

KÄSIHYGIENIAKÄYTÄNNÖT LUUPIN ALLA

Tutkimuksellinen käsihygienian
kehittäminen PHKS:n kirurgian
osastolla 42

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Kevät 2018
Karin Luukkonen
Essi Mikkonen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

LUUKKONEN, KARIN
MIKKONEN, ESSI:

Käsihygieniakäytännöt luopin alla -
Tutkimuksellinen käsihygienian
kehittäminen PHKS:n kirurgian
osastolla 42

Sairaanhoidtaja opinnäytetyö, 42 sivua, 5 liitesivua

Kevät 2018

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö on toteutettu työelämälähtöisesti Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian vuodeosastolle 42. Opinnäytetyön tavoite oli kerätä tietoa osaston käsihuuhdepisteiden tarkoituksenmukaisesta sijoittelusta, hoitohenkilöstölle laaditun kyselyn sekä osastolle tehdyn käsihygieniahavainnoinnin kautta. Tämän lisäksi opinnäytetyön ohessa on tuotettu kolme julistetta käsihuuhdepisteiden oheen parantamaan niiden näkyvyyttä ja muistuttamaan käsihuhuhteen käytöstä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä kohdeosaston hoitohenkilöstön tietoutta käsihygienian toteutumisesta työyksikössään sekä omalla kohdallaan ja tätä kautta kehittää osaston hyvän käsihygienian toteutumista.

Osaston henkilökunnalle teetetyllä kyselyllä haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: onko käsihuuhdepisteiden sijoittelu nykyisellään toimiva, onko käsihuuhdepisteitä tarpeeksi ja ovatko osastolla käytössä olevat käsihuuhdeautomaatit toimivia. Lisäksi kyselyn ohessa testattiin työntekijöiden käsihygieniatietämystä muutamalla kysymyksellä. Havainnoinnilla tarkasteltiin käsihygienian toteutumista käytännössä osaston hoitotyön arjessa. Havainnoinnin pääpainona oli kiinnittää huomiota käsihuuhdepisteiden toimivuuteen erilaisissa hoitotilanteissa.

Kyselyn tulosten perusteella moni osaston työntekijä oli tyytyväinen työyksikkönsä vallitsevaan käsihygieniatilanteeseen. Toive huuuhdepisteiden lisäämisestä erityisesti potilashuoneisiin kuitenkin korostui. Käsihuuhdeautomaatit koettiin suurilta osin toimiviksi ja niitä toivottiin osastolle lisää. Havainnoinnin johtopäätökset tukevat henkilökunnan toivetta huuuhdepisteiden lisäämisestä potilashuoneisiin. Tämän lisäksi huuuhdepisteitä suositetaan lisättäväksi myös osaston ja kanslian ovien pieleen.

Asiasanat: käsihygienia, sairaalahygienia, käsihuuhde, aseptiikka, mikrobit, sairaalainfektio, haavainfektio, potilasturvallisuus, hoitoala

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

LUUKKONEN, KARIN
MIKKONEN, ESSI:

Hand Hygiene Practices under the
Loupe - Developing Hand Hygiene in
a Surgical Ward 42 in the Central
Hospital of Päijät-Häme by using a
Research-Based Methods

Bachelor's Thesis in Nursing, 42 pages, 5 pages of appendices

Spring 2018

ABSTRACT

This thesis was commissioned by surgical ward 42 of the Central Hospital of Päijät-Häme. The purpose was to collect information on practical locations for hand sanitizers by using a questionnaire made to employees and with hand hygiene observation on the ward. In addition, three posters were produced to bring out the hand disinfection spots and to remind of their use. The aim was to increase the personnel's knowledge of hand hygiene and thereby improve the ward's hand hygiene situation.

With the questionnaire made to the ward's personnel, answers were searched to the following questions: are hand hygiene spots functional in current locations, are there enough hand hygiene spots and, also, do the hand sanitizer dispensers function well? Moreover there were a part that was testing workers' knowledge of hand hygiene. The practical implementation of hand hygiene on the ward was also observed. The main focus of the observation was to see how the placements of hand disinfection spots functioned in different nursing situations.

The responses to the questionnaire showed that many employees were satisfied with the ward's hand hygiene situation. There were some who thought that there could be a few hand sanitizer spots more in patient rooms. Hand disinfection dispensers were mostly experienced to function well and there were desires to get more of them on the ward. The observation supported the need to add hand sanitizer spots also in patient rooms. In addition, it is recommended that hand hygiene spots were also added at the doors of the ward and the ward's office.

Key words: hand hygiene, hospital hygiene, hand disinfection, aseptics, microbes, hospital-acquired infections, wound infection, patient safety, nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
2	TARKOITUS JA TAVOITE	6
3	KOHDEORGANISAATIO	7
4	KUVAUS TIEDONHAUSTA	8
5	KÄSIHYGIENIAN MERKITYS TERVEYDENHUOLLOSSA	9
5.1	Potilasturvallisuuden parantaminen	9
5.2	Mikrobien leviämisen estäminen	10
5.3	Haavainfektioiden ehkäisy	11
6	TAVANOMAISET VAROTOIMET KÄSIHYGIENIAN OSALTA	13
6.1	Käsihuuhteen käyttö	13
6.2	Saippuavesipesu	16
6.3	Suojakäsineiden käyttö	16
6.4	Käsien ihon hoito	17
6.5	Kynnet ja korut	18
6.6	Aseptinen omatunto	18
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
7.1	Lähtökohdat opinnäytteen tekemiselle	20
7.2	Aineistonkeruu	21
7.3	Aineiston analysointi	24
7.4	Juliste	25
8	TULOKSET	26
8.1	Kysely	26
8.2	Havainnointi	29
9	POHDINTA	32
9.1	Johtopäätökset ja jatkokehittämisehdotukset	32
9.2	Eettisyys ja luotettavuus	35
	LÄHTEET	38
	LIITTEET	43

1 JOHDANTO

Suomi on ollut edelläkävijänä hyvän käsihygienian toteuttamisessa, sillä se oli ensimmäisiä maita, joissa alkoholipitoiset käsihuuhteet syrjäyttivät saippuavesipesun sekä tavallisessa että kirurgisessa käsien desinfioidussa (Anttila 2014). Hoitohenkilöstön huolellinen käsihygienia, ja erityisesti runsas käsihuuhteiden käyttö, onkin muodostunut hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyä ehdottomaksi kulmakiveksi (Eskander 2011, 1; Rintala & Routamaa 2013, 207). Tästä syystä jokaisella hoitotyön ammattilaisella tulisi olla velvollisuus huolehtia hyvästä käsihygieniasta, sillä paitsi että potilailla on oikeus turvalliseen ja laadukkaaseen hoitoon, ennaltaehkäisee huolellinen käsihygienia myös henkilökuntaa altistumasta potilaista lähtöisin oleville tartunnoille (Palosara, Laine, Routamaa & Ojanperä 2013).

Vaikka käsihygienian tärkeä merkitys tiedostetaan terveydenhuollossa laajalti ja hoitohenkilöstön tietoperusta näyttäisi siitä nykyisten tutkimusten valossa olevan yleisesti varsin hyvä, voitaneen silti todeta, että käsihygienian toteuttamisessa on käytännön tasolla vielä parantamisen varaa. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos arvioi, että Suomessa esiintyy vuositasolla noin 50 000 hoitoon liittyvää infektiota, jotka ovat myötävaikuttaneet jopa 1500 – 5000 henkilön menehtymiseen (THL 2016). Vaikka puutteellinen käsihygienia ei yksinään riitä selittämään esitettyä hoitoon liittyvien infektioiden määrää, noteerataan se kuitenkin yhdeksi avaintekijäksi pyrkimyksissä niiden ehkäisemiseen (Kampf & Löffler 2010, 979; Rintala & Routamaa 2013, 207). Asiaan onkin suhtauduttava vakavasti, sillä hoitoon liittyville infektioille altistuvien potilaiden määrän ennustetaan kasvavan tulevaisuudessa yhä enemmän, mikä lisää myös yhteiskunnalle niistä aiheutuvia taloudellisia kustannuksia. Tähän kehitykseen myötävaikuttavat väestön ikääntyminen, tilapäisiä ja pysyviä vierasesineitä saaneiden potilaiden määrän lisääntyminen sekä elimistön puolustusjärjestelmään kajoavien hoitojen yleistyminen. (Syrjälä 2010, 18.)

Tämä opinnäytetyö ankkuroituu käsihygienian kehittämiseen Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian osastolla 42, joka vastaa pääasiassa tekonivelleikattujen potilaiden toimenpiteen jälkeisestä hoidosta. Suuressa merkityksessä on tuoreen kirurgisen haavan hoito, jolloin myös toimenpiteet postoperatiivisten haavainfektioiden torjumiseksi ovat merkityksellisiä. Tähän voidaan osaltaan vaikuttaa hyvällä käsihygienialla. Kuitenkin omien sairaalaympäristössä yleisesti tekemiemme havaintojen pohjalta rohkenemme väittää, että käsihygienia ymmärretään vielä liian usein itsestäänselvytenä hoitotyön ammattilaisten keskuudessa. Tämän seurauksena ei välttämättä osata esimerkiksi kyseenalaistaa omia totuttuja tapoja käsihygienian toteuttamiseksi sitä koskevien suositusten edellyttämällä tavalla. Tässä viitekehyksessä pyrimmekin opinnäytteemme myötä antamaan oman panoksemme käsihygienian kehittämiseksi herättelemällä kohdeosastomme hoitohenkilöstön kiinnostusta ja paneutumista sen yhä parempaan toteuttamiseen.

2 TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytteemme tarkoituksena on lisätä Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian osasto 42:n hoitohenkilöstön tietoisuutta käsihygienian toteutumisesta työyksikössään sekä omalla kohdallaan. Tätä kautta pyrimme kehittämään käsihygienian toteutumista työyksikössä sekä edistämään hoitohenkilöstön sitoutuneisuutta sen suositusten mukaiseen noudattamiseen.

Opinnäytteemme tavoitteena oli kartoittaa, miten osastolla huolehditaan käsihygieniasta hoitotyön arjessa. Tätä selvittääksemme laadimme hoitohenkilöstölle kyselyn käsihuuhdepisteiden tarkoituksenmukaisuudesta niiden sijoittelun ja toimivuuden näkökulmasta sekä teimme osastolla käsihygienian toteutumista arvioivaa havainnointia. Lisäksi kyselyyn sisältyi osio, jolla testasimme hoitohenkilöstön käsihygieniatietämystä muutamalla kysymyksellä.

Toisena tavoitteenamme oli kyselyn ja havainnoinnin tulosten pohjalta antaa ehdotuksia käsihuuhdepisteiden paremmasta sijoittelusta osastolla sekä suunnitella niiden yhteyteen huuhdepisteiden näkyvyyttä parantava juliste. Julisteen herättämä huomio muistuttaisi sekä hoitohenkilökuntaa että potilaita ja vierailijoita käsihuuhdeksen käytöstä.

3 KOHDEORGANISAATIO

Tämän opinnäytetyön kohdeorganisaationa toimii siis Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian osasto 42, joka on profiloitunut toimenpiteen jälkeisen vuodeosastohoidon tuottamiseen erityisesti tekonivelleikatuille potilaille. Näiden lisäksi osastolla hoidetaan lanneselkä- ja reumakirurgisissa leikkauksissa olleita potilaita sekä jonkin verran myös verisuoni- ja thorax-kirurgisia potilaita. Sairaansijoja osastolla on yhteensä 22.

Osaston potilaat ovat tavallisimmin niin sanottuja elektiivisiä, eli toimenpiteeseen kutsuttuna tulleita kiireettömän hoidon tarpeessa olevia, potilaita. Täten heidän saapumisensa toimenpiteeseen tapahtuu heille tehdyn hoidonvarauksen perusteella. Itse leikkaukseen, keskusleikkaamon Leiko-yksikköön, potilaat saapuvat pääasiallisesti vasta toimenpidepäivänä leikkaukseen kotoa -toimintamallin mukaisesti. Leiko-yksikössä potilaille tehdään tarvittavat leikkausvalmistelut, mistä he leikkauksen ja heräämöhoidon jälkeen siirtyvät osastolle 42 jatkohoitoon.

Osastolla sairaanhoito painottuu potilaiden leikkaushaavojen hoitoon ja seurantaan sekä erityisesti tekonivelleikattujen potilaiden osalta myös mobilisoinnin varhaiseen tukemiseen. Tekonivelleikatut potilaat kotiutuvat tai siirtyvät jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle tavallisesti toisena (lonkkaproteesileikatut) tai kolmantena (polviproteesileikatut) postoperatiivisena päivänä.

