування призначення, заміни та відміни АМПІ;

3) ретроспективний аудит відповідності призначення АМПІ-терапії затвердженим медико-технологічним документам. Для проведення аудиту проводиться відбір та аналіз 5-10% медичних карт стаціонарних хворих (форм первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № __», форм первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № __», форм первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № __», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 року № 29), зареєстровані в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975) або Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я). Аналіз проводиться для кожного клінічного підрозділу ЗОЗ окремо.

Для проведення ретроспективного аудиту відповідності призначення АМПІ клінічним провізором ВІК ЗОЗ заповнюється форма, наведена в додатку 4 до цієї Інструкції. При заповненні форми ретроспективного аудиту відповідності призначення АМПІ заборонено використовувати ідентифікаційні дані про лікуючого(их) лікаря(ів), оскільки метою проведення аудиту не є його/їх покарання.

Для проведення ретроспективного аудиту рекомендовано використовувати електронні форми або відповідне програмне забезпечення медичної інформаційної системи ЗОЗ.

Заповнені форми для проведення ретроспективного аудиту відповідності призначення АМПІ після проведення їх аналізу можуть використовуватися для проведення навчання і підготовки лікарів ЗОЗ. Строки зберігання для цих форм не встановлюються;

4) рівень споживання АМП в ЗОЗ відповідно до розділу V цієї Інструкції.

10. Останній п'ятий етап впровадження - це оцінка ефективності ААП. Регулярний аналіз критеріїв ефективності дозволяє оцінити чи досягнені основні цілі ААП.

11. Після проведення оцінки ефективності (п'ятого етапу) слід повернутися до першого етапу: провести перевірку виконання ЗОЗ заходів з ААП відповідно до контрольного списку (чек-листа) наведеного в додатку I до цієї Інструкції і внести зміни або затвердити новий план дій в залежності від отриманих результатів. Реалізація ААП має бути циклічною і тривати постійно.

12. Незалежно від етапу реалізації ААП проводиться аналіз локальної АМП та забезпечення ресурсами (кадровими і фінансовими) мікробіологічної лабораторії.

IV. Показники оцінки ефективності адміністрування антимікробних препаратів

1. Аналіз ефективності ААП дозволяє оцінити ступінь досягнення цілей і своєчасно скорегувати направленість заходів.

2. До організаційних показників ефективності ААП відносяться показники, які характеризують дотримання вимог до ЗОЗ:

1) СОП з адміністрування призначення АМП в ЗОЗ забезпечений фінансово (наявність АМП в достатній кількості та у відповідності до потреб ЗОЗ);

2) впроваджено авторизацію призначення АМП;

3) проводяться навчання, підготовка і перевірка знань лікарів з питань АМП-терапії;

4) наявна електронна база даних, що надає можливість відстежувати призначені і видані АМП, формувати вибірку в залежності від діагнозу і проводити DDD-аналіз.

3. Оцінка ефективності реалізації ААП проводиться за наступними показниками:

ККТ – кількість курсів АМП-терапії за одиницю часу;

КП – кількість пацієнтів за одиницю часу;

середня тривалість курсу АМП-терапії за одиницю часу:

$$\text{СТК} = \frac{\text{ДАТ}}{\text{КПА}}, \text{де}$$

СТК – середня тривалість курсу АМП-терапії за одиницю часу;

ДАТ – загальна кількість днів АМП-терапії у всіх пацієнтів за одиницю часу;

КПА – загальна кількість пацієнтів, які отримували АМП-терапію за одиницю часу;

кількість днів АМП-терапії за одиницю часу:

$$\text{КДА} = \frac{\text{ДАТ}}{\text{КП}}, \text{де}$$

КДА – кількість днів АМП-терапії за одиницю часу;

ДАТ – загальна кількість днів АМП-терапії у всіх пацієнтів за одиницю часу;

КП – кількість пацієнтів за одиницю часу;

частота деескалації:

$$\text{ЧД} = \frac{\text{ПД}}{\text{ВД}}, \text{де}$$

ЧД – частота деескалації;

ПД – загальна кількість випадків проведеної деескалації у всіх пацієнтів;

ВД – загальна кількість випадків можливої деескалації у всіх пацієнтів;

3) показники щодо лікування пацієнтів з інфекційними захворюваннями:

тривалість перебування пацієнтів із інфекційними захворюваннями у ВАРП та ЗОЗ в цілому;

частота бактеріємії, що викликані збудниками з МАРП;

частота кандидемії;

рівень летальності в групі пацієнтів з інфекційними захворюваннями;

4) індекс резистентності до АМП, методика розрахунку якого наведена в додатку 5 до цієї Інструкції;

5) показники оцінки ефективності адміністрування АМП, які використовуються для:

порівняльної оцінки дотримання протоколів діагностики інфекційних захворювань та АМП-терапії між різними відділеннями ЗОЗ;

визначення проблем та досягнень ААП;

розробки плану проведення навчальних програм і оцінки їх ефективності.

Показники оцінки ефективності адміністрування АМП визначаються ВІК із врахуванням рівня розповсюдженості ІННМД, АМР та спеціалізації ЗОЗ для деяких найбільш проблемних і добре стандартизованих компонентів застосування АМП, таких як наприклад, але не обмежуються ними:

стафілококова бактеріємія (показники оцінки ефективності адміністрування АМП при стафілококовій бактеріємії наведено в додатку 6 до цієї Інструкції);

ентерококова бактеріємія;

періопераційна АМП-профілактика (показники оцінки ефективності адміністрування АМП при проведенні періопераційної антибіотикопрофілактики наведено в додатку 7 до цієї Інструкції);

сепсис;

тяжка негоспітальна пневмонія;

ВАП;

інфекційний ендокардит;

MRSA-інфекція.

4. Розрахунок показників, наведених в пункті 3 цього розділу, клінічному провізору ВІК слід проводити регулярно – мінімум один раз на рік, порівнюючи дані до та після впровадження заходів з ААП.

5. Звіт довільної форми щодо проведеної оцінки ефективності ААП надається керівнику ЗОЗ та його заступнику з медичної частини, керівникам клінічних підрозділів ЗОЗ і керівнику мікробіологічної лабораторії.

V. Моніторинг та ведення обліку споживання антимікробних лікарських засобів

1. На національному рівні моніторинг споживання АМП здійснюється шляхом збору даних щодо споживання АМП в ЗОЗ, аналізу та ведення обліку споживання АМП, резистентності до АМП основних збудників ІППМД, підготовки інформації для прийняття управлінських рішень, підготовки даних звітності для інтеграції у європейську і міжнародну системи даних щодо споживання АМП.

2. На регіональному рівні (обласний, на рівні громад та окремих ЗОЗ) завданням моніторингу є спостереження за динамікою споживання АМП, факторами та умовами, що впливають на динаміку споживання АМП, узагальнення та аналіз одержаної інформації для розробки заходів, направлених на раціональне споживання АМП.

3. Моніторинг споживання АМП проводиться ВІК ЗОЗ (клінічним провізором) за наступними показниками:

1) рівень загального споживання АМП групи резерву за рік. До антибіотиків групи резерву належать:

азітреонам;

цефтаролін фосамід;

цефтазидим-авібактам;

цефтобіпрол медокаріл;

цефтолозан-тазобактам;

колістин;

дадбаванцин;

далфолпрістин-квінупрістин;

даптомідин;

срвациклін;

фаропенем;

фосфоміцин;

лінезолід;

меропенем-ваборбактам;

міноциклін;

омадациклін;

орітаванцин;

плазоміцин;

поліміксин В;

тедізолід;

телаванцин;

тайгециклін;

2) рівень загального споживання наступних АМІ групи спостереження за рік:

цефтріаксон;

цефазолін;

цефуроксим;

ципрофлоксацин;

левофлоксацин;

моксифлоксацин;

меропенем;

3) індекс резистентності до АМП наступних бактерій:

E. coli;

K. pneumoniae;

Salmonella spp.;

P. aeruginosa;

Acinetobacter spp.;

S. aureus;

S. pneumoniae;

E. faecalis;

E. faecium.

Розрахунок рівня загального споживання АМП наведено в абзаці першому підпункту 2 пункту 3 розділу IV цієї Інструкції.

Розрахунок рівня індексу резистентності до АМП наведено в додатку 5 до цієї Інструкції.

4. Дані моніторингу за споживанням АМП в ЗОЗ протягом року вносяться лікарями клінічних структурних підрозділів або відповідальною особою, визначеною керівником клінічного структурного підрозділу, в форму моніторингу споживання антимікробних препаратів, наведену в додатку 8 до цієї Інструкції, та передаються у ВІК ЗОЗ, який надає зведені дані, відповідно до форми спостереження та ведення обліку споживання антимікробних препаратів, наведеної в додатку 9 до цієї Інструкції, в заклад громадського здоров'я, який реалізує заходи з боротьби з антимікробною резистентністю відповідно до адміністративно-територіальної належності (далі – ЗГЗ) до 1 березня року наступного за дослідним.

5. ЗГЗ передає зведені дані до державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» до 1 квітня року наступного за дослідним.

**Генеральний директор Директорату громадського
здоров'я та профілактики захворюваності**

І. Руденко

Додаток І

до Інструкції з впровадження
адміністрування антимікробних
препаратів в закладах охорони
здоров'я, які надають медичну
допомогу в стаціонарних умовах
(пункти 1, 11 розділу III)

Контрольний лист з виконання обов'язкових умов та заходів для впровадження адміністрування антимікробних препаратів в закладі охорони здоров'я

Обов'язкова умова/захід	Відмітка про виконання	
	так	ні
Створено відділ з інфекційного контролю (далі – ВІК)		
ВІК укомплектовано клінічним провізором, який виконує функції виключно з АМП		
ВІК укомплектовано лікарем-епідеміологом		
Функціонує медична інформаційна система із можливістю відстежування призначення АМП		
Клінічним провізором ВІК розроблено та керівником ЗОЗ затверджено план дій щодо адміністрування АМП для забезпечення належного використання антибіотиків, на основі наявних національних та/або міжнародних настанов.		
План дій щодо адміністрування АМП перераховується мінімум один раз на рік		
На виконавця заходів (пунктів) плану дій передбачено фінансування		

Обов'язкова умова/захід	Відмітка про виконання	
	так	ні
В структурі ЗОЗ наявна або заключено договір із мікробіологічною лабораторією, чи іншим ЗОЗ, у якого є мікробіологічна лабораторія, в якій впроваджено методику EUCAST;		
В структурі ЗОЗ наявна аптека		
Керівником ЗОЗ затверджено СОП з адміністрування призначення антимікробних препаратів		
Затверджено алгоритми по діагностиці і лікуванню інфекційних захворювань		
Нові клінічні протоколи емпіричної АМП-терапії впроваджуються клінічним провізором ВІК і затверджені керівником ЗОЗ мінімум щодо госпітальних інфекцій (інфекції дихальної системи, шкіри та підшкірної клітковини, кишкові інфекції)		
Нові клінічні протоколи емпіричної АМП-терапії впроваджуються клінічним провізором ВІК і затверджені керівником ЗОЗ мінімум щодо наступних ПНМД: вентилятор-асоційована пневмонія, катетер-асоційована інфекція кровотоку, катетер-асоційована інфекція сечовивідних шляхів, інфекція області хірургічного втручання		
Нові клінічні протоколи емпіричної АМП-терапії в ЗОЗ на стані розробки обов'язково погоджуються з лікарями-клініцистами		
Щодо нових клінічних протоколів емпіричної АМП-терапії в ЗОЗ проводиться навчання і підготовка		
Впроваджено систему авторизації щонайменше для антимікробних препаратів групи резерву		
Проводиться моніторинг призначення антимікробних препаратів (щонайменше групи резерву)		
Керівником ЗОЗ затверджено режими періопераційної антимікробної профілактики		

Обов'язкова умова/захід	Візитка про виконання	
	так	ні
Епідеміологом ВІК проводиться оцінка розповсюдженості антимікробної резистентності (щонайменше для групи бактерій ESKAPR).		
Клінічним провізором ВІК проводиться оцінка рівня споживання АМП (щонайменше групи резерву)		
Клінічним провізором ВІК проводиться оцінка числа курсів АМП на одного пацієнта за одиницю часу		
Клінічним провізором ВІК проводиться оцінка середньої тривалості курсу АМП-терапії за одиницю часу		
Клінічним провізором ВІК проводиться оцінка кількості днів АМП-терапії за одиницю часу		
Клінічним провізором ВІК проводиться оцінка частоти деескалації		
Клінічним провізором ВІК проводиться щорічне визначення індексу резистентності		
Клінічним провізором ВІК проводиться оцінка ефективності адміністрування АМП (щонайменше щодо стафілокової та ентерококової бактеріємій, сепсису, перитонеальної антибіотикопрофілактики, тяжкої негоспітальної пневмонії, вентилятор-асоційованої пневмонії)		

Додаток 2

до Інструкції з впровадження
адміністрування антимікробних
препаратів в закладах охорони
здоров'я, які надають медичну
допомогу в стаціонарних умовах
(пункт 5 розділу III)

Примірна стандартна операційна процедура з адміністрування призначення антимікробних препаратів в закладі охорони здоров'я, який надає медичну допомогу в стаціонарних умовах дорослому населенню

Антимікробний препарат і група авторизації	Лікарська форма	Область застосування	Примітки/клінічні підрозділи, в яких дозволено використання (за потреби)
Пеніциліни			
Бензилпеніцилін (А)	ПЕ	Інфекційні захворювання центральної нервової системи, анзверобні інфекції шкіри і м'яких тканин, актиномікоз	Може бути замінений іншими антимікробними лікарськими засобами (далі АМІІ)
Ампіцилін (А)	ПЕ	Не тяжкі інфекційні захворювання нижніх дихальних шляхів, інфекційні захворювання ЦНС, інфекційний ендокардит стрептококової етіології та інші стрептококові інфекції, інфекції викликані <i>E. faecalis</i>	Пероральні форми використовувати не рекомендовано через низьку біодоступність.
Амоксицилін (А)	ПО	Не тяжкі інфекційні захворювання нижніх дихальних шляхів (пневмонія, бронхіт), гострий риносинусит, тонзиліт, інфекції викликані <i>E. faecalis</i> , в схемах ерадикації <i>H. pylori</i>	
Ампіцилін/сультбактам (А або В)	ПЕ	Інфекційні захворювання верхніх і нижніх дихальних шляхів, негоспітальні абдомінальні інфекції та інфекційні захворювання органів малого тазу, запалення легень, пов'язане із наданням медичної допомоги (окрім ВАП), інфекційні захворювання викликані <i>Acinetobacter</i> spp.	
Амоксицилін/клавуланат або амоксицилін/сультбактам (А або В)	ПЕ і ПО	Інфекційні захворювання верхніх і нижніх дихальних шляхів, негоспітальні абдомінальні інфекції та інфекційні захворювання органів малого тазу, запалення легень, пов'язане із наданням медичної допомоги (окрім ВАП)	У амоксициліна: клавуланата наявна більша повна доказова база клінічної ефективності

Антимікробний препарат і група авторизації	Лікарська форма	Області застосування	Примітки/клінічні підрозділи, в яких дозволено використання (за потреби)
Піперацилін/тазобактам (С)	ПЕ	ІНМД поза ВАРГ: шкірні і м'яких тканин, абдомінальні, бронхолегеневі, сечовидільної системи; інфекційні захворювання викликані <i>P. aeruginosa</i>	В порівнянні із цефалоспоринами і фторхінолонами, використання піперациліну/тазобактаму супроводжується суттєво меншими екологічними збитками, а саме меншим ризиком селекції полірезистентних бактерій, в тому числі продуцентів β -лактамаз розширеного спектру
Цефалоспорины			
Цефазолін (А)	ПЕ	Інфекційні захворювання викликані стафілококом чутливим до оксациліну, періопераційна профілактика, інфекційний ендокардит	
Цефалексин (А)	ПО	Не тяжкі інфекційні захворювання викликані стафілококом чутливим до оксациліну, в якості засобу ступеневої терапії після використання цефазоліну	
Цефуроксим (А)	ПЕ	Періопераційна профілактика	
Цефуроксим аксетил (А)	ПО	Не тяжкі інфекційні захворювання дихальних шляхів	Більш висока стійкість пневмококів (в порівнянні з амінопеніцилінами) лімітує ефективне використання
Цефотаксим або цефтріаксон (А або В)	ПЕ	Негоспітальна пневмонія, інфекції сечовидільних шляхів, госпітальні абдомінальні інфекційні захворювання, ІНМД поза ВАРГ, інфекційні захворювання ЦНС	Антимікробна активність і клінічна ефективність цих препаратів схожа. Високий рівень стійкості лімітує використання цих АМІ для лікування ІНМД. Високий ризик колатеральних збитків (селекція ентеробактерій продуцентів β -лактамаз розширеного спектру).
Цефтазидим або цефоперазон (В або С)	ПЕ	Інфекційні захворювання викликані <i>P. aeruginosa</i> , тяжке загострення ХОЗЛ, бронхоекстатична хвороба	По антимікробній активності цефтазидим переважає цефоперазон. Високий рівень стійкості лімітує використання цих АМІ для лікування ІНМД. Високий ризик колатеральних збитків (селекція ентеробактерій продуцентів β -лактамаз розширеного спектру).

Антимікробний препарат і група авторизації	Лікарська форма	Область застосування	Примітки/клінічні підрозділи, в яких дозволено використання (за потреби)
Цефіксим або цефдиторен (В)	ІЮ	Негоспітальні інфекції сечовивідних шляхів, загострення ХОЗЛ, риносинусит, в якості препарату ступінчастої терапії після використання цефотаксиму або цефтріаксону	Низька антимікрококкова активність лімітує застосування при респіраторних інфекційних захворюваннях.
Цефдиторен (В)	ІЮ	Негоспітальна пневмонія, загострення ХОЗЛ, риносинусит, в якості препарату ступінчастої терапії після використання цефотаксиму або цефтріаксону	
Цефепім (В)	ІІЕ	ІІНМД поза ВАРП, інфекційні захворювання викликані <i>P. aeruginosa</i>	
Цефоперазон/сульбактам (С)	ІІЕ	ІІНМД у ВАРП, гострий деструктивний панкреатит, інфекційні захворювання викликані <i>Acinetobacter</i> spp.	
Карбапенеми			
Іміпенем (С)	ІІЕ	ІІНМД у ВАРП, тяжкий сепсис, інфекційні захворювання викликані продуцентами β-лактамаз розширеного спектру, гострий деструктивний панкреатит	Повна перехресна стійкість до антипсевдомональних карбапенемів серед неферментуючих збудників ІІНМД відсутня, тому в формулярі мають бути присутні всі три препарати
Меропенем (С)	ІІЕ	ІІНМД у ВАРП, тяжкий сепсис, інфекційні захворювання викликані продуцентами β-лактамаз розширеного спектру, гострий деструктивний панкреатит, ІІНМД ЦНС	
Доріпенем (С)	ІІЕ	ВАП, абдомінальні інфекційні захворювання, тяжкий сепсис, інфекційні захворювання викликані <i>P. aeruginosa</i>	Володіє найвищою активністю серед карбапенемів по відношенню до <i>P. aeruginosa</i> та діє при низькому потенціалі розвитку резистентності.
Ертапенем (С)	ІІЕ	Тяжкі негоспітальні інфекційні захворювання: абдомінальні, шкіри і м'яких тканин, органів малого тазу, сечовивідних шляхів. ІІНМД поза ВАРП: пневмонія, перитоніт, ІОХВ, післяродовий сепсис. Періопераційна профілактика при наявності високого ризику післяопераційних ускладнень, що зумовлені резистентною флорою	Карбапенем 1-ї лінії при тяжкому сепсисі (негоспітальному і пов'язаному із наданням медичної допомоги) та за відсутності ризику <i>P. aeruginosa</i>

Антимікробний препарат і група авторизації	Лікарська форма	Область застосування	Примітки/клінічні підрозділи, в яких дозволено використання (за потреби)
Аміноглікозиди			
Гентаміцин або тобраміцин (А)	ПФ	Негоспітальні інфекційні захворювання сечовивідних шляхів, комбінована терапія стафілококових і ентерококових інфекцій (в поєднанні з оксациліном або ампіциліном)	Високий рівень стійкості лімітує використання з метою лікування ІПНМД
Амікацин (В)	ПФ	ІПНМД сечовивідних шляхів, в комбінованій терапії інфекцій викликаних <i>P. aeruginosa</i>	
Макроліди			
Еритроміцин (А)	ПН	В комбінованій терапії тяжкої негоспітальної пневмонії	Суттєва різниця в антимікробній активності серед макролідів відсутня. Високий рівень стійкості пневмококів лімітує використання еритроміцину, кларитроміцину і азитроміцину при респіраторних інфекційних захворюваннях. Керуючись позицією мінімальної достатності, в формуляр необхідно включити один ПЕ-макролід (еритроміцин або кларитроміцин) і два ПНО-макроліди (джозаміцин і кларитроміцин).
Кларитроміцин (А)	ПН і ПНО	В комбінованій терапії важкої негоспітальної пневмонії, в схемах ерадикації <i>H. pylori</i> , в комбінованій терапії інфекційних захворювань органів малого тазу, захворювання викликані хламідіями і мікоплазмами	
Азитроміцин (А)	ПН і ПНО	В комбінованій терапії інфекційних захворювань органів малого тазу, захворювання викликані хламідіями і мікоплазмами	
Джозаміцин (А)	ПНО	Неважка негоспітальна пневмонія, в схемах ерадикації <i>H. pylori</i>	
Лінкозаміди			
Кліндаміцин або лінакоміцин (В)	ПН і ПНО	В комбінованій терапії ускладненої негоспітальної пневмонії, захворювання стафілоковою етіології, інфекційні захворювання шкіри і м'яких тканин (в тому числі некротизуючі), інфекційні захворювання кісток і суглобів	Препарати вибору при захворюваннях викликаних метицилін (оксацилін)-чутливими <i>S. aureus</i> у пацієнтів із непереносимістю β-лактамів. В формуляр рекомендовано включити кліндаміцин, як препарат, що має більш виражену антистафілокову активність.
Глікопептиди і лінопептиди			
Ванкоміцин (С)	ПН	Захворювання викликані MRSA, різноманітної локалізації, антибіотикасупресована діарея та псевдомембранозний коліт (ПНО)	Зниження чутливості MRSA до ванкоміцину лімітує ефективне його використання, особливо при ендокардиті, менінгіті і пневмонії. Дозволено застосування ванкоміцину у випадках MRSA з МІК < 1мкг/мл, при більш високих

Антимікробний препарат і група авторизації	Лікарська форма	Область застосування	Примітки/клінічні підрозділи, в яких дозволено використання (за потреби)
			МІК необхідно використовувати АМІІ інших класів.
Далфеміцин (С)	ПБ	Антігенні інфекції викликані MRSA, в тому числі викликані штамми зі зниженою чутливістю до ванкоміцину (МІК > 1мкг/мл), ускладнені інфекційні захворювання шкіри і м'яких тканин, інфекційний ендокардит трикуспідального клапана або із задокументованою стафілококовою етіологією, інфекція м'яких тканин із залученням імпланту суглобу та/або кістки	
Оксазолідінони			
Лінезолід (С)	ПЕ і ПО	Захворювання викликані MRSA, різноманітної локалізації (окрім антігенних і органів сечовидільної системи), в тому числі викликані штамми зі зниженою чутливістю до ванкоміцину (МІК > 1мкг/мл), в комбінованій терапії ВАП, ІПІМД шкіри і м'яких тканин	Ризик лікарської взаємодії
Рифаміцини			
Рифампін, рифампіцин (В)	ПЕ і ПО	В комбінованій терапії захворювань викликаних MRSA (інфекційний ендокардит, менінгіт, остеомієліт)	Ризик лікарської взаємодії
Тетрацикліни			
Доксидиналін (А)	ПЕ і ПО	В комбінованій терапії інфекційних захворювань органів малого тазу, захворювання спричинені хламідіями і мікоплазмами	
Гліцилцикліни			
Тігексолін (С)	ПЕ	Несприяттєвості і пов'язані з наданням медичної допомоги ускладнення абдомінальних інфекційних захворювань, ЮХВ, захворювання викликані полірезистентними штамми <i>Acinetobacter spp.</i> , <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , в тому числі продуцентами карбапенемаз	При захворюваннях викликаних продуцентами карбапенемаз ефективність в комбінованій терапії вище.
Поліміксини			
Колістин (С)	ІН	В комбінованій терапії ВАГ з ризиком полірезистентних збудників, а також при	

Антимікробний препарат і група авторизації	Лікарська форма	Область застосування	Примітки/клінічні підрозділи, в яких дозволено використання (за потреби)
		захворюваннях спричинених <i>Acinetobacter</i> spp. та <i>P. aeruginosa</i> стійких до інших АМП	
Поліміксин В (С)	ПФ	(ПНМД) викликані полірезистентними грамнегативними бактеріями, насамперед <i>Acinetobacter</i> spp. і <i>P. aeruginosa</i> , а також <i>E. coli</i> і <i>Klebsiella</i> spp. стійких до карбапенемів	При захворюваннях викликаних продуцентами карбапенемаз ефективність в комбінованій терапії вище.
Фторхінолони			
Ципрофлоксацин (Б або В)	ПЕ і ПО	ПНМД різних локалізацій, інфекційні захворювання сечовивідних шляхів, бактеріальний простатит, тяжке ХОЗЛ з бронхоектазіями, захворювання викликані чутливими штамами <i>P. aeruginosa</i>	Висока стійкість штамів і грамнегативних бактерій, які викликають ПНМД, лімітує ефективне використання. Високий ризик колатеральних збитків (селекція полірезистентної <i>P. aeruginosa</i> та MRSA).
Офлоксацин (Б)	ПЕ і ПО	ПНМД різних локалізацій поза ВАРП без ризику <i>P. aeruginosa</i> , інфекційні захворювання сечовивідних шляхів і простатит (офлоксацин), інфекційні захворювання жовчовивідних шляхів (нефлоксацин)	
Левофлоксацин або моксифлоксацин (В або С)	ПЕ і ПО	Тяжкі або ускладнені негоспітальна пневмонія, загострення ХОЗЛ, ускладнені інфекційні захворювання сечовивідних шляхів і простатит (левофлоксацин), негоспітальні ускладнені абдомінальні інфекційні захворювання та інфекційні захворювання органів малого тазу, негоспітальні ускладнені інфекційні захворювання шкіри і м'яких тканин, ВАП (левофлоксацин)	Протимікробна активність цих препаратів приблизно однакова. Керуючись позицією мінімальної достатності, в формуляр рекомендовано включити левофлоксацин, що має більш широкий спектр показань до призначення.
Нітроїмідазоли			
Метронідазол (А)	ПЕ і ПО	В комбінованій терапії змішаних аеробно-анаеробних захворювань (абдомінальні органи малого тазу, некротизуючі м'яких тканин, ЦНС), антибіотикорезистентна діарея і псевдомембранозний коліт (КДІ), інфекційні захворювання печінки і жовчовивідних шляхів викликані лямбліями і амебами	

Антимікробний препарат і група авторизації	Лікарська форма	Область застосування	Примітки/клінічні підрозділи, в яких дозволено використання (за потреби)
Нітрофурани			
Нітрофурантоїн або фуразидин або фуразидин калію (А)	ПО	Негоспітальні інфекційні захворювання нижніх сечовивідних шляхів, в комбінованій терапії ПНІМД сечовивідних шляхів	З позицій фармакокінетики і зручності дозування, в формуляр рекомендовано включити фуразидин калію в лікарській формі з магнієм гідроксикарбонатом
Інші АМІІ			
Ко-тримоксазол (В)	ПЕ і ПО	Пневмоцистна пневмонія (підтверджена або підозрювана), захворювання викликані <i>S. malophilia</i> та <i>Nocardia spp.</i>	
Фосфоміцин (С)	ПЕ	Інфекційні захворювання викликані полірезистентними бактеріями стійкими до інших АМІІ (в комбінованій терапії)	
Мулірецин (С)	Місцево	Нізальна мазь для ерадикації носіїв MRSA у медичних працівників або у пацієнтів перед оперативним втручанням.	
Антифунгальні препарати - азоли			
Флуконазол (В)	ПЕ і ПО	Лікування і профілактика інвазивного кандидозу	Збільшення стійкості <i>Candida spp.</i> лімітує ефективність використання.
Вориконазол (С)	ПЕ і ПО	Препарат вибору при аспергильозі, альтернативний препарат при інвазивному кандидозі	
Ітраконазол (С)	ПО (розчин)	В якості препарату ступеневої терапії для завершення певного курсу лікування аспергильозу після прийому вориконазолу	
Антифунгальні препарати - ехінокандіни			
Анідулафунгін або каспофунгін мікафунгін (С)	ПЕ	Лікування і профілактика інвазивного кандидозу, особливо при ризику або документальному підтвердженні стійкості <i>Candida spp.</i> до флуконазолу або виявлення <i>C. glabrata</i>	Вибір ехінокандіну для стаціонару визначається його профілем.
Противірусні препарати			
Осельтамівір (С)	ПО	Лікування грипу	Різниця в антивірусній активності і ефективності відсутня. В формуляр слід включити один із двох препаратів.
Занамівір (С)	ПІ	Лікування грипу	

Антимікробний препарат і група авторизації	Лікарська форма	Область застосування	Примітки/клінічні підрозділи, в яких дозволено використання (за потреби)
Ацикловір (В або С)	ПЕ, ПО і місцево	Захворювання викликані вірусами герпесу, в тому числі інфекційні захворювання ЦНС (енцефаліт, менінгіт, менінгоенцефаліт)	
Валацикловір або фамцикловір (С)	ПО	Захворювання викликані вірусом простого герпесу або варіцеля-зостер вірусом	Різниця в антивірусній активності і ефективності відсутня. В формуляр слід включити один із двох препаратів.
ПЕ – парентеральна лікарська форма; ПО – пероральна лікарська форма; ПІ – інгаляційна лікарська форма; ЦНС – центральна нервова система; АМП – антимікробний препарат; ВАП – вентилятор-асоційована пневмонія; ІПІМД – інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги; ВАРІТ – відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії; ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень; ІОХВ – інфекція області хірургічного втручання; MRSA – метицилін (оксацилін)-резистентний <i>S. aureus</i>; МК – мінімальна інгібуюча концентрація; КДІ – інфекційні захворювання викликані <i>C. difficile</i>. Повний перелік антимікробних засобів знаходиться за посиланням: https://www.whocc.net/atc_ddd_index/?code=J01&show-description=no			

Додаток 3

до Інструкції з впровадження
адміністрування
антимікробних препаратів в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу в
стаціонарних умовах
(підпункт 3 пункту 6
розділу III)

Форма авторизації антибактеріальних препаратів групи резерву.

Інформація про пацієнта				
Дата ¹ : _____				
ПІБ ² : _____	Вік ³ : _____	Стать ⁴ : Ч ☐ Ж ☐		
Відвілення ⁵ : _____	Палата ⁶ : _____	Алергія на АМІ ⁷ : _____		
Показання до антимікробної терапії ⁸ : _____				
Занят щодо дозволу на застосування антимікробних препаратів групи резерву				
Антибактеріальний препарат ⁹	Доза і тривалість призначення ¹⁰	Шлях введення ¹¹	Кратність введення на добу	Причина призначення ¹²
Чі наявні результати мікробіологічного дослідження з визначенням чутливості? Так ☐ Ні ☐				
Якщо так, покажіть деталі ¹³ :				
Дата:	Біологічний зразок	Ідентифікований патоген і результати чутливості		
Чі отримував пацієнт антимікробний препарат(и) до цього? Так ☐ Ні ☐ Якщо так, деталізуйте нижче ¹⁴ :				
Антибіотик(и)	Доза і тривалість призначення	Шлях введення	Кратність введення на добу	Причина відміни
ПІБ лікаря/контактний номер ¹⁵ : _____				
Коментар клінічного провізора ¹⁶				
Схвалення				
☐ СХВАЛЮЮ		☐ НЕ СХВАЛЮЮ		
Примітки ¹⁷ : _____				
ПІБ/підпис клінічного провізора ¹⁸ : _____				
Дата ¹⁹ : _____				

Примітки:

1. розділи форми авторизації антибіотиків групи резерву (далі – форма) «Інформація про пацієнта», «Показання до антибіотичної терапії» та «Запит щодо дозволу на застосування антибіотичних препаратів групи резерву» заповнює лікуючий лікар;

2. розділи форми «Коментар клінічного провізора» та «Схвалення» заповнює клінічний провізор ВІК;

3. отримання схвалення клінічного провізора ВІК перед призначенням антибіотиків групи резерву є обов'язковим за наступним виключенням: форма не заповнюється в разі необхідності невідкладного призначення антибіотиків групи резерву пацієнту, який перебуває у відділенні реанімації та/або інтенсивної терапії за життєвими показаннями, про що є відповідний запис консилиуму лікарів у складі не менше трьох фахівців різних спеціальностей (наприклад, лікар-анестезіолог, лікар-хірург та лікар-інфекціоніст).

¹день, місяць і рік подання запиту на схвалення клінічним провізором ВІК відпуску антибіотиків групи резерву;

²прізвище, ім'я та по батькові пацієнта;

³число повних років пацієнта;

⁴слід відзначити «ж», якщо пацієнт чоловічої статі або «ж», якщо жіночої;

⁵відділення, в якому перебуває пацієнт на час заповнення форми;

⁶номер палати/кімнати, в якій перебуває пацієнт на час заповнення форми;

⁷зазначається про наявність або відсутність алергічних реакцій на антибіотичні препарати (далі – АМП), в тому числі відповідно до давніх анамнезу. Якщо алергічні реакції наявні, слід зазначити АМП або групу АМП, на який(і) такі реакції відзначалися;

⁸зазначається(ються) показання до призначення антибактеріальних препаратів групи резерву наприклад, пневмонія, інфекція області хірургічного втручання, перитоніт. У випадках, якщо призначення антибактеріальних препаратів групи резерву засноване на стратифікації відповідно до ризиків інфікування пацієнта бактеріями з резистентністю, а не ґрунтується на результатах бактеріологічного обстеження, слід зазначити такі ризики;

⁹зазначається один із наступних антибактеріальних препаратів: азтросоам, цефтаролін, фосамід, цефтазидим-авібактам, цефтобірол, медокаріл, цефтолозан-тазобактам, колістин, далбавацлін, дацфопрістін-квінупрістін, дацтоміцин, ераніцилін, фаропенем, фосфоміцин, лінезолід, меропенем-ваборбактам, міноциклін, омідацилін, орітаванін, плазміцин, поліміксин В, тедізолід, телаванцин, тайгесіклін;

¹⁰одноразова доза антибактеріального препарату групи резерву із зазначенням одиниць виміру (мкг, мг, гр, ОД, МО тощо) та прогнозована тривалість призначення в днях;

¹¹шлях введення антибактеріального препарату групи резерву пацієнту (пероральний, внутрішньовенний, внутрішньом'язовий, інгаляційний тощо);

¹²зазначається причина призначення запитуваного антибактеріального препарату групи резерву (неефективність другого курсу антибіотикотерапії, результат бактеріологічного дослідження, високий ризик інфікування бактерією з множинною резистентністю тощо);

¹³у відповідних графах зазначаються день, місяць і рік отримання результату дослідження, біологічний тразок (матеріал, який забрано для дослідження), бактерію та її чутливість до АМП (рекомендовано зазначити чутливість до групи АМП);

¹⁴у відповідних графах зазначаються всі антибактеріальні препарати (ліюча речовина або речовини), які пацієнт отримував до моменту заповнення форми, їх дози в одиницях виміру (мкг, мг, гр, ОД, МО тощо), тривалість призначення в днях, шлях введення (пероральний, парентеральний, інгаляційний тощо), кратність введення на добу та причини підміни (погіршення стану пацієнта, зростання запального процесу, генералізація процесу, приспання інфекційної хвороби, пов'язаної з наданням медичної допомоги тощо);

¹⁵прізвище, ім'я, по батькові та контактний номер телефону лікуючого лікаря;

¹⁶коментарі, які пояснюють схвалення/не схвалення видачі пацієнту антибактеріального препарату групи резерву (невірно заповнена форма, відсутні показання до призначення антибіотика групи резерву, пацієнт недостатньо обстежений, наявні інші варіанти антибактеріальної терапії без використання антибіотиків групи резерву тощо);

¹⁷зазначаються яківки для антики (наприклад, видати із відповідним розчинником);

¹⁸прізвище, ім'я та по батькові клінічного провізора ВІК та його підпис;

¹⁹день, місяць і рік заповнення форми.

Додаток 4

до Інструкції з впровадження
адміністрування
антимікробних препаратів в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу в
стаціонарних умовах
(підпункт 3 пункту 9
розділу III)

Форма для проведення ретроспективного аудиту відповідності призначення антимікробних препаратів

I. Інформація про пацієнта ¹				
Дата поступлення:		Відділення:		№ медичної карти:
ПІБ:		Вік:		Стать: Ч ☐ Ж ☐
Призначення антибіотиків ¹				
Антибіотик	Доза	Шлях введення	Кратність введення на добу	Дата початку терапії
II. Показання для антибіотикотерапії ³				
Профілактика	Інфекція сечовивідних шляхів ☐	Інфекція ШКТ ☐	Інфекція кровотоку ☐	
Інфекція ЦНС ☐	Інфекція кісток ☐	Інше: ☐		
III. Первинний аналіз антибіотикотерапії				
Чи задокументоване показання для призначення антибіотика? ⁴		Чи призначено антибіотик відповідно до національних чи локальних настанов? ⁵		Коментарі ⁵
Так ☐ Ні ☐		Так ☐ Ні ☐ Чому ні? Коментар ☐		
Чи коректна доза? ⁷		Чи коректний шлях введення? ⁸		Чи коректна тривалість лікування? ⁹
Так ☐ Ні ☐		Так ☐ Ні ☐		Так ☐ Ні ☐
IV. Аналіз антибіотикотерапії через 48 годин				
1. Чи була перервана антибіотикотерапія? ¹⁰ Так ☐ Ні ☐ Якщо так, які дії?				
Бескадація ☐	Продовження ☐	Дескадація ☐	Припинення ☐	Зміна в/в на per os
2. Чому антибіотикотерапію було продовжено? ¹¹				
Наявність клінічних ознак інфекції ☐		Підтвердження інфекції ☐		Інше (коментар):
3. Чи здійснено забір матеріалу для мікробіологічного дослідження? ¹²		4. Чи отримано результати мікробіологічного дослідження? ¹³		5. Чи вплинули на вибір АМП результати мікробіологічного дослідження? ¹⁴
Г. Дата: Г. Ні		Г. Дата: Г. Ні		Коментар:
Загальні коментарі/висновки ¹⁵ :				
Дата: _____ ПІБ/Підпис ¹⁶ _____ / _____				

Примітки:

¹визначається число, місяць та рік поступлення пацієнта в заклад охорони здоров'я, відділення, в яких пацієнт отримував АМП-терапію, номер медичної карти стаціонарного хворого медичної карти стаціонарного хворого (форми № 003/о, № 097/о, № 096/о, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 року № 29), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та реєстрів в електронній системі охорони здоров'я) (далі – медична карта хворого), прізвище, ім'я та по-батькові пацієнта, число повних років пацієнта на момент виписки із ЗОЗ (для дітей віком до двох років визначається число повних місяців на момент виписки із ЗОЗ), відзначається стать чоловіча або жіноча;

²визначається діюча речовина АМП в графі «Антибіотик», одноразова доза із зазначенням одиниці виміру (мкг, мг, гр, ОД, МО тощо) в графі «Доза», шлях введення у відповідній графі (пероральний, парентеральний, інгаляційний, місцево тощо), кратність введення на добу у відповідній графі та день, місяць і рік початку антибіотикотерапії у графі «Дата початку терапії». У випадках призначення комбінованого АМП (наприклад, цефоперазон + сульбактам), зазначаються дві діючі речовини комбінованого АМП та їх одноразові дози через розподільну риску (цефоперазон/сульбактам в графі «Антибіотик» та 1000 мг/1000 мг в графі «Доза»);

³відповідно до записів, які зазначені в медичній карті, може бути відмічено декілька пунктів: з профілактичною метою, лікування інфекцій соціовісних шляхів, пневмонії, інфекції шлунково-кишкового тракту, інфекції кровотоку (сепсису), інфекції центральної нервової системи, інфекції пікірних покривів, інфекції кісткових тканин або інше (зазначається, у тому числі додаткова причина призначення АМП);

⁴«так», якщо лікуючим лікарем задокументовано в медичній карті показання для призначення антибіотика або «ні», якщо призначення антибіотика не задокументовано;

⁵«так», якщо антибіотик призначено відповідно до нормативно-правових актів або протоколів антибіотикотерапії, затверджених керівником закладу, «ні» – якщо антибіотик призначено поза протоколів та зазначається причина в графі «Коментар»;

⁶якомога зазначається причина невідповідного призначення антибіотика – наприклад, тяжкий стан пацієнта, який унеможливив додаткове обстеження, відсутність відповідного протоколу лікування, недотримання лікарем протоколу лікування;

⁷відзначається «так» або «ні», якщо доза антибактеріального лікарського засобу відповідає або не відповідає рекомендованій відповідно до інструкції виробника та/або медико-технологічних документів (клінічні настанови, стандарти медичної допомоги, уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, нові клінічні протоколи медичної допомоги);

⁸відзначається «так» або «ні», якщо шлях введення антибактеріального препарату відповідає або не відповідає рекомендаціям інструкції виробника;

⁹відзначається «так» або «ні», якщо тривалість лікування відповідає або не відповідає рекомендованій відповідно до інструкції виробника та/або медико-технологічних документів (клінічні настанови, стандарти медичної допомоги, уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, нові клінічні протоколи медичної допомоги);

¹⁰відзначається «так», якщо в медичній карті зазначено проведення лікарем аналізу/перегляду необхідності продовження/корекції антибіотикотерапії через 48 годин після її призначення, і одне з наступного: «Ескаляція» (посилення), «Продовження» (антибіотикотерапія залишена без змін), «Дескаляція» (послаблення), «Припинення» (відміна), «Зміна в/в на пер ос» (перехід на пероральний прийом одного і того ж антибіотика в тому числі в межах групи антибіотиків) або «ні», якщо в медичній карті не зазначено проведення лікарем аналізу/перегляду необхідності продовження/корекції антибіотикотерапії через 48 годин після її призначення;

¹¹заповнюється, якщо перебідається антибіотикотерапія, відзначається відповідна позиція, якщо в медичній карті зазначено, що пацієнта наявні (зберігаються) клінічні ознаки запалення інфекційного генезу або отримано підтвердження інфекційної етіології запального процесу, причина продовження антибіотикотерапії або доповнення/пояснення в словнику «Інше (коментар)», якщо антибіотикотерапію продовжено, але наявні варіанти відповідей не пояснюють або в не повною мірою пояснюють продовження антибактеріальної терапії;

¹²відзначається «Дата» і зазначається день, місяць і рік забору біологічного матеріалу для проведення дослідження, або відзначається «ні», якщо забір матеріалу не проводився;

¹³заповнюється, якщо здійснювався забір матеріалу для мікробіологічного дослідження, відзначається «Дата» і зазначається день, місяць і рік отримання результатів мікробіологічного дослідження, або відзначається «ні», якщо мікробіологічне дослідження не було проведене (відсутній результат) з будь-яких причин;

¹⁴заповнюється, якщо було отримано результати мікробіологічного дослідження. Як коментар зазначається чи вплинули і, якщо так, то яким чином на призначення лікуючого лікаря отримані результати мікробіологічного дослідження – наприклад, антибактеріальний препарат замінено на антибіотик з іншої групи;

¹⁵зазначається висновок щодо відповідності призначення антимікробних препаратів та, в разі необхідності, додаткові відомості, які не були зазначені;

¹⁶день, місяць і рік заповнення форми/проведення аналізу;

¹⁷прізвище, ініціали та підпис клінічного провізора.

