96年手部衛生推廣計畫

圈名： **LAHOS樂活圈**

編號：**CDC96037**

主題：降低醫事人員
手部衛生未遵從率

機構：財團法人天主教若瑟醫院

報告者:蘇麗芳、顏瑾瑜

財團法人天主教若瑟醫院簡介

- 使　命：健康促進、全人照護
  醫療傳愛、教學研究
- 價值觀：全犧牲、真愛人、常喜樂
- 願　景：提供有品質的醫療
  做為雲林人的近人

凡走過必留下足跡

- 第4屆醫品圈競賽醫品銅獎-「接力圈」
- 第5屆醫品圈競賽初賽-「瘦一圈」、「同心圈」
- 第6屆醫品圈競賽初賽-「薰衣草圈」、「呱噪圈」

- 93年度「南區醫療區域輔導與資源整合計畫」
  病人安全品管圈競賽：
  「銅獎」-「呱噪圈」
- 96年度「南區醫療區域輔導與資源整合計畫」
  洗手標誌、標語競賽：
  標語組「第三名」、「人氣王」

若瑟醫院洗手幫

圈名及圈徽

LAHOS樂活圈

天主與我們同在，讓我們同舟共濟，攜手迎向挑戰，以樂活分享的概念，以健康和可持續的生活方式，發揚全犧牲、真愛人、常喜樂的若瑟精神。

LAHOS樂活圈

改善主題	降低醫事人員手部衛生未遵從率
活動期間	民國96年8月1日~民國96年10月15日
關鍵字	手部衛生、未遵從率
運用手法	問題解決型
成立時間	民國96年8月1日
平均年資	7.1年
平均年齡	30歲
參與單位	成人加護病房、感染管制小組 病人安全小組

樂活圈活動特點

跨單位

臨床、感染管制及品質管制單位共同組成

跨專長

成員來源有護理人員、醫師及行政人員

領導性

為本院洗手推行運動種子圈

主題重要性

病人

1.減少病人院內感染的機會
2.降低住院天數，節省醫療費用支出

同仁

1.降低工作人員遭院內感染風險
2.培養正確洗手觀念，提昇醫療照護品質

醫院

1.減少抗藥性菌種的傳播，降低醫療成本
2.增加病床使用週轉率，善用醫療資源

樂活圈活動計劃進度

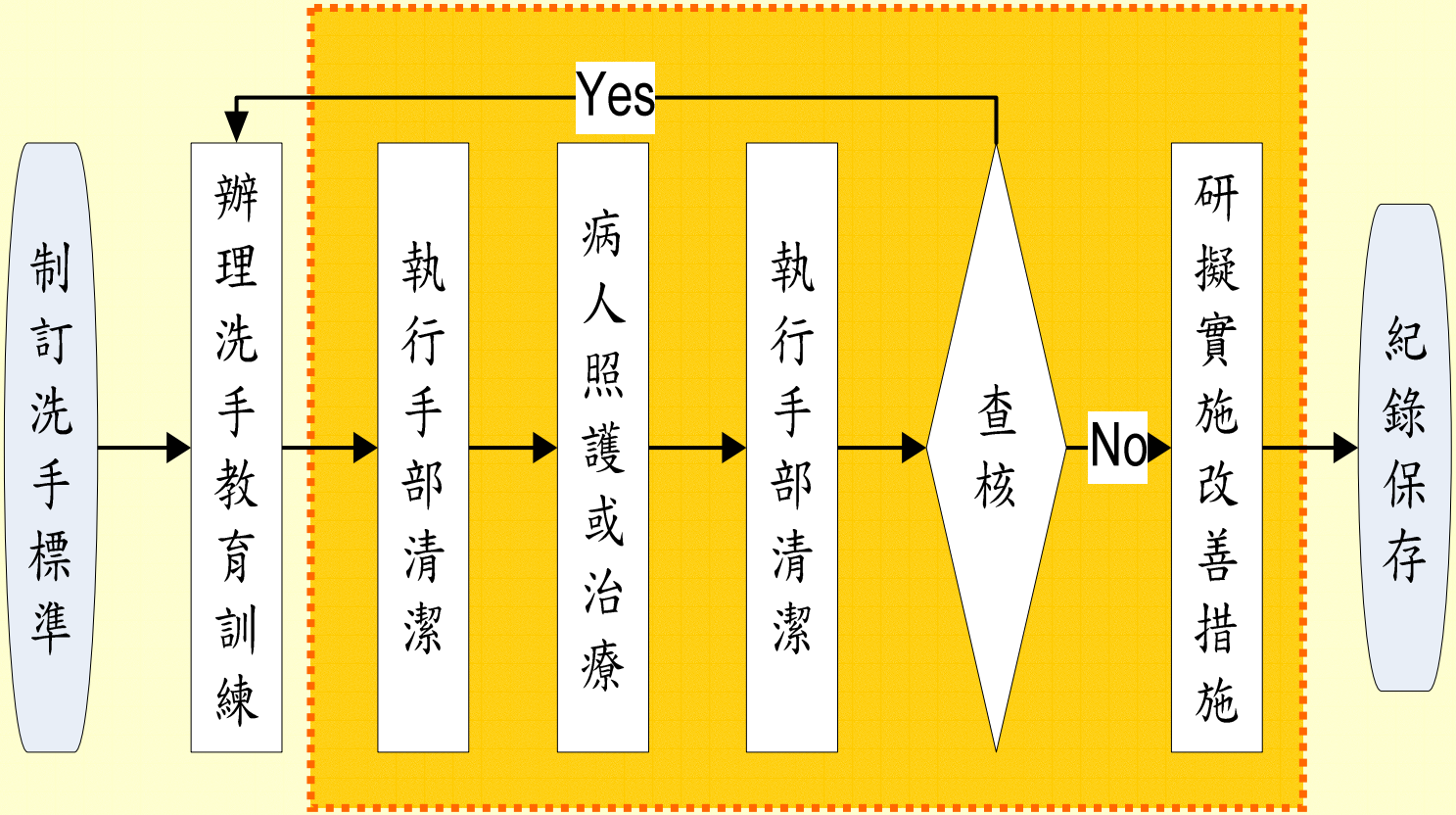
	步驟 \ 月份/日期	7	8				9				10		負責人	使用方法
		31	01-07	08-14	15-21	22-28	29-04	05-11	12-18	19-25	26-02	03-09	10-15		
P	組圈														
P	主題選定														
P	活動計劃擬定														
P	現狀把握														
P	目標設定解析														
	對策擬定													元孟	腦力激盪
D	對策實施及檢討													元孟、妏珊、瑾瑜	PDCA
C	效果確認													麗芳、惠萍、淑貞	問卷、查檢表
A	標準化													麗芳	SOP
A	檢討與改進													全員	總檢討
A	成果報告													瓊儀、淑儀	PDCA

