

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Johanna Suhonen

KÄSIHYGIENIAN TOTEUTUMINEN PARTALANMÄEN PALVELUKODIN
ONNELA-SOLUSSA

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Kesäkuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijä
Johanna Suhonen

Nimeke
Käsihygienian toteutuminen Partalanmäen palvelukodin Onnela-solussa

Toimeksiantaja
Partalanmäen palvelukoti

Tiivistelmä

Suurin osa hoitotyössä ilmenevistä infektioista leviää käsien välityksellä eli kosketustartuntana. Oikein toteutetun käsihygienian avulla suojaudutaan mikrobeilta, ja pyritään ehkäisemään niiden leviäminen hoitajasta potilaaseen ja toisin päin hoitotoimenpiteiden ja potilaskontaktien aikana.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien käsihygienian toteutumista hoitotoimenpiteiden aikana ja potilaskontakteissa Partalanmäen palvelukodin Onnela-solussa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa käsihygienian toteutumisesta Onnela-solussa. Tutkimus on laadultaan kvantitatiivinen, ja se toteutettiin havainnointimenetelmää käyttäen.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitajien kädet olivat hyväkuntoiset ja koruttomat. Turhaa käsien saippuapesua ei suoritettu. Käsien desinfektio toteutui ennen ja jälkeen potilaskontaktin- ja toimenpiteen erittäin hyvin. Suojakäsineitä käytettiin suositusten mukaisesti. Eniten puutteita käsihygienian toteutuksessa havaittiin käsihuvun hieromiseen käytetyssä ajassa ja käsien hieromisessa kuivaksi asti sekä sormenpäiden ja peukalonhankojen desinfektiossa.

Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Onnela-solun sekä eri hoitoalan työpaikkojen mahdollisten koulutusten suunnittelussa ja toteutuksessa.

Kieli
suomi

Sivuja 48
Liitteet 4
Liitesivumäärä 6

Asiasanat
käsihygienia, metisilliiniresistentti Staphylococcus aureus, palvelukoti



THESIS
June 2014
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 48 16

Author
Johanna Suhonen

Title
Implementation of hand disinfection in the Onnela Unit of Partalanmäki Nursing Home

Commissioned by
The Nursing Home of Partalanmäki

Abstract

Most infections in nursing spread through hands or in other words by touch contamination. Hand hygiene carried out properly protects from microbe contamination. Correct hand hygiene prevents microbe contamination from nurses to patients and vice versa during nursing procedures and patient contact.

The aim of this thesis was to observe how nurses carried out hand hygiene during nursing procedures and patient contacts in the Onnela Unit of Partalanmäki Nursing Home. The purpose of the observation was to produce information on the hand hygiene performance in the Onnela Unit. The study was a quantitative study and it was carried out using observation procedures.

The results implied that the nurses' hands were in a good condition and there was no jewelry used. There was no unnecessary hand wash with soap. Use of hand disinfection was performed very well in patient contacts. Protective gloves were used according to the recommendations. Things to be improved in hand hygiene were the time used in disinfection and in the rubbing of disinfectant to hands.

The results of the study can be used in the Onnela Unit and in the education of nursing techniques.

Language
Finnish

Pages 48
Appendices 4
Pages of Appendices 6

Keywords
hand hygiene, Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus, Nursing Home

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Käsihygienian hoitotyössä.....	6
2.1	Käsihygienian historiaa hoitotyössä.....	6
2.2	Hoitotyöntekijöiden käsihygieniaosaaminen tutkimusten valossa.....	7
2.3	Aseptinen työskentely hoitotyössä.....	8
2.4	Käsihygienian ja suositukset.....	9
2.5	Käsienpesu ja käsidesinfektio.....	11
2.6	Mikrobeilta suojautumisen keinot hoitotyössä.....	13
3	Palvelukoti hoitoympäristönä.....	15
3.1	Palvelukoti.....	15
3.2	Partalanmäen palvelukoti.....	16
3.3	Onnela-solun hoitohenkilökunnan käsihygienian toteutus.....	17
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelma.....	19
5	Opinnäytetyön toteutus.....	20
5.1	Tutkimusmenetelmän valinta.....	20
5.2	Havainnointilomakkeen laatiminen.....	21
5.3	Tutkimuksen kohderyhmä.....	23
5.4	Havainnoinnin toteutus.....	23
5.5	Aineiston käsittely ja analysointi.....	25
6	Opinnäytetyön tulokset.....	26
6.1	Työntekijän käyttämät käsikorut ja ihon kunto.....	26
6.2	Käsien saippuapesu ja käsihuuhteen käyttö.....	26
6.3	Desinfektio toteutuminen.....	32
6.4	Suojakäsineiden, -takin ja -esiliinan käyttö.....	35
7	Pohdinta.....	39
7.1	Opinnäytetyön sisällön ja tulosten tarkastelu.....	39
7.2	Johtopäätökset.....	42
7.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	43
7.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys- ja jatkotutkimusideat.....	46
	Lähteet.....	47

Liitteet

Liite 1	Havainnointilomake
Liite 2	Toimeksiantosopimus
Liite 3	Tutkimuslupahakemus
Liite 4	Saatekirje

1 Johdanto

Käsihygienian historia sai alkunsa 1840-luvulla lääkäri Ignaz Philipp Semmelweissin toimesta. Silloin huomattiin, että käsien desinfektio kloorivedellä vähensi äitien lapsivuodekuolleisuutta Wienin synnytysairaalassa jopa 9 %, kun lääkärit ja lääketieteen kandidaatit menivät hoitamaan synnytyksiä avaussalista desinfioiduin käsin. (Ojajärvi 2004, 105.)

Ojajärven (2004, 106–107) tutkimuksissa huomattiin, että pelkkä käsien desinfektio on yhtä tehokas tapa mikrobien vähentämisessä kuin käsien saippuapesu ja desinfektio yhdessä. Nykyisin käsienpesua suositellaankin vain silloin, kun kädet ovat näkyvästi likaiset.

Käsidesinfektiohuuhteen käyttöä alettiin suositella 2000-luvun alussa ennen ja jälkeen jokaisen potilaskontaktin, koska tällä on merkittävä vaikutus infektioiden torjunnassa. Hoitoon liittyvät infektiot leviävät parhaiten kosketustartuntana eli käsien välityksellä, joten infektioiden leviämistä torjutaan noudattamalla hyvää käsihygieniää. (Syrjälä, Teirilä, Kujala & Ojajärvi 2005, 611.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien käsihygienian toteutumista hoitotoimenpiteiden aikana ja potilaskontakteissa Partalanmäen palvelukodin Onnela-solussa. Tein opinnäytetyöni toimeksiantona Lieksan Partalanmäen palvelukotiin, jossa havainnoin hoitohenkilökunnan käsihygienian toteutumista Onnela-solussa helmikuussa 2014. Opinnäytetyö on kvantitatiivinen tutkimus, johon keräsin tutkimusaineiston havainnoimalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa siitä, kuinka käsihygienia toteutuu Onnela-solussa. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat käsihygienia, metisilliiniresistentti *Staphylococcus aureus* ja palvelukoti.

2 Käsihygienian hoitotyössä

2.1 Käsihygienian historiaa hoitotyössä

Käsihygienian historia alkoi 1840-luvulla, jolloin lääkäri Ignaz Philipp Semmelweis määräsi lääkäreiden ja lääketieteen kandidaattien desinfioida kätensä kloorivedellä heidän mennessään hoitamaan synnytyksiä avaussalista. Tämä oli merkittävä toimenpide, sillä Wienin synnytyssairaalassa äitien lapsivuodekuolleisuus väheni jopa 9 %. (Ojajärvi 2004, 105.)

Käsihuuhteiden tehoa tutkittiin 1900-luvulla ja silloin todettiin, että etanolin vaikutus on tehokkain etanolin pitoisuuden ollessa tasan 70 %. (Ojajärvi 2004, 106–107.) Seuraavan kerran tuloksia käsidesinfektion tehosta on saatu 1960-luvulla tehdyssä tutkimuksessa. Tämä USA:ssa tehty tutkimussarja on toteutettu vastasyntyneiden osastolla, jossa tutkittiin kosketus- ja ilmatartunnan merkittävyyttä *Staphylococcus aureus* -bakteerilla kolonisoitumiseen. Kolonisaatiossa tartunnan aiheuttajamikrobi pääsee ihmisen normaalin mikrobiston osaksi aiheuttamatta kuitenkaan infektiota (Anttila, Hellstén, Rantala, Routamaa, Syrjälä & Vuento 2010, 686). Tutkimuksessa ilmeni, että vastasyntyneiden keskuudessa kolonisaatio väheni keskeisesti hoitohenkilökunnan pestessä käsiään aineella, joka sisälsi heksaklorofeenia. Myöhemmin heksaklorofeenin käyttö jouduttiin kuitenkin lopettamaan, sillä Ranskassa ilmeni 1970-luvulla vauvojen kuolemantapauksia, kun heksaklorofeenia käytettiin liian suurina annoksina. (Ojajärvi 2004, 105.)

Uusia käsienpesusaippuista alettiin kehittää 1960–1970-luvuilla. Markkinoilla oli saatavilla muun muassa lääkesaippuista, mutta valmisteista puuttui se oleellinen, mikrobeja tappava desinfektiovoima. Tuohon aikaan desinfektioaineiden tehosta ja vaikuttavuudesta ei ollut tietoa, sillä valmisteita ei ollut vielä testattu. (Ojajärvi 2004, 105.)

Juhani Ojajärvi (LKT) alkoi 1970-luvulla Helsingin yliopiston kandidaattien kanssa tutkia käsihygieniavalmisteita ja käsidesinfektiovalmisteiden todellista hyötyä. Tutkimuksissa ilmeni, että käsien saippuapesu ja sen jälkeinen desinfektio

glyserolia sisältävällä alkoholihuuhteella eivät kuivattaneet käsien ihoa, toisin kuin klooriheksidiinivalmiste. Vähitellen huomattiin, että käsien saippuapesu ja käsien desinfektio yhdessä eivät olleet tehokkaampi tapa käsien puhdistuksessa verrattuna pelkkään käsien desinfectointiin. Käsienpesu saikin melkein kokonaan väistyä. Nykyisin käsien pesua suositellaan vain silloin, kun kädet ovat näkyvästi likaiset. (Ojäjärvi 2004, 106–107.) Poikkeuksena kuitenkin ovat erilaiset suolistoinfektiot, esimerkiksi norovirus ja *Clostridium difficile*, joiden poistamiseen käsien peseminen vedellä ja saippualla on tehokkain tapa (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 890).

2.2 Hoitotyöntekijöiden käsihygieniosaaminen tutkimusten valossa

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalahygienia- ja infektion torjuntayksikkö on tehnyt vuonna 2011 tutkimuksen käsihygienian toteutumisesta Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (TYKS). Tutkimus toteutettiin systemaattisena havainnointina, jossa kiinnitettiin huomiota käsidesinfektiohuuhteen käyttöön ennen ja jälkeen potilaan koskettamisen, ennen aseptiseen toimenpiteeseen ryhtymistä ja eritteiden kosketteluun jälkeen. Lisäksi havainnoitiin suojakäsineiden käyttöä ja käsien koruttomuutta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että käsihygienia toteutui suositusten mukaisesti 44 %:ssa havainnointitilanteissa. Osittain käsihygienia toteutui 29 %:ssa havainnointitilanteissa, ja 27 %:ssa se ei toteutunut suositusten mukaisesti. Havainnointitilanteita oli 4 193. Tutkimuksessa huomattiin, että käsihygienian toteutuminen oli heikointa ennen potilaskontaktia. (Rintala & Routamaa 2013, 1120–1121.)

Vaikka käsidesinfektioaineiden käytön määrä on huomattavasti lisääntynyt, tämä ei takaa sitä, että käsihuhdetta käytettäisiin oikein. Yleisimmät virheet käsidesinfektioaineiden käytössä ovat kertakäyttöisten suojakäsineiden desinfectointi, sormuksellisten käsien desinfectio sekä käsihuuhteen käyttö eritetahrojen, kosketuspintojen ja välineiden puhdistamiseen. (Pentti 2009, 220–223.)

Laalahti ja Naskali (2009) ovat tutkineet opinnäytetyössään hoitajien aseptista työskentelyä MRSA-potilaita hoidettaessa. Tutkimus on toteutettu Hatanpään

sairaalan infektio-osastolla B1 havainnointi- ja kyselylomakkeiden avulla. Tutkimuksessa ongelmina tuli selvittää, miten hoitajien aseptinen työskentely kyseessä olevassa paikassa toteutuu ja millaista tietoa ja kokemusta hoitajilla on aseptiikasta hoidettaessa MRSA-potilaita. Lisäksi selvitettiin, onko työntekijöiden koulutuksella tai työkokemuksella merkitystä aseptiseen työskentelyyn hoidettaessa MRSA-potilaita.

Tutkimustuloksissa ilmeni, että työntekijöiden käsidesinfektion toteutumisessa oli parannettavaa. Havainnoinnin ja kyselylomakkeiden avulla saatujen tulosten välillä oli ristiriitaisuuksia. Käsidesinfektion toteutumisessa ennen ja jälkeen suojakäsineiden käytön havaittiin puutteita, mutta suurin osa kyselyyn vastanneista piti tätä tärkeänä sekä vaivattomana toteuttaa. Tutkimuksessa selviää, että lähes kaikki kyselyyn vastanneista pitivät käsien desinfektioita tärkeänä ja vaivattomana toteuttaa. Potilashuoneeseen mentäessä käsien desinfektio toteutui puolella hoitajista. Hoitotoimenpiteen aikana käsien desinfektio suojakäsineiden vaihdon yhteydessä toteutui 19 %:lla havainnoinneista, ja 81 %:lla tämä ei toteutunut. Kyselyyn vastanneista jokainen piti tärkeänä, että kädet desinfektoidaan potilashuoneesta poistuttaessa. Käytännössä tämä toteutui 72 %:lla havainnoinneista ja 28 %:lla havainnoista se ei toteutunut. Suojatakin/ -esiliinan käyttö potilashuoneeseen mentäessä toteutui lähes jokaisella hoitajalla havainnointitilanteista. Potilashuoneeseen mentäessä käsien desinfektio toteutui parhaiten hoitajilla, joiden työkokemus oli viisi vuotta tai alle. Kyselylomakkeeseen vastanneista suurin osa piti tärkeänä sitä, että hoitajien kynnet ovat lyhyet. Käytännössä tämä toteutui 88 %:lla havainnoinneista ja 12 %:lla ei toteutunut. (Laalahti ja Naskali 2009, 36–42.)

