

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: «**Впровадження роботи відділення медичної сервісної служби
у закладах охорони здоров'я**»

Виконала студентка 2 курсу групи ЗМГз-21
Спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«Громадське здоров'я»
другого(магістерського) рівня вищої освіти
Головня Оксана Василівна

Керівник – викладач, (аспірант ДУ Інституту
громадського здоров'я ім. О.М. Марзеєва
НАМНУ, лікар-інфекціоніст)
Брезицька Дануся Михайлівна
Рецензент – доктор медичних наук, доцент
Мокієнко Андрій Вікторович

«РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ»

**Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання** _____

(підпис)

(проф. д.м.н. Гущук І.В.)

Протокол №__ від «__» _____ 2025р.

м. Острог-2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. НАЙКРАЩІ СВІТОВІ ПРАКТИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМ МЕДИЧНОГО КЛІНІНГУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1 Проблема ІПНМД для ЗОЗ в Україні та світі.....	7
1.2. Профілактика ІПНМД, пов'язана із очищенням та дезінфекцією приміщень в ЗОЗ та аналіз основних нормативно-правових документів	11
1.3. Медичний клінінг. Визначення та основні компоненти впровадження.....	15
РОЗДІЛ 2.ВПРОВАДЖЕННЯ РОБОТИ ВІДДІЛЕНЬ МЕДИЧНОЇ СЕРВІСНОЇ СЛУЖБИ В ЗОЗ УКРАЇНИ	32
2.1. Аналіз нормативно-правових актів	33
2.2. Розвиток відділень медичної сервісної служби в Україні. Кращі практики та їх ефективність	37
2.3. Результати опитування медичних працівників щодо необхідності створення відділення медичної сервісної служби у лікарняних установах України.....	53
РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАЙКРАЩИХ МЕТОДІВ ВПРОВАДЖЕННЯ РОБОТИ ВІДДІЛЕНЬ МЕДИЧНОЇ СЕРВІСНОЇ СЛУЖБИ У ЗОЗ УКРАЇНИ.....	61
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	83

ВСТУП

Дана робота присвячена дослідженням і вивченням системи створення та впровадження ефективної роботи відділень медичної сервісної служби у закладах охорони здоров'я України з метою запобігання поширенню інфекційних хвороб, мікроорганізмів з антимікробною резистентністю та формування культури безпеки в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги (далі – ІПНМД), є однією із найбільших проблем для закладів охорони здоров'я у всьому світі, яка підвищує захворюваність і смертність, подовжує час перебування в лікарні та пов'язана з додатковими витратами на охорону здоров'я. Наразі, невід'ємною частиною інфекційного контролю визнано ефективне очищення та дезінфекція приміщень в лікарняних установах, адже це сприяє контролю та профілактиці ІПНМД.

У провідних країнах світу, розробляються програми з профілактики інфекцій та інфекційного контролю як на національному рівні так і на рівні закладів охорони здоров'я. Невід'ємною частиною цих програм є прибирання, зокрема, створення команди обізнаних та практично навчених працівників, які вміють оцінювати ризики інфікування об'єктів зовнішнього середовища в ЗОЗ та володіють знаннями і навичками правильного та ефективного очищення і дезінфекції цих об'єктів.

Медична система України всупереч війні та перешкодам також продовжує розвиватися і покращувати якість своїх послуг. Одна із заповуек здоров'я пацієнтів та медичних працівників — зниження ризику інфікування в закладі шляхом деконтамінації поверхонь довкілля пацієнта в лікарняних приміщеннях на регулярній основі. Таким чином, у вітчизняне законодавство з 2021 року були введені певні вимоги та рекомендації щодо організації прибирання в ЗОЗ. Зокрема, однією із таких рекомендацій є створення на базі закладу окремого

відділення – відділення медичного клінінгу, яке повністю відповідальне за очищення та дезінфекцію приміщень в лікарняних установах.

Актуальність теми: У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України особлива увага приділяється підвищенню якості медичних послуг та забезпеченню епідеміологічної безпеки населення. Одним із важливих аспектів цього процесу є дотримання належних санітарно-гігієнічних умов у закладах охорони здоров'я, що безпосередньо впливає на рівень захворюваності, зокрема на поширення ІПНМД інфекцій. Саме тому організація ефективної системи клінінгу набуває особливого значення в контексті громадського здоров'я.

Впровадження відділень медичного клінінгу в структурі закладів охорони здоров'я дозволяє забезпечити якісне прибирання з урахуванням сучасних стандартів інфекційного контролю та гігієни. Такий підхід сприяє зниженню епідеміологічних ризиків, покращенню умов перебування пацієнтів і праці медичного персоналу, а також раціональному використанню ресурсів.

З позиції громадського здоров'я, медичний клінінг виступає як профілактичний інструмент, що впливає на збереження та зміцнення здоров'я населення. Його належна організація є складовою системного підходу до запобігання інфекційним захворюванням у закритих медичних середовищах. У цьому контексті наукове обґрунтування, розробка та впровадження ефективної моделі функціонування відділення медичного клінінгу є важливим завданням сфери громадського здоров'я.

Метою роботи є дослідження проблем, які виникають при створенні відділень медичної сервісної служби та розробка пропозицій і рекомендацій щодо найкращих методів впровадження відділення медичного клінінгу в закладах охорони здоров'я України.

Основні завдання роботи:

1. Вивчити та проаналізувати проблему ІПНМД для ЗОЗ в Україні та світі.

2. Ознайомитись з основними методами профілактики ІПНМД, пов'язаних із очищенням та дезінфекцією приміщень в ЗОЗ та проаналізувати основні світові нормативно-праві документи.

3. Вивчити визначення медичного клінінгу та визначити основні компоненти його впровадження на прикладі світових практик.

4. Проаналізувати основні нормативно-правові документи України, які пов'язані із очищенням та дезінфекцією приміщень в ЗОЗ.

5. Вивчити розвиток відділень медичної сервісної служби в Україні та розглянути кращі практики і методи їх впровадження.

6. Провести опитування серед медичних працівників, щодо необхідності впровадження у роботу їх лікарняних установ відділень медичної сервісної служби.

7. За результатами проведеного емпіричного дослідження розробити пропозиції та рекомендації щодо найкращих методів впровадження роботи відділень медичної сервісної служби у ЗОЗ України.

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному підході до впровадження системи медичного клінінгу та трансформації її у структурований підрозділ – відділення медичної сервісної служби – у закладах охорони здоров'я. Уперше на основі систематизації нормативно-правових вимог, практичних кейсів та управлінських рішень обґрунтовано поетапну модель створення та функціонування такого відділення. Розкрито механізми поєднання клінінгових процесів із господарсько-допоміжними функціями (прання, догляд, утилізація відходів, логістика тощо), що дозволяє значно підвищити рівень санітарно-епідеміологічної безпеки та операційної ефективності закладу.

Розроблено практичні рекомендації щодо формування штатного розпису, проведення навчання персоналу, стандартизації клінінгових процедур, а також створення умов для розширення функцій сервісної служби до комплексного господарського обслуговування. Запропонована модель впровадження

медичного клінінгу є адаптивною та придатною до масштабування в умовах різних типів закладів охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є відділення медичної сервісної служби.

Предмет дослідження – організація діяльності відділень медичної сервісної служби для ЗОЗ України.

Методи дослідження – опитування, порівняльний аналіз, описовий, бібліографічний, статистичний та аналіз.

РОЗДІЛ 1

НАЙКРАЩІ СВІТОВІ ПРАКТИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМ МЕДИЧНОГО КЛІНІНГУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Проблема ІПНМД для ЗОЗ в Україні та світі

Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги, становлять суттєвий глобальний тягар для систем охорони здоров'я, щорічно уражаючи мільйони пацієнтів у всьому світі [1]. Випадки ІПНМД реєструються в усіх країнах, незалежно від рівня їх соціально-економічного розвитку. До групи ризику належать не лише пацієнти, а й медичні працівники та відвідувачі закладів охорони здоров'я. Хоча ІПНМД трапляються як у медичних установах із достатнім рівнем ресурсного забезпечення, так і в умовах обмежених ресурсів, у останніх показники захворюваності можуть бути приблизно вдвічі вищими, що зумовлено низкою організаційних та інфраструктурних чинників.

Інфекційні хвороби, пов'язані із наданням медичної допомоги — захворювання, які виникають у пацієнта під час догляду або надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, а також будь-яке інфекційне захворювання медичного працівника, що виникло при виконанні ним своїх професійних обов'язків. ІПНМД — це відносно новий термін, який запропоновано для заміни таких термінів, як нозокоміальні, госпітальні та внутрішньолікарняні інфекції (далі - ВЛІ) [2].

За визначенням Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), інфекція, пов'язана з наданням медичної допомоги — будь-яка інфекційна хвороба, що виникла у пацієнта внаслідок його звернення за медичною допомогою, зокрема в умовах стаціонару, амбулаторно-поліклінічного або санітарно-оздоровчого закладу, у разі надання невідкладної допомоги тощо, а також випадок інфікування медичного працівника під час його професійної діяльності. Причому відтермінування виникнення ІПНМД трактується різними авторами неоднозначно: до 3, 7 або 30 діб після виписки

зі стаціонару чи незалежно від часу появи симптомів захворювання (якщо це доведено епідеміологічним розслідуванням) [3-7].

Згідно з оцінками міжнародних організацій, в умовах стаціонарного лікування інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги, уражають у середньому кожного десятого пацієнта. Серед осіб, що захворіли на ІПНМД, летальність становить приблизно 10 %, тобто кожен десятий інфікований пацієнт помирає [8]. У країнах із високим рівнем доходу поширеність ІПНМД у закладах охорони здоров'я коливається в межах 3–5 %, тоді як у країнах із низьким рівнем доходу цей показник сягає 10–15 % [9].

Особливо високі рівні інфікування спостерігаються серед окремих категорій пацієнтів, зокрема у хірургічних хворих, новонароджених, а також у пацієнтів, які перебувають у відділеннях інтенсивної терапії. У медичних закладах з обмеженим ресурсним забезпеченням ці показники значно перевищують аналогічні в умовах розвинених систем охорони здоров'я, що свідчить про критичну потребу у вдосконаленні системи інфекційного контролю [10].

В Україні щороку реєструється близько 5 тисяч випадків ІПНМД. Водночас офіційна статистика не відображає реального рівня поширеності цих інфекцій, що зумовлено недостатньо ефективною системою епідеміологічного нагляду у закладах охорони здоров'я. Зокрема, у 2018 році показник поширеності ІПНМД становив лише 0,04 %, а у 2019 році — 0,035 %, що свідчить про значне недовиявлення випадків та наявність суттєвих прогалин у веденні внутрішньолікарняної звітності. Такі надзвичайно низькі показники можуть бути результатом як недосконалої діагностики, так і недостатньої уваги до моніторингу та обліку ІПНМД [11].

Серед ключових чинників виникнення інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, слід виокремити зростання кількості носіїв резистентних штамів серед медичних працівників, формування госпітальних мікробних популяцій, мікробне забруднення повітря, поверхонь, предметів оточення та рук персоналу, а також інфікування під час проведення діагностичних і терапевтичних

втручань. Важливу роль відіграють також порушення у системі розміщення пацієнтів та догляду за ними, що сприяє горизонтальній передачі патогенних агентів [12].

До групи підвищеного ризику належить медичний персонал, задіяний у проведенні інвазивних процедур, зокрема співробітники хірургічних, гематологічних, лабораторних та гемодіалітичних відділень. Одним із факторів поширення ІПНМД є широке застосування медичних технологій, що передбачають порушення цілісності шкірного покриву або контактують із внутрішнім середовищем організму — наприклад, складне діагностичне обладнання, яке може травмувати слизові оболонки або шкіру пацієнта [13].

Окрему загрозу становить неконтрольоване застосування антибактеріальних препаратів, що сприяє розвитку антибіотикорезистентності у збудників інфекцій. Крім того, при надмірному або монотонному використанні дезінфекційних засобів у закладах охорони здоров'я спостерігається формування стійких до них госпітальних штамів, що значно знижує ефективність подальших санітарно-гігієнічних заходів [14-16].

Водночас найбільш поширеною причиною розповсюдження ІПНМД залишається порушення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму як з боку медичного персоналу, так і самих пацієнтів. Це зумовлює необхідність системного підходу до інфекційного контролю на всіх рівнях функціонування закладів охорони здоров'я [17-18].

Серед основних нозологічних форм інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, виділяють інфекції кровотоку, пневмонії (зокрема вентилятор-асоційовану пневмонію), інфекції сечовивідних шляхів, а також інфекції в ділянках хірургічного втручання [19].

В Україні найбільш поширеною формою ІПНМД є післяопераційні інфекції, на які припадає від 55 % до 60 % усіх зареєстрованих випадків. Для порівняння, у країнах з високим рівнем доходу цей показник становить 15–20 %, тоді як у країнах, що розвиваються, він коливається в межах 30–60 % [20].

Рівень захворюваності на ІПНМД серед пацієнтів та медичного персоналу виступає важливим індикатором якості та безпеки надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. Високі показники ІПНМД свідчать про недостатню ефективність системи інфекційного контролю, зокрема в Україні (Рис1.1).

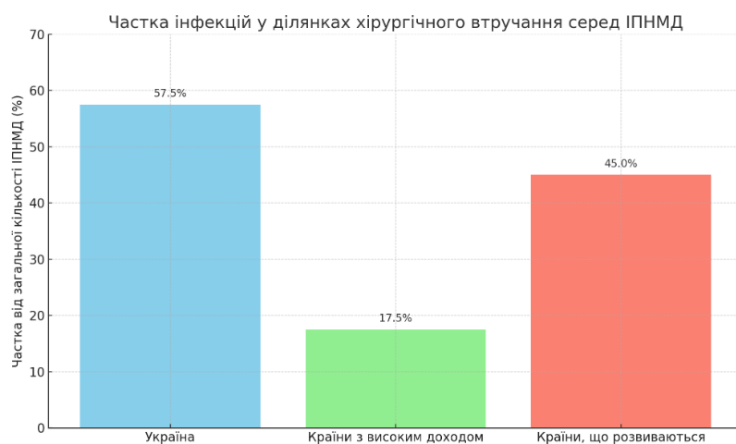


Рис.1.1 – Розповсюдженість інфекцій області хірургічного втручання серед ІПНМД

Наслідки поширення збудників інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПНМД), мають серйозний вплив як на здоров'я населення, так і на економіку систем охорони здоров'я в усьому світі. Наприклад:

- У країнах Європейського Союзу щороку фіксується близько 25 тисяч летальних випадків, спричинених інфекціями, викликаними бактеріями з антибіотикорезистентністю [21].
- У Сполучених Штатах Америки рівень смертності від інфекцій, зумовлених метицилінрезистентним золотистим стафілококом (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*, MRSA), перевищує смертність від ВІЛ-інфекції/СНІДу. Економічні втрати, пов'язані з лікуванням ІПНМД, перевищують 10 мільярдів доларів США щорічно [22-23].
- В Україні, за окремими оцінками, кожен п'ятий пацієнт, який перебуває на стаціонарному лікуванні, інфікується MRSA під час госпіталізації, що свідчить про високу поширеність внутрішньолікарняної трансмісії цього патогену [24].

Таким чином інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги залишаються однією з найсерйозніших прихованих загроз для систем охорони здоров'я у всьому світі. На сьогодні жодна країна чи медичний заклад не можуть достеменно стверджувати про повне подолання цієї проблеми [25].

Наслідки інфікування ІПНМД включають подовження терміну госпіталізації, розвиток тривалої непрацездатності, зростання антибіотикорезистентності збудників, значне збільшення прямих і непрямих фінансових витрат, підвищення рівня летальності, додаткове навантаження на систему охорони здоров'я, а також істотний психологічний і соціальний тиск на пацієнтів та їхні родини.

1.2. Профілактика ІПНМД, пов'язана із очищенням та дезінфекцією приміщень в ЗОЗ та аналіз основних нормативно-правових документів

Профілактика інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, належить до одного з ключових викликів сучасної системи охорони здоров'я. Одним із пріоритетних напрямів профілактики вважається ефективне очищення та дезінфекція приміщень у закладах охорони здоров'я, що є невід'ємним компонентом контролю епідемічного процесу[26].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі - ВООЗ), щороку в Європі реєструється приблизно 37 тисяч летальних випадків, асоційованих з ІПНМД, у той час як у Сполучених Штатах Америки цей показник досягає близько 90 тисяч [27]. Близько 20–25% випадків ІПНМД пов'язані з контамінацією мікроорганізмами предметів та поверхонь навколишнього середовища, що свідчить про їхнє важливе епідеміологічне значення як потенційного резервуара збудників інфекційних захворювань[28].

У значній кількості випадків ІПНМД зумовлені дією умовно-патогенних мікроорганізмів, для яких наразі відсутні специфічні профілактичні засоби, зокрема вакцини або імунні препарати. У цьому контексті основним методом протидії поширенню таких інфекцій є застосування систематичних

дезінфекційних і стерилізаційних заходів, спрямованих на знищення патогенних агентів у навколишньому середовищі, передусім на шляхах їхньої передачі[29].

Мікроорганізми, здатні тривалий час зберігати життєздатність на неорганічних поверхнях, створюють суттєвий ризик поширення інфекцій у межах ЗОЗ. Згідно з даними досліджень, деякі збудники, зокрема *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, ванкоміцин-резистентні ентерококи (далі-VRE) та інші, здатні виживати на інертних поверхнях від кількох днів до місяців [30-37].

У 2006 році в одному з лабораторних досліджень було визначено тривалість виживання значущих збудників ІПНМД у навколишньому середовищі. Було встановлено, що *Acinetobacter* spp. може залишатися життєздатним на поверхнях до 5 місяців, а *Klebsiella* spp. — до 30 місяців. Тривалість виживання варіює залежно від умов мікроклімату — температури, вологості, типу поверхні, а також рівня доступу до поживних субстратів [38-39]. Ці патогени часто виділяють пацієнти та персонал закладів, забруднюючи при цьому різноманітні поверхні, що суттєво підвищує ризик інфікування інших пацієнтів, відвідувачів та працівників.

В загальних рисах можна окреслити передачу інфекцій пов'язаних з наданням медичної допомоги через об'єкти зовнішнього середовища ЗОЗ наступним чином. Як ми знаємо, мікроорганізми передаються з навколишнього середовища до чутливого хазяїна наступними шляхами:

- через безпосередній контакт із забрудненими поверхнями навколишнього середовища та некритичним медичним обладнанням;
- через непрямий контакт із контамінованими руками або рукавичками медичного персоналу під час надання медичної допомоги;
- через контакт із руками відвідувачів або доглядальників, які не пройшли належну гігієнічну обробку [39].

Ці шляхи передачі можна ефективно перервати за умови своєчасного очищення та дезінфекції поверхонь, а також дотримання належної гігієни рук усіма особами, які перебувають на території закладу охорони здоров'я.