<延遲一週原因>

第一次真因驗證方式錯誤，無法找出醫事人員未遵從洗手時機真因，故決定改變方式，進行第二次真因調查

說明：1.“■”表示計畫線，“■”表示實施線； 2.本圈開會地點皆於本院B棟6樓討論室。

作業流程


制訂洗手標準
辦理洗手教育訓練
執行手部清潔
病人照護或治療
執行手部清潔
查核
Yes
No
研擬實施改善措施
紀錄保存

數據收集

附件一、手部衛生監測工具

財團法人天主教若瑟醫院 手部衛生監測工具

單位/部門：_____ 日　　期：____年____月____日

監測者：_____ 監測期間：AM/PM___：___~ ___：___

班別代碼：D 白班(7：30-3：30)、E 小夜(3：30-11：30)、N 大夜班(11：30-7：30)

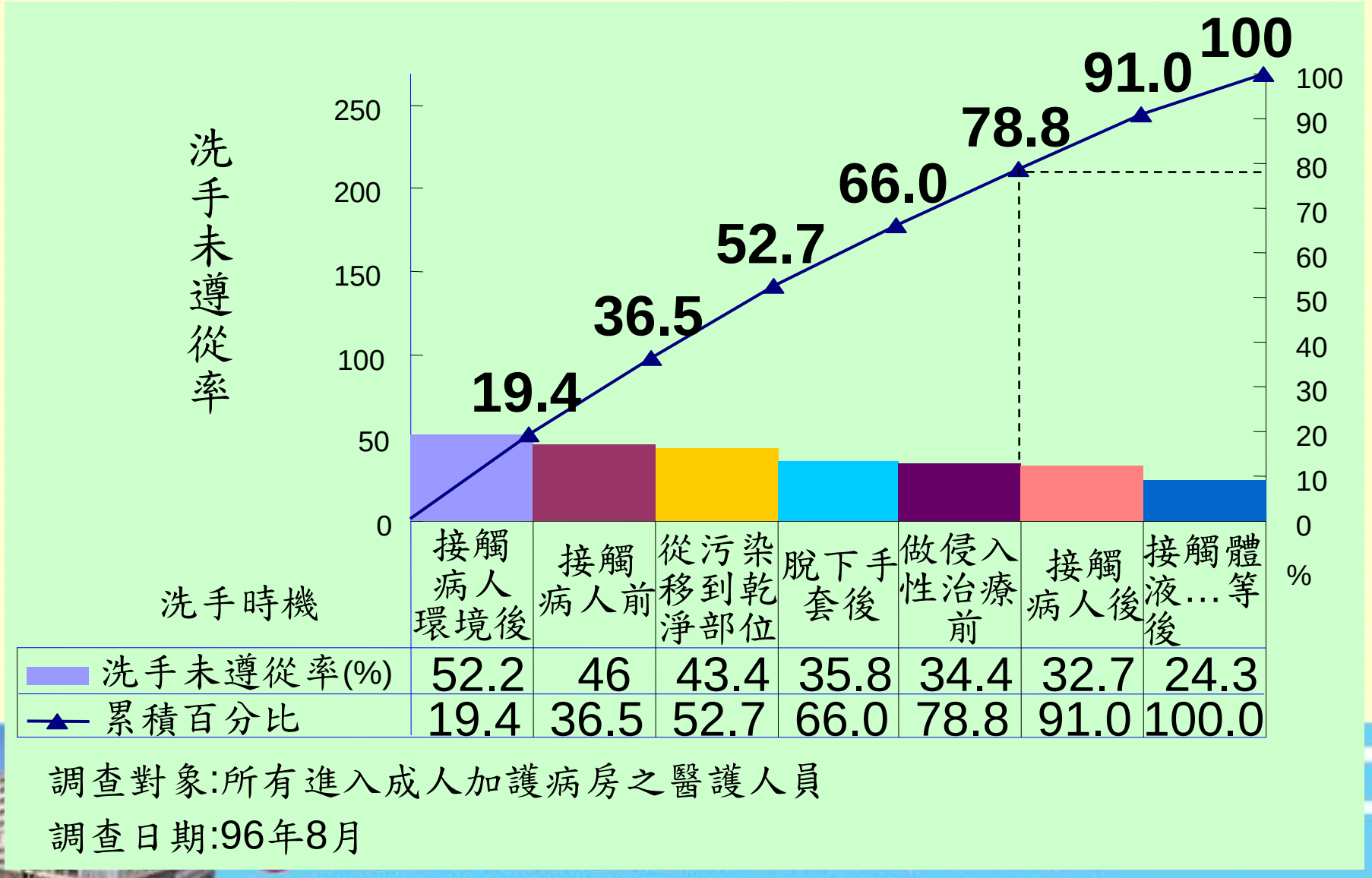
醫療人員(Health Care Worker, HCW)代碼如下：

1 = 醫師(含主治、住院、實習及醫師助理)
2 = 護理人員(含護理師、護士、實習生)
2A =護理佐理員 (傳送人員)
4=藥劑人員
5=營養師
6=社工
7=院牧
8=環境清潔人員
9=放射治療人員
10=呼吸治療人員
11=其他(書記)

