

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Paula Mponzi

KÄSIHYGIENIAN TOTEUTUMINEN VANHAINKODISSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2007

KÄSIHYGIENIAN TOTEUTUMINEN VANHAINKODISSA

Mponzi Paula

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sosiaali- ja terveysala Pori

Maamiehenkatu 10, 28500 Pori, 02-6203000

Toukokuu 2007

Ohjaaja: Henttonen Tarja, THM

YKL: 37.232

Sivujen lukumäärä: 50, kolme liitettä

.....

Avainsanat: käsihygienia ja vanhustenhoitotyö

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa miten henkilökunta toteuttaa käsihygieniata työssään vanhainkodissa ja tietävätkö he käsihygienian perusasioita ja osaavatko he toimia Satakunnan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää vanhainkodin henkilökunnan tietoa ja taitoja käsihygieniasta.

Kohderyhmä muodostui Kaunisjärven vanhainkodin työntekijöistä. Tutkimusaineisto kerättiin maaliskuussa 2007 kyselylomaketta käyttäen. Kyselylomakkeet jaettiin kaikkiin vanhainkodin hoitotyötä tekeviin osastoihin. Kohderyhmä ei ollut rajattu, vaan kaikki sinä päivänä työvuorossa oleva henkilökunta vastasi kyselyyn. Pääsääntöisesti kyselyyn vastasivat hoitotyöntekijät. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastausprosentti oli 100 % (N=37). Tulokset käsiteltiin tilastollisesti Tixel- ohjelmalla ja avoin kysymys sisällön analyysin avulla.

Opinnäytetyössä tuli ilmi, että käsihygienia toteutuu osana asukkaan kokonaishoitoa useimmissa vanhainkodin yksiköissä Satakunnan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti. Työn keskeisiä tutkimustuloksia oli, että vanhainkodin henkilökunta kokee suojakäsineiden käytön vain potilasta tai hoitajaa suojaavana, vaikka tarkoitushan on suojata molempia. Kättä pestäessä tai desinfioitaessa vain yksi vastaaja muisti kiinnittää huomiota myös peukalon ulkosyrjään. Myös kämmen jäi vähemmälle huomiolle.

Jatkotutkimuksena voisi olla havainnointitutkimus samasta aiheesta, joka olisi hyvin mielenkiintoinen, koska antaa ajankohtaista ja luotettavaa tietoa. Myös tutkimuksen toteuttaminen esimerkiksi erilaisten laitosten välillä antaisi laajempaa tietoa aiheesta.

REALIZATION OF HAND HYGIENE IN OLD PEOPLE'S HOUSE

Mponzi Paula

Satakunta Polytechnic

Health Care Studies

Degree Programme in Nursing

School of Social Services and Health Care, Pori

Maamiehenkatu 10, 28500 Pori, 02-6203000

May 2007

Tutor: Henttonen Tarja, MNSc

PLC: 37.232

Number of pages: 50, three app

.....
Keywords: hand hygiene, old people's nursering

The purpose of the study was to find out how hand hygiene is being carried out in old people's home and does the staff knows basic elements of hand hygiene and can they act according the rules of Satakunnan sairaanhoitopiiri. The goal of the study is to improve old people's home staff's knowledge and skills in hand hygiene.

The target group consisted of the workers of the Kaunisjärvi old people's house. The data for the study were collected at March 2007 with questionnaires. The questionnaires were given out equally between all departments of the old people's home. The target group wasn't limited and all those who were on duty were the target group. The majority of respondents were nursing staff. Participating to the study was optional. The response rate was 100 % (N=37). The data were analysed with Tixel- programme statistically and the open question was written open.

The results showed that hand hygiene is being carried out as part of the entire treatment of the elderly. In most units of old people's home hand hygiene is carried out by the rules of Satakunnan sairaanhoitopiiri.

One of the most important results of the study was that the staff of Kaunisjärvi perceive protective gloves only as their or the patient's protection, though the meaning is to protect both. While washing or disinfecting hands only one respondent remembered to notice the perimeter of thumb. Also palm was remembered poorly.

A continuing study could be observation from same subject witch would give interesting information because it is reliable and immediate. Study between different kinds of facilities could also give better information of the matter.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	6
2.1 Käsihygienia.....	6
2.2 Käsihygienia ja sairaalainfektio	8
2.3 Käsihygienia ja suojakäsineet	12
2.4 Käsien oikea desinfiointitekniikka.....	14
2.5 Käsien oikea pesutekniikka.....	16
2.6 Käsihygienian erityispiirteitä vanhainkodissa.....	17
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA ONGELMAT	19
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	20
4.1 Tutkimusaineiston keruu.....	20
4.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	21
5 TUTKIMUSTULOKSET	23
5.1. Taustatiedot	23
5.2. Käsihygienian toteutuminen hoitotyössä	25
5.3. Suojakäsineiden käyttö hoitotyössä	31
5.4. Käsikorujen käyttö hoitotyössä.....	34
6 JOHTOPÄÄTÖSET JA POHDINTA.....	35
6.1 Opinnäytetyön luotettavuus	35
6.2 Tulosten pohdinta.....	36
LÄHDELUETTELO.....	40
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Hyvä käsihygienia on merkittävin tekijä infektioiden torjunnassa. Henkilökunnan säännöllisellä koulutuksella voitaisiin mahdollisesti parantaa käsihygieniakäytäntöjä ja lisätä henkilökunnan tietoisuutta siitä miten tärkeää käsihygienian oikeaoppinen toteuttaminen on hoitolaitoksissa. Hyvän ja tehokkaan käsihygienian avulla kyettäisiin estämään 20–40% sairaalainfektioista, jotka ovat hyvin ikäviä infektiota saajille ja maksavat vuodessa paljon yhteiskunnalle. (Lankinen, 2004, 14.)

Opintojen aikana käsihygieniaa on opiskeltu monissa eri opintokokonaisuuksissa. Käsihygienia ja aseptinen työskentely on kaiken perusta hoitotyössä, toteutettiinpa se sitten leikkausosastolla tai vanhainkodissa. Käsihygienia on erittäin tärkeää sekä potilaan että hoitajan turvallisuuden kannalta ja se kuuluu jokaisen hoitotyöntekijän koulutukseen ja on osa hyvää ammattitaitoa. Koska tiedotusvälineissä on puhuttu paljon viime vuosina lisääntyneistä MRSA- epidemioista varsinkin vanhainkodeissa, on käsihygieniaan mielestäni kiinnitettävä yhä enemmän huomiota juuri vanhainkotien kodinomaisessa ympäristössä.

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa, miten henkilökunta toteuttaa käsihygieniaa työssään vanhainkodissa ja tietävätkö he käsihygienian perusasioita ja osaavatko he toimia Satakunnan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää vanhainkodin henkilökunnan tietoa ja taitoja käsihygieniasta. Käsihygieniakysely toteutettiin vanhainkodissa yhden päivän aikana niin, ettei henkilökunta tiennyt siitä etukäteen.

Vaikka käsihygienian toteutuminen ei olekaan pääasia vanhainkodin arjessa, ei sitä silti pidä unohtaa. Lisääntyneet MRSA- epidemiat ovat saaneet hoitolaitokset heräämään ja hankkimaan lisää tietoa ja taitoa käsihygieniasta. Satakunnan sairaanhoitopiirin hygieniahoitajat ovat kouluttaneet Kaunisjärven vanhainkodin henkilökuntaa käsihygieniaan liittyvistä asioista ja opinnäytetyöni avulla saadaan tietoa koulutuksen riittävydestä.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Käsihygieniä

”Käsihygienialla tarkoitetaan terveydenhuollossa kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään mikrobien siirtymistä henkilökunnan käsien välityksellä potilaasta toiseen, henkilökunnasta potilaaseen ja ympäristöstä potilaaseen tai henkilökuntaan”(Syrjälä, Teirilä, Kujala ja Ojajärvi 2005, 611). ”Käsien välityksellä tapahtuva kosketustartunta on sairaalassa tavallisin tartuntareitti. Käsihygieniä on yksinkertaisin, halvin ja tehokkain yksittäinen toimenpide ehkäistä sairaalainfektioita.”(Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2002–2004.) Tässä työssä käsihygienian käsite sisältää oikean käsienspesu- ja desinfiointitekniikan sekä suojakäsineiden- ja korujen käytön.

Ingnaaz Semmelweissia kutsutaan käsihygienian- ja desinfiointin isäksi. Hän työskenteli 1800-luvun Wienin yliopistollisessa sairaalassa, jossa hän osasi yhdistää äitikuolemat ja puutteellisen käsihygienian toisiinsa. (Jakobsson, 2004, 183–185.) Suomessa käsihygienian uurtaja on LKT Juhani Ojajärvi, joka työpanoksellaan on vaikuttanut siihen, että Suomi on tänä päivänä edelläkävijä käsihygieniassa ja varsinkin käsidesinfiointiossa. Vaikka Suomi onkin käsihygienian esimerkkimaa, silti löytyy parannettavaa jokaiselta työpaikalta. ”Jo Semmelweiss huomasi saman kuin mekin huomaamme tänä päivänä: Henkilökunnan käsihygieniatottumusten muuttaminen on vaikeaa. Käsihygienian parantaminen on jatkuva haaste.” (Jakobsson, 2004, 183–185.)

2000-luvun alussa on kansainvälisesti alettu suositella desinfiointivaikuttavaa käsihuuhteen käyttöä ennen ja jälkeen jokaisen potilaskontaktin (Syrjälä ym. 2005, 611). Tutkimukset todistavat käsihygienian infektiota vähentävän vaikutuksen ja yleisesti tiedetään, että henkilökunta huolehtii käsihygienian toteutumisesta vähemmän kuin itse olettavat. Yhdysvalloissa tehty tutkimus osoitti, että käsihygieniä toteutui vain alle 50%:lla henkilökunnasta. Selkeissä tartuntariskitilanteissa kuten AIDS-, ripulitai infektiopotilaiden hoidossa hoitohenkilökunta muisti käsihygienian, mutta silloinkin vain lähinnä omana suojanaan. (Aalto, 2000, 71.)

Silvennoinen (2002) totesi tutkimuksessaan, että käsiä pestiin ja/tai desinfioitiin useammin hoitotilanteessa työskentelyn jälkeen kuin ennen sitä. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena erään terveyskeskuksen koko asiakaspalvelussa sekä laitos- ja välinehuollossa toimivalle henkilöstölle. Vastausprosentiksi saatiin 80, joka tarkoittaa noin 241 vastaajaa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata käsihygienian toteutumista ja henkilöstän omaa arviota siitä.

Kynsien alla ja kynsien seudussa on suurin osa käsien mikrobeista. Kynsien kunnosta huolehtiminen on tärkeä osa hyvää käsihygieniaa, koska kynnen alla voi olla Suomen väkiluku mikrobeja. Tulehtuneessa kynsinauhassa voi olla maailman väkiluvun verran bakteereita, joten tulehdukset tulisi aina hoitaa hyvin. Kynsien ei tulisi ulottua yli sormenpäiden ja kynsien reunojen tulisi olla sileät. Teko- ja rakennekynsien käyttö on kiellettyä potilastyössä. (Syrjälä ym. 2005, 611.)

Tuoreen kynsilakan ei ole todettu lisäävän käsien mikrobimäärää, mutta lohkeileva tai yli neljän päivän vanhassa lakassa on todettu runsaammin mikrobeja. Työntekijä voi halutessaan lakata kynsiään, mutta hänen on lakattava niitä riittävän usein ja mieluummin värittömällä lakalla, jotta kynsien alla mahdollisesti oleva lika tulisi havaituksi. Uusi englantilainen suositus kieltää yksiselitteisesti kynsilakan käytön terveydenhoitotyössä. (Syrjälä ym. 2005, 611.)

Tässä opinnäytetyössä käsihygienian yhtenä osana tarkasteltiin korujen käyttöä työympäristössä. Sormusten alla on enemmän mikrobeja kuin muualla sormien iholla, jopa Euroopan väkiluvun verran. Työntekijöiden käsi-ihottumat alkavat usein sormusten alle jääneen kosteuden ja pesuainejäämien vuoksi. Sormuksia ei tulisi käyttää potilastyössä, koska käsihuhde ei pääse vaikuttamaan sormusten alle. Myös käsikorujen, rannekellojen ja rannerenkaiden käyttö ei ole suotavaa, koska ne vaikeuttavat hyvää käsihygieniaa. (Syrjälä ym. 2005, 620.) Sormukset ja käsikorut ovat ehdottomasti kielletty hoitohenkilökunnalta, hygieniatyöryhmän päätöksestä Satakunnan keskussairaalaossa (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2002–2004).

2.2 Käsihygieniä ja sairaalainfektio

”Sairaalainfektioilla tarkoitetaan infektioita, jotka ilmaantuvat sairaalassa tai liittyvät sairaalassa tehtyyn toimenpiteeseen. Toimenpiteisiin liittyvät infektiot alkavat usein vasta potilaan päästyä kotiin.”(Lyytikäinen, 2006.) Sairaalainfektion synty on kuin tapahtumaketju; siihen vaikuttavat tartunnan aiheuttava mikrobi, tartuntatiet, tartuntatapa sekä potilas, hänen sairautensa, vastustuskykynsä ja sairauden hoito. Pelkkä mikrob tartunta sairaalassa ei aiheuta sairaalainfektioita. Usein puhutaan, että potilas sai "sairaalabakteerin" ja leikkausalueelle tuli infektio. Tilanne on kuitenkin monimutkaisempi. (Lyytikäinen, 2006.)

