HIGIENA RĄK W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA

materiały szkoleniowe dla pielęgniarek i położnych specjalistów epidemiologii lub higieny i epidemiologii zatrudnionych w Zespołach Kontroli Zakażeń Szpitalnych opracowane na podstawie wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO-2009) dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej będących wsparciem programu „Higiena rąk to bezpieczna opieka"

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych

Katowice, 2014 r.

Zeszyt XIII

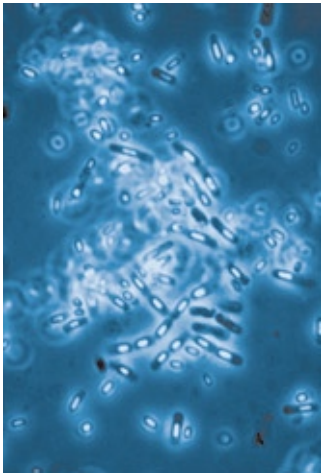
HIGIENA JEST SKOMPLIKOWANYM ZAGADNIENIEM

MY TROSZCZYMY SIĘ O PROSTE ROZWIĄZANIA

Odpowiedzialność

Bezpieczeństwo

Higiena



Misją Ecolab jest niesienie pomocy Klientom w zakresie czystości i bezpieczeństwa, dającej pewność, że wszelkie wymagania sanitarne i przepisy prawne w zakresie higieny zostaną spełnione.

Przyczyniamy się do budowy Państwa wizerunku – jako Placówki bezpiecznej pod względem higieny i czystości.

Oferujemy produkty wysokiej jakości oraz świadczymy bezpłatne kompleksowe doradztwo i serwis dla naszych klientów.

Z pasją i zaangażowaniem już od 20 lat wprowadzamy najwyższe standardy higieny!

www.ecolab.pl

ECOLAB®

HIGIENA RĄK W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA

materiały szkoleniowe dla pielęgniarek i położnych specjalistów epidemiologii lub higieny i epidemiologii zatrudnionych w Zespołach Kontroli Zakażeń Szpitalnych opracowane na podstawie wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO-2009) dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej będących wsparciem programu „Higiena rąk to bezpieczna opieka"

ZESZYT XIII

Opracowanie:

mgr Dorota Czechowska – Redaktor kwartalnika Pielęgniarka Epidemiologiczna

dr n. med. Małgorzata Fleischer – Członek Honorowy PSPE

mgr Marta Lechowicz – Marketing Manager Healthcare w firmie Ecolab

dr n. med. Mirosława Malara – Prezes PSPE, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

dr n. med. Beata Ochocka – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

dr n. przyr. Grzegorz Ziółkowski – Członek Honorowy PSPE

Katowice 2014

Zespół Redakcyjny kwartalnika Pielęgniarka Epidemiologiczna dziękuje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, biurem WHO w Polsce za umożliwienie wykorzystania materiału źródłowego wytycznych CMJ według programu „Clean Care is Safer Care" – Higiena Rąk to Bezpieczna Opieka

Motto:
„Dłonie snów i śmierci, i narodzin,
z których biorę to co nie ma nazwy"

Krzysztof Kamil Baczyński (1921–1944)

Spis treści

Dlaczego higiena rąk jest tak ważna? 5
Wprowadzenie 7
Przenoszenie patogenów związanych z opieką zdrowotną za pośrednictwem rąk..... 10
Czynniki mające wpływ na przestrzeganie zalecanych procedur higieny rąk..... 10
Prawidłowa higiena rąk..... 12
Pielęgnacja skóry 16
Właściwe użycie rękawiczek ochronnych 16
Higiena rąk – zasady ogólne 19
Wielomodułowa strategia poprawy higieny rąk WHO i Program „HIGIENA RĄK TO BEZPIECZNA OPIEKA”..... 21
Podsumowanie 26
Literatura..... 27

Dlaczego higiena rąk jest tak ważna?

Higienę rąk powszechnie uznaje się za najważniejszy czynnik wpływający na zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych. To właśnie na rękach bardzo łatwo gromadzą się i poprzez ręce rozprzestrzeniają się w środowisku szpitalnym drobnoustroje.

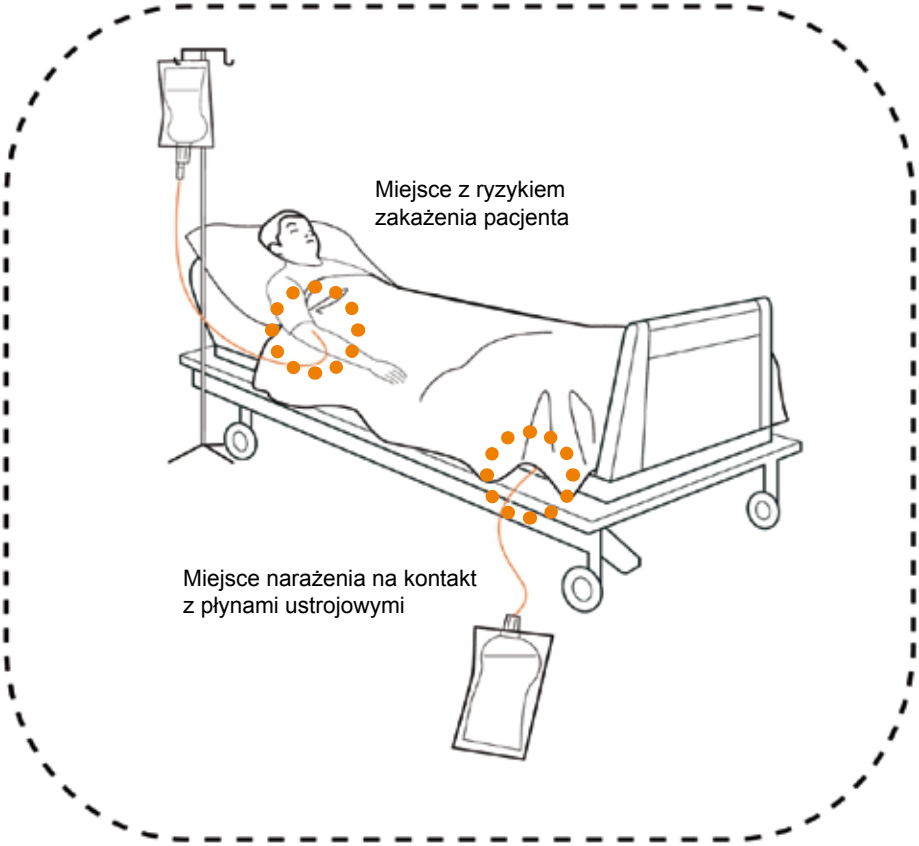
Każdy pracownik ochrony zdrowia, opiekun lub osoba, która sprawuje bezpośrednią lub pośrednią opiekę nad pacjentem i podopiecznym jest odpowiedzialny za utrzymanie wysokich standardów higieny rąk w celu wyeliminowania i zminimalizowania ryzyka zakażenia. Jednocześnie dostępne badania wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia mają trudności w przestrzeganiu właściwej higieny rąk. Przestrzeganie przez personel medyczny zalecanych procedur higienicznych jest zróżnicowane, a ogólna średnia jest wciąż niezadowalająca i wynosi 38,7%[1].

Skóra oraz błony śluzowe każdego człowieka skolonizowane są różnymi gatunkami drobnoustrojów. Hospitalizowani pacjenci są naturalnym źródłem kontaminacji (stopniowo rozsiewają te drobnoustroje) na przedmioty nieożywione znajdujące się w ich bezpośrednim otoczeniu, np. odzież, meble, sprzęt. Placówki opieki zdrowotnej składają się z szeregu różnorodnych stref i środowisk. Część z nich, nazywane „strefami pacjenta" obejmują pacjenta wraz z jego bezpośrednim otoczeniem (do 1,5 metra od pacjenta).

