



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

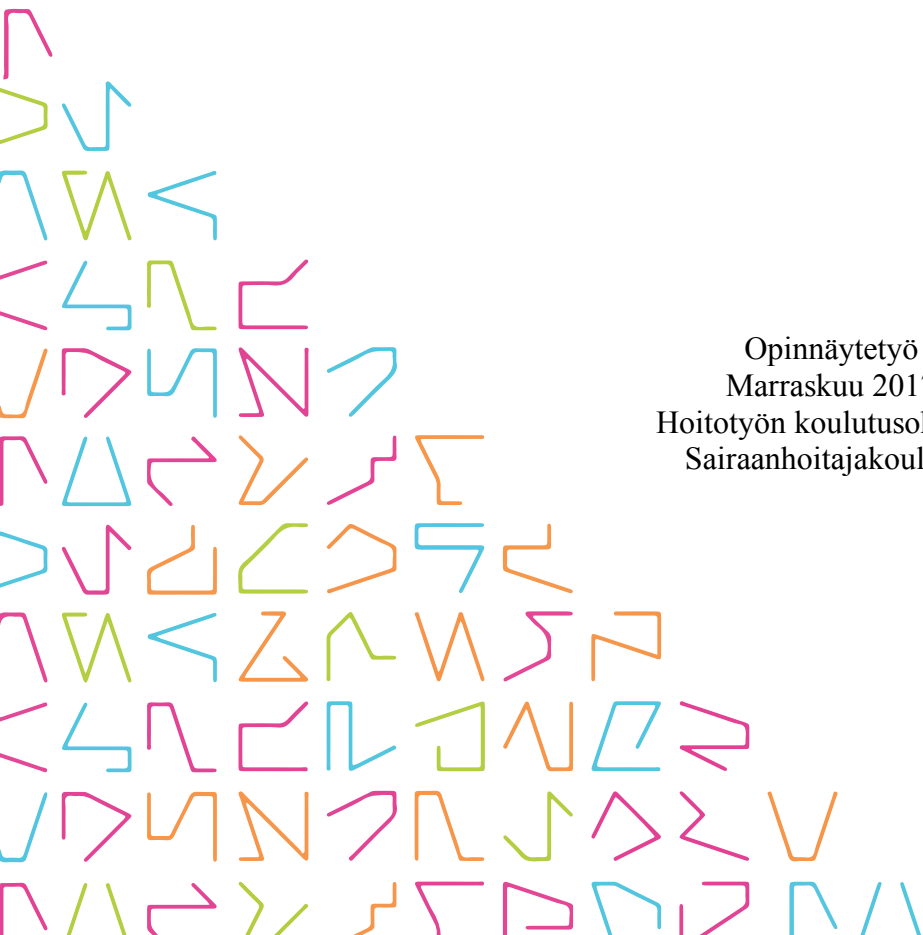
KÄSIHYGIENIAN SEURANTA

Havainnointilomakkeen kehittäminen

Laura Roponen

Satu Suoniemi

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajakoulutus

ROPONEN, LAURA & SUONIEMI, SATU:
Käsihygienian seuranta
Havainnointilomakkeen kehittäminen

Opinnäytetyö 52 sivua, joista liitteitä 13 sivua
Marraskuu 2017

Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden käsihygieniahavainnointiin tarkoitettua sähköistä lomaketta ja perehdyttää hygieniayhdyshenkilöitä lomakkeen käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli suunnata käsihygienian havainnointia asioihin, jotka näyttöön perustuen vaikuttavat voimakkaimmin käsihygienian laatuun. Päämääränä oli parantaa käsihygienian laatua ja siten edistää potilasturvallisuutta. Kehittämistyön lähtökohtana oli Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisema käsihygienian yhtenäiset käytännöt (KhYHKÄ) -toimintamalli. Opinnäytetyössä vastattiin kysymyksiin: mitä asioita käsihygieniasta tulisi havainnoida, millainen on hyvä havainnointilomake ja millaista tietoa hygieniayhdyshenkilöt tarvitsevat havainnoinnin tueksi? Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi E-lomake, jolla hygieniayhdyshenkilöt voivat havainnoida käsihygienian toteutumista aikaperusteisesti. Aikaperusteinen havainnointi antaa tietoa siitä, toteutuuko käsihygienia riittävän laadukkaasti. Käsihygienian laatuun vaikuttavat myös käsidesinfektioaineen määrä, desinfektioon käytetty tekniikka sekä kynsien siisteys, käsien koruttomuus ja suojakäsineiden oikeaoppinen käyttö. Lisäksi käsien desinfektiota tulee osata käyttää määrättyissä hoitoon liittyvissä tilanteissa. Käsihygieniahavainnoinnin tulee olla säännöllistä ja käsihygieniahavainnointia tekevällä tulee olla riittävä osaaminen havainnoimisesta. Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen E-lomakkeen esittelyn yhteydessä hygieniayhdyshenkilöitä perehdytettiin lomakkeen käyttöön ja havainnointiin. Perehdytyksen pohjana käytettiin hygieniayhdyshenkilöille tehtyä selvitystä ja näyttöön perustuvaa KhYHKÄ -toimintamallia.

Käsihygienian seurannan lisäksi KhYHKÄ -toimintamallin vaiheisiin kuuluu nopea palautetieto ja korjaavat toimenpiteet. E-lomakkeen käyttöä voisi laajentaa opettamalla raporttiosion käyttöä hygieniayhdyshenkilöille. Tällöin he saisivat palautetietoa käsihygienian toteutumisesta nopeasti omalle osastolleen. Nopea palautetiedon saatavuus voisi myös innostaa osastoja ottamaan vastuuta käsihygienian laadusta kehittämällä käsihygieniakäytäntöjään.

Asiasanat: käsihygienia, desinfektio, havainnointi, potilasturvallisuus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

ROPONEN, LAURA & SUONIEMI, SATU:
Implementation of Hand Hygiene
Developing an Observation Form

Bachelor's thesis 52 pages, appendices 13 pages
November 2017

Hospital-associated infections (HAIs) are a danger to patient safety. Hand hygiene is an effective way to prevent HAIs. To ensure high-quality hand hygiene practices health care workers need to use alcohol-based hand disinfectant properly. It is known that people do not always act according to their knowledge. Through observational methods it is possible to gather data on human behaviour.

The purpose of this study was to develop an electronic form used in hand hygiene observation for the Hospital Services of The City of Tampere. The theoretical section of this study explored which factors in hand hygienic performance should be observed, what does a good observation form consist of and what infection control liaisons who observe hand hygiene practices need to know in order to observe? The aim of this study was to find factors that mostly affect the quality of hand hygiene and ensure those factors are being observed.

The study was carried out as a project. The starting point for this study was an evidence-based operational model: Hand hygiene practice evaluation and development (khYHKÄ) published by the Nursing Research Foundation (NRF). The electronic form was introduced to the infection control liaisons and they were instructed how to observe.

The operational model KhYHKÄ consists of three phases: hand hygiene observation, giving feedback and improving actions based on the results. Based on this study, teaching infection control liaisons to report results in their unit would benefit giving feedback and hopefully inspire units to develop their hand hygiene practices.

Key words: hand hygiene, hand disinfection, observation, patient safety

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	5
2. TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	6
3. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
3.1 Potilasturvallisuus	7
3.2 Käsihygienia	8
3.2.1 Käsidesinfektio	10
3.2.2 Kynnet ja käsien koruttomuus.....	14
3.2.3 Suojakäsineiden käyttö	15
3.3 Näyttöön perustuva hoitotyö ja hoitotyön suositukset.....	17
3.4 Käsihygienian yhtenäiset käytännöt	18
3.5 Käsihygienian havainnointi	18
4. TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	21
4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	21
4.2 Tiedonhaku	22
4.3 Prosessi.....	23
4.4 Havainnointilomakkeen laadinta	25
5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	32
5.1 Pohdinta.....	32
5.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	33
5.3 Johtopäätökset ja kehittämissuositukset	34
LÄHTEET	37
LIITTEET	40
Liite 1. Käynti Hatanpäällä 15.5.2017	40
Liite 2. Koekäyttölomakkeen havainnointipaperi.....	43
Liite 3. Käynti Hatanpäällä 26.9.2017	44
Liite 4. Lopullisen lomakkeen havainnointipaperi.....	52

1. JOHDANTO

Hoitoon liittyvät infektiot ovat uhka potilasturvallisuudelle. Hoitoon liittyvät infektiot tarttuvat kosketustartuntana käsien välityksellä. Käsien desinfektio on merkittävin keino vähentää hoitoon liittyvien infektioiden tarttumista. (Pratt ym. 2007.) Laadukas käsien desinfektion toteutuminen vaatii desinfektioaineen käyttöä oikeaoppisesti (WHO 2009). Käsihygienian seuranta ja kehittämistä tarvitaan, jotta voidaan vähentää hoitoon liittyviä infektiota ja parantaa potilasturvallisuutta (Aziz 2014). Hoitotyön tutkimussäätiö (Hokus) on julkaissut käsihygienian yhteiset käytännöt –toimintamallin (KhYHKÄ), joka koostuu käsihygienian toteutumisen havainnoinnista, palautetiedon nopeasta saannista ja korjaavista toimenpiteistä (Korhonen ym. 2014).

Opinnäytetyömme tarkoitus oli kehittää Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden käsihygienian seurantaan käyttämään E-lomaketta. Lähtökohtana työssä oli Hokusin KhYHKÄ -toimintamalli (Korhonen ym. 2014). Työn tavoitteena oli tuoda näyttöön perustuvaa tietoa osaksi käsihygienian havainnointia ja perehdyttää hygieniayhdyshenkilöitä lomakkeen käyttöön ja havainnointiin.

Itse koemme aiheen erittäin tärkeäksi, sillä laadukas käsidesinfektio parantaa potilasturvallisuutta vähentämällä hoitoon liittyviä infektiota. Koemme käsihygienian havainnoinnin mielenkiintoisena. Havainnointi antaa tietoa hoitajan käsihygienian toteutumisesta, mikä ei aina vastaa hänen teoretietoaan asiasta (Vilka 2015, 143). Tämä työ sai myös meidät tarkkailemaan omia asenteitamme käsihygieniaa kohtaan ja suuntaamaan havaintojamme usein tiedostamattomaan käyttäytymiseemme. Uskomme tällä työllä olevan kauaskantoinen positiivinen vaikutus aseptisen omantuntomme kehitykselle.

2. TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on muokata Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden käyttämää käsihygienian toteutumisen havainnointiin tarkoitettua E-lomaketta, sekä perehdyttää hygieniayhdyshenkilöitä uudistetun lomakkeen käyttöön.

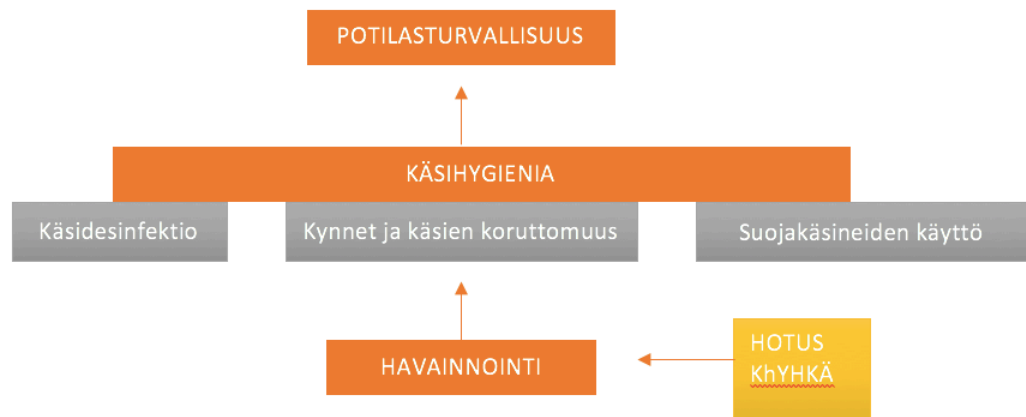
Tämän opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä asioita käsihygieniasta tulisi havainnoida?
2. Millainen on hyvä havainnointilomake?
3. Millaista tietoa hygieniayhdyshenkilöt tarvitsevat havainnoinnin tueksi?

Opinnäytetyön tavoitteena on suunnata käsihygienian havainnointia asioihin, jotka näyttöön perustuen vaikuttavat voimakkaimmin käsihygienian laatuun. Päämääränä on parantaa hoitohenkilöstön käsihygieniaa ja edistää hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta.

3. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet on kuvattu kuviossa 1. Käsitekartta.



KUVIO 1. Käsitekartta

3.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus tarkoittaa, että potilas saa juuri sitä hoitoa mitä hän tarvitsee ja se hoito on oikein annettua. Hoidon tulisi aiheuttaa potilaalle mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus pitää sisällään hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden ja lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuuden. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2017.) Potilasturvallisuuskulttuuri koostuu asenteista, arvoista sekä järjestelmällisistä ja suunnitelmallisista toimintatavoista, joita tukee avoin ja syyllistämätön johtamistapa. Tällaiset toimintatavat sisältävät toiminnan jatkuvaa kehittämistä, riskien ja haittatapahtumien ennakoimista ja arviointia myös etukäteen. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 13-14.) Potilasturvallisuudesta säädetään myös terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§:ssä laatu ja potilasturvallisuus siten, että terveydenhuollon yksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Yksityiskohtaisemmasta sisällöstä ja asioista, joita suunnitelmassa pitää olla, on Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettamassa asetuksessa (341/2011).

