

Hat arany szabály a kézhigiénés compliance javításához

G. Kampf^{a,b,*}

^aBode Chemie GmbH & Co., Scientific Affairs, Melanchthonstr. 27, 22525 Hamburg, Németország

^bInstitut für Hygiene und Umweltmedizin, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Walther-Rathenau-Str. 49a, 17489 Greifswald, Németország

Kulcsszavak:

Compliance

Kézhigiéne

Alkohol-alapú kézbedörzsölő

Összefoglalás: A kézhigiéne compliance javítása talán a leghatásosabb módja a nosokomiális fertőzések (nosocomial infections, NI) visszaszorításának. A compliance javítása azonban komplex folyamat. A compliance javítására hat lehetőséget sorolunk fel, bár néhányuk betartása nehézségekbe ütközhet. 1. szabály: olyan alkohol-alapú kézbedörzsölő szert válasszunk, amelyet a bőr jól tolerál, így használata az egészségügyi személyzet számára elfogadható. 2. szabály: a kézbedörzsölőnek könnyen hozzáférhetőnek kell lennie. Segíthet a beteg közelében, falra szerelt adagoló elhelyezése, vagy zsebben hordható kisméretű flakonok rendszeresítése. 3. szabály: kapjon hangsúlyt a kézhigiéne oktatása és gyakorlati bemutatása mivel ezek hatékonysága bizonyítottan jó. Valószínűleg ez a leghatékonyabb eszköz, bár pénz- és időfordítást igényel. Amennyiben a pénz gondot jelent, a 4. szabály lehet a megoldás. 4. szabály: olyan kórházi költségvetést dolgozzunk ki, amely a megelőzhető nosokomiális fertőzések

megelőzésének valamennyi költségét fedezi. Ebben vegyük figyelembe a kézhigiéni termékek árát is. Még kis számú megelőzőt NI is bőségesen ellensúlyozza a hatékony kézhigiénés szerek árát. 5. szabály: Vegyük rá a vezető beosztású munkatársakat, hogy a fiatalabbak motiválása érdekében mutassanak példát, mivel a kézhigiéne elhanyagolása úgy tűnik összefüggésben áll a szakmában töltött évekkel. 6. szabály: A beteg – ellátó személyzet számának egymáshoz viszonyított aránya legyen kiegyensúlyozott. Bizonyított, hogy a munkaerőhiány a kézhigiénés compliance romlásához vezet. Ezekon felül más faktorok is lényeges szerepet játszhatnak, de a fenti 6 arany szabály betartása hatékony kezdeti lépés lehet a helyes irányba.

Q 2004 The Hospital Infection Society. Kiadva: Elsevier Ltd. Valamennyi jog fenntartva.

*Levelezési cím: Bode Chemie GmbH & Co., Scientific Affairs, Melanchthonstr. 27, 22525 Hamburg, Germany. Tel.: +49-40-540060; fax: +49-40-54006-128.

E-mail cím: guenter.kampf@bode-chemie.de

1 szabály: Olyan alkohol-alapú kézbedörzsölő szert válasszunk, amelyet a bőr jól tolerál, így használata az egészségügyi személyzet számára elfogadható. Ez igazoltan javítja az együttműködési készséget. Az alkohol-alapú kézbedörzsölők többsége emollienseket¹ is tartalmaz, és azokat

az emberi bőr jól tolerálja.^{2,3} Egyes készítmények esetében a kézhigiénés compliance értékelésére kerül sor. Egy intenzív osztályon az ápolószemélyzet 53 tagjánál figyelték meg a kézhigiéniiai együttműködési készséget. Az 1. szakaszban a kézmosás volt az egyetlen lehetőség. Sterillium bevezetését követően ismét mérték a együttműködési készséget (2. szakasz). A együttműködési készség szignifikáns mértékben, 42,2%-ról 60,9%-ra nőtt, és még 3 hónap múlva is szignifikánsan magasabb volt (51,3%). A hatás a különböző beosztású dolgozók (nővérek, szakorvosok, rezidensek) egyaránt megfigyelhető volt.⁴ Egy további tanulmányban, ugyanezt a készítményt vezették be körülbelül 80 egészségügyi dolgozót foglalkoztató 4 kórházi egységben. Az együttműködési készség 62,2%-ról 66,5%-ra nőtt, de a különbség nem bizonyult szignifikánsnak. Ugyanakkor, a dolgozók bőrének állapota javult: a bőrszárazság és bőrirritáció jelentősen csökkent.⁵ Jelenleg, nem állnak rendelkezésre összehasonlító vizsgálatból származó adatok különböző alkohol-alapú kézbedörzsölő szerek használatáról és együttműködési készséget befolyásoló hatásáról. Ezen felül, a bőrlágyító hatás és kézsárazság megítélése egyénenként igen eltérő lehet,² és ez önkéntelenül is befolyásolhatja az együttműködési készséget.

