MEDNEWS

INFORMATOR PROFESJONALISTÓW EPIDEMIOLOGII

Nr 3/2018

Higiena rąk

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA SKUTECZNOŚĆ HIGIENICZNEJ DEZYNFEKCJI RĄK 4

CZYNNIK LUDZKI ŹRÓDŁEM RYZYKA – NAJCZĘŚCIEJ POMIJANE OBSZARY PODCZAS DEZYNFEKCJI RĄK 10

JAK PRAWIDŁOWO PRZYGOTOWAĆ RĘCE DO PROCEDURY, CZYLI POLITYKA "NIC PONIŻEJ ŁOKCIA" 12

OBSERWACJE WHO 15

JAKI WPŁYW NA SKUTECZNOŚĆ DEZYNFEKCJI RĄK MA PIELĘGNACJA 18

EDUKACJA JEDNĄ Z METOD PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ KONTAKTOWĄ NA ODDZIAŁACH PEDIATRYCZNYCH 21

DOBÓR KOLORÓW DOZOWNIKÓW W ZALEŻNOŚCI OD OBSZARÓW W PLACÓWCE MEDYCZNEJ 23

CO UCZULA, CO PODRAŻNIA W PREPARATACH DO DEZYNFEKCJI RĄK 28

NORMA EN 1499 – OCENA PRZYDATNOŚCI DO HIGIENICZNEGO MYCIA RĄK W OBSZARZE MEDYCZNYM 31

RELACJA Z UDZIAŁU W MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI TOWARZYSTWA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH IFIC 2018 32

RELACJA Z DNI HIGIENY RĄK 34

OBSERWACJE WHO - ODPOWIEDZI 36

WYDAWCA:

Medilab Sp. z o.o.
ul. Niedźwiedzia 60
15-531 Białystok

ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

Redaktor Naczelny
dr n. med. Michał Zabłocki
e-mail: bialystok@medilab.pl

Zastępca Redaktora Naczelnego
mgr Ewa Pogorzelska
e-mail: ewa.pogorzelska@medilab.pl

dr n. med. Justyna Piwowarczyk
mgr Dorota Rutkowska
mgr Emilia Szumska
mgr Beata Zalewska

HIGIENA RĄK

W PROFILAKTYCE ZAKAŻEŃ

Zagadnienie higieny rąk jest tematem ciągle aktualnym, analizowanym i opisanym na wszelkie możliwe sposoby. Po wpisaniu tego hasła w wyszukiwarce internetowej pojawia się prawie 9 milionów wyników. Temat jest poruszany w artykułach naukowych, na konferencjach, warsztatach, szkoleniach, omawiany jest w wytycznych, broszurach, schematach. Kontekst jest zawsze ten sam - profilaktyka zakażeń.

Mówiąc o higienie rąk nie można pominąć jej prekursora i zapalonego zwolennika – Ignaaza Semmelweisa. Historia pokazuje, że tylko dzięki determinacji takich jak on postaci, wyprzedzających swoje epoki, odważnych i bezkompromisowych, dokonują się rewolucyjne, trwałe zmiany w postępowaniu i świadomości ludzkiej. Dlaczego zatem mija ponad 170 lat a temat nieprawidłowej higieny rąk wciąż jest aktualny?

Jak ważna w profilaktyce zakażeń jest higiena rąk, wiemy wszyscy. Schematy, jak przygotować ręce do procedury, w jaki sposób ją wykonać, w jakim czasie, jak często i w których momentach – znamy na pamięć. Obchodzimy hucznie Światowy Dzień Higieny Rąk i uczestniczymy w dziesiątkach konferencji na ten temat. Dlaczego zatem wciąż nie stosujemy się do zaleceń? Dlaczego tylko mówimy, że kompleksowe wdrożenie programu World Health Organization (WHO) „Clean Care is Safer Care" skutkuje redukcją zakażeń szpitalnych nawet o 50 %, ale wciąż tego efektu nie osiągamy?

W aktualnym numerze naszego biuletynu poruszamy ten ważny temat. Znajdziecie w nim Państwo odpowiedzi na pytania, jakie czynniki wpływają na skuteczność mikrobiologiczną higienicznej dezynfekcji rąk. Dowiecie się Państwo także, jak na skuteczność dezynfekcji wpływa stan skóry personelu i jak tę skórę skutecznie pielęgnować. Zapoznacie się Państwo z rolą reguły „nic poniżej łokcia" w efektywnej dezynfekcji higienicznej rąk. Znajdziecie Państwo odpowiedź na pytanie, jakie substancje stosowane są w preparatach do dezynfekcji rąk, poznacie normę europejską PN EN 1499 – regulującą badanie mydeł do higienicznego mycia rąk. Będziecie także mieli Państwo okazję zobaczyć akcje promujące higienę rąk zorganizowane w kilku polskich szpitalach.

Każdy z tych artykułów może być dla Państwa inspiracją w prowadzeniu skutecznych szkoleń na temat higieny rąk, pozwoli dostrzec niektóre problemy uniemożliwiające personelowi skuteczną dezynfekcję, poszerzy wiedzę w zakresie higieny rąk, co mamy nadzieję w przyszłości zaowocuje wzrostem przestrzegania higieny rąk w opiece nad pacjentem.

Wszystkie ręce na pokład!

Miłej lektury
Michał Zabłocki
Prezes Medilab Sp. z o.o.

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA SKUTECZNOŚĆ

HIGIENICZNEJ DEZYNFEKCJI RĄK

Powszechnie wiadomo, że zgodność postępowania w praktyce z zaleceniami dotyczącymi higieny rąk wśród personelu medycznego jest wciąż niewystarczająca. W literaturze znaleźć można informacje o przestrzeganiu higieny rąk na poziomie od 16% do 81%, przy średniej wartości 40%. Mimo ogromnej poprawy świadomości personelu medycznego w zakresie znaczenia higieny rąk w profilaktyce zakażeń, higieniczna dezynfekcja rąk wciąż wykonywana jest zbyt rzadko, a personel medyczny często nie wykonuje tej czynności w sposób zadowalający.

Wśród czynników wpływających na skuteczność mikrobiologiczną higienicznej dezynfekcji rąk wymienić należy: niewystarczającą ilość preparatu użytego do dezynfekcji, niedoskonałą technikę, zbyt krótki czas dezynfekcji. Istnieje także szereg dodatkowych czynników wpływających na skuteczność higienicznej dezynfekcji rąk, tj. wiedza teoretyczna personelu medycznego na temat higieny rąk, miejsce pracy, wykonywany zawód, wiek, staż pracy, a nawet płeć.

Poniżej zostaną omówione niektóre z czynników wpływających na skuteczność mikrobiologiczną higienicznej dezynfekcji rąk w oparciu o światową literaturę oraz wyniki uzyskane podczas badań przeprowadzonych w Polsce na 200 przedstawicielach personelu medycznego.

PŁEĆ PERSONELU MEDYCZNEGO

Istnieje niewiele badań analizujących wpływ płci na stopień kolonizacji rąk drobnoustrojami. Niektórzy badacze wskazują większą kolonizację dłoni Gram-ujemnymi pałeczkami u mężczyzn niż u kobiet, inni nie wykazują zależności pomiędzy płcią a liczbą patogenów na rękach przed dezynfekcją. D. Pittet w swojej pracy wykazał jednak, iż jednym z istotniejszych czynników predysponującym do zaniechania higieny rąk jest płeć męska. W innym badaniu potwierdzono, że kobiety zdecydowanie częściej przestrzegają zasad higieny rąk (59%) niż mężczyźni (32%), natomiast w badaniu obserwacyjnym oceniającym mycie rąk po skorzystaniu z toalety wykazano, że 61% kobiet i jedynie 37% mężczyzn myło ręce po skorzystaniu z toalety publicznej.

Analiza przeprowadzonych przeze mnie badań nie wykazała wpływu płci na liczbę drobnoustrojów kolonizujących ręce. Zauważyłam jednak tendencję do niższej liczby kolonii bakteryjnych na dłoniach i paznokciach (pozbawionych lakieru) u kobiet niż u mężczyzn. W przypadku oceny skuteczności dezynfekcji na dłoniach i paznokciach, efekt był lepszy u kobiet niż u mężczyzn. Udało mi się także potwierdzić, że ryzyko wystąpienia Gram-ujemnych pałeczek niefermentujących na paznokciach po dezynfekcji jest większe u mężczyzn niż u kobiet, natomiast ryzyko wystąpienia Gram-dodatnich bakterii na dłoniach po dezynfekcji jest mniejsze u mężczyzn.

WIEK I STAŻ PRACY PERSONELU MEDYCZNEGO

Wpływ wieku personelu medycznego i stażu pracy na przestrzeganie zasad higienicznej dezynfekcji rąk i jej skuteczność został przedstawiony w jednej z prac, w której nie wykazano wpływu wieku na ogólny stopień higieny personelu medycznego. Wpływ wieku i stażu pracy na skuteczność mikrobiologiczną higienicznej dezynfekcji rąk wymaga jednak analiz, ponieważ mogą

być to czynniki istotnie wpływające na jakość tej procedury. Wydawać by się mogło, że utrwalone nieprawidłowe nawyki higieniczne u osób z długim stażem pracy spowodowane stosowaniem dawno wpojonych, lecz już nieaktualnych zasad higieny rąk mogą istotnie wpływać na obniżenie skuteczności tej procedury. Osoby z bardzo krótkim doświadczeniem zawodowym wykazywać mogą natomiast mniejsze doświadczenie praktyczne w zakresie procedur higieny rąk, co przekładać się może na mniejszą skuteczność higienicznej dezynfekcji rąk.

Na podstawie przeprowadzonych przeze mnie badań stwierdziłam jednak, że wiek nie wpływa istotnie ani na stopień kolonizacji dłoni przed dezynfekcją, ani liczbę drobnoustrojów po dezynfekcji rąk. Różnica w liczbie drobnoustrojów wyhodowanych spod paznokci przed dezynfekcją została zauważona jedynie u osób powyżej 50. roku życia, które miały mniej kolonii bakteryjnych na paznokciach po dezynfekcji niż osoby młodsze. Zauważyłam także różnicę między efektywnością dezynfekcji na dłoniach pracowników powyżej i poniżej 40. roku życia, na korzyść tych starszych. Większa praktyka w wykonywaniu higienicznej dezynfekcji rąk wynikająca z wieku wpływa na lepszy stopień redukcji drobnoustrojów na paznokciach w grupie osób powyżej 40 lat, a zatem osoby te skuteczniej dezynfekują ręce niż młodsi badani.

W swoich badaniach oceniłam jednocześnie wpływ stażu pracy. Oceniając ryzyko kolonizacji bakteriami z poszczególnych grup i gatunków na dłoniach i paznokciach przed i po dezynfekcji w zależności od stażu pracy stwierdziłam mniejsze ryzyko wystąpienia *S.aureus* u osób ze stażem pracy powyżej 15 lat na dłoniach przed dezynfekcją. Moje badania wykazały także, że staż pracy powyżej 10 lat wpływa na lepszą redukcję liczby kolonii bakteryjnych na dłoniach.

MIEJSCE ZATRUDNIENIA PERSONELU MEDYCZNEGO

W wielu badaniach wykazywano wpływ miejsca zatrudnienia na ogólny stan higieny personelu. W jednym z nich udowodniono, że poziom higieny wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych był wyższy niż u pracujących na oddziałach zachowawczych. W innym wykazano, że na oddziałach intensywnej terapii pracownicy częściej pomijają procedury higieny rąk przed kontaktem z pacjentem niż pracownicy innych oddziałów. Jednocześnie wykazano, że ponieważ na oddziałach intensywnej opieki medycznej nasilenie bezpośrednich kontaktów dłoni pracowników personelu medycznego z pacjentami jest wyjątkowo duże, kontaminacja rąk jest tym samym większa.

Przeprowadziłam podobną analizę porównując liczbę bakterii kolonizujących dłonie i paznokcie osób zatrudnionych na oddziałach zabiegowych, niezabiegowych i pediatrycznych razem oraz personelu Oddziału Intensywnej Terapii (OIT) i stwierdziłam, że praca na OIT wiąże się ze zmniejszeniem ogólnej liczby kolonii bakteryjnych na dłoniach przed dezynfekcją. Jest to prawdopodobnie spowodowane zwiększoną liczbą wykonywanych procedur przy pacjencie i tym samym większą liczbą wykonywanych dezynfekcji rąk, co może istotnie wpływać na redukcję flory przejściowej i stałej skóry rąk. Jednak liczba kolonii bakteryjnych na dłoniach po dezynfekcji jest

większa u pracowników oddziału OIT niż na innych oddziałach. Dokonując analizy występowania poszczególnych grup i gatunków bakterii na dłoniach przed dezynfekcją wykazałam związek między miejscem zatrudnienia a występowaniem bakterii Gram-dodatnich oraz pałeczek niefermentujących. W przypadku pracowników OIT bakterie z grupy Gram-dodatnich ziarenkowców, w tym *S.aureus*, na dłoniach przed dezynfekcją występowały rzadziej niż u osób zatrudnionych na innych oddziałach. W przypadku osób zatrudnionych na oddziałach zabiegowych, niezabiegowych i pediatrycznych stwierdziłam lepszą skuteczność mikrobiologiczną procedury niż na oddziale OIT. Prawdopodobnie wynika to ze skracania czasu wykonania higienicznej dezynfekcji rąk przez pracowników OIT, często ze względu na stan pacjenta, przez co staje się ona mniej skuteczna.

WYKONYWANY ZAWÓD

Jak wykazali w swoich badaniach D. Pittet i wsp. zawód lekarza jest jednym z czynników predysponujących do zaniechania higieny rąk. Potwierdzeniem tej tezy mogą być wyniki uzyskane w badaniach obserwacyjnych przeprowadzonych w jednym ze szpitali w Genewie, w którym wykazano przestrzeganie zalecanych przez World Health Organization (WHO) 5 punktów higienicznej dezynfekcji rąk jedynie przez 30% lekarzy, podczas gdy w grupie pielęgniarek wynosiło ono 52%. W innym badaniu wykazano, że zawód lekarza jest czynnikiem predysponującym do zaniechania higieny rąk przede wszystkim przed kontaktem z pacjentem.

Dokonując analizy przeprowadzonych przeze mnie badań nad wpływem wykonywanego zawodu na liczbę drobnoustrojów na dłoniach i paznokciach oraz liczbę kolonii bakteryjnych po higienicznej dezynfekcji rąk, nie stwierdziłam wpływu wykonywanego zawodu na ogólną liczbę kolonii bakteryjnych przed i po dezynfekcji dłoni i paznokci. Na dłoniach przed dezynfekcją stwierdziłam istnienie związku między wykonywanym zawodem a kolonizacją drobnoustrojami. Kolonizacja bakteriami z grupy ziarenkowców Gram-dodatnich wśród pielęgniarek była mniejsza niż wśród lekarzy.