4 KUVAAUS TIEDONHAUSTA

Pyrkimyksenämme oli löytää lähteitä, jotka sisälsivät luotettavaa, monipuolista ja mahdollisimman tuoretta näyttöön perustuvaa tietoa opinnäytteemme aiheesta. Täten valintaamme sopivista lähteistä ohjasivat harkinta ja kriteerit kirjoittajan tunnettuudesta ja arvostettuudesta sekä lähdemateriaalin iästä ja alkuperästä, uskottavuudesta, totuudellisuudesta ja puolueettomuudesta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 109-110).

Tietoa hakiessamme lähdimme liikkeelle hyödyntämällä ensisijaisesti korkeakoulun Masto-Finna-tietokantaa. Sittemmin laajensimme tiedonhakua myös Medic-, Duodecim- (Terveyskirjasto) ja CINAHL - tietokantoihin. Lähdeaineistoksemme valikoitui pääasiassa vuoden 2008 jälkeen julkaistu materiaali, joka koostuu muun muassa sairaanhoidon ammattilaisille tarkoitetuista teoksista sekä vertaisarvioinnille altistetuista suomalaisista ja ulkomaisista tutkimusartikkeleista, joista oli luettavissa täystekstiversiot. Suomen Sairaalahygieniyhdistys ry:n artikkelijulkaisuja sekä Internet-sivustojen osalta esimerkiksi WHO:n tuottamaa lähdemateriaalia hyödynsimme niin ikään tietoperustan koostamisessa.

Hakusanoina käytimme asiasanoja käsihygieniä, sairaalahygienia, käsihuuhte, aseptiikka, mikrobit, sairaalainfektio, haavainfektio, potilasturvallisuus ja hoitoala sekä englanniksi hand hygiene, hand disinfection, hospital-acquired infections ja nursing. Kaikki suomenkieliset hakusanat ovat yleisen suomalaisen asiasanoston (YSA) mukaisia.

5 KÄSIHYGIENIAN MERKITYS TERVEYDENHUOLLOSSA

5.1 Potilasturvallisuuden parantaminen

Käsien välityksellä tapahtuva kosketustartunta tiedetään olevan yksi tärkeimmistä hoitoon liittyvien infektioiden leviämistavoista, jollaiseksi määrittänyt terveydenhuollon toimintayksilössä hoidon aikana alkunsa saanut infektio eli niin sanottu sairaalainfektio. Siksi terveydenhuollossa tulisi noudattaa toimenpiteitä, joilla voitaisiin vaikuttaa tämän tartuntamahdollisuuden tehokkaaseen katkaisuun. (Syrjälä 2010, 18; Syrjälä & Teirilä 2010, 165.) Terveydenhuollossa käsihygienia-termillä viitataan kaikkiin sellaisiin toimenpiteisiin, joiden myötävaikutuksesta mikrobien siirtyminen henkilökunnan käsien välityksellä vähenee muun muassa seuraavissa tilanteissa: henkilökunnan ja potilaan välillä molempiin suuntiin, potilaan hoitoympäristön koskettamisen yhteydessä ja potilaasta toiseen. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015; Syrjälä & Teirilä 2010, 165.)

Käsihygienian tärkeää merkitystä hoitotyössä perustellaan erityisesti potilasturvallisuuden näkökulmasta. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon toimijoita ohjaavia periaatteita ja toimintakäytäntöjä, jotka tähtäävät terveys- ja sairaanhoitopalveluiden turvallisuuden takaamiseen. Toimintakäytäntöihin liittyy olennaisena osana oikeiden suojaus- ja toimintatapojen kehittäminen, jotta haittatapahtumat potilaan hoidossa voitaisiin minimoida. (Silen-Lipponen 2013, 211.)

Monissa niin kansainvälisissä kuin suomalaisissakin terveysalanjulkaisuissa huomioidaan, että merkittävä osa potilaiden hoitoon liittyvistä haittatapahtumista on seurausta infektioista. Hoitoon liittyvät infektiot ovat myös uhka potilasturvallisuudelle. Ne heikentävät hoidon laatua lisäämällä sekä sairastavuutta että hoidon kestoa ja kasvattavat näin hoidon kustannuksia. Lisäksi infektiot lisäävät kuolleisuutta. (Eskander 2011; Kanerva & Lyytikäinen 2013, 47.)

Henkilökunnan käsihygienialla on siis keskeinen merkitys hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisessä ja edelleen potilasturvallisuuden kehittämisessä. Käsihygienian hyvä toteutuminen onkin siksi tärkein hoitotyön yksittäinen varotoimi hoitoon liittyvien tartuntojen ja infektioiden ehkäisemiseksi (Kanerva & Hietaniemi 2014). Tätä tukevat myös tutkimustulokset, joiden mukaan hyvän käsihygienian turvin olisi ehkäistävissä jopa 30-40% sairaalainfektioista ja noin puolet sairaaloiden sisäisistä MRSA-bakteeritartunnoista. (Anttila 2014; Kampf & Löffler 2010, 978; Mäkinen 2013.) Täten hoitotyön ammattilaisten tietoihin hyvästä käsihygieniasta ja aseptisestä työskentelystä tulee panostaa. Sen ansiosta he voivat myös ohjata potilaita toimimaan mikrobirtartuntoja ehkäisevästi, mikä sekin on toimintaa potilaiden edun parhaaksi.

5.2 Mikrobien leviämisen estäminen

Käsissämme sekä muualla ihollamme on runsaasti pääasiassa bakteereista koostuvaa mikrobiflooraa. Tämä mikrobisto on jaettavissa pysyvään (resident flora) ja väliaikaiseen (transient flora) eli vaihtuvaan mikrobistoon. (Syrjälä & Teirilä 2010, 165.)

Pysyvä mikrobisto paikantuu ihon syvempiin kerroksiin, tali- ja hikirauhasten tiehyisiin sekä karvatuppiin, eikä sitä voida poistaa tuhoamatta ihon rakenteita. Pysyvällä mikrobistolla on tärkeä tehtävä, sillä se osaltaan estää vieraiden, väliaikaisten mikrobien asettumisen käsiin pysyvästi ylläpitämällä niin sanottua kolonisaatioresistenssiä ja antamalla näin suojaa taudinaiheuttajia vastaan. (Meurman 2012, 128-129; Karhumäki, Jonsson & Saros 2016, 32; Syrjälä & Teirilä 2010, 165-167.)

Väliaikainen mikrobisto on puolestaan kiinnittyneenä orvaskeden sarveissolukerroksen uloimpaan osaan. Se voi pitää sisällään monia taudinaiheuttajia kuten influenssa- ja hengitystievirusia, mutta myös resistenttejä ongelmabakteereita, kuten metisilliiniresistenttejä *Staphylococcus aureus* -kantoja (MRSA). Koska väliaikainen mikrobisto tarttuu hoitohenkilöstön käsiin potilaista ja kosketuspintoilta jo varsin

lyhytkestoistenkin toimenpiteiden, kuten verenpaineen mittaamisen aikana, on hyvästä käsihygieniasta huolehtiminen ehdotonta mikrobien ja infektioiden leviämisen ehkäisemiseksi. Käsihygienian menetelmistä keskeisimmät ovat käsien saippuavesipesu sekä erityisesti käsihuuhteiden käyttö. (Meurman 2012, 128-129; Syrjälä & Teirilä 2010, 165-167.)

5.3 Haavainfektioiden ehkäisy

Postoperatiivisista infektiosta merkittävän osan muodostavat leikkausalueen infektiot eli leikkaushaavaan ja leikatulle alueelle kehittyneet infektiot (Rantala & Huotari 2010, 58). Lisäksi leikkaushaavainfektiot tiedetään erääksi yleisimmistä hoitoon liittyvistä sairaalainfektioityypeistä (Lumio 2016).

Leikkausalueen infektioiden syntyyn vaikuttavat monet potilaasta, toimenpiteestä, mikrobeista ja haavan paikallisista olosuhteista johtuvat riskitekijät, eikä yksittäinen riskitekijä johda vielä välttämättä infektiin (Rantala & Huotari 2010, 57). Tuoreen haavan ollessa kuitenkin infektioporttina reitti mikrobeille elimistöön (Vuento 2005, 47) tulee kirurgisen haavan postoperatiivinen hoito toteuttaa tavalla, joka ei lisää riskiä haavainfektion kehittymiselle. Koska haavanhoito on merkittävä osa jokapäiväistä hoitotyötä myös osastolla, jonne opinnäytteemme sijoittuu, käymmekin nyt lyhyesti läpi tuoreen kirurgisen haavan aseptiseen hoitoon liittyvät peruseräpäätökset, jotta hyvän käsihygienian merkitys konkretisoituisi lukijalle myös tästä näkökulmasta.

Välittömästi leikkauksen jälkeen haavaa käsitellään aseptisesti noudattamalla työskentelytapaa, jolla vältetään kudoksen tai steriilin materiaalin altistuminen mikrobeille. Haava toisin sanoen suojataan mikrobeilta estämällä niiden pääsy haavaan sitä hoidettaessa. Myös hoitoympäristö suojataan haavan mikrobeilta varomalla levittämästä niitä ympäristöön käsien, hoitovälineiden tai jätteiden kautta. (Tays, Sairaalahygieniaohjeet 2018.)

Itse leikkaushaavaa tulee käsitellä steriilisti 24 tuntia sen sulkemisesta tai niin kauan, kun haava vuotaa kirkasta verta. Haavaa koskettaessa käsien on oltava huolellisesti desinfioitua, minkä lisäksi on käytettävä steriilejä suojakäsineitä. Haavasidosten tarpeetonta avaamista on vältettävä, mutta mikäli haava kuitenkin vuotaa sidosten läpi, tehdään sidevaihto steriilisti pohjia myöten. (Karhumäki, Jonsson & Saros 2016, 186; Tays, Sairaalahygieniaohjeet 2018.)

Tavallisesti jo kahden päivän päästä useimmat haavat voidaan jättää avoimeksi. Normaalisti parantuva haava ei edellytä paikallishoitoa ja kestää sidoksen poiston ja suihkutuksen 48 tunnin kuluttua leikkauksesta. (Haukipuro & Wiik 2005, 238.) Leikkausalueen infektiioon viittaavia oireita on kuitenkin syytä seurata, mistä merkkeinä ovat punoitus, kuumotus, turvotus, kipu ja märkävuoto. Mikäli infektio etenee, voi potilaalla esiintyä myös lämmön nousua ja muita yleisoireita. (Karhumäki, Jonsson & Saros 2016, 186; Rantala & Huotari 2010, 59.)

Mikäli hyvä aseptiikka leikkaushaavan käsittelyssä ontuu, on mahdollista, että haava infektoituu. Leikkausalueen infektioiden esiintyvyys vaihtelee 2-10 prosentin välillä, ja niitä on eritasoisia aina pinnallisesta haavainfektiosta syvään, potilaalle hengenvaaralliseen infektiioon. Leikkaushaavan infektio saattaa pahimmillaan jopa kumota leikkauksen hyödyn, erityisesti, jos elimistössä on vierasesine, kuten polviproteesi. Infektiot lisäävät potilaiden inhimillistä kärsimystä, hoidon kestoa, yhteiskunnalle ja potilaille aiheutuvia kustannuksia sekä kuolleisuutta. Haavainfektioiden on arvioitu pitkittävän haavan hoitoa keskimääräisesti neljällä vuorokaudella ja lisäävän yhteiskunnallisia kustannuksia jopa 65 miljoonalla eurolla. (Paajanen & Rantala 2016; Kanerva & Lyytikäinen 2013.)

6 TAVANOMAISET VAROTOIMET KÄSIHYGIENIAN OSALTA

6.1 Käsihuuhteen käyttö

Käsihuuhteen käyttö kuuluu olennaisesti hyvään sairaalahygieneiaan ja on tehokkain yksittäinen käsihygieneiaan liittyvistä varotoimista infektioiden leviämisen ehkäisemisessä. Käsien desinfektion tarkoituksena on tuhota potilaan ja hoitoympäristön koskettamisesta käsiin tarttuneet mikrobit. Alkoholihuuhdehieronta tuhoaa käsistä bakteerit ja tehoaa myös viruksiin, jättäen vaikutuksen ulkopuolelle itiöt. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 99.)