2. szabály: a kézbedörzsölőnek könnyen hozzáférhetőnek kell lennie. Segíthet a beteg közelében, falra szerelt adagoló elhelyezése, vagy zsebben hordható kisméretű flakonok rendszeresítése. Más lehetőségek helyben mérlegelhetők. Falra szerelt adagoló könnyen hozzáférhetővé teszik a kézfertőtlenítőt. Ezek elhelyezhetők a betegágy közelében, a mosdókagylónál, vagy az ajtó mellett.

Bármely elhelyezés mellett döntünk, az adagoló ne legyen rejtve, ami az egészségügyi személyzetet elriasztaná annak használatától. Ügyeljünk arra is, hogy a fali adagolók működőképeseek legyenek. Egy nemrégiben végzett vizsgálat adatai szerint, bizonyos típusú fali adagolók csupán 77%-a volt működőképes állapotban 16 hónapos használat után.⁶ További lehetőség a zsebben hordható palackok rendszeresítése. Ha az egészségügyi személyzet magánál hordja a kézfertőtlenítőt, a „rendelkezése nem állás” nem szolgálhat magyarázatul a nem megfelelő együttműködési készségre. Bizonyított, hogy a zsebben hordható palackok bevezetése a kézhigiéniiai együttműködési készség javítását célzó sikeres kampány részét képezheti.⁷

3. szabály: kapjon hangsúlyt a kézhigiéniia oktatása és gyakorlati bemutatása mivel ezek hatékonysága bizonyítottan magas. Valószínűleg ez a leghatékonyabb eszköz, bár pénz- és időfordítást igényel. A kézhigiéniá oktatása, például orvosi egyetemen vagy egészségügyi szakiskolákban, nyilvánvalóan alapvető fontosságú annak jelentőségének és feltételeinek megértéséhez, valamint gyakorlati kivitelezésének elsajátításához. Ugyanakkor, az egészségügyi személyzetet oktatása a munkahelyen segít ahhoz, hogy a tanultakat tudatosan gyakorolják, és a téma ne merüljön feledésbe. A kézhigiéniá promóciója az évek során hatékony eszköznek bizonyult a kézhigiéniiai compliance javítására, 48%-ról 66%-ra.⁷ Ez a hatás elsősorban kézfertőtlenítés gyakoriságának növekedésével mutatott összefüggést, 13,6%-ról 37%-ra, míg a kézmosás gyakorisága csaknem változatlan maradt. Amennyiben a pénz gondot jelent, a 4. szabály lehet a megoldás.

4. szabály: olyan kórházi költségvetést dolgozzunk ki, amely a megelőzhető nozokomiális fertőzések prevenciójának valamennyi költségét fedezi. Ebben vegyük figyelembe a kézhigiéniai termékek árát is. Még kis számú megelőző NI is bőségesen ellensúlyozza a hatékony kézhigiénés szerek árát. A nozokomiális fertőzések sok pénzt emésztnek fel. A véráramfertőzések például esetenként mintegy 33 268\$ plusz költséget jelentenek, és akár 40 890\$-t is a túlélők esetében,⁸ a lokális sebészeti fertőzések orthopediai sebészeti osztályokon 17 708\$ járulékos költséggel terhelik a kórházat.⁹ Míg az infekciózus szövödmények leküzdésére fordítható alapítványi pénzek mennyisége úgy tűnik szinte korlátlan, a megfelelő kézhigiénés termékekre fordítható pályázati pénzek mennyisége gyakran szigorúan korlátozott. Egy lehetséges megoldás a nozokomiális fertőzések visszaszorítására olyan költségvetés tervezése, amely elsősorban fedezi a fertőzéses szövödmények valamennyi valódi vagy becsült költségét, és amely bizonyosan a preventív intézkedések szigorúbb betartásához vezet. A költségek számításánál figyelembe vehetjük a kézhigiénés termékek árát is, és csaknem bizonyos, hogy a megfelelő kézhigiéniai termékekre fordítható források korlátozott voltáról szóló viták azonnal befejeződnek.