2.3 Aseptinen työskentely hoitotyössä

Aseptiikka käsittää kaikki ne työskentely- ja toimintatavat, joiden tarkoituksena on ehkäistä infektioiden syntyminen ja ihmisen kontaminoituminen mikrobeilla (Karhumäki, Jonsson & Saros 2005, 54). Aseptista työskentelyä noudattaessa pyri-

tään ehkäisemään kudoksen tai steriilin materiaalin kontaminoituminen mikrobeilla tai tuhoamaan olemassa olevat mikrobit (Ratia, Vuento & Grönroos 2005, 139).

Karhumäen ym. (2005, 54) mukaan aseptinen työjärjestys tarkoittaa hoitotoimenpiteiden suorittamista suunnitelmallisesti siirtyen puhtaasta toimenpiteestä likaisempiin töihin. Anttilan ym. (2010, 224–225) mukaan aseptista työskentelytapaa voidaan myös kutsua nimellä ”työskentely puhtaasta likaiseen”. Aseptista työjärjestystä toteutetaan hoitotoimenpiteiden, potilaskiertojen, haavahoitojen ja leikkaustoimenpiteiden aikana, jolloin torjutaan hoitoon liittyviä infektioita.

Aseptinen omatunto tarkoittaa hoitotyön aseptisiin toimintatapoihin sitoutumista, ja niiden toteuttamista oikeaoppisesti jokaisessa hoitotyön tilanteessa. Jokaisella hoitajalla tulee olla aseptinen omatunto kunnossa suorittaessaan toimenpiteitä. Hygieniaohteiden noudattaminen takaa sen, ettei olla riippuvaisia muiden hoitotyöntekijöiden valvonnasta. (Karhumäki ym. 2005, 54.)

2.4 Käsihygieniat ja suositukset

Suurin osa hoitotyössä ilmenevistä infektioista leviää käsien välityksellä eli kosketustartuntana. Hoitohenkilökunnan on kiinnitettävä erityistä huomiota oikeaan käsihygieniaan, minkä avulla mahdolliset tartunnat voidaan pysäyttää. Hyvään käsihygieniaan kuuluvat käsienpesu, käsien desinfektio, huolellinen käsien ihonhoito ja suojakäsineiden käyttö. (Syrjälä ym. 2005, 611.)

Hyvä käsihygieniat on yksi tärkeä keino suojautua infektioilta ja estää niiden leviäminen. Käsihygieniat tarkoittaa käsiin kohdistuvia eri toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään mikrobien leviäminen hoitajasta potilaaseen ja potilaasta hoitajaan hoitotoimenpiteiden ja potilaskontaktien aikana. (Anttila ym. 2010, 165.)

Tavanomaiset varotoimet hoitotyössä tarkoittavat niitä toimenpiteitä, jotka estävät mikrobien kulkemisen hoitajasta potilaaseen ja potilaasta hoitajaan. Tavanomaisiin varotoimiin sisältyvät oikeaoppinen käsihygieniat, hoitotoimenpiteiden

suoritus aseptisesti oikein, mahdollisten eritteiden poisto, suojainten asianmukainen käyttö sekä veritapaturmien ehkäisy. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013.) Tavanomaisia varotoimia noudattaessa estetään infektioiden syntymisiä (Ylipalosaari, Mäkeläinen & Kujala 2005, 646–647).

Mikrobit ovat eläviä olioita, jotka voivat aiheuttaa potilailla hoitoon liittyviä infektiota. Ne jaetaan bakteereihin, viruksiin, sieniin ja loiseläimiin. Mikrobit ovat lisääntymiskykyisiä, mutta ne ovat niin pieniä, että ne eivät ole silmin havaittavissa. Hoitoon liittyviä infektiota voidaan ehkäistä tekemällä hoitotoimenpiteet suositusten mukaisesti ja noudattamalla hyvää käsihygieniaa. Hoitoon liittyvät infektiot tarkoittavat infektiota, jotka saavat alkunsa potilaan hoitajakson aikana tai jakson jälkeen. Infektiot eivät myöskään ole olleet potilaalla hänen tullessaan hoitoon. (Anttila ym. 2010, 18,43, 55–56.)

Ihon normaalifloora tarkoittaa mikrobeja, jotka elävät ihmisen iholla ja limakalvoilla suojaten elimistöä mikrobien aiheuttamilta taudeilta. Elimistön puolustamisen lisäksi normaalifloora tuottaa B- ja K-vitamiineja. Normaaliflooran mikrobien päästessä esimerkiksi suolistoon tai haavoihin ne voivat aiheuttaa erilaisia infektiota. (Karhumäki, Jonsson & Saros 2010, 31.)

Mikrobifloora voidaan jakaa kahteen luokkaan, väliaikaiseen ja pysyvään mikrobiflooraan. Tämän havainnon teki Price vuonna 1938. Väliaikainen mikrobifloora voi siirtyä hoitohenkilökunnan käsien ihon pinnalle potilaskontaktissa, hoitotoimenpiteen aikana tai ympäristön koskettelusta. Mitä kauemmin hoitotoimenpide kestää, sitä enemmän käsien iholle siirtyy mikrobeja (Syrjälä, Teirilä, Kujala & Ojajarvi 2005, 612). Väliaikainen mikrobifloora sijaitsee ihon pintakerroksessa, joten se on helppo poistaa hyvällä käsihygienialla. Jotkut väliaikaiset mikrobit, kuten *Staphylococcus aureus*, gramma-negatiiviset basillit sekä hiiva, voivat säilyä käsien iholla alituisesti ja aika-ajoin lisääntyä siinä. Siksi hoitotyöntekijöiden tulee noudattaa hyvää käsihygieniaa, jotta väliaikainen mikrobifloora saadaan poistettua (Syrjälä ym. 2005, 613). Pysyvässä mikrobifloorassa mikrobit sijaitsevat ihon sarveiskerroksen alla. Pysyvä mikrobifloora ei aiheuta kovin helposti infektiota, mutta esimerkiksi ihon rikkoutuessa se voi aiheuttaa infektion. (World Health Organization 2009, 10.)

Nykyisten käsihygieniasuosituksen mukaan minuutin kestävä käsienpesu toteutetaan saippuan ja veden kanssa näkyvän lian ja bakteerien itiöiden poistamiseksi. Käsien desinfektiossa desinfektiohuuhdetta hierotaan käsiin puolen minuutin ajan, ja huuhteen on kuivuttava käsistä kokonaan. Käsien jäädessä kosteiksi desinfiointiteho vähenee. Desinfektiohuuhteen suositeltava määrä jokaisella käsidesinfiointitoteutuskerralla on 3 ml, joka saadaan 2-3 käsihuuhdeannostelijan painalluksesta. (Anttila ym. 2010, 165–169.) Käsien desinfiointi täytyy suorittaa aina ennen ja jälkeen työvuoron, ennen ja jälkeen potilaskontaktin ja hoitotilanteen sekä ennen ja jälkeen potilaan lääkehuollon toteuttamista. Desinfiointi täytyy suorittaa myös ennen suojakäsineiden laittoa ja niiden riisumisen jälkeen sekä eritteiden koskettelun jälkeen. (Karhumäki ym. 2005, 57.)

Rannekelloja, -koruja ja sormuksia ei suositella käytettävän terveydenhuoltotyössä, sillä tällöin käsihygienian toteutuminen estyy. Erilaisia iho-ongelmia voidaan ehkäistä pitämällä käsien ihon kunnosta huolta. Potilas- ja työvaihekohtaisia suojakäsineitä tulee käyttää aina, kun kosketaan eritteitä, verta, ja kehon nesteitä. Myös koskettaessa potilaan limakalvoja, rikkiäistä ihoa tai potilaalle asetettuja vierasesineitä on käytettävä suojakäsineitä. (Anttila ym. 2010, 174–176.)

2.5 Käsienpesu ja käsidesinfiointi

Käsien saippuapesu suoritetaan vain silloin, kun kädet ovat näkyvästi likaiset, erilaisten suolistoinfektio, kuten norovirus- ja Clostridium difficile -potilaiden hoidossa sekä wc:ssä käynnin jälkeen. Jatkuva käsienpesu saippualla ja vedellä kuivattaa käsien ihoa, joten turhaa käsienpesua tulee välttää ja korvata se käsien desinfiointilla (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013). Huolellinen käsienpesu suoritetaan siten, että kädet kastellaan ensin haalean veden alla, jonka jälkeen käsiin otetaan nestemäistä saippuaa. Ensimmäisellä saippualla hierotaan huolellisesti kämmeniä vastakkain, jonka jälkeen saippualla hierotaan myös molempien käsien kämmenselät. Sen jälkeen käydään läpi kaikki sormien välit hieromalla niitä käden selkäpuolelta. Saippualla hierotaan huolellisesti molempien käsien peukalot sekä sormenpäät. Molempien käsien ranteet hierotaan myös saippualla, jonka jälkeen molemmat kädet huuhdotaan juoksevan veden alla. (Mustajoki ym. 2013, 890.)

Lopuksi käytetään kertakäyttöpyyhettä käsien kuivaamiseen. Samaa kertakäyttöpyyhettä käytetään myös hanan sulkemiseen pesutilanteen päätyttyä. Näin estetään käsien uudelleen kontaminoituminen. (Syrjälä ym. 2005, 614.) Käsienpesun kokonaisaika vedellä ja saippualla on suositusten mukaan 60 sekuntia (Anttila ym. 2010, 167).

Ihon desinfektioaine on kemiallinen aine, joka soveltuu käytettäväksi vain iholle. Termiä ”antiseptinen aine” voidaan käyttää myös ihon desinfektioaineesta. Joitakin ihon desinfektioaineita voidaan käyttää myös ihon limakalvoille tai kehon kudoksiin, ottaen huomioon yhteensopivuus hoidettavien kudosten kanssa. (Ayliffe, Bradley & Hoffman 2008, 2). Käsien desinfektiossa alkoholipitoinen desinfektiohuuhde hierotaan huolellisesti kuiviin käsiin. Desinfektiohieronnan tavoitteena on poistaa käsiin joutunut väliaikainen mikrobifloora ja estää tätä kautta infektioiden leviäminen hoitotoimenpiteiden ja potilaskontaktien aikana. Desinfektiohuuhdetta otetaan kämmenelle 3 ml (2-3 painallusta käsihuuhteannostelijasta), ja ensin kastetaan molempien käsien sormenpäät. Sormenpäät ja peukalot tulee hieroa desinfektiohuuhteella huolellisesti joka kohdasta, sillä potilaan koskettaminen tapahtuu ensisijaisesti näillä käsien osilla. Sitten huuhteella hierotaan kämmeniä vastakkain. Seuraavaksi hierotaan molempien käsien sormet hieromalla niitä koukistettuna vastakkain. Lopuksi huuhteella hierotaan sormiin ja käsiin niin pitkään, kunnes kädet ovat kokonaan kuivat. (Anttila ym. 2010, 167–170.) Hygieniaohjeiden mukaan kädet hierotaan desinfektioaineella käsivarsia myöten (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012).

Käsien desinfektiohieronnan tulisi kestää 30 sekuntia, että kädet pysyvät koko toimenpiteen aikana kosteana, ja näin desinfektioaine ehtii haihtua kokonaan. Tähän perustuukin huuhteen vaikutus. Ylimääräistä käsihuuhdetta ei saa pyyhkiä vaatteisiin tai kertakäyttöpyyhkeeseen, sillä tämä aiheuttaa käsien uudelleen kontaminoitumisen. Desinfektiohuuhdetta ei tule pyyhkiä kyynärvarsiin, sillä silloin saadaan käsiin uudelleen mikrobeja ja desinfektioaine häviää. Suomessa käsidesinfektioaineissa alkoholina käytetään 80-prosenttista etanolia, ja lisäksi huuhteisiin on lisätty ihoa hoitavia tuotteita, kuten esimerkiksi 1-2 %:a glyserolia. Käsidesinfektiohuuhdetta on oltava helposti saatavilla hoidettavan potilaan lä-

hellä. (Anttila ym. 2010, 167–170.) Joskus käsidesinfektioaine jää käsiin tahmeaksi kerrokseksi, jolloin on hyvä huuhdella käsiä haalealla vedellä. Tämä toimenpide suoritetaan tarpeen mukaan ja toteutetaan ilman saippuaa huuhtomalla käsiä juoksevan veden alla noin 10–15 sekuntia. (Syrjälä ym. 2005, 612.)

2.6 Mikrobeilta suojautumisen keinot hoitotyössä

Hoitotoimenpiteiden aikana, jolloin ollaan tekemisissä erilaisten eritteiden kanssa, tulee käyttää tehdaspuhtaita suojakäsineitä. Käsineitä on suositeltavaa pitää, kun kosketaan potilaan rikkiästä ihoa, potilaan erityistoimintojen avustamisessa, eristyspotilaan hoidossa sekä potilaan intiimihygienian hoidossa. Oikeinkäytettynä suojakäsineet suojaavat käsiä mikrobeilta ja estävät niiden leviämisen hoitoympäristössä. Kun hoitotyössä kosketaan verta, limakalvoja, kehon erittämiä nesteitä, tai eritteitä, tulee ehdottomasti käyttää suojakäsineitä. Koskettaessa myös potilaalle asetettua vierasta esinettä on kädet suojattava suojakäsineillä. Käsineet ovat kertakäyttöiset, potilaskohtaiset, ja niitä käytetään vain yhden toimenpiteen ajan. (Syrjälä ym. 2005, 622.) Steriilejä suojakäsineitä tulee käyttää esimerkiksi leikkauksissa eli toimenpiteissä, joissa läpäistään iho tai limakalvot (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007).

Hygieniaohteiden mukaan kertakäyttöisiä suojakäsineitä tulee käyttää jokaisessa lähihoitotilanteessa ja aina silloin, kun kosketaan verta, rikkiäisiä ihoalueita, eritteitä, vierasesineitä ja potilaan limakalvoja. Suojakäsineet eivät kestä desinfektiota, ja käytön jälkeen kertakäyttöiset suojakäsineet laitetaan heti roskakoriin. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012.)