Potilasturvallisuutta parantamaan on luotu useita ohjeita ja strategioita. Anttila ja Rosenberg (2014) esittelevät näistä seuraavia: Maailman terveysjärjestö (WHO) on 2004 vuodesta alkaen julkaissut ohjeita, joilla voidaan parantaa potilasturvallisuutta kouluttamalla henkilökuntaa ja kehittämällä toimintatapoja, jotka edistävät infektioiden torjuntaa. Sosi-aali- ja terveysministeriö (STM) on julkaissut 2011 käytännön työhön tarkoitettun oppaan potilasturvallisuudesta. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos (THL) on 2011 vuonna aloittanut potilasturvallisuutta taidolla ohjelman, jonka tavoitteena on saada puolitettua hoitoon liittyvät haittatapahtumat ja niistä johtuvat kuolemat. (Aaltonen & Rosenberg 2014.)

Potilailla on myös lakiin (785/1992) perustuva oikeus saada laadultaan hyvää ja turvallista hoitoa. Hoitoon liittyvät infektiot ovat merkittävä uhka potilasturvallisuudelle (Pratt ym. 2007). Hoitoon liittyvä infektio on kyseessä silloin, kun potilas saa minkä tahansa mikrobin aiheuttaman infektion hoitajakson aikana hoitopaikassa (infektio ei saa olla ollut jo kytemässä sairaalaan tulesa) tai heti kotiutuksen jälkeen. Jos leikkausalue infektoituu 30 vuorokauden aikana, on kyseessä hoitoon liittyvä infektio. Jos potilaalle on laitettu jokin vierasesine elimistöön, niin siitä yhden vuoden aikana tulevat infektiot luokitellaan myös hoitoon liittyviksi infektioiksi. (Syrjälä 2010, 18-22.) Prattin ym. (2007) mukaan hoitoon liittyvien infektioiden tärkein torjuntakeino on hyvä käsidesinfektio, sillä infektiot leviävät pääasiallisesti kosketustartuntana käsien välityksellä.

3.2 Käsihygienia

Potilasturvallisuuden kannalta käsihygienian toteutumisen tärkeys on ollut tiedossa jo 150 vuotta. Viimeisten kolmenkymmenenvuoden aikana on tehty paljon tutkimuksia, jotka perustuvat näyttöön ja siten osoitettu hyvän käsihygienian merkitys hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa. Ignaz Semmelweis jo aikoinaan pystyi tilastoidensa pohjalta esittämään, että käsien pesu ja klooripohjaisen desinfektioaineen käyttö vähensi lapsivuodekuolleisuutta. (Anttila 2014, 1754.) Anttila (2014, 1754) nostaa myös esiin, kuinka Didier Pittet interventiotutkimuksellaan (2000) sai todistettua alkoholihuuhteen käytön vähentävän metissiiniresistentti staphylococcus aureus (MRSA) tartuntoja yli puolella Geneven yliopistosairaalassa ja muidenkin hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyyttä 40%:lla.

Hoitotyössä tartuntojen ehkäisemiseksi suositellaan käsien desinfektiota alkoholipohjaisella käsihuhuhteella. Nykyaikaisiin käsihuhuhteisiin on lisätty glyserolia, joka hoitaa käsien ihoa. Liiallinen käsien vesi-saippuapesu heikentää ihon kuntoa ja siksi sitä tulee hoitotyössä rajoittaa vain erityisiin tilanteisiin. (Syrjälä & Lahti 2010, 113, 116.) Kädet pestään nestemäisellä saippualla, kun kädet ovat näkyvästi likaiset, wc-käynnin jälkeen ja jos hoitaja on hoitanut *Clostridium difficile*n tai noroviruksen sairastuttamaa potilasta. Käsien saippuapesu poistaa itiöllisiä bakteereja käsistä käsidesinfektiota tehokkaammin. Käsienpesu on tarpeen myös, jos käsillä on jouduttu koskemaan kehon nesteisiin ilman suojakäsineitä. Käsien saippuapesun tulisi kestää 60 sekuntia, jotta se olisi riittävän tehokasta. (Syrjälä & Teirilä 2010, 167.)

Sairaaloissa ja hoitolaitoksissa tulee olla käytössä desinfektioaine, joka on mikrobiologisesti testattu ja käytännössä kokeiltu. EN-standardilla merkityt desinfektioaineet ovat turvallisia ja testattuja. EN-standardin saanut tuote on siis käynyt läpi kaksivaiheiset testit, joissa ensimmäisessä vaiheessa testataan aineen mikrobien tuhoamiskykyä laboratorioolosuhteissa. Nämä testit ovat kvantitatiivisia suspensiotestejä, joista suurin osa on ns. koeputkitestejä. Näillä testeillä tutkitaan bakteerivähennystä liuoksessa. Tämän jälkeen vaiheessa kaksi testataan tuote koehenkilöillä toteutettavilla testeillä, joissa pyritään imitoimaan saman kaltainen käytännön tilanne esimerkiksi likaamalla vapaaehtoisen henkilön kädet testimikrobeilla ja tutkimalla kuinka hyvin desinfektioaine vähentää mikrobis-toa käsissä. (Laitinen, Vuento & Ratia 2010, 525-536; Saukkonen 2016, 281-287.) Suomessa Suomen standardointi liitto (SFS) yhdessä toimialayhteisöjensä kanssa huolehtii siitä, että oikealla tavalla testatut tuotteet siirtyvät helposti markkinoille ja näin saadaan aikaan käytännössä parempia tuloksia. Laadittujen standardien sisällöt ovat terveydenhuollon hankintatiimeille ja testilaboratorioille suunnattuja tietoja, mutta hygieniatimien on hyvä tietää esimerkiksi yleisimpien vaadittujen testien koodit kuten hygieenisen käsien desinfektion EN 1500 testikoodi. (Saukkonen 2016, 281-287.)

Käsihygienian toteutumisen seurantakeinona on käytetty jo yleisesti käsidesinfektioaineen kulutustilastoja. Vuonna 2015 terveyden- ja hyvinvointilaitos kartoitti Suomen akuuttisairaaloiden käsihuhuhteen kulutusta ja käsihygienian toteutumisen seurantaa ja tutkimuksen tulokset antavat osviittaa siitä, että desinfektioaineen kulutus on lisääntynyt ja Suomi on kulutukseltaan eurooppalaisittain hyvällä tasolla, mikä ei kuitenkaan kerro siitä kuinka oikeaoppisesti käsidesinfektio suoritetaan. (Toura ym. 2016, 148-151.)

Käsihygienian toteutumista on tutkittu myös havainnoimalla käsien desinfiointin kestoa. Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS) havainnoitiin Hoitotyön tutkimussäätiön (Hokus) yhteishankkeessa vuosina 2011-2015 desinfiointin kestoa. Ensin havainnoitiin vuonna 2011 käsihygienian toteutumista 13 osastolla ja koska näistä havainnoista saatiin tulokseksi, että käsihygienia toteutui vain 10% havainnoinneista asianmukaisesti (desinfektioaika >30s), tutkijat päättivät kehittää yhtenäisen ja pysyvän toimintamallin Käsihygienian yhtenäiset käytännöt (KhYHKÄ). Tässä mallissa käsidesinfektioajan lisäksi havainnoidaan käsikorujen käyttöä, paneudutaan nopean palautetiedon antamiseen ja käytännön työssä korjaaviin toimenpiteisiin. Pitkän aikavälin havainnot osoittavat kuinka desinfiointitulokset parantuivat vuosina 2013-2014. Kuvassa 1 on vertailutuloksia vuosilta ja näistä pystyy hyvin seuraamaan, kuinka desinfektioon käytetty aika on muuttunut, kun KhYHKÄ malli on otettu käyttöön. (Keränen ym. 2016, 9-13.)

Havainnointitilanteet	ei lainkaan		< 20 s		20-29 s		≥ 30 s	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
ennen potilaskosketusta (n=1311)	22 %	17 %	31 %	21 %	19 %	25 %	28 %	37 %
potilaskosketuksen jälkeen (n=1321)	12 %	10 %	35 %	25 %	23 %	24 %	30 %	41 %
ennen aseptista toimenpidettä (n=1126)	16 %	9 %	34 %	20 %	21 %	28 %	29 %	43 %
eritteisiin koskemisen jälkeen (n=973)	11 %	7 %	32 %	21 %	23 %	25 %	34 %	47 %
lähiympäristöön koskemisen jälkeen (n=1230)	27 %	15 %	26 %	22 %	20 %	25 %	27 %	38 %
Yhteensä	18 %	12 %	32 %	22 %	21 %	25 %	30 %	41 %

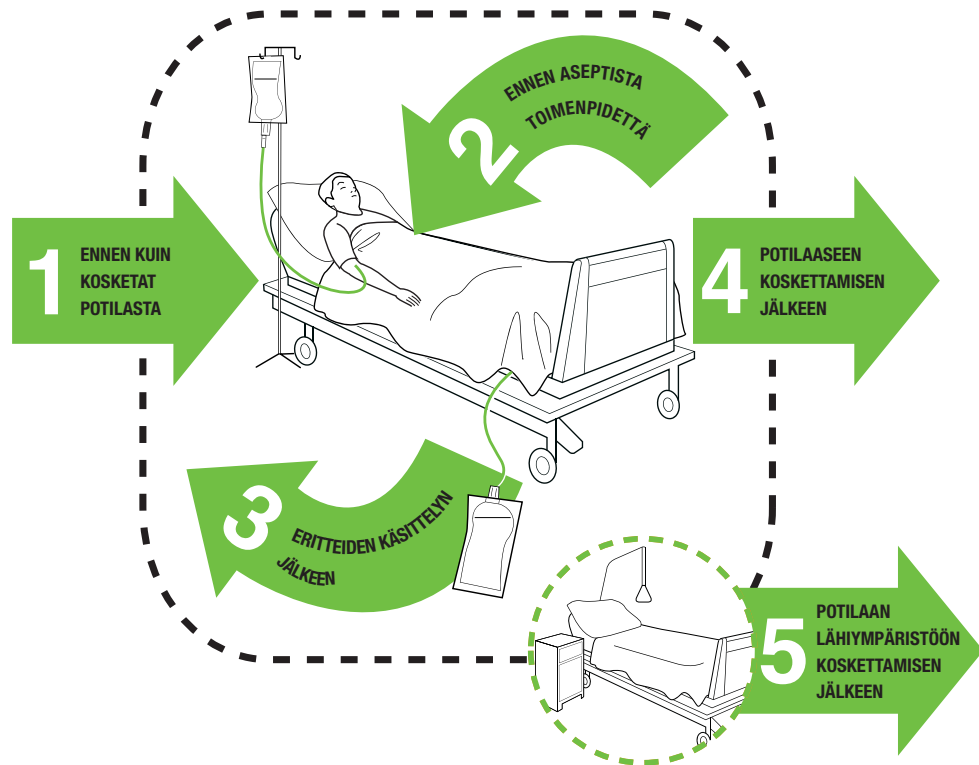
KUVA 1. Hoitajien käsien desinfiointiajoissa tapahtuneet muutokset vuosina 2013-2014 (Keränen ym. 2016, 11)

3.2.1 Käsidesinfektio

Tavanomaisella käsidesinfektioilla poistetaan mikrobit, joille on altistuttu potilaan hoidossa tai kosketeltaessa potilaan lähiympäristöä, kun taas kirurgisen käsien desinfiointin on tarkoitus poistaa ihon väliaikaismikrobistoa ja siten estää leikkausalueen infektiota toimenpiteen aikana. Tavanomaisessa käsidesinfektiossa käytetään alkoholihuuhdetta, jota tulee hieroa oikeaoppisesti ja riittävän kauan, sillä desinfektioaika vaikuttaa oleellisesti desinfiointin tehoon. Jotta desinfiointin kesto on riittävä, tulee käsihuuhdetta ottaa riittävästi, ettei se kuivu liian nopeasti. Riittävä desinfiointiaineen määrä on annostelijasta riippuen noin 2-3 painallusta eli noin kolme millilitraa huuhdetta. (Syrjälä & Teirilä 2010,167-169.)

Käsidesinfektiossa käsihuuuhdehieronnalla pyritään poistamaan käsistä mikrobit potilaskontaktin jälkeen ja näin pyritään katkaisemaan hoitoon liittyvien infektioiden tartuntatie. Käsihuuuhdehieronta tulee toteuttaa oikealla tekniikalla ja oikealla aineella, jotta siitä saadaan toivottu teho. Suomessa desinfektioaineena on useimmiten 80-tilavuusprosenttinen etanoli ja sitä tulisi ottaa 3ml:aa käsiin ja hieroa sitä niin kauan, että kädet ovat kuivuneet. Tähän kuluu aikaa n. 30sekuntia, joka on riittävä aika tehokkaaseen desinfektioon. (Syrjälä & Teirilä 2010, 168-170.) Myös Kampf:n ym. tutkimuksessa (2008) selvisi, että laboratoriotesteissä riittäväksi havaittu 15 sekunnin käsidesinfektioaika, ei ole riittävä korkealaatuisen käsidesinfektion toteuttamiseksi. Tässä ajassa käsien desinfektioon tarvittava 3 ml käsihuuhdetta ei ehdi kuivua, eikä levitä riittävän kattavasti käsiin. Tutkimus suosittelee 30 sekunnin käsidesinfektioaikaa kliinisen hoitotyön käytännöksi. (Kampf ym. 2008.)

