

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

Neulanpistotapaturmat Koskelan kotihoidossa

Kaija Leena Valle

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

KEMI 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden
Hoitotyön koulutusohjelma

KAIJA LEENA VALLE

NEULANPISTOTAPATURMAT KOSKELAN KOTIHOIDOSSA

Opinnäytetyö: 39 sivua ja 2 liitettä

Ohjaajat: Holma Kaisa ja Meinilä Arja

14.03.2012

Asiasanat: neulanpistotapaturmat, työturvallisuus kotihoidossa

Kotihoidossa työn tekemiseen voi liittyä vaaratekijöitä kuten neulanpistotapaturmat. Neulanpistotapaturmassa henkilö altistuu verelle. Verialtistuksessa verta tai kehon muuta eritettä joutuu toisen henkilön iholle. Terve iho suojaaa tartunnoilta, mutta jos iho rikkoutuu esimerkiksi pistosta tai viillosta voi infektion tarttuminen olla mahdollista. Mahdollisia infektioita voivat olla hepatiitti-B, hepatiitti-C tai HIV. Pistotapaturmia voidaan ennaltaehkäistä muun muassa perehdytyksellä ja noudattamalla turvallisia työskentelymenetelmiä. On myös tärkeää osata toimia oikein tapaturman sattuessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata neulanpistotapaturmien esiintyvyyttä, ennaltaehkäisyä ja hoitoa Helsingin kaupungin Koskelan kotihoidossa. Tavoitteena oli, että Koskelan kotihoidon työntekijät voisivat hyödyntää tuotettua tutkimustietoa neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Opinnäytetyö jää kotihoidon käyttöön. Tulokset esitetään Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa. Opinnäytetyön tutkimusongelmina oli vastata kysymyksiin: Kuinka paljon neulanpistotapaturmia esiintyy Koskelan kotihoidossa, miten neulanpistotapaturmia ennaltaehkäistään Koskelan kotihoidossa ja miten Koskelan kotihoidossa toimitaan neulanpistotapaturmissa?

Tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä tutkimusta. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Kysely toteutettiin lokakuussa 2011 kotihoidon työntekijöille, joita oli yhteensä 70. Lopullinen analysoitava aineisto koostui 39 kyselylomakkeesta, vastausprosentti oli 56 %. Tutkimuksen määrällinen aineisto analysoitiin SPSS- ja Excel-tilastointiohjelmilla. Excel-tilastointiohjelman avulla saatuja tutkimustuloksia havainnollistettiin. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan kotihoidossa tapahtuu neulanpistotapaturmia. Niitä sattui 39 % työntekijöistä. Tulosten mukaan suurin yksittäinen pistotapaturmaan johtava syy oli hylsyttyminen. Muita merkittäviä syitä olivat kiire ja huolimattomuus. Tapaturmia ennaltaehkäistään muun muassa perehdyttämällä henkilökuntaa, välttämällä hylsyttymistä, kuljettamalla särnäjäteastia mukana ja järjestämällä pistotilanteet rauhallisiksi. Työntekijöistä 68 % on saanut perehdytystä neulanpistotapaturmista. Työntekijöistä 60 % teki ensihoitotoimenpiteen (haavan huuhtelu vedellä ja alkoholipitoinen haude päälle) tapaturman tapahduttua. Vastaajista suurin osa (70 %) tiesi miten neulanpistotapaturman sattuessa tulisi toimia. Jatkotutkimusaiheena voisi olla ”neulanpistotapaturmien henkinen hoitaminen”, koska henkisen puolen hoidosta ei löytynyt paljoa tietoa.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Social Services and Health Care
Degree Programme in Nursing

KAIJA LEENA VALLE
NEEDLESTICK INJURIES IN KOSKELA HOME CARE

Bachelor's Thesis 39 pages and 2 appendices
Advisors: Holma Kaisa ja Meinilä Arja

14.03.2012

Keywords: Needlestick injuries, occupational safety in home care

There can be some risk factories in home care, for example needlestick injuries. In a needlestick injury a person is exposed to blood. In a blood exposure someone's blood or other bodily secretions get on someone else's skin. Undamaged skin protects from infections, but if skin ulcerates for example from a stab wound, it is possible that infections transmit. Potential infections can be hepatitis-B, hepatitis-C or HIV. Needlestick injuries can be prevented for example by introducing personnel and observing safety working practises. It is important that everybody knows what has to be done when a needlestick injury happens.

Purpose of this thesis was to describe the occurrence of needlestick injuries and their prevention and treatment in the city of Helsinki's Koskela Home Care. The aim of this research was that the personnel of Koskela Home Care could exploit the research results in preventing and taking care of needlestick injuries. This research will be given to the Home Care to use. The results will be presented at the city of Helsinki's Health Center. Research problems in the thesis were to answer to questions such as: How many needlestick injuries appear in Koskela Home Care, how the needlestick injuries are prevented in Koskela Home Care and how the needlestick injuries are handled at Koskela Home Care?

The research was based on a quantitative research method. The data was collected by questionnaires sent. Survey was conducted on October 2011 for the home care workers, total of 70 workers. The final analysis of material consisted of 39 questionnaires; response percent was 56 %. A quantitative research method for analyzing the results was to use the SPSS-program and Excel-spreadsheet program. Excel-spreadsheet program was used to elucidate the research results. Qualitative responses were analyzed by inductive content analysis.

According to the research results needlestick injuries happen in home care. Needlestick injuries happen to 39 % of the employees. According to the results the most common singular reason leading to a needlestick injury was re-capping needles. Other remarkable reasons were rush and negligence. Accidents are prevented for example by introducing the personnel, avoiding re-capping the needles, carrying a needlestick waste container along and ensuring the calmness of the pricking situations. 68 % of the employees have received information in case of pinprick injuries. 60 % of the employees carried out first aid action (rinsing the wound and covering it with an alcoholic poultice) in case of an injury. Majority of the workers (70 %) knew how to act when a needlestick injury occurs. Themes for further research could be "the emotional treatment of the needlestick injuries" because there was less information to be found about emotional treatment.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 NEULANPISTOTAPATURMAT KOTIHOIDOSSA	6
2.1 Kotihoito	6
2.2 Koti työympäristönä	8
2.3 Neulanpistotapaturmat työperäisten tartuntatautien aiheuttajina	10
2.4 Neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisy	14
2.5 Neulanpistotapaturmien hoito	16
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	18
3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	18
3.2 Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät	19
3.3 Aineiston analysointi.....	20
4 TUTKIMUSTULOKSET	23
4.1 Neulanpistotapaturmien esiintyvyys kotihoidossa	23
4.2 Neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisy kotihoidossa	24
4.3 Neulanpistotapaturmien hoito kotihoidossa	26
5 JOHTOPÄÄTÖKSET	28
6 POHDINTA	32
6.1 Yleistä pohdintaa.....	32
6.2 Tutkimuksen eettisyys.....	33
6.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia	34
LÄHTEET	37
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kotihoidon työntekijät voivat kohdata työssä vaaratekijöitä, kuten neulanpistotapaturmat. Terveysthuollon työntekijöille sattuu neulanpistotapaturmia vuosittain noin kolme miljoonaa. Arviolta 40 – 75 % tapaturmista jää ilmoittamatta, jonka vuoksi tarkkaa määrää ei tiedetä. (Vuoriluoto 2008, 3, 11 – 15.) Työperäiset krooniset infektiot ovat lisääntyneet (Anttila & Kalima & Ristola 2000, 2217). Työntekijät voivat altistua infektioille neulanpistotapaturmien yhteydessä kuten hepatiitti-B:lle, hepatiitti-C:lle ja HIV:ille. Kaikki infektiot eivät kuitenkaan ole vaarallisia. (Green 1998, 282 – 284, 286.)

Hylsyttäminen, kiire ja huolimattomuus aiheuttavat eniten neulanpistotapaturmia (Vuoriluoto 2008, 5; Green 1998, 291 – 292). Ensisijainen keino vähentää neulanpistotapaturmia on ennaltaehkäisy. Ennaltaehkäisyn keinoja ovat muun muassa perehdyttäminen työhön ja oikeiden työtapojen noudattaminen kuten hylsyttämisen (käytetyn neulan takaisin asettaminen neulansuojukseen) välttäminen. Oma toimintaa tarkastelemalla ja muuttamalla voidaan myös ennaltaehkäistä neulanpistotapaturmia. (Helsingin kaupunki terveystakeskus, työsuojelu 2010, 1.) Jokaisen työntekijän kuuluu saada perehdytystä (Penttinen & Mäntynen 2009, 2). Neulanpistotapaturman sattuessa on tärkeää, että työntekijä osaa toimia oikein (Vuoriluoto 2008, 17). Ensihoitona pistoskohta huuhdellaan juoksevan veden alla jonka jälkeen asetetaan alkoholihaude (yli 70 %) pistoskohdan päälle kahdeksi minuutiksi (Kotilainen 2010, 1).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata neulanpistotapaturmien esiintyvyyttä, ennaltaehkäisyä ja hoitoa Helsingin kaupungin Koskelan kotihoidossa. Tavoitteena oli, että Koskelan kotihoidon työntekijät voisivat hyödyntää tuotettua tutkimustietoa neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Opinnäytetyö jää kotihoidon käyttöön. Tulokset esitetään Helsingin kaupungin terveystakeskuksessa. Kiinnostus aiheeseen heräsi harjoittelujaksojen aikana. Huomasin silloin, että tapaturmia sattuu yllättävän paljon. Tapaturmien tapahduttua asialle ei välttämättä tehty mitään ja tapaturmailmoitus saattoi jäädä tekemättä. Minulla ei ollut silloin tarkkaa tietoa kuinka tilanteessa toimitaan. On tärkeää, että jokaisella hoitotyöntekijällä on valmiudet toimia oikein neulanpistotapaturman sattuessa. Jokaisella työntekijällä tulee olla myös taidot ennaltaehkäistä tapaturma, koska pahimmassa tapauksessa neulanpistotapaturman jälkiseurauksena voi olla tarttuva tauti.

2 NEULANPISTOTAPATURMAT KOTIHOIDOSSA

Neulanpistotapaturma on työhön liittyvä tapaturma terveydenhuollon työpaikoilla, jossa henkilö altistuu verelle (Vuoriluoto 2008, 3). Verialtistuksessa verta tai kehon muuta eritettä joutuu toisen henkilön iholle tai limakalvolle. Terve iho suojaa tartunnoilta. Ihon rikkoutuessa esimerkiksi viillosta tai pistosta voi infektion tarttuminen olla mahdollista. (Jousimaa 2011.) Neulanpistotapaturmassa työntekijä voi altistua useille veriteitse leviävillä taudeilla, kuten hepatiitti-B:lle, hepatiitti-C:lle ja HIV:lle (Vuoriluoto 2008, 11; Anttila ym. 2000, 2217).

2.1 Kotihoito

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus (Ikonen & Julkunen 2008, 14). Kotihoidon tarkoituksena on auttaa hoito- ja huolenpitotyön keinoin erikäisiä avun tarvisijoita, joiden toimintakyky on huonontunut tilapäisesti tai pysyvästi. Asiakkaat ovat pääasiassa vanhuksia, vammaisasiakkaita, päihdeongelmaisia ja mielenterveyskuntoutujia. Sairauksista tai toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta jokaiselle pyritään järjestämään turvallinen ja hyvä elämä omassa kodissa. (Ikonen & Julkunen 2008, 14 – 16; Mäkinen & Niinistö & Salminen & Karjalainen 1997, 10.)

Sosiaali- ja terveyspalvelut on perinteisesti erotettu toisistaan. Useilla paikkakunnilla ne toimivat erillisinä, mutta kuitenkin yhteistyössä. Kunnissa, joissa peruskunta vastaa sekä sosiaalitoimesta että perusterveydenhuollosta, on kotipalvelu ja kotisairaanhoito yhdistetty kotihoidoksi. (Ikonen & Julkunen 2008, 14.) Helsingissä kotipalvelu ja kotisairaanhoito toimivat yhdessä (Helsingin kaupunki terveyskeskus kotihoidon johtotiimi 2011, 4).

Kotihoidon työ sisältää perushoitoa, terveyden edistämistä, sairaanhoitoa, kuntouttavien toimintojen suunnittelua ja toteutusta yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Perushoitoon kuuluu asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen, ruokailun järjestäminen ja liikkumisessa avustaminen. Asiakkaiden kodin siistiminen, viihtyisän ympäristön ylläpitäminen ja vaatehuolto ovat myös osa perushoitoa. Terveyden edistäminen ja sairaanhoito sisältävät asiakkaan neuvontaa, ohjausta, toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta, palvelutarpeen kartoitusta, sosiaalityötä, terveydenhoitoa, sekä sairaanhoidollisia

tehtäviä ja saattohoitoa. (Ikonen & Julkunen 2008, 17.) Sairaanhoidollisia kliinistä osaamista vaativia tehtäviä ovat muun muassa verinäytteiden otto, erilaisten mittausten tekeminen, lääkehoito ja haavanhoito (Ikonen & Julkunen 2008, 152 – 153; Larni & Tokola & Väلكkiö 2005, 13 – 15).