HW=洗手
HA=酒精性洗手液
N=否
N/A=不適用

觀察個案		1	2	3	4	5
醫療人員代碼						
接觸病人前	HW					
	HA					
	N					
	N/A					

改善前醫事人員手部衛生未遵從情形柏拉圖分析

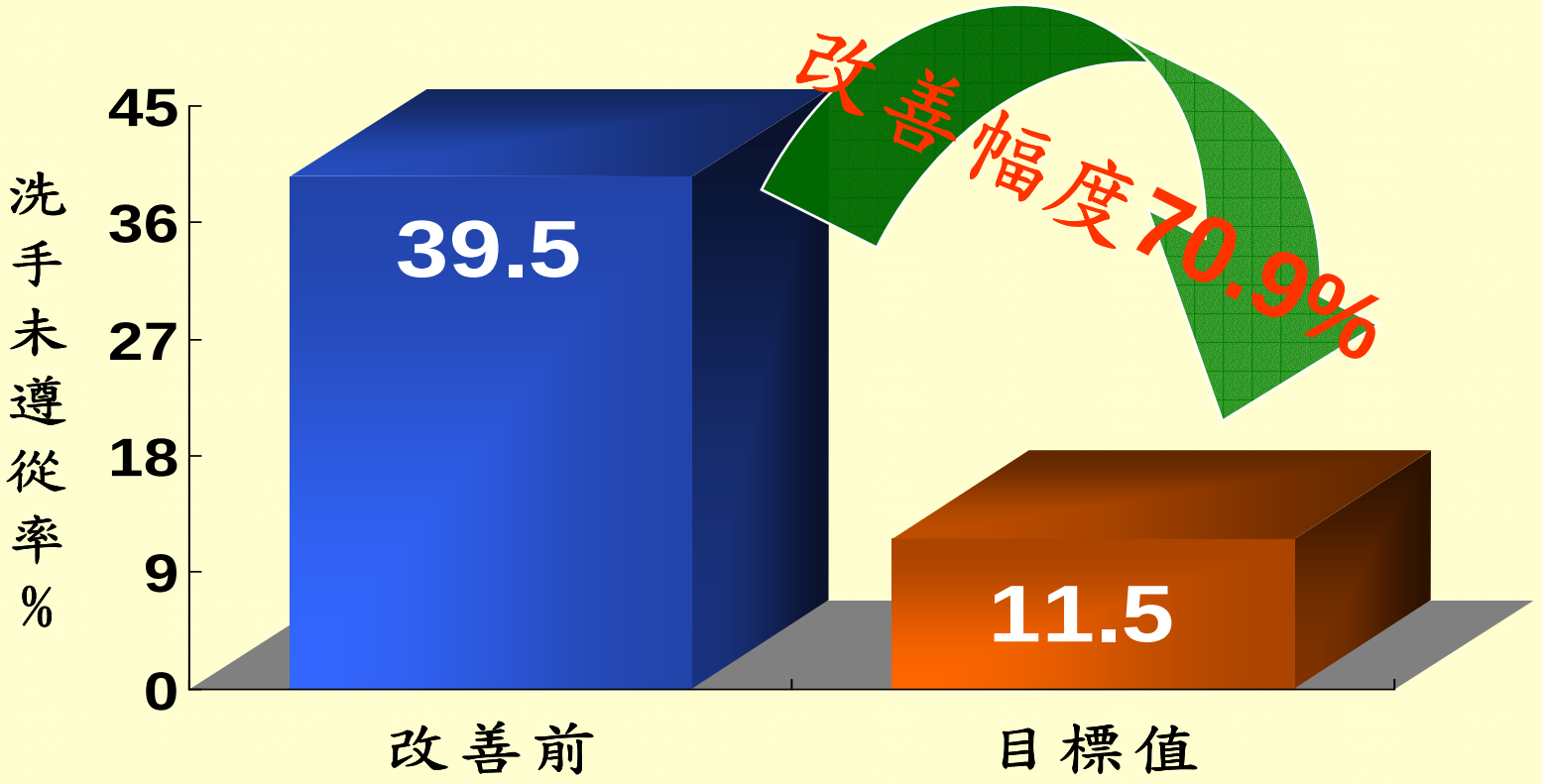


洗手時機	接觸病人環境後	接觸病人前	從污染移到乾淨部位	脫下手套後	做侵入性治療前	接觸病人後	接觸體液…等後
洗手未遵從率(%)	52.2	46	43.4	35.8	34.4	32.7	24.3
累積百分比	19.4	36.5	52.7	66.0	78.8	91.0	100.0

調查對象:所有進入成人加護病房之醫護人員

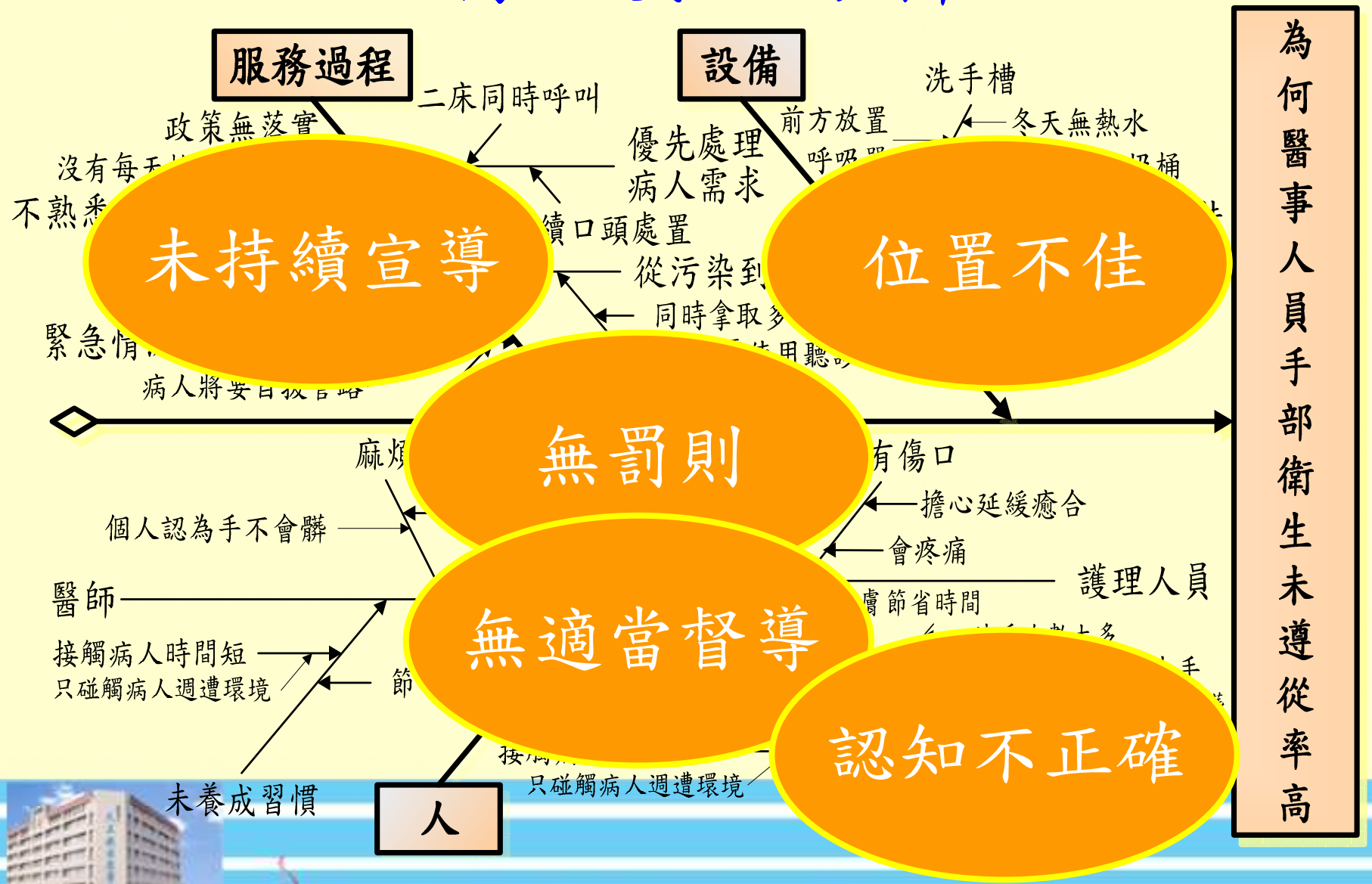
調查日期:96年8月

設定目標



- 改善幅度=柏拉圖改善重點X預估圈改善能力
  =78.8%x90% =70.9%
- 目標值=改善前實績x(1-預估改善幅度)＝11.5%

特性要因分析


為何醫事人員手部衛生未遵從率高
服務過程
設備
人
護理人員
醫師
未持續宣導
位置不佳
無罰則
無適當督導
認知不正確
二床同時呼叫
優先處理
病人需求
洗手槽
冬天無熱水
前方放置
有傷口
擔心延緩癒合
會疼痛
個人認為手不會髒
接觸病人時間短
只碰觸病人週遭環境
未養成習慣