Дослідження із скринінгу об'єктів навколишнього середовища в закладах охорони здоров'я послідовно підтверджують наявність мікробного забруднення на поверхнях у палатах інфікованих пацієнтів, а іноді — й у віддалених зонах лікувальних установ. Контакт медичних працівників із такими поверхнями під час догляду за пацієнтами створює умови для подальшої трансмісії збудників як до інших пацієнтів, так і в інші ділянки медичного середовища [40](Рис 1.2).

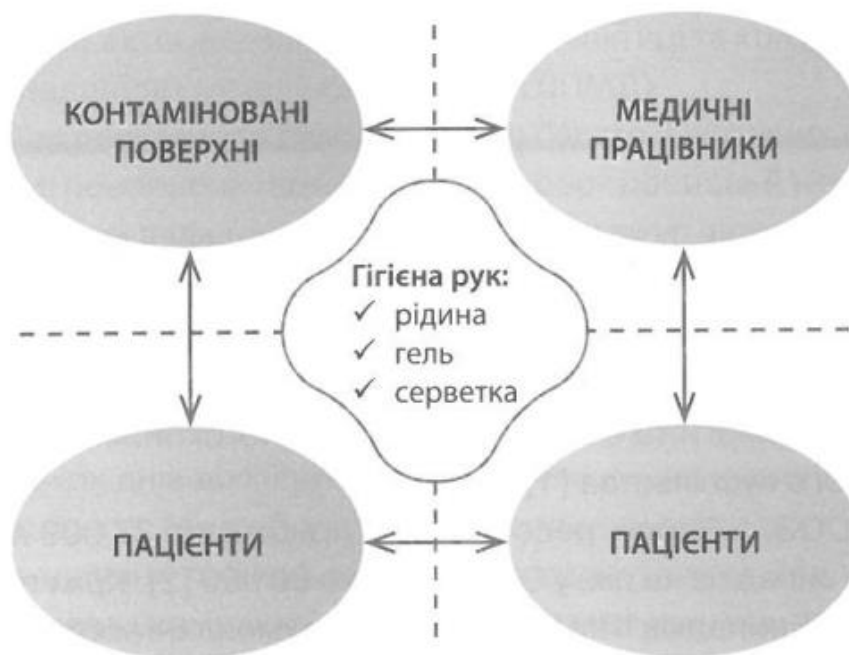


Рис.1.2 – Шляхи передачі ІПНМД

Роль навколишнього середовища ЗОЗ у передачі інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги, неодноразово підтверджена результатами клініко-епідеміологічних досліджень. Зокрема, встановлено, що ризик інфікування пацієнтів резистентними мікроорганізмами — такими як *Staphylococcus aureus* (метицилінрезистентний штам, MRSA), *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* тощо — істотно зростає у разі розміщення пацієнта у палаті, де раніше перебувала особа, колонізована цими патогенами. Ці дані свідчать про значущу епідеміологічну роль контамінованого зовнішнього середовища в установах охорони здоров'я як фактора передачі ІПНМД[40-48].

Стійкість окремих штамів патогенів до впливу факторів зовнішнього середовища, а також їх здатність тривалий час виживати на інертних поверхнях (зокрема на підлогах, меблях, обладнанні) зумовлює ризик інфікування у разі недостатньої чи неякісної деконтамінації.

Протягом тривалого періоду гігієна приміщень у закладах охорони здоров'я не розглядалася як ключовий елемент системи інфекційного контролю. Однак значне зростання рівня госпітальних інфекцій, зокрема спричинених MRSA, зумовило активізацію досліджень щодо шляхів передавання патогенних мікроорганізмів у закритих лікувальних середовищах. Це сприяло перегляду підходів до санітарного утримання приміщень медичних закладів та підвищенню ролі базової лікарняної гігієни в структурі профілактичних заходів.

Станом на сьогодні обговорення стандартів прибирання в лікарнях триває на рівні міжнародної професійної спільноти. Дискусії охоплюють питання частоти проведення прибирання, вибору методів, застосовуваного обладнання, контрольних критеріїв, ефективності засобів очищення та рівня мікробного навантаження на поверхні[40,49]. Різні країни дотримуються відмінних підходів щодо вибору мийних або дезінфекційних засобів: наприклад, у Великій Британії та північних країнах Європи перевага надається мийним розчинам, тоді як у США та Австралії – дезінфекційним[50-53].

Попри численні рекомендації, наразі у світі відсутні єдині загальновизнані стандарти ефективного клінінгу у закладах охорони здоров'я. Водночас, Центри з контролю та профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) на основі доказової бази та глобального досвіду розробили рекомендації з найкращих практик з очищення та дезінфекції середовища у закладах охорони здоров'я, що діють навіть в умовах обмежених ресурсів — «Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities: in Resource-Limited Settings»[54].

1.3. Медичний клінінг. Визначення та основні компоненти впровадження

Гігієна та санітарне утримання у закладах охорони здоров'я становлять фундамент забезпечення безпечного лікувального середовища як для пацієнтів, так і для медичного персоналу. Високий рівень чистоти в медичних установах є одним із ключових чинників профілактики внутрішньолікарняних інфекцій, спричинених вірусами, бактеріями та іншими патогенними мікроорганізмами. Системне та якісне прибирання суттєво знижує ризик передачі інфекцій та створює умови для надання безпечної медичної допомоги[55-56].

У сфері охорони здоров'я поняття клінінгу, попри його відносну новизну, поступово набуває стратегічного значення. З урахуванням сучасного підходу до управління гігієною середовища, медичний клінінг може бути визначений як комплекс організаційних, управлінських та технологічних заходів, спрямованих на створення безпечного і комфортного середовища в закладах охорони здоров'я шляхом впровадження ефективних процедур очищення та дезінфекції відповідно до найкращих доказових практик, що реалізуються кваліфікованою командою фахівців.

Одним із провідних джерел доказових рекомендацій у цій сфері є методичний документ CDC — «Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities: in Resource-Limited Settings»[54]. У ньому представлено структурований підхід до організації клінінгових заходів у медичних закладах з обмеженими ресурсами, включаючи визначення пріоритетних зон очищення, вибір ефективних дезінфекційних засобів, стандарти контролю якості, а також вимоги до навчання персоналу.

Очищення об'єктів зовнішнього середовища як складова системи профілактики інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги.

Очищення об'єктів зовнішнього середовища є ключовим елементом стандартних запобіжних заходів, які мають застосовуватись до всіх пацієнтів у всіх закладах охорони здоров'я незалежно від клінічного профілю. Ефективна

реалізація заходів із очищення та дезінфекції повинна бути інтегрованою частиною загальної програми профілактики інфекцій та інфекційного контролю (далі - ППК) на рівні конкретної установи. Вказані заходи слід планувати, реалізовувати й оцінювати у рамках комплексного підходу до запобігання ІПНМД, що передбачає міждисциплінарну співпрацю, організаційну підтримку, навчання персоналу та нагляд за епідеміологічною ситуацією в закладі [57].

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, викладених у настанові «Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level», було визначено вісім ключових компонентів ефективних програм з ППК :

1. Формування структурованої програми профілактики та контролю інфекцій на національному рівні та рівні закладу охорони здоров'я.
2. Розробка політики щодо раціонального використання антимікробних препаратів.
3. Проведення систематичної освіти та підготовки персоналу з питань ППК.
4. Системний нагляд за інфекціями, пов'язаними з наданням медичної допомоги.
5. Використання мультимодальних стратегій впровадження практик з ППК.
6. Моніторинг дотримання інфекційного контролю та зворотний зв'язок.
7. Забезпечення оптимального співвідношення між робочим навантаженням, укомплектованістю персоналом та зайнятістю ліжкового фонду.
8. Наявність безпечного середовища, необхідних матеріалів та обладнання в межах закладу охорони здоров'я[58].

Очищення та дезінфекція навколишнього середовища чітко окреслені в рамках восьмого компоненту, який підкреслює важливість утримання лікувальних приміщень у належному санітарному стані, що є визначальним фактором профілактики ІПНМД. Забезпечення ефективної гігієни навколишнього

середовища вимагає доступності відповідного інвентарю, засобів індивідуального захисту, дезінфекційних засобів та інших ресурсів.

Однак, для досягнення високої ефективності клінінгових заходів, також доцільно інтегрувати інші компоненти вказаних рекомендацій, зокрема:

- Компонент 2: Рекомендації щодо антимікробної політики повинні враховувати потенційну роль поверхонь у розвитку антимікробної резистентності через персистенцію збудників на забруднених об'єктах.

- Компонент 3: Професійна підготовка працівників клінінгових служб повинна включати основи ППК, механізми передачі інфекцій, правила використання ЗІЗ, стандарти очищення та дезінфекції тощо.

- Компонент 6: Регулярний моніторинг якості прибирання, аудит клінінгових практик та надання зворотного зв'язку персоналу дозволяють підтримувати стандарти чистоти та вчасно коригувати недоліки.

Для впровадження програми очищення та дезінфекції на основі доказових практик слід передбачити:

- Формування в межах закладу охорони здоров'я спеціалізованої команди або призначення координатора з ППК, який надаватиме експертну підтримку щодо впровадження клінінгових процедур, розробки стандартних операційних протоколів з урахуванням ризиків передачі збудників у різних структурних підрозділах закладу.

- Організацію клінінгової служби з виділеним штатом працівників, які пройшли відповідне навчання, перевірку знань та сертифікацію щодо проведення якісного прибирання та дезінфекції у лікувальних установах.

Такий підхід забезпечує не лише належну санітарно-гігієнічну безпеку в межах ЗОЗ, але й сприяє системному контролю за факторами передачі ІПНМД у закладах з обмеженими ресурсами, відповідно до рекомендацій ВООЗ та CDC.

Розробка та впровадження програми з очищення навколишнього середовища у закладах охорони здоров'я , її ключові компоненти на основі рекомендацій CDC.

Впровадження ефективного медичного клінінгу є невід’ємною складовою стратегії профілактики інфекцій, пов’язаних із наданням медичної допомоги. Основні принципи, методологія та стандарти очищення навколишнього середовища викладені, як вище було означено, у рекомендаціях CDC «Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities: in Resource-Limited Settings». Ці рекомендації сформовані комітетом міжнародних експертів з інфекційного контролю на основі доказової бази, що включає найкращі практики, які застосовуються в країнах із розвиненими системами охорони здоров’я, таких як Сполучені Штати Америки, Канада, Велика Британія та Австралія.

Основним для запровадження ефективного клінінгу, є створення у закладі охорони здоров’я цілісної програми з очищення навколишнього середовища та чітка послідовність її виконання. Така програма повинна базуватись на стандартизованому, мультимодальному підході, який передбачає інтеграцію управлінських, клінічних та профілактичних механізмів і активну взаємодію між усіма ключовими стейкхолдерами закладу.

У розробці та реалізації програми мають брати участь такі підрозділи як: адміністрація закладу, відділ або служба з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, відділ з управління об’єктами інфраструктури або технічний персонал, служба охорони праці та безпеки, зовнішні клінінгові підрядники або керівники контрактного обслуговування (за умови, коли прибирання здійснюється з допомогою аутсорсингу).

Масштаб і структура програми можуть варіюватися залежно від таких факторів, як: тип закладу (амбулаторний, стаціонарний, спеціалізований, багатопрофільний), рівень надання медичних послуг (первинна, вторинна або третинна медична допомога), форма організації клінінгової служби (власний персонал закладу чи зовнішній підрядник), наявність критичних відділень (наприклад, відділення інтенсивної терапії, неонатальні палати, операційні блоки).

Найбільше значення комплексна програма очищення має для закладів з високим рівнем клінічного ризику, де особливо важливо запобігти поширенню резистентних патогенів та реалізувати якісний інфекційний контроль. У таких умовах навіть мінімальні порушення стандартів очищення можуть призвести до тяжких клінічних наслідків, спалахів ППНМД та зростання антимікробної резистентності.

Незалежно від типу закладу охорони здоров'я чи обсягів медичної допомоги, що надаються, ефективна програма з очищення навколишнього середовища повинна включати такі основоположні компоненти:

1. Організаційні елементи

Організаційна підтримка на рівні закладу є ключовим елементом в реалізації ефективної програми очищення та дезінфекції навколишнього середовища. Основні сфери цієї підтримки включають:

- адміністративну та лідерську підтримку;
- формалізовані комунікаційні процеси та інтеграція з програмою інфекційного контролю (ІРС);
- визначену структуру управління.

Ефективне впровадження та функціонування програми очищення навколишнього середовища в закладі охорони здоров'я неможливе без належної підтримки з боку адміністрації. Адміністративна підтримка має бути стратегічною, цілеспрямованою та включати конкретні організаційні заходи., такі як: призначення керівника програми очищення навколишнього середовища або координаційної особи та розробку необхідного річного бюджету.

Для ефективного впровадження, адміністрування та контролю програми очищення навколишнього середовища в закладі охорони здоров'я необхідним є призначення координатора (менеджера) програми, незалежно від моделі надання клінінгових послуг — внутрішньої або зовнішньої (за контрактом).

Форма зайнятості координатора може бути різною. Координатор(або менеджер) на повний робочий день рекомендується для великих закладів, зокрема

закладів вторинного або третинного рівня надання медичної допомоги, у менших же установах допускається неповна зайнятість, за умови забезпечення виконання її функціональних обов'язків.

Координатор має бути офіційно призначений адміністрацією ЗОЗ та повинен мати письмову посадову інструкцію або технічне завдання, яке чітко визначає обов'язки та обсяг відповідальності.

До функціональних обов'язків координатора входить:

- розробка, впровадження та регулярне оновлення політики очищення навколишнього середовища, включно з угодою про рівень обслуговування, якщо застосовується;

- розробка, адаптація та контроль за дотриманням стандартних операційних процедур щодо очищення і дезінфекції поверхонь та середовища у всіх зонах медичного об'єкта;

- організація та проведення навчальних заходів для нового персоналу, а також регулярних тренінгів для постійного персоналу;

- забезпечення виконання рутинного моніторингу якості прибирання, включно з аудитами та збором даних для оцінки ефективності програми;

- контроль за наявністю матеріально-технічних ресурсів (засобів для чищення, дезінфекції, обладнання), а також своєчасне реагування на їх нестачу або зношення;

- Комунікація з медичним персоналом, пацієнтами або їх родичами з питань, пов'язаних із прибиранням або скаргами щодо гігієни;

- взаємодія із зовнішніми постачальниками послуг клінінгу (у разі їх залучення), забезпечення відповідності їх роботи внутрішнім стандартам закладу та умовам договору.

Для забезпечення стабільного функціонування та розвитку ефективної програми очищення навколишнього середовища в закладі охорони здоров'я необхідно щороку формувати окремий бюджет. Цей бюджет має враховувати всі

основні складові, що забезпечують сталість процесів, відповідність стандартам та безпеку персоналу й пацієнтів.

Основні елементи бюджету включають витрати на:

- персонал(заробітна плата прибиральників, їхніх безпосередніх керівників і загального менеджера або координатора програми, надбавки, соціальні пільги та витрати, пов'язані з наймом і забезпеченням робочого середовища для персоналу);
- навчання персоналу (для проведення базового навчання до початку роботи, проходження регулярних курсів підвищення кваліфікації, залучення зовнішніх тренерів або консультантів (за потреби), друк навчальних матеріалів і сертифікатів);
- матеріали та обладнання (для закупівля мийних і дезінфекційних засобів, відповідно до стандартів інфекційного контролю, засобів індивідуального захисту для працівників клінінгу, професійного приладдя для прибирання, запасних частини або витратні матеріали до нього);
- моніторинг програми (закупівля засобів контролю якості прибирання, програмного забезпечення або журналів для реєстрації результатів аудиту);
- адміністративні витрати (оплата офісного обладнання, канцелярії);
- документацію та допоміжні засоби (витрати на виготовлення контрольних списків (чек-листів), журналів обліку виконаних робіт, візуальних інструкцій на робочих місцях, друк, ламінування, оновлення наочних матеріалів);
- інфраструктуру та комунальні послуги (для забезпечення доступу до водопостачання та водовідведення в зонах миття інвентарю, витрати на ремонт або модернізацію відповідної інфраструктури з метою підтримки санітарного режиму).

Цей бюджет має бути інтегрованим у загальний фінансовий план закладу охорони здоров'я та узгодженим з іншими програмами, зокрема з програмою інфекційного контролю. Його наявність дозволяє ефективно планувати закупівлі, навчальні заходи та аудит, забезпечуючи довготривалу сталість програми.

Ефективна реалізація програми з очищення навколишнього середовища в закладах охорони здоров'я потребує налагодженої міжвідомчої комунікації та співпраці на усіх рівнях управління як під час розроблення, так і на етапі впровадження програми. Встановлення ефективних комунікаційних механізмів сприяє підвищенню обізнаності медичного персоналу щодо критичної ролі санітарного утримання середовища у запобіганні інфекціям, пов'язаним із наданням медичної допомоги (ІПНМД), та забезпеченні безпеки пацієнтів. До ключових елементів комунікаційної інфраструктури, що підлягають формуванню, належать:

- створення міждисциплінарного планового комітету (залучення всіх зацікавлених сторін об'єкта під час розробки політики, процедур і (якщо використовуються контрактні послуги) угод про рівень обслуговування);
- організація регулярних зустрічей із представниками основних зацікавлених сторін.

Ефективне функціонування програми очищення навколишнього середовища потребує чітко визначеної структури управління, що охоплює організаційні лінії підпорядкування та звітності, а також безпосередній нагляд за реалізацією заходів на місцях. До обов'язкових компонентів такої структури належать:

- організаційна схема, що визначає структуру управління програмою очищення навколишнього середовища;
- призначення відповідальних осіб (керівників) для здійснення контролю за виконанням програмних заходів безпосередньо на об'єкті.

2. Кадрове забезпечення та навчання.

Суттєвими складовими ефективної програми очищення навколишнього середовища є належне кадрове забезпечення (штатна чисельність) та їх системна підготовка. Працівники, відповідальні за проведення прибирання, повинні бути офіційно працевлаштовані та виконувати наступні обов'язки:

- бути обізнаними з посадовими обов'язками та очікуваними стандартами їх виконання;

- виконувати лише ті завдання, для яких вони пройшли відповідне навчання (наприклад, персонал не повинен допускатися до прибирання зон з високим рівнем ризику, таких як операційні блоки, без спеціалізованої підготовки);

- володіти знаннями щодо потенційної небезпеки та ознак впливу хімічних речовин, які можуть використовуватись у процесі роботи;

- мати безперешкодний доступ до необхідних матеріалів, обладнання та засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), що є критично важливими для безпечного виконання обов'язків;

- працювати відповідно до графіка, що відповідає встановленим нормативам для відповідного контексту надання медичних послуг.

Необхідна чисельність персоналу, відповідального за прибирання в закладі охорони здоров'я, варіюється залежно від низки факторів, таких як: загальна кількість ліжко-місць для пацієнтів, рівня їх заповнюваності, типу прибирання (наприклад, регулярне або заключне прибирання), характеру зон догляду за пацієнтами (наприклад, спеціалізовані підрозділи, такі як відділення інтенсивної терапії).

Під час визначення штатної чисельності необхідно враховувати раціональну тривалість робочої зміни, необхідність надання перерв, а також передбачити резерв персоналу для реагування на надзвичайні ситуації, включно зі спалахами інфекцій.

