**Протокол системної самооцінки ПІІК в ЗОЗ**

1.Вступна частина

1. Системна самооцінка ПІІК в ЗОЗ проводиться відповідно до цього Протоколу з метою оцінки поточної ситуації впровадження в ЗОЗ основних компонентів ПІІК в контексті мультимодальної стратегії (далі – ММС) та є діагностичним інструментом для визначення сильних та слабких сторін по кожному основному компоненту ПІІК.

2. Цей Протокол включає:

1) опитувальник щодо реалізації основних компонентів ПІІК та ММС відповідно до розділів «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», «Епіднагляд за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги», «Моніторинг, оцінка та зворотній зв'язок», «Режим роботи, штатний розпис та навантаження на ліжко», «Приміщення, матеріали та обладнання», «Мультимодальна стратегія впровадження ПІІК», «Компонент інфекційного контролю за туберкульозом (лише для закладів, що надають стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз)»;

2) таблицю результатів оцінки;

3) таблицю інтерпретації результатів оцінки – визначення рівня ПІІК 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 ПІІК. Визначений рівень ПІІК використовується для проведення відповідних заходів з ПІІК.

ІІ. Опитувальник щодо реалізації основних компонентів ПІІК та ММС

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **План дій/заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю** | | | | |
| **№ з/п** | **Питання** | | **Відповідь** | **Оцінка (балів)** |
| 1 | 2 | | 3 | 4 |
| 1 | Чи має ЗОЗ затверджений план дій/заходи з ПІІК? | | Ні | 0 |
| Так, фінансування із загального фонду видатків | 5 |
| Так, з окремо виділеним бюджетом | 10 |
| 2 | Чи підтримуються заходи з ПІІК 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 |
| Ні, 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 |
| 4 | Чи мають працівники ВІК/фахівець з ІК спеціально відведений час для заходів з ПІІК? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 5 | Чи входять до ВІК лікарі та медичні сестри? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 6 | Чи наявна міждисциплінарна робоча група з ПІІК в закладі, яка співпрацює та підтримує ВІК)? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 7 | Чи входить до міждисциплінарної робочої групи з ПІІК керівництво закладу? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 8 | Чи входять до міждисциплінарної робочої групи з ПІІК керівники структурних підрозділів та старші медичні сестри? | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| 9 | Чи входять до міждисциплінарної робочої групи з ПІІК інженери з охорони праці, фахівці задіяні у безпеці та біобезпеці закладу, фахівці з оцінки якості надання медичних послуг тощо? | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| 10 | Чи наявні чітко визначені заходи та індикатори з ПІІК? | | Ні | 0 |
| Так, визначені тільки заходи | 2,5 |
| Так, визначені заходи та індикатори їх виконання | 10 |
| 11 | Чи демонструє керівництво ЗОЗ підтримку заходів ПІІК шляхом виділення коштів? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 12 | Чи демонструє керівництво ЗОЗ підтримку заходів з ПІІК (наприклад, на оперативних нарадах, круглих столах, нарадах по захворюваності та смертності)? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 13 | Чи має ЗОЗ мікробіологічну лабораторію, яка надає щоденну 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** | | | | |
| 1 | Чи має ЗОЗ фахівців (з ПІІК, 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 білизни, обладнання та інструментарію для надання медичної допомоги, безпечне поводження з медичними відходами, очищення приміщень) | | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| Гігієни рук | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Заходів захисту, що направлені на унеможливлення передавання інфекцій/засновані на шляхах інфікування | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Заходів щодо виявлення та боротьби зі спалахами | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Профілактики інфекцій області хірургічного втручання | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Профілактики нозокоміальних пневмоній, в тому числі вентилятор-асоційованих | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Профілактики передавання мікроорганізмів із множинною резистентністю до антимікробних препаратів | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Очищення, дезінфекції та стерилізації (репроцесингу) медичного інструментарію/обладнання | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Раціонального використання антимікробних препаратів | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| 3 | Чи узгоджуються СОП у вашому закладі з національними/міжнародними керівництвами? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 4 | Чи відповідають СОП потребам вашого закладу та наявним ресурсам? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 5 | Чи залучені медичні працівники, які безпосередньо надають допомогу хворим, у розробку та впровадження СОП? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 6 | Чи залучені зацікавлені сторони (завідувачі відділень, старші медичні сестри, керівництво тощо, окрім фахівців ВІК) у розробку та адаптацію СОП? | | Ні | 0 |
| Так | 7,5 |