Käsihuuhteella tarkoitetaan desinfiointiaainetta, jota käytetään ihmisen hygienian hoitoon, ja sen funktio on ehjän ihon desinfiointi. Käsihuuhde on biosidivalmiste, joka määrittynyt aineena tai seoksena, jossa yksi tai useampi tehoaine tuhoaa, torjuu tai tekee haitallisista eliöistä vaarattomia tai estää niiden vaikutuksia tai rajoittaa esiintyvyyttä. (Linnavuori & Lankinen 2017.) Etanolin vaikutuksesta mikrobien proteiinit denaturoituu ja entsyymien toiminta estyy, jolloin mikrobi kuolee (Saksala & Somerharju 2015).

Tänä päivänä kaikki terveydenhuollossa käytettävät käsihuuhteet ovat alkoholipohjaisia. Aiemmin markkinoilla on ollut myös alkoholiton huuhtevaihtoehto, mutta sen käyttö on nykyisin kielletty. Useimmat käsihuuhteet koostuvat desinfioivan vaikutuksen osalta joko yksistään etanolista tai etanolista yhdistettynä isopropanoliin. Suomessa käsihuuhdevalmisteiden vaikuttavana aineena on useimmiten 80-prosenttinen etanoli. Alkoholipitoisten huuhteiden käyttö on osoitettu tutkimuksissa turvalliseksi, sillä se ei imeydy iholta elimistöön yli haitallisen määrän. Markkinoilla olevat käsihuuhteet sisältävät myös käsien ihon kuntoa edistävää glyserolia, "hoitoöljyä". (Meriö-Hietaniemi 2017; Linnavuori & Lankinen 2017; Syrjälä & Teirilä 2010, 168; Laitinen ym. 2006, 59.)

Alkoholihuuhdetta käyttäessä käsien tulee olla puhtaat ja kuivat, sillä alkoholi ei tunkeudu likaan, ja se on vesiliukoinen aine, joten desinfektio ei

toteudu määrissä käsissä luotettavasti. Käsihuuhdetta otetaan käsiin runsaasti ja hierotaan niin kauan, että kädet ovat kuivat, noin 30 sekuntia. Suositeltu määrä käsihuuhdetta on 3 ml eli noin kaksi painallusta seinäpullosta (yksi painallus 1,6 ml) tai 3-4 painallusta pöytäpullosta (yksi painallus 0,8 ml). Käsihuuhdetta levitetään kaikkialle käsiin tarkoin, niin, että koko käsien alue, sormien päät ja välit, kynsien alukset sekä peukalot tulevat hierottua huuhteella. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 101.)

Käsihuuhdehieronta tulee toteuttaa AINA:

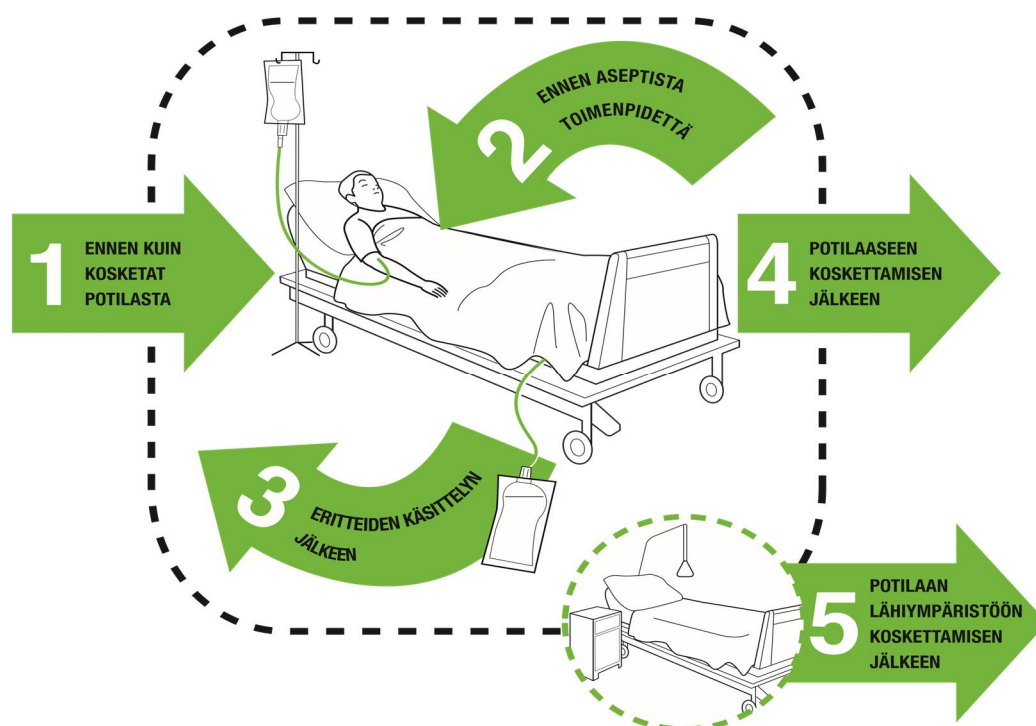
- työyksikköön tai potilashuoneeseen mennessä ja sieltä poistuessa
- ennen ja jälkeen jokaisen potilaskontaktin
- siirtyessä saman potilaan hoidossa ns. likaiselta alueelta puhtaalle
- ennen ja jälkeen toimenpiteiden sekä eri työvaiheiden
- käsien pesun jälkeen
- ennen suojakäsineiden pukemista ja niiden riisumisen jälkeen
- suu-nenäsuojuksen riisumisen jälkeen

KUVIO 1. Käsihuuhdehieronnin peruseriaatteet (Rautava-Nurmi ym. 2015, 101).

Käsihuuhdehieronnin tarkoituksenmukaisen käytön laiminlyönnin syynä on useimmiten kiire, käsihygienian toissijaisuus potilaan hoitotilanteessa tai se, ettei käsihuuhdetta ole helposti saatavilla. Harvemmin syynä käsihuuhdehieronnin puutteelliseen käyttöön on tiedonpuute tai välinpitämättömyys. Käsihuuhdehieronnin laiminlyönti potilaan hoitotilanteessa voi liittyä myös siihen, että potilaskontaktissa huomio on ensisijaisesti muualla, mistä johtuen kädet saattavat jäädä epähuomiossa desinfioimatta. Käsien desinfektion parempaan toteutumiseen voidaan vaikuttaa riittävällä henkilöstöresurssoinnilla ja sillä, että käsihuuhdepulloja on tarpeeksi ja ne ovat helposti saatavilla. (Anttila 2014.)

WHO (World Health Organization) on kehittänyt maailmanlaajuiset ja näyttöön perustuvat hyvän käsihygienian toteuttamisohjeet yksinkertaistetussa mallissa. Vuonna 2009 julkaistu *Your 5 moments for hand hygiene* -ohjekuva on ympäri maailman pätevä kansainvälinen käsihygieniasuositus. Alla on esitetty WHO:n malli yhteistyössä THL:n kanssa suomennettuna.

Viisi muistisääntöä hyvään KÄSIHYGIENIAAN



1 ENNEN KUIN KOSKETAT POTILASTA	MILLOIN? Desinfioi kätesi ennen kuin kosketat potilasta. MIKSI? Estät mikrobien siirtymisen omista käsistäsi potilaaseen.
2 ENNEN ASEPTISTA TOIMENPIDETTÄ	MILLOIN? Desinfioi kätesi juuri ennen aseptista toimenpidettä. MIKSI? Suojaat potilasta myös hänen omilta mikrobeiltaan.
3 ERITTEIDEN KÄSITTELYN JÄLKEEN	MILLOIN? Desinfioi kätesi aina, kun olet käsitellyt eritteitä ja aina suojakäsineiden riisumisen jälkeen. MIKSI? Estät mikrobien siirtymisen potilaasta itseesi ja ympäristöön.
4 POTILAASEEN KOSKETTAMISEN JÄLKEEN	MILLOIN? Desinfioi kätesi, kun olet koskettanut potilasta tai hänen lähiympäristöään. MIKSI? Estät mikrobien siirtymisen potilaasta itseesi ja ympäristöön.
5 POTILAAN LÄHIYMPÄRISTÖÖN KOSKETTAMISEN JÄLKEEN	MILLOIN? Desinfioi kätesi, kun olet koskettanut jotain potilaan lähiympäristössä sijaitsevaa esinettä tai huonekalua, silloinkin, kun et ole koskettanut potilasta. MIKSI? Estät mikrobien siirtymisen potilaasta itseesi ja ympäristöön.

KUVIO 2. Viisi muistisääntöä hyvään käsihygieniaan (THL 2018).

6.2 Saippuavesipesu

Hoitotyössä käsien saippuavesipesu suoritetaan vain näkyvän lian poistamiseksi, WC:ssä käynnin jälkeen, syömään mennessä sekä Clostridium difficile- ja norovirusinfektioiden yhteydessä. Muutoin kädet huuhdellaan pelkällä vedellä, mikäli ne tuntuvat käsihuhuhteiden sisältämän glyserolin kerrostumisen myötä tahmeilta. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 99.)

Monet uskovat yhä saippuavesipesun olevan tehokkain tapa hävittää mikrobit käsien iholta. Tosiasiassa käsien runsas peseminen kuitenkin kuivattaa ihoa eikä tuhoa mikrobeja yhtä tehokkaasti kuin käsihuuhe. Käsihuuhe onkin saippuavesipesuun verraten selvästi tehokkaampi mikrobien tappaja. Kolmenkymmenen sekunnin käsihuuhehieronta riittää vähentämään käsien mikrobimäärän sadasosaan, kun taas käsien saippuavesipesu vähentää mikrobien määrän käsissä vain noin puoleen. (Kanerva & Hietaniemi 2014.)

6.3 Suojakäsineiden käyttö

Suojakäsineiden käyttö kuuluu niin ikään osaksi hyvää käsihygieniaa. Niitä käytetään estämään taudinaiheuttajien siirtyminen hoitajan ja potilaan välillä tai potilaasta toiseen. Suojakäsineitä ei kuitenkaan tarvitse käyttää ilman perusteltua syytä. Esimerkiksi koskettaessa potilaan tervettä ihoa tai sijatessa petiä käsineiden käyttö on turhaa. Suojakäsineitä käytetäänkin monesti liikaa ja turhaan käsihuhuhteen käytön sijasta. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 102.)

Tehdaspuhtaat suojakäsineet ovat tarkoitettu käytettäväksi veri-, erite- ja limakalvokontaktien yhteydessä ja silloin, kun kosketetaan potilaan vaurioitunutta ihoa. Kertakäyttöiset suojakäsineet ovat aina potilas- ja toimenpidekohtaisia ja niitä pukiessa käsien ihon tulee olla kuiva ja puhdas. Käsineet eivät kuitenkaan suojaa hoitajaa täysin potilaan mikrobeilta, sillä niissä saattaa olla reikiä, minkä lisäksi niiden alla käsien lämmössä mikrobit lisääntyvät helposti. Siksi käsihuuhehieronta on

suoritettava sekä ennen käsineiden pukemista, että niiden riisumisen jälkeen. (Kanerva & Hietaniemi 2014; Rautava-Nurmi ym. 2015, 102.)

6.4 Käsien ihon hoito

Ihon pinnalla on kosteuden haihtumista hidastava suojakerros, joka koostuu kolesterolista, keramideista sekä vapaista rasvahapoista. Näitä kolmea ihon suojakerroksen tiivistekomponenttia tulee olla juuri oikea määrä, jolloin ne ylläpitävät ihon normaalia kosteustasapainoa eikä iho pääse kuivumaan. (Männistö, Issakainen & Saukkonen 2014.)

Hoitotyötä tekevien on tärkeää huolehtia käsien ihon kunnosta, sillä mikrobit viihtyvät vahingoittuneella iholla (Coco, Lahti & Simola 2011, 22). Käsien iho on hoitotyössä kuitenkin jatkuvasti koetuksella ja ihoärsytys on hoitotyöntekijöillä varsin yleinen vaiva (Kampf & Löffler 2010, 978). Myös talviaikana iho voi tuntua kuivalta ja kiristävältä, jolloin käsissä voi olla kuivuudesta johtuvia haavaumia, joiden takia alkoholihiuhteen käyttö voi kirvellä ja tuntua epämukavalta (Rautava-Nurmi ym. 2015, 99).

Käsihiuhteiden sisältämä etanoli ei itsessään ärsytä ihoa, mutta ihon ollessa kuiva ja halkeileva, alkoholi saattaa tuntua kirvelevältä iholla päästessään kosketuksiin pienten haavaumien kanssa. Täten monelle saattaa harhaanjohtavasti syntyä kuvitelma alkoholihiuhteen ihon allergisoivasta vaikutuksesta. (Laitinen ym. 2006, 54-59.)