Badając wpływ wykonywanego zawodu na skuteczność dezynfekcji na dłoniach i paznokciach potwierdziłam, że różnica w efekcie dezynfekcji na dłoniach i paznokciach nie wiąże się z wykonywanym zawodem. Z przeprowadzonych przeze mnie badań wynika, że wykonywany zawód nie jest czynnikiem wpływającym na skuteczność mikrobiologiczną higienicznej dezynfekcji rąk, choć pielęgniarki deklarują częściej wykonywanie mycia i dezynfekcji rąk w pracy oraz mycia rąk w domu niż lekarze.

WIEDZA TEORETYCZNA

Podobnie jak w innych przypadkach, tak i w kontekście higieny rąk wiedza teoretyczna nie gwarantuje stosowania poznanych zasad w praktyce. W jednym z badań przeprowadzonym wśród 261 przedstawicieli personelu medycznego (uczestniczyło w nim 51% lekarzy i 49% pielęgniarek) wykazano, że wśród lekarzy jedynie 7% deklarowało dezynfekcję rąk przed kontaktem z pacjentem i 48% po kontakcie z pacjentem. Większość pytanych (71%) uważała jednocześnie, że poziom higieny rąk wpływa na ograniczenie zakażeń szpitalnych.
W innym badaniu niewiele ponad połowa przedstawicieli personelu medycznego (44% pielęgniarek, 37% lekarzy oraz 19% asystentek pielęgniarskich) odpowiedziała prawidłowo na zaledwie 30% pytań dotyczących higieny rąk i jej roli w profilaktyce zakażeń. Jednocześnie 69% pytanych uważało, że wszystkie procedury w tym zakresie wykonuje prawidłowo.
Podobnie zatem jak wspomniani wyżej autorzy przeprowadziłam krótki test z wiedzy na temat higieny rąk. Wyniki testu z wiedzy przeanalizowałam pod kątem stanowiska pracy. W grupie pielęgniarek średni wynik z testu wynosił 21,29 pkt, podczas gdy dla lekarzy wynik ten był niższy i wyniósł 19,92 pkt. Podobnie jak u innych badaczy wyniki uzyskane w mojej pracy pokazały, że pielęgniarki mają nieco wyższy poziom wiedzy w zakresie higieny rąk niż lekarze. Analiza uzyskanych wyników testu w odniesieniu do deklarowanych potrzeb szkoleń wykazała, że osoby deklarujące potrzebę szkoleń miały nieco niższy (20,78 pkt) średni wynik z testu z wiedzy niż osoby nie oczekujące dalszych szkoleń w zakresie higieny rąk (22,17 pkt). Stopień wiedzy teoretycznej personelu medycznego korelował z liczbą kolonii bakteryjnych na dłoniach po dezynfekcji. U osób, które uzyskały dobre wyniki z testu (powyżej 75% poprawnych odpowiedzi) liczba kolonii bakteryjnych na dłoniach przed i po dezynfekcji była znacząco niższa niż u osób których poziom wiedzy był poniżej 75%. Uzyskane wyniki potwierdzają, że prowadzenie szkoleń, choćby teoretycznych, zwiększa efektywność higienicznej dezynfekcji rąk.

WPŁYW ZNAJOMOŚCI TECHNIKI I EFEKTU W LAMPIE UV

Procedura wg Ayliffe opracowana w 1978 roku określiła kroki, jakie należy wykonać, aby skutecznie rozetrzeć środek antyseptyczny na wszystkich powierzchniach dłoni. W procedurze została także określona kolejność kroków. Wykazano, iż zmieniona kolejność wykonywanych czynności może wpływać na skuteczność mikrobiologiczną dezynfekcji skóry rąk. W badaniach G. A. Ayliffe i wsp. wykazano, że stosowanie procedury higienicznej dezynfekcji rąk w innej niż zalecana kolejności może niekorzystnie wpływać na skuteczność mikrobiologiczną stosowanego antyseptyku. Inne opublikowane badania także pokazały wpływ kolejności kroków na skuteczność pokrycia dłoni środkiem dezynfekcyjnym. Efektem prawidłowego stosowania tej techniki powinno być jednolite pokrycie dłoni preparatem świecącym w lampie UV. W wykonanych przeze mnie badaniach wpływu miejsc pominiętych na poziom redukcji kolonii bakteryjnych na dłoniach i paznokciach widoczna jest tendencja do mniejszej redukcji kolonii bakteryjnych zarówno na dłoniach i paznokciach u osób z nieprawidłowo zdezynfekowanymi (nie pokrytymi preparatem UV) dłońmi.
Analiza uzyskanych wyników wskazuje także na częstsze występowanie ziarenkowców Gram-dodatnich na paznokciach po dezynfekcji w grupie osób, u których pokrycie dłoni preparatem nie było prawidłowe.

CZĘSTOTLIWOŚĆ SZKOLEŃ

Zgodnie z wytycznymi WHO ważne jest zapewnienie regularnych szkoleń personelu medycznego na temat higieny rąk. Edukacja w tym zakresie powinna być obowiązkowa zarówno dla pracowników rozpoczynających pracę zawodową (w celu wypracowania prawidłowych nawyków), jak i dla pracowników doświadczonych, w szczególności dla pracowników z najdłuższym stażem, których nawyki higieniczne mogą być nieprawidłowe ze względu na nieznajomość nowych procedur i niechęć do zmian. Naukowcy wykazali wpływ prowadzonych szkoleń na wzrost częstotliwości przestrzegania procedury higienicznej dezynfekcji rąk. Zwiększenie liczby szkoleń w ciągu roku do 2 lub 3 może znamiennie wpłynąć na skuteczność mikrobiologiczną higienicznej dezynfekcji rąk oraz zmniejszyć ryzyko występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną.

Wśród badanych przez mnie osób 20% stwierdziło, że ich wiedza w zakresie higieny rąk nie jest wystraczająca i jednocześnie oczekują oni dalszych szkoleń. Analiza tych wyników wykazała, że więcej niż jedno szkolenie teoretyczne w roku może wpływać na skuteczniejszą dezynfekcję higieniczną rąk. U osób deklarujących udział w 2 lub 3 szkoleniach teoretycznych w roku wykazałam bowiem mniejszą liczbę drobnoustrojów na dłoni po dezynfekcji. Podobna tendencja jest widoczna w odniesieniu do szkoleń praktycznych. Częsty udział w szkoleniach nie jest jednak powszechny. Jedynie 28% uczestników badania deklarowało uczestnictwo w szkoleniach teoretycznych 2 razy w roku, a 12% 3 i więcej razy w roku, natomiast w szkoleniach praktycznych 2 razy w roku bierze udział 25% osób, a 3 i więcej razy jedynie 10% badanych.

JAKOŚĆ PREPARATU PRZEZNACZONEGO DO HIGIENICZNEJ DEZYNFEKCJI RĄK

Zgodnie z wytycznymi WHO personel medyczny powinien zostać wyposażony w skuteczne środki higieny rąk, takie jak preparaty do mycia rąk oraz preparaty do dezynfekcji metodą wcierania na bazie alkoholu. Jakość preparatu może mieć istotny wpływ na stan skóry personelu medycznego, ponieważ środki do mycia i dezynfekcji rąk mogą zawierać substancje wywołujące podrażnienia i przesuszenia skóry. Negatywne odczucia w stosunku do stosowanych środków dezynfekcyjnych obniżają wskaźniki przestrzegania higieny rąk, z tego powodu produkty do higieny rąk powinny się charakteryzować niskim potencjałem drażniącym. Należy pamiętać, że takie cechy jak zapach, konsystencja i barwa mogą być istotnymi parametrami preparatu przeznaczonego do higienicznej dezynfekcji rąk mogącymi mieć wpływ na przestrzeganie procedur przez personel, gdyż zawartość dodatków zapachowych, barwników czy substancji żelujących może potencjalnie prowadzić do podrażnień skóry. Opisywano wpływ jakości środka dezynfekcyjnego stosowanego w placówce medycznej na niższą skuteczność mikrobiologiczną higienicznej dezynfekcji rąk, nie wiadomo jednak, czy wynikało to z niechęci do stosowania pre-

Nieproawidłowo przygotowane ręce i przeprowadzona procedura higieny rąk.

Prawidłowo przygotowane ręce i przeprowadzona procedura higieny rąk.

paratu gorszej jakości, czy w wyniku zniszczenia skóry preparatem niskiej jakości, jej dezynfekcja była mniej skuteczna. Wybór właściwego środka do higieny rąk został opisany jako jeden z wielu czynników, będących elementem strategii skutecznej promocji higieny rąk w szpitalach.

Przeanalizowałam w swoich badaniach również wpływ oceny jakości środka dezynfekcyjnego na liczbę drobnoustrojów przed i po dezynfekcji i potwierdziłam, że kiedy personel źle ocenia jakość preparatu dezynfekcyjnego, liczba kolonii bakteryjnych na dłoniach jest większa po dezynfekcji niż jeśli produkt używany do dezynfekcji jest dobrze oceniany. Prawdopodobnie preparat dobrze oceniany jest chętniej i częściej przez personel używany dzięki temu uzyskiwany jest efekt przedłużonego działania wcieranego w dłonie preparatu.

Podsumowując, istnieją czynniki niezależne, które istotnie wpływają na skuteczność mikrobiologiczną higienicznej dezynfekcji rąk – warto wziąć je pod uwagę podczas opracowywania strategii promowania higieny rąk personelu medycznego, aby skutecznie je redukować.

Justyna Piwowarczyk
Konsultant Naukowy
Medilab Sp. z o.o. Białystok

Literatura:

1. Al-Allakj A., Sarasin S., Key S., Morris-Stiff G., Wedding Rings are not a Significant Source of Bacterial Contamination Following Surgical Scrubbing., Ann R Coll Surg Engl., 2008; 3, 90(2): 133–135.
2. Anderson, M. S., Warren C. A., Perez E., Louis R. I, Phillips S., Wheeler J., Cole M., Misra R., Gender and ethnic differences in hand hygiene practices among college students., College Station, Texas; San Marcos, Texas; Austin, Texas; and New Orleans, Louisiana.
3. Arrowsmith V. A., Maunder J. A., Sargent R. J., Taylor R., Removal of nail polish and finger rings to prevent surgical infection., 2001; Cochrane Database Syst Rev, 4:CD003325.
4. Ayliffe G. A., Rabb J. R., Davies J. G., Lilly H. A., Hand disinfection: a comparison of various agents in laboratory and ward studies., 1988; J Hosp Infect, 11: 226-243.
5. Baran R., Artificial nails and the spread of infection., 2006; Nursing and Patient care, 06: 62 – 63. 154
6. Baumgardner C. A., Maragos C. S., Walz J., Larson E., Effects of nail polish on microbial growth of fingernails. Dispelling sacred cows., 1993; AORN J, Jul;58(1):84-8.
7. Bernthal E., Wedding rings and hospital-acquired infection., 1997; Nursing Standard. 11(43):44-46, July 16.
8. Fagernes M., Lingaas E., Bjark P., Impact of a Single Plain Finger Ring on the Bacterial Load on the Hands of Healthcare Workers., 2007; Infect Control Hosp Epidemiol. Oct;28(10):1191-5.
9. Hautemaniere A., Cunat L., Diguio N., Vernier N., Schall C., Daval M. C., Ambrogi V., Tousseul S., Hunter P. R., Hartemann P., Factors determining poor practice in alcoholic gel hand rub technique in hospital workers., 2010; J Infect Public Health. 3(1):25-34.
10. Hedderwick S. A., McNeil S. A., Lyons M. J., Kauffman C. A., Pathogenic organisms associated with artificial fingernails worn by healthcare workers., 2000; Infect Control Hosp Epidemiol. Aug;21(8):505-9.
11. Hoffman P. N., Hoffman E. M., Cooke M. R., Emmerson A. M., Micro-organisms isolated from skin under wedding rings worn by hospital staff.,1985; Br Med J (Clin Res Ed). Jan 19, 290(6463): 206–207.
12. Jacobson G., Thiele J.E., Mccune J.H., Farrell L.D., Handwashing: Ring wearing and number of micro-organisms., 1985; Nursing Research; 34(3):186-188.
13. Kampf G., Reichel M., Feil Y., Eggerstedt S., and Kaulfers P. M., Influence of rub-in technique on required application time and hand coverage in hygienic hand disinfection., 2008; BMC Infect Dis. Oct 29;8:149.
14. Khodavaisy S., Nabili M., Davari B., Vahedi M., Evaluation of bacterial and fungal contamination in the health care workers' hands and rings in the intensive care unit., 2011; J Prev Med Hyg. Dec;52(4):215-8.
15. McNeil S. A., Foster, C. L. Hedderwick S. A., Kauffman C. A., Effect of Hand Cleansing with Antimicrobial, Soap or Alcohol--Based Gel on Microbial, Colonization of Artificial Fingernails Worn by Health Care Workers, 2001; Clin Infect Dis. Feb 1;32(3):367-72.
16. Taylor L. J., An evaluation of handwashing techniques–2., 1978; Nursing Times, , 74:108–110.
17. Umit U. M., Sina M., Ferhat Y., Yasemin P., Meltem K., Ozdemir A. A., Surgeon behavior and knowledge on hand scrub and skin antisepsis in the operating room., 2014; J Surg Educ. Mar-Apr;71(2):241-5.
18. Yildirim I., Ceyhan M., Cengiz A. B., Bagdat A., Barin C., Kutluk T., Gur D., A prospective comparative study of the relationship between different types of ring and microbial handcolonization among pediatric intensive care unit nurses., 2008; Int J Nurs Stud. Nov;45(11):1572-6.
19. Wynd C. A., Samstag D. E., Lapp A. M., Bacterial carriage on the fingernails of OR nurses., 1994; AORN J. Nov;60(5):796, 799-805.
20. Widmer A. E., Dangel M. Alcohol-based handrub: evaluation of technique and microbiological efficacy with international infection control professionals., 2004; Infect Control Hosp Epidemiol. Mar;25(3):207-9

CZYNNIK LUDZKI ŹRÓDŁEM RYZYKA

– NAJCZĘŚCIEJ POMIJANE OBSZARY PODCZAS DEZYNFEKCJI RĄK

Już w 1847 roku doktor Ignaaz Semmelweis wprowadzając zalecenia stosowania podchlorynu wapnia do procedury higieny rąk dla pracowników medycznych udowodnił, że zmniejszenie częstotliwości występowania zakażeń szpitalnych jest możliwe. Minęło ponad 170 lat a higiena rąk wciąż stanowi najważniejszy element profilaktyki zakażeń związanych z opieką zdrowotną. W 2009 roku WHO opublikowało „Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej - podsumowanie" będące jedynym kompleksowym opracowaniem dotyczącym tego aspektu higieny. Każdy pracownik medyczny powinien te wytyczne znać i stosować w praktyce. Szkolenia z zakresu higieny rąk są cyklicznie powtarzane w placówkach opieki zdrowotnej. Na stanowiskach do higieny rąk są dostępne środki do dezynfekcji i mycia, umieszczone są schematy z techniką Ayliffe'a, stosowane są różnorodne metody przypominające o konieczności higieny rąk. Jednak czy to wystarczy, żeby mieć pewność, że ręce nie będą źródłem infekcji? Niestety nie. Higiena rąk w znacznej mierze zależy bowiem od personelu – nie tylko od jego świadomości, ale i woli stosowania prawidłowych procedur. Warto zatem zastanowić się, co jeszcze możemy zrobić w kwestii higieny rąk, aby nie zagrażać sobie, a przede wszystkim pacjentom? Wielokrotnie przedstawiane grafiki ukazujące obszary najczęściej pomijane podczas dezynfekcji i mycia rąk są doskonałym elementem edukacyjnym, warto je umieszczać w miejscach wykonywania procedur higieny rąk. Zostały one stworzone na podstawie wielu badań i obserwacji.