Ennen suojakäsineiden pukemista kädet on desinfioitava käsien desinfektiohuuhteella (Karhumäki ym. 2005, 57). Likaiset suojakäsineet tulee riisua toimenpiteen jälkeen heti kontaminoimatta käsiä. Kun riisutaan käsineet käsineet, ensin otetaan suojakäsineen ulkopinnalta, käsineen suuaukon kohdalta kiinni ja vedetään käsine pois päin käden päältä. Samalla suojakäsineen likainen puoli jää käsineen sisään. Riisuttua käsinettä pidetään vielä hanskallisessa kädessä. Toinen suoja-

käsine poistetaan niin, että paljas käsi laitetaan toisen käden suojakäsineen suu- aukosta sisään ja suojakäsine autetaan kädestä pois koskematta käsineen li- kaista ulkopintaa. Käsineet jäävät sisäkkäin ja kättä vasten ollut käsineen puhdas puoli jää päällepäin. Lopuksi suojakäsineet laitetaan roskakoriin ja molemmat kä- det desinfioidaan huolellisesti. (Anttila ym. 2010, 162–163.) Kädet saattavat kon- taminoitua (mikrobeilla) uudestaan, jos käsineiden poistotekniikka on huono (Ay- liffe ym. 2008, 57).

Kertakäyttöistä suojaesiliinaa käytetään hygieniaohjeiden mukaan aina lähihoi- toa suoritettaessa sekä silloin, kun hoitotilanteessa on vaaraa eriteroiskeille. Suo- jaesiliina tulee riisua aina ennen potilaan huoneesta poistumista ja laittaa se huo- neessa olevaan roskakoriin. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012.)

Kertakäyttöisiä suu- ja nenäsuojuksia tarvitaan silloin tällöin. Hygieniaohjeiden mukaan suun ja nenän alue on hyvä suojata, kun potilaan iho hilseilee paljon, hänellä on hengitystieinfektio tai hoitotoimenpiteen aikana on vaara roiskeille. Tärkeää on myös suojata suu-nenä-alue silloin, kun suoritetaan potilaalle haava- hoitoa. Tällöin haavaan ei pääse lentämään hoitajan suusta tai nenästä pisaroita. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012.)

Sormusten, käsikorujen ja rannekellojen käyttö ei kuulu hoitotyöhön. Ne estävät oikean käsihygienian toteutumisen, jolloin mikrobeilla on käypä kasvualusta sor- muksien alla ja muiden korujen läheisyydessä. Mikrobikasvuston määrä sormus- ten alla on suuri verrattuna muualle sormien ihoon. Eräässä amerikkalaisessa tutkimuksessa on todettu, että sekä ennen että jälkeen käsienpesun, sormuksel- lisissa käsissä oli enemmän mikrobeja kuin sormuksettomissa käsissä. (Syrjälä ym. 2005, 620–621.) Myöskään rakennekynsiä ei tule käyttää hoitotyötä teh- dessä. Teko- ja rakennekynsiä ei saa käyttää hoitotyössä ollenkaan, sillä niiden käyttö estää käsihygienian oikean toteutumisen, ja likaa ja vettä jää kynsien alle. Näissä olosuhteissa mikrobikasvustot lisääntyvät. Kynsilakan käyttöä ei myös- kään suositella, sillä lohkeileva kynsilakkapinta on mikrobirikkaampi kuin lakaton kynnenpinta. (Syrjälä ym. 2005, 620.)

Käsihygieniaan kuuluu myös käsien ihonhoidosta huolehtiminen. Liiallinen käsien saippuapesu kuivattaa käsien ihoa poistamalla rasvoja sen sarveiskerrokselta (ihon uloimmalta kerrokselta), jolloin ihoon pääsee imeytymään ärsyttäviä aineita. Nämä aiheuttavat erilaisia iho-ongelmia, kuten ihottumia. Käsien hyvä ihon kunto on tärkeä osa hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa. Kuivan, rikkiäisen tai tulehtuneen ihon käsidesinfektio ei pääse toteutumaan kokonaan suositusten mukaisesti, sillä mikrobit tarttuvat huonokuntoiselle iholle paremmin kuin ehjälle iholle, ja mikrobien poistaminen on hankalampaa huonokuntoiselta iholta. Käsien ihon kunto voi parantua käsihuuhteiden runsaalla käytöllä, sillä huuhteiden sisältämä glyseroli parantaa ihon kuntoa ja pitää yllä sen rasvapitoisuutta. Kuivaa ihoa on myös suositeltavaa rasvata säännöllisesti perusvoiteilla, jos käsihuuhte ei yksinään paranna käsien ihon kuntoa. Perusvoide säilyttää ihon pysyvän mikrobiston, jolloin käsien ihon mikrobien puolustusmekanismi on kunnossa. Käsien ihottumien hoidossa käytetään tapauskohtaisesti kortisonivalmisteita, kosteita kääreitä tai mikrobilääkkeitä. (Anttila ym. 2010, 113, 115–119, 174–176.)

3 Palvelukoti hoitoympäristönä

3.1 Palvelukoti

Palvelukoti on mahdollisimman kodinomaista asumista, hoitoa ja huolenpitoa tarjoava yksikkö. Se tuottaa asumis- sekä kuntoutumispalveluja määräajaksi tai vakituisesti. Yleensä palvelukodin tuottamia palveluja käyttävät henkilöt, joiden toimintakyky on laskenut, eivätkä he enää pärjää kotona ja tarvitsevat täten apua ja tukea päivittäisissä toiminnoissa. Toimintakyvyn lasku voi johtua esimerkiksi ikääntymisestä tai vammautumisesta. Toimintakyvyn parantuessa ja taitojen lisääntyessä asiakas voi siirtyä omaan kotiin asumaan itsenäisesti, mutta usein palvelukoti on monen asukkaan viimeinen asumisyksikkö. (Terveystieto 2013.)

Palvelukodin toiminnassa korostuvat asiakkaan omatoimisuuden ja omien voimavarojen ylläpitäminen sekä yhteisöllisyys. Asiakas voi siirtyä palvelukotiin sairaalajakson jälkeen kuntoutumaan tai muuttaa palvelukotiin suoraan kotoaan.

Palvelukodissa on töissä terveydenhoidon ammattihenkilöitä. Palvelukodin henkilökunta tarjoaa yksilöllistä apua ja ohjausta niissä toiminnoissa, joissa asukkaat tarvitsevat tukea. (Terveysinfo 2013.)

Paljon tukea, ohjausta ja valvontaa tarvitseville potilaille järjestetään tehostettua, ympärivuorokautista, palveluasumista. Henkilökuntaa on paikalla myös yöllä. Tehostetussa palveluasumisyksikössä potilailla on käytössään yhteisten tilojen lisäksi oma asunto/huone. Tehostetun palveluasumisen järjestämisestä vastaavat kunnat, yksityiset yrittäjät sekä järjestöt. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2011.)

3.2 Partalanmäen palvelukoti

Partalanmäen palvelukoti on Lieksassa sijaitseva, hoitoa, hoivaa ja ohjausta tarjoava asumisyksikkö. Asukashuoneet sijaitsevat kolmessa eri kerroksessa, ja kukin kerros jakautuu vielä kahdeksi eri soluksi. Asukaspaikkoja palvelukodissa on yhteensä 84. Jokaisen henkilön hoidon- ja avuntarve arvioidaan yksilöllisesti, ja hänelle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma asukkaan, hänen omaisensa sekä omahoitajan kesken. (Lieksan kaupunki 2010.)

Partalanmäen palvelukoti tarjoaa ikäihmisille ympärivuorokautista, tehostettua palvelukotiasumista. Palvelukodissa asukas saa tukea niissä toiminnoissa, joissa hänen oma toimintakykynsä ei enää riitä. Palvelukoti on kodinomainen ja turvallinen asuinympäristö. Asukkaat palvelukotiin valitaan moniammatillisessa palvelutarpeen arviointiryhmässä, johon kuuluvat vanhuspalvelujohtaja, terveyskeskuksen osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja, Yrjönhoivin palvelukodin vastaava hoitaja, kotihoidon vastaavia hoitajia, fysioterapeutti, vanhuspalvelujen sosiaalityöntekijä ja muistihoitaja. Partalanmäen palvelukodissa hoitohenkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. (Lieksan kaupunki 2010.)

Jokainen palvelukodin kolmesta kerroksesta jakautuu kahteen soluun. Partalanmäen palvelukodin asukaspaikat on tarkoitettu huonokuntoisille, muistisairaille, paljon apua tarvitseville henkilöille. Hoitotyön toiminnassa käytetään yksilövas-

tuista hoitotyötä ja omahoitaja-työmallia. (Lieksan kaupunki 2010.) Yksilövastuissa hoitotyössä otetaan huomioon potilaan yksilöllisyys hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Hoito suunnitellaan potilaan tarpeiden mukaan. Omahoitaja-työmalli tarkoittaa sitä, että potilaille nimetään omahoitaja tai -hoitajia, jo(t)ka huolehtii oman potilaan hoitoon liittyvistä asioista moniammatillisessa työyhteisössä. Hoidossa otetaan huomioon potilaan yksilöllisyys ja tarpeet. Potilas on itse mukana suunnittelemassa, toteuttamassa ja arvioimassa omaa hoitoa. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2013.)

Partalanmäen palvelukotiin muuttaessaan asukas saa sisustaa asuinhuoneensa oman mielen mukaan ja tuoda sinne omia tavaroitaan ja huonekalujaan. Muuttaessaan asukas tuo myös mukanaan omat vaatteensa, liinavaatteensa, hygieniatuotteensa, apuvälineet sekä senhetkiset lääkkeet. Asukas maksaa palvelukodilla kotipalvelumaksun, jonka suuruus määräytyy asukkaan bruttotulojen mukaan. Lisäksi asukas maksaa palvelumaksun, 200 euroa kuukaudessa, mikä sisältää yöhoidon, huoneiden siivouksen, wc- ja käsipaperit, turvarannekkeen sekä suojakäsineet. Näiden lisäksi asukas maksaa kuukaudessa vielä pyykkipalvelumaksun, 30 euroa, ruoan ja lääkkeet. (Lieksan kaupunki 2011.)

3.3 Onnela-solun hoitohenkilökunnan käsihygienian toteutus

Partalanmäen palvelukodin Onnela-solussa esiintyy metisilliiniresistentti *Staphylococcus aureus* -kanta. Onnelassa toteutetaan pitkäaikaishoitolaitoksen MRSA-ohjetta, ja olen kiinnostunut, miten siellä toteutuu käsihygienia. MRSA-infektiota esiintyy 11:llä Onnelan asukkaista.

Staphylococcus aureus (stafylokokki) on yleinen bakteeri, joka viihtyy ihmisen nenässä, nenänielussa tai iholla. Stafylokokki-bakteeri voi aiheuttaa vaurioituneella iholla joko lieviä tai vakavia infektioita. Monella lievät stafylokokki-infektiot esiintyvät ihoinfektioina kuten esimerkiksi märkäisinä näppylöinä tai paiseina, joihin ei yleensä tarvita antibioottihoitoa. Keuhkokuume ja leikkaus-haavainfektio voivat olla vakavan stafylokokki-infektion oireita. Vakavia infektioita hoidetaan nii-

hin tehoavilla antibiooteilla. Vaikka henkilön iholla tai nenässä esiintyisikin stafylokokkia, monella bakteeri ei kuitenkaan aiheuta oireita. (Kolho & Lauhio 2005, 478; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Yleiset antibiootit eivät tehoa stafylokokin aiheuttaman infektion hoidossa silloin, kun stafylokokki-bakteerista on tullut vastustuskykyinen näille mikrobilääkkeille. Tätä kutsutaan metisilliinille resistentiksi *Staphylococcus aureus* -bakteeriksi, josta käytetään kirjainlyhennelmää MRSA. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) MRSA:n hoidossa ainoat tehoavat mikrobilääkkeet ovat vankomysiini ja linetsolidi (Karhumäki ym. 2005).

Suurimmat riskit saada MRSA-tartunta on iäkkäillä vuodepotilailla, joilla sairaalajakso on pitkä, tehohoidossa olevilla sekä potilailla, joilla on avohaavoja tai vieraita esineitä, kuten katetrejä kehossa. Hoitohenkilökunta voi saada MRSA-bakteeria omalle iholleen potilaan hoidon yhteydessä. Huonon käsihygienian myötä he voivat levittää bakteeria ympäristöön ja muihin potilaisiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Stafylokokki- ja MRSA-bakteeri leviävät helposti ihon kosketustartuntana, jossa mikrobi voi tarttua kahdella eri tavalla. Suorassa kosketustartunnassa mikrobi leviää käsien välityksellä tai eritteiden koskettelun myötä. Epäsuorassa tartunnassa mikrobit siirtyvät ihmiseen esineiden pinnoilta ja tätä kautta leviävät. Huolellinen ja oikeaoppinen käsihygienia sekä potilaskontaktin jälkeinen desinfektio ovat tärkeitä keinoja ehkäistä tartuntoja. (Karhumäki ym. 2005, 34–35, 147.)

MRSA:n leviämistä torjutaan eristämällä MRSA-infektiota kantava tai sille altistunut potilas jokaisen työyksikön omien eristämisohjeiden mukaan. Sairaalaympäristössä MRSA:ta ehkäistään kosketuseristämällä MRSA-infektiopotilaat ja MRSA:ta kantavat potilaat. Kosketuseristyksen tarkoituksena on katkaista mikrobien tartuntatiet ja tätä kautta ehkäistä mikrobien leviäminen hoitoympäristössä (Ylipalosaari, Mäkeläinen & Kujala 2005, 646). MRSA:n leviämisen ehkäisykeinoon käytetään myös kohortointia, jossa MRSA-kantajat sijoitetaan hoitoyksikön tietyille osastolle tai omiin huoneisiin. Liikkumista ei tarvitse näissä tilanteissa erikseen rajoittaa. Kohortointi voi koskea myös hoitohenkilökuntaa siten, että vain

tietyt ihmiset hoitavat MRSA-potilaita. Kohortoinnin myötä työntekijöiden ja negatiivisten potilaiden MRSA-seulominen eli tarkastaminen mahdollisen tartunnan vuoksi on tärkeää. MRSA:n ehkäisemisessä tulee myös ohjeistaa henkilökuntaa, potilaita sekä heidän omaisiaan työyksikön toimintatavoista. Uudesta MRSA-kantajasta tai epäilystä tulee ilmoittaa heti työpaikalla. (Karhumäki ym. 2005, 146–147.)

