World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

如何提高医务人员的手卫生依从性

建立长效的手卫生促进机制

Establish a Long-lasting Hand Hygiene Improvement System in Health-care Insitiution

演讲者：南京鼓楼医院
感染管理办公室 孔懿

目录

1. WHAT

什么是长效手卫生促进机制

2. WHY

为什么需要建立长效机制

3. HOW

如何建立长效手卫生促进机制

WHAT

什么是长效手卫生促进机制

长效手卫生促进机制

长效机制： 指能长期保证制度正常运行并发挥预期功能的制度体系。

特点：规范性：工作依照规范运行

——手卫生规范

稳定性：固定的工作模式

—— “逐步改进” 策略

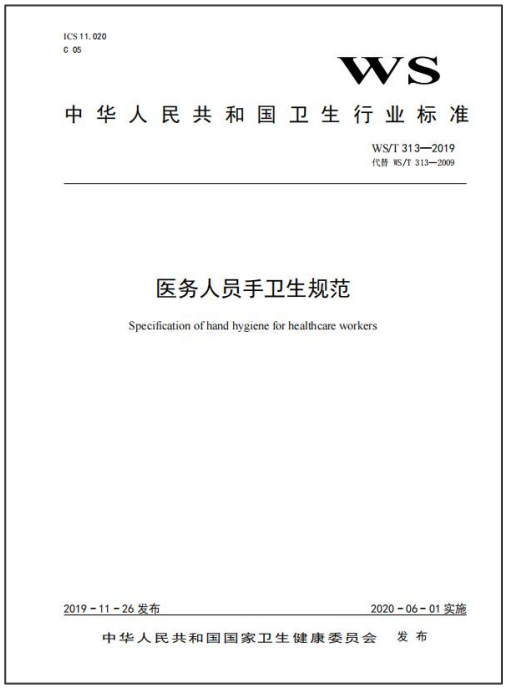
长期性：长期的效应和作用

——手卫生依从性提高

HCAI下降

规范性：工作依照规范运行

——手卫生规范


ICS 11.020
C 05

WS

中华人民共和国卫生行业标准

WS/T 313—2019
代替 WS/T 313—2009

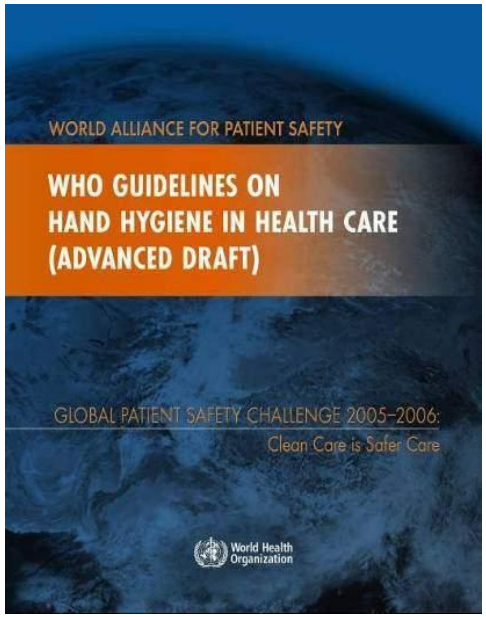
医务人员手卫生规范

Specification of hand hygiene for healthcare workers

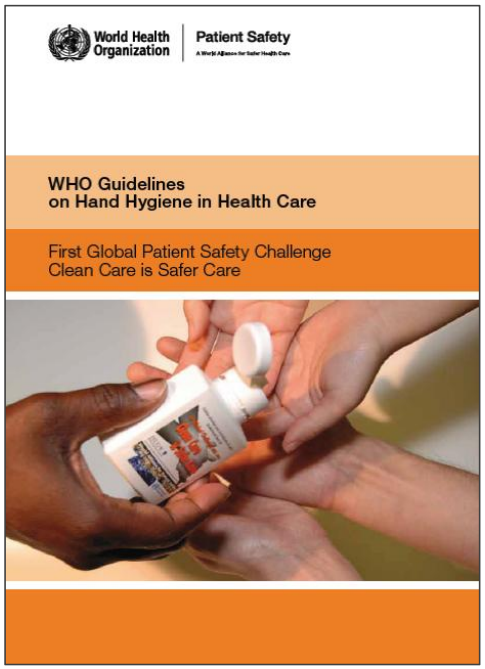
2019-11-26 发布　　2020-06-01 实施

中华人民共和国国家卫生健康委员会　发布

国家卫生健康委 **2019**年



ADVANCED DRAFT
April 2006



FINAL VERSION
May 2009

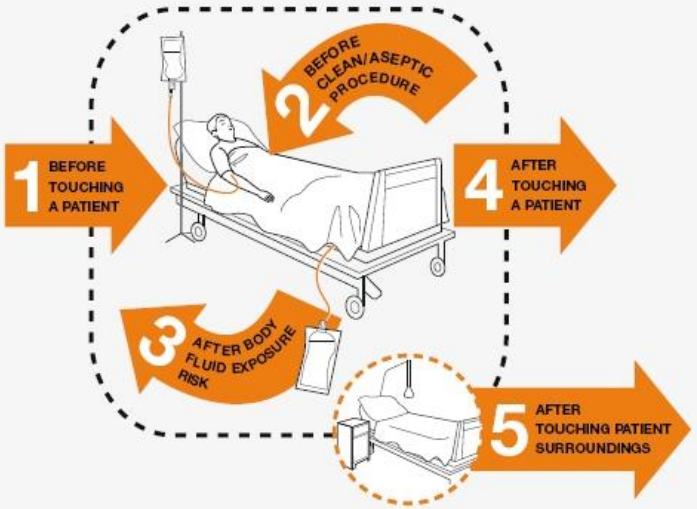
稳定性：固定的工作模式 —— “逐步改进” 策略

The five components of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy

- 1a. System change – alcohol-based handrub at point of care
- \+
- 1b. System change – access to safe, continuous water supply, soap and towels
- \+
- 2. Training and education
- \+
- 3. Evaluation and feedback
- \+
- 4. Reminders in the workplace
- \+
- 5. Institutional safety climate

+

The five moments for hand hygiene in health care



+

The step-wise approach

Facility preparedness → Baseline evaluation → Implementation → Follow-up evaluation → Review and planning

长期性：长期的效应和作用

——手卫生依从性提高 HCAI下降

表4.1 手卫生依从性的提高与医院感染发生率之间的关系（2010 – 2019.10）

年份	作者	医院科室	主要结果	随访时间
2010	Conrad et al.[1]	全院	全院及重症监护病房的病床的占有率与医院获得MRSA的感染率成正相关，而免洗手消毒剂的使用与MRSA的感染率成负相关。同时，基于短期培训课程的2次手卫生运动均有效降低医院获得性MRSA的发病率。	5.5年
2010	Carboneau et al.[2]	3家急症医院	实施改革后，手卫生依从性由65%提高至82%，医院获得MRSA减少51%。	1年
2010	Helder et al.[3]	NICU	通过手卫生培训，医务人员接触患者前的手卫生依从性从65%升高到88%（P<0.001),低体重患儿的菌血症发生率由44.5%下降到36.1%（P=0.03），感染率由17.3%下降到13.5%（P=0.03）。	4年
2011	Chen et al.[4]	全院	开展强调免洗手消毒剂使用的手卫生促进运动，医务人员手卫生依从性从43.3%提高到95.6%（P<0.001),医院感染率降低了8.9%，BSI、MRSA、MDR-AB的感染率下降。	4年
2011	Monistrol et al.[5]	3个内科病房	实施多模式手卫生促进策略，医务人员的手卫生依从性由54.3%提高到75.8%（P=0.005），随后维持在75.8%。医院获得的MRSA的感染率由每1000住院日0.92减低到0.25（P=0.02）	12个月
2011	Koff et al.[6]	ICU	实施新的多模式手卫生促进活动后，医务人员的手卫情况明显改善。每1000呼吸机使用日VAP的发生率显著降低（3.7 vs 6.9)P<0.01。	12个月
2012	Ho et al.[7]	18个长期护理机构	实施WHO多模式手卫生促进策略，同时开始集群随机对照试验（两次干预期），在干预期1和2中手卫生依从性分别从27.0%升高到60.6%，和22.2%升高到48.6%。呼吸系统的感染暴发、MRSA的感染率都有明显下降。	9个月
2012	Stone et al.[8]	187个信托基金	开展清洁你的双手活动后，洗手液和免洗手消毒剂的消耗量升高了近3倍（每床日21.8ml升高到59.8ml)；每1000床日MRSA菌血症发生率由1.88下降到0.91，艰难梭菌的感染率由16.75下降到9.49。	4年
2012	Kirkland et al.[9]	全院	实施5方面的干预措施后，手卫生依从性由41%升高到87%（P<0.01),医院感染发生率每1000住院日4.8下降到3.3（P<0.01)	4年
2012	Ling et al.[10]	全院	实施WHO多模式手卫生促进策略，医务人员的手卫生依从性由20%升高到61%，医院获得性MRSA的感染率由1000患者日0.6降低到0.3。	4年
2013	Mukerji et al. [11]	NICU	向医务人员开展手卫生网路培训E-learning，医务人员的手卫生依从性由原来的67%升高到76%，新生儿的感染率由6%减低至4%，<1500g的新生儿的感染率由21%降低到16%。	3年

长期性：长期的效应和作用

——手卫生依从性提高 HCAI下降

表4.1 手卫生依从性的提高与医院感染发生率之间的关系（2010 – 2019.10）

年份	作者	医院科室	主要结果	随访时间
2014	Martinez-Resendez et al.[15]	ICU	整个研究分为干预前（PIP）、实施干预（IP）、和干预后（PoIP),干预措施包括手卫生和洗必泰擦浴，每1000住院日的总感染率PIP期高于IP和PoIP,VAP和CAUTI的感染率PIP也高于IP。	18个月
2014	Barnes et al.[16]	ICU	实施手卫生和环境清洁的干预措施，MDRO的获得率降低50%，需要手卫生依从性提高10%，以及终末清洁改善20%。	1年
2015	Thu et al.[17]	2个ICU和15CCU	实施手卫生促进项目后，手卫生依从性从25.7%升高至57.5%（P<0.001), HAI的发生率由31.7%下降至20.3%（P<0.001)	1年
2016	Chun et al.[18]	全院	实施WHO多模式手卫生促进策略后，医务人员的手卫生依从性由33.2%提高到92.2%；每100000患者日医院获得MRSA菌血症的发生率下降33%。	4年
2016	Chen et al.[19]	全院	实施WHO多模式手卫生促进策略后，手卫生依从性从62.3%升高至73.3%（P<0.001),HAI的感染率由3.7%降低3.1%（P<0.05)。	2年
2016	Assab et al.[20]	疗养院	通过促进医务人员的手卫生依从性，从15%提高到60%，诺如病毒的感染率降低75%。	1年
2017	Goldstein et al.[21]	NICU	手卫生依从性在24%、48%、68%、88%和100%时可降低新生儿定植MRSA的几率分别为29%、51%、67%、80%和86%。	5个月
2017	Pokrywaka et al.[22]	全院	通过教育提高患者的手卫生依从性，艰难梭菌的感染率联系6个月持续降低（P<0.05)。	2年
2017	Kuwaiti et al.[23]	全院	实施WHO多模式手卫生促进策略，医务人员的手卫生依从性由50.17%升高到71.75%，HAI的感染率由每1000患者日3.37下降到2.59，CAUTI由3.73下降至1.75（P<0.05)。	3年
2018	Rosa-Zamboni et al.[24]	全院	实施多模式的手卫生促进活动，依从性从34.9%升高至80.6%，HAI由每1000患者日7.54降低至6.46（P=0.004）；CLABSI由4.84降低至3.66（P=0.05）；MDR-ESKAPE血流感染率由100出院患者0.54降低至0.20（P=0.024）。	4年
2018	Temime et al.[25]	26家疗养院院	实施多模式手卫生促进策略后，实验组的死亡率和抗生素使用都明显减少。	1年
2019	Boyce et al.[26]	全院	使用手卫生自动监测系统以及辅助措施后，手卫生依从性升高85%，非艰难梭菌的感染率降低56%（P=0.0841）。	4年
2019	Lengerke et al.[27]	10个ICU和2个干细胞移植病房	实施心理定制的手部卫生干预措施，实验组的手卫生依从性从54%提高至70%，多重耐药菌的感染率每1000住院日下降了0.497（P=0.015）。	3年