Існує широкий спектр методів для оцінювання потреб у персоналі — від хронометражних досліджень до використання спеціалізованого програмного забезпечення для аналізу робочого навантаження. Водночас, наразі не існує єдиного визнаного як «найкраща практика» підходу до розрахунку чисельності клінінгового персоналу.

Закладам охорони здоров'я рекомендується консультуватися з галузевими експертами з метою вибору відповідного інструментарію (наприклад, програмного забезпечення) та аналізу наявних емпіричних даних — зокрема з аналогічних установ — для адекватної оцінки потреб у прибиральниках.

У випадку відсутності доступних стандартизованих даних, рівень кадрового забезпечення повинен визначатися емпіричним шляхом, виходячи з реального виконання прибирання відповідно до чинної політики закладу, з подальшим уточненням чисельності персоналу на основі накопичених спостережень і результатів моніторингу.

3.Інфраструктура та постачання

Інфраструктура закладу охорони здоров'я є критично важливим чинником для ефективного функціонування програми очищення навколишнього середовища. До основних складових необхідної інфраструктури належать:

- наявність виділених фізичних приміщень, призначених для зберігання, підготовки та обслуговування клінічного обладнання та засобів очищення;
- забезпечення безперервного доступу до інженерних мереж, зокрема до систем водопостачання та водовідведення, що відповідають нормативним вимогам;
- ефективно організовані системи закупівлі, обліку та управління матеріально-технічними ресурсами, необхідними для проведення заходів з очищення та дезінфекції;
- вибір матеріалів оздоблення, меблів та клінічного обладнання для зон догляду за пацієнтами, що забезпечують можливість їх належного очищення та дезінфекції відповідно до стандартів інфекційного контролю.

Вибір та належне застосування матеріалів і обладнання для очищення навколишнього середовища є надзвичайно важливими чинниками ефективності програм гігієнічного забезпечення у закладах охорони здоров'я.

Для запобігання дефіциту матеріально-технічних ресурсів необхідно впроваджувати ефективну систему управління процесами закупівлі, обліку, зберігання, технічного обслуговування та оновлення засобів і обладнання, що використовуються для прибирання. Реалізація такої системи вимагає чіткої координації та взаємодії між декількома функціональними підрозділами закладу охорони здоров'я.

Найкращі практики управління витратними матеріалами та обладнанням у межах власних програм очищення навколишнього середовища включають такі ключові положення:

- формування основного переліку витратних матеріалів і обладнання (із зазначенням технічних характеристик, постачальників та річної потреби) здійснюється керівником програми очищення у співпраці з відділом закупівель закладу та комітетом з інфекційного контролю або комітетом з гігієни;

- планові огляди стану матеріалів і технічного обладнання, а також результати заходів з технічного обслуговування повинні бути основою для визначення фактичної потреби у ресурсах.

- необхідно впровадити регулярні (наприклад, щомісячні) інвентаризації матеріалів та обладнання з метою запобігання дефіциту запасів, прогнозування майбутніх потреб у постачанні, забезпечення наявності резервних запасів для надзвичайних ситуацій (наприклад, спалахів інфекцій).

- у великих закладах може функціонувати центральний склад, який, на підставі даних інвентаризації, здійснює приймання та розподіл матеріалів і обладнання у визначені зони очищення (відповідальність за проведення інспекцій і поповнення запасів у зонах екологічного очищення покладається на керівника програми очищення, а управління постачанням у центральному складі здійснюється відділом закупівель закладу).

Не менш важливим ніж закупівля необхідного обладнання для прибирання та витратних матеріалів до нього є забезпечення того, щоб усі оздоблювальні матеріали, меблі та обладнання для догляду за пацієнтами були придатними для ефективного очищення та сумісними з дезінфекційними засобами, що використовуються в закладі охорони здоров'я. З метою забезпечення відповідності цим вимогам, процес прийняття рішень щодо вибору, закупівлі та впровадження оздоблення (наприклад, підлогових покриттів у нових приміщеннях для догляду за пацієнтами) повинен здійснюватися у тісній співпраці між відділом закупівель,

керівником програми очищення навколишнього середовища та комітетом з інфекційного контролю або відповідним комітетом з гігієни.

4. Політика та стандартизація процедур

Політика з очищення навколишнього середовища, розроблена для конкретного закладу охорони здоров'я, визначає стандарти, відповідно до яких установа здійснює свою діяльність із метою дотримання передової практики. Вона також слугує інструментом для формування спільного розуміння серед усього персоналу щодо ключових компонентів та вимог програми очищення.

Політика з очищення навколишнього середовища, розроблена для конкретного медичного закладу, повинна включати наступні ключові елементи:

- чітко визначені лінії підзвітності, функціональні зв'язки звітності та розподіл відповідальності для всього залученого персоналу;
- детальні графіки прибирання для кожної зони догляду за пацієнтами, а також для некритичного обладнання, із зазначенням періодичності, методів очищення та відповідальних осіб;
- плани реагування на надзвичайні ситуації, включаючи протоколи очищення у випадках виявлення екологічно стійких патогенів і під час спалахів інфекцій;
- вимоги до підготовки, професійної компетентності та стандартів роботи прибирального персоналу;
- методи моніторингу, їх частоту, а також відповідальних осіб за здійснення контролю якості очищення;
- перелік дозволених засобів для очищення, витратних матеріалів та обладнання, включаючи специфікації щодо їхнього безпечного та ефективного застосування;
- перелік обов'язкових засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) і відповідні вказівки щодо гігієни рук для забезпечення безпеки персоналу та пацієнтів.

Під час розробки політики рекомендується керуватися чинними національними або субнаціональними нормативними актами та політиками

(наприклад, на рівні провінцій чи міністерств), щоб гарантувати відповідність державним стандартам з очищення навколишнього середовища в закладах охорони здоров'я. Зокрема, органи державної влади можуть надавати офіційні переліки дозволених дезінфекційних засобів або встановлювати вимоги до очищення в рамках акредитації медичних установ.

Розробка специфічних стандартних операційних процедур для кожного типу завдань з екологічного очищення є критично важливою для забезпечення належного виконання прибиральних робіт відповідно до встановлених стандартів. Такі СОПи слугують основою для інструктажу та нагляду за прибиральним персоналом, сприяючи дотриманню належної практики та забезпеченню безпеки пацієнтів і працівників. Вони мають бути легко доступними для всього залученого персоналу, включаючи прибиральників, керівників змін та клінічний персонал відповідних відділень — у разі потреби для оперативного ознайомлення або консультації.

У разі, коли програма прибирання реалізується зовнішньою компанією, заклад охорони здоров'я зобов'язаний забезпечити надання компанії-підряднику актуальних внутрішніх стандартних операційних процедур, які регламентують очищення навколишнього середовища. Якщо СОПи компанії-підрядника використовуються як основа для практики, адміністрація закладу повинна здійснити ретельну перевірку цих документів з метою впевненості у їх відповідності політиці закладу та чинним нормативним вимогам.

Стандартні операційні процедури, що регламентують процеси очищення навколишнього середовища в закладах охорони здоров'я, повинні включати такі ключові елементи:

- перелік спеціалізованих матеріалів та обладнання, необхідних для виконання конкретного завдання з очищення;
- підготовчі етапи, зокрема гігієну рук та порядок використання засобів індивідуального захисту, відповідно до інструкцій;

- деталізовану покрокову інструкцію щодо послідовного виконання процесу очищення чи дезінфекції;

- завершальні етапи, включно зі збиранням забруднених матеріалів для утилізації або переробки, безпечним зняттям ЗІЗ та остаточною гігієною рук.

При розробці СОП необхідно враховувати інструкції виробника щодо приготування розчинів екологічно безпечних засобів (зокрема, дотримання вимог до розведення), повторного використання багаторазових миючих засобів, інвентарю та ЗІЗ, ретельної обробки (очищення та дезінфекції) некритичного обладнання для догляду за пацієнтами.

Додаткові рекомендації щодо розробки СОП:

- СОП та інші інструктивні матеріали (текстові чи ілюстровані) повинні створюватися з урахуванням рівня грамотності персоналу з прибирання та бажаної для них мови;

- використання інфографіки рекомендовано як засіб візуалізації ключових етапів завдань та для полегшення сприйняття інформації;

- керівник програми очищення повинен мати повну збірку чинних СОП;

- окремі СОП повинні бути доступні у відповідних зонах догляду за пацієнтами — у центральному, легко доступному місці, якомога ближче до місця виконання відповідних завдань.

Перевірка виконання стандартів операційних процедур проводиться згідно контрольних списків, які є інтерактивним інструментом забезпечення якості, що сприяє повному та послідовному дотриманню методів з очищення навколишнього середовища. Вони дозволяють персоналу систематично відстежувати виконання кожного з передбачених кроків та оперативно виявляти й усувати пропущені дії.

Наприклад, контрольний список, що включає перелік високочастотних контактних поверхонь, може бути інтегрований як доповнення до СОП з планового очищення конкретної зони догляду за пацієнтами. Такий підхід підвищує ефективність прибирання, знижує ризик перехресного забруднення та

сприяє загальному підвищенню рівня інфекційного контролю в закладі охорони здоров'я.

5. Моніторинг, аудит та зворотний зв'язок.

Запровадження структурованих програм моніторингу є критично важливим для забезпечення відповідності процесів очищення навколишнього середовища сучасним стандартам і передовій практиці. Ефективне моніторингове забезпечення потребує належної організаційної підтримки та достатніх ресурсів для оперативного усунення виявлених недоліків. Моніторинг повинен базуватися на стандартизованій методології, що застосовується на регулярній основі, з обов'язковим наданням своєчасного, конструктивного зворотного зв'язку персоналу, відповідальному за виконання прибирання, а також керівникам програми.

У випадку, якщо програму прибирання реалізує зовнішній підрядник, відповідальність за періодичне проведення моніторингу залишається за закладом охорони здоров'я. Зокрема, участь у таких заходах мають брати внутрішні представники установи, такі як керівник програми очищення, координатор чи член комітету з інфекційного контролю.

Під час моніторингів потрібно застосовувати різні методи, такі як прямі (наприклад, спостереження за виконанням процедур) та непрямі (зокрема екологічне маркування поверхонь).

Оперативне надання результатів моніторингу персоналу, який безпосередньо виконує роботи з очищення, є необхідною умовою для своєчасного внесення змін до практичної діяльності та підвищення її ефективності. Одночасно, надання зведених результатів керівному складу (зокрема, керівнику програми очищення) дозволяє ініціювати системні вдосконалення на рівні всієї програми.

Для забезпечення ефективної комунікації результатів моніторингу мають бути впроваджені такі механізми зворотного зв'язку:

- безпосередній зворотний зв'язок з персоналом – індивідуальне або групове інформування щодо виявлених недоліків та рекомендацій для покращення практики.

- Регулярна звітність для управлінської ланки – аналітичні звіти для керівництва програми з метою стратегічного планування і коригування політик та процедур.

Коли ж прибирання в ЗОЗ здійснюється зовнішньою службою, то ефективна реалізація програм з найкращих методів очищення та дезінфекції вимагає тісної взаємодії персоналу підрядника (зокрема, прибиральників та їхніх керівників) з координатором програми очищення закладу та представниками служби інфекційного контролю, з метою забезпечення відповідності практик очищення політиці установи та найкращим галузевим стандартам.

Критично важливо, щоб заключена угода детально регламентувала всі ключові елементи програми очищення, що дозволить гарантувати прозору підзвітність та якість наданих послуг. Мінімальний перелік обов'язкових складових повинен включити всі основні компоненти програми, тобто:

- організаційну структуру з чітко визначеними функціональними лініями звітності, обов'язками та відповідальністю всього персоналу підрядної організації.

- штатний розпис для кожної клінічної зони, включно з планами забезпечення додаткового персоналу у випадку надзвичайних ситуацій (наприклад, спалахи інфекцій).

- програми навчання для працівників за контрактом із зазначенням змісту, частоти та обсягу навчальних заходів.

- графіки та методи прибирання для кожної зони догляду за пацієнтами, погоджені з політикою закладу.

- механізми моніторингу та зворотного зв'язку, що передбачають як регулярну оцінку якості наданих послуг, так і оперативне реагування на виявлені відхилення.

- перелік дозволених матеріалів та обладнання, що буде використовуватися в рамках програми, із урахуванням сумісності із дезінфекційними засобами, прийнятими у закладі.

Інтеграція рекомендацій CDC у створення професійного клінічного відділення в медичному закладі сприяє підвищенню якості санітарного контролю, зменшенню поширеності ІПНМД, оптимізації витрат на дезінфекцію та покращенню репутації ЗОЗ. Особливо в умовах обмежених ресурсів така служба може стати ключовим елементом системи громадського здоров'я на рівні установи.

РОЗДІЛ 2

ВПРОВАДЖЕННЯ РОБОТИ ВІДДІЛЕНЬ МЕДИЧНОЇ СЕРВІСНОЇ СЛУЖБИ В ЗОЗ УКРАЇНИ

В умовах повномасштабної війни в Україні система охорони здоров'я зазнала серйозних викликів, проте водночас стала прикладом стійкості, адаптивності та інноваційного розвитку. Одним із напрямів, який демонструє динамічне зростання навіть у складних соціально-економічних умовах, є медичний клінінг — спеціалізоване обслуговування з прибирання та дезінфекції закладів охорони здоров'я.

Розвиток медичного клінінгу став не просто технічним удосконаленням санітарного обслуговування, а важливим елементом інфекційного контролю, що безпосередньо впливає на безпеку пацієнтів та медичного персоналу. Зростаючі ризики інфекцій, зокрема внаслідок бойових дій, поранень та переміщення великої кількості людей, посилили потребу у впровадженні високих стандартів гігієни та ефективних клінінгових протоколів.

Незважаючи на військову агресію, дефіцит ресурсів та загрози для інфраструктури, в Україні активно впроваджуються сучасні моделі управління клінінговими процесами в лікарнях. Йдеться про залучення спеціалізованих сервісних компаній, автоматизацію обліку клінінгових робіт, навчання персоналу та впровадження міжнародних стандартів інфекційного контролю[53]. Такий підхід дозволяє підвищити ефективність медичних установ, зменшити ризики внутрішньолікарняних інфекцій і покращити загальний рівень якості медичних послуг.

Цей напрям розвитку не лише свідчить про прагнення української медицини до міжнародних стандартів, а й демонструє здатність адаптуватися і впроваджувати інновації в умовах надзвичайних викликів.

2.1. Аналіз нормативно-правових актів

У процесі аналізу нормативно-правової бази України щодо впровадження процедур прибирання в закладах охорони здоров'я можна виокремити низку ключових нормативних документів, які регламентують окремі аспекти санітарно-гігієнічного обслуговування.

1. Наказ МОЗ України від 02.04.2013 № 259 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил "Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу"»[59].

Відповідним наказом визначено вимоги до матеріально-технічного оснащення та оздоблення приміщень закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, зокрема щодо типів оздоблювальних матеріалів, їхніх властивостей та відповідності санітарно-гігієнічним нормам з метою забезпечення ефективного очищення та дезінфекції поверхонь.

Крім того, документом регламентовано порядок організації зберігання прибирального інвентарю, вимоги до його маркування та умов експлуатації, а також встановлено нормативи щодо кратності проведення вологого прибирання в різних функціональних зонах такого типу закладу.

2. Наказ МОЗ України від 03.08.2020 № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами»[60].

У цьому нормативному документі, зокрема у додатку 8 до нього, уже більш детально висвітлюються питання, що стосуються ефективного очищення та дезінфекції приміщень, з урахуванням певних мінімальних положень доказової медицини. Зокрема, розглядаються аспекти застосування мийних і дезінфекційних засобів в залежності від рівня та виду забруднень, використання засобів індивідуального захисту під час проведення санітарно-гігієнічних заходів та вимоги до розчинів для проведення очищення та дезінфекції приміщень. Також ним встановлено, що кратність проведення очищення та дезінфекції

визначається відділом з інфекційного контролю залежно від функціонального призначення приміщень і рівня ризику передачі інфекційних агентів через об'єкти навколишнього середовища. Водночас, на сьогодні у ньому відсутні уніфіковані нормативи або методичні рекомендації, які б дозволяли здійснювати розрахунок зазначеної кратності та сприяли розробці ефективних графіків проведення санітарно-епідеміологічних заходів.

3. Наказ МОЗ України від 06.05.2021 № 882 «Про затвердження санітарно-протиепідемічних правил і норм використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ/закладів надання соціальних послуг/соціального захисту населення»[61].

Відповідно до положень зазначеного нормативно-правового акта, встановлено регламент щодо застосування ультрафіолетового бактерицидного випромінювання (далі - УФБВ) у закладах охорони здоров'я. Документ визначає типи опромінювачів, дозволених до використання з метою знезараження повітря та дезінфекції поверхонь і об'єктів внутрішнього середовища медичних установ.

Окрім того, встановлено вимоги до безпечного монтажу та експлуатації УФ-опромінювачів, зокрема щодо методики розрахунку експозиції (тривалості опромінення), а також контролю рівнів випромінювання для забезпечення безпеки пацієнтів та персоналу. У документі регламентовано процедури періодичного контролю ефективності роботи пристроїв і відповідності параметрів їхнього функціонування чинним санітарно-гігієнічним нормам.

4. Наказ МОЗ України від 21.02.2023 № 354 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил "Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я" та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я»[62].

У відповідному нормативно-правовому акті детально окреслено вимоги до оздоблювальних матеріалів, поверхонь, стін та елементів обладнання в закладах

охорони здоров'я з метою забезпечення їх стійкості до багаторазового очищення та ефективної дезінфекції. Дані положення диференціюються залежно від функціонального призначення приміщень та рівня інфекційного ризику в окремих зонах медичного закладу.

Особливу увагу приділено необхідності впровадження стандартизованих операційних процедур з прибирання та дезінфекції, які мають бути розроблені та впроваджені відділом інфекційного контролю відповідного закладу. Це свідчить про перехід до уніфікованого, стандартизованого підходу в організації гігієнічних заходів, що відповідає сучасним принципам інфекційної безпеки.

Крім того, документом передбачено обов'язкову наявність резервного тримісячного запасу дезінфекційних і мийних засобів, що дозволяє забезпечити безперервність санітарно-гігієнічного режиму за умов надзвичайних ситуацій або перебоїв з постачанням.

Також встановлено вимоги щодо організації зберігання прибирального інвентарю: увесь інвентар повинен зберігатися у спеціально відведених приміщеннях, які виключають доступ сторонніх осіб, що мінімізує ризики контамінації та сприяє дотриманню принципів інфекційного контролю.

5. Наказ МОЗ України від 03.08.2021 № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення»[64].

Саме у зазначеному нормативно-правовому акті особлива увага приділяється впровадженню системи профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я України. Зокрема, передбачається створення окремого структурного підрозділу з інфекційного контролю - ВІК, на який покладається відповідальність за реалізацію комплексу заходів, спрямованих на запобігання поширенню ІПНМД. Важливим положенням документа є запровадження мультимодальної стратегії як основного підходу до реалізації заходів інфекційного контролю, що охоплює всі напрямки, включаючи

організацію прибирання. Водночас у документі відсутній деталізований алгоритм реалізації цієї стратегії на практиці.