Додаток 5
до Інструкції з впровадження
адміністрування
антимікробних препаратів в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу в
стаціонарних умовах
(підпункт 4 пункту 3 розділу IV,
пункт 3 розділу V)

Методика розрахунку індексу резистентності до АМП

1. Етап I – розрахунок частоти виявлення резистентних штамів певного мікроорганізму до певних груп АМП за зразком таблиці 1.

У графу «АМП» записують АМП або групу АМП, які потенційно ефективні по відношенню до збудника. В графу «Всього ізолятів» – загальну кількість штамів мікроорганізму, відносно яких проводилося визначення чутливості до відповідного АМП. В графу «Кількість резистентних ізолятів» – загальну кількість штамів, які резистентні до того ж АМП. «Частота резистентних ізолятів» розраховується як відношення кількості резистентних штамів до загальної кількості штамів вказаного патогену.

Таблиця 1. Дані мікробіологічного моніторингу

Рік	Збудник	АМП	Всього ізолятів	Кількість резистентних ізолятів	Частота резистентних ізолятів
2017	K. pneumoniae	Аміноглікозиди	536	145	0,27
		Фторхілолони	622	359	0,58
		Амінопеніциліни	636	601	0,94
		Захищені пеніциліни	636	588	0,92
		Цефалоспорили I-IV покоління	602	265	0,44
		Карбапенеми	603	18	0,03
		Тигециклін	603	15	0,02
		Колістин	603	0	0
2018	K. pneumoniae	Аміноглікозиди	625	301	0,48
		Фторхілолони	586	300	0,51
		Амінопеніциліни	641	635	0,99
		Захищені пеніциліни	641	631	0,98

Рік	Збувач	АМП	Всього ізолятів	Кількість резистентних ізолятів	Частота резистентних ізолятів
		Цефалоспорины I-IV покоління	625	298	0,47
		Карбапенеми	625	25	0,04
		Тигециклін	625	11	0,02
		Колістин	625	0	0

2. Етап II – збір даних щодо споживання класів АМП, які аналізуються. З цією метою підраховується сума встановлених добових доз (далі – DDD) АМП кожного класу. Для розрахунку необхідний DDD для кожного АМП, який можна дізнатися на сайті «WHO Collaborating Center for Drug Statistics Methodology»: www.whocc.no/atc_ddd_index/.

Наприклад, для класу карбапенемів за 2017 рік використано 360 флаконів ертапенему по 1,0, 10920 флаконів меропенему по 1,0 та 2795 флаконів іміпенему/циластатиту по 0,5.

Для ертапенему $DDD = 1,0$ г $DDD \text{ ертапенему} = 360/1 = 360$.

Для меропенему $DDD = 2,0$ г $DDD \text{ меропенему} = 10920/2 = 5460$.

Для іміпенему/циластатину $DDD = 2,0$ по іміпенему $DDD \text{ іміпенему/циластатину} = 2795/4 = 699$.

Загальна кількість DDD для карбапенемів $= 360+5460+699 = 6519$.

Наступний крок – розрахунок споживання АМП на 100 ліжок/днів (далі – л/д) по формулі:

$$CD_{100} = \frac{DDD}{KLD} \times 100, \text{ де}$$

CD_{100} – споживання АМП на 100 л/д;

DDD – загальна кількість DDD для АМП або групи АМП;

KLD – загальна кількість л/д;

100 – 100 г/д.

Для прикладу, в нашому випадку СД100 становить 3,38.

Загальне СД100 – сума СД100 для всіх АМП.

Дані щодо споживання вносяться за зразком таблиці 2. «Частоту споживання АМП» визначають як відношення споживання кожного класу АМП (стовпчик «СД100») до загального споживання за період часу (стовпчик загальне СД100).

Таблиця 2. Споживання антимікробних препаратів

Рік	АМП	СД100	Загальне СД100	Частота споживання АМП
2017	Аміноглікозида	1,37	41,87	0,03
	Фторхінолони	12,3		0,29
	Амінопеніциліни	1,44		0,03
	Захищені пеніциліни	6,71		0,16
	Цефалоспорины I-IV покоління	16,28		0,39
	Карбапенеми	3,38		0,081
	Тигециклін	0,34		0,008
	Колістин	0,05		0
2018	Аміноглікозида	1,72	35,76	0,05
	Фторхінолони	10,07		0,28
	Амінопеніциліни	0,75		0,02
	Захищені пеніциліни	8,38		0,23
	Цефалоспорины I-IV покоління	10,14		0,28
	Карбапенеми	4,12		0,117
	Тигециклін	0,37		0,01
	Колістин	0,21		0,01

3. Етап III – розрахунок індексу резистентності до АМП (дані ІРАМП) за зразком таблиці 3. «АМР» – частота резистентних ізолятів помножена на частоту споживання АМП. ІРАМП – сума показників АМР до всіх АМП, що використовувалися за даний період часу.

Таблиця 3. Індекс резистентності до антимікробних препаратів

Рік	Збудник	АМП	Частота резистентних ізолятів	Частота споживання АМП	АМР	ІРАМП
2017	K. pneumoniae	Аміноглікозиди	0,27	0,03	0,081	0,6
		Фторхінолони	0,58	0,29	0,168	
		Амінопеніциліни	0,94	0,03	0,028	
		Захищені пеніциліни	0,92	0,16	0,147	
		Цефалоспорины I-IV покоління	0,44	0,39	0,172	
		Карбапенеми	0,03	0,081	0,002	
		Тигециклін	0,02	0,008	0	
		Колістип	0	0	0	
2018	K. pneumoniae	Аміноглікозиди	0,48	0,05	0,024	0,55
		Фторхінолони	0,51	0,28	0,143	
		Амінопеніциліни	0,99	0,02	0,02	
		Захищені пеніциліни	0,98	0,23	0,225	
		Цефалоспорины I-IV покоління	0,47	0,28	0,132	
		Карбапенеми	0,04	0,117	0,004	
		Тигециклін	0,02	0,01	0	
		Колістип	0	0,01	0	

4. Етап IV – інтерпретація результатів. В наведеному випадку ІРАМП у K. pneumoniae зменшився за рахунок зменшення споживання амінопеніцилінів та цефалоспоринів.

Додаток 6
до Інструкції з впровадження
адміністрування
антимікробних препаратів в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу в
стаціонарних умовах
(підпункт 5 пункту 3 розділу IV)

**Показники оцінки ефективності
адміністрування антимікробних препаратів при стафілококовій бактеріємії**

Показник	Цільове значення	Необхідне значення показника, %
Час введення першої дози антибіотика після діагностики бактеріємії	Протягом 6 годин	95
Контрольне дослідження гемокультури після початку терапії	Через 48-72 години	100
Кількість негативних гемокультур для оцінки ефективності терапії	Мінімум два	100
Видалення або заміна (не по провіднику) внутрішньосудинного катетеру після діагностики бактеріємії	Обов'язково	95
Консультація клінічного провізора після виявлення бактеріємії	В перші 48 годин	90
Проведення УЗД внутрішніх органів, ЕХО-КТ і рентгенографії легень	Діагностика ускладнень бактеріємії	100
Антибактеріальна терапія при MSSA-бактеріємії	Оксацилін або цефазолін в 1-й лінії терапії	90
Антибактеріальна терапія при MRSA-бактеріємії	Ванкоміцин або даптоміцин в 1-й лінії терапії	90
Визначення МПК ванкоміцину для MRSA	Прогнозування адекватності терапії ванкоміцином	80
Дозування ванкоміцину	Розрахунок і корекція дози у відповідності до кліренсу креатиніну	100
Дозування даптоміцину по масі тіла пацієнта	6-8 мг/кг	100
Тривалість антибактеріальної терапії після нормалізації температури і першої негативної гемокультури	Неускладнена бактеріємія – 14-21 день Ускладнена бактеріємія – 21-28 днів	100
УЗД – ультразвукове дослідження; ЕХО-КТ – ехокардіографія; MSSA – метицилін-чутливий золотистий стафілокок; MRSA – метицилін-резистентний золотистий стафілокок.		

Додаток 7
до Інструкції з впровадження
адміністрування
антимікробних препаратів в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу в
стаціонарних умовах
(підпункт 5 пункту 3 розділу IV)

**Показники оцінки ефективності
адміністрування антимікробних препаратів при проведенні
періопераційної антибіотикопрофілактики**

Показник	Цільове значення	Необхідне значення показника, %
Частота проведення періопераційної антибіотикопрофілактики	Антибіотикопрофілактика необхідна при «умовно чистих» і «брудних» операціях, а також при «чистих» операціях у пацієнтів з факторами ризику ускладнень.	90
Час введення антибіотику	За 30-60 хвилин до розрізу шкіри	100
Антибіотик для періопераційної антибіотикопрофілактики	Використання для профілактики цефазоліну	близько 80
	Використання для профілактики цефалоспорину III покоління	0
	Використання для профілактики цефуроксиму	близько 20
	Використання для профілактики ванкоміцину	менше 5
Тривалість періопераційної антибіотикопрофілактики	Одна періопераційна доза	80
	Одна періопераційна доза і одна протягом 48 годин після оперативного втручання у пацієнтів групи ризику глибоких ускладнень	20
	Понад 48 годин	0

Додаток 8
до Інструкції з впровадження
адміністрування антимікробних
препаратів в закладах охорони
здоров'я, які надають медичну
допомогу в стаціонарних умовах
(пункт 4 розділу V)

Форма моніторингу споживання антимікробних препаратів

№ п/п	Антимікробний препарат	Доза, г/мл/МО/ОД	Кратність введення на добу	Тривалість призначення, дні	DDD	Загальна кількість DDD

Примітки:

1. В графу «Антимікробний препарат» вписується один з наступних АМП:

- 1) амгросом;
- 2) цефтаролін фосамід;
- 3) цефтазидим-авібактам;
- 4) цефтобіпрол мелікаріл;
- 5) цефтолозан-тазобактам;
- 6) козістин;
- 7) дашібаназин;
- 8) лаліфонрістин-кейнупрістин;
- 9) даптоміцин;
- 10) еравашклін;
- 11) фаропенем;
- 12) фосфоміцин;
- 13) лінезолід;
- 14) меропенем-ваборбактам;
- 15) міноциклін;
- 16) омадазіклін;
- 17) орітавантин;
- 18) плазоміцин;
- 19) поліміксин В;
- 20) тедізолід;
- 21) телаванцин;
- 22) тайгесиклін;
- 23) цефтріаксон;
- 24) цефазолін;
- 25) цефуроксим;
- 26) меропенем;
- 27) ципрофлоксацин;
- 28) левофлоксацин;
- 29) моксифлоксацин;
- 30) меропенем.

2. В графі «Доза» вказується доза одноразового введення АМП.

3. В графі «Кратність введення на добу» вказується кратність введення АМП на добу.

4. В графі «Тривалість призначення» вказується кількість днів призначення АМП.

5. В графі «DDD» – вказується визначена робоча доза для АМН відповідно до інформації на сайті «WHO Collaborating Center for Drug Statistics Methodology»: www.whocc.paf/c_DDD_index/.
6. Загальна кількість DDD зазначається після розрахунку за формулою:

$$\text{Загальна DDD} = \frac{\text{доля жорсткої дози в наданій їй дозу х кількість розпоряджень}}{\text{DDD}}$$

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

ПОРЯДОК
впровадження профілактики інфекцій та
інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну
допомогу в стаціонарних умовах

1. Загальні положення

1. Цей Порядок визначає порядок організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу у стаціонарних умовах (далі – ЗОЗ).

2. Цей Порядок є обов'язковим для ЗОЗ незалежно від форми власності та їх відомчого підпорядкування.

3. Відповідальними за виконання цього Порядку у ЗОЗ є його керівник, а у структурних підрозділах ЗОЗ – керівники структурних підрозділів та керівник відділу з інфекційного контролю.

4. У цьому Порядку терміни та умовні скорочення вживаються у такому значенні:

EUCAST – Європейський комітет з визначення чутливості до антимікробних препаратів;

інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги – хвороби, що виникають у пацієнта під час догляду. Інфекційні захворювання, що наявні або знаходяться в інкубаційному періоді на момент госпіталізації або початку лікування, до ІПНМД не відносяться. До ІПНМД належать інфекційні захворювання, які набуті в ЗОЗ, але клінічно проявилися після закінчення лікування, у разі достовірно доведеного зв'язку із проведеними лікувальними або діагностичними заходами. Особливою групою ІПНМД є інфекційні захворювання серед працівників, що надбані безпосередньо під час виконання професійних обов'язків;

інфекційний контроль – комплекс організаційних, профілактичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення та розповсюдження ІПНМД, що базується на результатах епідеміологічного нагляду;

стандартна операційна процедура – набір покрокових інструкцій, що складаються в організації з метою допомогти працівникам виконувати рутинні операції найбільш ефективним чином;

AMR – антимікробна резистентність;

ВІІ – вірус імунодефіциту людини;

ВІК – відділ з інфекційного контролю;

ІПНМД – інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги;

МАМР – множина резистентності мікроорганізмів до антимікробних препаратів;

ММС – мультимодальна стратегія або комплексний спосіб досягнення змін у системі, мікрокліматі колективу та його поведінці, що підтримує прогрес в профілактиці інфекцій та інфекційному контролі в ЗОЗ та в результаті приносить позитивні зміни як для пацієнтів, так і для працівників ЗОЗ;

ПІК – профілактика інфекцій та інфекційний контроль;

СОП – стандартна операційна процедура.

Інші терміни у цьому Порядку вживаються у значеннях, наведених в Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про захист населення від інфекційних хвороб» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

5. Запровадження ПІК в ЗОЗ відіграє вирішальну роль не тільки в профілактиці ІНМД, а й у забезпеченні готовності і реагуванні при критичних ситуаціях, що пов'язані із розповсюдженням інфекційних захворювань.

ПІК в ЗОЗ не обмежується виконанням цього Порядку та впроваджується і на виконання інших нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я. Цим Порядком встановлюється комплексний підхід до впровадження ПІК в ЗОЗ.

6. Основними принципами ПІК є:

1) основа профілактики розповсюдження ІНМД та АМР – безпечна практика надання медичної допомоги в безпечних умовах;

2) більшість видів ІНМД можна попередити шляхом проведення тривалих та стійких, затратно-ефективних утручань;

3) ПІК в ЗОЗ має вирішальне значення для зведення до мінімуму передавання збудників інфекційних хвороб, а також для забезпечення готовності та посприяття спалахів;

4) для ефективного забезпечення ПІК необхідне впровадження всіх основних компонентів ПІК;

5) кожен основний компонент ПІК запроваджується відповідно до місцевих пріоритетів і наявних ресурсів та адаптується до загальнонаціонального рівня і до рівня окремих ЗОЗ;

6) упродовж всіх етапів впровадження ПІК проводиться повсякденна діяльність ЗОЗ.

7. До основних компонентів ПІК відносяться:

- 1) план дій з ПІК;
- 2) СОП, що базуються на доказовій базі;
- 3) навчання та підготовка;
- 4) епідеміологічний нагляд за ІПНМД;
- 5) моніторинг, оцінка та зворотній зв'язок;
- 6) режим роботи, штатний розпис та навантаження на ліжко;
- 7) припинення, матеріали та обладнання.

Основні компоненти ПІК впроваджуються із застосуванням ММС щодо кожного з них.

8. ММС має першорядне значення для реалізації ПІК на практиці та включає:

- 1) зміни в екогемі;
- 2) навчання і підготовку;
- 3) моніторинг, оцінку та зворотній зв'язок;
- 4) пагадування та комунікацію;
- 5) культуру безпеки.

9. Метою ПІК із застосуванням ММС є вдосконалення надання медичної допомоги і зниження кількості ІПНМД, в тому числі викликаних збудниками з АМР.

10. Застосування ММС забезпечує комплексний підхід до реалізації ПІК. ММС застосовується від початку розробки заходів з ПІК. Алгоритм розробки плану дій з ПІК в ЗОЗ із застосуванням ММС наведено у додатку 1 до цього Порядку.

11. При розгляді компонентів ПІК із застосуванням ММС враховується наступне:

1) матеріально-технічні та інфраструктурні зміни, які необхідні для покращення введення в дію заходів з ППК (включає в себе розгляд механізмів закупівлі та постачання, доступності води та вивчення ергономічних факторів, що впливають на робочий процес);

2) необхідність в навчанні та підготовці (включає в себе друковані, електронні та усні джерела інформації, інтерактивні тренінги та симуляції біля ліжка хворого);

3) визначення індикаторів (включає моніторинг виконання заходів з ППК та визначення індикаторних показників);

4) визначення типів і методів нагадування на робочому місці (натяки на дії, інформаційні матеріали, прямі втручання та заохочення);

5) пріоритет ППК в ЗОЗ (працівники ВІК, керівники закладу та структурних підрозділів є прикладом для наслідування).

12. Розробку заходів та впровадження ППК у ЗОЗ здійснює ВІК, який створюється відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____.

II. Основні компоненти ППК

1. ВІК при розробці плану дій з ППК розглядає кожен із основних компонентів ППК. Кінцевою метою ВІК має стати повне впровадження та особиста підтримка ППК.

2. План дій з ППК затверджується в кожному ЗОЗ з метою профілактики ППНМД та боротьби із АМР. Приклади заходів для впровадження основних компонентів ППК наведено у додатку 2 до цього Порядку.

3. При розробці плану дій з ППК враховується наступне:

1) план дій розробляється на основі епідеміологічних даних і пріоритетів, що були виявлені після проведення базової оцінки у ЗОЗ, на період не менше одного року;

2) заходи плану дій забезпечуються ресурсами (фінансовими, кадровими та іншими);

3) заходи мають бути чіткими, реалістичними та із визначеними індикаторами виконання, цілями (досягнутим результатом);

4) деякі компоненти ІШК можуть бути впроваджені та виконані в рамках інших програм ЗОЗ (наприклад, інфекційний контроль в закладах, що надають допомогу хворим на туберкульоз, протидія розповсюдженню ВІЛ/СНІДу, покращення практик гігієни рук);

5) підходи до моніторингу і оцінки, навчання та підготовки;

6) забезпечення зворотного зв'язку;

7) інструменти (протоколи, анкети, тести), які будуть використовуватися для перевірки теоретичних та практичних знань працівників ЗОЗ;

8) для розробки заходів застосовується MMC відповідно до додатку 1 до цього Порядку.

4. СОП з ІШК розробляються ВІК:

1) із залученням відповідних зацікавлених сторін (наприклад, керівники структурних підрозділів, провідні спеціалісти, старші сестри медичні, менеджери з якості);

2) з використанням даних доказової медицини та адаптуються до місцевих умов ЗОЗ.

5. ВІК в своїй роботі використовує як мінімум наступні СОП з ІШК:

1) стандартні заходи захисту, відповідно до розділу XI Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393 (далі – Заходи);

2) заходи захисту засновані на недопущенні інфікування, відповідно до Заходів;

- 3) профілактика інфікування під час оперативних втручань;
- 4) профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку;
- 5) профілактика вентилятор-асоційованих пневмоній;
- 6) профілактика катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів;
- 7) профілактика передавання МАР;

8) очищення і дезінфекції поверхонь, відповідно до додатку 8 до Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України 10 листопада 2020 року за № 1110/35393;

- 9) очищення, дезінфекція і стерилізація (репроцесинг) медичних виробів;
- 10) раціональне використання антимікробних препаратів;
- 11) готовність до спалахів інфекційних хвороб та управління ними.

6. Перед введенням в дію нових СОП обов'язково проводиться навчання для працівників із відпрацюванням практичних навичок.

7. Проста форма і доступність СОП для працівників мають вирішальне значення для їх застосування, тому СОП рекомендується розповсюджувати різними способами (електронна пошта, роздруковки, соціальні мережі).

8. Послідовність імплементації СОП, навчання і підготовки, моніторингу, оцінки, зворотного зв'язку та епідагляду визначається із урахуванням місцевого контексту.

9. Виконання СОП підлягає регулярному моніторингу.

10. Навчання і підготовка з ІШК проводяться для всіх працівників та включають теоретичні і практичні навчання, симуляції ІПІМД, захворювань викликаних мікроорганізмами з АМР та перевірку знань.

Використовується змішаний підхід до навчання – письмові матеріали, електронне або дистанційне навчання та лекції поєднуються з інтерактивними і практичними заняттями, у тому числі біля ліжка хворого. В ЗОЗ запроваджуються індивідуальні, колективні та колегіальні механізми наставництва, які контролюють та допомагають працівникам підвищувати продуктивність. Рекомендується навчання та наставництво без відриву від роботи – проведення фахівцями з ППК тренінгів, майстер-класів або моделювання ситуацій біля ліжка хворого.

11. Виконання функцій координації навчання і підготовки з ППК покладається на одного із працівників ВІК (далі – координатор навчання і підготовки з ППК). Координатор навчання і підготовки з ППК повинен постійно підвищувати свій рівень теоретичних та практичних знань.

12. Розробка навчальних та підготовчих занять включається до плану дій з ППК в ЗОЗ.

13. Перед початком навчання і підготовки проводиться оцінка базового рівня знань з ППК у працівників ЗОЗ.

У випадку відсутності в ЗОЗ фахівців для проведення оцінки та навчання з ППК, розглядається питання залучення зовнішніх консультантів з ППК.

14. Плани та програми навчання працівників готуються з урахуванням їх функціональних обов'язків з ППК:

1) спеціалізоване навчання та підготовка фахівців з ППК (лікарі, сестри медичні та інші працівники, які входять до складу ВІК), забезпечення їх безперервного професійного розвитку (включаючи передові технології і практики, наставницькі навички, методики реалізації та підтримки тощо);

2) базове навчання та підготовка із ППК для всіх медичних працівників, які беруть участь у наданні медичних послуг та догляді за пацієнтами. Для медичних працівників, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (наприклад, працівники відділень хірургії) проводяться додаткові (вузьконаправлені) навчання і підготовка з ППК;

3) ознайомче навчання із ППК для працівників адміністративних та управлінських структурних підрозділів, обслуговуючого персоналу, прибиральників тощо.

15. У ЗОЗ проводиться регулярна (не менше одного разу на рік) оцінка ефективності навчання.

16. Навчання з ІПК інтегрується у різні кадрові процеси в ЗОЗ (наприклад, під час випробувального терміну медичний працівник проходить навчання та підготовку із ІПК та складає іспит). ЗОЗ забезпечує навчання для всіх нових співробітників, а також безперервне підвищення обізнаності з ІПК з врахуванням нових даних для всіх працівників щорічно.

17. Компонент навчання і підготовки з ІПК у ЗОЗ включає також навчання і підготовку пацієнтів та їхніх родичів (першочергово правильний догляд за хворими із особливими потребами), відповідні заходи відображаються у плані дій з ІПК в ЗОЗ.

18. Епідеміологічний нагляд за ІПНМД у ЗОЗ проводиться з метою виявлення найбільш розповсюджених ІПНМД та реєстрації їх спалахів, включаючи викликані мікроорганізмами з АМР, відповідно до Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від ____ № ____, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № ____.

19. Мікробіологічна лабораторія із можливістю визначення АМР, в якій впроваджено методуку EUCAST, є невід'ємною частиною епідеміологічного нагляду за ІПНМД.

20. Показники розповсюдженості ІПНМД та мікроорганізмів з АМР в ЗОЗ, що отримані шляхом епідеміологічного нагляду, використовуються для:

1) управління стратегіями і пріоритетами ІПК, а також оцінки ефективності і результативності вжитих заходів;

2) порівняльного аналізу з метою оцінки тенденцій розповсюдженості ІПНМД та мікроорганізмів з АМР в часі;

3) виявлення важливих епідеміологічних тенденцій або спалахів для забезпечення прийняття консолідованих рішень та дій в сфері громадського здоров'я.

21. Питання епідеміологічного нагляду за ІПНМД розглядаються під час розробки плану дій з ІПК. Проведення епідеміологічного нагляду за всіма

видами ІПНМД є обов'язковим, за виключенням катетер-асоційованих інфекцій кровотоку (далі – КАІК), катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів, вентилятор-асоційованих пневмоній та інфекцій області хірургічного втручання (далі – ІОХВ).

22. ВІК визначає на які ІПНМД буде направлений епідеміологічний нагляд, враховуючи місцеві особливості, та використовує Критерії, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації, затверджені наказом МОЗ України від 28 грудня 2015 року № 905, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 12 березня 2016 року за № 379/28509.

23. Додатковими рекомендованими інфекційними захворюваннями (окрім девайс-асоційованих ІПНМД та ІОХВ) для епідеміологічного нагляду можуть бути:

1) пріоритетні місцеві інфекційні хвороби, що здатні спричинити спалах (наприклад, норовіруси, ротавіруси, вірус грипу, туберкульоз, тяжкий гострий респіраторний синдром);

2) інфекційні хвороби серед сприятливих груп населення (наприклад, новонароджені, хворі відділень інтенсивної терапії, пацієнти з опіками, ВІЛ-інфіковані);

3) інфекційні хвороби, що пов'язані із професійною медичною діяльністю (наприклад, гепатити В і С, ВІЛ, туберкульоз, грип, кір, кашлюк).

24. Заходи з проведення епідеміологічного нагляду за ІПНМД пов'язані із оцінкою безпеки та якості надання медичних послуг пацієнтам і погоджуються із керівництвом ЗОЗ та керівниками цільових клінічних структурних підрозділів. Ці заходи можуть потребувати залучення додаткових ресурсів.

25. Основною метою практики моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку з ІПК є підтримка досягнутих результатів у ІПК в ЗОЗ та сприяння покращенню їх в майбутньому, що зменшує ризик розповсюдження ІПНМД та мікроорганізмів з АМР.

Цей основний компонент ІПК включає оцінку ступеню відповідності стандартам та вимогам, оцінку дій та цілей, які вже досягнуті та оцінку тих аспектів, що потребують покращення.

Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичних працівників є критичним показником, включаючи моніторинг її дотримання.

26. Моніторинг та зворотній зв'язок направлено на залучення зацікавлених сторін, створення партнерських відносин і робочих груп, формування професійних мереж.

27. Реалізація моніторингу, оцінки та зворотного зв'язку з ІПК в ЗОЗ потребує проходження навчання фахівцями ВІК.

28. Навчання із використанням даних, які отримані шляхом моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку є інструментом в переконанні працівників ЗОЗ щодо існування проблеми та в тому, що вибране рішення було правильним.

29. Питання моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку є невід'ємною частиною процесу впровадження ІПК та розглядаються на етапі розробки плану дій з ІПК.

Необхідність у впровадженні моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку виникає після проведення системної самооцінки ІПК у ЗОЗ і отримання її результатів.

Практики і проєкти, обрані для моніторингу повинні базуватися на результатах оцінювання. Також слід враховувати можливість зворотного зв'язку по обраним видам діяльності та варіанти його здійснення.

Індикатори, які використовуються для моніторингу, визначаються відповідно до практик/процедур, що є пріоритетними у ЗОЗ.

Обрані індикатори, практики, структурні підрозділи і відповідальні особи із чітким зазначенням обов'язків, частоти моніторингу і оцінки, графіку проведення зворотного зв'язку затверджуються керівництвом закладу.

План дій з моніторингу має містити чітко визначені заходи, індикатори їх виконання та інструменти (чек-листи, контрольні списки, форми тощо) для збору даних, які розробляються ВІК відповідно до заходів, визначених планом дій з ІПК.

30. Моніторинг і оцінка проводиться мінімум по наступним видам діяльності та їх показниках:

- 1) дотримання правил гігієни рук;
- 2) постановка та догляд за внутрішньосудинним катетером;
- 3) постановка та догляд за сечовим катетером;
- 4) заходи по запобіганню ІОХВ;
- 5) реалізація заходів безпеки по недопущенню інфікування мікроорганізмами із АМР та висококонтагіозних інфекційних хвороб;
- 6) якість поточного та генерального прибирань;
- 7) очищення, дезінфекція і стерилізація (репроессинг) медичного обладнання та інструментарію;
- 8) очищення і дезінфекція поверхонь;
- 9) використання антисептику для рук та рідкого мила;
- 10) використання антимікробних препаратів.

31. Для отримання зворотного зв'язку від зацікавлених сторін встановлюються механізми зворотного зв'язку (наприклад, наради, зустрічі, обговорення в групах, звіти, інформаційні бюлетені, публікації в журналах тощо), проводяться регулярні зібрання (мінімум раз на рік) для оприлюднення інформації по даним моніторингу з використанням аналізу тенденцій (помісячно, поквартально, по рокам тощо).

В навчанні використовується двонаправлений зворотній зв'язок з метою забезпечення підтримки культури навчання та поліпшення його якості.

32. Режим роботи, штатний розпис та зайнятість ліжка є основним компонентом ІІІК, що включає:

1) зайнятість ліжка в ЗОЗ не повинна перевищувати місткість – один пацієнт на одному ліжку та не менше одного метру між ліжками. У виняткових обставинах, при перевищенні пропускнуої спроможності ліжка, керівництво ЗОЗ повинно забезпечити затучення додаткових кадрів та достатню відстань між ліжками. Зайнятість ліжка, що перевищує місткість один пацієнт на одному ліжку та не менше одного метру між ліжками, невідповідний рівень укомплектованості

медичними працівниками підвищують ризики спалахів ПНМД та розповсюдження мікроорганізмів з АМР. Переповерхність є визнаною проблемою громадського здоров'я, що може призводити до передавання інфекційних хвороб:

2) розгляд питань робочого навантаження, укомплектованості працівниками та зайнятості ліжок має стати частиною першочергових обговорень під час розробки плану дій з ЛІК. При цьому дотримання вимог щодо місткості, робочого навантаження та укомплектованості, штатного розпису працівників мають бути збалансованими із необхідністю надання невідкладної допомоги якомога більшій кількості пацієнтів при надзвичайних ситуаціях;

3) рішення, що стосуються робочого навантаження, укомплектування штатами і розміщення ліжок, приймаються на рівні керівництва ЗОЗ за погодженням з ВІК в частині забезпечення ЛІК. ВІК надає рекомендації з цих питань.

Цей основний компонент впливає на впровадження ЛІК в цілому та на реалізацію інших основних компонентів ЛІК.

33. Діяльність з догляду за хворими повинна проводитися у чистому приміщенні, що полегшує профілактику і контроль за ПНМД та АМР. Це включає в себе всі елементи інфраструктури і наявність відповідних матеріалів та обладнання (наприклад, рукомийники, антисептики для рук, рідке мило, засоби індивідуального захисту).

Обладнання та засоби для гігієни рук мають бути легко доступні в точці догляду.

34. В ЗОЗ мають бути забезпечені:

1) достатня кількість та правильне місце розташування засобів для гігієни рук відповідно до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надація соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від ____ № _____, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України ____ за № _____ ;

2) окремі кімнати гігієни для працівників і пацієнтів;

3) безпечне поводження з медичними відходами;

4) очищення та дезінфекція поверхонь;

5) очищення, дезінфекція і стерилізація (репроцесинг) виробів медичного призначення перед повторним використанням.

35. Ремонт та переобладнання приміщень, забезпечення необхідними матеріалами та обладнанням повинні стати частиною першочергових обговорень при розробці плану дій з ПІК.

Цей основний компонент впливає на впровадження ПІК в цілому, так як без сприятливого внутрішнього середовища, забезпеченості матеріалами і обладнанням для ПІК покращення є недосяжними. Виявлення проблем в інфраструктурі і забезпеченні, які перешкоджають впровадженню ПІК, є завданням ВІК.

36. Рішення, що стосуються приміщень, матеріалів та обладнання, приймаються на рівні керівництва ЗОЗ за погодженням з ВІК в частині забезпечення ПІК. ВІК надає рекомендації з цих питань.

III. Етапи впровадження ПІК

1. Підготовчий етап (крок 1) пов'язаний із підготовкою до оцінювання та покращення ПІК в ЗОЗ.

2. Завдання та необхідні дії для реалізації підготовчого етапу, потенційні бар'єри та рішення для їх подолання наведено у додатку 3 до цього Порядку.

3. Показниками виконання підготовчого етапу (крок 1) є:

1) створено ВІК та призначено його керівника;

2) керівництво ЗОЗ ознайомлено із рекомендаціями по основним компонентам;

3) підготовано сценарії зустрічей керівника ВІК із керівництвом ЗОЗ та основні питання для дискусій;

4) створено список зацікавлених сторін;

5) зібрано попередні дані по впровадженню ПІК в ЗОЗ;

6) вивчено можливості інтеграції ППК із іншими програмами, що вже впроваджені в ЗОЗ;

7) визначено перелік громадських об'єднань, що потенційно можуть допомогти у впровадженні та адвокації ППК;

8) проведено серію зустрічей із заінтересованими сторонами, лідерами думки і керівництвом ЗОЗ;

9) отримано погодження керівництва ЗОЗ для впровадження ППК;

10) визначено можливості для залучення людських та фінансових ресурсів для розробки, впровадження та підтримки плану дій з ППК.

4. Етап базової оцінки (крок 2) проводиться з урахуванням наступного:

1) проведення базової оцінки поточної ситуації із ППК в ЗОЗ для виявлення сильних та слабких сторін є важливим для постійного підвищення якості надання медичних послуг;

2) оцінка створює відчуття необхідності змін, що потрібні для покращення ППК, із урахуванням поточних ризиків, фактичних потреб і наявних ресурсів;

3) оцінка виявляє сильні сторони та позитивні досягнення задля переконання керівництва ЗОЗ у тому, що прогрес та успіх можливі.

5. Для проведення базової та подальших оцінок ЗОЗ використовується протокол системної самооцінки ППК у ЗОЗ відповідно до додатку 4 до цього Порядку.

6. Завдання та необхідні дії для реалізації етапу базової оцінки (кроку 2), потенційні бар'єри та рішення для їх подолання наведено у додатку 5 до цього Порядку.

7. Показниками виконання етапу базової оцінки (кроку 2) є:

1) працівники ВІК ознайомлені із системою самооцінки ППК у ЗОЗ;

2) план проведення оцінювання обговорений із керівництвом ЗОЗ та іншими зацікавленими сторонами, затверджений керівництвом ЗОЗ;

3) визначено працівника ВІК, який буде збирати дані оцінювання та формувати звіт, і терміни проведення оцінювання;

4) зібрано дані по кожному із основних компонентів ППК;

5) проаналізовано результати системної самооцінки ППК в ЗОЗ;

6) результати оцінювання представлені ВІК;

7) визначено дати проведення наступного оцінювання (не пізніше ніж через 12 місяців);

8) оформлено звіт відповідно до рекомендацій щодо підготовки звіту, наведених у додатку 4 до цього Порядку;

9) звіт представлено керівництву ЗОЗ та іншим зацікавленим сторонам.

8. Розробка та виконання плану дій з ППК (крок 3) здійснюється з урахуванням наступного:

1) план дій базується на результатах проведеної системної самооцінки ППК у ЗОЗ та результатах інших проведених оцінок, які вказують на пріоритетні сфери для втручання та сприяють досягненню згоди щодо підходів до зміцнення сильних та нівелювання дії слабких сторін у ППК ЗОЗ;

2) використання ММС відповідно до додатку І до цього Порядку полегшить розробку плану дій;

3) важливо на початку сконцентруватися на досягненні короткострокових результатів - почати з невеликого, але мислити масштабно (реалістичний пріоритетний план дій, що враховує місцеві особливості, є основною задачею);

4) довгостроковий план дій з ППК (наприклад, п'ятирічний) є важливим для загальної оцінки впливу заходів з ППК.

9. Завдання та необхідні дії для реалізації етапу розробки та виконання плану дій з ППК (крок 3), потенційні бар'єри та рішення для їх подолання наведені у додатку 6 до цього Порядку. Бар'єри і рішення на етапі розробки та виконання плану дій з ППК розглядаються по кожному із основних компонентів окремо.

10. Показниками виконання кроку 3 є:

- 1) розроблено план дій;
- 2) визначені пріоритетні дії для кожного основного компоненту ППК, що планується для впровадження;
- 3) розглянуті потенційні бар'єри та приклади їх усунення;
- 4) наявні інструменти і ресурси для підтримки в реалізації заходів з ППК;
- 5) розроблено заходи для кожного основного компоненту ППК;
- 6) план дій затверджено керівництвом ЗОЗ;
- 7) узгоджено графік проведення моніторингу, оцінки та лати перегляду плану дій з ППК.

11. Оцінка впливу (крок 4) є критичним етапом для прийняття рішень, залучення підтримки і внесення змін в щорічний план дій з ППК.

12. Метою проведення оцінки впливу є збір даних для виявлення дій, які справили позитивний вплив, та заходів і ресурсів, що потрібні додатково для досягнення поставлених задач.

13. Оцінка впливу включає в себе оцінювання проведених заходів і визначення їх ефективності.

14. Для моніторингу і оцінки використовуються інструменти/протоколи, які застосовувались на етапі базової оцінки. Такий підхід допомагає визначити, на яких ділянках досягнуто покращення, а на яких – проблеми залишилися.

15. Завдання та необхідні дії для реалізації етапу оцінки впливу (крок 4) наведено у додатку 7 до цього Порядку.

16. Показниками виконання кроку 4 є:

- 1) розглянуто результати базової оцінки;
- 2) розглянуто заходи з ППК або план дій з ППК в цілому;

- 3) переглянуто план дій з ППК на поточний рік;
- 4) затверджено графік і строки проведення повторних оцінювань (системної самооцінки з ППК або/та інших інструментів);
- 5) завершено проведення повторних оцінювань;
- 6) результати повторних оцінювань розглянуто і проведено порівняльний аналіз із базовою оцінкою, сформовано відповідні звіти та представлено їх зацікавленим сторонам;
- 7) розроблено та затверджено новий план дій з ППК із урахуванням виявлених проблем та слабких сторін;
- 8) затверджено графік проведення наступних моніторингових оцінок (не рідше одного разу на рік).

17. Етап формування культури безпеки (крок 5) включає:

- 1) визначення набутих покращень та проблем, що залишаються, з урахуванням даних, отриманих на попередньому етапі;
- 2) регулярний перегляд і покращення ППК за допомогою нововведень (проекти, програми, кампанії) з метою інституціонування культури ППК в ЗОЗ;
- 3) підтримку налагодженого на попередніх етапах співробітництва із зацікавленими сторонами;
- 4) додаткове укомплектування ВІК фахівцями, в разі потреби, проведення їх додаткового навчання для гарантування постійної підтримки ППК у ЗОЗ;
- 5) ВІК постійно бере участь у розбудові та підтримці ППК, в тому числі надає консультації, розповсюджує новітні дані в області ППК, підтримує культуру безпеки в ЗОЗ;
- 6) створення циклу аналізу і взаємодії, з метою підтримки переваг ППК і забезпечення її впровадження у існуючі практики ЗОЗ для сприяння її стійкості та всеохоплюючому впливу.