Kotihoidon käytännön työtä tekevä perusyksikkö on työryhmä eli työtiimi, jonka koko vaihtelee kunnittain. Kotihoidon tiimiin kuuluu kodinhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia ja terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Työntekijät huolehtivat asiakkaiden hoidosta. (Larni ym. 2005, 12.) Sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja toimivat kotihoidossa terveyden- ja sairaanhoidollisina asiantuntijoina. Työnkuva sisältää kotihoidon asiakkaiden avuntarpeen kartoitusta, hoidon suunnittelua ja toteuttamista yhdessä omaisten, lääkärin ja vastuuhoidajan kanssa. Asiakkaan kotona tehtäviä toimenpiteitä ovat erilaiset sairaanhoidolliset toimenpiteet kuten keuhkotietien vaihtaminen, rokottaminen, injektioiden pistäminen, verinäytteiden ottaminen ja haavanhoidot. Sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja tekevät ensikäynnit uusille asiakkaille sekä arviointikäyntejä akuuttitilanteissa. Työ on ennaltaehkäisevää hoitotyötä ja terveyskäyttäytymisessä ohjaamista. Sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja varmistavat oman tiiminsä osaamisen, ohjaamisen ja opettamisen. (Helsingin kaupunki terveyskeskus kotihoito-osasto 2011, 1.) Perushoitaja ja lähihoitaja ovat perushoidon asiantuntijoita. He toimivat vastuuhoidajina nimetyille asiakkaille ja hoitavat heitä säännöllisesti. Heidän työnkuvaansa sisältyy sairaanhoidollisia toimenpiteitä kuten insuliinin pisto, verensokerin mittaaminen, haavanhoito, katetrointi ja verenpaineen mittaaminen. He huolehtivat asiakkaiden ruokailusta, lääkityksestä, henkilökohtaisesta hygieniasta ja tarvittavista tukipalveluista kuten siivouspalvelut. (Helmi Helsingin kaupungin sähköinen työpöytä 2011.) Kodinhoitaja toimii vastuuhoidajana kotipalvelua saaville asiakkaille hoitaen heitä säännöllisesti. Kodinhoitajan työhön kuuluu kotona asuvien asiakkaiden perushoito ja kodinhoito. Sairaanhoidollisissa asioissa hän konsultoi tiimin terveydenhoitajaa, sairaanhoitajaa tai lääkärää. Kodinhoitajat voivat suorittaa sairaanhoidollisia toimenpiteitä koulutuksensa mukaisesti jos heidät on työpaikkakoulutettu. (Helmi Helsingin kaupungin sähköinen työpöytä 2011.) Sairaanhoidosta vastaa vanhustyöhön erikoistunut lääkäri. Muita kotihoidon tiimin jäseniä ovat fysioterapeutti, toimintaterapeutti, jalkojenhoitaja, ravitsemusterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (Mäkinen ym. 1997, 35 – 42.) Kotihoidon palvelu- ja kotisairaanhenkilöstö tekevät asiakastyötä yhdessä, heillä on samat tilat, yhteiset välineet ja yhdessä sovitut toimintaperiaatteet. Yhteiset asiakkaat ja työtila

mahdollistavat yhdessä tekemisen. Molempien ammattialan ammattilaiset tuovat omaa osaamista asiakkaiden ja toistensa avuksi. (Larni ym. 2005, 12 – 14.)

Kotihoidon asiakas voi saada joko kotisairaanhoidoa, kotipalvelua tai tarvittaessa molempia palveluita. Tarpeet määritellään asiakkaan tarpeiden mukaan. Kotikäynti on niin sanottu prosessi, johon kuuluu valmisteluvaihe, toteutusvaihe ja jälkitoimenpiteet. Ennen kotikäyntiä tulee huomioida asiakkaan tarpeiden lisäksi päivälle suunnitellut muut kotikäynnit. Ennen kotikäynnille lähtemistä tarkistetaan käynnin tarkoitus. Hoitaja selvittää kotikäynnin syyn ja varustautuu tarvittavilla välineillä ja hoitotarvikkeilla. Asiakkaan kodista tulee hoitajan työpaikka. Käynnillä hoitaja hoitaa, avustaa ja arvioi asiakasta. Kotikäynnin jälkitoimenpiteitä ovat muun muassa kirjaus, tarvittaessa hoitosuunnitelmien päivitys ja yhteydenotot lääkäriin, omaisiin sekä muihin mahdollisiin tahoihin. Kotikäyntien määrä ja kesto riippuvat asiakkaan tarpeista. (Ikonen & Julkunen 2008, 112 - 115.)

Asiakasmäärä ja henkilökunnan koko vaihtelevat alueittain. Asiakkaiden palveluntarve vaihtelee. Asiakkailla on mahdollisuus saada palveluita maksimissaan neljä kertaa vuorokaudessa. Kotihoidon työtä tehdään yleisesti ns. aluevastuumallin mukaan, jossa useampi työtiimi esimiehineen muodostaa yhteisvastuullisen toimintayksikön. Kotihoitotyö on kaksi- tai kolmivuorotyötä. (Larni ym. 2005, 12.) Helsingissä kotihoitotyö on kaksivuorotyötä, yöpartio tekee yövuoroja jokaisena viikon päivänä (Aho & Toivonen 2011, 4).

2.2 Koti työympäristönä

Työympäristönä toisen koti voi olla haasteellinen. Kotiolot poikkeavat monella tavalla laitosten ympäristöstä. Asiakkaan kotia tulee kunnioittaa toimien hänen ehdoillaan. Hoitotilanteissa tulee kuitenkin huomioida, että asiakkaan ja työntekijän terveys, hyvinvointi ja turvallisuus eivät vaarannu. (Hägg & Rantio & Suikki & Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 17.)

Kodeissa voi olla kemiallisia, biologisia ja fysikaalisia haittatekijöitä kuten tupakansavu, tartuntatauteja aiheuttavia bakteereita, viallisia sähkölaitteita, huono valaistus ja päihteitä häiritsevästi käytäviä omaisia tai asiakkaita. (Larni ym. 2005, 16 – 17.) Työ kotona voi olla fyysisesti raskasta ja työasennot ergonomisesti huonoja. Kodit

voivat olla myös pieniä, mikä voi hankaloittaa siellä työskentelyä. (Ikonen & Julkunen 2008, 153.) Ergonomian noudattaminen voi olla hankalaa pienissä tiloissa. Koteihin on kuitenkin mahdollista hankkia apuvälineitä helpottamaan työskentelyä. (Larni ym. 2005, 16 – 17.) Kotihoidon työntekijä voi kohdata myös fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa työssään (Ikonen & Julkunen 2008, 153). Eripituiset matkat asiakkaiden välillä ja sääolosuhteet vaikuttavat myös työolosuhteisiin. Ne voivat olla haitta tai etu työntekijälle. Kotihoidon työntekijät joutuvat myös tekemään työssään nopeita itsenäisiä päätöksiä, esimerkiksi asiakkaan saatua sairaskohtaus. (Hägg ym. 2007, 17.) Asiakkaan luona käydään yleensä yksin, mikä lisää myös riskejä työtapaturmiin (Larni ym. 2005, 17 – 18; Ikonen & Julkunen 2008, 153).

Neulanpistotapaturmia voi sattua kotihoidossa erilaisten syiden vuoksi. Esimerkiksi asiakkaan kotona käytettyjä neuloja voi olla eri paikoissa, särmäjäteastiat voivat olla ylitäytettyjä, henkilökunnalla voi olla puutteellinen koulutus ja asiakkaat voivat häiritä työskentelyä. (Vuoriluoto 2008, 15.) Käytetyt neulat tulee laittaa suoraan särmäjäteastiaan (Aho & Toivonen 2011, 18). Särmäjäteastia on keltainen muovinen astia, johon kerätään käytetyt neulat, viiltävät veitset ja lasiampullit. Särmäjäteastiat täytetään 2/3 sen tilavuudesta. (Salo 2010.) Kun astia on täysi, viedään se toimistolle tai suoraan apteekkiin hävitettäväksi. Särmäjäteastia tulee olla niiden asiakkaiden kotona, joille pistetään säännöllisesti. (Aho & Toivonen 2011, 18.)

Työturvallisuutta parantavat turvalliset työskentelymenetelmät kuten ennakointi, työn tekeminen harkiten ja suunnitelmallisesti. Vaaroja voidaan usein ennakoida ja hankaliin tilanteisiin varautua. (Ikonen & Julkunen 2008, 153.) Tarttuvia tauteja voidaan ennaltaehkäistä esimerkiksi käsihygienialla ja noudattamalla oikeaa tekniikkaa injektioita pistäessä ja verinäytteitä otettaessa (Larni ym. 2005, 17; Green 1998, 291 – 293). Jokaisen työntekijän on syytä varata reppuunsa käsidesinfektiota, hanskoja ja särmäjäteastia (Aho & Toivonen 2011, 18). Ensiaputilanteiden hallinta on tärkeää yksin työskennellessä (Larni ym. 2005, 17).

Työnantajalla on velvollisuus järjestää työntekijälle turvalliset työolosuhteet. Työturvallisuus on osa perehdyttämistä. (Kupias & Peltola 2009, 23.) Työturvallisuutta ohjaa lainsäädäntö. Turvallisten työolojen järjestämisestä käsitellään työturvallisuuslaissa:

Työturvallisuuslaissa (23.8.2002/738): Tämän lain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja. (Työturvallisuuslaki 2002.)

2.3 Neulanpistotapaturmat työperäisten tartuntatautien aiheuttajina

Työperäisistä veritapaturmista noin 75 % on neulanpistotapaturmia (Anttila ym. 2000, 2217). Arviolta kolme miljoonaa terveydenhuollon työntekijää altistuu vuosittain veriperäisille patogeeneille neulanpistotapaturmien yhteydessä. EU:n alueella arvioidaan tapahtuvan noin miljoona neulanpistotapaturmaa joka vuosi. Suomalaisissa sairaaloissa sattuu verialtistustapaturmia potilastyössä arviolta 100 pistoa/vuosi tuhatta työntekijää kohden. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä raportoituja verialtistustilanteita tapahtuu vuosittain noin 500. (Vuoriluoto 2008, 3,11.) Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa pisto- ja viiltotapaturmat ovat kasvaneet viime vuosina. Ilmoitettuja pisto- ja viiltotapaturmia oli vuonna 2009 yhteensä 225, kun taas vuonna 2007 niitä oli vain 94. (Helsingin kaupunki terveystieteiden tutkimuskeskus työsuojelu 2010, 1.) Neulanpistotapaturmien todellinen määrä on todennäköisesti suurempi, koska kaikista neulanpistotapaturmista ei tehdä ilmoitusta työpaikoilla (Vuoriluoto 2008, 3). Kotihoidossa tapahtuvista neulanpistotapaturmista ei ole erillistä rekisteriä.

Yleisimpiä syitä, jotka voivat johtaa neulanpistotapaturmaan ovat hylsyttyminen (54 %), huolimattomuus (45 %), kiire (9 %), kokemattomuus (9 %), potilaan aiheuttama häirintä (9 %) ja särmäjäteastian puuttuminen sekä epävarmuus (Ahtikallio & Etelävuori & Ronni 2010, 20).

Terveydenhuollon henkilöstön työperäisten kroonisten virusinfektioiden riski on lisääntynyt (Anttila ym. 2000, 2217). Kotihoidon ja muut terveydenhuollon alan työntekijät ovat joka päivä vaarassa altistua infektioille neulanpistotapaturmien yhteydessä. Suurin osa neulojen aiheutumista tapaturmista ei ole hengenvaarallisia. Tietous siitä, että työssä neulanpistotapaturman yhteydessä voi altistua tartuntataudeille, voi aiheuttaa ahdistusta terveydenhuollon työntekijöiden keskuudessa. (Green 1998, 282 – 284, 286.)

Yleisimmät verialtistuksessa leviävät tartuntataudit ovat hepatiitti-B, hepatiitti-C ja HIV (Vuoriluoto 2008, 3). Maailmassa on yli kolme miljoonaa hepatiitti-B viruksen kantajaa, Hepatiitti-C viruksen kantajia on 250 miljoonaa ja HIV-tartunnan saaneita oli vuonna 2002 yli 42 miljoonaa. Suurin osa HIV-tartunnan saaneista asuu kehitysmaissa. (Reunala & Paavonen & Rostila 2003, 81, 105, 113.) Suomessa on tilastoitu vuoteen 2011 loppuun mennessä hieman alle 3000 HIV-tartuntaa, hepatiitti-B tartuntoja noin 7200 ja hepatiitti-C tartuntoja noin 23700 (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012). Viime vuosina suonensisäisten huumeiden käyttö on lisääntynyt. Suonensisäisten huumeiden käyttäjillä on lisääntyvässä määrin kroonisia virusinfektioita kuten hepatiitti-B, hepatiitti-C ja HIV. (Anttila ym. 2000, 2217.)

Hepatiitti-B on helpoimmin neulanpistotapaturman yhteydessä tarttuva virus. Hepatiitti-B:lle altistuneiden osuus neulanpistotapaturmissa on noin kaksi miljoonaa. (Vuoriluoto 2008, 11.) Hepatiitti-B tartunta tapahtuu veren ja eritteiden välityksellä (Green 1998, 284; Kurki & Pammo 2010, 30; Reunala ym. 2003, 109). Tartunnan saamisen todennäköisyys liittyy rikkoutuneeseen ihoon siirtyneen infektoituneen veren määrästä (Mason 2009, 3). Työperäisiä hepatiitti-B tartuntoja on Suomessa rekisteröity vuosina 1989 – 1998 yhteensä 11 tapausta (Anttila ym. 2000, 1). Hepatiitti-B viruksella veren kontaminoimaan neulanpistoon liittyy 20 – 25 %:n suuruinen tartuntariski. Tartunnan saaneista suurin osa paranee akuutin maksatulehduksen jälkeen, krooniseksi viruksenkantajaksi jää 5 % ja heistä vain osalle kehittyy krooninen hepatiitti-B tulehdus. (Reunala ym. 2003, 107 – 111.) Kotihoidon työntekijöillä on riski saada Hepatiitti-B tartunta neulanpistotapaturman yhteydessä (Green 1998, 284).