Особливий акцент у наказі зроблено на розробці стандартних операційних процедур як базового інструменту регулювання процесів санітарної обробки приміщень, при цьому наводяться окремі приклади таких процедур. У контексті прибирання у закладах, що надають цілодобову стаціонарну медичну допомогу, передбачається обов'язкове забезпечення ефективного очищення та дезінфекції приміщень.

Документом окреслено три можливі моделі організації клінінгових процесів:

- аутсорсинг клінінгових послуг, що передбачає укладення договору з профільною клінінговою компанією. Проте на сьогодні в Україні сфера медичного клінінгу як спеціалізованої послуги практично не функціонує, що створює ризики впровадження таких послуг ненавченим персоналом, а відтак — загрозу епідеміологічного ускладнення та поширення внутрішньолікарняних інфекцій. За відсутності підготовки персоналу цей варіант на даному етапі є малоефективним.

- проведення прибирання та дезінфекції приміщень кожного окремого підрозділу його ж працівниками з використанням обладнання для прибирання європейського зразка (зокрема візками) та витратними матеріалами до них (текстилем, швабрами мийними та дезінфекційними засобами), яким керівництво має забезпечити відділення. Однак у нормативному документі відсутні чіткі вказівки щодо обсягів і методів розрахунку споживчих матеріалів, а також не визначено, хто саме відповідає за проведення прибирання та з якою кратністю його слід здійснювати.

- створення окремого структурного підрозділу медичного клінінгу на базі закладу охорони здоров'я, функцією якого буде виключно професійне очищення та дезінфекція приміщень. Такий підрозділ повинен підпорядковуватись

визначеній адміністративній особі та функціонувати відповідно до затверджених внутрішніх нормативних документів і стандартів операційної діяльності.

Попри наявність нормативних актів, які рекомендують створення підрозділів медичного клінінгу як окремих структурних одиниць у закладах охорони здоров'я, в Україні досі відсутня уніфікована система їх впровадження, а також методичні рекомендації чи інструктивні матеріали, що регламентували б порядок створення, функціонування та моніторингу ефективності таких підрозділів. Це ускладнює реалізацію заходів з інфекційного контролю в межах сучасних вимог до санітарно-епідеміологічної безпеки медичних установ.

Аналіз чинної нормативно-правової бази, включаючи попередні накази, свідчить про наявність внутрішніх суперечностей та фрагментарність у регулюванні процесів організації клінінгової діяльності в медичних закладах та відсутність єдиних стандартів. З огляду на це, актуальним постає питання розробки окремого алгоритму або методичних рекомендацій чи алгоритмів впровадження структурного підрозділу медичного клінінгу. Такий документ мав би включати поетапну інструкцію щодо створення підрозділу, визначення його функціональних обов'язків, кадрового складу, матеріально-технічного забезпечення, а також вимог до стандартизації процедур очищення та дезінфекції і перевірки їх виконання.

Крім того, до компетенції такого підрозділу доцільно віднести низку додаткових функцій, зокрема участь у розробці стандартних операційних процедур з прибирання, ведення контролю якості виконання клінінгових заходів, проведення навчання персоналу, а також співпрацю з відділом інфекційного контролю з метою інтеграції клінінгових процесів у загальну систему профілактики інфекцій та інфекційного контролю з урахуванням фактів доказової медицини.

2.2. Розвиток відділень медичної сервісної служби в Україні. Кращі практики та їх ефективність

В Україні становлення медичного клінінгу як окремої структурної одиниці в закладах охорони здоров'я розпочалося відносно недавно — з 2020 року. Втім, попри відносну новизну, цей напрям демонструє динамічний розвиток та

зростаючу популярність серед медичних установ. Така тенденція зумовлена його високою ефективністю у запобіганні внутрішнього інфікування, забезпеченні якісного очищення об'єктів зовнішнього середовища, а також збереженні матеріально-технічної бази медичних закладів.

Результати впровадження медичного клінінгу свідчать про доцільність формування професійного клінінгового підрозділу в межах закладу охорони здоров'я як одного з ключових елементів системи інфекційного контролю.

Передумови, що слугували створенню відділення медичного клінінгу у лікарняних установах України.

У закладах охорони здоров'я України протягом тривалого часу використовувалися застарілі підходи до прибирання та дезінфекції приміщень, зокрема застосування дерев'яних швабр, тканинних матеріалів багаторазового використання та інших неефективних засобів. Прибиральні роботи виконувалися молодшим медичним персоналом (санітарками), які, як правило, не мали спеціалізованої освіти щодо механізмів передачі інфекційних агентів. Засвоєння практичних навичок здійснювалося безпосередньо на робочому місці, без формального навчання.

У процесі здійснення прибирання та дезінфекції приміщень переважно використовувалися дезінфекційні засоби, здебільшого на основі сполук хлору. Сучасні дослідження засвідчують, що такі речовини можуть чинити негативний вплив на здоров'я людини, зокрема на здоров'я пацієнтів, відвідувачів і персонал закладів охорони здоров'я.

Досить довго в закладах охорони здоров'я не використовувалися принципи доказової медицини при розробці алгоритмів та протоколів очищення і дезінфекції. Науково обґрунтовані підходи до інфекційного контролю почали впроваджуватись у клінічну практику лише в останні роки.

Попри включення принципів доказової медицини до нормативно-правової бази Міністерства охорони здоров'я України, зокрема у наказі МОЗ України від 04.04.2012 №236 "Про організацію контролю та профілактики післяопераційних

гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів" [65](який на сьогодні втратив чинність), що містив рекомендації щодо використання двовідерної системи для очищення та дезінфекції приміщень хірургічного профілю, практичне впровадження цих підходів залишалося обмеженим. Незважаючи на наявність регуляторного підґрунтя, зазначені методики часто не застосовувалися належним чином або впроваджувалися з порушенням встановлених стандартів. Адже, навіть після того, як у закладах охорони здоров'я почали з'являтися двовідерні візки для прибирання та дезінфекції приміщень, виготовлені за європейськими зразками, після їх постачання в установи, ці засоби нерідко використовувалися не за профільним медичним призначенням. У багатьох випадках їх застосовували за аналогією з практиками комунальної гігієни, без урахування відмінностей у нормативних вимогах. Зокрема, не бралось до уваги, що в медичному середовищі головним завданням прибирання є переривання епідеміологічного ланцюга передачі інфекційних агентів, тоді як у комунальній сфері акцент робиться переважно на досягненні візуальної чистоти.

В Україні поступово відбувається інтеграція принципів доказової медицини в систему інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я.

Із 2008 року впровадженням принципів доказової медицини в практику інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я України, зокрема в частині прибирання та дезінфекції, займається Асоціація «Служба організації інфекційного контролю»[65] у співпраці Євгеном Сухарєвим[66]— дипломованим фахівцем у галузі медичного клінінгу.

Асоціація «СОІК» була заснована на базі німецької науково-дослідної лабораторії «MDI» під керівництвом д-ра медичних наук Х.-Й. Рьодгера. Завдяки цьому діяльність Асоціації з моменту заснування ґрунтується на сучасних європейських принципах організації санітарно-гігієнічного режиму в закладах охорони здоров'я України. Основна місія СОІК полягає в поширенні знань щодо

профілактики інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги, та в розробці ефективних механізмів забезпечення інфекційної безпеки в медичних установах.

У травні 2012 року Асоціація спільно з Асоціацією медичних сестер України ініціювала всеукраїнську програму «Чиста лікарня безпечна для пацієнта»[67], яка має на меті виявлення та усунення порушень у сфері дотримання стандартів чистоти та гігієни у лікувально-профілактичних закладах. Значна увага в межах програми приділяється саме питанням організації прибирання, як критично важливого елементу інфекційного контролю.

У 2018 році Євген Сухарєв заснував Київську Школу Клінінгу (Kyiv Cleaning School, KCS)[68] — перший і наразі єдиний в Україні спеціалізований навчальний центр, який здійснює підготовку фахівців з медичного клінінгу за сучасними міжнародними стандартами. Діяльність KCS орієнтована на адаптацію та впровадження в українські медичні заклади найкращих практик клінінгової індустрії, що базуються на принципах доказової медицини та досвіді провідних країн Європи.

Євген Сухарєв має профільну освіту та проходив професійне стажування у клінінгових установах Німеччини, Польщі, Латвії, а також безпосередньо працював у клінінгових компаніях м. Берлін. Цей досвід забезпечив йому глибоке розуміння сучасних клінінгових технологій та їх особливостей у медичному контексті, що дозволяє ефективно адаптувати ці практики до потреб української системи охорони здоров'я.

Співпраця між Асоціацією «СОІК» та KCS стала важливим каталізатором розвитку професійного медичного клінінгу в Україні. Ця взаємодія формує основу для створення та функціонування відділень медичної сервісної служби, що сприяють забезпеченню інфекційного контролю на основі міжнародних стандартів, підвищенню рівня санітарно-гігієнічної культури в лікувальних установах і, зрештою, покращує якість медичної допомоги та безпеку пацієнтів.

Функціонування та перспектива розвитку існуючих в Україні відділень медичної сервісної служби.

Починаючи з 2020 року в Україні спостерігається активне впровадження нової організаційної моделі сервісної інфраструктури у сфері охорони здоров'я, зокрема через створення відділень медичного клінінгу при закладах охорони здоров'я. Ці підрозділи формуються як окремі функціональні одиниці, відповідальні за організацію, контроль та виконання професійного прибирання відповідно до сучасних стандартів інфекційного контролю.

Запровадження такої структури спрямоване на підвищення ефективності санітарно-гігієнічних заходів, зниження ризику поширення ПНМД та забезпечення безпечного середовища як для пацієнтів, так і для медичного персоналу.

З кожним роком динаміка створення подібних відділень зростає. Станом на сьогодні функціонують декілька таких підрозділів у різних областях України, що свідчить про формування сталої тенденції до професіоналізації клінінгових послуг у системі охорони здоров'я. На жаль, наразі немає доступної офіційної статистики щодо кількості відділень медичного клінінгу в закладах охорони здоров'я України. Державна служба статистики України та Центр медичної статистики МОЗ не публікують окремих даних за цим напрямком.

Проте, згідно з інформацією, наданою Департаментом охорони здоров'я м. Києва, у 2024 році відбулося підсумкове засідання колегії галузі охорони здоров'я, де обговорювалися стратегічні напрямки розвитку галузі, включаючи впровадження нових сервісних підрозділів у медичних закладах[69].

Згідно з результатами емпіричного дослідження, проведеного в рамках написання кваліфікаційної роботи, а також на підставі неофіційної інформації, отриманої під час аналізу діяльності фахівців Асоціації «Служба організації інфекційного контролю» та Київської Школи Клінінгу, надано узагальнені дані щодо кількості закладів охорони здоров'я, при яких уже функціонують структуровані відділення медичного клінінгу.

Отримана інформація свідчить, що станом на квітень 2025 року такі відділення створені та діють у понад 20 медичних закладах у різних регіонах

України, включаючи Київську, Львівську, Полтавську, Дніпропетровську та Одеську області, та у багатьох інших регіонах розпочинають працювати в даному напрямку.

Зокрема відомо, що відділення медичної сервісної служби або відділення медичного клінінгу наразі функціонують у таких закладах як:

1. Комунальне некомерційне підприємство «Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради» (далі – КНП «ЦМЛ ІФМР»)

2. Комунальне некомерційне підприємство «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради»

3. Комунальне некомерційне підприємство «Прикарпатський клінічний онкологічний центр Івано-Франківської обласної ради»

4. Комунальне некомерційне підприємство "Львівський обласний клінічний перинатальний центр" Львівської обласної ради

5. Лікарня Святого Пантелеймона Першого територіального медичного об'єднання міста Львова

6. Лікарня Святого Луки Першого територіального медичного об'єднання міста Львова

7. Дитяча лікарня Святого Миколая Першого територіального медичного об'єднання міста Львова

8. Товариство з обмеженою відповідальністю "Медичний центр Святої Параскеви" (м. Львів)

9. Superhumans Center (м. Львів)

10. Комунальне некомерційне підприємство "Кам'янка-Бузька центральна районна лікарня" (Львівська область)

11. Комунальне некомерційне підприємство "Амбулаторія загальної практики сімейної медицини" Сокільницької сільської ради Львівського району Львівської області

12. Комунальне некомерційне підприємство "Центр первинної медико-санітарної допомоги Шептицької міської ради" (Львівська область)

13. Комунальне підприємство «Рівненська обласна дитяча лікарня» Рівненської обласної ради

14. Підприємство «Лікувально-діагностичний центр «Клініка святого Луки» Івано-Франківського архієпархіального управління Української Греко-Католицької Церкви»

15. Товариство з обмеженою відповідальністю «Медичний центр Євромед» (Дніпро)

16. Волинський обласний перинатальний центр, структурний підрозділ Волинського обласного дитячого територіального медичного об'єднання

17. Комунальне підприємство «Хмельницький міський перинатальний центр» Хмельницької міської ради.

18. Комунальне підприємство «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради

Працюють над впровадженням роботи медичного клінінгу наступні ЗОЗ України:

1. Комунальне некомерційне підприємство «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради»

2. Обласне комунальне некомерційне підприємство «Буковинський клінічний онкологічний центр»(Чернівці)

3. Комунальне некомерційне підприємство «Лікарня Святого Мартина»(Мукачево)

4. Комунальне некомерційне підприємство "Міський клінічний перинатальний центр Івано-Франківської міської ради"

5. Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради "Обласна дитяча клінічна лікарня"

6. Комунальне некомерційне підприємство "Тернопільська обласна клінічна лікарня" Тернопільської обласної ради

7. Комунальне підприємство "Хмельницька міська лікарня" Хмельницької міської ради

8. Львівський регіональний фтизіо-пульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр.

9. Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівський обласний госпіталь ветеранів війн та репресованих ім. Ю. Липи»

10. Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради "Львівський онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр"

11. Комунальне некомерційне підприємство «Золочівська центральна районна лікарня» Золочівської міської ради Золочівського району Львівської області

12. Комунальне некомерційне підприємство "Новояворівська лікарня імені Юрія Липи" Новояворівської міської ради

13. Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

14. Комунальне підприємство «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради

У світлі наведених переліків можна зробити висновок, що процес розвитку відділень медичного клінінгу в Україні триває, незважаючи на складну безпекову ситуацію, спричинену військовою агресією. Це підтверджує надзвичайну актуальність питання організації ефективного інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, зокрема через професіоналізацію процесів очищення та дезінфекції.

Запровадження спеціалізованих відділень медичного клінінгу є не лише інструментом забезпечення належного санітарно-гігієнічного режиму, а й основою для подальшої трансформації цих структур у відділення медичної сервісної служби. Такий етап розвитку дозволить оптимізувати системи інфекційного контролю, запровадити чіткі стандарти, спрямовані на розрив епідеміологічних ланцюгів, та підвищити загальну якість надання медичних послуг.

Реорганізація відділення медичного клінінгу в відділення медичної сервісної служби на прикладі КНП «ЦМЛ ІФМР»

Відділення медичної сервісної служби — це самостійний структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, діяльність якого не обмежується лише медичним клінінгом, а може виконувати всі ланки господарчих послуг. Основна мета створення такого відділення полягає в централізації та професіоналізації нефармацевтичних, але критично важливих сервісних процесів, що забезпечують безперебійну роботу медичного закладу, таких як догляд за пацієнтами, збір, сортування, транспортування та прання лікарняної білизни, двірники, збір та сортування медичних відходів та багато інших.

Таким чином, відділення медичної сервісної служби виконує роль інтеграційного центру, який охоплює всі ланки господарського та сервісного забезпечення закладу охорони здоров'я. Його функціонування сприяє підвищенню ефективності та якості надання медичних послуг шляхом вивільнення ресурсів медичного персоналу для виконання власне лікувально-діагностичних завдань.

Закладом, який започаткував впровадження системного медичного клінінгу в Україні на практиці та згодом здійснив повноцінну реорганізацію у відділення медичної сервісної служби, стала Івано-Франківська міська клінічна лікарня [70].

На сьогодні цей заклад є унікальним прикладом в Україні, де господарська служба функціонує як централізований, професійно структурований підрозділ, що охоплює практично всі напрямки допоміжної та логістичної діяльності медичного закладу.

Івано-Франківська міська клінічна лікарня фактично першою в Україні реалізувала концепцію сервісного підрозділу на рівні, який є порівнюваним і, в окремих аспектах, перевищує стандарти, що застосовуються у медичних установах низки країн Європейського Союзу[71].

Цей досвід є показовим і може слугувати еталонною моделлю для масштабування в інші заклади охорони здоров'я України, з метою формування нової культури господарсько-сервісного обслуговування в медицині.

Ідея створення єдиної системи медичного клінінгу в закладі охорони здоров'я виникла у директора Івано-Франківської міської клінічної лікарні після ознайомчої поїздки до медичних установ Німеччини. Під час візиту, який був організований KCS та відбувався у складі делегації керівників українських лікувальних закладів, він мав можливість безпосередньо спостерігати роботу німецьких медичних клінінгових служб, оцінити ефективність централізованого підходу до прибирання, дезінфекції, логістики та доглядових процесів у медичних установах.

Найбільше враження під час поїздки за кордон на директора Івано-Франківської міської клінічної лікарні справив організаційний підхід до роботи відділення медичного клінінгу. Те, що стало ключовим поштовхом до створення аналогічного відділення в Україні, — це:

- мінімальна кількість персоналу, яка, попри свою чисельність, забезпечує високу ефективність роботи;
- чіткий розподіл обов'язків: кожен працівник має вузьку спеціалізацію і не виконує одночасно всі господарські функції, як це часто трапляється у вітчизняних лікарнях із молодшим медичним персоналом;
- відсутність дублювання обов'язків і хаотичного підходу до роботи, завдяки чому досягається високий рівень якості клінінгу, дезінфекції та догляду;
- висока дисципліна, професійність та стандартизація процедур, які дозволяють не лише зменшити кількість працівників, а й зробити систему більш керованою, відповідальною та безпечною.

Це кардинально відрізняється від звичних підходів в українських закладах, де санітарки часто змушені виконувати широкий спектр господарських робіт без належної підготовки і чіткого розмежування функцій. Саме ця різниця і стала для директора переконливим аргументом у необхідності створення відділення

медичного клінінгу, як окремої, організованої, професійної структури, здатної забезпечити сучасний рівень сервісу й інфекційного контролю.

Попри відсутність в Україні досвіду створення відділень медичного клінінгу і навіть загального розуміння цієї концепції в медичному середовищі, прагнення до змін і покращення інфекційного контролю у закладах охорони здоров'я стало рушійною силою для нововведень у закладі.

Ключову роль у цьому процесі відіграло усвідомлення ефективності міжнародних підходів і наявність вітчизняних фахівців, які мали знання та досвід впровадження сучасних клінінгових систем. Так, у співпраці з KCS та її керівником Євгеном Сухаревим, розпочалась реальна трансформація санітарно-гігієнічних процесів у лікарняній установі.