18. Завдання та необхідні дії для реалізації етапу формування культури безпеки (крок 5), потенційні бар'єри та рішення для їх подолання наведено у додатку 8 до цього Порядку.

19. Показниками виконання цього етапу є:

1) керівництвом ЗОЗ затверджено п'ятирічний (або на більший строк) план дій з ППК;

2) керівництвом ЗОЗ затверджений щорічний графік проведення системної самооцінки з ППК;

3) керівник ВІК мінімум один раз на рік проводить зустріч із лідерами думок і чемпіонами, виказує їм подяку та заручається їхньою підтримкою на майбутнє;

4) успіхи, що були досягнені за звітний період, розповсюджено серед усіх зацікавлених сторін;

5) ВІК налагодило на постійній основі співпрацю з громадськими об'єднаннями з питань ППК.

**Генеральний директор Директорату
громадського здоров'я та профілактики
захворюваності**

І. Руденко

Додаток 1

до Порядку впровадження
профілактики інфекцій та
інфекційного контролю в
закладах охорони здоров'я,
які надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(пункт 10 розділу I, підпункт 8
пункту 3 розділу II, підпункт 2
пункту 8 розділу III)

Алгоритм розробки плану дій з ПІК в ЗОЗ із застосуванням MMC

Компонент MMC	Короткий опис		
	Питання	Відповіді	План дій
Зміни в системі	1. Які інженерні рішення, зміни в матеріально-технічному забезпеченні та людські ресурси необхідні для впровадження ПІК? 2. Чи впливає оточуюче середовище на поведінку медичних працівників? Які ергономічні фактори слід змінити для покращення сприйняття заходів з ПІК? 3. Чи необхідно залучити зовнішніх консультантів або додати штатну одиницю?	1. 2. 3.	1. 2. 3.
Навчання та підготовка	1. Кого потрібно навчити? Який метод навчання має використовуватися та як часто мають проходити заняття? 2. Чи є в ЗОЗ інструктори та викладачі, навчальні посібники та обладнання?	1. 2. 3.	1. 2. 3.
Моніторинг, оцінка та	1. Як ви можете виявити невиконання або невідповідне виконання пунктів плану дій з	1. 2. 3.	1. 2. 3.

Компонент ММС	Короткий опис		
	Питання	Відповіді	План дій
зворотній зв'язок	1. ІПК? Які індикатори можна використати? 2. Яким чином ви зможете перевірити, що план дій з ІПК реалізований? Наприклад, чи існують методи спостереження та відслідковування? 3. В якій формі, коли та кому будуть представлені звіти?		
Нагадування і комунікація	1. Яким чином ви будете займатися популяризацією заходів з ІПК? 2. Чи є у ЗОЗ необхідні фінансові та матеріальні можливості?	1. 2. 3.	1. 2. 3.
Культура безпеки	1. Чи є підтримка ІПК в ЗОЗ серед працівників? Наприклад, чи є можливість заохочувати працівників ВІК та чи готові вони бути прикладом для наслідування? 2. Чи працює ефективно створений ВІК? Чи впроваджують працівники ВІК декламовані ними зміни, чи працюють «для галочки»? 3. Яким чином ви будете підтримувати пріоритет ІПК в ЗОЗ?	1. 2. 3.	1. 2. 3.

Додаток 2

до Гюрьядку впровадження
профілактики інфекцій та
інфекційного контролю в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(пункт 2 розділу II)

Приклади заходів для впровадження основних компонентів ЦК

I. Приклади заходів для розробки плану дій з ЦК

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Ініціатор виконання	Дослідний результат (з коротким описом та датою завершення)
Призначити керівника ВК	Керівник ЗОЗ, начальник відділу кадрів			Призначити керівника ВК.	
Розробити і затвердити положення про ВК та посадові інструкції працівників ВК відповідно до Положення про ВК в ЗОЗ, установ/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення.	Начальник відділу кадрів	1 місяць		Затверджено положення про ВК та посадові інструкції координатора з гігієни рук, лікаря-епідеміолога, координатора навчання і підготовки з ЦК, клінічного провізора, статистика та інших працівників ВК.	
Прованалізувати систему самоцінки ЦК у ЗОЗ і розробити проєктний план дій на певний час роботи (наприклад, річний план) на основі визначених пріоритетів	Керівництво ЗОЗ, керівник ВК	2-3 місяці		Проведена системна самоцінка ЦК в ЗОЗ. Розроблено та затверджено керівником ЗОЗ річний план дій з ЦК.	

Дія/захід	Відповідальна особа	Період виконання (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Досягнений результат (із коротким описом та лагою завершення)
Розраховати і затвердити бюджет для запуску офісного обладнання (комп'ютер і програмне забезпечення, телефон, підключення до мережі Інтернет) і запланованих заходів (навчання, навчальні курси).	Керівник ЗОЗ, відповідальний за фінансові питання керівник ВК	1-3 місяці		Розраховано, затверджено керівником ЗОЗ бюджет для фінансування закупівлі офісного обладнання і запланованих заходів для потреб ВК.	
Провести зустріч та обговорити ПІК із керівництвом ЗОЗ, керівниками суміжних програм/служб (наприклад, якості надання медичних послуг).	Керівник ВК	1-2 місяці		Проведено зустрічі з керівництвом ЗОЗ та керівниками суміжних програм/служб, обговорені і запроваджені спільні заходи. Внесені зміни в план дій (в разі необхідності).	

Ц. Приклади заходів для розробки і впровадження СОП з ПІК

Дія/захід	Відповідальна особа	Період виконання (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Досягнений результат (із коротким описом та лагою завершення)
Розробити/затвердити і впровадити СОП	Керівник ВК Керівники структурних підрозділів	6-12 місяців		Розроблено/затверджено і запроваджено керівником ЗОЗ наступні СОП: 1) використання медичних (хірургічних) масок; 2) використання халатів захисних від інфекційних агентів; 3) використання захисних окулярів та шиттів.	

Довідка	Визначальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Додатковий результат (за коротким описом у в'язці)
				4) респіраторна гігієна і етикет кашлю для працівників ЗОЗ;	
				5) респіра, утримання і етикет кашлю для пацієнтів;	
				6) миття рук і гігієна;	
				7) покриття з білизною;	
				8) покриття з об'єктами;	
				9) покриття з інструментарієм;	
				10) покриття з медичними відходами;	
				11) очищення приміщень;	
				12) контактні заходи захисту;	
				13) крапельні заходи захисту;	
				14) повітряні заходи захисту;	
				15) профілактика зараження під час оперативних втручань;	
				16) профілактика катетер-асоційованих інфекцій кріпотоку;	
				17) профілактика вентиляцій-асоційованих пневмоній;	

Ділячка	Відповідальна особа	Період виконання (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достиглий результат (із коротким описом та датою завершення)
				18) профілактика категоризованих інфекцій; 19) профілактика передавання мікроорганізмів з множинною їх патогенністю; 20) опізнання, дезінфекція і стерилізація (репродукція) медичних виробів; 21) раціональне використання антибіотиків; протипі: 22) готовність до спалахів інфекційних хвороб та управління ними	
Нереєстрові назви СОП (доповнити їх положеннями з ІШК)	Керівник управління структурних підрозділів ЗОЗ	3-12 місяців		Проведено зустрічі з керівниками структурних підрозділів ЗОЗ. Визначені СОП, які потребують врахування положень ІШК. Сформовані робочі групи для перегляду (актуалізації) в СОП. Внесені зміни в СОП із врахуванням положень ІШК. СОП затверджені керівником ЗОЗ.	

Дія/закія	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Досягнений результат (із коротким описом та датою завершення)
Організувати співпрацю із громадськими або професійними об'єднаннями в сфері ПІПК для забезпечення підтримкою ЗОЗ з ПІПК (наприклад, шляхом дистанційного надання інформації або забезпечення консультацій).	Керівник ЗОЗ, керівник ВІК	1-6 місяців		Зав'язано договір або підписано меморандум про співпрацю з громадськими або професійними об'єднаннями в сфері ПІПК.	

III. Приклади заходів з навчання і підготовки з ПІПК

Дія/закія	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Досягнений результат (із коротким описом та датою завершення)
Визначити координатора навчання і підготовки з ПІПК.	Керівник ВІК			Визначено координатора навчання з підготовки з ПІПК або запрошено зовнішнього консультанта для проведення навчання і підготовки з ПІПК.	
Розробити і затвердити програму навчання і підготовки з ПІПК для працівників ЗОЗ	Координатор навчання і підготовки з ПІПК, керівник ВІК, керівники структурних підрозділів ЗОЗ, керівник ЗОЗ	3-12 місяців		Розроблено і затверджено керівником ЗОЗ програму навчання і підготовки з ПІПК для працівників ЗОЗ Програма включає базові навчання і підготовку з ПІПК для всіх працівників ЗОЗ та спеціалізовані навчання для працівників кожного із клінічних структурних підрозділів. Базові навчання і підготовка включають: 1) гігієну рук; 2) респіраторну гігієну і етикет кашлю; 3) поводження з медичними відходами;	

Дія/закін	Відповідальна особа	Період виробництва (початок і закінчення)	Бюджет (гр.)	Індикатор виконання	Додатковий результат (в короткому описі та датою завершення)
				4) готовність до списань інфекційних хвороб та управління ними. Програма навчання і підготовки великого переліку теоретичних знань і практичних навичок працівників ЗОЗ.	
Розрахувати і затвердити бюджет для закупівлі необхідного обладнання і витратних матеріалів для забезпечення програми навчання і підготовки з ППК.	Координатор навчання і підготовки з ППК, керівник ВК, фінансовий відділ, керівник ЗОЗ	1-3 місяці		Розраховано, затверджено керівником ЗОЗ бюджет для закупівлі необхідного обладнання і витратних матеріалів для забезпечення програми навчання і підготовки з ППК.	
Розробити і затвердити графік навчання і підготовки з ППК для працівників ЗОЗ	Координатор навчання і підготовки з ППК, керівник ВК, керівники структурних підрозділів ЗОЗ, керівник ЗОЗ	1-2 місяці		Визначено приміщення для відеозапису практичних навичок працівниками ЗОЗ. Розроблено і затверджено керівником ЗОЗ графік навчання і підготовки з ППК для працівників ЗОЗ. Графік навчання додано до відомої (наприклад, шляхом розміщення в офісних кабінетах, сестринських, місцях відпочинку працівників) працівників ЗОЗ.	
Розробити і затвердити чек-листи (контрольні списки, анкети) перевірки знань і практичних навичок з ППК працівників ЗОЗ	Координатор навчання і підготовки з ППК, керівник ВК, керівник ЗОЗ	3-12 місяців		Розроблено і затверджено керівником ЗОЗ чек-листи (контрольні списки, анкети) перевірки знань і практичних навичок з ППК працівників ЗОЗ.	
Розробити і затвердити чек-листи (контрольні списки, анкети) перевірки якості проведення навчання і підготовки (оцінка працівниками координатора навчання і підготовки з ППК)	Керівник ВК, керівник ЗОЗ	1-3 місяці		Розроблено і затверджено керівником ЗОЗ чек-листи (контрольні списки, анкети) перевірки якості проведення навчання і підготовки.	

Дія/зада	Відповідальна особа	Період виконання (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Ініціатор виконання	Достиглений результат (із короткими описом та датою завершення)
Розробити і затвердити систему допуску працівників до виконання професійних обов'язків залежно від професійних навчання і підготовки з ППК	Координатор навчання і підготовки з ППК, керівник ВК, начальник відділу кадрів, керівники структурних підрозділів ЗОЗ, керівник ЗОЗ	3-6 місяців		Розроблено і затверджено керівником ЗОЗ систему допуску працівників до виконання професійних обов'язків залежно від професійних навчання і підготовки з ППК (наприклад, недопущення сестер медичних катетерів без проходження відповідних навчання, підготовки і перевірки знань)	
Розробити і затвердити систему допільного моніторингу для оцінки знань і практичних навичок з ППК у працівників ЗОЗ	Керівник ВК, керівник ЗОЗ	3-12 місяців		Заключено договір або підписано меморандум про співпрацю з громадським або професійним об'єднанням в сфері ППК для проведення моніторингу та/або залучення відповідного консультанта та/або заплановано договір щодо проведення перекресного моніторингу з іншим ЗОЗ для оцінки знань і практичних навичок з ППК у працівників ЗОЗ.	
Розробити і затвердити програму навчання і підготовки з ППК для пацієнтів та членів їх родин	Координатор навчання і підготовки з ППК, керівник ВК, керівники клінічних структурних підрозділів ЗОЗ, керівник ЗОЗ	3-12 місяців		Розроблено і затверджено керівником ЗОЗ програму навчання і підготовки з ППК для пацієнтів та членів їх родин.	
Розробити і затвердити бюджет для розробки макетів і закупівлі пам'яток для пацієнтів та членів їх родин	Координатор навчання і підготовки з ППК, керівник ВК, керівники клінічних структурних підрозділів ЗОЗ, фінансовий відділ, керівник ЗОЗ	1-3 місяці		Розроблено і затверджено керівником ЗОЗ макет пам'яток для пацієнтів та членів їх родин. Розраховано, заплановано керівником ЗОЗ бюджет і виділено фінансування для закупівлі пам'яток для пацієнтів та членів їх родин.	

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Досягнений результат (із коротким описом та датою завершення)
Визначити потребу в податюванні навчання і підготовки з ЦПК працівників ЗОЗ та провести його	Керівник ВК, начальник відділу кадрів, фінансовий відділ (за необхідності), керівник ЗОЗ	1-3 місяці		Визначено потребу в додаткових навчаннях і підготовці з ЦПК працівників ЗОЗ. Визначено засади(и), які проводити навчання і підготовку з ЦПК. Визначено фінансування для проголошення навчання і підготовки з ЦПК працівниками ЗОЗ. Проведені додаткові навчання і підготовка з ЦПК працівників ЗОЗ.	

IV. Приклади заходів з епідеміологічного нагляду за ПНМД

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Досягнений результат (із коротким описом та датою завершення)
Прийняти на роботу лікаря- епідеміолога ВК (в тому числі шляхом перепрофілювання іншої особи)	Керівник ВК	1-12 місяців		Прийнято на роботу лікаря- епідеміолога ВК.	
Прийняти на роботу помічника(ів) лікаря- епідеміолога ВК (за необхідності)	Лікар-епідеміолог ВК, керівник ВК	1-12 місяців		Прийнято на роботу помічника(ів) лікаря-епідеміолога ВК (з розрахунку один помічник лікаря- епідеміолога на кожні 250 ліжок ЗОЗ).	
Визначити ресурси (кадрові і фінансові), які необхідні для проведення епідеміологічного нагляду в ЗОЗ	Лікар-епідеміолог ВК, завідувач мікробіологічної лабораторії (за наявності), керівник ВК, начальник	1-3 місяці		Визначено ресурси (кадрові і фінансові), які необхідні для впровадження в мікробіологічній лабораторії методології EUCAST.	

Дія/закід	Відповідальна особа	Період виконання (початок і закінчення)	Бюджет (гр.)	Індикатор виконання	Дослідний результат (із коротким описом та датою завершення)
	відділу експертів, фінансовий відділ, керівник ЗОЗ				Визначено ресурси, які необхідні для проведення епідеміологічного нагляду в ЗОЗ, а саме: 1) офісне обладнання (комп'ютерна техніка, мобільні технології для збору даних (камеризація, планшет, принтер); 2) програмне забезпечення (наприклад, WHONET, лабораторні інформаційні системи); 3) витратні матеріали (записники, олівці, папір). Визначено найбільш фінансово обґрунтований шлях до впровадження епідеміологічного нагляду в ЗОЗ.
Розраховувати і затвердити бюджет для виконання в мікробіологічній лабораторії методикі EUCAST (за наявності лабораторії)	Завідуюча мікробіологічної лабораторії, лікар-епідеміолог ВК, фінансовий відділ, керівник ЗОЗ	1-3 місяці			Розраховано, затверджено керівником ЗОЗ бюджет для закупівлі необхідного обладнання і витратних матеріалів для впровадження в мікробіологічній лабораторії методики EUCAST. Виділено фінансування на проходження навчання і підготовки працівників мікробіологічної лабораторії (за необхідності).
Розробити і затвердити СОП із забору, зберігання і транспортування зразків біологічних матеріалів для проведення мікробіологічних	Завідуюча мікробіологічної лабораторії, лікар-епідеміолог ВК, координатор навчання і підготовки з ЦІК, керівник	3-6 місяців			Розроблені і затверджені керівником ЗОЗ СОП із забору, зберігання і транспортування зразків біологічних матеріалів для проведення

Дія/зміст	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Досягнений результат (із коротким описом та датою завершення)
(анкірніологічний) дослідження	Лікар-керівник клінічних структурних підрозділів ЗОЗ, керівник ЗОЗ				мікробіологічних (бактеріологічних) досліджень.
Провести вільне визначення розповсюдженості інфекційних хвороб, яких знають з наданням медичної допомоги (наприклад, інфекцій області і хірургічного втручання)	Лікар-епідеміолог ВІК, керівник ВІК	2-6 місяців			Проведено вільне визначення розповсюдженості інфекцій області і хірургічного втручання. Звіт щодо проведеного дослідження представлено керівництву ЗОЗ і керівникам залучених до дослідження клінічних структурних підрозділів. Відкоригований план дій з ІІІК із врахуванням отриманих результатів дослідження.
Впровадити епідеміологічний нагляд за інфекціями області і хірургічного втручання	Лікар-епідеміолог ВІК, керівник ВІК	3-6 місяців			Впроваджено епідеміологічний нагляд за інфекціями області і хірургічного втручання.
Впровадити епідеміологічний нагляд за деякими асоційованими інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги	Лікар-епідеміолог ВІК, керівник ВІК	6-24 місяців			Впроваджено епідеміологічний нагляд за вентилятор-асоційованими пневмоніями, катетер-асоційованими інфекціями кровотоку (периферичний венозити та центрально внутрішньосудинні катетери), катетер-асоційованими інфекціями сечовивідних шляхів.
Впровадити епідеміологічний нагляд за бактеріями з	Лікар-епідеміолог ВІК, керівник ВІК	6-12 місяців			Впроваджено епідеміологічний нагляд за бактеріями з множинною та

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (із коротким описом та датою завершення)
включення та пилезистентності до антибактеріальних препаратів					підприємствості до антибактеріальних препаратів.

V. Приклади заходів з моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (із коротким описом та датою завершення)
Розрахувати і затвердити бюджет для впровадження в ЗОЗ моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку	Керівник ВІК, статистик ВІК, фінансовий відділ, керівники структурних підрозділів ЗОЗ, керівник ЗОЗ	1-3 місяці			Визначити метод(и), що будуть використовуватися і дані, які будуть аналізуватися, при проведенні моніторингу і оцінки.
					Визначити відповідальних осіб за проведення моніторингу і оцінки в кожному із структурних підрозділів ЗОЗ.
					Розраховано, затверджено керівником ЗОЗ бюджет для фінансування закупівлі:
					1) офісного обладнання (комп'ютерна техніка, мобільні технології для збору даних (наприклад, планшет), принтер);
					2) програмного забезпечення;
					3) витратних матеріалів (наприклад, олівець, папір).
Розробити і затвердити чек-листи (контрольні списки, алгоритми) для	Керівник ВІК, статистик ВІК, керівники структурних	3-6 місяців			Розроблено і затверджено керівником ЗОЗ чек-листи (контрольні списки, алгоритми)

Дія/захід	Відповідальна особа	Період виконання (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (із коротким описом та латого завершення)
проведення моніторингу і оцінки	підрозділів ЗОЗ, керівник ЗОЗ			для проведення моніторингу і оцінки.	
Розробити і затвердити графік проведення моніторингу і оцінки	Керівник ВІК, спеціаліст ВІК, керівники структурних підрозділів ЗОЗ, керівник ЗОЗ	1-2 місяці		Розроблений і затверджений керівником ЗОЗ графік проведення моніторингу і оцінки.	
Розробити і затвердити графік проведення зворотного зв'язку	Керівник ВІК, спеціаліст ВІК, керівники структурних підрозділів ЗОЗ, керівник ЗОЗ	1-2 місяці		Розроблений і затверджений керівником ЗОЗ графік проведення зворотного зв'язку.	

VI. Приклади заходів з режиму роботи, платного розпису і навантаження на ліжку

Дія/захід	Відповідальна особа	Період виконання (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (із коротким описом та латого завершення)
Розрахувати необхідну кількість працівників відповідно до посадових обов'язків і робочого навантаження	Начальник відділу кадрів, керівник структурних підрозділів ЗОЗ, медичний директор (начел) ЗОЗ, медичний директор з медсестринства (голова медична сестра) ЗОЗ, керівник ЗОЗ, керівник ВІК (як консультант)	3-6 місяців		Проведено розрахунок необхідної кількості працівників в структурних підрозділах ЗОЗ відповідно до посадових обов'язків і робочого навантаження. Звіт щодо проведеного розрахунку розглянуто на робочій зустрічі.	
Доцримання правила «одні пацієнт на одне ліжко»	Медичний директор (начел) ЗОЗ, медичний директор з медсестринства (голова медична сестра) ЗОЗ, керівники кабінетних	6-24 місяців		Розроблено і затверджено керівником ЗОЗ інші усунення невідповідностей у кадрових ресурсах та робочому навантаженні.	Проведено акцію причини недовідання правила «одні пацієнт на одне ліжко».

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (із коротким описом та датою завершення)
	структурних підрозділів ЗОЗ, керівник ЗОЗ, керівник ВІК (як консультант)			Звіт щодо проведеного аналізу розглянутого па робочій зустрічі.	
				Розроблено і затверджено керівником ЗОЗ план усунування причин недотримання правил «один пацієнт на один ліжок», особливо із фінансових забезпечення пільгу і вищачепити відповідальними особами до кожного з клінічних підрозділів ЗОЗ.	

VII. Приклади заходів: приміщення, матеріали і обладнання

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (1 рік.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (із коротким описом та датою завершення)
Вирішити проблему водопостачання (подача води, гігієни рук, пиття, особливої гігієни, пацієнта медичної допомоги, стерилізації, дезактивації, прибирання і прання недоступна або поганої якості)	Заступник керівника з технічних питань, керівник ЗОЗ, керівник ВІК (як консультант)	3-24 місяці		Зроблено вибір зразків води та проведено аналіз якості води. Направлено звернення до суб'єкта господарювання, який постачає воду в ЗОЗ. Направлено звернення до органів місцевого самоврядування та відповідних органів державної виконавчої влади (в разі відсутнього ефекту від звернення до суб'єкта господарювання, який постачає воду в ЗОЗ).	
Зверпатити реєстрацію проведених прибирань	Медичний директор з медсестринства (голова медична сестра) ЗОЗ,	1-3 місяці		Впроваджено чек-листи реєстрації поточних і енергійних прибирань в структурних підрозділах ЗОЗ.	

Діячість	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Дослідний результат (за коротким описом та датою завершення)
Обладати палати ізоляції пацієнтів в ЗОЗ	керівник ЗОЗ, керівник ВПК (як координатор)	12-60 місяців		Визначені та приведені у відповідність до вимог інфекційного контролю приміщення для ізоляції пацієнтів, які інфіковані колонізовани мікроорганізмами з множинною або панрезистентністю.	
	Заступник керівника з технічних питань, фінансовий відділ, керівник ЗОЗ, керівник ВПК (як координатор)			Визначені та приведені у відповідність до вимог інфекційного контролю приміщення для ізоляції пацієнтів з підозрою підтвердженими випадками інфікування збудниками з критичним шляхом інфікування.	
Обладати вентиляційні системи в ЗОЗ	Заступник керівника з технічних питань, фінансовий відділ, керівник ЗОЗ, керівник ВПК (як координатор)	24-60 місяців		Визначені та приведені у відповідність до вимог інфекційного контролю палати для захисної ізоляції пацієнтів (за необхідності).	Визначені приміщення, які переважно потребують механічної вентиляції (наприклад, операційні, палати для ізоляції пацієнтів з аерогенними інфекціями, приміщення підвізів невіддаленої медичної допомоги).

Дія/закід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Ініціатор виконання	Досягнений результат (із коротким описом та датою завершення)
Забезпечити ЗОЗ обладнанням для прибирання	Меліничий директор з медсестринства (головна медична сестра) ЗОЗ, фінансовий відділ, керівник ЗОЗ, керівник ВІК (як консультант)	6-24 місяці		Проведено розрахунок та затверджено план реконструкції підприємств призначень.	
				Визначені приміщення, оснащені системою механічної вентиляції.	
				Заключено договір із суб'єктом господарювання на проведення щовного обслуговування вентиляційних систем.	
Забезпечити ЗОЗ ємностями для збирання і транспортування медичних відходів	Заступник керівника з технічних питань, відповідальна особа за поводження з відходами в ЗОЗ, фінансовий відділ, керівник ЗОЗ, керівник ВІК (як консультант)	3-12 місяців		Калібрні структурні підрозділи ЗОЗ забезпечені візками для прибирання та витратними матеріалами.	
				Некваліфіковані структурні підрозділи ЗОЗ забезпечені візками для прибирання та витратними матеріалами.	
				Сформовано кваліфікований підрозділ відділ, на якого покладено функції прибирання в ЗОЗ.	
Забезпечити візками з повільною категорії ІІІ				Калібрні структурні підрозділи ЗОЗ забезпечені контейнерами для збирання особливо небезпечних господарств відходів категорії В.	
				Калібрні структурні підрозділи забезпечені ємностями (наприскачі, мішки) стійкими до механічних пошкоджень для збирання відходів категорії ІІІ.	
Структурні підрозділи ЗОЗ забезпечені візками з повільною категорії ІІІ					

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Дослідницький результат (із коротким описом та датою завершення)
				відками стійкості до механічних пошкоджень для збирання медичних підходів категорії А.	
				ЗОЗ забезпечено контейнерами для зберігання віходів в приміщенні для тимчасового зберігання віходів.	
				ЗОЗ забезпечено візками для транспортування медичних підходів.	

УПІ. Приклади заходів для застосування мультимедіальної стратегії з впровадження ПІК

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Дослідницький результат (із коротким описом та датою завершення)
Впровадження ПІК в ЗОЗ базується на мультимедіальній стратегії	Керівник ВІК	постійно		Розроблені та проведені навчальні заходи із працівниками (з обов'язком залученням керівництва ЗОЗ) щодо необхідності ММС. Під час навчання і підготовки працівників ЗОЗ з ПІК постійно акцентується увага на необхідності ММС для формування культури безпеки. В ЗОЗ розповсюджуються (наприклад, в групах в соцмережах для працівників) наукові докази ефективності ММС.	
Дії/заходи платіж дії з ПІК враховують всі компоненти ММС	Керівник ВІК	постійно		При розробці/внесенні змін в плани дій з ПІК (річний і довгостроковий) враховується всі компоненти ММС.	

Дія/захід	Відповідальна особа	Період впровадження (початок і закінчення)	Бюджет (грн.)	Індикатор виконання	Достигнений результат (із коротким описом та датою завершення)
Актуалізація ММС під час засідань в ЗОЗ з НПК	Керівник ВК	постійно		За результатами засідань, на яких розглядаються питання НПК, ухвалені рішення направлені на системні зміни, що включають НПК та зміну поведінки моніторингу, промовою НПК та зміну поведінки працівників ЗОЗ, які сприятимуть формуванню культури безпеки.	

Додаток 3

до Порядку впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах (пункт 2 розділу III)

Реалізація підготовчого етапу (крок 1) впровадження ППК в ЗОЗ

1. Завдання та необхідні дії

Завдання	Необхідні дії
1. ВІК популяризує та впроваджує ППК	1. Визначити не менше однієї компетентної особи (керівник ВІК) та надати їй повноваження щодо керування процесом впровадження ППК. 2. Створити ВІК. 3. Залучити мікробіологічну лабораторію ЗОЗ, епідеміолога або спеціаліста з громадського здоров'я, громадські об'єднання.
2. Взаємодія із зацікавленими сторонами 2.1. Зацікавлені сторони (в тому числі, лідери думки) мають бути втягнені в тому, що ІПНМД є проблемною і впровадження ППК та/або реалізації впровадження	1. Виявити у ЗОЗ зацікавлені сторони, особливо увагу приділити виявленню потенційних чемпіонів і лідерів думок. 2. Залучити зацікавлені сторони до зустрічей і нарад з питань необхідності змін у ЗОЗ для впровадження ППК з метою обговорення можливих шляхів реалізації/впровадження плану дій/заходів з ППК. 3. Ознайомити зацікавлені сторони із цілями ППК, які відновляють поточній ситуації в ЗОЗ, та пояснити, що потрібно виконати відповідно до Порядку.

Завдання	Необхідні дії
одного із її основних компонентів є безпальоритивним.	4. Роз'яснити зацікавленим сторонам як ППК вирішує існуючу або потенційну проблему в ЗОЗ (ПНМД, приваляість перебування в стаціонарі, результати лікування, безпекаість умов перебування пацієнтів та праці, адекватність закладу протистояти висококопінатіозним захворюванням).
2.2. ППК, особливо гігієні рух, є леконс, яка може об'єднати всіх працівників ЗОЗ, стимулювати об'єднання на зустрічах та бути основним способом залучення зацікавлених сторін.	5. Роз'яснити чому ППК та її основні компоненти важливі та необхідні для впровадження. Проілюструвати за допомогою фактичних даних і простих прикладів що можна змінити в ЗОЗ для отримання швидких позитивних змін. 6. Регулярно готувати доповіді щодо стану ППК в ЗОЗ, використовуючи примірну схему доповіді щодо стану ППК у ЗОЗ, наведену у пункті 3 цього додатку.
	7. Під час зустрічей обговорювати з колегами їх попередній досвід ППК чи не стикалися вони в своїй практиці із ситуаціями ПНМД та АМР. Досвід спалахів може стати каталізатором змін і сконцентрувати увагу на значенні плану дій з ППК, як засобу попередження майбутніх ПНМД та АМР.
	8. Дізнатися, які громадські об'єднання, що пов'язані з ППК (наприклад, орієнтовані на ВІЛ/СНІД, туберкульоз В і С, сепсис, АМР тощо), працюють в регіоні розгортання ЗОЗ, та скоординувати з ними плани заходів з ППК.
3. Виділення бюджету	1. Розробити обґрунтування бюджету ППК для керівництва ЗОЗ.
3.1. Виділений та затверджений бюджет, що відігравася потребам ЗОЗ для впровадження і підтримки ППК.	2. Визначити чи існує необхідність в залученні зацікавлених сторін та районному, обласному і національному рівнях з метою забезпечення фінансування як матеріально-технічних, так і кадрових (навчання і підготовка) ресурсів.
3.2. Механізм розподілу бюджету узгоджений із зацікавленими сторонами.	3. Визначити чи можуть наявні ресурси (людські, матеріально-технічні та інженерні) використовуватися для підтримки ППК та ухвалити відповідні пропозиції керівництву ЗОЗ у разі необхідності змін. 4. Визначити чи можна додати компоненти ППК у вже впроваджені у ЗОЗ програми (наприклад, імунізація, лікування ВІЛ та/або туберкульозу, здоров'я матері та дитини тощо), розглянути можливість перепрофілювання деяких ресурсів цих програм для впровадження ППК.

Завдання	Необхідні дії
	5. Розглянути можливість отримання ресурсів із нетрадиційних джерел – громадські об'єднання та політичні організації, приватний сектор, благодійні фонди тощо. 6. Планування дій з впровадження ПНК почати із розгляду компонентів ПНК, що не потребують великих затрат і поступово, опираючись на позитивні зміни, пропонувати забезпечення фінансуванням більш затратних та довгострокових політик. 7. Обговорити і обґрунтувати використання, розподіл та можливі зміни бюджету. Звернути увагу на необхідність виділення резерву для «токового використання» у випадку спадку. Розробити довготривалу стратегію покращення ефективності ПНК (наприклад, запропонувати реконструкцію палат з метою індивідуального розміщення хворих на туберкульоз із бактеріовиділенням).
4. Міждисциплінарна співпраця 4.1. Встановлення та посилення зв'язків із працівниками ЗОЗ, відповідальними за підвищення якості медичних послуг. 4.2. Встановлення та посилення зв'язків із працівниками ЗОЗ, відповідальними за акредитацію та ліцензування.	1. Провести зустрічі із працівниками ЗОЗ, відповідальними за підвищення якості медичних послуг, акредитацію та ліцензування, на яких продемонструвати переваги вступлення ПНК для досягнення їхніх цілей. Вировняти та закріпити співпрацю для взаємних результатів. 2. Розглянути роль ПНК в отриманні акредитації ЗОЗ. 3. Створити міждисциплінарну роботу групу з інфекційного контролю та надати їй повноваження щодо впровадження ПНК.
5. ПНК розглядається як найважливіший фактор	1. Зміни, що необхідні для покращення ПНК, встановлюються послідовно та із визначеним терміном.

Завдання	Необхідні дії
для успішного функціонування ЗОЗ	2. Вивчити результати оцінювання, що були проведені для інших програм, але мають значення для ППК.
	3. Вивчити регіональні та національні показники для обґрунтування необхідності дій з ППК в ЗОЗ.

2. Потенційні бар'єри та рішення для їх подолання

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Практичні рішення
ППК не на часі в ЗОЗ	1. Пройдуться факти спалахів ППМД в ЗОЗ та які недоліки в ППК сприймає їм.	1. Забезпечення пріоритету ППК за допомогою створення бази даних: створити ВЗК; почати з моніторингу, оцінки та зворотного зв'язку; обрати одну або декілька ППМД для моніторингу; створити базу даних (паперову або електронну); регулярно надавати результати моніторингу керівництву ЗОЗ та іншим зацікавленим сторонам;
	2. Використати дані з документованих ППМД (наприклад, сесии новонароджених) для переконання керівництва ЗОЗ.	заручитися підтримкою керівництва ЗОЗ та отримати фінансування на затверджений план дій з ППК.
	3. Регулярне спілкування та пропаганда ППК ключовий фактор успіху.	2. Забезпечення пріоритету ППК шляхом розгляду спорадичних спалахів ППМД; створити ВЗК;
	4. Включити питання ППК в порядок денний на нарадах керівництва ЗОЗ.	перезапустити медичну документацію одного із відділень ЗОЗ (наприклад, реанімації та інтенсивної терапії чи хірургії) та вибрати поліційні або підтвержені ППМД; провести базову оцінку обраного відділення, з метою виявлення можливих причин спалахів ППМД;
	5. Поширити інформацію про ППК електронною поштою серед керівництва ЗОЗ та потенційних або наявних лідерів думки.	представити отриману інформацію керівництву ЗОЗ та іншим зацікавленим сторонам (звернути особливу увагу на фінансових втратах та можливий економіч після впровадження ППК, однак не зводити обговорення до «пошуку винних»);
	6. Починати з малого: домовитися про реалізацію основного компоненту або СОП, що не потребують або потребують незначних фінансових затрат.	

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Відсутність лідерів думки	1. Колати впровадження ІНПК з пошуку лідерів думки (рекомендовано залучати не тільки лікарів та керівників, але й експертів медичних). 2. Виявити медичних працівників, що мають досвід у ліквідації спалаху ІННМІД. 3. Залучити представників громадських об'єднань чи єдинок захисту прав пацієнтів. 4. Співпрацювати із командами або підрозділами ЗОЗ, що працюють в суміжних напрямках. 5. Залучити працівників ЗОЗ, що займаються оцінкою і покращенням якості медичних послуг, акредитацією та ліцензуванням.	затвердити план дій з ІНПК, виключно з його фінансуванням. 1. Виявлення лідерів думки шляхом навчання та підготовки. - створити ВІК та відіграти лідерів думки і членів (в разі необхідності, запросити стороннього спеціаліста); - навчити та підготувати одного або декількох спеціалістів із ВІК ІНПК (курси підвищення кваліфікації або спеціалізації, дистанційне навчання, тематичне удосконалення тощо); - пронести базову оцінку ЗОЗ із питань ІНПК; - створити та затвердити план дій з ІНПК; - навчати медичних працівників вибором основним компонентам ІНПК; - винаходити нових лідерів думки та членів. 2. Пошук лідерів думки шляхом постійного та методичного обговорення даних моніторингу і оцінки. - створити ВІК; - постійно та систематично проводити збирання медичних працівників для обговорення результатів моніторингу; - визначити осіб із найбільшою прихильністю до ІНПК та з відповідними якостями; - надати підтримку в навчанні, підготовці та діяльності винятковим лідерам думки.
Недостатність досвіду впровадження ІНПК	1. Визначити, яким чином можливо посилює потенціал ВІК (у тому числі проведення навчання закордоном та/або онлайн-навчання).	Використати покроковий підхід у підготовці кадрового ресурсу. - створити ВІК; - визначити особу для проходження навчання та підготовки;

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
	2. Використати покрововий підхід у підготовці кадрового ресурсу. 3. Розглянути можливість періодичних відряджень працівників ВІК для участі у освітніх та науково-практичних заходах з ІПК.	визначити групу медичних працівників (фахівців ВІК або інших заінтересованих осіб) для проведення навчання «на місці» в малій групі; проводити постійне навчання та підготовку в структурних підрозділах ЗОЗ.
Обмежені фінансові ресурси	Визначити, розглянути та затвердити фінансування заходів з ІПК.	Приклад. Використати покрововий підхід у фінансуванні заходів з ІПК створити ВІК; розробити декілька СОП; визначити необхідне фінансування на кожну СОП; визначити найбільш пріоритетну та найменш фінансово затратну СОП; розглянути та затвердити фінансування визначеної СОП; впровадити наступну СОП.

3. Примірна схема доповіді щодо стану ІПК у ЗОЗ

1. ІПК спрямє зниженню поширення АМР, захищас матерів та новонароджених від інфекції, включаючи сепсис, та захищас всіх пацієнтів від шкоди та смертей, яких можна уникнути. Ефективна ІПК буде досягнута лише у випадку розробки та впровадження плану дій, що відповідає цьому Порядку. Реалізація плану дій з ІПК допоможе заощадити кошти, шляхом уникнення додаткового лікування та збільшення тривалості перебування на ліжку через ІПНМД, а також підвищить якість надання медичних послуг. Впровадження плану дій з ІПК у співробітництві та координації із іншими програмами, які стосуються якості медичних послуг та інфекційної безпеки, відіграє критичну роль.

Додайте інформацію про заходи з ІПК, які були запроваджені в ЗОЗ та дані про ІПНМД. Застосовуйте фото, статистичні дані, виписки із медичних карт стаціонарних хворих тощо.

2. Наявність плану дій з ІПК – необхідна, але недостатня умова на шляху досягнення безпечної високоякісної медичної допомоги в ЗОЗ. Крім того, нам потрібно забезпечити належне внутрішнє середовище в ЗОЗ (інфраструктура, матеріали та обладнання, зайнятість та розміщення ліжок, кадрове забезпечення у відповідності до робочого навантаження) як основу для реалізації всіх інших основних компонентів ІПК.

Додайте інформацію про внутрішню ситуацію в ЗОЗ та необхідні зміни для досягнення кінцевої мети.

3. Ці дві передумови (тобто, план дій з ІПК, що включає людський ресурс, та належне внутрішнє середовище) сприяють ефективному впровадженню СОІ з ІПК, навчання та підготовки медичних працівників, моніторингу, оцінці, зворотному зв'язку та епідеміологічного нагляду за ІПНМД/АМР. Однак, нам необхідні кваліфіковані координатори та чемпіони в ВІК для опрацювання та розробки цих заходів.

Додайте інформацію щодо СОІ, навчання і підготовки, моніторингу, оцінки та зворотного зв'язку, які реалізовані в ЗОЗ (якщо вони є).

4. Успіх реалізації будь-яких зусиль з покращення ІПК також залежить від застосування мультимодальної стратегії, що складається з декількох компонентів

інтегрованих між собою з метою поліпшення результатів лікування пацієнтів та зміни поведінки працівників ЗОЗ (усвідомлення необхідності культури безпеки). Ваша підтримка допоможе ЗОЗ покращити ПІК та впровадити її основні компоненти. Це підвищить якість та інфекційну безпеку, розширить можливості в протидії загрозам спалахів хвороб, зупинить розповсюдження АМР та зменшить витрати на лікування пацієнтів.

Додайте інформацію про стратегії, які використовувалися раніше з якості надання медичних послуг та інфекційної безпеки в ЗОЗ. Зробіть акцент на перевагах ММС над унімодальними стратегіями.

Додаток 4

до Порядку впровадження
профілактики інфекцій та
інфекційного контролю в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(пункт 5 розділу III, підпункт 8
пункту 7 розділу III)

Протокол системної самооцінки ІПК в ЗОЗ

1. Вступна частина

1. Системна самооцінка ІПК в ЗОЗ проводиться відповідно до цього Протоколу з метою оцінки поточної ситуації впровадження в ЗОЗ основних компонентів ІПК в контексті мультимодальної стратегії (далі – ММС) та с діагностичним інструментом для визначення сильних та слабких сторін по кожному основному компоненту ІПК.