Hepatiitti-B on viruksen aiheuttama maksatulehdus. Hepatiitti-B:n itämisaika on kaksi- kolme kuukautta. Hepatiitti-B infektio tartunnan saaneista noin 60 %:a on oireettomia ja 40 %:lla esiintyy oireita. Ensimmäisiä akuutin infektion oireita ovat pahoinvointi, ripuli, oksentelu ja vatsakipu. Lihas- ja nivelkipuja voi myös esiintyä. Muutaman päivän kuluessa virtsa tummuu ja ulosteen väri muuttuu vaaleaksi. Sen jälkeen iholle ja silmän kovakalvolle ilmaantuu keltaisuutta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.) Äkillisessä maksatulehduksessa oireet häviävät yleensä parissa viikossa. Sairastuneista 0,8 %:lla hepatiitti-B virusinfektio muuttuu äkillisesti hyvin voimakasoireiseksi jolloin maksa menee muutamassa päivässä kuolioon. Fulminantin (äkillinen) hepatiitin ennuste on huono. Kuolevuus ennuste on huono, noin 60 – 80 % kuolee. Kroonisesta hepatiitista voi seurata maksakirroosi ja hepatiitti-B kantaja voi sairastua

maksasyöpään. Kroonista hepatiitti-B infektiota sairastavat ovat viruksen pysyviä kantajia. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012; Reunala ym. 2003, 107 – 108.)

Hepatiitti-C tarttuu lähinnä veren välityksellä. Hepatiitti-C voi tarttua verensiirron, verivalmisteiden, veristen neulojen ja ruiskujen välityksellä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2012; Reunala ym. 2003, 114 – 115.) Neulanpistotapaturman yhteydessä todennäköisyys saada tartunta on pieni, tartuntariski on 0 – 7 %. Hepatiitti-C:lle altistuneiden osuus neulanpistotapaturmissa on 0,9 miljoonaa. (Vuoriluoto 2008, 11.) Työperäisiä hepatiitti-C tartuntoja on Suomessa rekisteröity vuosina 1989 – 1998 yhteensä 9 tapausta (Anttila ym. 2000, 2217).

Hepatiitti-C on viruksen aiheuttama maksatulehdus. Sen itämisaika on noin 15 – 140 päivää. Oireita saa noin 25 % tartunnan saaneista. Akuutti hepatiitti-C aiheuttaa usein keltaisuutta, pahoinvointia ja vatsakipuja. Taudin pysyviksi kantajiksi jää arviolta 85 %. Tartunnan saaneista 40 – 70 % saa kroonisen aktiivisen hepatiitin. Hepatiitti-C tartunnasta voi seurata maksakirroosi tai maksasyöpä. Se voi laukaista myös autoimmuunisairausten esimerkiksi kilpirauhastulehduksen, paksusuolen haavaisen tulehduksen tai Sjögrenin oireyhtymän. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2012.)

HIV ”Human Immunodeficiency Virus”, eli ihmisen immuunikatovirus. HIV on hitaasti etenevä infektio, jossa tartunnan saaneen oma puolustuskyky vähitellen heikkenee. Oireet, joita taudissa ilmenee johtuvat joko viruksesta itsestään tai sen lisäksi saaduista taudeista eli oheistaudeista, joita pitkälle edenneessä infektiossa heikentynyt immuunijärjestelmä ei pysty torjumaan. HIV-positiivinen on henkilö, joka on saanut HIV-tartunnan ja jonka verestä löytyy infektion merkinä HIV-vasta-aineita. (Tuhkanen 2006, 7.) HIV:in tartuntariski neulanpistotapaturmissa on noin 0,4 % (Korte & Mäkinen & Teräs 1993, 25; Reunala ym. 2003, 83). HIV:ille altistuneiden osuus neulanpistotapaturmissa on arviolta 170 000 (Vuoriluoto 2008, 11). Työperäisiä HIV-tartuntoja on yli 100 tapausta (Anttila ym. 2000, 2217).

HIV-tartunnan voi saada joutuessaan suoraan tekemisiin HIV:iä sisältävän veren tai kehon nesteiden kanssa. Se voi tapahtua limakalvojen tai rikkoutuneen ihon läpi. Veritartunta voi tapahtua infektoituneen veren tai verituotteiden välityksellä sekä infektoituneella verellä kontaminoitujen ruiskujen, neulojen ja muiden terävien

instrumenttien välityksellä. (Tuhkanen 2006, 7; Reunala ym. 2003, 83; Korte ym. 1993, 25.)

HIV-tartunnan ja ensioireiden jälkeen HIV positiiviset ovat usein vuosia täysin oireettomia. Puolustuskyvyn heiketessä, taudin kulku muuttuu vaihtelevaksi. Oheistauteja voi puhjeta, mutta suurin osa niistä on yleensä hoidettavissa. Aids-vaiheessa voi myös olla pitkään oireettomia jaksoja, kun oheistaudit pidetään kurissa lääkkeillä. HIV:in etenemisnopeutta ja sen aiheuttamia oireita on vaikea ennustaa. HIV:iin vaikuttavat lääkkeet pystyvät hidastamaan taudin etenemistä. Oheistautien ehkäisy ja varhainen hoito pidentävät myös elinikää ja elämän laatua. HIV-tartunnan saaneen elinaika riippuu virustyyppistä, tartuntahetkellä siirtyvästä virusmäärästä, tartunnansaaneen vastustuskyvystä, iästä, mahdollisista muista sairauksista ja HIV-lääkehoidon toteutumisesta. Kehittyvän HIV-lääkityksen ansiosta HIV-positiivisten elinajan ennuste on nykyisin lähes yhtä pitkä kuin muulla väestöllä, jos diagnoosi tehdään riittävän ajoissa. (Tuhkanen 2006, 8.)

HIV-infektion kulku jaetaan neljään vaiheeseen: Ensitauti eli primaaritauti, oireeton vaihe, oireinen vaihe sekä aids. Noin puolelle tartunnan saaneista kehittyy 1 – 6 viikon sisällä ensitaudin oireita. Ensitaudin oireisiin kuuluvat kurkkukipu, kaularauhasten turvotus, kuume, ihottuma, lihaskivut ja päänsärky. Edellä mainituista oireista kaikilla ei välttämättä esiinny kaikkia oireita. Ensioireiden aikana virus lisääntyy elimistössä runsaasti. HIV-testin voi tehdä kolmen kuukauden kuluttua mahdollisesta tartunta hetkestä, jolloin tulosta voidaan pitää luotettavana. Oireeton vaihe voi kestää useita vuosia, sen aikana ei esiinny HIV:in oireita. Oireisessa vaiheessa esiintyy yleisoireita kuten laihtumista, kuumeilua, pitkäaikaista ripulointia, yöhikoilua ja väsymystä. (Tuhkanen 2006, 9; Reunala ym. 2003, 84 – 86.) AIDS on HIV-infektion viimeinen vaihe, jossa immuunijärjestelmässä on tapahtunut jo merkittävää tuhoa ja vastustuskyky tauteja kohtaan on huomattavasti alentunut. HIV-infektion eteneminen aidsiksi kestää keskimäärin yli 10 vuotta, jos potilas ei saa HIV-lääkehoitoa. Kun lääkehoito aloitetaan ajoissa, voidaan tehokkaasti estää aidsiin sairastuminen. (Reunala ym. 1994, 115 – 116.)

2.4 Neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisy

Työnantajan tulee huolehtia, että työntekijöille opetetaan turvalliset työtavat, jotta vältetään verialtistuksilta. Työntekijöille tulee antaa myös tietoa siitä, miten toimitaan tapaturman sattuessa. (Anttila ym. 2000, 2224.) Vuoriluodon tutkimuksesta ilmenee, että noin 40 % työntekijöistä on saanut perehdytystä neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisemiseksi. Lisäksi 58 % työntekijöistä on sitä mieltä, että saatu perehdytys ei ole ollut riittävää. (Vuoriluoto 2008, 38.) Perehdyttämistä ohjaa lainsäädäntö, joka tarkoittaa, että työnantajan tulee perehdyttää työntekijä työhön. Perehdyttämistä käsittelevät erityisesti työsopimuslaki ja työturvallisuuslaki. Työturvallisuuslaissa (2002/738) tavoiteltava toiminta on työntekijää suojaavaa ja sopeuttavaa. (Kupias & Peltola 2009, 20 – 23.) Perehdyttämistä käsitellään työsopimuslaissa:

Työsopimuslaissa (26.1.2001/55): Työnantajan on kaikin puolin edistettävä suhteitaan työntekijöihin samoin kuin työntekijöiden keskinäisiä suhteita. Työnantajan on huolehdittava siitä, että työntekijä voi suoriutua työstään myös yrityksen toimintaa, tehtävää työtä tai työmenetelmiä muutettaessa tai kehitettäessä. Työnantajan on pyrittävä edistämään työntekijän mahdollisuuksia kehittyä kykyjensä mukaan työurallaan etenemiseksi. (Työsopimuslaki 2001.)

Perehdyttäminen on tärkeä osa neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisyä (Vuoriluoto 2008, 44). Perehdyttäminen sisältää ohjausta ja muita toimenpiteitä. Sen tavoitteena on auttaa työntekijää tutustumaan, oppimaan ja harjaantumaan uusiin työtehtäviinsä, työyhteisön tapaan toimia, työkavereihin ja yhteistyöverkostoihin. Hyvä perehdytys lisää työntekijän mielenkiintoa, vastuunottoa ja työhön sitoutumista. (Frisk 2005, 41; Pohjansalo 2007, 10 – 11.) Perehdyttäminen on investointia, joka lisää henkilöstön osaamista, parantaa laatua, tukee työssä jaksamista, vähentää tapaturmia ja poissaoloja. Perehdyttäminen kuuluu kaikille henkilöstöryhmille. Perehdyttäminen kattaa myös asiakkaan luona tehtävät työt sekä työpaikalla työskentelevät ulkopuolisen työnantajan työntekijät. (Penttinen & Mäntynen 2009, 2.) Perehdyttämistä tukee hyväksyvä, avoin ja auttava työyhteisö. Ohjaus ei saa jäädä vain perehdytykseen, on tärkeää, että se jatkuu esimerkiksi ohjauskeskusteluissa. (Frisk 2005, 43.)

Helsingin kaupungin kotihoidossa uusille työntekijöille on perehdytys. Perehdyttäminen käynnistyy rekrytointivaiheessa ja jatkuu työyksikössä. Perehdytyksessä työntekijä tutustutetaan työympäristöön, työoloihin, oman työyhteisön tavoitteisiin ja toimintaan.

Perehdytyksellä tähdätään henkilöstön kehittämiseen ja työturvallisuuteen. Perehdyttäjän tehtävänä on tukea, ohjata ja opastaa työntekijä tehtäväänsä. Perehdytystä tukee työyhteisössä tuotettu tukimateriaali. Alkuvaiheessa perehtymistä tuetaan ja seurataan tiiviisti. Työyksikössä arvioidaan työntekijän kehittymistä itsenäiseen työskentelyyn muun muassa osaamiskartan avulla. Kotihoidossa on käytössä perehtymiskortti, johon merkitään asiat, joista on saanut perehdytystä. Väliarviointi tapahtuu kuukauden kuluttua aloituspäivästä. Kuuden kuukauden kuluttua työn aloittamisesta tehdään perehtymisen arviointi sekä osaamisen ja työssä kehittymisen suunnitelma. Perehdytys sisältää muun muassa työtehtäviin ja yksikköön orientoitumista, työnopastusta ja työmenetelmiin opastamista. (Helsingin terveyskeskus 2008.)

Työturvallisuutta voidaan parantaa työympäristön siisteydellä, riittävällä valaistuksella ja hyvällä työasennolla. Neuloja ja ruiskuja ei saa laittaa esimerkiksi työpuvun taskuun, työreppuun tai potilaan saataville, vaan ainoastaan asianmukaiseen särmäjäteastiaan. (Helsingin kaupunki terveyskeskus työsuojelu 2010, 1 – 3.) Särmäjäteastiat sijoitetaan lähetyville, jolloin pistävät ja viiltävät välineet voidaan siirtää käytön jälkeen suoraan särmäjäteastiaan, jonka jälkeen särmäjäteastian kansi suljetaan tiiviisti. Kotihoidossa varataan niiden potilaiden koteihin särmäjäteastiat, joilla pistos- tai verikoevälineitä käytetään säännöllisesti. Jokainen työntekijä varaa kotikäyntireppuun asianmukaisen särmäjäteastian. (Helsingin kaupunki terveyskeskus työsuojelu 2010, 1 – 3; Green 1998, 291 – 293.)

Oikeiden työtapojen noudattamisella ja uusien työvälineiden käytön harjoittelemisella voidaan myös ehkäistä merkittävästi pistotapaturmien syntyminen. Kotihoidossa perehdytys- ja ohjaustilanteessa varmistetaan, että uusi työntekijä, sijainen tai opiskelija hallitsee riittävät taidot, mutta työntekijällä on vastuu loppukädessä työtehtävän hallitsemisesta. (Helsingin kaupunki terveyskeskus työsuojelu 2010, 1 – 2.) Kiire ja hylsyttäminen aiheuttavat neulanpistotapaturmia. Työntekijöiden tulisi tiedostaa paremmin hylsyttämisen aiheuttamat vaarat ja oma oikeusturva, jolloin osattaisiin toimia oikein tapaturman sattuessa. (Vuoriluoto 2008, 5.) Työntekijän on pyrittävä tekemään pistos- ja toimenpidetilanteet mahdollisimman kiirettömiksi. Ilmapiiiri vaikuttaa myös potilaan käyttäytymiseen, ja näin voidaan vähentää yllättäviä häiriötekijöitä toimenpidetilanteessa. Valtaosa pistotapaturmista aiheutuu hylsytyksen vuoksi, jota tulee välttää. (Helsingin kaupunki terveyskeskus työsuojelu 2010, 1 – 2.)