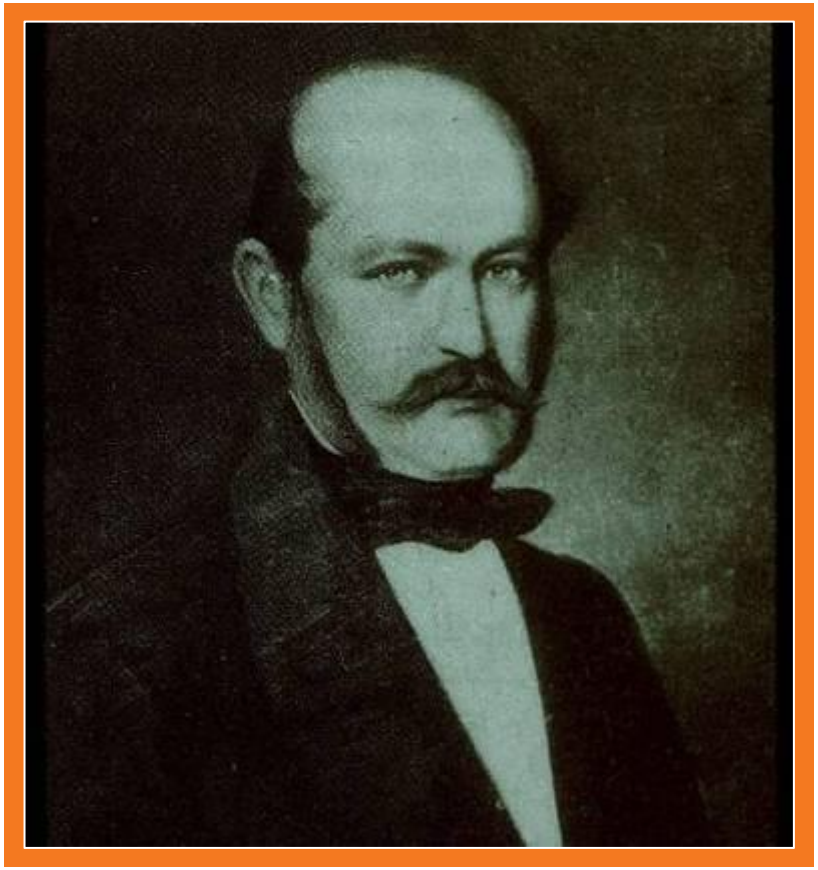
长效手卫生促进机制

依现有手卫生规范为标准，采用“逐步改进”策略，推行的一套系统的、循序渐进的手卫生改革，并将在长期推进中获得持续不断的效益。

WHY

为什么需要建立长效机制

手卫生不是一个新概念



Ignaz Philipp Semmelweis
手卫生先驱者

Vienna, Austria
General Hospital,
1841–1850
产褥热
Fighting puerperal fever

不同医疗机构的手卫生依从性

Author	Year	Sector	Compliance
Preston	1981	General Wards ICU	16% 30%
Albert	1981	ICU ICU	41% 28%
Larson	1983	Hospital-wide	45%
Donowitz	1987	Neonatal IC	30
Graham	1990	ICU	32
Dubbert	1990	ICU	81
Pettinger	1991	Surgical IC	51
Larson	1992	Neonatal Unit	29
Doebbeling	1992	ICU	40
Zimakoff	1993	ICU	40
Meengs	1994	Emergency Room	32
Pittet	1999	Hospital-wide	48

Pittet and Boyce. *Lancet Infectious Diseases* 2001

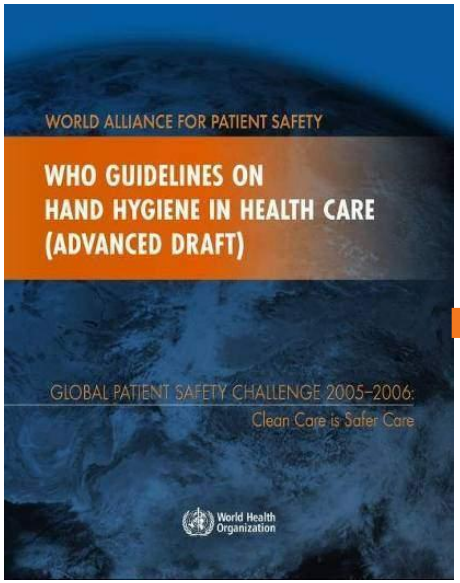
手卫生不是一个新概念

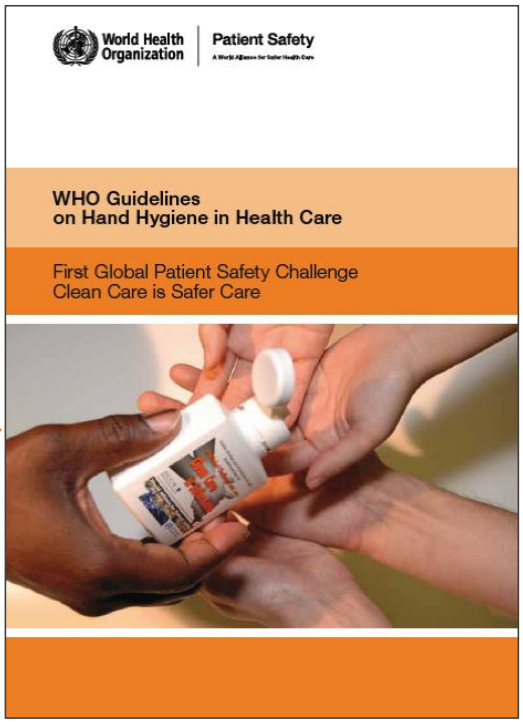
- 手卫生基础设施简陋
- 医务人员手卫生意识薄弱
- 医务人员手卫生依从性低
- 医院内的手卫生宣传过时
- 未建立手卫生文化

HOW

如何建立长效手卫生促进机制

医疗机构的WHO手卫生指南





ADVANCED DRAFT
April 2006

FINAL VERSION
May 2009

- 基于实际的情况，并得到超过100位国际专家一致认可
- 整套 实施策略和工具进过长达两年的试用（2007-2008）
- 最新版本更新了部分课程内容

https://www.who.int/gpsc/5may/tools/zh/

清洁卫生更安全

清洁卫生更安全

拯救生命：清洁你的手

关于宣传活动

倡导手部清洁的根据

参加运动的国家

手卫生工具

世卫组织多模式手卫生改善策略实施指南
pdf, 5.42MB

促进患者及患者组织参与手卫生活动指南
doc, 237kb

观察监督表
doc, 570kb

手卫生5时刻
pdf, 161kb

如何干式洗手?
pdf, 135kb

如何洗手?
pdf, 189kb

拯救生命 清洁你的手
pdf, 410kb

执行手卫生的原因、方法和时间手册
pdf, 602kb

配合培训短片使用的幻灯片

该幻灯片和培训短片可用于对师资、监督员、医疗卫生工作者的培训课程。

幻灯片 | 培训短片（法语）
ppt, 2.06Mb

世卫组织关键信息

总干事
总干事和高级管理层

世卫组织的管理
世卫组织《组织法》、执行委员会和世界卫生大会

媒体中心
新闻、事件、实况报道、多媒体和联络点

世界卫生报告
关于全球公共卫生和关键统计数据的年度报告

WHO多模式手卫生促进策略

基于2009年WHO医疗机构手卫生指南中的推荐，组合大量资源治建立了有效的手卫生促进的多模式策略

ONE 系统改变
在诊疗点提供安全的流动水、皂液和一次性纸巾；以醇为主的免洗液

+

TWO 培训和教育
对所有医务人员进行定期培训

+

THREE 评估和反馈
监测洗手依从性，调查手卫生设施、手卫生意识和知识并向所有职工反馈调查结果

+

FOUR 工作场所张贴警示
提醒医务人员洗手

+

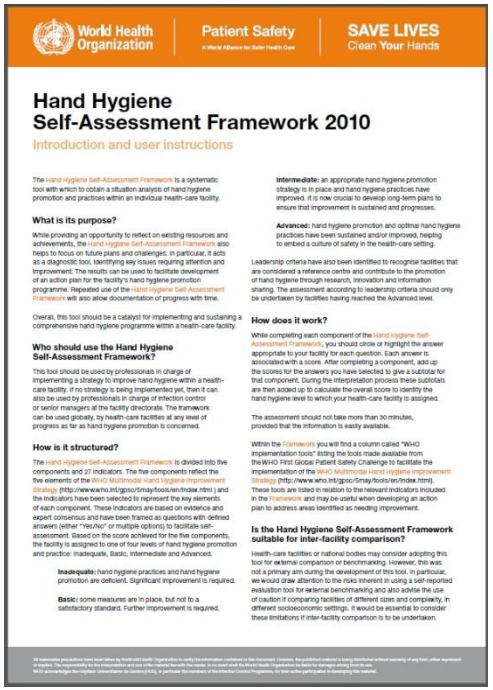
FIVE 医院内手卫生文化
建立手卫生文化和时刻保护病人安全的意识形态

WHO 手卫生自评框架

- 系统的分析工具
- 了解目前手卫生清洁状况
- 提出合理的改进方案

5大模块：

1. 系统改变
2. 培训和教育
3. 评估和反馈
4. 工作场所警示
5. 手卫生管理层



World Health Organization | Patient Safety | SAVE LIVES Clean Your Hands

Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010

Introduction and user instructions

The Hand Hygiene Self-Assessment Framework is a systematic tool with which to obtain a situation analysis of hand hygiene promotion and practices within an individual health-care facility.

What is its purpose?

While providing an opportunity to reflect on existing resources and achievements, the Hand Hygiene Self-Assessment Framework also helps to focus on future plans and challenges, in particular, it acts as a diagnostic tool, identifying key issues requiring attention and improvement. The results can be used to facilitate development of an action plan for the facility's hand hygiene promotion programme. Repeated use of the Hand Hygiene Self-Assessment Framework will also allow documentation of progress with time.

Overall, this tool should be a catalyst for implementing and sustaining a comprehensive hand hygiene programme within a health-care facility.

Who should use the Hand Hygiene Self-Assessment Framework?

This tool should be used by professionals in charge of implementing a strategy to improve hand hygiene within a health-care facility. If no strategy is being implemented yet, then it can also be used by professionals in charge of infection control or senior managers at the facility directorate. The framework can be used globally, by health-care facilities at any level of progress as far as hand hygiene promotion is concerned.

How is it structured?

The Hand Hygiene Self-Assessment Framework is divided into five components and 27 indicators. The five components reflect the five elements of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html) and the indicators have been selected to represent the key elements of each component. These indicators are based on evidence and expert consensus and have been framed as questions with defined answers (either "Yes/No" or multiple options) to facilitate self-assessment. Based on the score achieved for the five components, the facility is assigned to one of four levels of hand hygiene promotion and practice: Inadequate, Basic, Intermediate and Advanced.

Inadequate: hand hygiene practices and hand hygiene promotion are deficient. Significant improvement is required.

Basic: some measures are in place, but not to a satisfactory standard. Further improvement is required.

Intermediate: an appropriate hand hygiene promotion strategy is in place and hand hygiene practices have improved. It is now crucial to develop long-term plans to ensure that improvement is sustained and progresses.

Advanced: hand hygiene promotion and optimal hand hygiene practices have been sustained and/or improved, helping to embed a culture of safety in the health-care setting.

Leadership criteria have also been identified to recognise facilities that are considered a reference centre and contribute to the promotion of hand hygiene through research, innovation and information sharing. The assessment according to leadership criteria should only be undertaken by facilities having reached the Advanced level.

How does it work?

While completing each component of the Hand Hygiene Self-Assessment Framework, you should circle or highlight the answer appropriate to your facility for each question. Each answer is associated with a score. After completing a component, add up the scores for the answers you have selected to give a subtotal for that component. During the interpretation process these subtotals are then added up to calculate the overall score to identify the hand hygiene level to which your health-care facility is assigned.

The assessment should not take more than 30 minutes, provided that the information is easily available.

Within the Framework you will find a column called "WHO implementation tools" listing the tools made available from the WHO First Global Patient Safety Challenge to facilitate the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html). These tools are listed in relation to the relevant indicators included in the Framework and may be useful when developing an action plan to address areas identified as needing improvement.

Is the Hand Hygiene Self-Assessment Framework suitable for inter-facility comparison?