Kädet tulee desinfioida aina ennen potilaskontaktia ja potilaskontaktin jälkeen sekä ennen puhdasta toimenpidettä, kuten iv.-lääkkeen anto, suojakäsineiden riisumisen jälkeen ja potilaan lähiympäristön koskettamisen jälkeen (Syrjälä & Teirilä 2010,167). WHO on lanseerannut "My 5 moments for hand hygiene -ohjeen (kuva 2), jossa esitellään käsidesinfektiota vaativat tilanteet (WHO 2009, 123). Suomeksi ohjeistuksen on julkaissut Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL) nimellä "Viisi muistisääntöä hyvään käsihygieniaan" (THL 2016)



KUVA 2. 5 Muistisääntöä hyvään käsihygieniaan (THL 2016, alkuperäinen WHO 2009, 123)

Käsidesinfektiossa kädet tulee kauttaaltaan käsitellä käsidesinfektioaineella. Tätä varten käsidesinfektioaineen levittämiseen on luotu erilaisia malleja (Kampf ym. 2008). WHO:n 2009 julkaisemassa käsihygienian ohjeistuksessa (kuva 3) kuvattu käsien desinfektio tekniikka on seuraava: Käsien desinfektio aloitetaan (kohta 1.) ottamalla riittävä määrä desinfektioainetta ja sitten (kohta 2.) hierotaan desinfektioainetta kämmenien välissä. Tämän jälkeen (kohta 3.) hierotaan kämmenselät vuorotellen sormet lomittain. Seuraavaksi on vuorossa sormien välit (kohta 4.), jotka desinfioidaan kämmenet vastakkain. Sormien päät (kohta 5.) desinfioidaan sormet koukistettuna hieromalla niitä kämmeniin. Jatketaan hieromalla molemmat peukalot (kohta 6.). Lopuksi vielä hierotaan sormien päät kämmeniin molemmin puolin (kohta 7) ja kun kädet ovat hierottu kuivaksi desinfektioaineesta (kohta 8.) ne ovat valmiit ja turvalliset työskentelyyn. (WHO 2009, 155.)



KUVA 3. Hand Hygiene Technique with Alcohol-Based Formulation (WHO 2009, 155)

Kampf ym. (2008) huomasivat tutkimuksessaan, että juuri tietyn tekniikan opettaminen hoitotyöntekijöille ei ole välttämätöntä, sillä kliinisessä toimintaympäristössä monivaiheinen tekniikka voidaan kokea monimutkaiseksi ja vaikeaksi muistaa. Tutkimuksen mukaan tärkeintä on, että hoitotyöntekijät tietävät, että heidän tulee toimia käsien desinfektiossa vastuullisesti levittämällä käsidesinfektioaine koko käsien alueelle. Yksilöllinen opetus voi olla myös hyvä keino varmistaa käsihygienian toteutuminen korkealaatuisena. (Kampf ym. 2008.) KhYHKÄ-mallissa (Korhonen ym. 2014) myös tuodaan esille, että henkilöstön osaaminen ja ajantasaisuus käsihygieniassa on varmistettava, jotta käsihygie-

niaa voidaan kehittää. Osaamisen varmistamisessa ja opettamisessa moniulotteiset interventiot ovat koulutusta tehokkaampia. Tästä esimerkkinä käsien desinfektioitusten tarkastelu uv-valoon perustuvan "mustan laatikon" avulla. (Korhonen ym. 2014, 11.)

3.2.2 Kynnet ja käsien koruttomuus

Suurin osa käsien mikrobeista esiintyy kynsien ympärillä ja niiden alla. Tämän vuoksi yksi käsihygienian kulmakivistä on kynsien kunnosta ja puhtaudesta huolehtiminen. (Syrjälä & Teirilä 2010, 174). Pitkien kynsien alle kertyy lyhyitä kynsiä enemmän mikrobeja (Ratia & Routamaa 2010, 154). Pitkät ja terävät kynnet voivat aiheuttaa suojakäsineiden rikkoutumista ja estävät hoitotyöntekijää toteuttamasta käsihygieniaa oikealla tavalla. Hoitotyötä tekevän kynsien tulisi olla lyhyet, alle 0,5 cm. (WHO 2009, 133.)

Ohjeistukset kynsilakan käytöstä vaihtelevat. Syrjälän ja Teirilän (2010, 174) mukaan siistin, alle neljä päivää vanhan kynsilakan ei ole todettu nostavan mikrobien määrää käsissä. Jos terveydenhuollon työssä käytetään kynsilakkaa, suositellaan käytettäväksi väritöntä lakkaa, jotta kynsien alla mahdollisesti olevan lian voi nähdä. (Syrjälä & Teirilä 2010, 174.) Ratia ja Routamaa (2010, 154) kuitenkin mainitsevat, että jo yhden vuorokauden kynsissä ollut lakka lisää käsien mikrobimäärää. WHO:n käsihygieniaohjeistus (2009, 133) toteaa myös sen, että käsien mikrobimäärä ei lisäännä, jos kynsissä on tuore kynsilakka, mutta lakan lohkeilu ja kuluminen mahdollistavat mikrobien määrän kasvun. Tässä yhteydessä WHO (2009) ei kuitenkaan mainitse mitään aikarajaa lakan tuoreena kestämiseksi.

Rakenne- ja geelikynsistä löytyy enemmän mikrobeja, kuin luonnollisista kynsistä. Rakenne- ja geelikynsien pituus myös edesauttaa mikrobien kertymistä kynsiin. (Hedderwick ym. 2000.) Rakenne- ja geelikynnet voivat myös ärsyttää käsien ihoa ja aiheuttaa käyttäjälleen ihoinfektion (Ratia & Routamaa 2010, 154). Sekä WHO (2009, 133), Syrjälä & Teirilä (2010, 174) ja Hedderwick ym. (2000) ovat yksimielisiä siitä, että rakenne- tai geelikynsistä ei tule käyttää hoitotyössä.

Käsikorujen käyttö ei kuulu hoitotyöhön. Sormusten ja muiden käsi- ja rannekorujen alle jäävä kosteus edesauttaa mikrobien kasvua. (Ratia & Routamaa 2010, 154.) Sormukset estävät käsien desinfection, sillä desinfectioainetta ei pääse sormusten alle. Sormusten alle jäävä kosteus ja pesuainejäämät voivat taas aiheuttaa ihottumaa. (Syrjälä & Teirilä 2010, 174.) On myös mahdollista, että sormusten terävät pinnat rikkovat suojakäsineen. Sormusten käyttöä koskien WHO esittää käytännön ratkaisuna, että halutessaan hoitotyöntekijä voi pitää sormuksia ripustettuna kaulakoruun. (WHO 2009, 133.) Ratia ja Routamaa kuitenkin muistuttavat, että myös kaulakoru voi kontaminoitua mikrobeilla ja aiheuttaa mikrobien siirtymistä hoitotyössä (Ratia & Routamaa 2010, 154). Hoitotyötä tehdessä mikrobeja voi kertyä myös rannekorujen ja kellojen alle ja kosketeltaessa näitä, mikrobit siirtyvät sormiin (Syrjälä & Teirilä, 174). Hoitotilanteissa korut voivat myös aiheuttaa fyysistä vaaraa potilaille ja hoitotyöntekijöille (WHO 2009, 132).

WHO (2009) ohjeistaa, että kaikkien terveydenhuollon yksiköiden tulisi laatia ohjeistus koskien hoitohenkilöstön rakennekynsiä sekä kynsilakan ja käsikorujen käyttöä. WHO:n ohjeistus muistuttaa myös, että vaikkakin joissain kulttuureissa tai uskonnoissa esimerkiksi vihkisormuksen poisottamista saatetaan pitää epäsopivana, tulee käsikorujen käyttöä ja kynsienhoito koskevilla ohjeistuksilla tärkeimpänä lähtökohta olla potilaiden suojaaminen mikrobilähteiltä, ei kulttuuriset näkökulmat. (WHO 2009, 132-133.) Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2016) on laatinut alueelleen ohjeistuksen käsikorujen käytöstä ja kynsien hoidosta. Tässä ohjeistuksessa kielletään käsikorujen (sormukset, kellot, rannekorut), rakenne- tai geelikynsien ja kynsilakan käyttö. Lisäksi mainitaan, että kynnet tulee pitää lyhyinä ja kynnenaluset siisteinä. Ohjeistus mainitsee myös, että erilaisten sairauksien hoitoon tarkoitettujen käsitukien käyttö estää käsien desinfection, eikä niitä näin ollen voi käyttää potilastyössä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016.) Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2017) on lisännyt hoitotyössä kiellettyjen käsikorujen listaan myös aktiivisuusrannekkeet.

3.2.3 Suojakäsineiden käyttö

Tässä luvussa suojakäsineillä tarkoitetaan hoitotyössä tavanomaisesti käytettäviä tehdaspuhtaita, kertakäyttöisiä suojakäsineitä, jotka on valmistettu vinyylillä, lateksilla tai nitrilillä.

Hoitotyössä kertakäyttöisiä suojakäsineitä käytetään suojaamaan hoitohenkilöstön käsiä potilaan vereltä ja muilta eritteiltä, sekä vähentämään mikrobien siirtymistä kosketustartuntana hoitotyöntekijän käsien, potilaan ja ympäristön välillä. (WHO 2009, 128.) Suojakäsineitä ei tule käyttää turhaan. Turha käyttö edesauttaa mikrobien leviämistä. Esimerkiksi vuodetta pedatessa, kosketettaessa potilaan ehyttä ihoa ja potilaan hiuksia kammaessa, ei tarvita suojakäsineitä. Näissä tilanteissa käsien desinfektio on riittävä. (Routamaa & Ratia 2010, 161-162.) Eniten kertakäyttöisten suojakäsineiden käytössä tapahtuu virheitä siirryttäessä potilaan hoidossa likaisesta toimenpiteestä puhtaaseen (Picheansathian & Chotibang 2015). On siis tärkeää muistaa, että kertakäyttöiset suojakäsineet ovat potilas- ja toimenpidekohtaisia. Kertakäyttöiset suojakäsineet eivät kestä desinfiointia tai pesua, vaan käsineet tulee vaihtaa potilaskontaktien välillä sekä myös siirryttäessä potilaan hoidossa toimenpiteestä toiseen. (Routamaa & Ratia 2010, 161-162.)

Suojakäsineiden käyttö ei korvaa käsien desinfektiota. Suojakäsineitä käyttämällä voidaan vähentää hoitohenkilöstön käsien mikrobikontaminaatiota, mutta suojakäsineiden käytöllä ei kuitenkaan saavuteta täydellistä suojaa mikrobeilta. Kädet voivat kontaminoitua käsineiden pienten huokosten kautta tai käsineitä riisuttaessa, joten käsien desinfektio tulee suorittaa aina suojakäsineiden riisumisen jälkeen. Suojakäsineiden ohjeistusten vastainen käyttö (liikakäyttö, käyttämättä jättäminen tai vaihtamatta jättäminen asianmukaisissa tilanteissa) voi olla osaltaan lisäämässä huonoa käsihygienian toteutumista. (Picheansathian & Chotibang 2015.) Käsihygieniaharjoituksessaan WHO (2009, 129) tuo esiin, että suojakäsineiden pukeminen itsessään ei vaadi edeltävää käsien desinfektiota. Sivustollaan WHO (2017) kuitenkin tähdentää, että käsien desinfektio ennen suojakäsineiden pukemista on tarpeellinen, kun käsineiden pukemisesta jatketaan suoraan käsien desinfektiota vaativaan tilanteeseen, kuten potilaskontaktiin tai siirrytään likaisesta toimenpiteestä puhtaaseen. Routamaa ja Ratia (2010, 162) kertovat, että suojakäsineet puetaan puhtaisiin käsiin. Aseptiikasta huolehtiminen ennen käsinepakettiin koskettamista myös auttaa käsineitä pysymään puhtaina (Routamaa & Ratia 2010, 162).

3.3 Näyttöön perustuva hoitotyö ja hoitotyön suositukset

Jordan ym. (2016, 5) määrittelevät, näyttöön perustuvan hoitotyön päätöksentekona, jossa ajatellaan päätöksen käyttökelpoisuutta, tarkoituksenmukaisuutta, mielekkyyttä ja vaikuttavuutta. Näihin voidaan puolestaan vaikuttaa huomioimalla paras mahdollinen näyttö, potilaan yksilöllisyys, vallitsevat olosuhteet ja ammattilaisen näkemys ja asiantuntemus. (Jordan ym. 2016, 5.)

Hoitosuositusten tarkoitus on tuottaa tietoa, joka perustuu asiantuntijoiden tieteellisesti perusteltuihin hoitovaihtoehtoihin ja niillä pyritään saamaan potilaalle inhimillistä, oikein ajoitettua ja oikeaa tieteelliseen tietoon perustuvaa hoitoa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2017). Hoitotyön suosituksissa kootaan yhteen tutkittua tietoa erilaisista hoitokäytännöistä, jotta kaikilla potilailla Suomessa olisi samat mahdollisuudet saada yhteneväistä hoitoa ja suositukset helpottavat hoitajaa päätöksien teossa. (STM 2009,56.) Terveystieteiden toimintaympäristö kehittyy ja muuttuu jatkuvasti. Tulee uusia hoitomenetelmiä, teknologia kehittyy ja etenkin tutkimustieto lisääntyy ja uudistuu koko ajan. Tämän vuoksi hoitosuosituksia ja hoitokäytäntöjä tulee uudistaa ja muuttaa vastaamaan viimeisintä tutkittua tietoa. (Holopainen ym. 2013,10.)