5. szabály: Vegyük rá a vezető beosztású munkatársakat, hogy a fiatalabbak motiválása érdekében mutassanak példát, mivel a kézhigiéné elhanyagolása, úgy tűnik, hogy összefüggésben áll a szakmában töltött évekkel. Amikor az együttműködési készség arányát különböző beosztású szakmai csoportoknál vizsgálták, arra figyeltek fel, hogy az együttműködési készség az idősebb szakorvosoknál a

legrosszabb (37,2%), összehasonlítva a nővérekkel (45,9%) és fiatalabb orvosokkal (46,9%)⁴, bár feltételezhető, hogy ők vannak birtokában a legbőségebb ismereteknek és szakmai tapasztalatnak. Valahogy, a tudás és tapasztalat úgy tűnik, nem tükröződik automatikusan a klinikai gyakorlatban. A kézhigiéné elhanyagolása valóban összefüggést mutat a szakmában töltött évekkel? További szempont, hogy a tapasztaltabb orvosok példát mutatnak viselkedésükkel. Ezért még fontosabb, hogy jó példát mutassanak, ami a fiatalabb orvosok számára megnehezíti a kézhigiéné elhanyagolását. Azt be kell iktatni az oktatásba és a gyakorlati képzésbe, jelentőségére pedig emlékeztetni kell egészségügyi személyzet más tagjait is.

6. szabály: A beteg – ellátó személyzet számának egymáshoz viszonyított aránya legyen kiegyensúlyozott. Bizonyított, hogy a munkaerőhiány a kézhigiénés compliance készség romlásához vezet. Újszülötteknél, *Enterobacter cloacae* okozta nozokomiális fertőzések halmozott előfordulását kapcsolatba hozták a kézhigiénés szabályok nem megfelelő betartásával. A gyenge együttműködési készség magyarázata a zsúfoltság volt, a maximálisan 15 betegre tervezett neonatális intenzív osztályon gyakran több mint 20 beteget kellett ellátni. A fenti időszakban, a betegek intravénás kanüljeinek érintése között 75%-ban elmaradt a kézfertőtlenítés, a kontroll periódusban megfigyelt 30%-hoz képest. A halmozódás idején a személyzet száma szinte nem változott, ami viszonylagos munkaerőhiányhoz vezetett.¹⁰ A megfelelő munkaerő-ellátottság segíthet biztosítani a kézhigiénés együttműködési készséget.

A fentiek csupán néhány, sikeres példa arra, hogyan lehet fokozni a kézhigiéniát együttműködési készséget. Eredményességük számos faktortól függ, melyek közül több kívül esik a kézhigiéniás compliance javítását maga elé célul kitűző egészségügyi személyzet hatáskörén.

Hivatkozások

1. Rotter ML, Koller W, Neumann R. The influence of cosmetic additives on the acceptability of alcohol-based hand disinfectants. *J Hosp Infect* 1991;18:57—63.
2. Kramer A, Bernig T, Kampf G. Clinical double-blind trial on the dermal tolerance and user acceptability of six alcoholbased hand disinfectants for hygienic hand disinfection. *J Hosp Infect* 2002;51:114—120.
3. Kampf G, Muscatiello M, Hañtschel D, Rudolf M. Dermal tolerance and skin hydration properties of a new ethanolbased hand gel. *J Hosp Infect* 2002;52:297—301.
4. Maury E, Alzieu M, Baudel JL, et al. Availability of an alcohol solution can improve hand disinfection compliance in an intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162: 324—327.
5. Girard R, Amazion K, Fabry J. Better compliance and better tolerance in relation to a well-conducted introduction to rub-in hand disinfection. *J Hosp Infect* 2001;47:131—137.
6. Kohan C, Ligi C, Dumigan DG, Boyce JM. The importance of evaluating product dispensers when selecting alcohol-based handrubs. *Am J Infect Control* 2002;30:373—375.
7. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000;356:1307—1312.
8. Pittet D, Tarara D, Wenzel RP. Nosocomial bloodstream infection in critically ill patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA* 1994;271: 1598—1601.
9. Whitehouse JD, Friedman D, Kirkland KB, Richardson WJ, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections following orthopedic surgery at a community hospital and a university hospital: adverse quality of life, excess length of stay, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002;23:183—189.
10. Harbarth S, Sudre P, Dharan S, Cadenas M, Pittet D. Outbreak of *Enterobacter cloacae* related to understaffing, overcrowding, and poor hygiene practices. *Infect Control Hosp. Epidemiol* 1999;20:598—603. The six golden rules to improve compliance in hand hygiene S5