2.5 Neulanpistotapaturmien hoito

Neulanpistotapaturman tapahduttua työntekijän tulee hallita ensihoito ja jatkotoimenpiteet (Vuoriluoto 2008, 17). Neulanpistotapaturman sattuessa on hyvä säilyttää rauhallisuus. Ensimmäisenä vamma-alue tarkistetaan ja sitä huuhdotaan juoksevan veden alla noin viiden minuutin ajan. Pistotapaturma kohdasta ei saa puristaa verta pois. Vesihuuhtelun jälkeen asetetaan alkoholihaude (yli 70 %) pistoskohdan päälle kahdeksi minuutiksi. Neula laitetaan särmäjäteastiaan, välttämällä vahingon uudelleen syntyminen. (Kotilainen 2010, 1; Anttila ym. 2000, 2219 – 2220.)

Neulanpistotapaturmasta ilmoitetaan välittömästi lähimmälle esimiehelle. Veritapaturman sattuessa virka-aikana työntekijä ottaa yhteyttä työterveyshuoltoon. Helsingissä virka-ajan ulkopuolella otetaan yhteyttä työpaikan päivystävään lääkäriin tai Meilahden, Malmin tai Haartmanin sairaalaan. Opiskelijat ja työharjoittelijat toimivat oman koulun antaman ohjeen mukaan. Yksityisen yrityksen kautta työssä olevien työntekijöiden verialtistustapaturmat hoidetaan Mehiläisen työterveyshuollossa. Tapaturman sattuessa virka-aikana työntekijä ottaa yhteyttä työnantajaansa. Virka-ajan ulkopuolella tulee toimia kuten muutkin työntekijät. (Kotilainen 2010, 1.)

Verialtistuksen tapahduttua tai lääkärin epäillessä sitä perustellusti, tulee altistuneelta ja altistajasta ottaa verinäytteet ennen suojaustoimia. Näytteiden otto ei saa viivyttää suojaustoimenpiteitä. Virka-aikana suojauksen aloittamisesta päättää työterveyshuollon lääkäri ja virka-ajan ulkopuolella päätöksen tekee päivystävä lääkäri. Verelle altistuneelta työntekijältä tutkitaan vasta-aineet (S-HBcAb, S-HBsAb, S-HBsAg, S-HCVAb, HIVAgAb ja P-ALAT). Verinäytteet tutkitaan virka-aikana ja vastaukset saa työterveyshuollosta. Jos tartunnan lähteen tiedetään etukäteen olevan HBsAg-positiivinen, vastaus pyydetään päivystyksenä. Henkilöstä, jonka verelle on altistuttu otetaan vasta-aineet (S-HBcAb, S-HBsAg, S-HCVAb ja HIVAgAb) Potilaalta tarvitaan näytteenottolupa. Jos potilaalta ei saada lupaa, toimitaan kuten korkeaan riskiryhmään kuuluvan kanssa. (Kotilainen 2010, 2, 5.) Hepatiitti-B, hepatiitti-C ja HIV-seurantanäytteet (S-HBsAg, HBsAb, HBcAb, HCVAb, S-HIV-AgAb, P-ALAT) otetaan kuukauden, kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua altistumisesta (Kotilainen 2010, 6; Anttila ym. 2000, 2220).

Veritapaturman jälkeen altistunut työntekijä suojataan lääkityksellä tai rokotuksin lääkärin antaman riski-arvio ohjeistuksen mukaan. Ilmeisessä HIV-tartunnassa verelle altistuneelle aloitetaan antiretroviraalinen lääkitys mahdollisimman pian, mieluiten kahden tunnin kuluessa tapahtumasta. Altistuksen jälkeinen profylaksia antiretroviraalisella lääkityksellä vähentää noin 80 % HIV-infektio riskiä. HCV-infektion estoon ei ole rokotetta, immunoglobuliinia tai lääkettä. Ainut tapa estää tartunta on ennaltaehkäistä veritapaturma. (Kotilainen 2010, 2, 3, 5; Anttila ym. 2000, 2219 – 2221.) Hepatiitti-C:tä hoidetaan lääkkein. Lääkehoitona on käytetty interferonin ja ribaviriinin yhdistelmää. Lääkehoitoa voidaan käyttää akuutin hepatiitti-C:n ja kroonisessa aktiivisen hepatiitti-C:n hoidossa. Jotta hoito onnistuu, se vaatii sitoutumista lääkehoitoon. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) B-hepatiitti verelle altistuneelle henkilölle annetaan B-hepatiitti suojarokote. Suojarokotus aloitetaan antamalla ensin yksi rokoteannos, jonka jälkeen työterveyshuollossa annetaan jatkorokotukset. HBV-rokotetta annetaan kolme kertaa kuuden kuukauden sisällä. HBsAB-määritys tehdään kuuden-kahdeksan viikon kuluttua kolmannesta annoksesta. (Kotilainen 2010, 3 – 6.)

Jokaisesta neulanpistotapaturmasta tulee ilmoittaa esimiehelle, hän laatii siitä tapaturmailmoituksen Työsuojelupakkiin. Työsuojelupakki on sähköinen järjestelmä Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa, jonne tehdään ilmoitus työtapaturmasta, ilmoitukset tallentuvat työsuojelupakkiin. (Paukkonen 2011, 7.) Mikäli ilmoitusta ei tehdä, mahdollisten työtapaturmakomplikaatioiden alkuperän osoittaminen on myöhemmässä vaiheessa vaikeaa. Vaikka altistajan ei katsottaisikaan kuuluvan veritartuntavaaran suhteen riskiryhmään, tulee veritartunnasta tehdä kuitenkin tapaturmailmoitus. (Kotilainen 2010, 5; Vuoriluoto 2008, 26.) On arvioitu, että noin 40 – 75 % neulanpistotapaturmista jää ilmoittamatta. Tapaturmailmoituksen tekeminen neulanpistotapaturmasta on tehtävä oman oikeusturvan vuoksi. Neulanpistotapaturman seurauksena voi olla tartuntatautilain mukainen ilmoitettava tartuntatauti, jonka todentaminen mahdollisia korvauksia hakiessa voi olla jälkeinpäin hankalaa ilman tapaturmailmoitusta. (Vuoriluoto 2008, 11, 43.)

Verialtistuksen sattuessa työntekijä voi kuormittua henkisesti, etenkin jos työntekijä on saanut tapaturman yhteydessä tarttuvan taudin. Työntekijälle tulee antaa mahdollisuus keskustella tapahtuneesta. Jälkihoito tunteiden läpikäymiselle on tärkeää, keskusteluapua voi saada työterveyshuollosta. (Hietala & Roth-Holtinen 1999, 137.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksella tulee olla jokin tarkoitus tai tehtävä, joka ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. Tutkimuksen tarkoitus voi olla kuvaileva. Kuvailevalle tutkimukselle on ominaista, että tutkija esittää kuvauksia henkilöistä, tapahtumista, tilanteista ja dokumentoi ilmiöistä keskeisiä sekä kiinnostavia piirteitä. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010, 137 – 139.)

Tutkimusongelmat perustuvat tutkimuksen tarkoitukseen ja tavoitteisiin, ne muotoillaan väittämissä tai kysymysmuotoon. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa voidaan asettaa tutkimusongelma kuvaamaan tiettyä ilmiötä, jonka lisäksi voidaan tarkastella tutkittavien taustatietojen yhteyttä selitettävään tutkimusilmiöön. Tutkimuksessa pääongelma voidaan jakaa tarkennettuihin alaongelmiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 75.) Tutkimuksen ongelma tulee esittää selkeästi ja tarkkarajaisesti. Tutkimuksessa tulee olla juoni ja johtoajatus, jonka avulla voidaan valita tutkimukselle pääongelma ja osaongelmat. Tutkimuksessa voi olla myös vain yksi ongelma tai joukko samantasoisia ongelmia, jolloin ei ole mielekäästä tehdä eroa pää- ja osaongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2010, 126.)

Tämä tutkimus oli kuvaileva tutkimus. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata neulanpistotapaturmien esiintyvyyttä, ennaltaehkäisyä ja hoitoa Helsingin kaupungin Koskelan kotihoidossa. Tavoitteena oli, että Koskelan kotihoidon työntekijät voisivat hyödyntää tuotettua tutkimustietoa neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Opinnäytetyö jää kotihoidon käyttöön. Tulokset esitetään Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat olivat seuraavanlaiset:

- 1) Kuinka paljon neulanpistotapaturmia esiintyy Koskelan kotihoidossa?
- 2) Miten neulanpistotapaturmia ennaltaehkäistään Koskelan kotihoidossa?
- 3) Miten Koskelan kotihoidossa toimitaan neulanpistotapaturmissa?

3.2 Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa ja kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista aineiston keruun suunnitelmat, jossa havaintoaineiston tulee soveltua määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen. Tutkimukseen valitaan koehenkilöt tai tutkittavat. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon, jonka jälkeen aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi ym. 2010, 140.) Tutkimusprosessi etenee ensin teoriasta käytäntöön eli kyselyyn, jonka jälkeen teoriaan palataan tulosten analysoinnin ja tulkinnan avulla (Vilka 2007, 25).

Kyseessä oli kokonaistutkimus, kyselylomakkeet jaettiin kaikille Koskelan kotihoidon työntekijöille. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Helsingin kaupungin terveyskeskuksen Koskelan kotihoidon työntekijät. Vastaajaryhmä koostui sairaanhoitajista, terveydenhoitajista, lähihoitajista, perushoitajista, kodinhoitajista ja opiskelijasta. Koskelan kotihoidossa on 70 työntekijää, joista kyselyyn vastasi 38 työntekijää ja yksi opiskelija. Opiskelijan vastauksilla ei ollut merkitystä tutkimustuloksiin, jonka vuoksi opiskelijan vastaukset otettiin myös mukaan tutkimukseen. Kysely oli vapaaehtoinen ja se oli mahdollista tehdä työaikana. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa määritellään perusjoukko, josta poimitaan edustava otos. (Hirsjärvi ym. 2010, 179 – 180.) Vastaajaryhmä oli heterogeeninen, vastaajat olivat eri sukupuolta olevia ja eri-ikäisiä. Tein kohdejoukolle kyselytutkimuksen (liite 1). Kyselytutkimuksen etuna on se, että sen avulla voidaan saada laaja tutkimusaineisto ja saadaan tietoa nopeasti ja tehokkaasti. Menettelyn etuna voidaan pitää nopeutta ja vaivatonta aineiston saantia. Tähän tutkimusmenetelmään liittyy myös heikkouksia, vastaaja voi suhtautua huonosti tutkimukseen tai voi tapahtua väärinymmärryksiä. Kaikkiin heikkouksiin ei kuitenkaan aina voida vaikuttaa etukäteen. (Hirsjärvi ym. 2010, 195.)

Tutkimussuunnitelman tekeminen aloitettiin maaliskuussa 2011. Tutkimussuunnitelma oli valmis kesäkuussa 2011, jonka jälkeen haettiin Helsingin kaupungilta tutkimuslupaa. Tutkimuslupa (liite 2) myönnettiin elokuussa 2011. Aineiston keruu tapahtui lokakuussa 2011. Kyselylomake palautettiin kirjekuussa. Aineisto palautettiin suoraan postitse minulle, jotta aineistoa ei pääsisi kukaan muu näkemään.

Kotihoidon ohjaaja Tiia Varjakoski jakoi sovitusti lähettämäni kyselylomakkeet Koskelan kotihoidon työntekijöille. Kysely tapahtui 10 – 16.10.2011 välisenä aikana. Esitestaus tehtiin ennen kuin kyselylomakkeet jaettiin. Esitestaukseen osallistui kolme ystävääni. He kokivat, että kyselylomakkeen kysymykset olivat helposti ymmärrettäviä ja selkeitä. Kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia. Lomakkeen valmistelussa tulee käyttää apuna esitutkimusta, jonka avulla kysymysten muotoilua voidaan korjata varsinaista tutkimusta varten (Hirsjärvi ym. 2010, 204; Heikkilä 2005, 61).

Tutkimuksen aiheella on tärkein vastaamiseen vaikuttava seikka, myös lomakkeen laadinnalla ja kysymysten suunnittelulla voidaan vaikuttaa tutkimuksen onnistumiseen. Kysymykset voidaan muotoilla monella eri tavalla, ne voivat olla avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai asteikkoihin eli skaaloihin perustuvia kysymystyyppisiä. (Hirsjärvi ym. 2010, 198 – 200.) Kyselylomaketta tehdessä apuna käytettiin Hämeenlinnan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa 2010 toteutettua opinnäytetyön kyselylomaketta. Opinnäytetyön ovat tehneet Jenni Ahtikallio, Julia Etelävuori ja Hanna Ronni ja sen nimi on Neulanpistotapaturmat, hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia parenteraalisen lääkehoidon opiskelusta ja neulanpistotapaturmista.

Strukturoinnissa tutkittava asia ja sen ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan eli kysymykset ja vaihtoehdot muotoillaan niin, että kaikki ymmärtävät kysymykset samalla tavalla ja kysymykset voidaan kysyä kaikilta vastaajilta samalla tavalla. Muuttuja tarkoittaa tutkittavaa asiaa jolle annetaan arvo. Arvo ilmailtaan symboleina, kirjaimet ja numerot voivat olla symboleita. (Vilka 2007, 14 – 15.) Kysely oli puolistrukturoitu, eli kysymykset muodostuivat monivalintakysymyksistä ja avoimista kysymyksistä. Kyselylomakkeessa oli 12 monivalintakysymystä ja 7 avointa kysymystä, yhteensä kysymyksiä oli 19.