Pelkkä uusi tutkittu tieto ei johda muutoksiin käytännössä, vaan uusien käytäntöjen levittäminen ja omaksuminen vaatii aikaa. Tiedon lisäksi työyhteisön tulee ymmärtää miksi uusi käytäntö tulee ottaa käyttöön ja miten se parhaiten heidän yksikössään onnistuisi. (Holopainen ym. 2013, 83.) Holopaisen ym. (2013) mukaan näyttöön perustuvassa toiminnassa hoitohenkilöstön asiantuntijuutta tulee käyttää hyväksi, koska he tuntevat hyvin oman organisaationsa ja pystyvät siten hyvin viemään uusia suosituksia käytäntöön. Hoitotyön johtajan tehtävä on arvioida, kenellä henkilökunnasta on tarvittava osaaminen ja asiantuntemus näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseksi. (Holopainen ym. 2013, 57-59.)

Näyttöön perustuvat käytännöt saadaan vakiinnutettua arjen toimintamalleiksi määrätietoisuuden johtajuuden avulla, joka tukee ja kannustaa henkilökuntaa uudistuksissa. Johtajan tulee uudistaa ja muuttaa organisaation rakenteita ja käytäntöjä niin, että uudistukset ovat mahdollista toteuttaa. Tämä tarkoittaa, että johtajan tulee jatkuvasti arvioida ja seurata käytössä olevien menettelytapojen toimivuutta ja kuunnella myös henkilökunnan näkemyksiä sekä tehdä uudistuksia näiden pohjalta. (Holopainen ym. 2013, 55-57.)

3.4 Käsihygienian yhtenäiset käytännöt

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) on kehittänyt YHKÄ-mallin, jonka tarkoituksena on yhtenäistää näyttöön perustuvia hoitotyön käytäntöjä ja edesauttaa tiedon leviämistä ja käyttöönottoa (Holopainen ym. 2013, 92). Oulun yliopistollinen sairaala ja Hotus ovat yhdessä kehittäneet käsihygienian toteutumisen, arviointiin ja kehittämiseen käsihygienian yhteiset käytännön (KhYHKÄ) toimintamallin. Sen tarkoitus on viedä näyttöön perustuvaa ja käytännön kokemukseen liittyvää tutkittua tietoa käsihygieniasta eteenpäin. Toimintamalli perustuu tutkittuun tietoon käsihygienian toteutumisen vaikuttavuudesta hoitotyön lopputulokseen. KhYHKÄ toimintamalli koostuu kolmesta osasta: käsihygienian seurannasta, palautetiedosta ja palautetiedon perusteella tehtävistä korjaavista toimenpiteistä. Ensimmäisessä osassa (käsihygienian säännöllinen seuranta) havainnoidaan desinfiaktion kestoa eri hoitotilanteissa sekä käsikorujen käyttöä hoitotyössä. Havainnoinnissa on tärkeää, että sitä tehdään riittävän usein, jotta siitä saatava tieto on vertailtavissa aikaisempiin tuloksiin. Havainnot tuottavat tietoa osaston käsihygienian toteutumisesta. Mallin toisessa vaiheessa havainnoimisen tulokset prosessoidaan palautetiedoksi. Palautetieto voi olla esimerkiksi graafisia kuvioita, pylväsdiagrammeja tai muita tilastoja. Palautetiedon tarkoitus on kuitenkin saada tiedot annettua sellaisessa muodossa, josta helposti nähdään muutokset käsidesinfiaktion toteutumisessa. Palautetiedon antamisen tulisi olla säännöllistä ja tapahtua nopeasti havainnoinnin jälkeen esimerkiksi kuukausittaisissa osastokokouksissa. Kolmannessa vaiheessa palautetiedon perusteella suoritetaan korjaavia toimenpiteitä osastolla kehittämällä käytäntöjä ja seuraamalla niiden toteutumista. KhYHKÄ-toimintamallissa pyritään tuloksiin, joissa osastojen käsihygienian toteutuminen paranee ja pitkällä aikavälillä esimerkiksi hoitoon liittyvien infektioiden esiintyminen vähenee. (Korhonen ym. 2014, 4-7.)

3.5 Käsihygienian havainnointi

Havainnointi on tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä. Ihminen havainnoi aisteillaan. Useimmiten tiedonkeruussa käytetään näköhavaintoja, mutta myös ääni-, haju-, maku- ja tuntoaistia voidaan käyttää havainnointitutkimuksessa. (Vilka n.d.) Havainnoimalla saadaan tietoa nimenomaan ihmisen toiminnasta. Havainnointia käytetään tiedonkeruuseen usein juuri siksi, että halutaan varmistaa, toimiiko ihminen, kuten sanoo. Lisäksi havainnoinnin etuja on se, että se kertoo, miten havainnoitava asia toteutuu asiayhteydessään,

eli ympäristössä, jossa havainnoitava asia tulee ilmi. (Mullhal 2003; Hirsjärvi ym. 2007, 207-208; Vilka n.d.)

Havainnointia voidaan käyttää tiedonkeruumenetelmänä sekä laadullisessa, että määrällisessä tutkimuksessa (Vilka n.d.). Yleisesti laadullisessa tutkimuksessa havainnointi on luontevasti toimintaan mukautuvaa, kun taas määrällisessä tutkimuksessa havainnointi kerätään strukturoidusti ja niistä muodostetaan havaintomatriisi (Kylmä ja Juvakka 2007, 98; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 209-210). E-lomake on tiedonkeruuseen tarkoitettu nettipohjainen verkkolomakeohjelma. Ohjelman käyttöön riittävät samat taidot, kuin internetin selaamiseen. Lomakkeelle tallennetuista vastauksista E-lomake koostaa raportin, jossa aineistoa voi käsitellä tekemällä siihen rajauksia tai hakuja. Ohjelmassa on myös mahdollisuus ristiintaulukointiin ja pikagraafeihin. Lisäksi aineisto on mahdollista tallentaa esim. Excel tai SPSS –ohjelmiin. (Eduix Oy n.d.)

KhYHKÄ-toimintamallissa havainnoinnilla on keskeinen merkitys. Sen avulla kerätään uutta tietoa siitä, kuinka käsihygienia toteutuu ja pyritään tämän tiedon perusteella edistämään käsihygienian toteutumista raportoimalla ja kehittämällä toimintaa. Jotta havainnointi osataan toteuttaa oikein, on toimintamallissa kehitetty infektioyhdyskunnille koulutus, jonka tavoitteena on varmistaa havainnoinnin osaaminen. Koulutuksessa opetetaan toimintamallissa valmiiksi kehitetyn havainnointilomakkeen käyttö, havainnoinnin eettinen toteuttaminen sekä saatujen tulosten käsittely sähköiseen muotoon, tulosten raportointi sekä toiminnan kehittäminen yhdessä työyhteisön kanssa. (Korhonen ym. 2014, 11.) Vilka (n.d.) kertoo, että havainnointi on vaikeaa, ellei sitä varten saa koulutusta. Havainnoinnin taidot toki kehittyvät myös sitä tekemällä, mutta on tärkeää, että havainnoija tietää ja hallitsee havainnoinnin perusasioita. On esimerkiksi tärkeää, että havainnoija osaa käyttää havainnointilomaketta aukottomasti, eli että hän osaa luokitella jokaisen havainnon oikeaan kohtaan. (Vilka n.d.) Havainnoijalla on myös suuri vastuu havaintonsa oikeudellisuudesta (Mullhal 2003). Mullhal (2003) muistuttaa, että havainnointi on ainutkertainen tapahtuma, eikä sitä pysty tarkastelemaan uudelleen, kuten esimerkiksi tallennettua haastattelua.

KhYHKÄ-mallissa todetaan, että havainnoinnin tulee olla avointa ja, että siitä tiedotetaan henkilökunnalle sekä potilaille. Erityisesti he korostavat, että potilaiden tulee olla tietoisia

siitä, että havainnointi kohdistuu henkilöstön toimintaan, ei potilaisiin. (Korhonen ym. 2014.) Myös Vilkka (n.d.) muistuttaa, että havainnoitavien luottamuksen saavuttaa parhaiten kertomalla avoimesti havainnoinnin kohteesta ja tarkoituksesta (Vilkka n.d.). Havainnoijien läsnäololla voi olla myös vaikutus tuloksiin: Srigley ym. (2014) huomasi, että havainnoijien näkyvällä läsnäololla oli käsidesinfection määrää lisäävä vaikutus hoitohenkilökunnan käytökseen. Myös Eckmannsin ym. (2006) tutkimustulos osoitti, että hoitotyöntekijät noudattivat käsihygieniakäytäntöjä paremmin, kun heitä tarkkailtiin. Ihmisen käyttäytymisen muutosta tarkkailun alla kutsutaan Hawthorne-ilmiöksi. Hawthorne-ilmiön vaikutus käytökseen kuitenkin väheni havainnoinnin jatkuessa pidempään. (Eckmanns ym. 2006.) Mullhall (2006) toteaa myös, että kukaan ei pysty ylläpitämään korjattua käytöstä kovin pitkään, vaan todellinen käytös tulee havainnoinnin jatkuessa esiin.

4. TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuloksena syntyy konkreettinen tuotos, joka voi olla esimerkiksi painotuote, sähköisessä muodossa oleva tietopaketti tai tapahtuma, kuten koulutus tai näyttely. Yleisimmin tuotoksena on jokin ohjeistus tai opaslehtinen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51-52.) Toiminnallisella opinnäytetyöllä on samankaltaisuuksia projektityön kanssa, kuten uutuusarvo, käytettävyys ja konkreettinen tuotos. Merkittävin ero projektityössä ja toiminnallisessa opinnäytetyössä on se, että opinnäytetyö perustuu käsitteisiin. Käsitteet avataan teoriaosuudessa lähdemateriaaliin pohjautuen ja tätä tietoa hyödynnetään käytännön kehittämistyössä. (Salonen 2013, 12-13.) Opiskelijan on toiminnallisessa opinnäytetyössä oleellista osoittaa teorianäytöksensä aiheesta, kyetä arvioimaan lähteitä, sekä kehittää alansa työelämäkäytäntöjä keräämänsä tiedon pohjalta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 41-42.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan tehdä selvitys, jotta saadaan tietoa, jota muuten ei ole. Esimerkiksi voidaan kartoittaa kohderyhmää tai selvittää millainen muoto soveltuu parhaiten työn tuotokseksi. Kerättyä tietoa ei toiminnallisessa opinnäytetyössä tarvitse kuitenkaan analysoida samalla tavalla, kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raporttiosuus on kuvaus hankkeesta, jonka lopputuloksena opinnäytetyön tuotos on syntynyt. Raporttiosuudessa tulee esiin opinnäytetyön tekijän ymmärrys kehittämistyön tarpeesta, ammatillisuudesta ja innovatiivisuudesta. Tämän vaiheen kuvaus on tärkeää tehdä kattavasti ja sen lukijaystävällisyyttä voi helpottaa esimerkiksi kuvin ja taulukoin. (Salonen 2013, 25.)

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen. Työelämäkontakti tuo työlle lisäarvoa. Opinnäytetyön tekijä voi työn tekemisen kautta luoda kontakteja työelämään, kehittyä ammatillisesti ja vaikuttaa näin työllistymiseensä tulevaisuudessa. (Vilka & Airaksinen 2003, 16-17.)

Tässä opinnäytetyössä kehitimme Tampereen sairaala- ja kuntoutuspalveluiden hygieniayhdyshenkilöiden tekemää käsihygieniahavainnointia ja tuotimme uudistetun E-lomakkeen. Työelämätaho oli antanut meille lähtökohdaksi Hotuksen KhYHKÄ-mallin, jonka suuntaan he halusivat käsihygieniahavainnointia kehitettävän. Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluilla on käytössä E-lomake havainnointien raportointiin. Vertasimme heidän nykyistä havainnointilomaketta KhYHKÄ-mallin havainnointilomakkeeseen ja näyttöön perustuvaan tietoon. Vertailun pohjalta teimme E-lomakkeella koekäyttölomakkeen käsihygieniahavainnointia varten. Samalla selvitimme koekäyttöön osallistuneiden hygieniayhdyshenkilöiden kokemuksia lomakkeesta ja havainnoinnista avoimilla kysymyksillä. Saimme vastauksilla tietoa hygieniayhdyshenkilöiden tarpeista havainnoinnin toteuttamisessa ja näimme konkreettisesti, millaisessa muodossa tieto tallettuu E-lomakkeelle ja pystyimme kokeilemaan millaisia raportteja havainnoinneista voi tuottaa E-lomakkeen avulla. Näiden tietojen pohjalta laadimme lopullisen E-lomakkeen käsihygieniahavainnointiin.