| **7** | Чи відбуваються тренінги стосовно впровадження нових СОП у закладі? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 8 | Чи проводиться регулярний моніторинг впровадження СОП з ПІІК? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| Сума балів оцінки по розділу «СОП з профілактики інфекцій та інфекційного контролю» | | | |  |
| **Навчання і підготовка з профілактики інфекцій та інфекційного контролю** | | | | |
| 1 | Чи наявні працівники з належним рівнем знань в профілактиці інфекцій та інфекційному контролі для проведення заходів з навчання і підготовки? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 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 ПІІК? | | 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 проходить навчання і підготовку з питань ПІІК? | | 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 ПІІК для керівництва ЗОЗ? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 6 | У якій формі проходять навчання і підготовка для працівників? | | Навчання і підготовка відсутні | 0 |
| Використовується тільки довідникова інформація, усні настанови, електронні ресурси | 5 |
| Запроваджені інтерактивні/симуляційні тренінги, навчання біля ліжка хворого | 10 |
| 7 | Чи наявна періодична оцінка ефективності навчання і підготовки (наприклад, дотримання правил і практик з гігієни рук)? | | Ні | 0 |
| Так, але нерегулярно | 5 |
| Так, регулярно (щонайменше щорічно) | 10 |
| 8 | Чи інтегровані навчання і підготовка з ПІІК у навчання за іншими напрямами (наприклад, проведення догляду за пацієнтами, надання медичної допомоги відповідно до патології)? | | Ні | 0 |
| Так, деякі напрями навчання | 5 |
| Так, усі напрями навчання | 10 |
| 9 | Чи існують спеціальні навчання і підготовка з ПІІК для пацієнтів та їх родин? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 10 | Чи проходить постійне навчання працівників з питань ПІІК (шляхом відвідування конференцій, курсів, семінарів тощо)? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| Сума балів оцінки по розділу «Навчання і підготовка з профілактики інфекцій та інфекційного контролю» | | | |  |
| **Епіднагляд за інфекційними хворобами, пов’язаними з наданням медичної допомоги** | | | | |
| 1 | Чи впроваджено епіднагляд за ІПНМД у закладі? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 2 | Чи наявні працівники, які здійснюють епіднагляд у закладі? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 3 | Чи працівники відповідальні за епіднагляд проходили відповідне навчання з епідеміології та ПІІК? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 4 | Чи має заклад електронні інструменти (програмне забезпечення) для епіднагляду (наприклад, електронне ведення медичної документації)? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 5 | Чи проводиться пріоритетизація важливості епіднагляду за ІПНМД (враховуючи захворюваність та смертність у закладі)? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 6 | Епіднагляд встановлено за: | | | |
| Інфекціями області хірургічного втручання | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Девайс-асоційованими ІПНМД (катетер-асоційовані інфекції сечових 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 викликані мікроорганізмами із стійкістю до антимікробних препаратів (АМР і МАМР) у відповідності до місцевого контексту | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Пріоритетними місцевими інфекціями, що здатні спричинити спалах (захворюваннями викликаними норо- або ротавірусами, вірусами грипу, туберкульозом, тяжким гострим респіраторним синдромом тощо) | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Інфекційними захворюваннями серед сприятливих груп населення (новонародженими, пацієнтами відділень інтенсивної терапії, пацієнтами з опіками, ВІЛ-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 використовуєте ви надійні показники/індикатори для епідеміологічного нагляду (чисельник і знаменник відповідають національним/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 обладнання мікробіологічної лабораторії достатнє для забезпечення епідеміологічного нагляду? | | Ні | 0 |
| Так, можливе розрізнення на Грам+/- бактерії, ідентифікація неможлива | 2,5 |
| Так, своєчасна ідентифікація мікроорганізмів | 5 |
| Так, своєчасна ідентифікація мікроорганізмів та визначення чутливості до антимікробних препаратів | 10 |
| 12 | Чи використовуються епідеміологічні дані для покращення ПІІК у клінічних структурних підрозділах? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 13 | Чи регулярно аналізується локальна антимікробна резистентність мікроорганізмів до антимікробних препаратів у закладі (щонайменше щорічно)? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 14 | Чи має ВІК регулярний зворотній зв'язок щодо показників епіднагляду (щонайменше щорічно) з: | | | |
| 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 ПІІК | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Керівництвом ЗОЗ | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| 15 | | Яким чином реалізується зворотній зв'язок? | Зворотній зв'язок відсутній | 0 |
| Наявний в письмовій, усній формі | 2,5 |
| Наявний у вигляді презентацій | 7,5 |
| Сума балів оцінки по розділу «Епіднагляд за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги» | | | |  |
