Наименование структурного подразделения:	ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника»		
Названия документа:	**СОП «Алгоритм проведения оценки инфекционных рисков»**		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	*Должность*	*Ф.И.О.*	*Подпись*
	Эпидемиолог	Тургимбаева Г.А.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	**Копия №_____**	04 /01 / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра «04» «01.2024» 2024г
Дата следующего пересмотра «_____» «_____» 2027г

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

СОП «Алгоритм проведения оценки инфекционных рисков»

1. Содержание

Сокращения, используемые в стандарте операционной процедуры 3
Пользователи стандарта операционной процедуры 3
Определение 3
Цель 4
Алгоритм стандартных действий и/или операций 4
Требования к работникам 4
Описание стандартных действий и/или операций 5
Документирование процедуры 7
Индикаторы эффективности выполнения стандарта операционной процедуры 7
Организационные аспекты разработки стандарта операционной процедуры 7
Указание условий пересмотра стандарта операционной процедуры 7
Список использованной литературы 8
Лист регистрации изменений и дополнений 9
Лист ознакомления 10
Лист учета периодических проверок 11
Приложение 12

2.Сокращения

1. В настоящем СОП используются следующие сокращения:

1) СОП – стандарт операционной процедуры;
2) ОИК – отдел инфекционного контроля;
3) ИСМП – инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи;
4) ВБИ – внутрибольничные инфекции;
5) КИК – комиссия инфекционного контроля;
6) МЗРК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан;
7) МО – медицинские организации.

3.Пользователи СОП:

2. СОП распространяется на все клинического и неклинические подразделения поликлиники.

4.Определения:

3. В настоящем СОП используются следующие определения:

1) внутрибольничная инфекция – любое инфекционное заболевание бактериального, вирусного, паразитарного или грибкового происхождения, связанная с получением медицинских услуг пациентом в организациях здравоохранения или

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

инфекционное заболевание сотрудника медицинской организации вследствие его работы в данном учреждении;

2) инфекционный контроль – система организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекций;

3) инфекционный риск – возможность неблагоприятного события, ассоциированного с инфекционным контролем, которое отрицательно повлияет на способность клиники достичь своих целей;

4) риск - возможность наступления неблагоприятного события, которое отрицательно повлияет на способность клиники успешно достичь своих целей;

5) факторы риска – это условия окружающей среды или самого организма, принимающие участие в передаче возбудителя инфекций;

6) управление рисками – процесс принятия и выполнения управленческих решений, направленных на снижение вероятности возникновения неблагоприятного результата и минимизацию возможных потерь проекта, вызванных его реализацией

5. Цель:

4. Настоящий СОП разработан с целью улучшения безопасности и качества медицинского ухода за пациентом путем выявления, определения, оценки, снижения или устранения рисков заражения и распространения ИСМП среди пациентов, персонала, сотрудников, рабочих, волонтеров, студентов, посетителей и в обществе.

6. Алгоритм стандартных действий и\или операций

6.1 Требования для выполнения СОП

5. Для обеспечения выполнения Алгоритма необходимо, чтобы участвовали все специалисты, а также риски, связанные с пациентом, процедурами, оборудованием и т.п., должны изучаться инфекционные риски поликлиники различать от рисков других МО в связи с различными факторами:

1) Поликлиника оказывает специализированную помощь;

2) наличие уязвимых в эпидемическом отношении риски и особенности: отделения реанимаций и интенсивной терапии, хирургические, акушерско-гинекологические, ЭКО, неантологические, ортопедические, онкологические, соматические, амбулаторно-поликлиническая служба и другие;

3) оказывает помощь пациентам из всего Казахстана, а также ближнего и дальнего зарубежья;

4) пациенты в возрасте от 0 (неантологическая служба), до 18 лет (педиатрическая служба), женское население детородного возраста (акушерство), и верхний женский возраст не ограничен (гинекология), не ограниченный возраст для пациентов прикрепленного населения по оказанию амбулаторно-поликлинической деятельности (поликлиники);

5) оказанием медицинской помощи в условиях пандемии COVID-2019.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

6.2 Описание стандартных действий и операций.

6. Задачи Алгоритма

1) описание внешних и внутренних факторов рисков по возникновению инфекций;

2) выполнение оценки факторов рисков возникновения инфекций, определение приоритетов по рискам возникновения инфекции;

3) использование приоритетов по рискам возникновения инфекции для разработки ежегодного плана по инфекционному контролю и профилактике внутрибольничных инфекций с определением целей и задач на предстоящий год;

4) мониторинг выполнения мероприятий плана по инфекционному контролю, составленного на основании оценки рисков;

5) описание методология для анализа рисков должна учитывать моменты возникновения рисков, их потенциальную опасность для пациента, как подготовлена организация, если возникает риск;

6) пропагандировать важность оценки инфекционных рисков, готовить четкий и ясный отчет с подчеркиванием основных пунктов, информировать всех, кто участвует в процессе.