真因驗證

真因驗證

由特性要因圖調查未洗手原因

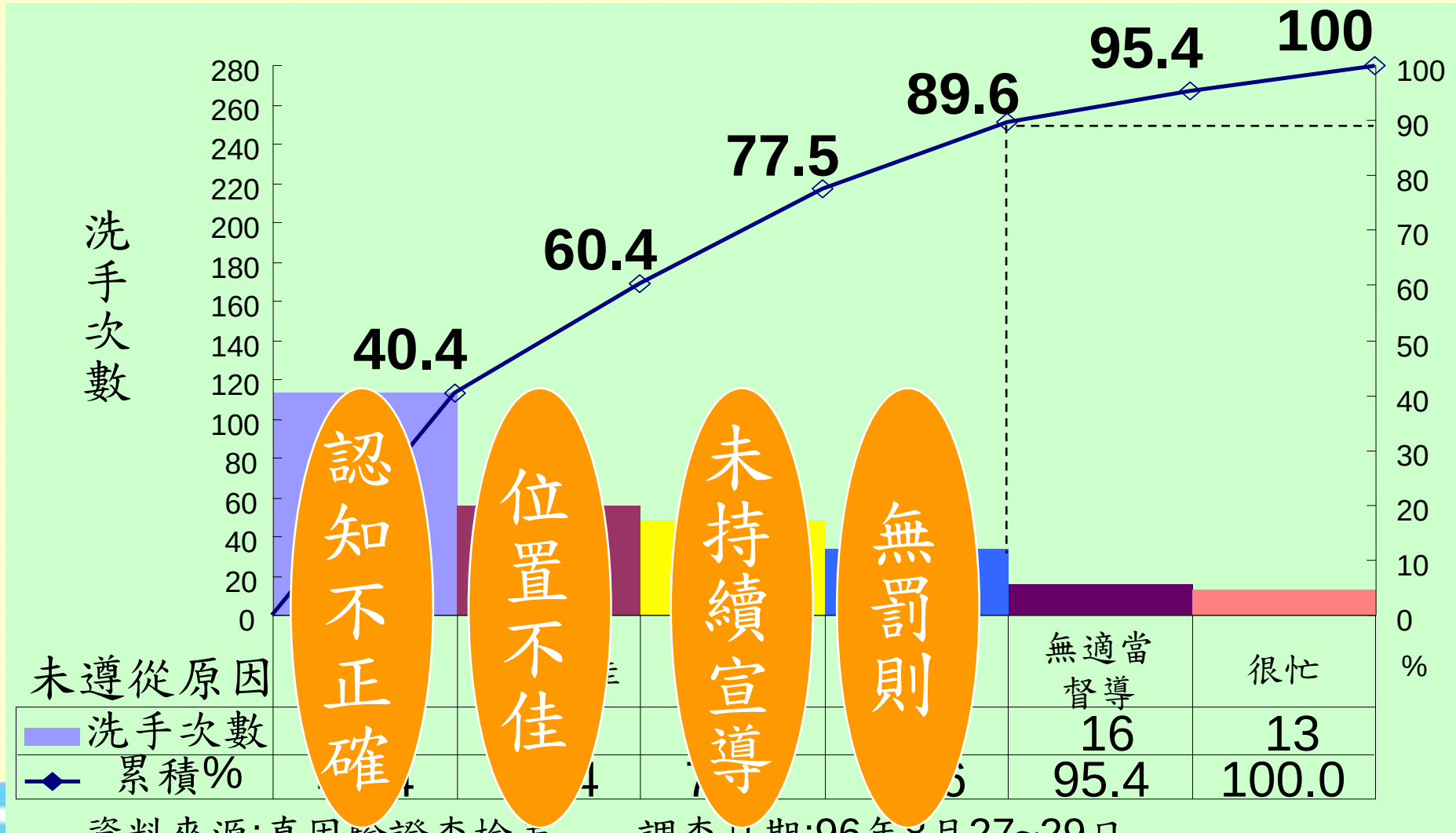
對象

成人加護病房護理人員及醫師

工具

利用真因驗證查檢表收集數據

真因驗證柏拉圖分析



資料來源:真因驗證查檢表　　調查日期:96年8月27~29日

調查對象:成人加護病房護理人員及醫師自行填選未洗手原因

對策擬定

問題	主要因	對策	評價標準			總分	採行	對策編號
			可行	經濟	效益			
為何醫事人員手生未遵從率高	認知不正確	菌菌現形記一	35	19	34	88	O	1
		菌菌現形記二	37	22	36	95	O	1
		嘿！洗手了嗎！	18	27	23	68	X	
	無罰則	搜補手	18	18	24	60	X	
		天使在身邊	33	25	27	85	O	2
	位置不佳	洗手補給站	38	21	29	88	O	3
		殺菌隨身帶	13	19	9	41	X	
	未持續宣導	緊迫盯人	20	32	13	65	X	
		廣播電台	35	35	25	95	O	4
		電眼計畫	15	8	14	37	X	
		聽天使在唱歌	27	30	27	84	O	5

評價標準：依據可行性、效果性、經濟性給予評價：5分(最可行)、3分(次之)、1分(最不可行)

選取標準：總分84分(5「分」x8「圈員」x3「評價項目」x70%「圈改善能力」=84分)。

對策1:菌菌現形記

改善前：認為戴兩層手套，手不受污染

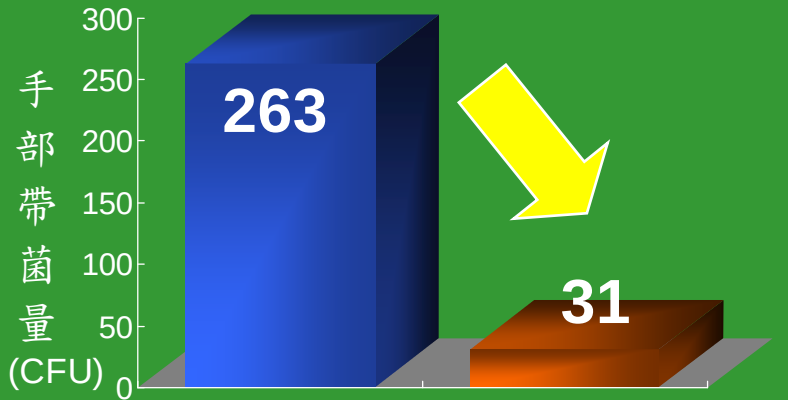
<對策內容>
對象：醫護人員
使用工具：Blood Agar
改善做法(實施步驟)
1.進行手部細菌採檢：
　碰觸病人環境、接觸病人及洗手後
2.回饋檢測結果