Wskutek skażenia zarówno przez pracowników opieki zdrowotnej jak i pacjentów, inne obszary środowiska opieki zdrowotnej, również zostają skolonizowane przez drobnoustroje, jakkolwiek w znacznie mniejszym stopniu niż sale chorych. Do skażenia krzyżowego potencjalnymi patogenami pomiędzy jednym środowiskiem a drugim dochodzi poprzez skontaminowane ręce pracownika opieki zdrowotnej.

Higiena rąk w znacznym stopniu obniża ryzyko transmisji krzyżowej tą drogą.

Strefa pacjenta z miejscami krytycznymi:



Wprowadzenie

Zakażenie związane z opieką zdrowotną – **Hospital Acquired Infections (HAIs) to dowolna choroba lub patologia związana z obecnością zarazka lub jego produktów w związku z kontaktem z obiektami opieki zdrowotnej, zabiegami opieki zdrowotnej lub zabiegami leczniczymi.**

Zakażenia szpitalne w Europie

– występują u 2,5%–30% hospitalizowanych chorych;
– przedłużają średnio o 3 dni pobyt w szpitalu; są bezpośrednią (3%) lub pośrednią (8%) przyczyną zgonu pacjentów[13].

Najczęstsze formy kliniczne wszystkich zakażeń szpitalnych w Polsce i w Europie:

	Europa	Polska
Zakażenie układu moczowego – ZUM	32%	34%
Zakażenia miejsca operowanego – ZMO	22%	17%
Zapalenia płuc – ZUO	15%	15%
Zakażenia krwi – ZUN	14%	14%

Zakażenia szpitalne stanowią istotne zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów i dlatego ich profilaktyka powinna stać się priorytetem dla decydentów, placówek i instytucji, którym zależy na bezpieczeństwie opieki zdrowotnej.

Zakażenia związane z opieką zdrowotną jako negatywne konsekwencje pobytu w placówkach opieki wiążą się z dłuższą hospitalizacją pacjentów, długoterminową niepełnosprawnością, zwiększoną opornością mikroorganizmów na działanie środków przeciwdrobnoustrojowych, bardzo dużym dodatkowym obciążeniem finansowym, zwiększoną umieralnością, wysokimi kosztami systemu ochrony zdrowia i ogromnym stresem pacjentów i ich rodzin. Ryzyko zakażenia związanego z opieką zdrowotną uzależnione jest od czynników medycznych (np. zjadliwości i patogenności drobnoustrojów, choroby podstawowej, ogólnego stanu organizmu, immunosupresji, niedożywienia) oraz środowiskowych (np. przyjęcie na OIT, przedłużona hospitalizacja, zastosowanie procedur i urządzeń inwazyjnych, błędy medyczne, zdarzenia niepożądane, antybiotykoterapia).

Czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych: grupa ESKAPE

E. ***Enterococcus* spp., (VRE)**
S. ***Staphylococcus aureus* (MRSA, VISA, VRSA,).**
K. ***Klebsiella* spp., (ESBL, MBL, KPC – nabyta plazmidowa oporność na karbapenemy, NDM-1 New Delhi Metallo-1)**
A. ***Acinetobacter baumannii* (MBL)**
P. ***Pseudomonas aeruginosa* (ESBL, MBL)**
E. ***Enterobacter* spp., E. coli (ESBL, AmpC, MBL, KPC, NDM-1 New Delhi Metallo-1,) oraz *Clostridium difficile*.**

W krajach rozwiniętych zakażenia związane z opieką zdrowotną dotyczą 5–15% hospitalizowanych pacjentów; na oddziałach intensywnej terapii (OIT) mogą dotyczyć 9–37% leczonych[2, 3]. Przeprowadzone niedawno **w Europie** badania wykazały, że występowanie zakażeń związanych z opieką zdrowotną waha się w przedziale od 4,6% do 9,3%[19].

W **Polsce** na podstawie danych Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych częstość zakażeń szpitalnych szacowana jest na poziomie 7–10%, a wskaźnik śmiertelności dla wszystkich form klinicznych zakażeń na poziomie 6,9%. Pierwsze przeprowadzone w 2012 roku Ogólnoeuropejskie Badanie Występowania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną (PPS HAI & AU) zainicjowane przez Panią profesor Walerię Hryniewicz, Konsultanta Krajowego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, a koordynowane przez dr Aleksandra Deptułę wykazało, że w Polsce częstość występowania zakażeń szpitalnych związanych z opieką zdrowotną jest na poziomie 6,4%. W 2014 roku globalne wydatki na ochronę zdrowia mają wynieść 10,5% światowego PKB. Najwięcej na ochronę zdrowia wyasygnują USA i Kanada bo, aż 17,4% PKB. Kraje Europy Zachodniej tylko 10,7% PKB, a Polska około 7,6% PKB. Warto zauważyć, że część tych kosztów w ochronie zdrowia w UE to właśnie zakażenia szpitalne. W **USA** szacowany wskaźnik zakażeń związanych z opieką zdrowotną wynosi ok. 4,5%, co daje 9,3 zakażeń na 1 tys. pacjentów i 1,7 mln pacjentów rocznie oraz w 2004 roku koszty rzędu 6,5 mld. dolarów[4]. Obecnie w USA rocznie zakażenia szpitalne pochłaniają 30 mld dolarów. W USA każdy przypadek zakażenia szacowany jest na 10–30 tys. dolarów. Koszt jednego zakażenia BSI (nosocomial bloodstream infections) w OIT w 2010 roku w Europie to koszt od 5 tys. do 16 tys. euro, średnio 10.000 euro. Koszt leczenia wszystkich chorych z sepsą (146 tys.) w Europie wyniósł 7,6 mld. Euro.

Ważnym i przyszłościowym tematem kosztów w ochronie zdrowia jest starzejąca się populacja ludzka. Do 2050 roku liczba osób powyżej 60 roku życia będzie wynosiła już 2 mld osób. W Europie aż 37% ludności do roku 2050 osiągnie granicę powyżej 60 lat. Już za trzy lata w Europie Zachodniej ludzi powyżej 65 roku życia będzie ponad 20%. W Polsce w 2010 roku osób w wieku poprodukcyjnym było 16,8%, co stanowiło około 6,5 mln, w roku 2035 może osiągnąć poziom 27%, co będzie stanowić około 10 mln osób[20].

W Polsce prawdziwy odsetek zakażeń szpitalnych i związane z tym koszty finansowe i ludzkie nie są znane, a jedynie szacowane. Oceniono, że jedna doba hospitalizacji pacjenta z HAI wiąże się z wydatkiem około 334 euro, czyli ok. 1450 PLN. Koszty zakażeń związanych z opieką zdrowotną są poważnym obciążeniem dla budżetu każdego szpitala, gdyż zwiększają wydatki w zakresie postępowania terapeutycznego głównie antybiotyków, jak i całościowych kosztów hospitalizacji, a także postępowań o odszkodowanie lub zadośćuczynienie. WHO ocenia, że każdego roku zakażenia szpitalne generują koszty w wysokości 80 miliardów dolarów[21, 22, 23].

Jednym z najważniejszych czynników ryzyka w zakażeniach szpitalnych – szczególnie na oddziałach intensywnej terapii – jest wykorzystanie różnego rodzaju inwazyj-

nego sprzętu i procedur (cewnika donaczyniowego, wentylacji mechanicznej, cewnika moczowego, itp.).

Pracownicy ochrony zdrowia również mogą ulec zakażeniu w trakcie opieki nad pacjentem. Czynniki zakaźne przenoszone są głównie przez duże krople, bezpośredni kontakt z zakażonym materiałem lub kontakt ze skażonymi przedmiotami. Wykonywanie nacechowanych wysokim ryzykiem czynności w procesie opieki i niewystarczające działania i możliwości w zakresie kontroli zakażeń sprzyjają wystąpieniu tego typu zagrożeń. Dobrze znane są również przypadki przenoszenia innych chorób wirusowych (np. HIV, WZW B i C) i bakteryjnych, w tym gruźlicy, na personel medyczny[5]. Według Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych zmniejszenie częstości zakażeń szpitalnych o 1% przyczynia się do zmniejszenia kosztów leczenia aż o 10%. Priorytetowe znaczenie w zmniejszaniu liczby zakażeń ma mycie i dezynfekcja rąk, dbałość o zalecenie w zakresie nienoszenia biżuterii, właściwej higieny paznokci, zmiana odzieży ochronnej co najmniej raz na 24 h, noszenie odzieży ochronnej z krótkimi rękawami. Podstawą tych działań jest aktualna wiedza personelu medycznego.