Першим ключовим завданням при впровадженні відділення медичного клінінгу стало призначення компетентного керівника для цього відділення. Адже саме ця людина мала не лише організувати новий процес, а й перебудувати наявну систему, яка роками функціонувала за старими, неефективними принципами.

Розуміючи, що ефективне керівництво неможливе без управлінського досвіду, розуміння специфіки медичного середовища, та авторитету серед колег, на цю посаду було запрошено фахівця, який обіймав посаду старшої медичної сестри.

Другим важливим етапом у реалізації створення відділення медичного клінінгу в цьому закладі охорони здоров'я стало формування нового структурного підрозділу. Для цього підготовляли супровідну документацію та розробили і затвердили посадову інструкцію на керівника. Цей етап створив організаційний каркас нового підрозділу, на який надалі було можливо ефективно інтегрувати клінінгові практики, сучасні стандарти дезінфекції та системи інфекційного контролю.

Наступним кроком після організаційного формування відділення медичного клінінгу стало “розрахувати лікарню” — тобто здійснити повний

аудит об'єктів прибирання та інфраструктури закладу охорони здоров'я. Цим питанням займалася два тижні на посаді керівник новосформованого відділу КНП «ЦМЛ ІФМР». Після оцінки наявного інвентаря (а у закладі на той момент працювали у всіх відділеннях мінімальні, проте європейського зразка візки для прибирання та був до них закуплений певний текстиль), спільно із KCS ,були сформовані розрахунки у витратних матеріалах і необхідному обладнанні на кожен структурний підрозділ для забезпечення професійного прибирання.

Після здійснення повного аудиту інфраструктури закладу та визначення потреб у ресурсах, наступним критично важливим етапом стало розмежування функцій молодшого медичного персоналу, з метою чіткого розподілу обов'язків та оптимізації процесів догляду і прибирання в закладі охорони здоров'я.

Зокрема, було прийнято рішення відокремити два ключові напрямки діяльності такі як прибирання та догляд за пацієнтами. У зв'язку з цим, усіх молодших медичних працівників було попередньо проінформовано про зміну функціонального навантаження та розмежування на дві категорії:

- молодші медичні сестри – прибиральниці, які підпорядковуються відділенню медичного клінінгу;
- молодші медичні сестри – доглядальниці, які зберігають фокус виключно на допомозі медичному персоналу в догляді за пацієнтами.

Керівник новоствореного відділення медичного клінінгу спільно із директором закладу провів активну інформаційну кампанію: було організовано зустрічі та надано роз'яснення для всіх завідувачів структурних підрозділів лікарні, а також для колег у суміжних службах. Це дозволило усунути нерозуміння щодо нововведень, адже на початковому етапі більшість персоналу не мала уявлення про функціональну сутність та значення медичного клінінгу як професійного сервісу. І звісно, в кінцевому результаті – наказ про розмежування та виведення персоналу.

У період активного інформування персоналу про майбутнє розмежування обов'язків та формування нової моделі роботи молодшого медичного персоналу,

було здійснено першочергове матеріально-технічне забезпечення відділення медичного клінінгу, а саме: підлогомийною машиню (для впровадження механізованого миття підлоги), пральню та сушильну машини (для забезпечення повного циклу обробки текстилю), один професійний клінінговий візок укомплектований усім необхідним для забезпечення повноцінного та професійного прибирання принаймні одного структурного підрозділу закладу

Паралельно з технічним оснащенням керівник новоствореного відділення пройшов серію професійних навчань, які були організовані у співпраці з KCS. Під час навчань особливий акцент було зроблено на:

- професійне застосування клінінгового обладнання в умовах медичних закладів;
- інфекційний контроль;
- стандарти безпеки;
- правильні алгоритми обробки поверхонь.

Також, у тісній співпраці з керівником KCS було розпочато розробку стандартних операційних процедур та графіків прибирань. В основу цих документів було закладено європейські клінінгові стандарти, зокрема приклади із закладів охорони здоров'я Німеччини та країн Балтії. Ці стандарти пізніше, в процесі роботи, були адаптовані до умов закладу.

Після завершення етапу закупівлі необхідного інвентарю та обладнання виникла проблема із забезпеченням належних умов для його зберігання, а також організації процесів прання, сушіння та дезінфекції текстильних виробів. У зв'язку з цим наступним кроком стало виділення окремого приміщення, яке б відповідало санітарно-гігієнічним вимогам та дозволяло забезпечити безпечне й ефективне функціонування відділення медичного клінінгу.

Після організаційного формування відділення медичного клінінгу було розпочато низку теоретичних і практичних навчань для персоналу згідно з вимогами професійного медичного клінінгу. Практичні навички опрацьовувалися у порожніх палатах, коридорах, підвальних приміщеннях

закладу, що дозволило безпечно та поступово інтегрувати нові стандарти в робочий процес.

Однак впровадження нових підходів зустріло значний супротив. Для молодшого медичного персоналу, якого було переведено до нового підрозділу, це стало стресовим фактором — працівники звикли до традиційної системи організації праці. Зіткнення з новими вимогами викликало небажання навчатися і адаптуватися. Також спостерігався опір з боку керівників структурних підрозділів, які з недовірою ставилися до змін і не поспішали впроваджувати медичний клінінг у своїх відділеннях, очікуючи, що новостворений підрозділ незабаром буде розформовано.

Цей період опору тривав до двох років. У результаті, з 26 санітарок, які були переведені у відділення клінінгу на старті, залишилося працювати лише дві. Інші були замінені на нових працівників, які вже прийшли підготовленими або були відкритими до професійного навчання та адаптації до нової системи роботи.

Під час проведення навчального процесу для працівників клінінгу виникло критичне питання щодо забезпечення приміщення для відпрацювання практичних навичок. Ситуацію ускладнювало те, що події відбувалися у 2020 році — в період пікової фази пандемії COVID-19, коли клінічні відділення були максимально завантажені пацієнтами, і проведення навчань безпосередньо у діючих палатах було неможливим.

З метою вирішення цієї проблеми до складу відділення медичного клінінгу було включено додаткові приміщення, які адаптували під умовні навчальні зони: палати, маніпуляційні та інші службові кабінети. Таким чином було створено повноцінні навчальні кімнати, які забезпечили можливість безпечно та якісно відпрацьовувати практичні навички працівниками клінінгового підрозділу без ризику для пацієнтів та медичного персоналу.

Контроль якості прибирання в закладі охорони здоров'я здійснюється за допомогою візуальної оцінки чистоти після завершення клінінгових процедур, з обов'язковим веденням відповідної документації у вигляді чек-листів під час

моніторингових заходів. Додатково застосовуються фізичні методи контролю, зокрема спеціалізовані тест-набори. З моменту створення у структурі закладу відділу з інфекційного контролю, до методів оцінювання якості прибирання включено мікробіологічний моніторинг, який передбачає відбір змивів з текстильних виробів, оброблених поверхонь та інвентарю. За п'ятирічний період функціонування відділення не було зафіксовано жодного випадку висіву патогенних мікроорганізмів, що свідчить про високу ефективність та результативність впроваджених стандартів клінінгових процедур.

Через три роки після впровадження системи медичного клінінгу у КНП «ЦМЛ ІФМР», коли всі структурні підрозділи були повністю охоплені клінінговими послугами, штат сформовано, а внутрішні процеси функціонували злагоджено, до складу відділення було переведено увесь молодший медичний персонал, включно із працівниками, що здійснювали догляд за пацієнтами. Це дозволило суттєво розширити спектр наданих сервісних послуг. Зазначений етап можна вважати початком повноцінного функціонування та подальшого розвитку відділення медичної сервісної служби як комплексної структурної одиниці закладу охорони здоров'я.

У зв'язку із включенням працівників, відповідальних за догляд за пацієнтами, до складу відділення медичної сервісної служби, було розпочато системну роботу з їх професійної підготовки. Зокрема, організовано навчальні заходи, розроблено стандартизовані операційні процедури, впроваджено моніторингові механізми, а також складено та апробовано робочі графіки з урахуванням особливостей функціонування кожного структурного підрозділу закладу охорони здоров'я. Ці заходи тривали до моменту повної стабілізації та впорядкування роботи персоналу.

На цьому етапі розвиток відділення не було завершено, і в подальшому на нього було покладено виконання повного спектру функцій господарської служби закладу охорони здоров'я. Зокрема, до функціональних обов'язків відділення віднесено:

- внутрішній клінінг (прибирання приміщень);
- зовнішній клінінг (прибирання території, обслуговування паркувальних майданчиків);
- здійснення догляду за пацієнтами, включно з важкохворими;
- транспортування пацієнтів у межах закладу;
- кур'єрські послуги;
- роботу спеціалізованого персоналу (вікномийники, підлогомийники);
- перукарські послуги для пацієнтів;
- послуги швачки;
- організацію поводження з лікарняною білизною, її пранням та обліком;
- управління побутовими відходами.

У зв'язку зі стрімким розвитком напряму медичного клінінгу, Київська школа клінінгу спільно з КНП «ЦМЛ ІФМР» реалізовує програми з практичного навчання керівників відділень медичної сервісної служби, поширюючи власний досвід як модель ефективного впровадження господарської служби в межах медичного закладу.

На сьогодні цей заклад залишається єдиним в Україні, де функціонує не лише повноцінне відділення медичного клінінгу, а й цілісна, систематизована структура – відділення медичної сервісної служби.

Досвід впровадження та розвитку відділення медичної сервісної служби на базі КНП «Центральна міська лікарня Івано-Франківської міської ради» свідчить про доцільність та ефективність створення подібних структур у закладах охорони здоров'я України. Централізація та професіоналізація допоміжного персоналу дозволяє забезпечити високий рівень інфекційного контролю, покращити якість клінінгових послуг, оптимізувати господарські процеси та підвищити загальний рівень безпеки пацієнтів. Цей підхід має потенціал для масштабування на національному рівні як один із ключових компонентів сучасного медичного менеджменту.

2.3. Результати опитування медичних працівників щодо необхідності створення відділення медичної сервісної служби у лікарняних установах України

З метою аналізу перспектив розвитку медичного клінінгу в Україні було проведено емпіричне дослідження шляхом анкетування(Додаток 1). У дослідженні взяли участь 259 респондентів, серед яких були представники різних закладів охорони здоров'я України, зокрема головні сестри медичні та керівники відділів з інфекційного контролю. Для забезпечення об'єктивності та достовірності отриманих результатів опитування проводилося анонімно.

За результатами опитування було отримано наступні дані:

1. Обізнаність про медичний клінінг — більшість респондентів відповіли, що знають, що це таке (Рис.2.1).



Рис.2.1 – Рівень обізнаності медичних працівників про медичний клінінг

2. Форма організації прибирання — найчастіше прибирання здійснюється молодшими медичними сестрами без спеціального клінінгового підрозділу (Рис.2.2)

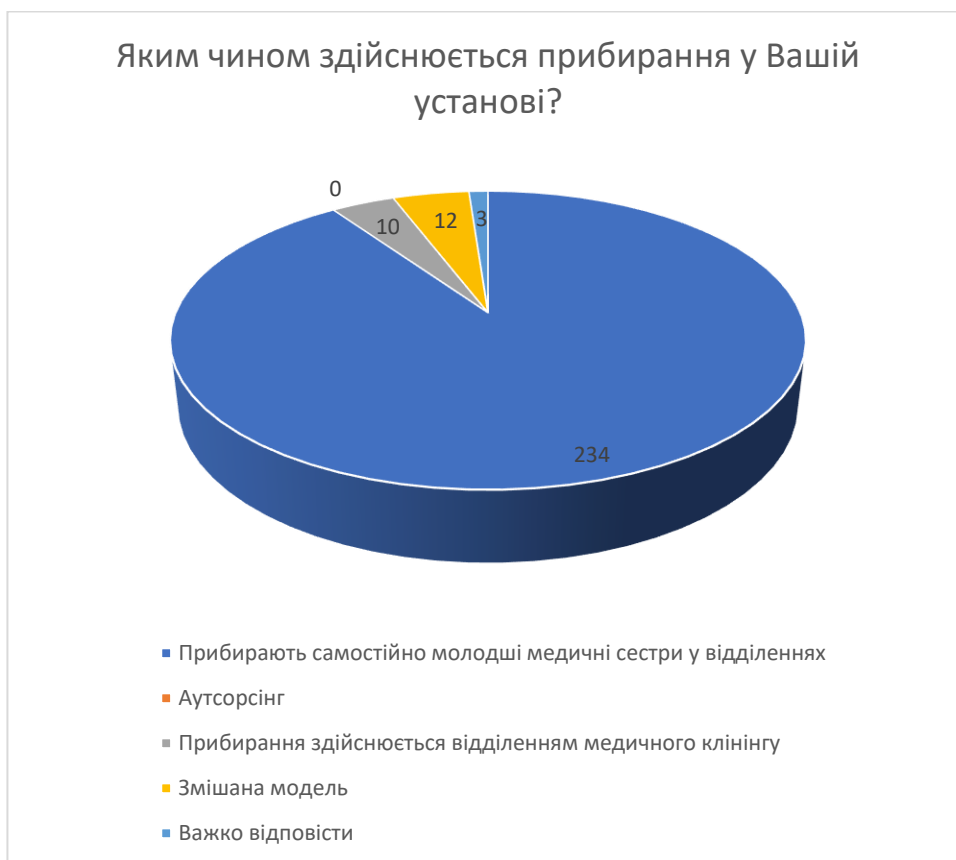


Рис.2.2. – Форма організації прибирання у ЗОЗ України

3. Інвентар — під час роботи застосовуються як стандартні, так і професійні системи для прибирання (Рис.2.3)

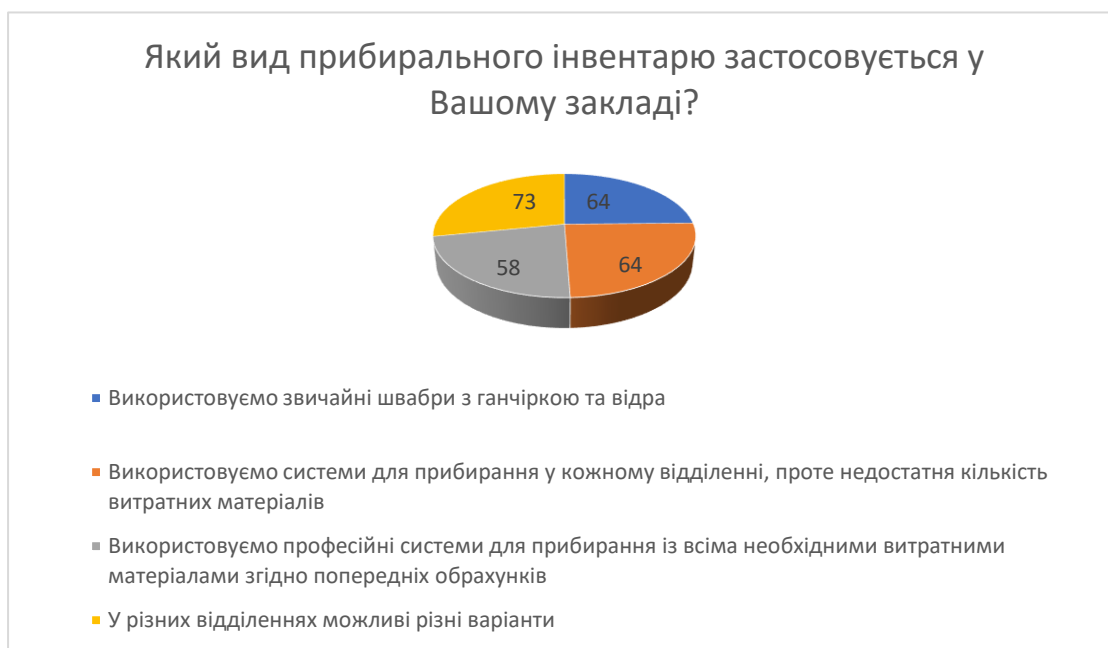


Рис.2.3 – Вид прибирального інвентарю у лікарняних установах України

4. Доцільність впровадження медичного клінінгу— багато хто вважає це доцільним, але частина учасників відповіла «важко сказати» або «не бачимо потреби» (Рис.2.4)



Рис.2.4 – Доцільність впровадження медичного клінінгу

5. Навчання персоналу — у більшості закладів охорони зороя не проводилося ніяких професійних навчань (Рис.2.5)

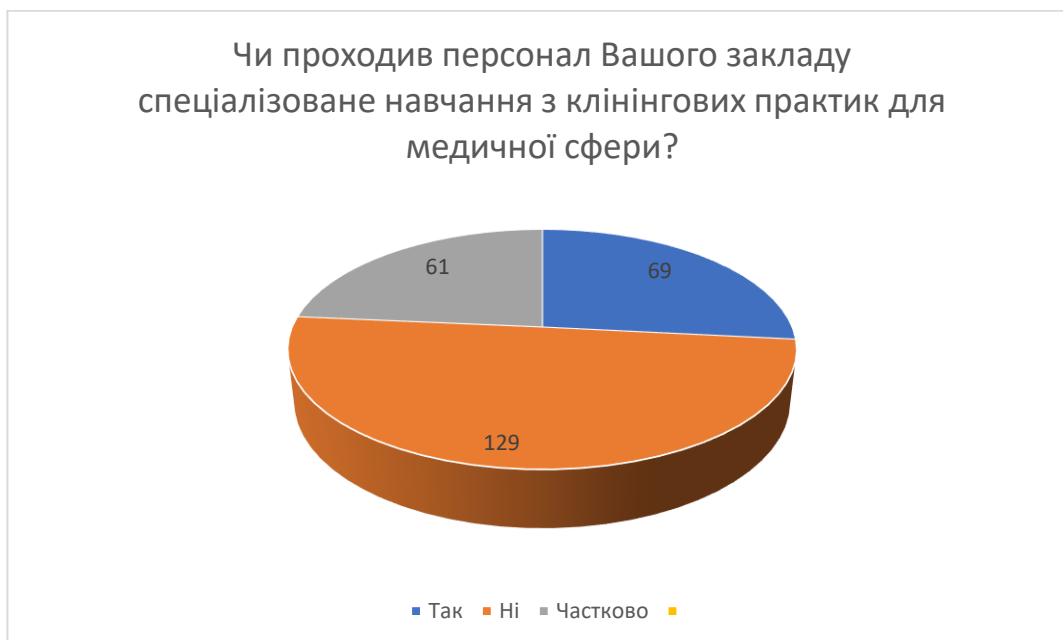


Рис.2.5 – Рівень проходження спеціалізованого навчання по прибиранню

6. Доцільність - більшість респондентів не мають наразі ніякої думки, а також відбувся поділ голосів між тим що починають впроваджувати медичний клінінг та тими що не вважають його впровадження в своїх установах доцільним (Рис.2.6).