P

A

C

1.洗手後仍有長菌，未達目標
2.再對策：菌菌現形記PART2。



採檢洗手前後手部細菌比較

對策1:菌菌現形記PART2

改善前：受檢者洗手後仍有細菌殘留

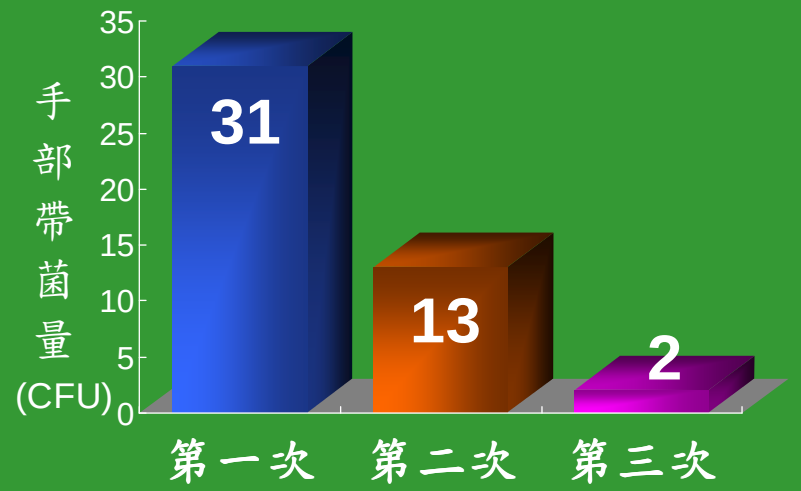
<對策內容>
對象：醫護人員
使用工具：Blood Agar
改善做法(實施步驟)
1.審視洗手技術正確性
2.洗手技術回覆示教
3.手部細菌採檢