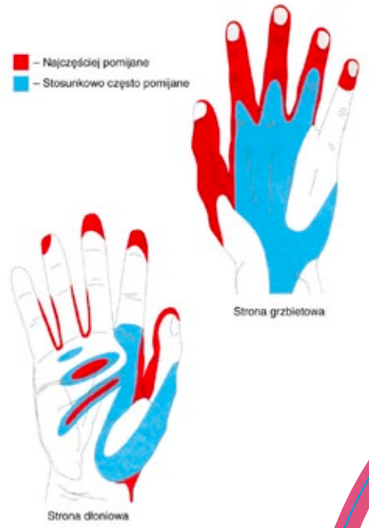
W procedurze higienicznej dezynfekcji rąk bardzo ważna jest odpowiednia ilość środka użytego do odkażania lub mycia. Według wytycznych jest to porcja od 3 do 5 ml uzależniona od wielkości dłoni. Zbyt mała ilość preparatu powoduje, że nie jesteśmy w stanie dokładnie pokryć nim całej skóry dłoni. Szczególnie dotyczy to środka do odkażania na bazie alkoholu. Alkohol bardzo szybko odparowuje, a zatem gdy użyjemy go zbyt mało możemy nie zdążyć pokryć należycie całych dłoni.

Technika jaką stosujemy także ma znaczenie, a więc powinno się stosować schemat Ayliffe'a (zgodny z normą PN EN 1500), nie własną jego interpretację. Kolejno postępujące po sobie ruchy powinny być powtarzane po 5 razy, ze szczególnym uwzględnieniem trudnych do dezynfekcji obszarów. Wewnętrzna część dłoni zwykle dezynfekowana jest najlepiej, bo tu właśnie nakładamy środek do odkażania czy mycia. Jest go wtedy dużo i skóra jest nim dobrze pokryta. Wykonując kolejne ruchy czujemy, że preparatu jest coraz mniej i szczególnie grzbietowa okolica kciuka i opuszki palców są zwykle nienależycie odkażone czy wymyte. Co możemy zrobić, aby to poprawić? Należy pamiętać, że podczas wykonywania dezynfekcji zawsze istnieje możliwość dobrania dodatkowej porcji preparatu i dokończenia procedury wg schematu tak, aby zapewnić całkowite pokrycie powierzchni dłoni. W przypadku odkażania po wykonaniu wszystkich kroków wcieramy preparat aż do wyschnięcia, co daje możliwość lepszej penetracji naskórka. Sumienne przestrzeganie procedury powinno trwać odpowiedni czas – minimum 30 sekund, jednak uwzględniając fakt, że do wykonania jest 6 kroków, pięciokrotnie powtarzanych (a ręce mamy dwie i większość kroków trzeba w związku z tym powtórzyć) realny czas dezynfekcji to około 60 sekund.

Także odpowiednia pielęgnacja skóry ma wpływ na skuteczność dezynfekcji rąk. Przesuszona, zaczerwieniona czy też skóra ze zmianami chorobowymi sprawia ból przy jej odkażaniu. Wykonywane wówczas odkażanie dłoni jest najczęściej szybkie i niedokładne.

Należy pamiętać o odpowiedzialnym podejściu do tematu higieny rąk, który przecież tak dobrze znamy, a mimo wszystko jest on wciąż niedoceniany w profilaktyce zakażeń szpitalnych.

Beata Zalewska
Konsultant Naukowy
Medilab Sp. z o.o. Białystok



Okolice najczęściej pomijane przy myciu rąk (według L. Taylor).

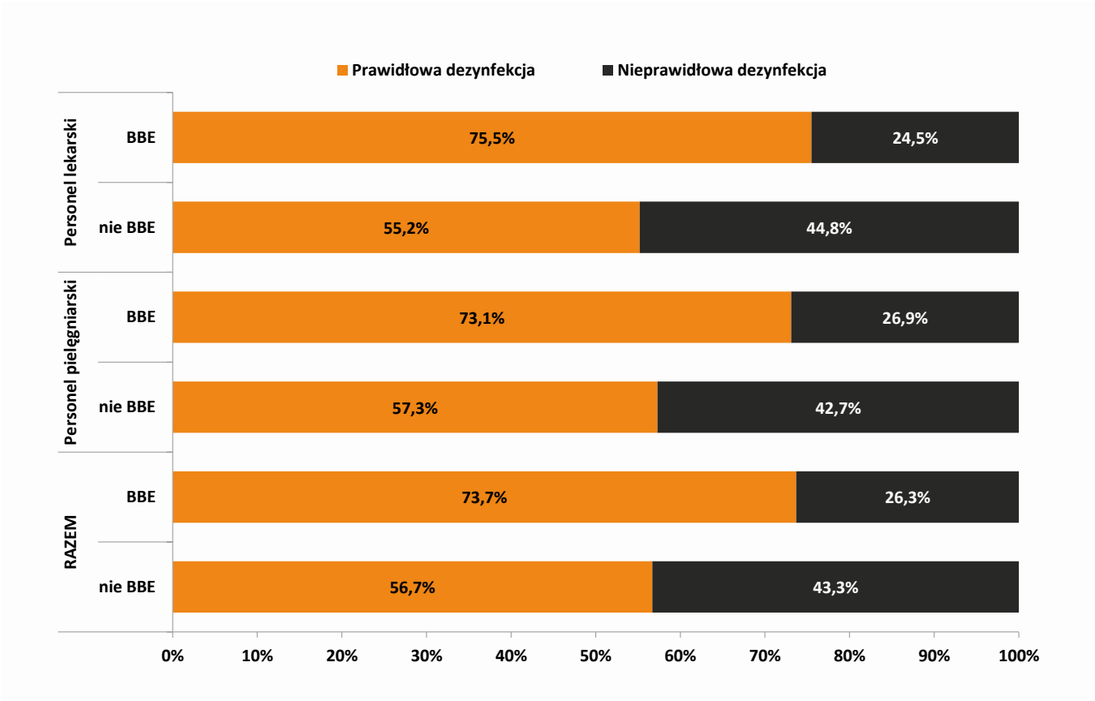
Literatura:
1. www.who.un.org.pl
2. www.zamknijdrzwizakazeniomszpitalnym.pl
3. obserwacje i doświadczenia własne z przeprowadzonych szkoleń

JAK PRAWIDŁOWO PRZYGOTOWAĆ RĘCE DO PROCEDURY,

CZYLI POLITYKA „NIC PONIŻEJ ŁOKCIA"

POLITYKA BBE

Polityka „bare below the elbows" w skrócie nazywana „BBE", lub po prostu „nic poniżej łokcia", to podejście oparte na teorii, że należy ograniczyć kontakt pacjenta ze skażoną odzieżą personelu medycznego jednocześnie promując higienę rąk i nadgarstków.
W 2007 roku Departament Zdrowia Wielkiej Brytanii postanowił uregulować kwestię stroju personelu medycznego sprawującego bezpośrednią opiekę nad pacjentem. Efektem tych działań jest wdrożenie następujących zasad: odzież ochronna z krótkim rękawem, brak zegarków, bransoletek, pierścionków, krawatów.



Wykres 1. Poprawność procedury dezynfekcji rąk w zależności od grupy zawodowej i przestrzegania polityki BBE.

Również w Polsce, w czerwcu 2017 roku, została przygotowana propozycja ekspertów Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa na temat strategii „nic poniżej łokcia" podczas pracy z pacjentem. Jej główne założenia to:

1. Bluza z krótkim rękawem (powyżej łokcia) jednodyżurowa,
2. Identyfikator przymocowany do bluzy (nie są wskazane zawieszki na „smyczy"),
3. Eliminacja naszyjników, krawatów, długich kolczyków, słuchawek noszonych na szyi,
4. Długie włosy spięte tak, aby nie opadały na ramiona,
5. Eliminacja zegarka naręcznego, biżuterii, obrączek, bransoletek,
6. Paznokcie krótkie, niewidoczne od strony opuszków,
7. Paznokcie bez lakieru, tipsów,
8. Skóra i paznokcie konserwowane profesjonalnymi odżywkami w postaci kremów, celem eliminacji pęknięć, ubytków,
9. Odżywki nie mogą tworzyć trwałej sztucznej powłoki na skórze i paznokciach,
10. Do czyszczenia paznokci tylko miękkie szczotki jednorazowego użycia,
11. Rękawiczki zakładane wyłącznie w przypadku intencjonalnego kontaktu z materiałem biologicznym.

MIĘDZYNARODOWE WYTYCZNE NT. PRZYGOTOWANIA RĄK DO PROCEDURY MYCIA I DEZYNFEKCJI

Dostępne wytyczne z zakresu higieny rąk również w pewnym zakresie są spójne z polityką ubioru i przygotowania rąk personelu medycznego do pracy w punkcie opieki nad pacjentem. Mianowicie wytyczne Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nie zalecają noszenia pierścionków lub obrączek przez pracowników służby zdrowia, zwłaszcza w sytuacjach wykonywania zabiegów inwazyjnych. Natomiast World Health Organization (WHO) ma bardziej liberalne zasady i rekomenduje: „przed przystąpieniem do chirurgicznego przygotowania rąk należy zdjąć pierścionki, obrączkę, zegarek i bransoletki. Nie wolno nosić sztucznych paznokci." Natomiast dopuszcza obecność jedynie obrączki, jeśli są ku temu silne przesłanki religijne lub kulturowe. Ponadto wyraźnie doprecyzowuje kwestię paznokci: „mając bezpośredni kontakt z pacjentem nie należy nosić sztucznych paznokci ani przedłużać paznokci" a naturalne paznokcie powinny być krótko obcięte, nie dłuższe niż 0,5 cm.

POLSKIE BADANIA PRZESTRZEGANIA POLITYKI BBE

W Polsce w ramach realizacji akcji „Zamknij drzwi zakażeniom szpitalnym" (organizowanej w latach 2014-2016) zostały przeprowadzone badania, w których oceniono wpływ polityki BBE „nic poniżej łokcia" na poprawność higieny rąk personelu medycznego. Celem tego badania było ustalenie przede wszystkim czy personel medyczny stosuje się do zasad BBE oraz jak nieprzestrzeganie tych zasad wpłynęło na poprawność dezynfekcji rąk. Uczestnicy badania bezpośrednio po szkoleniu teoretycznym zostali poproszeni o wykonanie procedury higienicznej dezynfekcji preparatem alkoholowym ze znacznikiem fluorescencyjnym świecącym w świetle UV. Zewnętrzny obserwator oceniał przygotowanie rąk do pracy: krótkie rękawy, brak zegarka, pierścionków, obrączek, bransoletek, niepomalowane, naturalne paznokcie. Ponadto zanotowano płeć, staż pracy, zawód oraz miejsce pracy. Badanie to obejmowało 4202 osoby, 72,1% stanowił personel pielęgniarski, 27,9% personel lekarski. Wśród nich 3762 osoby pracowały w szpitalu, 343 w przychodniach i 97 w zakładach opieki długoterminowej. Otrzymano następujące wyniki: zgodność z polityką BBE zaobserwowano u 2227/4202 (53%) pracowników, statystycznie istotniej częściej u pielęgniarek (1676/3031; 55,3%) w porównaniu do lekarzy (551/1171; 47,1%) ($p = 0,0000$). Ta sama korelacja została wykazana we wszystkich analizowanych placówkach medycznych. Wśród lekarzy staż pracy nie wpływał na częstotliwość przestrzegania zasad BBE (<10 lat - 51,7%, > 10 lat - 48,3%, $p = 0,2523$), natomiast pielęgniarki pracujące > 10 lat prezentowały zgodność BBE na poziomie 77,4%. Tylko 24,5% (135/551) lekarzy z grupy BBE i 26,9% (451/1676) pielęgniarek z grupy BBE wykonało błędnie procedurę dezynfekcji rąk. Grupa nie BBE była reprezentowana przez 47% (1975/4202) wszystkich pracowników. Sztuczne paznokcie i pierścionki obserwowano statystycznie istotnie częściej w grupie pielęgniarek w porównaniu do lekarzy (odpowiednio: 45,2% i 32,1% vs 33,7% i 26,5%). Lekarze statystycznie częściej nosili zegarki (44,0% w stosunku do 21%) oraz odzież ochronną z długimi rękawami (48,7% vs 16,8%) ($p <0,05$) niż pielęgniarki. W grupie nie BBE 43,3% personelu wykonywało niewłaściwie procedurę dezynfekcji rąk. Stwierdzono, że zgodność polityki BBE ma ścisły związek z prawidłową skutecznością higieny rąk.

5 PUNKTÓW PRAWIDŁOWO PRZYGOTOWANYCH RĄK DO MYCIA I DEZYNFEKCJI

W oparciu o międzynarodowe wytyczne oraz przeprowadzone badania został opracowany złoty standard w zakresie prawidłowego przygotowania rąk do procedury mycia i dezynfekcji. Szczególnie istotne jest, by personel sprawujący bezpośrednią opiekę nad pacjentem przestrzegał polityki dotyczącej ubioru i wyglądu. Warto zwrócić uwagę, by skóra personelu medycznego pozbawiona była skaleczeń, podrażnień i innych zmian. Przed wykonywaniem procedur w obrębie rąk należy mieć naturalne, krótko obcięte paznokcie. Bezdyskusyjnie powinno się zdjąć biżuterię, w tym zegarki, pierścionki, obrączki, bransoletki. Powinno się nosić odzież ochronną tylko z krótkim rękawem.