Partalanmäen palvelukodin MRSA-yksikössä, Onnelassa, on työntekijöille omat toimintaohjeet, joissa on muun muassa tietoa MRSA:sta, henkilökunnasta, asukkaiden liikkumisvapaudesta osastolla, käsihygieniasta, vierailijoiden toimintatavoista, lääkehoidosta, ruokailusta ja jätehuollosta. Toimintaohjeet Onnela-solun työntekijöille on koonnut kolmannen kerroksen hygieniavastaava Pohjois-Karjalan keskussairaalan hygieniahoitajan 12.1.2012 luentoaineistosta. Keskussairaalan hygieniahoitaja on koonnut ohjeet Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän MRSA-ohjeita ja Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta – kirjaa hyväksikäyttäen. Toimintaperiaatteet on muokattu Onnela-solulle sopiviksi. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelma

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien käsihygienian toteutumista hoitotoimenpiteiden aikana ja potilaskontakteissa Partalanmäen palvelukodin Onnela-solussa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa käsihygienian toteutumisesta hoitotoimenpiteiden ja potilaskontaktien aikana Onnela-solussa. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää myös tarvittavan Onnela-solun koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tutkimusongelma opinnäytetyössä on ”Miten hoitohenkilökunnan käsihygienia toteutuu Partalanmäen palvelukodin Onnela-solussa?”.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttavat monet asiat. Tutkimusmenetelmän valinnassa tulee miettiä, mitkä tutkimusmenetelmät sopivat parhaiten ongelman ratkaisemiseksi. Menetelmän valintaan vaikuttavat tutkimusongelma, millaista tietoa siitä etsitään ja mistä tietoa etsitään. Lisäksi käytössä oleva aika vaikuttaa menetelmän valintaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 179–180).

Opinnäytetyöni on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä perustuu määrälliseen, numeeriseen mittaukseen. Määrällisessä tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely ja tutkittavien henkilöiden valinta. Tutkimuksen muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon, ja tulokset voidaan havainnoida esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 136.)

Valitsin tutkimustavaksi systemaattisen havainnoinnin, sillä se oli mielestäni suorin ja välittömin tapa saada tietoa tutkimusongelmaani. Havainnoimalla saadaan tietoa yksilöiden tai ryhmien toiminnasta. Tarkkailemalla ympäristöä tutkija saa tiedon siitä, toimiiko tutkittava kohde samalla tavalla kuin kertoo toimivansa. Systemaattisessa havainnoinnissa tutkija toimii ulkopuolisena tarkkailijana ja havainnoi ja tallentaa havainnot ylös mahdollisimman tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2007, 207–211.) Havainnot kirjoitin ylös strukturoidulle havainnointikaavakkeelle (liite 1).

Havainnointitapoja on erilaisia. Havainnointi voi olla joko osallistuvaa havaintoa tai tarkkailevaa havaintoa. Tarkkailevassa havainnoinnissa tutkija on ulkopuolisena seuraamassa tutkimuskohdetta, eikä millään lailla osallistu toimintaan. (Vilkkä 2007, 42–44.) Opinnäytetyössäni käytin tarkkailevaa eli systemaattista havainnointimenetelmää. Havainnoimalla sain tietoa siitä, kuinka käsihygienia hoitotilanteissa ja potilaskontakteissa oikeasti toteutui. Havainnointi sopii erinomaisesti tilanteisiin, jotka muuttuvat nopeasti ja ovat vaikeasti ennakoitavissa. Joskus havainnoija voi häiritä tai muuttaa tutkittavaa tilannetta. Tällöin havain-

noija voi vieraillla havainnointipaikassa useamman kerran, jolloin häneen totutaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 208.) Tarkkailevassa havainnoinnissa saadaan tutkimusaineistoja, jotka ovat mitattavissa olevia ja soveltuvat hyvin määrälliseen tutkimusmenetelmään. Tarkkailevassa havainnoinnissa tarkkailu on järjestelmällistä ja ennalta jäsenneltyä. (Vilka 2007, 43.)

Soitin Partalanmäen palvelukodille syyskuussa 2012 ja kysyin, olisiko siellä valmiita opinnäytetyön aiheita tai tarvetta esimerkiksi tutkimukselle, jonka toteuttaisin opinnäytetyönäni. Partalanmäen palvelukodin kolmannen kerroksen sairaanhoitaja soitti minulle parin viikon päästä, jolloin hän kertoi olevan tarvetta tutkimus-työlle, jossa havainnoisin käsihygienian toteutumista kyseisessä solussa. Aineiston keräsin havainnoimalla viiden päivän ajan käsihygienian toteutumista Onnela-solussa aamu-, ilta- ja yövuoroissa.

Opinnäytetyö voidaan tehdä toimeksiantona. Jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja, opiskelija ja toimeksiantaja kirjoittavat keskenään toimeksiantosopimuksen (liite 2), jossa tulevat ilmi opinnäytetyön aihe, sisältö, aikataulu, sitoumukset ja vastuut. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2013.) Tein opinnäytetyöni toimeksiantona Partalanmäen palvelukodin Onnela-solulle. Onnela-solussa asukaspaikkoja on 13 kappaletta (Lieksan kaupunki 2010).

5.2 Havainnointilomakkeen laatiminen

Suoritin havainnointitilanteet strukturoidun havainnointikaavakkeen mukaan. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää käsitteiden määrittelemistä sellaiseen muotoon, että niitä voidaan mitata. Mittareiden luontia ja määrittelyä kutsutaan operationalisoinniksi. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2008a.) Laadin havainnointia varten havainnointilomakkeen kirjallisuuden, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen, sekä Onnelan omien toimintaohjeiden mukaan mukailleen jo käytössä ollut havainnointilomaketta (Oikarinen & Rantanen 2012). Havainnointilomake sisältää 29 kysymyskohtaa käsihygienian toteutumisesta, jossa jokaisessa kohdassa on kyllä- ja ei-vastausvaihtoehdot. Lisäksi jokainen kysymys sisältää kohdan ”huomioita”, jos havainnointitilanteessa oli jotain huomioitavaa.

Laadin havainnointilomakkeesta eli tutkimuksen mittarista mahdollisimman selkeän ja yksinkertaisen, jolloin sitä oli helppo täyttää. Kysymyksissä 8 ja 16 on vastausvaihtoehdot ”o”, ”lo” ja ”v”, jotka kuvaavat, kuinka henkilökunnan käsien saippuapesu ja käsihuuhteen käyttö toteutuivat. ”o” tarkoittaa oikeaa tapaa, ”lo” lähes oikeaa tapaa ja ”v” virheellistä toteutustapaa. Lähes oikeassa toteutustavassa esiintyi joitain yksittäisiä puutteita käsien saippuapesun toteutuksessa ja käsihuuhteen käytössä. Virheellisessä toteutustavassa puutteita esiintyi enemmän.

Havainnointikaavakkeen kohdat 1-5 käsittelevät työntekijöiden käyttämiä käsikoruja ja heidän ihon kuntoaan. Havainnoin, oliko työntekijöiden käsissä rakennekynsiä, käsikoruja tai kelloja. Kriteerien mukaan kynsien tulisi olla lyhyet ja puhtaat, ja ihon ehjä ja hyväkuntoinen. Kohdat 6-21 käsittelevät käsien saippuapesua, käsihuuhteen käyttöä sekä desinfektion toteutumista. Käsien saippuapesussa arvioin sen tarpeellisuutta, suositusten mukaista pesutapaa sekä kestääkö pesutilanne minuutin ajan. Lisäksi havainnoin, kuivattiinko kädet kokonaan pesun jälkeen ja suljettiinko vesihana käsipyyhepaperia käyttäen.

Käsihuuhte tulee levittää kuiviin käsiin 30 sekunnin ajan, ja kädet tulee hieroa kuivaksi asti. Käsihuuhteen käytössä havainnoin myös suositusten mukaista levitystapaa. Käsihuuhteen määrän arvioin käsihuuhteannostelijan painallusten määrästä. Huuhdetta tulee ottaa käsiin 3 ml. Yhden painalluksen antaman käsihuuhtemäärän kävin mittaamassa havainnointipaikassa ennen tutkimuksen suorittamista. Näin tuloksesta tuli mahdollisimman luotettava. Arvioin käsidesinfektion toteutumista ennen ja jälkeen toimenpiteen ja potilaskontaktin, eri työvaiheiden välillä ja ennen suojakäsineiden laittoa ja niiden riisumisen jälkeen. Lomakkeen kohdat 22–29 liittyvät suojainten (suojakäsineet ja suojaesiliina) käyttöön. Arvioin suojainten käytön tarpeellisuutta, käytettiinkö niitä oikein ja olivatko ne potilas- ja toimenpidekohtaiset. Havainnoin jokaista havainnointitilannetta omalle havainnointilomakkeelle. Havainnointilomakkeista ei tulla tunnistamaan ketään havainnoitavaa henkilöä, joten anonymiteetti säilyy tutkimuksessa. Esitetasin lomakkeen toimivuutta ennen oikeaa havainnoinnin ajankohtaa. Esitetauksessa olin yhtenä päivänä muutaman tunnin ajan havainnoimassa työpäikällä käsihygienian toteutumista.

5.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Perusjoukolla tarkoitetaan tiettyä joukkoa, josta tietoa tutkimuksessa halutaan. Tämä joukko muodostaa tutkimuksen otoksen. Käytän opinnäytetyössäni kokonaisotantaa, joka tarkoittaa koko perusjoukon ottamista mukaan tutkimukseen. (Vilka 2005, 77–78.) Tutkimukseni kohderyhmänä on Partalanmäen palvelukodin Onnela-solun henkilökunta. Onnelassa on pääsääntöisesti aina oma henkilökunta. Aamuvuorossa henkilökuntamitoitus on 3-4 työntekijää, iltavuorossa 2 työntekijää ja yövuorossa 1 työntekijä. Onnela-solusta työntekijät eivät siirry muille osastoille kesken työvuoron, sillä solussa esiintyy metisilliiniresistenttiä *Staphylococcus aureus* -bakteeria. Henkilökunta koostuu lähi- ja perushoitajista.

5.4 Havainnoinnin toteutus

Kun tutkija on valinnut tutkimuksen tutkimusmenetelmän, päätetään sen jälkeen, kuinka aineistoa tullaan keräämään. Tässä on otettava huomioon tutkimusaineiston koko, jolla saadaan vastauksia kattavasti tutkimusongelmaan. (Vilka 2005, 77–78.) Keräsin tutkimusaineiston havainnoimalla Onnela-solun työntekijöiden käsihygienian toteutumista hoitotoimenpiteiden ja potilaskontaktien aikana. Keräsin aineiston opinnäytetyöhöni käyttämällä strukturoitua havainnointilomaketta. Opinnäytetyöni toteutin tutkimustyönä ja toimeksiantona Lieksan Partalanmäen palvelukodilla, joten työhöni tarvitsin tutkimusluvan, jota anoin sosiaali- ja terveyslautakunnalta tammikuussa 2014 (liite 3). Sain tutkimuksen toteuttamiseen suullisen luvan, joka myönnettiin 24.1.2014.

Ennen tutkimuksen toteuttamista lähetin Onnela-solulle saatekirjeen (liite 4), jossa kerroin tulevani tekemään havainnointitutkimuksen helmikuussa 2014 (viikon 6 aikana). Kirjeessä kerroin tutkimuksen liittyvän hoitotyöhön. Lähetin saatekirjeen opinnäytetyöni toimeksiantajalle, jotta hän voi informoida työntekijöitä. Kerroin työntekijöille vielä suullisesti paikan päällä, ennen kuin aloitin havainnoinnin. Saatekirjeessä kerroin yleisesti tutkivani hoitotyötä, ettei tarkka tutkimusaihe paljastuisi, ja näin ollen tuloksesta tulisi mahdollisimman luotettava. Mennessäni kuitenkin tekemään havainnointia, minulle kerrottiin, että osa henkilökunnasta on

saattanut saada tietoon oikean tutkimuskohteen. Pyysin saatekirjeessä henkilökuntaa informoimaan potilaita tulostani tekemään tutkimusta, ja että tutkimukseni kohdistui hoitohenkilökunnan toimintaan, ei millään lailla potilaisiin. Suoritin havainnoinnit potilashuoneissa sekä solun päiväsalissa viiden päivän aikana aamu-, ilta- ja yövuoroissa. Pyrin havainnoimaan eri työntekijöitä, jotta samat henkilöt eivät olisi jokaisessa tutkimustilanteessa havainnoitavana.

Käsidesinoinnin toteuttamisessa suositusten mukainen käsihuuhteen kertamäärä on 3 ml, joka toteutuu yleensä 2-3 painalluksella (Anttila ym. 2010, 169). Kävin ennen havainnoinnin toteuttamista mittaamassa, kuinka paljon käsihuuhdetta saadaan Onnela-solussa olevista käsihuuhdeannostelijoista yhdellä painalluksella. Tätä kautta sain selville, kuinka monta painallusta tarvitaan, että saadaan suositusten mukainen määrä huuhtetta käsiin. Mittasin työpaikalla neljä eri käsihuuhdeannostelijaa, joista 2-3 painalluksella sain 3-4 ml huuhtetta. Desinfektiohuuhteen määrä oli siis juuri sopiva. Informoin henkilökuntaa havainnoinnista ja sen toteutuksen ajankohdasta saatekirjeellä. Keräsin aineiston strukturoidulle havainnointilomakkeelle, ja havainnoin yhtä toimenpidettä yhdelle lomakkeelle kerrallaan. Olin koko tutkimuksen ajan ulkopuolisena havainnoijana. Havainnoinnin suoritin viiden päivän ajan aamu-, ilta- sekä yövuoroissa, parin tunnin jaksoissa, helmikuussa 2014. Suoritin yhden harjoitushavainnointitilanteen ennen varsinaista tutkimuksen suorittamista kokeillakseni havainnointilomakkeen toimivuutta, jonka jälkeen lomaketta oli vielä mahdollista hieman muuttaa. Lomakkeeseen ei tarvinnut tehdä muutoksia ennen varsinaista havainnointia. Laadin havainnointilomakkeen niin, että se eteni loogisessa järjestyksessä ja sitä oli helppo täyttää. Valitsin kerrallaan yhden hoitotoimenpiteen tai potilaskontaktin, jota havainnoin rauhassa alusta loppuun.