2. Цей Протокол включає:

1) опитувальник щодо реалізації основних компонентів ІПК та ММС відповідно до розділів «План дій/заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю», «СОН з профілактики інфекцій та інфекційного контролю», «Підготовка і підготовка з профілактики інфекцій та інфекційного контролю», «Підгляд за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги», «Моніторинг, оцінка та зворотній зв'язок», «Режим роботи, штатний розпис та навантаження на ліжко», «Іміміція, матеріали та обладнання», «Мультимодальна стратегія впровадження ІПК», «Компонент інфекційного контролю за туберкульозом (листе для закладів, що надають стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз)»;

2) таблицю результатів оцінки;

3) таблицю інтерпретації результатів оцінки – визначення рівня ПІК у ЗОЗ;

4) рекомендації щодо підготовки звіту.

3. Оцінка здійснюється по кожному з питань у відповідному розділі та у підсумку по кожному з розділів по кількості балів, зазначених у колонці «Оцінка (балів)». Загальна сума балів по всіх розділах порівнюється із значеннями загальної суми балів для визначення рівня ПІК. Визначений рівень ПІК використовується для впровадження відповідних заходів з ПІК.

II. Опитувальник щодо реалізації основних компонентів ПІК та ММС

План дій/заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю			
№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
1	Чи має ЗОЗ затверджений план дій/заходів з ПІК?	Ні	0
		Так, фінансування із загального фонду витратків	5
		Так, з окремо виділеним бюджетом	10
2	Чи підприймаються заходи з ПІК ВІК?	Ні	0
		ВІК відсутній або є лише один фахівець	5
		Так	10
3	Чи входить до складу ВІК хоча б один фахівець з ІК з повною зайнятістю або лікар/медсестра, які виконують функції ІК на повну ставку?	Ні	0
		ІІ, наявний фахівець з ІК на неповну ставку	2.5
		Так, з розрахунку один фахівець на > 250 ліжок	5
		Так, з розрахунку один фахівець на <= 250 ліжок	10

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (бали)
4	Чи мають працівники ВІК/фахівці з ІІС спеціально відведений час для заходів з ІІШС?	Ні Так	0 10
5	Чи входять до ВІК лікарі та медичні сестри?	Ні Так	0 10
6	Чи наявна міждисциплінарна робоча група з ІІШС в закладі, яка співпрацює та підтримує ВІК?	Ні Так	0 10
7	Чи входять до міждисциплінарної робочої групи з ІІШС керівництво закладу?	Ні Так	0 5
8	Чи входять до міждисциплінарної робочої групи з ППК керівники структурних підрозділів та старші медичні сестри?	Ні Так	0 2,5
9	Чи входять до міждисциплінарної робочої групи з ППК інженери з охорони праці, фахівці зціяні у безпеці та біобезпечі закладу, фахівці з оцінки якості надання медичних послуг тощо?	Ні Так	0 2,5
10	Чи наявні чітко визначені заходи та індикатори з ІІШС?	Ні Так, визначені тільки заходи Так, визначені заходи та індикатори їх виконання	0 2,5 10
11	Чи демонструє керівництво ЗОЗ підтримку заходів ППК шляхом виділення коштів?	Ні Так	0 5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
12	Чи демонструє керівництво ЗОЗ підтримку заходів з ППК (наприклад, на оперативних нарадах, круглих столах, нарадах по захворюваності та смертності)?	Ні	0
		Так	5
13	Чи має ЗОЗ мікробіологічну лабораторію, яка надає подальшу підтримку ВІК?	Ні	0
		Так, але результати надаються з затримкою/недостатньої якості	5
		Так, результати надаються вчасно/задовільної якості	10
Сума балів оцінки по розділу «План дій/заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю»			
СОП з профілактики інфекцій та інфекційного контролю			
№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
1	Чи має ЗОЗ фахівців (з ППК, інфекційних хвороб) з достатнім рівнем знань для створення/адаптації СОП?	Ні	0
		Так	7,5
2	Чи є у закладі СОП щодо:		
	Стандартних заходів захисту, окрім гігієни рук (використання медичних (хірургічних) масок, медичних рукавичок, халатів захисних від інфекційних агентів, захисних окулярів або щитків відповідно до методів надання медичної допомоги, респіраторна гігієна і гігієна/етикет кашлю), безпека при виконанні ін'єкцій, використання чистих і безпечних близни, обладнання та інструментарію для надання медичної допомоги, безпечне поводження з медичними відходами, очищення приміщень)	Ні	0
		Так	10

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
Гігієнія рук		Ні	0
		Так	2,5
Заходів захисту, що направлені на унеможливлення передавання інфекцій/застосовані на шляхах інфікування	Заходів щодо виявлення та боротьби зі спалахами	Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5
Профілактика інфекцій області хірургічного втручання		Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5
Профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку		Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5
Профілактика незокоміальних пневмоній, в тому числі вентилятор-асоційованих		Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5
Профілактика катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів		Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5
Профілактика передавання мікроорганізмів із можливого резистентністю до антимікробних препаратів		Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5
Очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) медичного інструментарію/обладнання		Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5
Рационального використання антимікробних препаратів		Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (бали)
3	Чи узгоджуються СОП у вашому закладі з національними/міжнародними керівництвами?	Ні Так	0 10
4	Чи відповідають СОП потребам вашого закладу та наявним ресурсам?	Ні Так	0 10
5	Чи залучені медичні працівники, які безпосередньо надають допомогу хворим, у розробку та впровадження СОП?	Ні Так	0 10
6	Чи залучені зацікавлені сторони (завідувачі відділень, старші медичні сестри, керівництво гоші, окрім фахівців ІІК) у розробку та адаптацію СОП?	Ні Так	0 7,5
7	Чи відбуваються тренінги стосовно впровадження нових СОП у закладі?	Ні Так	0 10
8	Чи проводиться регулярний моніторинг впровадження СОП з ІІК?	Ні Так	0 10
Сума балів оцінки по розділу «СОП з профілактики інфекцій та інфекційного контролю»			
Навчання і підготовка з профілактики інфекцій та інфекційного контролю			
№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (бали)
1	Чи лаянні працівники з належним рівнем знань в профілактиці інфекцій та інфекційному контролі для проведення заходів з навчання і підготовки?	Ні Так	0 10

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
2	Чи наявні співробітники (не працівники ВІК) які мають належний рівень знань для проведення заходів з навчання і підготовки?	Ні	0
		Так	10
3	Як часто медичні працівники проходять навчання і підготовку з питань ППІК?	Ніколи або зрідка	0
		Тільки для нових медичних працівників під час прийому на роботу або випробувального терміну	5
		Для нових медичних працівників та щонайменше щорічно для усіх медичних працівників (навчання і підготовка не обов'язкові)	10
		Для нових медичних працівників та щонайменше щорічно для усіх працівників (навчання і підготовка обов'язкові)	15
4	Як часто молодші медичні працівники/помічники сестер медичних та інший допоміжний персонал проходять навчання і підготовку з питань ППІК?	Ніколи або зрідка	0
		Тільки для нових співробітників	5
		Для нових працівників та щонайменше щорічно для усіх працівників (навчання і підготовка не обов'язкові)	10
		Для нових працівників та щонайменше щорічно для усіх працівників (навчання і підготовка обов'язкові)	15
5	Чи проходять загальні навчальні сесії з ППІК для керівників ЗОЗ?	Ні	0
		Так	5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
6	У якій формі проходять навчання і підготовка для працівників?	Навчання і підготовка відсутні Використовується тільки довідникова інформація, усні настанови, електронні ресурси Запроваджені інтерактивні/симуляційні тренінги, навчання біля ліжка хворого	0 5 10
7	Чи наявна періодична оцінка ефективності навчання і підготовки (наприклад, дотримання правил і практик з гігієни рук)?	Ні Так, але нерегулярно Так, регулярно (щонайменше щорічно)	0 5 10
8	Чи інтегровані навчання і підготовка з ІІПК у навчання за іншими напрямками (наприклад, проведення догляду за пацієнтами, надання медичної допомоги відповідно до патології)?	Ні Так, деякі напрями навчання Так, усі напрями навчання	0 5 10
9	Чи існують спеціальні навчання і підготовка з ІІПК для пацієнтів та їх родин?	Ні Так	0 5
10	Чи проходить постійне навчання працівників з питань ІІПК (шляхом відвідування конференцій, курсів, семінарів тощо)?	Ні Так	0 10
Сума балів оцінки по розділу «Навчання і підготовка з профілактики інфекцій та інфекційного контролю»			
Епіанамнестична інформація, пов'язана з навчанням медичної допомоги			
№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
1	Чи впроваджено епіанамнестичний огляд за ІІПК у закладі?	Ні Так	0 5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
2	Чи наявні працівники, які здійснюють епідгляд у закладі?	Ні	0
		Так	5
3	Чи працівники відповідальні за епідгляд проходили відповідне навчання з епідеміології та ІІІК?	Ні	0
		Так	5
4	Чи має заклад електронні технології для епідгляду (наприклад, електронне ведення медичної документації)?	Ні	0
		Так	5
5	Чи проводиться пріоритизація важливості епідгляду за ІІІМД (враховуючи захворюваність та смертність у закладі)?	Ні	0
		Так	5
6	Епідгляд встановлено за:		
Інфекціями області хірургічного втручання			
		Ні	0
		Так	2,5
Девальс-асоційованими ІІІМД (катетер-асоційовані інфекції основних шляхів, катетер-асоційовані інфекції кровотоку, вентилятор-асоційовані пневмонії)			
		Ні	0
		Так	2,5
Інфекційними захворюваннями, для встановлення яких не обов'язкове використання бактеріологічних методів обстеження (наприклад, пролежні)			
		Ні	0
		Так	2,5
Інфекційними захворюваннями (в тому числі колонізацією), що викликає мікроорганізми із стійкістю до антибіотичних препаратів (AMR і MAMR) у відповідності до місцевого контексту			
		Ні	0
		Так	2,5

№ з/п	Критерій	Відповідь	Оцінка (балів)
	Пріоритетними місцевими інфекціями, що здатні спричинити спалах (захворюваннями викликаними поро- або рогавірусами, вірусами грипу, туберкульозом, тяжким гострим респіраторним синдромом тощо)	Ні	0
		Так	2,5
	Інфекційними захворюваннями серед суразитливих груп населення (новонародженими, пацієнтами відділень інтенсивної терапії, пацієнтами з опіками, ВЛІ-інфікованими тощо)	Ні	0
		Так	2,5
	Інфекційними захворюваннями, що пов'язані із професійною медичною діяльністю (гепатити В і С, ВІЛ, туберкульоз, грип, кір, кашлюк тощо)	Ні	0
		Так	2,5
7	Чи пріоритетизація інфекцій за якими встановлюється епідеміологічний нагляд проводиться регулярно?	Ні	0
		Так	5
8	Чи використовує в надійні показники/індикатори для епідеміологічного нагляду (чисельник і знаменник відповідають пацієнтам/міжнародним визначенням)?	Ні	0
		Так	5
9	Чи використовуються стандартизовані методи збору інформації для епідеміологічного нагляду?	Ні	0
		Так	5
10	Чи наявний механізм перевірки якості отриманої інформації (оцінка форм звітності, перегляд результатів мікробіологічної лабораторії, підрахунок знаменника тощо)?	Ні	0
		Так	5
11	Чи обслуговування мікробіологічної лабораторії достатнє для забезпечення епідеміологічного нагляду?	Ні	0
		Так, можливе розрізнення на Грам +/- бактерії, ідентифікація неможлива	2,5
		Так, своєчасна ідентифікація мікроорганізмів	5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
		Так, своєчасна ідентифікація мікроорганізмів та визначення чутливості до антибіотичних препаратів	10
12	Чи використовуються епідеміологічні дані для покращення ІІІК у клінічних структурних підрозділах?	Ні	0
13	Чи регулярно аналізується локальна антибіотична резистентність мікроорганізмів до антибіотичних препаратів у закладі (щонайменше щорічно)?	Ні	0
		Так	5
14	Чи має ВІК регулярний зворотній зв'язок щодо показників Медичними працівниками, які безпосередньо надають медичну допомогу	Ні	0
		Так	2,5
	Завідувачами клінічних структурних підрозділів	Ні	0
		Так	2,5
	Міждисциплінарною робочою групою з ІІІК	Ні	0
		Так	2,5
Керівництвом ЗОЗ		Ні	0
		Так	2,5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
15	Яким чином реалізується зворотній зв'язок?	Зворотній зв'язок відсутній	0
		Навчальний в письмовій, усній формі	2,5
		Газетний у вигляді презентацій	7,5
Сума балів оцінки по розділу «Біліматлад за інфекційними хворобами, пов'язаним з наданням медичної допомоги»			
Моніторинг, оцінка за зворотний зв'язок			
№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
1	Чи наявні у вашому закладі працівники, які відповідають за моніторинг та оцінку і мають відповідну підготовку?	Ні Так	0 10
2	Чи існує план моніторингу з визначеними цілями та заходами, включено із визначеними інструментами для систематичного збору даних?	Ні Так	0 7,5
3	Які процеси чи індикатори ви оцінюєте у ЗОЗ?	Жодного Дотримання працівниками правил і практик гігієни рук	0 5
		Постановка та догляд за внутрішньосудинними катетерами	5
		Догляд за хірургічною ранною	5
		Заходи запобігання (спрямовані на унеможливлення інфікування та ізоляцію-обмежування) розповсюдженню мікроорганізмів з множинною резистентністю до антимікробних препаратів	5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
4	Як часто використовується протокол системної самообірки гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ?	Прибирання палат	5
		Опущення, дезінфекція та стерилізація (репроцесинг) медичного інструментарію/обладнання	5
		Споживання спиртотримісних антисептиків для рук та рідкого мила	5
		Споживання та використання антимікробних препаратів	5
		Поводження з відходами	5
5	Чи здійснюється зворотної зв'язок щодо діяльності ВІК?	Ніколи або рідко	0
		Періодично, але нерегулярно	2,5
		Мінімум щороку	5
		Ні	0
		Так, для працівників ВІК	2,5
		Так, зацікавленим клінічним структурним підрозділам	2,5
		Так, всім медичним працівникам, які безпосередньо надають медичну допомогу	2,5
6	Чи здійснюється зворотної зв'язок щодо діяльності ВІК?	Так, міждисциплінарній робочій групі з ГПІК та фахівцям з оцінки якості надання медичних послуг	2,5
		Так, керівництву ЗОЗ	2,5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
6	Чи звітування про результати моніторингу проводиться регулярно (щонайменше щорічно)?	Ні Так	0 10
7	Чи здійснюється моніторинг і зворотній зв'язок щодо процесів та показників ППК в умовах корпоративної культури, де не шукають винних, а збирають дані з метою формування культури безпеки?	Ні Так	0 5
8	Чи оцінюєте ви показники культури безпеки у вашому закладі?	Ні Так	0 5
Сума балів оцінки по розділу «Моніторинг, оцінка та зворотній зв'язок»			
Режим роботи, інтенсивний розпис та навантаження на лікарів			
№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
1	Чи проводиться оцінка забезпеченості медичними працівниками відповідно до кількості пацієнтів із використанням національних або міжнародних стандартів/інструментів?	Ні Так	0 5
2	Чи підтримується у вашому закладі встановлене (національними або міжнародними стандартами/інструментами) співвідношення між кількістю медичних працівників та кількістю пацієнтів?	Ні Так, у менше ніж 50% відділень Так, у більше ніж 50% відділень Так, для усіх відділень	0 5 10 15
3	Чи існує система реагування на результати оцінки кадрових потреб, в разі якщо укомплектованість визнається занадто низькою?	Ні Так	0 10

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
4	Чи відповідає устрій палат у вашому закладі міжнародним стандартам щодо кількості ліжок?	Ні	0
		Так, у деяких відділеннях	5
		Так, у всіх відділеннях	15
5	Чи відповідає зайнятість ліжок у закладі положенню "одне ліжко - один пацієнт"?	Ні	0
		Так, у деяких відділеннях	5
		Так, у всіх відділеннях	15
6	Чи розміщуються пацієнти на ліжках, що знаходяться у коридорах клінічних структурних підрозділів або поза зоною пацієнтів у відділенні невідкладної допомоги?	Так, частіше ніж двічі на тиждень	0
		Так, рідше ніж двічі на тиждень	5
		Ні	15
7	Чи наявний простір між ліжками пацієнтів, який складає мінімум 1 метр?	Ні	0
		Так, у деяких відділеннях	5
		Так, у всіх відділеннях	15
8	Чи існує у вашому закладі система оцінки і реагування на випадки коли кількість пацієнтів перевищує кількість ліжок-місць?	Ні	0
		Так, це входить в обов'язки завідувача відділенням	5
		Так, це входить в обов'язки керівництва закладу	15
Сума балів оцінки по розділу «Режим роботи, штатний розпис та плантаження на ліжку»			

Приміщення, матеріали і обладнання			
№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
1	Чи доступне водопостачання в будь-який час і в достатній кількості для всіх видів використання (наприклад, миття рук, пиття, особиста гігієна, медична діяльність, стерилізація, санітарна обробка, прибирання та прання)?	Ні, доступне менш ніж п'ять днів на тиждень	0
2	Чи наявні безпечні джерела питної води для працівників, пацієнтів та їх відвідувачів в будь-який час і у всіх палатах та кімнатах працівників ЗОЗ?	Так, доступне в середньому п'ять днів на тиждень або щодня, але в недостатній кількості	2,5
3	Чи наявне обладнання для гігієни рук у всіх точках догляду (тобто наявність диспенсерів із рідким милом, спиртовмісним антисептиком для рук та одноразовими паперовими рушниками (диспенсер закритого типу)?	Так, щоденно в достатній кількості	7,5
4	Туалети у закладі наявні з розрахунку 1 туалет на максимум 20 ліжок в стаціонарі?	Ні	0
5	Чи забезпечений ваш заклад достатньою кількістю електроенергії (для подачі та нагріву води, стерилізації та санітарної обробки, спалювання або інших способів знешкодження відходів, забезпечення роботи медичного обладнання, загального освітлення території закладу, забезпечення безпечного надання медичних послуг, освітлення туалетів та душових)?	Так, але лише в деяких місцях, або не доступні для всіх	2,5
		Так, доступні в будь-який час для всіх	7,5
		Ні	0
		Так, але недостатньо	2,5
		Так	7,5
		Недостатня кількість туалетів	0
		Достатня кількість, але не усі функціонують	2,5
		Достатня кількість та усі функціонують	7,5
		Ні	0
		Так, але не завжди або не всі	2,5
		Так	5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (бали)
6	Чи наявна у вашому закладі система вентиляції (механічна чи природна) в місцях догляду за пацієнтом?	Ні Так	0 5
7	Чи здійснюється щільною відміткою про прибирання підлог та горизонтальних поверхонь (наявність загальнодоступних графіків прибирання із відмітками щодо їх виконання)?	Графік відсутній Графік наявний, але не заповнюється і не підписується щоденно або застарів Так, графік наявний та заповнюється щодня	0 2,5 5
8	Чи наявні відповідні (дозволені/рекомендовані для використання в ЗОЗ), якісні (відносно/даніть національним та міжнародним стандартам) і в належному стані приладдя та засоби для прибирання (швабри, відра, мийні засоби тощо)?	Ні Так, але в поганому стані Так	0 2,5 5
9	Чи має наш заклад ізоляторі-палати індивідуального перебування для пацієнтів із аеротрансмісивними інфекційними захворюваннями (наприклад, туберкульоз, кір)?	Ні Відсутні окремі палати, але наявні палати для групування пацієнтів з ознаковими патологіями Так	0 2,5 7,5
10	Чи засоби індивідуального захисту доступні для усіх працівників постійно (проведені розрахунки необхідної кількості для кожного з підрозділів та забезпечено фактичну наявність з урахуванням можливої необхідності надання допомоги при надзвичайних ситуаціях)?	Ні Так, але не завжди наявні в достатній кількості або не забезпечено запасу Так, завжди наявні в достатній кількості та забезпечено запас	0 2,5 7,5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
11	Чи наявні контейнери для збору інфекційних/неінфекційних відходів та гострих медичних предметів в безпосередній близькості до їх утворення?	Ні, відсутні окремі контейнери Так, окремі контейнери наявні, але кришки відсутні або контейнери більші як на $\frac{1}{4}$ заповнені; наявні лише два контейнери замість трьох; контейнери наявні але не у всіх місцях утворення відходів Так	0 2,5 5
12	Чи наявна система муніципального вивезення неінфекційного сміття для утилізації?	Ні Так, але нерегулярний вивіз відходів Так	0 2,5 5
13	Чи наявний інсертатор/муфельна піч або альтернативна технологія для знешкодження або обробки з метою наступного імпортування (наприклад, стерилізація паром), що знаходиться на території закладу або зазначено договором із суб'єктом господарювання, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з поводження з небезпечними відходами, та чи достатня його/їх потужність?	Ні Так, але функціонує (часті) не належним чином Так	0 2,5 5
14	Чи існує система менеджменту стічних вод (наприклад, септик із дренажною ямою) в закладі або на його межах?	Ні Так, але функціонує не належним чином Так	0 2,5 5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (бали)
15	Чи є у вашому закладі відділення та сертифицирована зона/приміщення/підрозділ для репродукування медичних виробів та інших предметів/обладнання (наприклад, для прання білизни) або заключено договір із суб'єктом господарювання, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з поводження з небезпечними відходами?	Ні Так, але функціонує неналежним чином Так	0 2,5 5
16	Чи залучені у вашому закладі в достатній кількості наявне пролечініфіковане та стерильне медичне приладдя/обладнання готове до використання?	Ні, доступне в середньому менш ніж п'ять днів на тиждень Так, доступне в середньому близько п'яти днів на тиждень або подня але в недостатній кількості Так, доступне щоденно і в достатній кількості	0 2,5 5
17	Чи доступні одноразові медичні вироби за необхідності (наприклад, шприци, системи для внутрішньовенного вливання)?	Ні Так, але не завжди Так, доступні постійно	0 2,5 5
Сума балів оцінки по розділу «Приміщення, матеріали і обладнання»			
Мультиmodalьна стратегія впровадження ПІК			
№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (бали)
1	Чи використовується мультиmodalьна стратегія для впровадження ПІК у нашому ЗОЗ?	Ні Так	0 15

№ з/в	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
2	Чи включає мультимедальна стратегія заходів з ІІНК у вашому ЗОЗ компонент зміни в системі?	Ні	0
		Здійснюються інтервенції для забезпечення наявності необхідної інфраструктури та матеріалів	5
		Здійснюються інтервенції для забезпечення наявності необхідної інфраструктури та матеріалів з урахуванням ергономічності та доступності	10
3	Чи включає мультимедальна стратегія заходів з ІІНК у вашому ЗОЗ компонент навчання і підготовки?	Ні	0
		Навчання на основі довідкової інформації, усних рекомендацій, електронних ресурсів	5
		Навчання проводиться на основі інтерактивних тренінгів, симуляцій біля ліжка хворого, наставництва	10
4	Чи включає мультимедальна стратегія заходів з ІІНК у вашому закладі компонент моніторингу, оцінки та зворотного зв'язку?	Ні	0
		Моніторинг дотримання процесу або отримання результату (наприклад, дотримання правил і практик гігієни рук, постановки катетера)	5
		Моніторинг дотримання процесу або отримання результату та своєчасний зворотній зв'язок із медичними працівниками та відповідними зацікавленими сторонами	10

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
5	Чи вклучає мультимедальна стратегія заходів з ГПНК у вашому закладі компонент комунікації та нагадування па робочому місці?	Ні	0
		Наявні нагадування у вигляді інформаційних стендів, плакатів тощо	5
		Наявні заходи для покращення комунікації (наприклад, зустрічі у загальному та індивідуальному форматах, розбір клінічних випадків)	10
6	Чи вклучає мультимедальна стратегія заходів з ГПНК у вашому закладі компонент формування культури безпеки?	Ні	0
		Керівництво закладу та керівники структурних підрозділів підтримують заходи з ГПНК та є прикладами для наслідування	5
		Додатково, групи і окремі працівники закладу наділені повноваженнями, що дозволяють їм збагнути свою причетність до впроваджуваних заходів (наприклад, участь у круглих столах, розробці/впровадженні СОП)	10
7	Чи укомплектована ВІК повністю відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженого наказом МОЗ України (керівником, епідеміологом, координатором з гігієни рук, координатором вивчення і підготовки з ГПНК, клінічним провізором і статистиком)?	Ні	0
		Так	15
8	Чи приймають участь фахівці з підвищення якості та безпеки надання медичних послуг в розробці та реалізації мультимедальної стратегії заходів з ГПНК?	Ні	0
		Так	10

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
9	Чи здійснюється у вашому закладі моніторинг виконання показників етапів впровадження ІПК?	Ні Так	0 10
Сума балів оцінки по розділу «Мультидисциплінарна стратегія впровадження ПІКО»			
Компонент інфекційного контролю за туберкульозом (лише для закладів, що надають стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз)			
№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка
1	Чи наявна можливість проведення швидкої ідентифікації бактеріювизначаючів у закладі?	Ні Так	0 5
2	Протягом якого часу відбувається переселення пацієнтів із МБГ «-» у відділення для хворих без бактеріювання або направлення їх на амбулаторне лікування?	Більше трьох днів До трьох днів До однієї доби Не визначені	0 2,5 5 0
3	Чи визначені прямищення ЗОЗ по зонам ризику?	Визначені, але відсутні план-схеми у підрозділах Визначені, але план-схеми наявні не у всіх підрозділах та/або неналежної якості Визначені, план-схеми наявні у всіх підрозділах та належної якості	0 2,5 10
4	Чи наявний розподіл потоків хворих?	Потоки хворих не розділені Розділені потоки лише для пацієнтів, які госпіталізуються (на приймальному відділенні)	0 2,5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (бали)
		Розділені потоки для пацієнтів, які госпіталізуються; пацієнтів з та без бактеріовиділення	5
		Розділені потоки для пацієнтів, які госпіталізуються; пацієнтів з та без бактеріовиділення; пацієнтів з МРТБ/РРПБ та пацієнтів, які отримують паліативну допомогу	10
5	Яка захворюваність на туберкульоз серед працівників за останні три роки?	Не реєструвалася	0
		Відповідає загально національному показнику	2,5
		Вища за загально національні показники	5
6	Чи є у вашому закладі СОП щодо:		
	Проведення якісного фін-тесту	Ні	0
		Так	2,5
	Правил користування УФ-опромінювачами	Ні	0
		Так	2,5
	Правил збирання зразків мокротиння	Ні	0
		Так	2,5
	Правил транспортування зразків мокротиння до мікробіологічної лабораторії	Ні	0
		Так	2,5
	Порядку дій медичного працівника при виявленні аварійної ситуації, що пов'язана з розливом біологічного матеріалу	Ні	0
		Так	2,5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
Правила використання засобів індивідуального захисту органів дихання (респіраторів)		Ні	0
		Так	2,5
Правила поведінки пацієнта із кашлем (етикет кашлю)		Ні	0
		Так	2,5
Розподілу потоку хворих (план-схема або блок-схема)		Ні	0
		Так	2,5
Порядку оформлення та госпіталізації пацієнта із встановленим діагнозом		Ні	0
		Так	2,5
Порядку обстеження, оформлення та госпіталізації пацієнта, який не обстежений на догоспітальному етапі або потребує дообстеження		Ні	0
		Так	2,5
Правила поводження лікаря-бактеріолога під час дослідження культури мікобактерій туберкульозу		Ні	0
		Так	2,5
Правила посіву біологічного матеріалу		Ні	0
		Так	2,5
Правила прийому та реєстрації біологічного матеріалу в лабораторії		Ні	0
		Так	2,5
Процедури реєстрації аварій при виконанні медичних маніпуляцій і надгляду за потерпілими		Ні	0
		Так	2,5
Заходів попередження професійного зараження		Ні	0
		Так	2,5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
	Правила проведення інгаляції пацієнту із туберкульозом легень	Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5
	Правила транспортування пацієнта на додатковій обстеження в межах закладу та поза ним	Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5
	Правила видалі лікарських засобів медичною сестрою	Ні	0
		Так	2,5
		Ні	0
		Так	2,5
	Правила використання масок пацієнтами	Ні	0
		Так	2,5
		Не використовується	0
		Не використовується	0
7	Які види вентиляції використовуються в закладі?	Природна	5
		Механічна локальна	7,5
		Механічна загальна	10
		Не проводиться	0
8	Яким чином здійснюється внутрішній контроль за вентиляцією (понайменше один раз на рік)? Відповідь на це питання зазначається лише в разі наявності механічної вентиляції (локальної або загальної) у закладі.	Проводиться оцінка напрямку повітряного потоку	5
		Проводиться оцінка напрямку повітряного потоку за кратності повітрообміну	10

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (бали)
9	Як часто проводиться оцінка ефективності роботи УФ-ламп за допомогою УФ-радіометра?	Не проводиться Щонайменше один раз на рік Щонайменше один раз на півріччя місяців	0 2,5 5
10	Як часто проводиться розрахунок потреби в УФ-опромінювачах та УФ-лампах?	Не проводиться Проводиться з періодичністю в більше як один рік Проводиться щорічно	0 2,5 5
11	Яка забезпеченість УФ-опромінювачами та УФ-лампами в зонах високого ризику?	Менше за 50% або не оцінювалася 51-74% 75-99% 100%	0 2,5 5 10
12	Чи проведені розрахунки часу безпечного перебування працівників на робочих місцях де встановлені екрановані УФ-опромінювачі?	Ні Так	0 5
13	Чи наданий у закладі (або заключено договір оренди) комплект для проведення якісного фіт-тесту?	Ні Так	0 5
14	Чи наявна у закладі відповідальна особа, яка пройшла відповідне навчання, за проведення якісного фіт-тестування?	Ні Так	0 5
15	Чи проводиться якісний фіт-тест у закладі? Свідченням проходження фіт-тесту має бути кількість використаного сахарину/біттреку, що на одне дослідження повинно становити близько 1 мл.	Не проводиться Проводиться для працівників, які працюють в зонах високого ризику не рідше одного разу на рік та додатково за потреби	0 5

№ з/п	Питання	Відповідь	Оцінка (бали)
16	Як часто проводиться розрахунок потреби в респіраторях?	Проводиться для всіх медичних працівників не рідше одного разу на рік та додатково за потреби	7,5
		Проводиться для всіх працівників закладу не рідше одного разу на рік та додатково за потреби	15
		Не проводиться	0
		Проводиться з періодичністю в більше як один рік	2,5
		Проводиться раз на рік без врахування індивідуальних особливостей працівників (без врахування проведених якісних фіт-тестувань)	5
17	Яка забезпеченість працівників закладу респіраторами?	Проводиться раз на рік із врахуванням індивідуальних особливостей працівників (із врахуванням проведених якісних фіт-тестувань)	10
		Працівники не забезпечені респіраторами або розрахунки не проводяться	0
		Забезпечені всі медичні працівники в зонах високого ризику	2,5
		Забезпечені всі медичні працівники	5
		Забезпечені всі працівники закладу	10
18	Яка забезпеченість пацієнтів масками?	Забезпечені всі працівники закладу та наявний тримісячний запас	15
		Не забезпечені	0
		Забезпечені, але в недостатній кількості	2,5
		Забезпечені лише пацієнти	5,0

№ п/п	Питання	Відповідь	Оцінка (балів)
		Забезпечені пацієнти та їх родичі під час відвідувань.	7,5
19	Який відсоток дотримання пацієнтами правил носіння масок під час проведення опінування (в присутності медичних працівників)?	Не одягають або одягають менше як 75% пацієнтів Одягають, але не закривають ніс або не фіксують облягодор; одягають після нагадування Одягають правильно 75-94% пацієнтів 95% і більше пацієнтів одягають маску правильно	0 0 2,5 7,5
20	Чи кімната/майданчик для збору мокротиння облаштовані відповідно до вимог?	Ні Так	0 5
Сума балів оцінки по розділу «Компонент інфекційного контролю за туберкульозом (листе для закладів, що надають стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз)			
III. Таблиця результатів оцінки			
Розділ			
			Оцінка (балів)
	План дій/заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю		
	СОП з профілактики інфекцій та інфекційного контролю		
	Навчання і підготовка з профілактики інфекцій та інфекційного контролю		
	Епідеміологія за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги		
	Моніторинг, оцінка та зворотній зв'язок		
	Режим роботи, суттєвий розпис та навантаження на ліжко		
	Приміщення, матеріали та обладнання		

Мультидисциплінарна стратегія впровадження ІНІК	
Компонент інфекційного контролю за туберкульозом (лише для закладів, що надають стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз)	
Загальна сума балів	

IV. Таблиця інтерпретації результатів оцінки

Загальна сума балів	Рівень профілактики інфекцій та інфекційного контролю
0-200 (0-250*)	Незадовільний
201-400 (251-500*)	Базовий
401-600 (5001-750*)	Середній
601-800 (751-1000*)	Достатній

*лише для закладів, що надають стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз.

V. Рекомендації щодо підготовки звіту за результатами оцінки

Звіт за результатами системної самооцінки з ППК у ЗОЗ має містити таку інформацію:

- 1) назву закладу та дату проведення оцінки (число, місяць, рік);
- 2) прізвище, ім'я та по-батькові, посади осіб, які проводили оцінку;

3) рівень ППК відповідно до таблиці інтерпретації результатів оцінки, наведеної у розділі IV цього додатку, та загальну суму балів відповідно до таблиці результатів оцінки, наведеної у розділі III цього додатку;

4) резюме щодо успішності впровадження основних компонентів ППК у ЗОЗ в залежності від результатів оцінки та затвердженого плану дій/заходів з ППК у ЗОЗ;

5) резюме за результатами співставлення прогресу ЗОЗ із впровадження ППК:

з попередніми результатами оцінки (у разі проведення);

з положеннями Порядку;

розподіл балів по кожному із основних компонентів ППК відповідно до таблиці результатів оцінки, наведеної у розділі III цього додатку;

висновки за результатами аналізу результатів: сильні та слабкі сторони по всім основним компонентам ППК та ММС;

рекомендації щодо плану дій з ППК для усунення недоліків;

термін (місяць, рік) проведення наступної самооцінки з ППК у ЗОЗ;

дату (число, місяць, рік) підпису звіту та прізвище, ім'я та по-батькові, посаду особи, яка підписує звіт.

Додаток 5

до Порядку впровадження
профілактики інфекцій та
інфекційного контролю в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(пункт 6 розділу III)

Реалізація етапу базової оцінки (крок 2) для впровадження ППК в ЗОЗ

1. Завдання та необхідні дії

Завдання	Необхідні дії
Впровадити систему самооцінки ППК у ЗОЗ	1. Розглянути протокол системної самооцінки ППК у ЗОЗ на нараді ВК за участі керівництва закладу та лідерів думки. 2. Забезпечити об'єктивність та повноту виконання самооцінки. Ціль полягає в стимуляції покращень, а не в «пошуку винних». Виявлені таким чином сильні сторони і напрацювання допоможуть закріпити довіру та впевненість керівництва ЗОЗ у тому, що процес та успіх можливі. Визначення та визнання слабких сторін і проблем сприятиме створенню відчуття необхідності змін для покращення ППК. Важливо проводити правильну оцінку по кожному із розділів протоколу системної самооцінки ППК у ЗОЗ. 3. Пояснити, що оцінювання буде проводитися щонайменше щорічно, тому завищений бал на початковому етапі небажаний.
Графік роботи	Затвердити графік проведення самооцінки по структурним підрозділам та дату підсумкового засідання.
Проведення самооцінки ППК у ЗОЗ не повинно	1. Зібрати всю необхідну інформацію та визначити співробітників кожного із структурних підрозділів, що будуть сприяти проведенню оцінки (наприклад, надавати доступ до баз даних).

Завдання	Необхідні дії
об'єднувати і прирівнювати	2. Виявитися, що всі учасники розуміються на основних компонентах ГНІК та протоколі системної самооцінки ГНІК у ЗОЗ.
Закінчити проведення самооцінки ГНІК у ЗОЗ	1. Використовувати роздруковані протоколи для збору даних. 2. Вибирати відомості, що найбільш точно відображають наявну ситуацію в ЗОЗ. Проведення оцінки - частина плану дій з поліпшення ГНІК і, для того щоб бути корисною і значимною, вона повинна бути максимально точною.
Аналіз результатів	Підрахувати результати для кожного із розділів та розрахувати загальний бал.
Підготувати висновки за результатами самооцінки ГНІК у ЗОЗ	1. По отриманню результатів самооцінки провести нараду ВІК та обговорити їх. 2. Визначити необхідність залучення до обговорення результатів самооцінки інших відділів та служб, що суміжні до ГНІК. 3. Розглянути питання необхідності ведення електронної бази даних. Можливе використання також паперових носіїв, але їх якомога швидше слід замінити. 4. Угодити як і коли будуть оприлюднені результати та визначити цільову аудиторію.
Презентація отриманих результатів	1. Запланувати серію зустрічей з метою представлення результатів оцінювання, обов'язково із зазначенням сильних та слабких сторін і шляхів покращення результатів, наступним категоріям: фахівці ВІК; керівництво ЗОЗ; керівники структурних підрозділів ЗОЗ; в разі потреби - інші зацікавлені сторони (наприклад, громадські об'єднання). 2. Підготувати короткий письмовий звіт із описанням досягнень із проблем відповідно до рекомендацій, наведених у додатку 4 до цього Порядку і розповсюдити його серед зацікавлених сторін.
Ідентифікувати основні компоненти,	1. В процесі обговорення на нараді ВІК, визначте п'ять проблем і виберіть одну або декілька з них, що потребують негайного втручання.

Завдання що потребують поправок	Необхідні дії
	2. Врахувати наявні фінансові та кадрові ресурси для вирішення перинтергових задач. Наприклад, не слід впроваджувати СОН із профілактики дентитатор-асоційованих псевдомоній при відсутності якісної мікробіологічної лабораторії.
	3. Визначити основні компоненти, що вже частково впроваджені, і результати їх оцінки можуть бути покращені шляхом незначної корекції.

2. Потенційні бар'єри та рішення для їх подолання

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Небажання проводити системну самооцінку ІІІК у ЗОЗ	1. Перекопати керівництво ЗОЗ та інші зацікавлені сторони в тому, що результати оцінювання будуть лише для внутрішнього використання, а не для «покарання винних». Важливо щоб система самооцінки позиціонувалася як критично важливий діагностичний інструмент, що дозволяє легко розробити чіткий план дій.	Використати пробну самооцінку: отримати згоду керівництва на проведення пробної самооцінки гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення (додаток 7 Інструкції з впровадження покращення гігієни рук у закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення); сформувати результати, висновки та пропозиції і оформити їх у вигляді звіту; представити керівництву ЗОЗ звіт у будь-якій формі (електронна, паперова або усна); отримати згоду керівництва ЗОЗ на проведення системної самооцінки ІІІК у закладі, із врахуванням, що отримана інформація за результатами самооцінки буде для внутрішнього користування у закладі.
	2. Використати попередні або пробні приклади самооцінки, наприклад, системної самооцінки гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення.	

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Втомленість від постійного проведення оцінювання	1. Об'єднати проведення декількох оцінювань. 2. Використати сценарій розбудови ІНК, узгоджений ІНК, з метою підкреслити необхідність проведення оцінки для падаючих якісних медичних послуг.	При проведенні оцінювання слід дотримуватися таких правил: використовувати підхід, заснований на паралельному зборі даних для протоколів оцінювання; не заважайте працівникам - в разі необхідності отримати відповіді на запитання від працівників, роздрукуйте та роздайте анкети і дайте можливість відповісти у зручний час; працюйте згідно графіку - визначте щоденний склад групи та їх розклад; працюйте невеликими групами або поодиноко; пам'ятайте, що основна задача медичного закладу – надання медичної допомоги.
Відсутність кваліфікованих працівників з оцінювання	1. Визначити лідерів думки з ІНК та розв'язати їхні навички шляхом систематичного навчання і підвищення кваліфікації. 2. Партнерські оціночні візанти (наприклад, запрошення фахівців закладів-партнерів для проведення оцінки).	1. Проходження навчання в закладах освіти або в спеціалізованих центрах. 2. Використання партнерських відносин між закладами для обміну досвідом.
Несприйняття на рівні медичних працівників	Почати з малого – спираючись на існуючі підходи до збору даних, поступово впровадити компонент моніторингу, оцінки та зворотного зв'язку.	Включити оцінку та зворотній зв'язок у повсякденне життя: систематично проводити зібрання із колективом у добродушній атмосфері (не «шукати винного»); надавати консультативну та психологічну допомогу біля ліжка хворого; оформлювати інформаційні листки, повідомлення в групі соціальних мереж та на електронну пошту тощо.

Додаток 6

до Порядку впровадження
профілактики інфекцій та
інфекційного контролю в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(пункт 9 розділу III)

Реалізація етапу розробки та виконання плану дій з ІННК (крок 3)

1. Завдання та необхідні дії

Завдання	Необхідні дії
Розробити план дій із урахуванням СОП з ІННК і ММС	- Опрацювати із фахівцями ВК результати моніторингу та обговорити їх. Визначити основний компонент ІННК з дуже низьким або нульовим результатом. Розробити план впровадження даного основного компоненту ІННК, визнавши його пріоритетом в короткостроковій перспективі. - Під час підготовки плану користуватися додатком 1 до цього Порядку. - Обговорити із фахівцями ВК який основний компонент або компоненти ІННК мають сформулювати початкову сферу для подальшого поглибленого аналізу. Скласти список угоджених цільових сфер для кожної дії, враховуючи простоту реалізації, необхідний час, фінансові затрати, ступінь впливу та необхідність якомога швидкого впровадження. - Використати та врахувати всю наявну інформацію, доступні знання і ресурси по кожній сфері, що потребують покращення. - Використати результати будь-яких інших оцінок, що були проведені в ЗОЗ та пов'язані із ІННК. В поєднанні із результатами системної самооцінки ІННК це допоможе виділити сфери, які потребують певідкладних дій.