Przenoszenie patogenów związanych z opieką zdrowotną za pośrednictwem rąk

Przenoszenie patogenów związanych z opieką zdrowotną następuje poprzez kontakt bezpośredni i pośredni, drogą krwiopochodną, oddechową i pokarmową. Transmisja za pośrednictwem skażonych rąk personelu medycznego stanowi najpowszechniejszy model przenoszenia patogenów występujący w placówkach opieki zdrowotnej i zdarza się wtedy, gdy dojdzie do następujących po sobie pięciu sekwencyjnych kroków:

– Obecność drobnoustrojów na skórze pacjenta i powierzchniach w bezpośrednim otoczeniu pacjenta;
– Następnie drobnoustroje zostają przeniesione na ręce pracownika opieki zdrowotnej;
– Drobnoustrojom udaje się przetrwać na rękach personelu medycznego przez kilka minut;
– Pominięcie higieny rąk lub niewystarczające mycie i dezynfekcja sprawia, że ręce personelu pozostają skażone;
– Skażone ręce przenoszą drobnoustroje na innego pacjenta lub przedmiot, z którym kolejny pacjent wejdzie w kontakt[6].

Czas przeżycia drobnoustrojów na rękach personelu po kontakcie z pacjentem i/lub jego skażonym otoczeniem jest zróżnicowany i waha się od 2 do 60 minut. W przypadku braku higieny rąk, im dłuższy jest czas wykonywania czynności przy pacjencie tym większy jest stopień skażenia rąk. Jeśli personel medyczny nie zdezynfekuje prawidłowo rąk po wykonaniu zabiegów przy jednym pacjencie i/lub między pacjentami, prawdopodobnie dojdzie do przeniesienia drobnoustrojów.

Czynniki mające wpływ na przestrzeganie zalecanych procedur higieny rąk

Główne czynniki mające wpływ na niewłaściwą higienę rąk obejmują zarówno czynniki ryzyka związane z nieprzestrzeganiem zasad – co zaobserwowano podczas badań epidemiologicznych – jak również powody subiektywne podawane przez samych pracowników ochrony zdrowia wyjaśniających dlaczego nie stosują się do zalecanych procedur higieny rąk.

Czynniki ryzyka związane z niewłaściwym przestrzeganiem zalecanych praktyk higieny rąk – wnioski z obserwacji:

- Status lekarza
- Status pomocy pielęgniarskiej
- Fizjoterapeuta
- Technik
- Płeć męska
- Praca na oddziale intensywnej terapii
- Praca na oddziale chirurgicznym
- Praca w SOR
- Praca w oddziale anestezjologii
- Praca w tygodniu (a nie w weekendy)
- Noszenie fartuchów / rękawic
- Przed kontaktem z otoczeniem pacjenta
- Po kontakcie ze środowiskiem pacjenta np. z urządzeniami
- Opieka nad pacjentami poniżej 65 roku życia
- Opieka nad pacjentami po zabiegach czystych/czystych-skażonych na oddziale pooperacyjnym
- Opieka nad pacjentem w sali ogólnej – nie w izolatce
- Czas trwania kontaktu z pacjentem (< lub 2 minuty)
- Przerwa w czynnościach wykonywanych przy pacjencie
- Czynności związane z wysokim ryzykiem krzyżowego przenoszenia patogenów
- Niedobór personelu
- Zagęszczenie łóżek
- Duża liczba sytuacji wymagających procedur higienicznych przypadająca na jedną godzinę opieki nad pacjentami.

Czynniki związane z niewłaściwym przestrzeganiem zasad higieny rąk zgłaszane przez personel:

- Środki do mycia rąk powodują podrażnienia lub wysuszenie skóry
- Brak umywalek
- Umywalki znajdują się w niedogodnych miejscach
- Brak mydła i ręczników jednorazowych
- Częsty nadmiar zajęć
- Brak wystarczającej ilości czasu
- Potrzeby pacjenta są ważniejsze
- Higiena rąk przeszkadza w relacjach między pacjentem a personelem ochrony zdrowia
- Niskie ryzyko zakażenia się od pacjenta
- Używanie rękawic – przekonanie, że używanie rękawic eliminuje potrzebę zachowania higieny rąk
- Brak znajomości wytycznych / protokołów
- Brak wiedzy, doświadczenia i edukacji
- Brak systemu nagród / zachęt

– Brak wzorca postępowania wśród kolegów lub przełożonych
– Zapominanie o higienie rąk
– Sceptyczne podejście do znaczenia higieny rąk
– Niezgadzanie się z zaleceniami
– Brak informacji naukowych na temat stwierdzonej zależności między poprawą higieny rąk a zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną.

Dodatkowe postrzegane przeszkody utrudniające właściwą higienę rąk:

– Brak aktywnego udziału w promocji higieny rąk na poziomie indywidualnym i instytucjonalnym
– Brak wskazania higieny rąk jako priorytetu instytucjonalnego
– Brak sankcji administracyjnych dla osób nieprzestrzegających zasad higieny rąk i brak nagród dla tych, którzy przestrzegają
– Brak atmosfery / kultury instytucjonalnego bezpieczeństwa i osobistej odpowiedzialności personelu ochrony zdrowia za wykonywanie czynności higieny rąk[7].

Prawidłowa higiena rąk

Higiena rąk jest podstawowym środkiem zapobiegającym zakażeniom związanym z opieką zdrowotną i rozprzestrzenianiu się antybiotykooporności.

Higiena rąk jest więc niezbędną procedurą w przypadku wszystkich pracowników opieki zdrowotnej.

Służy ona 4 różnym celom w środowisku opieki zdrowotnej:

1. Higiena rąk zapobiega zakażeniom szpitalnym u pacjentów, a także
2. krzyżowym zakażeniom drobnoustrojami między pacjentami.
3. Higiena rąk zapobiega skażeniu środowiska szpitalnego potencjalnymi patogenami.
4. Stanowi zabezpieczenie pracowników opieki zdrowotnej przed zakaźnymi chorobami związanymi z wykonywaniem zawodu, takimi jak zakażenie HIV czy wirusami zapalenia wątroby HBV i HCV, czyli zakażeniami krwiopochodnymi.

Istnieją dwie uznane **techniki wykonywania procedury higieny rąk**:

1. dezynfekcja rąk przez wcieranie preparatu alkoholowego (należy stosować preparaty dezynfekcyjne z potwierdzonym działaniem mikrobójczym, powinny również zawierać emolienty preparaty natłuszczające i zabezpieczające skórę)
2. oraz mycie rąk przy pomocy mydła i wody.

Pojemniki zawierające środki do dezynfekcji rąk powinny być łatwo dostępne – w zasięgu ręki – lub tuż przy chorym, w punkcie opieki – tj. w odległości nie większej niż 1,5 metra od miejsca najbardziej prawdopodobnego użycia, albo powinny być noszone w małych pojemnikach przez pracowników opieki zdrowotnej, z przeznaczeniem do ich osobistego użycia.

Mydła są detergentami usuwającymi lipidy i brud. Antybakteryjne działanie mydeł wynika z ich zdolności do usuwania bakterii ze skóry w sytuacji, gdy dochodzi do ich połączenia z płuczącym działaniem bieżącej wody.