| **Моніторинг, оцінка та зворотній зв'язок** | | | | |
| 1 | Чи наявні у вашому закладі працівники, які відповідають за моніторинг та оцінку і мають відповідну підготовку? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 2 | Чи існує план моніторингу з визначеними цілями та заходами, включно із визначеними інструментами для систематичного збору даних? | | Ні | 0 |
| Так | 7,5 |
| 3 | Які процеси чи індикатори ви оцінюєте у ЗОЗ? | | Жодного | 0 |
| Дотримання працівниками правил і практик гігієни рук | 5 |
| Постановка та догляд за внутрішньосудинними катетерами | 5 |
| Догляд за хірургічною раною | 5 |
| Заходи запобігання (спрямовані на унеможливлення інфікування та ізоляційно-обмежувальні) розповсюдженню мікроорганізмів з множинною резистентністю до антимікробних препаратів | 5 |
| Прибирання палат | 5 |
| Очищення, дезінфекція та стерилізація (репроцесинг) медичного інструментарію/обладнання | 5 |
| Споживання спиртовмісних антисептиків для рук та рідкого мила | 5 |
| Споживання та використання антимікробних препаратів | 5 |
| Поводження з відходами | 5 |
| 4 | Як часто використовується протокол системної самооцінки гігієни рук в ЗОЗ/ЗСЗ? | | Ніколи або рідко | 0 |
| Періодично, але нерегулярно | 2,5 |
| Мінімум щороку | 5 |
| 5 | Чи здійснюється зворотній зв'язок щодо діяльності ВІК? | | Ні | 0 |
| Так, для працівників ВІК | 2,5 |
| Так, завідувачам клінічних структурних підрозділів | 2,5 |
| Так, всім медичним працівникам, які безпосередньо надають медичну допомогу | 2,5 |
| Так, міждисциплінарній робочій групі з ПІІК та фахівцям з оцінки якості надання медичних послуг | 2,5 |
| Так, керівництву ЗОЗ | 2,5 |
| 6 | Чи звітування про результати моніторингу проводяться регулярно (щонайменше щорічно)? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 7 | Чи здійснюється моніторинг і зворотній зв'язок щодо процесів та показників ПІІК в умовах корпоративної культури, де не шукають винних, а збирають дані з метою формування культури безпеки? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 8 | Чи оцінюєте ви показники культури безпеки у вашому закладі? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| Сума балів оцінки по розділу «Моніторинг, оцінка та зворотній зв'язок» | | | |  |
| **Режим роботи, штатний розпис та навантаження на ліжко** | | | | |
| 1 | Чи проводиться оцінка забезпеченості медичними працівниками відповідно до кількості пацієнтів із використанням національних або міжнародних стандартів/інструментів? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 2 | Чи підтримується у вашому закладі встановлене (національними або міжнародними стандартами/інструментами) співвідношення між кількістю медичних працівників та кількістю пацієнтів? | | Ні | 0 |
| Так, у менше ніж 50% відділень | 5 |
| Так, у більше ніж 50% відділень | 10 |
| Так, для усіх відділень | 15 |
| 3 | Чи існує система реагування на результати оцінки кадрових потреб, в разі якщо укомплектованість визнається занадто низькою? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 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 ліжко-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 навантаження на ліжко» | | | |  |
| **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 |
| Так, доступне в середньому п’ять днів на тиждень або щодня, але в недостатній кількості | 2,5 |
| Так, щоденно в достатній кількості | 7,5 |
| 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? | | Ні | 0 |
| Інколи або лише в деяких місцях, або не доступні для всіх | 2,5 |
| Так, доступні в будь-який час для всіх | 7,5 |
| 3 | Чи наявне облаштування для гігієни рук у всіх точках догляду (тобто наявність диспенсерів із рідким милом, спиртовмісним антисептиком для рук та одноразовими паперовими рушниками (диспенсер закритого типу)? | | Ні | 0 |
| Так, але недообладнані | 2,5 |
| Так | 7,5 |
| 4 | Туалети у закладі наявні з розрахунку 1 туалет на максимум 20 ліжок в стаціонарі? | | Недостатня кількість туалетів | 0 |
| Достатня кількість, але не усі функціонують | 2,5 |
| Достатня кількість та усі функціонують | 7,5 |
| 5 | Чи забезпечений ваш заклад достатньою кількістю електроенергії вдень та вночі (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)? | | Ні | 0 |
| Так, але не завжди або не всюди | 2,5 |
| Так | 5 |
| 6 | Чи наявна у вашому закладі система вентиляції (механічна чи природна) в місцях догляду за пацієнтом? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 7 | Чи здійснюються письмові відмітки про прибирання підлог та горизонтальних поверхонь (наявність загальнодоступних графіків прибирання із відмітками щодо їх виконання)? | | Графік відсутній | 0 |
| Графік наявний, але не заповнюється і не підписується щоденно або застарів | 2,5 |
| Так, графік наявний та заповнюється щодня | 5 |
| 8 | Чи наявні відповідні (дозволені/рекомендовані для використання в ЗОЗ), якісні (відповідають національним та міжнародним стандартам) і в належному стані приладдя та засоби для прибирання (швабри, відра, мийні засоби тощо)? | | Ні | 0 |
| Так, але в поганому стані | 2,5 |
| Так | 5 |
| 9 | Чи має ваш заклад ізолятори/палати індивідуального перебування для пацієнтів із аерогенними інфекційними захворюваннями (наприклад, туберкульоз, кір)? | | Ні | 0 |
| Відсутні окремі палати, але наявні палати для групування пацієнтів з однаковими патологіями | 2,5 |