Kirvelyn vuoksi käsihuuhdetta ei tulisi kuitenkaan jättää ottamatta. Sen sijaan on vältettävä turhaa käsien vesipesua, sillä se kuivattaa ihoa entisestään. Käsihiuhteisiin on nykyään lisätty myös ihoa hoitavia aineita, kuten glyserolia, mitkä edistävät käsien ihon hyvää kuntoa. Monet tutkimukset todistavatkin, että käsien ihon kunto on sitä parempi, mitä useammin käsihuuhdetta käytetään. Myöskään perusvoiteiden käyttöä ei tule unohtaa etenkin, jos kädet kärsivät kuivuudesta. (Rautava-Nurmi, ym. 2015, 99.)

6.5 Kynnet ja korut

Kynsien kunnosta huolehtiminen on tärkeä osa käsihygieniää, sillä suurin osa käsien mikrobeista viihtyy kynsien alla. Kynnet eivät saa olla niin pitkät, että ne ylettävät sormenpäiden yli ja kynsien reunat tulee olla sileät. Hoitotyössä teko-, rakenne- ja geelikynsien käyttö on kiellettyä, sillä niiden alle kertyy helposti mikrobeja, ja niissä olevat kolot ja särmit keräävät kosteutta ja likaa. Kynsilakan käyttöä ei myöskään suositella, koska lakan lohkeamat kerryttävät kynsiin runsaammin mikrobeja. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 105.)

Myös korujen ja rannekellojen käyttö on hoitotyössä kiellettyä. Sormusten alle kertyy mikrobeja enemmän kuin muualle käsiin, ja niiden alle jäävä kosteus, pesuaine- sekä käsihuuhejäämät aiheuttavat helposti käsi-ihottumaa. Sormukset sekä kynsi- ja rannekorut estävät käsihygienian hyvän toteutumisen, sillä käsihuuhe ei pääse vaikuttamaan niiden alle. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 105.)

6.6 Aseptinen omatunto

Aseptinen omatunto ohjaa hoitohenkilökuntaa toimimaan aseptisten periaatteiden mukaisesti oikein, tilanteesta riippumatta ja korjaamaan mahdolliset hyvän hygienian kustannuksella tapahtuneet virheet. Taudinaiheuttajat eivät ole silmin havaittavissa ja välillä kosketus potilaaseen kestää vain hetken, joten ilman ammatti-identiteettiin sisältyvää aseptistä omatuntoa oikeanlainen käsihygienia helposti unohtuu. (Kalliomaa 2015; Kanerva & Hietaniemi 2014.)

Aseptiselle toiminnalle ja omatunnolle asettaa kuitenkin haasteita taudinaiheuttajien näkymättömyys ja viive infektioturvallisuuden laiminlyönnistä saatavasta palautteesta. Koska taudinaiheuttajia ei havaita paljain silmin, on tartuntojen riskikohdat vaikea tehdä näkyviksi. Siksi selkeät ja yksiselitteiset säännöt käsien desinfioinnista ovat tarpeen. Tärkeimpänä tekijänä aseptiseen työskentelytapaan sitoutumisessa on

hoitohenkilökunnan riittävä tietämys ja koulutukset oikeaoppisen käsihygienian suositellusta toteutuksesta. (Vuento 2015.)

Hoitoon liittyvien infektioiden seurannan tulisi olla kaikkialla terveydenhuollossa rutiininomaista, jotta oikea-aikaisen palautteen saaminen infektioturvallisuuden puutteista mahdollistuisi. Tällöin aseptisen toiminnan laiminlyönnin seuraukset saadaan hoitohenkilökunnalle näkyviksi, mikä omalta osaltaan ajaa työntekijät syventymään omaan aseptiseen omatuntoonsa. Mikäli palaute infektioturvallisuuden laiminlyönnistä tulee viiveellä tai sitä ei saada lainkaan, mahdollistuu virheellisten ajatusmallien muodostuminen, joissa vaarallinen toiminta nähdään harmittomana, koska haitallisia seurauksia ei havaita. (Vuento 2015.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Lähtökohdat opinnäytteen tekemiselle

Yhteisenä toiveenamme opinnäytetyöparina oli toteuttaa opinnäyte, joka liittyisi aihepiiriltään jollain tapaa käsihygieniaan ja sen kehittämiseen. Vaikka aiheesta on tehty jo lukuisia opinnäytteitä, motivoi se silti meitä, sillä olimme molemmat harjoittelujaksoillamme pistäneet merkille, kuinka hyvän käsihygienian toteuttamisessa oli käytännön tasolla havaittavissa selkeää vaihtelua eri hoitotyöyksiköiden välillä. Siksi emme tohtineet luopua ajatuksesta meille kiinnostavalta näyttäytyvän aihepiirin tutkimisesta ja kehittämisestä.

Syksyllä 2017 aloitti toinen meistä harjoittelujakson osastolla, jonne opinnäytteemme sijoittuu. Siellä tuli puheeksi kiinnostuksemme tehdä käsihygieniää käsittelevä opinnäyte sekä toisaalta osastolla ilmennyt tarve käsihuuhdepisteiden kehittämiseen. Asiasta käymämme ajatuksenvaihdon myötä muotoutui lopulta idea käsihuuhdepisteiden tarkoituksenmukaisen sijoittelun selvittämisestä osastolla, henkilöstön käsihygieniosaamisen pienimuotoisesta kartoittamisesta sekä huuhdepisteiden oheen niiden näkyvyyttä parantavan ja hyvän käsihygienian toteuttamisesta muistuttavan julisteen suunnittelusta.

Opinnäytteemme määrittyi toiminnalliseksi opinnäytteeksi, jolla pyritään ammatillisella kentällä käytännön toiminnan ohjeistamiseen ja järjeistämiseen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9). Sen toteuttamista tuki määrällisen tutkimusotteen keinoin tuottamamme kysely ja siitä tähän opinnäytteeseen raportoimamme selvitys sekä tekemämme havainnointi käsihygienian toteutumisesta autenttisessa ympäristössään. Näillä keinoin oli pyrkimyksemme vastata vaatimukseen toiminnallisen opinnäytteen tekemisestä tutkivalla ja kehittäväällä otteella tähtäimessämme työelämän käytäntöjen kehittäminen työelämälähtöisesti opinnäytteemme tarkoituksen ja tavoitteiden suunnassa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10).

7.2 Aineistonkeruu

Keräsimme opinnäytteeseemme siis empiristä aineistoa sekä kyselylomakkeella että havainnoinnilla. Valintaamme näiden aineistonkeruumuotojen liittämistä toisiinsa perusteli se, että niiden avulla saimme tarkastelumme kohteena olleesta ilmiöstä eri näkökulmien kautta monipuolisempaa ja rikkaampaa aineistoa.

Kyselylomake on yleisin määrällisissä tutkimuksissa käytetty aineistonkeruumuoto (Vilkkä 2005, 73). Sen valintaa työssämme perusteli sen tehokkuus, minkä ansiosta tavoitimme nopeasti monet kohderyhmämme hoitohenkilöstön jäsenet ja saimme kysytyksi heiltä monia asioita. Lisäksi kyselyn etuna oli, että se säilytti siihen osallistuvien anonymiteetin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190; Vilkkä 2005, 74.)

Alkukeväänä 2018 työstämämme kysymyslomakkeen suunnittelussa toimi lähtökohtana toimeksiantajamme toiveet siitä tiedosta, jota he halusivat meidän heille työllämme tuottavan. Myös kyselyn laatimista edeltänyt opinnäytetyönsuunnitelman kirjoittaminen sekä kirjallisuuteen perehtyminen toimivat apuna lomakkeen kysymyksiä pohtiessamme. Valmis kyselylomake (liite 1) oli tämän jälkeen tarkastettavana korjaustarpeiden varalta sekä osastonhoitajalla että opinnäytteemme ohjaajalla, mutta molemmat hyväksyivät sen sellaisenaan.

Tutkimusluvan saatuamme sovimme kyselylomakkeiden viemisestä osastolle maaliskuisen osastotunnin yhteydessä. Esittelimme itsemme läsnäolijoille ja kerroimme heille opinnäytteestämme, sen tarkoituksesta sekä aineistonkeruun tavoista. Paikalla oli hoitajia kohdeosastoltamme 42, mutta myös sen rinnakkaisosastolta 41, sillä osastojen henkilöstö jakaa kahvihuoneen, jossa osastotunti pidettiin. Tuolloin henkilöstön taholta esitettiinkin ajatus siitä, jos myös osaston 41 hoitajat voisivat osallistua kyselymme täyttämiseen. Osastot ovat toistensa suhteen peilikuvat, minkä lisäksi puitteet sekä kriteerit käsihygienian toteuttamiselle ovat yhtenevät, joten meillä ei ollut syytä kieltäytyä ehdotuksesta. Tämän jälkeen jätimme kyselylomakkeet hoitajien täytettäväksi ja palautettavaksi niille varattuun

laatikkoon. Vastausaikaa kyselyyn osallistumiselle annoimme yhden viikon.

Kyselyssä oli saatesanoina lyhyt esittely itsestämme ja kyselyn tarkoituksesta sekä selkeäsanainen ohjeistus sen täyttämiseen. Kysely koostui kaikkiaan kymmenestä kysymyksestä ja väittämästä. Kysymysten osalta vastaukset annettiin rastittamalla omaa mielipidettä vastaava kyllä tai ei -vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus avoimeen kysymykseen. Väittämissä olivat oikein / väärin -vastausvaihtoehdot. Kysymykset ja väittämät jaottelimme seuraavien aihepiirien mukaan: taustatiedot, käsihuuhdepisteet osastolla ja käsihygieniatietämys.

Havainnointi mahdollistaa puolestaan saada tietoa ihmisten todellisesta käyttäytymisestä. Sen avulla voidaan tarkastella ja paljastaa mahdollisia ristiriitoja sen suhteen, toimivatko ihmiset siten, kuin he sanovat tai ajattelevat toimivansa. Havainnoinnin etuna on täten välittömän, suoran tiedon saaminen yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. (Hirsjärvi ym. 2007, 207-208; Sinivuo, Kylmä & Koivula 2012.) Tästä syystä se myös palveli hyvin tarkoituksiimme käsihygienian toteutumisen tarkkailemiseksi luonnollisessa ympäristössään ja todellisissa olosuhteissa.

Havainnointia tehdään eri menetelmin riippuen siitä, valitaanko havainnoinnin lajiksi systemaattinen vai osallistuva havainnointi. Systemaattisesti toteutettuna havainnointi on tarkasti jäsenneltyä toimintaa ja osallistuvana puolestaan hyvinkin vapaata, luonnolliseen toimintaan mukautunutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 209; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Koska olimme saaneet kohdeorganisaatiolta toiveen käyttää Päijät-Hämeen Keskussairaalassa käsihygieniahavainnointiin tarkoitettua valmista havainnointimatriisia (liite 2), tuli meidän siis tehdä systemaattista, strukturoitua havainnointia.

Olimme ennen havainnointipäivää tutustuneet hyvissä ajoin havainnointimatriisiin sekä saaneet opastusta sen käyttämiseen Päijät-Hämeen keskussairaalan hygieniahoitajalta. Tässä yhteydessä kävimme

hänen kanssaan myös läpi käsihygienian oikeaoppisen toteutumisen perusteita tutkimuksellisen tiedon pohjalta. Havainnoinnin teimme yhden päivän aikana tarkkailemalla käsihygienian toteutumista sekä aamu- että iltavuorossa osastoilla 41 ja 42. Havainnointipäivästä olimme antaneet tiedon osastolle viikkoa aiemmin edellä mainitun osastotunnin yhteydessä.

Strukturoidusti toteuttamamme havainnointi määritteli myös omaa rooliamme havainnoijina. Sen suuntaisesti pyrimmekin pysyttelemään käytännön toiminnasta irrallaan mahdollisimman huomaamattomina keskittymällä passiiviseen havainnointiin (Sinivuo ym. 2012). Tästä syystä olimme myös pukeutuneet sairaanhoitajien asuihin ”sulautuaksemme” paremmin ympäristöön ja välttääksemme näin turhaa itseemme kohdistuvaa huomiota.

Havainnointia toteutimme sekä yksin että yhdessä parina. Päivän ensimmäisissä havainnointitilanteissa olimme molemmat yhtäaikaisesti läsnä. Näin toimiessamme olimme toistemme suhteen ikään kuin rinnakkaishavainnoijina, mikä mahdollisti sen, että kun olimme havainnointitilanteissa myöhemmin myös itseksemme, tulimme täyttämään havainnointilomakkeet silti yhteneväisin kriteerein.