Health-care facilities or national bodies may consider adopting this tool for external comparison or benchmarking. However, this was not a primary aim during the development of this tool. In particular, we would draw attention to the risks inherent in using a self-reported evaluation tool for external benchmarking and also advise the use of caution if comparing facilities of different sizes and complexity, in different socioeconomic settings. It would be essential to consider these limitations if inter-facility comparison is to be undertaken.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.
WHO acknowledges the Orphan Drug Alliance (ODA), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

手卫生自评框架

2. Training and Education　培训和教育			
问题	答案	得分	WHO 改进方法
2.1 Regarding training of health-care workers in your facility: 有关在您医院的医务工作者的培训：			
2.1a How frequently do health-care workers receive training regarding hand hygiene[7] in your facility? 在您医院医务工作者多长时间接受一次有关手卫生[7]的培训？	Never 从不	0	Slides for Education Session for Trainers, Observers and Health-care Workers Hand Hygiene Training Films Slides Accompanying the Training Films Slides for the Hand Hygiene Co-ordinate Hand Hygiene Technical Reference Manual Hand Hygiene Why, How and When Brochure Guide to implementation Ⅱ.2
	At least once 最少一次	5	
	Regular training for medical and nursing staff, or all professional categories (at least annually) 对医生和护士或所有的专职人员进行定期培训（每年最少一次）	10	
	Mandatory training for all professional categories at commencement of employment, then ongoing regular training (at least annually) 对所有的专职人员上岗前进行强制培训，并进行定期培训（每年最少一次）	20	
2.1b Is a process in place to confirm	否	0	

手卫生自评框架

自评结果：

系统改变	100
培训和教育	100
评估和反馈	100
工作场所警示	100
手卫生管理层	100
总分：	500

0-125	不合格
126-250	合格
251-375	中等
376-500	优秀

手卫生自评框架

- **不合格**：缺少必要的手卫生操作和宣传，需要全面的改进。
- **合格**：采取了一些措施，但未到达满意的标准，需要进一步的改进。
- **中等**：实施了适当的手卫生，和采取了适当的手卫生宣传。现在需要开展长时间的可持续发展的改进计划。
- **优秀**：采取了最适当的手卫生清洁，和最适合的手卫生宣传，并在医院内已形成浓郁的手卫生文化。

WHO手卫生改革方案

系统改变

科室基础设施调查表

以醇为主的免洗液的消耗调查表

免洗液的形式和包装的调查表

对免洗液的耐受性和舒适度的调查（方法1和方法2）

培训和教育

向手卫生项目负责人培训的幻灯片

对培训员、监测者、医务工作者进行培训的幻灯片

手卫生录像

配合手卫生录像的幻灯片

手卫生技术参考目录

手卫生依从性监控表

“为什么、什么时候、怎样洗手”的宣传册

手套使用小册子

5个洗手依从性的宣传画

常见问题解析

评估和反馈

手卫生技术参考目录

洗手依从性调查表

科室基础设施调查表

皂液和免洗液消耗情况调查表

医务工作者洗手意识调查表

行政人员手卫生意识调查表

手卫生知识问卷调查

对免洗液的耐受性和舒适度的调查（方法1和方法2）

数据上报和分析软件

数据分析介绍

数据汇报模版

手卫生警示

5个洗手依从性的宣传画

如何使用免洗液的画报

如何洗手画报

何时、如何洗手的宣传册

SAVE LIVES: Clean Your Hands 的屏保

手卫生文化

向管理层致函的模版

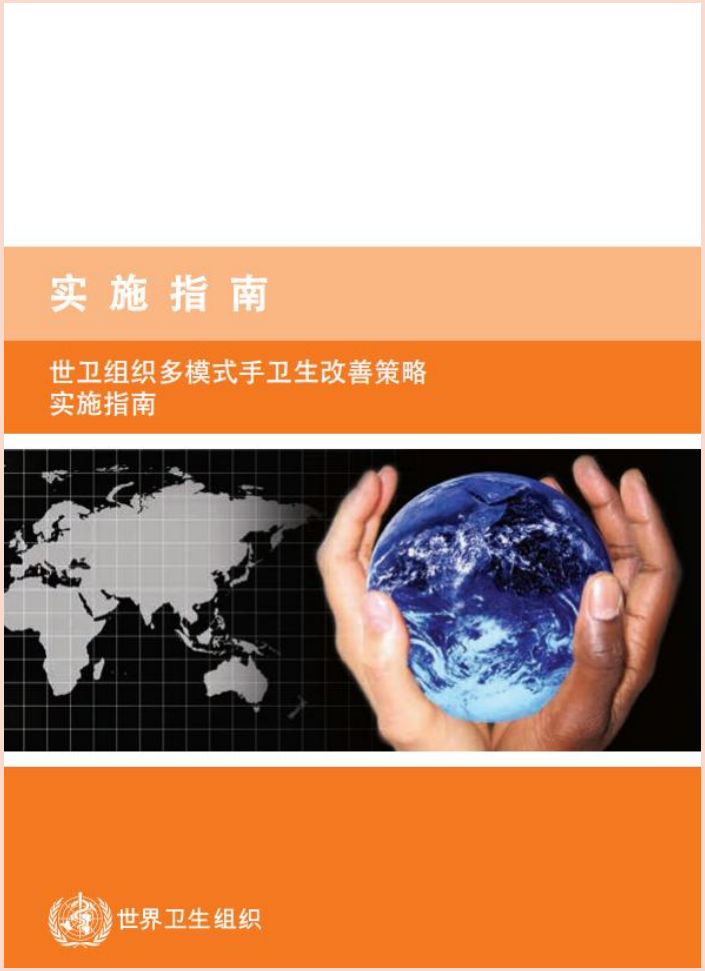
向管理层交流手卫生活动的信函的模版

指导病人参与手卫生活动的指南

建立长效机制的方案

SAVE LIVES: Clean Your Hands的电影

手卫生促进活动实施方案



- 根据WHO多模式手卫生促进实施策略编写
- 结合中国医院的实际情况
- 由江苏省医院感染管理医疗质量控制中心编著和发布

手卫生的5个依从性

Sax H et al. *Journal Hospital Infection* 2007

实施“逐步改进”(step-wise)策略

WHO 多模式手卫生促进策略的 5 个方面

1a. 系统改变—在诊疗点设置以醇为主的免洗液

+

1b. 系统改变—提供安全的流动水、皂液和一次抽纸

+

2.培训和教育

+

3. 评估和反馈

+

4.在工作场所张贴警示

+

5. 手卫生文化建立

+

手卫生的 5 个依从性

逐步实施方案

全院戒备 → 基线调查 → 实施改进 → 跟踪调查 → 回顾分析

实施“逐步改进”(step-wise)策略

STEP 1：全院戒备——时刻准备行动

STEP 2：基线调查——了解目前的手卫生情况

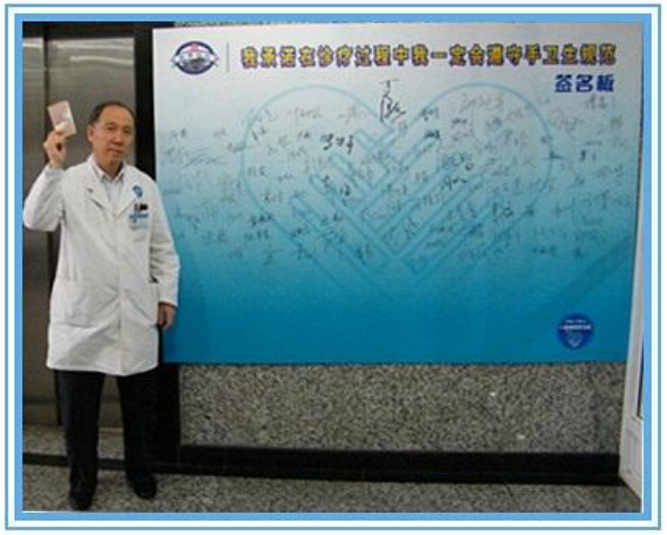
STEP 3：实施——实施改进措施

STEP 4：追踪调查——评估改革效果

STEP 5：手文化建立——制定未来5年的计划

STEP1：全院戒备——时刻准备行动

准备人力&财力



人力：得到院长的支持

建立手卫生委员会

确定各成员职责

任命培训员、监测员

对负责人、培训员和监测员培训

财力：为整个手卫生活动拨款

制定预算

必要的资金确保每科室每诊疗点提供免洗液

行政管理者的支持对推进感染防控起到重用作用

医院法人对病人安全挑战活动的授权

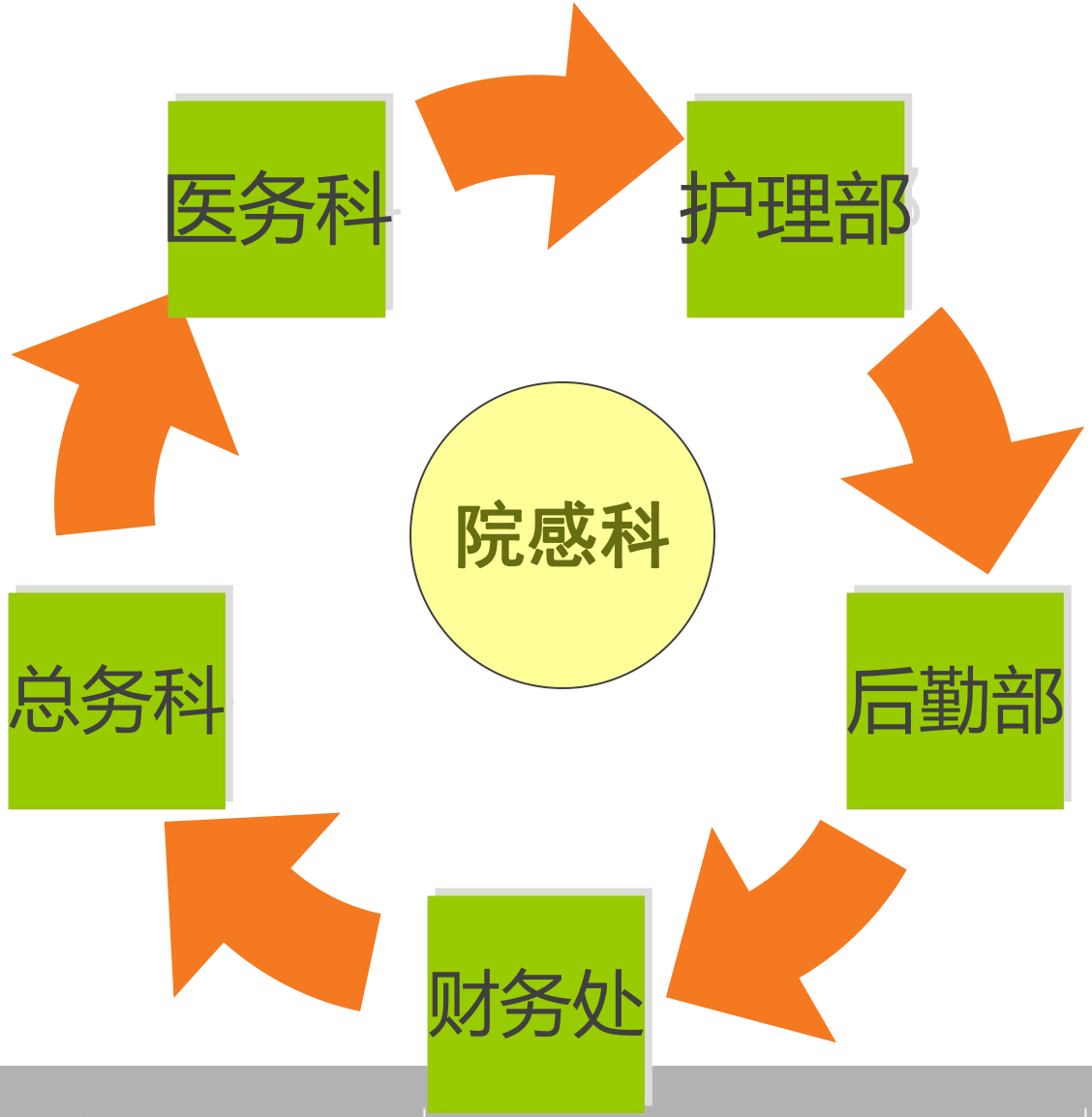
我决心采取一下行动来减少医院内医源性感染:

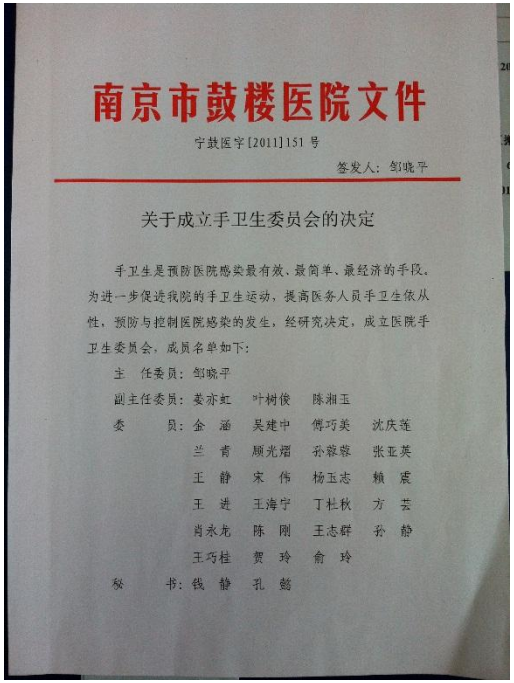
- **承认医院内控制HCAI的重要性;**
- **在全院开展手卫生促进运动;**
- **在适当的时候与其他医院共享经验和调查的数据**
- **使用世界卫生组织推荐的指南和实施策略**