Kehittyneissä maissa 10 % potilaista saa sairaalainfektion. Kehitysmaista ei ole saatavilla tilastoja, mutta arvioiden mukaan sairaalainfektioiden esiintyvyys voisi olla jopa 25 %. Kaikista sairaalainfektioista, niin kehittyneissä kuin kehitysmaissakin, 20–40% olisi estettävissä. (Lankinen, 2004, 14.)

Suurimman osan sairaalainfektioista aiheuttavat mikrobit, jotka ovat peräisin potilaasta itsestään. Pienessä osassa infektioita mikrobi tulee elimistön ulkopuolelta esimerkiksi toisista potilaista, henkilökunnasta tai sairaalaympäristöstä. Lisäksi potilaan oma mikrobikasvusto muuttuu usein sairaalahoidon aikana pääasiassa mikrobilääkehoidon vuoksi. (Lyytikäinen, 2006.)

Valtaosa sairaalainfektioista on potilaan hoitoon liittyviä riskejä, joita ei voi estää. Parantuneiden hoitojen ansiosta on yhä enemmän potilaita, joiden puolustuskyky on voimakkaasti heikentynyt. Samalla nykyaikainen tehokas hoito edellyttää verisuonikatetrejä, virtsakatetrejä, hengityskonehoitoa, munuaisen korvaushoitoa, monimutkaisia leikkauksia, kortisonihoitoa ja muita vastustuskykyä muovaavia tekijöitä, jotka altistavat potilaan infektiolle. Yleisimpiä sairaalainfektioita ovat virtsatieinfektiot, leikkausalueen infektiot, keuhkokuume ja vaikea yleisinfektio, jossa mikrobi kasvaa veressä. (Lyytikäinen, 2006.)

Sairaalainfektiot lisääntyvät henkilökunnan työmäärän lisääntyessä. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin työmäärän ja vuodenajan vaikutusta käsisidesinfektioon. Tutkimuksessa vertailtiin kirurgista- ja sisätautiteho-osastoa

keskenään. Käsienvesu kuivatti ihoa kylminä talvikuukausina, ja siitä johtuvien ärsytysoireiden vuoksi pesukerrat harvenivat. Kiireellä todettiin olevan samankaltainen vaikutus. (Aalto 2000, 71.)

Sairaalainfektioiden esiintyvyys on sitä suurempaa mitä vaatavampaa hoitoa sairaala antaa ja mitä vaikeammin sairaita potilaat ovat. Sisätautien ja kirurgian osastoilla sairaalainfektioiden osuus on vuodesosastoista suurin. Teho-osaston luonteesta riipuen 15–35% potilaista saa sairaalainfektion. (Hietala, Roth-Holttinen, 1999, 69.)

Infektion syntyyn vaikuttaa kolme tekijää. Yksi on tartuntatie, jota pitkin mikrobi pääsee ihmiseen. Toiseksi mikrobeja täytyy päästä ihmiseen niin paljon, että ne kykenevät saamaan aikaan infektion. Kolmanneksi ihmisen puolustumekanismit eivät pysty torjumaan mikrobeja. Infektion syntymistä voidaan estää vähentämällä mikrobien määrää infektiokynnyksen alapuolelle sekä tehostamalla elimistön puolustusmekanismeja että katkaisemalla tartuntatie. (Hietala, Roth-Holttinen, 1999, 69.)

Kädet ovat sairaalainfektion tartuntateistä tärkein, jolloin tartunnan levittäjänä voi toimia pysyvä mikrobin kantaja. Vain harvoin tartunta tapahtuu ilman välityksellä. Tavallisimmin tartunnan levittäjä saa taudinaiheuttajia käsiinsä potilaskontaktissa, ja siirtyessään hoitamaan toista potilasta, taudinaiheuttajat siirtyvät henkilöstä toiseen. Sairaalainfektioiden torjunnan tärkeät osat ovat aseptiset työskentelytavat, hoitoympäristön puhtaus ja käsihygienia. (Hietala, Roth-Holttinen, 1999, 70.)

Valtakunnallisen sairaalainfektio-ohjelman (SIRO), joka käynnisi vuoden 1998 alusta, tavoitteena on auttaa sairaaloita torjumaan sairaalainfektioita ja tuoda esille torjuntatyön merkitys sairaalainfektioiden ehkäisyssä. Tavoitteeseen pyritään kehittämällä sairaalainfektioiden seuranta ja kokoamalla tietoa sairaalainfektioiden esiintymisestä Suomen sairaaloissa. Luotu tietokanta mahdollistaa ohjelmaan osallistuville sairaaloille itse luottamuksellisesti ja tietosuojakysymyksiä vaarantamatta verrata omaa toimintaansa muiden vastaavan tyyppisten sairaaloiden toimintaan. Ohjelman avulla saadaan yhteiset määritelmät ja menetelmät seurantaan ja erilaiset esiintyvyyssluvut sairaaloiden käyttöön. Tavoitteena on myös saada aikaan sairaalaepidemiaseelvityksiä, yhteisiä torjuntaohjeita ja suosituksia.

Tulevaisuudessa tietokanta toimisi työkaluna hoidonlaadun seurannassa. Ohjelman avulla järjestetään koulutus ja kurssitoimintaa, ja tutkimuksia sairaalainfektioista. Ohjelmaa rahoittavat Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kansanterveyslaitos. (Lyytikäinen, 2006.)

VRE- bakteeri eli vankomysiinille resistentti enterokokki nousi tietoisuuteen, Suomessa syksyllä 1996, kun todettiin laaja VRE- sairaalaepidemia. Enterokokin taudinaiheuttamiskyky on terveellä ihmisellä pieni ja se kuuluu ihmisen suolen normaaliin bakteerikantaan, mutta immuunipuutteisilla, kuten syöpä- tai elinsiirtopotilailla, infektioriski on huomattava. VRE- sairaalabakteerin aiheuttaman infektion lääkehoito on vaikeaa. (Hietala, Roth-Holttinen, 1999, 73.)

Stafylokokkibakteereita on yleensä runsaansti jokaisen ihmisen iholla ja limakalvoilla. MRSA (metisilliiniresistentti *Staphylococcus Aureus*)- bakteerit eroavat näistä tavallisista stafylokokkibakteereista vain antibioottiherkkyytensä suhteen. Ne eivät aiheuta infektiota tavallista stafylokokkia herkemmin. Tavallisessa elämässä ja kotiympäristössä näistä bakteereista ei ole haittaa. MRSA- bakteerin kantajuus ei ole este normaalille sosiaaliselle kanssakäymiselle muiden ihmisten kanssa eikä ammatissa toimimiselle. Terveystieteiden ja vanhusten ja lastenhuollossa työskentelevien olisi kuitenkin hyvä keskustella hygieniaohjeista infektiolääkärin kanssa. Sairaalaympäristössä sen sijaan on tärkeää estää tällaisen bakteerin leviäminen, koska huonokuntoiselle potilaalla MRSA voi aiheuttaa vaarallisen ja hankalahoitoisen infektion. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2005.) Yleensä MRSA- bakteeri havaitaan nenän limakalvolta tai haavasta. Henkilön katsotaan olevan MRSA:lle altistunut, jos hoidon aikana on samalla osastolla ollut MRSA:ta kantava potilas hoidossa. (Kuopion Yliopistollinen sairaala 2005.)

Salmenlinna (2001) tutki Suomen MRSA- kantojen esiintymistä viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Hänen tutkimuksensa oli osa vuonna 1992 alkanutta MRSA-seurantaohjelmaa. Tutkimuksen mukaan Suomen MRSA- määrä on lisääntynyt vuoden 1995 jälkeen. Vuosina 1995–2001 MRSA:n esiintyminen lähes nelinkertaistui. Tuloksista selvisi, että Suomen MRSA- kannat jakaantuivat kahteen erityyppiseen populaatioon viimeisen kymmenen vuoden aikana: 1) kansainvälisiin moniresistentteihin kantoihin, jotka leviävät lähinnä sairaaloissa sekä 2) useille

antibiooteille herkkiin kantoihin, joiden perimä on samankaltainen kuin Suomessa esiintyneillä metisilliinille herkällä *Staphylococcus aureus* kannoilla.

Koska MRSA on stafylokokki, se aiheuttaa samantyyppisiä infektioita kuin tavallinen stafylokokki. Tartunnanlähteenä toimivat MRSA:lla infektoituneet ja kolonisoituneet eli bakteerin oireettomat kantajat. MRSA- bakteeri leviää potilaasta toiseen tavallisimmin sairaalan hoitohenkilökunnan käsien välityksellä. Ilmatartunnan todennäköisyys kosketustartunnan rinnalla on vähäinen. (Hietala, Roth-Holttinen, 1999, 75.)

MRSA-kantajaa hoidettaessa tulee kiinnittää erityistä huomiota hyvään käsihygieniaan. Suojainten riisumisen jälkeen ja eristyshuoneesta poistuttaessa käden on desinfioitava huolellisesti desinfektioaineella. Kädet pestään saippualla ennen desinfektiota, vain jos ne ovat tahriintuneet eritteillä tai niissä on näkyvää likaa. Lateksikäsineitä käytetään käsiteltäessä avoimia haavoja, virtsakatetria tai potilaan limakalvoja tai eritteitä. Muussa lähihoidossa käytetään käsineitä, suojatakia ja suunenäsuojusta. Kaikki suojavaatteet ovat potilakohtaisia. Hoitohenkilökunnan tulee neuvoa ja tarvittaessa opastaa vierailijoille käsien desinfection eristys huoneeseen tullessa ja sieltä lähtiessä. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2005.)

Käsien oikeaoppinen pesu ja desinfektio ovat tärkeimpiä keinoja MRSA:n leviämisen estämisessä (Liitteen 3). Useissa tutkimuksissa on todettu, että korkeintaan 30–50% sairaalan henkilöstöstä huolehtii käsihygieniasta asianmukaisesti. Hyvän käsihygienian esteenä ovat tiedon ja tiedostamisen puute, väärät uskomukset, riskien vähättely, henkilökohtaiset tai organisaation asenteet, ihon ärsytys, kiire ja käsi pesumahdollisuuksien puute. Koulutus ja esimerkit voivat parantaa käsihygienian toteutumista. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2005.)

2.3 Käsihygienia ja suojakäsineet

”Suojakäsineiden tarkoituksena on estää veritartunnan lisäksi mikrobien tarttuminen potilaista käsiin ja käsien välityksellä leviävät infektiot potilaisiin”(Jakobsson ja Ratia 2005, 602). ”Käsineiden oikealla käytöllä on sekä terveydellisiä, taloudellisia että ekologisia vaikutuksia. Parhaimmillaan voidaan parantaa sekä potilaiden että henkilökunnan turvallisuutta ja alentaa kustannuksia.”(Wilksman, 2000, 26.)

Käsineiden käyttö mielletään yleensä tehokkaammaksi kuin käsiinpesu. On kuitenkin todettu, että käsineiden vaihdossakin on paljon puutteita. Käsineet voivat lisätä sairaalabakteerin leviämistä, mikäli niillä kosketellaan pintoja ja toisia potilaita. Käsineiden on oltava lateksisia ja niitä on käytettävä aina kun altistutaan potilaan eritteille, tällöin ei tarvita steriilejä käsineitä. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2005.)

Hoitohenkilökunnalle laadittiin suojakäsineiden käyttöä koskevat suositukset Suomen sairaanhoitajaliiton toimesta. Tätä varten asetettiin viisi henkinen työryhmä, jonka tavoitteena oli laatia suositukset käsineiden käytöstä potilastyöskentelyä varten. Valmistuneet suositukset perustuvat sekä kotimaisiin että kansainvälisiin tutkimuksiin. (Wilksman, 2000, 26.)

Suojakäsineiden käyttösuositus sisältää seuraavia asioita: suojakäsineet ovat aina potilas-, työntekijä-, tehtävä- ja toimenpidekohtaisia. Potilaan ja käyttäjän mahdollinen luonnonkumiallergia on huomioitava käsinevalinnassa. Käytettäväksi suositellaan puuterittomia käsineitä, koska puuterin on havaittu haittaavan haavojen paranemista ja aiheuttavan erilaisia allergisia reaktioita. Suojakäsineet tulee vaihtaa välittömästi niiden rikkoutuessa. Suojakäsineiden valintaan vaikuttavat niiden ympäristövaikutus ja loppukäsittelymahdollisuudet sekä niiden kestävyys ja toimenpiteen aiheuttaman rasitus. (Wilksman, 2000, 27.) Kertakäyttöisiä suojakäsineitä ei saa pestä eikä desinfioida (Kuutamo, Perälä, 2005, 82).

Käsineen valinnan tekee hoitohenkilökunta. Tärkeintä on arvioida mahdollinen tartuntavaara ja käsineen antaman suojan tehokkuus sekä vaatiiko toimenpide tehdaspuhtaita vai steriilejä käsineitä. Suomen sairaanhoitajaliiton julkaisemassa

käyttösuosituksessa suositellaan steriileiden lateksikäsineiden käyttöä aseptisissa ja steriileissä toimenpiteissä. Tehdaspuhtaita käsineitä suositellaan käytettäväksi kun kädet altistuvat verelle tai kudostenesteelle, käsiteltäessä teräviä, leikkaavia tai pistäviä välineitä sekä silloin kun käsine joutuu alttiiksi mekaaniselle rasitukselle. (Wilksman, 2000, 26.)