Havainnointitilanteisiin osallistuneet valikoituivat havainnointimme kohteiksi sattumanvaraisesti. Teimme havainnointia erilaisissa hoitotilanteissa ja potilaskohtaamisissa sekä lääkehuoneessa. Koska havainnointimatriisi tarjosi mahdollisuuden myös lääkärin käsihygieniaosaamisen tarkasteluun, tarkastelimme kiertojen aikana myös heidän käsihygienian toteutumista. Näissä tilanteissa, kun havainnoitavia toimijoita olivat sekä lääkäri että hoitaja, teimme havainnointia pareittain toisen meistä tarkastellessa lääkärin ja toinen hoitajan toimintaa.

Havainnoimme aina siis aina yhtä henkilöä kerrallaan, jonka toiminnasta kirjasimme välittömästi huomionamme havainnointimatriisiin. Havainnoinnin kohteena ollut henkilöstö suhtautui meihin myönteisesti kuin myös potilaat, joita havainnointitilanteissa informoitiin läsnäolomme tarkoituksesta.

7.3 Aineiston analysointi

Saimme kyselylomakkeita takaisin kaikkiaan 26:lta osaston 41-42 hoitajalta. Tarkistimme, että ne olivat asianmukaisesti täytetty ja laadultaan sellaiset, että saatoimme hyödyntää niitä tulosten muodostamiseen. Yhtäkään vastauslomaketta ei meidän tarvinnut hylätä.

Kyselyaineiston analyysin teimme määrällisiä tutkimusmenetelmiä mukailevien toiminnallisten opinnäytteiden tapaan operoimalla perustason tunnusluvuilla (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57). Täten laskimme kysymyksiin ja väittämiin saamiemme vastausten prosentuaaliset osuudet, joiden oikeellisuuden molemmat varmistimme mahdollisten virheiden varalta. Prosentuaaliset osuudet olemme kirjanneet sanallisesti jokaisen vastauksen osalta raporttimme tulososioon. Osasta tuloksista muodostimme myös niiden prosentiosuuksia esittelevät kuviodiagrammit helpottamaan vastausten jakaumien havainnollistamista.

Kyselymme avoimen kysymyksen osalta luimme aluksi niihin saadut vastaukset. Muutamassa lomakkeessa vastaajalla oli ollut hieman epäselvä käsiala, joten jouduimme joidenkin sanojen kohdalla arvaamaan, mitä vastaaja oli meille halunnut kirjoittaa. Tämän jälkeen siirsimme vastaukset koneelle, jotta ne olisivat käytettävissä raportissamme autenttisina esimerkkeinä hoitajien näkemyksistä kysytystä asiasta.

Puolestaan havaintomatriiseihin kirjaamiemme tietojen jatkokäsittelystä vastasi kohdeosastomme hygieniayhdyshenkilö. Havainnointimatriiseihin kirjaamamme tiedot purettiin siten hänen toimestaan E-Huuhde - tietojärjestelmään. Tämän jälkeen Päijät-Hämeen keskussairaalan hygieniahoitaja laati järjestelmään tallennetuista tiedoista meille yhteenvedon, jonka pohjalta esittelemme havainnointimme tuloksia tässä opinnäytetyöraportissa.

7.4 Juliste

Kuten olemme jo edellä todenneet, ovat osana opinnäytettämme suunnittelemamme julisteet (liite 3). Tarkoituksenamme oli tehdä kolme julistevaihtoehtoa, joista parhaimmasta tehtäisiin kopiot kohdeosastollamme olevien käsihuuhdepisteiden viereen. Julisteiden työstämisen lähtökohtana oli osastolta meille esitetty toive tehdä käsihuuhdepisteistä näkyvämmät ja täten huomiota herättävämmät.

Pohdimme, että julisteiden muotokielen olisi hyvä olla tavanomaisesta poikkeava ja siksi päädyimmekin ratkaisuun tehdä niistä pyöreän malliset, joiden halkaisija olisi noin 30 cm. Erottuvuutta haimme myös huomiota herättävän kirkkailla värityksillä, katseen vangitsevilla piirroksilla sekä lyhyin iskulausein.

Saatuamme julisteiden ulkoasu valmiiksi, olivat ne kehittämisideoiden varalta arvioitavina opinnäytteemme ohjaajalla sekä opiskelutovereillamme. Lisäksi lähetimme ne osastonhoitajalle kohdeosastollemme, joka yhdessä työtovereidensa kanssa katsoi ne läpi. Saamamme palaute julisteista oli kaikilta hyvä. Osastonhoitaja myös kertoi, että he ottaisivat ne kaikki mieluusti käyttöön, mikä luonnollisesti meitä julisteiden tekijöinä ilahduttaa suuresti.

8 TULOKSET

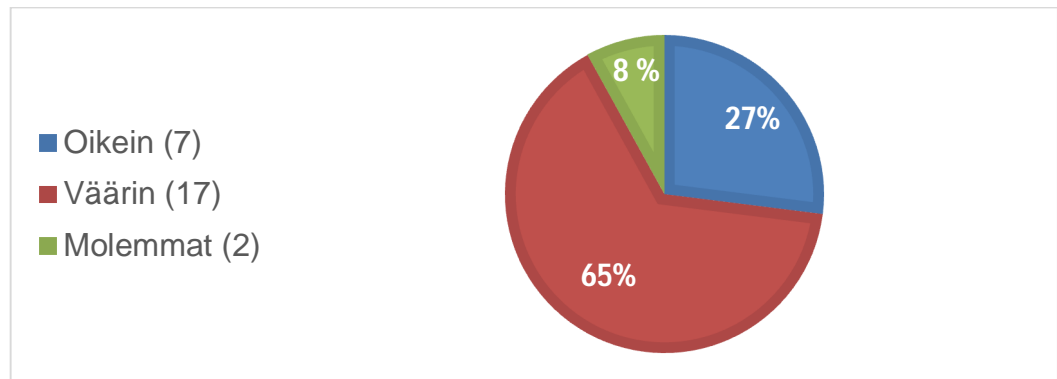
8.1 Kysely

Saimme siis kyselyymme vastauksia 26:lta kirurgian osaston 41-42 hoitajalta. Taustatiedoissa kysyimme, kuinka kauan vastaaja on työskennellyt kyseessä olevalla osastolla, mitä ammattikuntaa hän edustaa sekä milloin vastaaja on valmistunut nykyiseen ammattiinsa. Kirurgian 41-42 osastolta vastaajille oli kertynyt työkokemusta viidestä kuukaudesta jopa 20 vuoteen asti keskimääräisen arvon ollessa 6 vuotta. Vastaajista 18 (69%) oli sairaanhoitajia, 7 (27%) lähihoitajia sekä 1 (4%) alan opiskelija. Vastaajat olivat valmistuneet nykyiseen ammattiinsa 0-35 vuotta sitten. Keskimääräisesti vastaajilla oli 11 vuotta aikaa valmistumisestaan omaan ammattiinsa.

Kysyimme osaston käsihuuhepisteiden riittävydestä, niiden tarkoituksenmukaisesta sijoittelusta sekä käsihuuheautomaattien toimivuudesta. Vastaajista 18 (69%) oli sitä mieltä, että huuhepisteitä on osastolla riittävästi, mutta 8 vastaajan (31%) mielestä niitä voisi olla enemmänkin. 19 (73%) vastaa koki, että käsihuuhepisteiden sijoittelu on nykyisellään täysin toimiva, mutta 6 vastaajaa (23%) haluaisi niiden paikkoja harkittavan uudelleen ja yksi vastaaja (4%) rastitti molemmat vastausvaihtoehdot. Käsihuuheautomaatteja piti toimivina 14 (54%) vastaajaa ja 10 (38%) vastaajaa koki, etteivät automaattit toimi toivotulla tavalla. Kaksi vastaajaa (8%) rastitti molemmat vastausvaihtoehdot kommentoiden, että käsihuuheautomaattit toimivat välillä, mutta eivät aina.

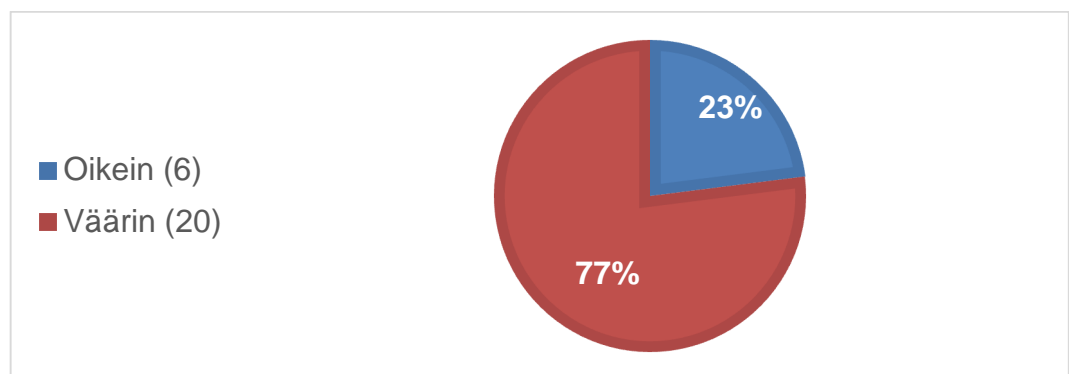
Testasimme myös vastaajien käsihygieniatietämystä neljällä oikein – väärin -väittämällä. Seuraavilla sivuilla on esitetty nämä väittämät ja niihin saamamme vastaukset havainnollistavin ympyrädiagrammein. (KUVIOT 3-6.)

Väittämään ”Saippuavesipesu tuhoaa mikrobit käsihuuhdetta tehokkaammin” on oikea vastaus **väärin**. Täten vastaajista seitsemän (27%) vastasi väittämään väärin ja vastaajista 17 (65%) vastasi väittämään oikein. Kaksi vastaajaa (8%) rasti molemmat vastausvaihtoehdot. (KUVIO 3.)



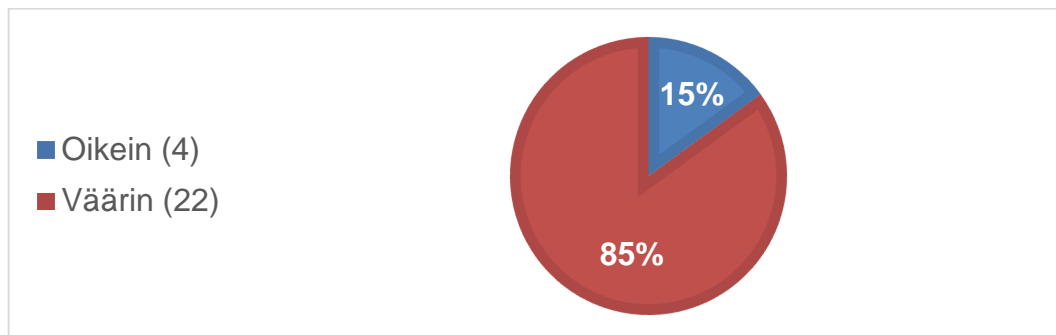
KUVIO 3. Saippuavesipesu tuhoaa mikrobit käsihuuhdetta tehokkaammin.

Väittämään ”Saippuavesipesu rasittaa käsien ihoa vähemmän kuin alkoholihiuuhde” on oikea vastaus **väärin**. Vastaajista kuusi (23%) vastasi väittämään väärin ja 20 (77%) vastaajaa vastasi väittämään oikein. (KUVIO 4.)



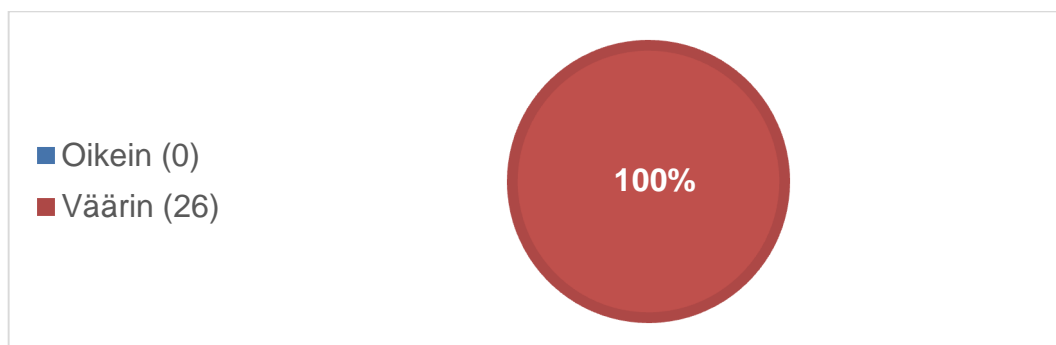
KUVIO 4. Saippuavesipesu rasittaa käsien ihoa vähemmän kuin alkoholihiuuhde.