Wskazania do higieny rąk[8]:

1. W przypadku widocznego zabrudzenia lub poplamienia krwią lub innymi płynami ustrojowymi lub po skorzystaniu z toalety, ręce należy umyć mydłem i wodą.
2. W przypadku zdecydowanego podejrzenia lub potwierdzenia ekspozycji na mikroorganizmy przetrwalnikujące, w tym *Clostridium difficile*, preferowane jest mycie rąk mydłem i wodą, a dopiero po tej czynności wcieranie w skórę rąk preparatu na bazie alkoholu.
3. We wszystkich pozostałych sytuacjach klinicznych opisanych w punktach poniżej od 4a do 4f, do rutynowej higieny rąk, jeśli nie są w sposób widoczny zabrudzone, zaleca się wcieranie w ręce preparatu na bazie alkoholu. W przypadku braku, w sytuacjach wyjątkowych, preparatu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu, ręce należy umyć wodą i mydłem.
4. Dezynfekcja rąk:
   a. przed i po kontakcie z pacjentem lub wykonaniem zabiegów antyseptycznych
   b. przed obsługą inwazyjnych urządzeń w opiece nad chorym bez względu czy rękawiczki ochronne są używane czy nie
   c. po kontakcie z płynami ustrojowymi, wydzielinami, błoną śluzową, naruszoną powłoką skórną lub opatrunkami
   d. przechodząc od zakażonej części ciała do innej części ciała chorego
   e. po kontakcie z powierzchniami i obiektami nieożywionymi (w tym urządzeniami medycznymi) znajdującymi się w bezpośrednim otoczeniu pacjenta
   f. po zdjęciu sterylnych lub niesterylnych rękawic.
5. Przed przygotowaniem i podaniem leków lub żywności należy przeprowadzić dezynfekcję rąk używając preparatu odkażającego na bazie alkoholu lub umyć ręce zwykłym albo antybakteryjnym mydłem i wodą.
6. Mydło i środki odkażające do rąk na bazie alkoholu nie powinny być stosowane łącznie.

Dezynfekcja rąk preparatem alkoholowym poprzez wcieranie jest preferowaną procedurą higieny rąk w większości sytuacji klinicznych. Jest procedurą szybszą i o wiele skuteczniejszą w porównaniu do mycia rąk.

Preparaty do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu mają następujące zalety:

– posiadają skuteczniejsze działanie mikrobójcze (w tym wirusobójcze);
– wymagają krótkiego czasu działania (20 do 30 sekund);
– mogą być dostępne w punkcie opieki tuż przy chorym;
– są lepiej tolerowane przez skórę;
– nie wymagają szczególnej infrastruktury (zaopatrzenia w czystą wodę, umywalek, mydła, ręczników do rąk)[9].

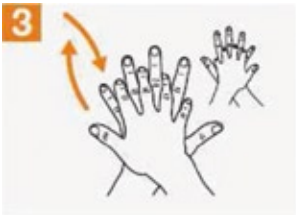
Technika dezynfekcji rąk:

Postępuj zgodnie z następującymi krokami tak, by preparat alkoholowy dotarł do wszystkich miejsc Twoich rąk, włącznie z miejscami często pomijanymi.

Technika higieny rąk przy użyciu preparatu na bazie alkoholu
Czas trwania całej procedury: 20–30 sekund

Nabierz pełną garść preparatu, tak aby pokrywał w całości wewnętrzną powierzchnię dłoni.

Pocieraj o siebie wewnętrzne powierzchnie dłoni.



Połóż prawą dłoń na grzbiecie lewej dłoni przeplatając palce obu dłoni a następnie zamień dłonie.

Złóż razem dłonie przeplatając palce.

Grzbiet palców dłoni schowaj w drugiej dłoni splatając razem palce.

Pocieraj obrotowo lewy kciuk zaciśnięty w prawej dłoni a następnie zamień dłonie.

Pocieraj obrotowo lewą dłoń do tyłu i do przodu zaciśniętymi palcami prawej dłoni a następnie zamień ręce.

Po wyschnięciu, Twoje ręce są bezpieczne.

Technika mycia rąk:

Tradycyjne mycie rąk jest bardzo skuteczne, jeśli chodzi o fizyczne usuwanie brudu i drobnoustrojów z rąk.

Technika higieny rąk przy użyciu mydła i wody
Czas trwania procedury: 40–60 sekund

Zmocz ręce wodą.

Nabierz tyle mydła, aby pokryć całe powierzchnie dłoni.

Pocieraj o siebie rozprostowane dłonie.

Połóż prawą dłoń na grzbiecie lewej dłoni przeplatając palce a następnie zamień dłonie.

Złóż razem dłonie przeplatając palce.

Grzbiet palców dłoni schowaj w drugiej dłoni splatając razem palce.

Pocieraj obrotowo lewy kciuk zaciśnięty w prawej dłoni a następnie zamień dłonie.

Pocieraj obrotowo lewą dłoń do tyłu i do przodu zaciśniętymi palcami prawej dłoni a następnie zamień ręce.

Opłucz ręce wodą

Wytrzyj ręce do sucha jednorazowym ręcznikiem.

Użyj ręcznika do zakręcenia kranu.

Teraz Twoje ręce są bezpieczne.

W celu osuszenia rąk najczęściej używa się jednorazowych ręczników papierowych (osuszenie rąk przy ich użyciu trwa 7–9 sekund; metoda ta pozwala także na usunięcie mechaniczne drobnoustrojów wraz ze złuszczającym się naskórkiem). Delikatnie przykładaj ręcznik do skóry, zamiast ją pocierać. Ręce można osuszyć również stosując suszarkę do rąk na gorące powietrze (osuszanie rąk trwa 25–30 sekund[10]).

Uwaga: Ręczniki jednorazowe są najbardziej higienicznym sposobem osuszania rąk. Suszarki powodują zwiększone ryzyko przenoszenia drobnoustrojów ze względu na tworzenie bioaerozolu podczas wydmuchiwania powietrza i jego przenoszenia na inne osoby w promieniu do 2 metrów i nie powinny być stosowane w strefach medycznych.

Pielęgnacja skóry

Skóra rąk personelu zmieniona chorobowo to ryzyko zakażenia pacjenta, gdyż zmiany skórne są skolonizowane ogromną liczbą drobnoustrojów, kolonizacji tej nie eliminują zabiegi mycia i dezynfekcji rąk. Uszkodzenia skóry personelu – to uszkodzenie naturalnej bariery dla patogennych mikroorganizmów. Zaleca się rozważyć odsunięcie od pracy osoby ze zmianami skórnymi na czas ich leczenia. Mikrobiologiczna czystość rąk jest najważniejszą powinnością personelu medycznego – ogranicza infekcje krzyżowe, zmniejsza ryzyko infekcji związanych ze stosowaniem inwazyjnych technik diagnostycznych lub leczniczych. Dlatego pracownikom ochrony zdrowia należy zapewnić balsamy lub kremy do codziennej pielęgnacji skóry rąk w celu zminimalizowania występowania kontaktowego zapalenia skóry z podrażnieniem lub wypryskiem związanego z prowadzoną antyseptyką lub myciem rąk. Ponadto w programach edukacyjnych dla personelu medycznego należy uwzględnić informacje na temat pielęgnacji skóry rąk w celu ograniczenia ryzyka kontaktowego zapalenia skóry oraz roli uszkodzonej skóry rąk w procesie transmisji drobnoustrojów. Należy chronić ręce przed nadmiernym wysuszeniem używając preparatów natłuszczających tj. emulsji i kremów. W przypadku uszkodzeń skóry należy osłonić je wodoodpornym opatrunkiem.

Właściwe użycie rękawiczek ochronnych

Rękawiczki ochronne służą dwóm celom:

1. zapobiegają ryzyku przeniesienia szkodliwych czynników biologicznych za pośrednictwem rąk na pacjenta,
2. obniżają ryzyko nabycia przez pracowników opieki zdrowotnej zakażeń od pacjentów.