Emilia Szumska
Specjalista ds. Marketingu
Medilab Sp. z o.o. Białystok

5 PUNKTÓW
PRAWIDŁOWO PRZYGOTOWANYCH RĄK DO MYCIA I DEZYNFEKCJI

1 **Zwróć uwagę, czy skóra pozbawiona jest skaleczeń, podrażnień lub innych zmian.**

„Tylko zdrową skórę można efektywnie dezynfekować! Wszelkie, nawet niewielkie rany sprawiają pracownikowi ból (...) – pracownik będzie unikał kontaktu rany i preparatu dezynfekcyjnego.”*

2 **Pozbądź się sztucznych, pomalowanych paznokci.**

„Ogniska zakażeń związane z długimi lub sztucznymi paznokciami notowano zwłaszcza na neonatologicznych OIT, a czynnikami etiologicznymi między innymi były pałeczki ***Klebsiella pneumoniae ESBL (+)***, przenoszone przez osobę z personelu ze sztucznymi paznokciami oraz szczepy ***Pseudomonas aeruginosa (...)***”*

3 **Zdejmij biżuterię – zegarek, obrączkę, pierścionek, bransoletę itp.**

„Wykazano np., że u osób noszących pierścionki lub obrączki na skórze rąk o wiele częściej występują Gram (-) pałeczki zarówno niefermentujące, jak ***Enterobacteriacae***, a kolonizacja ta może utrzymywać się przez wiele miesięcy.*

4 **Utrzymuj krótko obcięte paznokcie.**

„Liczne badania pokazują, że skóra pod wolną częścią płytki paznokciowej jest często zasiedlona przez koagulazoujemne gronkowce, pałeczki Gram (-) (w szczególności ***Pseudomonas spp.***) a także ***Corynebacterium spp.*** i grzyby drożdżopodobne”.*

5 **Zakładaj odzież ochronną z krótkim rękawem.**

„Noszenie ubrań z długim rękawem uniemożliwia skuteczne mycie rąk, co jest istotną przyczyną rozprzestrzeniania się zakażeń. Fartuch z długim rękawem należy nakładać tylko w szczególnych sytuacjach.”*

Na podstawie wytycznych i materiałów informacyjnych WHO dotyczących higieny rąk w służbie zdrowia, 2009 r.
* M. Ciuruś, "Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia", wydanie II uzupełnione i poprawione, Warszawa 2013 r. str. 37, 55.

Czyste ręce to bezpieczne ręce

MEDILAB®

www.medilab.pl

OBSERWACJE WHO

Zgodnie z zaleceniami obserwacja bezpośrednia higieny rąk stanowi złoty standard w dziedzinie profilaktyki zakażeń przenoszonych przez ręce. Wiele pielęgniarek epidemiologicznych podjęło się tego zadania, zatem warto czasami przypomnieć podstawowe zasady prowadzenia audytów oraz przećwiczyć audytowanie sytuacji kontrowersyjnych.

Podstawowe założenia World Health Organization (WHO) w tej kwestii to:
Czas audytu: 20 – 30 min
Liczba obserwacji: max 30
Liczba jednocześnie obserwowanych osób: max 3
Moment audytu: nie w porze nocnej, nie w czasie reanimacji.

Poniżej przedstawiamy dwie sytuacje treningowe, proszę zaznaczyć, w którym momencie należy wykonać dezynfekcję rąk i założyć lub zdjąć rękawiczki.

SYTUACJA 1

	Mycie przed	Mycie po	Dezynfekcja przed	Dezynfekcja po	Założyć rękawiczki	Zdjąć rękawiczki
Pielęgniarka wchodzi do gabinetu						
Pacjent siada na fotelu						
Pielęgniarka sprawdza dostępność żyły do pobrania krwi						
Pielęgniarka zakłada stazę						
Pielęgniarka rozpoczyna pobranie krwi						
Pielęgniarka kończy pobranie krwi						
Pielęgniarka zdejmuje stazę						
Pielęgniarka zabezpiecza miejsce wkłucia opatrunkiem						
Pielęgniarka opisuje próbówki						
Pielęgniarka żegna się z pacjentem						

SYTUACJA 2

	Mycie przed	Mycie po	Dezynfekcja przed	Dezynfekcja po	Założyć rękawiczki	Zdjąć rękawiczki
Pielęgniarka wchodzi do sali chorego						
Pacjent wyjmuje rękę spod koca						
Pielęgniarka sprawdza dostępność żyły przed założeniem wkłucia obwodowego						
Pielęgniarka zakłada stazę						
Pielęgniarka rozpoczyna zakładanie wkłucia						
Pielęgniarka kończy zakładanie wkłucia						
Pielęgniarka zdejmuje stazę						
Pielęgniarka zabezpiecza miejsce wkłucia opatrunkiem						
Pielęgniarka zapisuje na plastrze datę wkłucia						
Pielęgniarka wpisuje dane do dokumentacji						
Pielęgniarka żegna się z pacjentem						

Prawidłowe odpowiedzi wraz z komentarzem znajdziecie Państwo na końcu biuletynu.

Justyna Piwowarczyk
Konsultant Naukowy
Medilab Sp. z o.o. Białystok

Literatura:
1. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (revised Aug 2009)
2. Materiały szkoleniowe – Szkolenie dla audytorów wiodących WHO – Academy medical Training and Consulting

nitrylex® classic

Opieka i pielęgnacja dla pacjenta!

Mniejsze opakowanie, wygodne w transporcie – pakowane po 50 sztuk.

Rekomendacja

Pacjenci izolowani, wózki transportowe, łóżko pacjenta podczas transportu szpitalnego, opieka i pielęgnacja pacjenta po chemioterapii, pielęgniarki i położone środowiskowe, pogotowie motocyklowe, mobilni specjaliści beauty – fryzjer/kosmetyczka, prace domowe.

Lekkie i poręczne opakowanie
idealne do transportu, mniejsze obciążenie wózka transportowego

Niższe koszty użytkowania
opakowanie przeznaczone tylko dla jednego pacjenta, niższe koszty utylizacji odpadów

Opieka i pielęgnacja pacjenta po chemioterapii
odpowiednie podczas terapii onkologicznej

Polub nas na facebooku!
www.mercatormedical.eu

MERCATOR MEDICAL

JAKI WPŁYW

NA SKUTECZNOŚĆ DEZYNFEKCJI RĄK MA PIELĘGNACJA

Przy obecnym stanie wiedzy dotyczącej roli higienicznej dezynfekcji rąk oraz wzrastającej świadomości personelu medycznego należy wziąć poważnie pod uwagę wpływ częstotliwości stosowanej dezynfekcji rąk na ogólny stan skóry dłoni personelu medycznego. Mogą bowiem wpływać na to takie czynniki, jak zbyt częste mycie rąk, stosowana pielęgnacja skóry, poziom nawilżenia skóry, a także alergie i podrażnienia.

Mycie rąk może wpływać negatywnie na płaszcz wodno-lipidowy skóry dłoni, powodować utratę szeregu czynników chroniących skórę, takich jak aminokwasy oraz ochronne czynniki stanowiące barierę dla drobnoustrojów. W sytuacji, kiedy mycie rąk jest czynnością często powtarzaną, skóra nie jest w stanie regenerować warstwy ochronnej, co prowadzić może do uszkodzenia funkcji barierowej zrogowaciałej warstwy naskórka. Rośnie utrata wody przez naskórek i tym samym wzrasta ryzyko przenikania czynników toksycznych przez skórę.
Udowodniono, że częste mycie rąk wysusza skórę oraz może wywoływać podrażnienia i kontaktowe zapalenie skóry. Uszkodzona skóra może stać się także miejscem kolonizacji dla patogenów. Podrażnienia skóry, obserwowane u 18,3% zatrudnionego w szpitalach personelu pielęgniarskiego, stanowi poważny problem w ujęciu higieny pracy.
Badania dowodzą, że jednokrotne umycie rąk znamiennie ogranicza ilość łoju skórnego: ograniczenie to trwa do 1 godziny. Jeżeli ręce zostaną umyte czterokrotnie w ciągu 1 godziny, skóra nie zregeneruje się do jej normalnego stanu. Mycie rąk może zwiększać także ryzyko występowania podrażnień skóry, mycie rąk wodą z mydłem tuż przed lub zaraz po higienicznej dezynfekcji preparatem alkoholowym powinno być w związku z tym ograniczane. Stosowanie mydeł w codziennej praktyce przez personel medyczny nie jest zalecane, a jednak wciąż stosunek częstotliwości mycia rąk do ich dezynfekcji jest podwyższony.
Jeśli mycie rąk jest konieczne, powinno być stosowane mydło neutralne dla skóry, bez dodatków działających bakteriobójczo - stosowanie mydeł z zawartością substancji antybakteryjnych zwiększa także ryzyko podrażnień skóry.

PIELĘGNACJA DŁONI PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY

Stan skóry bezpośrednio wiąże się z odpowiednią jej pielęgnacją. Wytyczne World Health Organization (WHO) na temat higieny rąk zalecają stosowanie przez personel medyczny kremów pielęgnujących w celu zapobiegania uszkodzeniom skóry rąk. Zgodnie z tymi wytycznymi pracodawca powinien zapewnić personelowi dostęp do środków pielęgnacyjnych, aby zapobiegać kontaktowemu zapaleniu skóry personelu medycznego. Podobnie zalecenia CDC sugerują stosowanie przez personel kremów ochronnych. Jednocześnie warto zauważyć, że choć producenci preparatów pielęgnacyjnych deklarują możliwość stosowania ich kremów pielęgnacyjnych przez personel medyczny, w jednej z prac wykazano, że zastosowanie kremu nawilżającego 5 minut przed pobraniem próbki mikrobiologicznej z dłoni zwiększa liczbę kolonii *S.aureus*, prawdopodobnie dlatego, że nawilżona skóra szybciej kolonizowana jest przez drobnoustroje. W pracy G. Jacobsona i wsp. opublikowanej w 1985 roku badając liczebność mikroorganizmów na skórze wolontariuszy podobnie zaobserwowano zwiększoną liczbę drobnoustrojów po zastosowaniu kremu nawilżającego. Należy pamiętać, że może to także wynikać z zanieczyszczenia tubki z kremem lub zawartości opakowania drobnoustrojami.

ALERGIE SKÓRNE WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO

Reakcja skóry rąk personelu medycznego może być negatywna na często powtarzane czynności związane z higieną rąk, w tym zwłaszcza na preparaty myjące i dezynfekujące. Wśród personelu medycznego często występują następujące reakcje skórne:
Kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia – objawiające się suchością, podrażnieniem, swędzeniem, pękaniem i krwawieniem. Najczęściej spowodowane jest stosowaniem jodoforów, a także preparatów zawierających chlorheksydynę, chloroksylenol, triclosan, najrzadziej jednak przez zawarte w preparatach alkohole. Środki alkoholowe są najlepiej tolerowane i najbardziej akceptowane w porównaniu do pozostałych preparatów przeznaczonych do higieny rąk.
Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry – nadwrażliwość na niektóre składniki antyseptyków, występuje rzadko, może mieć objawy łagodne, miejscowe lub ciężkie uogólnione. Opisano liczne alergie kontaktowe na środki antyseptyczne zawierające czwartorzędowe związki amonowe, jodynę i jodofory, chlorheksydynę, triclosan, chloroksylenol. Nieliczne są jednak doniesienia dotyczące alergii na preparaty alkoholowe, a te które opisano związane były z toksycznością wynikającą z wchłaniania ich przez skórę i niedoborami dehydrogenazy alkoholowej odpowiedzialnej za metabolizowanie alkoholu.

Niewątpliwie podrażnienia lub uszkodzenia skóry wpływają na komfort dezynfekcji skóry i mogą wykluczać czasowo personel z możliwości wykonywania pracy oraz zwiększają ryzyko przenoszenia zakażeń. Udowodniono jednak, iż 60% propanol (zwykle stosowany do dezynfekcji skóry rąk) zastosowany na zdrową i nieuszkodzoną skórę nie powodował żadnych negatywnych skutków, natomiast po zastosowaniu go na skórę podrażnioną obserwowana była silna reakcja zapalna.
Podrażnienia skóry występują o 17-30% częściej wśród personelu medycznego niż wśród ogólnej populacji. Konsekwencje takiego stanu rzeczy mogą być poważne, ponieważ personel, u którego występują podrażnienia skóry może unikać dezynfekcji rąk lub musi zrezygnować okresowo z pracy zawodowej.
Ważnym czynnikiem predysponującym do podrażnień jest nakładanie alkoholu na ręce wilgotne po myciu oraz zakładanie rękawic na dłonie mokre z powodu niewtartego preparatu do dezynfekcji rąk. Stosowanie antyseptyku na niewysuszoną po umyciu skórę rąk może nie tylko ograniczać skuteczność mikrobiologiczną środka dezynfekcyjnego w wyniku obniżenia stężenia substancji aktywnej, ale także rozcieńczony preparat gorzej odparowuje, a jego pozostałości na dłoniach po nałożeniu rękawiczek mogą wywoływać podrażnienia.
Osuszanie dłoni ręcznikiem jednorazowym należy wykonywać tak, aby nie pocierać nim skóry i nie dopuszczać do jej pękania. Ręcznik powinien być dobrej jakości, nie powodujący podrażnień oraz wolny od drobnoustrojów, które często kolonizują powierzchnię ręczników papierowych.