P

A

3.洗手

C



採檢洗手後手部細菌比較

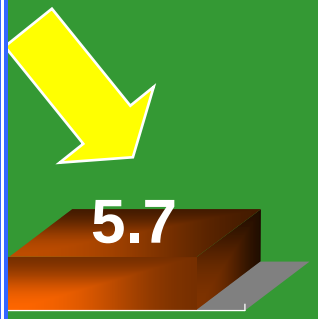
改善前：無

<對策內容>
對象：護理
使用工具：
改善做法(實
1.統計護理
2.宣導天使

1.為體恤醫
懲處的方
2.以宣導天
宣導效果

萍
28日
房

一般人員	天使裝



改善後

改善前後比較

對策3:洗手補給站

改善前：乾洗手液固定於床頭，人員在兩床間移動之動線不良。

<對策內容>
對象：成人加護病房內乾洗手液
改善做法(實施步驟)：
於每一病床之床旁桌增設乾洗手液設備。

P

負責人：顏瑾瑜
實施期間：96年9月6~7日
實施地點：成人加護病房
實施過程：
於床間柱架設固定鐵架，共增設6個

D

洗手設備位置改善前後比較

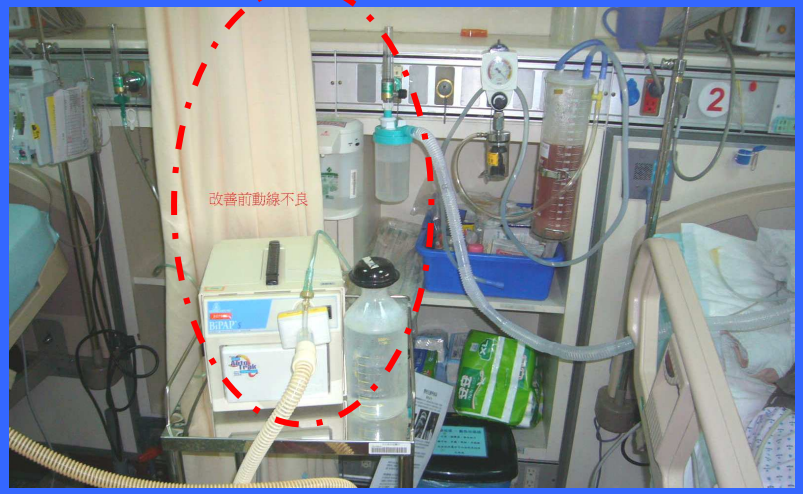
項　目	改善前	改善後
位置數	10個	16個
離病床距離	約5步	約2步

C

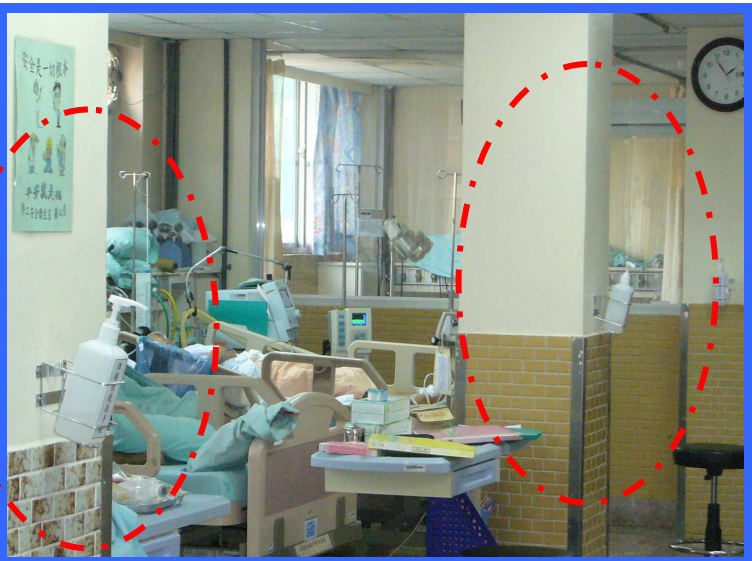
A

制訂乾洗手液管理作業標準書

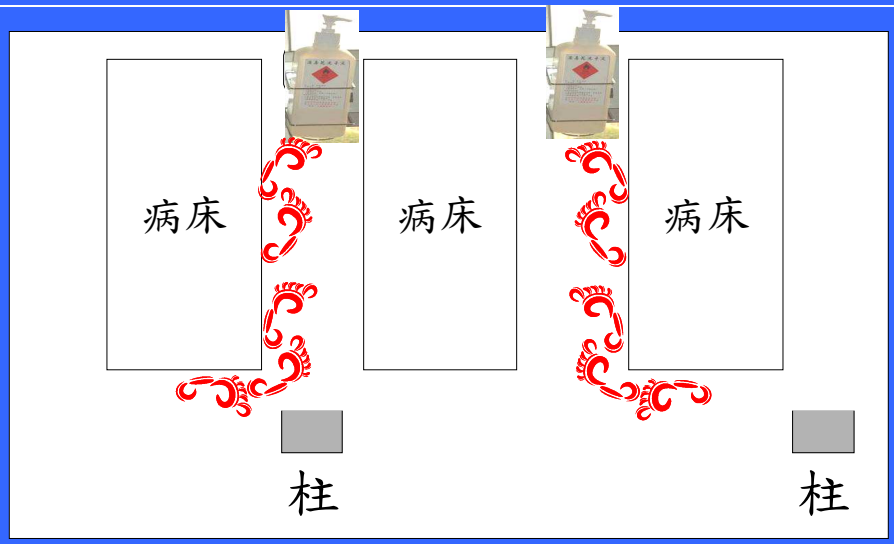
床頭乾洗液位置



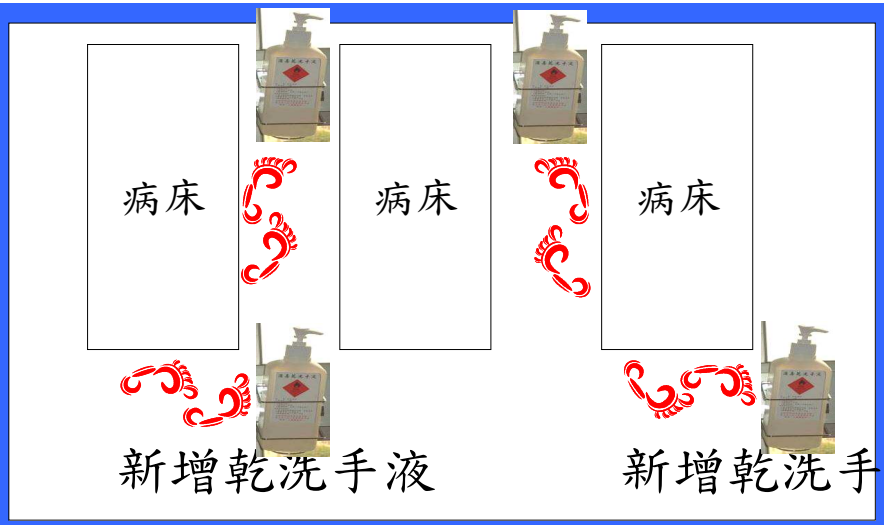
增設床間柱乾洗液位置



改善前動線



改善後動線



對策4:廣播電台

改善前：無全院性宣導機制

<對策內容>
工具：廣播系統
對象：全院工作同仁及在院民眾
實施步驟：
每日上午8：25、下午4：55，
加護病房會客時間前進行全院廣播

P

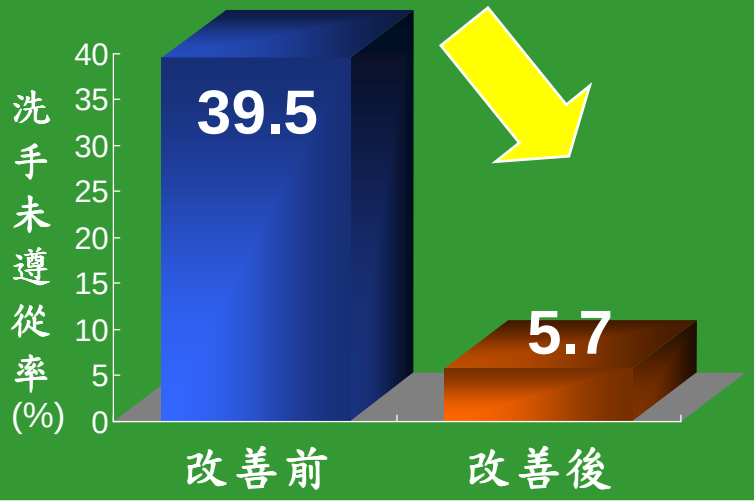
負責人：蘇麗芳
實施期間：96年9月14~28日
實施地點：全院

各位鄉親，各位員工
為了您的健康，提醒您
請常常洗手
若瑟醫院關心您

D

C

1.每日定期對民眾及員工廣播2次，效果良好
2.醫事人員手部衛生未遵從改善前後比較



A

1.每日定期廣播2次，列入總機常規
2.建立洗手宣導廣播用語庫，
定期更換宣導用語

對策5:聽天使在唱歌

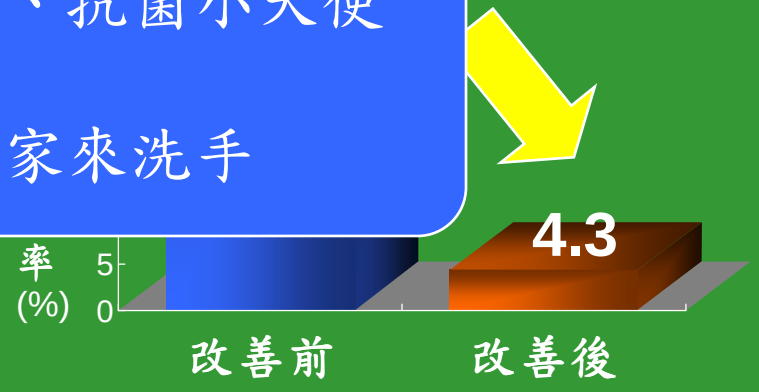
改善前：單位

<對策內容>
對象：護理人
工具：抗菌小
改善做法(實
交班時間
-抗菌小天

抗菌小天使之歌歌詞

抗菌小天使、抗菌小天使、抗菌小天使
大家來洗手
我們是正義的一方，要和細菌來對抗
不怕累、不怕忙、洗手一定要
正確的洗手有力量、細菌和病毒跑光光
有方法、要行動、身體更健康
抗菌小天使、抗菌小天使、抗菌小天使
大家來洗手
要洗手、要洗手、大家來洗手