Завдання	Необхідні дії
Забезпечення підтримки та затвердження плану дій	6. З'ясувати, які ЗОЗ вже успішно впровадили один або декілька основних компонентів ГПНК та готові до співпраці і обміну досвідом.
	1. Визначити склад групи, що має приймати участь в розробці та затвердженні плану дій. Звернутися до відповідних структурних підрозділів ЗОЗ для досягнення найкращого ефекту від впроваджуваних дій. 2. Використати визначений на підготовочному етапі (крок 1) список зацікавлених сторін. Після того, як план буде більш конкретизованим, направленим і орієнтованим на покращення показників результатів оцінювання, слід перелічити і відкоригувати цей список із урахуванням виявлених проблем і пріоритетів. Додатково розробити окремий список для кожного основного компоненту ГПНК, що визначений першочерговим для впровадження.
	3. Скласти список першочергових закупівель.
	4. Отримати згоду керівництва ЗОЗ по кожному із основних компонентів ГПНК, що плануються для впровадження. Дану дію слід реалізувати як на підготовочному етапі (крок 1), так і після проведення оцінювання, коли виникне необхідність переняту попередніх напрацювань. У разі необхідності унести зміни у затверджений план дій.
	5. Ознайомити з проектом плану дій та отримати погодження від зацікавлених сторін, суміжних до ГПНК структурних підрозділів (наприклад, співробітниками відділу якості медичних послуг).
	6. Організувати зустріч всіх зацікавлених сторін і представити кінцеву версію плану дій для затвердження. Сприйняття та підтримка плану дій у ЗОЗ – це основа майбутнього успіху в його реалізації.
	7. Не тримати план дій «в секреті». Зацікавлені сторони мають відчувати себе частиною майбутніх змін та приймати в них участь з перших етапів.
Забезпечення ресурсами, що необхідні для усунення слабких сторін, які були виявлені в ході оцінювання	1. Визначити, чи не змінилася потреба в ресурсах (людських або фінансових) для впровадження основних компонентів ГПНК, що була визначена на підготовочному етапі (крок 1). В першу чергу потрібно реалізовувати заходи, які не потребують ресурсів.

Завдання	Необхідні дії
	2. Виділити необхідні додаткові ресурси (в незалежності наскільки вони мізерні) та письмово зазначити їх в плані дій. 3. Визначити, які зовнішні партнери (співка пацієнтів, інші громадянки об'єднання, благодійні організації та міжнародні фонди тощо) можуть надати ресурси для реалізації плану дій.
Використовувати системний підхід	Кінцевою метою розробки та реалізації плану дій є систематичне виявлення проблем та слабких сторін, визначення шляхів їх усунення і оцінка ефективності виконаних заходів. Для досягнення цієї мети слід дотримуватися такої послідовності: перенести результати системної самооцінки ІПК у ЗОЗ в план дій, що орієнтований на конкретні проблеми і слабкі сторони та враховує місцеві особливості; затвердити у керівництва ЗОЗ план дій; розробити конкретні, вимірні, досяжні, реалістичні та обмежені за часом дії; позодити графік зйтування керівництву ЗОЗ та іншим зацікавленим сторонам з метою оцінки прогресу; відстежувати хід виконання плану дій на регулярних оперативних зустрічах; проводити зустрічі із зацікавленими сторонами для обміну інформацією і виявлення перешкод в реалізації у встановлені проміжки часу.

2. Потенційні бар'єри та рішення для їх подолання

2.1. Потенційні бар'єри для затвердження плану дій з ІПК

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Керівництво ЗОЗ заверчує необхідність затвердження плану дій з ІПК	1. Даві відіграють вирішальну роль в переконанні керівництва у необхідності дій: «немає даних – немає проблем». При наявності результатів системної самооцінки ІПК у ЗОЗ, їх використання допоможе забезпечити підтримку для розробки і впровадження плану дій з ІПК.	І. «С дані – є проблема, немає даних – немає проблеми». провести базову системну самооцінку ІПК у ЗОЗ; сформувати звіт за результатами оцінювання; провести засідання із залученням всіх зацікавлених сторін.

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
	2. Зосередитися на структурі та заходах плану дій з ПНК. 3. Почати з малого - сформувані команду, скласти звіти по результатам системної самооцінки ПНК у ЗОЗ та продемонструвати керівництву, що план дій з ПНК є критично необхідним. 4. Розглянути дані щодо можливих змін при впровадженні ПНК, що зазначені на даній оцінювання. 5. Визначити чи існують ЗОЗ із впровадженою ПНК та домовитися про співпрацю. 6. Підкреслити значимість ПНК як стандарту для закладів охорони здоров'я. 7. Звернутися за допомогою до спілок пацієнтів або інших громадських об'єднань задля залучення їх до адвокації затвердження плану дій з ПНК.	2. Участь у ознайомчих або малих проектах з ПНК. приєднатися до одного з проектів по впровадженню ПНК, що реалізується у вашому регіоні; після закінчення проекту ініціювати закріплення за участю керівництва ЗОЗ та керівників в необхідності розробки та впровадження плану дій з ПНК. 3. Розробити інформаційне повідомлення, що переконує керівництво ЗОЗ. розробити сценарій зустрічі із керівництвом ЗОЗ, використовуючи примірну схему доповіді щодо стану ПНК у ЗОЗ, наведену у додатку 3 до цього Порядку. отримати згоду керівництва ЗОЗ. 4. Впровадити ПНК як «моральне зобов'язання»; розробити інформаційні матеріали або сценарій зустрічі, бажано із спілкою пацієнтів або іншим громадським об'єднанням; отримати згоду керівництва ЗОЗ.
План дій з ПНК не сприймається серед працівників ЗОЗ	1. Визначити та надавати всебічну підтримку лідеру думки з ПНК. 2. Розглянути можливість залучення організації, товариств або професійних організацій, що можуть допомогти у підтримці ПНК у ЗОЗ.	1. Визначити лідерів думки: призначити заступника керівника ЗОЗ «лідером думки» з ПНК; шляхом розповсюдження інформації про ПНК та надання практичної підтримки працівникам закладу, отримати їх підтримку. 2. Інфекційний контроль – справа кожного: роздрукувати та розташувати у місцях із найбільшим скученням людей інформаційні стенди з ПНК.

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Відсутність досвіду у фахівців ВІК у розробці та впровадженні заходів ГІПК	Почати з малого – визначити принаймні одну особу для проходження навчання з ГІПК.	обізнані пацієнти та їх родичі самі будуть нагадувати працівникам про необхідність дотримання ГІПК. 3. Впровадження ГІПК шляхом заохочень: визначте СОП, при дотриманні якої відвідуєш або підрозділ у всьому експізі отримає грошову премію або інше заохочення. 4. Використовуйте єдики пацієнтів та інші громадські об'єднання: визначити які громадські об'єднання займаються адвокацією ГІПК у регіоні; отримати їх згоду на залучення до проведення лекцій, семінарів і тренінгів на базі ЗОЗ. 1. Навчання крок за кроком: визначити працівника, який впроваджуватиме ГІПК у ЗОЗ; направити його на навчання (курси спеціалізації, тренінги, майстер-класи тощо); провести оцінку ситуації із ГІПК у ЗОЗ (шляхом проведення самоощідки) та визначити необхідність в кадрових ресурсах; направити на навчання наступну групу працівників або навчити їх самостійно. 2. Залучення зовнішніх консультантів: визначити прогалини в кадрових ресурсах; провести пошук фахівців або перепрофілювання (навчання і підтримка) наявних працівників. Приклад 3. Навчання на місці: визначити організацію, що проводить навчання ГІПК у ЗОЗ;

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Відсутні кошти на здійснення для плану дій з ППК	1. Розглянути можливість перепрофілювання коштів з інших програм/заходів. 2. Підкреслити наскільки важливим є план дій з ППК і чому він має фінансуватися (примірне schema доповіді щодо стану ППК у ЗОЗ, наведена у додатку 3 до цього Порядку). 3. Зосередитися на менших змінах із низьким позитивним ефектом, що в паступному, стають повномасштабною програмою (наприклад, починати із встановлення рукомийників та дозаторів для спиртових антисептиків). 4. Розглянути можливість залучення сторонніх осіб та організацій, що допоможуть у забезпеченні фінансами або витратними матеріалами.	визначити групу працівників, що мають пройти навчання. 1. Персонування витрат: із керівництвом ЗОЗ обговорити та затвердити потребу на розробку плану дій з ППК; вивчити можливість перепрофілювання фінансів в ЗОЗ. 2. Стільне використання приміщень та інвентарю: визначити структурний підрозділ або підрозділи, що займаються суміжною проблематикою та мають у складі необхідний кадровий та технічний ресурси (наприклад, у складі є статистик, епідеміолог або фахівець з громадського здоров'я); узгодити із керівництвом ЗОЗ сумісну роботу структурних підрозділів, унести відповідні зміни до положень про ці структурні підрозділи, посадові інструкції працівників.

2.2. Потенційні бар'єри при розробці та затвердженні СОП з ППК

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Забезпечення постійного оновлення СОП	1. Регулярно перевіряти чи є відповідні оновлення доказової бази або появу нових підходів і практик. 2. Відвідувати зустрічі, конференції та майстер-класи. 3. Використовувати оновлення рекомендацій ВООЗ для внесення змін до СОП з ППК у ЗОЗ.	Графік семінарів для ВК, що проводяться на регіональному і національному рівнях: створити базу спеціалістів в сфері ППК (наприклад, на базі соціальних мереж); створити графік зборів для обговорення збудувати та проблем.

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Відсутній досвід в розробці і адаптації СОП з ППК	1. Залучити якомога більшу кількість зацікавлених сторін, в тому числі керівництво закладу і різні категорії медичних працівників, для досягнення консенсусу. Особливу увагу слід звернути на викладенні СОП зрозумілою мовою і проєкції їх виконання. 2. Залучити зовнішніх консультантів.	1. Використання зовнішнього досвіду як каталізатора для дій: запросити зовнішнього консультанта; всім зацікавленим особам ознайомитися із ним Порядком; обговорити та затвердити СОП з ППК. 2. Залучити зовнішніх фахівців – запросити групу розробників, які, на основі аналізу ситуації в ЗОЗ, розробляють СОП із ППК та будуть надавати підтримку у процесі їх впровадження.
Оперативність розповсюдження і впровадження СОП	1. Паралельно із розробкою СОП визначити, яким чином вони будуть розповсюджуватися і впроваджуватися. 2. Користуватися доступними матеріалами що впроваджують СОП з ППК (відеореєстри, друковані матеріали, допомога юнішніх консультантів тощо). 3. Використовувати ММС для впровадження СОП з ППК (додаток 1 до нього Порядку). 4. Розробити СОП для кожного структурного підрозділу окремо, з метою найбільшого врахування потреб і ризиків.	Використання ММС: навчати та підготувати одного або декількох фахівців з ППК; розробити план дій з ППК; підготувати СОП; навчати і підготувати в кожному із структурних підрозділів одного або групу працівників, що будуть виконувати роль чемпіонів на місцях; організувати та забезпечити моніторинг, оцінку і зворотній зв'язок; проводити зустрічі з метою обговорення успіхів і проблем, висесення змін до СОП з ППК та розгляду нових національних та місцевих даних в сфері ППК.

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Інтеграція СОП з ППК у інші суміжні програми/плани/заходи	Обговорити із зацікавленими сторонами і суміжними з ВК структурними підрозділами СОП та можливість спільного впровадження на етапі розробки (використати відносини, що були сформовані на етапах кроків 1 та 2). СОП і ППК можуть носитися на інші, вже впроваджені програми/плани/заходи, або навпаки.	Забезпечення інтеграції СОП з ППК у суміжні програми/плани/заходи, що вже впроваджені в ЗОЗ; в процесі виконання кроків 1 та 2 сформулювати професійні відносини із суміжними по ППК структурними підрозділами; на початку розробки СОП з ППК зібрати робочу групу із представниками суміжних структурних підрозділів; обговорити та затвердити зміни у вже впроваджені програми/плани/заходи із посиленнями або врахуванням ППК.

2.3. Потенційні бар'єри при розробці та затвердженні заходів з навчання та підготовки з ППК

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Недостатність навчальних матеріалів	1. Почати з основ. Наприклад, провести навчання з гігієни рук, використовуючи навчальні матеріали. 2. Дізнатися чи існують стандартизовані навчальні матеріали в освітніх закладах, на національному рівні або у громадських об'єднань.	Почати з малого: провести навчання з гігієни рук; провести навчання по ЗІЗ; провести навчання по профілактиці інфекцій з аерогенним шляхом інфікування; відстежувати появу нових навчальних матеріалів з ППК і використовувати їх у навчанні та підготовці.
Недостатність досвіду в проведенні навчання	1. Використати підхід «вчитель готує вчителя». 2. Звернутися за допомогою на регіональний або національний рівень.	Підхід «вчитель готує вчителя»: визначити фахівця ВК, який буде відповідальним за проведення навчання і підготовки працівників (координатор навчання і підготовки з ППК); навчити і підготувати його;

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
3. Розглянути можливість закінчення договору на проведення навчання із спеціалізованою організацією.	Навчання мають бути охоплені всі без винятку працівники ЗОЗ (керівний склад, лікарі, середній і молодший медичні працівники, працівники допоміжних служб).	навчити і підготувати в ЗОЗ групу працівників, що будуть надавати та опікуватися ППК в структурних підрозділах.
Відсутність у працівників бажання навчатися		1. Міждисциплінарний підхід до навчання: залучити до навчання представників всіх структурних підрозділів (від керівництва до прибиральників) – такий підхід забезпечує прихильність працівників до ППК. 2. Навчання лідерів думки в кожному із структурних підрозділів; виокремити лідерів думки в кожному із структурних підрозділів; перекопати їх в необхідності ППК; навчити і підготувати їх - сформулювати з них приклади для наслідування.
		3. Додати в посадові інструкції необхідність щорічного проходження навчання із наступним оцінюванням по ППК.
		4. Проводити навчання і підготовку із наступним проходженням оцінювання всіма працівниками, що влантовануться на роботу (протягом певного строку).
Відсутність у працівників часу на навчання	1. Розглянути можливість проведення навчання на робочому місці, а також наставництва. 2. Додати навчання і підготовку з ППК в посадові інструкції. 3. Включити знання в області ППК в оцінку ефективності роботи працівників.	1. Навчання без відриву. 2. Використання «демонстраційної кімнати»: створити «демонстраційну кімнату», в якій будуть представлені все обладнання і витратні матеріали, що використовують в ППК; скласти план проведення занять по структурним підрозділам.

Потенційний бар'єр Працівники не бажають долучатися до навчання інших	Потенційні рішення		Приклади реалізації	
	Розглянути симуляції ситуацій	можливість використання симуляції ситуацій	Використання симуляції ситуацій	перетворення наставання на гру або театральну постановку допомагає із білизною ефективністю залучити працівників до навчання інших.

2.4. Потенційні бар'єри при розробці та затвердженні заходів з епідеміологічного нагляду за ІПНМД

Потенційний бар'єр Відсутність досвіду в проведенні епідеміологічного нагляду за ІПНМД	Потенційні рішення		Приклади реалізації	
	1. Вивчити існуючі національні чи регіональні програми та можливість підтримки нашого ЗОЗ з метою отримання знань і досвіду для реалізації запланованих заходів.	2. Вивчити за якими захворюваннями вже проводиться епідеміологічний нагляд і можливість використати цей досвід або інтегрувати епідеміологічний нагляд у таку програму.	3. Вивчити можливість використання різноманітних підходів до збору та інтерпретації результатів епідеміологічного нагляду, що доступні і можуть бути реалізовані в місцевому контексті.	1. Співпраця із регіональними або національними програмами: визначити заклад або організацію, що успішно проводить епідеміологічний нагляд; провести навчання відповідального за проведення епідеміологічного нагляду працівника (лікаря-епідеміолога); використати підхід «вчитель готує вчителя», при необхідності; провести навчання серед лікарів і сестер медичних клінічних структурних підрозділів, у яких буде впроваджено епідеміологічний нагляд. 2. Почати з однієї ІПНМД: визначити за якою ІПНМД і в якому відділенні буде проводитися епідеміологічний нагляд; провести ознайомчі заняття із медичними працівниками та розповсюдити анкети чи опитувальники, в які будуть вноситися дані, для ознайомлення; визначити форму звітності та порядок і частоту зворотного зв'язку із

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Відсутнє розуміння з чого почати		співробітниками клінічного структурного підрозділу (не менше ніж один раз на місяць).
Відсутнє розуміння з чого почати	1. Направити зусилля на структурні підрозділи високого ризику (наприклад, відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії - дельта-асоційовані інфекції або хірургічні відділення ЮХВ). 2. Почати з малого. Визначити одну сестру медичну клінічного структурного підрозділу, яка буде щоденно збирати під наставництвом працівника ВІК дані. Використати отримані показники для отримання підтримки. Акцентувати увагу на пропедексах, що часто виконуються, зрозумілі і швидко зумовлять видимий позитивний результат. 3. Розглянути поетапний підхід до впровадження. Наприклад, ввести епідагляд за ЮХВ після анекдотомії, потім холецистектомії, лапаротомії і так далі.	Почати з впровадження епідагляду в структурних підрозділах високого ризику: - провести ознайомчі візити в клінічні структурні підрозділи високого ризику і оцінити можливість (в тому числі сприйняття працівниками) впровадження епідеміологічного нагляду за ППНМД; - визначити розповсюдженість ППНМД в узгодженому із керівництвом клінічному структурному підрозділі та визначити ППНМД, що зустрічаються найчастіше; - визначити на які із ППНМД профілактичний вплив доступний та буде найбільш дієвим; - після впровадження епідагляду і профілактичних заходів по окремій ППНМД, провести повторне оцінювання і визначити суміжний вид ППНМД з метою впровадження.
	4. Визначити ППНМД, що найбільш часто зустрічаються. Призначити зустріч і обговорити з працівниками клінічного структурного підрозділу основні проблеми ІПК та ППНМД, сумісно визначитися які види епідагляду і СОП з ІПК допоможуть у вирішенні поставлених задач.	

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Необхідність епідагляду відсутня	5. Побудувати доброзичливі професійні відносини. Переважити сприяння зацікавленим сторонами проблеми ППК загалом та епідагляду зокрема. 6. Використати наявні дані епідагляду. Інакше, у випадку коли вони обмежені, і визначити клінічні структурні підрозділи та види ППМ/І на які слід звернути увагу якнайшвидше. 7. Використати представлені нижче дані і пояснення в якості доказу необхідності інвестування в епідеміологічний нагляд.	
	1. Забезпечити на постійній основі надання даних епідагляду керівництву ЗОЗ і керівникам структурних підрозділів на зібраннях і зустрічах. 2. Обговорювати із медичними працівниками, підкреслюючи конфідесційність даних епідагляду, їх позитивну цінність. 3. Обговорювати із представниками структурного підрозділу якості надання медичної допомоги важливість епідагляду і пояснювати як отримані дані підтримують постійне покращення якості. 4. Визначити кількість часу, що необхідний для проведення епідагляду і	1. Використати стратегію зворотного зв'язку: визначити розповсюдженість ППМ/І в ЗОЗ; розповсюдити інформацію в клінічних структурах підрозділах для ознайомлення або розіслати електронною поштою; запланувати та провести обговорення результатів із зацікавленими сторонами (залучення керівництва ЗОЗ є необхідним); завершити усно і письмово в якому клінічному структурному підрозділі та які ППМ/І будуть підняти епідагляд і профілактиці. 2. Епідагляд впроваджується поступово:

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Відсутність мікробіологічної лабораторії або недостатня її оснащеність	профілактики ІПНМД, врахували фактори ризику, які пов'язані із певними групами пацієнтів, складність процесу, потребу в навчанні і підготовці, а також в допоміжних послугах. Розрахувати приблизний час і ресурси, що витрачаються для боротьби з ІПНМД та, використавши порівняльний аналіз, переконати зацікавлені сторони в необхідності епідагляду.	провести оцінку результатів мікробіологічного обстеження хворих, що мали підозру або із встановленим діагнозом ІПНМД; визначити зацікавлені відділення (по кількості проведених досліджень і встановленим діагнозам); запланувати та провести зустріч із працівниками структурного підрозділу та заручитися їх підтримкою у проведенні епідагляду і профілактики; після отримання позитивних результатів долучити інші клінічні структурні підрозділи. Приклад 3. Паперова робота об'єкту: проводити епідагляд і профілактичні заходи у визначеному клінічному структурному підрозділі; досягти видимого позитивного результату; оформити звіт проведених робіт, із зазначенням часу, який витрачається працівниками на збір паперових даних, і залучитися підтримкою керівництва у запровадженні електронного ведення документації.
Відсутність мікробіологічної лабораторії або недостатня її оснащеність	1. Вивчити можливість направлення зразків в лабораторію регіонального, обласного або національного рівня. 2. Вивчити можливість залучення в штат мікробіолога, з метою створення лабораторії.	Епідеміологічний нагляд без мікробіологічної лабораторії неможливий; прийняти в штат мікробіолога та затвердити континент мікробіологічної лабораторії; на час введення в експлуатацію мікробіологічної лабораторії заклату

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
		проводити дослідження і вивчення факторів у лабораторії регіонального, обласного або національного рівня.

2.5. Потенційні бар'єри при розробці та затвердженні заходів з моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Відсутня підтримка моніторингу, оцінки і зворотного зв'язку	1. Полюснити, що моніторинг, оцінка і зворотний зв'язок ключовий елемент MNC. 2. Звузати фокус плану моніторингу до узгодженої із керівником структурного підрозділу сфери, затвердити графік моніторингових візитів. Організовувати регулярні зустрічі, на яких вивілювати інформацію щодо проведеного оцінювання. 3. Брати участь у програмах моніторингу на регіональному і національному рівнях. 4. Співпрацювати з іншими вже впровадженими у закладі програмами, задля інтеграції моніторингу ІШК у їхні перевірки (наприклад, оцінювання якості надання медичної допомоги). 5. Включити показники оцінювання ІШК в електронні бази даних. Обговорити із відділом статистики або інформаційного забезпечення яким чином реалізувати це впровадження. 6. Адвокувати моніторинг і оцінку як частину культури навчання. 7. Розглянути можливість використання стимулюючого або підтримуючого нагляд, включаючи систему	Мультидисциплінарний підхід: розпочати впровадження оцінки із СОП з ІШК у декількох клінічних структурних підрозділах; запровадити «конкурс» на повноту дотримання рекомендацій; провести моніторинг і визначити чемпіонів; розпочати результати оцінки і інформацію про отримані стимули, як один із варіантів зворотного зв'язку. Приклад 2. Почати із базового моніторингу і оцінки, задля отримання сталого зворотного зв'язку та підтримки проведення оцінювання: провести базову оцінку та надати отримані результати керівникам клінічних структурних підрозділів; почати впровадження оцінки із СОП з ІШК; проводити постійний моніторинг змін для висвітлення позитивних зрушень; отримати стабільний зворотний зв'язок.

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Оцінка займає занадто багато часу	1. Почати із оцінок, що оцінюють один СОП та тимчасового збору даних. 2. Розглянути можливість використання плавних технологій для спрощення процесу збору даних та розповсюдження результатів. 3. Розглянути можливість використання різних варіантів моніторингу задля забезпечення індивідуального підходу. Наприклад: прямий нагляд за працівниками, процесами або об'єктами; обговорення в фокус-групах; визначення задоволеності пацієнтів і працівників; виявлення скарг і пропозицій пацієнтів та працівників; клінічні аудити; огляд виробничого травматизму; «таємний пацієнт».	Кожен сам для себе є найкращим суддею: записати відео (бажано прихованою камерою) як проводить процедуру працівник; в індивідуальному порядку показати та обговорити недоліки (термин своє бачення має висловити працівник). Приклад 2. Перехресне оцінювання: обговорити та запланувати перехресний моніторинг двох або більше закладів, узагальнити деталі на рівні керівництва, провести оцінку, використовуючи «таємного пацієнта»; сформулювати заги та обговорити варіанти покращення роботи працівників або проведення процесу.

2.6. Потенційні бар'єри при розробці та затвердженні заходів щодо режиму роботи, ініціального розпису і навантаження на ліжко

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Недостатньо людських ресурсів, в тому числі для ГПІК	1. Задати медичних сестер клінічних структурних підрозділів, як тимчасовий захід. 2. Розглянути можливість тимчасового розширення посадових обов'язків для працівників суміжних підрозділів.	

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Найвища кількість ліжок не задовольняє потреби	1. Малорозмірні ліжка в дитячих відділеннях. 2. Регуляція на рівні постачання і виписки. 3. Використати інформацію про списки ПНМД або АМР з метою виконання правил «1 пацієнт = 1 ліжко».	Креативні рішення для створення додаткового простору: - малорозмірні ліжка в дитячих відділеннях; - переміщення підозділів, в яких не надається медична допомога, у окрему від клінічних структурних підрозділів будівлю; - закриття деяких стаціонарів у ЗОЗ, що надають медичну допомогу цілодобово.

2.7. Потенційні бар'єри при розробці та затвердженні заходів щодо приміщень, матеріалів та обладнання

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Відсутність досвіду щодо затвердження та впровадження заходів щодо приміщень, матеріалів та обладнання	Визначити можливість залучення фахівців регіонального або національного рівнів.	Наситення потенціалу шляхом консолідації зусиль регіону: - ініціювати засідання директорів, головних медичних сестер та керівників ВЛК з регіону; - визначити наявну і необхідну забезпеченість кадрами; - створити робочу групу (в разі необхідності провести наняття членів групи), що буде виконувати функціональні обов'язки на рівні регіону.
Відсутність програми управління відходами	Використати прості підходи до дрібномасштабні підходи до поліпшення якості, що ґрунтуються на MMC.	Маленькі проекти для досягнення великих цілей: - впровадити у одному із клінічних структурних підрозділів кольорове маркування корзин для сміття; - навчити працівників приватному користувачу; - зрозуміти та наочно побачити переваги сегрегації відходів, інші структурні підрозділи запропонують впровадження цього підходу у себе.

2.8. Потенційні бар'єри при розробці та затвердженні заходів з впровадження ММС в ПШК

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Відсутнє поняття про те, що таке ММС	Роз'яснити критичність впровадження ММС в реалізації та підтримці ПШК.	Підвищити освіченість шляхом семінарів.
Грудиюш у «зміні культури» в рамках ММС	Використовувати тісну рук в якості прикладу того, що означає мультимодальна стратегія, і розробити опис кожного із п'яти компонентів ММС.	Використати чемпіонів для розповсюдження знань: - розпочати впровадження практики тісної рук в ЗОЗ; - вдаватися «змагання» між кінцітками структурними підрозділами по повноті впровадження практик; - визначити чемпіонів, або навіть лідерів думки, серед працівників; - розповсюджувати інформацію про ММС та необхідності її дотримання через чемпіонів.

Додаток 7
до Порядку впровадження
профілактики інфекцій та
інфекційного контролю в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(пункту 15 розділу III)

Реалізація етапу оцінки впливу (крок 4) Завдання і необхідні дії

Завдання	Необхідні дії
Відслідковування прогресу	1. Переглянути результати базової оцінки (крок 2) і план дій (крок 3).
Узгодження ролей і обов'язків	2. Зібрати результати інших моніторингових оцінювань, якщо такі проводилися.
	1. Визначити працівників ВІК, які будуть проводити оцінку впливу із застосуванням протоколу системної самооцінки ПНК в ЗОЗ.
	2. Визначити можливість залучення працівників інших структурних підрозділів до проведення оцінки впливу, з метою забезпечення зворотного зв'язку, навчання і формування культури безпеки.
Час проведення	Під час засідань, за участю керівників оцінюваних структурних підрозділів, визначили графіки проведення та дату закінчення оцінки впливу.
Аналіз результатів	1. Порівняти результати із базовою оцінкою і обговорити із фахівцями ВІК, де отримані дані вказують на усунення проблем і де вони все ще існують (до кожного основного компоненту окремо і в цілому).
	2. Використовуючи інформацію періодичних оцінювань, перетягнути кожну дію із початкового плану і записати досягнення та невдачі.

Завдання	Необхідні дії
	3. Обговорити із фахівцями ІНК та розробити сценарій або заготувати основні тези для проведення зустрічі із керівництвом ЗОЗ і зацікавленими сторонами. 4. Підготувати презентацію, використовуючи для викладення притинно-наслідкові зв'язки.
Представлення результатів і отримання графіку співпраці	1. Організувати зустріч або серію зустрічей для представлення результатів повторної системної самооцінки з ІНК керівником ЗОЗ і відповідних клінічних структурних підрозділів (бажано із залученням експертів медичних), а також іншим зацікавленим сторонам (відділ контролю якості медичних послуг, спілки пацієнтів та інші громадські об'єднання тощо). 2. Заохочувати грунове обговорення задля забезпечення конструктивного зворотного зв'язку та колективного вирішення проблем. 3. Побудувати лідерів думки і чемпіонів відповідно на наступній зустрічі: «Що на Вашу думку сприяє покращенню, а що ні?» та «Які дії Ви вважаєте необхідними для подальшого покращення?». 4. Розробити новий план дій, де він потрібен, для усунення нових або невирішених старих проблем. 5. Узгодити графік проведення наступних оцінок для моніторингу переглянутого плану дій (системну самооцінку з ІНК слід проводити не рідше одного разу на рік). 6. Підготувати короткий звіт із зазначенням досягнень і незнач відповідей до рекомендацій, наведених у додатку 4 до цього Порядку. 7. Розповсюдити звіт серед керівників ЗОЗ та структурних підрозділів, інших зацікавлених сторін – всі хто приймає участь у впровадженні ІНК мають отримувати інформацію щодо тих заходів та дій, які працюють і які ні, що важливо для формування культури безпеки. 8. Заохотити лідерів думки і чемпіонів врученням нагород (поляка, фінансове заохочення, участь у конференції або іншому науково-практичному заході тощо).

Додаток 8

до Порядку впровадження
профілактики інфекцій та
інфекційного контролю в
закладах охорони здоров'я, які
надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(пункт 18 розділу III)

Реалізація етапу формування культури безпеки (крок 5)

1. Завдання та необхідні дії

Завдання	Необхідні дії
Спіралися на дані та досвід, що отримані на попередніх етапах	Використати переглянутий на етапі кроку 4 план дій і результати системної самооцінки з ППК для розробки довгострокового (наприклад, п'ятирічного) плану, у якому обов'язково зазначити регулярний (щонизькше, щорічний) цикл оцінювання за прогресом, з метою забезпечення довгострокового стійкого впливу.
Заточити та підтримувати лідерів думки у процесі формування культури безпеки	1. Організовувати зустрічі із керівництвом ЗОЗ задля забезпечення довгострокової підтримки ППК. 2. Обговорювати ППК, план дій та ступінь впливу на поточний момент, спираючись на успіх і прогрес. Відкреслювати проблеми і сфери, які потребують подальшого покращення. Слід враховувати ризики, у випадках коли стійкість впливу не забезпечена або не підтримується. Скласти, обговорити і затвердити довгостроковий план дій, заохотити до подальших обговорень і зворотного зв'язку.
	3. Організувати і провести зустрічі із чемпіонами на лідерами думок, подякувати їм за підтримку, зібрати їх поради і обговорити можливість надання ними подальшої підтримки ППК в ЗОЗ. 4. Використовувати сценарії, що були розроблені на етапі кроку 1 або ті, що були створені у процесі впровадження ППК, як частину стратегії постійної взаємодії, особливо в разі

Завдання	Необхідні дії
Використовувати мультимедіальну стратегію впровадження ППІК	представлення коротких інформаційних повідомлень (на парадках, зустрічках, під час візитів тощо). 5. Створити процес регулярного зворотного зв'язку щодо виконання плану дій.
Використовувати мультимедіальну стратегію впровадження ППІК	Під час розгляду плану дій заохочувати обговорення за участю всіх зацікавлених сторін проблем, що стосуються: - потреба у фінансових і людських ресурсах; - потреби у навчанні (поточна і запланована); - графіку проведення моніторингу і зворотного зв'язку; - успіхів у впровадженні ППІК — створити портфоліо історій успіху і повідомити зацікавленим сторонам, в тому числі представникам громадянського суспільства (співки націєнтів, інші громадські об'єднання); - підтримки від керівництва ЗОЗ.
Повідомляти про успіхи у ППІК та заохочувати країн	1. Визначити, яким чином, окрім зустрічей на рівні ЗОЗ, можна повідомити про успіхи у впровадженні ППІК (наприклад, виступи на національних або міжнародних конференціях, публікації у фахових журналах). 2. Використовувати соціальні мережі та місцеві засоби масової інформації. 3. Розвинути можливість впровадження певних видів заохочень для працівників (наприклад, відраження на профільній конференції і семінарі, в тому числі міжнародній, грошові премії).

2. Потенційні бар'єри і рішення для їх подолання

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
Лідери думки і чемпіони не закримовуються на донго в ЗОЗ	1. Включити в довгостроковий план дій можливе періодичне оновлення або повторне впровадження ППІК. 2. Впровадити наступництво — заохочуйте лідерів думки і чемпіонів до підготовки своєї зміни.	Підхід вчитель потус вчителів: в кожному із структурних підрозділів визначити лідера думки; навчити і підготувати його,

Потенційний бар'єр	Потенційні рішення	Приклади реалізації
	3. Надихати молодь – стимулювати молодих лікарів і медичних сестер до вдосконалення їхніх ліdersьких якостей і пропонувати їм взяти на себе зобов'язання як лідерів думки. 4. Заохочувати і підтримувати лідерів думки і чемпіонів.	навчити і підготувати в кожному із структурних підрозділів групу працівників, що потенційно стають лідерами думки.
Втома від ПІПК або поява нових пріоритетів	1. Продовжити співпрацю з іншими суміжними структурними підрозділами з метою вичленення питань ПІПК у інші програми/ініціатииви/заходи. 2. Використовувати фактор можливого ризику розвитку спалахів ПІНМД. 3. Використовувати національні і міжнародні кампанії (наприклад, «Всесвітній день чистих рук»). 4. Розповсюджувати інформацію про ПІПК і успіхи її впровадження в ЗОЗ серед представників громадського суспільства (співки пацієнтів, інші громадські об'єднання), з метою залучення їх до формування культури безпеки. 5. Розглянути можливість залучення регіональних, національних чи міжнародних партнерів в таку ПІПК. 6. Визначити можливість використання досвіду інших ЗОЗ.	
Перерозподіл коштів фінансові ресурси, які направлені на ПІПК, переадають на інші програми	1. Черпаянути і оновити бюджет. 2. Вивчити можливість фінансування із додаткових джерел (наприклад, залучення псуридових організації і благодійних фондів).	

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

_____ № _____

ПОЛОЖЕННЯ

**про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я
та установи/закладу надання соціальних послуг/соціального
захисту населення**

І. Загальні положення

1. Відділ з інфекційного контролю (далі – ВІК) діє як самостійний структурний підрозділ в закладі охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення (далі – ЗСЗ) незалежно від форми власності та підпорядкування.

2. ВІК підпорядковується безпосередньо керівнику ЗОЗ/ЗСЗ.

3. Оснащення ВІК засобами зв'язку, комп'ютерною технікою здійснюється відповідно до функцій з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, які виконуються ВІК.

4. ВІК у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, указами Президента України та постановами Верховної Ради

України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актами Кабінету Міністрів України, цим Положенням та іншими нормативно-правовими актами у сфері охорони здоров'я.

II. Завдання та функції ВІК

1. Основним завданням ВІК є організація профілактики інфекцій та інфекційного контролю в ЗОЗ/ЗСЗ з метою запобігання поширенню інфекційних хвороб, у тому числі пов'язаних із наданням медичної допомоги, мікроорганізмів із антимікробною резистентністю та формування культури безпеки в ЗОЗ/ЗСЗ.

2. Відповідно до покладених завдань ВІК здійснює:

1) розробку планів дій/заходів ЗОЗ/ЗСЗ на виконання нормативно-правових актів з питань профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

2) розрахунок та обґрунтування щорічного бюджету для реалізації планів дій/заходів ЗОЗ/ЗСЗ з питань профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

3) моніторинг, оцінку та зворотній зв'язок щодо виконання ЗОЗ/ЗСЗ та його структурними підрозділами заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, впровадження покращення гігієни рук, профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги, впровадження адміністрування антимікробних препаратів;

4) епідеміологічний нагляд та ведення обліку інфекційних хвороб в ЗОЗ/ЗСЗ в установленому законодавством порядку;

5) розповсюдження новітніх даних в області профілактики інфекцій та інфекційного контролю, підтримку культури безпеки в ЗОЗ/ЗСЗ;

6) підготовку звітів та надання консультацій для керівництва, структурних підрозділів та працівників ЗОЗ/ЗСЗ з питань профілактики інфекцій та інфекційного контролю, впровадження покращення гігієни рук, профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги, впровадження адміністрування антимікробних препаратів;

7) консультування з питань закупівлі обладнання і витратних матеріалів для ЗОЗ/ЗСЗ з метою додержання санітарних норм і забезпечення профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

- 8) розробку стандартних операційних процедур;
- 9) впровадження нових клінічних протоколів з емпіричної антимікробної терапії та періопераційної антибіотикопрофілактики в установленому законодавством порядку;
- 10) проведення ретроспективного аудиту відповідності призначення антимікробних препаратів;
- 11) навчання та перевірку знань працівників ЗОЗ/ЗСЗ з питань профілактики інфекцій та інфекційного контролю, покращення гігієни рук, профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги, адміністрування антимікробних препаратів;
- 12) подання пропозицій для керівництва ЗОЗ/ЗСЗ щодо робочого навантаження медичних працівників, укомплектування штатами і розміщення ліжок, приміщень, матеріалів та обладнання в частині забезпечення профілактики інфекцій та інфекційного контролю;
- 13) складання попереднього плану розслідування спалаху інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги в ЗОЗ та попередження його поширення;
- 14) надання даних споживання антимікробних препаратів в заклад громадського здоров'я, який реалізує заходи з боротьби з антимікробною резистентністю відповідно до адміністративно-територіальної належності;
- 15) просування та популяризацію заходів з профілактики інфекційних хвороб серед працівників ЗОЗ/ЗСЗ та пацієнтів/відвідувачів, співпрацю з громадськими об'єднаннями;
- 16) виконання заходів з інфекційного контролю за туберкульозом, відповідно до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 287, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 року за № 408/33379;
- 17) інші функції, пов'язані з профілактикою інфекцій та інфекційним контролем.

III. Права та обов'язки ВІК

1. ВІК має право:

1) запитувати у адміністрації, керівників структурних підрозділів, лабораторії ЗОЗ/ЗСЗ інформацію, необхідну для виконання завдань та функцій відповідно до пунктів 1 та 2 розділу II цього Положення;

2) залучати зацікавлені сторони (представників структурних підрозділів ЗОЗ/ЗСЗ, старших сестер медичних, спеціалістів) для розробки планів дій, заходів, графіків та стандартних операційних процедур з профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

3) проводити моніторинг та оцінку стану виконання заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю працівниками структурних підрозділів ЗОЗ/ЗСЗ за графіком, погодженим із керівниками структурних підрозділів;

4) визначати процеси і практики, які підлягають моніторингу та оцінці, інструменти, за допомогою яких проводиться моніторинг та оцінка, механізми зворотного зв'язку;

5) ініціювати та проводити епідеміологічні розслідування в ЗОЗ;

6) подавати письмові пропозиції до керівництва ЗОЗ/ЗСЗ щодо тимчасової зупинки (на період карантину та проведення протиепідемічних заходів) функціонування окремих відділень ЗОЗ/ЗСЗ у зв'язку зі спалахом інфекційних захворювань серед пацієнтів та/або працівників;

7) подавати письмові пропозиції до адміністрації ЗОЗ щодо висесення коректив до проведення профілактичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на профілактику післяопераційних інфекцій, спричинених резистентними штамами мікроорганізмів;

8) надавати висновки для допуску/не допуску до виконання своїх функціональних обов'язків нових працівників (при працевлаштуванні, після випробувального терміну) та щодо компетентності працівника за результатами оцінки знань з гігієни рук, профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

9) брати участь у розгляді питань щодо робочого навантаження медичних працівників, укомплектування штатами і розміщення ліжок, приміщень, матеріалів та обладнання в частині забезпечення профілактики інфекцій та інфекційного контролю;

10) користуватися відповідними матеріально-технічними засобами, необхідними для виконання завдань/функцій.

2. ВІК забезпечує:

1) виконання завдань та функцій відповідно до пунктів 1 та 2 розділу II цього Положення;

2) надання оперативної інформації за запитом керівництва;

3) здійснення координації взаємодії ВІК з іншими структурними підрозділами ЗОЗ/ЗСЗ;

4) ведення документації та підготовку звітів;

5) дотримання встановленого порядку обліку матеріально-технічних засобів, цільове та дбайливе використання закріпленого за ВІК майна;

6) створення належних виробничих умов, дотримання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежної безпеки.