Рис.2.6 – Доцільність запровадження медичного клінінгу

7. Сприяння профілактиці ІПНМД — більшість респондентів бачить у запровадженні професійного клінінгу підвищення якості прибирання та зменшення розповсюдження ІПНМД (Рис.2.7)



Рис.2.7 – Сприяння профілактиці ІПНМД

8. Аналіз потреб – більшість опитуваних не знають чи ведеться в них будь-який аналіз потреб для запровадження ефективного прибирання, голоси частково розділилися між тим що вони зараз в процесі та тим що проводиться, проте, нажаль є і такі установи, які взагалі жодних аналізів потреб на забезпечення ефективного прибирання не проводять (Рис.2.8)



Рис.2.8.- Рівень проведення аналізу потреб для прибирання у ЗОЗ України

9. Очікувані результати – більшість все-таки вважає, що запровадження медичного клінінгу призведе до підвищення якості прибирання та зменшення кількості ІПНМД, що і являється основною його метою (Рис.2.9)



Рис.2.9 – Очікувані результати від впровадження медичного клінінгу

10. Бар'єри для впровадження — основними бар'єрами названо фінансові труднощі, відсутність нормативної бази та кадровий дефіцит (Рис.2.10).



Рис.2.10 — Рівень визначення основних бар'єрів при впровадженні медичного клінінгу

Проведене анонімне опитування серед 259 представників закладів охорони здоров'я України, зокрема головних медичних сестер та керівників відділів інфекційного контролю, дозволило глибше проаналізувати рівень поінформованості, практики впровадження, а також готовність медичних установ до інтеграції сучасних клінінгових систем у свою господарську діяльність.

Результати опитування свідчать про наявність загального розуміння поняття «медичний клінінг» серед більшості респондентів, однак виявляється, що це розуміння переважно обмежується поверхневими знаннями або асоціюється лише з прибиранням. Системний підхід до клінінгу як елементу інфекційного контролю, структурованого підрозділу з чіткою вертикаллю управління, професійним навчанням персоналу та стандартизованими операційними процедурами — досі залишається новацією для більшості ЗОЗ.

Фактичне впровадження медичного клінінгу або створення окремих клінінгових відділів залишається поодиноким явищем. Найчастіше прибирання

та господарська діяльність все ще покладаються на молодших медичних сестер, які одночасно виконують функції догляду за пацієнтами. Такий підхід є не лише неефективним, а й створює додаткові ризики, особливо в аспекті інфекційного контролю.

Попри це, слід відзначити значну зацікавленість опитаних у реформуванні поточної системи. Багато учасників висловили готовність до впровадження змін, проходження навчання та адаптації стандартів медичного клінінгу у своїх закладах. Це свідчить про наявність потенціалу для масштабного впровадження таких структур за умови методичної та організаційної підтримки.

Основними бар'єрами на шляху реалізації таких змін респонденти визначають:

- відсутність фінансування на закупівлю спеціалізованого інвентаря та техніки;
- супротив персоналу, що виникає через звичку до старої моделі роботи;
- відсутність чітких нормативних документів на рівні МОЗ щодо статусу клінінгових служб;
- низький рівень поінформованості керівного складу про переваги такого підходу.

Незважаючи на ці виклики, приклади успішної реалізації, зокрема досвід КНП «ЦМЛ ІФМР», показують, що створення структурованого відділення медичної сервісної служби з функцією клінінгу є цілком реальним та ефективним. Системне впровадження клінінгу не лише покращує санітарно-епідеміологічну безпеку, а й оптимізує використання людських і матеріальних ресурсів.

Таким чином, результати опитування вказують на об'єктивну потребу у створенні нормативно-методичних основ для розвитку медичного клінінгу, запуску регіональних пілотних проєктів, розробці стандартних операційних процедур, а також створенні освітніх програм для підготовки керівників і персоналу клінінгових підрозділів. Це дозволить вивести господарсько-санітарне

забезпечення медичних установ на якісно новий рівень відповідно до міжнародних стандартів.

РОЗДІЛ III

ПРОПОЗИЦІЇ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАЙКРАЩИХ МЕТОДІВ ВПРОВАДЖЕННЯ РОБОТИ ВІДДІЛЕНЬ МЕДИЧНОЇ СЕРВІСНОЇ СЛУЖБИ У ЗОЗ УКРАЇНИ

З урахуванням стрімкого розвитку медичної галузі, сучасна система охорони здоров'я активно інтегрує інноваційні підходи в усі напрями своєї діяльності. Україна не є винятком у цьому процесі. Історично термін «клінінг» був маловідомим та фактично не використовувався в українських закладах охорони здоров'я. Традиційне прибирання обмежувалося застосуванням простих засобів, зокрема дерев'яних швабр і ганчірок. Проте наразі поняття «медичний клінінг» поступово входить до професійного лексикону і практики медичних установ, що свідчить про трансформацію підходів до санітарно-епідеміологічного забезпечення. У цьому контексті створення окремих структурних підрозділів, таких як відділення медичної сервісної служби або клінінгові відділи в межах закладів охорони здоров'я, є вкрай актуальним. Така тенденція підтверджується результатами проведеного емпіричного дослідження та аналізом анкетування фахівців медичної сфери.

Безумовно, впровадження системи медичного клінінгу в кожному окремому закладі охорони здоров'я повинно здійснюватися з урахуванням його інституційної специфіки, організаційної структури, рівня надання медичної допомоги, а також архітектурно-планувальних особливостей. Проте, опираючись на рекомендації CDC щодо оптимальних методів очищення та дезінфекції в умовах обмежених ресурсів, кращі європейські клінічні практики, а також на позитивний приклад впровадження медичного клінінгу у КНП «ЦМЛ ІФМР», який за деякими параметрами випереджає навіть окремі заклади охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу, є можливість сформулювати базові рекомендації. Вони можуть слугувати методичними орієнтирами для

ефективного та якісного запровадження відділень медичної сервісної служби в медичних закладах України.

1.Розрахунок лікарні.

Під розрахунком лікарні у межах підготовки до впровадження відділення медичного клінінгу слід розуміти комплексну аналітичну процедуру, спрямовану на визначення обсягів необхідних ресурсів: текстильних виробів, витратних матеріалів, клінінгового обладнання, дезінфекційних засобів та інших компонентів, які забезпечують повноцінне функціонування клінінгової служби.

У процесі розрахунку здійснюється детальна інвентаризація площ усіх приміщень закладу охорони здоров'я, з обов'язковим урахуванням зон критичності, кількості санітарно-гігієнічних вузлів (умивальників, туалетів) у кожному структурному підрозділі, типу наявного обладнання, а також інших об'єктів, що підлягають регулярному очищенню та дезінфекції.

На основі зібраних даних формується проєкт технологічного забезпечення клінінгового підрозділу, що ґрунтується на адаптованих європейських стандартах. Такий підхід дає змогу обґрунтовано визначити потребу у ресурсах як для закладу в цілому, так і для кожного його окремого структурного підрозділу, що у свою чергу забезпечує якісний, ефективний і відповідний до нормативних вимог старт роботи відділення медичної сервісної служби.

Ретельно проведений розрахунок клінінгових потреб дозволяє отримати не лише кількісні показники необхідного обладнання, текстилю та витратних матеріалів для прибирання кожного структурного підрозділу, а й визначити нормативи витрат робочого часу на обслуговування окремих приміщень.

Крім того, на основі отриманих даних можливо обґрунтувати оптимальну чисельність персоналу клінінгової служби, необхідного для забезпечення повноцінного санітарно-гігієнічного режиму, відповідно до кратності проведення очищення та дезінфекції у межах різних функціональних зон приміщень (з урахуванням класифікації за ступенем критичності).

Такий підхід сприяє раціональному плануванню ресурсів, оптимізації роботи персоналу та забезпеченню високого рівня інфекційного контролю у закладах охорони здоров'я. (Рис.3.1)

ПРИМІЩЕННЯ	М²	ЛІЖКО	УМИВАЛЬНИК	ДУШОВА Л/ВАННА	УНІТАЗ	МОП Twixter Tronic Light	Серветк и Progress ive	Серветк и Progress ive	Серветк и Progress ive	Серветк и Progress ive	НОРМА ЧАСУ	ЧАС ПРИБИР АННЯ
Каб. стар. м/с	13,0		1			1		1	1	0	100	8
Кабінет молодших м/с	12,0		1			1		1	1	0	100	7
Процедурний кабінет 2 (перев'язувальна)	23,0		1			2	2	2	1	0	90	15
Бокс 1 (палати 1-2)	37,0	6	1	1	1	4		10	3	1	90	25
Бокс 2 (палати 3-4)	37,0	6	1	1	1	4		10	3	1	90	25
Бокс 3 (палати 5-6)	37,0	6	1	1	1	4		10	3	1	90	25
Палата 7	26,0	1	1	1	1	3		4	3	1	90	17
Службові приміщення (3 шт)	60,0		3			4		6	3	0	100	36
Кабінет занять	12,0					1		1	0	0	100	7
Кімната сестер медичних	12,0		1			1		1	1	0	100	7
Бокс 4 (палати 8-9)	37,0	4	1	1	1	4		8	3	1	100	22
Бокс 5 (палати 10-11)	37,0	6	1	1	1	4		10	3	1	100	22
Бокс 6 (палати 12-13)	31,0	3	1	1	1	4		6	3	1	100	19
Бокс 7 (палати 14-15)	31,0	4	1	1	1	4		7	3	1	100	19
Кабінет онколога	12,0		1			1		1	1	0	100	7
Ординаторська	63,0		1	1		4		6	3	0	100	38
Каб. зав. відділ.	12,0		1			1		1	1	0	100	7
Процедурний кабінет 1	24,0		1			2	2	2	1	0	90	16
Роздягальня	23,0		3			2		2	3	0	40	35
Ідальня	26,0		1			2		3	1	0	40	39
КОРИДОРИ												
коридори, хол, пост	300,0					20		11	0	0	500	36
Всього	865,0					70	4	103	41	8	2320	431
КОМПЛЕКТ x 2	кількість											431
Візок Equipe DES ARNI	2,0											7
Моп Twixter Tronic light 40 см	140											2
Серветка Progressiv,	312											10
Тримач Twixter 40 см	2,0											2
Ручка телескопічна Twixter з кульковим н	2,0											
Набір для прибирання та дезінфекції Lys	2,0											

Рис.3.1. – Приклад розрахунку для одного відділення

2. Визначення приміщень для відділення медичної сервісної служби.

Для ефективного функціонування відділення медичної сервісної служби в структурі закладу охорони здоров'я необхідне забезпечення відповідного приміщення, яке включає низку функціональних зон. Кожна з них повинна відповідати конкретним потребам організації клінінгових процесів, логістики та внутрішнього контролю.

До основних вимог щодо просторової організації відділення належать:

- адміністративна зона: кабінет завідувача відділенням для координації діяльності та ведення управлінської документації;
- побутові приміщення персоналу: роздягальня для медичних працівників, яка за можливості може бути інтегрована з кімнатою відпочинку, а також обов'язкова наявність санітарного вузла з душовою;

формування нового організаційного елементу в його структурі. Підписання цього документа директором закладу слугує правовим підтвердженням намірів щодо відкриття відділення, окреслює стратегічний вектор розвитку установи та створює правове підґрунтя для подальших управлінських дій.

Зокрема, наказ визначає передумови для призначення керівника новоствореного підрозділу, затвердження його посадових обов'язків, формування кадрового складу та розробки необхідної нормативно-методичної документації. Таким чином, цей документ відіграє ключову роль у формалізації процесу запровадження відділення медичної сервісної служби як окремої функціональної одиниці в межах закладу охорони здоров'я.

4. Пошук керівника відділення медичної сервісної служби.

Для ефективного функціонування відділення медичної сервісної служби критично важливим є призначення кваліфікованого керівника, який володіє відповідними управлінськими, організаційними та комунікативними компетенціями. Оптимальним кандидатом є особа з високим рівнем енергійності, здатна до ефективної взаємодії з персоналом та вмотивована до постійного професійного розвитку.

Наявність медичної освіти у претендента є бажаною умовою, оскільки вона забезпечує базове розуміння принципів інфекційного контролю, механізмів передачі інфекційних агентів та специфіки роботи у закладі охорони здоров'я. Крім того, важливими критеріями є потенціал до самоосвіти, здатність до адаптації в умовах змін, а також навички наставництва і навчання персоналу.

Рекомендовано обирати на посаду керівника осіб, які мали досвід управлінської діяльності в системі охорони здоров'я, зокрема на посадах головної або старшої медичної сестри, що забезпечує наявність необхідного професійного бекграунду для якісного виконання функцій керівника відділення.

5. Оголошення про створення відділення медичної сервісної служби і його функції на загальній нараді першим керівником.

Офіційне оголошення про створення нового структурного підрозділу в закладі охорони здоров'я повинно відбуватися у форматі загальної наради за участю всього керівного складу установи. Презентація проекту та представлення призначеного керівника нового підрозділу мають здійснюватися безпосередньо керівником закладу, що підкреслює стратегічну важливість впроваджуваних змін та забезпечує їх легітимність.

На даному етапі доцільним є ознайомлення учасників наради з ключовими функціями, цілями та основними правилами роботи новоствореного підрозділу. Такий підхід сприяє формуванню розуміння значущості нововведення, мінімізації ймовірного опору з боку персоналу, зокрема з боку керівників інших структурних підрозділів, та налагодженню міжвідомчої комунікації.

Публічне представлення ініціативи дозволяє оперативно виявити можливі застереження, обговорити їх у конструктивному руслі та закласти основу для подальшого ефективного впровадження змін.

6. Початок навчання.

Початковий етап впровадження функціонування відділення медичної сервісної служби має передбачати обов'язкове проходження навчання керівником підрозділу та його заступником (дублером), призначеним адміністрацією закладу. Зазначені особи повинні опанувати відповідну теоретичну базу, а також здобути практичні навички, які дозволять ефективно передати знання підлеглому персоналу. Наявність якісно організованого процесу навчання є критично важливою умовою успішної реалізації сервісної моделі; відсутність підготовки унеможливорює належне функціонування служби.

Варто наголосити, що забезпечення відділення прибиральним інвентарем не є достатнім для забезпечення ефективної діяльності: без належної підготовки персоналу організаційні процеси залишатимуться неефективними. З цією метою необхідним є проходження навчальних курсів, які охоплюють сучасні підходи до

очищення та дезінфекції в медичних закладах, відповідно до кращих міжнародних рекомендацій та стандартів.

На сьогодні єдиним закладом в Україні, який забезпечує комплексну підготовку фахівців у сфері медичного клінінгу, є Київська школа клінінгу. Освітній процес включає як теоретичний компонент, так і практичне відпрацювання навичок на базі КНП «ЦМЛ ІФМР». Така модель підготовки дозволяє забезпечити високий рівень компетентності керівного та виконавчого персоналу майбутніх відділень медичної сервісної служби, орієнтуючись на найкращі європейські практики та стандарти інфекційного контролю.

7. Положення відділення медичної сервісної служби.

Положення про відділення медичної сервісної служби є нормативним документом, який регламентує організаційну структуру, функціональне призначення, а також основні завдання і обов'язки відповідного підрозділу. Документ визначає напрями діяльності відділення, обсяг його повноважень, взаємодію з іншими структурними одиницями закладу охорони здоров'я, а також механізми внутрішнього контролю якості виконання покладених функцій. Положення розробляється безпосередньо керівником відділення медичної сервісної служби та затверджується директором закладу охорони здоров'я, що офіційно підтверджує створення і впровадження цього підрозділу в організаційній структурі закладу.

8. Складання штатного розпису.

Наступним етапом організаційного впровадження відділення медичної сервісної служби є формування штатного розпису. Для визначення кількісного та якісного складу працівників, які забезпечуватимуть функціонування підрозділу, необхідно скористатися даними первинного розрахунку, що був проведений на підготовчому етапі. Зокрема, розрахунок враховує площу приміщень, кратність прибирання, рівень зонального ризику та інші операційні параметри. На основі цих показників складається штатний розпис, у якому визначаються посади, необхідна кількість працівників на кожному з них, а також прогнозується рівень

заробітної плати відповідно до обсягу обов'язків та нормативно-правових актів, що регулюють оплату праці у сфері охорони здоров'я.

9. Організація закупки первинного обладнання.

Закупівля первинного обладнання є ключовим етапом у процесі впровадження відділення медичної сервісної служби. Вона передбачає повне матеріально-технічне забезпечення щонайменше одного структурного підрозділу закладу охорони здоров'я (згідно первинного розрахунку), з якого планується розпочати реалізацію програми медичного клінінгу. До складу первинного обладнання мають входити візки, витратні матеріали та засоби для професійного очищення та дезінфекції, відповідно до чинних стандартів гігієни та інфекційного контролю (Додаток 2).

Закупівля зазначених ресурсів повинна бути завершена до моменту завершення навчання керівника відділення, оскільки одразу після проходження ним відповідного курсу підготовки необхідно розпочинати внутрішнє навчання персоналу. Несвоєчасне забезпечення обладнанням може призвести до втрати актуальних знань та навичок, що унеможливило ефективну реалізацію навчального процесу та запуску відділення.

10. Створення відділення медичної сервісної служби (переведення людей).

Для ефективного функціонування відділення медичної сервісної служби необхідним етапом є формування професійного кадрового складу. Підбір персоналу має ґрунтуватися не лише на формальному переведенні молодшого медичного персоналу до нового структурного підрозділу, а й на комплексному підході до оцінки їхньої здатності забезпечувати якісне та безпечне виконання клінінгових послуг у закладі охорони здоров'я.

Відбір працівників здійснюється шляхом проходження ними відповідного навчання, що включає оволодіння базовими алгоритмами поточного прибирання, згідно з протоколами інфекційного контролю. Навчальні сесії проводяться у малих групах (по 4–6 осіб) для забезпечення якісного засвоєння матеріалу та

можливості індивідуальної роботи з кожним учасником. У разі, якщо до складу штату включено весь наявний молодший медичний персонал, навчання проходять усі працівники без винятку.

За результатами підготовки проводиться внутрішній відбір на основі рівня засвоєння теоретичних знань, практичних навичок та виявленої мотивації. Найбільш компетентні та вмотивовані кандидати залишаються у складі відділення медичної сервісної служби в ролі працівників-клінерів.

11. Створення графіку навчання та передумов для людей.

Після завершення етапу добору персоналу для роботи у відділенні медичної сервісної служби, необхідно перейти до створення відповідних передумов для організації процесу навчання та формування графіку його проведення. Розклад навчальних заходів розробляється з урахуванням затвердженого штатного розпису з метою забезпечення ефективного охоплення усіх працівників навчальним процесом без порушення функціонування відділення.

Під поняттям «передумови» у даному контексті мається на увазі створення необхідних організаційних та матеріально-технічних умов для якісного проведення навчання. Зокрема, це передбачає наявність відповідного навчального приміщення, спеціалізованого обладнання та інвентарю, які дозволять не лише засвоїти теоретичні аспекти діяльності, але й опанувати необхідні практичні навички для подальшого виконання професійних обов'язків у сфері медичного клінінгу.

12. Безпосереднє навчання персоналу (2-3 дні).

Безпосередній процес навчання персоналу, переведеного до відділення медичної сервісної служби, має передбачати проходження інтенсивного навчального курсу тривалістю щонайменше 2–3 дні для кожного працівника (Додаток 3). З метою ефективної організації навчального процесу працівники поділяються на малі групи, чисельністю до 6 осіб. Для кожної групи визначається окремий графік занять.