A STATEMENT PLEDGING SUPPORT TO ADDRESS HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTION

院长签名

建立手卫生委员会





南京市鼓楼医院文件

宁鼓医字[2011]151号

签发人：邹晓平

关于成立手卫生委员会的决定

手卫生是预防医院感染最有效、最简单、最经济的手段。为进一步促进我院的手卫生运动，提高医务人员手卫生依从性，预防与控制医院感染的发生，经研究决定，成立医院手卫生委员会，成员名单如下：

主　任委员：邹晓平

副主任委员：姜亦虹　叶树俊　陈湘玉

委　　员：金　涵　吴建中　傅巧英　沈庆莲
兰　青　顾光熠　孙蔡蓉　张亚英
王　静　宋　伟　杨玉志　赖　虔
王　进　王海宁　丁杜秋　方　芸
肖永龙　陈　刚　王志群　孙　静
王丐桂　贺　玲　俞　玲

秘　　书：钱　静　孔　懿

得到各职能科室和临床科室的支持

- 对各科室的主任护士长培训
- 手卫生启动仪式

制定手卫生计划

- 根据 “手卫生自评框架”设立适合改革的目标
- 确定各步骤的时间表
- 计划在手卫生委员会讨论，确定各部门责任
- 准备必要的资源

手卫生活动计划

七月份		
第 1 周	4/7—8/7	建立手卫生运动委员会 任命项目负责人——姜亦红 确定委员会各成员责任 任命手卫生监控员 手卫生运动得到上级领导的同意和支持
第 2 周	11/7—15/7	基线调查 全院洗手依从性调查 全院免洗液和皂液消耗情况调查 各科室手卫生基础设施调查
第 3 周	18/7—22/7	基线调查继续
第 4 周	25/7—29/7	向院长致“手卫生倡议信”，并在倡议信上签名 向科室主任，护士长致“手卫生倡议信”，并在倡议信上签名 举行动员大会（在院周会上 20/7）
八月份		
第 5 周	1/8—5/8	制作手卫生宣传材料 洗手步骤、免洗液使用步骤、病房的 5 个依从性和门诊的 5 个依从性 大厅放置的宣传报 签名横副，致全院职工“手卫生倡议信”
第 6 周	8/8—12/8	分析基线调查情况 全院洗手依从性调查 全院免洗液和皂液消耗情况调查 各科室手卫生基础设施调查 准备培训的幻灯片
第 7 周	15/8—19/8	开展培训 17/8 院周会上对行政人员开展手卫生培训，培训前行进手卫生知识和意识调查，培训后再次调查手卫生知识 24/8 对手卫生监控员培训，培训前行进手卫生知识和意识调查，培训后再次调查手卫生知识 发放手卫生宣传资料
第 8 周	22/8—26/8	各科室领取宣传画和洗手液
第 9 周	29/8—2/9	各科室张贴手卫生宣传画和领取洗手液、免洗液和一次性抽纸
九月份		
第 11 周	5/9—9/9	对各科室的手卫生设施的摆放和手卫生宣传画的张贴情况进行检查 统计未放置的科室
第 12 周	12/9—16/9	整改未设置的科室
第 13 周	19/9—23/9	手卫生院报审稿、整理版面
第 14 周	26/9—30/9	手卫生院报审稿、整理版面 9 月底前各科室完成对本科室员工的手卫生培训 对各科室的培训情况进行调查，对未培训的科室提出整改意见
十月份		
第 15 周	8/10—14/10	手卫生院报定稿
第 16 周	17/10—21/10	跟踪调查 重点科室洗手依从性调查 各科室手卫生基础设施调查 医务人员手卫生知识、手卫生意识调查
第 17 周	24/10—28/10	跟踪调查继续
第 18 周	31/10—4/11	各科室上报数据：

		十月份手卫生依从性调查结果 十月份洗手液、免洗液和一次性抽纸消耗情况
十一月份		
第 19 周	7/11—11/11	分析汇总 对所有上报数据进行分析 比较基线调查和跟踪调查的结果 书面总结本次手卫生运动
第 20 周	14/11—18/11	分析汇总
第 21 周	21/11—25/11	总结反馈 向各科室反馈科室情况 向院长回报，总结手卫生运动 向全院反馈结果

STEP 2：基线调查——了解目前的手卫生情况

基础设施和手卫生意识

基础设施： 洗手台

自来水、皂液和抽纸

免洗液

诊疗点

手卫生意识： 高级行政人员

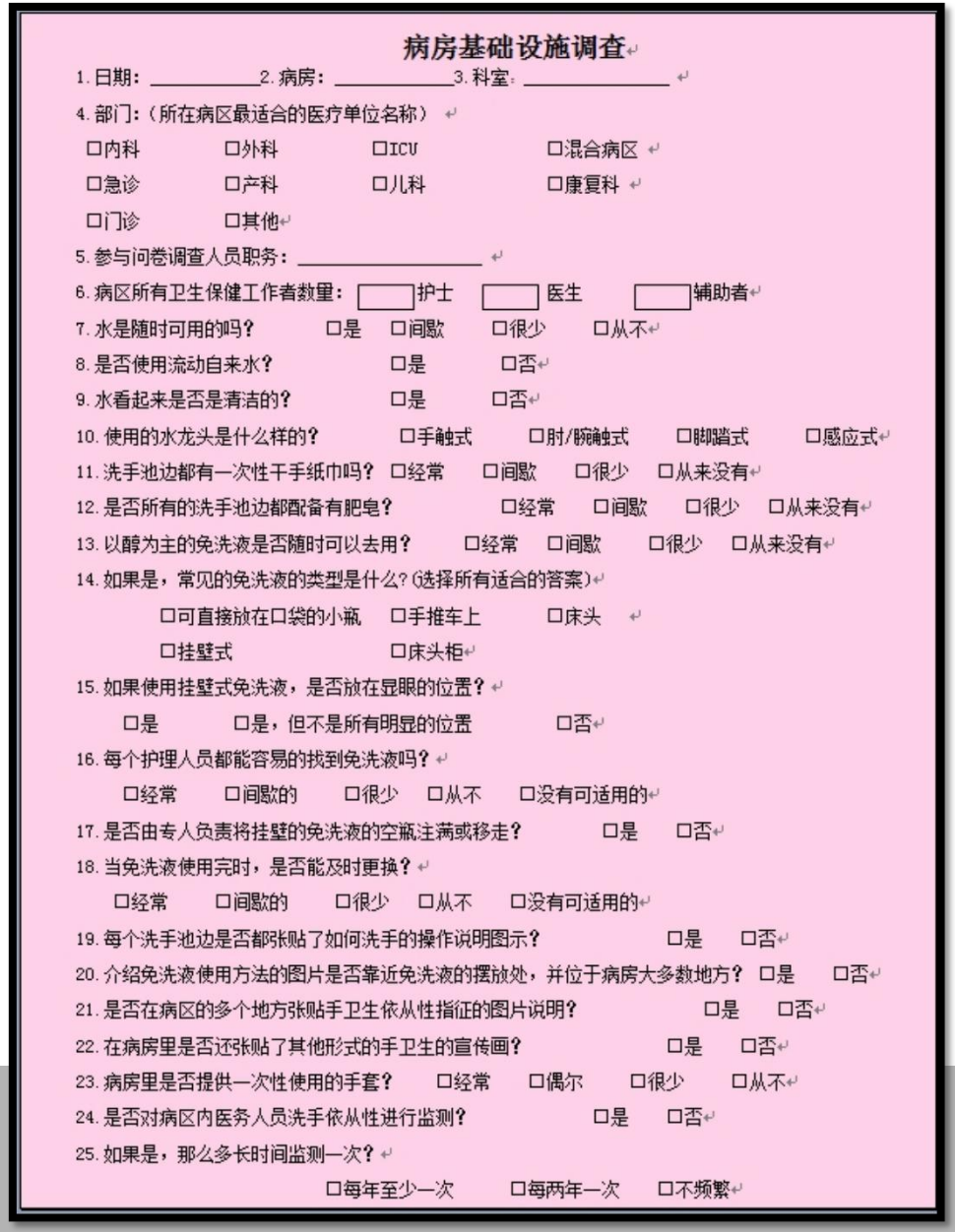
医务人员

手卫生依从性

步骤2：基线调查——了解目前的手卫生情况

科室基本设施调查（基线）	周1-2				
高级行政人员手卫生意识调查（基线）		周3			
医务人员手卫生意识调查（基线）			周4-5		
洗手依从性调查（基线）				周6-8	
皂液/免洗液的消耗情况的调查（基线）					步骤2结束后，每月或每3-4个月
医务人员手卫生知识调查（基线）					最后一周或在培训前

科室手卫生基本设施调查



病房基础设施调查

1. 日期：_____2. 病房：_____3. 科室：_____

4. 部门：（所在病区最适合的医疗单位名称）

□内科 □外科 □ICU □混合病区

□急诊 □产科 □儿科 □康复科

□门诊 □其他

5. 参与问卷调查人员职务：_____

6. 病区所有卫生保健工作者数量：[ ]护士 [ ]医生 [ ]辅助者

7. 水是随时可用的吗？ □是 □间歇 □很少 □从不

8. 是否使用流动自来水？ □是 □否

9. 水看起来是否是清洁的？ □是 □否

10. 使用的水龙头是什么样的？ □手触式 □肘/腕触式 □脚踏式 □感应式

11. 洗手池边都有一次性干手纸巾吗？ □经常 □间歇 □很少 □从来没有

12. 是否所有的洗手池边都配备有肥皂？ □经常 □间歇 □很少 □从来没有

13. 以醇为主的免洗液是否随时可以去用？ □经常 □间歇 □很少 □从来没有

14. 如果是，常见的免洗液的类型是什么？(选择所有适合的答案)

□可直接放在口袋的小瓶 □手推车上 □床头

□挂壁式 □床头柜

15. 如果使用挂壁式免洗液，是否放在显眼的位置？

□是 □是，但不是所有明显的位置 □否

16. 每个护理人员都能容易的找到免洗液吗？

□经常 □间歇的 □很少 □从不 □没有可适用的

17. 是否由专人负责将挂壁的免洗液的空瓶注满或移走？ □是 □否

18. 当免洗液使用完时，是否能及时更换？

□经常 □间歇的 □很少 □从不 □没有可适用的

19. 每个洗手池边是否都张贴了如何洗手的操作说明图示？ □是 □否

20. 介绍免洗液使用方法的图片是否靠近免洗液的摆放处，并位于病房大多数地方？ □是 □否

21. 是否在病区的多个地方张贴手卫生依从性指征的图片说明？ □是 □否

22. 在病房里是否还张贴了其他形式的手卫生的宣传画？ □是 □否

23. 病房里是否提供一次性使用的手套？ □经常 □偶尔 □很少 □从不

24. 是否对病区内医务人员洗手依从性进行监测？ □是 □否

25. 如果是，那么多长时间监测一次？

□每年至少一次 □每两年一次 □不频繁

科室手卫生基本设施调查

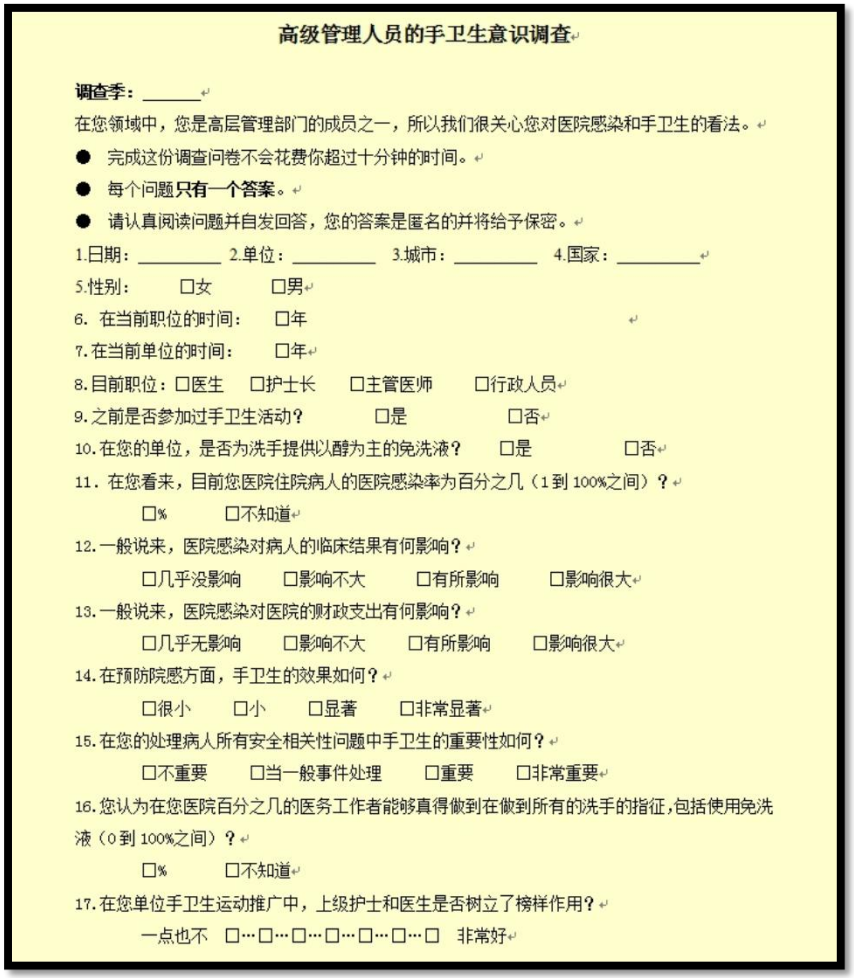
请走访该科室的每一间病房或诊疗室（其中包括诊疗点*），完成此表

	病房	总床位数（病房）	有扶手的病床数	总洗手池数	有自来水的洗手池	有肥皂洗手池数	有一次性纸巾的洗手池	有自来水、肥皂、一次性毛巾洗手池	挂壁式免洗液数	灌满的挂壁式免洗液的数目	护理人员数	口袋里有瓶装免洗液的护理人员数
B、病房												
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
总数												
B、治疗室												
1												
2												
总数												
C、走廊或者其他诊疗点												
1												
2												
3												
总数												