Описание Алгоритма:

1) в течение года сотрудниками поликлиники ведется накопительный реестр перечня выявленных инфекционных рисков, при этом предупредительные мероприятия по их устранению должны выполняться по мере их выявления;

2) эпидемиологами поликлиники осуществляется как активный перед составлением оценки рисков, так и пассивно – на основании данных эпидемиологического анализа, наблюдения, обходов, предложений со стороны сотрудников по итогам года перечень всех имеющихся факторов рисков, которые могут привести к ухудшению эпидемиологической обстановки.

3) медицинский и немедицинский персонал предоставляет по запросу эпидемиолога всю необходимую информацию для оценки факторов риска по инфекции.

4) проводится необходимая информация в виде обзора правил, отчеты по инцидентам, жалобы пациентов, исследования удовлетворенности пациентов, жалобы работников, обходы, трейсеры и т.д.

5) после сбора всех заполненных вопросников по выставленным баллам от сотрудников поликлиники эпидемиолог анализирует и в соответствии с важностью (по баллам) составляет план противоэпидемических мероприятий по наиболее приоритетным факторам риска, который утверждается на заседании КИК, а затем главным врачом поликлиники.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

6) оценку рисков осуществляет КИК – определяется приоритетность рисков для дальнейшего определения плана и задач по профилактике и контролю инфекций и сокращении критических инфекционных рисков.

7) ежеквартально на заседании КИК проводится мониторинг выполнение мероприятий плана противоэпидемических мероприятий по наиболее приоритетным факторам риска.

8) о результатах оценки рисков сообщается всем сотрудникам, в том числе руководству, компетентных в данных вопросах.

9) каждый сотрудник при возникновении инфекционных рисков должен сообщить об этом эпидемиологу.

7. Оценка рисков:

Таблица 1. **Пошаговые действия в проведении оценки инфекционных рисков**

Шаг	**Действие**	**Примечание**
Шаг1	Выполнить Оценку Рисков	*1)* Медицинский и немедицинский персонал предоставляет по запросу необходимую информацию для оценки факторов риска по инфекции (например, оказываемые услуги/манипуляции, объекты, характеристики, обслуживаемое население, окружающая среда). Сотрудниками заполняется специальная таблица, по оценке рисков (*Приложение 1);* 2) сбор информации и подготовку первичных документов по оценке рисков проводит врач эпидемиолог.
Шаг 2	Определить и выставить приоритеты.	На основании собранных данных и оценке рисков определяются приоритетные вопросы на основании приоритетных чисел риска. Определение приоритетных рисков осуществляется на основании набранных баллов, т.е. чем выше баллы, тем больше вероятность возникновения риска.
Шаг 3	Рассчитать приоритетное число риска	Приоритетное число риска рассчитывается с помощью формулы: (Вероятность возникновения риска + Потенциальная опасность, если возникает Риск) * Подготовленность организации
Шаг 4	Определить риски по зонам	Риски с приоритетным числом от 0-4 определить в зеленую зону, от 5-6 – желтая зона, 7-8 – оранжевая зона, 9 и выше – красная зона (см. табл. 2)
Шаг 5	Определить мероприятия для	После определения приоритетных вопросов необходимо определить мероприятия, которые

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	Рассмотрения Приоритетов (Процесс и Результат).	помогут улучшить процессы и свести к минимуму тот или иной риск.
Шаг 6	Разработать Задачи/Индикаторы (Количественные).	Определить конкретные цели задачи перед сотрудниками, которые будут задействованы в мероприятиях по улучшению.
Шаг 7	Разработать план по Достижению Целей и Задач.	Разработать план, согласовать его на заседании КИК с последующим Утверждением руководства. **В План по снижению рисков включаются риски, оцененные в 7-10 баллов и выше.**
Шаг 8	Реализовать Программу	Довести утвержденный план до исполнителей для выполнения и реализации Плана.
Шаг 9	Провести мониторинг плана.	По итогам года провести оценку Плана, его эффективность, мониторинг выполнения мероприятий, анализ приоритетного числа риска для слежения миграции (движение между зонами) рисков.
Шаг 10	Сообщать Результаты	На общих собраниях_____сообщать всему персоналу о результатах оценки риска, о выполнении плана мероприятий, разработанных на основании оценки рисков. Необходимо пропагандировать важность оценки рисков, подготовить четкий и ясный отчет с подчеркиванием основных пунктов, информировать всех, кто участвует в процессе.