WPŁYW PIELĘGNACJI DŁONI NA HIGIENICZNĄ DEZYNFEKCJĘ RĄK

Istnieją doniesienia naukowe wykazujące, że częste mycie rąk wywoływać może kontaktowe zapalenie skóry z podrażnieniami i wysuszać skórę, która może stać się miejscem kolonizacji dla patogenów szpitalnych. Zalecenia WHO w zakresie pielęgnacji sugerują stosowanie przez personel odpowiednich kremów pielęgnujących celem zapobiegania negatywnym objawom skórnym. Mając to na względzie, w swojej pracy oceniałam stopień nawilżenia skóry za pomocą specjalnej aparatury celem sprawdzenia, czy poziom nawilżenia skóry powyżej i poniżej wartości prawidłowej rzeczywiście wpływa na liczbę drobnoustrojów na dłoniach i paznokciach przed i po dezynfekcji. Jedynie 20% personelu uczestniczącego w badaniu miało prawidłowy poziom nawilżenia (≥60 jdn.)
Osoby z nieprawidłowym (niższym niż 60 jdn.) poziomem nawilżenia skóry miały ogólnie większą liczbę drobnoustrojów na rękach przed dezynfekcją. Uzyskany wynik może sugerować, że przesuszona skóra ulega kolonizacji większą liczbą drobnoustrojów, gdyż funkcja ochronna skóry jest w tym przypadku zaburzona.
Wykazałam także związek między poziomem nawilżenia skóry a występowaniem niektórych grup i gatunków bakterii. Istnieje niższe ryzyko wystąpienia bakterii Gram-ujemnych na paznokciach przed dezynfekcją u osób z prawidłowym nawilżeniem skóry >60 jdn.
Jednak poziom nawilżenia skóry ≥60 jdn. wpływa na lepszy stopień redukcji drobnoustrojów na dłoniach.
Powyższe wyniki pozwalają wyciągnąć wniosek, że chociaż wyższy poziom nawilżenia sprzyja zwiększonej kolonizacji niektórymi gatunkami bakterii przed de-

zynfekcją to jednocześnie skóra dobrze nawilżona jest skuteczniej dezynfekowana. Może być to spowodowane dokładniejszym roztarciem preparatu na dłoniach o prawidłowym poziomie nawilżenia. Dodatkowo na prawidłowo nawilżonej skórze preparat utrzymuje się dłużej, wobec tego czas kontaktu jest wystarczający do osiągnięcia skuteczności bójczej.
Nie istnieją polskie wytyczne lub zalecenia dotyczące stosowania przez personel medyczny środków pielęgnacyjnych do rąk. Od 2013 roku Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie wdraża wytyczne WHO w zakresie higieny rąk personelu medycznego w polskich placówkach medycznych. Zgodnie z tymi wytycznymi pracodawca powinien zapewnić personelowi medycznemu dostęp do środków pielęgnacyjnych, aby zapobiec kontaktowemu zapalaniu skóry i innym podrażnieniom związanym ze stosowaniem środków dezynfekujących. Podobnie zalecenia Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sugerują stosowanie przez personel kremów pielęgnacyjnych.
Prowadząc swoje badania sprawdzałam dostęp do preparatów pielęgnujących w miejscu pracy i stwierdziłam, że jedynie niewiele ponad połowa (52%) osób ma taką możliwość, zatem wymogi WHO nie są w tym zakresie spełnione.

WPŁYW ALERGII SKÓRNYCH NA HIGIENICZNĄ DEZYNFEKCJĘ RĄK

Wpływ obecności alergii skórnych na efekt mikrobiologiczny higienicznej dezynfekcji rąk nie był do tej pory publikowany w literaturze naukowej. Wykazano jedynie, że osoby ze zmianami alergicznymi na skórze dłoni częściej rezygnują z zalecanych procedur higieny rąk.
Analizując wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań zauważyłam, że osoby, które deklarują występowanie na swojej skórze alergii mają niższy poziom nawilżenia skóry niż osoby bez alergii.
Analiza wyników potwierdziła, że bakterie z grupy Gram-ujemnych na dłoniach po dezynfekcji u osób bez alergii skórnej występują rzadziej. Co istotne, zmniejsza się częstość występowania bakterii Gram-dodatnich na dłoniach przed dezynfekcją u osób bez alergii.
Obecność alergii skórnych może wiązać się z większym ryzykiem kolonizacji niektórymi grupami i gatunkami drobnoustrojów, ponieważ w powstałych zmianach (mikrourazy na skórze dłoni) istnieją warunki predysponujące do łatwiejszego zasiedlania i namnażania się drobnoustrojów w porównaniu ze zdrową powierzchnią skóry.

DOBIERAJĄC METODĘ PIELĘGNACJI SKÓRY DŁONI PERSONEL MEDYCZNY POWINIEN BRAĆ POD UWAGĘ KILKA KWESTII

Jeżeli skóra jest przesuszona i nie reaguje na stosowane kremy nawilżające, należy zastosować krem/maść natłuszczającą, np. z witaminą A lub profesjonalny krem medyczny o właściwościach natłuszczających, stosowanie bowiem substancji nawilżających skórę w przypadku, kiedy jest ona pozbawiona płaszcza lipidowego nie przyniesie oczekiwanego rezultatu. Krem nawilżający jest doskonałym sposobem na pielęgnację w czasie pracy, między procedurami mycia i dezynfekcji rąk, natomiast krem natłuszczający należy stosować w domu lub w czasie dłuższych przerw w pracy.

Justyna Piwowarczyk
Konsultant Naukowy
Medilab Sp. z o.o. Białystok

NAWILŻENIE < 60 JDN.
PREPARAT NAWILŻAJĄCY np. Sterisol Skin Lioton, Mediwax

NATŁUSZCZENIE < 4 JDN.
PREPARAT NATŁUSZCZAJĄCY np. Sterisol Skin Cream, Luphenil

Literatura:
1. Allaker R. P., Noble W. C., Microbial interaction on skin. The skin microflora and microbial skin disease., Cambridge University Press, Cambridge, 1993; United Kingdom, p. 331-354.
2. Dickel H., Kuss O., Schmidt A., Kretz J., Diepgen T. L., Importance of irritant contact dermatitis in occupational skin disease., 2002; Am J Clin Dermatol. 3(4):283-9.
3. Edel K., Use of artificial nails by healthcare workers poses no risk to patients., 1998; Nursing Research 47;54-59.
4. Fagernes M., Lingaas E., Factors interfering with the microflora on hands: a regression analysis of samples from 465 healthcare workers., 2011; J Adv Nurs., Feb;67(2):297-307.
5. Smit H. A., Burdorf A., Coenraads P. J., Prevalence of hand dermatitis in different occupations., 1993; Int J Epidemiol. Apr;22(2):288-93.

EDUKACJA

JEDNĄ Z METOD PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ KONTAKTOWĄ NA ODDZIAŁACH PEDIATRYCZNYCH

Higiena rąk jest obecnie najważniejszym elementem strategii walki z zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną. Spośród osób hospitalizowanych pacjenci oddziałów i szpitali pediatrycznych są wyjątkowo narażeni na zakażenia szpitalne. Ze względu na ich specyfikę ryzyko transmisji zakażeń przenoszonych drogą kontaktową jest bardzo duże. Bliski kontakt z innymi dziećmi, czy korzystanie z tych samych zabawek to czynniki ryzyka, które nie występują na innych oddziałach szpitalnych. Problemem jest również stała obecność opiekunów, duża liczba osób odwiedzających, czy hospitalizacja na tej samej sali dzieci z zakażeniami o różnej etiologii.

Świetlica dziecięcego oddziału szpitalnego jest miejscem szczególnym. W takiej świetlicy dziecko może zapomnieć o chorobie, przenieść się z oddziału do trochę innego świata, ale dorosły nie może zapomnieć o ryzyku, jakie niesie za sobą przebywanie w tym pomieszczeniu. Zabawki nie tylko mają dobroczynny wpływ na psychikę małego pacjenta, ale mogą być również potencjalnym źródłem zakażeń krzyżowych. Wspólna zabawa, podczas której dzieci dotykają tych samych zabawek może doprowadzić do kontaminacji zabawek różnymi patogenami. Autorzy artykułów zwracają uwagę, że zabawki mogą być czynnikiem transmisji zakażeń związanych z opieką zdrowotną. W swoich pracach i wykładach zaznaczają, że tylko czyste mikrobiologicznie zabawki są bezpieczne i nie niosą ryzyka rozprzestrzeniania chorób zakaźnych. Jednak dezynfekcja zabawek nie jest prosta. Zabawki nie zawsze są łatwo zmywalne i często dezynfekowane z zastosowaniem odpowiedniego preparatu.

Kilka miesięcy temu przebywałam z córką w szpitalu, gdzie miałam możliwość w praktyce zaobserwować, jak w prosty sposób można wdrożyć działania zmniejszające ryzyko rozprzestrzeniania zakażeń wśród dzieci. Na oddziale, na którym przebywałyśmy, wisiała wprawdzie tablica informująca o konieczności dezynfekcji rąk wyposażona w środek do dezynfekcji, ale jej przekaz był skierowany bardziej do personelu medycznego niż do dzieci i ich opiekunów. Efekt był taki, że ja i moja córka byłyśmy jedynymi osobami, które z niego korzystały. Córeczka nauczona już od najmłodszych lat, jak ważna jest higiena rąk, dezynfekowała ręce przed każdym wejściem i po każdym wyjściu ze świetlicy. Robiłyśmy to wspólnie, a przy okazji świetnie się bawiłyśmy recytując wierszyk:

„Umyj rączkom brzuszki,
później plecki i paluszki,
potem palce złap na wędkę,
pokręć kciuki śrubokrętem
i na koniec swe paluszki
potrzyj szybko o dwa brzuszki."

**autor: Justyna Piwowarczyk*

Mamy innych dzieci na początku patrzyły na nas zdziwione. Jednak po krótkiej rozmowie, w której wyjaśniłam po co to robimy oraz jak należy to robić, zaczęły dezynfekować ręce swoje i dzieci. Dla wielu zaskoczeniem było to, że mycie rąk nie zawsze przynosi spodziewane efekty, a taka z pozoru błaha czynność jak dezynfekcja może pomóc w ochronie ich najbliższych przed zakażeniami. Zrozumiały, że alkohol do dezynfekcji rąk jest bezpieczny oraz nie zmywa drobnoustrojów jak woda, ale skutecznie je niszczy.

O tym, że ręce trzeba często myć zapominają nie tylko dzieci, ale i dorośli. O dezynfekcji rąk w szpitalu

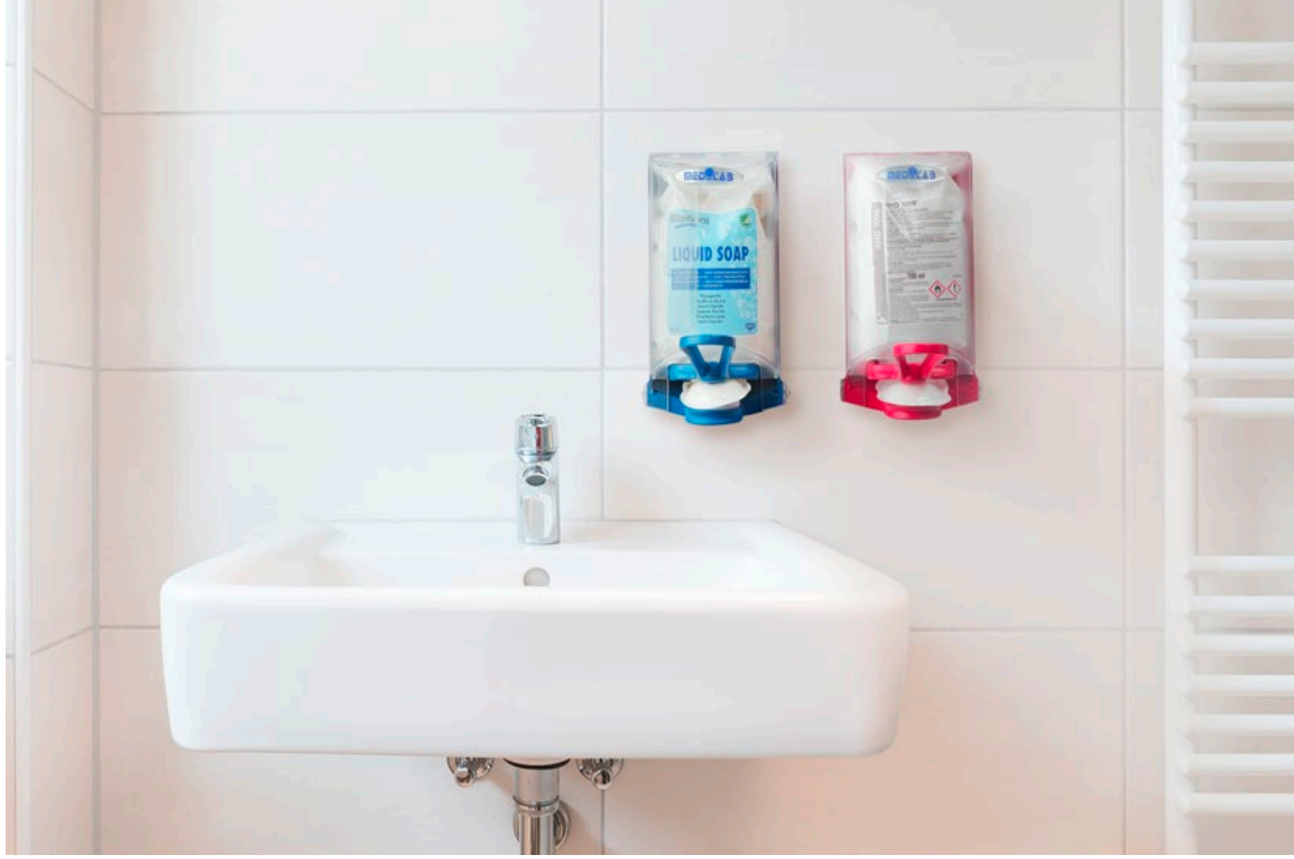
większość rodziców nawet nie myśli. Uświadomienie dzieciom i ich opiekunom, że wystarczy 30 sekund by zapobiec szerzeniu się zakażeń nie jest trudne. Wystarczy odpowiednio wdrożony program edukacyjny, dostosowane do małych pacjentów i ich opiekunów materiały edukacyjne oraz trochę poświęconego czasu na rozmowę i zabawę. Pomocne w tym są specjalne tablice i instrukcje higieny rąk dla dzieci, kolorowanki tematyczne, nalepki itp. materiały przygotowane przez firmę Medilab. Edukacja dzieci i rodziców w zakresie higieny rąk powinna zostać przeprowadzona już w dniu przyjęcia do szpitala i powtarzana w kolejnych dniach hospitalizacji.

Światowy Dzień Promocji Higieny Rąk jest doskonałą okazją do organizacji wspólnie ze szpitalami akcji skierowanych do pacjentów i osób odwiedzających. Każdy chętny może sprawdzić, czy prawidłowo dezynfekuje ręce. Po naniesieniu preparatu dezynfekcyjnego z substancją świecącą w świetle UV można ocenić dokładność przeprowadzonej dezynfekcji i dowiedzieć się, jakie najczęściej błędy popełniamy przy dezynfekcji rąk.