*诊疗点：指医务人员（医生或护士）、病人、护理人员三种类型的工作人员都会出现的的场所。

手卫生意识基线调查

对高级管理者的调查



高级管理人员的手卫生意识调查

调查季：_____

在您领域中，您是高层管理部门的成员之一，所以我们很关心您对医院感染和手卫生的看法。

- 完成这份调查问卷不会花费你超过十分钟的时间。
- 每个问题**只有一个答案**。
- 请认真阅读问题并自发回答，您的答案是匿名的并将给予保密。

1.日期：_____ 2.单位：_____ 3.城市：_____ 4.国家：_____

5.性别： □女 □男

6. 在当前职位的时间： □年

7.在当前单位的时间： □年

8.目前职位：□医生 □护士长 □主管医师 □行政人员

9.之前是否参加过手卫生活动？ □是 □否

10.在您的单位，是否为洗手提供以醇为主的免洗液？ □是 □否

11．在您看来，目前您医院住院病人的医院感染率为百分之几（1到100%之间）？

□% □不知道

12.一般说来，医院感染对病人的临床结果有何影响？

□几乎没影响 □影响不大 □有所影响 □影响很大

13.一般说来，医院感染对医院的财政支出有何影响？

□几乎无影响 □影响不大 □有所影响 □影响很大

14.在预防院感方面，手卫生的效果如何？

□很小 □小 □显著 □非常显著

15.在您的处理病人所有安全相关性问题中手卫生的重要性如何？

□不重要 □当一般事件处理 □重要 □非常重要

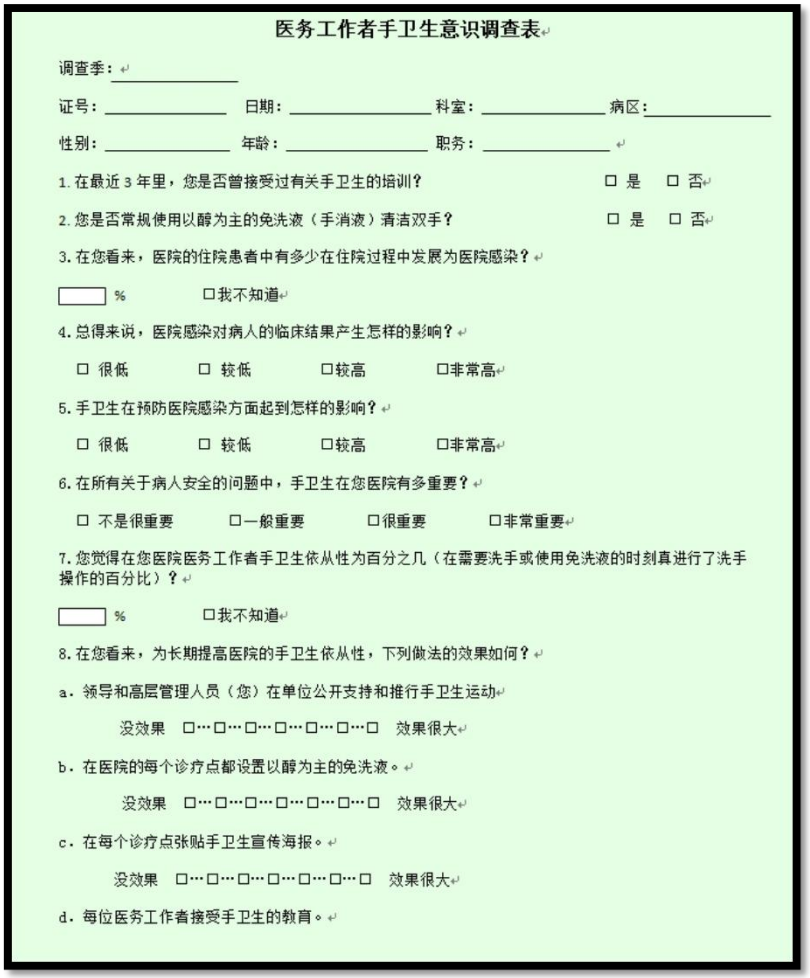
16.您认为在您医院百分之几的医务工作者能够真得做到在做到所有的洗手的指征，包括使用免洗液（0到100%之间）？

□% □不知道

17.在您单位手卫生运动推广中，上级护士和医生是否树立了榜样作用？

一点也不 □…□…□…□…□…□…□ 非常好

对普通医务工作者的调查



医务工作者手卫生意识调查表

调查季：_____

证号：_____ 日期：_____ 科室：_____ 病区：_____

性别：_____ 年龄：_____ 职务：_____

1. 在最近3年里，您是否曾接受过有关手卫生的培训？ □ 是 □ 否

2. 您是否常规使用以醇为主的免洗液（手消液）清洁双手？ □ 是 □ 否

3. 在您看来，医院的住院患者中有多少在住院过程中发展为医院感染？

□ % □我不知道

4. 总得来说，医院感染对病人的临床结果产生怎样的影响？

□ 很低 □ 较低 □较高 □非常高

5. 手卫生在预防医院感染方面起到怎样的影响？

□ 很低 □ 较低 □较高 □非常高

6. 在所有关于病人安全的问题中，手卫生在您医院有多重要？

□ 不是很重要 □一般重要 □很重要 □非常重要

7. 您觉得在您医院医务工作者手卫生依从性为百分之几（在需要洗手或使用免洗液的时刻真进行了洗手操作的百分比）？

□ % □我不知道

8. 在您看来，为长期提高医院的手卫生依从性，下列做法的效果如何？

a．领导和高层管理人员（您）在单位公开支持和推行手卫生运动

没效果 □…□…□…□…□…□…□ 效果很大

b．在医院的每个诊疗点都设置以醇为主的免洗液。

没效果 □…□…□…□…□…□…□ 效果很大

c．在每个诊疗点张贴手卫生宣传海报。

没效果 □…□…□…□…□…□…□ 效果很大

d．每位医务工作者接受手卫生的教育。

皂液/免洗液的消耗情况的调查（基线）

以醇为主的免洗液

(计量以升为单位)

产品形式: ☐ 凝胶形式 ☐ 液体形式 ☐ 其它 _____
（描述）

信息采集的对象 ☐ 购买/分发的产品 ☐ 正在使用的产品

产品名称:

	使用情况		全院或某一科室的就诊病人数	全院或某一科室的就诊病人天数
	使用的瓶数	使用量（升）		
第 1 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况				
第 2 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况)				
第 3 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况				
第 4 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况				
第 5 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况				
第 6 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况				

皂液（肥皂或洗手液）

（计量以千克或升为单位）

产品形式 ☐ 非医用肥皂 ☐ 医用肥皂 ☐ 洗手液

☐ 其他(请指明) _____

信息采集的对象 ☐ 购买的产品 ☐ 正在使用的产品

产品名称:

注：如果使用多个产品，请分别记录各各产品的购买、分发和使用情况

	使用情况		全院或某一科室的就诊病人数	全院或某一科室的就诊病人天数
	使用的瓶数	使用量（升）		
第 1 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况				
第 2 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况)				
第 3 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况				
第 4 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况				
第 5 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况				
第 6 月:				
全院消耗情况或某一特定科室消耗情况				

洗手依从性调查（基线）

- 以“手卫生的5个时刻”为基本
- 在全院所有的科室开展（病区+门诊）
- 监测者：专业的医务人员，具有丰富的床边护理知识和经验并了解手卫生改进策略
- 监测者需接受手卫生培训
- 监测者熟练掌握监测方法
- 选择操作较多时观察
- 样本量足够
- 监测的结果应客观

手卫生依从性调查表

医疗机构：	调查类型：	调查季：
病区：	调查日期：	观察者：
科室：	开始/结束：	页数：
部门：	时间 (24H)：	城市：
国家：		

工作职务			工作职务			工作职务			工作职务		
编码			编码			编码			编码		
人数			人数			人数			人数		
机会	洗手指征	操作	机会	洗手指征	操作	机会	洗手指征	操作	机会	洗手指征	操作
1	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	1	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	1	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	1	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套
2	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	2	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	2	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	2	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套
3	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	3	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	3	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	3	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套
4	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	4	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	4	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	4	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套
5	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	5	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	5	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	5	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套
6	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	6	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	6	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	6	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套
7	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	7	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	7	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套	7	□病人前 □无菌操作前 □暴露后 □病人后 □病人环境后	□免洗液 □水洗 □无 □手套

医务人员手卫生知识调查

手卫生知识问卷调查

调查季：_____

- 每个问题**只有一个答案**。
- 请认真阅读问题后回答，您的回答将被保密。

工作证号：_____ 日期：_____ 部门：_____

性别：_____ 年龄：_____

1. 职务：

□管床医生 □上级医生 □科主任 □实习医生 □进修医生
□管床护士 □护士组长 □护士长 □实习护士 □进修护士
□技术人员 □其他

2. 科室类型（选择一个最能代表您科室的）：

□内科 □外科 □监护室 □内/外科混合 □急诊
□门诊 □产科 □儿科 □康复中心 □其他

3. 在最近三年您是否接受过正式的手卫生培训？ □是 □否

4. 您是否在日常工作中使用以醇为主的免洗液洗手？□是 □否

5. 下列哪一项是医院内致病菌传播的最主要途径？

a. □未清洁的医务工作者的手
b. □空气传播
c. □病人与被病菌定植的物体表面接触（如，床，椅子，桌子，地板）
d. □病人共用非侵入性的设施（如，血压测量带，听诊器等）

6. 下列哪一项是最常造成医院感染暴发的病原菌传播源？

a. □医院的自来水系统
b. □空气
c. □被致病菌定植或感染的病患
d. □医院环境（物体表面）

7. 下列的手卫生操作能否防止病原菌传染给**病患**？

a. 接触病人之前	□是	□否
b. 在接触病人体液、血液后立即实施	□是	□否
c. 与病人周围的密切环境接触后	□是	□否
d. 在进行无菌操作前	□是	□否

8. 下列的手卫生操作能否防止病原菌传染给医务**工作者**？

a. 接触病人之前	□是	□否
b. 在接触病人体液、血液后立即实施	□是	□否
c. 在进行无菌操作前	□是	□否
d. 与病人周围的密切环境接触后	□是	□否

9. 下列有关使用免洗液和进行水洗的手卫生清洁活动描述是否正确？

a. 使用免洗液洗手比使用肥皂、自来水洗手快	□是	□否
b. 使用免洗液洗手比使用肥皂、自来水洗手使皮肤更干燥	□是	□否
c. 使用免洗液洗手比使用肥皂、自来水洗手能更有效的清除病菌	□是	□否
d. 水洗和免洗液应推荐依次使用来清洁手部	□是	□否

10. 使用以醇为主的免洗液时最少在手中揉搓多长时间才能达到杀死大多数致病菌的目的？

a. □ 20 秒钟
b. □ 3 秒钟
c. □ 1 分钟
d. □ 10 秒钟

11. 在以下操作中应推荐使用哪种手部清洁方法？

a. 腹部触诊前	□免洗液	□水洗	□无
b. 在进行穿刺之前	□免洗液	□水洗	□无
c. 摘除手套后	□免洗液	□水洗	□无
d. 整理病患床铺后	□免洗液	□水洗	□无
e. 接触病人血液后	□免洗液	□水洗	□无