Suojakäsineiden valmistusmateriaaleina ovat luonnonkumi eli lateksi, vinyyli ja ntriili. Polyeteenistä valmistettuja käsineitä, eli ns. Mikki Hiiri- käsineitä, ei enää suositella käytettäväksi hoitotyössä. Lateksista ja vinyylistä valmistetut suojäkäsineet ovat yleisimmin käytössä. Vinyyliekäsineet sopivat lyhyisiin toimenpiteisiin, joissa käsineeseen ei kohdistu suurta mekaanista rasitusta ja tartuntariski on alhainen. Lateksiekäsineet sopivat hoitotyöhön, jossa altistutaan pitkään erilaisille eritteille tai kehon nesteille ja mekaaninen rasitus on suurta. Nitriilikäsineet ovat suojausteholtaan lateksiekäsineiden luokkaa. Nitriilikäsineitä suositellaan käytettäväksi diagnostoiduilla lateksiallergikoilla tilanteissa, joissa vinyyliekäsineet eivät ole riittävät. Nitriilikäsineitä tulee käyttää harkiten niiden korkeamman hinnan vuoksi. (Kuutamo, Perälä, 2005, 82.)

Suojäkäsineitä käytetään hoitotyössä myös turhaan. Käsineitä ei tarvita esimerkiksi vuoteen petauksessa, potilaan tervettä ihoa kosketettaessa, potilaan hiusten kampaamisessa eikä potilasta talutettaessa. (Jakobsson ja Ratia 2005, 602.) Toisaalta esiintyy myös alisuojaantumista. Tällöin käytetään käsineitä, jotka eivät suojaa riittävästi esimerkiksi veriteitse tarttuvilta infektioilta. Suojäkäsineiden järkevää käyttöä on arvioitu kustannustietoisuuden lisääntyessä. Virheitä karsimalla saadaan aikaan säästöjä. (Wilksman, 2000, 26.)

”Suojäkäsineiden käyttö ei poista hoitotyössä käsidesinifektion velvoitetta potilaskontaktien välillä” (Wilksman, 2000, 27). Suojäkäsineet puetaan puhtaisiin käsiin ja riisutaan pois käsien ihoa mahdollisimman vähän kontaminoiden. Kädet on desinfioitava aina käsineiden riisumisen jälkeen. (Jakobsson ja Ratia 2005, 608.)

2.4 Käsien oikea desinfiointitekniikka

”Käsien desinfektiolla (hand disinfection, hygienic handrub) on tarkoituksena poistaa käsistä potilaan tai ympäristön koskettamisesta käsiin joutunut väliaikainen mikrobifloora. Kädet desinfioidaan hieromalla niihin alkoholivalmistetta.” (Syrjälä ym. 2005, 615.)

Käsihuuhdetta tulee käyttää aina osastolle tullessa ja sieltä poistuttaessa, jokaista potilaskontaktia ennen ja sen jälkeen, ennen uusia työvaiheita ja eri työvaiheiden jälkeen, ennen toimenpiteitä ja niiden jälkeen, suunenäsuojuksen pukemisen ja riisumisen jälkeen (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2002–2004). Käsihuuhdetta tulisi käyttää myös aina käsineiden riisumisen jälkeen ja ennen steriileiden käsineiden pukemista (Syrjälä ym. 2005, 617).

Didier Pittet on tutkinut käsihygieniää eri henkilökuntaryhmien välillä. Tutkimusmetodina on käytetty havainnointia. Käsienpesu- ja desinfiointikerrat laskettiin eri hoitotilanteissa. Tutkimuksesta selvisi, että käsidesinfektioaineen käyttö oli vähäistä, vain 14 % henkilökunnasta käytti alkoholidesinfektiota. Eniten käsiään pesivät sairaanhoitajat ja perushoitajat. Kiireellä on vaikutusta käsihygieniakäytäntöihin, ja puuttuva palaute ei palvele ketään eikä muuta toimintamalleja. Käsihygieniakoulutuksen puute oli ilmeinen, kuitenkin käsihygienian merkitys sairaalainfektioiden synnyssä tiedostettiin hyvin. Tutkimuksen jälkeisellä käsihygieniakampanjalla saatiin aikaan se, että hoitajien käsidesinfektioerrat lisääntyivät, mutta lääkäreiden ei. Pittetin toinen tutkimus toteutettiin lastensairaalasaa puolen vuoden aikana. Siinä verrattiin käsien pesua ja käsien desinfektiota toisiinsa. Tutkimustulokset saatiin 273 havaintojakson ja 93 tunnin havainnoinnin avulla. Tuloksena oli, että käsien desinfektioerrat lisääntyivät. Alussa käsienpesu toteutui hoitotilanteissa 60 %:sti ja käsien desinfektio vain 7,3 %. Lopussa käsiä pestiin 44 %:ssa hoitotilanteista, kun taas käsidesinfektio lisääntyi 30 %:iin. (Aalto, 2000,70.)

Käsien desinfektio on saippualla pesemistä tehokkaampi ja käsiä säästävämpi, koska käsidesinfektioaineissa on tavallisesti apuaineena käsien ihoa hoitavaa glyserolia tai muita ihonhoitoaineita. Desinfektio on nopeampi, se ei ole sidottu vesipisteisiin, joka lisää käsihygieniakertojen määrää. (Syrjälä ym. 2005, 620.)

Sveitsiläisen Pittetin työryhmän tutkimuksessa potilaita hoidettaessa sormenpäihin kertyi minuutissa keskimäärin 16 bakteeripesäkettä lisää, kun kädet oli ensin käsitelty käsihuhuhteella. Ilman käsidesinfektiota pesäkkeitä kertyi 68 enemmän. Hollantilaisen Vossin tutkimuksen mukaan kunnollinen saippuapesu vie aikaa 80 sekuntia. Sen sijaan käsihuhuhteen käyttö vie aikaa vain 20 sekuntia, kunhan käsihuuhdetta on saatavissa jokaisen potilaan vieressä. (Tampereen kaupunki, 2001.)

Oikea käsien desinfiointitekniikka (Liite 3) sisältää seuraavat vaiheet: Desinfektioainetta otetaan riittävästi, kolmesta viiteen millilitraan, käsien koosta riippuen ja niin, että kuivumiseen kuluva hieronta-aika on 20–30 sekuntia. Huuhde otetaan kuiviin käsiin ja hierotaan ensin sormenpäihin ja peukoloihin. Kämmeniä hierotaan vastakkain. Sormia hierotaan koukistettuina vastakkain. Huomiota on kiinnitettävä erityisesti käden alueisiin, joihin jää helposti mikrobeja huonosti suoritettun desinfektion jälkeen. Käsiä hierotaan kunnes desinfektioaine on täysin haihtunut ja kädet ovat täysin kuivat. Käsidesinfektioainetta ei saa kuivata paperilla eikä huuhdella pois. (Syrjälä ym. 2005, 616.)

Käsihygienian toteutukseen vaikuttavat kolme tekijää: alkoholi, aika ja tekniikka. Tutkimusten mukaan tehokkain mikrobien tappaja on 80 % alkoholi, joka Suomessakin on useimmiten desinfektiovalmisteiden vaikuttavana aineena. Aikaisemmin suositeltiin kaksivaiheista käsienpesua, jossa kädet pestiin saippualla ennen niiden desinfiointia. Tästä on kuitenkin luovuttu, koska se ei ole käsidesinfektiota tehokkaampaa, ja saippua saattaa ärsyttää ihoa. Jos käsihuuhdetta hierotaan kosteisiin käsiin, sen teho laimenee. (Syrjälä ym. 2005, 616.)

2.5 Käsien oikea pesutekniikka

”Kädet pestään ennen desinfiointia vedellä ja saippualla vain silloin, kun ne ovat näkyvästi likaantuneet tai mahdollisesti tahriutuneet eritteillä. Muissa tilanteissa käytetään alkoholipohjaisia käsidesinfektioaineita.”(Kansanterveyslaitos, 2007.)

Tutkimusten mukaan terveydenhuollon työntekijät käyttävät alle kymmenen sekuntia aikaa käsien pesuun. Siinä ajassa käsien mikrobi määrä vähenee korkeintaan puoleen, mutta se voi jopa päinvastoin lisääntyä. Teoriassa käsien saippuapesusta olisi eniten hyötyä poistettaessa bakteerien itiöitä, mutta käytännössä tällaisia tilanteita on hyvin harvoin, kuten esimerkiksi bioterrorismiin liittyvät tilanteet. (Syrjälä ym. 2005, 614.)

Hoitohenkilökunta pesee käsiään vähemmän kuin he itse kuvittelevat. Kolmen eri tutkimukset tulokset kertoivat, että käsihygieniasta huolehdittiin työvuoron aikana keskimäärin 13–15, 16–25 tai 20–30 kertaa. Vuonna 1997 tehty tutkimus teho-osastolla osoitti, että tavallinen käsienpesutapahtuma: kävely potilaan vuoteelta käsienpesualtaalle – vesihanan aukaiseminen ja saippuan otto – käsien pesu ja hanan sulkeminen ja paluu potilaan vuoteen viereen vei aikaa keskimäärin 62 sekuntia. Käsienpesukerrat lisääntyvät, jos pesuallas on potilaan vuoteen vieressä, joka vähentää sairaalainfektion riskiä 26 %. Käsien pesuaineden ja desinfektioaineiden merkitys käsihygieniaan on merkittävä. Hoitohenkilökunta ei käytä ainetta, joka on jollain tapaa huono. Käyttöön vaikuttavat aineen haju, koostumus, vaahtoavuus, huuhtoutuvuus ja ärsyttävyys. (Aalto 2000, 70.)

Oikea käsien pesutekniikka sisältää seuraavat vaiheet: Avataan vesihana ja kostutetaan kädet. Käsiin annostellaan pesuneste ja pestään aloittaen käsistä, ranteista ja käsivarsista (huom. pesusuunta sormista käsivarsiin). Kädet huuhdellaan runsaalla vedellä, koska saippua haittaa käsien desinfiointia ja kuivattaa käsien ihoa. Kädet kuivataan huolellisesti sormista kyynärpäihin päin kertakäyttöisellä paperipyyhkeellä, koska desinfektiohuuhteen alkoholi ei imeydy kosteaan ihoon. Vesihanan suljetaan paperipyyhkeellä tai muuten sormin koskematta, jolloin mikrobin siirtyminen puhtaisiin käsiin estyy. (Tampereen kaupunki, 2001.)

Silvennoisen (2002) tutkimuksessa todettiin, että asiakaspalvelussa toimivista 80 % pesi kätensä aina tai usein ennen asiakaskontaktia. Valtaosa (95 %) vastaajista pesi kätensä aina tai usein potilaskontaktin jälkeen. Tutkimuksesta selvisi myös, että asiakastyössä toimivista 36 % pesi sekä desinfioi kätensä aina tai usein ennen asiakaskontaktia. Asiakaskontaktin jälkeen koskaan käsiään ei pesseyt eikä desinfioinut 14 % vastaajista.

2.6 Käsihygienian erityispiirteitä vanhainkodissa

Sosiaali- ja terveysministeriön (2001:4) ikäihmisen hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus asettaa yleiseksi tavoitteeksi, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin – ja sosiaalisessa ympäristössään. Yleisinä vanhuspolitiikan tavoitteina ovat mahdollisimman korkean hyvinvoinnin ja elämisenlaadun turvaaminen ikääntyneelle väestölle sekä ikäihmisten suoriutumisen ja selviytymisen edistäminen. Yleisiä tavoitteita ovat niin ikään ikääntyneiden itsemääräämisoikeus ja riippumattomuus sekä edellytysten luominen ikääntyneiden sosiaalisen aktiivisuuden säilymiselle ja sosiaaliselle integraatiolle. (Rauman kaupunki, 2004.)

Laitoshuollolla tarkoitetaan hoidon, ylläpidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitoshuoltoa annetaan henkilölle, joka tarvitsee apua, hoitoa tai muuta huolenpitoa, jota ei voida tai ei ole tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan muita sosiaalipalveluja hyväksi käyttäen. Sosiaalihuoltoasetus (§ 11) säättää, että laitoshuoltoa toteutettaessa on henkilölle järjestettävä hänen ikänsä ja kuntosu mukainen tarpeellinen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää hänen kuntoutumistaan, omatoimisuuttaan ja toimintakykyään. Laitoshuoltoa järjestetään mm. vanhainkodeissa. Laitoshoito voidaan järjestää lyhytaikaisena tai jatkuvana päivä- tai yöhoitona tahi ympärivuorokautisena hoitona. Laitoksessa voidaan lisäksi järjestää itsenäistä asumista tukevaa sekä kuntouttavaa toimintaa. (Rauman kaupunki, 2005.)

Vanhainkodin asukkaat ovat tavallisimmin monisairaita vanhuksia, joiden infektioaltuudet ovat lisääntyneet monista eri syistä, joita ovat mm. verenkiertohäiriöt, diabetes tai dementia. Asukkailla esiintyy eri elimissä toimintahäiriöitä, jotka voivat altistaa vanhusta infektioille. Tällaisia ovat virtsarakon tyhjenemishäiriöt, nielemishäiriöt, heikentynyt yskänrefleksi ja alentunut mahalaukun happamuus. Myös vasta-aineiden tuotanto ja soluvälitteisen immunitetin toiminta heikkenee iän myötä. Asukkaiden immobilisaatio, heikentynyt ravitsemustila ja lukuisat lääkkitykset voivat osaltaan edesauttaa infektioiden syntyä. (Sammalkorpi & Holttinen, 2005, 385.)

Tavallisimmin infektion vanhukselle aiheuttaa endogeeniset bakteerit, jotka ovat peräisin asukkaan omasta bakteerifloorasta. Nämä taudinaiheuttajat leviävät ensisijaisesti henkilökunnan käsien välityksellä. Myös dementoituneet tai muuten puutteelliseen hygieniaan pystyvät asukkaat, joiden liikkumista laitoksessa ei voi estää, tuovat lisää haastetta infektioiden ehkäisyyn. (Sammalkorpi & Holttinen, 2005, 386.)