Rękawiczki sterylne nie są konieczne podczas rutynowej opieki nad chorymi. Czyste, niesterylne rękawiczki do badań należy nosić podczas wykonywania czynności związanych z opieką nad pacjentem, które mogą wiązać się z narażeniem na materiał potencjalnie zakaźny. Do takich sytuacji zaliczamy narażenie na kontakt z krwią, płynami ustrojowymi (owodniowym, mózgowo-rdzeniowym, otrzewnowym, opłucnowym, osierdziowym, maziowym, spermą, wydzieliną z pochwy, śliną, tkankami, moczem, kałem), błonami śluzowymi oraz przerwaną skórą, a także w przypadku kontaktu z urządzeniami inwazyjnymi w pobliżu miejsca, którym stykają się z ciałem, albo gdy są widocznie zabrudzone. Rękawiczki należy również stosować, gdy opiekujemy się pacjentami skolonizowanymi lub zakażonymi przez patogeny przenoszone drogą kontaktową, na przykład *Clostridium difficile*, metycylinoopornym gronkowcem złocistym (MRSA – methicillin resistant Staphylococcus aureus) oraz enterokokami opornymi na wankomycynę (VRE – vancomycin resistant enterococci).

Należy ograniczać niepotrzebne i nieuzasadnione użycie rękawiczek.

Należy zawsze przeprowadzić procedurę higieny rąk po zdjęciu rękawiczek, bowiem rękawiczki mogą być uszkodzone, wskutek czego może dojść do skażenia przy ich zdejmowaniu. Podczas zdejmowania rękawic zaleca się stosować zasady ich bezpiecznego zdejmowania.

Pamiętaj! Użycie rękawiczek nie zastępuje obowiązku wykonania procedury higieny rąk.

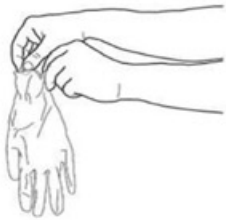
Jeśli pojawia się wskazanie do higieny rąk w czasie gdy personel używa rękawiczek, musi zdjąć rękawiczki, wykonać procedurę higieny rąk, a następnie założyć kolejną parę rękawiczek, jeśli ich użycie jest nadal zalecane. Do zabiegów przy jednym pacjencie należy użyć jednej pary rękawic. **Zabronione jest użycie tych samych rękawic do czynności przy kolejnym pacjencie.**

Jak nakładać i zdejmować niejałowe rękawice?

Kiedy wskazanie do przeprowadzenia higieny rąk następuje przed kontaktem, który wymaga użycia rękawic, przeprowadź czynności higieny rąk odkażając ręce preparatem na bazie alkoholu lub myjąc je mydłem i wodą.

I. JAK NAKŁADAĆ RĘKAWICE:

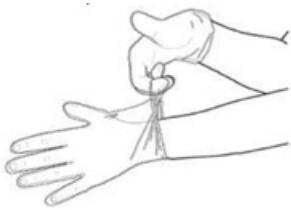
1. Wyjmij rękawicę z oryginalnego opakowania.



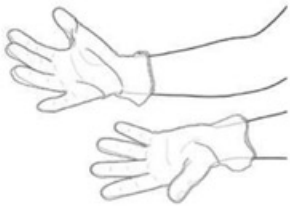
2. dotknij jedynie ograniczoną powierzchnię rękawicy w części nadgarstka (na samej górze mankietu).

3. Nałóż pierwszą rękawicę.

4. Wyjmij drugą rękawicę gołą ręką dotykając jedynie ograniczonej powierzchni rękawicy w części nadgarstka.



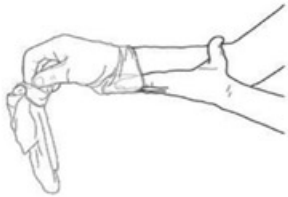
5. Aby uniknąć dotykania skóry przedramienia, odwiń zewnętrzną powierzchnię nakładanej rękawicy zgiętymi palcami ręki w rękawicy umożliwiając nałożenie rękawicy na drugą rękę.



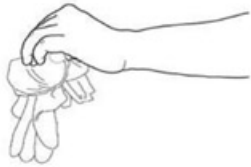
6. Po nałożeniu rękawic, nie należy dotykać rękami niczego, co nie zostało określone we wskazaniach lub warunkach używania rękawic.

II. JAK ZDEJMOWAĆ RĘKAWICE:

1. Chwyć palcami jedną rękawicę na wysokości nadgarstka, aby ją zdjąć nie dotykając skóry przedramienia i ściągnij ją z ręki wywracając rękawicę wewnętrzną stroną na wierzch.



2. Trzymaj zdjętą rękawicę w ręce, która nadal jest w rękawicy i ruchem ślizgowym włóż palce drugiej – gołej ręki między rękawicę a nadgarstek. Zdejmij drugą rękawicę zwijając ją wzdłuż dłoni a następnie naciągnij ją na trzymaną w palcach rękawicę.



3. Wyrzuć zdjęte rękawice.

4. Następnie wykonaj czynności higieny rąk przy użyciu preparatu do odkażania rąk na bazie alkoholu lub myjąc ręce wodą i mydłem.

Ze względu na możliwość skażenia czystych rękawiczek podczas czynności ich wyjmowania z opakowania zbiorczego wskazane jest stosowanie rozwiązań temu zapobiegających.

Higiena rąk – zasady ogólne

O czym należy pamiętać:

- Wykonuj higienę rąk blisko punktu opieki nad chorym tak, aby uniknąć powtórnego skażenia w wypadku, gdy Twoje ręce mimowolnie mają kontakt z przedmiotem znajdującym się z dala od pacjenta – np. z klamką;
- Miej krótko obcięte paznokcie, paznokcie nie mogą być dłuższe niż 0,5 cm poza opuszek palca (drobnoustroje chętnie kolonizują obszar pod paznokciami, w tym grzyby z rodzaju Candida);
- Mając bezpośredni kontakt z pacjentem nie wolno nosić sztucznych i lakierowanych paznokci;
- Nie zaleca się wycinać skórek (mogą powstać uszkodzenia skóry sprzyjające kolonizacji i namnażaniu się drobnoustrojów);
- Nie noś pierścionków, obrączki w czasie wykonywania procedur opieki nad pacjentem (biżuteria stanowi rezerwuar dla drobnoustrojów utrudniając dostęp środków myjących/dezynfekujących do wszystkich obszarów skóry i zatrzymując wilgoć, co ułatwia namnażanie się zwłaszcza bakterii Gram-ujemnych);

- Nie pracuj w odzieży ochronnej z długim rękawem, zrezygnuj także z noszenia w pracy zegarka lub bransoletki (utrudnia to mycie i dezynfekcję nadgarstków i przedramion w przypadku ich skażenia podczas pracy);
- Myj ręce bieżącą wodą (usuwa mechanicznie florę przejściową łatwiej niż woda stojąca);
- Zmocz ręce przed nałożeniem preparatu myjącego (zmniejsza to ryzyko wystąpienia podrażnień skóry rąk i ułatwia rozprowadzenie preparatu);
- Myj/dezynfekuj dokładnie wszystkie powierzchnie rąk, szczególną uwagę zwracając na zakończenia palców, kciuki i przestrzenie międzypalcowe (to obszary najczęściej pomijane);
- Spłucz dokładnie ręce wodą (pozostałości preparatu myjącego mogą uszkadzać skórę, co sprzyja kolonizacji szczepami szpitalnymi);
- Dokładnie osusz ręce przed dezynfekcją (**preparat dezynfekcyjny nałożony na mokre ręce jest nieskuteczny!**);
- Zakręć kurek przy użyciu suchego ręcznika jednorazowego (zapobiega to ponownej kontaminacji); używaj baterii bezkontaktowych,
- Zakładaj rękawiczki w kontakcie z krwią i innymi płynami ustrojowymi; myj ręce po zdjęciu rękawic;
- Nie stosuj lateksowych rękawiczek częściej niż jest to konieczne – alergia na lateks jest nieodwracalna, w przypadku jej wystąpienia unikaj kontaktu z lateksem (używaj rękawic wolnych od tej substancji);
- Zgłaszaj przypadki alergii do specjalisty ds. BHP i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
- Chroń skórę rąk przed uszkodzeniami, każde skaleczenie zabezpiecz wodoodpornym opatrunkiem;
- Używaj kremów lub emulsji natłuszczających skórę rąk.