3. Працівники ВІК проходять регулярне навчання з питань профілактики інфекцій та інфекційного контролю з метою забезпечення виконання ними своїх функціональних обов'язків.

IV. Структура та штатний розпис ВІК

1. Структура та штатний розпис ВІК визначається в залежності від розміру і спеціалізації ЗОЗ/ЗСЗ, виду медичної допомоги та затверджуються у встановленому законодавством порядку.

2. До складу ВІК ЗОЗ, які надають медичну допомогу у стаціонарних умовах цілодобово, входять як мінімум:

1) лікар-епідеміолог (госпітальний епідеміолог);

2) помічник лікаря-епідеміолога (мінімум один на кожні 250 ліжок);

3) клінічний провізор (координатор з адміністрування антимікробних препаратів);

4) сектор з покращення гігієни рук/працівники, які виконують функції координатора з гігієни рук, його заступника, інструктора/тренера, спостерігача, спеціаліста зі збору та аналізу даних відповідно до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України _____ за № _____;

5) лікар будь-якої лікарської спеціальності (координатор навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю);

6) статистик.

3. В ЗСЗ та ЗОЗ, що надають медичну допомогу в амбулаторних умовах або в стаціонарних умовах не цілодобово, керівник ВІК виконує функції координатора з гігієни рук і до складу ВІК входять як мінімум інструктор/тренер та спеціаліст зі збору та аналізу даних.

4. Керівником ВІК в ЗОЗ, що надають цілодобову медичну допомогу в стаціонарних умовах може бути призначено особу з вищою освітою II рівня за ступенем магістра у галузі знань 22 «Охорона здоров'я», проходження інтернатури за однією зі спеціальностей медичного профілю та стажем роботи не менше трьох років.

5. Керівником ВІК в ЗСЗ та ЗОЗ, що надають медичну допомогу в амбулаторних умовах або в стаціонарних умовах не цілодобово, може бути призначено особу з професійною освітою (молодший спеціаліст) або вищою освітою (молодший бакалавр, бакалавр, магістр), галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність «Медсестринство» та стажем роботи не менше трьох років, або з лікарською спеціальністю (без спеціальних вимог до стажу роботи).

6. Положення про ВІК, посадові інструкції працівників ВІК затверджуються керівником ЗОЗ/ЗСЗ.

V. Взаємодія та співпраця ВІК

1. ВІК взаємодіє та співпрацює зі структурними підрозділами, робочими групами, комісіями ЗОЗ/ЗСЗ з питань реалізації суміжних напрямів діяльності, контролю якості медичного обслуговування та мікробіологічними лабораторіями.

2. ВІК взаємодіє із регіональними закладами громадського здоров'я та готує для них інформацію та звітність у встановленому законодавством порядку.

3. ВІК взаємодіє із ЗОЗ/ЗСЗ з метою обміну досвідом щодо впровадження заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, організації спільних заходів, партнерських моніторингових візитів тощо.

4. ВІК співпрацює з громадськими об'єднаннями з метою популяризації заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

**Генеральний директор Директорату громадського
здоров'я та профілактики захворюваності**

І. Руденко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

_____ № _____

ПОРЯДОК

**здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних
хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги**

І. Загальні положення

1. Цей Порядок визначає організаційні заходи та процедури для проведення епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги (далі – ІПНМД) в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), які надають медичну допомогу у стаціонарних умовах.

2. У цьому Порядку терміни та умовні скорочення вживаються у такому значенні:

девайс-асоційовані ІПНМД – ІПНМД, пов'язані з встановленням та використанням медичних виробів (наприклад, внутрішньосудинні катетери, інтубаційні трубки, сечові катетери, внутрішньовенні порти, ендопротези, металоконструкції для екстра- та інтрамедулярного остеосинтезу, кардіовертер-

дефібрилятор, електроди, інсулінові помпи, вентрикулярні шунти, дренажі, стоми);

дозорний епідеміологічний нагляд за ІПНМД – епідеміологічний нагляд, заснований на зборі якісних даних щодо ІПНМД та антимікробної резистентності, що надаються у вигляді звітів/форм;

епідеміологічний нагляд за ІПНМД – це система збору, аналізу та інтерпретації даних щодо ІПНМД (захворюваність, летальність, колонізація, носійство), факторів та умов, що впливають на їх виникнення і розповсюдження;

індикаторна подія – подія, що вказує на неспроможність ЗОЗ попередити ІПНМД і потребує індивідуального розслідування;

інцидентність – кількість нових випадків захворювання, які виникають в певній популяції за встановлений період часу;

превалентність – загальна кількість всіх активних (нових та вже існуючих) випадків захворювання в певній популяції або за встановлений період часу (превалентність періодична), або в певний момент часу (точкова чи одномоментна превалентність);

рутинний епідеміологічний нагляд за ІПНМД – регулярний, систематичний збір визначених даних щодо ІПНМД;

щільність інцидентності – значення можливості виникнення захворювання відносно розмірів вільної від захворювання популяції (наприклад, кількість ІПНМД на 1000 ліжко-днів);

АМР – антимікробна резистентність;

АМП – антимікробні препарати;

ВАРИТ – відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії, включно з палатами інтенсивної терапії;

ІОХВ – інфекція області хірургічного втручання;

ВІК – відділ з інфекційного контролю;

МАМР – множинна резистентність мікроорганізмів до АМП;

ОРИНМД - одномоментна розповсюдженість ІПНМД;

ПІК – профілактика інфекцій та інфекційний контроль;

СОП – стандартна операційна процедура.

Інші терміни у цьому Порядку вживаються у значеннях, наведених в Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про захист населення від інфекційних хвороб» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

3. На національному рівні до функцій епідеміологічного нагляду відносяться моніторинг та аналіз захворюваності на ІПНМД, підготовка інформації для прийняття управлінських рішень, підготовка даних звітності для інтеграції у європейську і міжнародну системи даних щодо ІПНМД та АМР.

4. На регіональному рівні (обласний, на рівні громад та окремих ЗОЗ) завданням епідеміологічного нагляду є здійснення моніторингу за динамікою епідемічного процесу, факторами та умовами, що впливають на їх виникнення та розповсюдження, узагальнення та аналіз одержаної інформації для розробки профілактичних та протиепідемічних заходів.

5. У ЗОЗ проводиться епідеміологічний нагляд як постійно діюча комплексна система спостереження за причинами епідемічного процесу з метою профілактики ІПНМД та АМР та складова системи ПІК ЗОЗ.

6. Епідеміологічний нагляд за ІПНМД здійснюється шляхом впровадження рутинного та дозорного епідеміологічного нагляду відповідно до цього Порядку.

7. Епідеміологічний нагляд не є державним наглядом (контролем) у сфері господарської діяльності у розумінні Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності».

8. Для здійснення епідеміологічного нагляду за ІПНМД враховуються такі епідеміологічні особливості ІПНМД:

1) множинність механізмів та шляхів передавання інфекційних агентів: природні (контактно-побутовий, повітряно-краплинний, фекально-оральний) та артифіційні (штучні) - внаслідок інвазивних діагностичних і лікувальних процедур;

2) джерелом ІПНМД можуть бути, але не обмежуються ними:

хворі, які перебувають на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні у ЗОЗ;

медичні працівники;

особи, які здійснюють догляд за хворими, відвідувачі, інфіковані або контаміновані мікроорганізмами;

матері в акушерських та дитячих ЗОЗ;

медичні і немедичні вироби та обладнання;

3) етіологічними збудниками ІПНМД є група патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів;

4) для кожного ЗОЗ характерний свій спектр пріоритетних збудників ІПНМД, який може змінюватися.

9. Випадки ІПНМД та АМР визначаються за Критеріями, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2015 року № 905, зареєстрованим Міністерством юстиції України 12 березня 2016 року за № 379/28509 (далі - Критерії).

II. Організація та проведення рутинного епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними із наданням медичної допомоги

1. Система рутинного епідеміологічного нагляду (далі – рутинний епіднагляд) за ІПНМД базується на виявленні індикаторних подій, спостереженні за популяцією пацієнтів в цілому або поєднанні обох цих підходів.

2. Рутинний епіднагляд, що базується на виявленні індикаторних подій, виявляє лише найбільш серйозні порушення в ПНІК і не може бути єдиним способом проведення епіднагляду в ЗОЗ через отримання показників, які не мають жодного відтворюваного зв'язку із реальними показниками.

3. Рутинний епідгляд, що базується на популяційному підході – нагляд за всіма пацієнтами, які мають ризик розвитку ІПНМД, що потребує збору даних про кількість випадків ІПНМД, кількість пацієнтів в групі ризику, кількість днів експозиції до фактору ризику тощо.

4. Цілі рутинного епідгляду:

- 1) економічна оцінка заходів з ЛШК;
- 2) контроль якості медичної допомоги;
- 3) раціональне планування заходів з ЛШК із врахуванням місцевих особливостей, в тому числі наявних ресурсів;
- 4) управління ризиками;
- 5) отримання нових наукових даних.

5. Дані, які оцінюються при епідеміологічному нагляді за ІПНМД, поділяються на три типи:

- 1) демографічні – можуть різнитися для різних ІПНМД;
- 2) дані щодо випадку ІПНМД – отримуються шляхом аналізу форм збору даних рутинного епідгляду (далі – форми);
- 3) результати лабораторних досліджень.

6. Рутинний епідгляд проводиться епідеміологом ВІК мінімум щодо наступних ІПНМД:

- 1) катетер-асоційованих інфекцій кровотоку (форми збору даних наведено в додатках 1, 2 до цього Порядку);
- 2) катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів (форму збору даних наведено в додатку 3 до цього Порядку);

3) вентилятор-асоційованих пневмоній (форму збору даних наведено в додатку 4 до цього Порядку);

4) інфекцій області хірургічного втручання (форми збору даних наведено в додатках 5, 6 до цього Порядку).

7. Форми, наведені у додатках 1, 2, 3, 4, 5 до цього Порядку, заповнюються лікарем-епідеміологом/помічником лікаря-епідеміолога. Форма, наведена в додатку 6 заповнюється лікуючим лікарем (хірургом).

8. Щодо ІПНМД розраховуються лише відносні показники, які виражають частоту їх виникнення серед пацієнтів з груп ризику.

9. Показники ІПНМД розраховуються за певний період часу за формулами:

1) розповсюдженість катетер-асоційованих інфекцій кровотоку по відділенням (рекомендовано розраховувати окремо для центральних і периферичних катетерів):

$$PK = KK / KKD \times 1000, \text{ де}$$

PK – розповсюдженість катетер-асоційованих інфекцій кровотоку у відділенні на 1000 катетер-днів;

KK – кількість зареєстрованих катетер-асоційованих інфекцій кровотоку у відділенні за період часу;

KKD – загальна кількість катетер-днів у відділенні за період часу – сума днів наявності встановленого катетера у пацієнтів, в яких не розвинулася катетер-асоційована інфекція кровотоку та днів наявності встановленого катетера у пацієнтів до початку клінічних проявів катетер-асоційованої інфекції кровотоку;

1000 – 1000 катетер-днів;

2) розповсюдженість катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів:

$$PKC = KK / KKD \times 1000, \text{ де}$$

РКС – розповсюдженість катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів у відділенні на 1000 катетер-днів;

КК – кількість зареєстрованих катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів у відділенні за період часу;

ККД – загальна кількість катетер-днів у відділенні за період часу – сума днів наявності встановленого катетера у пацієнтів, в яких не розвинулася катетер-асоційована інфекція сечовивідних шляхів та днів наявності встановленого катетера у пацієнтів до початку клінічних проявів катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів;

1000 – 1000 катетер-днів;

3) розповсюдженість вентилятор-асоційованих пневмоній:

$$PB = KB / ID \times 1000, \text{ де}$$

PB – розповсюдженість вентилятор-асоційованих пневмоній на 1000 днів інтубації;

KB – кількість зареєстрованих вентилятор-асоційованих пневмоній за період часу;

ID – загальна кількість днів інтубації за період часу – сума днів наявності встановленої інтубаційної/трахеостомічної трубки у пацієнтів, в яких не розвинулася вентилятор-асоційована пневмонія та днів наявності встановленої інтубаційної/ трахеостомічної трубки у пацієнтів до початку клінічних проявів вентилятор-асоційованої пневмонії;

1000 – 1000 днів інтубації.

10. Вибір доплаткового набору даних для епідеміологічного нагляду визначається планом дій з ПІК (наприклад, якщо необхідні показники стратифіковані по факторам ризику, вибираються дані, які дозволять виділити відповідні групи ризику, або якщо фактори ризику невідомі, збираються дані про ті фактори, що підходять за літературними джерелами), який затверджується керівником ЗОЗ відповідно до Порядку впровадження профілактики інфекцій та

інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрований в Міністерстві юстиції України _____ за № _____.

11. Проведення рутинного епіднагляду за ПНМД включає використання показників трьох видів: інцидентність, превалентність і щільність інцидентності.

12. Дані про ПНМД та АМР зберігаються ВІК протягом п'яти років.

13. Для порівняння показників щодо ПНМД між різними групами пацієнтів в межах одного стаціонару чи між ЗОЗ або в різні часові періоди епідеміолог розраховує показники з урахуванням варіацій основних факторів ризику.

14. До факторів ризику належать внутрішні та зовнішні фактори ризику. Внутрішні – притаманні самому пацієнту (наприклад, характер і тяжкість основного захворювання або похилий вік) і дозволяють розраховувати окремі ризик-специфічні показники для порівняння між групами пацієнтів з подібними ризиками в різних ЗОЗ або в різні періоди часу. Зовнішні фактори – фактори, які пов'язані із конкретним персоналом (наприклад, дії певних медичних працівників) або з практикою догляду і лікування, що запроваджена на рівні ЗОЗ в цілому.

15. Дані епідеміологічного нагляду є основою для прийняття в ЗОЗ всіх рішень щодо ПНК. Висока якість даних забезпечується шляхом постійного і ретельного контролю отриманих даних.

16. Результати рутинного епіднагляду не підлягають звітуванню та використовуються ВІК для визначення ефективності впроваджених профілактичних заходів та їх корегування.

17. При забезпеченні зворотного зв'язку із керівниками ЗОЗ та клінічних структурних підрозділів, заборонено використовувати дані, які ідентифікують пацієнтів і медичних працівників.

III. Організація та проведення дозорного епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними із наданням

медичної допомоги

1. Дозорний епідеміологічний нагляд за ІПНМД здійснюється шляхом проведення дослідження з визначення ОРПНМД та використання АМП, з метою:

1) оцінки на національному рівні загальної розповсюдженості ІПНМД та використання АМП у ЗОЗ, що надають цілодобову стаціонарну медичну допомогу;

2) визначення на національному рівні групи пацієнтів, інвазивних процедур, інфекцій (локалізацію, збудник, що викликав захворювання та наявність у нього маркерів резистентності до АМП) і призначених АМП (в тому числі комбінацію препаратів або комбінованих препаратів та показань до їх призначення);

3) корегування заходів профілактики направлених на попередження випадків ІПНМД та АМП;

4) розповсюдження результатів для підвищення обізнаності щодо проблеми, визначення загальних проблем та їх вирішення.

2. Дозорний епідеміологічний нагляд за ІПНМД здійснюється закладом громадського здоров'я, на який покладено виконання функції дозорного епідеміологічного нагляду за ІПНМД у відповідній адміністративно-територіальній одиниці (далі – ЗГЗ) та ВІК ЗОЗ, в якому проводиться визначення ОРПНМД.

3. Визначення ОРПНМД та використання АМП здійснюється шляхом збору та аналізу таких даних:

1) ЗОЗ в цілому:

загальне число ліжок в ЗОЗ;

число ліжок, що виділені для надання цілодобової медичної допомоги;

число ліжок у ВАРТ;

власність ЗОЗ (приватна, державна, комунальна);

число поступлень пацієнтів на рік;

число проведених ліжкоднів пацієнтами на рік;

кількість використаного спиртовмісного антисептика на рік в літрах;

число проведених оцінок дотримання правил гігієни рук в ЗОЗ згідно з Інструкцією з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрований в Міністерстві юстиції України _____ за № _____ (далі – Інструкція);

число проведених посівів крові на рік;

число проведених досліджень калу на виявлення токсинів *Clostridium difficile* на рік;

кількість сестер медичних, які входять до складу ВІК;

кількість лікарів, які входять до складу ВІК;

кількість клінічних провізорів, які входять до складу ВІК;

кількість сестер медичних в ЗОЗ;

кількість молодших медичних сестер в ЗОЗ;

кількість сестер медичних у ВАРІТ;

кількість молодших медичних сестер у ВАРІТ;

число пацієнтів для ізоляції пацієнтів з інфекційними хворобами з аерогенним шляхом інфікування;

затверджені керівником ЗОЗ СОП, у тому числі щодо антимікробної терапії;

число ліжок (точок догляду) з диспенсерами із спиртовмісним антисептиком для рук;

число ліжок (точок догляду), які повинні мати диспенсери із спиртовмісним антисептиком для рук відповідно до оцінки інфраструктури і ресурсів для гігієни рук в ЗОЗ, проведеної згідно з Інструкцією;

число палат/кімнат пацієнтів в ЗОЗ;

число одномісних палат/кімнат пацієнтів в ЗОЗ;

число палат/кімнат пацієнтів в ЗОЗ, що оснащені ванною кімнатою;

2) клінічного структурного підрозділу ЗОЗ;

спеціалізація клінічного структурного підрозділу ЗОЗ;

спеціалізація лікарів клінічного структурного підрозділу ЗОЗ;

наявність процедури перевірки доцільності застосування АМП протягом 72 годин після першого призначення;

число проведених ліжкоднів пацієнтами на рік;

кількість використаного спиртовмісного антисептика на рік в літрах;

загальна кількість ліжок в клінічному структурному підрозділі ЗОЗ;

число ліжок (точок догляду) з диспенсерами із спиртовмісним антисептиком для рук;

число ліжок (точок догляду), які повинні мати диспенсери із спиртовмісним антисептиком для рук відповідно до оцінки інфраструктури і ресурсів для гігієни рук в ЗОЗ, проведеної згідно з Інструкцією;

кількість медичних працівників у клінічному структурному підрозділі ЗОЗ;

число палат/кімнат пацієнтів в клінічному структурному підрозділі ЗОЗ;

число одномісних палат/кімнат пацієнтів в клінічному структурному підрозділі ЗОЗ;

число одномісних палат/кімнат пацієнтів в клінічному структурному підрозділі ЗОЗ, що оснащені ванною кімнатою;

3) щодо пацієнта ЗОЗ:

спеціалізація лікуючого лікаря;

проведення оперативних втручань;

вага при народженні (для дітей у віці до одного місяця);

встановлення інвазивних медичних пристроїв (центральний та периферичний судинні катетери, сечовий катетер, інтубаційні трубки, дренажі тощо);

дані щодо антимікробної терапії і профілактики;

дані щодо ІПНМЦ;

4) на паціональному рівні:

число ЗОЗ загалом та ЗОЗ, які прийняли участь у дослідженні;

число ліжок в ЗОЗ загалом та в ЗОЗ, які прийняли участь у дослідженні;

число відділень в ЗОЗ загалом та в ЗОЗ, які прийняли участь у дослідженні;

число проведених ліжкоднів в ЗОЗ загалом та в ЗОЗ, які прийняли участь у дослідженні;

методика відбору ЗОЗ для дослідження.

4. ЗОЗ, що включаються в дослідження, визначаються Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі - Центр) методом стратифікованої вибірки і затверджуються наказом Міністерства охорони здоров'я України.

5. Критерії включення ЗОЗ у дослідження:

- 1) надає цілодобову стаціонарну медичну допомогу;
- 2) мінімальні критерії відсутні (не враховується кількість ліжок, забезпеченість кадрами, профіль ЗОЗ тощо);
- 3) група ЗОЗ, що знаходиться в одному підпорядкуванні, але розмежовані географічно, вважаються одним ЗОЗ;
- 4) ЗОЗ не може бути включений в дослідження частіше ніж раз на п'ять років.

6. Центр затверджує та передає у відповідні ЗГЗ не пізніше 01 березня дослідного року список ЗОЗ для дозорного епіднагляду за ІНМД і терміни проведення дослідження.

7. Терміни проведення дослідження в ЗОЗ визначаються з урахуванням наступного:

- 1) дані збираються в одній палаті або відділенні за один день;
- 2) загальний термін проведення дослідження не повинен перевищувати чотирьох тижнів;
- 3) у випадку, якщо в ЗОЗ існує практика планування госпіталізацій, заборонено проводити дослідження в день планової госпіталізації або в день після планової виписки.

8. Збір даних для дослідження проводиться ЗГЗ відповідно до графіку затвердженого Центром. З метою валідації даних у дослідженні можуть приймати участь представники Центру.

9. Представники ЗГЗ (працівник, який проводить дослідження визначення ОРПНМД і працівник, який вносить дані) та представник(и) ВІК ЗОЗ, в якому проводиться визначення ОРПНМД, мають пройти навчання і підготовку щодо збору даних та перевірки правильності цих даних. Навчання і підготовку проводить Центр.

10. Після перевірки даних представник ЗГЗ (наприклад, статистик або менеджер даних) у термін не пізніше 30 вересня дослідного року вносить дані щодо визначення ОРПНМД до електронного інструменту, а паперові форми надсилає до Центру.

11. При аналізі даних, формуванні та представленні звіту щодо проведеного дослідження Центру заборонено використовувати ідентифікаційні дані ЗОЗ та пацієнтів.

12. Після перевірки та аналізу даних Центр формує звіт щодо проведеного визначення ОРПНМД і у термін не пізніше 30 грудня дослідного року надсилає його до Міністерства охорони здоров'я України.

**Генеральний директор Директорату громадського
здоров'я та профілактики захворюваності**

І. Руденко

[illegible]

Продовження додатка 1

¹ заповнюється при внесенні даних цієї форми в електронну базу та має відповідати номеру за порядком в ній. Рекомендовано зазначати номер з двох частин (наприклад, 24/21, де 24 – порядковий номер, 21 – поточний рік).

² день, місяць та рік внесення даних з форми в електронну базу.

³ прізвище, ім'я та по батькові медичного працівника (медичної сестри або лікаря), який встановив периферичний катетер.

⁴ якщо катетер встановлюється вдруге і наступний раз.

⁵ зазначається вистачило при повторному встановленні катетера. Підкреслюється «ніколи», якщо периферичний катетер замінюється в плановому порядку (про це є підписаний запис в медичній карті хворого або в листку лікарських призначень (форма № 003-4/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522) (далі – листок лікарських призначень). Підкреслюється «потрапляло» у всіх випадках, які не відносяться до планової заміни периферичного катетера.

⁶ розмір катетера G, відповіло до специфікації у таблиці:

Розмір, G	Розмір, мм	Об'єм рідини, що проходить за одиницю часу, мл/хв
16	1,7 × 51	≥ 150
18	1,3 × 44	75-149
20	1,1 × 32	55-74
22	0,8 × 25	25-51
24	0,7 × 20	15-24

⁷ зазначений об'єм інфузійних розчинів призначених на першу добу після встановлення периферичного катетера, які зазначені в листку лікарських призначень.

⁸ підкреслюється «не встановлено» або «встановлено», якщо під час використання периферичного катетера та протягом 48 годин після його видачення, лікарем-сидієнтологом або лікуючим лікарем не встановлено або встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку, яка безпосередньо пов'язана з даним катетером. В разі ліквістування «встановлено» слід зазначається день, місяць і рік встановлення катетер-асоційованої інфекції кровотоку.

⁹ день, місяць і рік взяття крові для аналізу на поживні середовища, на основі якого було встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку.

¹⁰ день, місяць і рік взяття спинально-мозкової рідини для посту на поживні середовища, на основі якого було встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку.

¹¹ день, місяць і рік взяття для посту частини катетера, який безпосередньо знаходився у периферичній вені, якщо таке взяття проходилося.

¹² кількість днів лікування катетер-асоційованої інфекції кровотоку під час встановлення катетер-асоційованої інфекції кровотоку до дня закінчення лікування безпосередньо катетер-асоційованої інфекції кровотоку або смерті пацієнта.

¹³ клас ASA призначається на основі даних, які отримані на момент поточного цитування пацієнта в ЖОЗ та зазначені в медичній карті хворого.

¹⁴ вага та зріст пацієнта необхідні для розрахунку його індексу маси тіла.

¹⁵ відзначається за результатами огляду пацієнта у відповідний день (відмітки можна писати лише один з наведених ступенів запалення).

¹⁶ відмітки проставляються в залежності від комплексу проведених заходів по догляду за периферичним венозним катетером, тобто відзначається зeskільки заходів в одній графі у відповідний день за інформацією, наведеною в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за периферичними венозними катетерами, затвердженому керівником закладу.

¹⁷ відмічається, якщо на нов'язці, якою покрито/закріплено периферичний венозний катетер, запланована поточна дата на момент занесення відомостей в форму збору даних. Якщо процедура заміни пов'язана проведена поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо проведення заміни пов'язки робиться в день отримання даних (ретроспективно).

¹⁸ відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за периферичними венозними катетерами, затвердженому керівником закладу, при постановці катетера було зазначено дату планової заміни периферичного венозного катетера і таку заміну виконано в поточний день. Якщо процедуру планового видачення проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо планового видачення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

Продовження додатка І

2) відмічається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедуру догляду за периферичними венозними катетерами, зазначеному керівником закладу, при постановці катетера не було чітко вказано дату планової заміни периферичного венозного катетера і таку заміну виконано в положений день. Якщо процедуру позачасового відключення проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо позачасового відключення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

3) будь-які інші заходи з догляду за периферичним венозним катетером, які зазначені в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедуру догляду за периферичними венозними катетерами, зазначеному керівником закладу, та помітка щодо виконання яких на поточний день наявна.

Примітки.

¹ основний клінічний діл поз пацієнта на момент катетеризації центральної судини.

² номер медичної карти стаціонарного хворого (форми № 003/о, № 097/о, № 096/о, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 року № 29), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я) (далі - медична карта хворого). Номер медичної карти не переноситься в електронну базу даних.

³ заповнюється при внесенні даних цієї форми в електронну базу та має відповідати номеру за порядком в ній. Рекомендовано зазначати номер з двох частин (наприклад, 5/22, де 5 – порядковий номер, 22 – поточний рік).

⁴ день, місяць та рік внесення даних з форми в електронну базу.

⁵ прізвище, ім'я та по батькові лікаря, який встановив центральний судинний катетер.

⁶ прізвище, ім'я та по батькові сестри медичної, яка асистувала при встановленні центрального судинного катетера.

⁷ якщо катетер встановлюється вдруге і наступні рази

⁸ зазначається виключно при повторному встановленні катетера. Підкреслюється «планово», якщо центральний судинний катетер замінюється в плановому порядку і про це є відповідний запис в медичній карті хворого або в листку лікарських призначень (форма № 003-4/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522) (далі – листок лікарських призначень). «Позпланово» підкреслюється у всіх випадках, які не відносяться до планової заміни центрального катетера.

⁹ може бути підкреслено декілька позицій: «діалітичний» - встановлено центральний судинний катетер для проведення хронічного (планового) гемодіалізу; «тунельований» - встановлено центральний судинний катетер для проведення хронічного (планового) гемодіалізу з формуванням відокремленого тунелю; «нетунельований» - встановлено центральний судинний катетер для проведення хронічного (планового) гемодіалізу без формування відокремленого тунелю; «імплантований» - встановлено порт для тривалих внутрішньовенних інфузій; «неімплантований» - порт для тривалих внутрішньовенних інфузій не встановлено; «встановлений периферично центральний катетер» - катетер, призначений для катетеризації центральної судини, встановлено в периферичну судину; «інше» і зазначити тип катетера - встановлений катетер не відповідає вищезазначеним типам або має будь-які особливості конструкції.

¹⁰ кількість ліній центрального судинного катетера.

¹¹ номер парції катетера, який зазначено безпосередньо на катетері.

¹² відзначається яка судина катетеризувалася відповідно до запису в медичній карті хворого.

¹³ підкреслюється «права» або «ліва», якщо катетеризована судина анастомічно знаходиться в правій або лівій частині тіла.

¹⁴ підкреслюється відповідна причина постановки: «новий доступ» - у пацієнта на момент катетеризації центральної судини не було встановлено будь-яких інших центральних судинних катетерів. При наявності у пацієнта периферичного венозного катетера і відсутності центрального судинного катетера, центральна катетеризація судини визначається як «новий доступ»; «несправність» - у пацієнта було проведено заміну несправного катетера, відповідно до запису в медичній карті хворого, при цьому форма збору даних щодо заміненого центрального судинного катетера не заповнюється в динаміці (заповнюються лише архівні дані – наприклад, отриманий після зняття результат посіву); «планова заміна» - було проведено планову заміну катетера, відповідно до запису в медичній карті хворого. Плановою заміною не може вважатися: заміна катетера, який встановлено менше ніж за 14 діб до зняття; відомості щодо планової заміни якої зазначені в медичній карті хворого або в документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу; якщо повторна катетеризація проведена без використання провідника; «аварійна заміна» - причина заміни не відповідає всім вищезазначеним причинам.

¹⁵ день, місяць та рік запланованої заміни центрального судинного катетера, відповідно до запису в медичній карті хворого або в документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затвердженому керівником закладу.

¹⁶ підкреслюється «не встановлено» або «встановлено», якщо під час використання центрального судинного катетера та протягом 48 годин після його видалення, лікарем-епідеміологом або лікуючим лікарем не встановлено/встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку, яка безпосередньо пов'язана з даним катетером. В разі підкреслення «встановлено» зазначається день, місяць і рік встановлення катетер-асоційованої інфекції кровотоку.

¹⁷ день, місяць і рік взяття крові для посіву на живильні середовища, на основі якого було встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку.

¹⁸ день, місяць і рік взяття спинномозкової рідини для посіву на живильні середовища, на основі якого було встановлено катетер-асоційовану інфекцію кровотоку.

¹⁶ день, місяць і рік взяття для посіву частини катетера, який безпосередньо знаходився у периферичній вені, якщо таке взяття проводилося.

¹⁷ кількість днів лікування катетер-асоційованої інфекції кровотоку, від дати встановлення катетер-асоційованої інфекції кровотоку до дня закінчення лікування катетер-асоційованої інфекції кровотоку або смерті пацієнта.

¹⁸ клас ASA визначається на основі даних, які отримані на момент поточного поступлення пацієнта в ЗОЗ та зазначені в медичній карті хворого.

¹⁹ вага та зріст пацієнта необхідні для розрахунку індексу маси тіла пацієнта.

²⁰ відзначається за результатами огляду пацієнта у відповідний день (відмітити можна лише один з наведених ступенів загибелі).

²¹ відмітки проставляються в залежності від комплексу проведених заходів по догляді за центральним судинним катетером у відповідний день, тобто відзначається декілька заходів в одній графі за інформацією, наявною в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затверджені керівником закладу.

²² відзначається, якщо на пов'язці, якою покрито/зафіксовано центральний судинний катетер, зазначена поточна дата на момент занесення відомостей в форму збору даних. Якщо процедуру заміни пов'язки проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо заміни пов'язки робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²³ відзначається, якщо в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затверджені керівником закладу, зазначено проведення процедури «антимікробний/антибіотиковий замок». Якщо процедуру «антимікробний/антибіотиковий замок» проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо її проведення робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²⁴ відзначається, якщо в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затверджені керівником закладу, зазначено накладання пов'язки з хлорексидином і на пов'язці, якою покрито/зафіксовано центральний судинний катетер, зазначена поточна дата на момент занесення відомостей в форму збору даних. Якщо процедуру накладання пов'язки з хлорексидином проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо її проведення робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²⁵ відзначається, якщо в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затверджені керівником закладу, зазначено накладання антимікробної мазі на місце встановлення центрального судинного катетера і на пов'язці, якою покрито/зафіксовано центральний судинний катетер, зазначена поточна дата на момент занесення відомостей в форму збору даних. Якщо антимікробну мазь було накладено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо її накладання робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²⁶ відзначається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затверджені керівником закладу, при встановці катетера було зазначено дату планової заміни центрального судинного катетера і таку заміну виконано в поточний день. Якщо процедуру планового видалення проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо планового видалення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²⁷ відзначається, якщо в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затверджені керівником закладу, при постановці катетера не було зазначено дату планової заміни периферичного венозного катетера і таку заміну виконано в поточний день. Якщо процедуру позапланового видалення проведено поза датою збору даних (наприклад, у неробочий день), помітка щодо позапланового видалення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²⁸ будь-які інші заходи з догляду за центральним судинним катетером, які зазначені в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за центральними судинними катетерами, затверджені керівником закладу, та відмітка щодо виконання яких на поточний день наявна.

[illegible]

СЛУЖИЛА. ЗАПА. ТЕМНА (C3):

- 0 - біля і самонавдається відсутні
- I - біля дисководів у місці введення кассети
- II - біля ланцюг розроблення в усіх виданнях кассетри, зміна коду слачі
- III - біля чорного позначення на дисках в усіх видах кассетри, спільне між двома лінійками в центрі

[illegible]

[illegible]

— основний кіничний діагностичний момент катеризації периферичної вени.

№ 110 (у редакції Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 003/о, № 097/о, № 096/о, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 року № 24), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та реєстрів в електронній системі охорони здоров'я) (далі – медична карта хворого). Номер медичної карти стаціонарного хворого не переноситься в електронну базу даних.

3. заповнюється при внесенні даних спостереження в електронну базу та має відповідати номеру за порядком в ній. Реконструйований значущий номер з двох частин (наприклад, 100/22, де 100 порядковий номер, 22 поточний рік).

дано відповідальність за здійснення цих заходів.

є приватним підприємством, яке здійснює свою діяльність на території України, а саме: виробляє та обробляє цукор, який підлягає оподаткуванню в 30%.

⁶ Дізнавшись, ім'я та цю об'єктову грампінінку (мелічичну сестри або лікаря), який встановив периферичний катетер.

⁷ якщо сечовий катетер встановлюється вперше протягом поточного перебування в ЗОЗ.

⁸ катетер встановлюється вдруге і наступний раз.

⁹ визначається виключно при повторному встановленні катетера. Підкреслюється «планово», якщо сечовий катетер замінюється в плановому порядку і про це є відповідний запис в медичній карті хворого або в листку лікарських призначень (форма № 003-4/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522) (далі – листок лікарських призначень), «позапланово» – у всіх випадках, які не відносяться до планової заміни сечового катетера.

¹⁰ по типу Ланган (з жорстким вигнутим кінемом), Малекота – встановлено відноліній систему в кістковій, пристосування Нешдера зазначається, як Малекота. Підкреслюється «Фольє», якщо встановлено сечовий катетер Фольє; двошарова система, тришарова – тришарова.

¹¹ зазначається виключно, якщо у вигляді катетера підкреслено «Фольє». Висується розмір, який вказано на сечовому катетері (наприклад, 14 F).

¹² матеріал, з якого виготовлено катетер, відноліній до інструкції до сечового катетера. Може бути підкреслено декілька позицій.

¹³ підкреслюється лише одна (найбільш відповізна) позиція відноліній до медичної карти хворого.

¹⁴ підкреслюється лише одна позиція: «відверта» – сечовий катетер не з'єднано герметично зі збиральним/дренажним мішком: «закрита» – сечовий катетер герметично з'єднано зі збиральним мішком; «з асептичним картриджем» – сечовий катетер з'єднано герметично зі збиральним/дренажним мішком та наявний асептичний картридж між сечовим катетером (сечовим міхуром) і збиральним/дренажним мішком; «інше» і зазначається тип та/або особливості дренажної системи, якщо жодна з вищеперахованих позицій не підходить або не повністю описує дренажну систему.

¹⁵ підкреслюється «не встановлено» або «встановлено», якщо під час використання сечового катетера та протягом 7 днів після його видалення, ліктем-ефідеміологом або лікуючим лікарем не встановлено/встановлено катетер-асоційовану інфекцію сечовивідних шляхів, яка безпосередньо пов'язана з даним катетером. В разі підкреслення «встановлено» зазначається день, місяць і рік встановлення катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів.

¹⁶ день, місяць і рік вказується для пацієнта на момент початку середовища, на основі якого було встановлено катетер-асоційовану інфекцію сечовивідних шляхів.

¹⁷ кількість днів лікування катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів під дами встановлення катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів до дня закінчення лікування катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів або смерті пацієнта.

¹⁸ клас ASA визначається на основі даних, які отримані на момент поточного поступлення пацієнта в ЗОЗ та зазначені в медичній карті хворого.

¹⁹ вага та зріст пацієнта використовуються для розрахунку його індексу маси тіла.

²⁰ визначається за результатами огляду пацієнта у відноліній день (відмітити можна лише один з наведених ступенів залягання).

²¹ відмітка проставляється в залежності від комбінації проведення заходів по догляду за сечовим катетером відповідно до медичної карти хворого або іншого документа, що визначає процедури догляду за сечовим катетером, затвердженого керівником закладу, може відмітатися декілька пунктів в один день догляду. Якщо захід догляду проставлено поза датою збору даних (наприклад, у переробочий день), помітка щодо його проведення робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²² відмітка в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за сечовим катетером, затвердженому керівником закладу, зазначено на дату збору даних (наприклад, у переробочий день), помітка щодо його проведення робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²³ відмітка в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за сечовим катетером, затвердженому керівником закладу, при постановці катетера було зазначено дату планового видалення сечового катетера і таке видалення виконано в поточний день. Якщо видалення відбулося поза датою збору даних (наприклад, у переробочий день) помітка щодо проведення видалення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²⁴ відмітка в медичній карті хворого або в іншому документі, що визначає процедури догляду за сечовим катетером, затвердженому керівником закладу, при постановці катетера не було зазначено дату планового видалення сечового катетера і таке видалення виконано в поточний день. Якщо видалення відбулося поза датою збору даних (наприклад, у переробочий день) помітка щодо проведення видалення катетера робиться в день отримання даних (ретроспективно).

²⁵ будь-які інші заходи з догляду за сечовим катетером, які зазначені в медичній карті хворого, листку лікарських призначень або в іншому документі, що визначає процедури догляду за сечовим катетером, затвердженому керівником закладу, та відмітка щодо виконання яких на поточний день немає.

[illegible]

8		9		10		11		12		13		14	
Описание работ		Описание работ		Описание работ		Описание работ		Описание работ		Описание работ		Описание работ	
1. Очистка водопроводной сети от засоров.	2. Очистка канализационной сети от засоров.	3. Очистка водопроводной сети от засоров.	4. Очистка канализационной сети от засоров.	5. Очистка водопроводной сети от засоров.	6. Очистка канализационной сети от засоров.	7. Очистка водопроводной сети от засоров.	8. Очистка канализационной сети от засоров.	9. Очистка водопроводной сети от засоров.	10. Очистка канализационной сети от засоров.	11. Очистка водопроводной сети от засоров.	12. Очистка канализационной сети от засоров.	13. Очистка водопроводной сети от засоров.	14. Очистка канализационной сети от засоров.
1. Очистка водопроводной сети от засоров.	2. Очистка канализационной сети от засоров.	3. Очистка водопроводной сети от засоров.	4. Очистка канализационной сети от засоров.	5. Очистка водопроводной сети от засоров.	6. Очистка канализационной сети от засоров.	7. Очистка водопроводной сети от засоров.	8. Очистка канализационной сети от засоров.	9. Очистка водопроводной сети от засоров.	10. Очистка канализационной сети от засоров.	11. Очистка водопроводной сети от засоров.	12. Очистка канализационной сети от засоров.	13. Очистка водопроводной сети от засоров.	14. Очистка канализационной сети от засоров.

Примітки.

1. Трахеостомія – хірургічне втручання, рутинний епідеміологічний нагляд за яким продовжується окремо. Якщо наміситу замісто інтубаційну трубку на трахеостому, форма збору даних щодо вентилятор-асоційованих пневмоній продовжується, при цьому додатково запозначається форма щодо збору даних за інфекцією області хірургічного порушення.

2. Неінвазивна вентиляція легень не лігпає під збір даних щодо вентилятор-асоційованих пневмоній, оскільки при цьому відсутній комплексний чинник, які сприяють розвитку ку вентилятор-асоційованої пневмонії.

3. Номер медичної карти епідеміологічного хворого (форм № 003/о, № 097/о, № 096/о, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 № 110/у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 2 січня 2016 року № 29), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення до реєстрації в електронній системі охорони здоров'я) (далі – медична карта хворого) не переноситься в електронну базу даних.

4. Основний клінічний діагноз пацієнта на момент інтубації з шлунком вентиляцією легень.

5. Заповнюється при відсутності інформації з цієї форми збору даних в електронну базу та має відображати номер за порядком в ній. Рекомендовано зазначати номер з двох частин (наприклад, 23/22, де 23 – порядковий номер, 22 – поточний рік).

6. День, місяць та рік внесення даних з форми в електронну базу.