| Так | 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 | 0 |
| Так, але не завжди наявні в достатній кількості або не забезпечено запасу | 2,5 |
| Так, завжди наявні в достатній кількості та забезпечено запас | 7,5 |
| 11 | Чи наявні контейнери для збору інфекційних/неінфекційних відходів та гострих медичних предметів в безпосередній близькості до їх утворення? | | Ні, відсутні окремі контейнери | 0 |
| Так, окремі контейнери наявні, але кришки відсутні або контейнери більш як на ¾ заповнені; наявні лише два контейнери замість трьох; контейнери наявні але не у всіх місцях утворення відходів | 2,5 |
| Так | 5 |
| 12 | Чи наявна система муніципального вивезення неінфекційного сміття для утилізації? | | Ні | 0 |
| Так, але нерегулярний вивіз відходів | 2,5 |
| Так | 5 |
| 13 | Чи наявний інсинератор/муфельна піч або альтернативна технологія для знешкодження або обробки з метою наступного транспортування (наприклад, стерилізація парою), що знаходяться на території закладу або заключено договір із суб’єктом господарювання, який має ліцензію на провадження господарської діяльності з поводження з небезпечними відходами, та чи достатня його/їх потужність? | | Ні | 0 |
| Так, але функціонує(ють) неналежним чином | 2,5 |
| Так | 5 |
| 14 | Чи існує система менеджменту стічних вод (наприклад, септик із дренажною ямою) в закладі або за його межами? | | Ні | 0 |
| Так, але функціонує неналежним чином | 2,5 |
| Так | 5 |
| 15 | Чи є у вашому закладі відведена та сертифікована зона/приміщення/підрозділ для репроцесингу 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 | 0 |
| Так, але функціонує неналежним чином | 2,5 |
| Так | 5 |
| 16 | Чи завжди у вашому закладі в достатній кількості наявне продезінфіковане та стерильне медичне приладдя/обладнання готове до використання? | | Ні, доступне в середньому менш ніж п’ять днів на тиждень | 0 |
| Так, доступне в середньому близько п’яти днів на тиждень або щодня але в недостатній кількості | 2,5 |
| Так, доступне щоденно і в достатній кількості | 5 |
| 17 | Чи доступні одноразові медичні вироби за необхідності (наприклад, шприци, системи для внутрішньовенного вливання)? | | Ні | 0 |
| Так, але не завжди | 2,5 |
| Так, доступні постійно | 5 |
| Сума балів оцінки по розділу «Приміщення, матеріали і обладнання» | | | |  |
| **Мультимодальна стратегія впровадження ПІІК** | | | | |
| 1 | Чи використовується мультимодальна стратегія для впровадження ПІІК у вашому ЗОЗ? | | Ні | 0 |
| Так | 15 |
| 2 | Чи включає мультимодальна стратегія заходів з ПІІК у вашому ЗОЗ компонент змін 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 мультимодальна стратегія заходів з ПІІК у вашому ЗОЗ компонент навчання і підготовки? | | Ні | 0 |
| Навчання на основі довідникової інформації, усних рекомендацій, аонних ресурсів | 5 |
| Навчання проводиться на основі інтерактивних тренінгів, симуляцій біля ліжка хворого, наставництва | 10 |
| 4 | Чи включає мультимодальна стратегія заходів з ПІІК 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 |
| 5 | Чи включає мультимодальна стратегія заходів з ПІІК у вашому закладі компонент комунікації та нагадування на 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 включає мультимодальна стратегія заходів з ПІІК у вашому закладі компонент формування культури безпеки? | | Ні | 0 |
| Керівництво закладу та керівники структурних підрозділів підтримують заходи з ПІІК 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/адаптації 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 навчання і підготовки з ПІІК, 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 мультимодальної стратегії заходів з ПІІК? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| 9 | Чи здійснюється у вашому закладі моніторинг виконання показників етапів впровадження ПІІК? | | Ні | 0 |
| Так | 10 |
| Сума балів оцінки по розділу «Мультимодальна стратегія впровадження ПІІК» | | | |  |
| **Компонент інфекційного контролю за туберкульозом**  **(лише для закладів, що надають стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз)** | | | | |
| 1 | Чи наявна можливість проведення швидкої ідентифікації бактеріовиділювачів у закладі? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 2 | Протягом якого часу відбувається переведення пацієнтів із МБТ « – » у відділення для хворих без бактеріовиділення або направлення їх на амбулаторне лікування? | | Більше трьох діб | 0 |
| До трьох діб | 2,5 |
| До однієї доби | 5 |
| 3 | Чи визначені приміщення ЗОЗ по зонам ризику? | | Не визначені | 0 |
| Визначені, але відсутні план-схеми у підрозділах | 0 |
| Визначені, але план-схеми наявні не у всіх підрозділах та/або неналежної якості | 2,5 |
| Визначені, план-схеми наявні у всіх підрозділах та належної якості | 10 |
| 4 | Чи наявний розподіл потоків хворих? | | Потоки хворих не розділені | 0 |
| Розділені потоки лише для пацієнтів, які госпіталізуються (на приймальному відділенні) | 2,5 |
| 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/РРТБ 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 фіт-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 виникненні аварійної ситуації, що пов’язана з розливом біологічного матеріалу | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Правил використання засобів індивідуального захисту органів дихання (респіраторів) | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Правил 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 |