Таблица 2. Расчет приоритетов рисков

Вероятность	**Последствия**				
	Катастрофические 5	**Крупные 4**	**Умеренные 3**	**Средние 2**	**Незначительные 1**
Наиболее вероятно 5	10	9	8	7	6
Вероятно, 4	9	8	7	6	5
Возможно 3	8	7	6	5	4
Маловероятно 2	7	6	5	4	3

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Редко 1	6	5	4	3	2

Индикаторы эффективности выполнения Алгоритма

1) снижение ИСМП;
2) наличие плана мероприятия;
3) устранение или смещение приоритетных факторов риска.

Риски не выполнения Алгоритма:

1) не знание Алгоритма по оценке рисков
2) не желание участия сотрудников в процессе оценки инфекционных рисков, безразличие.
3) не предоставление информации эпидемиологам.

6.3 Документирование процедуры

8. Документирование процедуры осуществляется в следующих документах:

1) ежегодный утвержденный главным врачом поликлиники «План мероприятий по устранению инфекционных рисков»;
2) перечень инфекционных рисков;
3) протокола заседаний КИК, где согласовывается и проводится мониторинг выполнения Плана мероприятий по устранению инфекционных рисков.

6.4 Индикаторы эффективности выполнения Правил

9. Индикатором эффективности выполнения процедуры является Соблюдение этапов выполнения процедуры.

Расчет индикатора:

Полнота исполнения СОП = число выполненных требований × 100/общее число требований.

Целевое значение стремится к 100.

7.0 Организационные аспекты разработки СОП

7.1 Указание условий пересмотра Правил:

10. Пересмотр СОП осуществляется 1 раза в 3 года и\/или при появлении новых требований.

7.2 Список использованной литературы

1) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»

2) Материалы второго совещания ВОЗ Неформальной сети по профилактике инфекций и инфекционному контролю в здравоохранении 26-27 июня 2008 г., Женева, Швейцария «Основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля».

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

3) Руководство «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в акушерских отделениях/стационарах» Института здоровья семьи, 2012г. http://www.ifhealth.ru.

4) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года №ҚР ДСМ-96/2020 Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения».

5) Национальная система наблюдения для медицинских работников (НАСГ) Краткий отчет по данным крови и воздействия жидкости организма , собранных из участвующих медицинских помещения , корпуса с , (июнь 1995 г. по декабрь 2007)[PDF - 27 страниц]Центры по контролю и профилактике заболеваний. Опубликовано в июне 2011 г. Проверено 20 августа 2019 г.

7.3 Приложения

Приложение 1

ОЦЕНКА РИСКОВ

Событие рисков	**Вероятность возникновения риска**				**Потенциальная опасность если возникнет Риск**				**Как хорошо подготовлена организация, если возникнет Риск?**			**Приоритет рисков**
	Высокий	Средний	Низкий	Отсутствует	Угрожающий жизни	Стойкое увечье	Временное увечье	Отсутствует	Плохо	Относительно хорошо	Хорошо	
Оценка:	4	3	2	1	4	3	2	1	3	2	1	
Увеличение заболеваемости инфекциями с множественной лекарственной устойчивостью (ИМЛУ)												
Метициллин-резистентный золотистый стафилококк												
Ванкомицин-резистентный энтерококк												
Clostridiumdifficile												
Синегнойная палочка (Pseudomonas) смножественной лекарственной устойчивостью												

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Enterobacter с множественной лекарственной устойчивостью												
Klebsiella с множественной лекарственной устойчивостью												
Acinebacter с множественной лекарственной устойчивостью												
Stenotrophomonas maltophilia												
Другие												
Увеличение количества инфекций с множественной лекарственной устойчивостью в зависимости от локализации/вида												
Инфекции крови, связанные с центральной катетеризацией												
Пневмония, ассоциированная с ИВЛ												
Инфекции мочевыводящих путей, связанные с катетеризацией												
Хирургические раневые инфекции												
Инфекции кожи												
Омфолиты												
Инплант-ассоциированные инфекции												
Инфекции кожи новорожденных												
Инфекции после операции в отделениях ортопедии												
Послеродовые эндометриты												
Эндометриты после кесарево сечения												
Парентеральные вирусные гепатиты												
Другие												
Недостаток регулярного/												

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

обученного персонала по ИМЛУ												
Врачи												
Резиденты												
Медицинские сестра												
Лаборанты												
Руководство												
Студенты												
Обслуживающий персонал												
Недостаточное соблюдение норм по уходу за больных для профилактики ИМЛУ												
Соблюдение гигиены рук												
Стандартные меры предосторожности												
Контактнаяпредосторожность												
Отсутствуют пакеты и тележка по введению катетера центральной вены												
Непостоянное использование контрольного листа по введению катетера центральной вены												
Не своевременное использование СИЗ												
Другие												
Проблемы с инфраструктурой												
Незаконченные или затерянные правила и процедуры												
Недостаточное количество изоляционных комнат												
Недостаточное количество медицинских сестер												
Недостаточное количество обслуживающего персонала												
Недостаточное количество персонала по инфекционному контролю												