Навчальний курс включає теоретичний блок, у якому висвітлюються основні засади медичного клінінгу, та практичний модуль, що передбачає демонстрацію методик та відпрацювання практичних навичок на відповідному обладнанні. Після завершення кожного етапу здійснюється щоденний контроль рівня засвоєних знань і вмінь з метою моніторингу прогресу та забезпечення належної якості підготовки персоналу.

13. Створення графіку роботи.

Після визначення необхідної кількості працівників, які будуть задіяні у відділенні медичної сервісної служби, доцільно сформувати робочий графік. На основі затвердженого штату персоналу і з урахуванням первинного розрахунку закладу(зокрема враховується час та кількість працівників на відділення) розробляється детальний графік виконання клінінгових заходів, включаючи як поточні, так і генеральні прибирання.

Розробка графіка прибирань здійснюється у тісній співпраці з відділом інфекційного контролю. Саме фахівці цього підрозділу надають експертну оцінку критичності зон приміщень закладу охорони здоров'я та визначають рекомендовану кратність проведення санітарної обробки відповідно до зонування (зони високого, середнього та низького ризику). Це дозволяє оптимізувати графік прибирань згідно з вимогами санітарно-епідеміологічного режиму та забезпечити ефективний інфекційний контроль у лікувальному закладі.

14. Робота на перших відділеннях. Генеральні прибирання.

Після формального створення відділення медичної сервісної служби, затвердження графіків прибирання, здійснення первинної закупівлі прибирального інвентарю та проведення відповідного навчання персоналу, розпочинається безпосереднє впровадження діяльності служби у пілотному (попередньо визначеному) структурному підрозділі закладу охорони здоров'я.

На початковому етапі впровадження діяльності відділення медичної сервісної служби доцільним є проведення генерального прибирання у пілотному

структурному підрозділі. Генеральне прибирання передбачає комплексне очищення та дезінфекцію усіх поверхонь, включаючи важкодоступні ділянки, з метою забезпечення максимальної санітарної безпеки перед початком виконання регулярних поточних прибирань.

Здійснення такого глибокого очищення на стартовому етапі створює наочний ефект «до» та «після», що, у свою чергу, сприяє формуванню позитивного сприйняття новоствореного підрозділу серед персоналу та підвищенню рівня довіри до впровадженої сервісної моделі медичного клінінгу.

15. Робота на перших відділеннях. Поточні прибирання.

Після проведення генерального прибирання у пілотному відділенні, яке включає глибоке очищення та дезінфекцію всіх поверхонь, основною формою діяльності відділення медичної сервісної служби стає виконання поточних прибирань. Саме графіки та алгоритми поточного прибирання становлять основу забезпечення належного санітарно-гігієнічного режиму в закладі охорони здоров'я.

Раціональна організація процесу прибирання, що включає відпрацьовані та стандартизовані рухи працівників клінінгу, повинна бути у фокусі постійної уваги керівника відділення. Проведення щоденних тренінгів із працівниками дозволяє суттєво підвищити якість виконання гігієнічних заходів уже протягом 1–2 тижнів від початку їх впровадження.

16. Стандарти операційних процедур.

На етапі впровадження будь-якої функціональної діяльності у закладі охорони здоров'я обов'язковим є розроблення стандартних операційних процедур, які регламентують чіткий алгоритм виконання завдань. Ці документи мають визначати послідовність дій, періодичність їх виконання, застосовувані засоби, інструменти, а також інші важливі аспекти організації роботи.

У відділенні медичної сервісної служби СОПи повинні стати невід'ємною частиною нормативної документації, якою мають керуватися працівники клінінгового підрозділу під час виконання щоденних функцій. Зокрема,

доцільним є розроблення окремих стандартів операційних процедур для кожного виду прибирання (поточне, генеральне, термінове тощо), з урахуванням зонального поділу, критичності приміщень та вимог інфекційного контролю.

Розроблення СОПів здійснюється безпосередньо керівником відділення медичної сервісної служби у тісній співпраці з відділом інфекційного контролю. Така міжфункціональна взаємодія є необхідною умовою, оскільки саме фахівці з інфекційного контролю володіють експертизою щодо визначення оптимальної кратності проведення прибирань у різних зонах закладу охорони здоров'я, а також щодо доцільності застосування процедур дезінфекції чи очищення відповідно до категорії приміщення, його функціонального призначення та рівня епідеміологічного ризику.

17. Розвиток пральні та закупка обладнання

У контексті якісного впровадження діяльності відділення медичної сервісної служби в закладі охорони здоров'я доцільним є функціонування повноцінної пральні безпосередньо на його території, виключно для прання текстилю для прання текстилю, який використовується у клінінгу (Додаток 4). На початковому етапі допускається використання побутової пральної машини для забезпечення базових потреб. Втім, з огляду на масштаб закладу, обсяги обслуговуваних площ і, відповідно, значну кількість текстильних виробів, що потребуватимуть регулярного очищення, у подальшому обов'язковим є впровадження професійного прального обладнання. Це включає промислові пральні та сушильні машини, які здатні забезпечити необхідну якість і обсяг обробки текстилю відповідно до санітарно-епідеміологічних норм. За відсутності належно організованого прального господарства запуск повноцінної діяльності відділення медичної сервісної служби є недоцільним.

18. Формування подальших задач та штату.

Після успішного впровадження роботи відділення медичної сервісної служби в одному пілотному структурному підрозділі закладу охорони здоров'я

доцільним є поступовий запуск аналогічної діяльності в інших відділеннях. Для цього необхідно здійснити низку організаційно-управлінських заходів, зокрема:

- формування штату працівників для нового підрозділу чи підрозділів, що включає проведення розрахунків необхідної чисельності персоналу на основі площі, функціонального навантаження та зонального поділу приміщень;
- розроблення графіків роботи та прибирань, узгоджених з відділом інфекційного контролю, з урахуванням кратності дезінфекції відповідно до ступеня епідеміологічного ризику;
- окреслення функціональних обов'язків персоналу, включаючи стандартизовані алгоритми дій для кожного типу прибирання та обслуговування приміщень;
- організація навчального процесу для нових працівників за вже апробованою у пілотному підрозділі моделлю з обов'язковим поєднанням теоретичної підготовки та практичного відпрацювання.

Цей процес реалізується поетапно, з урахуванням можливостей закладу та з метою забезпечення сталості та якості надання сервісних послуг у всіх структурних підрозділах.

19. Закупівля обладнання на наступні відділення та генеральні прибирання.

Після визначення переліку структурних підрозділів, у яких планується поетапне впровадження роботи відділення медичної сервісної служби, а також після формування відповідного штату працівників, наступним кроком є здійснення закупівлі необхідного обладнання (Додаток 5).

Закупівля базового інвентарю: обладнання та матеріали повинні бути придбані на основі попередньо здійсненого первинного розрахунку лікарні, який враховує площу приміщень, критичність зон, кратність прибирань та специфіку кожного відділення на які воно закупляється.

На цьому етапі рекомендовано окремо закупити високоспеціалізоване обладнання для проведення генеральних прибирань, тобто обладнання глибокого

очищення та дезінфекції — так звані комплекти для генеральних прибирань. Наприклад, професійні клінінгові візки з розширеним комплектом витратних матеріалів, обладнання для очищення важкодоступних місць, в тому числі і парогенератори, підлогомийні та ротоорбітальні машини, набори для миття вікон та інше.

Це дозволяє забезпечити високий рівень гігієнічного очищення, що відповідає вимогам інфекційного контролю, особливо під час проведення генеральних прибирань у зонах підвищеного епідеміологічного ризику.

20. Формування команди генерального прибирання.

Генеральне прибирання в установах охорони здоров'я є критичним компонентом системи інфекційного контролю та гігієни середовища. Проведення таких прибирань вимагає залучення спеціально підготовленого персоналу, здатного ефективно користуватися складним клінінговим обладнанням і дотримуватися затверджених стандартів операційних процедур.

Доцільним є створення окремих команд, які будуть складатися з 2–3 осіб у кожній, що спеціалізуватимуться виключно на проведенні генеральних прибирань. Формування команди здійснюється з числа працівників клінінгового підрозділу, які продемонстрували високий рівень фахової підготовки під час поточних прибирань, володіють відповідальним ставленням до обов'язків, мають швидку адаптивність до інноваційного обладнання та здатність до ефективної командної взаємодії.

21. Створення графіків генеральних прибирань.

Після формування спеціалізованої команди з проведення генерального прибирання наступним етапом організації роботи відділення медичної сервісної служби є розробка графіків проведення генеральних прибирань. Даний процес здійснюється у тісній співпраці з відділом інфекційного контролю закладу.

Графіки мають бути науково обґрунтованими та адаптованими до конкретних умов кожного функціонального підрозділу медичного закладу.

Основними критеріями для встановлення частоти й тривалості генерального прибирання є:

- епідеміологічна критичність приміщення (наприклад, операційні, реанімаційні, інфекційні бокси мають вищий рівень ризику);
- інтенсивність використання приміщень;
- ступінь забруднення та потенційна концентрація патогенних агентів;
- наявність осіб з імунodefіцитними станами або високим ризиком інфікування.

Розроблений графік затверджується адміністрацією закладу охорони здоров'я за погодженням з відповідальними особами інфекційного контролю. Він повинен бути офіційним документом, обов'язковим до виконання, і служити підставою для оперативного планування роботи клінінгового персоналу.

Такий підхід забезпечує системність у проведенні санітарно-гігієнічних заходів, сприяє зниженню ризиків внутрішньолікарняного інфікування та покращенню якості надання медичних послуг.

22. Розвиток служби по відділеннях згідно плану.

Подальше впровадження сервісної моделі санітарного обслуговування закладу охорони здоров'я здійснюється відповідно до поетапного плану організації роботи, що ґрунтується на раніше відпрацьованих алгоритмах. Зазначений процес передбачає поступове охоплення усіх структурних підрозділів закладу діяльністю відділення медичної сервісної служби.

Розгортання сервісної функції в кожному наступному відділенні базується на стандартизованих процедурах, що вже продемонстрували ефективність у пілотному впровадженні. До моменту повного покриття всіх клінічних і адміністративних підрозділів діяльністю медичної сервісної служби, реалізація заходів відбувається з дотриманням єдиних підходів щодо підбору персоналу, графіків прибирання, навчання працівників, а також забезпечення відповідним інвентарем та дезінфекційними засобами.

Запуск повноцінного функціонування відділення медичної сервісної служби у межах усього закладу охорони здоров'я є поетапним процесом, тривалість якого може сягати кількох років. Така тривалість обумовлена рядом чинників, серед яких ключовими є: кількість структурних підрозділів закладу, обсяг доступного фінансування, наявність та підготовка кваліфікованого персоналу, логістичні можливості щодо закупівлі прибирального обладнання, створення та оснащення прального комплексу, а також забезпечення необхідною кількістю витратних матеріалів.

Крім того, на строки впровадження впливають організаційні аспекти, пов'язані з адаптацією існуючих клінічних маршрутів до нової моделі санітарно-епідеміологічного обслуговування, та необхідність дотримання вимог щодо інфекційного контролю в межах кожного окремого підрозділу.

23. Розвиток суміжних напрямків роботи відділення медичної сервісної служби.

Після завершення повноцінного впровадження функціонування відділення медичного клінінгу заклад охорони здоров'я має кілька можливих векторів подальшого розвитку. Один із варіантів — зосередитися виключно на підтримці та вдосконаленні системи медичного клінінгу як окремого структурного підрозділу, який забезпечує дотримання санітарно-гігієнічних вимог та стандартів інфекційного контролю.

Альтернативно, заклад може ініціювати розширення функціоналу цього підрозділу шляхом реорганізації у відділення медичної сервісної служби, яке окрім клінінгових послуг охоплюватиме суміжні напрямки діяльності, що сприяють забезпеченню безперервної операційної підтримки медичного процесу.

Таке розширення дозволяє створити більш цілісну сервісну інфраструктуру всередині закладу, що відповідає принципам сучасного медичного менеджменту та підвищує загальну якість надання медичної допомоги.

У контексті інтегрованого підходу до забезпечення санітарно-гігієнічного супроводу медичного процесу, на відділення медичної сервісної служби можуть бути покладені додаткові функціональні обов'язки, спрямовані на оптимізацію внутрішніх та допоміжних сервісів у закладі охорони здоров'я. До таких обов'язків, зокрема, можуть належати:

- догляд за пацієнтами, включаючи осіб із тяжкими захворюваннями, що потребують постійного нагляду та базової допомоги у межах несестринських компетенцій (Додатокб);

- функціонування прального господарства, що охоплює: збір, сортування, транспортування, прання, дезінфекцію, знезараження та сушіння текстильних матеріалів, технічне обслуговування та ремонт білизни і уніформи.

- зовнішній клінінг, що включає: обслуговування територій (двірники), функціонування парковок (паркувальники);

- виконання логістичних завдань (кур'єри);

- транспортування пацієнтів у межах закладу, зокрема пацієнтів із обмеженою мобільністю або післяопераційних хворих;

- організація системи збору та сортування побутових відходів, шляхом виділення відповідального персоналу та забезпечення належного оснащення

Також можна залучити відділення медичної сервісної служби до системи управління медичними відходами. Зокрема, згідно ЗУ «Про управління відходами» та наказу МОЗ України № 1827 від 31 жовтня 2024 року: «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Порядок управління медичними відходами, у тому числі вимоги щодо безпечності для здоров'я людини під час утворення, збирання, зберігання, перевезення, оброблення таких відходів» в ЗОЗ може бути сформована команда з кількох осіб, яка буде відповідальною за щоденний збір медичних відходів після завершення робочого дня, транспортування до місць управління відходами, знезараження зовнішньої частини контейнерів вторинного пакування. Ці працівники повинні пройти відповідне навчання та мати підтверджені практичні навички роботи з

потенційно небезпечними матеріалами. Функціональне включення цих напрямів до компетенції відділення медичної сервісної служби дозволяє системно підійти до менеджменту якості допоміжних сервісів і підвищити загальний рівень безпеки у закладі охорони здоров'я.

Покрокове впровадження діяльності відділень медичного клінінгу відповідно до вищезазначених рекомендацій дозволяє забезпечити системний та високоефективний підхід до організації санітарно-гігієнічного забезпечення в закладах охорони здоров'я. Такий підхід сприяє стандартизації процесів очищення та дезінфекції, підвищенню рівня інфекційного контролю та загальної безпеки пацієнтів і медичного персоналу.

Створення на базі клінінгового підрозділу відділення медичної сервісної служби дозволяє не лише розширити функціональні обов'язки персоналу, а й забезпечити комплексне виконання усіх допоміжно-господарських процесів закладу. Така трансформація дозволяє централізувати діяльність з клінінгу, прання, догляду за пацієнтами, логістики, управління відходами та утримання зовнішніх територій.

Цілісна організація сервісної служби в межах одного структурного підрозділу дає змогу оптимізувати кадрову політику, підвищити ефективність управління ресурсами, забезпечити безперервність сервісних процесів та досягти належної якості в наданні медичної допомоги. У перспективі така модель здатна покращити імідж закладу, підвищити рівень довіри з боку пацієнтів і відповідати сучасним вимогам до інфекційної безпеки та організації клінічного середовища.

ВИСНОВКИ

У ході магістерського дослідження виконані наступні завдання:

1. Вивчено та проаналізовано проблему ІПНМД для ЗОЗ в Україні та світі. ІПНМД залишаються однією з найбільш актуальних проблем сучасної системи охорони здоров'я як в Україні, так і у світі. Високий рівень їх поширеності, значні економічні збитки та вплив на здоров'я населення зумовлюють необхідність посилення заходів профілактики та контролю за інфекційною безпекою у медичних закладах. Особливу увагу слід приділяти підвищенню ефективності епідеміологічного нагляду, дотриманню санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму, раціональному використанню антибіотиків і дезінфекційних засобів. Вирішення проблеми ІПНМД потребує системного підходу, тісної співпраці медичного персоналу, пацієнтів і державних інституцій задля забезпечення високої якості та безпеки надання медичної допомоги.

2. Ознайомлено з основними методами профілактики ІПНМД, пов'язаних із очищенням та дезінфекцією приміщень в ЗОЗ та проаналізовано основні світові нормативно-праві документи, згідно чого можна сказати що очищення та дезінфекція приміщень у закладах охорони здоров'я є одним із ключових компонентів профілактики інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги. Контамінація поверхонь і предметів значною мірою сприяє передачі патогенів, особливо умовно-патогенних і мультирезистентних мікроорганізмів. Ефективна організація клінінгових заходів у поєднанні з дотриманням гігієни рук усіма учасниками лікувального процесу дозволяє суттєво знизити ризик поширення ІПНМД. Аналіз нормативно-правових актів та міжнародних рекомендацій свідчить про відсутність уніфікованих стандартів, однак існують перевірені практики, що мають адаптуватися відповідно до ресурсних можливостей закладу та епідеміологічної ситуації.

3. Вивчено визначення медичного клінінгу та визначено основні компоненти його впровадження на прикладі світових практик.

Медичний клінінг є ключовим компонентом системи профілактики інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги, і забезпечує основу для створення безпечного та контрольованого лікувального середовища. Сучасне визначення клінінгу передбачає не лише фізичне очищення та дезінфекцію поверхонь, а й організацію всього процесу відповідно до кращих міжнародних практик та доказових стандартів.

Відповідно до рекомендацій Центрів з контролю та профілактики захворювань США (CDC), ефективний клінінг має базуватися на таких принципах:

- *Чітке визначення зон ризику та встановлення пріоритетності очищення* (зокрема зон високого ризику, таких як палати інфекційних хворих та операційні блоки).
- *Вибір ефективних мийних і дезінфекційних засобів*, що мають доведену антимікробну дію проти найбільш поширених патогенів у лікарнях.
- *Розробка та впровадження стандартних операційних процедур* для всіх етапів клінінгу — від підготовки персоналу до фінального контролю якості.
- *Системне навчання клінінгового персоналу* з акцентом на дотримання гігієни рук, правильне використання засобів індивідуального захисту та безпечне поводження з дезінфектантами.
- *Регулярний моніторинг та оцінка якості очищення*, включаючи мікробіологічний контроль та аудит виконання процедур.

Інтеграція цих рекомендацій у щоденну практику клінінгу дозволяє суттєво знизити мікробне навантаження на об'єкти навколишнього середовища та запобігти передачі патогенних мікроорганізмів між пацієнтами, персоналом і відвідувачами.

4. Проаналізовано основні нормативно-правові документи України, які пов'язані із очищенням та дезінфекцією приміщень в ЗОЗ.

В Україні нормативно-правова база, що регламентує організацію санітарно-гігієнічних заходів у закладах охорони здоров'я, представлена низкою ключових наказів Міністерства охорони здоров'я, які встановлюють вимоги до матеріально-технічного забезпечення, організації процесів очищення, дезінфекції та контролю за цими процедурами. Проте аналіз існуючих документів показує наявність певної фрагментарності, відсутність уніфікованих стандартів і чітких алгоритмів впровадження сучасних методів медичного клінінгу, тому рекомендовано використовувати факти доказової медицини для забезпечення ефективного прибирання в ЗОЗ

5. Вивчено розвиток відділень медичної сервісної служби в Україні та розглянено кращі практики і методи їх впровадження.