3.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksen ydinasiaksi sanotaan tutkimusaineiston analysointia, tulkintaa ja siitä tehtävien johtopäätösten tekoa. Näiden vaiheiden myötä tutkijalle selviää minkä tyyppisiä vastauksia hän saa tutkimuksen ongelmiin. Päätelmät tehdään vasta esitöiden jälkeen. Ensimmäisessä vaiheessa tarkistetaan tiedot. Tarkistetaan mahdolliset

virheellisyydet ja puuttuvat tiedot. Toisessa vaiheessa tietoja täydennetään esimerkiksi karhuamalla kyselylomakkeita tai pyytämällä täsmennystä vastauksiin. Kolmannessa vaiheessa on aineiston järjestämistä ja tiedon tallennusta analyysijä varten. Toimenpiteet ovat riippuvaisia tutkimusstrategiasta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia ja merkitään ne muuttujaluokituksen mukaisesti. Kun kyselylomakkeet on palautettu, voidaan aloittaa tutkimusaineiston käsittely. (Hirsjärvi ym. 2010, 221 – 223.) Vastauslomakkeiden palaututtua tarkistettiin löytyykö lomakkeista puutteita tai virheellisyyksiä. Muutamissa vastauslomakkeissa oli puutteita, kaikkiin kohtiin ei oltu vastattu. Tästä ei ollut haittaa, sillä puuttuvat vastaukset olivat avoimissa kysymyksissä. Kyselylomakkeita palautui 39, jonka jälkeen kysyttiin kotihoidon ohjaajalta ovatko työntekijät vielä halukkaita vastaamaan. Kyselylomakkeita ei palautunut enempää kyselystä huolimatta, sillä kaikki halukkaat olivat jo vastanneet.

Heti tämän jälkeen aloitettiin aineiston analysointi. Määrällisten kysymysten aineisto analysoitiin SPSS 15.0 for Windows tilastointiohjelmaa ja Excel- taulukkolaskentaohjelmaa apuna käyttäen. SPSS-tilastointiohjelman avulla tehtiin aineistosta ristiintaulukointeja, jolla selvitettiin syy-seuraussuhteiden yhteyttä muuttujien kesken. Aineiston havainnollistamisessa käytettiin apuna Excel- taulukkolaskentaohjelmaa. Tutkimustulokset esitettiin pylväsdiagrammien avulla.

Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetysti ja yleistävästi. Sisällönanalyysin avulla voidaan myös esittää ilmiöiden väliset suhteet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 133 – 134.) Sisällönanalyysi voi olla induktiivista. Induktiivinen analyysi on kolmivaiheinen prosessi. Ensin aineisto pelkistetään eli aineistosta poistetaan tutkimukselle epäolennainen pois. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään. Siinä alkuperäisilmaukset käydään läpi, ja etsitään aineistoista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa käsittelevät aineistot ryhmitellään. Kolmannessa analyysin vaiheessa muodostetaan teoreettiset käsitteet. Siinä erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon mukaan muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteet yhdistetään ja näin voidaan saada vastaus omaan tutkimustehtävään. Sisällönanalyysissa tehdään tulkintoja ja päättelyjä. Johtopäätösten tekemisessä tutkijan tulee pyrkiä ymmärtämään, mitä asiat merkitsevät tutkittaville. Tutkijalla on siten mahdollisuus ymmärtää vastaajia heidän omasta näkökulmastaan analyysin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 – 113.)

Kyselylomakkeessa (liite 2) on myös avoimia kysymyksiä, joiden vastaukset avattiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analysointi aloitettiin lukemalla avoimien kysymysten vastaukset läpi useaan kertaan. Aineistosta karsittiin tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Sen jälkeen vastaukset ryhmiteltiin ja kirjoitettiin ne paperille. Pelkistämisen jälkeen vastaukset ryhmiteltiin omiin asiaryhmiin vastausten samankaltaisuuksien mukaan. Ryhmittelyn jälkeen vastauksia tarkasteltiin ryhmittäin, jonka perusteella vastauksia tulkittiin ja pääteltiin.

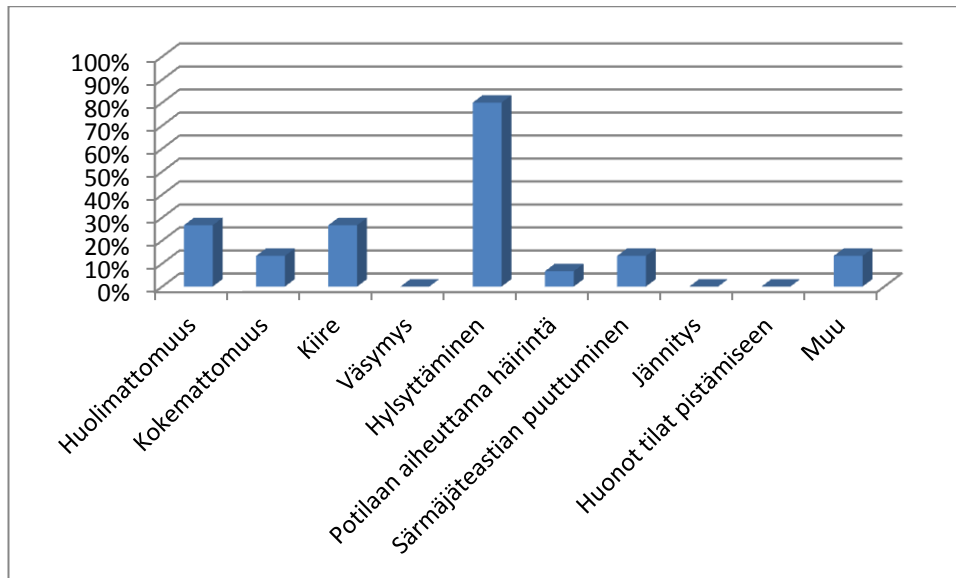
4 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata neulanpistotapaturmien esiintyvyyttä, ennaltaehkäisyä ja hoitoa Helsingin kaupungin Koskelan kotihoidossa. Kyselyyn (liite 1) osallistui 39 kotihoidon työntekijää. Koskelan kotihoidossa työskentelee 70 työntekijää. Vastausprosentti oli 56 %. Vastaajista suurin osa eli 33 % oli iältään alle 30-vuotiaita. Vastaajista 30 – 40-vuotiaita oli 23 %, 41 – 50-vuotiaita oli 21 %, 51 – 60-vuotiaita oli 18 % ja yli 60-vuotiaita oli 5 %. Suurin osa vastaajista, eli 67 % oli ammatiltaan lähihoitajia. Vastaajista ammatiltaan terveydenhoitajia oli 10 %, perushoitajia 10 %, sairaanhoitajia 5 % ja kodinhoitajia 5 %. Tutkimukseen osallistui myös yksi kotihoidossa ollut opiskelija.

4.1 Neulanpistotapaturmien esiintyvyys kotihoidossa

Kotihoidon työntekijöistä 39 % oli sattunut neulanpistotapaturma. Neulanpistotapaturmia oli sattunut yhteensä 24 henkilölle, joista seitsemälle oli sattunut yksi, kahdelle oli sattunut kaksi, viidelle oli sattunut kolme, ja yhdelle kymmenen neulanpistotapaturmaa. Neulanpistotapaturmia sattui eniten 41 – 50-vuotiaille. Toiseksi eniten tapaturmia sattui 51 – 60-vuotiaille. Kolmanneksi eniten tapaturmia sattui 31 – 40-vuotiaille ja vähiten alle 30-vuotiaille. Yli 60-vuotiaille ei sattunut yhtään neulanpistotapaturmaa. Neulanpistotapaturmia sattui eniten niille, jotka olivat olleet työssä yli 20 vuotta. Toiseksi eniten tapaturmia sattui niille, jotka olivat olleet työssä 6 – 20 vuotta. Vähiten tapaturmia sattui niille, jotka olivat olleet työssä 0 – 5 vuotta. Eniten neulanpistotapaturmia sattui sairaanhoitajille, toiseksi eniten lähihoitajille, kolmanneksi eniten perushoitajille ja vähiten neulanpistotapaturmia sattui terveydenhoitajille. Kodinhoitajille ei sattunut yhtään neulanpistotapaturmaa.

Suurin yksittäinen syy neulanpistotapaturmille oli hylsyttäminen (80 %). Muita merkittäviä syitä olivat kiire (27 %) ja huolimattomuus (27 %). Neulanpistotapaturman syntymiseen vaikuttivat myös kokemattomuus (13 %), särmäjäteastian puuttuminen (13 %), jokin muu syy (13 %) ja potilaan aiheuttama häirintä (7 %). Neulanpistotapaturman syntymiseen vaikuttavia tekijöitä on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Tekijät, jotka aiheuttavat neulanpistotapaturman.

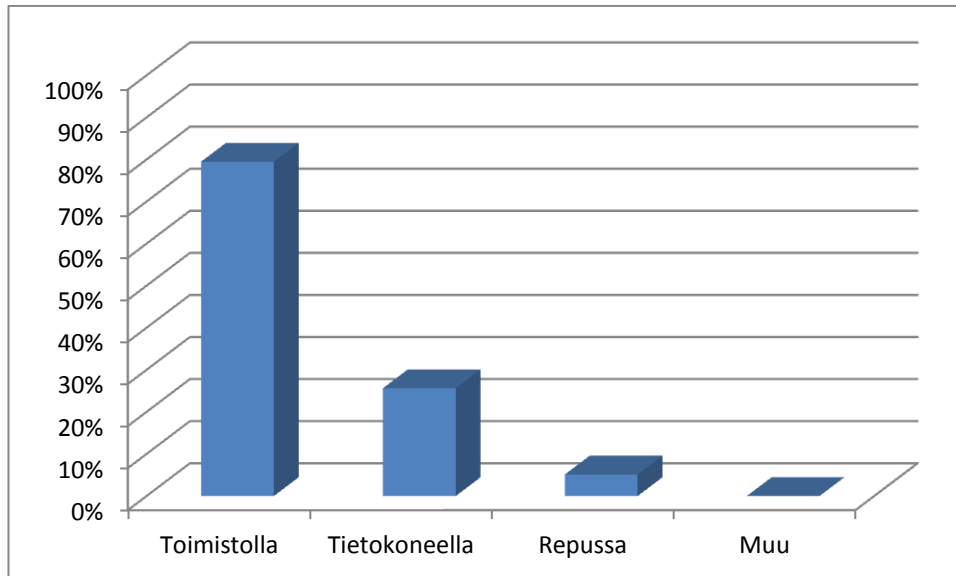
4.2 Neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisy kotihoidossa

Kotihoidon työntekijät vastasivat, että neulanpistotapaturmia voidaan ennaltaehkäistä huolellisuudella, rauhallisuudella ja välttämällä kiirettä. Tapaturmat voidaan ennaltaehkäistä osittain myös noudattamalla turvallisia työskentelymenetelmiä esimerkiksi välttämällä hylsyttämistä, noudattamalla annettuja ohjeita, kuljettamalla särjäjäteastia mukana ja perehdyttämällä työntekijä.

Suurin osa kotihoidon työntekijöistä (68 %) oli saanut perehdytystä neulanpistotapaturmista. Työntekijöistä 76 % koki perehdytyksen riittäväksi. Työntekijöitä on ohjattu välttämään kiirettä ja käyttämään riittävää valaistusta pistotilanteissa. Heitä on ohjeistettu välttämään hylsyttämistä. Neulanpistotapaturman sattuessa on neuvottu säilyttämään rauhallisuus. Työntekijät ovat saaneet ohjeistuksen neulanpistotapaturman ensiapuohjeista seuraavasti: huuhtelu juoksevan veden alla + alkoholipitoinen (70 %) haude.

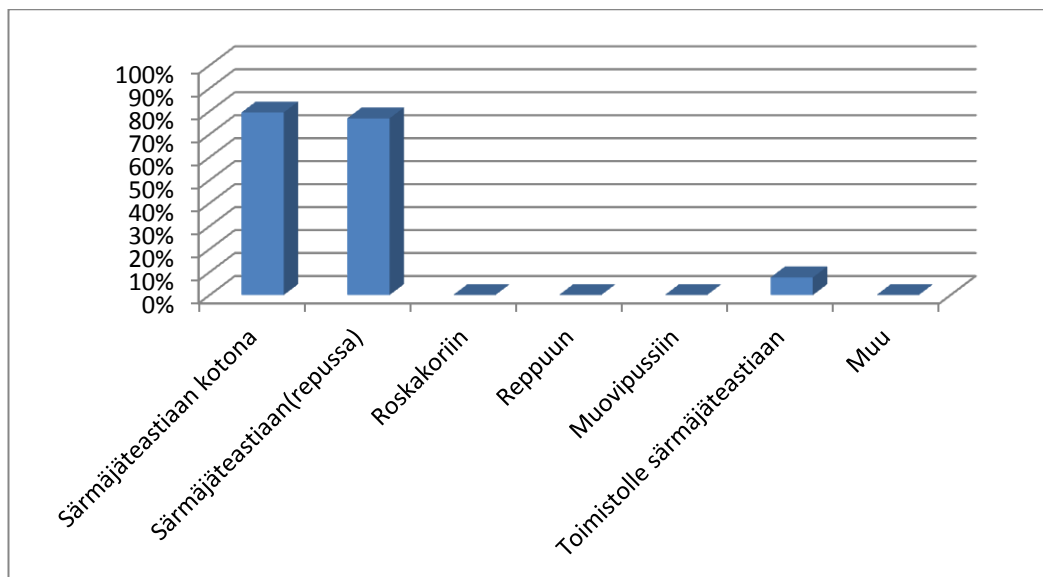
Työntekijöistä pieni osa (5 %) toivoi, että neulanpistotapaturmista keskusteltaisiin useammin ja asioita kerrattaisiin. Vastaajista 3 % toivoi, että ohjeistukset neulanpistotapaturmista olisivat selkeästi esillä. Suurin osa työntekijöistä (97 %) oli tietoisia työpaikalla laadituista neulanpistotapaturmia koskevista ohjeista.