W celu zminimalizowania możliwych niekorzystnych skutków stosowania zasad higieny rąk należy wybrać mniej drażniące środki, używać produktów nawilżających i modyfikować pewne zachowania z zakresu higieny rąk, takie jak zbędne mycie[11]. Niektóre praktyki mogą powodować większe ryzyko podrażnienia skóry i dlatego należy ich unikać. Na przykład, regularne mycie rąk wodą i mydłem natychmiast przed lub po użyciu preparatu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu jest nie tylko zbędne, ale może powodować stan zapalny skóry[12]. Należy także unikać mycia rąk w bardzo gorącej wodzie, ponieważ zwiększa to prawdopodobieństwo uszkodzenia skóry.

Najczęściej popełniane błędy w zakresie higieny rąk:

- praca w biżuterii (obrączki, pierścionki, zegarki, bransoletki)
- zbyt rzadkie wykonywanie procedur higieny rąk w odniesieniu do potrzeb
- zbyt krótki czas mycia/dezynfekcji
- niedokładne mycie rąk
- zła technika dezynfekcji rąk, zbyt mała ilość użytego preparatu
- zbyt krótki czas mycia/dezynfekcji rąk
- brak mycia i dezynfekcji pojemników na preparaty do higieny rąk
- niedokładne osuszenie rąk przed dezynfekcją

– zakręcanie pokrętła baterii bez użycia jednorazowych ręczników
– brak stosowania kremów, balsamów nawilżających skórę i chroniących ją przed pękaniem
– praca przy pacjencie pomimo obecności zmian chorobowych skóry rąk
– używanie jednorazowych rękawic zamiast wykonania procedury higieny rąk
– przemieszczanie się personelu medycznego i pomocniczego po korytarzach, salach w rękawiczkach jednorazowych – tych samych przez dłuższy czas.

Ważną przyczyną słabego przestrzegania procedur higieny rąk może być brak wymaganego przepisami dla użytkownika wyposażenia, jak również niedostatki logistyczne przejawiające się niewystarczającymi zakupami i uzupełnianiem zużywanych środków higieny rąk[13]. Chodzi również o to, aby preparaty do higieny rąk były produktami dobrej jakości i akceptowane przez personel medyczny – w przeciwnym razie nie będą chętnie używane i mogą wywoływać alergie.

Uwaga: Średnie zużycie 20 litrów środków do procedury dezynfekcji rąk na 1000 osobodni jest obecnie uznaną przez WHO granicą minimum dla szpitala zapewniającego bezpieczeństwo hospitalizacji.

Wielomodułowa strategia poprawy higieny rąk WHO i Program „HIGIENA RĄK TO BEZPIECZNA OPIEKA”

Wielomodułowa strategia składa się z pięciu komponentów, które powinny być wdrażane równolegle. Została zaprojektowana w ten sposób, aby można było ją adaptować do różnych warunków bez modyfikowania założeń. Dlatego przeznaczona jest do wykorzystania nie tylko w miejscach, gdzie zainicjowana będzie promocja higieny rąk, ale również w tych placówkach, w których taka praktyka już funkcjonuje.

Pięć podstawowych elementów strategii[14]:

1. **Zmiana systemowa**
   Wymaga zapewnienia odpowiedniej infrastruktury umożliwiającej personelowi medycznemu stosowanie zasad higieny rąk w praktyce. Niezbędne jest zabezpieczenie dwóch podstawowych elementów:
   – dostępu do bezpiecznego i stałego zaopatrzenia w wodę jak również środków myjących i ręczników;
   – łatwo dostępnego preparatu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu w miejscu opieki nad pacjentem.
2. **Szkolenie i edukacja**
   Zapewnienie wszystkim pracownikom ochrony zdrowia regularnego szkolenia na temat znaczenia higieny rąk w oparciu o „5 Momentów Higieny Rąk” i zgodnie z prawidłowymi procedurami dezynfekcji rąk preparatami alkoholowymi oraz mycia rąk.

3. **Monitorowanie, ocena i informacja zwrotna**
   Monitorowanie praktyki i infrastruktury higieny rąk oraz sposobu postrzegania i wiedzy na temat tych zagadnień wśród personelu ochrony zdrowia i jednocześnie przekazywanie pracownikom zaobserwowanych wyników w postaci informacji zwrotnej.
4. **Przypominacze w miejscu pracy**
   Promowanie właściwej praktyki i przypominanie pracownikom ochrony zdrowia o tym, jak istotne jest zachowanie higieny rąk w adekwatnych wskazaniach i stosowanych procedurach medycznych.
5. **Klimat i elementy instytucjonalnego bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego**
   Stworzenie środowiska i kultury organizacji, które sprzyjają podnoszeniu świadomości w zakresie bezpieczeństwa pacjentów a jednocześnie gwarantują to, że poprawa higieny rąk będzie traktowana na wszystkich szczeblach jako działanie priorytetowe z uwzględnieniem:
   – aktywnego uczestnictwa zarówno w wymiarze instytucjonalnym jak i indywidualnym;
   – świadomości indywidualnej i zdolności instytucjonalnej do wprowadzenia zmian i uzyskania poprawy (samoskuteczność);
   – partnerskiej współpracy z pacjentami i organizacjami pacjentów (w zależności od uwarunkowań kulturowych i dostępnych zasobów).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w październiku 2004 r. rozpoczęła inicjatywę „Światowy Sojusz na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów" (World Aliance for Patient Safety), która wzywała WHO i państwa członkowskie do zwrócenia szczególnej uwagi na problemy związane z bezpieczeństwem pacjentów i podjęcie konkretnych działań w tym kierunku. Corocznie „Światowy Sojusz" podejmuje wiele programów i projektów dotyczących systemowych i merytorycznych aspektów poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Pierwszym kierunkiem takich działań WHO Patient Safety był **program „Clean Care is Safer Care – Higiena Rąk to Bezpieczna Opieka"**, nakierowany na redukowanie liczby zakażeń poprzez promowanie higieny rąk na wszystkich poziomach ochrony zdrowia na całym świecie. W ramach tego programu opracowano kompleksowy schemat działań, ukierunkowany na wdrożenie właściwej higieny rąk w oparciu o publikacje, które jednoznacznie wskazują na fakt, iż tak prosta czynność jak mycie i dezynfekcja rąk istotnie przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa opieki, zarówno w rozwiniętych jak i rozwijających się krajach. **Program higieny rąk WHO ma formę narodowej kampanii**, obejmuje wytyczne postępowania; przewodnik wdrażania; materiały edukacyjne, w tym narzędzia do przeprowadzenia samooceny i ewaluacji w zakresie dojrzałości kultury higieny rąk, moduły szkoleniowe. Ponad dwie trzecie krajów członkowskich WHO podpisało formalne akty deklaracyjne, zobowiązujące do wzmożenia nadzoru nad właściwą higieną rąk w sektorze opieki zdrowotnej[15]. Polska przystąpiła do Programu WHO (podpisała tzw. pledge – zobowiązanie) w maju 2013

roku, tym samym dołączyła do 132 państw na całym świecie, które sygnowały takie gwarancje.

Pilotażowy etap wdrożenia programu „Higiena Rąk to Bezpieczna Opieka" w Polsce, który został przeprowadzony w wybranych szpitalach w 2013 r., potwierdził przydatność przygotowanych przez WHO materiałów oraz dał merytoryczne podstawy do rekomendacji Ministra Zdrowia dla wprowadzania tego programu we wszystkich szpitalach. Koordynacją wdrażania tego projektu kieruje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, biurem WHO w Polsce oraz Polskim Stowarzyszeniem Pielęgniarek Epidemiologicznych i Stowarzyszeniem Higieny Lecznictwa[16].

W komitecie sterującym polskiego projektu uczestniczą również Prezes PSPE dr n. med. Mirosława Malara oraz dr n. med. Beata Ochocka – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Wdrożenie programu a tym samym strategii WHO zwiększa zrozumienie zawiłości zachowania związanego z praktyką higieny rąk przy łóżku chorego, jak również pomaga w rozwiązywaniu problemu niskiego wskaźnika przestrzegania higieny rąk przez personel medyczny wynikającego z barier w zachowaniu lub dostępności.