7. День, місяць та рік інтубації з переходом на штучну вентиляцію легень і день, місяць та рік припинення штучної вентиляції легень з використанням пристроїв, а саме:

дата екстубації з наступною трахеостомією і продовженням штучної вентиляції легень не є датою екстубації;

дата припинення штучної вентиляції легень з використанням трахеостомії є датою екстубації;

дата припинення штучної аспірації легень із замищенням трахеостомії (наприклад, трахеостомія при неоперабельних дихальних горіжках) є датою екстубації;

дата екстубації з наступною неінвазивною штучною вентиляцією легень є датою екстубації;

дата екстубації з наступною реінтубацією протягом наступних 48 годин не є датою екстубації і не потребує оформлення нової форми збору даних щодо вентилятор-асоційованих пневмоній;

дата інтубації, яку було проведено протягом 48 годин після екстубації, не є датою інтубації і в ланці форми зазначається в розділі «Додаток, інші», як «інше» із зазначенням «інтубація після екстубації протягом 48 годин».

9. Прізвище, ім'я та по батькові лікаря, який встановив інтубаційну трубку (прізвище інтубації), про що наявний запис в медичній картці хворого.

10. Прізвище, ім'я та по батькові медичного працівника (сестри медичної), який асистував під час встановлення інтубаційної трубки (проведення інтубації).

11. Діаметр інтубаційної трубки, який вказано в інструкції до виробу або в іншому супровідному документі (таблиця на відомій частині інтубаційної трубки, який записується відомим після встановлення).

12. Номер карті, який вказаний на інтубаційній трубці (заборонено вказувати номер карті по умовності, інструкції або інших супровідних документів до виробу).

13. Підкреслюється «так», якщо в медичній картці хворого в протоколі інтубації (постановки інтубаційної трубки) зазначено, що інтубація була складною. Необхідно підкреслити «ні», якщо в медичній картці в протоколі інтубації (постановки інтубаційної трубки) зазначено, що інтубація була не складною або не зазначена складність проведення інтубації (постановки інтубаційної трубки).

14. Підкреслити «перша», якщо інтубаційна/трахеостомічна трубка встановлюється вперше протягом поточного перебування в ЗОЗ, або «повторна», якщо інтубаційна/трахеостомічна трубка встановлюється другий і наступні рази із зазначенням дати (день, місяць та рік) першої інтубації/трахеостомії.

15. Заповнювана дата екстубації/трахеостомії (день, місяць і рік), яка зазначається в медичній картці хворого, в листку лікарських призначень (форма № 003-4/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23/522) (далі – листок лікарських призначень) або в іншому документі, що вказує процедуру догляду за пацієнтами, які знаходяться на штучній вентиляції легень, затвердженому керівником закладу.

16. Може бути підкреслено декілька позицій:

«свинний», якщо жоден із наступних пунктів не характеризує тип інтубаційної трубки;

Додаток 5

до Порядку здійснення
епідеміологічного нагляду та
ведення обліку інфекційних
хвороб, пов'язаних з наданням
медичної допомоги
(підпункт 4 пункту 6 розділу II,
пункт 7 розділу II)

Форма збору даних щодо інфекцій області хірургічного втручання

І	ІІІБ пацієнта:	Вік: _____ Дата народження: ____/____/____	Аз медичної карти ¹ : _____ Відділення: _____	Дата заповнення ¹ : ____/____/____ [Дата операції/вмешування]: ____/____/____
Д	Діагноз:	Стать: ☐ Ч ☐ Ж	Дослідний номер ² : _____	
І	Назва операції ³ : _____		Операційний пацієнт: _____ ІІІБ хірурга ⁴ : _____ ІІІБ анестетика ⁵ : _____	
	Дата втручання: ____/____/____ р.			
2	Клас ASA ⁶ :	Вага ⁷ : ____ кг Зріст ⁸ : ____ см		
		☐ I – здоровий пацієнт (не курить, зрідка вживає алкоголь); ☐ II – пацієнт із легким системним захворюванням (захворівання без суттєвих функціональних обмежень), наприклад, курець, соціальний алкоголік, вагітна, ожиріння з індексом маси тіла більше 30 та менше 40, компенсований цукровий діабет, контрольована артеріальна гіпертензія, захворювання органів дихання в легкій формі; ☐ III – пацієнт із тяжким системним захворюванням (захворівання з суттєвими обмеженнями функціональних можливостей – наприклад, неконтрольована артеріальна гіпертензія та субкомпенсований цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, патологічне ожиріння (індекс маси тіла більше 40), акцидент і гепатит, алкогольна залежність або зловживання алкоголем, імпалітований кардіостимулятор, помірного зниження фракції серцевого викиду, хронічна запорова недостатність із необхідністю проведення планового гемодіалізу, ішемічна хвороба серця та асимптомна (більше трьох місяців) перенесена інфаркт міокарду, інсулін, транзиторне ішемічне атака, епізоди стенозування коронарних артерій, недопоміжний похитарожений, постконсультувальний шок та/або терміду, неспівпадіння та/або дитина після народження) менше дві тижнів; ☐ IV – пацієнт із тяжким системним захворюванням, яке постійно представляє небезпеку для життя – наприклад, нещодавно перенесена (до трьох місяців) інфаркт міокарду, інсулін, транзиторна ішемічна атака, падаст, стенокардія, тяжка дисфункція серця/легких/кровообігу, різке зниження фракції серцевого викиду, сепсис, ДВЗ-синдром, туберкульоз або хронічна захворювання шлункової недостатності; ☐ V – пацієнт, який помирає (операційне втручання по життєвому показнику) – наприклад, розрив аортального аорти, тяжка пострава, внутрішньочеревний кровотік, гостра ішемія кишківника при супутній тяжкій кардіальній патології або поліорганній недостатності.		
3	Клас ризику ⁹ :	☐ чиста (не підвищує у колонізованій мікроорганізмами тканини і порожнинах); ☐ чиста забруднена (контрольовано проникла у колонізовані мікроорганізмами тканини і порожнини); ☐ забруднена (дістат втручання забруднено повільнішою інфікованими вищеленими); ☐ брудна (область втручання інфікована)		
4	Початок ¹⁰ : Закінчення: Тривалість: год. ____ хв. ____	Успішність операції: ☐ невідомо – має бути виконана негайно або врятувати життя ☐ уривчаста – має бути виконана протягом 24-48 годин ☐ напів-факкультативна – має бути виконана протягом двох тижнів ☐ факкультативна – без чисових обмежень		
Періопераційні заходи				
Підготовка пацієнта: Доопераційна каннігула зсого тіла: ____ та/або ____ дата: ____/____/____ Використано: мило ____ Інший антисептичний засіб ____ Видилення волосся: бритва ____ ложик ____ без виділення ____ Видилення волосся: голена ____ у відділення ____ в операційній ____ Дата виділення волосся: ____/____/____		Хірургічна підготовка шкіри: ____ спиртовий розчин хлорексидину ____ спиртовий повільно-йод ____ водний розчин хлорексидину ____ водний розчин повільно-йоду ____ Ніс обробити шкіра повільно-йодом/хлорексидином ____ Ніс ____		

Передопераційна профілактика АМП¹⁴: ☐ не показана ☐ показана, але не була проведена через відсутність¹⁵ ☐ інша причина¹⁶ (вказати): _____ Використаний АМП¹⁷: ☐ амоксицилін¹⁸ / клавуланова кислота¹⁹ : ☐ цефазолін²⁰ / цефуроксим²¹ ☐ доксициклін²² / тетрациклін²³ : ☐ гентаміцин²⁴ : ☐ метронідазол²⁵ ☐ пеницилін²⁶ / ізонід²⁷: _____ Доза²⁸: _____ мг Час введення: _____ Інтервал введення²⁹: _____	Хірургічна віробка рук³⁰: ☐ стерильний антисептик³¹ : ☐ мило + вода ☐ інший антисептик³²: _____ Тривалість процедури³³: _____ хв
Післяопераційна АМП-терапія: АМП-профілактика була закінчена після операції³⁴: ☐ так ☐ ні Якщо ні, які АМП були призначені³⁵: АМП 1: _____ Доза: _____ мг Доза добу: _____ Курс: _____ днів АМП 2: _____ Доза: _____ мг Доза добу: _____ Курс: _____ днів Причина³⁶: ☐ післяопераційна профілактика ☐ лікування ІОНЗ ☐ виділення з рановідривку³⁷ ☐ інше: _____	Дренаж/імплант Локалізація³⁸: _____ Тип дренажу/імпланту: ☐ відкритий ☐ закритий АМП призначений за відсутності інфікованого підтеклу: ☐ так ☐ ні Імплант: ☐ метало-пластичний³⁹ ☐ сітка ☐ первинний трансплантат ☐ інше⁴⁰: _____
Інші заходи⁴¹ (вказати): _____ _____ _____ _____	

Занесено в базу даних: ☐ так ☐ ні

ПІБ епідеміолога: _____

Примітка.

¹ номер медичної карти стаціонарного хворого (форми № 003/о, № 097/о, № 096/о, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 листопада 2012 № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 року № 29), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та реєстрів в електронній системі охорони здоров'я), або у Реєстрі медичних записів, записів про направлення та реєстрів в електронній системі охорони здоров'я) (далі – медична карта хворого) не переноситься в електронну базу даних.

² основний клінічний діагноз пацієнта на момент проведення хірургічного втручання. У випадках якщо основний клінічний діагноз не є показанням до проведення оперативного втручання, необхідно зазначати два діагнози за наступною формою: основний клінічний діагноз / діагноз, який є причиною проведення оперативного втручання (наприклад, лімфобластичні лейкози / гострий алергидит).

³ послідовний номер заповнюється при внесенні даних цієї форми в електронну базу та має відповідати номеру та порядку в ній. Рекомендовано зазначати номер з двох частин (наприклад, 11/25, де 11 – порядковий номер, 25 – поточний рік).

⁴ день, місяць та рік внесення даних в форму збору даних.

⁵ день, місяць та рік внесення даних в форму в електронну базу.

⁶ назва оперативного втручання із зняття, що наведено нижче (зазначається назва оперативного втручання, яке найбільше підходить):

- 1) видавлення аневризми черевного відділу аорти;
- 2) ампутація кінцівки;
- 3) оперативне втручання на аневризмі черевного відділу аорти;
- 4) постановка стента для діалізу;
- 5) хірургія жовчних протоків, печінки і підшлункової залози;
- 6) хірургія молочної залози;
- 7) операції на серці;
- 8) каротидна ендартеректомія;
- 9) шунтування коронарних артерій із розрізом грудної клітини та допорожкової ділянки;
- 10) шунтування коронарної артерії із розрізом лише грудної клітини;
- 11) хірургія жовчного міхура;

- 12) хірургія товстого кишечника;
- 13) крапінотомія;
- 14) кесарів розтин;
- 15) спонділодез;
- 16) відкрите лікування перелому;
- 17) хірургія шлунку;
- 18) хірургія кил;
- 19) артропластика кульшового суглобу;
- 20) пересадка серця;
- 21) абдомінальна гістеректомія;
- 22) артропластика колінного суглобу;
- 23) пересадка нирки;
- 24) ламінектомія;
- 25) пересадка печінки;
- 26) хірургія дилатки апії;
- 27) хірургія шлукі;
- 28) хірургія яєчників;
- 29) оперативні втручання пов'язані із встановленням та обслуговуванням кардіостимулятора;
- 30) хірургія простати;
- 31) периферичне судинне шунтування;
- 32) проктологія;
- 33) хірургія хребта;
- 34) хірургія товстої кишки;
- 35) хірургія селезінки;
- 36) торакальна хірургія;
- 37) хірургія щитовидної та паращитовидної залози;
- 38) вагінальна гістеректомія;
- 39) шунтування шлунків головного мозку;
- 40) діалізична ламінектомія.

У випадках якщо пацієнту проводиться одночасно декілька видів оперативних втручань (наприклад, при політравмі), оформляються форми збору даних відповідно до кількості хірургічних бригад.

⁷ прізвище, ім'я та по батькові лікаря-хірурга, який проводив оперативне втручання. У випадках якщо хірургічна бригада складається з більше ніж двох лікарів хірургів, в графі «ПІБ хірурга» зазначається ПІБ керівника хірургічної бригади. У випадках якщо оперативне втручання проводить декілька хірургічних бригад (наприклад, оперативні втручання при політравмі), заповнюються форми збору даних окремо по кожному з втручань.

⁸ прізвище, ім'я та по батькові лікаря-хірурга, який асистував під час проведення оперативного втручання. У випадках якщо хірургічна бригада складається з більше ніж двох лікарів хірургів в графі «ПІБ асистента» зазначається ПІБ заступника керівника хірургічної бригади.

⁹ клас ASA визначається на основі даних, які отримані на момент поточного надання пацієнта в ЗОЗ та зазначені в медичній карті хворого.

¹⁰ вага та зріст пацієнта використовуються для розрахунку індексу маси тіла пацієнта.

¹¹ зазначається клас ризику відповідно до ризику розвитку ІОХВ (розділ III Порядку профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги, в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого цим наказом).

¹² день, місяць, рік, година та хвилини початку та закінчення оперативного втручання, які зазначено в медичній карті хворого, тривалість оперативного втручання в годинах і хвиликах.

¹³ Заповнення розділу 5 «Периопераційні заходи» проводиться відповідно до даних медичної карти хворого.

¹⁴ якщо передопераційна антибіотикопрофілактика показана і була проведена, ця графа не заповнюється.

¹⁵ вказати «недоступність», якщо антимікробного лікарського засобу не було в наявності.

¹⁶ інша причина вказується, якщо лікарський засіб був в наявності, але його не ввели пацієнту.

¹⁷ заповнюється виключно, якщо передопераційна антибіотикопрофілактика була проведена. Відзначається антибактеріальний лікарський засіб або їх комбінація, що були введені пацієнту з метою проведення

передопераційної антибіотикопрофілактики: амоксицилін в поєднанні з клавулановою кислотою, цефазолін, клексацилін, ванкоміцин, емпірифлоксацин, гентаміцин, метронідазол, пеніцилін; відзначається «інший» та зазначається діюча речовина або речовини антибактеріального(их) препарату(ів), що були введені пацієнту з метою проведення передопераційної антибактеріальної профілактики, якщо у наведеному списку відсутній використаний лікарський засіб.

¹⁸ доза антибактеріального препарату, який було введено пацієнту з метою проведення передопераційної антибіотикопрофілактики в міліграмах; в разі, якщо використовувалися два або більше лікарських засобів (діючих речовин), зазначаються дози всіх засобів через скісну риску.

¹⁹ заповнюється виключно, якщо антибактеріальний препарат вводився повторно протягом оперативного втручання з метою проведення антибіотикопрофілактики. Зазначається година і хвилина повторного введення антибактеріального(их) препарату(ів).

²⁰ якщо хірургічна обробка рук не проводилася, ця графа не заповнюється.

²¹ якщо використовувався інший антисептичний засіб, який не зазначено в переліку, відзначається «інший антисептик» і вписується його назва або діюча речовина.

²² заповнюється виключно, якщо хірургічна обробка рук проводилася. Вказується тривалість хірургічної обробки рук в хвилинах.

²³ відзначається «так», якщо антибактеріальні препарати не вводилися пацієнту після накладання швів (закриття оперативного поля) або «ні». Якщо пацієнту продовжили вводити антибактеріальні препарати після закінчення оперативного втручання.

²⁴ АМП 1 та АМП 2 – вказується діюча речовина антибактеріальних лікарських засобів, які були призначені пацієнту в післяопераційному періоді; у випадках, коли антибактеріальних препаратів призначено більше двох, в розділі 6 необхідно додати пункти АМП 3, АМП 4, АМП 5 і т.д. та вписати діючу речовину антибактеріального препарату, дозу введення, дозу на день та днів призначення; якщо антибактеріальний лікарський засіб складається з двох діючих речовин (наприклад, амоксицилін в поєднанні з клавулановою кислотою), їх потрібно зазначати окремо: АМП 1 - амоксицилін, АМП 2 - клавуланова кислота, і подальші підпункти заповнювати відповідно до діючих речовин.

²⁵ заповнюється виключно, якщо пацієнту продовжили вводити антибактеріальні препарати після закінчення оперативного втручання. Відзначається причина призначення антибактеріальних препаратів пацієнту відповідно до записів в медичній карті хворого: післяопераційна профілактика (відзначається виключно у випадках, коли післяопераційна профілактика проводиться більш тривалий термін в разі трансплантації органів, кардіохірургічних втручань або ендопротезування суглобів), лікування ІОХВ, ангілення з рани/дренажу; відзначається «інше» і вписується причина, якщо в наведеному переліку причина призначення антибактеріальної терапії відсутня.

²⁶ локалізація розміщення дренажу/імпланту; якщо дренажів/імплантів декілька, їх необхідно зазначати окремо із зазначенням типу дренажування, відомостей щодо призначення АМП і виду імпланту в «інших заходах» (пункт 6 форми).

²⁷ відмітити «інше» і вписати вид типу імпланту, якщо в наведеному переліку він відсутній.

²⁸ в цьому розділі зазначаються заходи, які важливі з точки зору епідеміологічного нагляду за ІОХВ, але які не увійшли до інших розділів цієї форми збору даних. Крім того, в даний розділ слід вносити дані, які не вмістилися у відповідний розділ форми (наприклад, призначені антибактеріальні засоби та вид імпланту).

Додаток 6
до Порядку здійснення
епідеміологічного нагляду та
ведення обліку інфекційних
хвороб, пов'язаних з наданням
медичної допомоги
(підпункт 4 пункту 6 розділу II,
пункт 7 розділу II)

Форма збору даних щодо інфекцій області хірургічного
втручання в післяопераційний період

І Д	ПІБ пацієнта:	Вік: років	№ медичної карти:	Місце проживання:
		Дата народження: .../.../... р.		
Номер телефону пацієнта:				
Номер телефону контактної особи: Прізвище та ініціали контактної особи:				

Дата поступлення: .../.../... р.				Дата виписки: .../.../... р.	
День ¹	Дата	Подія ²	АМП ⁴	Симптоми IOXB ³	Прізвище та ініціали лікуючого лікаря
1		ОВ			
2-3					
4-5					
6-7					
8-10					
11-14					
15-17					
18-21					
22-25					
26-29					
30				Кінець спостереження за IOXB (стандарт)	
Інфекція області хірургічного втручання: ☐ так ☐ ні Пацієнт повторно поступив на хірургічне лікування: ☐ ні ☐ так (причина): Дата повторної госпіталізації з приводу IOXB: .../.../... р. Дата виписки: .../.../... р.					

I Поверхнева ІОХВ ☐ гнійні виділення із поверхневої післяопераційної рани або ☐ ідентифіковано мікроорганізм із зразка, що взятий із рани⁵ або ☐ післяопераційну рану розкрито повторно або ☐ наявні симптоми гострого інфекційного захворювання або ☐ лікуючий лікар встановив діагноз	II Глибока ІОХВ ☐ гнійні виділення із глибокої післяопераційної рани або ☐ післяопераційну рану розкрито повторно або ☐ ідентифіковано мікроорганізм із зразка, що взятий із рани⁵ або ☐ наявні симптоми гострого інфекційного захворювання або ☐ наявний глибокий запальний процес гнійного характеру, в тому числі абсцес візуально/пункційно/при довіреному розтині	III ІОХВ орган/порожнина ☐ гнійні виділення по дренажу, який встановлений в порожнину/орган в нормі не колонізований мікроорганізмами або ☐ при обстеженні (візуалізації) знайдено запальний процес або абсцес в органі/порожнині, що дотичні до оперативного втручання або ☐ ідентифіковано мікроорганізм із зразка, що взятий із органу/порожнини⁵	
Інші післяопераційні ускладнення: ☐ неінфекційні місцеві ускладнення в області післяопераційної рани (наприклад, кровотеча або аномальна реакція з боку шкіри) Смерть пацієнта: р. Причина смерті:			
Результати бактеріологічного обстеження⁶	Зразок взято Дата: р. вид матеріалу:	Ідентифікований мікроорганізм(и): 1. 2. 3.	Чутливість до АМП: 1. 2. 3.

Дата заповнення форми: р. Форма перевірена⁶: ☐ так ☐ ні Підпис:

Примітка:

спостереження протягом 30 днів після проведення оперативного втручання.

² взаємодія із пацієнтом починаючи з оперативного втручання (ОВ): видалення/заміна пов'язки (ЗП), огляд лікуючим лікарем в стаціонарі (ОЛ), виписка із стаціонару (ВС), огляд лікуючим лікарем на дому або в амбулаторних умовах (ОД), опитування лікуючим лікарем по телефону (ОТ), повторне поступлення (ПП), повторне оперативне втручання (ПОВ), наслідок завершення (НЗ) із вказанням причини (наприклад, відмова від подальшого лікування або виписка під нагляд сімейного лікаря).

³ для кожної події зазначається дата призначення антимікробного препарату (АМП) та його назва (якщо антибіотик не призначається, необхідно зазначити «ні»).

⁴ зазначаються (при наявності) та відзначаються у відповідній графі (поверхнева/глибока ІОХВ або ІОХВ орган/порожнина): виділення по дренажу (гнійні, кров'янисті, зміна кольору /на, тощо); біль/болісність в області рани, якщо це є неінфікованим симптомом; локальний набряк, почервоніння шкіри, підвищення температура шкіри в області післяопераційної рани; будь-яке погіршення стану хворого як суб'єктивного так і об'єктивного характеру (наприклад, гіпертермія, загальне нездужання, зниження артеріального тиску, підвищення частоти серцевих скорочень тощо).

⁵ більшість післяопераційних ран швидко колонізуються мікроорганізмами, тому виділення збудника має діагностичну цінність лише при правильно взятому зразку для дослідження (матеріал набирається в асептичних умовах лише у пацієнтів, які мають симптоми ІОХВ).

⁶ форма перевіряється та підписується працівником ВІК, який відповідальний за ІОХВ або статистиком.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

ПОРЯДОК
профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних
з наданням медичної допомоги, в закладах охорони здоров'я, які надають
медичну допомогу в стаціонарних умовах

I. Загальні положення

1. Цей Порядок визначає організацію профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги (далі – ПНМД) в закладах охорони здоров'я, що надають медичну допомогу в стаціонарних умовах (далі – ЗОЗ), незалежно від форми власності та незалежно від їх відомчого підпорядкування.

2. Виконання цього Порядку у ЗОЗ забезпечує його керівник, у клінічних структурних підрозділах – відділ з інфекційного контролю (далі – ВІК) та керівники структурних підрозділів.

3. У цьому Порядку терміни та умовні скорочення вживаються у такому значенні:

вентилятор-асоційована пневмонія (далі – ВАП) – група ПНМД, що розвиваються у пацієнта в результаті інтубації та подальшої механічної вентиляції легень;

група ризику – соціальна група, стосовно якої є прямі епідеміологічні дані про те, що у її представників через певні об'єктивні чинники частіше за

представників загального населення розвиваються захворювання або щодо якої є обґрунтовані припущення фахівців про високий рівень такого ризику;

інфекція області хірургічного втручання (далі -- ІОХВ) - група ІПНМД, що розвиваються у пацієнта в результаті хірургічного втручання;

катетер-асоційовані інфекції кровотоку (далі -- КАІК) -- група ІПНМД, що розвиваються у пацієнта в результаті використання судинного катетера для введення лікарських засобів, забору проб крові або інших медичних процедур;

катетер-асоційовані інфекції сечовивідних шляхів (далі -- КАІСВШ) -- група ІПНМД, що розвиваються у пацієнта в результаті використання сечового катетера;

фактори ризику -- це потенційно небезпечні для здоров'я фактори поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього та виробничого середовищ, що підвищують вірогідність розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливого результату;

фоновий рівень ІПНМД -- мінімальний рівень захворюваності на ІПНМД, який притаманний окремому ЗОЗ. Фоновий рівень ІПНМД встановлюється на підставі рутинного епідеміологічного нагляду за ІПНМД протягом не менше 12 місяців та епідеміологічного аналізу;

АМП -- антимікробний препарат;

ГРДС -- гострий респіраторний дистрес-синдром;

НІВІПН -- неінвазивна вентиляція легень із позитивним тиском;

ПІК -- профілактика інфекцій та інфекційний контроль;

СОП -- стандартна операційна процедура;

ІШВЛ -- штучна вентиляція легень.

Інші терміни у цьому Порядку вживаються у значеннях, наведених в Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про захист населення від інфекційних хвороб» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

4. Загальними адміністративними заходами, які забезпечуються ЗОЗ для профілактики ІПНМД є:

1) створення ВІК, відповідно до Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи/закладу надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____;

2) затвердження плану дій з ППК;

3) наявна електронна база даних із врахуванням можливості вирахування днів використання катетеру (катетер-днів) для КАІК, КАІСВІІ, відсотку днів ШВЛ, в які визначалася необхідність в подальшій інтубації, та розповсюдженості ІПНМД в ЗОЗ;

4) затвердження СОП з постановки та догляду за внутрішньосудинними катетерами, сечовими катетерами, інтубаційними та трахеостомічними трубками, профілактики ІОХВ;

5) проведення навчання, підготовки і перевірки знань щодо виконання СОП з постановки та догляду за внутрішньосудинними катетерами, сечовими катетерами, інтубаційними та трахеостомічними трубками, профілактики ІОХВ;

6) наявність у ЗОЗ мікробіологічної лабораторії або договору із мікробіологічною лабораторією, або іншим ЗОЗ, у якого є мікробіологічна лабораторія;

7) затвердження щорічного звіту ВІК з ППК.

5. Результатом приєднання КАІК, ВАП, ІОХВ, КАІСВІІ є подовження строків перебування пацієнта в стаціонарі та збільшення витрат на його лікування.

6. Контроль за КАІК, ВАП, ІОХВ, КАІСВІІ здійснюється шляхом проведення рутинного епідеміологічного нагляду відповідно до Порядку здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____.

II. Профілактика катетер-асоційованих інфекцій кровотоку

1. Групи ризику щодо КАІК:

1) пацієнти відділень анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії (дальше – ВАРІТ) та палат інтенсивної терапії, що обумовлено частим введенням декількох катетерів, використанням катетерів, які встановлюються виключно пацієнтам ВАРІТ і пов'язані з високими ризиками (наприклад, катетеризація легеневої артерії), довготривалим використанням катетерів, а також фактом постановки катетерів у надзвичайних обставинах;

2) пацієнти, які знаходяться на постійному гемодіалізі;

3) пацієнти з онкологічними захворюваннями;

4) пацієнти після оперативних втручань.

2. Фактори ризику щодо КАІК:

1) довготривале перебування в стаціонарі до катетеризації;

2) довготривале або більше рекомендованого терміну використання катетера;

3) високий ступінь мікробної колонізації в місці введення катетера (наприклад, пахова ділянка);

4) катетеризація внутрішньої яремної вени;

5) катетеризація стегнової вени у дорослих;

6) нейтропенія;

7) недоношеність;

8) недоукомплектованість ВАРІТ сестрами медичними;

9) повне парентеральне харчування;

10) нестандартизований догляд за катетером (наприклад, працівники не пройшли підготовку щодо правильного догляду за катетером);

11) переливання препаратів крові у дітей.

3. До основних заходів щодо профілактики і моніторингу КАІК входять: загальні адміністративні заходи ЗОЗ, що наведені у пункті 5 розділу I цього Порядку, та спеціальні адміністративні заходи, які наведені у пункті 4 цього розділу, моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок щодо КАІК, заходи перед постановкою катетера, заходи після встановлення катетера, додаткові заходи профілактики КАІК.

4. Спеціальні адміністративні заходи профілактики КАІК:

1) співвідношення сестер медичних до пацієнтів у ВАРІТ – щонайменше одна сестра медична на двох пацієнтів;

2) забезпечити ВАРІТ сестрами медичними, які працюють на повний робочий день (ВАРІТ – основне місце роботи);

3) вносити в щоденник форми первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №__», форми первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів №__», форми первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № __», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 21 січня 2016 року № 29), зареєстровані в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975) або до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я (далі – медична карта стаціонарного хворого) наступні дані:

покази для введення катетера;

дата і час введення катетера;

медичний працівник, який провів процедуру;

дата і час видалення катетера.

5. Моніторинг, оцінка і зворотній зв'язок щодо КАІК:

1) вимірювати частоту розвитку КАІК на 1000 катетер-днів в кожному із відділень окремо для периферичних і центральних катетерів;

2) порівнювати результати за квартал, півроку та рік і співставляти їх із регіональними або загальнонаціональними даними;

3) мінімум раз на рік, під час навчальних сесій, повідомляти отримані результати медичним працівникам та, під час затвердження щорічного звіту ВІК з ППК, керівництву ЗОЗ.

6. Заходи перед постановкою катетера:

1) щоденна обробка шкіри пацієнтів ВАРІТ (всього тіла) 2% розчином хлоргексидину, окрім дітей віком до двох місяців, у яких необхідно використовувати 70% розчин спирту;

2) гігієнічна обробка рук перед одяганням рукавичок відповідно до додатку 1 до Інструкції з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України _____ за № _____ (далі – Інструкція).

7. Заходи під час постановки катетера:

1) використання СОП із контрольним списком послідовності дій для постановки катетера, примірну СОП «Контрольний список послідовності дій для постановки центрального судинного катетера» наведено у додатку 1 до цього Порядку;

2) виконання процедури виключно у асептичних умовах;

3) використовуйте переносний маніпуляційний столик або пабір для постановки/заміни центрального судинного катетера, що містять все необхідне для асептичної постановки/заміни (перелік слід зазначити у відповідному СОП), і легко доступні у відділеннях, де проводиться катетеризація центральних судин;

4) для забезпечення асептики під час постановки/заміни по провіднику центрального судинного катетера медичні працівники, які приймають участь у постановці катетера, мають бути одягнені у стерильні одноразові халат і шапочку/хустинку захищені від інфекційних агентів, медичну (хірургічну) маску, захисні окуляри/щиток і медичні рукавички;

5) під час процедури встановлення центрального судинного катетеру пацієнт накривається стерильною серветкою, яка покриває все тіло;

6) використовувати хлоргексидиновий антисептик для підготовки шкіри перед процедурою (слід нанести на шкіру спиртовмісний антисептик із 2% хлоргексидином або 70% спиртом у дитини до двох місяців, який має висохнути до початку процедури);

7) не рекомендовано катетеризувати стегнову вену у дорослих пацієнтів із ожирінням;

8) не рекомендовано катетеризувати яремну вену у пацієнтів із встановленою трахеостомою;

9) використовувати периферичний судинний доступ з метою зниження ризиків розвитку ППНМД нецільово;

10) катетеризацію внутрішньої яремної вени слід проводити в супроводі ультразвукової візуалізації.

8. Заходи після встановлення катетера:

1) продезінфікувати закрутки, порти та безголкові сполучення перед початком маніпуляцій із катетером;

у разі відсутності видимого забруднення - протерти 70% спиртом або 2% розчином хлоргексидину або повідон-йодом;

у разі видимого забруднення – очистити зони забруднення шляхом механічного тертя, протягом мінімум п'яти секунд, із застосуванням 70% спирту або 2% розчину хлоргексидину або повідон-йоду;

під час очищення і дезінфекції катетера особливу увагу звернути на порти та розгалуження, оскільки ці ділянки найчастіше колонізовані мікроорганізмами в більшості випадків при стандартному застосуванні катетера;

2) видаляти катетер одразу після закінчення необхідності в ньому (наприклад, оцінювати необхідність катетера під час щоденного обходу);

3) рекомендовано надавати перевагу прозорим пов'язкам просякнутих хлоргексидином перед марлевими, окрім випадків коли наявні виділення із місця проколу, до їх зникнення;

4) замінювати прозорі пов'язки і виконувати догляд за ділянками шкіри із антисептиком, що містить хлоргексидин, кожні п'ять-сім днів або одразу, якщо пов'язка забруднена чи пошкоджена;

5) марлеві пов'язки змінювати кожні два дні або одразу, якщо пов'язка забруднена, волога чи пошкоджена;

6) пов'язки можна замінювати рідше, ніж вказано вище, у випадках, коли існує великий ризик зміщення центрального судинного катетера;

7) використовувати антимікробні мазі під час догляду за катетерами (в області проколу), що використовуються для проведення гемодіалізу (повідон-йодову або поліспоринову мазь, у разі сумісності із матеріалом катетеру; заборонено використовувати мупіроцинову мазь через ризики формування резистентності та пошкодження поліуретанових катетерів).

9. Додаткові заходи з профілактики КАІК (використовуються лише у випадках високого рівня розповсюдженості КАІК в ЗОЗ, при умові, що всі заходи відповідно до пунктів 6-8 цього розділу запроваджені і дотримуються):

1) використання катетерів імпрегнованих антимікробними або антисептичними засобами (наприклад, міноциклін-рифампін або хлоргексидин-сульфадіазин срібла) у пацієнтів, які:

мають обмежений венозний доступ та рецидивуючу КАІК в анамнезі;

мають високий ризик ускладнень від КАІК (наприклад, після трансплантації серцевого клапану);

2) використання просякнених хлоргексидином пов'язок у пацієнтів віком від двох місяців у ВАРІТ (додатково до щоденної обробки шкіри хлоргексидином).

ІІІ. Профілактика інфекцій області хірургічного втручання

1. Фактори ризику щодо ІОХВ:

1) колонізація бактеріями області хірургічного втручання (наприклад, при оперативних втручаннях на кишківнику або в ротоглотці ризик розвитку ІОХВ вищий ніж при операціях на кістках);

2) вірулентність мікроорганізмів (наприклад, кількість коагулазопозитивних стафілококів, що необхідна для розвитку ІОХВ, нижча ніж кількість коагулазонегативних стафілококів);

3) середовище рани (наприклад, наявність некротичних залишків тканин в області хірургічної рани збільшує ризик розвитку ІОХВ);

4) захисні механізми організму, що ослаблені при наявності наступних захворювань та станів:

цукровий діабет;

тютюнолаління;

гормональна терапія;

недоїдання;

довготривале перебування в стаціонарі до оперативного втручання;

колонізація носоглотки *Staphylococcus aureus*;

періопераційне переливання крові;

5) використання медичних виробів обмеженого використання, що пройшли очищення, дезінфекцію і стерилізацію (репроцесинг), а не одноразових;

6) багаторазове використання одноразових медичних виробів.

2. Класифікація ран у відповідності до ризику розвитку ІОХВ:

1) чисті під час оперативного втручання відсутнє проникнення у колонізовану нормальною мікрофлорою частину тіла або порожнину при запланованих та контрольованих обставинах (ризик розвитку ІОХВ мінімальний і пов'язаний із мікроорганізмами зовнішнього середовища, операційної бригади або мікроорганізмами, що знаходяться на шкірі пацієнта);

2) чисті забруднені – під час оперативного втручання наявне проникнення у колонізовану нормальною мікрофлорою частину тіла або порожнину при запланованих та контрольованих обставинах (ризик розвитку ІОХВ незначний та може бути знижений шляхом профілактичних заходів);

3) забруднені – місце оперативного втручання сильно забруднене при відсутності вираженого запального процесу інфекційного характеру (ризик розвитку ІОХВ середній та лише незначно може бути знижений шляхом профілактичних підходів);

4) брудні – оперативне втручання проводиться в місці вираженого запального процесу інфекційного характеру (високий ризик розвитку ІОХВ).

3. Профілактика ІОХВ включає, але не обмежується ними, наступні заходи: парентеральна АМП-профілактика, непарентеральна АМП-профілактика, забезпечення нормотермії, контроль глікемії, оксигенація, антисептична профілактика.

4. Заходи парентеральної периопераційної антибіотикопрофілактики проводяться відповідно до медико-технологічних документів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

5. Заходи непарентеральної АМП-профілактики:

1) наносити АМП (наприклад, мазі, розчини, порошки) на хірургічний розтин для профілактики ІОХВ не рекомендовано;

2) шовний матеріал покритий триклозаном може використовуватися з метою профілактики ІОХВ;

3) пов'язки просякненні АМП можуть використовуватися після первинного закриття рани з метою профілактики ІОХВ.

6. Контроль глікемії:

1) забезпечити периопераційний рівень глюкози в крові менше 9,9 ммоль/л у пацієнтів з діабетом та без нього;

2) контролювати рівень глікованого гемоглобіну не обов'язково в периопераційний період.

7. В периопераційний період у пацієнта необхідно забезпечити нормотермію.

8. Оксигенотерапія:

1) пацієнтам із нормальною функцією легень, яким проводиться загальна анестезія з ендотрахеальною інтубацією, вентиляція легень здійснюється із підвищеною фракцією кисню, як під час операції так і після екстубації в ранній післяопераційний період;

2) інтраопераційне ведення пацієнтів, яким проводиться нейроаксіальна анестезія, із нормальною функцією легень використання подачі повітря через маску із підвищеною фракцією кисню може застосовуватися з метою зменшення ризику розвитку IOXB;

3) післяопераційне ведення пацієнтів із нормальною функцією легень із використанням подачі повітря через маску або носові канюлі із підвищеною фракцією кисню малоефективне для зменшення ризику розвитку IOXB.

9. Заходи антисептичної профілактики:

1) пацієнт повинен прийняти ванну або душ із використанням мила або з іншим антисептичним засобом мінімум на ніч перед операційним днем;

2) для прийому душу пацієнтам може бути рекомендовано використання мочалок із хлоргексидину-глюконатом для зменшення ризику розвитку IOXB;

3) інтраопераційну підготовку шкіри необхідно проводити спиртовмісним розчином, у разі відсутності протипоказань у пацієнта;

4) використання адгезивів з/без АМП не є обов'язковим для профілактики IOXB;

5) замочування протезів в антисептичних розчинах перед імплантацією не є обов'язковим для профілактики IOXB;

6) проведення антисептичної обробки шкіри безпосередньо перед закриттям рани не показано для профілактики IOXB;

7) уникати видалення волосся у місці запланованого розрізу, а в разі необхідності, обстригати тримером безпосередньо перед початком оперативного втручання в передопераційній.

10. Профілактика ІОХВ, які пов'язані із протезуванням суглобів:

1) утримуватися від переливання крові або її препаратів з метою профілактики ІОХВ заборонено;

2) системна імуносупресивна терапія:

використання системних кортикостероїдів та інших системних імуносупресивних препаратів з метою зменшення ризику розвитку ІОХВ не показано;

у пацієнтів, які отримують системні кортикостероїди або інші системні імуносупресори, не рекомендовано повторне введення АМІ із профілактичною метою після закриття рани в операційній, навіть при наявності дренажу;

внутрішньосуглобова ін'єкція кортикостероїдів не показана з метою зменшення ризику розвитку ІОХВ.

11. Фоновий відсоток розвитку ІОХВ для різних класів ран повинен становити:

- 1) чисті рани – менше 2%;
- 2) чисті забруднені рани – менше 5%;
- 3) забруднені рани – менше 10%;
- 4) брудні рани – менше 20%;
- 5) протезування суглобів – менше 6%.

Перевищення фонового відсотку розвитку ІОХВ свідчить про наявність спалаху ПНМД в ЗОЗ та необхідність проведення його розслідування і ліквідації відповідно до розділу VIII цього Порядку.

IV. Профілактика катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів

1. Групи ризику щодо КАІСВШ:

- 1) пацієнти ВАРІТ та палат інтенсивної терапії;
- 2) пацієнти після оперативних втручань;
- 3) люди похилого віку;
- 4) пацієнти жіночої статі;
- 5) пацієнти з імуносупресивними станами.

2. Фактори ризику щодо КАІСВШ:

- 1) довготривале або більше рекомендованого терміну використання катетера;
- 2) недоукомплектованість ВАРІТ сестрами медичними;
- 3) нестандартизований догляд за катетером (наприклад, працівники не пройшли підготовку щодо правильного догляду за катетером).

3. До основних заходів профілактики і моніторингу КАІСВШ входять: належне використання катетеру, загальні адміністративні заходи ЗОЗ наведені у пункті 5 розділу І цього Порядку та спеціальні адміністративні заходи, наведені у пункті 5 цього розділу, заходи щодо постановки сечового катетеру, догляд за сечовим катетером, додаткові заходи профілактики КАІСВШ.

4. Належне використання катетеру:

- 1) встановлювати катетер лише при наявності показань, що наведені в додатку 2 до цього Порядку;
- 2) звести до мінімуму постановки сечових катетерів у пацієнтів із високим ризиком розвитку КАІСВШ (групи ризику наведені в пункті 1 цього розділу);
- 3) використання сечових катетерів у пацієнтів похилого віку з метою контролю нетримання сечі заборонено;

4) використовувати сечові катетери у операційних пацієнтів лише за показаннями;

5) у операційних пацієнтів, при встановленні сечового катетера за показаннями, видалити його одразу після зникнення необхідності в його використанні;

6) не рекомендовано використовувати рутинну катетеризацію сечового міхура у пацієнток в періопераційний період кесаревого розтину;

7) розглянути можливість використання альтернатив уретральній катетеризації у деяких груп пацієнтів:

рекомендовано використовувати зовнішні катетери у пацієнтів чоловічої статі без затримки сечі або блоку сечового міхура;

рекомендовано використовувати періодичну катетеризацію сечового міхура у пацієнтів із пошкодженням спинного мозку (нейрогенна затримка сечі);

рекомендовано використовувати періодичну катетеризацію у пацієнтів із дисфункцією сечового міхура;

з метою зниження ризику погіршення функції сечовивідних шляхів у дітей з мієломенингоцеле та нейрогенним сечовим міхуром рекомендовано використовувати періодичну катетеризацію.