Havainnointilomakkeeseen keräsin tietoa henkilökunnan käsien ihon kunnosta ja koruttomuudesta, käsien saippuapesun, käsihuuhteen käytön ja desinfektion toteutumisesta. Lisäksi keräsin tietoa suojakäsineiden ja suojatakin ja esiliinan käytöstä. Kun olin saanut tutkimusaineiston kerättyä, kävin jokaisen kohdan erikseen läpi laskemalla yhteen ”kyllä”- ja ”ei”- kohdat. Laskin jokaisesta kysymyskohdasta ”kyllä”- ja ”ei”- vaihtoehtojen omat prosenttiosuudet ja tein jokaisesta kohdasta

oman kaaviokuvan hahmottamaan tuloksia. Kaaviokuvat tein Excel-taulukko -ohjelmalla. Jos tutkimustuloksissa oli huomioitavaa, kirjasin ne ylös kirjoittaessani tuloksia.

5.5 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksen aineistoa kuvataan usein frekvenssein ja prosenttiosuuksin. Tulokset esitetään usein numeerisesti taulukoin tai kuvioin. Jokaisesta muuttujasta laadin lisäksi kaaviokuvan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 132–133.) Kun sain koko havainnointiaineiston kerättyä, käsittelin sen heti tutkimuksen päättyessä. Aineiston analysointiin käytin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa. Jokaiset havainnointilomakkeen kohdat numeroin muuttujiksi, joista muodostin frekvenssi- ja prosenttitaulukon. Taulukkoon kirjasin muuttujat (lomakkeen havainnointikohdat) ja miten ne olivat toteutuneet. Sijoitin muuttujat Excel-ohjelmalle, josta laskin ”kyllä”- ja ”ei”- frekvenssiosuudet sekä niiden prosenttiosuudet (%). Jokaisen muuttujan kohdalla laskin frekvenssiosuudet havaintojen kokonaismäärästä (m). Frekvenssi (f) tarkoittaa havaintojen lukumäärää muuttujan sarakkeessa. (Yhteistieteellinen tietoaarkisto 2008b.)

Frekvenssi- ja prosenttitaulukossa esitän käsihygienian toteutumista Onnela-solussa. Kyllä -vaihtoehdolla kriteeri on toteutunut ja, ei -vaihtoehdolla se ei ole toteutunut. Tarkastin havainnot ja taulukon lukumäärät monta kertaa laskentavirheiden ehkäisemiseksi.

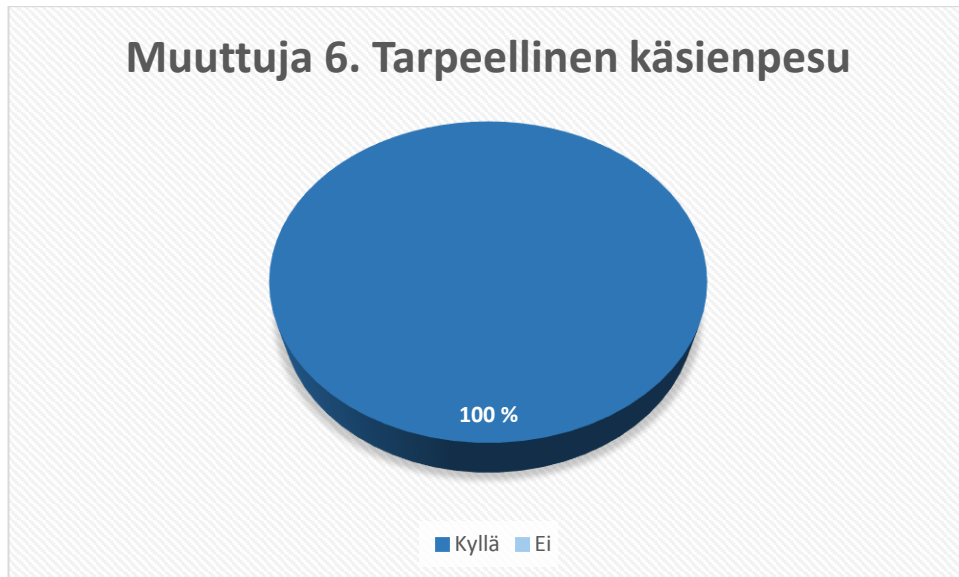
6 Opinnäytetyön tulokset

6.1 Työntekijän käyttämät käsikorut ja ihon kunto

Havainnoin havainnointipaikassa työntekijöiden käsikorujen käyttöä sekä heidän käsiensä ihon kuntoa. Havainnointilomakkeessa nämä olivat muuttajat 1-5. Havainnointilomakkeen muuttujilla 1 ja 2 havainnoin työntekijöiden rakennekynsien, käsikorujen ja kellon käyttöä. Havaintoja sain yhteensä 32 (f), joista missään tilanteessa ei työntekijällä ollut rakennekynsiä, käsikoruja tai kelloa. Muuttujilla 3-4 havainnoin, olivatko hoitajien kynnet lyhyet ja puhtaat, sekä esiintyikö käsissä kynsilakkaa. Kaikissa 32 havainnointitilanteessa hoitajien kynnet olivat lyhyet ja puhtaat sekä lakattomat. Muuttujalla 5 havainnoin, oliko työntekijöiden käsien iho ehjä ja hyväkuntoinen. Jokaisessa 32 havainnointitilanteessa hoitajan käsien iho oli ehjä ja hyväkuntoinen.

6.2 Käsien saippuapesu ja käsihuuhteen käyttö

Havainnointilomakkeen muuttujilla 6-11 tutkin työntekijöiden käsienpesua. Havainnointitilanteita sain yhteensä 3 (f). Yksi tilanne oli, kun työntekijä meni ruokatauolle. Tässä tilanteessa wc:n ovi oli auki, jolloin sain havainnot tehtyä. Kaksi muuta tilannetta havainnoin silloin, kun työntekijöiden kädet olivat näkyvästi likaiset. Jokaisessa kolmessa tilanteessa käsienpesu oli tarpeellinen (kuvio 1), ja jokaisessa tilanteessa työntekijä kostutti kädet vedellä ennen saippuan ottamista käsiin (kuvio 2).



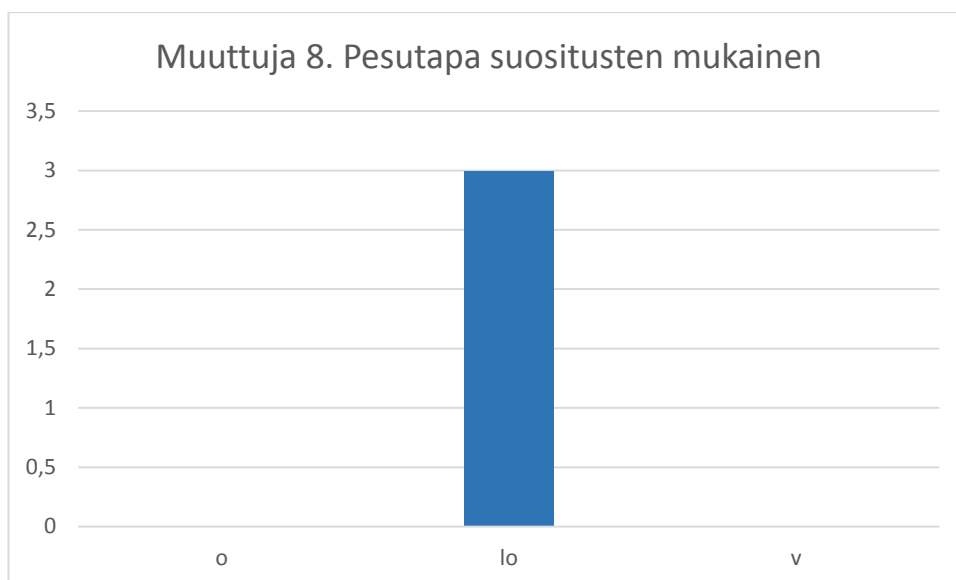
Kuvio 1. Tarpeellinen käsienpesu



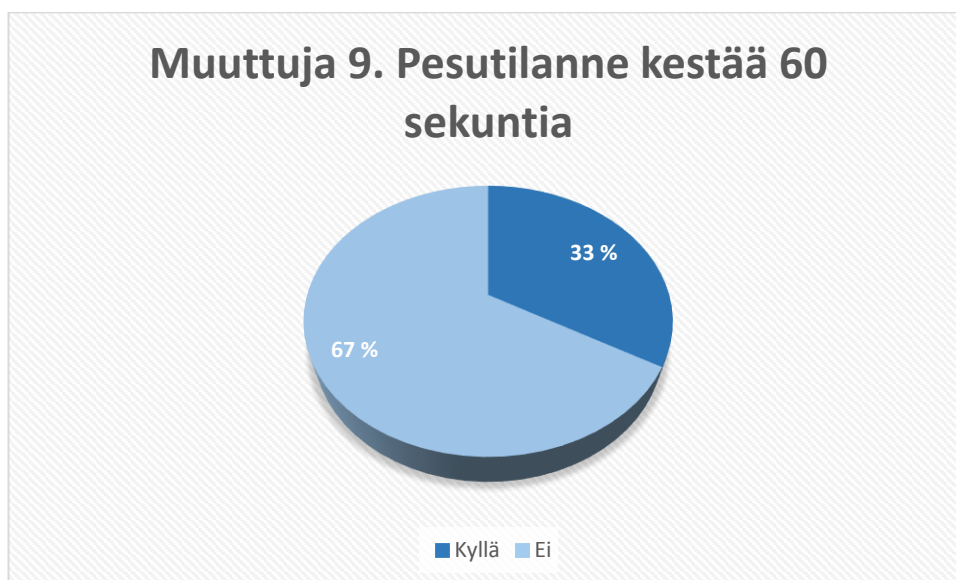
Kuvio 2. Käsien kostutus vedellä ennen saippuan käyttöä

Muuttujalla 8 havainnoin, oliko pesutapa suositusten mukainen. Kaikissa kolmessa havainnointitilanteessa pesutapa oli lähes oikein suositusten mukainen (kuviot 3): jokaisessa tilanteessa työntekijä hieroi saippualla kämmeniä vastakkain sekä myös molempien käsien kämmenselät. Yhdessä tilanteessa saippualla ei hierottu peukaloita, mutta sormien välit ja sormenpäät hierottiin saippualla. Kahdessa muussa tilanteessa saippualla hierottiin molempien käsien peukalot ja sormenpäät, mutta sormien välit unohtuivat hieroa. Yhdessä käsienpesu-tilan-

teessa pesuaika oli riittävän pitkä eli minuutti, mutta kahdessa muussa tilanteessa se jäi alle minuutin, noin puoleen minuuttiin (kuvio 4). Kolmessa tilanteessa käsidesinfektioaine oli jäänyt hoitajien käsiin tahmeaksi kerrokseksi, jolloin he huuhtelivat kädet asianmukaisesti juoksevan veden alla.



Kuvio 3. Pesutapa suositusten mukainen



Kuvio 4. Pesutilanne kestää 60 sekuntia

Muuttujilla 10 ja 11 havainnoin, kuivattiinko kädet pesun jälkeen kokonaan ja suljettiinko hana pesun jälkeen käsipyyhkeellä. Jokaisessa kolmessa pesutilanteessa kädet kuivattiin pesun jälkeen kokonaan (kuvio 5), eivätkä kädet jääneet

kosteiksi. Jokaisessa tilanteessa hana suljettiin pesun jälkeen käsipyyhkeellä (kuvio 6), joten näin ollen kädet eivät kontaminoituneet uudestaan.



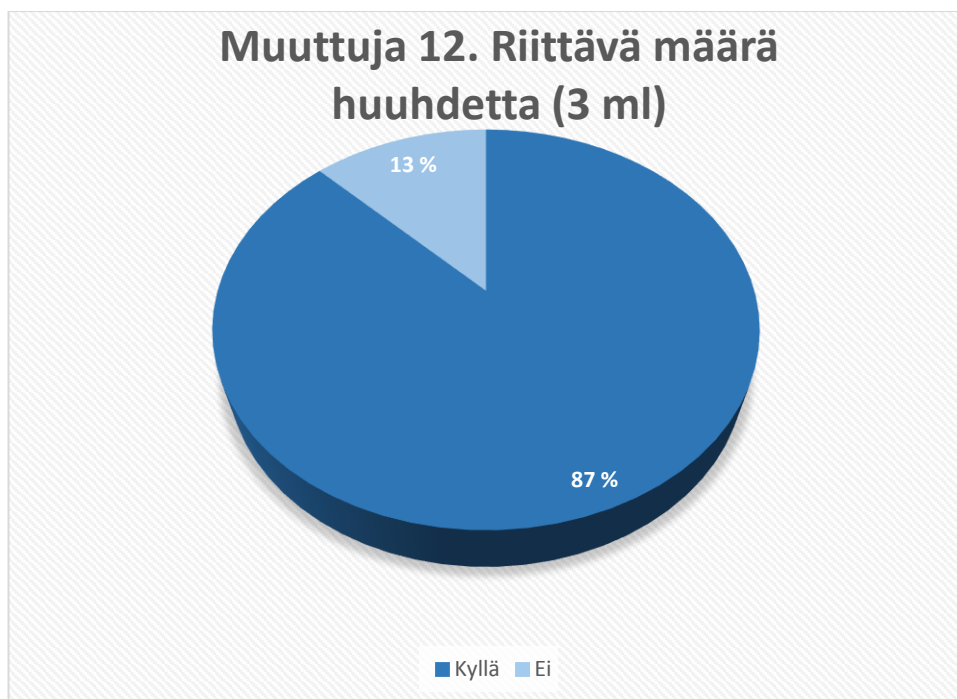
Kuvio 5. Kädet kuivataan pesun jälkeen kokonaan



Kuvio 6. Käsipyyhkeellä suljetaan hana pesun jälkeen

Käsihuuhteen käyttöä havainnoin havainnointilomakkeen kohtiin 12–16. Havainnointitilanteita oli yhteensä 32 (f). Muuttuja 12 kertoo, käytettiinkö tilanteissa riittävä määrä käsihuuhdetta (kuvio 7). 28 havainnointitilanteessa käsihuuhdetta otettiin käsiin riittävä määrä eli 3 ml (2-3 käsihuuhdeannostelijan painallusta).

Neljässä tilanteessa käsihuuhdetta otettiin käsiin liian vähän (noin 1 käsihuuhdeannostelijan painallus). Kaikissa 32 tilanteessa käsihuuhde levitettiin kuiviin käsiin (kuvio 8).