Vanhainkodissa kuten missäkin muussa hoitolaitoksessa, tulee huolehtia hyvän käsihygienian toteutumisesta. Monen vanhainkodin ongelmana on viime aikoina ollut MRSA-epidemioiden leviäminen, jotka vaikuttavat työhön ja koko työyhteisöön. (Latvamäki, Hamilas ja Routasalo, 2006, 9.) Keväällä 2004 havaittiin Satakunnan ensimmäinen keskiuuri MRSA-epidemia. MRSA-epidemian hallinta pitkäaikaishoidon laitoksessa-hankkeen toteuttamiseksi haettiin Länsi-Suomen lääninhallitukselta valtionavustusta. Kyseisen hankkeen tavoitteena on kerätä epidemian hallinnasta tietoa, jota voidaan jatkossa soveltaa muihin pitkäaikaishoitolaitoksiin. (Latvamäki, Hamilas ja Routasalo, 2006, 9.)

MRSA:ta kantaville vanhuksille voidaan perustaa oma kohorttiryhmä, joka tarkoittaa MRSA:n kantajien tai sen aiheuttamaa infektiota sairastavien siirtämistä erilliseen yksikköön erilleen muista asukkaista, joilla ei ole todettu tartuntaa. Henkilökunnan kohortoinnilla tarkoitetaan hoitajia, jotka on osoitettu hoitamaan vain MRSA:ta sairastavia. (Latvamäki, Hamilas ja Routasalo, 2006, 9.)

Infektion leviämistä voidaan estää oikeaoppisella käsihygienialla. Henkilökunnan on desinfioitava kätensä huolellisesti ennen ja jälkeen MRSA:n kantajan koskettelua ja kädet tulee muistaa desinfioida myös huoneesta poistuttessa. Myös MRSA:n kantajan on huolehdittava käsien desinfiomisesta. (Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2005.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa miten henkilökunta toteuttaa käsihygieniata työssään vanhainkodissa ja tietävätkö he käsihygienian perusasioita ja osaavatko he toimia Satakunnan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti.

Käsite henkilökunta sisältää sairaanhoitajan, perushoitajan, lähihoitajan, laitoshuoltajan ja hoitoapulaisen nimikkeet.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää vanhainkodin henkilökunnan tietoa ja taitoja käsihygieniasta.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Kuinka vanhainkodin henkilökunta toteuttaa käsihygieniata hoitotyössä?

1.1 Käyttävätkö he suojakäsineitä oikeaoppisesti?

1.2 Käyttävätkö hoitotyöntekijät käsikoruja työaikana?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Kaunisjärven vanhainkodin kanssa. Tutkimusaineiston keruu aloitettiin luomalla kyselylomake (liite 1), joka perustui teoreettiseen tietoon ja aikaisempiin tutkimuksiin.

Kyselylomake sisälsi strukturoituja kysymyksiä, yhden kuvatehtävän ja yhden avoimen kysymyksen. Kysely kohdistui kaikkiin tutkimuspäivänä työvuorossa olleisiin vanhainkodin henkilökunnan jäseniin, jolloin koko henkilökunnasta saatiin satunnainen otos.

Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista ja siihen vastattiin nimettömänä. Vastaajalle annettiin mahdollisuus olla vastaamatta kyselyyn huomaamattomasti suljettavalla kirjekuorella. Lomakkeet käsiteltiin luottamuksellisesti ja lomakkeiden sisältöä käytettiin vain tämän opinnäytetyön tekemiseen.

Kun lomakkeen valmistelussa käytetään apuna esitutkimusta, pilottitutkimusta, voidaan monia näkökohtia tarkistaa ja kysymysten muotoiluakorjata varsinaista tutkimusta varten. Lomakkeen kokeilu on välttämätöntä. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2000, 191.) Ennen virallista tutkimuksen toteuttamista kyselylomake esitettiin eräässä toisessa vanhainkodissa, jotta mahdolliset epäselvyydet saatiin korjattua ja näin parannettua kyselylomakkeen luotettavuutta. Esitestaukseen vastanneet kolme vanhainkodin työntekijää eivät huomauttaneet mistään epäselvyyksistä tai muutosten tarpeesta. Kuitenkin muutin parin väittämän muotoa, jotta ei syntyisi väärinkäsityksiä ja kysymykseen olisi vain yksi oikea vastausvaihtoehto.

Kysymyksiä oli yhteensä neljäkymmentä yksi ja ne koostuivat strukturoiduista kysymyksistä, kuvatehtävästä ja avoimesta kysymyksestä. Kysymykset jaoteltiin neljään eri aihealueeseen analyysin helpottamiseksi, aihealueet olivat: taustatiedot, käsihygienian toteutuminen hoitotyössä, suojakäsineiden käyttö hoitotyössä ja käsikorujen käyttö hoitotyössä.

Tämän tutkimuksen toteuttamiseen liittyi myös havainnointia, jolla tarkistettiin käyttävätkö työntekijät käsikoruja työajalla. Kyselykaavake sisälsi kysymyksiä korujen käytöstä ja havainnoinnin avulla kyettiin tarkistamaan vastauksien luotettavuus ja aitous. Havainnoinnin avulla saadaan tietoa, toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa. Tieteellinen havainnointi on tarkkailua eikä vain näkemistä. Havainnoinnin suurin etu on, että sen avulla voidaan saada välitöntä ja suoraa tietoa ja sen avulla päästään luonnollisiin ympäristöihin. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2000, 201.)

Tutkimuslupa (Liite 2) anottiin Kaunisjärven vanhainkodin vanhustyönjohtajalta. Kaikki kyselylomakkeet sisälsivät saatekirjeen (Liite 1), josta selvisi kyselylomakkeen tarkoitus. Saatteessa mainittiin opinnäytetyöntekijän nimi ja kerrottiin, että tutkimuspäivänä oli mahdollisuus kommentoida kyselylomaketta tai esittää kysymyksiä. Vastatut, kirjekuoreen suljetut kyselylomakkeet palautettiin heti opinnäytetyöntekijälle. Kyselylomakkeita jaettiin 37 kappaletta ja niitä palautettiin saman verran. Tämän perusteella vastausprosentti oli 100 %.

4.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

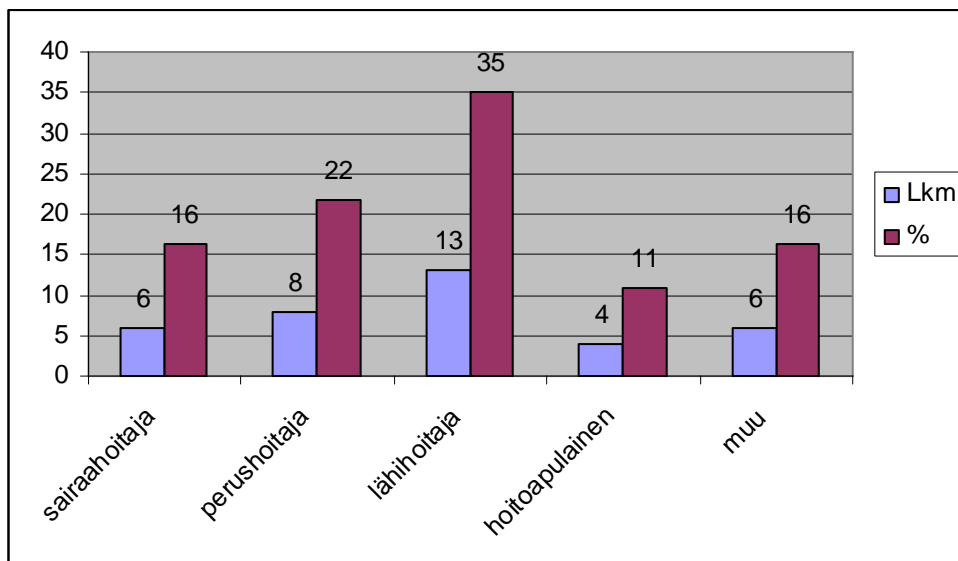
Opinnäytetyön tutkimusaineistossa kuvataan kuinka vanhainkodin henkilökunta toteuttaa käsihygienaa hoitotyössä. Aineisto on sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista. Aineiston käsittely aloitettiin lukemalla jokainen lomake läpi ja numeroimalla ne juoksevalla numeroinnilla (1-37). Kvantitatiivisen tutkimusaineiston käsittely perustuu tixel-ohjelmaan, joka on luotu Excel- taulukkolaskenta ympäristöön. Aineiston käsittelyyn riitti yksi ohjelmaympäristö, jolla kyettiin tekemään taulukkolaskennan, grafiikan sekä tilastoanalyysin tehtävät. (Manninen, 1999, 23.)

Avoin kysymys eli tutkimuksen kvalitatiivinen osuus analysoitiin sisällön analyysillä. Analyysi aloitettiin kirjoittamalla avoimet kysymykset auki. Analyysillä pyritään tiivistämään aineisto kadottamatta silti sen sisältämää informaatiota, päinvastoin pyritään informaatioarvon kasvattamiseen luomalla hajanaisesta aineistosta selkeä ja mielekäs. (Eskola ja Suoranta 1999, 138.) Tutkimustulosten raportoinnissa käytetään avoimista kysymyksistä saatuja suoria lainauksia. Opinnäytetyöntekijä oli varautunut usean avoimen kysymyksen analysoimiseen, mutta vain muutama kyselyyn osallistuja oli vastannut avoimeen kysymykseen, joten suoria lainauksia on vain kolme.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1. Taustatiedot

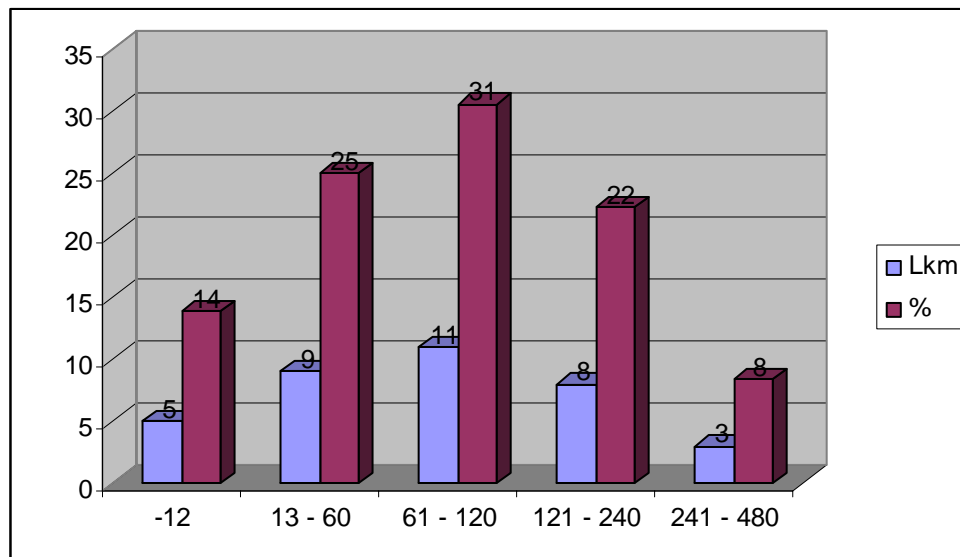
Kyselyyn vastasi 37 vanhainkodin henkilökunnan jäsentä. Sairaanhoitajia oli kuusi (16 %), perushoitajia kahdeksan (22 %), lähihoitajia kolmetoista (35 %), hoitoapulaisia neljä (11 %) ja muita vanhainkodintyöntekijöitä kuusi (16 %) (Kuvio 1).



KUVIO 1. Vastaajien toimialat.

Vastanneista 35 ilmoitti työsuhteensa laadun. Heistä vakinaisia viran- tai toimenhaltijoita oli 17 (49 %) ja sijaisia 18 (51 %).

Vastaajista 36 halusi ilmoittaa työkokemuksensa nykyisessä ammatissaan. Työkokemus on laskettu käyttäen kuukausia. Alle vuoden työkokemus oli viidellä (14 %) vastanneista. Yhdestä vuodesta viiteen vuoteen työkokemusta oli yhdeksällä (25 %) vastaajista. Viidestä vuodesta kymmeneen vuoteen työkokemusta oli yhdellätoista (31 %), kymmenestä vuodesta kahteenkymmeneen vuoteen kahdeksalla (22 %) ja kahdestakymmenestä vuodesta kolmeenkymmeneen vuoteen kolmella (8 %) vastaajista (Kuvio 2).



KUVIO 2. Vastaajien työkokemukset kuukausina laskettuna.

Vastaajilta tiedusteltiin taustatietojen kohdassa myös heidän työskentelyosastoaan. Vastaajista 32 henkilöä vastasi tähän kysymykseen. Käsittelin vastaajien osastoja kerroksittain ja MRSA-kohortti yksikön omana osastona. Osa vastaajista työskenteli useammalla kuin yhdellä osastolla, joten käsittelin muuttujat multiresponse-toiminnolla, siksi yhteenlaskettu lukumäärä ja prosenttiluku ovat liian suuria (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Vastaajien jakautuminen osastoittain.