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Не своевременность оказания консультативной помощи пациентам с ИЗ												
Высокая поточность медицинского персонала (увольнения обученных сотрудников)												
Другие												
Обстановка безопасности												
Недостаток “просто” культуры												
Боязнь сообщения об ошибках												
Боязнь распространения данных про инфицирование/ИМЛУ												
Другие												
Программа управления антибиотиками												
Программа отсутствует												
Сопротивление врачей по ограничению антибиотиков												
Формуляр не завершен												
Недостаток и не точности в протоколах лечения												
Программа не поддерживается руководством												
Недостаток клинического фармаколога												
Недостаток инфекциониста												
Отсутствует междисциплинарная команда												
Антибиограммы вовремя не доступны												
Не соблюдение времени введения антибиотика до разреза												

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

(предоперационная профилактика)												
Другие												
Недостаточная вовлеченность семьи												
Отсутствие обучения семьи												
Недостаточное количество инструкции по взаимодействию с пациентами и их семьями												
Ресурсы не готовы для ответа на вопросы членов семьи про ИМЛУ												
Оценка пациента по ИМЛУ												
Не соблюдаются рекомендации научно-доказательной медицине по снижению заболеваемости инфекций, связанных с инструментами (контрольный лист по введению катетера центральной вены)												
Другие												
Неадекватная система оповещения по резистентности к антибиотикам ИМЛУ												
Руководство												
Медицинский персонал												
Сестринский персонал												
Лаборанты												
Обслуживающий персонал												
Отсутствие системы оповещения ИМЛУ во время приема пациента в стационар												
От одного отделения/вида и услуг к другому												

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Отсутствие системы оповещения ИМЛУ в лаборатории персоналу												
Другие												
Риск ИМЛУ для обслуживаемого населения												
Педиатры												
ОРИТН												
ОДАРИТ												
ОАРИТ												
Акушер-гинекологи												
Онкологии												
Другие												
Недостаточная помощь лаборатории в быстром оповещении												
Экспресс тесты для определения колонизации или инфицирования												
Обеспеченность лаборатории персонал не позволяет проводить текущие тесты												
Не своевременный отбор материала												
Другие												
Неадекватная очистка окружающей среды												
Недостаточная работа вентиляционной системы в режимных кабинетах												
Недостаточное количество палат с положительным давлением и HEPA фильтров для цитопенических пациентов												
Недостаточное количество персонала для тщательной очистки												
Не адекватная частота уборки												
Недостаточная конечная уборка												

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

после выписки пациента												
Непостоянное использование средств по дезинфекции												
Некачественные дезинфицирующие средства												
Нет постоянной смены ветошей(бязь отсутствует)												
Сбои с закупом бумажных салфеток												
Другие												
Недостаточное количество оборудования и расходных материалов												
Недостаточное количество ИМН												
Непостоянное снабжение средств индивидуальной защиты												
Сбои закупа ИМН одноразд.для пункции и постановки ЦВК												
Сбои закупа перчаток по необходимым размерам												
Процесс закупа ИМН, оборудования												
Устаревшее оборудование												
Недостаточное количество инструментария, белья												
Некачественная стирка спецодежды и белья												
Планирование госпитализации, запрос документов при госпитализации по инфекционной безопасности												
Пере заполняемость коек отделений												
Несвоевременная изоляция инфекционных пациентов												

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Госпитализация инфекционных пациентов с других ЛПО (заносные)												
Недостаточное выявление инфекционных больных на уровне приемного покоя												
Не своевременное оповещение сотрудников, руководство отдела инфекционного контроля о случаях инфекционных заболеваний												
Не своевременные ремонтные работы												
Не своевременное сервисное обслуживание оборудований												
Не соблюдение гигиенических рекомендаций при проведении ремонтных работ.												
Инфицирование пациентов и сотрудников COVID-2019												
Занос COVID-2019 инфекции пациентами в стационар и поликлинику												
Отсутствие настороженности со стороны сотрудников по COVID-2019												
Недостаточное информирование сотрудников по вопросам профилактики COVID-2019												
Несоблюдение масочного режима, дистанциирования, респираторного режима, гигиены сотрудниками												
а												
Сокрытие данных по контакту с												

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

человеком по COVID-2019 и респираторными признаками, пневмониями												
Недостаточное обучение сотрудниками ОИК по профилактике COVID-2019, правильному и рациональному использованию СИЗ.												

1. Указание условии пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводиться 1 раз в 3 года или при появлении новых требовании.

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
	Турганбек Г.А	Ленгерский	04.01.2024	