5. Спеціальні адміністративні заходи для профілактики КАІСВШ:

1) до постановки і обслуговування сечових катетерів допускаються виключно медичні працівники, які пройшли навчання і підготовку;

2) вписати в щоденник медичної карти стаціонарного хворого наступні дані:

покази для введення катетера;

дата і час введення катетера;

медичний працівник, який провів процедуру;

позначення про заходи по догляду;

щоденне позначення щодо необхідності подальшого використання;

позначення щодо негативних подій (наприклад, ненавмисне видалення, обструкція, пошкодження катетеру із подальшою заміною);

дата і час видалення катетера;

3) використовувати трьохходові (трьохпортові) катетери;

4) проводити моніторинг, оцінку і надавати зворотній зв'язок щодо КАІСВІШ:

вимірювати частоту розвитку КАІСВІШ на 1000 катетер-днів в кожному із відділень;

порівнювати результати за квартал, півроку та рік і співставляти їх із регіональними або загальнонаціональними даними;

мінімум раз на рік, під час проведення навчання і підготовки з ІПК, повідомляти отримані результати медичним працівникам та, під час затвердження щорічного звіту ВІК з ІПК, керівництву ЗОЗ.

6. Заходи щодо постановки сечового катетеру:

1) виконати практику гігієни рук безпосередньо перед та після постановки сечового катетера або будь-яких маніпуляцій із ним відповідно до додатку І до Інструкції;

2) під час постановки катетера використовувати асептичну техніку і стерильне обладнання:

для постановки сечового катетеру підготувати стерильні медичні рукавички, петлюшку, одноразову губку, антисептик (використовувати лише після перевірки переносимості) або стерильний фізіологічний розчин для периуретральної очистки та одноразовий пакет із змащувальною речовиною для введення;

використовувати антисептичні змащувальні речовини не рекомендовано;

3) після введення катетера надійно його закріпити аби попередити розтягнення уретри;

4) рекомендовано використовувати катетери із найменшим можливим діаметром задля запобігання травм шийки сечового міхура і уретри;

5) якщо використовується періодична катетеризація, проводити її через однакові проміжки часу з метою попередження надмірного розширення сечового міхура;

6) рекомендовано використовувати ультразвукову візуалізацію для оцінки кількості сечі в міхурі та уникнення непотрібних періодичних катетеризацій.

Примірну СОП щодо постановки сечового катетеру наведено в додатку 3 до цього Порядку.

7. Догляд за сечовим катетером:

1) після асептичного введення сечового катетера підтримувати дренажну систему закритою;

2) у випадках коли відбулося роз'єднання дренажної системи, замінити катетер використовуючи асептичну техніку;

3) рекомендовано використовувати системи сечового катетеру з попередньо герметично з'єднаними трубками;

4) не рекомендовано планово замінювати катетер;

5) слідкувати за тим аби безперервний і безперешкодний відтік сечі не порушувався;

6) збірний мішок має знаходитися нижче рівня сечового міхура;

7) збірний мішок заборонено класти на підлогу;

8) спорожнювати збірний мішок регулярно (не чекати до повного заповнення), використовуючи чистий контейнер, окремий для кожного пацієнта;

9) при спорожненні збірного мішка заборонено допускати торкання зливного патрубку із контейнером;

10) при спорожненні збірного мішка дотримуватися стандартних заходів захисту -- використовувати медичні рукавички і халат/фартух захисний від інфекційних агентів при будь-яких маніпуляціях із катетером або системою збору;

11) складні сечові дренажні системи із використанням механізмів для зменшення проникнення мікроорганізмів (наприклад, із антисептичним картриджем в дренажному порті) не є необхідними в повсякденному використанні;

12) заміну постійних сечових катетерів та збірних мішків здійснювати лише за показаннями (наприклад, КАІСВШ, обструкція або порушення цілісності закритої системи);

13) системні АМП у пацієнтів із безсимптомною бактеріурією після видалення катетера (наприклад, бактеріурія у пацієнтів після урологічного оперативного втручання) призначати не рекомендовано;

14) не рекомендовано обробляти периуретральну зону антисептиками після встановлення катетера, звичайного миття з милом (наприклад, під час прийняття щоденної ванни або душу) достатньо;

15) у випадках відсутності ризику обструкції катетера промивання (іригація) сечового міхура не рекомендоване;

16) у разі ризику обструкції катетера (наприклад, внаслідок кровотечі в післяопераційний період при втручаннях на сечовому міхурі чи простаті) рекомендована планова закрита іригація сечового міхура;

17) у разі відсутності клінічних показань, для промивання сечового міхура не рекомендовано використовувати АМП;

18) заповнення збиральних мішків розчинами АМП або антисептиками не рекомендовано;

19) при видаленні сечового катетера заборонено перекривати відтік сечі;

20) при необхідності забору сечі на аналіз (клінічний чи мікробіологічний) забір проводити в асептичних умовах, а саме:

перед маніпуляцією провести практику гігієнічної обробки рук;

обробити порт для забору зразків антисептиком;

аспірувати сечу за допомогою шприца;

повторно обробити порт антисептиком;

при необхідності забору великої кількості сечі для аналізу (окрім посіву на флору та чутливість) зразок набирати із збирального мішка із дотриманням правил асептики;

21) лікуючому лікарю проводити щоденний огляд всіх пацієнтів із сечовими катетерами з метою визначення необхідності їх подальшого використання.

8. Додаткові заходи профілактики КАІСВІІІ (використовуються лише у випадках високого рівня розповсюдженості КАІСВІІІ в ЗОЗ, при умові, що всі заходи відповідно до пунктів 4, 6, 7 цього розділу запроваджені і дотримуються):

1) використовувати просякненняї антимікробними або антисептичними речовинами катетери;

2) рекомендовано надавати перевагу катетерам, що виготовлені із гідрофільних речовин при періодичній катетеризації;

3) рекомендовано використовувати силіконові або вкриті силіконом катетери.

V. Профілактика вентилятор-асоційованих пневмоній

1. Пацієнти, які знаходяться на ШВЛ мають високий ризик розвитку ВАП, що за різними даними коливається в межах 5-20%.

2. Окрім ВАП, пацієнти на ШВЛ схильні до багатьох інших ускладнень – ГРДС, пневмоторакс, тромбоемболія легеневої артерії, лобарний ателектаз і набряк легень.

3. ВАП та інші ускладнення ШВЛ збільшують витрати на лікування та відсоток летальності.

4. Групи ризику щодо ВАП:

- 1) пацієнти ВАРІГ;
- 2) пацієнти з онкологічними захворюваннями.

5. Фактори ризику щодо ВАП:

- 1) довготривале перебування в стаціонарі до інтубації;
- 2) довготривала або більше рекомендованого терміну ШВЛ;
- 3) нейтропенія;
- 4) недопошеність;
- 5) недоукомплектованість ВАРІГ середніми медичними працівниками;
- 6) нестандартизований догляд за ендотрахсальною трубкою (наприклад, працівники не пройшли підготовку щодо правильного догляду).

6. До основних заходів щодо профілактики ВАП у дорослих належать: за можливості уникати інтубації, мінімізація седації, ранні фізичні навантаження і мобілізація, мінімізація накопичення виділень над манжетой ендотрахеальної трубки, положення хворого в ліжку, спеціальні підходи та додаткові заходи профілактики ВАП.

7. Уникати інтубації, якщо це можливо:

1) НІВІПТ рекомендовано використовувати у пацієнтів із гострою гіперкапічною (гіперкабічною) або гіпоксичною дихальною недостатністю, які вторинні по відношенню до хронічного обструктивного захворювання легень або кардіогенної застійної серцевої недостатності;

2) не рекомендовано використовувати НІВІПТ у пацієнтів із порушенням свідомості, гострим пошкодженням легень, ГРДС, тяжких гіпоксемії та ацидемії і при подовженні термінів НІВІПТ для пацієнтів, у яких ядуха або газообмін не здатні швидко реагувати на НІВІПТ (застосування НІВІПТ в таких випадках лише відстрочує необхідну інтубацію).

8. Мінімізувати седацію:

1) за можливості, інтубованих пацієнтів слід вести без застосування седативних препаратів;

2) не рекомендовано використовувати протоколи і схеми ведення пацієнтів, які знаходяться на ШВЛ, із включенням бензодіазепінів;

3) у інтубованих пацієнтів рекомендовано застосовувати:

анальгетики при вираженому больовому синдромі;

заспокійливі та антипсихотичні засоби при збудженні;

керовану сепанію з щоденною оцінкою рівню болю та глибини сепанії;

4) застосовувати щоденне спонтанне пробудження у пацієнтів, які не мають протипоказів, що дозволяє оцінити необхідність подальшої планової сепанії;

5) щоденно визначати готовність до екстубації (дослідження спонтанного дихання) у пацієнтів, які не мають протипоказів;

6) рекомендовано поєднувати спонтанне пробудження із визначенням готовності до екстубації у пацієнтів, які не мають протипоказів (пацієнти в свідомості з більшою вірогідністю пройдуть випробування спонтанного дихання, аніж сеповані).

9. Ранні фізичні навантаження і мобілізація – розпочаті в найкоротші терміни фізичні навантаження і мобілізація при ШВЛ сприяють ранній екстубації, зменшують тривалість перебування у ВАРІТ та пришвидшують повернення пацієнта в звичний ритм життя.

10. Мінімізувати накопичення виділень над манжетою ендотрахеальної трубки:

1) з метою інтубації пацієнтів, яким ШВЛ може знадобитися більше 48 годин, рекомендовано використовувати ендотрахеальні трубки із дренажним портом для відсмоктування секрету, що накопичується в субглотковій (надманжетковій) ділянці;

2) не рекомендована екстубація з метою подальшої інтубації для розміщення трубки із дренажним портом.

11. Головний кінець ліжка має бути піднятий під кутом 30–45° у пацієнтів, які знаходяться на ШВЛ.

12. Дихальний/вентиляційний контур необхідно замінювати лише у випадках забруднення або при несправності (планова заміна не впливає на ризик розвитку ВАП).

13. Спеціальні підходи:

1) проводити щоденну гігієнічну обробку ротоглотки (механічна чистка зубів, обробка рота антисептиками, в тому числі хлоргексидином, санація ротової порожнини);

2) не рекомендовано використання місцевих АМП для недопущення колонізації ротоглотки через ризик розвитку захворювань, що викликані *Clostridium difficile*;

3) не рекомендовано використовувати пробіотики для зниження ризику ВАП;

4) заборонено використовувати пробіотики у інтубованих пацієнтів із захворюваннями імунної системи або інфекційними захворюваннями шлунково-кишкового тракту;

5) рекомендовано використовувати ендотрахеальні трубки з ультратонкими поліуретановими манжетами (низького тиску, високого об'єму);

6) рекомендовано вводити в трахею невелику кількість фізіологічного розчину перед санацією.

14. Додаткові заходи профілактики ВАП (використовуються лише у випадках високої частоти розповсюдженості ВАП у ЗОЗ, при умові, що всі заходи відповідно до пунктів 7–13 цього розділу запроваджені і дотримуються):

1) ендотрахеальні трубки із покриттям сріблом;

2) кінетичне ліжко.

15. Заходи, що не рекомендовані для профілактики ВАП:

1) профілактика виразки шлунку:

профілактика виразки шлунку не знижує ризик розвитку ВАП, оскільки, зменшує кислотність (збільшує рівень pH) шлункового вмісту;

у пацієнтів, які отримують ентеральне харчування, профілактика виразки шлунку може збільшити ризик розвитку ВАП;

профілактика виразки шлунку може бути призначена з причин, відмінних від профілактики розвитку ВАП;

2) рання трахеостомія;

3) раннє парентеральне харчування – початок парентерального харчування в перші 48 годин після поступлення у ВАРІТ пов'язано із високим ризиком розвитку ПНМД, в тому числі ВАП;

4) закриті системи санації трахеї і бронхів у інтубованих пацієнтів.

16. До основних заходів щодо профілактики ВАП у новонароджених належать: за можливості уникнення інтубації, мінімізація механічної вентиляції, догляд за ротовою порожниною та спеціальні підходи.

17. Слід уникати інтубації новонароджених, якщо це можливо, шляхом, наприклад використання безперервної назальної НВПТ, як альтернативи інтубації.

18. Мінімізувати тривалість механічної вентиляції у новонароджених:

1) за можливості, інтубованих новонароджених вести без застосування седативних препаратів;

2) щоденно оцінювати необхідність подальшої ШВЛ;

3) уникати незапланованих екстубацій із наступною інтубацією.

19. Рекомендовано регулярно доглядати за ротовою порожниною інтубованих новонароджених із використанням стерильного фізіологічного розчину.

20. У інтубованих новонароджених дихальний/вентиляційний контур слід замінити лише у випадку забруднення або при несправності.

21. Рекомендовані спеціальні підходи для недоношених новонароджених:

- 1) розміщувати дитину у ліжку на боці;
- 2) розміщувати дитину на ліжку під кутом 45°;
- 3) використання закритих систем для санації трахеї і бронхів.

22. Заходи, що не рекомендовані для профілактики ВАП у новонароджених:

- 1) використовувати для санації ротової порожнини антисептики;
- 2) антагоністи H2-гістамінових рецепторів – підвищують ризик розвитку ШНМД, в тому числі ВАП;
- 3) антибіотики широкого спектру дії з профілактичною метою – підвищують ризик розвитку некротичного ентероколіту, збільшують терміни перебування у ВАРІТ та летальність/смертність.

23. Заходи, що заборонені у недоношених новонароджених:

- 1) переривати санацію з метою оцінки необхідності подальшої санації;
- 2) використовувати пробіотики і синбіотики.

24. До основних заходів щодо профілактики ВАП у дітей відносять: за можливості уникати інтубації, мінімізація тривалості механічної вентиляції, гігієна ротової порожнини, розміщення в ліжку та догляд за апаратом ШВЛ.

25. Уникати інтубації дітей, якщо це можливо:

- 1) ШВЛТ рекомендовано використовувати у дітей із гострою гіперкапічною (гіперкарбічною) або гіпоксичною дихальною недостатністю, які вторинні по відношенню до хронічного обструктивного захворювання легень або кардіогенної застійної серцевої недостатності;

2) не рекомендовано використовувати НІВІПТ у дітей із порушенням свідомості, гострим пошкодженням легень, ГРДС, тяжких гіпоксемії та ацидемії і при подовженні термінів НІВІПТ для дітей, у яких ядуга або газообмін не здатні швидко реагувати на НІВІПТ (застосування НІВІПТ в таких випадках лише відстрочує необхідну інтубацію);

3) рекомендовано використовувати седацію під час проведення НІВІПТ.

26. Мінімізувати тривалість механічної вентиляції у дітей:

1) щоденно оцінювати готовність до екстубації у дітей, які не мають протипоказів;

2) уникати незапланованих екстубацій із наступними інтубаціями.

27. Забезпечити регулярний догляд за порожниною рота дитини:

1) рекомендовано починати гігієну ротової порожнини через 2-3 дні після народження – після кожного годування протираги ясна марлевою серветкою з метою видалення нальоту та залишків їжі;

2) при прорізуванні зубів, чистити їх двічі на день зубною пасткою і водою;

3) фторвмісні зубні пастки рекомендовані після досягнення дитиною дворічного віку;

4) після проведення гігієнічних процедур порожнини рота, прополоскати її та санувати;

5) для підтримки слизової оболонки рота і губ в чистоті та зволуженими, рекомендовано використовувати губки змочені в безалкогольному і непероксидному ополіскувачі для порожнини рота.

28. Слід тримати піднятим головний кінець ліжка у інтубованих дітей.

29. Замінювати дихальні контури у інтубованих дітей необхідно лише при видимому забрудненні або несправності.

30. У інтубованих дітей рекомендовано регулярно видаляти конденсат із дихального контуру, уникаючи його потрапляння на пацієнта.

31. Перед зміною позиції тіла дитини на ліжку слід проводити санацію ротової порожнини.

32. У дітей з метою інтубації слід використовувати ендотрахеальні трубки з манжетами. Підтримувати тиск в манжеті необхідно таким, аби забезпечити мінімальну оклюзію (попередити витік повітря навколо ендотрахеальної трубки) – зазвичай, тиск в манжеті повинен становити 200 мм водного стовпчика.

33. Інтубованим дітям не рекомендовано призначати пробіотики з профілактичною метою.

34. У дітей старше 10 років для довготривалої інтубації рекомендовано використовувати ендотрахеальні трубки із дренажним портом для відсмоктування секрету, що накопичується в субглотковій ділянці.

35. Не рекомендовано застосовувати для профілактики ВАП у дітей:

- 1) системну антибіотикотерапію при ШВЛ-асоційованому трахеобронхіті;
- 2) місцеві АМП для недопущення колонізації ротоглотки через ризик розвитку захворювань, що викликані *Clostridium difficile*;
- 3) хлоргексидиновмісні засоби для догляду за ротовою порожниною;
- 4) лікарські засоби для профілактики стресової виразки шлунку;
- 5) ранню трахеостомію;
- 6) ендотрахеальні трубки покриті сріблом;
- 7) закриті системи санації трахеї і бронхів.

VI. Профілактика захворювань, спричинених *Clostridium difficile*

1. До факторів ризику виникнення захворювань, спричинених *Clostridium difficile* відносять:

- 1) антибіотикотерапія;

захворювання, що викликані *Clostridium difficile* (далі – КДІ) спровоковані використанням антибіотиків (найбільший ризик пов'язаний із застосуванням фторхінолонів, цефалоспоринів третього та четвертого покоління і кліндаміцину);

регулярне використання антибіотиків у тваринництві може призводити до спалахів КДІ на певній території;

2) ПНМД:

пацієнти можуть інфікуватися в будинках для людей похилого віку та лікарнях (захворювання розвивається внаслідок перорального передавання збудника після контакту із контамінованими спорами предметами і поверхнями, при чому медичні працівники можуть бути переносниками клостридій у разі недотримання правил гігієни рук);

довготривала госпіталізація або перебування в будинку для людей похилого віку – незалежні фактори ризику розвитку КДІ;

постійне вживання лікарських засобів для зниження продукції шлункової кислоти (наприклад, антагоністи H2-рецепторів та інгібітори протонної помпи).

2. Заходи з профілактики КДІ та ізоляції пацієнтів:

1) затвердити алгоритм дій медичних працівників при виявленні підозри, ймовірного або підтвердженого випадку КДІ;

2) пацієнтів із КДІ ізолювати у одномісну кімнату із туалетом;

3) контактних заходів захисту дотримуватися протягом всього часу перебування пацієнта в закладі;

4) дотримуватися рекомендованих практик гігієни рук відповідно до додатку 1 до Інструкції;

5) використовувати індивідуальні прилади для даної групи пацієнтів (наприклад, термометри, тонометри, стетоскопи тощо);

6) пацієнт має щоденно приймати душ або ванну із милом.

3. Підтвердження КДІ:

1) працівниками клінічного структурного підрозділу проводиться оцінка необхідності тестування – слід провести диференційну діагностику із іншими захворюваннями, що можуть супроводжуватися діареєю;

2) перед дослідженням калу на *Clostridium difficile* не менше ніж за 48 годин необхідно відмінити послаблюючі лікарські засоби та впевнитися, що симптоми зберігаються;

3) повторне дослідження калу на *Clostridium difficile* не рекомендовано проводити з метою оцінки ефективності лікування (результати можуть бути позитивними близько шести тижнів);

4) працівники лабораторії повинні проводити періодичні планові (щонайменше раз на півроку) перевірки несформованого калу, що доставлений в лабораторію, на *Clostridium difficile* та її токсини;

5) в разі підтвердження КДІ, працівники лабораторії повинні негайно сповістити лікуючого лікаря.

4. Заходи щодо очищення і дезінфекції:

1) розробити та затвердити СОП щоденного і генерального прибирання у палаті/кімнаті, де перебуває пацієнт із КДІ;

2) щоденне прибирання та обробку в палаті/кімнаті проводити із використанням дезінфекційних засобів із спороцидним ефектом;

3) проводити щоденну обробку дезінфекційним засобом всіх поверхонь, що мають безпосередній контакт із пацієнтом та в зоні догляду пацієнта, в тому числі туалетної/ванної кімнати, всіх поверхонь, що мають високий ризик доторкування (наприклад, ручки дверей);

4) в разі необхідності використання медичного обладнання для іншого пацієнта, провести обробку такого обладнання дезінфекційним засобом;

5) при відвідуванні пацієнтом підрозділів лікарні (наприклад, кабінет УЗД або відділення радіології) слід провести обробку дезінфекційним засобом об'єктів середовища до яких він торкався:

6) необхідно проводити обробку дезінфекційним засобом рухомих об'єктів у лікарні (наприклад, маніпуляційний столик) після перебування їх у палаті/кімнаті, де знаходиться пацієнт із КДІ;

7) як додатковий захід із профілактики розповсюдження КДІ рекомендовано використовувати ультрафіолетове опромінення поверхонь після проведення їх очищення і дезінфекції.

5. Клінічний провізор ВІК проводить оцінку доцільності призначення антибіотиків, особливо із групи фторхінолонів, цефалоспоринів третього і четвертого поколінь і кліндаміцину.

6. Під час спалаху КДІ, працівникам, які проводять догляд за пацієнтами із КДІ, заборонено приймати участь у догляді за пацієнтами без КДІ.

VII. Профілактика інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичної допомоги серед медичних працівників

1. Керівник ЗОЗ повинен забезпечити умови для здійснення заходів щодо охорони здоров'я медичних працівників.

2. При прийомі на роботу в ЗОЗ медичні працівники інформуються про фактори ризику при виконанні своїх професійних обов'язків, дотримання правил попередження професійних захворювань. У подальшому не менше одного разу на півроку всі медичні працівники повинні проходити інструктаж з питань профілактики ІПНМД та безпеки праці, один раз на місяць – навчання відповідно до графіку навчання з ППК, затвердженого керівником ЗОЗ.

3. Обов'язкові профілактичні медичні огляди медичних працівників ЗОЗ проводяться відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 липня 2002 року № 280 «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб», зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 08 серпня 2002 року за № 639/6927.

4. Профілактика професійних заражень передбачає використання заходів захисту, імунізацію та хіміопротекцію, які наведені в Заходах та Засабах щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 серпня 2020 року № 1777,

zareestrowanih v Ministerstvi iusticii Ukraini 10 listopada 2020 roku za № 1110/35393.

5. У випадку професійної аварії, яка мала місце під час роботи з ВІЛ-інфікованим або біоматеріалом від ВІЛ-інфікованого, проводиться екстрена післяконтактна профілактика відповідно до Порядку проведення екстреної постконтактної профілактики у працівників при виконанні професійних обов'язків, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 листопада 2013 року № 955, зареєстрованим Міністерством юстиції України 20 листопада 2013 року за № 1980/24512.

6. Щодо кожного нещасного випадку або аварії в ЗОЗ проводяться їх облік та розслідування відповідно до Порядку проведення розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2011 року за № 1232.

VIII. Порядок розслідування та ліквідації спалаху інфекцій, що пов'язані із наданням медичної допомоги

1. ВІК проводить попередню порівняльну оцінку випадків захворювання з фоновим рівнем ПНМД в ЗОЗ. У разі підтвердження наявності спалаху ВІК складає попередній план розслідування спалаху та попередження його поширення, який затверджується керівником ЗОЗ та узгоджується із закладом громадського здоров'я, на який покладено виконання функцій епідеміологічного нагляду (спостереження) у відповідній адміністративно-територіальній одиниці (далі - ЗГЗ).

2. Для проведення розслідування причин виникнення спалаху ПНМД та його ліквідації ЗГЗ створюється прогнєпідемічна комісія (далі - комісія), до складу якої входять:

1) представник(и) ЗГЗ;

2) керівник ВІК, координатор з гігієни рук та лікар-епідеміолог ЗОЗ, в якому є спалах;

3) представник державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (за згодою);

4) представник Міністерства охорони здоров'я України (за згодою);

5) представник структурного підрозділу з питань охорони здоров'я виконавчого органу влади у відповідній адміністративно-територіальній одиниці (за згодою);

6) співробітники кафедр закладів вищої медичної освіти та науково-дослідних інститутів (за згодою);

7) інші члени за необхідності.

Головою протиепідемічної комісії є представник ЗГЗ.

3. У разі необхідності комісія, з урахуванням конкретних обставин, уточнює попередній план розслідування і ліквідації спалаху ІПНМД. Уточнений план розслідування і ліквідації спалаху підписується всіма членами комісії.

4. При проведенні розслідування причин виникнення спалаху ІПНМД головою комісії визначається завдання та об'єм роботи кожного члена комісії.

5. Основні етапи розслідування:

1) збір та вивчення інформації, а саме:

звітів щодо ПНК в ЗОЗ;

поточного та п'ятирічного планів дій з ПНК;

результати оцінки знань медичних працівників про гігієну рук;

результати оцінки наявної інфраструктури і ресурсів для гігієни рук;

форм збору даних рутинного епідеміологічного нагляду;

2) верифікація діагнозу в усіх зареєстрованих випадках захворювань з використанням Критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2015 року № 905, зареєстрованих у Міністерстві юстиції України 12 березня 2016 року за № 379/28509;

3) підтвердження наявності спалаху;

4) активне виявлення всіх випадків захворювання;

5) оцінка стану впровадження ПШК за наступними протоколами:

протокол системної самооцінки ПШК в ЗОЗ (додаток 4 до Порядку впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від _____ № _____, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України _____ за № _____);

протокол системної самооцінки гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ (додаток 10 до Інструкції);

6) формулювання попередньої гіпотези щодо факторів ризику виникнення спалаху (динаміки захворюваності, установлення ризику зараження, вивчення структури захворюлих та співставлення з проведенням діагностичних і медичних маніпуляцій);

7) розробка і організація заходів щодо ліквідації спалаху, з урахуванням властивостей встановленого збудника, шляхів і факторів передавання;

8) оцінка ефективності заходів.

5. Комісія організовує проведення внутрішньовидового типування та, за необхідності, секвенування виділених мікроорганізмів з визначенням сероварів, фаговарів, антибіотикотрам і профілів АМР. Аналіз отриманих даних використовується для визначення шляхів і факторів передавання ІНМД, заходів щодо їх недопущення в майбутньому.

6. Під час спалаху, з метою виявлення можливого джерела збудників інфекції, комісія організовує проведення серед медичних працівників позачергове бактеріологічне обстеження з дослідженням біологічного матеріалу залежно від етіології та нозологічної форми ІНМД, наприклад:

1) при стафілококовій етіології спалаху – слизові оболонки передніх відділів носа;

2) при стрептококовій етіології – матеріал із зіву;

3) при виникненні захворювань на сальмонельоз та інші гострі кишкові інфекції, в тому числі вірусної етіології, проводяться необхідні мікробіологічні та вірусологічні дослідження.

7. В разі спалаху ІОХВ комісія організовує проведення оцінки ефективності всіх етапів очищення, дезінфекції і стерилізації (репроцесингу) медичних виробів обмеженого використання на підставі позачергових бактеріологічних досліджень та/або позапланової валідації процесів очищення, дезінфекції і стерилізації.

8. Комісією проводиться співставлення збудників ПНМД, виділених від пацієнтів, та мікроорганізмів, виділених від медичних працівників, інструментарію, за типовою належністю, а також за біологічними властивостями, зокрема за профілями АМР.

9. Висновки про характер спалаху, шляхи та фактори передавання інфекційних агентів (наприклад, руки медичних працівників, лікарські засоби, інструменти) визначаються комісією на основі обстеження пацієнтів, медичних працівників, інструментарію і проведених оцінювань відповідно до пункту 5 цього розділу.

10. Комісія виявляє обставини, що сприяли виникненню групових захворювань, наприклад:

- 1) несвоєчасна ізоляція та переведення захворілих;
- 2) порушення в роботі централізованого стерилізаційного відділення, аптеки, пральні тощо;
- 3) недотримання медичними працівниками санітарно-гігієнічних та протиепідемічних правил і вимог;
- 4) аварійні ситуації в системі водопостачання, каналізації, вентиляції, електромережі, а також постійні перебої у водопостачанні;
- 5) нерегулярні навчання і підготовка медичних працівників з ІПК;
- 6) недостатня забезпеченість мийними та/або дезінфекційними засобами, засобами стерилізації або їх використання з порушенням інструкції;
- 7) недостатня матеріально-технічна забезпеченість ЗОЗ.

11. На основі аналізу захворюваності на ІПНМД, їх етіологічної структура, особливостей клінічного перебігу, умов, що сприяли виникненню спалаху, біологічної характеристики штамів, які циркулюють в закладі, комісія робить висновки про причини спалаху, джерело інфекції, шляхи та фактори передавання, що обумовили виникнення захворювання. З урахуванням цих висновків в ЗОЗ терміново розробляється та реалізується комплекс протиепідемічних і профілактичних заходів щодо локалізації та ліквідації спалаху ІПНМД.

12. У комплексі заходів щодо ліквідації спалаху відображаються вимоги для усунення виявлених порушень в роботі ЗОЗ та пропозиції щодо запобігання епідемічним ускладненням в майбутньому.

13. Результати розслідування спалаху та розроблені заходи щодо його ліквідації доводяться до відома керівника та медичних працівників ЗОЗ.

14. Звіт щодо результатів проведеного розслідування спалаху і прийняті заходи підписується всіма членами комісії, зберігається у ЗОЗ та ЗГЗ протягом п'яти років і враховується при розробці щорічного і п'ятирічного планів дій з ІНІК.

**Генеральний директор Директорату
громадського здоров'я та профілактики
захворюваності**

І. Руденко

**Примірна стандартна операційна процедура
«Контрольний список послідовності дій для постановки центрального
судинного катетеру»**

Крок	Так	Так з нагадуванням	Ні*	Не застосовується	Коментарі
До процедури:					
Пациєнта інформують щодо необхідності і наслідках постановки центрального судинного катетеру, а також про процедуру введення і догляду за ним					
Визначення наявності алергії на латекс і, за необхідності, заміна витратних матеріалів					
Оцінка ризику зараження пацієнта (якщо високий, необхідно зазначити причину)					
Оцінка наявності антикоагуляційної терапії					
Форма згоди та інші супутні документи заповнені (за включення постановки у надзвичайній або екстреній ситуації)					
Лікар та його помічник провели гігієнічну обробку рук					
Витратні матеріали і необхідне обладнання наявні та перевірені					
Метод підтвердження правильного розміщення обрано					

Крок	Так	Так з нагадуванням	Ні*	Не зас-тосо-вув-ся	Коментарі
Пациєнт ідентифікований щонайменше з двох джерел (за виключення постановки у надзвичайній або екстремній ситуації)					
Визначено максимальний термін проведення процедури					
Визначено та позначено місце проколу					
Пациєнт укладений для проведення процедури					
Шкіра в місці майбутнього проколу оброблена 2% розчином хлоргексидину або 70% спиртом у дитини до 2 місяців					
Шкіра висохла після обробки					
Тіло пацієнта покрито стерильною серветкою від голови до п'ят					
Всі, хто бере участь у постановці, одягнені в стерильні медичні рукавички, стерильний халат захищений від інфекційних агентів, шапочку медичну, медичну (хірургічну) маску і захисні окуляри/щиток					
Всі інші, хто знаходиться у приміщенні, одягнені в хірургічну маску					
Катетер попередньо промитий стерильним розчином 0,9% натрію хлориду, герметичність закруток/шортів перевірено					
Виконана місцева анестезія або загальна седация					
Під час процедури (допустимо заповнити після закінчення процедури, якщо вона проводиться у екстремній/невідкладній ситуації та потребує залучення в процес особл., яка заповнює форму)					
Підтвердження розташування катетера за допомогою ультразвукової діагностики/черезстраховідної ехокардіограми/флюороскопії/манометрії тощо					
Кров аспірується із кожної лінії (правильність внутрішньосудинного розташування кінчика катетера підтверджено)					
Яким розчином та яким об'ємом (мл) було промито катетер:					
Всі закрутки розміщені правильно					
Всі закрутки затиснені					
Катетер закріплено (пришито/пристебнуто/закріплено стерильною клейкою пов'язкою)					
Розміщення кінчика катетера підтверджено методом рентгенографії або рентгеноскопії					
Стерильність поля дотримана					
Під час процедури катетер не був пошкоджений					
Лікар, який виконував процедуру, був замінений після трьох невдалих спроб постановки катетера					
Кров прибрана із області місця проколу					
Накладено стерильну пов'язку					
Після процедури					
На пов'язці зазначено дату накладення					

Продовження додатка 1

Крок	Так	Так з нагадуванням	Ні*	Не застосовується	Коментарі
Рентгенологічно перевірено відсутність ускладнень маніпуляцій та правильність розташування катетеру					
Заплановано заміну катетеру					
Пацієнт отримав необхідну інформацію щодо правильного поводження і догляду за катетером					

*У разі виявлення не дотримання затвердженої практики постановки катетера, слід негайно повідомити про це лікаря, який проводить постановку та припинити процедуру до усунення невідповідності.

Виміри катетеру: внутрішня частина: ____ мм, зовнішня частина: ____ мм.

Додаток 2
до Порядку профілактики
інфекційних хвороб, пов'язаних
з наданням медичної допомоги,
в закладах охорони здоров'я,
які надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(підпункт 1 пункту 4 розділу IV)

Показання до постановки сечового катетеру

Показання	Недоречие застосування
1. Гостра затримка сечі або блок сечового міхура. 2. Необхідність точного вимірювання діурезу у пацієнтів в критичному стані. 3. Периопераційне використання для наступних процедур: пацієнти, які перенесли урологічні оперативні втручання або інші операції в області сечовивідних шляхів та органів; довготривалі оперативні втручання (більше 8 годин) – такі сечові катетери мають бути видалені в післяопераційній кімнаті або ВАРІТ: пацієнтам, які під час оперативного втручання планово мають отримати велику кількість інфузії або діуретики; необхідність інтраопераційного моніторингу діурезу. 4. У пацієнтів з нетриманням сечі після оперативних втручань в області куприку та промежини. 5. Пацієнтам, які потребують довготривалої іммобілізації (наприклад, при переломі кісток тазу). 6. З метою підвищення комфорту при догляді за хворими пацієнтами, у разі необхідності.	1. Пацієнтам із нетриманням сечі без показань. 2. Взяття зразку сечі для посіву, у випадках, якщо пацієнт контролює сечопускання. 3. Довготривале використання у пацієнтів у післяопераційний період без відповідних показань.

Додаток 3
до Порядку профілактики
інфекційних хвороб, пов'язаних
з наданням медичної допомоги,
в закладах охорони здоров'я,
які надають медичну допомогу
в стаціонарних умовах
(пункт 6 розділу IV)

**Примірна стандартна операційна процедура
«Катетеризація сечового міхура»**

Умова	Алгоритм виконання
Вимоги до безпеки праці	1. До і після процедури провести практику з гігієни рук. 2. Під час процедури використовувати засоби індивідуального захисту, а саме: фартух захисний від інфекційних агентів, медична (хірургічна) маска, медичні рукавички, окуляри. 3. Дотримуватися правил асептики протягом всієї процедури.
Інформування пацієнта	1. Лікар отримує від пацієнта (або законного представника) згоду на проведення процедури. 2. Пацієнт отримує інформацію щодо процедури та правила поведіння.
Необхідний набір матеріалів та засобів	1. Медичні рукавички. 2. Сечоприймач. 3. Пелюшка. 4. Стерильний кориданг або пінцет для роботи з біксом. 5. Бікс із стерильними серветками. 6. Стерильний трьохпортовий сечовий катетер. 7. Стерильне вазелінове масло. 8. Лоток для відпрацьованого матеріалу. 9. Чиста ганчірка для обробки зони навколо місця постановки катетеру. 10. Ножниці. 11. Шприц на 5 або 10 мл. 12. Шприц Жане на 100 або 150 мл, у разі необхідності промивання катетеру одразу після постановки. 13. Спиртовмісний антисептик для рук. 14. Одноразові паперові рушники.
Методика виконання	Підготовка до процедури: 1. У жінок процедура катетеризації сечового міхура м'яким катетером виконується у позі лежачи на спині із розсунутими напівзігнутими ногами, у чоловіків – лежачи на спині зі злегка розсунутими ногами. 2. При виражених спазмах сфінктера сечового міхура у чоловіків рекомендовано провести підготовку спазмолітиками (накладення на область проекції сфінктера теплої грілки та призначення ін'єкційного введення спазмолітиків (наприклад, дрогаверину).

Умова	Алгоритм виконання
	3. Провести оцінку переносимості антисептику пацієнтом (повідонйоду або хлоргексидину). Виконання процедури у чоловіків: 1. Провести практику гігієнічної обробки рук, одягнути оглядові медичні рукавички, поставити лоток для відходів поміж стегон пацієнта (приблизно в області колін), провести гігієнічну обробку зовнішніх статевих органів. 2. Дочекатися висихання або, використовуючи паперові рушники, промокнути пахову ділянку. 3. Зняти оглядові медичні рукавички, провести практику гігієнічної обробки рук, одягти стерильні медичні рукавички. 4. Обернути прутень стерильними серветками. 5. Охопити III і IV пальцями лівої руки статевий член по вінцевій борозні з боків, потягнути вертикально вгору і зсунути крайню плоть вниз. 6. I та II пальцями обережно здавити голівку і незначно відтягнути її доверху (для більшого розкриття отвору сечовипускного каналу). 7. Обробити голівку прутня антисептиком (у разі непереносимості, стерильним фізіологічним розчином). 8. Витягнути голівку максимально перпендикулярно поверхні тіла (для випрямлення переднього відділу уретри). 9. Взяти правою рукою катетер та обробити кінець, що буде вводитися, стерильним вазеліновим маслом. 10. Захопити катетер на 5-6 см нижче бокового отвору, ввести його в отвір уретри і, поступово переходячи, просувати його по каналу глибше, при цьому прутень необхідно підтягувати доверху незначно нанизуючи його на катетер. 11. Просувати катетер в уретру доки кінчик не досягне сечового міхура – підє сеча. 12. Наповнити балон катетеру 5-10 мл стерильного фізіологічного розчину. 13. Якщо сеча не з'явилася, перед заповненням балону, слід промити катетер для впевненості в його правильному розташуванні. 14. Повернути на місце крайню плоть, для попередження розвитку парафімозу. 15. З'єднати катетер із збиральним мішком. Виконання процедури у жінок: 1. Провести практику гігієнічної обробки рук, одягнути оглядові медичні рукавички, поставити лоток для відходів поміж стегон пацієнтки (приблизно в області колін), провести гігієнічну обробку зовнішніх статевих органів. 2. Дочекатися висихання або, використовуючи паперові рушники, промокнути пахову ділянку. 3. Зняти оглядові рукавички, провести практику гігієнічної обробки рук, одягти стерильні рукавички.

Умова	Алгоритм виконання
	4. Розсунути I та II пальцями лівої руки в сторони великі і малі статеві губи, оголивши отвір сечовипускного каналу. 5. Правою рукою обробити зону навколо отвору сечовипускного каналу антисептиком або стерильним фізіологічним розчином (в разі непереносимості антисептика). 6. Взяти правою рукою катетер та обробити кінець, що буде вводитися, стерильним вазеліновим маслом. 7. Захопити катетер на 5-6 см нижче бокового отвору, ввести його в отвір уретри і поступово переходяючи, просувати його по каналу глибше приблизно на 10 см або до появи сечі. 8. Наповнити балон катетеру 5-10 мл стерильного фізіологічного розчину. 9. Якщо сеча не з'явилася, перед заповненням балону, слід промити катетер для впевненості в його правильному розташуванні. 10. З'єднати катетер зі збиральним мішком. Закінчення процедури: 1. При разовій катетеризації витягати катетер слід трохи раніше ніж вийде вся сеча, тільки закривши його зовнішній кінець по завершенню виділення сечі, задля того, аби порція сечі яка залишилася, промила сечовипускний канал після витягання катетеру. 2. При видаленні катетеру, залишити в сечовому міхурі 200-250 мл фізіологічного розчину або розчину фурациліну. 3. Після завершення процедури, зібрати медичні відходи та провести гігієну рук.
Додаткові відомості	1. Заборонено виконувати дві неуспішні спроби катетеризації сечового міхура. 2. Якщо при постанові катетера відчувається перешкода, не слід проходити її насильно, так як це може пошкодити слизову оболонку сечовипускного каналу.
Результат	Виділення сечі.

ПОВІДОМЛЕННЯ

про оприлюднення проекту наказу МОЗ України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення»

Міністерство охорони здоров'я України повідомляє про оприлюднення проекту наказу МОЗ «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення», який розроблено з метою запровадження сучасних підходів до профілактики, епідеміологічного нагляду та обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги та дозволить запровадити удосконалену систему профілактики інфекцій та інфекційного контролю, епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги.

Систематичне дотримання правил надання медичної допомоги у взаємозв'язку із забезпеченням готовності до виникнення спалахів, дозволить попередити і зменшити розповсюдження збудників інфекцій та відіграватиме важливу роль в стримуванні зростання стійності до антимікробних препаратів.

Проект наказу та пояснювальна записка оприлюднені шляхом розміщення на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України в мережі Інтернет www.moz.gov.ua

Зауваження та пропозиції приймаються Директоратом громадського здоров'я та профілактики захворюваності МОЗ України протягом 16 днів з дня оприлюднення у письмовому або електронному вигляді на адресу: 01601, м. Київ, вул. Грушевського, 7.

Міністерство охорони здоров'я України 01601, Київ, вул. М. Грушевського, 7, тел. 253-82-66, контактна особа: Ганжа Ірина Миколаївна, e-mail: iryna.ganzha@gmail.com.