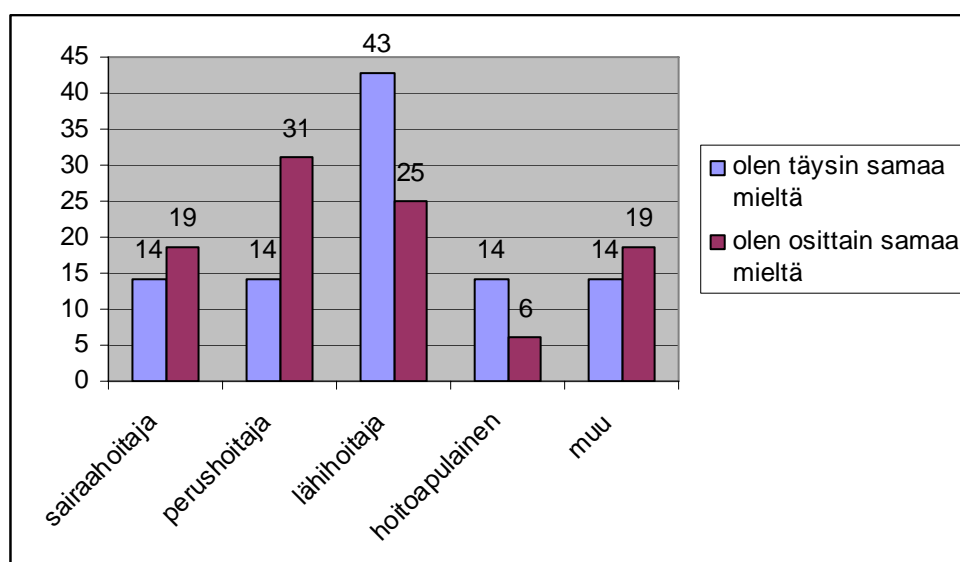
osasto	Lkm	%
kr 2(intervalli ja osasto 2)	9	28
kr 3(lummekoti ja kaislakoti)	12	38
kr 4(hakakoti)	9	28
kr 4(riihikoti= MRSA yksikkö)	10	31
Yht.	40	125
N:	32	

5.2. Käsihygienian toteutuminen hoitotyössä

Kyselylomakkeen kysymyksillä 4-14, 16-24, 28-30, 40-41, haettiin vastausta siihen tutkimusongelmaan, kuinka vanhainkodin henkilökunta toteuttaa käsihygieniata hoitotyössä.

Kysymyksellä numero neljä tiedusteltiin onko vastaajalla mielestään riittävästi tietoa käsihygieniasta. Vastaajista (N=37) täysin samaa mieltä oli 21 (57 %) ja osittain samaa mieltä 16 (43 %).

Ristiintaulukoinnilla selvitettiin onko vastaajien toimialalla ja käsihygienian tiedon riittävytydellä vaikutusta toisiinsa. Kuvion mukaan lähihoitajat arvioivat käsihygieniatietonsa riittävämmäksi kuin muut toimialat (KUVIO 3).



KUVIO 3. Vastaajien toimiala ja käsihygienian tiedon riittävytyden vaikutus toisiinsa prosentteina.

Kyselylomakkeen kysymyksillä viidestä yhdeksään tiedusteltiin vastaajalta hänen käsien pesustaan ja desinfioinnistaan. Vastaajista (N=37) melkein kaikki (81 %) ilmoittivat tietävänsä miten kädet asianmukaisesti pestään. 84 % vastaajista (N=37) kertoi osaavansa desinfioida kätensä oikeaoppisesti. Kahden vastaajan (n=35) mielestä käsien saippuapesu on desinfiointia tehokkaampaa, kuusi vastaajaa piti saippuapesua osittain tehokkaampana kuin desinfiointia. Desinfiointia tehokkaampana piti noin puolet

vastaajista. Yhden kyselyyn vastanneen (N=37) mielestä kädet on pestävä aina ennen niiden desinfiointia. Enemmistö (78 %) vastaajista kuitenkin pitää käsien pesua aina ennen desinfiointia turhana. 89 % vastaajista (N=37) sulkee hanan käsipaperin avulla käsien pesun jälkeen (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Väittämiä käsien pesusta ja desinfioinnista.

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Eri mieltä
5. Tiedän kuinka käsiä kuuluu asianmukaisesti pestä	30 (81 %)	7 (19 %)		
9. Tiedän kuinka käsiä kuuluu asianmukaisesti desinfioida	31 (84 %)	6 (16 %)		
6. Käsien saippuapesu on desinfiointia tehokkaampaa	2 (6 %)	6 (17 %).	10 (29 %)	17 (49 %).
7. Kädet on pestävä ennen jokaista desinfiointi kertaa	1 (3 %)	1 (3 %)	6 (16 %)	29 (78 %).
8. Vesihana kuuluu sulkea käsipaperin avulla käsien pesun jälkeen	33 (89 %)	4 (11 %).		

Kysymyksillä 10 ja 11 tiedusteltiin pitääkö vastaajan mielestä desinfektiohuuhdetta annostella käsiin kaksi millilitraa ja pitääkö huuhdetta hieroa käsiin 30 sekunnin ajan. Vastaajista (n=35) 12 (34 %) annostelee huuhdetta käsiinsä kaksi millilitraa, kun 19 (54 %) vastaajaa on väitteen kanssa osittain samaa mieltä ja osittain eri mieltä on neljä (11 %). Vastaajista (n=36) 18 (50 %) hieroo huuhdetta 30 sekunnin ajan, kun 15 (42 %) vastaajaa on väitteen kanssa osittain samaa mieltä ja osittain eri mieltä oli kaksi (6 %) ja täysin eri mieltä yksi (3 %).

Vastaajista (n=36) 14 (39 %) vastasivat että, heidän mielestään käsihygienian tärkeimpänä tarkoituksena on välttää potilasta saamasta infektiota hoitajalta. Osittain samaa mieltä 14 (39 %) ja osittain eri mieltä oli viisi (14 %) ja täysin eri mieltä kolme (8 %).

Kysymyksellä numero 13 tiedusteltiin tarttuuko vastaajan mielestä MRSA yleensä käsien välityksellä. Vastaajista (n=35) täysin samaa mieltä oli 24 (69 %) ja osittain samaa mieltä seitsemän (20 %). Osittain eri mieltä oli kaksi (6 %) ja täysin eri mieltä kaksi (6 %).

Kysymyksillä numero 14 ja 28 kysyttiin onko vastaajan kynnet tarpeeksi lyhyet, jos ne eivät ylety yli sormenpäiden ja sitä, huolehtivatko he kynsiensä lyhydestä. Vastaajista (n=35) 28 (80 %) oli sitä mieltä, että kynnet ovat tarpeeksi lyhyet, jos ne eivät ylety yli sormenpäiden. Seitsemän (20 %) vastaajaa oli osittain sitä mieltä, että kynnet ovat tarpeeksi lyhyet, jos ne eivät ylety yli sormenpäiden. 28 (76 %) vastaajaa (N=37) huolehtivat kynsiensä lyhydestä ja usein niin tekee kuusi (16 %) vastaajista. Kynsiensä lyhydestä ei huolehdi koskaan kolme (8 %) vastaajaa.

Vastaajilta (n=35) tiedusteltiin kysymyksillä 16- 21 heidän käsien pesustaan ja desinfioinnistaan ennen tai jälkeen potilaskontaktin. Yli puolet (51 %) vastaajista pesevät näkyvästi puhtaat kätensä harvoin ennen potilaskontaktia. Suurin osa (89 %) vastaajista kuitenkin desinfioi kätensä aina ennen potilaskontaktia.

Vastaajista näkyvästi likaiset kätensä pesee ja desinfioi aina ennen potilaskontaktia melkein kaikki vastaajista (91 %). Näkyvästi puhtaita käsiään pesee ja desinfioi potilaskontaktin jälkeen harvoin melkein puolet vastaajista (49 %)

Näkyvästi puhtaita käsiään pesee harvoin potilaskontaktin jälkeen vastaajista melkein puolet (46 %). Näkyvästi puhtaita käsiään desinfioi aina potilaskontaktin jälkeen melkein kaikki vastaajat (94 %) (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Vastaajien käsien pesun ja desinfiointin prosentit ennen tai jälkeen potilaskontaktin.

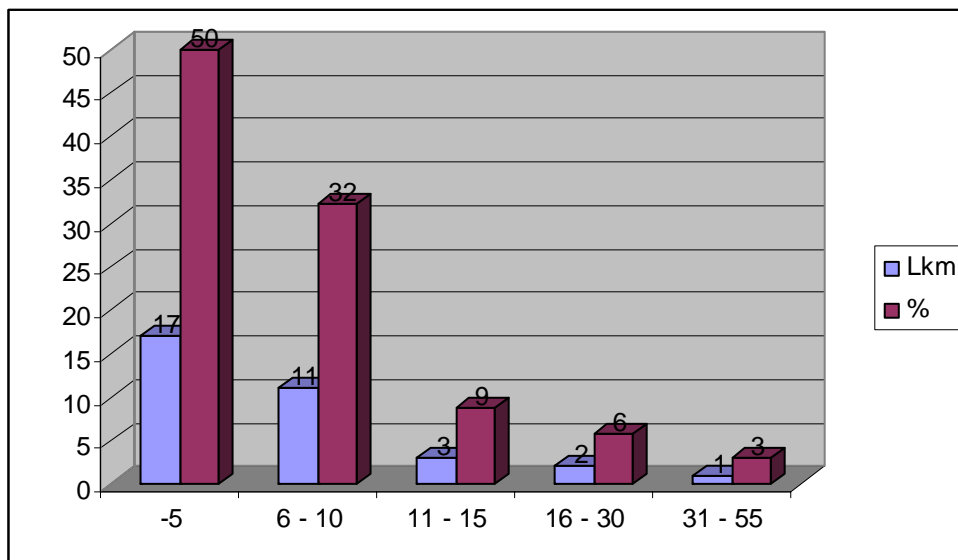
Väittäjä	Aina	Usein	Harvoin	En koskaan
16.Pesen näkyvästi puhtaat käteni ennen potilaskontaktia	5 (14 %)	8 (23 %)	18 (51 %)	4 (11 %)
17. Desinfioin näkyvästi puhtaat käteni ennen potilaskontaktia	31 (89 %)	4 (11 %)		
18.Pesen ja desinfioin näkyvästi likaiset käteni ennen potilaskontaktia	32 (91 %)	1 (3 %)	1 (3 %)	1 (3 %)
19.Pesen näkyvästi puhtaat käteni potilaskontaktin jälkeen	4 (11 %)	9 (26 %)	16 (46 %)	6 (17 %)
20.Desinfioin näkyvästi puhtaat käteni potilaskontaktin jälkeen	33 (94 %)	2 (6 %)		
21.Pesen ja desinfioin näkyvästi puhtaat käteni potilaskontaktin jälkeen	6 (17 %)	8 (23 %)	17 (49 %)	4 (11 %)

Kysymyksillä numero 22- 24 tiedusteltiin kuivattaako käsihygienian toteuttaminen vastaajan käsiä. Vastaajista (n=36) desinfiointi kuivatti aina kahden (6 %) vastaajan käsiä ja usein 7 seitsemän (19 %) vastaajan käsiä. Harvoin 13 (36 %) ja ei koskaan 14 (39 %) vastaajaan käsiä. Desinfiointi kuivatti kylminä talvikuukausina aina neljän (11 %) vastaajan käsiä ja usein kahdeksan (22 %) vastaajan käsiä. Harvoin 14 (39 %) ja ei koskaan 10 (28 %) vastaajaan käsiä. Käsien pesu kuivatti aina kahdeksan (22 %) vastaajan käsiä ja usein 20 (56 %) vastaajan käsiä. Harvoin kuuden (17 %) ja ei koskaan kahden (6 %) vastaajaan käsiä.

Kysymyksillä numero 29 ja 30 laitettiin vastaaja (n=34) arvioimaan kuinka monta kertaa työpäivän aikana hän pesee tai desinfioi käsiään. Osa vastaajista oli vastannut kysymyksiin useilla luvuilla esim. 5-10 kertaa. Näistä tapauksista luvuista on otettu niiden keskiarvo.

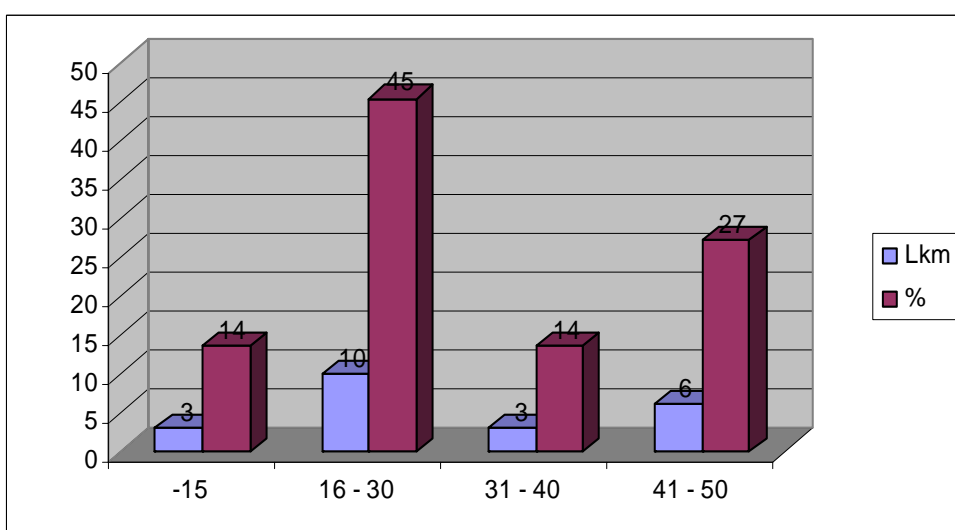
Muutama vastaaja oli vastannut kysymyksiin sanallisesti, jolloin vastauksia ei voinut käsitellä Tixel- ohjelmalla. Kyselylomakkeissa oli seuraavanlaisia sanallisia vastauksia käsien pesukertoihin liittyen: ”10 ja 10 kertoja =todella usein” ja ”usein” ja käsien desinfiointikertoihin liittyen: ”useita kymmeniä kertoja”, ”usein”, ”satoja”, ”tosi monta” ja ”useita kymmeniä” (KUVIOT 4 ja 5).

Vastaajat arvioivat seuraavassa kuviossa kuinka monta kertaa he pesevät kätensä työvuoron aikana. Kuvioista näkee, että puolet vastaajista pesee käsiään alle viisi kertaa työvuoron aikana.