W ramach programu „Higiena Rąk to Bezpieczna Opieka" należy:

- Przeprowadzać przegląd infrastruktury palcówki opieki zdrowotnej pod kątem wyposażenia w dozowniki, dostępności dobrej jakości preparatów do higieny rąk (mają być dostępne w miejscu opieki), materiałów przypominających o konieczności mycia i dezynfekcji rąk;
- Szczególny nacisk położyć na czynniki, które mają największy wpływ na zachowanie personelu – a nie wyłącznie na same środki do higieny rąk. Strategia powinna być wielotorowa i wielomodułowa. Należy w niej uwzględnić zarówno aspekt edukacyjny jak i wsparcie procesu wdrożeniowego przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych;
- W działaniach edukacyjnych powinny znaleźć się informacje dla personelu medycznego na temat tych czynności wykonywanych przy pacjencie, które mogą skutkować skażeniem rąk oraz na temat wad i zalet różnych technik higieny rąk. Należy zapewnić regularne szkolenia wszystkim pracownikom opieki zdrowotnej oraz poświęcać uwagę higienie rąk w trakcie szkoleń „niezwiązanych z higieną rąk", np. szkoleń z innych standardów proceduralnych;
- Można również przeprowadzać ankietę jako metody sondażu diagnostycznego sprawdzającą wiedzę personelu medycznego na temat mycia i dezynfekcji rąk;
- **Należy monitorować przestrzeganie przez personel medyczny zalecanych praktyk higieny rąk a następnie przekazać pracownikom informacje na temat osiąganych wyników;**
- Należy zachęcać pacjentów i ich rodziny oraz personel medyczny do partnerskiej współpracy na rzecz promocji higieny rąk w placówkach opieki zdrowotnej[17];

– Należy nieustanne stosować bodźce wzrokowe i przypomnienia (tzw. przypominacze), które wpływają na długofalowe zachowanie pracowników opieki zdrowotnej, przy czym należy zmieniać te bodźce wzrokowe, aby ich siła oddziaływania była jak największa;
– Należy monitorować zużycie preparatów dezynfekcyjnych i myjących do rąk (**minimalne średnie zużycie na cały szpital preparatów do dezynfekcji rąk powinno wynosić 20 litrów na 1000 pacjentodni**);
– Monitorować zużycie preparatów dezynfekcyjnych w porównaniu do zużycia rękawiczek ochronnych.

Kluczowy składnik strategii WHO: 5 Momentów Higieny Rąk

Opierając się na dowodach naukowych koncepcja strategii WHO przekształca zalecenia właściwej higieny rąk z „Wytycznych dotyczących higieny rąk w opiece zdrowotnej" w 5 kolejnych kroków, które należy wykonać w celu przeprowadzenia prawidłowej higieny rąk. Podejście to proponuje ujednoliconą wizję higieny rąk dla personelu medycznego, trenerów i obserwatorów, co pozwala zminimalizować indywidualne odchylenia i globalnie zwiększyć przestrzeganie zasad skutecznej higieny rąk[18].

Zgodnie z tą koncepcją, wymaga się, aby personel medyczny mył i/lub dezynfekował ręce
1. przed kontaktem z pacjentem,
2. zanim przystąpi do czystych/aseptycznych procedur,
3. po ekspozycji/narażeniu na kontakt z płynami ustrojowymi,
4. po kontakcie z pacjentem,
5. po kontakcie z otoczeniem pacjenta.

Zostało to ujęte na schemacie graficznym pokazanym poniżej.

5 MOMENTÓW HIGIENY RĄK

1	Przed kontaktem z pacjentem	Kiedy? Dlaczego?	Dezynfekuj ręce przed każdym kontaktem z pacjentem Aby ochronić pacjenta przed chorobotwórczymi drobnoustrojami przenoszonymi na Twoich rękach
2	Przed czystą/ aseptyczną procedurą	Kiedy? Dlaczego?	Dezynfekuj ręce tuż przed wykonaniem czystej/ aseptycznej procedury Aby ochronić pacjenta przed chorobotwórczymi drobnoustrojami, również pochodzącymi od niego samego
3	Po narażeniu na płyny ustrojowe	Kiedy? Dlaczego?	Dezynfekuj ręce po możliwym kontakcie z płynami ustrojowymi (również po zdjęciu rękawic) Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami
4	Po kontakcie z pacjentem	Kiedy? Dlaczego?	Dezynfekuj ręce bezpośrednio po kontakcie z pacjentem i jego najbliższym otoczeniem Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami
5	Po kontakcie z otoczeniem pacjenta	Kiedy? Dlaczego?	Dezynfekuj ręce po dotknięciu jakiegokolwiek przedmiotu z otoczenia pacjenta, gdy opuszczasz to otocznie – nawet jeśli nie miałeś kontaktu z pacjentem Aby chronić siebie i otoczenie przed chorobotwórczymi drobnoustrojami

5 Momentów Higieny Rąk:
- odnosi się do momentów o największym ryzyku zakażenia pacjentów;
- jest narzędziem szkoleniowym;
- jest przypominaczem – bodźcem wzrokowym – powinien zostać umieszczony w odpowiednich miejscach;
- służy do monitorowania przestrzegania higieny rąk – tylko pod tym kątem prowadzone są obserwacje.

Kluczowe czynniki sukcesu przy wdrażaniu programu:
- Zmiana systemowa, a szczególnie zapewnienie dostępności dobrze tolerowanego preparatu do dezynfekcji rąk w punkcie opieki (przy pacjencie);
- Mocne wsparcie kierownictwa placówki i osób wykazujących inicjatywę;
- Skuteczna koordynacja na poziomie placówki;
- Mocne wsparcie ze strony władz krajowych i biura WHO;
- Ciągła edukacja – składnik najbardziej trwały;
- Wieloaspektowe podejście strategii oraz stopniowy plan działania (krok po kroku) związany z wdrażaniem – **każda zmiana wymaga czasu!**

Warto w tym miejscu przytoczyć słowa prof. Didiera Pitteta, Dyrektora Programu Zwalczania Zakażeń i jednego z twórców Strategii WHO: „**Program Higiena Rąk to Bezpieczna Opieka nie jest kwestią wyboru, lecz stanowi jedno z podstawowych praw pacjenta**”.

Podsumowanie

Strategie związane ze zmniejszeniem kosztów leczenia powinny przede wszystkim uwzględniać programy zmniejszenia zakażeń szpitalnych poprzez ciągły nadzór nad czynnikami ryzyka rozwoju zakażenia związanymi głównie z wykonywanymi procedurami inwazyjnymi i higieną rąk oraz szybkim przepływem informacji w nowoczesnym systemie kontroli zakażeń opartym o badania prospektywne oraz politykę antybiotykową szpitala[24].

- Należy zapobiegać transmisji drobnoustrojów w środowisku opieki zdrowotnej;
- Niski wskaźnik przestrzegania wdrożonych procedur jest niekończącym się problemem ochrony zdrowia;
- Dowody wspierające podejście strategii wieloaspektowej mającej na celu poprawę higieny rąk są jasne; nie jest to nowa koncepcja, ale sprawdzona strategia zmieniająca zachowanie;
- Podejście 5 Momentów jest syntezą wszystkich składników strategii, które zostały w ten sposób ujęte w przyswajalnym materiale;
- Czynności higieny rąk są bardziej skuteczne, jeżeli na skórze nie ma skaleczeń, zachowane są krótkie, naturalne i niepomalowane paznokcie, a ręce i przedramiona są odkryte i bez biżuterii.

HIGIENA RĄK NIE JEST KWESTIĄ DOWOLNOŚCI;
JEST ONA OBOWIĄZKIEM.

Należy ją sumiennie wykonywać w celu podwyższenia bezpieczeństwa epidemiologicznego pacjenta i personelu medycznego.