Väittämään ”Käsihuuhdetta ei saa käyttää, jos se kirvelee ihoa” on oikea vastaus **väärin**. Vastaajista neljä (15%) vastasi väittämään väärin ja 22 (85%) vastaajaa vastasi oikein. (KUVIO 5.)



KUVIO 5. Käsihuuhdetta ei saa käyttää, jos se kirvelee ihoa.

Väittämään ”Suojäkäsineet suojaavat hoitajaa potilaan mikrobeilta, jolloin käsihuuhdetta ei tarvitse käyttää käsineiden riisumisen jälkeen” on oikea vastaus **väärin**. Kaikki 26 vastaajaa (100%) vastasi väittämään oikein. (KUVIO 6.)



KUVIO 6. Suojäkäsineet suojaavat hoitajaa potilaan mikrobeilta, jolloin käsihuuhdetta ei tarvitse käyttää käsineiden riisumisen jälkeen.

Annoimme vastaajille mahdollisuuden kirjoittaa lomakkeelle myös omia kehittämissuhteita käsihuuhdepisteiden toimivuuden edistämiseksi. Yleinen mielipide avoimiin kysymyksiin oli se, että käsihuuhdepisteitä tulisi

ehdottomasti olla enemmän ja esimerkiksi potilashuoneisiin voisi peräseinään tuoda käsihuuheautomaatin.

Kahden hengen potilashuoneeseen voisi seinään kiinnittää yhden automaatin parantamaan ikkunapaikan potilaan hoitoa.

Lisäksi käsihuuheautomaatteihin liittyen osa vastaajista oli tuonut esiin muutaman ongelmakohdan. Vaikka vastaajat pitivät automaatteja yleisesti toimivina, ja niitä toivottiin lisääkin, niiden ajoittaista toimimattomuutta kuitenkin kritisoitiin.

Automaatteja voisi olla enemmän.

Ajoittain rikki, tukkeutuu herkästi -> roiskii seinille.

Kyselyn tuloksista huomasimme varsin usean vastaajan kohdalla ilmenneen selkeän yhteyden siinä, kuinka pitkän ajan hän oli osastolla ehtinyt työskentelemään ja oliko hän tyytyväinen osaston käsihygieniapuitteisiin. Mitä pidempään hoitajat olivat osastolla työskennelleet, sitä tyytyväisempiä he olivat vastaustensa perusteella osaston käsihygieniapisteisiin, niiden sijoitteluun ja määrään. Vastaavasti lyhyemmän aikaa osastolla työskennelleet tarkastelivat asiaa kriittisemmin. Tästä voidaan siis päätellä, että osastolla jo pidempään työtä tehneet ovat ehkä jossain määrin sokeutuneet havaitsemaan käsihygienian toteuttamiseen liittyviä puutteita, kun taas vähemmän aikaa siellä työskennelleet ovat saaneet muuallakin työskenneltyään tuoreempaa vertailupohjaa aiheen tarkasteluun.

8.2 Havainnointi

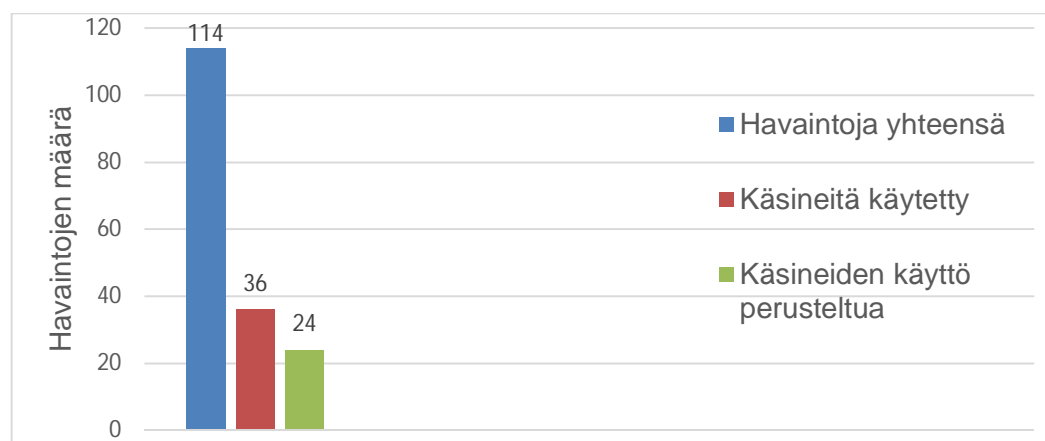
Havainnoinnin tukena käytimme Päijät-Hämeen keskussairaalan meille tarjoamaa valmista havainnointimatriisia (liite 2). Sen avulla tarkastelimme, millaisia käsihygieniatoimenpiteitä toteutettiin muun muassa ennen ja jälkeen potilaskosketuksen, ennen aseptisia toimenpiteitä, eritteitä käsiteltäessä ja potilaan lähiympäristöön koskettaessa. Lisäksi kirjasimme

havainnointimatriisiin tiedot siitä, oliko havainnoitavilla henkilöillä käsihygienian hyvälle toteutumiseksi esteitä, esimerkiksi pitkät kynnet ja kynsilakkaa, koruja tai työasussa pitkät hihat.

Havainnointitilanteita kertyi kaikkiaan yhteensä 114. Ne sijoituivat lääkärintoimituksiin sekä tilanteisiin, joissa potilaita tutkittiin, autettiin tai heille tehtiin jokin toimenpide. Lisäksi tarkastelimme lääkehuonetoimintaa.

Havainnoinnin tulokset osoittivat, että käsihygienian esteinä lääkäreillä olivat sormukset kolmessa, korut neljässä ja pitkät hihat neljässätoista havainnointitilanteessa. Sairaanhoitajilla käsihygienian esteinä olivat pitkät hihat kahdeksassa, pitkät kynnet yhdessätoista ja asenne neljässä havainnointitilanteessa.

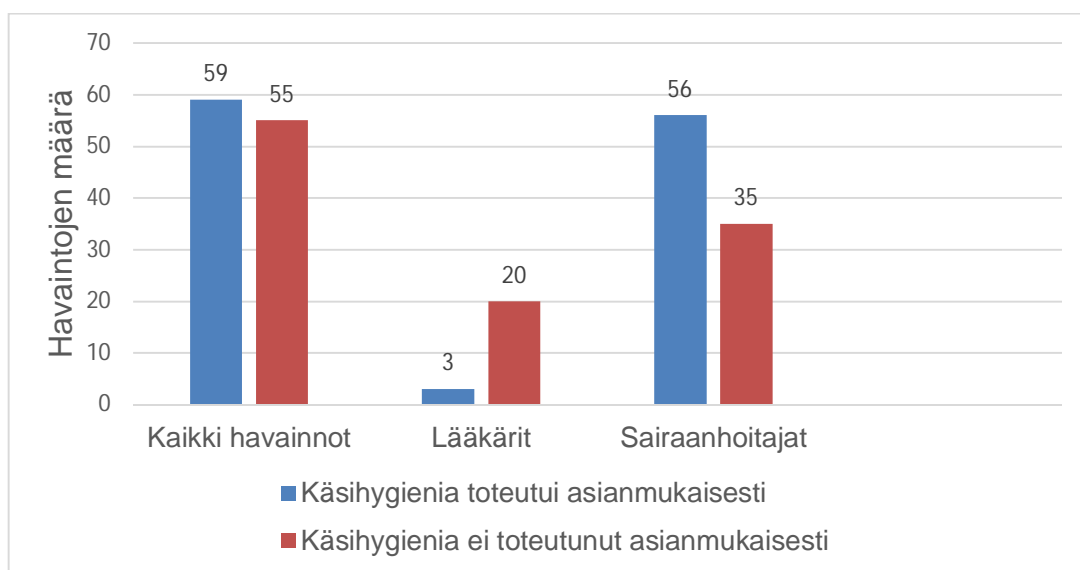
Suojakäsineiden käyttöä ja niiden tarpeellisuutta arvioimme niin ikään mainitussa 114 havainnointitilanteessa. Näistä 36 tilanteessa suojakäsineitä käytettiin ja niistä 24 tilanteessa suojakäsineiden käyttö oli perusteltua. Alla olevassa kuviossa ovat nämä tulokset havainnollistavan pylväsdiaagrammin muodossa. (KUVIO 7).



KUVIO 7. Suojakäsineiden käyttö

Havainnointimatriisi ei antanut mahdollisuutta seurata käsihuuhteen hieromiseen käytettyä aikaa, vaan lomakkeelle kirjattiin ainoastaan tieto siitä, käytettiinkö käsihuhdetta ylipäätään vai ei. Käsihuhdehieronnan

toteutuminen jakautui 114 havainnointitilanteen aineistossa siten, että 59 (52%) tilanteessa käsihuuhteen käyttö toteutui asianmukaisesti ja 55 (48 %) tilanteessa se jäi uupumaan. Lääkäreillä käsihygieniä toteutui siten, että kolmessa (14%) tilanteessa käytettiin käsihuuhdetta ja 20 (86%) tilanteessa käsihuuhdetta ei käytetty lainkaan. Sairaanhoitajien osalta vastaavat tulokset osoittivat, että käsihuuhdetta käytettiin 56 (62%) tilanteessa ja 35 (38%) tilanteessa käsihygieniä jäi suorittamatta. Tulokset ovat vielä luettavissa alla olevasta pylväsdiagrammista. (KUVIO 8).



KUVIO 8. Käsihuuhdehavaintojen määrä

9 POHDINTA

9.1 Johtopäätökset ja jatkokehittämissuositukset

Lähdimme selvittämään kohdeosastomme 42 hoitohenkilöstön tyytyväisyyttä käsihuuhdepisteiden sijoitteluun ja määrään sekä sitä, minkälainen on osaston käsihygieniatilanne nykyisellään, kuinka sitä voisi kehittää sekä miten toimivina käsihuuhdeautomaatteja pidetään henkilöstön keskuudessa. Näihin kysymyksiin haimme vastauksia teettämämme kyselyn sekä toteuttamamme havainnoinnin avulla.

Kyselyn tulokset osoittivat hoitohenkilöstön olevan yleisesti melko tyytyväinen osaston vallitsevaan käsihygieniatilanteeseen. Kuitenkin monet vastaajat toivoivat parannusta käsihuhuhteen saatavuuteen. Ennako-oletuksemme vastaisesti henkilökunta piti myös käsihuuhdeautomaatteja suurilta osin toimivana ratkaisuna käsihygienian toteuttamiseksi ja niitä toivottiin myös lisää.

Kyselymme sekä havainnointimme perusteella ehdotammekin, että osastolle lisättäisiin enemmän käsihuuhdepisteitä, jotka sijoitettaisiin vielä nykyistä käytännönläheisemmin. Esimerkiksi potilashuoneissa on nykyisellään vain yksi kiinteä käsihuuhdepiste, joka on oven suussa olevalla lavuaaripisteellä. Kyselylomakkeiden vapaissa kommenttikentissä esitettiin toiveita, että potilashuoneisiin saataisiin toinen kiinteä käsihuuhdepiste, joka sijoittuisi potilasvuoteita vastapäätä olevalle seinälle, jotta ikkunanpuoleisen potilaan hoidon laatu paranee. Tälle seinustalle henkilökunta toivoi niin ikään käsihuuhdeautomaattia. Myös havainnoinnin yhteydessä toive käsihuuhdepisteiden lisäämisestä potilashuoneisiin konkretisoitui, sillä ikkunan puoleista potilasta hoidettaessa piti käsihuuhdetta hakea joissain tapauksissa huoneen lavuaaripisteeltä, mikä heikensi selkeästi hoitotyön sujuvuutta. Ehdotamme myös, että seinään kiinnitettävän huuhdeautomaatin sijaan harkittaisiin käsihuuhdepullotelineiden asentamista potilassänkyjen

jalkopäätyyn, josta ne olisivat tarvittaessa telinettä nostamalla helppo irrottaa pois.