Työntekijöiden vastauksia siitä missä kirjallisia neulanpistotapaturmaohjeita säilytetään, on kuvattu kuviossa 2. Suurin osa työntekijöistä kertoi ohjeiden sijaitsevan toimistolla.



KUVIO 2. Neulanpistotapaturman kirjallisten ohjeiden säilytyspaikka kotihoidossa.

Kotihoidon työntekijät noudattavat melko hyvin ohjeistusta neulojen oikeaoppisessa hävittämisessä. Työntekijöistä 79 % kertoi laittavansa käytetyn neulan suoraan asiakkaan kotona olevaan särnäjäteastiaan tai työrepussa olevaan särnäjäteastiaan 77 %. Pieni osa vastaajista, eli 8 % vie käytetyn neulan toimistolle. Kuviosta 3 ilmenee käytettyjen neulojen käsittely kotihoidossa.

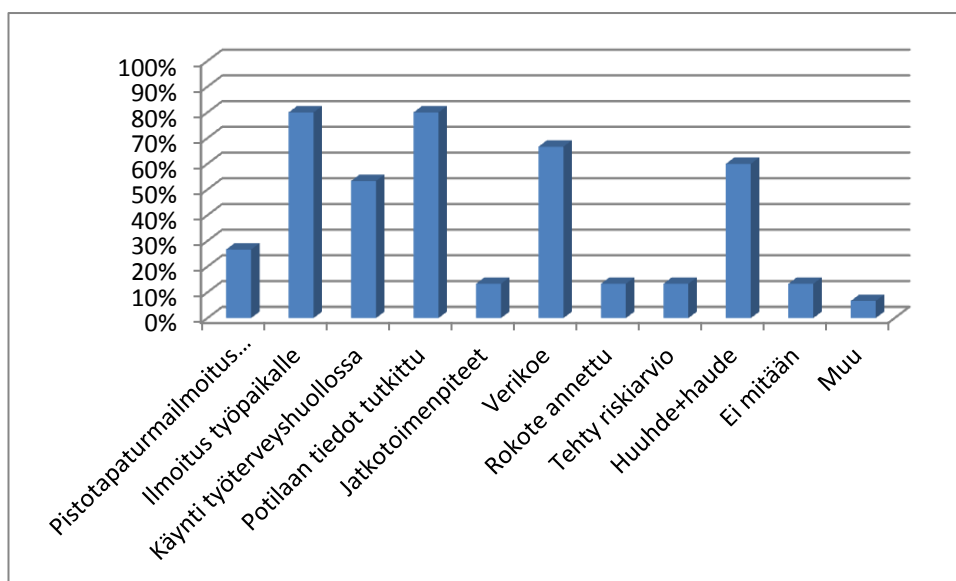


KUVIO 3. Käytettyjen neulojen käsittely.

Useat vastaajista olivat tietoisia siitä, että neulanpistotapaturma voi aiheuttaa verenvälityksellä tarttuvia sairauksia (hepatiitti-B, hepatiitti-C ja HIV) ja tulehduksen pistokohtaan. Ammattinimikkeellä oli selvästi vaikutusta tietouteen. Kaikki sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat tiesivät mitä tapaturma voi aiheuttaa. Muilla oli huomattavasti vähemmän tietoutta. Tapaturman aiheuttamista vaaroista kodinhoitajista tiesi puolet (50 %), perushoitajista puolet (50 %) ja lähihoitajista 77 %.

4.3 Neulanpistotapaturmien hoito kotihoidossa

Neulanpistotapaturman tapahduttua kotihoidon työntekijät toimivat seuraavasti. Neulanpistotapaturmailmoituksen rekisteriin teki vain neljännes (27 %), kun taas tapaturmailmoituksen työpaikalle teki kuitenkin iso osa työntekijöistä (80 %). Kaikki terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat tekivät ilmoituksen tapaturmasta. Lähihoitajista 80 % teki tapaturmailmoituksen, kun taas perushoitajista kukaan ei tehnyt ilmoitusta. Työterveyshuollossa kävi puolet (53 %) vastaajista, joista jatkotoimenpiteet tehtiin (13 %) vastaajista. Potilaan tiedot tutkittiin suuressa osassa tapauksissa (80 %). Verikoe otettiin yli puolelta (67 %) vastaajista, rokote annettiin pienelle osalle (13 %) vastaajista ja riskiarvio tehtiin 13 % vastaajista. Ensihoitona neulanpistotapaturman jälkeen yli puolet (60 %) työntekijöistä huuhteli haavan vedellä ja laittoi alkoholipitoisen hauteen päälle. Kuvioista 4 ilmenee miten neulanpistotapaturman jälkeen toimittiin.



KUVIO 4. Toiminta neulanpistotapaturman jälkeen.

Ammattinimekkeellä oli merkitystä neulanpistotapaturman ensihoidossa. Tapaturman tapahduttua ensihoitotoimenpiteen lähihoitajista teki 73 % ja terveydenhoitajista kaikki (100 %). Sairaanhoitajista ja perushoitajista kukaan ei tehnyt ensihoitotoimenpiteitä. Työntekijöistä 13 % ei ollut tehnyt mitään neulanpistotapaturman tapahduttua.

Kotihoidon työntekijöistä 70 % oli tietoisia kuinka neulanpistotapaturman sattuessa tulee toimia lukuun ottamatta neulanpistotapaturmien kirjaamista. Noin puolet työntekijöistä eivät olleet tietoisia miten neulanpistotapaturmat kirjataan työpaikalla.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen analysoinnin jälkeen saadut tulokset tulkitaan. Tämä tarkoittaa, että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omat johtopäätöksensä. Tulosten analyysin ja tulkinnan jälkeen tutkijan tulee koota yhteen pääseikat, joilla saadaan vastaukset tutkimuksessa asetettuihin ongelmiin. Tutkijan tulee myös pohtia mikä saatujen tulosten merkitys on tutkimusalueella ja mikä laajempi merkitys tuloksilla on. (Hirsjärvi ym. 2010, 229 – 230.) Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata neulanpistotapaturmien esiintyvyyttä, ennaltaehkäisyä ja hoitoa Helsingin kaupungin Koskelan kotihoidossa. Johtopäätökset esitetään tutkimusongelmittain.

Kotihoidon työntekijöistä 39 % oli sattunut neulanpistotapaturma kotihoidossa työssäoloaikana. Kotihoidossa sattuneista neulanpistotapaturmista ei ole erillistä tilastointia. EU:n alueella arvioidaan tapahtuvan noin miljoona neulanpistotapaturmaa vuosittain (Vuoriluoto 2008, 3). Näistä tuloksista voidaan tehdä päätelmä, että neulanpistotapaturmia sattuu työssä. Eniten neulanpistotapaturmia sattui sairaanhoitajille, tuloksena tämä yllätti sillä olisi voinut ajatella, että heillä esiintyisi vähiten neulanpistotapaturmia, koska sairaanhoitajien koulutus on pidempi kuin lähihoitajien. Anttilan ym. artikkelista kävi ilmi, että sairaanhoitajille on sattunut eniten verialtistuksia (Anttila ym. 2000, 2218). Tästä voisi johtopäätöksenä ajatella, että koulutuksen pituudella ei ole merkitystä neulanpistotapaturman sattumiselle. Lisäksi voisi myös ajatella, että sairaanhoitajat ovat paljon työssään tekemisissä neulojen kanssa, joka voi olla yksi syy siihen, että heille on sattunut eniten neulanpistotapaturmia. Kodinhoitajille ei sattunut yhtään pistotapaturmaa, syynä lienee se, että todennäköisimmin harvemmillä heistä on pistolupaa. Neulanpistotapaturmia sattui eniten heille jotka olivat olleet työssään yli 20 vuotta ja vähiten heille jotka olivat olleet työssään 0 – 5 vuotta. Muista tutkimuksista ei löytynyt tietoa siitä, että onko työssä oloajalla merkitystä neulanpistotapaturmien syntymiseen. Johtopäätöksenä voisi kuitenkin ajatella, että he jotka ovat työskennelleet vähemmän aikaa työssä, ovat vasta valmistuneet koulusta ja heillä on työpaikalla saatu perehdytys tuoreessa muistissa. Tästä johtuen heille tapahtuu vähemmän neulanpistotapaturmia. Lisäksi tästä voi tehdä päätelmän, että aiheesta neulanpistotapaturmat tulisi kerrata myöhemminkin, jotta tiedot ja taidot pysyvät tuoreessa muistissa. Näin voidaan välttää osittain mahdollisia neulanpistotapaturmia.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että työntekijöistä isolla osalla (80 %) hylsyttyminen oli syynä neulanpistotapaturmalle. Ahtikallion ym. tutkimuksesta käy ilmi, että hylsyttyminen aiheuttaa puolet (54 %) neulanpistotapaturmista (Ahtikallio ym. 2010, 20). Näistä tuloksista voi tehdä johtopäätöksen, että hylsyttyminen aiheuttaa eniten neulanpistotapaturmia.

Kotihoidossa toiseksi eniten neulanpistotapaturmia aiheutui huolimattomuuden vuoksi eli neljännes (27 %) tapauksista. Ahtikallion ym. tutkimuksesta kävi ilmi, että 45 % oli sitä mieltä, että neulanpistotapaturman aiheutti huolimattomuus (Ahtikallio ym. 2010, 20). Näistä tuloksista päätellen voi todeta, että huolimattomuudella on myös suuri vaikutus neulanpistotapaturman syntyyn.

Kotihoidossa tapahtuneista neulanpistotapaturmista noin neljänneksellä (27 %) kiire oli aiheuttanut neulanpistotapaturman. Ahtikallion ym. tutkimuksesta kävi ilmi, että kiire on aiheuttanut neulanpistotapaturmia, kiireen osuus oli tutkimuksessa (9 %). (Ahtikallio ym. 2010, 20). Tästä johtopäätöksenä voi sanoa, että kiireellä on myös osuus neulanpistotapaturman syntymiseen. Kotihoidossa kiireen vuoksi sattui enemmän tapaturmia kuin Ahtikallion ym. tutkimuksessa. Kotihoidossa on paljon asiakkaita josta seuraa kiire, joka täten lisää neulanpistotapaturmia.

Kotihoidon työntekijöistä yli puolet (68 %) oli saanut perehdytystä neulanpistotapaturmista, lisäksi valtaosa (76 %) koki saaneensa riittävän perehdytyksen neulanpistotapaturmista. Puolestaan Vuoriluodon tutkimuksessa ilmeni, että vain alle puolet (40 %) työntekijöistä oli saanut perehdytystä neulanpistotapaturmista ja yli puolet tutkittavista (58 %) ei kokenut perehdytystä riittäväksi (Vuoriluoto 2008, 30). Tätä tulosta verraten kotihoidon tuloksiin voidaan päätellä, että kotihoidon työntekijöiden perehdyttämisessä on otettu paremmin huomioon neulanpistotapaturmat. Tutkimuksen tuloksista ilmeni kuitenkin, että pieni osa (5 %) toivoi kerrattavan useammin neulanpistotapaturma-ohjeita. Tämän perusteella voisi ajatella, että työntekijöille annetaan perehdytystä neulanpistotapaturmista, mutta ohjeiden kertaaminen unohtuu. Kotihoidossa löytyy kirjalliset ohjeet neulanpistotapaturmista, joka tukee osaltaan perehdyttämistä. Vuoriluodon ja Greenin mukaan neulanpistotapaturmia voidaan ennaltaehkäistä perehdyttämisellä, jonka yhteydessä työntekijöille tulee opettaa oikeat työmenetelmät (Vuoriluoto 2008, 5; Green 1998, 291

– 292). Lisäksi työturvallisuuslaki 2002/738 velvoittaa työnantajaa perehdyttämään työntekijän työhönsä (Finlex 2002/738).

Suurin osa työntekijöistä on tietoisia miten neulanpistotapaturmia voidaan ennaltaehkäistä, siitä huolimatta neulanpistotapaturmia sattuu. Omien työtapojen tarkastelu on tärkeä osa neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisyä (Vuoriluoto 2008, 5; Green 1998, 291 – 292). Huolimattomuus aiheutti neljänneksen (27 %) neulanpistotapaturmista. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että pelkästään perehdytyksellä ei ole merkitystä vaan myös omalla huolellisuudella ja työtapojen tarkastelulla voidaan estää neulanpistotapaturmia.

Kotihoidon työntekijöistä yli puolella (60 %) oli valmiudet neulanpistotapaturmien ensihoitoon. Ahtikallion tutkimuksesta kävi ilmi, että noin puolella (54 %) työntekijöistä oli valmiudet ensihoitoon tapaturman sattuessa (Ahtikallio 2010, 20). Tästä voi tehdä johtopäätöksen, että terveydenhuollon alalla suuri osa hallitsee neulanpistotapaturman ensihoidon. Neulanpistotapaturman tapahtuessa ensihoitona pistokohtaan on vesihuuhtelu + alkoholipitoinen (70 %) haude (Kotilainen 2010, 1; Anttila ym. 2000, 2219 – 2220). Ammattinimikkeellä oli merkitystä neulanpistotapaturmien ensihoidossa. Tapaturman sattuessa ensihoitotoimenpiteen teki lähihoitajista iso osa (73 %) ja terveydenhoitajista kaikki (100 %). Sairaanhoitajista ja perushoitajista kukaan ei tehnyt ensihoitotoimenpiteitä. Muista tutkimuksista ei käynyt ilmi, että onko ammattinimikkeellä merkitystä neulanpistotapaturmien ensihoidossa.