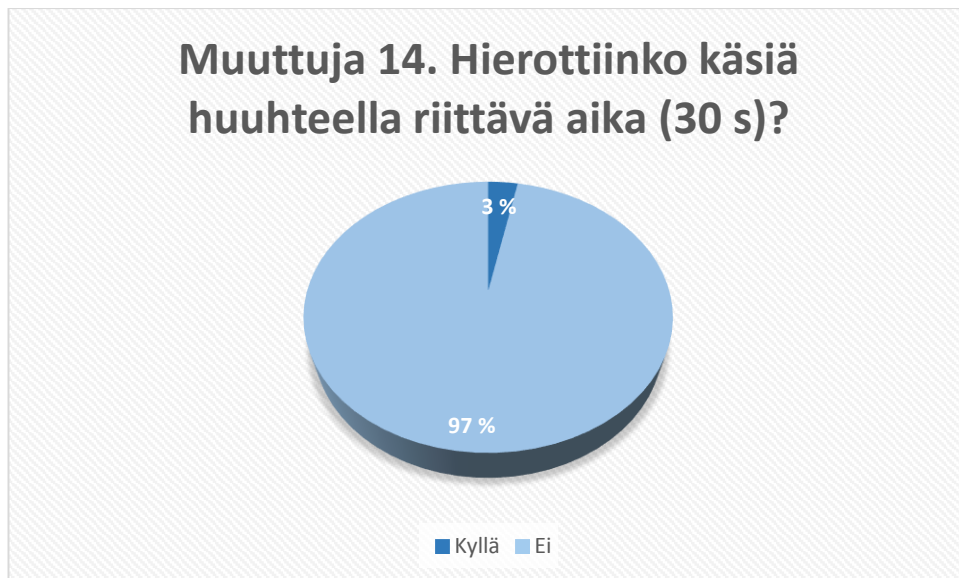
Kuvio 7. Riittävä määrä huuhdetta (3 ml)



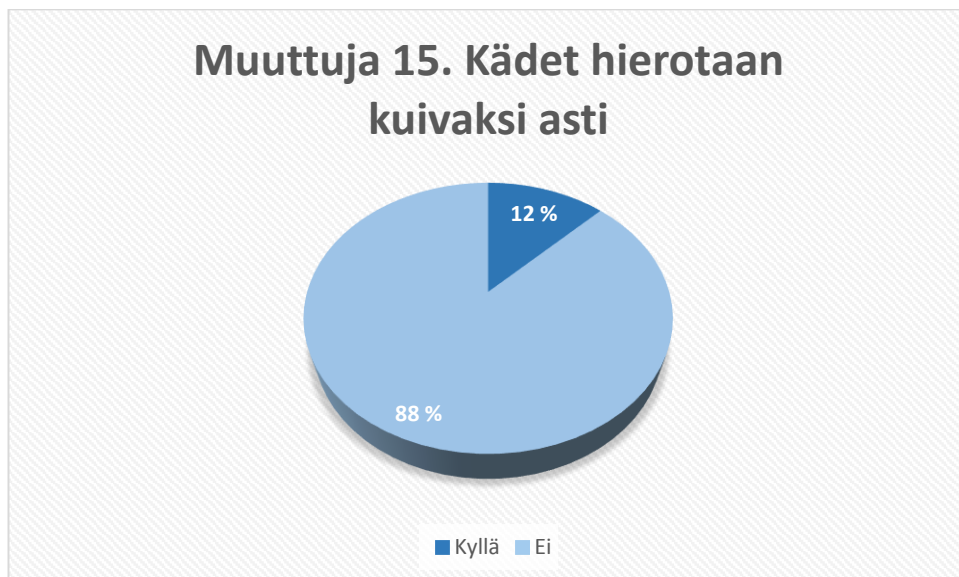
Kuvio 8. Levitettiinkö huuhte kuiviin käsiin?

Muuttuja 14 kertoo, käytettiinkö käsien hieromiseen huuhteella riittävä aika (kuvio 9). Yhdessä havainnointitilanteessa huuhteella hierottiin käsiä riittävä aika eli 30

sekuntia. Lopuissa 31 tilanteessa aika jäi noin 5-15 sekuntiin. Muuttujassa 15 havainnoin, hierotaanko kädet kuivaksi asti (kuvio 10). Havainnointitilanteista neljässä (4) kädet hierottiin huuhteesta kuivaksi asti, ja 28 tilanteessa kädet jäivät kosteiksi käsihuhteesta.



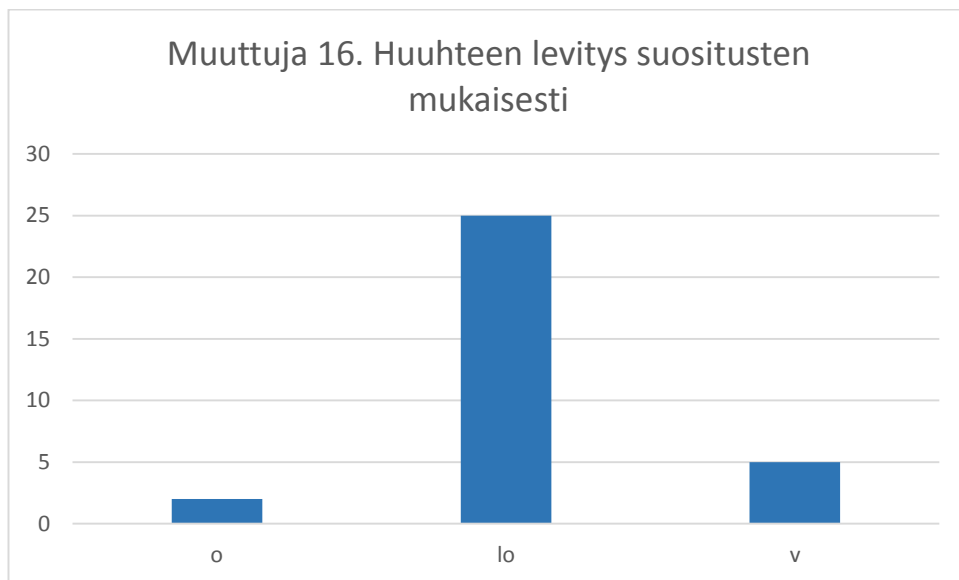
Kuvio 9. Hierottiinko käsiä huuhteella riittävä aika (30 sekuntia)?



Kuvio 10. Kädet hierotaan kuivaksi asti

Muuttuja 16 kertoo, levitettiinkö käsihuuhde käsiin suositusten mukaan vai ei (kuvio 11). Kahdessa havainnointitilanteessa levitys tapahtui oikein. Lähes oikein

levitys tapahtui 25 tilanteessa ja viidessä (5) tilanteessa virheellisesti. Lähes oikein -tilanteessa peukalon hangat ja/tai sormenpäät jäivät hieromatta. Käsivarsiin levitys onnistui hyvin, ja sormien välit hangattiin käsihuhuhteella huolellisesti. Virheellisesti -tilanteessa käsihuhdetta hierottiin vain vähän kämmeniin ja kämmenien selkäpuolelle muutaman sekunnin ajan.



Kuvio 11. Huuhteen levitys suositusten mukaisesti

6.3 Desinfektion toteutuminen

Käsien desinfektion toteutumista havainnoin viiden eri muuttujan avulla (muuttujat 17–21). Muuttujalla 17 havainnoin desinfektion toteutumista ennen potilaskontaktia ja toimenpidettä (kuvio 12). Ennen potilaskontaktia ja toimenpidettä desinfektio toteutui 31 havainnointitilanteesta 29 havainnointitilanteessa, ja kahdessa (2) tilanteessa se ei toteutunut. Potilaskontaktin/toimenpiteen jälkeen käsien desinfektio toteutui kaikissa 31 havainnointitilanteessa (kuvio 13).

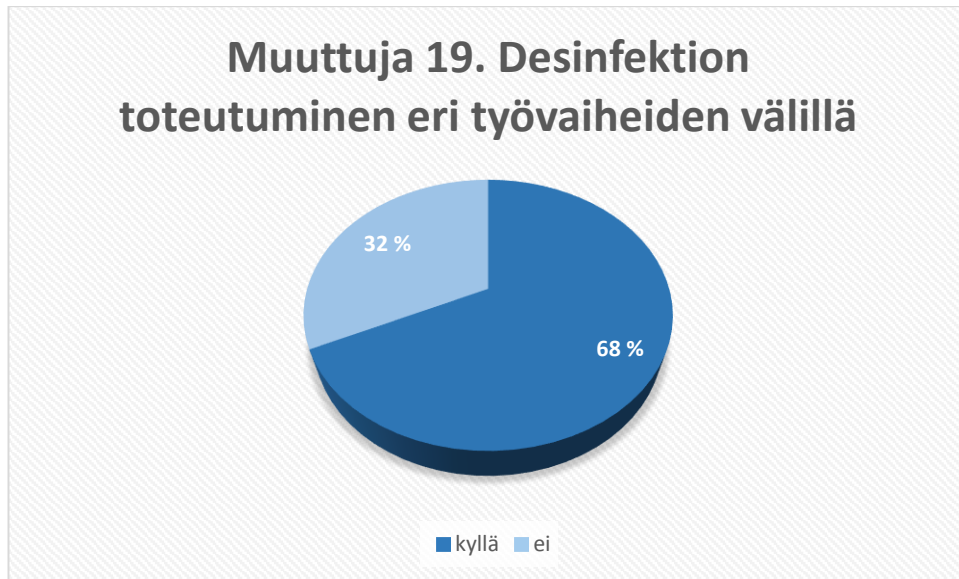


Kuvio 12. Desinfektion toteutuminen ennen potilaskontaktia/toimenpidettä



Kuvio 13. Desinfektion toteutuminen jälkeen potilaskontaktin/toimenpiteen

Desinfektion toteutumista eri työvaiheiden välillä havainnoin muuttujalla 19. Siirryessä työvaiheesta toiseen eri työvaiheiden välillä 17 tilanteessa desinfektio toteutui, ja kahdeksassa (8) tilanteessa se ei toteutunut (kuviot 14 ja 15). Tästä muuttujasta sain 25 havainnointitilannetta, sillä joissakin havainnointitilanteissa oli vain yksi työvaihe (esimerkiksi jossain ruokailutilanteissa).



Kuvio 14. Desinfektion toteutuminen eri työvaiheiden välillä

Muuttujalla 20 havainnoin käsien desinfektion toteutumista ennen suojakäsineiden laittoa käsiin (kuvio 15). Havainnointitilanteista 26 tilanteessa kädet hierottiin desinfektiohuuhteella ennen suojakäsineitä. Viidessä (5) havainnointitilanteessa käsien desinfectio ei toteutunut ennen suojakäsineiden laittoa. Käsien desinfectio käsineiden riisumisen jälkeen toteutui 31 havainnointitilanteesta 29 tilanteessa, ja kahdessa (2) tilanteessa se ei toteutunut (kuvio 16).



Kuvio 15. Käsien desinfectio ennen suojakäsineiden laittoa



Kuvio 16. Käsien desinfektio käsineiden riisumisen jälkeen

6.4 Suojakäsineiden, -takin ja -esiliinan käyttö

Suojakäsineiden käyttöä havainnoin muuttujilla 22–25. Suojakäsineitä lähihoitotilanteessa käytettiin 31 havainnointitilanteesta 30 havainnointitilanteessa (kuvio 17). Yhdessä tilanteessa suojakäsineitä ei käytetty, vaikka suojakäsineet olisivat olleet tarpeelliset. Jokaisessa 31 havainnointitilanteessa suojakäsineitä käytettiin eritteiden yhteydessä (kuvio 18).



Kuvio 17. Suojakäsineitä käytetään lähihoitotilanteessa



Kuvio 18. Suojakäsineiden käyttö eritteiden yhteydessä

Muuttujalla 24 tutkin, olivatko suojakäsineet potilas- ja toimenpidekohtaiset (kuvio 19). 31 havainnointitilanteesta 26 tilanteessa suojakäsineet olivat potilas- ja toimenpidekohtaiset. Viidessä (5) tilanteessa samoilla suojakäsineillä tehtiin eri toimenpiteitä tai koskettiin eri potilasta, joten näissä tilanteissa käsineet eivät olleet potilas- ja toimenpidekohtaiset. Jokaisessa 31 havainnointitilanteessa suojakäsineiden käyttö oli tarpeen (kuvio 20).



Kuvio 19. Suojakäsineet potilas- ja toimenpidekohtaiset



Kuvio 20. Olivatko suojäkäsineet tarpeen?

Havainnoin myös suojaesiliinan käyttöä. Esiliinaa tuli käyttää lähihoitotilanteessa, ja potilaan suihkutilanteessa oli käytössä pitkähaisiset suojatakit. Havainnointitilanteita suojaesiliinan käytöstä sain 29. Näistä havainnointitilanteista 28 tilanteessa suojaesiliinaa käytettiin lähihoitotilanteessa (kuvio 21). Yhdessä tilanteessa sitä ei käytetty, vaikka olisi ollut tarpeen. Muuttujalla 27 havainnoin suojaesiliinan käyttöä, jos hoitajalla on vaarana saada eriteroiskeita päälleen (kuvio 22). Kaikissa 28 tilanteessa, joissa suojaesiliinaa tarvittiin, sitä myös käytettiin.



Kuvio 21. Suojaesiliinaa käytetään läihoidossa



Kuvio 22. Suojaesiliinaa käytetään, jos vaaraa eriteroiskeille

Jokaisessa 29 havainnointitilanteessa suojaesiliina oli potilas- ja toimenpidekohtainen (kuvio 23). Yhdessä havainnointitilanteessa olisi ollut hyvä käyttää suu- /nenäsuojusta (hilsepölyä) (kuvio 24), mutta tilanteessa suojusta ei käytetty.



Kuvio 23. Suojaesiliina on potilas- ja toimenpidekohtainen



Kuvio 24. Suu- ja nenäsuojusta käytetään tarvittaessa?

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön sisällön ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää hoitajien käsihygienian toteutumista hoitotoimenpiteiden aikana ja potilaskontakteissa Partalanmäen palvelukodin Onnela-solussa. Opinnäytetyön tutkimusongelma oli ”Miten hoitohenkilökunnan käsihygienia toteutuu Partalanmäen palvelukodin Onnela-solussa?”.