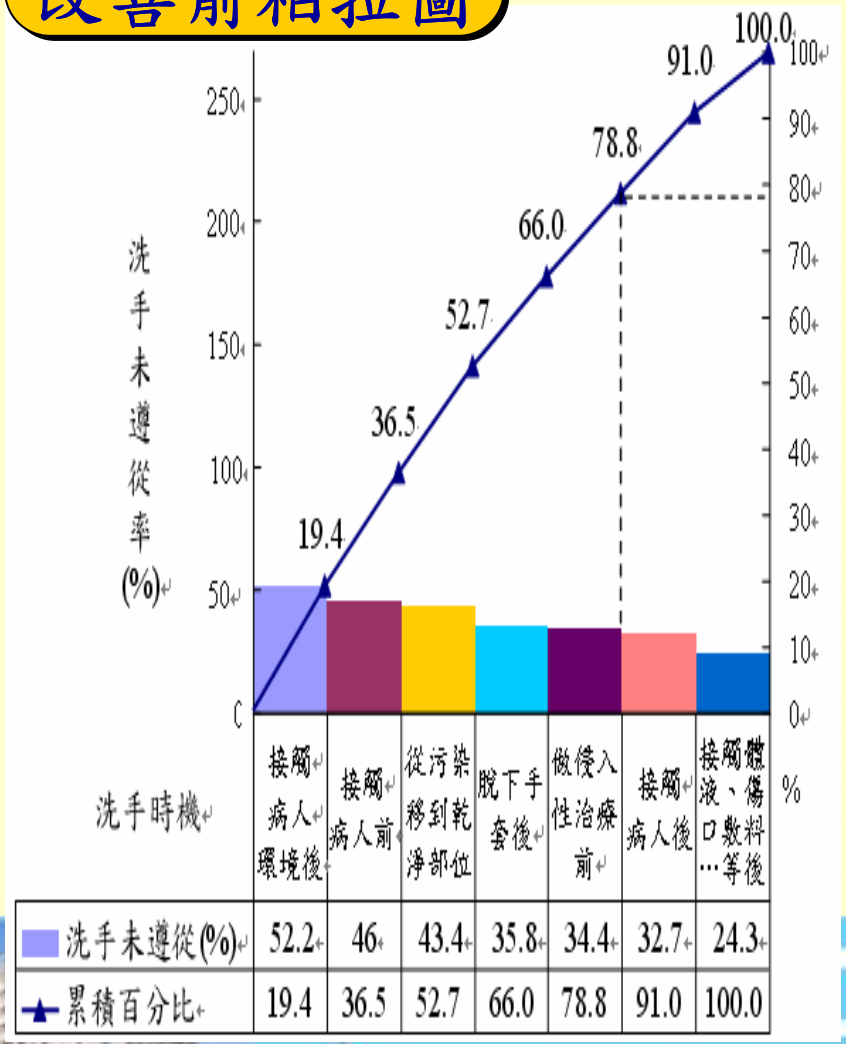
1.列入常規
2.晚間播
，於白天交班時間播放



護理人員手部衛生未遵從率改善情形

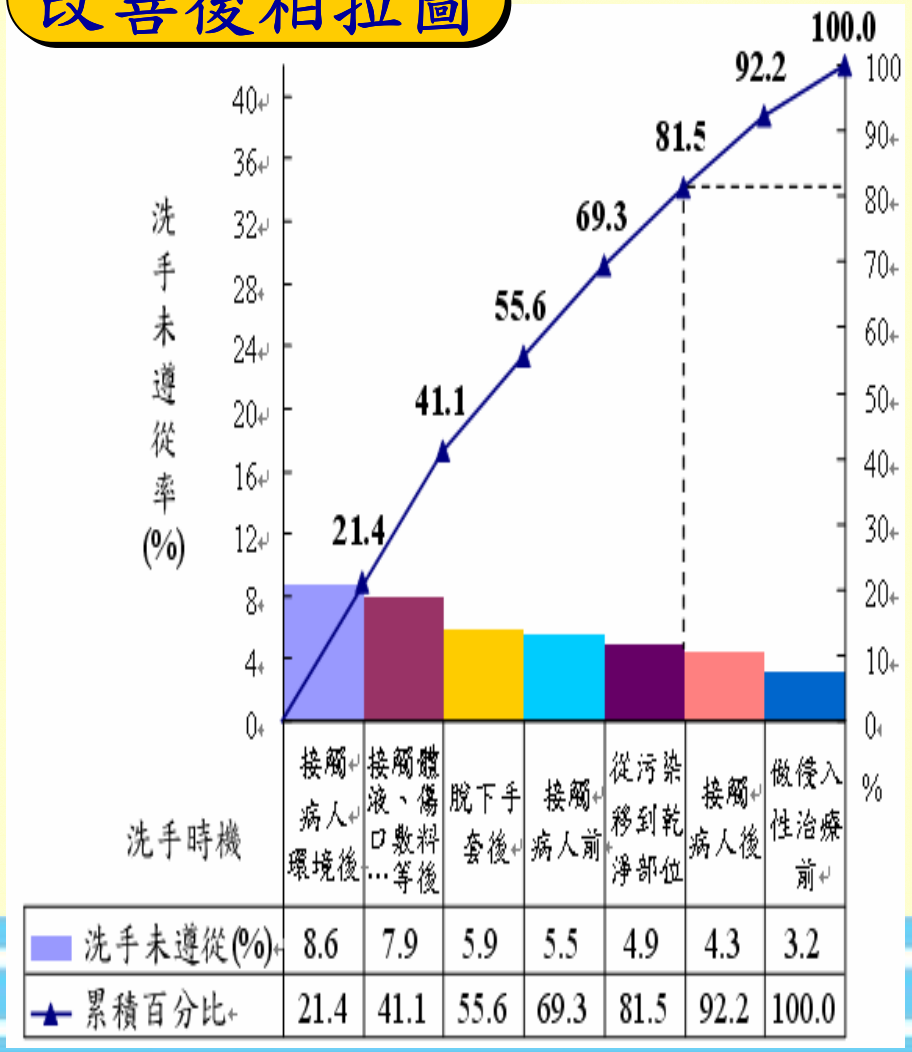
效果確認

改善前柏拉圖



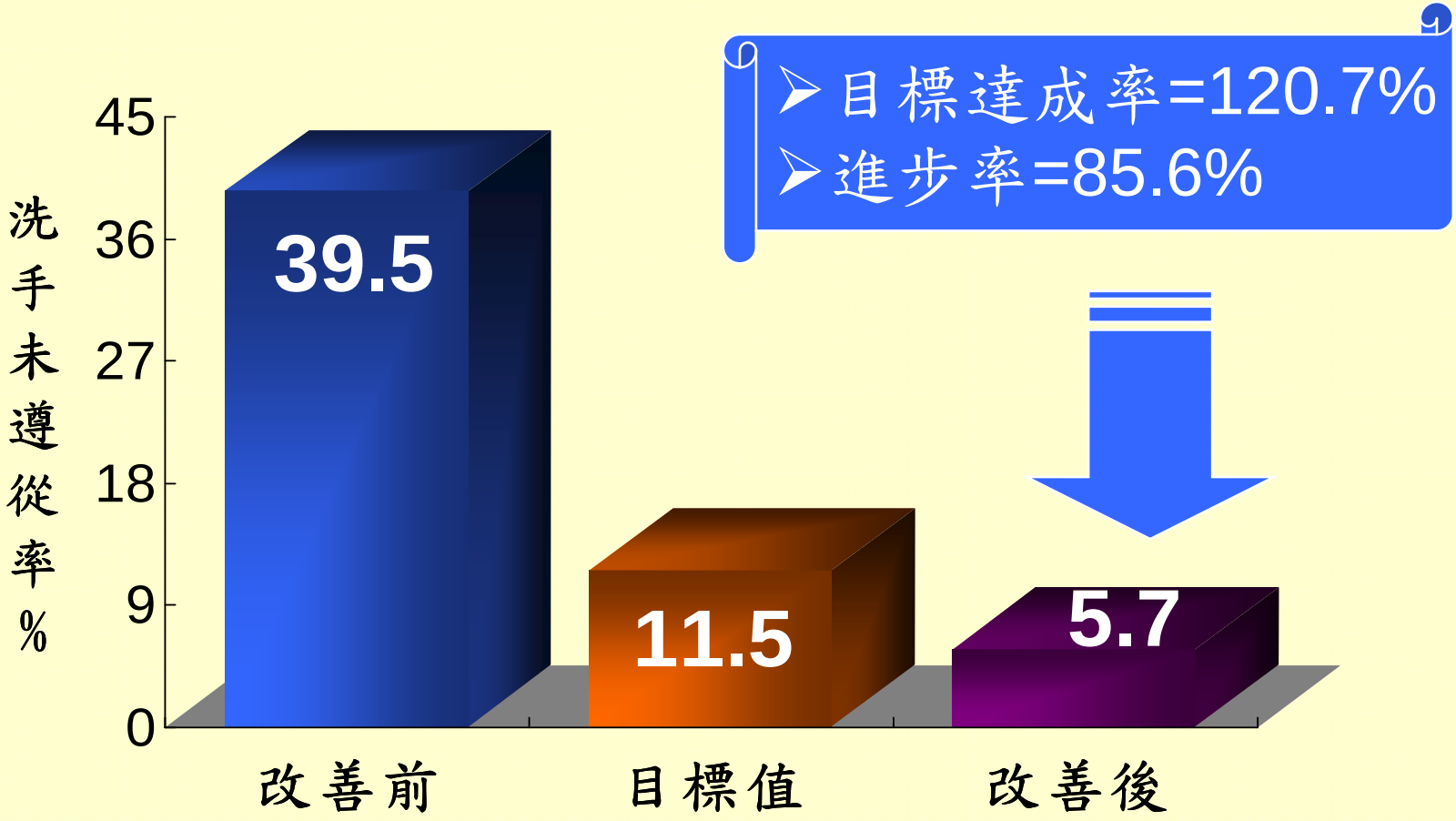
洗手時機	接觸病人環境後	接觸病人前	從污染移到乾淨部位	脫下手套後	做侵入性治療前	接觸病人後	接觸體液、傷口敷料…等後
洗手未遵從(%)	52.2	46	43.4	35.8	34.4	32.7	24.3
累積百分比	19.4	36.5	52.7	66.0	78.8	91.0	100.0