Tapaturmailmoituksen työpaikalle teki 80 % työntekijöistä. Vuoriluodon tekemässä tutkimuksessa on arvioitu, että noin 40 – 75 % työntekijöistä jättää tekemättä tapaturmailmoituksen (Vuoriluoto 2008, 11). Tuloksien perusteella voidaan siis todeta, että osa neulanpistotapaturmista jää ilmoittamatta ja näin ollen aivan tarkkaan ei voida sanoa kuinka paljon niitä tapahtuu. Tapaturmailmoitus tulisi tehdä oman oikeusturvan vuoksi, jos ilmoitusta ei ole tehty voi korvauksien saaminen olla hankalaa ilman tapaturmailmoitusta.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että noin puolet työntekijöistä ei ole tietoisia miten neulanpistotapaturmat työpaikalla kirjataan. Vuoriluodon tutkimuksesta käy ilmi, että neulanpistotapaturmien kirjaamisessa on puutteita useissa maissa (Vuoriluoto 2008, 11).

Näistä tuloksista päätellen kirjaamisen ohjaaminen jää nähtävästi vähemmälle huomiolle.

Tuloksista yhteisenä johtopäätöksenä, että työpaikalla saadulla perehdytyksellä on merkityksensä, että osaako työntekijä toimia oikein neulanpistotapaturman sattuessa. Jokainen saa luultavasti koulutuksensa aikana tietoa neulanpistotapaturmista, mutta asia voi unohtua kuitenkin koulutuksen jälkeen. Tämän vuoksi on tärkeää, että työpaikalla annetaan myös perehdytystä neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Asioiden kertaaminen on tärkeää, jotta neulanpistotapaturmat vähenevät ja niiden sattuessa osataan toimia oikein.

6 POHDINTA

6.1 Yleistä pohdintaa

Opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa ja monivaiheista. Tutkimus eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti. Tutkimuksen aihe on tärkeä, koska neulanpistotapaturma on vakava työhön liittyvä työtapaturma. Neulanpistotapaturmasta voi pahimmassa tapauksessa aiheutua veriteitse leviävä tauti kuten hepatiitti-B, hepatiitti-C tai HIV. Aihe on myös ajankohtainen, koska veriteitse leviäviä tauteja on nykyään aiempaa enemmän. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että jokainen ottaa vakavasti neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisyn. Kotihoito on kasvava ala ja kotihoidossa työntekijät kulkevat usein yksin jonka vuoksi on tärkeää, että kotihoidon työntekijöillä on yksin kulkiessa keinot ennaltaehkäistä ja hoitaa neulanpistotapaturmia.

Neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisyn kannalta on tärkeää, että työntekijät saavat perehdytystä kyseessä olevasta aiheesta. Työnantaja on velvollinen antamaan perehdytystä neulanpistotapaturmista. Työntekijällä tulee olla taidot ennaltaehkäistä neulanpistotapaturma. Kotihoidossa se on tärkeää, sillä toisen koti voi olla haasteellinen paikka työskennellä. Työskentelytilat voivat olla ahtaita, huonosti valaistuja ja asiakkaat voivat häiritä työskentelyä. Työntekijä on velvollinen noudattamaan turvallisia työskentelytapoja esimerkiksi välttämällä hylsytämistä. Neulanpistotapaturmien ilmoittamisessa on puutteita. Työntekijän oman oikeusturvan kannalta on tärkeää tehdä tapaturmailmoitus. Jos työntekijä saa neulanpistotapaturman yhteydessä tarttuvan taudin eikä asiasta ole tehty ilmoitusta voi tartuntataudin todentaminen ilman tapaturmailmoitusta olla vaikeaa jälkeenpäin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata neulanpistotapaturmien esiintyvyyttä, ennaltaehkäisyä ja hoitoa Helsingin kaupungin Koskelan kotihoidossa. Tavoitteena oli, että Koskelan kotihoidon työntekijät voisivat hyödyntää tuotettua tutkimustietoa neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Opinnäytetyö jää kotihoidon käyttöön. Tulokset esitetään Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa.

Työn haastavin osuus oli saatujen tulosten analysointi. Asioiden yhteen kokoaminen vei paljon aikaa ja asioita täytyi pohtia monelta eri kannalta. Tutkimuksen kyselylomakkeet sisälsivät sekä avoimia että määrällisiä kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä analysoidessa

pohdittiin, miten saadaan kerrottua kyselylomakkeen vastaukset lyhyesti ja ytimekkäästi, huomioiden kaikkien osallistuneiden vastaukset. Määrällisten vastauksien analysointi oli huomattavasti helpompaa, vaikka tietokoneohjelmien käyttö tuotti välillä hankaluuksia.

Tutkimuksen tekeminen oli antoisaa. Neulanpistotapaturmien esiintyvyydestä, ennaltaehkäisystä ja hoidosta saatiin tärkeää tietoa. Asetettuihin tavoitteisiin päästiin ja saatiin tutkimustarkoituksia vastaavaa tietoa. Tutkimusongelmat ratkaistiin kyselylomakkeen kysymysten avulla. Tietopohja antaa minulle tulevana sairaanhoitajana tärkeää tietoa neulanpistotapaturmista. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla neulanpistotapaturmien henkinen hoitaminen. Neulanpistotapaturma voi kuormittaa henkisesti, henkisen puolen hoidosta ei löytynyt paljoa tietoa. On tärkeää, että henkilö jolle sattuu neulanpistotapaturma voi saada myös henkistä tukea.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Etiikassa pohditaan kysymyksiä hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, se on etiikan kannalta oleellista tutkimuksessa. Tutkimusta tehdessä tutkija joutuu pohtimaan monia eettisiä kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2010, 23.)

Tutkimuksessa on lähtökohtana ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaisella ihmisellä on oikeus päättää itse osallistuuko tutkimukseen. Tutkimuksen tulee olla jokaiselle vapaaehtoinen, ketään ei voida pakottaa tai suostuttaa osallistumaan. (Hirsjärvi ym. 2010, 25.) Saatekirjeessä kerrottiin kyselyn olevan vapaaehtoinen, jokaisella oli mahdollisuus päättää itse osallistuuko tutkimukseen.

Tutkimuksen tulee olla luottamuksellinen. Tutkimuksesta ei saa olla ketään henkilöitävissä. Tutkimuksen tekijän tulee noudattaa vaitiololupausta ja salassapitovelvollisuutta. Saatekirjeessä vastaajalle kerrotaan tutkimuksen olevan luottamuksellinen. (Vilka 2007, 164.) Tutkimuksesta ei ole kukaan henkilöitävissä. Saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimuksesta ei ole henkilöitävissä ketään ja että tutkimus on luottamuksellinen. Tutkimuksessa yksilöt säilyivät tuntemattomina. Kyselylomakkeet postitettiin kotihoidon ohjaajalle, joka jakoi ne kullekin tiimille,

vastaajat palauttivat kyselylomakkeet suoraan minulle palautuskuoressa. Tutkimus on luotettava ja se antaa tärkeää tietoa neulanpistotapaturmista. On myös eettisesti tärkeää, että tutkimukseen saadaan tutkimuslupa tutkimuskohteelta. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen vasta voidaan aloittaa aineiston kerääminen. Tutkimusluvan (liite 2) myönsi Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimitusjohtaja.

Tutkijan tulee välttää tulosten kirjoittamisessa ilmaisutapoja, jotka voivat loukata tutkimuskohdetta. Tutkijan on myös vältettävä ilmaisuja, jotka saattavat johtaa tutkittavat halveksunnan, vihan tai pilan kohteiksi. (Vilkkä 2007, 164.) Tutkimusta kirjoittaessa huomioitiin ilmaisutavat, tutkimuksessani ei käytetty epäkunnioittavaa tai halventaa ilmaisua tutkittavista.

Hyvään tieteelliseen tapaan kuuluu toisen työn kunnioittaminen. Tutkimuksen ulkopuolisia lähteitä käytetään asiallisesti. Tämä tarkoittaa asianmukaisten lähdeviitteiden käyttöä tutkimusraportissa. Toisen henkilön tekstiä ei saa plagioida eli toisen henkilön tekstiä ei saa esittää omana. Lainatessa toisen tekstiä, tulee ilmetä kenen teksti on kyseessä. (Vilkkä 2007 165; Hirsjärvi ym 2010, 26.) Työssä ei ole suoraa lainauksia, lainatut tekstit on merkitty lähdeviittein ja lisäksi käsitelty kunnioituksella työssä käytettyä tietoa.

6.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Hoitotieteellisen tutkimuksen tulee olla luotettava. Tutkimuksen kannalta on tärkeää, että tutkimuksessa tehtävät ratkaisut ja tulokset ovat luotettavia. Luotettavuutta voidaan mitata kahdella eri tavalla validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteetti tarkoittaa sitä, että mitattaako mittari sitä mitä sen tulisi mitata eli kuvaavatko kerätyt tiedot tutkittavaa asiaa. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että kuinka tarkasti mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta ja kuinka pysyvä ja luotettava mittari on. Esitutkimus tulee tehdä ennen varsinaista tutkimusta. Esitutkimuksen avulla tutkija voi arvioida, että onko mittari toimiva, looginen, helposti ymmärrettävä ja käytettävä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 206 – 210; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152 – 154.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, että tutkittava on ymmärtänyt kysymykset samalla tavalla kuin tutkija. Tulokset eivät välttämättä ole päteviä ja totuudenmukaisia,

jos kysymykset on käsitetty eri tavoin. Tulosten virheellinen tulkinta vaikuttaa myös tutkimuksen luotettavuuteen. (Hirsjärvi ym. 2010, 231 – 232.) Tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa tulee kiinnittää huomiota vastaustilanteeseen, paikkaan ja ajankohtaan. Tällä voi olla merkitystä tutkimuksen luotettavuuteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 210 – 212.)

Tutkimus tehtiin Helsingin kaupungin Koskelan kotihoidon työntekijöille. Tutkimus tehtiin vain yhteen yksikköön, koska on selkeämpää arvioida yhden yksikön tuloksia. Tutkimustuloksia ei voida yleistää koko kotihoitoon, sillä tutkimus tehtiin ainoastaan Koskelan kotihoidon työntekijöille. Kotihoidossa työskentelee eri ammattikuntien jäseniä, lähihoitajia, perushoitajia, kodinhoitajia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Tutkittavilla oli viikko vastausaikaa. Viikon aikana jokainen työntekijä ehtii olla työvuorossa ja voi halutessaan osallistua tutkimukseen. Kysely tapahtui syksyllä 2011, jolloin todennäköisimmin työntekijät olivat pitäneet kesäloman ja jokaisella oli näin ollen mahdollisuus osallistua tutkimukseen.

Tutkimuksen teoria osio koostui luotettavista painetuista lähteistä ja tutkimuksista. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi kyselylomakkeen esitestaus. Esitestauksen avulla saatiin selville ymmärtääkö tutkittava joukko kysymykset, ymmärtävätkö he kysymykset samalla tavoin ja saadaanko kysymyksillä tiedot joita haetaan. Esitestauksen jälkeen kyselylomaketta ei muokattu. Kyselylomake oli esitestaaajien mielestä selkeä ja johdonmukainen sekä kysymykset olivat helposti ymmärrettävissä. Kyselylomaketta laatiessa pyrittiin tekemään kyselylomakkeesta kohtuullisen pituinen, jotta vastaajien mielenkiinto säilyisi koko kyselylomakkeen täyttämisen ajan. Kysymyksiä tehdessä pohdittiin myös kysymysten jäsentelyä, jotta siihen olisi vastaajilla mielekästä ja helppoa vastata. Kysymyksiä laatiessa otettiin huomioon, että kysymykset ovat helposti ymmärrettävissä. Kyselylomakkeen kysymykset oli ymmärretty hyvin. Lähes jokainen tutkittavista oli vastannut kyselylomakkeessa jokaiseen kysymykseen, joka lisää myös tutkimuksen luotettavuutta.

Opinnäytetyössä käytettiin mittarina strukturoitua lomaketta. Lomakkeessa oli useita kysymyksiä. Kysymyksillä saatiin luotettavaa tietoa tutkimukseen. Kun kysymyksiä oli useampia, saatiin varmempaa tietoa ja pystyttiin analysoimaan laajemmin vastaajien mielipiteitä. Kyselylomakkeet pidettiin tallessa pois ulkopuolisten nähtäviltä koko

analyysivaiheen ajan. Kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

LÄHTEET

Aho, Virpi & Toivonen, Aaro 2011. Turvaohjeita kotihoidon työntekijöille 2011. Helsingin kaupunki terveystakeskus, kotihoito-osasto.

Ahtikallio, Jenni & Etelävuori, Julia & Ronni, Hanna 2010. Neulanpistotapaturmat – Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia parenteraalisen lääkehoidon opiskelusta ja neulanpistotapa-turmista. Hämeenlinnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystala. Opinnäytetyö.

Anttila, Veli-Jukka & Kalima, Sointu & Ristola, Matti 2000. Neulanpistotapaturmat työssä. Duodecim 116 (20).

Frisk, Terhi 2005. Ohjaaminen työssä. Edita Prima Oy, Helsinki.

Green, Kay 1998. Home care survival guide. Lippincott, Philadelphia New York.

Heikkilä, Tarja 2005. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

Helmi Helsingin kaupungin sähköinen työpöytä 2011. Kodinhoitaja kotihoidossa.

Helmi Helsingin kaupungin sähköinen työpöytä 2011. Perus- ja lähihoitaja kotihoidossa.

Helsingin kaupunki terveystakeskus kotihoidon johtotiimi 2011. Apua kotiin Helsingin kotihoidon palvelupaletti. Kirjapaino Star-Offset Oy, Helsinki.

Helsingin kaupunki terveystakeskus kotihoito-osasto 2011. Terveystenhoitajan/sairaanhoitajan roolikuvaus, 18.01.2011.

Helsingin kaupunki terveystakeskus työsuojelu 2010. Ehkäise pisto- ja viiltotapaturmat työssä.

Helsingin terveystakeskus 2008. Terveystakeskuksen perehtymisohjelma.

Hietala, Minna & Roth-Holtinen, Oili 1999. Infektiot ja hoitotyö. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.

