

Polina Ivanova

TARTUNTAVAAARALLINEN POTILAS YKSITYISSEKTORILLA TYÖSKENTELEVÄN SUUHYGIENISTIN VASTAANOTOLLA

Avoin kyselytutkimus yksityisvastaanotolla työskentelevien suuhygienistien valmiuksista sekä suhtautumisesta tartuntavaarallisen potilaan hoitoon

**TARTUNTAVAAARALLINEN POTILAS YKSITYISSEKTORILLA
TYÖSKENTELEVÄN SUUHYGIENISTIN VASTAANOTOLLA**

Avoin kyselytutkimus yksityisvastaanotolla työskentelevien suuhygienistien valmiuksista sekä suhtautumisesta tartuntavaarallisen potilaan hoitoon

Polina Ivanova
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Tekijä: Polina Ivanova
Opinnäytetyön nimi: Tartuntavaarallinen potilas yksityissektorilla työskentelevän suuhygienistin vastaanotolla
Työn ohjaajat: Anne Korteniemi
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2014
Sivumäärä: 70+7 liitesivua

Tartuntatautien määrä on lisääntynyt viime vuosina, joten asiaan on hyvä kiinnittää huomiota myös suun terveydenhuollossa. Suuhygienistin työssä ollaan lähellä potilasta ja hoitotoimenpiteen yhteydessä esiintyy jonkinasteista verenvuotoa. Tästä johtuen infektioiden torjunta ja tartuntatautia sairastavien potilaiden hoidossa noudatettavat toimittavat ovat keskeisiä tartunnan ehkäisyssä. Tartuntatautien torjunnassa päätavoitteena on ehkäistä tartuntatautien leviämistä. Kuka tahansa voi kantaa jonkinlaista tartuntavaarallista taudinaiheuttajaa, minkä vuoksi suojaustoimenpiteiden täytyy olla samantapaiset kaikille. Lisäksi hoitohenkilökunnan asennoitumisella sekä suhtautumisella on tärkeä merkitys tartuntavaarallisten potilaiden hoidossa.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata yksityisvastaanotolla työskentelevien suuhygienistien toimintaa tartuntavaarallisen potilaan hoidossa sekä suhtautumisia tartuntavaarallisen potilaan hoitoon. Tutkimuksessa kuvataan yksityisellä työskentelevien suuhygienistien ja tartuntapotilaan välistä kohtaamista: kuinka potilasta lähestytään, kuinka hänen hoitoonsa valmistaudutaan, millä tavalla toimitaan hänen hoitonsa aikana sekä hoitonsa jälkeen. Lisäksi tutkimuksessa kuvataan suuhygienistein suhtautumista tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon.

Tutkimus on laadullinen ja tutkimusmenetelmänä on käytetty haastattelua mukailevaa avointa kyselyä. Tutkimukseen osallistui kuusi yksityisellä sektorilla työskentelevää suuhygienistiä kolmesta eri yksityisestä hammashoitolasta. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen mukaan suuhygienistit ovat tietoisia aseptisten varotoimenpiteiden kuluista, omasta henkilökohtaisesta suojauksesta ja niiden merkityksestä ennen tartuntavaarallisen potilaan tuloa, hänen hoitonsa aikana sekä hoidon jälkeen. Suhtautuminen tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon on positiivista sekä myönteistä. Tutkimukseen osallistuneet suuhygienistit kaipaavat selvennystä tartuntavaarallisen potilaan hoitopaikasta. Lisäksi yleistä tietojen päivitystä kaivataan vastaajien kesken. Tutkimilla vastaanotoilla tarvitaan selkeitä hygieniaohjeita osaksi hygieniasuunnitelmaa, joka tulee helpottamaan sekä selkiyttämään pidempään töissä olleiden tekijöiden sekä uusien tulokkaiden työskentelyä.

Avainsanat: mikrobi, tartunta, tartunnan ehkäisy, yksityinen hammaslääkäriasema, suuhygienisti

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Dental Health Care

Author: Polina Ivanova

Title of thesis: Infectious Patient in the Reception of Dental Hygienist at Private Sector

Supervisors: Anne Korteniemi

Term and year the thesis was submitted: Spring 2014

Number of pages: 70+7 appendix page

In recent years the number of infectious diseases has increased, that is why it is important to pay attention to this in oral health care as well. A dental hygienist meets patients with different kinds of infectious diseases daily, of which some can be dangerous for health. During the treatment a dental hygienist works extremely close to the patient and there is always some degree of blood bleeding. The patient's mouth is the main source of infection and bacteria can spread easily to the other environment and infect other people. That is why infection control during the treatments is important and it has to be followed as an essential prevention measure. The stance and the attitudes of the nursing staff also play an important role in the treatment of infectious patients.

The objective of the study was to describe the ways of working style of dental hygienists in the working environment in private dental clinics. Describing the attitudes about treating infectious patients in private clinic was also the objective of the study.

The method of study was qualitative and the material was collected by an open-ended questionnaire. There were six dental hygienists involved in the study from three private dental clinics. The data was analyzed using the method of content analysis.