Tutkimustuloksissa selvisi, että jokaisessa havainnointitilanteessa hoitajan kädet olivat koruttomat, kynsilakattomat ja hoitajien ihon kunto oli siisti. Teko- tai rakennekynsiä ei hoitajilla myöskään ollut. Lähes samanlaiset tulokset on saanut Kakko (2014, 26) opinnäytetyössään, jossa hoitajilla ei esiintynyt pitkiä tai lakattuja kynsiä, eikä rakennekynsiä. Heidän työssään hoitajien käsissä ei ollut myöskään käsikoruja tai sormuksia, ja lähes jokaisella hoitajalla oli ihon kunto siisti. Yhdellä hoitajalla oli kuitenkin havainnoitu olevan kello kädessä. Myös Lahden (2012, 22) opinnäytetyössä on havaittu samanlaisia tuloksia. Siinä jokaisessa tilanteessa hoitajien kynnet olivat lyhyet ja kädet koruttomat. Myös hoitajien käsien ihon kunto oli hyvä.

Käsien saippuapesua havainnoin kolmessa eri tilanteessa, jotka kaikki olivat tarpeellisia pesutilanteita. Käsien saippuapesua tapahtui harvoin, joten tästä voidaan päätellä, että käsien saippuapesua ei suoritettu turhaan. Pesutavassa tarkkailin, kuinka käsienpesun eri vaiheet toteutuivat. Kaikissa havainnointitilanteissa pesutapa oli lähes oikein suositusten mukainen. Täysin oikein suoritetusta käsien saippuapesusta havainnointitilanteissa jäi puuttumaan joko peukaloiden tai sormien välien hierominen saippualla, tai tilanteeseen käytetty aika jäi liian vähäiseksi. Kolmessa tilanteessa käsidesinfektioaine jäi hoitajien käsiin tahmeaksi kerrokseksi, jolloin he huuhtelivat kädet asianmukaisesti juoksevan veden alla.

Käsien desinfektio toteutui eri työvaiheiden välillä yli puolessa havainnointitilanteista, ja ennen potilaskontaktia ja toimenpidettä lähes jokaisessa havainnointitilanteessa. Käsien desinfektio toteutui potilaskontaktin ja toimenpiteen jälkeen jokaisessa havainnointitilanteessa. Suojakäsineiden riisumisen jälkeen käsien desinfektio toteutui paremmin kuin ennen suojakäsineiden laittoa käsiin. Käsineiden riisumisen jälkeinen käsien desinfektio toteutui lähes jokaisessa tilanteessa. Ennen suojakäsineiden laittoa käsien desinfektio toteutui suurella osalla havainnoinneista. Samansuuntaisia tuloksia havaitsin Sikiön ja Vaviolahden (2013, 37–38) tekemässä opinnäytetyössä, jolloin käsien desinfektio suojakäsineiden riisumisen jälkeen toteutui paremmin kuin ennen suojakäsineiden laittoa käsiin. Heidän opinnäytetyössään käsien desinfektio suojakäsineiden riisumisen jälkeen toteutui aina lähes jokaisella hoitajalla. Käsien desinfektio ennen suojakäsineiden pukemista ja potilaskontaktia toteutui aina noin puolella hoitajista, ja puolella hoitajista tässä esiintyi puutteita.

Joissakin opinnäytetyöni tuloksissa huomasin eroavaisuuksia verrattuna muiden tehtyjen tutkimusten tuloksiin, kuten esimerkiksi Kontkasen ja Sivosen (2013, 25, 29, 32) opinnäytetyön tuloksiin. Niissä alle kymmenesosa hoitajista suoritti käsien desinfektion oikein ennen ja jälkeen potilaskontaktin. Myös käsien desinfektion toteuttamisessa ennen ja jälkeen suojakäsineiden käytön oli havaittu puutteita. Ennen suojakäsineiden laittoa käsidesinfektion toteutti oikein yksi hoitaja. Suojakäsineiden riisumisen jälkeen kukaan hoitajista ei toteuttanut käsien desinfektiota täysin oikein.

Opinnäytetyöni tuloksissa ilmeni, että lähes jokaisessa havainnointitilanteista käytettiin riittävästi käsihuuhdetta (3 ml) ja jokaisessa havainnointitilanteessa huuhte levitettiin kuiviin käsiin. Yhdessä havainnointitilanteessa käsiä hierottiin huuhteella riittävän pitkä aika (30 s), ja muutamassa tilanteessa kädet hierottiin kuivaksi asti. Joissakin tilanteissa käsihuuhte kuivui liian nopeasti, kun käsihuuhdetta otettiin liian vähän käsiin. Osissa tilanteissa kädet jäivät näkyvästi kosteiksi käsihuuhteesta, jolloin suojakäsineitä oli vaikea laittaa käsiin. Käsihuhteen levitys tapahtui kahdessa tilanteessa täysin oikein suositusten mukaisesti. Lähes oikein huuhteen levitys tapahtui suurimmassa osassa tilanteista, ja muutamassa tilanteessa levitys tapahtui virheellisesti. Lähes oikein -tilanteissa peukalon hantat ja/tai sormenpäät jäivät hieromatta. Virheellisesti -tilanteissa käsihuuhdetta hierottiin vain vähän kämmeniin ja kämmenien selkäpuolelle muutaman sekunnin ajan.

Samansuuntaisia tuloksia on saanut myös Lahti (2012, 26) opinnäytetyössään, jossa lähes jokaisessa tilanteessa käsihuuhdetta käytettiin riittävä määrä. Myös Lahden työssä käsihuhteen levitykseen käytetty aika oli liian lyhyt noin puolessa osassa tilanteista, jolloin käsihuhteen levitystapa oli nopea ja pintapuolinen. Suurella osalla hoitajista käsihuhteen oikea levitystapa oli hallussa. Myös Oikarisen ja Rantasen (2012, 27) opinnäytetyössä käsihuhteen levitystekniikka oli lähes oikea suuressa osassa tilanteista. Noin neljänneksessä havainnointitilanteista käsihuhteen levitystekniikka oli virheellinen.

Suojakäsineitä käytettiin lähes jokaisessa lähihoitotilanteessa, ja eritteiden yhteydessä suojakäsineitä käytettiin jokaisessa havainnoitavassa tilanteessa. Suojakäsineet olivat potilas- ja toimenpidekohtaiset suurimmassa osassa havainnointitilanteista. Jokaisessa havainnoimassani tilanteessa suojakäsineiden käyttö oli tarpeellinen. Opinnäytetyöni havainnointilomakkeen huomioita-kohdassa oli havainto, jossa yhdessä tilanteessa hoitaja käytti kaksia suojakäsineitä päällekkäin, vaikka tämä ei ole suotavaa. Samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet Kontkanen ja Sivonen (2013, 37) opinnäytetyössään, jossa suojakäsineet olivat joka havainnointitilanteessa potilaskohtaiset ja käsineet olivat toimenpidekohtaiset suurimmassa osassa havainnointitilanteista. Myös Sikiön ja Vaviolahden (2013, 36)

opinnäytetyössä saadut tulokset puoltavat yllämainittuja tuloksia. Heidän opinnäytetyössään jokainen hoitaja käytti suojakäsineitä tilanteissa, joissa he olivat tekemisissä eritteiden tai veren kanssa tai koskettelivat limakalvoja. Lisäksi suojakäsineet olivat potilaskohtaiset. Suojakäsineet olivat toimenpidekohtaiset myös Oikarisen ja Rantasen (2012, 29) saamista opinnäytetyön tuloksissa.

Suojaesiliinaa käytettiin lähes jokaisessa lähihoitotilanteessa ja jokaisessa sellaisessa tilanteessa, jossa oli vaaraa eriteroiskeille. Jokaisessa havainnointitilanteessa suojaesiliina oli potilas- ja toimenpidekohtainen. Myös Laalahden ja Nas-kalin (2009, 38) tekemässä opinnäytetyössä suojaesiliina puettiin potilashuoneeseen mentäessä lähes jokaisessa havainnointitilanteessa. Opinnäytetyössäni yksi tilanne olisi ollut suositusten mukaan sellainen, jossa suu- ja nenäsuojuksen käyttö olisi ollut tarpeen, mutta sitä ei käytetty.

7.2 Johtopäätökset

Opinnäytetyöni tutkimusongelma oli ”Miten hoitohenkilökunnan käsihygienia toteutuu Partalanmäen palvelukodin Onnela-solussa?”. Opinnäytetyön tutkimustulokset osoittivat, että hoitajat huolehtivat käsiensä ihon kunnosta erittäin hyvin. Haavaumia tai ihottumia ei esiintynyt yhdelläkään hoitajalla. Myös käsien koruttomuudesta pidettiin huolta. Kenelläkään hoitajalla ei ollut käsikoruja, kelloa tai sormuksia käsissään. Kädet olivat kynsilakattomat, eikä teko- tai rakennekynsiä esiintynyt kenelläkään hoitajalla. Muissa tehdyissä tutkimuksissa tulokset ovat olleet samankaltaisia. Käsien ihon kunnosta on pidetty huolta, ja kynsilakkaa ja koruja on ollut hoitajien käsissä vain ajoittain.

Käsien saippuapesua suoritettiin tutkimuksessani harvoin, mikä kertoo siitä, että käsiä ei pesty turhaan. Aineistoa käsien saippuapesun suorittamisesta sain kuitenkin vähän, joten tuloksia ei voi oikeastaan yleistää. Käsideseinfektiohuuhdetta käytettiin lähes jokaisessa tilanteessa riittävä määrä, ja huuhte levitettiin aina kuiviin käsiin. Desinfektiohuuhteen levitys tapahtui suurimmassa osassa tilanteista lähes oikein. Käsien desinfektio toteutui ennen ja jälkeen potilaskontaktin ja toimenpiteen hyvin. Samoin käsien desinfektio toteutui ennen suojakäsineiden

laittoa ja niiden riisumisen jälkeen suurimmassa osassa tilanteista. Hoitajat desinfioivat kätensä eri työvaiheiden välillä yli puolessa havainnoiduista tilanteista.

Opinnäytetyössä havainnoin myös suojakäsineiden ja suojaesiliinan käyttöä. Suojakäsineitä käytettiin lähihoidossa sekä eritteiden yhteydessä melkein kaikissa havainnoiduissa tilanteissa. Suurimmassa osassa havainnointitilanteista suojakäsineet olivat potilas- ja toimenpidekohtaiset. Suojaesiliinaa käytettiin myös melkein jokaisessa lähihoitotilanteessa. Suojaesiliina oli joka tilanteessa potilas- ja toimenpidekohtainen.

Tutkimustulosteni mukaan eniten puutteita käsihygienian toteutuksessa oli käsihuhuhteen hieromiseen käytetyssä ajassa ja käsien hieromisessa kuivaksi asti. Käsihuuhdetta hierottiin käsiin riittävän pitkä aika yhdessä tilanteessa 32 tilanteesta. Muissa tilanteissa käsihuhuhteen hieromiseen käytettiin aikaa 5-15 sekuntia. Havaitsin puutteita myös sormenpäiden ja peukalonhankojen desinfektiossa.

Vertaillen opinnäytetyöni tuloksia tämän aiheen aiempiin tutkimuksiin tulokset ovat olleet samansuuntaisia. Joihinkin tutkimuksiin verrattuna tuloksissa esiintyi vaihteluväliä. Eniten vaihteluväliä esiintyi käsidesinoinnin toteutumisessa ennen ja jälkeen toimenpiteen ja potilaskontaktin sekä ennen ja jälkeen suojakäsineiden käytön. Muiden tutkimusten samankaltaiset tulokset antavat yhdessä opinnäytetyöni kanssa näyttöä siitä, kuinka käsihygienia toteutuu toimenpiteissä ja potilaskontakteissa yleisesti.

7.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä ja tutkimusta tehdessä tutkijan on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä, tutkijan on tutkimusta tehdessään otettava huomioon hyvä tieteellinen käytäntö. Opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on julkinen elin, joka valvoo tutkimushankkeiden eettisyyttä ja asianmukaisuutta. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen liittyvät ohjeet. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijan on noudatettava tutkimusta tehdessään,

tutkimustulosten tallentamisessa ja tulosten arvioinnissa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi tutkimuksessa saadut tulokset tulee julkaista avoimesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–24.)

Epärehellisyyttä tulee välttää tutkimuksen jokaisessa työskentelyvaiheessa. Toisten tekstiä ei saa lainata luvatta eli plagioida. Plagioinnissa toisten tekstiä tai käsikirjoitusta esitetään omana tekstinä. Tutkimustulokset tulee kertoa ilman vilppiä tai kaunistelua, eikä tutkimustuloksia saa yleistää. Lisäksi tutkimuksen tuloksia ei saa kertoa harhaanjohtavasti tai puutteellisesti eikä tuloksia saa vääristää. Tutkimusta tehdessä lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen, joka ilmenee itsemääräämisoikeutena. Henkilöiden tulee saada päättää itse, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen tekemisessä on mietittävä, kuinka suostumus hankitaan, ja kuinka tarkasti heille annetaan tietoa tutkimuksesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 25–27.)

Opinnäytetyöni tein toimeksiantona Lieksan Partalanmäen palvelukodin Onnelasolulle. Allekirjoitimme toimeksiantosopimuksen toimeksiantajan edustajan kanssa, ja sain luvan toteuttaa tutkimuksen Onnela-solussa. Lähetin työpaikalle saatekirjeen tulostani, joten työntekijät olivat tietoisia tekemästani tutkimuksesta. Kerroin työntekijöille vielä suullisesti tekemästani havainnoinnista. Havainnoinnin suoritin viiden päivän aikana, ja havainnoitavat työntekijät valitsin satunnaisesti. Ennen varsinaista havainnointia suoritin työpaikalla harjoitushavainnoinnin, jotta havainnointilomaketta olisi ollut vielä mahdollista muuttaa. Muutoksiin ei kuitenkaan ollut tarvetta. Samalla henkilökunta tottui läsnäolooni. Hoitajilla oli oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Laadin havainnointilomakkeen, niin että ketään havainnoitavaa henkilöä ei voida tunnistaa ja anonymiteetti näin ollen säilyy. Hävitin tutkimuksessani saadut tulokset heti opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimuksen aineistoa käsittelin vain minä tutkijana. Olen noudattanut salassapitovelvollisuutta pitämällä kaikki tutkimukseen liittyvät tiedot salassa ulkopuolisilta.