Edukacja pracowników szpitalnych, pacjentów oraz ich opiekunów powinna być obecnie priorytetem w programie kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Budowanie świadomości i poszerzanie wiedzy w zakresie profilaktyki prowadzi do zmniejszenia ich liczby oraz do poprawy bezpieczeństwa zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego.

Ewa Pogorzelska
Kierownik Działu Marketingu Dezynfekcyjnego
Medilab Sp. z o.o. Białystok

Literatura:
1. Gregorowicz-Warpas D.: Metody edukacji pacjentów ich rodzin w zakresie profilaktyki oraz zwalczania zakażeń. Wydawnictwo Evereth, Forum Zakażeń, Zeszyt 1/Tom 9/2018, 33-37
2. Jackowska T., Pawlik K.: Profilaktyka zakażeń szpitalnych w oddziale pediatrycznym – doświadczenia własne. Wydawnictwo Aluna, Developmental Period Medicine, 2015;XIX,2, 225-234
3. Rożkiewicz D., Kłusewicz K.: Zabawki jako potencjalne źródło zakażeń krzyżowych w jednostkach opieki zdrowotnej. Wydawnictwo Twoje Zdrowie, Zakażenia, 4/2014



DOBÓR KOLORÓW DOZOWNIKÓW

W ZALEŻNOŚCI OD OBSZARÓW W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

System kodów kolorystycznych ułatwiający identyfikację i zastosowanie odpowiedniego produktu funkcjonuje w szpitalach od dawna. Dotyczy jednak głównie systemu utrzymania czystości. W literaturze naukowej niewiele jest natomiast doniesień na temat wpływu koloru dozownika na zwiększenie przestrzegania procedur higieny rąk.
W 2014 roku, w jednym z niemieckich szpitali przeprowadzono badanie, którego celem było zbadanie tego zjawiska. Na oddziale intensywnej terapii obserwowano zużycie preparatu dezynfekcyjnego z dozowników w typowym kolorze oraz z dozowników w kolorze czerwonym. W trakcie eksperymentu zakazano pracownikom korzystania z małych, kieszonkowych butelek z preparatem do dezynfekcji. Na podstawie analizy uzyskanych wyników udało się wykazać 6% wzrost zużycia preparatu w czasie dostępu do czerwonych dozowników.

Podczas opisywanego badania zmiana koloru dozownika mogła stanowić pewnego rodzaju element przypominający o konieczności higieny rąk. Podobny efekt osiągamy, gdy zmieniają się plakaty, naklejki i ulotki informujące o technice higieny rąk – przyzwyczajamy się do wielokrotnie oglądanych obrazów a ich zmiana działa odświeżająco.

Wiadomym jest, że takie zmiany w kolorystyce i wyglądzie nie będą skuteczne przez długi czas. Dlatego istotne jest wprowadzenie systemu kolorystycznej identyfikacji obszarów, polegającego na wymianie dozowników na kolorowe tylko w obszarach epidemiologicznie uzasadnionych. To jednoznaczny sygnał dla personelu medycznego, pacjentów oraz innych użytkowników.
Poniżej przedstawiamy nasze sugestie dotyczące doboru koloru dozownika w zależności od obszaru i stopnia zagrożenia epidemiologicznego. Pamiętajmy jednak, że to nie kolor dozownika, a używany preparat oraz skuteczność wykonywanej techniki higieny rąk ma podstawowe znaczenie w profilaktyce zakażeń w tych strefach. Szersze zalecenia dotyczące właściwości preparatów do mycia i dezynfekcji rąk oraz organizacji i wyposażenia stanowiska do higieny rąk w wymienionych obszarach można znaleźć w nowej broszurze informacyjnej Medilab „Nowe kolorlove dozowniki Sterisolove".

DO OBSZARÓW, W KTÓRYCH JEST OBECNY PACJENT IZOLOWANY, IZOLOWANY KONTAKTOWO I KOHORTOWANY – DOZOWNIKI CZERWONE I FIOLETOWE

- Na sali izolowanego pacjenta z alert patogenem należy wymienić dozownik z preparatem do dezynfekcji rąk na dozownik czerwony.
- Łóżko pacjenta izolowanego kontaktowo na sali wieloosobowej powinno być wyposażone w czerwony dozownik na preparat do dezynfekcji rąk.
- W przypadku pacjenta z *C.difficile* – by podkreślić istotę mycia rąk w przerywaniu transmisji sporów bakteryjnych – należy wyposażyć stanowisko w fioletowy dozownik na preparat myjący oraz w czerwony dozownik na preparat do dezynfekcji rąk.
- Dozowniki z preparatem dezynfekcyjnym powinny się znajdować w bezpośredniej strefie pacjenta.
- Dodatkowo pacjenta izolowanego, izolowanego kontaktowo i kohortowanego zaleca się zaopatrzyć w kieszonkową pojemność preparatu do dezynfekcji rąk.

Zalecane preparaty:
AHD 1000 Sterisol
Sterisol Liquid Soap
Sterisol Skin Lotion

DO OBSZARÓW, W KTÓRYCH WYKONYWANE SĄ BADANIA DIAGNOSTYCZNE, W GABINETACH LEKARSKICH, ZABIEGOWYCH ORAZ PUNKTACH SZCZEPIEŃ – DOZOWNIKI ŻÓŁTE I NIEBIESKIE

- W obszarach, w których wykonywanych jest dużo procedur medycznych, w tym zabiegowych, należy odpowiednie stanowisko wyposażyć w żółty dozownik na preparat do dezynfekcji rąk oraz w niebieski dozownik na preparat do mycia rąk.
- W niewielkich pomieszczeniach z dużą ilością niezbędnej aparatury medycznej zaleca się korzystanie z przenośnych stacji dozujących zawierających co najmniej żółty dozownik z preparatem dezynfekującym.
- Na wózkach zabiegowych, opatrunkowych i innych wózkach wielofunkcyjnych należy stabilnie zamocować dozowniki za pomocą odpowiednich obejm.
- Dodatkowo w celu uniknięcia uszkodzeń dozowników w miejscach o dużym natężeniu ruchu pacjentów, warto zamontować dozowniki z mini ramieniem dozującym.

Zalecane preparaty:
Aniosgel 85 NPC Sterisol
Sterisol Soap Ultra Mild

DO OBSZARÓW, W KTÓRYCH JEST OBECNY PACJENT I ODWIEDZAJĄCY – DOZOWNIKI ZIELONE I BIAŁE

- Dozownik z preparatem dezynfekcyjnym powinien znajdować się w miejscu łatwo dostępnym, dobrze widocznym i powszechnie odwiedzanym, np. przed wejściem na oddział, w ciągach komunikacyjnych, poczekalniach, itp.
- Przed wejściem na oddział zaleca się zawieszenie zielonego dozownika z preparatem do dezynfekcji oraz naklejki informacyjnej: „STOP! Przed wejściem na oddział zdezynfekuj ręce".
- Poczekalnie dla pacjentów, świetlice i miejsca dla odwiedzających warto wyposażyć w tablice edukacyjne wyposażone w ulotki: „Kiedy należy dezynfekować ręce?" oraz zielony dozownik z preparatem do dezynfekcji.
- Łazienki dla pacjentów i/lub odwiedzających należy wyposażyć w biały dozownik z preparatem do mycia oraz zielony dozownik z preparatem do dezynfekcji.
- Należy w jednoznaczny sposób odróżnić preparat myjący od dezynfekującego, tak aby użytkownik nie miał wątpliwości podczas korzystania z nich. Do tego celu służą wodoodporne naklejki na dozowniki z napisem „mycie" i „dezynfekcja". Jeśli nie możemy wymienić dozowników na kolorowe, na dozownikach białych można zastosować kolorowe, przedłużone ramiona dozujące w kolorze czerwonym (dezynfekcja) i niebieskim (mycie).

Zalecane preparaty:
Sterisol Ethanol
Sterisol Soap Ultra Mild

DO OBSZARÓW, W KTÓRYCH WYKONYWANE SĄ PROCEDURY CHIRURGICZNE, NP. BLOK OPERACYJNY, TRAKT PORODOWY – DOZOWNIKI SZARE I BIAŁE

- Stanowisko przygotowania personelu medycznego powinno być wyposażone w baterie uruchamiane automatycznie oraz biały dozownik z preparatem myjącym i szary dozownik z preparatem dezynfekującym pasujący kolorystycznie do pomieszczenia zwykle wykonanego ze stali nierdzewnej.
- Zaleca się korzystanie z metalowych dozowników, możliwych do mycia termicznego i sterylizacji, lub automatycznych dozowników na fotokomórkę.
- Na sali operacyjnej, w pobliżu miejsca pracy zespołu anestezjologicznego i przy wyjściu z sali, powinien być dostępny szary dozownik z preparatem dezynfekcyjnym.
- Warto wyposażyć dozowniki w przedłużone ramiona dozujące, które ułatwiają łokciowe dozowanie preparatów myjących i dezynfekujących oraz kolorystycznie odróżniają preparat myjący (niebieskie ramię) od dezynfekcyjnego (czerwone ramię).
- Zaleca się by w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych bloku operacyjnego umieścić biały dozownik z preparatem myjącym przeznaczonym do mycia ciała i włosów dla personelu medycznego.

Zalecane preparaty:
Sterisol Preop
Sterisol Liquid Soap
Sterisol Shower Gel & Shampoo

DO OBSZARÓW, W KTÓRYCH PROWADZONE SĄ PROCEDURY RATUNKOWE I INNE, NP. SZPITALNE ODDZIAŁY RATUNKOWE, KARETKI POGOTOWIA RATUNKOWEGO, IZBY PRZYJĘĆ – DOZOWNIKI POMARAŃCZOWE I BIAŁE

- Należy wyposażyć te obszary w pomarańczowy dozownik na preparat do dezynfekcji oraz jeśli jest taka możliwość, w biały dozownik na preparat do mycia.
- Zaleca się montowanie dozowników na preparat do dezynfekcji ze specjalnym uchwytem na poręcze, stelaże itp. (szczególnie zalecane w przypadku karetek pogotowia ratunkowego oraz innych pomieszczeń z ograniczeniami).
- W celu uniknięcia uszkodzeń i strąceń dozowników w miejscach z ograniczoną przestrzenią, warto zamontować dozownik z mini ramieniem dozującym.
- W szpitalnych oddziałach ratunkowych powinny znajdować się tablice edukacyjne oraz pomarańczowy dozownik z preparatem do dezynfekcji dla pacjentów oczekujących.
- Personel ratownictwa medycznego należy dodatkowo wyposażyć w kieszonkowe opakowania preparatów do dezynfekcji.

Zalecane preparaty:
Sterisol Ethanol
Sterisol Liquid Soap

DO OBSZARU ODDZIAŁÓW PEDIATRYCZNYCH, NEONATOLOGICZNYCH LUB INNYCH POMIESZCZEŃ, W KTÓRYCH PRZEBYWAJĄ DZIECI, NP. SALE ZABAW, ŚWIETLICE, BIBLIOTEKI SZPITALNE – DOZOWNIKI Z BAJKOWĄ GRAFIKĄ (RYBKI) I RÓŻOWE

- Pacjentów oddziałów pediatrycznych, opiekunów i osoby odwiedzające warto zachęcić do higieny rąk, wyposażając oddział w różowe dozowniki z preparatem do mycia rąk oraz w dozownik z bajkową grafiką z preparatem do dezynfekcji rąk.
- Warto w jednoznaczny sposób odróżnić preparat myjący od dezynfekującego, tak aby użytkownik nie miał wątpliwości podczas korzystania z nich. W tym celu można zastosować naklejki na dozowniki z napisem „mycie" i „dezynfekcja".
- Różowe dozowniki z preparatem do dezynfekcji wraz z obrazkową instrukcją dezynfekcji rąk dla dzieci powinny znajdować się przed wejściem do świetlicy i sali zabaw.
- W sali chorych, na łóżkach warto zamontować dozownik z bajkową grafiką z preparatem do dezynfekcji, dedykowany personelowi opiekującemu się najmniejszymi pacjentami.
- W celach edukacyjnych należy wyposażyć stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk w specjalne schematy z instrukcją mycia rąk dla dzieci oraz naklejki przypominające „Wszystkie żabki myją łapki" itp.
- W miejscach szczególnych warto zamontować dozowniki zamykane na kluczyk, aby uchronić najmłodszych pacjentów przed używaniem preparatów niezgodnie z przeznaczeniem.

Zalecane preparaty:
Aniosgel 85 NPC Sterisol
Sterisol Soap Ultra Mild

DO OBSZARÓW ADMINISTRACYJNYCH SZPITALA, NP. GABINET DYREKCJI, DZIAŁ HIGIENY SZPITALNEJ, DZIAŁ KONTROLI I ZAPEWNIANIA JAKOŚCI, DZIAŁ KSIĘGOWOŚCI, ARCHIWUM I STATYSTYKA MEDYCZNA – DOZOWNIKI CZARNE I BIAŁE

- Pomimo tego, że w tych obszarach nie jest sprawowana bezpośrednia opieka nad pacjentem istnieje realne zagrożenie spowodowane kontaktem pacjenta z personelem administracyjnym. Szczególnie istotne jest w tym obszarze mycie rąk.
- Warto wyposażyć pomieszczenia administracyjne w czarne dozowniki z preparatem dezynfekującym i w białe dozowniki z preparatem myjącym oraz w instrukcję z prawidłową techniką mycia i dezynfekcji rąk.
- Warto zamontować tacki pod dozowniki, aby uchronić powierzchnie biurowe przed ewentualnym zalaniem i zachlapaniem. W pomieszczeniach z powierzchniami wrażliwymi na działanie alkoholu np. płyta MDF, tworzywa sztuczne, guma, wykładzina itp. zaleca się zamontowanie tacki, przynajmniej pod dozownikiem z preparatem dezynfekującym.
- Istnieje możliwość dopasowania kolorystyki i grafiki dozowników na preparaty w zależności od wystroju pomieszczenia, np. możliwe jest wykonanie dozowników z grafiką drewnopodobną, które dopasuje się do dopracowanego architektonicznie pomieszczenia.

Zalecane preparaty:
AHD 1000 Sterisol
Sterisol Liquid Soap

Kolory dozowników mogą stać się nietypowym sposobem na przekazywanie ważnych komunikatów epidemiologicznych. Kolorystyczne kodowanie dozowników może przy niskim nakładzie kosztów znacznie poprawić przestrzeganie higieny rąk w obszarze medycznym.

Emilia Szumska
Specjalista ds. marketingu
Medilab Sp. z o.o. Białystok

Opracowanie na podstawie wieloletnich doświadczeń związanych z tworzeniem procedur dotyczących higieny rąk oraz literatury dostępnej u autora.