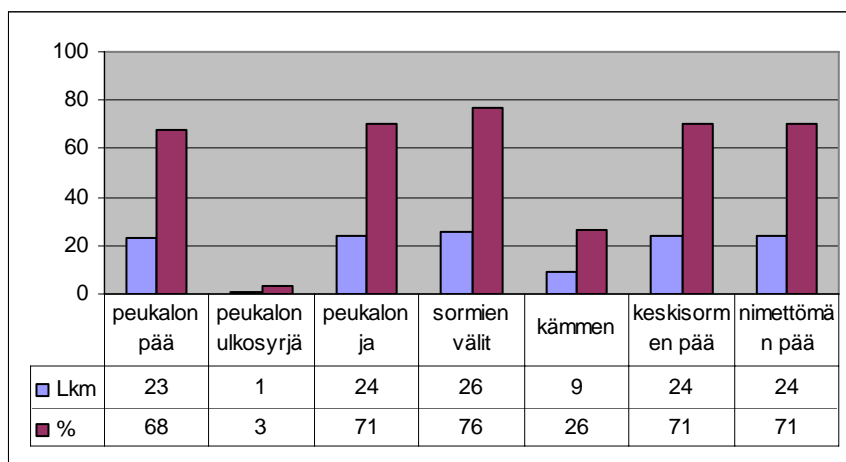
KUVIO 4. Vastaajien oma arvio, siitä kuinka monta kertaa he pesevät kätensä työpäivän aikana.

Seuraavassa kuviossa esitetään vastaajien itse arvioimiaan käsien desinfioikertoja työvuoron aikana. Melkein puolet vastaajista desinfioi käsiään 16- 30 kertaa työvuoron aikana.



KUVIO 5. Vastaajien oma arvio, siitä kuinka monta kertaa he desinfioivat kätensä työpäivän aikana.

Kysymys numero 40 oli piirustustehtävä, jossa vastaajan oli määrä mustata ne alueet, jotka helpoimmin jäävät likaiseksi, ja joihin on siis kiinnitettävä erityistä huomiota käsiä pestäessä ja desinfioitaessa. Kuvatehtävän analysointivaiheeseen liittyy seuraavat seitsemän osiota: peukalon pää, peukalon ulkosyrjä, peukalon ja etusormen väli, sormien välit, kämmen, keskisormen pää ja nimettömän pää. Vastaajista helpoimmin likaiseksi ei jää kämmen eikä peukalon ulkosyrjä, jonka vain yksi vastaajista oli muistanut. Suurin osa vastaajista oli muistanut muut alueet hyvin (KUVIO 6).



KUVIO 6. Piirustustehtävän tulostaulukko.

Kyselylomakkeen viimeisessä kysymyksessä annettiin vastaajille mahdollisuus kommentoida asioita omin sanoin käsihygieniasta. Yksi vastaajista oli kommentoinut käsihygieniasta seuraavasti:

”Käsihygieniä on tärkeää, jottei bakteereja leviä potilaasta toiseen. Käsiensä desinfiointia voi aina lisätä.”

5.3. Suojakäsineiden käyttö hoitotyössä

Kyselylomakkeen kysymyksillä 31- 39, haettiin vastausta siihen tutkimusongelmaan, käytetäänkö suojakäsineitä oikeaoppisesti.

Vastaajista (N=37) melkein kaikkien (89 %) mielestä näkyvästi likaiset kädet tulee pestä ennen potilaskontaktia, jos käyttää suojakäsineitä. Kukaan vastaajista ei jättäisi käsiään pesemättä. Näkyvästi puhtaita käsiä ei pesisi potilaskontaktin jälkeen 14 (38 %) vastaajaa, mutta pesun suorittaisi kahdeksan vastaajaa.

Suurin osa vastaajista (78 %) desinfioisi kätensä ennen potilaskontaktia, jos käyttää suojakäsineitä. Vain yksi vastaaja jättäisi kätensä desinfioimatta. 89 % vastaajista desinfioi kätensä myös potilaskontaktin jälkeen.

Melkein kaikki vastaajat (92 %) vaihtavat suojakäsineet jokaisen potilaskontaktin jälkeen. Yllättävää oli, että kolme vastaajaa ei vaihtaisi suojakäsineitään. Kukaan vastaajista ei pesisi (N=37) tai desinfioisi (n=36) ja käyttäisi suojakäsineitä uudelleen.

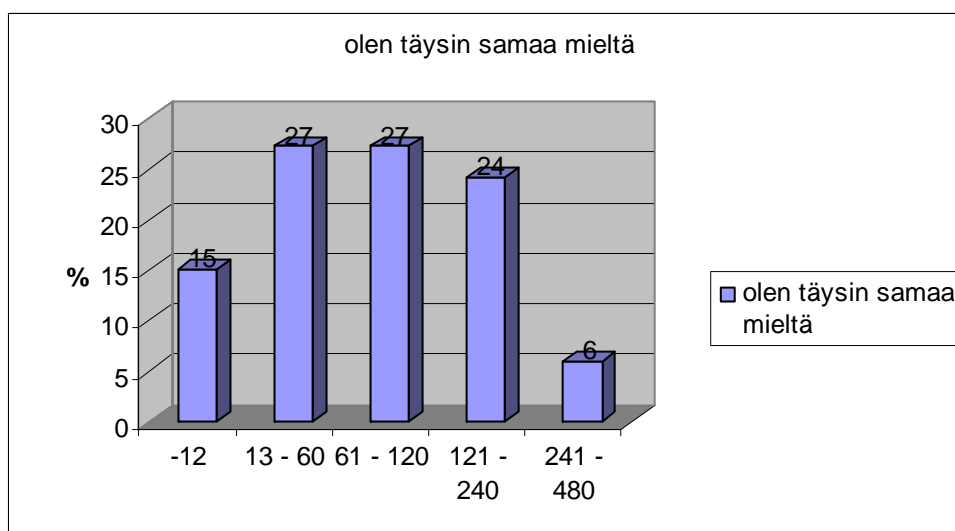
Vastaajista (n=36) 18 (50 %) eli puolet käyttää suojakäsineitä välttyäkseen saamasta infektiota potilaalta. 11 (50 %) käyttää suojakäsineitä osittain siitä syystä, että haluaa välttyä saamasta infektiota potilaalta. Loput 7 (19 %) vastaajista käyttä suojakäsineitä muustakin syystä. Lateksisia suojakäsineitä MRSA- potilaan eritteitä käsiteltäessä käyttäisi vastaajista (n=32) suurin osa eli 84 %, joitakin muita käsineitä käyttäisi kaksi (6 %) vastaajaa (Taulukko 4).

Väittämä	Olen täysin samaa mieltä	Olen osittain samaa mieltä	Olen osittain eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
31. Näkyvästi likaisita käsiä ei tarvitse pestä ennen potilaskontaktia, jos käyttää suojakäsineitä		1 (3 %)	3 (8 %)	33 (89 %)
32. Näkyvästi puhtaita käsiä ei tarvitse pestä potilaskontaktin jälkeen, jos käyttää suojakäsineitä	14 (38 %)	10 (27 %)	5 (14 %)	8 (22 %)
33. Käsiä ei tarvitse desinfioida ennen potilaskontaktia, jos käyttää suojakäsineitä	1 (3 %)	1 (3 %)	6 (16 %)	29 (78 %)
34. Käsiä ei tarvitse desinfioida potilaskontaktin jälkeen, jos käyttää suojakäsineitä			4 (11 %)	32 (89 %)
35. Suojakäsineet tulee vaihtaa jokaisen potilaskontaktin jälkeen	34 (92 %)			3 (8 %)
36. Suojakäsineet voidaan pestä ja käyttää uudelleen				37 (100 %)
37. Suojakäsineet voidaan desinfioida ja käyttää uudelleen				36 (100 %)
38. Käytän suojakäsineitä välttyäkseni saamasta infektiota potilaalta	18 (50 %)	11 (31 %)	4 (11 %)	3 (8 %)
39. MRSA-potilaan eritteitä käsiteltäessä tarvitaan lateksikäsineet	27 (84 %)	3 (9 %)		2 (6 %)

TAULUKKO 4. Suojakäsineiden oikeaoppinen käyttö.

Kysymyksellä numero 35 kysyttiin vastaajalta tuleeko suojäkäsineet vaihtaa jokaisen potilaskontaktin jälkeen. Vastaajista (N=37) väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli 34 (92 %). Väitteen kanssa täysin eri mieltä oli kolme (8 %) vastaajista.

Ristiintaulukoinnilla selvitettiin onko vastaajan työkokemuksella ja väitteellä numero 35 vaikutusta toisiinsa. Kuviosta näkee, että lyhimmän ja pisimmän työkokemuksen omaavista vastaajista prosentit jäivät muita huomattavasti pienemmiksi (KUVIO 7).



KUVIO 7. Vastaajien työkokemus kuukausina ja mielipide siitä pitääkö suojäkäsineet vaihtaa potilaskontaktin jälkeen prosentteina.

Kyselylomakkeen viimeisellä kohdalla annettiin vastaajalle mahdollisuus kommentoida asioita, joita ei tullut esille kyselyssä. Yksi vastaus oli seuraavanlainen:

” Suojäkäsineiden vaihto kun mennään likaiselta alueelta puhtaalle. Suojäkäsineiden vaihto välillä jää.”

5.4. Käsikorujen käyttö hoitotyössä

Kyselylomakkeen kysymyksillä 15, 25- 27, haettiin vastausta siihen tutkimusongelmaan, että käytetäänkö työaikana käsikoruja.

Vastaajista (n=36) melkein kaikki (97 %) ovat sitä mieltä, että hyvään käsihygieniaan ei kuulu rannekellon käyttö työaikana, vain yhden (3 %) vastaajan mielestä rannekellon käyttö kuuluu hyvään käsihygieniaan. Työaikana rannekelloa kertoo käyttävänsä kaksi vastaajaa (N=37) ja 35 vastaajaa ei käytä sitä koskaan. Vastaajista (N=37) suurin osa ei käytä työaikanaan koskaan sormusta/ sormuksia (95 %) eikä rannekoruja (97 %) (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Käsikorujen käytöstä työaikana.

väittäjä	Aina	Usein	Harvoin	En koskaan
25. Käytän työaikana rannekelloa	2 (5 %)			35 (95 %)
26. Käytän työaikana sormusta/sormuksia	1 (3 %)		1 (3 %)	35 (95 %)
27. Käytän työaikana rannekoruja	1 (3 %)			36 (97 %)

Käsihygieniakyselyyn liittyi yhtenä osana havainnointia, jossa tarkastettiin vastaajan palauttaessa täytettyä lomaketta, käyttääkö hän työaikana käsikoruja. Havainnointi suoritettiin kaikissa osastoissa, paitsi MRSA-kohortti yksikössä, koska kyselyn tekijä ei suorittanut itse kyselyä tällä osastolla.

Yhdellä vastaajalla oli sormus ja yhdellä oli rannekello. Sormusta käyttänyt kertoi kuitenkin kysymyksessä numero 26, ettei koskaan käytä työaikanaan sormusta/sormuksia. Kelloa työaikana pitänyt oli kyselyssä selvästi sitä mieltä, että rannekello ei kuulu hyvään käsihygieniaan, mutta myönsi kuitenkin kysymyksessä 25, että käyttää työaikana aina rannekelloa.

Yksi vastaaja oli kommentoinut kysymyksiä seuraavasti kyselylomakkeen viimeisessä kohdassa, jossa annettiin vastaajille mahdollisuus halutessaan kertoa omin sanoin asioita käsihygieniasta:

”Kyselylomake olisi voinut olla hieman selkeämpi. Mukavaa siltä, että tällaista aihetta tutkitaan.”

6 JOHTOPÄÄTÖSET JA POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus sisältää käsitteet reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimus on toistettavissa samalaisena. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimus on mitannut sitä, mitä sen oli tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2000, 213.) Validiteetin parantamiseksi suoritettiin kyselylomakkeen esitestaus eräässä toisessa vanhainkodissa. Näin varmistin mittarin sisällön ja käsitteiden selkeyden. Korkea vastausprosentti lisäsi tutkimuksen validiteettia. Kyselylomakkeen validiteettia on saattanut huonontaa se, että vastaajat saattoivat ymmärtää väittämät toisin kuin tutkija oli tarkoittanut tai vastaamisessa on tapahtunut virheitä. Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa se, että se voidaan toistaa samanlaisena

Havainnointi paransi tutkimuksen luotettavuutta. Havainnointi tapahtui kesken hoitotilanteiden, joten vastaaja ei kyennyt mitenkään valmistumaan havainnointiin.

Kysely suoritettiin niin, etteivät vastaajat tietäneet kyselystä etukäteen. Kyselylomakkeet täytettiin tutkijan läheisyydessä, jotta voitiin olla varmoja, ettei vastauksia katsota esimerkiksi kirjasta. Samalla tutkija varmisti, ettei vastaajien kesken syntynyt keskustelua. Näin kyettiin parantamaan tutkimuksen luotettavuutta.

Tämän kyselytutkimuksen tuloksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia vanhainkodissa työskenteleviä. Yleistettävyyteen vaikuttaa otoskoon (N=37) pienuus ja vastaajien eriasteinen koulutustaso.

6.2 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tutkimusongelmiin pyrittiin saamaan monipuolista tietoa erilaisilla väittämillä, näin kartoitettiin käsihygienian toteutumista erilaisissa tilanteissa. Tutkimustuloksista ilmeni, että käsihygienia mielletään osaksi kokonaisuhoitoa, joskin siinä ilmenee puutteita eri osa-alueilla. Kaikkiin tutkimusongelmiin onnistuttiin samaan vastauksia.