Tutkimuksen tekemisessä tulee arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen tulosten pysyvyyttä. Tutkimuksessa saadut tulokset eivät saa perustua sattumanvaraisuuteen, vaan tutkimuksessa tulee il-

metä samat tulokset, jos tutkimus toistettaisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190.) Tutkimuksen reliabiliteettia voidaan mitata ja todeta erilaisin tavoin. Esimerkiksi tutkimustulosta voidaan pitää luotettavana, jos kaksi tutkijaa päätyy tutkimuksillaan samanlaiseen tulokseen. Lisäksi tutkija voi tutkia samaa henkilöä useaan kertaan saaden samat tulokset, jolloin tulosta voidaan pitää reliabelina. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Jotta opinnäytetyöstäni tuli mahdollisimman luotettava, kerroin Onnelan työntekijöille havainnoivani hoitotyötä. Ennen havainnointia minulle kuitenkin kerrottiin, että osa henkilökunnasta on saattanut saada tietoonsa tarkan havainnointikohteen. Tämä on saattanut vaikuttaa hoitajien käytäntöihin ja tätä kautta tutkimuksen tulosten luotettavuuteen. Havainnoin samoja hoitajia useammin kuin kerran, jotta sain aineistoa tarpeeksi ja tuloksista tulisi mahdollisimman kattavat.

Tutkimustuloksia kerätessä, niitä analysoidessa sekä raportoidessa tulee tutkijan olla tarkka virheiden minimoimiseksi. Tutkimuksen validiuksella tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä. Sitä käytetään tutkimuksen arvioinnissa, mittaako tutkimusmenetelmä sitä, mitä on tarkoitus mitata. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkimuksen toteutuksen tarkka selvitys. Tutkijan tulee olla tutkimuksen tekemisen kaikissa vaiheissa tarkka ja totuudenmukainen, jotta tutkimuksesta tulisi mahdollisimman luotettava. Havainnointitutkimuksessa tutkijan tulee kertoa tarkasti tutkimuksen olosuhteet sekä paikat, joissa tutkimuksen aineistot on kerätty. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Tässä opinnäytetyössäni kirjasin havainnoidut asiat heti havainnointilomakkeelle tarkasti. Tulokset olen kirjoittanut opinnäytetyöhöni huolellisesti ja kaikki tutkimuksessa saadut tulokset olen kertonut avoimesti ja rehellisesti. Tarkistin tietokoneelle tallentamani tulokset havainnointilomakkeista usean kerran. Käyttämäni havainnointilomake perustui teoretietoon, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksesta saadut tulokset kävin kertomassa Onnela-solun hoitohenkilökunnalle osastopalaverissa.

7.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys- ja jatkotutkimusideat

Tämän tutkimuksen voisi toteuttaa uudestaan samassa paikassa ja katsoa, millaisia tuloksia myöhemmin saataisiin. Tutkimuksen voisi myös toteuttaa saman työpaikan eri osastoilla ja erilaisia menetelmiä käyttäen. Havainnointimenetelmän lisäksi voisi käyttää esimerkiksi kyselymenetelmää. Opinnäytetyötäni voidaan myös hyödyntää eri hoitoalan työpaikkojen koulutuksissa. Havainnointilomaketta voi hyödyntää muissa käsihygieniatutkimuksissa.

Lähteet

- Anttila, V.-J., Hellstén S., Rantala A., Routamaa M., Syrjälä H. & Vuento R. 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: Suomen Kuntaliitto.
- Ayliffe, G., Bradley, T. & Hoffman, P. 2008. Disinfection in Healthcare. Hoboken, NJ, USA: Wiley-Blackwell. <http://site.ebrary.com/tietopalvelu.karelia.fi/lib/pkamk/docDetail.action?docID=10317839>. 8.5.2014.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kakko, E. 2014. Käsihygienian toteutuminen anestesia- ja heräämöhoidotyössä. Lapin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/71511/kakko_elina.pdf?sequence=1. 20.2.2014.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2013. Opinnäytetyön ohje. Opinnäytetyön lähtökohdat ja tietoperusta. http://www.karelia.fi/lomakkeet/opinnayte/Karelia_Opinnaytetyon_ohje_2012_joulukuu.pdf. 25.11.2013.
- Karhumäki, E., Jonsson, A. & Saros, M. 2010. Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2013. Yksilövastuinen hoitotyö. <http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=13890&GUID=%7B2AC9EBC7-EBF0-4E87-B623-FB57AB6F11EA%7D>. 16.12.2013.
- Kolho, E. & Lauhio, A. 2005. Ongelmamikrobeja. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 478.
- Kontkanen, A. & Sivonen, A. 2013. Käsihygienian toteutuminen osastolla 2G – havainnointitutkimus. Karelia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/67144/Kontkanen_Aila_Sivonen_Asta_2013_12_2.pdf?sequence=1. 10.11.2013.
- Laalahti, H. & Naskali, M. 2009. Hoitajien aseptinen työskentely MRSA-potilaita hoidettaessa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/6110/Laalahti_Hanna_ja_Naskali_Mari.pdf?sequence=1. 10.12.2013.
- Lahti, M. 2012. Käsihygienian toteutuminen terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45672/lahti_miia.pdf?sequence=1. 2.4.2014.
- Lieksan kaupunki. 2010. Karpalo, Pielisen karjalan ikäihmisten kehittämisyksikkö. Partalanmäen palvelukoti. <http://www.lieksa.fi/Resource.phx/sivut/sivut-lieksa-karpalohanke/partalanmaenpalvelukoti/index.htx>. 16.10.2013.
- Lieksan kaupunki. 2011. Sosiaalipalvelukeskus. Partalanmäen palvelukodin esitelehtinen. <http://www.lieksa.fi/dman/Document.phx?documentId=br14411091823182&cmd=download>. 14.11.2013.

- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Oikarinen, E. & Rantanen, C. 2012. Käsihygienian toteutuminen suorissa potilaskontakteissa perusterveydenhuollon vuodeosastolla. Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49230/oikarinen%20eero.pdf?sequence=1>. 10.12.2013.
- Ojajarvi, J. 2004. Käsihygienian kehitys. Suomen sairaalahygienialehti. (22), (3), 105–107.
- Pentti, M. 2009. 5 virhettä käsihuuhteen käytössä. Suomen sairaalahygienialehti 27, 5, 220–223.
- Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri. 2013. Tavanomaiset varotoimet. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=8772>. 2.11.2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2012. Toimintaohjeet työntekijöille. Käytännöt MRSA-yksikössä / Partalanmäen Palvelukoti krs 3.
- Ratia, M., Vuento, R. & Grönroos, P. 2005. Puhdistus, desinfektio ja sterilointi terveydenhuollossa. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 139.
- Rintala, E. & Routamaa, M. 2013. Hyvä käsihygienia sairaalassa – suositus vai velvollisuus?. Lääkärilehti 15, 4, 1120–1121.
- Sikiö, R. & Vaviolahti, M.-K. 2013. Käsihygienia sairaalainfektioiden ennaltaehkäisyssä: käsihygienian toteutuminen terveystieteellisen vuodeosastolla. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64034/Vaviolahti_Mari-Karoliina.pdf?sequence=1. 10.5.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut. 16.12.2013.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2007. Suojakäsineet. http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_sivu=52342. 13.1.2014.
- Syrjälä, H., Teirilä, I., Kujala, P. & Ojajarvi, J. 2005. Käsihygienia. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 611–612.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. MRSA. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/mrsa. 15.11.2013.
- Terveysinfo. 2013. Mikä on palvelukoti. http://www.terveysinfo.fi/uutiset/artikkeli_lue/95. 13.11.2013.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja Havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- World Health Organization. 2009. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf. 27.11.2013.
- Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. 2008a. Mittaaminen: mittarin luotettavuus. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>. 5.1.2014.
- Yhteistieteellinen tietoaarkisto. 2008b. Frekvenssijakauma, keski- ja hajontaluvut - SPSS-harjoitus 1. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/frekvenssi/harjoitus1.html>. 12.1.2014.

Ylipalosaari, P., Mäkeläinen, R. & Kujala, P. 2005. Potilaan eristäminen infektioiden torjunnassa. Teoksessa Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 646–647.

Havainnointilomake

(Mukaillen havainnointilomaketta (Oikarinen, E. & Rantanen, C. opinnäytetyöstä ”Käsihygienian toteutuminen suorissa potilaskontakteissa perusterveydenhuollon vuodeosastolla”, 2012.)

	Käsihygienian toteutumisen havainnointi hoitotilanteessa ja potilaskontaktissa			
		Kyllä	Ei	Huomioita
	Työntekijän käyttämät käsikorut ja ihonkunto:			
1.	Rakennekynnet			
2.	Käsikoruja/kello			
3.	Kynnet lyhyet, puhtaat			
4.	Kynsilakka			
5.	Iho ehjä ja hyväkuntoinen			
	Käsien saippuapesu:			
6.	Tarpeellinen käsienpesu			
7.	Käsien kostutus vedellä ennen saippuaa			
8.	Pesutapa suositusten mukainen*	o	lo	v
9.	Pesutilanne kestää 60 s			
10.	Kädet kuivataan pesun jälkeen kokonaan			
11.	Käsipyyhkeellä suljetaan hana pesun jälkeen			
	Käsihuuhteen käyttö:			
12.	Riittävä määrä huuhdetta (3 ml)			
13.	Levitettiin huuhte kuiviin käsiin			
14.	Hierottiin käsiä huuhteella riittävä aika (30 s)			
15.	Kädet hierotaan kuivaksi asti			
16.	Käsihuuhteen levitys suositusten mukaisesti**	o	lo	v
	Desinfektion toteutuminen:			

17.	Ennen potilaskontaktia/toimenpidettä			
18.	Jälkeen potilaskontaktin/toimenpiteen			
19.	Eri työvaiheiden välillä			
20.	Käsien desinfektio ennen käsineiden laittoa			
21.	Käsien desinfektio käsineiden riisumisen jälkeen			
	Suojakäsineiden käyttö:			
22.	Käsineitä käytetään lähihoitotilanteessa			
23.	Käsineiden käyttö eritteiden yhteydessä			
24.	Suojakäsineet potilas- ja toimenpidekohtaiset			
25.	Olivatko suojakäsineet tarpeen?			
	Suojatakin/esiliinan käyttö:			
26.	Käytetään läihoidossa			
27.	Käytetään, jos vaaraa eriteroiskeille			
28.	Potilas/toimenpidekohtainen			
29.	Suu- ja nenäsuojusta käytetään tarvittaessa			

*Käsien saippuapesun pesutapa suosituksen mukainen

o = oikein, lo = lähes oikein, v = virheellisesti

**Käsihuuhteen levitys suositusten mukaisesti

o = oikein, lo = lähes oikein, v = virheellisesti

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIAOTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Partalanmäen palvelukoti, Lieksan kaupunki
Toimeksiantajan edustaja:	Virpi Nevalainen
Osoite:	Jokikatu 2, 81700 Lieksa
Puhelinnumero:	0401044333
Sähköposti:	

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijannumero(t) ja nimi(et):	1101341 Johanna Suhonen
Puhelinnumero:	0400443681
Sähköposti:	johanna.suhonen@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Käsihygienian toteutuminen Partalanmäen palvelukodin Onnelasolussa
Toteutusmuoto	Tutkimustyyppinen opinnäytetyö
Aikataulu	Opinnäytetyö valmis toukokuussa 2014
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Opinnäytetyöstä kustannuksia syntyy kopiopaperista valmiin opinnäytetyön tulostamisessa. Kustannuksista vastaa opiskelija.

Toimeksiantajan sitoumukset	
<ul style="list-style-type: none"> - Käsitellään ravintola-asiakkaan työsuojelun aiheena - Informoidaan etukäteen työntekijöitä neuvottelevasta kutsuksesta - Täytetään osastokokous kuluista kertomisen. 	

Opiskelijan sitoumukset	
<ul style="list-style-type: none"> - eräiden salanapitovelvollisuus - itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen - kulkineus kuluista hoitaminen opinnäytetyön valmistuttua - kuluista kertominen osastokokouksessa 	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Riitta Muhonen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
17.1.2014	<i>AL SH</i> Johanna Suhonen
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
21.1.2014	<i>Virpi Nevalainen</i> VIRPI NEVALAINEN



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Päiväys	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys
21.1.2014	Laura Vuori Riitta Mäkelä

Tutkimuslupahakemus



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haen/haemme lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus

Opinnäytetyön aihe: Käsihygienian toteutus on Partalanmäen palvelukodin Onnela-solussa

Tutkimuksen toteutuspaikka/-yksikkö:

Partalanmäen palvelukoti, Lieksan kaupunki, Onnela-solu

Tutkimuksen:

a) kohde/kohdejoukko: Onnela-solun hoitohenkilökunta

b) aineiston keruumenetelmä: Systemaattinen havainnointi

c) aineiston keruun ajankohta: Helmikuu 2014, (vko 6)

Opinnäytetyön ohjaaja/t:

RIITTA HUHTONEN

[Handwritten Signature]

Työelämäohjaaja:

ARJA PIRTTIALA

17.1.2014

[Handwritten Signature]

Johanna Suhonen

LIITTEET: - tutkimussuunnitelma
- toimeksiantosopimus

Saatekirje

Lieksan kaupunki
Partalanmäen palvelukoti
Kerros 3, Onnela-solu

27.1.2014

Arvoisa hoitohenkilökunta

Opiskelen Karelia-ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajaksi kolmatta vuotta. Olen tekemässä tutkimuksellista opinnäytetyötä, jonka suoritan havainnoimalla. Tutkimuspaikka on Partalanmäen palvelukodin Onnela-solu, jossa tarkkailen hoitohenkilökunnan suorittamaa hoitotyötä. Havainnoinnin toteutan Onnela-solussa helmikuussa 2014, viikolla 6. Hoitohenkilökunnan anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan, eikä ketään voida tunnistaa tutkimustuloksista.

Pyydän Teitä ystävällisesti kertomaan potilaille tulostani, ja tarkkailen vain hoitohenkilökuntaa, enkä itse kuulu henkilökuntaan. Tulen kertomaan tutkimuksen tulokset solun henkilökunnalle keväällä 2014.

Tutkimuslupa myönnetty 24.1.2014.

Ystävällisin terveisin

Johanna Suhonen
Terveystenhoitajaopiskelija
johanna.suhonen@edu.karelia.fi