Kyselylomakkeissa ilmaistiin toiveita käsihuuhdepisteiden lisäämisestä myös ovien pieliin siten, että esimerkiksi kanslian ja potilashuoneiden ovien yhteydessä olisi vastassa oven suussa oleva huuhdaste. Lisäksi näkemyksemme mukaan olisi osastolle johtavan oven ulkopuolelle, sitä vastapäätä olevalle porraskäytävän seinälle oven avauspainikkeen viereen, aiheellista lisätä käsihuuhdepiste. Uskomme, että se kiinnittäisi eritoten vierailijoiden huomion hyvän käsihygienian noudattamiseen osastolle tultaessa, että sieltä poistuttaessa.

Käsihygieniahavainnointi antoi arvokasta tietoa henkilöstön käsihygieniakäyttäytymisestä ja osaston käsihygienian toteutumisen kehittämiskohdista. Touran, Arifullan, Veltheimin, Ollgrenin sekä Lyytikäisen (2016) mukaan monet sekä kansainväliset että kotimaiset tutkimukset osoittavat, ettei terveydenhuollon henkilöstön käsihygienia toteudu täysin suositusten mukaisesti ja erityisesti lääkäreiden käsihygieniassa olisi parannettavaa suhteessa muuhun henkilöstöön. Tähän kiinnitimme myös me huomiota todentaessamme esimerkiksi lääkäreillä heidän työtakkinsa pitkät hihat, kellon ranteessa sekä riittämättömäksi jääneen käsihuuhteen käytön potilaskohtaamisissa. Hoitajien osalta puutteina ilmenivät joidenkin suosituksiin nähden liian pitkät sormen kynnet sekä turhan lyhyeksi jäänyt hieronta-aika, jotta käsihuuhde olisi ehtinyt kuivua iholta ennen suojakäsineiden pukemista.

Käsihuuhteen saatavuudella on vaikutusta sen suositusten mukaiseen käyttöön, sillä jos huuhdetta ei ole esimerkiksi kiireellisessä tilanteessa nopeasti saatavilla, lähtee sitä varsin harva pidemmältä hakemaan (Toura ym. 2016). Jotta käsihuuhteen saatavuus voitaisiin taata kiireisessä tilanteessa, on tästäkin syystä käsihuuhdepisteiden lisääminen kohdeosastollemme perusteltua. Samoin, jos työyksikössä vallitsee välinpitämätön asenne käsihygieniaa kohtaan, toteuttanee sitä yhä harvempi suositeltujen ohjeiden mukaan ja tällöin yksikön yleinen hoidon

laatu laskee. Siksi kollegoiden ja esimiesten suhtautumisella käsihygieniaan ja heidän osoittamallaan esimerkillä sen toteuttamiseksi onkin suuri merkitys koko hoitoyksikön käsihygieniatasoon. (Toura ym. 2016.) Vaikka emme voi sanoa, että hoitohenkilöstön asennoitumisessa käsihygieniaa kohtaan olisi ollut huomattavissa merkittävää asenteellisuutta, osoittavat kuitenkin havainnointimme tulokset sen, että kohdeosastomme henkilöstön on tarpeellista panostaa käsihygienian toteutumisen tarkasteluun niin yksilö- kuin yhteisötasolla ja harjoittaa tässä suhteessa niin sanottua omavalvontaa. Täten kannustaisimmekin heitä opastamaan myös rohkeasti työtovereitaan, mikäli heillä havaitaan puutteita tavoissaan toteuttaa käsihygieniaa. Olemme varmoja siitä, että niinkin avoimen ja vuorovaikutussuhteiltaan terveen oloinen työyhteisö kuin millaisena kohdeosastomme on meille tämän opinnäytteen myötä näyttäytynyt, kestää asiallisesti annetun kritiikin, sillä onhan käsihygienian hyvä toteutus kaikkien osastolla toimijoiden etu.

Koska valtaosa käsihygieniaa käsittelevästä kirjallisuudesta sekä sen kehittämiseen tähtäävistä toimenpiteistä on kohdistunut hoitohenkilöstön toimintakäytäntöjen tarkasteluun, haluamme vielä viimeisimpänä kiinnittää katseet myös potilaiden käsihygienian toteutumiseen. Asia on huomionarvoinen, jota osoittavat esimerkiksi yhdysvaltalaisen tutkimuksen tulokset 36-paikkaiselta sydänkirurgiselta osastolta, jossa potilaiden käsihygieniaan panostamalla saatiin MRSA-infektioiden määrää laskettua 63 prosentilla ja VRE-infektioiden 70 prosentilla (Haverstick, Goodrich, Freeman, James, Kullar & Ahrens 2017). Myös oman havainnointimme pohjalta soisimme, että potilaiden opastamiseen hyvän käsihygienian toteuttamiseksi panostettaisiin kohdeosastollamme enemmän. Tämä voisi tapahtua kertomalla potilaille käsihuuhteen oikeaoppisesta käytöstä ja kehottamalla heitä siihen esimerkiksi ennen ruokailua, wc-käyntien yhteydessä sekä omasta huoneesta lähdettäessä että sinne takaisin palattaessa. Potilaille, joiden liikkuminen käsihuuhtepisteille on haastavaa, voitaisiin tarjota mahdollisuus käsiensä vaivattomampaan desinfiointiin tuomalla vuodepöydille pieniä taskukokoisia huuhtepulloja tai desinfioivia pyyhkeitä.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kaikkia tutkijoita sekä heidän tutkimustyötään määrittelee tutkimusetiikkaan nojaava vaatimus toimia rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364). Muun muassa Hirsjärvi kumppaneineen (2009, 23-24) huomioi useita tutkimuksen luotettavuuteen ja eettiseen tekemiseen liittyviä kysymyksiä. Hyvää tieteellistä käytäntöä noudattavassa tutkimuksessa on heidän mukaansa huomioitu esimerkiksi tiedon hankintaan ja julkaisemiseen kytkeytyvät tutkimuseettiset periaatteet. Tässä viitekehyksessä kiinnitimme lähdeteoksia valitessamme huomiota niiden alkuperään ja olimme näin kriittisiä arvioidessamme niiden luotettavuutta ja soveltuvuutta opinnäytteeseemme. Plagioimista, eli toisten tekstien esittämistä omanamme, pyrimme tietoisesti välttämään huolehtimalla lähteiden oikeaoppisesta ja huolellisesta kirjaamisesta työhömmme. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-26,118; Vilka 2005, 30-31.)

Tutkimuksen tulee olla myös suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti tieteelliselle toiminnalle asetettujen vaatimusten ohjaamana (Hirsjärvi ym. 2009, 24). Täten olemme tässä raportissa pyrkineet kertomaan opinnäyteprosessistamme tavalla, joka mahdollistaisi lukijan seurata sen etenemisen eri vaiheita ja siten arvioida tulostemme ja työmme luotettavuutta kokonaisuutena.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin kuuluu niin ikään myös tutkijan rehellinen pohdinta käyttämiensä tutkimusmenetelmien hyödyistä ja puutteista tutkimuksen tarkoitukseen ja tavoitteisiin nähden. Näkemyksemme mukaan kysely soveltui hyvin opinnäytteemme aineistonkeruutavaksi, sillä tavoitimme sillä kaikkiaan 26 osaston 41-42 hoitajaa. Arvioimme vastaajamäärän riittäväksi, emmekä usko, että tätä suurempi osallistujajoukko olisi antanut enää merkittävää lisäarvoa saatujen tulosten suhteen. Myös avoimeen kysymykseen saamamme vastaukset toistuvat useissa lomakkeissa, joka viitannee kylläntymispisteen saavuttamiseen (Vilka 2005, 127).

Työmme validiteettia varmistaaksemme oli kyselyn sisällön suunnittelussa lähtökohtanamme opinnäytteemme tiedonintressi. Kysymyksiä pohtiessamme pidimme siis mielessämme opinnäytteemme tarkoituksen ja tavoitteet, jotta saisimme kerätyksi tietoa oleellisista seikoista. Lisäksi olimme tässä vaiheessa jo perehtyneet kohdeilmiötämme käsitelleeseen kirjallisuuteen, mikä toimi apuna väittämien muodostamisessa.

Kyselylomakkeessamme oli vain kymmenen kysymystä, jonka suppeaa määrää voitaneen kritisoida. Ajattelimme kuitenkin, että koska hoitajat täyttävät sen lyhyen kahvi- tai lounastaukonsa aikana, tulee lomakkeen olla nopeasti täytettävä eikä kysymyksiä tulisi siksi olla tätä enempää. Olimme myös pohtineet lomakkeen käytettävyyttä ennen niiden jakelua henkilöstölle, mutta emme olleet testanneet sitä ennakolta, mikä heikentäne opinnäytteemme luotettavuutta. Kysymysten ja väittämien sanamuodot olivat kuitenkin harkittuina yksinkertaiset ja helposti ymmärrettävät, etteivät ne olisi sisältäneet riskiä sattumanvaraisille tuloksille.

Tutkimuksen reliabeliudella viitataan esimerkiksi siihen, että kaksi arvioijaa päätyy keskenään samanlaisiin tuloksiin (Hirsjärvi ym. 2009, 226). Havainnoinnin osalta pyrimme yltämään reliabeliuden tavoitteeseen toimimalla toistemme suhteen rinnakkaishavainnoijina edellä kerrotun mukaisesti. Vaikka tarkoituksemme oli näin varmistaa yhdenmukaisten havaintojen tuottaminen, on todettava, että kokemattomuutemme havainnoijina saattoi silti heijastua tuloksiin, mikä heikentää työmme luotettavuutta.

Myös toistettavuuden suhteen havainnointi katsotaan ongelmallisena, sillä jokaisen havainnointitilanteen ollessa ainutkertainen tapahtuma, sitä ei koskaan voida toistaa täysin samanlaisena. Tästä syystä havainnointi ei välttämättä ole erityisen luotettava määrällisenä tutkimusmenetelmänä. Lisäksi havainnoinnin virhelähteenä on huomioitava, että havainnoitava voi muuttaa käyttäytymistään tiedostaessaan olevansa havainnoinnin kohteena (Vilka 2005, 122).

Erityisesti eettisenä havainnointiin liittyvänä huomiona todettakoon, etteivät kaikki havainnoitavamme olleet tietoisia tulostamme juuri kyseisenä päivänä, vaikka siitä oli tiedotettu henkilöstöä viikkoa aiemmin olleella osastotunnilla. Joidenkin tutkimusetiikkaan perehtyneiden auktoriteettien, kuten Vilkan (2005, 38) mukaan, tämä on eettisesti arveluttavaa, eikä hän siksi myöskään suosittelen tekemään työelämässä tutkimuksia, joihin ei ole saatu tutkimusaineiston keräämiseksi tutkittavien suostumusta. Tämän opinnäytteen kohdalla emme kuitenkaan nähneet asiaa erityisen ongelmallisena, sillä näin saatoimme saada autenttisempaa aineistoa, mikä myös oli havainnointimme tarkoitus. Sen sijaan suurempana eettisenä kysymyksenä pidimme sitä, kuinka toimintaamme saattaisi liittyä havainnoitavan taholta kokemus tunkeutumisesta hänen henkilökohtaiselle alueelleen tai arvostelluksi tulemisesta. Tarkoituksenamme oli kuitenkin puhtaasti kerätä näyttöä osastolla työskentelevien toiminnasta kokonaisuudessaan eikä näin ollen arvostella kenenkään henkilökohtaista työskentelytapaa. Havainnoinnin soveltuvuutta sairaalaympäristöön oli mietittävä myös potilasnäkökulmasta. Erityisesti hoitotilanteissa, joihin liittyi arkaluonteisuutta, kysyttiin potilailta, sopiiko sairaanhoidon opiskelijoiden olla opinnäytetyönsä tiimoilta mukana tarkkailemassa hoitajan toimintaa. Täten teimme siis havainnointia myös potilaiden määrittelemissä ehdoissa heidän yksityisyyttään kunnioittaen.

LÄHTEET

Anttila, V-J. 2014. Käsihygienia – potilasturvallisuutta Semmelweisista tähän päivään. Duodecim, 1754-1758. [viitattu 15.11.2017]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11823.pdf>

Coco, K., Lahti, L. & Simola, R. 2011. Hoito ja huolenpito. Helsinki: WSOYpro Oy.

Eskander, A. 2011. Hand hygiene strategies. Journal of Communitat Hospital of Internal Medicine Perspectives. 2011-2012 vol. 1 (2), Article 7200, 1-3. [viitattu 15.11.2017]. Saatavissa:

<http://www.tandfonline.com/toc/zich20/1/2?nav=toCList>

Haukipuro, K. & Wiik, H. 2005. 14.2 Haavan paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. uudistettu painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 235-239.