12. 以下哪些是需要避免的操作，否则可能会增加手部有害菌的定植？

a. 佩戴首饰	□是	□否
b. 破损的皮肤	□是	□否
c. 戴人造手指甲	□是	□否
d. 经常使用护手霜	□是	□否

非常感谢您的配合！

步骤3：实施——实施改进措施

举办手卫生宣传活动

分发资料： 免洗液、皂液

宣传材料

张贴警示

教育材料

培训课程： 由上之下

全院职工

新进人员

定期举行委员会议

举办手卫生宣传活动

- 在各病区楼大厅开设手卫生宣传站台

手卫生宣传周
2012-05-04
SAMSUNG MV800 ISO-200 f/3.300 1/30s

手卫生宣传周--手部菌落数测定
2012-05-04

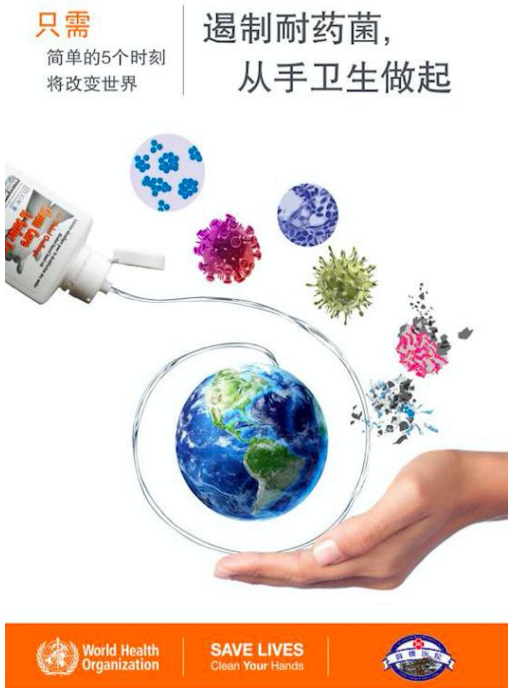
全院举行大型的手卫生促进活动

2013年 手卫生宣传画大赛

全院举行大型的手卫生促进活动

2016 年 “大手拉小手”亲子活动

全院举行大型的手卫生促进活动



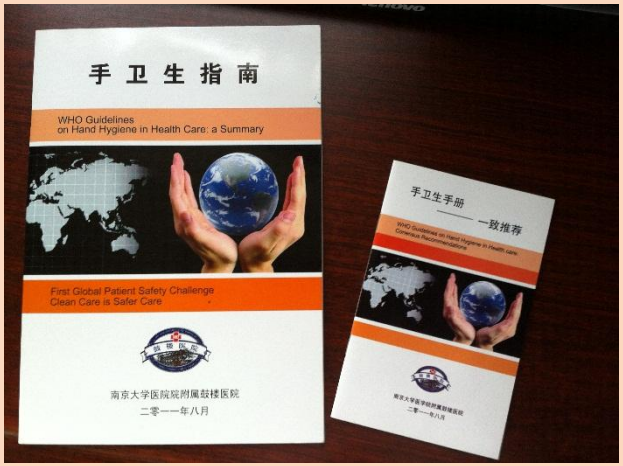
2017年手卫生活动主题

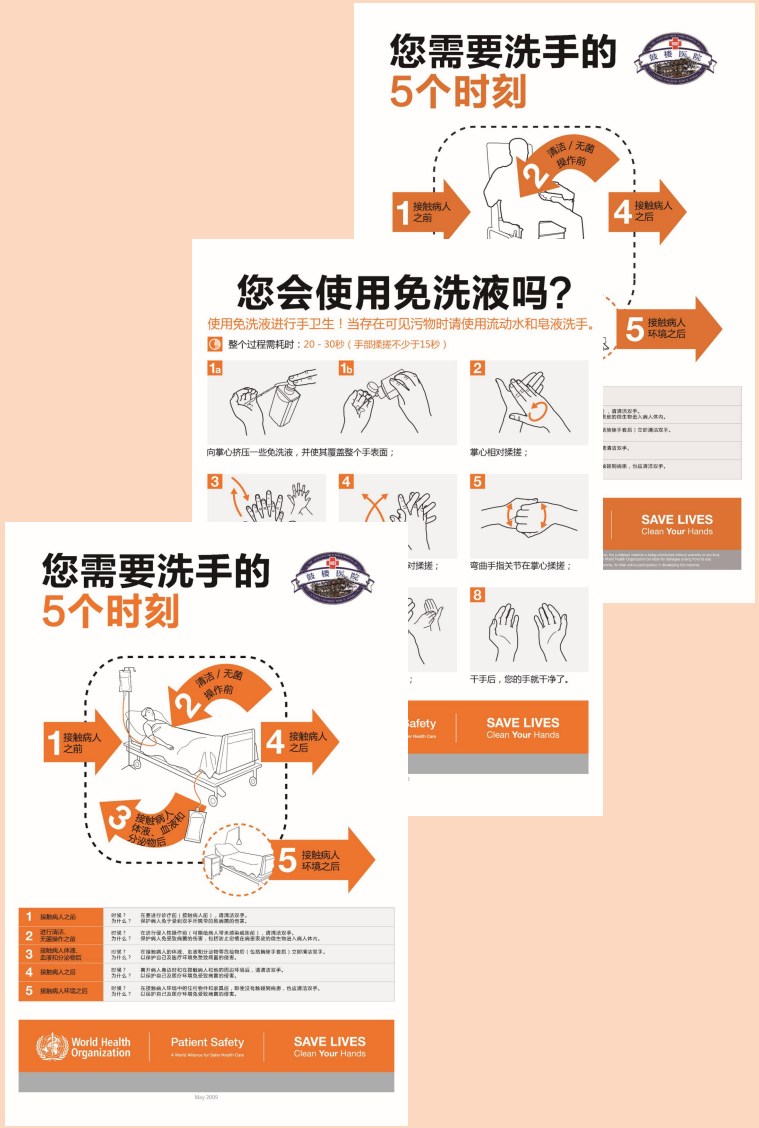
2018年手卫生活动主题

2019年手卫生快闪活动

发放手卫生资料

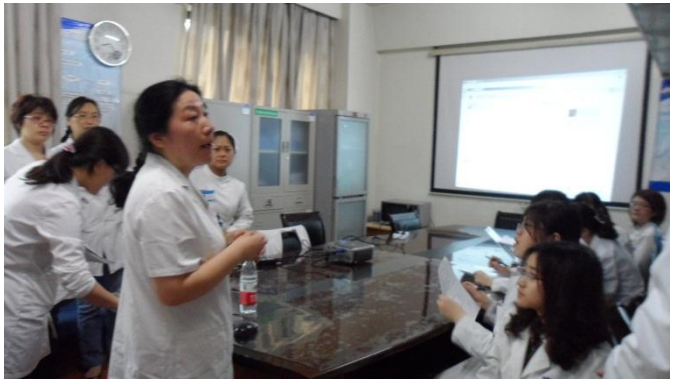
- 各科室配备免洗液
- 张贴手卫生宣传画
- 发放各手卫生培训资料





开展手卫生培训

方式：自上而下
面对面培训



STEP4：追踪调查——评估改革效果

基本重复步骤2的调查

反馈和比较

反馈： 医务工作者

行政管理者

比较： 数据比较

需找进步——值得借鉴

需找遗漏——需要改进

STEP4：追踪调查——评估改革效果

基本重复步骤2中的调查

科室基本设施调查（跟踪）	周1-2				
高级行政人员手卫生意识调查（跟踪）		周3			
医务人员手卫生意识调查（跟踪）			周4-5		
洗手依从性调查（跟踪）				周6-8	
皂液/免洗液的消耗情况的调查（跟踪）					每月或每3-4个月
医务人员手卫生知识调查（跟踪）					最后一周