Obecnie pacjenci mają świadomość ryzyka zakażeń związanych z opieką zdrowotną, przez co oczekują, że personel medyczny będzie dbał o czystość rąk tak często, jak to tylko możliwe. Tego typu dbałość jest oznaką znajomości aktualnej wiedzy, kompetencji, profesjonalizmu i szacunku. Przestrzegając zasad poprawnego mycia i dezynfekcji rąk możesz:

- zapobiegać rozprzestrzenianiu się zakażeń,
- ograniczać powstawanie zjawiska wielolekooporności drobnoustrojowej,
- zmniejszyć koszty leczenia w Twoim szpitalu,
- zmniejszyć cierpienie ludzkie,
- wspierać narodowy program ochrony antybiotyków – NPOA oraz realizować Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku.

Literatura:

1. World Health Organisation (2009), Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej – podsumowanie, s. 13.
2. World Alliance for Patient Safety. The Global Patient Safety Challenge 2005–2006 „Clean Care is Safer Care". Geneva, World Health Organisation, 2005.
3. Vincent JL. Nosocomial infections in adult intensive-care units. Lancet, 2003, 361:2068–2077.
4. Klevens RM et al. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. Public Health Report 2007, 122:160–166.
5. Jensen PA et al. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings, 2005. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2005, 54(RR-17):1–141.
6. Pittet D et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. Lancet Infectious Diseases, 2006, 6:641–652.
7. World Health Organisation (2009), Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej – podsumowanie, s. 14.
8. World Health Organisation (2009), Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej – podsumowanie, s. 21.
9. Taylor, L. (1978), Ocena technik mycia rąk; Nursing Times.
10. Redway K., Knights B., Bozoky Z., Hand Drying: a study of bacterial types associated with different hand drying methods and with hot-air dryers, London University of Westminster, 1994.
11. http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/en/index.html.
12. Kampf G, Loffler H. Dermatological aspects of a successful introduction and continuation of alcohol-based hand rubs for hygienic hand disinfection. Journal of Hospital Infection, 2003, 55:1–7.
13. World Health Organisation (2009), Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej – podsumowanie, s. 37.
14. http://www.who.int/gpsc/5may/Guide_to_Implementation.pdf.
15. http://www.cmj.org.pl/clean-care/index.php.
16. http://www.cmj.org.pl/clean-care/ii-etap-cc-2014.pdf.
17. World Health Organisation (2009), Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej – podsumowanie, s. 26.
18. World Health Organisation (2009), Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej – podsumowanie, s. 35.
19. Aktualności NPOA – biuletyn.
20. Markiewicz M. Globalne wyzwanie: Rosnące koszty służby zdrowia. Puls Medycyny 2014 (279), 4,5.
21. Deptuła A., Hryniewicz W., Rada Unii Europejskiej w sprawie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Aktualności Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków – NPOA, 2012,1,1–3.
22. Drzewiecki A. Błędy pozwanych jednostek ochrony zdrowia w sprawach o zakażenia szpitalne. Libra PL, Rzeszów 2012.
23. Drzewiecki A. Problematyka błędów farmakoterapii zakażeń w opiniach sądowo-lekarskich. Kon-Tekst, Kraków 2013.
24. Sierocka A. Cianciara M. Monitorowanie zakażeń szpitalnych, Probl. Hig. Epidemiol.2010;91:323–328.

NOWY

Skinman®
Soft Protect

W pełni wirusobójczy preparat do dezynfekcji rąk przeznaczony do częstego stosowania

W pełni wirusobójcza formuła jest skuteczna również wobec Norowirusów w czasie **15 sekund.**

Witamina E jest antyoksydantem, który chroni komórki skóry przed wolnymi rodnikami wzmacniając funkcję ochronną skóry.

Gliceryna nawilża suchą skórę poprzez absorpcję wody z otoczenia i zamykanie jej w komórkach skóry.

Pantenol, postać witaminy B5, stymuluje regenerację skóry, jak również działa przeciwzapalnie.

Odeślij reklamę na adres Ecolab z Twoim adresem zwrotnym, a otrzymasz bezpłatną próbkę Skinman Soft Protect.

ECOLAB Sp. z o.o.
ul. Opolska 100
31-323 Kraków

www.ecolab.pl

ECOLAB®
Everywhere It Matters.™

HANDHYGIENE
Compliance Education Program

EDUKACYJNY PROGRAM PRZESTRZEGANIA HIGIENY RĄK

Program ten, w pełni oparty na wieloaspektowej strategii WHO, zawiera narzędzia oceny WHO oraz materiały szkoleniowe. Zapewnia także niezależną ocenę poziomu przestrzegania higieny rąk w Państwa szpitalu.

Współpraca pomiędzy WHO i Przemysłem w ramach programu WHO Patient Safety

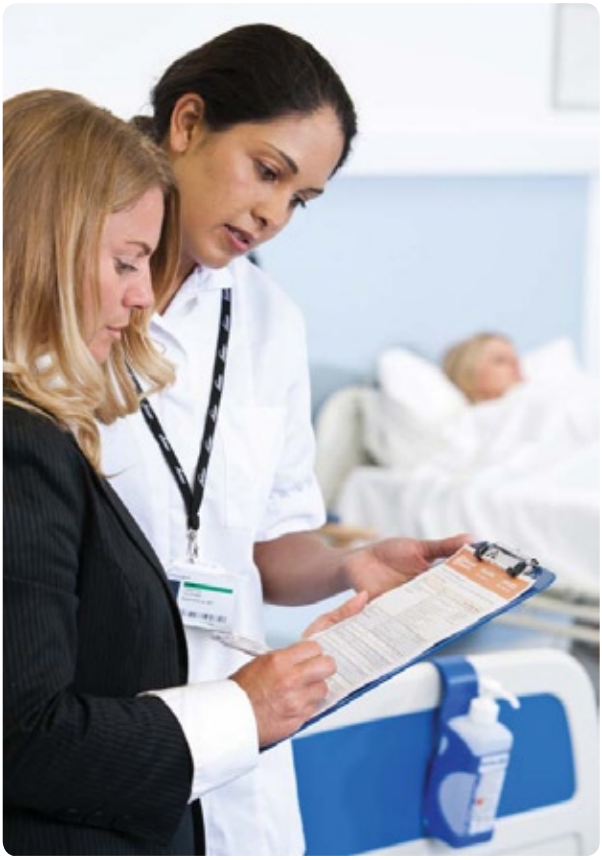
Private Organizations for Patient Safety

SKUTECZNE PARTNERSTWO W CELU POPRAWY HIGIENY RĄK

DOWODY KLINICZNE WYKAZUJĄ ZWIĄZEK POMIĘDZY ZWIĘKSZONYM PRZESTRZEGANIEM HIGIENY RĄK A NIŻSZYMI WSKAŹNIKAMI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Nowy Edukacyjny Program Przestrzegania Higieny Rąk (HHCEP) firmy Ecolab został opracowany, by wspierać klientów w poprawianiu jakości higieny rąk w środowisku szpitalnym.

Nasi Konsultanci ds. Higieny zostali w pełni przeszkoleni z metodologii WHO. Codziennie z zaangażowaniem świadczą serwis na najwyższym poziomie i wspierają Państwa w osiąganiu celów związanych z poprawą higieny rąk, co zostało zapisane w Certyfikacie Współpracy.



Będziemy Państwa wspierać na każdym z pięciu etapów unikalnego programu dostosowanego do Państwa potrzeb. Pomożemy osiągnąć wyznaczone roczne cele poprawy przestrzegania higieny rąk w Państwa placówce.

1. OCENA	Ankiety i Audyt
2. OPRACOWANIE	Indywidualna Propozycja
3. WSPARCIE	Dostarczenie Materiałów
4. SZKOLENIE	Interaktywny Program
5. PODSUMOWANIE	Tablica Postępów

ECOLAB Sp. z o.o.
ul. Opolska 100
31-323 Kraków

www.ecolab.pl

ECOLAB®
Everywhere It Matters.™