| Правил поводження лікаря-бактеріолога під час дослідження культури мікобактерій туберкульозу | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Правил посіву біологічного матеріалу | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Правил прийому та реєстрації біологічного матеріалу в лабораторії | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Процедури реєстрації аварій при виконанні медичних маніпуляцій і нагляду за потерпілими | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Заходів попередження професійного зараження | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Правил проведення інгаляції пацієнту із туберкульозом легень | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Правил транспортування пацієнта на додаткові обстеження в межах закладу та поза ним | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Правил видачі лікарських засобів медичною сестрою | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Організації хірургічного лікування пацієнтів на туберкульоз | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| Правил використання масок пацієнтами | | | Ні | 0 |
| Так | 2,5 |
| 7 | Які види вентиляції використовуються в закладі? | | Не використовується | 0 |
| Природна | 5 |
| Механічна локальна | 7,5 |
| Механічна загальна | 10 |
| 8 | Яким чином здійснюється внутрішній контроль за вентиляцією (щонайменше один раз на рік)?  Відповідь на це питання зазначається лише в разі наявності механічної вентиляції (локальної або загальної) у закладі. | | Не проводиться | 0 |
| Проводиться оцінка напряму повітряного потоку | 5 |
| Проводиться оцінка напряму повітряного потоку та кратності повітрообміну | 10 |
| 9 | Як часто проводиться оцінка ефективності роботи УФ-ламп за допомогою УФ-радіометра? | | Не проводиться | 0 |
| Щонайменше один раз на рік | 2,5 |
| Щонайменше один раз на шість місяців | 5 |
| 10 | Як часто проводиться розрахунок потреби в УФ-опромінювачах та УФ-лампах? | | Не проводиться | 0 |
| Проводиться з періодичністю в більше як один рік | 2,5 |
| Проводиться щорічно | 5 |
| 11 | Яка забезпеченість УФ-опромінювачами та УФ-лампами в зонах високого ризику? | | Менше за 50% або не оцінювалася | 0 |
| 51-74% | 2,5 |
| 75-99% | 5 |
| 100% | 10 |
| 12 | Чи проведені розрахунки часу безпечного перебування працівників на робочих місцях де встановлені екрановані УФ-опромінювачі? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 13 | Чи наявний у закладі (або заключено договір оренди) комплект для проведення якісного фіт-тесту? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 14 | Чи наявна у закладі відповідальна особа, яка пройшла відповідне навчання, за проведення якісного фіт-тестування? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| 15 | Чи проводиться якісний фіт-тест у закладі?  Свідченням проходження фіт-тесту має бути кількість використаного сахарину/бітрексу, що на одне дослідження повинно становити близько 1 мл. | | Не проводиться | 0 |
| Проводиться для працівників, які працюють в зонах високого ризику не рідше одного разу на рік та додатково за потреби | 5 |
| 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 |
| 16 | Як часто проводиться розрахунок потреби в респіраторах? | | 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 |
| Проводиться раз на рік із врахуванням індивідуальних особливостей працівників (із врахуванням проведених якісних фіт-тестувань) | 10 |
| 17 | Яка забезпеченість працівників закладу респіраторами? | | 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 |
| Забезпечені всі працівники закладу та наявний трьохмісячний запас | 15 |
| 18 | Яка забезпеченість пацієнтів масками? | | Не забезпечені | 0 |
| Забезпечені, але в недостатній кількості | 2,5 |
| Забезпечені лише пацієнти | 5,0 |
| Забезпечені пацієнти та їх родичі під час відвідувань | 7,5 |
| 19 | Який відсоток дотримання пацієнтами правил носіння масок під час проведення оцінювання (в присутності медичних працівників)? | | Не одягають або одягають менше як 75% пацієнтів | 0 |
| Одягають, але не закривають ніс або не фіксують обтюратор; одягають після нагадування | 0 |
| Одягають правильно 75-94% пацієнтів | 2,5 |
| 95% і більше пацієнтів одягають маску правильно | 7,5 |
| 20 | Чи кімната/майданчик для збору мокротиння облаштовані відповідно до вимог? | | Ні | 0 |
| Так | 5 |
| Сума балів оцінки по розділу «Компонент інфекційного контролю за туберкульозом  (лише для закладів, що надають стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз) | | | |  |
| **ІІІ. 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 | | | |  |
| Епіднагляд за інфекційними хворобами, пов’язаними з наданням медичної допомоги | | | |  |
| Моніторинг, оцінка та зворотній зв'язок | | | |  |
| Режим роботи, штатний розпис та навантаження на ліжко | | | |  |
| Приміщення, матеріали та обладнання | | | |  |
| Мультимодальна стратегія впровадження ПІІК | | | |  |
| Компонент інфекційного контролю за туберкульозом (лише для закладів, що надають стаціонарну допомогу хворим на туберкульоз) | | | |  |
| **Загальна сума балів** | | | |  |