与STEP2中不同的调查表

医务工作者手卫生意识跟踪调查表

证号：　　日期：　　科室：　　病区：
性别：　　年龄：　　职务：

第一部分

1. 在最近 3 年里，您是否曾接受过有关手卫生的培训？　□ 是　□ 否

2. 您是否常规使用以醇为主的免洗液（手消液）清洁双手？　□ 是　□ 否

3. 在您看来，医院的住院患者中有多少在住院过程中发展为医院感染？

□ %　□我不知道

4. 总得来说，医院感染对病人的临床结果产生怎样的影响？

□ 很低　□ 较低　□较高　□非常高

5. 手卫生在预防医院感染方面起到怎样的影响？

□ 很低　□ 较低　□较高　□非常高

6. 在所有关于病人安全的问题中，手卫生在您医院有多重要？

□ 不是很重要　□一般重要　□很重要　□非常重要

7. 您觉得在您医院医务工作者手卫生依从性为百分之几（在需要洗手或使用免洗液的时刻真进行了洗手操作的百分比）？

□ %　□我不知道

8. 在您看来，为长期提高医院的手卫生依从性，下列做法的效果如何？

a. 领导和高层管理人员（您）在单位公开支持和推行手卫生运动

没效果　□…□…□…□…□…□…□　效果很大

b. 在医院的每个诊疗点都设置以醇为主的免洗液。

没效果　□…□…□…□…□…□…□　效果很大

c. 在每个诊疗点张贴手卫生宣传海报。

没效果　□…□…□…□…□…□…□　效果很大

d. 每位医务工作者接受手卫生的教育。

没效果　□…□…□…□…□…□…□　效果很大

e. 向每位医务工作者提供简单明了的手卫生说明书。

没效果　□…□…□…□…□…□…□　效果很大

f. 医务工作者定期收到自己手卫生执行情况的结果。

没效果　□…□…□…□…□…□…□　效果很大

g. 主管护士和首席医生实施每一个洗手指征的操作（为您医院的医务工作者树立良好的榜样）

h. 邀请病人参与提醒医务工作者洗手。

没效果　□…□…□…□…□…□…□　效果很大

9. 您部门的领导者对您实施正确的手卫生产生怎样的影响？

不重要　□　□　□　□　□　□　□　非常重要

10. 您的同事对您实施正确的手卫生产生怎样的影响？

不重要　□　□　□　□　□　□　□　非常重要

11. 病人对您实施正确的手卫生产生怎样的影响？

不重要　□　□　□　□　□　□　□　非常重要

12. 在护理病人的过程中您如果实施良好的手卫生将产生怎样的影响？

无影响　□　□　□　□　□　□　□　较大影响

13. 您的手卫生依从性平均为多少（在需要洗手或使用免洗液的时刻正真进行了洗手操作的百分比）？

□ %

第二部分

14. 在您的日常工作中是否比过去更容易获得免洗液清洁双手？

完全没有　□　□　□　□　□　□　□　很大改善

15. 免洗液对您手部舒适度的影响？

完全没有　□　□　□　□　□　□　□　影响很大

16. 在知道了您科室医务人员的手卫生依从性后是否有助于您和您的同事提高手卫生依从性？

完全没有　□　□　□　□　□　□　□　很大帮助

17. 实施手卫生监测后是否使得您更加注意自己的手卫生情况？

完全没有　□　□　□　□　□　□　□　很大帮助

18. 您觉得您参加的手卫生培训对您提高手卫生依从性很重要吗？

完全没有　□　□　□　□　□　□　□　很重要

19. 您认为您医院的领导者是否积极支持手卫生改进运动？

完全没有　□　□　□　□　□　□　□　非常支持

20. 医院内安全文化的进步（在实施手卫生改进措施后安全文化的确得到了促进）是否帮助您自身提高手卫生依从性？

完全没有　□　□　□　□　□　□　□　很大帮助

21. 在手卫生促进运动中您是否逐渐意识到您在控制医院内感染的作用，特别是提高手卫生依从性？

完全没有　□　□　□　□　□　□　□　非常

实施改革后的效果

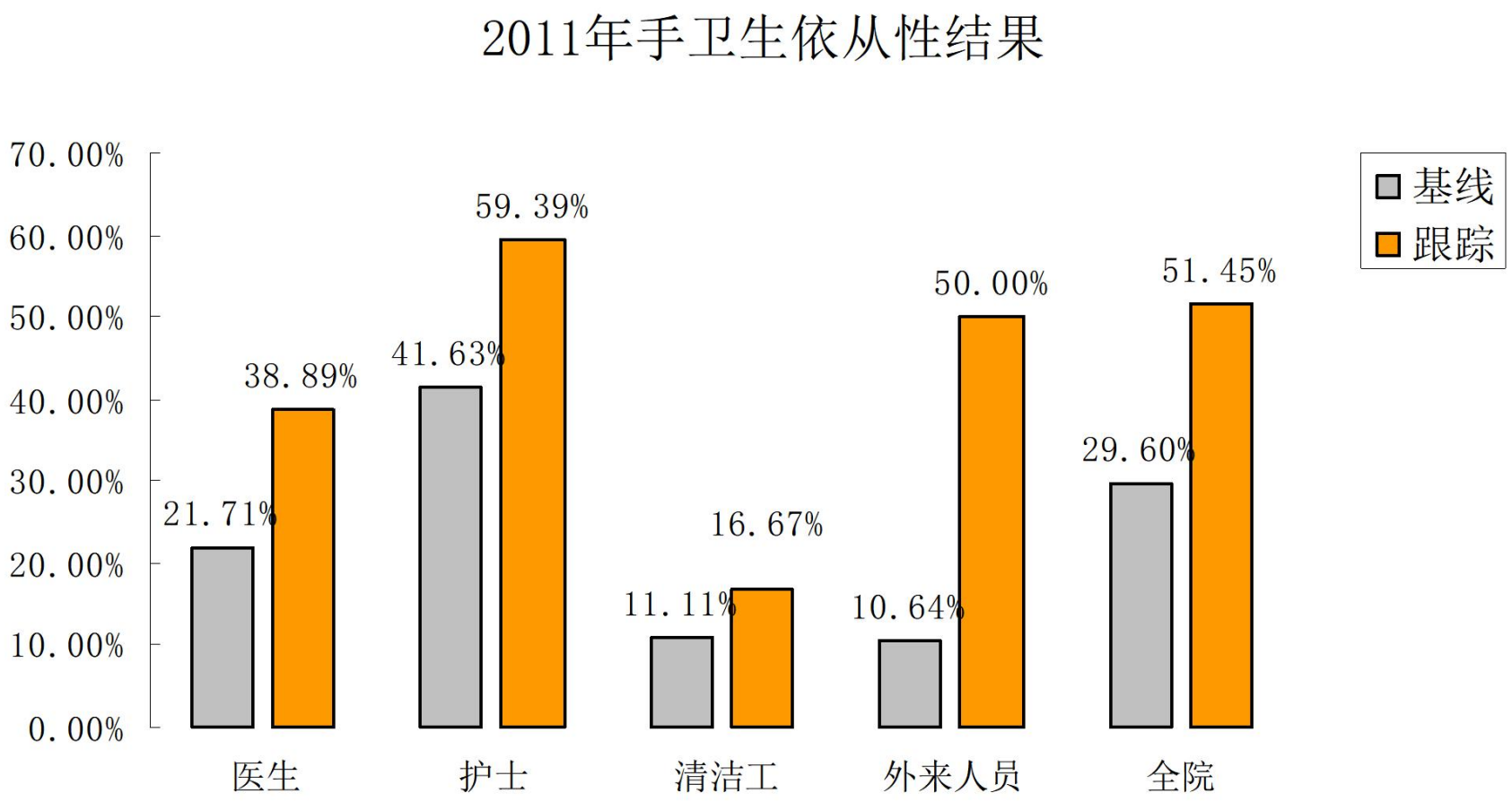
基础设施、手卫生意识

手卫生基础设施的改变

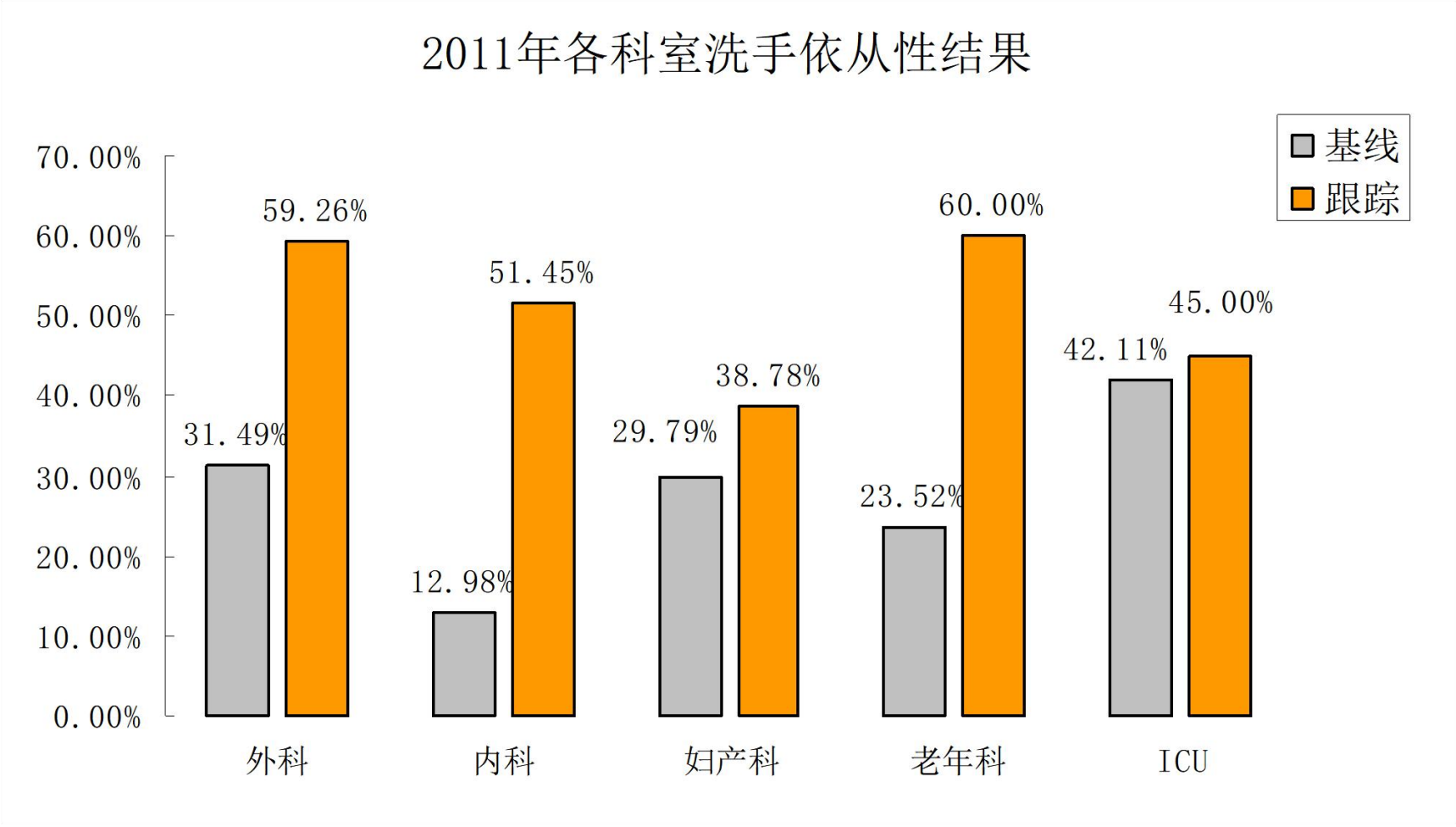
- 各诊疗点配备免洗液
- 各病房门口配备免洗液
- 治疗车配备免洗液
- 医务人员的洗手池配备洗手液和一次性抽纸
- 各病区洗手池上张贴六步洗手法

手卫生基础设施的改变

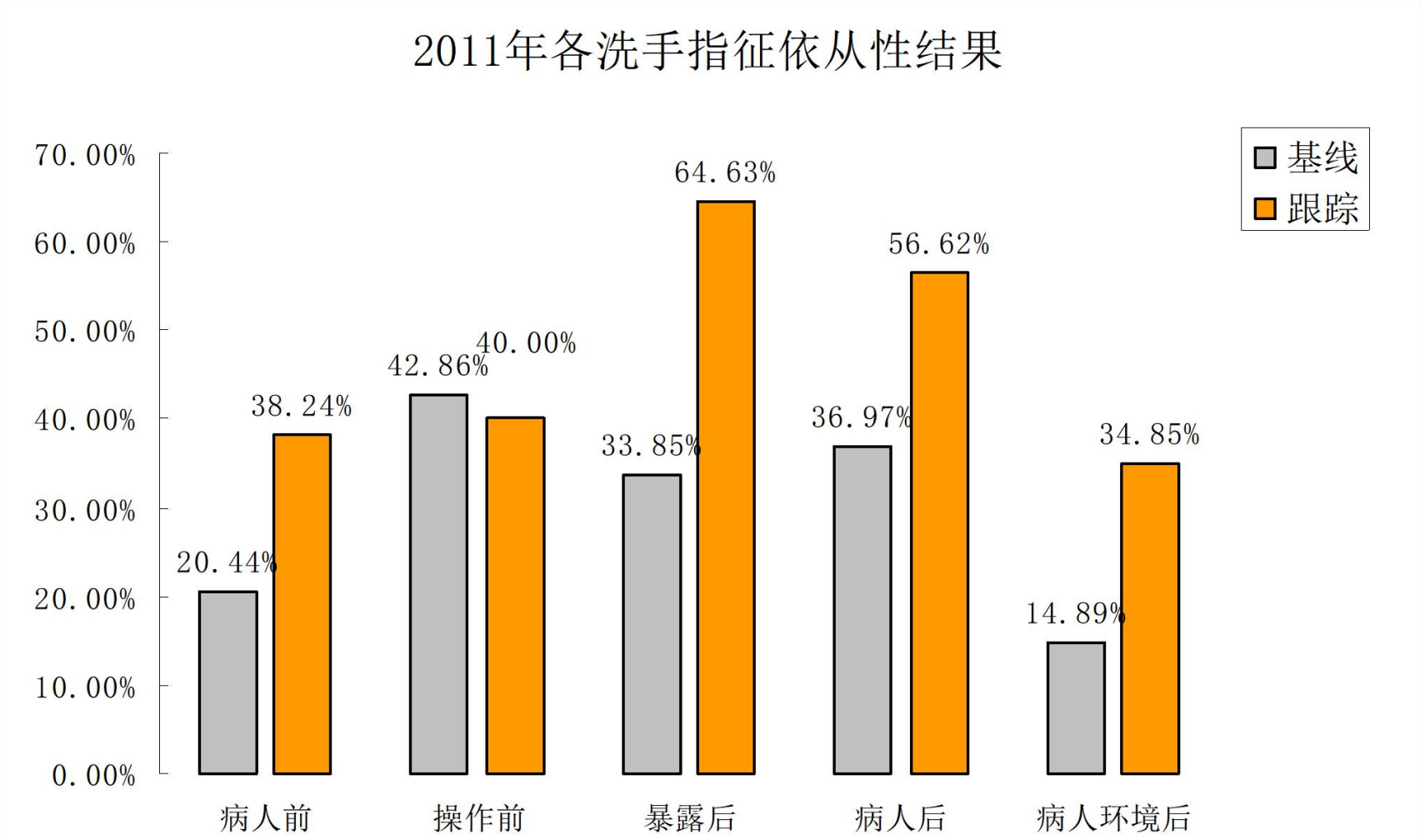
洗手依从性结果比较


2011年手卫生依从性结果
70.00%
60.00%
50.00%
40.00%
30.00%
20.00%
10.00%
0.00%
21.71%
38.89%
41.63%
59.39%
11.11%
16.67%
10.64%
50.00%
29.60%
51.45%
医生
护士
清洁工
外来人员
全院
基线
跟踪

洗手依从性结果比较


2011年各科室洗手依从性结果
基线
跟踪
70.00%
60.00%
50.00%
40.00%
30.00%
20.00%
10.00%
0.00%
31.49%
59.26%
12.98%
51.45%
29.79%
38.78%
23.52%
60.00%
42.11%
45.00%
外科
内科
妇产科
老年科
ICU

洗手依从性结果比较


2011年各洗手指征依从性结果
70.00%
60.00%
50.00%
40.00%
30.00%
20.00%
10.00%
0.00%
基线
跟踪
20.44%
38.24%
42.86%
40.00%
33.85%
64.63%
36.97%
56.62%
14.89%
34.85%
病人前
操作前
暴露后
病人后
病人环境后

我院自2011年起每年在全院举行大型的手卫生促进活动

2017年手卫生活动主题

2018年手卫生活动主题

2019年手卫生快闪活动

我院自2011年起每年在全院举行大型的手卫生促进活动

2020年线上活动“手卫生视频找茬大赛”