Hägg, Tina & Rantio, Merja & Suikki, Päivi & Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela Päivi 2007. Hoitotyö kotona. Wsoy oppimateriaalit OY, Helsinki.

Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2008. Kehittyvä kotihoito. Edita, Helsinki.

Jousimaa, Jukkapekka 2011. Työperäinen veri- ja eritealtistus. Tulostettu 21.01.2012 osoitteesta http://www.terveysportti.fi.ez.token.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01149&p_haku=verialtistus URL:

- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Korte, Henna & Mäkinen, Jaana & Teräs, Marianne 1993. HIV-INFEKTIO yksilön, yhteisön ja hoitotyön näkökulmasta. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Kotilainen, Hannele 2010. Veritapaturmatilanteen ohjeistus Helsingin kaupungin henkilökunnalle. Helsingin kaupungin terveyskeskus, Helsinki
- Kupias, Päivi & Peltola, Raija 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Juvenis Print, Tampere.
- Kurki, Raili & Pammo, Hely 2010. Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen. WsoyPro Oy, Helsinki.
- Larni, Aini & Tokola, Eeva & Väلكkiö, Heleena 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Tammi, Helsinki.
- Mason, Ian 2009. Neulanpistotapaturmat: kaksoiskäsineet ”puolittavat veritartunnan riskin”. Hyvät kädet lehti infektioiden ehkäisystä 2 (2), 3 – 5.
- Mäkinen, Erkki & Niinistö, Leena & Salminen, Pirjo & Karjalainen, Pirkko 1997. Kotihoito. Wsoy, Porvoo.
- Paukkonen, Marja 2011. Työsuojeluterveiset. Terveiset Helsingin kaupungin terveyskeskuksen henkilöstölehti 31 (1), 7.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen- Julkunen, Katri. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY oppimateriaalit Oy, Helsinki.
- Penttinen, Aulikki & Mäntynen, Jukka 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus – opas Työturvallisuuskeskus TTK. Painojussit Oy, Kerava.
- Pohjansalo, Anna 2007. Kumppanuudella tuloksiin pk-yrityksissä – OR-BITS hyvä perehdytys-opas. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu, sarja B oppimateriaalia osa 4. Esa Print Oy, Lahti.
- Reunala, Timo & Paavonen, Jorma & Rostila, Timo 2003. Sukupuolitaudit. Duodecim, Karisto Oy, Hämeenlinna.
- Reunala, Timo & Paavonen, Jorma & Rostila, Timo 1994. Sukupuolitaudit. Duodecim, Karisto Oy, Hämeenlinna
- Salo, Marina 2010. Pistävän ja viiltävän jätteen eli särnäisjätteen kerääminen. Helsingin kaupunki terveyskeskus.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Hepatiitti B. Luettu 03.03.2012 osoitteesta URL:
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/infektioaudit/hepatiitit/hepatiitti_b/

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Hebatiitti C. Luettu 03.03.2011 osoitteesta URL:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/infektiotaudit/hepatiitit/hepatiitti_c/

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Hiv Suomessa – Hiv i Finland. Luettu osoitteesta 03.03.2012 URL: <http://www.ktl.fi/ttr/gen/rpt/hivsuo.html>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Tartuntatautirekisterin tietokanta. Luettu osoitteesta 03.03.2012 URL: <http://www3.ktl.fi/>

Terveydenhuoltolaki 2010. 30.12.2010/1326.

Tuhkanen, Kari 2006. Käsikirja hiv-positiiviselle. Painotalo Casper Oy, Helsinki

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Työsopimuslaki 2001. 26.1.2001/55.

Työturvallisuuslaki 2002. 23.8.2002/738.

Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja mittaa määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi, Helsinki.

Vuoriluoto, Irmeli 2008. Älä anna neulanpiston yllättää : tapaturmavaara : Te-hyn selvitys neulanpistoista ja terävien esineiden aiheuttamista tapaturmista. Helsinki: Tehy. Tehyn julkaisusarja B: 3/2008.

Hyvä kotihoidon työntekijä!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä neulanpistotapaturmien esiintyvyydestä, ennalta ehkäisystä ja hoidosta Koskelan kotihoidossa.

Työssä voi sattua tapaturmia. Kotihoidossa hoidetaan yhä vaativampaa sairaanhoitoa vaativia potilaita. Työntekoon näissä työolosuhteissa liittyy useita vaaratekijöitä muun muassa neulojen aiheuttamat tapaturmat.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että Helsingin kaupungin Koskelan kotihoidon työntekijät voisivat hyödyntää tuottamaani tietoa neulanpistotapaturmien esiintyvyydestä, ennalta ehkäisystä ja hoidosta. Riittävällä tiedolla ja perehdytyksellä voidaan ennaltaehkäistä neulanpistotapaturmia sekä saada valmiudet toimia oikein neulanpistotapaturman sattuessa. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata neulanpistotapaturmien esiintyvyyttä, ennalta ehkäisyä ja hoitoa Koskelan kotihoidossa.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Toivon teidän kuitenkin vastaavan kyselyyn, sillä kyselyn tuloksien avulla voidaan kotihoidossa vähentää neulanpistotapaturmia sekä saada valmiudet toimia oikein neulanpistotapaturman sattuessa.

Pyydän teitä vastaamaan kyselylomakkeen kysymyksiin totuudenmukaisesti. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä, eikä vastaajien henkilöllisyys tule missään vaiheessa ilmi. Palauttakaa kyselylomakkeet minulle oheisessa kirjekuoressa (postimaksu maksettu) 17.10.2011 mennessä. Kyselylomakkeen kysymykset ovat avoimia ja monivalintakysymyksiä, joten niihin on suhteellisen helppo vastata. Jos sinulla on kysyttävää tutkimukseeni liittyen, voitte ottaa yhteyttä minuun tai opinnäytetyötäni ohjaaviin opettajiin, alla yhteistietotomme. Kiitän vastauksestasi jo etukäteen, jokainen vastaus on tärkeä.

Ystävällisin terveisin,
Kaija Leena Valle
p. 045-6314972

Ohjaavat opettajat:
Lehtori Arja Meinila p. 010 383 5341
Lehtori Kaisa Holma p. 010 383 5160

KYSELYLOMAKE

Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto/vaihtoehdot ja avoimissa kysymyksissä vastaa kysymyksen alla olevaan tilaan.

1. Sukupuoli

- | | |
|---|--------|
| a | Mies |
| b | Nainen |

2. Ikä

- | | |
|---|----------------|
| a | Alle 30 vuotta |
| b | 31 – 40 vuotta |
| c | 41 – 50 vuotta |
| d | 51 – 60 vuotta |
| e | yli 60 vuotta |

3. Ammattinimike

- | | |
|---|-------------------|
| a | Sairaanhoitaja |
| b | Terveystenhoitaja |
| c | Lähihoitaja |
| d | Perushoitaja |
| e | Muu, mikä? _____ |

4. Kuinka kauan olet työskennellyt kotihoidossa?

- | | |
|---|----------------|
| a | 0 – 5 vuotta |
| b | 6 – 10 vuotta |
| c | 11 – 15 vuotta |
| d | 16 – 20 vuotta |
| e | yli 20 vuotta |

5. Onko sinulle sattunut neulanpistotapaturma?

- a) Kyllä
- b) Ei

6. Kuinka usein sinulle on työssäoloaikanasi sattunut neulanpistotapaturma?

(____) kertaa.

Jos sinulle on sattunut pistotapaturma:

7. Mitkä tekijät vaikuttivat pistotapaturman sattumiseen? Vaihtoehtoja voi olla useampia.

- a) Huolimattomuus
- b) Kokemattomuus
- c) Kiire
- d) Väsymys
- e) Hylsyttäminen eli neulansuojuksen takaisinottaminen
- f) Potilaan aiheuttama häirintä
- g) Särmäjäteastian puuttuminen
- h) Jännitys
- i) Huonot tilat pistämiseen
- j) Muu, mikä? _____

8. Miten toimit neulanpistotapaturman jälkeen? Vaihtoehtoja voi olla useampia.

- a) Tein pistotapaturma ilmoituksen rekisteriin
- b) Tein tapaturmailmoituksen työpaikalle
- c) Kävin työterveyshuollossa
- d) Potilaan tiedot tutkittiin mahdollisen tartuntavaaran vuoksi
- e) Jos potilaalla oli virus veressä, minulle tehtiin jatkotoimenpiteet
- f) Minusta otettiin verikoe
- g) Minulle annettiin rokotus
- h) Tehtiin riskiarvio
- i) Huuhtelin haavan vedellä ja laitoin alkoholipitoisen hauteen päälle
- j) Ei mitään
- k) Muu, miten? _____

9. Mitä teet käytetyille neuloille? Vaihtoehtoja voi olla useampia.

- a) Laitan asiakkaan kotona olevaan särmä-astiaan
- b) Minulla on mukana särmä-astia johon laitan neulan
- c) Laitan roskakoriin
- d) Laitan reppuun
- e) Laitan muovipussiin
- f) Vien toimistolla olevaan särmä-astiaan
- g) Muu, mitä? _____

10. Oletko saanut työpaikallasi perehdytystä neulanpistotapaturmista?

- a) Kyllä
- b) Ei

11. Millaista perehdytystä olet saanut neulanpistotapaturmista?

12. Oliko perehdytys mielestäsi riittävää?

- a) Kyllä
- b) Ei

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ei:

13. Mistä asioista olisit tarvinnut lisää tietoa?

14. Onko työpaikallasi laadittu kirjalliset ohjeet neulanpistotapaturmista?

- a) Kyllä
- b) Ei

15. Jos kirjalliset ohjeet on laadittu, missä niitä säilytetään? Vaihtoehtoja voi olla useampia.

- a) Toimistolla
- b) Tietokoneella
- c) Repussa
- d) Jokin muu paikka, missä? _____

16. Miten neulanpistotapaturmat kirjataan työpaikallasi?

17. Miten toimit neulanpistotapaturman sattuessa?

18. Mitä riskejä neulanpistotapaturma voi aiheuttaa?

19. Miten neulanpistotapaturmia voitaisiin mielestäsi ennaltaehkäistä?

Kiitos vastauksestasi!

HELSINGIN KAUPUNKI
 TERVEYSKESKUS
 Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä

PÖYTÄKIRJANOTE 7/2011 1 (2)

29.8.2011

154 §
 KAIJA LEENA VALLEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

HEL 2011-002 281/13 02 01

- | | |
|----------|--|
| Hakijat | Sairaanhoitajaopiskelija Kaija Leena Valle, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala |
| Ohjaaja | Lehtorit Kaisa Holma ja Arja Meinilä, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala |
| Aihe | Neulanpistotapaturmien esiintyvyys, ennalta ehkäisy ja hoito Koskelan kotihoidossa (AMK-opinnäytetyö) |
| Lausunto | Kotihoidon johtaja puoltaa tutkimusluvan myöntämistä lausunnossaan 25.8.2011 ja toteaa, että kotihoidon työntekijät voivat vastata kyselyyn työaikanaan. Tuloksia voidaan hyödyntää koko kotihoidossa neulanpistotapaturmien ennaltaehkäisemiseksi. Terveyskeskuksen yhteyshenkilönä toimii kotihoidon ohjaaja Tiia Varjakoski. |
| Päätös | <p>Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä puoltaa tutkimusluvan myöntämistä ehdolla, että:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opiskelija kuvaa työssään Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen neulanpistotapaturmien ehkäisyä koskevat käytännöt. Tiedot hän saa työsuojelupäällikkö Marja Paukkoselta (marja.paukkonen@hel.fi) • Terveystieteiden tutkimuskeskus ei tee Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kanssa erillistä sopimusta opinnäytetyöstä, vaan sopimuksena toimii toimitusjohtajan tutkimuslupapäätös • Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä • Tiedotteeseen lisätään ohjaavien opettajien nimet ja yhteystiedot sekä miten, koska ja minne vastaukset palautetaan • Terveystieteiden tutkimuskeskuksen yhteyshenkilö on terveystieteiden tutkimuskeskuksen työsuojelupäällikkö Marja Paukkonen • Yhteyshenkilön tehtävänä on valvoa, että tutkimus toteutetaan terveystieteiden tutkimuskeskuksessa suunnitelman mukaisesti • Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia terveystieteiden tutkimuskeskukselle lukuun ottamatta kyselyyn vastaamisen käytettävää aikaa • Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan terveystieteiden tutkimuskeskuksen käyttöön (os. Helsingin kaupunki, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Kirjaamo, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki) |

Postiosoite
 Helsingin kaupungin kirjaamo
 Terveystieteiden tutkimuskeskus
 PL 10, 00099 HELSINGIN
 KAUPUNKI
 helsinki.kirjaamo(at)hel.fi

Käyntiosoite
 Pohjoisesplanadi 11-13
 Helsinki 17
<http://www.hel.fi/terveyskeskus/>

Puhelin
 +358 9 310 13704

Faksi
 +358 9 655 783

HELSINGIN KAUPUNKI
TERVEYSKESKUS
Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä

PÖYTÄKIRJANOTE 7/2011 2 (2)

29.8.2011

- Tutkija saapuu maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia Helsingin terveystieteiden keskukseseen.

Ilmoitus toimitusjohtajalle (pöytäkirjanote ja kopio hakemuksesta työsuojelupäällikkö Marja Paukkoselle).

HANNA-LEENA NUUTINEN
Hanna-Leena Nuutinen
Sihteeri

Postiosoite
Helsingin kaupungin kirjaamo
Terveystieteiden keskus
PL 10, 00099 HELSINGIN
KAUPUNKI
helsinki.kirjaamo(at)hel.fi

Käyntiosoite
Pohjoisesplanadi 11-13
Helsinki 17
<http://www.hel.fi/terveyskeskus/>

Puhelin
+358 9 310 13704

Faksi
+358 9 655 783