4.2 Tiedonhaku

Työmme pohjautuu Hotuksen KhYHKÄ-malliin (Korhonen ym. 2014), jonka perusteella olemme luoneet työn teoreettisen viitekehyksen. Olemme etsineet käsitteille käsihygienia, käsidesinfektio, havainnointi ja potilasturvallisuus asiasanat YSA, Mesh, FinMeSh ja Hoidokki –sanastoista. Näiden avulla olemme muodostaneet hakulausekkeita terveysalan tietokantoihin. Medic-tietokannassa käytimme hakulauseita, kuten (käsihyg* desinf*) AND havainnoin* sekä (käsihyg* AND käsidesinf*) AND potilasturvallisuus*. ARTO-tietokannassa haimme sanalla käsihyg? (tulosten aikarajaus: 2010-). CINAHL-tietokannassa hakulauseemme olivat Handwash* AND "Patient safety" (rajaukset: Full text, English, 2007-); Handwash* AND "Patient safety" AND Disinfecti* (rajaukset: Full text, 2007-); (Hand disinfection OR hand hygiene OR hand washing) NOT (surg*) AND (volume OR time OR observat* OR audit*) (rajaukset: Full text,

2007-). Teimme haun myös Joanna Briggs Institute:n (JBI) -tietokantaan hakulauseella Hand washing AND Patient safety (aikarajaus 2007-). Olemme myös täydentäneet tiedonhakua lukemalla Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuja, Suomen sairaalahygienialehteä sekä tutkimalla saamiemme viitteiden lähdeluetteloja.

4.3 Prosessi

Opinnäytetyömme teko käynnistyi marraskuussa 2016. Valitsimme opinnäytetyön aiheen Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden esittelemien aiheiden joukosta. Valitsimme aiheen, koska näemme käsihygienian toteutumisen oleellisena hoitotyön laadun tekijänä ja halusimme työllämme vaikuttaa käsihygienian paranemiseen. Lisäksi tämä aihe kiinnosti meitä siksi, että juuri tässä aiheessa yhdistyi hoitotyön suosituksen tuominen käytäntöön.

Työelämäpalaverin kävimme tammikuussa 2017 Hatanpään sairaalassa, jossa päädyimme toteuttamaan työn toiminnallisena opinnäytetyönä. Tampereen sairaala- ja kuntoutuspalveluilla oli jo olemassa toimintamalli ja väline käsihygieniahavainnointia varten, jota he halusivat kehitettävän vastaamaan hoitotyön suosituksen mukaista KhYHKÄ-mallia.

Suunnitelmaseminaari oli maaliskuussa 2017, jonka jälkeen ohjaava opettajamme hyväksyi suunnitelmamme, jolla haimme tutkimuslupaa Tampereen kaupungilta. Tutkimusluvan saimme 8.5.2017.

Kevään 2017 aikana työstimme havainnointilomakkeen koeversiota ja suunnittelimme sen yhteydessä kerättävää käyttökokemuspalautetta. Esittelimme nämä Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden hygieniayhdyshenkilöiden palaverissa Hatanpään puistosairaalassa toukokuussa 2017. Käyntiä varten olimme tehneet Power Point diat (liite 1), paperisen havainnointilomakkeen havainnoinnin tueksi (liite 2) ja tulostaneet KhYHKÄ-toimintamallin. Aloitimme esityksemme esittelemällä itsemme ja kertomalla opinnäytetyöprosessistamme. Esittelimme Hotusta ja KhYHKÄ-toimintamallin tavoitteet ja vaiheet. Kerroimme havainnoinnin periaatteista ja yksityiskohtaisesti havainnoinnin ja sen raportoinnin käytännön toteutuksesta. Lopuksi kävimme läpi työn tulevia

vaiheita. Annoimme yleisölle myös mahdollisuuden kysymyksiin. Tarkentavat kysymykset koskivat havainnoinnin käytännön toteutusta ja materiaaleja. Lähetimme vielä käynnin jälkeen käyttämämme Power Point-tiedoston (liite 1) havainnoinnin tueksi.

Työelämäyhdyshenkilö oli hankkinut osastoja, jotka olivat halukkaita koekäyttämään lomaketta. Nämä osastot koekäyttivät lomaketta kesän 2017 aikana. Koeversion käyttökokeilun sovimme työelämäyhteyshenkilön kanssa päättyämään 7.9.2017. Tällöin havainnointeja oli kertynyt yhteensä 26 kpl, viideltä eri osastolta.

Toinen käynti Hatanpäälle hygieniayhdyshenkilöiden palaveriin sovittiin koekäytön päätyttyä. Käyntiä varten teimme Power Point-diat (liite 3). Käynti toteutui syyskuun 2017 lopulla. Käynnin aluksi pidimme pienen kertauksen KhYHKÄ-toimintamallista ja esitimme opinnäytetyömme vaiheet tähän mennessä. Koekäytön tulokset esittelimme tilastollisesti E-lomakkeelta saatavien graafisten kuvioiden ja pylväiden avulla. Teimme myös pienen yhteenvedon havaintojen tuloksista, vaikkakin kaikkien osastojen havainnoista koostamamme yhteenvedot eivät kerro osastokohtaisia tuloksia. Tulosten esittelyn tarkoituksena oli myös näyttää, miten palautetieto on E-lomakkeen avulla helposti tuotettavissa. Käynnin jälkeen koostimme jokaiselle koekäyttöön osallistuneelle osastolle oman raportin heidän havainnointiensa tuloksista ja toimitimme nämä heille sähköpostitse. Lisäksi kävimme läpi koekäyttölomakkeen avoimista kysymyksistä saatuja palautteita ja annoimme niiden pohjalta kehittämisehdotuksia hygieniayhdyshenkilöille. Lopuksi kerroimme, että opinnäytetyömme valmistuu marraskuussa 2017 ja he saavat tällöin viimeistellyn E-lomakkeen havainnointia varten käyttöönsä.

Opinnäytetyön teossa olemme edenneet Tampereen ammattikorkeakoulun aikataulun ja opinnäytetyön prosessin mukaan. Opinnäytetyön aikataulu on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Aikataulu.

Aihevalintaseminaari	29.11.2016
Ideaseminaari	19.12.2016
Työelämäpalaveri	17.1.2017
Suunnitelmaseminaari	17.3.2017
Tutkimuslupa saatu	8.5.2017
1.Käynti Hatanpäällä (hygieniayhdyshenkilöiden palaveri)	15.5.2017
E-lomakkeen koeversion käyttökokeilu osastoilla	15.5.-7.9.2017
Käsitkirjoitusseminaari	22.8.2017
2.Käynti Hatanpäällä (hygieniayhdyshenkilöiden palaveri)	26.9.2017
Opinnäytetyön esitys TAMK	9.11.2017
Opinnäytetyön palautus	20.11.2017
Opinnäytetyön posteriesitys TAMK	23.11.2017
Opinnäytetyön esitys Hatanpää	7.12.2017

4.4 Havainnointilomakkeen laadinta

Opinnäytetyössä vertailimme Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden tällä hetkellä havainnoinnissa käyttämää E-lomaketta Hotuksen KhYHKÄ-mallin (Korhonen ym. 2014) havainnointilomakkeeseen, sekä työn teoriaosuudessa esille nousseen näyttöön perustuvaan tietoon siitä, mikä laadukkaan käsihygienian toteutumisessa on oleellista.

Tampereen sairaala- ja kuntoutuspalvelujen käytössä olevassa havainnointilomakkeessa oli 15 kohtaa, joista 10 koskee käsihygienian toteutumista eri hoitotilanteissa. Kysymykset oli aseteltu muotoon kyllä / ei / ei tarpeen. Muut kohdat olivat: osasto, seurattu henkilö, hoitotilanne, potilaspaikka ja muut huomiot. E-lomake oli rakennettu niin, että yhdellä lomakkeella raportoitiin yksi havainnointitilanne. Hotuksen KhYHKÄ havainnointilomakkeessa (Korhonen ym. 2014) seuratun henkilön lisäksi havainnoidaan käsihygienian

toteutumista viidessä eri hoitotilanteessa mitaten aikaa sekunteina ja kolmea tekijää kyllä / ei vastauksin. Lomakkeen uudistuksessa pidimme tärkeänä lomakkeen helppoa käytettävyyttä. Korhosen (2014) ym. mukaan liian pieni havaintojen määrä ei anna yleistettävää tietoa. Tavoitteenamme oli selkeä lomake, jolloin havaintoja olisi mahdollista saada tehtyä enemmän.

Koelomakkeen kysymyksissä säilytimme osaston yksilöinnin, sillä jokaisella osastolla on oma hygieniayhdyshenkilö ja havainnoinnin tulosten on tarkoitus ohjata osaston käsihygienian toteutumista. Tiedon potilaspaikasta jätimme koekäyttölomakkeelta pois, sillä käsihygieniahavainnoinnin ei ole tarkoitus jäljittää mahdollista mikrobikontaminaatiota, vaan tuottaa tietoa käsihygienian toteutumisesta yleistettävämmällä tasolla. Samasta syystä vähensimme seurattavan henkilön ammatin luokittelua kahdeksasta kolmeen. Jäljelle jäivät luokat: lääkäri, hoitaja ja muu, esim. fysioterapeutti tai laitoshuoltaja. Tällä muutoksella halusimme varmistaa, että havainnointi on anonymia ja että tulosten raportoinnissa ei voida tunnistaa yksittäistä henkilöä, kuten Korhonen ym. (2014) ohjeistavat. Alkuperäisessä lomakkeessa havainnoitiin seurantatilannetta esim. lääkärinkierto, aamupesuu tai haavanhoito. Käsihygienian tulee kuitenkin toteutua yhtä hyvänä tilanteesta riippumatta, joten jätimme tämän kysymyksen pois koekäyttölomakkeesta. Suurin muutos lomakkeessa oli käsihygienian toteutumiseen liittyvän havainnoinnin muuttaminen käsi-desinfektion keston mittaamiseksi aikana Hotuksen KhYHKÄ-mallin (Korhonen ym. 2014) mukaan. KhYHKÄ-mallissa (Korhonen ym. 2014) käsi-desinfektioon käytettyä aikaa havainnoidaan viidessä hoitoon liittyvässä tilanteessa. Kuvassa 2 esitellään tilanteet, joissa kädet tulee desinfioida. Nämä tilanteet löytyivät Tampereen sairaala- ja kuntoutuspalveluiden alkuperäisestä lomakkeesta eri sanoilla kuvattuna ja useampaan kohtaan jaettuna. Näimme selkeämpänä pitäytyä kuvan 2 viidessä kohdassa. Hotuksen KhYHKÄ-mallissa (Korhonen ym. 2014) kuvan 2 kohta 3 ”Eritteiden käsittelyn jälkeen” on muokattu muotoon ”Suojakäsineiden riisumisen jälkeen”. Tässä kohdassa käytimme KhYHKÄ:n mukaista sanamuotoa. Kuvan 2 kohdan 2 sanamuodoksi valitsimme ”Likaisesta puhtaaseen työvaiheeseen siirryttäessä”, mikä oli alkuperäisen lomakkeen sanamuoto ja hygieniayhdyshenkilöille tuttu termi. Näiden viiden havainnointikohdan lisäksi säilytimme alkuperäiseltä lomakkeelta kohdan ”Ennen suojakäsineiden laittoa”, koska likaisilla käsillä otettaessa on vaarana suojakäsineiden kontaminoituminen. Koekäyttölomakkeelle otimme havainnoivaksi työntekijän sormusten, rannekorujen käytön ja kynsien siisteyden KhYHKÄ-mallin (Korhonen ym. 2014) mukaisesti. Koekäyttölomakkeelle

loimme aikajakaumat, joihin havainnot luokiteltiin. Luokat olivat: 0 sekuntia (= ei lainkaan), alle 20 sekuntia, 20-29 sekuntia ja yli 30 sekuntia. Keränen ym. (2016) käyttävät tätä luokittelua raportoidessaan KhYHKÄ:n kehittämishankkeen taustaksi tekemästään havainnointitutkimuksesta (kuva 1). Sisällytimme luokittelun jo havaintojen keruuseen, jotta havainnoista saadaan helpommin johdettua tilastollista tietoa. Säilytimme vastausvaihtoehtona kohdan "ei tarpeen", jotta nämä havainnot pysyisivät erillään kohdasta "0 sekuntia". Sormusten, kellojen ja korujen käyttöä, sekä kynsien siisteyttä havainnoidessa poistimme vastausvaihtoehdoista kohdan "ei tarpeen" ja nämä kysymykset esitettiin kyllä / ei -muodossa KhYHKÄ-mallin (Korhonen ym. 2014) mukaan.

Toteutimme koekäyttölomakkeen sähköiseen E-lomakepohjaan, joka Tampereen sairaala- ja kuntoutuspalveluilla on käytössä. Saimme Tampereen kaupungilta yhteiskäyttötunnukset E-lomakkeelle, jotta pystyimme hyödyntämään heidän käytössä ollutta lomaketta uuden lomakkeen pohjana. Halusimme koekäyttölomakkeelle tallennettujen tietojen jäävän myös kaupungille, eivätkä vain meille, joten myös sillä yhteiskäyttötunnukset olivat hyvä ratkaisu. Teimme lisäksi havainnointia tukemaan paperisen taulukkomuotoisen lomakkeen (1 A4) (liite 2), jonka avulla havainnointia voi tehdä useammasta henkilöstä kerralla. Aiemmin hygieniayhdyshenkilöt ovat tulostaneet E-lomakkeen havainnoinnin tueksi (3 A4 sivua). Tampereen sairaala- ja kuntoutuspalveluiden käsihygieniahavaintojen raportointiin käyttämä E-lomake on rakennettu siten, että sillä raportoidaan kerralla aina yhdestä seuratusta henkilöstä kerralla. Säilytimme tämän mallin koekäyttölomakkeessa (kuva 4), jolloin hygieniayhdyshenkilöt pystyvät tallentamaan havaintoja pienissäkin erissä.