护士换水视频

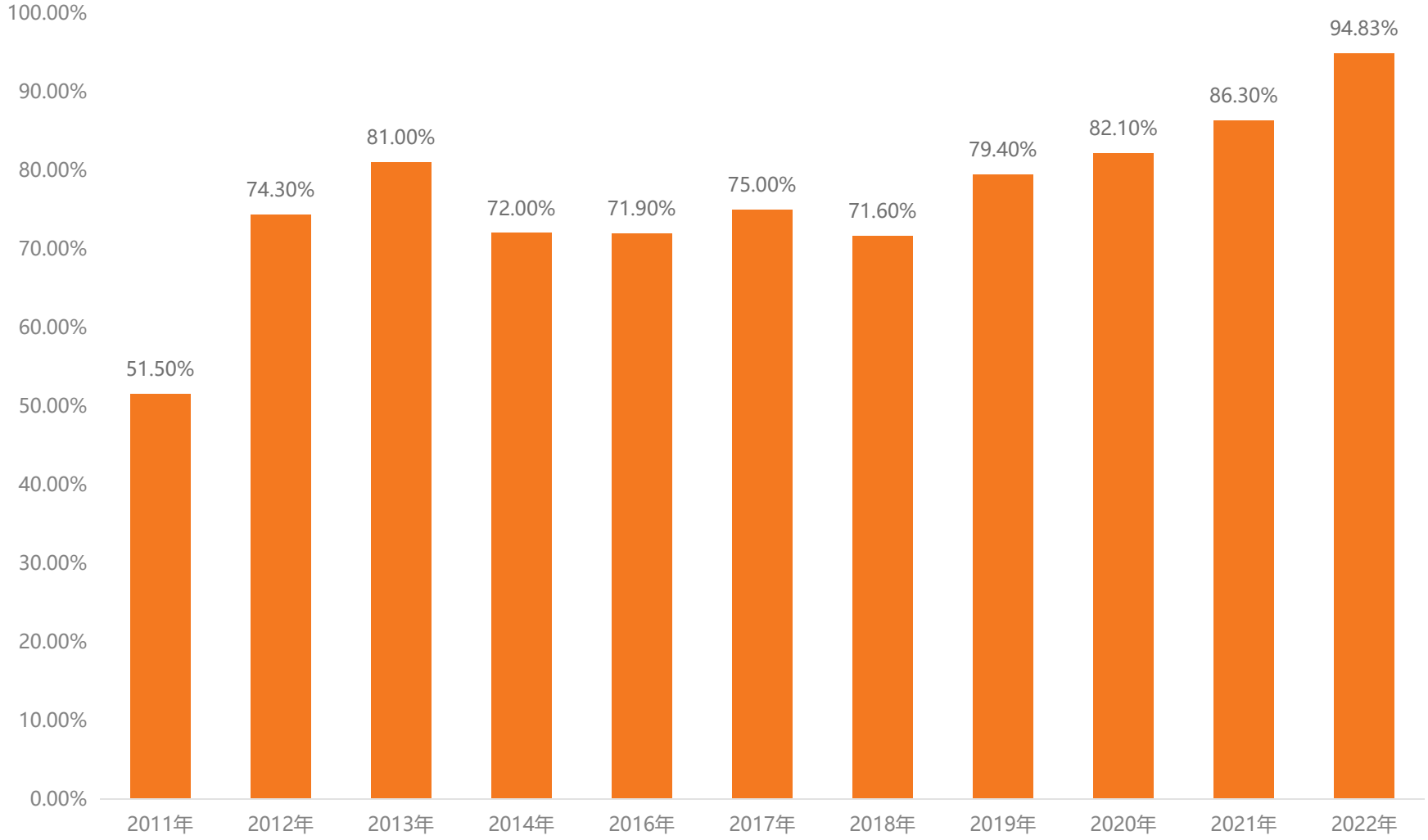
医生换药视频

医生查房视频

我院自2011年起每年在全院举行大型的手卫生促进活动

2021年“每个人都是手卫生的实践者”

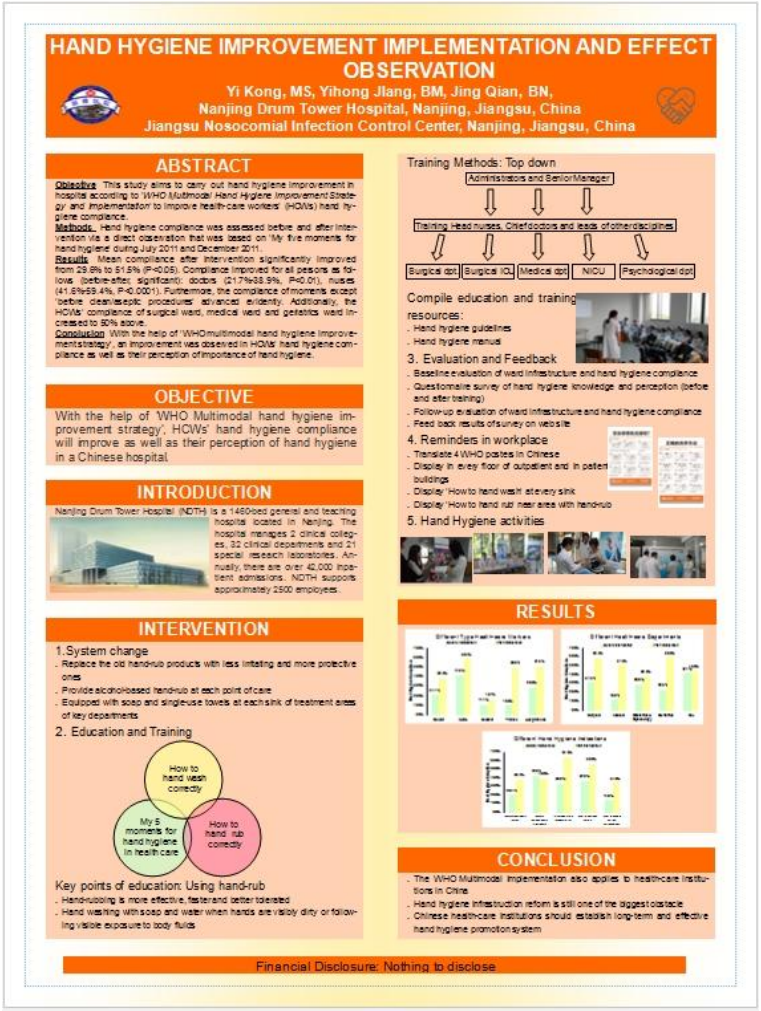
2011年-2022年全院医务人员依从率汇总



STEP5：手文化建立——制定未来5年的计划

总结过去一年的手卫生活动

- 回顾跟踪调查的结果，评估决定成功的重要因素；
- 发现需要改进的地方
- 决定如何向全院职工反馈手卫生活动的效果
- 准备一份报告详细描述活动的整个运行过程和它的影响



HAND HYGIENE IMPROVEMENT IMPLEMENTATION AND EFFECT OBSERVATION

Yi Kong, MS, Yihong Jiang, BM, Jing Qian, BN,
Nanjing Drum Tower Hospital, Nanjing, Jiangsu, China
Jiangsu Nosocomial Infection Control Center, Nanjing, Jiangsu, China

ABSTRACT

Objective This study aims to carry out hand hygiene improvement in hospital according to 'WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy' and implementation to improve health-care workers' (HCWs) hand hygiene compliance.
Methods Hand hygiene compliance was assessed before and after intervention via a direct observation that was based on 'My five moments for hand hygiene' during July 2011 and December 2011.
Results Mean compliance after intervention significantly improved from 29.8% to 51.5% (P<0.05). Compliance improved for all persons as follows (before-after, significant): doctors (21.7%-38.9%, P<0.01), nurses (41.6%-59.4%, P<0.0001). Furthermore, the compliance of moments except 'before clean/aseptic procedures' advanced evidently. Additionally, the HCWs' compliance of surgical ward, medical ward and geriatrics ward increased to 50% above.
Conclusion With the help of 'WHO-multimodal hand hygiene improvement strategy', an improvement was observed in HCWs' hand hygiene compliance as well as their perception of importance of hand hygiene.

OBJECTIVE

With the help of 'WHO Multimodal hand hygiene improvement strategy', HCWs' hand hygiene compliance will improve as well as their perception of hand hygiene in a Chinese hospital.

INTRODUCTION

Nanjing Drum Tower Hospital (NDTH) is a 1460-bed general and teaching hospital located in Nanjing. The hospital manages 2 clinical colleges, 32 clinical departments and 21 special research laboratories. Annually, there are over 42,000 inpatient admissions. NDTH supports approximately 2500 employees.

INTERVENTION

1.System change
- Replace the old hand-rub products with less irritating and more protective ones
- Provide alcohol-based hand-rub at each point of care
- Equipped with soap and single-use towels at each sink of treatment areas of key departments

2. Education and Training

Key points of education: Using hand-rub
- Hand-rubbing is more effective, faster and better tolerated
- Hand washing with soap and water when hands are visibly dirty or following visible exposure to body fluids

Training Methods: Top down

Compile education and training resources:
- Hand hygiene guidelines
- Hand hygiene manual

3. Evaluation and Feedback
- Baseline evaluation of ward infrastructure and hand hygiene compliance
- Questionnaire survey of hand hygiene knowledge and perception (before and after training)
- Follow-up evaluation of ward infrastructure and hand hygiene compliance
- Feed back results of survey on website

4. Reminders in workplace
- Translate 4 WHO posters in Chinese
- Display in every floor of outpatient and in patient buildings
- Display 'How to hand wash' at every sink
- Display 'How to hand rub' near sites with hand-rub

5. Hand Hygiene activities

RESULTS

CONCLUSION
- The WHO Multimodal implementation also applies to health-care institutions in China.
- Hand hygiene infrastructure reform is still one of the biggest obstacle.
- Chinese health-care institutions should establish long-term and effective hand hygiene promotion system

Financial Disclosure: Nothing to disclose

STEP5：手文化建立——制定未来5年的计划

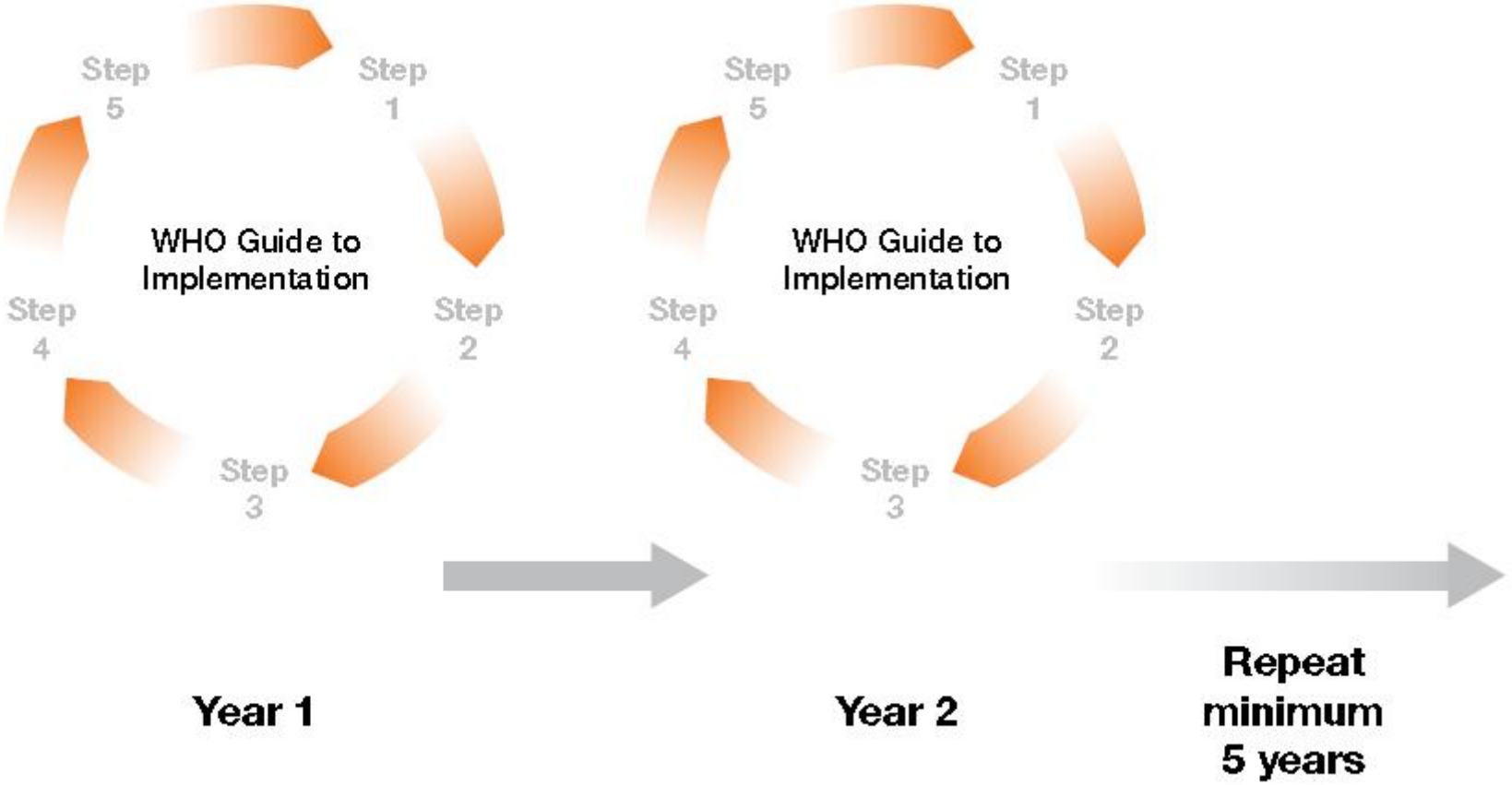
展望未来

- 使行政人员也参与到长期的项目计划中以进一步支持手卫生改革
- 邀请新职工加入委员会，让他们觉得拥有医院计划的所有权从而推进和持续手卫生改革

STEP5：手文化建立——制定未来5年的计划

- 发现那些有影响力的职工，让他们一同参与到手卫生计划中，从而成为一种典范带领和激励其他的员工
- 与其它地区的医院建立联系，分享在手卫生活动中的成功方法，从而快速进步
- 寻找那些能帮助向大众宣传活动成功的人，如媒体，和当地交流平台

STEP5：手文化建立——制定未来5年的计划



2021年手卫生促进活动

World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean **Your** Hands

医院感染防控“净”在“手”中