ІV. 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 ПІІК у ЗОЗ має містити таку інформацію:

1) назву закладу та дату проведення оцінки (число, місяць, рік);

2) прізвище, ім’я та по-батькові (за наявності), посади осіб, які проводили оцінку;

3) рівень ПІІК відповідно до таблиці інтерпретації результатів оцінки, наведеної у розділі IV цього додатку, та загальну суму балів відповідно до таблиці результатів оцінки, наведеної у розділі ІІІ цього додатку;

4) резюме щодо успішності впровадження основних компонентів ПІІК у ЗОЗ в залежності від результатів оцінки та затвердженого плану дій/заходів з ПІІК у ЗОЗ;

5) резюме за результатами співставлення прогресу ЗОЗ із впровадження ПІІК:

з попередніми результатами оцінки (у разі проведення);

з положеннями Порядку;

розподіл балів по кожному із основних компонентів ПІІК відповідно до таблиці результатів оцінки, наведеної у розділі ІІІ цього додатку;

висновки за результатами аналізу результатів: сильні та слабкі сторони по всім основним компонентам ПІІК та ММС;

рекомендації щодо плану дій з ПІІК для усунення недоліків;

термін (місяць, рік) проведення наступної самооцінки з ПІІК у ЗОЗ;

дату (число, місяць, рік) підпису звіту та прізвище, ім’я та по-батькові (за наявності), посаду особи, яка підписує звіт.