Kyselyyn vastanneista puolet oli sijaisia ja puolet vakituisia työntekijöitä. Sijaisten määrä on aikamoinen, jos ajattelee, että kyselyssä on mukana niin aamu- kuin iltavuorolaisiakin. Voi olla, että sijaisten korkea määrä on vaikuttanut tuloksiin tavalla tai toisella.

Ristiintaulukoimalla vastaajien toimialat ja arvion oman käsihygienian tietonsa riittävävydestä, saatiin selville, että lähihoitajat arvioivat käsihygienian tietonsa riittävämmäksi kuin muut toimialat. Lähihoitajat olivat myös suurin toimiala vastaajista.

Tämän opinnäytetyön yksi keskeisistä tutkimustuloksista oli, että kolme kyselyyn vastaajaa oli sitä mieltä, että suojakäsineitä ei tarvitse vaihtaa jokaisen potilaskontaktin jälkeen. Kaikilla näillä vastaajilla oli yli viiden vuoden työkokemus hoitotyöstä. Teoriassa korostetaan kuitenkin suojakäsineiden vaihdon tärkeyttä aina potilaskontaktien välillä. Seuraavan epidemian syntyyn ei välttämättä tarvita kuin kolme työntekijää, jotka eivät vaihda suojakäsineitä siirtyessään asukkaan luota toiselle.

Vastauksista selvisi, että käsien pesu ja desinfektion määrät työpäivän aikana suhteessa toisiinsa olivat oikeanlaiset. Käsien pesukerrat olivat selvästi alempia kuin desinfektiokerat. Eniten käsiä pestiin alle viisi kertaa ja desinfioitiin eniten 16- 30 kertaa työvuoron aikana. Kahden vastaajan mielestä käsien saippuapesu on desinfiointia tehokkaampaa, kuusi vastaajaa piti saippuapesua osittain tehokkaampana kuin desinfiointia, vaikka teoria sanoo desinfioinnin olevan tehokkaampaa ja käsiä säästävämpää kuin saippuapesun. Desinfiointi on myös nopeampaa, koska se ei ole sidottu vesipisteisiin.

Tutkimustuloksista selvisi, että käsihygienian toteutumisessa löytyi parannettavan varaakin. Vastaajista 81 % ilmoittivat tietävänsä miten kädet asianmukaisesti pestään ja 84 % tietää miten kädet desinfioidaan. Käsihuuhteen annostelu ei kuitenkaan ollut riittävää monessa vastauksessa. Vastaajista suurimman osan mielestä huuhdetta on annosteltu riittävästi, kun sitä on käsissä kaksi millilitraa. Kirjallisuudessa kuitenkin korostetaan, että huuhdetta on otettava käsiin vähintään 3,5 millilitraa. Myös huuhteen hieromisaika ei ole useassa vastauksessa riittävä. Vain puolet vastaajista kertoo hierovansa huuhdetta tehokkaat 30 sekuntia. Oli kuitenkin hienoa huomata, että vastaajat ovat omaksuneet hyvin näkyvästi puhtaiden käsien desinfioiden ennen ja jälkeen potilaskontaktien

Piirrustustehtävän tuloksista selvisi, että melkein kaikki kämmenen helpoimmin likaiseksi jäävät alueet olivat vastaajien hallinnassa. Hälyyttävää oli, että vain yksi vastaaja 37:stä muisti peukalon ulkosyrjän huomioimisen. Toinen alue, joka oli huonoimmin muistettu, oli kämmen. Molemmat alueet ovat hyvin tärkeitä, kun kädet pestään tai desinfioidaan, jotta saadaan aikaiseksi puhdas lopputulos ja kyetään torjumaan mm. MRSA- bakteerien leviäminen.

Suojakäsineiden käyttö hoitotyössä toteutuu suurelta osin ohjeiden mukaisesti. Kuitenkin vastaajat tuntuivat unohtavat, että suojakäsineitä käytetään, jotta kyetään suojaamaan niin potilasta kuin hoitajaakin. Kyselylomakkeessa oli kaksi kysymystä tästä aiheesta ja aseteltu niin, että toisessa kysyttiin potilaan suojaamista ja toisessa hoitajan. Molempien kysymysten tuloksista voidaan päätellä, että suojakäsineiden käyttö mielletään joko potilaan tai hoitajan suojaksi, muttei molempien. Huomasin, että Satakunnan sairaanhoitopiirin käsihygieniaohe- lehtisestä puuttui yksi tärkeä käsihuuhteen käyttö kohta; huuhdettahan täytyy käyttää ennen ja jälkeen suojakäsineiden pukemisen, josta ei ollut lehtisessä minkäänlaista mainintaa.

Kyselylomakkeessa oli kohta, jossa vastaajilta tiedusteltiin pesevätkö tai desinfiivatko he suojakäsineitä käyttääkseen niitä uudelleen. Ilahduttavaa oli, että opinnäytetyön tuloksista selvisi, ettei kukaan vastaajista pese tai desinfioidi suojakäsineitä käyttääkseen niitä uudelleen.

Teoriassa mainitaan, että MRSA:n yleisin tartuntatie on kädet, joten hyvän käsihygienian avulla kyetään estämään sen leviämistä. Vastaajista yli puolet oli teorian kanssa samaa mieltä, mutta kaksi vastaajaa oli täysin eri mieltä. Kaikkien työntekijöiden tarvitsisi tietää, että kädet ovat yleisin tartuntatie, jotta kyetään estämään resistenttien bakteerien ja infektioiden leviämistä.

Käsikorujen käyttöä työaikana esiintyy, vaikka se on sairaanhoitopiirissä kiellettyä. Yhdellä vastaajalla oli rannekello ja yhdellä oli sormus. Mielenkiintoista oli, että sormusta käyttänyt vastasi kuitenkin, ettei koskaan käytä työaikana sormusta/sormuksia. Kelloa työaikana pitänyt oli kyselyssä selvästi sitä mieltä, että rannekello ei kuulu hyvään käsihygieniaan, mutta myönsi kuitenkin, että käyttää työaikana aina rannekelloa. Juuri tällaisten tilanteiden vuoksi halusin ottaa havainnoita mukaan tutkimukseen ja oli hienoa, että siitä oli hyötyä. Tässä tapauksessa vastaaja ei voi esimerkiksi puolustautua sanomalla, että käsikoru oli kädessä, koska tuli juuri töihin. Kyselyhän suoritettiin kesken työpäivän, josta vastaaja otettiin suoraan hoitotilanteista vastaamaan kyselyyn.

Tällä opinnäytetyöllä saatiin samansuuntaisia tutkimustuloksia kuin aiemmissakin tutkimuksissa. Silvennoisen (2002) tutkimuksessa todettiin, että käsiä pestiin ja/tai desinfioitiin useammin hoitotilanteessa työskentelyn jälkeen kuin ennen sitä. Tässä opinnäytetyössä näkyvästi puhtaiden käsien pesu ennen ja jälkeen potilaskontaktin olivat saman suuruisia; molemmat noin 5 %. Näkyvästi puhtaita käsiä desinfioitiin 31 % ennen ja 33 % jälkeen potilaskontaktin. Silvennoinen ei ollut maininnut näkyvästi likaisia tai puhtaita käsiä väittämässään, joten tulosten vertaaminen oli hieman vaikeaa.

Aikaisempien tutkimusten mukaan terveydenhoidon työntekijät käyttävät alle kymmenen sekuntia aikaa käsien pesuun (Syrjälä ym. 2005, 614). Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että puolet vastaajista hieroo desinfektiohuuhdetta vaadittavat 30 sekuntia. Alle kymmenen sekunnin käsien pesussa mikrobimäärä vähenee korkeintaan puoleen, mutta se voi päinvastoin jopa lisääntyä. Samoin on käsien desinfektion kanssa, koska desinfektion toteutumiseen vaikuttavast alkoholi, aika ja tekniikka. Jos yksikin osa-alue suoritetaan huonosti, niin kädet eivät ole desinfioituneet.

Miksi joihinkin väittämiin oli jätetty vastaamatta? Alhaisimmat vastausprosentit saivat osaston kysyminen (n=32), omat arviot käsien pesu ja desinfektio kerroista työpäivän aikana (n=34) ja kysymys tarvitaanko MRSA-potilaan eritteitä käsiteltäessä lateksisia suojakäsineitä (n=32). Kokivatko vastaajat kysymykset vaikeiksi tai työläiksi vai oliko kysymys vaikeasti ymmärrettävissä? Tutkiessani näitä kysymyksiä huomasin, että lateksiset suojakäsineet, voivat olla joillekin outo käsite tai sitten vastaaja ei ole esimerkiksi ole ikinä hoitanut MRSA- potilasta. Ymmärrettävää on, jos vastaaja ei syystä tai toisesta halua mainita työskentelyosastoaan. Käsien pesu ja desinfektio kertojen arvioiminen voi tuntua vastaajasta työläältä, kun on jo kiire takaisin hoitamaan töitään.

Näitä opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan käyttää kehittämään vanhainkodin henkilökunnan tietoa käsihygieniasta. Jatkotutkimuksena voisi olla havainnoititutkimus samasta aiheesta, joka olisi hyvin mielenkiintoinen ja antaisi ajankohtaista ja luotettavaa tietoa. Myös tutkimuksen toteuttaminen esimerkiksi erilaisten laitosten välillä antaisi laajempaa tietoa aiheesta.

LÄHDELUETTELO

- Aalto, A. 2000. Käsihygieniä. Suomen sairaalahygienialehti, vol 18, 69–71
- Eskola, J. ja Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus kirjapaino OY, Jyväskylä
- Hietala, M. ja Roth. Holttinen, O. 1999. Infektiot ja hoitotyö. Tammerpaino oy, Tampere.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Tummavuoren kirjapaino oy, Vantaa.
- Jakobsson, A. 2004. Käsihygieniaseminaari. Suomen sairaalahygienialehti, vol 4, 183–185
- Jakobsson, A., Ratia, M. 2005. Työ- ja suojavaatetus sekä suojaimet infektioiden torjunnassa. Kirjassa: Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen kuntaliitto. Gummerus kirjapaino oy, Jyväskylä.
- Kansanterveyslaitos, 2007. Käsihygieniää terveydenhuoltoon[verkko julkaisu]
Saatavissa:http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osiot/terveydenhuollon_ammattilaisille/ctl_terveydenhuollossa/siro/kasihygienia.ppt#25
- Kuopion yliopistollinen sairaala. 21.12.2005. Hygieniatyöryhmä, ohje n:o 7.1.
- Kuutamo, T. ja Perälä, P. 2005. Käytännön ongelmia suojakäsineiden käytössä. Suomen sairaalahygienialehti, vol 2, 81–83
- Lankinen, H. 2004. Sairaalainfektioiden seuranta ja rajalliset voimavarat. Suomen sairaalahygienialehti, vol 1, 14–18
- Latvamäki, E., Hamilas, M. ja Routasalo, P. 2006. MRSA-infektiorjunnan vaikutuksia työhön ja työyhteisöön pitkäaikaishoitolaitoksessa. Sairaanhoidtaja vol 8, 9-11
- Lyytikäinen, O. 2006. Mikä on sairaalainfektio. Sairaalainfektio-ohjelma (SIRO) [Verkojulkaisu]. Kansanterveyslaitos, 2006.
Saatavissa:www.ktl.fi/portal/suomi/osiot/terveyden_ammattilaisille/ctl_terveydenhuollossa/sairaalainfektiot/
- Manninen P. 1999. Johdatus tilastollisen data- analyysin- sovellus ja atk- keskeinen näkökulma. Tampere. Tehokopiointi KY.
- Rauman kaupunki. 22.3.2005. Rauman kaupungin vanhuspoliittinen strategia ja palvelurakenteen kehittämisohjelma vuoteen 2010 [Verkojulkaisu].
Saatavissa:[www.rauma.fi/sosiaali/ikaihmiset/Vanhuspoliittinen % 20strat.22.3.pdf](http://www.rauma.fi/sosiaali/ikaihmiset/Vanhuspoliittinen%20strat.22.3.pdf)

- Salmenlinna, S. 2001. MRSA:n molekyyliepidemiologia Suomessa. KTL, mikrobiologian osasto. Väitöskirja-artikkeli. Kansanterveys [verkkolehti] vol9.[viitattu 12.5.2003].
Saatavilla:www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2002/9_2002/vaitoskirja-artikkeli:_mrsa:n_molekyyliepidemiologia_suomessa/
- Sammalkorpi, K., Holttinen, L. 2005. Infektioiden torjunta pitkäaikaishoidossa. Kirjassa: Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen kuntaliitto. Gummerus kirjapaino oy, Jyväskylä.
- Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2002-2004. Käsihygieniaohje- lehtinen. Satakunnan sairaanhoitopiiri, Satakunnan keskussairaala, tartuntataudit- ja hygieniayksikkö, sairaalahygienia [verkko-ohjelehtinen].
Saatavissa:www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/TARTUNTATI EDOT/SAIRAALAHYGIENIA/TAB95361/KASIHYGIENIA.PDF
- Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2005. Ohje MRSA-bakteerin kantajalle. Satakunnan sairaanhoitopiiri, Satakunnan keskussairaala, tartuntataudit- ja hygieniayksikkö, sairaalahygienia [verkko-ohjelehtinen].
Saatavissa:<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/TARTUNTATI EDOT/SAIRAALAHYGIENIA/TAB95353/MRSPOTILASOHJE.PDF>
- Silvennoinen, E. 2002. Käsihygienia perusterveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopiston preventiivisen hoitotieteen koulutus.
- Syrjälä, H., Teirilä, I., Kujala, P. ja Ojajärvi, J. 2005. Käsihygienia. Kirjassa: Hellsten, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen kuntaliitto. Gummeruksen kirjapaino oy, Jyväskylä
- Tampereen kaupunki, 2001. Aseptiikan perusteet
Saatavissa:<http://info2.info.tampere.fi/eta/sote1/aseptiikka/kasihygi.html>
- Wilksman, K.(toim.) 2000. Oikea käsine oikeaan paikkaan. Sairaanhoitaja vol 73, 26–27.