Seurattu henkilö

Seurattu henkilö Lääkäri
 Hoitaja
 Sairaalahuoltaja
 Muu

Montako sekuntia käsien desinfektio kesti? ?

	0 s	Alle 20 s	20-29 s	30 s tai yli	Ei tarpeen
Ennen potilaskontaktia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaaseen koskettamisen jälkeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ennen suojakäsineiden laittoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Likaisesta puhtaaseen työvaiheeseen siirryttäessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suojakäsineiden riisumisen jälkeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan lähiympäristöön koskettamisen jälkeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oliko työntekijällä ?

	Kyllä	Ei
Sormuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kello, rannekoru tai aktiivisuusranneke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pitkät tai rakenne-/ geelikynnet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KUVA 4. Koekäyttölomake (kuvan kaappaus E-lomakkeelta)

Koekäyttölomakkeeseen liitimme käyttökokemuspalautteen (kuva 5). Kysymysten pohjana olivat opinnäytetyömme tehtävät, joihin halusimme tämän selvityksen avulla saada käytännönläheisen näkökulman. Koekäyttölomakkeen tekemisestä olimme sopineet työelämäpalaverissa. Työelämäyhdyshenkilö oli luvannut hankkia hygieniayhdyshenkilöitä koekäyttämään lomaketta osastoillaan ja antamaan meille sitten palautetta lomakkeen käytöstä. Palautteenantoa varten laadimme neljä avointa kysymystä. Kysymykset liittyivät lomakkeen käytettävyyden arviointiin ja hygieniayhdyshenkilöiden käytännön kokemuksiin käsihygieniahavainnoinnin toteuttamisesta. Käyttökokemuspalautteesta saamaamme tietoa hyödynsimme lopullisen E-lomakkeen suunnittelussa ja hygieniayhdyshenkilöiden perehdytyksessä. Käsittelimme saamaamme tietoa nimettömästi.

Käyttökokemus palaute

Mitä muuttaisit lomakkeessa, miksi?

Pitäisikö käsihygieniasta havainnoida lomakkeella olevien asioiden lisäksi jotain muuta? Mitä ja Miksi?

Onko sinusta jokin havainnoinnin kohde turha? Mikä ja Miksi?

Minkä koet havainnoinnissa haasteelliseksi?

KUVA 5. Käyttökokemuspalaute (kuvan kaappaus E-lomakkeelta)

Näihin avoimiin kysymyksiin saimme kahdeksan vastausta. Kolmessa palautteissa esiin nousi havainnoitavien kohtien päällekkäisyys. Kaikissa näissä mainittiin esimerkkitapauksena desinfektio ennen potilaskontaktia ja suojakäsineiden pukeminen.

"Moni kohdista tuntuu päällekkäisiltä. Esim. ennen potilaskontaktia ja ennen suojakäsineiden laittoa. Nämä ovat usein sama asia, voisiko yhdistää samaksi kysymykseksi?"

Ajan mittaaminen koettiin havainnoinnissa haastavimmaksi. Tämä tuli esiin kolmessa palautteessa. Yhdessä palautteessa tuotiin esille, että havainnointia on vaikea tehdä huomaamattomasti. Toisella käynnillämme Hatanpäällä eräs hygieniayhdyshenkilö myös nosti esiin ajanoton hankaluuden oman työn ohessa.

"Sekuntimäärää on käytännössä vaikea seurata."

"Havainnointia ei voi tehdä huomaamatta jos mitataan aikaa sekunteina."

Koostaessamme raportteja koekäytön havainnoinneista, huomasimme, että "ei tarpeen" -vaihtoehto on muuttuva määre ja vaikuttaa havaintojen prosentuaaliseen jakaumaan. Tämän vuoksi havainnointikerrat eivät ole keskenään tilastollisesti vertailukelpoisia. Saimme työelämäyhteys henkilöltä viestin, että he olivat hygieniayhdys henkilöiden kanssa pohtineet myös "ei tarpeen" -kohtaa ja miettineet voisiko sen sanamuotoa muuttaa. Lopullista lomaketta suunnitellessamme päätimme jättää kohdan "ei tarpeen" kokonaan pois. Käsidesinfektion aikaa ennen suojakäsineiden pukemista ei havainnoida KhYHKÄ-mallissa (Korhonen ym. 2014) ja koska se aiheutti havainnoinnissa päällekkäisyyttä kohdan "ennen potilaskontaktia" kanssa, päätimme jättää sen myös lopullisesta lomakkeesta pois.

Lopulliseen E-lomakkeen kysymykset on esitetty kuvassa 6. Näiden kysymysten lisäksi lomakkeelle merkitään havainnointipäivämäärä ja osasto. Lopullinen E-lomake on tallennettu Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden ja meidän yhteiskäyttöön luoduille tunnuksille, joten työelämällä on mahdollisuus tarvittaessa muokata lomaketta. Uudistettua E-lomaketta varten päivitimme myös havainnoinnin tueksi tarkoitetun paperisen havainnointitaulukon (liite 4), jonka lähetimme työelämäyhdys henkilölle sähköpostitse.

Seurattu henkilö

Seurattu henkilö Lääkäri
 Hoitaja
 Sairaalahuoltaja
 Muu

Montako sekuntia käsien desinfektio kesti? ?

	0 s	Alle 20 s	20-29 s	30 s tai yli
Ennen potilaskontaktia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaaseen koskettamisen jälkeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Likaisesta puhtaaseen työvaiheeseen siirryttäessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suojakäsineiden riisumisen jälkeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan lähiympäristöön koskettamisen jälkeen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oliko työntekijällä ?

	Kyllä	Ei
Sormuksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kello, rannekoru tai aktiivisuusranneke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pitkät tai rakenne-/ geelikynnet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muut huomiot

Muuta huomioitavaa

KUVA 6. Lopullinen lomake (kuvan kaappaus E-lomakkeelta)

5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Pohdinta

Työmme vastaa hyvin kysymykseen, mitä asioita käsihygieniasta tulisi havainnoida. Teoriaosassa olemme kuvanneet ne tekijät, jotka vahvimmin vaikuttavat käsihygienian laatuun ja jotka tämän perusteella voivat myös olla havainnoinnin kohteena. Vaikkakin ajan lisäksi käsidesinfektioon käytetyn aineen määrä ja käsidesinfektiotekniikalla on vaikutus käsihygienian laatuun, ymmärrämme, miksi aika on nostettu KhYHKÄ - toimintamallissa (Korhonen ym. 2014) havainnoitavaksi asiaksi. Muiden tekijöiden havainnointi kliinissä toimintaympäristössä on hankalaa, eikä luotettavia havaintoja olisi välttämättä helppo saada. Macinga ym. (2014) huomasivat, että käytetty käsidesinfektioaineen määrä vaikuttaa aikaan, joka käsidesinfektioaineen kuivumiseen kuluu ja vaikuttaa näin ollen desinfektion tehokkuuteen. Aikaperusteinen havainnointi antaa siis viitteitä siitä, onko käsien desinfektioon käytetty riittävä määrä käsidesinfektioainetta, sillä liian vähäinen määrä ainetta kuivuu nopeasti ja näin ollen käsidesinfektioon käytetty aika pienenee. KhYHKÄ-mallissa (Korhonen ym. 2014) ehdotetaan, että käsien desinfiointitekniikan osaamista voidaan varmistaa tarkastelemalla käsidesinfektion tuloksia uv-mustavalolaitikon avulla.

Opinnäytetyön prosessi eteni loogisesti ja kontakti työelämään toimi hyvin. Vastasimme puolin ja toisin sähköposteihin ilman pidempiä viiveitä. Lähteitä hakiessa löysimme useita artikkeleja käsihygieniasta koskien, jotka käsittelivät muutosprosessia, asenteita ja psykologisia tekijöitä uuden toimintatavan vakiinnuttamisessa. Mietimme itsekkin, miten ammattilaisen mielenkiinto herätetään, jotta he omaksuvat uusia käytäntöjä. Hygieniayhdyshenkilöiden palaverissa, joihin osallistuimme, ilahduimme siitä, kuinka moni osasto halusi osallistua E-lomakkeen koeversion käyttöön. Palaverissa nousi esiin myös kysymyksiä liittyen käsihygieniahavainnoinnin pohjalla olevaan tietoon ja käytännön toteuttamiseen. Koekäyttölomakkeen yhteydessä ollut selvitys nosti mielestämme esiin keskeisiä havainnoinnin ongelmakohtia, kuten kysymyksen siitä pitääkö havainnoinnista kertoa etukäteen. Suuntasimme tiedonhakuja näihin asioihin ja vastasimme hygieniayhdyshenkilöiltä tulleisiin kysymyksiin perehdyttäessämme heitä havainnointilomakkeen käyttöön. Koimme arvokkaina, että nämä käynnit työelämän kanssa järjestyivät, sillä perehdytys

edesauttaa uuden toimintamallin omaksumista. Ajattelimme liittää opinnäytetyöhön vielä koulutuksen uuden havainnointilomakkeen käyttöönoton tueksi ja tarjosimme tätä työelämälle, mutta se ei juuri tällä hetkellä sopinut työelämän aikatauluihin.

Havainnoinnin perusteorian ja havainnointilomakkeen koekäyttöversion kautta saimme kerättyä tietoa hyvän havainnointilomakkeen vaatimuksista ja liitteenä olleen selvityksen kautta saimme tietoa lomakkeen toimivuudesta käytännössä. Koska käsihygieniahavainnoinneista on tarkoitus saada raportteja, olisi perehtyminen havainnointilomakkeen laadintaan tilastotieteen näkökulmasta antanut lomakkeen laadintaan lisää syvyyttä. Haastavimmaksi prosessissa koimme tiedonhaun ajoittamisen. Lähdimme alussa liikkeelle hie- man suppealla tiedonhaulla, jota laajensimme prosessimme puoliväliin ajoittuneella tie- donhaun kurssilla. Tiedonhaun kautta löysimme myös lisää termejä, joilla olisi voinut tehdä uusia täsmällisempiä hakuja. Jälkeenpäin katsottuna perusteellinen tiedonhaku olisi ollut hyvä ajoittaa prosessin alkuvaiheeseen. Työmme teoriaosuus tukee kuitenkin mie- lestämme hyvin tuotosta ja olemme tyytyväisiä lopulliseen havainnointilomakkeeseen, koska lomakkeesta tuli tarkoitusta vastaava ja pystyimme varmistumaan sen käytettävyy- destä koekäytön ja raporttien teon avulla.

Opinnäytetyön teon aikana ymmärsimme miten käsidesinfektioon käytetty aineen määrä, aika ja tekniikka vaikuttavat yhdessä käsidesinfektion laatuun. Koemme laadukkaan kä- sihygienian entistä tärkeämpänä, sillä siten voimme omalla käytöksellämme hoitajana vaikuttaa hoitoon liittyvien infektioiden syntyyn ja siten edistää potilasturvallisuutta. Ko- emme, että työ on antanut meille valmiuksia toimia tulevalla työpaikallamme käsihygie- niakäytäntöjä edistävästi esimerkiksi hygieniayhdyshenkilönä.

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka tarkoittaa, että tutkijat noudattavat tutkimuksen tekemisessä hyvää tie- teellistä käytäntöä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23). Tutkijan tulee huomioida näiden käytäntöjen toteutuminen suhteessa kollegoihin, toimeksiantajaan, tutkimuskoh-

teeseen ja yleisöön (Vilkkä 2015, 41). Olemme toimineet hyvässä yhteistyössä työantajayhdyshenkilöimme kanssa ja pitäneet häneen säännöllisesti yhteyttä. Olemme myös ottaneet työelämän toiveet ja aikataulut huomioon yhteistyön eri vaiheissa.

Vilpittömyys ja rehellisyys ovat hyvän tieteellisen käytännön pääperiaatteita. Tämä tarkoittaa toisten tutkijoiden tulosten esittelyn kunnioittavasti. Tällöin viittaukset toisten tutkijoiden töihin tulee olla tarkasti merkitty lähdemerkinnöin ja omat tutkimustulokset tai ajatukset tulee erottaa näistä selkeästi. (Vilkkä 2015, 42.) Olemme toimineet työssä rehellisesti, pyrkien huolellisuuteen ja kunnioittaneet muiden tutkijoiden työtä viittaamalla heidän töihinsä asiallisesti, sekä tarvittaessa informoineet tutkijoita heidän materiaalin käytöstä. KhYHKÄ-mallin käytöstä olemme informoineet Anne Korhosta Hoitotyön tutkimussäätiössä (sähköposti 23.04.2017).

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkimuksen tiedonhaussa on käytetty tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhaun menetelmiä. Tutkimukselle tulee olla myös haettuna tutkimuslupa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Työn lähteenä olemme käyttäneet terveydenhuollon ammattitietokannoista haettua tietoa, sekä ammattikirjallisuutta. Olemme käyttäneet ajantasaista tietoa ja rajanneet tiedonhakuja koskemaan viimeisintä 10 vuotta. Yli 10 vuotta vanhoja lähteitä olemme käyttäneet vain harkiten. Käyttämämme yli 10 vuotta vanhat lähteet ovat olleet alallaan merkittäviä ja vaikuttavat edelleen alalla tehtävään tutkimukseen. Tutkimusluvan olemme hakeneet ja saaneet Tampereen kaupungin lupahakemusmenettelyn mukaisesti.