Nowe kolorlove
dozowniki Sterisolove

WYJĄTKOWE POTRZEBY – WYJĄTKOWE ROZWIĄZANIA

MEDILAB®

CO UCZULA CO PODRAŻNIA

W PREPARATACH DO DEZYNFEKCJI RĄK

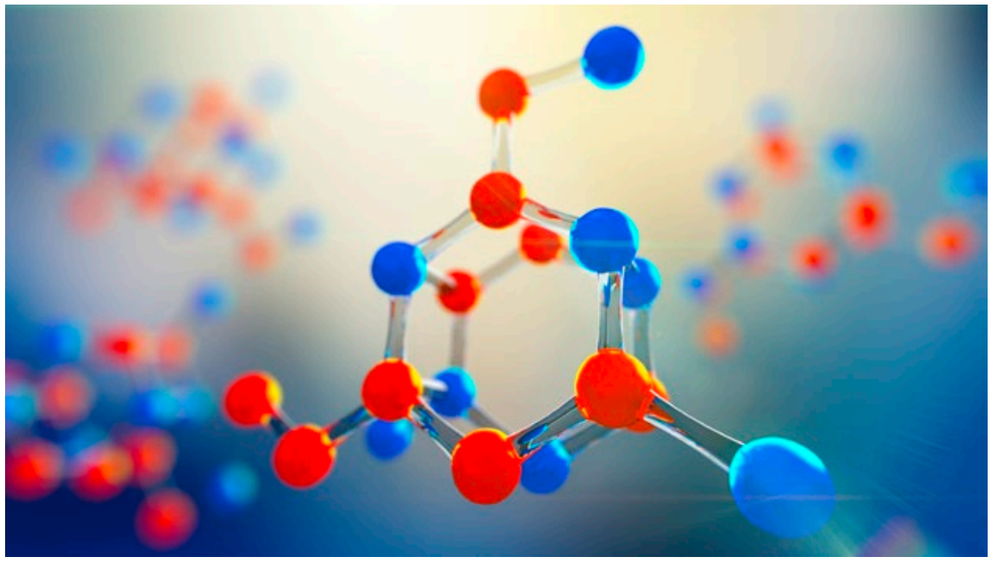
Prawidłowe przestrzeganie elementarnych zasad dezynfekcji rąk, w tym stosowanie odpowiednich preparatów, stanowi jeden z podstawowych i skutecznych mechanizmów zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Liczne badania mikrobiologiczne i epidemiologiczne potwierdziły istotną rolę higieny rąk w opiece medycznej. Obecne rekomendacje World Health Organization (WHO) podkreślają priorytetową rolę dezynfekcji rąk, która poza kilkoma wyjątkami (oznaki widocznego brudu, profilaktyka zakażeń *C.difficile*) jest znacznie częściej zalecana niż mycie rąk. Wynika to między innymi z niewielkiego stopnia redukcji drobnoustrojów, która w przypadku mycia rąk wynosi ok. 99% oraz z faktu, że preparaty myjące z uwagi na obecność substancji, takich jak: barwniki, dodatki zapachowe oraz konserwanty szkodliwie wpływają na warstwę wodno-lipidową naskórka powodując utratę szeregu czynników ochronnych. W efekcie stosowanie mydeł dużo częściej powoduje podrażnienia i uczulenia na dłoniach personelu medycznego niż w przypadku środków dezynfekcyjnych. Obok procedur higieny rąk, istotnym czynnikiem wpływającym na jakość pracy i bezpieczeństwo zarówno pacjentów, jak i personelu jest stosowanie odpowiednich środków w procedurach dezynfekcji rąk oraz pola zabiegowego. Dobór właściwego preparatu nie powinien zależeć wyłącznie od zgodności z obowiązującymi normami, spektrum i czasu działania, ale co najmniej w równej mierze od zawartości substancji czynnych, pomocniczych oraz ich bezpiecznego wpływu na skórę personelu oraz pacjentów, a także bezpiecznego sposobu konfekcjonowania.

Od ponad dwóch dekad Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Nofera w Łodzi prowadzi badania i analizy dotyczące skórnych, kontaktowych reakcji niepożądanych na środki dezynfekcyjne wśród personelu medycznego różnych szczebli. Wnioskiem z analiz przeprowadzonych przez IMP jest fakt, iż najliczniejszą grupą zawodową wśród pracowników szpitali zgłaszającą reakcje na szkodliwe działania dezynfektantów jest personel pielęgniarski (częściej pielęgniarki oddziałów zabiegowych). Najbardziej powszechną reakcją niepożądaną na kontakt ze środkiem dezynfekcyjnym jest kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia. Reakcji tej często towarzyszą objawy, takie jak: swędzenie, podrażnienie, zaczerwienienie czy suchość. W skrajnych przypadkach mogą powstawać mikrouszkodzenia prowadzące do pękania skóry, a nawet krwawienia. Kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia zawsze powstaje w miejscu kontaktu skóry ze środkiem dezynfekującym. Kolejną obserwowaną reakcją na środki do dezynfekcji rąk jest alergiczne kontaktowe zapalenie skóry będące następstwem nadwrażliwości skórnej na niektóre składniki preparatów. Zwykle pojawia się w miejscu kontaktu skóry z alergenem, ale może również pojawić się w miejscach zlokalizowanych odlegle od punktu kontaktu z czynnikiem wywołującym odczyn. Warto zaznaczyć, że w przypadku alergicznego kontaktowego zapalenia skóry często mamy do czynienia z reakcjami o charakterze opóźnionym, co oznacza, że objawy pojawiają się dopiero po jakimś czasie od momentu ekspozycji na substancję uczulającą (np. kilka godzin od zakończenia pracy). Mimo wieloletniego narażenia na daną substancję objawy alergicznego kontaktowego zapalenia skóry mogą również pojawiać się nagle, tj. zaraz po kontakcie z alergenem. W skrajnych przypadkach alergicznego kontaktowego zapalenia skóry może dojść do zaburzeń ze strony układu oddechowego oraz anafilaksji.

Wśród substancji czynnych wykorzystywanych w produkcji preparatów do dezynfekcji rąk i pola operacyjnego najczęściej stosuje się: alkohole (etylowy, propylowy, izopropylowy), chlorheksydynę, jodofory oraz czwartorzędowe związki amoniowe (benzalkonium). Stosowane są również pochodne fenylowe (fenoksyetanol). Z uwagi na szeroki zakres toksyczności niektóre z substancji są wycofywane (triclosan) na mocy aktualizowanych przepisów UE. Pod koniec 2013 roku Francuska Agencja Bezpieczeństwa Lekarstw i Produktów Higieny (ANSM) wydała zalecenie zaniechania stosowania preparatów zawierających fenoksyetanol bezpośrednio na skórę dzieci i niemowląt. Z kolei w Japonii obowiązuje bezwzględny zakaz stosowania preparatów zawierających fenoksyetanol. Podstawowy mechanizm toksyczności fenolu i jego pochodnych sprowadza się do działania drażniącego na skórę, stanów zapalnych skóry, wymiotów, czy szkodliwego działania na ośrodkowy układ nerwowy.

Alkohole (etanol, propanol, izopropanol) są najlepiej tolerowanymi przez skórę substancjami aktywnymi. Z samych związków alkoholowych stosowanych w dezynfekcji rąk najniższą toksycznością cechuje się etanol. Parametrem różnicującym bezpieczeństwo stosowania poszczególnych alkoholi jest wartość NDS (Najwyższe Dopuszczalne Stężenie) oraz NDSCh (Najwyższe Dopuszczalne Stężenie Chwilowe), który znajduje się w sekcji 8 karty charakterystyki preparatu. Interpretacją wyników NDS i NDSCh jest przyjęcie zasady „im wyższa wartość, tym dana substancja bezpieczniejsza". W przypadku, gdy dana substancja ma bardzo niski potencjał toksyczności nie ma potrzeby określania parametru NDSCh (np. etanol). Alergiczne kontaktowe zapalenia skóry w przypadku preparatów alkoholowych występuje bardzo rzadko.

Chlorheksydyna: jest pochodną biguanidu, należy do związków kationowych i najczęściej występuje w postaci soli (octan, glukonian). W preparatach do dezynfekcji rąk, z uwagi na wąskie spektrum mikrobójcze (przy stężeniu 0,5-2%), najczęściej występuje w roztworach alkoholowych. Glukonian chlorheksydyny należy do substancji o wysokim potencjale do wywoływania alergicznego kontaktowego zapalenia skóry. Literatura fachowa opisuje liczne przypadki uczuleń i podrażnień związanych ze stosowaniem chlorheksydyny. Znane są również przypadki pokrzywek kontaktowych, ciężkich reakcji alergicznych z objawami duszności, a nawet wstrząsu anafilaktycznego. Według informacji opublikowanych 2 lutego 2017 roku przez FDA (Food and Drug Administration – amerykańska Agencja Żywności i Leków) między 1969 a 2015 rokiem zidentyfikowano 43 przypadki wstrząsu anafilaktycznego po zastosowaniu na skórę preparatów zawierających chlorheksydynę. Przy czym ponad połowa ze zgłoszonych przypadków miała miejsce po 2010 roku, a dwa z nich zakończyły się zgonem. Opisane przypadki dotyczą wyłącznie informacji zgłaszanych do FDA, co w praktyce oznacza, że faktyczna liczba reakcji na chlorheksydynę może być znacznie większa.



Chlorek benzalkoniowy BAC (benzalkonium): jest związkiem organicznym należącym do czwartorzędowych związków amoniowych. Z uwagi na wysoką skuteczność mikrobójczą i zdolność obniżania napięcia powierzchniowego jest uznaną substancją w preparatach do dezynfekcji narzędzi, powierzchni oraz rąk. Przy czym w przypadku tych ostatnich zastosowanie benzalkonium powinno być ograniczone. W kontakcie ze skórą związek ten może powodować podrażnienia prowadzące do kontaktowego zapalenia skóry oraz reakcje alergiczne. Szczególnie niebezpieczny dla zdrowia może być kontakt benzalkonium ze zranioną skórą. Do najczęściej opisywanych objawów po kontakcie z czwartorzędowymi związkami amoniowymi (w tym benzalkonium BAC) należą: nieżyt nosa, kaszel, duszności, wysypka oraz świąd i pieczenie w miejscu kontaktu. W skrajnych przypadkach może dojść do wstrząsu anafilaktycznego.

Substancje zapachowe: są to lotne związki organiczne najczęściej pochodzenia roślinnego, a także zwierzęcego oraz syntetycznego. Zazwyczaj ich dodatek podyktowany jest koniecznością zamaskowania pierwotnego zapachu środka dezynfekcyjnego i nie wpływa na skuteczność mikrobójczą preparatu. Aktualnie na rynku znajduje się około 3 tysięcy różnych substancji zapachowych, z czego ok. 100 wykazuje potencjał alergizujący. Substancje te należą do jednych z najczęstszych czynników etiologicznych alergicznego kontaktowego zapalenia skóry. Mogą być również przyczyną takich schorzeń jak: reakcje fotokontaktowe (fototoksyczne, fotoalergiczne), zapalenie z podrażnienia, wyprysk kontaktowy, pokrzywka kontaktowa oraz zmiany typu rumień wielopostaciowy. Dodatek substancji zapachowych do środków dezynfekcyjnych może być przyczyną zaostrzenia nieżytu nosa oraz astmy.

Odpowiedni dobór preparatów (pod kątem zarówno substancji czynnych, pomocniczych, jak i pielęgnujących) pozbawionych dodatków uczulających oraz drażniących zapewni nie tylko właściwą skuteczność mikrobójczą, czy zgodność z obowiązującymi standardami, ale również satysfakcjonująco wpłynie na podniesienie komfortu pracy samych użytkowników. Na komfort pracy personelu medycznego i bezpieczeństwo pacjentów wpływać będzie także stosowanie preparatów konfekcjonowanych w woreczki wyposażone w specjalną zastawkę uniemożliwiającą wtórną kontaminację zawartości opakowania (tzw. system zamknięty bez konserwantów zapewniający jałowość preparatu przez cały okres jego użytkowania). Kierowanie się powyższymi przesłankami doprowadzi w efekcie do częstszego stosowania środków dezynfekcyjnych przez personel medyczny, przyczyniając się jednocześnie do wzrostu dyscypliny higieny rąk w placówkach służby zdrowia.

Filip Cetera
Dyrektor ds. sprzedaży
Medilab Sp. z o.o. Warszawa

Literatura:

1. Bilski B, Kosiński B.: Analiza wybranych zachowań w zakresie higieny rąk w wybranej populacji personelu pielęgniarskiego, Medycyna Pracy 2007, 58 (4), 291.
2. Qushmaq I.A., Heels-Ansdell D., Cook D.J., Loeb M.B, Meade M.O.: Higiena rąk na oddziale intensywnej terapii
3. Różkiewicz D.: Ręce personelu jako potencjalne źródło zakażeń szpitalnych, Zakażenia 2011, 11 (5).
4. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2009.: First global patient safety challenge – clean care is safer care, 2009, 44 – 45.
5. Opracowanie zbiorowe.: Prace przeglądowe z zakresu mikrobiologii klinicznej, Amerykańskie Towarzystwo Mikrobiologii 2004, 25,
6. Maki DG.: The use of antiseptics for handwashing by medical personnel. Journal of Chemotherapy, 1989, 1 (suppl.):3-11.
7. http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Information-in-English
8. Opracowanie zbiorowe.: Prace przeglądowe z zakresu mikrobiologii klinicznej, Amerykańskie Towarzystwo Mikrobiologii 2004, 34
9. https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm530975.htm
10. Lipińska-Ojrzanowska A., Walusiak-Skorupa J.: Czwartorzędowe związki amoniowe – nowe zagrożenie w środowisku pracy, Medycyna Pracy, 2014, nr 5, s 675–682
11. Kręcisz B., Chomiczewska-Skóra D., Kieć-Świerczyńska B.: Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, Pracownia Dermatologii Kliniki Alergologii i Zdrowia Środowiskowego IMP im. prof. J. Nofera, Łódź, 4-5

NORMA EN 1499

– OCENA PRZYDATNOŚCI DO HIGIENICZNEGO MYCIA RĄK W OBSZARZE MEDYCZNYM

Norma PN EN 1499 przeznaczona jest do badania chemicznych środków antyseptycznych i dezynfekcyjnych. Wydawać by się mogło, że mydła do takich kategorii preparatów nie należą, jednak norma ta została zaprojektowana właśnie dla preparatów przeznaczonych do mycia rąk i ciała w obszarze medycznym.