Медичний клінінг в Україні демонструє динамічний розвиток, що підтверджується прикладами як закладів, які вже впровадили відповідні практики, так і тих, що перебувають у процесі їх впровадження. Найпередовішим досвідом у цій сфері є діяльність КНП «Центральна міська лікарня Івано-Франківської міської ради», яка стала першим закладом охорони здоров'я в Україні, що запровадив систему медичного клінінгу. Саме на основі цього закладу розпочалося впровадження медичного клінінгу у інших медичних установах країни. Крім того, досвід лікарні свідчить, що створене відділення медичного клінінгу не є кінцевою формою організації господарської діяльності: за умови правильного формування відділення медичної сервісної служби воно здатне охоплювати широкий спектр господарчих функцій у межах закладу охорони здоров'я. Проведено опитування серед медичних працівників, щодо необхідності впровадження у роботу їх лікарняних установ відділень медичної сервісної служби.

6. Проведено опитування серед медичних працівників, щодо необхідності впровадження у роботу їх лікарняних установ відділень медичної сервісної служби, за результатами якого було підтверджено, що медичний клінінг у закладах охорони здоров'я України залишається недостатньо

впровадженням та переважно розглядається лише як прибирання. Водночас існує значний потенціал для розвитку цього напрямку, що базується на зацікавленості медичних працівників у реформуванні та готовності до навчання. Головними перешкодами є відсутність фінансування, нормативної бази, а також опір змінам серед персоналу. Приклади успішної організації клінінгових служб демонструють можливість покращення інфекційного контролю та оптимізації ресурсів через системний підхід. Отже, для ефективного розвитку медичного клінінгу необхідно створити чіткі нормативно-методичні основи, підтримати пілотні проекти та забезпечити належну підготовку кадрів, що сприятиме підвищенню якості господарсько-санітарного забезпечення закладів охорони здоров'я на відповідному міжнародному рівні.

7. За результатами проведеного емпіричного дослідження були розроблені пропозиції та рекомендації щодо найкращих методів впровадження роботи відділень медичної сервісної служби у ЗОЗ України.

Запропоновані рекомендації щодо формування штату, навчання персоналу, стандартизації процесів клінінгу та розширення функцій сервісної служби до комплексного господарського обслуговування можуть бути покладені в основу реформування внутрішньої логістики та побутового обслуговування у лікарнях України.

Отже, створення та впровадження відділень медичного клінінгу в структурі ЗОЗ є не лише ефективним інструментом інфекційного контролю, а й стратегічним напрямом розвитку системи громадського здоров'я в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Allegranzi B., Begheri Nejad S., Combescure C., Graafmans W., Attar H., Donaldson L., Pittet D. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis // *The Lancet*. – 2011. – Vol. 377, № 9761. – P. 228–241.
2. <http://ir.library.nmu.com/bitstream/123456789/8013/1/%D0%90%D0%BA%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C%20%D0%B2%D0%B8%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B8.pdf>
3. Teegen L. (2005) *Fundamentals of Infection Control*. New York, 280 p. (In Rus.).
4. Briko N.I. (2002) Features of the epidemiology of nosocomial infections at the present stage. *Nurse*, 2: 41–43. (In Rus.).
5. Zueva L.P. (2000) Substantiation of the strategy of combating hospital infections and the ways of its implementation. *Epidemiology and infectious diseases*, 6: 10–13. (In Rus.).
6. American International Health Alliance (2003) *Fundamentals of Infection Control: A Practical Guide*. Transl. from English, 2nd ed. Alpina Publisher, Moscow, 478 p. (In Rus.).
7. Sarkulova M.N. (2006) The nature and etiological structure of nosocomial infection in urological patients. *Urology*, 1: 19–22. (In Rus.).
8. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2022). Health care-associated infections FACT SHEET. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-care-associated-infections>
9. Міністерство охорони здоров'я України. (2023). Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги (ІПНМД): Методичні рекомендації. Київ: МОЗ України.

10. World Health Organization. (2011). Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: WHO. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80135>
11. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги [Інформаційна довідка]. — <https://phc.org.ua>
12. Костенко О. В., Левченко Н. В. Основні фактори ризику виникнення внутрішньолікарняних інфекцій та заходи профілактики // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. — 2020. — № 34. — С. 112–117.
13. Белова А. В., Мазур Н. І. Професійна захворюваність і ризику інфікування медичного персоналу в умовах сучасної клініки // Здоров'я суспільства. — 2020. — № 1(5). — С. 55–60.
14. Davey P., Marwick C. A., Scott C. L. et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2017. — Issue 2. — Art. No.: CD003543. — DOI: 10.1002/14651858.CD003543.pub4
15. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Антибіотикорезистентність: виклик сучасній медицині [Інформаційний бюлетень]. — <https://phc.org.ua>
16. Всесвітня організація охорони здоров'я. Глобальний звіт щодо стійкості до протимікробних препаратів. — Женева: ВООЗ, 2014. — <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564748>
17. Sax H., Allegranzi B., Uçkay I., Larson E., Boyce J., Pittet D. My five moments for hand hygiene: a user-centred design approach to understand, train and monitor hand hygiene // Journal of Hospital Infection. — 2007. — Vol. 67(1). — P. 9–21. — DOI: 10.1016/j.jhin.2007.06.004
18. Лисенко Н. С., Савченко Л. В. Організаційні аспекти впровадження інфекційного контролю у ЗОЗ України // Профілактична медицина. — 2021. — № 2. — С. 30–35.

19. Magill S. S., Edwards J. R., Bamberg W. et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections // *New England Journal of Medicine*. – 2014. – Vol. 370. – P. 1198–1208. – DOI: 10.1056/NEJMoa1306801
20. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Аналітична довідка щодо інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги в Україні (2019–2021). – Київ: ЦГЗ, 2022. – <https://phc.org.ua>
21. Kremery V. (2002) Intraabdominal infections treated with cefaperasone/sulbactam. 4-th Eur. Cong. Chemother. Paris, 7: 268271.
22. Mitchell B.G., Hall L., White N., Barnett A.G., Halton K., Paterson D.L., Riley T.V., Gardner A., Page K., Farrington A., Gericke C.A., Graves N. An environmental cleaning bundle and health-care-associated infections in hospitals (REACH): a multicenter, randomized trial // *The Lancet Infectious Diseases*. – 2019. – Available from: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30714-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30714-X).
23. Brouza E., San Juan R., Muñoz P. et al. (2010) The Cooperative Group of the European on nosocomial infections. A European perspective on nosocomial urinary tract infections (ESGNI 003 study). *Clin. Microbiol. Infect.*, 7 (10): 523–531. doi: 10.1046/j.1198-743x.2001.00324.x.
24. Ministry of Health of Ukraine (2004) Decision of the joint extended board of the Ministry of Health and the State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine «Prevention of nosocomial infections» from 03.09.2004 (In Ukr.).
25. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary: WHO/IER/PSP/2009.07
26. Pan SC, Chen E, Tien KL, Hung IC, Sheng WH, Chen YC, et al. Assessing the thoroughness of hand hygiene: «seeing is believing». *Am J Infect Control* 2014; 42:799–801.

27. Simoes AS, Couto I, Toscano C, Goncalves E, Pova P, Viveiros M. Prevention and control of antimicrobial resistant healthcare-associated infections: the microbiology laboratory rocks! *Front Microbiol* 2016; 7:855.
28. Weber DJ, Anderson D, Rutala WA. The role of the surface environment in healthcare-associated infections. *Curr Opin Infect Dis* 2013; 26:338–44.
29. Burke, J. P. Infection control — a problem for patient safety // *The New England Journal of Medicine*. – 2003. – Vol. 348. – P. 651–656. – DOI: 10.1056/NEJMp020557
30. Huang S.S., Datta R., Platt R. Risk of acquiring antibiotic-resistant bacteria from prior room occupants // *Archives of Internal Medicine*. – 2006. – Vol. 166. – P. 1945–1951.
31. Drees M., Snyderman D.R., Schmid C.H., et al. Prior environmental contamination increases the risk of acquisition of vancomycin-resistant enterococci // *Clinical Infectious Diseases*. – 2008. – Vol. 46. – P. 678–685.
32. Nseir S., Blazejewski C., Lubret R., Wallet F., Courcol R., Durocher A. Risk of acquiring multidrug-resistant Gram-negative bacilli from prior room occupants in the intensive care unit // *Clinical Microbiology and Infection*. – 2011. – Vol. 17. – P. 1201–1208.
33. Datta R., Platt R., Yokoe D.S., Huang S.S. Environmental cleaning intervention and risk of acquiring multidrug-resistant organisms from prior room occupants // *Archives of Internal Medicine*. – 2011. – Vol. 171. – P. 491–494.
34. Shaughnessy M.K., Micielli R.L., DePestel D.D., et al. Evaluation of hospital room assignment and acquisition of *Clostridium difficile* infection // *Infection Control and Hospital Epidemiology*. – 2011. – Vol. 32. – P. 201–206.
35. Ajao A.O., Johnson K., Harris A.D., et al. Risk of acquiring extended-spectrum β -lactamase-producing *Klebsiella* species and *Escherichia coli* from prior room occupants in the intensive care unit // *Infection Control and Hospital Epidemiology*. – 2013. – Vol. 34. – P. 453–458.

36. Mitchell B.G., Digney W., Ferguson J.K. Prior room occupancy increases risk of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* acquisition // *Healthcare Infection*. – 2014. – Vol. 19. – P. 135–140.
37. Kramer A., Schwebke I., Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review // *BMC Infectious Diseases*. – 2006. – Vol. 6. – Article No. 130.
38. Dancer S.J. Controlling hospital-acquired infection: focus on the role of the environment and new technologies for decontamination // *Clinical Microbiology Reviews*. – 2014. – Vol. 27. – P. 665–690.
39. Duce G., Fabry J., Nicolle L. Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide. – 2nd ed. – Geneva: WHO, 2002.
40. Dancer, S. J. (2011). Hospital cleaning in the 21st century. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 30, 1473–1481.
41. Boyce JM, Potter-Bynoe G, Chenevert C, King T. Environmental contamination due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: possible infection control implications. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 1997; 18:6227. 392.
42. Drees, M., Snyderman, D. R., Schmid, C. H., Barefoot, L., Hansjosten, K., Vue, P. M., Cronin, M., Nasraway, S. A., & Golan, Y. (2008). Prior environmental contamination increases the risk of acquisition of vancomycin-resistant enterococci. *Clinical Infectious Diseases*, 46, 678–685.
43. Wilks, M., Wilson, A., Warwick, S., Price, E., Kennedy, D., Ely, A., & Millar, M. R. (2006). Control of an outbreak of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* without closing the ICU or placing patients in isolation. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 27, 654–658.
44. Bonten MJM, Hayden MJ, Nathan C, et al. Epidemiology of colonisation of patients and environment with vancomycin-resistant enterococci. *Lancet* 1996; 348:1615-9. 393.

45. Hota B. Contamination, disinfection, and cross-contamination: Are hospital surfaces reservoirs for nosocomial infection? *Clin. Infect. Dis.* 2004; 39:1182–9.
46. Dancer, S. J. (1999). Mopping up hospital infection. *Journal of Hospital Infection*, 43, 85–100.
47. Kramer, A., Schwebke, I., & Kampf, G. (2006). How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 6, 130.
48. Dancer SJ. The role of hospital cleaning in the control of hospital-acquired infection. *Journal of Hospital Infection*. 2009; 73:378–385.
49. Dharan S, Mourouga P, Copin P, Bessmer G, Tschanz B, Pittet D. Routine disinfection of patients' environmental surfaces: myth or reality? *Journal of Hospital Infection*. 1999; 42:113–117.
50. Dettenkofer M, Wenzler S, Anthor S, Antes G, Motschall E, Daschner FD. Does disinfection of environmental surfaces influence nosocomial infection rates? A systematic review. *American Journal of Infection Control*. 2004; 32:84–89.
51. Cozad A, Jones RD. Disinfection and the prevention of infectious disease. *American Journal of Infection Control*. 2003; 31:243–254.
52. Daschner FD, Schuster A, Dettenkofer M, Kummerer K. No routine surface disinfection. *American Journal of Infection Control*. 2004; 32:513–515.
53. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); ICAN. (2019). Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities in Resource-Limited Settings. Atlanta, GA: CDC. <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/resource-limited/environmental-cleaning-508.pdf>
54. Otter J, Galletly T. (2018). Environmental decontamination 2: the role of the nurse. *Nursing Times*; 114(8):30–32.

55. Rutala WA, Weber DJ. Infection control: the role of disinfection and sterilization. *Journal of Hospital Infection*. 1999; 43(Suppl):S43–S55.
56. Dettenkofer M, et al. (2004). Does disinfection of environmental surfaces influence nosocomial infection rates? *Am. J. Infect. Control*; 32:84–89.
57. World Health Organization (WHO). (2016). *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*. Geneva: WHO.
58. <https://www.youtube.com/watch?v=XscWkuvsOYE>
59. Наказ МОЗ України від 02.04.2013 № 259 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил "Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу"» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0581-13#Text>
60. Наказ МОЗ України від 03.08.2020 № 1777 «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0902-20#Text>
61. Наказ МОЗ України від 06.05.2021 № 882 «Про затвердження санітарно-протиепідемічних правил і норм використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ/закладів надання соціальних послуг/соціального захисту населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0726-21#Text>
62. Наказ МОЗ України від 21.02.2023 № 354 «Про затвердження Державних санітарних норм і правил "Санітарно-протиепідемічні вимоги до новозбудованих, реставрованих і реконструйованих закладів охорони здоров'я" та Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства

охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0395-23#Text>

63. Наказ МОЗ України від 03.08.2021 № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1132-21#Text>

64. Наказ МОЗ України від 04.04.2012 № 236 «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів» [Електронний ресурс] – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0707-12#Text>

65. <https://soic.in.ua/>

66. <https://www.facebook.com/evgen.suharev/>

67. <https://www.facebook.com/SOIC.InfectionControl.Ukraine/>

68. <https://kcs.in.ua/>

69. medstat.kiev.ua

70. <https://www.facebook.com/CENTRALCITYCLINICALHOSPITAL/>

71. <https://www.youtube.com/watch?v=XscWkuvsOYE>

ДОДАТКИ

Додаток 1. Опитувальник на тему «Медичний клінінг»

Форма для збору даних щодо запровадження медичного клінінгу у лікарняних установах

1. Чи знаєте Ви що таке медичний клінінг?

Так

Ні

Частково

Інший варіант

2. Яким чином здійснюється прибирання у Вашій установі?

Аутсорсінг

Прибирають самостійно молодші медичні сестри безпосередньо у відділеннях

Прибирання здійснюється відділенням медичного клінінгу

Змішана модель

Важко відповісти

Інший варіант

3. Який вид прибирального інвентарю застосовується у Вашому закладі

Використовуємо звичайні швабри з ганчіркою та відра

Використовуємо системи для прибирання у кожному відділенні, проте недостатня кількість витратних матеріалів

Використовуємо професійні системи для прибирання із всіма необхідними витратними матеріалами згідно попередніх обрахунків

У різних відділеннях можливі різні варіанти

Інший варіант

4. Чи вважаєте Ви впровадження професійного медичного клінінгу доцільним у закладах охорони здоров'я?

Так

Ні

Важко відповісти

Інший варіант

5. Чи проходив персонал Вашого закладу спеціалізоване навчання з клінінгових практик для медичної сфери?

Так

Ні

Частково

6. Чи вважаєте Ви доцільним запровадження медичного клінінгу у Вашій установі?

Вже маємо таке відділення

Починаємо запроваджувати

Не бачимо в цьому потреби

Взагалі не маю на рахунок цього ніякої думки

Інший варіант

7. Чи вважаєте Ви, що впровадження професійного клінінгу може зменшити рівень розповсюдження госпітальних інфекцій?

Так

Ні

Не впевнений(на)

8. Чи проводився у Вашому закладі аналіз потреб перед впровадженням або зміною системи прибирання?

Так

Ні

В процесі

Не знаю

9. Які, на Вашу думку, основні причини розгляду впровадження професійного медичного клінінгу у Вашому закладі?

Підвищення якості прибирання

Зменшення кількості ПІНМД

Скорочення витрат

Вимоги нормативних документів

Скорочення молодшого медперсоналу

Інший варіант

10. Які, на Вашу думку, ресурси (фінансові, кадрові, матеріально-технічні) є головними бар'єрами для впровадження медичного клінінгу?

Недостатнє фінансування

Нестача кваліфікованого персоналу

Супротив змінам

Відсутність нормативної підтримки

Не розуміння з чого почати

Інший варіант

Додаток 2. Приклади професійних візків для прибирання



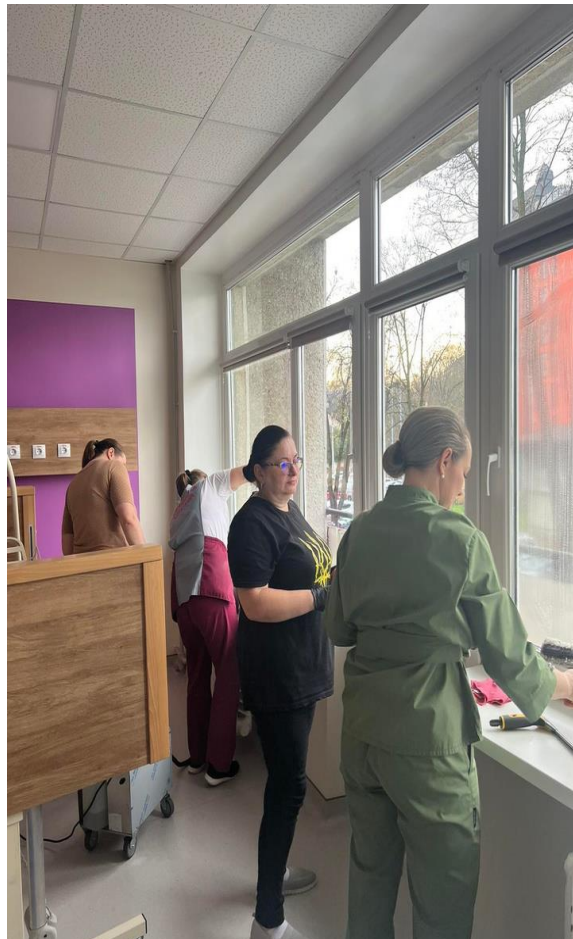




Додаток 3. Спеціалізоване навчання і підготовка персоналу по медичному клінінгу







Додаток 4. Професійна пральня для медичного клінінгу





Додаток 5. Обладнання, необхідне для медичного клінінгу всього закладу



The **ULTIMATE**
Cleaning Machines™



ITS 52
Все для прибирання





Додаток 6. Необхідне обладнання для проведення догляду за важкохворими пацієнтами