改善後柏拉圖



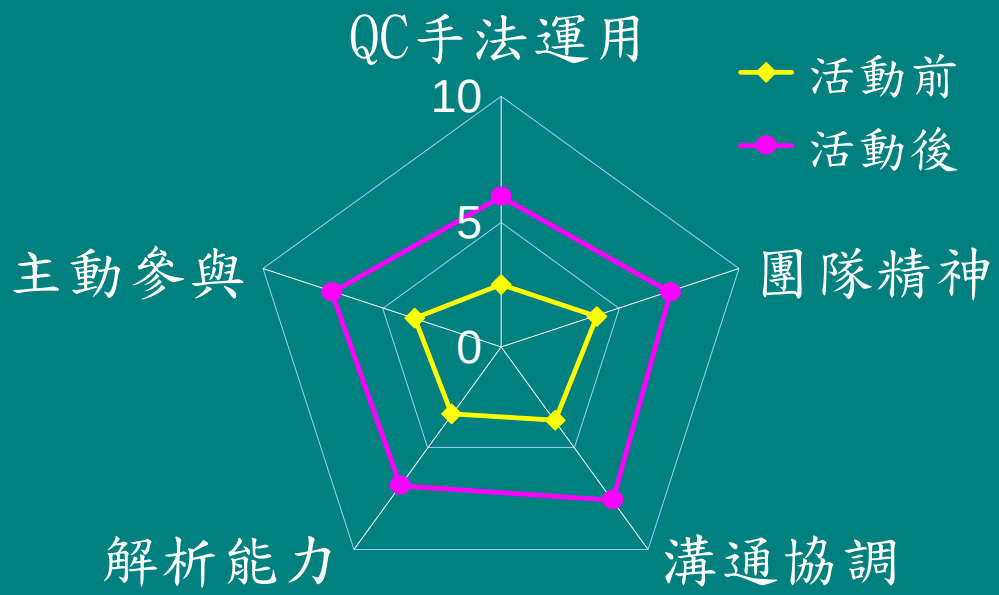
洗手時機	接觸病人環境後	接觸體液、傷口敷料…等後	脫下手套後	接觸病人前	從污染移到乾淨部位	接觸病人後	做侵入性治療前
洗手未遵從(%)	8.6	7.9	5.9	5.5	4.9	4.3	3.2
累積百分比	21.4	41.1	55.6	69.3	81.5	92.2	100.0

目標達成率



無形成果

評價項目		自我評價標準										活動前		活動後	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	總分	平均	總分	平均
A	QC手法運用	學習		製作		理解		熟練		教導		20	2.5	48	6.0
B	團隊精神	無心		自我		商議		合作		領導		32	4.0	57	7.1
C	溝通協調	孤行		溝通		配合		積極		主動		29	3.6	61	7.6
D	解析能力	不解		認知		判斷		明確		果決		26	3.3	55	6.9
E	主動參與	不理		猶豫		督促		負責		熱忱		29	3.6	57	7.1



標準化

作業名稱	手部衛生稽核	修正乾洗手液配置
原作業方法	無洗手手部採檢監測	無
標準作業方法	感染管制稽核管理程序書	乾洗手液管理作業標準書
狀態	修訂	新訂
增修日期	96.10.03	96.10.03

檢討與改進

		優點	今後努力方向
P	活動計劃擬定	確實執行，達成目標	凝聚小組力量，分工順利達成活動目標
	現狀把握	改善前蒐集統計數據，取得客觀資料	加強回覆示教，讓工作同仁養成良好洗手習慣和正確洗手方式
	目標設定解析	由數據查檢，統計真正要因	宜調整客觀性和主觀性評估，靈活運用QC手法明確問題
	對策擬定	腦力激盪，訂定創新對策，選擇可行性及預期有效果的對策	全院同仁提供更有創意的點子
D	對策實施及檢討	針對有效果的對策繼續推行，對實際執行有困難，成效不彰者調整作法	進一步分析那些對策是推行容易且易有成效者
C	效果確認	持續監測查檢，落實洗手遵從	自動自發，不需有人監測
A	標準化	訂定明確洗手時機，生活化，避免認知落差	全院適用

殘留問題之討論

問題	說明	討論結果
非護理人員缺乏監測制度，洗手遵從率低無罰則	本期以成人加護病房護理人員為主，宣導對策時，非單位成員同時接受宣導及監測，但未執行罰則	1.建議其他人員加入監測及罰則，配合感染管制室監測洗手時機，由病房護理長進行監測 2.依感染管制稽核管理程序書，進行全院洗手手部採檢
抗菌小天使之歌須同仁自行播放	因資訊安全考量，未進行自動播放設定	解決資訊安全問題，各護理站電腦設定定時播放
使用乾洗手液之洗手步驟不完整	部分人員洗手後指腹仍帶有菌落	1.加強稽核乾洗手液洗手正確性 2.感染管制室每季擇一單位進行手部細菌採檢
擴展至病人家屬	最直接接觸病人除醫事人員外，就是家屬，應加強宣導家屬洗手時機及洗手正確性	1.定期更新廣播語 2.院內電視播放洗手影片、張貼宣導海報，教導病人家屬洗手與感染知識

心得感想

惠萍與玟珊：
品質改善及推動需要相關人員參與，過程雖耗時與精力，但眾人各司其職、集思廣義，激發意想不到的結果；而養成正確洗手習慣及方法是最有效的方式，除繼續教育更應加強洗手認知、洗以實際降低感

麗芳:藉由品管方式檢視單位洗手未確實原因，提出對策改善及再對策。並藉由此品管運作推行到全院的試行活動。

感染科劉元孟醫師:我從對品管圈完全陌生的人，慢慢有粗淺了解，感謝有經驗同仁指導；經醫護同仁洗手率提昇，病人安全得到保障

淑儀與瓊儀：
從對QC手法懞懂至輪廓參與此活動，除重新審思品質改善及結合改善目標的模式，並建立洗手之重要觀念

員：樂活圈為跨單位品管圈，次圈員出席率高，值得鼓勵；員屬性不同，使對策擬定別出心裁，有不同風貌；對策推行時同仁盡力配合，經活動運作增進同仁向心力，一舉多得。

參與讓我們成長
指導使我們茁壯

樂活圈，謝謝聆聽