LIITTEET

Liite 1 Käsihygieniakysely lomake ja saatekirje

Liite 2 Tutkimusanomus

Liite 3 Käsien oikea desinfiointitekniikka (kuvasarja, Satakunnan sairaanhoitopiiri)

21.3.2007

HYVÄ VASTAAJA!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksikössä. Valmistun sairaanhoitajaksi keväällä 2007. Teen opinnäytetyötä käsihygienian toteutumisesta vanhainkodissa. Aineiston keruumenetelmänä käytän kyselylomaketta.

Osallistumisesi tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista, mutta toivottavaa, koska sinun vastauksesi on arvokas tutkimustiedon kannalta. Voit olla mukana kehittämässä käsihygieniain organisaatiossanne.

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, vastaajan henkilöllisyys ei paljastu missään tutkimuksen vaiheessa.

Opinnäytetyöni on saatavilla sen valmistuttua Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä Porissa.

Ole hyvä ja palauta vastauksesi kyselylomakkeen ohien liitettyssä suljetussa kirjepöytälaatikossa tutkimuksen tekijälle.

Tärkeää on, että luet kyselylomakkeen kysymykset huolellisesti ja vastaat juuri niin kuin sinä toimit sillä hetkellä työssäsi.

YHTEISTYÖSTÄ KIITTÄEN!

Opiskelija Paula Mponzi

Olen käytettävissänne koko kyselyn suorittamis päivän, jos tulee jotain kysyttävää tai kommentoitavaa kyselyyn liittyen.

KÄSIHYGIENIAKYSELY

TAUSTATIEDOT

Vastaa taustatietoja koskeviin kysymyksiin rengastamalla sopivin vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

Osastosi.....

1. Toimialasi

- | | |
|---|----------------|
| 1 | sairaanhoitaja |
| 2 | perushoitaja |
| 3 | lähihoitaja |
| 4 | hoitoapulainen |
| 5 | laitoshuoltaja |
| 6 | muu, mikä..... |

2. Työsuhteesi

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1 | vakinainen viran- tai toimenhaltija |
| 2 | sijainen |

3. Työkokemuksesi pituus tässä ammatissa..... vuotta jakuukautta

TIETO KÄSIHYGIENIASTA

Rengasta seuraavista väittämistä parhaiten kuvaava vaihtoehto. Rengasta kustakin väittämästä vain yksi vaihtoehto.

	olen täysin samaa mieltä	olen osittain samaa mieltä	olen osittain eri mieltä	olen täysin eri mieltä
4. Minulla on riittävästi tietoa käsihygieniasta	1	2	3	4
5. Tiedän, kuinka käsiä kuuluu asianmukaisesti pestä	1	2	3	4
6. Käsien saippuapesu on desinfiointia tehokkaampaa	1	2	3	4
7. Kädet on pestävä ennen jokaista desinfiointi kertaa	1	2	3	4
8. Vesihana kuuluu sulkea käsipaperin avulla käsien pesun jälkeen	1	2	3	4
9. Tiedän, kuinka käsiä kuuluu asianmukaisesti desinfioida	1	2	3	4

10. Desinfektiohuuhdetta anostellaan käsiin 2 ml	1	2	3	4
11. Desinfektiohuuhdetta on hierottava käsiin 30 sekuntia	1	2	3	4
12. Käsihygienian tärkeimpänä tarkoituksena on välttää potilasta saamasta infektiota hoitajalta	1	2	3	4
13. MRSA tarttuu yleensä käsien välityksellä	1	2	3	4
14. Kynteni ovat tarpeeksi lyhyet, jos ne eivät ylety yli sormenpäiden	1	2	3	4
15. Hyvään käsihygieniaan ei kuulu rannekellon käyttö	1	2	3	4

KÄSIHYGIENIA

Rengasta seuraavista väittämistä sinun toimintaasi parhaiten kuvaava vaihtoehto tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan. Rengasta kustakin väittämästä vain yksi vaihtoehto.

	aina	usein	harvoin	en koskaan
16. Pesen näkyvästi puhtaat käteni ennen potilaskontaktia	1	2	3	4
17. Desinfioin näkyvästi puhtaat käteni ennen potilaskontaktia	1	2	3	4
18. Pesen ja desinfioin näkyvästi likaiset käteni ennen potilaskontaktia	1	2	3	4
19. Pesen näkyvästi puhtaat käteni potilaskontaktin jälkeen	1	2	3	4
20. Desinfioin näkyvästi puhtaat käteni potilaskontaktin jälkeen	1	2	3	4
21. Pesen ja desinfioin näkyvästi puhtaat käteni potilaskontaktin jälkeen	1	2	3	4
22. Käsien desinfiointi kuivattaa käsiäni	1	2	3	4
23. Käsien desinfiointi kuivattaa käsiäni kylminä talvikuukausina		1	2	3

24. Käsien pesu kuivattaa käsiäni	1	2	3	4
25. Käytän työaikana rannekelloa	1	2	3	4
26. Käytän työaikana sormusta/sormuksia	1	2	3	4
27. Käytän työaikana rannekoruja	1	2	3	4
28. Huolehdin, että kynteni ovat lyhyet	1	2	3	4

29. Montako kertaa arviot peseväsi kätesi yhden työvuoron(8 tuntia) aikana?
.....kertaa

30. Montako kertaa arvioit desinfiiovasi kätesi yhden työvuoron(8 tuntia) aikana?
.....kertaa

KÄSIHYGIENIA JA SUOJAKÄSINEIDEN KÄYTTÖ

Rengasta seuraavista väittämistä sinun toimintaasi parhaiten kuvaava vaihtoehto.
Rengasta kustakin väittämästä vain yksi vaihtoehto.

	olen täysin samaa mieltä	olen osittain samaa mieltä	olen osittain eri mieltä	olen täysin eri mieltä
31. Näkyvästi likaisia käsiä ei tarvitse pestä ennen potilaskontaktia, jos käyttää suojakäsineitä	1	2	3	4
32. Näkyvästi puhtaita käsiä ei tarvitse pestä potilaskontaktin jälkeen, jos käyttää suojakäsineitä	1	2	3	4
33. Käsiä ei tarvitse desinfioida ennen potilaskontaktia, jos käyttää suojakäsineitä	1	2	3	4
34. Käsiä ei tarvitse desinfioida potilaskontaktin jälkeen, jos käyttää suojakäsineitä	1	2	3	4
35. Suojakäsineet tulee vaihtaa jokaisen potilaskontaktin jälkeen	1	2	3	4
36. Suojakäsineet voidaan pestä ja käyttää uudelleen	1	2	3	4

37. Suojäkäsineet voidaan desinfioida ja käyttää uudelleen	1	2	3	4
38. Käytän suojäkäsineitä välttyäkseni saamasta infektiota potilaalta	1	2	3	4
39. MRSA-potilaan eritteitä käsiteltäessä tarvitaan lateksikäsineet	1	2	3	4

40. Merkitse käteen mustaamalla ne alueet, jotka helpoimmin jäävät likaiseksi, ja joihin on siis kiinnitettävä erityistä huomioita käsiä pestäessä ja desinfioidessa.



41. Mitä muuta haluaisitte kertoa omin sanoin käsihygieniasta? Voitte esimerkiksi kommentoida asioita, joita ei tullut esille tässä käsihygieniakyselyssä, mutta joilla on vaikutusta käsihygienian toteutumiseen työpaikallanne. Voitte myös halutessanne kommentoida kysymyksiä.

.....

.....

.....

.....

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveystalon Porin yksikkö
Maamiehenkatu 19
28500 Pori
Paula Mponzi
050-3781188

ANOMUS

28.2.2007

Satakunnan sairaanhoitopiiri
Vanhainkoti Kaunisjärvi
Steniuksenkatu 4, 26100 Rauma
vs. vanhustyön johtaja
Arja Kumpulainen
puh. 8387 6321

TUTKIMUSLUPA

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystalon Porin yksikössä. Valmistun sairaanhoitajaksi keväällä 2007. Teen opinnäytetyötä käsihygienian toteutumisesta vanhainkodissa. Aineiston keruumenetelmänä käytän kyselylomaketta, johon liittyy havainnointi.

Anon kohteliaimmin lupaa suorittaa aineistonkeruun Kaunisjärven vanhainkodissa. Olen ollut yhteydessä hygieniahoitaja Tuula Virkaseen ja Soili Huttuseen ja he ovat osoittaneet kiinnostusta aiheitani kohtaan. Suorittaisin kyselyn yhden päivän aikana ja tulisin itse henkilökohtaisesti suorittamaan kyselyn. Hygieniakyselyn suorittamispäivä olisi maaliskuun alussa.

Saadut aineistot ja tulokset käsittelem luottamuksellisesti eikä henkilökunnan henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Saatuja tuloksia käytän vain tämän työn toteuttamisessa. Opinnäytetyöni valmistuu kevään 2007 aikana.

Opinnäytetyön ohjaaja on THM Tarja Henttonen

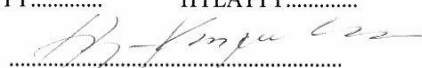
Yhteistyöstä kiittäen


.....
Paula Mponzi

TUTKIMUSLUPA HYVÄKSYTTY.....^X

HYLÄTTY.....

Rennalle
Porissa *2.3.*2007


.....
Vanhustyön johtaja Arja Kumpulainen

LIITTEET:
Kyselylomake
Tutkimussuunnitelma

KÄSIEN DESINFEKTIO

Käsien desinfiektion tarkoituksena on poistaa ja tuhota väliaikainen mikrobifloora.

Edeltävä käsien pesu ei ole tarpeen, elleivät kädet ole näkyvästi likaiset.

Käsihuuhde ei kuivaa ihoa, glyserolia sisältäviä käsihuuhde hoitaa käsiä.

KÄSIEN KUNTO

Käsien kunnon ylläpitäminen on tärkeää, koska desinfektio epäonnistuu herkemmin, jos iho on kuivunut ja karhea.

Käsien iho hoidetaan käsivoiteilla ja kynnet pidetään lyhyinä, sekä kynsien alustat puhtaana.

Käsihuuhteen käyttö:

- osastolle tullessa ja sieltä poistuttaessa
- jokaisen potilaaskontaktin jälkeen
- ennen uusia työvaiheita ja eri työvaiheiden jälkeen
- ennen toimenpiteitä ja niiden jälkeen
- suunensuojauksen riisuamisen jälkeen



1. **Kynnen alla on Suomen väkitaku mikrobeja**

2. **Sormuksen alla on Euroopan väkitaku mikrobeja**

3. **Tulehduksessa kynsinauhassa on maailman väkitaku mikrobeja**

Sormukset ja käsikorut ovat ehdottomasti kielletty hoitohenkilökunnalta.
(Hygieniaryörymän päätös 5/01)



Satakunnan sairaanhoitopiiri
Satakunnan keskussairaala
Tartuntatauti- ja hygieniaosasto

KÄSIHYGIENIAN MERKITYS

Käsien välityksellä tapahtuva kosketustartunta on sairaalassa tavallisin tartuntareitti.

Käsihygienia on yksinkertainen, halvin ja tehokain yksittäinen toimenpide ehkäistä sairaalainfektiota.

Käsihygienialla tarkoitetaan käsiin kohdistuvia toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään infektioiden ja niitä aiheuttavien mikroöiden siirtymistä käsien välityksellä.

KÄSIEN PESU

Käsien pesun tarkoituksena on puhdistaa kädet haasta ja eritteistä sekä vähentää väliaikaista mikrobiflooraa ja sen siirtymisiä.

Kädet pestään, jos kädet ovat likaantuneet, tai on käyty käsihuuhdeita niin monta kertaa peräkkäin, että glyseroli on kerrostunut käsiin ja kädet tuntuvat tahmeilta.

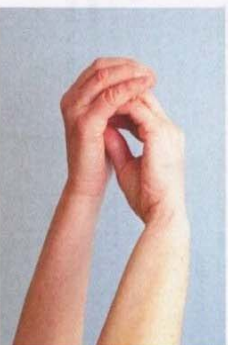
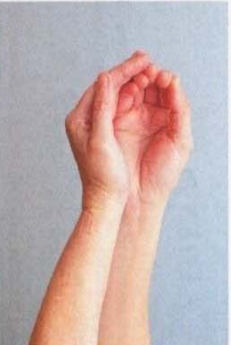
Kädet pestään huolellisesti nestesäippualla (30 s.). Huomioidaan kynnenaluset, sormien välit ja kummatkin peukalot, jotta estetään moniresistanttien mikroöiden siirtyminen potilaasta toiseen henkilökunnan välityksellä.



Sairaalahygieniaprojekti 2002-2004/sh

KÄSIEN DESINFEEKTIO

1. Ammotele käsihuhdetta 2-3 painallusta (3,5 ml) joko seinälinnestä tai pumppupullosta ja kaata sormenpäät käsihuhuteseen.



2. Hankaa käsihuhdetta huolella sormenpäihin ja kynsinahoihin.



3. Käsittele peukalot ja pikkusormet.



4. Hankaa sormiväliä ja jatka hankamista, kunnes käsihuhde on hahuttunut.



Älä kuivaa käsihuhdetta pois
Desinfektio tapahtuu käsihuhutteen hahuttumisen aikana (30s.).

Hoida ihoasi ja vältä pesua vedellä ja saippuainoksellä.
Käytä desinfiointia käsihuhdetta aina, kun kädet eivät ole näkyvästi likaiset.