Haverstick, S., Goodrich, C., Freeman, R., James, S., Kullar, R. & Ahrens, M. 2017. Patients' Hand Washing and Reducing Hospital-Acquired Infection. CriticalCareNurse. The journal for high acuity, progressive, and critical care nursing. 6/2017 vol. 37 no. 3. [viitattu 5.4.2018]. Saatavissa:

<http://ccn.aacnjournals.org/content/37/3/e1.full.pdf+html>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Kampf, G. & Löffler, H. 2010. Hand disinfection in hospitals – benefits and risks. Journal of the German Society of Dermatology 12/2010, 978-983.

Kanerva, M. & Hietaniemi, K. 2014. Käsihuuhdetta, olkaa hyvät!

Lääkärilehti. Pääkirjoitus 21/2014. [viitattu 24.11.2017]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/kasihuuhdetta-olkaa-hyvat/>

Kanerva, M. & Lyytikäinen, O. 2013. Hoitoon liittyvien infektioiden seuranta ja infektiolukujen julkinen vertailu. Suomen Lääkärilehti 1-2/2013, 47-51. [viitattu 23.1.2018]. Saatavissa:

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114531/Hoitoon liitt inf seuranta ja infektiolukujen julkinen vertailu.pdf?sequence=2](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114531/Hoitoon_liitt_inf_seuranta_ja_infektiolukujen_julkinen_vertailu.pdf?sequence=2)

Karhumäki, E., Jonsson, A. & Saros, M. 2016. Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita.

Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Laitinen, K., Agthe, N., Saunamäki, R., Fellman, M. & Henriksson, E. 2006. Uuden käsidesinfektioaineen tehon tutkimus Kanta-Hämeen keskussairaalan osastolla. Suomen Sairaalahygienialehti 2/2006, 54-60.

Linnavuori, K. & Lankinen, H. 2017. Desinfektioaineiden valinta ja hankinta – säädöksiä ja käytännön menettelyjä. Suomen Sairaalahygienialehti 5/2017, 216-222. [viitattu 14.3.2018]. Saatavissa: http://sshy.fi/data/documents/lehdet/17_5.pdf

Lumio, J. 2016. Sairaalainfektiot ja sairaalabakteerit. Duodecim. Terveyskirjasto. [viitattu 23.1.2018]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01042

Meriö-Hietaniemi, I. 2017. Alkoholittoman käsihuuhteen käyttökielto - Mitä tehdä? Suomen Sairaalahygienialehti 5/2017, 223. [viitattu 24.2.2018]. Saatavissa: http://sshy.fi/data/documents/lehdet/17_5.pdf

Meurman, O. 2012. Käsihygienian mikrobiologiset perusteet. Suomen Sairaalahygienialehti 3/2012, 128-132. [viitattu 16.12.2017]. Saatavissa: http://sshy.fi/data/documents/lehdet/12_3.pdf

Mäkinen, A. 2013. Potilaalla on oikeus hyvään käsihygieniaan. Potilaan lääkärilehti. [viitattu 19.11.2017]. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/potilaalla-on-oikeus-hyvaan-kasihygieniaan/>

Männistö, A., Issakainen, J. & Saukkonen, K. 2014. Käsihuuhteiden kosteuttavien aineiden vaikutus kuivan ja normaalin ihon

kosteustasapainoon. Suomen sairaalahygienialehti 5/2014, 270-274.

[viitattu 13.3.2018]. Saatavissa:

http://sshy.fi/data/documents/lehdet/14_5.pdf

Paajanen, H. & Rantala, A. 2016. Kirurginen haavainfektio – kurjaa potilaalle, kallista yhteiskunnalle. Suomen sairaalahygienialehti 3/2016, 161-162. [viitattu 18.2.2018]. Saatavissa:

http://sshy.fi/data/documents/lehdet/16_3.pdf

Palosara, J., Laine, K., Routamaa, M. & Ojanperä, H. 2013. Käsihygieniä hygieniahoitajan silmin nähtynä. [viitattu 17.12.2017]. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/documents/584227/1449683/Kasihygienia+hygieniahoitajan+silmin.pdf/49e0cefe-65a5-4c32-b68c-7ba7a69a63b4>

Rantala, A. & Huotari, K. 2010. Kirurgiset infektiot. Teoksessa Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. Porvoo: Bookwell Oy. 57-75.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Aseptiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rintala, E. & Routamaa, M. 2013. Hyvä käsihygieniä sairaalassa – suositus vai velvollisuus? Suomen Sairaalahygienialehti 4/2013, 207-210. [viitattu 25.11.2017]. Saatavissa:

http://sshy.fi/data/documents/lehdet/13_4.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [viitattu 25.4.2018]. Saatavissa:

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_4.html

Saksala, P. & Somerharju, L. 2015. Sosiaali- ja terveysalan fysiikka ja kemia. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Silen-Lipponen, M. 2013. Potilasturvallisuutta infektioiden torjunnan hyvillä käytännöillä. Suomen Sairaalahygienialehti 4/2013, 211-214. [viitattu 17.12.2017]. Saatavissa: http://sshy.fi/data/documents/lehdet/13_4.pdf

Sinivuo, R., Koivula, M. & Kylmä, J. 2012. Havainnointi aineistonkeruun menetelmänä kliinisessä ympäristössä. Hoitotiede 2012, 24 (4), 291-301.

Syrjälä, H. 2010. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintyvyyteen vaikuttaa? Teoksessa Anttila, V-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen Kuntaliitto. 18-35.

Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygieniä. Teoksessa Anttila, V-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen Kuntaliitto. 165-183.

Tays. Sairaalahygieniaohjeet. 2018. [viitattu 22.4.2018]. Saatavissa: https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa

THL. 2016. Hoitoon liittyvät infektiot. [viitattu 19.1.2018]. Saatavissa: https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/tautiryhmittain/hoitoon_liittyvat_infektiot

THL. 2018. WHO:n käsihygieniäajulisteet. [viitattu 19.1.2018]. Saatavissa: https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit/seuranta-ja-epidemiat/hoitoon_liittyvien_infektioiden_seuranta/siro-ohjeet/who-n-kasihygieniäajulisteet

Toura, S., Arifulla, D., Veltheim, J., Ollgren, J. & Lyytikäinen, O. 2016. Käsihygieniä Suomen akuuttisairaaloissa 2014 - kyselytutkimuksen tulokset. Suomen sairaalahygienialehti 3/2016, 148-154. [viitattu 9.4.2018]. Saatavissa: http://sshy.fi/data/documents/lehdet/16_3.pdf

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuento, R. 2005. Tartunnan aiheuttajat ja tartuntatavat. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. uudistettu painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 46-62.

Vuento, R. 2015. Mikä muu kuin tiedonpuute tai kiire voi vaikuttaa siihen, että käsihygieniä ei toteudu? Suomen Sairaalahygienialehti 4/2015, 198-200. [viitattu 13.12.2017]. Saatavissa:

http://sshy.fi/data/documents/lehdet/15_4.pdf

LIITTEET

Liite 1: Kyselylomake



Hei!

Olemme Lahden ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Kartoitamme osana opinnäytetyötämme Kirurgian osasto 42:n käsihygienian toteutumista hoitotyön arjessa tämän kyselyn avulla. Vastaamiseen kuuluu vain pieni hetki, mutta vastaukset tuottavat arvokasta tietoa käsihygienian toteutumisen kehittämiseksi. Rastitathan näkemystäsi kuvaavan vastausvaihtoehdon. Huomaa, että kysely on kaksipuoleinen ja siihen vastataan nimettömänä.

Kiitos osallistumisestasi!

Taustatiedot

1. Kuinka kauan olet työskennellyt tällä osastolla? _____
2. Mitä ammattikuntaa edustat? sairaanhoitaja lähihoitaja alan opiskelija
3. Milloin olet valmistunut nykyiseen ammattiisi? _____

Käsihuuhdepisteet osastolla

4. Onko käsidesinfiointipisteitä osastolla riittävästi? kyllä ei
5. Ovatko käsidesinfiointipisteet sijoitettu mielestäsi sopiviin paikkoihin? kyllä ei

Jos vastasit ei, mihin käsihuuhdepisteitä tulisi sijoittaa? _____

6. Ovatko käsihuuhdeautomaatit mielestäsi toimivat? kyllä ei

Käsihygieniatietämys

7. Saippuavesipesu tuhoaa mikrobit käsihuhdetta tehokkaammin.

oikein väärin

8. Käsihuhdetta ei saa käyttää, jos se kirvelee ihoa. oikein väärin

9. Saippuavesipesu rasittaa käsien ihoa vähemmän kuin alkoholikäsihuhde.

oikein väärin

10. Suojäkäsineet suojaavat hoitajaa potilaan mikrobeilta, jolloin käsihuhdetta ei tarvitse käyttää käsineiden riisumisen jälkeen. oikein väärin

Kiitos vastauksistasi!

Otathan yhteyttä, jos Sinulla on kysyttävää kyselystämme.

Essi Mikkonen

essi.mikkonen@student.lamk.fi

Karin Luukkonen

karin.luukkonen@student.lamk.fi

Liite 2: Havainnointimatriisi



Osasto: _____

Päivämäärä: ____/____/20____

Havainnoija: _____

Havaintojaksonnumero: _____

Havainnointitilanne: Potilaan kohtaaminen, auttaminen, tutkiminen, siirtäminen Potilaalle tehtävät toimenpiteet Potilaan lähiympäristön koskettaminen
 Eritetahradesinfektio Muu havainnointitilanne, kirjoita

Mies/ nainen		Mies/ nainen		Mies/ nainen	
Ammattiryhmä		Ammattiryhmä		Ammattiryhmä	
Ammattiryhmän koodi: 1. lääkäri 2. sairaanhoitaja 3. muu hoitotyönkeijä/mikä? 4. laitoshuoltaja					
	Esteet käsihygienian toteutumiseen		Esteet käsihygienian toteutumiseen		Esteet käsihygienian toteutumiseen
Onko?	<input type="checkbox"/> ei estettä	Onko?	<input type="checkbox"/> ei estettä	Onko?	<input type="checkbox"/> ei estettä
	<input type="checkbox"/> kynsilakka		<input type="checkbox"/> kynsilakka		<input type="checkbox"/> kynsilakka
	<input type="checkbox"/> yksi sormus		<input type="checkbox"/> yksi sormus		<input type="checkbox"/> yksi sormus
	<input type="checkbox"/> useampi sormus		<input type="checkbox"/> useampi sormus		<input type="checkbox"/> useampi sormus
	<input type="checkbox"/> rannekello tmv.		<input type="checkbox"/> rannekello tmv.		<input type="checkbox"/> rannekello tmv.
	<input type="checkbox"/> pitkät/tekokynnet		<input type="checkbox"/> pitkät/tekokynnet		<input type="checkbox"/> pitkät/tekokynnet
	<input type="checkbox"/> pitkät hihat		<input type="checkbox"/> pitkät hihat		<input type="checkbox"/> pitkät hihat
	<input type="checkbox"/> muu este, mikä?		<input type="checkbox"/> muu este, mikä?		<input type="checkbox"/> muu este, mikä?
	<input type="checkbox"/> asenne		<input type="checkbox"/> asenne		<input type="checkbox"/> asenne
Havainto-tilanne	Ennen potilaskosketusta	Havainto-tilanne	Ennen potilaskosketusta	Havainto-tilanne	Ennen potilaskosketusta
1	Käsihygienian toimenpide, miten toteutui? <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu	1	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu	1	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu
Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Havainto-tilanne	Potilaskosketuksen jälkeen	Havainto-tilanne	Potilaskosketuksen jälkeen	Havainto-tilanne	Potilaskosketuksen jälkeen
2	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu	2	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu	2	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu
Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Havainto-tilanne	Ennen aseptista toimenpidettä	Havainto-tilanne	Ennen aseptista toimenpidettä	Havainto-tilanne	Ennen aseptista toimenpidettä
3	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu	3	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu	3	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu
Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Havainto-tilanne	Eritteisiin koskemisen jälkeen	Havainto-tilanne	Eritteisiin koskemisen jälkeen	Havainto-tilanne	Eritteisiin koskemisen jälkeen
4	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu	4	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu	4	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu
Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Havainto-tilanne	Potilaan lähiympäristöön...	Havainto-tilanne	Potilaan lähiympäristöön...	Havainto-tilanne	Potilaan lähiympäristöön...
5	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu	5	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu	5	Käsihygienian toimenpide <input type="checkbox"/> käsihuuhde <input type="checkbox"/> saippua-vesi <input type="checkbox"/> ei suoritettu
Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Käytettiin?	Suojakäsineitä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

Liite 3: Julisteet