Tehdyn tutkimuksen tulee hyvän tieteellisen käytännön mukaan esitellä uusia tutkimustuloksia tai tarjota uusia näkökulmia aiemman tiedon hyödyntämiseen käytännön työssä (Vilkkä 2015, 42). Olemme kunnioittaneet hygieniayhdyshenkilöiden ammattitaitoa huomioimalla heidän asiantuntijuuden ja osaamisen tason ja tuoneet heille uutta tietoa aiheesta ja työkaluja käytännön työhön.

5.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Hoitajien käsien välityksellä leviävät mikrobit ovat suurin yksittäinen hoitoon liittyvien infektioiden aiheuttaja. Hoitoon liittyviä infektioita voidaan parhaiten ehkäistä käsien

desinfektiolla. (Pratt ym. 2007.) Laadukas käsidesinfektio koostuu riittävästä desinfektioaineen määrästä, vastuullisesta desinfiointitekniikasta ja riittävästä desinfektioajasta. Laadukkaassa käsien desinfectiossa desinfektioaineen hieronnan käsiin tulisi kestää 30 sekuntia. (Kampf 2008.) Käsidesinfektiota seuraamalla ja kehittämällä voidaan parantaa potilasturvallisuutta vähentämällä hoitoon liittyvien infektioiden riskiä (Aziz 2014). Holopaisen ym. (2013) mukaan uuden toimintatavan juurruttaminen vie vuosia. Työntekijän tulee olla sitoutunut kehittämään työtään ja siihen liittyviä toimintatapoja (Holopainen ym. 2013, 80, 83-84). On siis tärkeää, että käsidesinfektion seurantaan käytettyä havainnointia jatketaan säännöllisenä. KhYHKÄ-malliin (Korhonen ym. 2014) kuulu nopea palautetiedon saaminen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että havainnoiteja tekevä hygieniayhdyshenkilö saisi havainnoinnin jälkeen johdettua tulokset nopeasti raporteiksi omalle osastolleen (Korhonen ym. 2014). Jotta palautetietoa olisi helppo saada nopeasti, suosittelemme, että hygieniayhdyshenkilöt koulutettaisiin käyttämään E-lomaketta myös raportoinnin osalta. Tällöin raporttien saaminen havainnoista ei venyisi ja kunkin osaston henkilöstö olisi paremmin tietoinen heidän osastonsa käsihygienian toteutumisen tasosta. Tämä voisi innostaa osaston henkilöstöä kehittämään käsihygieniansa ja ottamaan vastuuta käsihygienian laadusta osastollaan.

Hygieniayhdyshenkilöiltä saamissamme palautteissa nousi esiin havainnointilomakkeen kohtien päällekkäisyys. Korjasimme tätä lopulliseen lomakkeeseen, mutta olisi kuitenkin tärkeää, että hygieniayhdyshenkilöt kävisivät yhdessä läpi lomakkeen käyttöä, jotta siitä tulisi sujuvaa ja yhdenmukaista. KhYHKÄ-toimintamallin (Korhonen ym. 2014) mukaan käsihygieniahavainnoijilla tulisi olla tiedossa havainnoinnin periaatteet. Havainnoinnin tulee olla avointa ja siitä tulee kertoa havainnoitavalle, sekä potilaalle ja omaisille. Hygieniayhdyshenkilöille tulee myös olla erikseen varattuna aikaa havainnointiin. (Korhonen ym. 2014.) Hygieniayhdyshenkilöiltä saamamme palautteet kertovat, että tämä ei aina toteudu. Käsihygieniakäytäntöjen parantaminen vaatii jatkuvaa seuranta, johon hygieniayhdyshenkilöille tulee olla resursoituna aikaa (Korhonen ym. 2014).

Tämän opinnäytetyön pohjalta olisi tarpeellista jatkaa KhYHKÄ-toimintamallin (Korhonen ym. 2014) vaiheiden käyttöönottoa keskittymällä nopean palautetiedon saatavuuteen ja korjaaviin toimenpiteisiin. Kuten aiemmin mainitsimme, voitaisiin hygieniayhdyshenkilöitä kouluttaa E-lomakkeen raporttiosion käyttöön. Jatkotutkimusaiheina ehdotamme myös perehtymistä hygieniayhdyshenkilötoimintaan. Olisi mielenkiintoista tietää miten

toiminnalle varataan aikaa, millaisia haasteita hygieniayhdyshenkilöt kohtaavat ja onko heille tarjolla riittävästi koulutusta.

LÄHTEET

Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. 2014. Primum est non nocere. Potilasturvallisuuden perusteet. 2017. Duodecim.

Anttila V.-J. 2014. Käsihygienia-potilasturvallisuutta Semmelweisistä tähän päivään. Duodecim 130(17), 1754-1758.

Aziz, A. 2014. Hand hygiene compliance for patient safety. British Journal of Healthcare Management. 20(9), 428-434.

Eckemanns, T., Bessert, J., Behnke, M., Gastmeier, P. & Rüden, H. 2006. Compliance With Antiseptic Hand Rub Use in Intensive Care Units: The Hawthorne Effect. Infection Control And Hospital Epidemiology. 20(9), 931-934.

Eduix Oy. n.d. E-lomake. Luettu 14.10.2017. <https://e-lomake.fi/web/index.html>

Hedderwick, S., McNeil, S., Lyons, M. & Kauffmann, C. 2000. Pathogenic Organisms Associated with Artificial Fingernails Worn by Healthcare Workers. Infection Control & Hospital Epidemiology. 21(8), 505-509.

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

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2017. Hoitosuosituksset. Luettu 9.3.2017. www.hotus.fi/hotus-fi/hoitosuosituksset

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Jordan, Z., Lockwood, C., Aromataris, E. & Munn, Z. 2016. The updated JBI model for evidence-based healthcare. Luettu 17.11.2017. https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The_JBI_Model_of_Evidence_-_Healthcare-A_Model_Reconsidered.pdf

Kampf, G., Reichel, M., Feil, Y., Eggerstedt, S., Kaulfers, P. 2008. Influence of rub-in-technique on required application time and hand coverage in hygienic hand disinfection. BMC Infectious Diseases 8(149).

Keränen, T., Ojanperä, H., Järvinen, R., Ukkola, S., Korhonen, A. & Puhto, T. 2016. Käsihygieniahavainnoinnilla kohti parempaa potilasturvallisuutta. Suomen Sairaalahygienialehti. 34(1), 9-13.

Korhonen, A., Ojanperä, H., Järvinen, R., Puhto, T., Kejonen, P. & Holopainen, A. 2014. Käsihygienian seuranta ja kehittäminen. Luettu 9.3.2017. http://www.hotus.fi/system/files/KhYHK%C3%84_toimintamalli_30_11_15.pdf

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laitinen, K., Vuento, R. & Ratia, M. 2010. Desinfektio ja desinfektiomenetelmät. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Kuntaliitto, 535-536.

Macinga, D., Shumaker, D., Werner, H., Edmonds, S., Leslie, R., Parker, A. & Arbogast, J. 2014. The relative influences of product volume, delivery format and alcohol concentration on dry-time and efficacy of alcohol-based hand rubs. *BioMed Central Infectious Diseases*. 14 (511).

Mulhall, A. 2003. In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 41(3), 306-313.

Picheansathian W. & Chotibang J. 2015. Glove utilization in the prevention of cross transmission: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 13(4), 188-230.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Henkilökohtainen hygienia ja käsihygienia. Luettu 4.10.2017. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Henkilokunta/Henkilokohtainen_hygienia_ja_kasihygieni\(48454\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Henkilokunta/Henkilokohtainen_hygienia_ja_kasihygieni(48454))

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Tavanomaiset varotoimet. Luettu 6.10.2017. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Varotoimet_ja_eristys/Tavanomaiset_varotoimet\(49522\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Varotoimet_ja_eristys/Tavanomaiset_varotoimet(49522))

Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S. & Perneger, TV. 2000. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet* 356(9238), 1307-1312.

Pratt, R., Pellowe, J., Wilson, H., Loveday, P., Harper, S., McDougall, C. & Wilcox, M. 2007. Epic2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*. 65S, S1-S64.

Ratia, M. & Routamaa, M. 2010. Henkilöhygienia. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Kuntaliitto, 152-154.

Routamaa, M. & Ratia, M. 2010. Työ- ja suojavaatetus sekä suojaimet. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Kuntaliitto, 155-164.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Luettu 11.10.2017. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Saukkonen, K. 2016. EN-standardien myytit ja nytyt. *Suomen sairaalahygienialehti*. 34(5), 281-287.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Luettu 6.10.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3aNBN%3afe201504226780.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus 6.4.2011/341.

Srigley, J., Furness, C., Baker, G. & Gardam, M. 2014. Quantification of the Hawthorne effect in hand hygiene compliance monitoring using an electronic monitoring system: a retrospective cohort study. *BMJ Quality & Safety*. 23, 974-980.

Syrjälä, H. & Lahti, A. 2010. Iho ja infektioiden torjunta. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. Helsinki: Kuntaliitto, 113-116.

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

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*. Helsinki: Kuntaliitto, 18-22.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2017. Potilasturvallisuus. Luettu 14.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2016. WHO:n käsihygieniajulisteet. Luettu 16.8.2017. https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/seuranta-ja-epidemiat/hoitoon_liittyvien_infektioiden_seuranta/siro-ohjeet/who-n-kasihygieniajulisteet

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. Potilasturvallisuusopas. Luettu: 14.9.2017. <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Toura, S., Arifulia D., Veltheim, J., Olgren J. & Lyytikäinen, O. 2016. Käsihygieniat Suomen akuuttisairaaloissa 2014: kyselytutkimuksen tulokset. *Suomen sairaalahygienialehti*. 34(3), 148-151.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 16.10.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

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

Vilkka, H. n.d. Tutki ja havainnoi. Luettu 30.9.2017. <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-havainnoi.pdf>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

World Health Organization. 2017. System change – changing hand hygiene behaviour at the point of care. Luettu 9.10.2016. http://www.who.int/gpsc/tools/faqs/system_change/en/

World Health Organization. 2009. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.

LIITTEET

Liite 1. Käynti Hatanpäällä 15.5.2017

1 (3)

Käsihygieniahavainnointi khYHKÄ-mallin mukaan

Laura Roponen ja Satu Suoniemi, TAMK

Hotus & khYHKÄ

- ▶ Hoitotyönsuositukset ovat hoitotyön asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia ja konkreettinen osoitus näyttöön perustuvasta hoitotyöstä.
- ▶ khYHKÄ=käsihygienian yhtenäiset käytännöt. Toimintamalli perustuu vahvaan tutkimusnäyttöön. Kehitetty Oulun yliopistollisen sairaalan ja hoitotyön tutkimussäätien yhteistyössä.
- ▶ khYHKÄ-mallin tavoitteena on vahvistaa potilasturvallisia käytäntöjä.

(jatkuu)

khYHKÄ TOIMINTAMALLI

- ▶ Taustalla tutkimustieto siitä, että moniulotteisilla interventioilla voidaan vaikuttaa henkilöstön käsihygienian noudattamiseen ja muuttamaan käsihygieniakäytäntöjä paremmin kuin yksittäisillä interventioilla esim. koulutuksella.
- ▶ 1. käsihygienian säännöllinen seuranta
- ▶ Käsideseinfektion kesto (sekunteina)
- ▶ Käsikorujen käyttö
- ▶ 2. palautetieto
- ▶ Havainnointiin yhdistetty palautetieto voi tehokkaasti muuttaa ammattilaisten käyttäytymistä.
- ▶ 3. palautetiedon pohjalta tehtävät korjaavat toimenpiteet
- ▶ Palautetieto annettava organisaatiossa siten että kaikki asianomaiset ovat paikalla.
- ▶ Raportointi helposti ymmärrettävässä muodossa mieluiten useammasta havainnoinnista jotta kehitys näkyvässä.

HAVAINNOINTI

- ▶ Tiedottaminen ennen havainnointia on tärkeää että havainnoitavat tietävät mitä havainnoidaan.
- ▶ Tavoitteena useat havainnot jotta tieto olisi yleistettävissä.
- ▶ Havainnointi kohdistetaan tavanomaisiin hoitotoimiin yksikössä.
- ▶ Havainnointia suorittavilla täytyy olla riittävä osaaminen havainnointiin ja palautetiedon tuottamiseen.

(jatkuu)

Havainnointilomakkeen käyttö

- ▶ Yksi seuranta/lomake.
- ▶ Ajan havainnointi:
 - ▶ Aika alkaa siitä kun desinfektioainetta otetaan käsiin ja päättyy kun hierominen päättyy.
- ▶ Ellei käsiä desinfioida merkitään 0 s. ja e-lomakkeessa kohtaan ei lainkaan
- ▶ E-lomakkeessa merkataan vain ne kohdat joita havainnoitu.
- ▶ Havainnoinnit kerätään ensin yhdelle koontilomakkeelle josta tiedot siirretään e-lomakkeelle. E-lomakkeella havainnoinnit raportoidaan työntekijäkohtaisesti
- ▶ Merkitse ketä havainnoidaan hoitaja, lääkäri, sairaalahuoltaja, muu ja desinfektioaika.
- ▶ Yhtä henkilöä voidaan havainnoida useamman kerran mutta korujen käyttöä seurataan kerran/työntekijä/työvuoro.
- ▶ Käyttökokemus kyselyyn jokainen vastaa yhden kerran.