Jest to norma fazy 2 etapu 2, która podobnie jak znana wszystkim norma PN EN 1500, jest metodą nośnikową. Opisano w niej badanie symulujące praktyczne warunki użycia, w celu ustalenia, czy produkt przeznaczony do higienicznego mycia rąk zmniejsza florę przejściową. Zgodnie z tą metodą przeprowadza się eksperyment polegający na skażeniu dłoni ochotników określoną zawiesiną bakterii z rodzaju *E.coli*. Następnie na dłonie nanoszone są porcje badanego preparatu myjącego. W grupie kontrolnej stosuje się mydło referencyjne. Badanie według tej normy określa, czy preparat myjący redukuje określoną liczbę kolonii drobnoustrojów użytych do badania na rękach ochotników.

Metoda zgodnie z normą PN EN 1499 jest rekomendowana do badania preparatów myjących przeznaczonych do higienicznego mycia rąk, jeśli są używane w obszarze, w którym wymagane jest higieniczne mycie i dezynfekcja rąk tj. szpitale, gabinety dentystyczne, żłobki, przedszkola, gabinety higieny szkolnej.

Badania przeprowadzone zgodnie z PN EN 1499 wpływają na korzyść preparatu myjącego, ponieważ potwierdzają jego skuteczność w redukcji drobnoustrojów oraz zwiększają bezpieczeństwo epidemiologiczne personelu i pacjentów.

Preparaty myjące używane w szpitalu powinny mieć potwierdzoną skuteczność w redukcji mikroorganizmów, nawet jeśli po myciu skóry następuje dezynfekcja.

Świadomie rezygnując z wymogu spełnienia normy PN EN 1499 wobec preparatu przeznaczonego do higienicznego mycia rąk, dopuszcza się do profesjonalnego użytku w obszarze medycznym preparaty myjące o niep otwierdzonej skuteczności redukcji mikroorganizmów.

Michał Zabłocki
Prezes Zarządu
Medilab Sp. z o.o. Białystok
Członek PKN

RELACJA

Z UDZIAŁU W MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI TOWARZYSTWA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH IFIC 2018

W dniach 25-27.04.2018 r. w Krakowie odbył się XVII Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych (IFIC 2018), którego członkiem jest Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych. W kongresie uczestniczyło ok. 350 osób, głównie należących do zespołów do spraw kontroli zakażeń szpitalnych, przedstawicieli personelu pielęgniarskiego, lekarskiego, mikrobiologów oraz innych środowisk medycznych. Na konferencję zostali zaproszeni wykładowcy pochodzący z całego świata, a uczestniczące osoby reprezentowały ponad 50 różnych krajów.

Ceremonia otwarcia kongresu została poprowadzona przez Terrie B. Lee, Dyrektor Międzynarodowego Towarzystwa Kontroli Zakażeń oraz dr hab. n. med. Jadwigę Wójkowską-Mach, Prezesa Zarządu Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych. Niezwykle inspirujący i wzbudzający wiele emocji okazał się wykład inauguracyjny prof. Nizam Damani (Southern Health and Social Care Trust, Portadown), który dokonał międzynarodowego przeglądu procedur związanych z kontrolą zakażeń i wykazał, że często odbiegają one od najwyższych standardów świadczenia usług zdrowotnych. Dał tym samym do zrozumienia, że ustalenie i przestrzeganie bezpiecznych metod zapobiegania infekcjom jest wciąż ogromnym wyzwaniem wielu placówek medycznych. Podczas wykładów wielokrotnie poruszano problematykę wielolekoopornych mikroorganizmów i ich wpływu na współczesne leczenie. W głównej mierze temat przybliżyli słuchaczom naukowcy z Uniwersytetu Medycznego w Warszawie (dr n. farm. Agnieszka Laudy), z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc (prof. dr hab. n. med. Ewa Augustynowicz-Kopeć) oraz z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (dr n. med. Beata Kowalska-Krochmal).

W trakcie konferencji zorganizowano również trzy interaktywne warsztaty, podczas których uczestnicy mieli możliwość nawiązania kontaktów ze specjalistami w dziedzinie kontroli zakażeń szpitalnych z innych krajów. Dzięki aktywnemu uczestnictwu wszyscy zainteresowani tematyką wymieniali się swoimi doświadczeniami podczas panelu dyskusyjnego, który był prowadzony metodą „Open Fishbowl". W bardzo przystępny sposób omówiono praktyczne aspekty wdrożenia i promocji wielomodułowej strategii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Clean Care is Safer Care". Kolejny warsztat - „Dekontaminacja środowiska", charakteryzował się bardzo wysokim poziomem merytorycznym. Dr Egil Lingaas (Szpital Uniwersytecki w Oslo, Norwegia) i dr Syed A. Sattar (Uniwersytet w Ottawie, Kanada) poruszyli temat najnowszych wytycznych dotyczących dekontaminacji powietrza, nowoczesnych metod monitorowania powierzchni oraz doboru najbardziej skutecznych preparatów do dezynfekcji w tym obszarze.

Podczas kongresu została zorganizowana również sesja posterowa, w której zaprezentowano ok. 50 prac o tematyce związanej z kontrolą zakażeń szpitalnych. Praca pod kierownictwem dr hab. n. med. Doroty Rożkiewicz (Uniwersytet Medyczny w Białymstoku) oraz mgr Emilii Szumskiej (Medilab Sp. z o.o.) „Bare below the elbows: is this policy preformed by healthcare workers in Poland?" („Nic poniżej łokcia: czy ta polityka jest przestrzegana przez personel medyczny w Polsce?") również została zaprezentowana podczas tej sesji. Zaobserwowano, że opracowane wyniki z zakresu przygotowania rąk do procedury mycia i dezynfekcji w kontekście sytuacji w polskich placówkach medycznych spotkały się z dużym zainteresowaniem uczestników kongresu.
Jednym z ważnych elementów na konferencji było walne zgromadzenie członków i zarządu Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych. Podczas spotkania została wybrana nowa pani prezes dr Marta Wałaszek.

Bez wątpliwości można stwierdzić, że IFIC 2018 to kongres umożliwiający zdobycie szerokiej wiedzy opartej o najnowsze regulacje prawne i wytyczne międzynarodowych towarzystw w zakresie zakażeń szpitalnych. To również najlepsza forma nawiązania kontaktów z członkami i delegatami innych stowarzyszeń reprezentujących różne kraje.

Emilia Szumska
Specjalista ds. marketingu
Medilab Sp. z o.o. Białystok

Od lewej: dr hab. n. med. Dorota Rożkiewicz i mgr Emilia Szumska przy prezentowanym plakacie podczas sesji posterowej.

RELACJA

Z DNI HIGIENY RĄK

5 maja Światowa Organizacja Zdrowia obchodzi Światowy Dzień Higieny Rąk. Firma Medilab co roku stara się wspierać tę ideę poprzez organizację konferencji (I Konferencja ku pamięci I. Semmelweisa w 2017 roku) oraz happeningów w wybranych placówkach medycznych na terenie Polski.

W tym roku spotkania takie odbyły się na terenie województwa opolskiego: 7 maja w Szpitalu Powiatowym w Strzelcach Opolskich oraz w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Opolu 9 maja 2018 roku. W województwie dolnośląskim event odbył się 22 maja w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu. W tych placówkach zorganizowano stoisko edukacyjne dla pacjentów i osób odwiedzających oraz szkolenia dla personelu medycznego. W szpitalu w Opolu zorganizowano konferencję naukowo-szkoleniową z udziałem Prezesa Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej dr n. med. Tomasza Ozorowskiego. W województwie łódzkim w ramach obchodów Dnia Higieny Rąk odbyło się szkolenie dla personelu medycznego Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki. Na oddziały zostały przekazane materiały edukacyjne dla pacjentów i odwiedzających: naklejki, plansze, schematy higieny rąk. W województwie wielkopolskim odbyły się szkolenia na oddziałach w Szpitalu Klinicznym nr 3 w Poznaniu. Na prośbę tego szpitala w szkole podstawowej im. Jana Brzechwy w Rokietnicy przeprowadzono szkolenia z higieny rąk dla dzieci klas 4, w których wzięło udział 180 uczniów.

Specjalnie na te wydarzenia przygotowaliśmy materiały edukacyjne z wierszykiem „myjącym ręce", zakładki do książek z informacją, kiedy należy ręce myć, odblaski w kształcie żabek – ponieważ hasło naszej akcji to „Wszystkie żabki myją łapki", a także upominki dla najmłodszych pacjentów. Akcja spotkała się z bardzo dużym zainteresowaniem. Pacjenci, personel i osoby odwiedzające podchodzili do nas pytając co promujemy i ile to kosztuje. Kiedy słyszeli, że uczymy prawidłowej higieny rąk i w dodatku za darmo, chętnie zaglądali do naszej lampy UV i z zaskoczeniem stwierdzali, że mycie rąk, to wcale nie jest taka prosta sprawa. Wielu z nich wracało później przyprowadzając rodziny i dzieci, żeby i oni zobaczyli efekt swojego mycia rąk. Warto podkreślić, że osoby, które brały udział w akcji to bardzo świadomi pacjenci, doskonale wiedzieli, że w szpitalu jest mnóstwo bakterii, a zakażenia to poważny problem i higiena rąk jest niezwykle ważna. Po raz kolejny przekonaliśmy się, że taka forma edukacji jest bardzo trafiona i oczekiwana przez pacjentów. Planujemy zorganizować podobne wydarzenia na 15 października 2018 r. – w Światowy Dzień Mycia Rąk. Chętne placówki zapraszamy do kontaktu z regionalnym przedstawicielem firmy Medilab.

Justyna Piwowarczyk
Konsultant Naukowy
Medilab Sp. z o.o. Białystok

OBSERWACJE WHO - ODPOWIEDZI

SYTUACJA 1

	Mycie przed	Mycie po	Dezynfekcja przed	Dezynfekcja po	Założyć rękawiczki	Zdjąć rękawiczki
Pielęgniarka wchodzi do gabinetu						
Pacjent siada na fotelu						
Pielęgniarka sprawdza dostępność żyły do pobrania krwi			✓			
Pielęgniarka zakłada stazę						
Pielęgniarka rozpoczyna pobranie krwi			✓		✓	
Pielęgniarka kończy pobranie krwi						
Pielęgniarka zdejmuje stazę						
Pielęgniarka zabezpiecza miejsce wkłucia opatrunkiem				✓		✓
Pielęgniarka opisuje próbówki				✓*		✓*
Pielęgniarka żegna się z pacjentem						

SYTUACJA 2

	Mycie przed	Mycie po	Dezynfekcja przed	Dezynfekcja po	Założyć rękawiczki	Zdjąć rękawiczki
Pielęgniarka wchodzi do sali chorego						
Pacjent wyjmuje rękę spod koca			**			
Pielęgniarka sprawdza dostępność żyły przed założeniem wkłucia obwodowego			✓			
Pielęgniarka zakłada stazę						
Pielęgniarka rozpoczyna zakładanie wkłucia			✓		✓	
Pielęgniarka kończy zakładanie wkłucia						
Pielęgniarka zdejmuje stazę						
Pielęgniarka zabezpiecza miejsce wkłucia opatrunkiem				✓		✓
Pielęgniarka zapisuje na plastrze datę wkłucia				✓		
Pielęgniarka wpisuje dane do dokumentacji						
Pielęgniarka żegna się z pacjentem						

Komentarz – dr Aleksandra Mączyńska – Lead Hand Hygiene Auditor

* Pielęgniarka opisuje próbówki - według World Health Organization (WHO), kiedy personel ma kontakt z płynem ustrojowym to powinien nosić rękawiczki, więc do czasu kiedy nie odłoży próbówek pielęgniarka powinna nosić rękawiczki. Przy systemie zamkniętym, kiedy ryzyko kontaminacji próbówki materiałem biologicznym jest bardzo znikome personel zdejmuje rękawiczki po pobraniu, dezynfekuje ręce a następnie opisuje próbówki. W sytuacji, kiedy próbówki byłyby zanieczyszczone materiałem biologicznym należy zdjąć rękawiczki dopiero po podpisaniu (oklejeniu) próbówek oraz zdezynfekować lub wyrzucić długopis.

** Jeśli pacjent sam wyjmuje rękę spod koca wystarczy jedna dezynfekcja. Jeśli personel mu pomaga musi ponownie zdezynfekować ręce bezpośrednio przed założeniem rękawic i rozpoczęciem procedury założenia wkłucia obwodowego.

SCHEMAT MYCIA I DEZYNFEKCJI RĄK

1. Z dozownika ściennego nanieść odpowiednią porcję mydła **Sterisol Liquid Soap**, **Sterisol Ultra Mild** lub **Sterisol Shower Soap** bądź alkoholowego środka dezynfekcyjnego **AHD 1000 Sterisol, Aniosgel 85 NPC Sterisol**, **Sterisol Ethanol** lub **Sterisol Preop**.
2. Rozprowadzić produkt na dłoniach. Pocierać dłoń o dłoń.
3. Pocierać wewnętrzną częścią prawej dłoni o powierzchnię grzbietową dłoni lewej. Zmiana rąk.
4. Dłoń na dłoni, palce splecione. Przesuwać palce jednej dłoni między palcami drugiej dłoni, aż do zagłębień międzypalcowych.
5. Pocierać grzbietową powierzchnię zagiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej dłoni.
6. Kciuk prawej dłoni ujęty w lewą dłoń. Wykonywać ruchy obrotowe wokół kciuka. Zmiana rąk.
7. Obrotowo pocierać opuszki palców prawej dłoni w zagłębieniu dłoniowym lewej dłoni. Zmiana rąk.

MEDOLAB®

WŁÓKNINA 100% BAWEŁNY

KOMPRESY I SERWETY Z WŁÓKNINY BAWEŁNIANEJ

Bawełna jest jednym z najstarszych surowców na świecie. **Ten biodegradowalny produkt jest naturalnie hipoalergiczny**.

Naturalna budowa włókna bawełnianego nadaje mu charakterystyczną wytrzymałość, trwałość i zdolność absorpcji.

100% naturalnej bawełny
wysoki komfort pracy

Chłonność o 13% wyższa od gazy
szybkie wchłanianie wydzielin

Niższe koszty użycia

Brak luźnych nitek i pylenia
możliwość formowania dowolnych kształtów opatrunków
minimalizacja ryzyka powikłań pooperacyjnych

Trwale umocowany element RTG
łatwa identyfikacja w ciele pacjenta

Polub nas na facebooku!
www.mercatormedical.eu

MERCATOR MEDICAL

mycie

•

dezynfekcja

•

sterylizacja

MEDOLAB 3D PROGRAM

DORADZI
DOBIERZE
DOSTARCZY