Tulossa syksyllä 2017:

- ▶ Uudistettu havainnointilomake kaikkien käyttöön.
- ▶ Lopullinen lomake muokataan koekäytön jälkeisen palautetiedon perusteella joten antamasi palaute on TÄRKEÄÄ!

Käsihygieniahavainnointi KhYHKÄ-mallin mukaan

Opinnäytetyö
Laura Roponen ja Satu Suoniemi, TAMK

Taustaa

- ▶ **KhYHKÄ** = käsihygienian yhtenäiset käytännöt.
- ▶ Toimintamalli käsihygienian toteutumisen arviointiin ja kehittämiseen
 - ▶ Käsihygieniaseuranta
- ▶ Toimintamalli perustuu vahvaan tutkimusnäyttöön. Kehitetty Oulun yliopistollisen sairaalan ja hoitotyön tutkimussäätien yhteistyössä.
- ▶ Kolme vaihetta:
 - ▶ 1.käsihygienian säännöllinen seuranta
 - ▶ 2.palautetieto
 - ▶ 3.palautetiedon pohjalta tehtävät korjaavat toimenpiteet

(jatkuu)

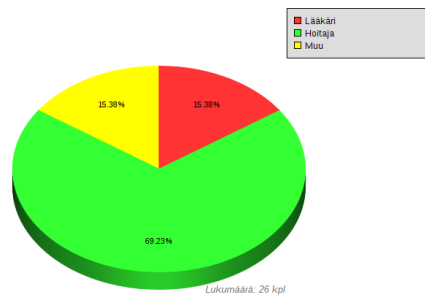
Työn vaiheet

- ▶ Toukokuu 2017: esittelimme KhYHKÄ-mallia ja e-lomakkeen koekäyttöversion
- ▶ Koekäyttölomake tehty verraten Tampereen sairaala- ja kuntotuspalveluiden käytössä ollutta e-lomaketta ja KhYHKÄ-mallin havainnointilomaketta
- ▶ Koekäytön tavoitteet:
 - ▶ Lomakkeen tekninen toimivuus, saada palautetta lomakkeesta/ havainnoinnista, nähdä millaista tietoa lomake kerää
- ▶ Kesän aikana koekäyttö
 - ▶ 5 osastoa
 - ▶ 26 havainnointia (= täytettyä e-lomaketta, 1 lomake/ havainnointitilanne)
 - ▶ **KIIITOS OSALLISTUNEILLE !**

Seurattu henkilö

Seurattu henkilö
Seurattu henkilö

Vastausten suhteellinen jakauma



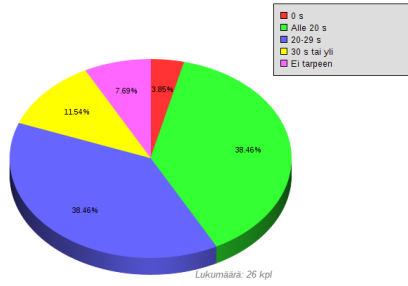
- ▶ Hoitaja 18 kpl
- ▶ Lääkäri 4 kpl
- ▶ Muu 4 kpl

(jatkuu)

Ennen potilaskontaktia

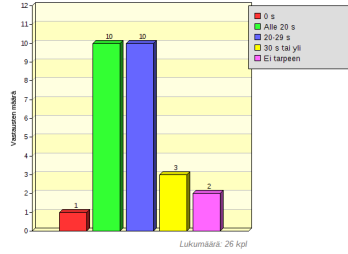
Montako sekuntia käsiä desinfiointi kesti?
Ennen potilaskontaktia

Vastausten suhteellinen jakauma



Montako sekuntia käsiä desinfiointi kesti?
Ennen potilaskontaktia

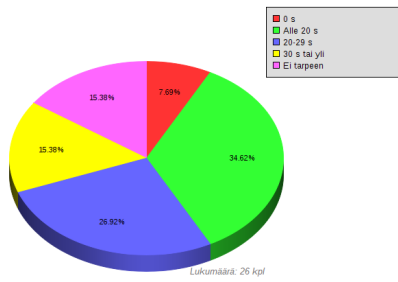
Vastausten absoluuttinen jakauma



Potilaskontaktin jälkeen

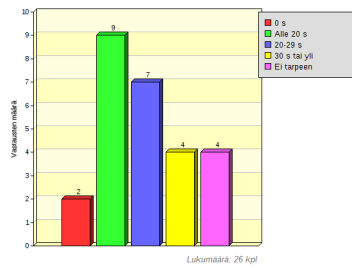
Montako sekuntia käsiä desinfiointi kesti?
Potilaaseen kosketamisen jälkeen

Vastausten suhteellinen jakauma



Montako sekuntia käsiä desinfiointi kesti?
Potilaaseen kosketamisen jälkeen

Vastausten absoluuttinen jakauma

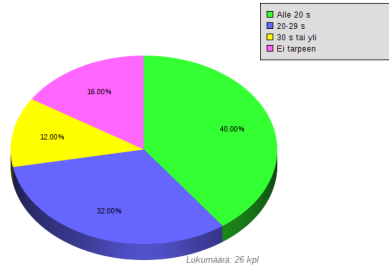


(jatkuu)

Ennen suojakäsineiden pukemista

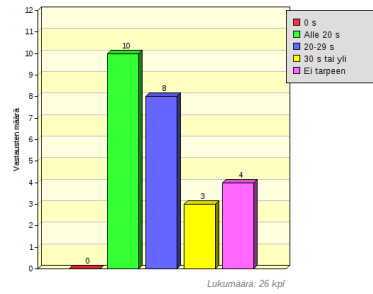
Montako sekuntia käsien desinfiotio kesti?
Ennen suojakäsineiden laittoa

Vastausten suhteellinen jakauma



Montako sekuntia käsien desinfiotio kesti?
Ennen suojakäsineiden laittoa

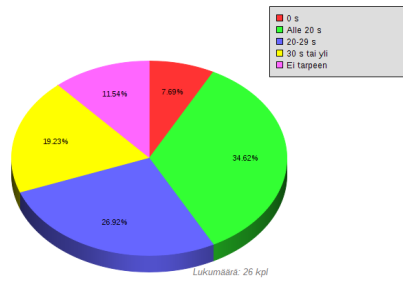
Vastausten absoluuttinen jakauma



Suojakäsineiden riisumisen jälkeen

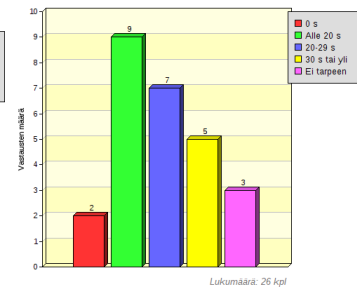
Montako sekuntia käsien desinfiotio kesti?
Suojakäsineiden riisumisen jälkeen

Vastausten suhteellinen jakauma



Montako sekuntia käsien desinfiotio kesti?
Suojakäsineiden riisumisen jälkeen

Vastausten absoluuttinen jakauma

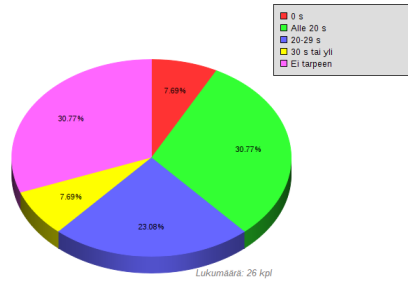


(jatkuu)

Likaisesta puhtaaseen työvaiheeseen siirryttäessä

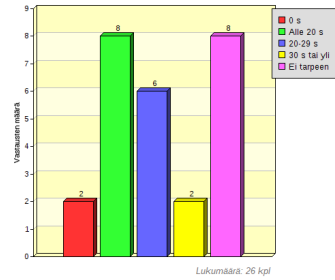
Montako sekuntia käsien desinfektio kesti?
Likaisesta puhtaaseen työvaiheeseen siirryttäessä

Vastausten suhteellinen jakauma



Montako sekuntia käsien desinfektio kesti?
Likaisesta puhtaaseen työvaiheeseen siirryttäessä

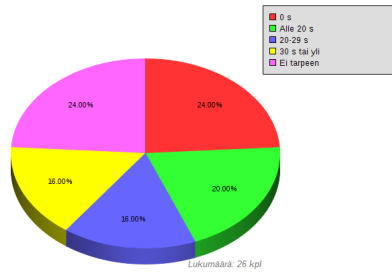
Vastausten absoluuttinen jakauma



Potilaan lähiympäristöön koskemisen jälkeen

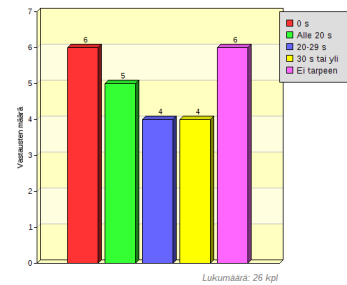
Montako sekuntia käsien desinfektio kesti?
Potilaan lähiympäristöön koskettamisen jälkeen

Vastausten suhteellinen jakauma

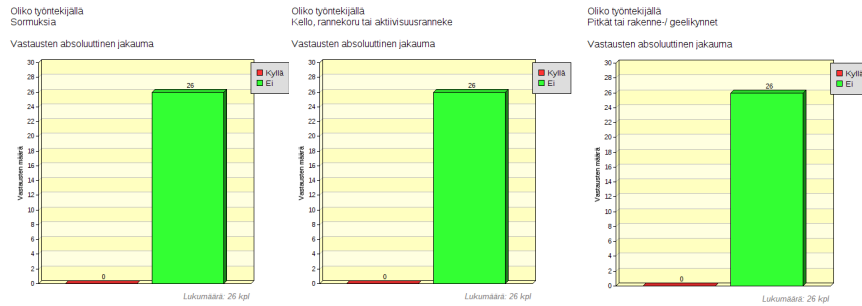


Montako sekuntia käsien desinfektio kesti?
Potilaan lähiympäristöön koskettamisen jälkeen

Vastausten absoluuttinen jakauma



Käsikorut, pitkät kynnet



100 % kunnossa ! 😊

Yhteenvetona

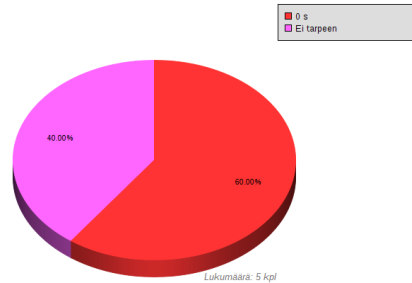
- ▶ Parasta käsien koruttomuus ja siistit kynnet
- ▶ Riittävän käsidesinfektio osuus kohtalaisen tasainen eri tilanteissa
- ▶ Suurin osa ”ei lainkaa”, eli 0 sekuntia havainnoista tuli kohdassa ”potilaan lähiympäristön koskemisen jälkeen”.

(jatkuu)

Jokainen osasto on yksilöllinen

Montako sekuntia käsien desinfektio kesti?
Potilaan lähiympäristöön koskettamisen jälkeen

Vastausten suhteellinen jakauma



- ▶ Esimerkkinä erään osaston 5 havainnointia potilaan lähiympäristöön koskemisen jälkeen

Palaute hygieniayhdyshenkilöiltä

- ▶ Haasteina koettiin :
 - ▶ "kellottaminen"
 - ▶ havainnoinnin huomaamattomuus
 - ▶ "kohtien päällekkäisyys / lomakkeen tulkinnanvara" (yleisimmin kohta "ennen potilaskontaktia" ja "ennen suojakäsineiden laittoa" koetaan päällekkäisiksi)
- ▶ Muita esille nousseita asioita:
 - ▶ Ei tarpeen kohdan muuttaminen / poistaminen (mahdollista poistaakin, kun joka kohta ei lomakkeella ole pakko täyttää. Mielummin tyhjä, kun luokitellaan omana osuutena)
 - ▶ Kaivattiin havainnointia käsien pesusta osastolle tullessa
 - ▶ Yhteenveto koekäytöstä osastolle

(jatkuu)

Kehittämisehdotukset

Havainnointi

- ▶ Hygieniayhdysheiköiden yhteinen keskustelu ja sopiminen (lomakkeen kohdat, välineistö esim. ajanottoon)
- ▶ Suunnitelma ja avoimuus osastolla (mitä ja ketä havainnoidaan). Huomaa myös kertoa potilaalle ja omaisille.
- ▶ Tavanomaisissa hoitotilanteissa (ei silloin kun vaaditaan erityisresursseja hoitoon, esim. elvytys)

Palautetieto

- ▶ Tiheä havainnointi → helpompi seurata muutosta
- ▶ E-lomakkeen raporttien hyödyntäminen (jokainen saisi tilastot heti oman osastonsa kohdalta)
- ▶ Eettisyys raporteissa: yksittäinen henkilö ei saa tulla tunnistetuksi

Tulossa

- ▶ Koekäytöstä osastokohtaiset raportit (s.postilla ?)
- ▶ Viimeistelty e-lomake
- ▶ Opinnäytetyön palautus 20.11.
- ▶ Esitysseminaari Hatanpäällä ?