The survey found that dental hygienists were aware that aseptic precautions and their own personal protection played a big role in preventing infections before the admission of an infectious patient, during his treatment and after his treatment. Attitudes towards treating of infectious patients were positive and welcoming. Dental hygienists needed more information about an infectious patient's care center. Also informants needed updated information about infectious diseases and how to take them into account in the oral health care. Private dental clinics needed additionally a clear guide as a part of hygiene plan, which would facilitate and clarify the work practices of those who were employed for long time and also those of the newly employed.

Keywords: microbe, bacteria, infection, prevent of infection, private dental clinic, dental hygienist

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
JOHDANTO.....	7
1 TARTUNTAVAARALLISET TAUDIT SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA.....	10
1.1 Suomen laki tartuntataudeista ja niiden ehkäisemisestä	12
1.2 Tartuntatautien tartuntatavat hammashoitotyössä.....	14
1.3 Hengitystieinfektiot.....	15
1.4 Moniresistentit bakteerit ja niiden aiheuttamat hoitoon liittyvät infektiot.....	16
1.5 Veren välityksellä tarttavat virukset ja niiden aiheuttamat infektiot	18
1.6 Norovirus.....	22
1.7 Prionit.....	22
2 TARTUNTATAUDEILTA SUOJAUTUMINEN JA NIIDEN LEVIÄMISEN EHKÄISY SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA	24
2.1 Tavanomaiset ja eristysvarotoimet suun terveydenhuollossa	24
2.2 Välinehuollossa toimiminen.....	28
2.3 Pistotapaturman sattuessa.....	30
3 TARTUNTAVAARALLISEN POTILAAN HOITAMISEN VELVOLLISUUS	33
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	36
5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	37
5.1 Kvalitatiivinen tutkimus.....	37
5.2 Avoin kyselylomake tutkimusaineiston keruumenetelmänä.....	37
5.3 Tutkimuksen tiedonantajien valinta ja tutkimusaineiston keruu.....	38
5.4 Tutkimusaineiston analysointi	39
5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	40
6 TUTKIMUSTULOKSET	42
6.1 Tartuntavaarallisen potilaan hoitoon valmistautuminen sekä hoidon toteutus	43
6.2 Suuhygienistien suhtautuminen tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon.....	46
6.3 Suuhygienistien arvioimat valmiudet omasta osaamisesta tartuntavaarallisen potilaan hoitamisessa	48
7 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	50

7.1 Tartuntavaarallisen potilaan hoitoon valmistautuminen sekä hoidon toteutus yksityisellä työskentelevän suuhygienistin vastaanotolla	50
7.2 Suuhygienistien suhtautuminen tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon omalla vastaanotolla.....	55
7.3 Suuhygienistien arvioimat valmiudet omasta osaamisesta tartuntavaarallisen potilaan hoitamisessa omalla vastaanotolla	57
7.4 Johtopäätökset	58
8 POHDINTA	59
8.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	59
8.2 Omat oppimiskokemukset.....	60
8.3 Tutkimuksen kehittämissuhteet ja jatkoaiheet	62
LÄHTEET	63
LIITTEET	71

JOHDANTO

Suuhygienisti ja muu hammashoitohenkilökunta kohtaa päivittäin sellaisia potilaita, joilla voi olla yleisterveydelle jokin vaarallinen tartuntatauti. Tartuntataudin olemassaolo on otettava erityisesti huomioon sellaisia potilaita hoidattaessa. Hammashoidossa mikrobien ja virusten tärkeimpänä tartuntareittinä pidetään pisaratartuntaa, kosketustartuntaa sekä veriteitse tapahtuvaa tartuntaa. (Ainasoja & Kosonen 2003, 256; Hirvonen, Karhumäki & Tuominen 2008, 251; Meurman 2004, 36.)

Yksittäisen potilaan riski saada sairaalainfektio riippuu siitä, minkälaisia hoitotoimenpiteitä potilaalle tehdään. Alttius sairastua sairaalainfektioon riippuu myös potilaasta itsestään. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan ikä, vastustuskyky, lääkitykset sekä perustaudit vaikuttavat ratkaisevasti infektion syntyyn. (Kuntaliitto 2010, 56, 185.)

Todellinen tartuntavaara sekä hoitohenkilökunnan suureksi kokema tartuntariski eivät ole aina suhteessa toisiinsa nähden. Tämä tarkoittaa sitä, että suun terveydenhuollossa kaikista tartuntavaarallisimpana pidettyä tautia sairastava potilas ei tuota välttämättä hoitohenkilökunnalle yhtä suurta tartuntariskiä, kuin jokin toinen vaarattomampi tartuntatauti. Esimerkiksi veren välityksellä tarttuvia tauteja sairastavia potilaita pidetään kaikista vaarallisimpina suun terveydenhuollossa. Tästä huolimatta väestössä esiintyy myös yleisesti esiintyviä muita tartuntatauteja, joiden tartuntariski muuhun ympäristöön voi olla suurempi, kuin oletetaan. Tämän syyn vuoksi hoitohenkilökunnan velvollisuutena on suojata sekä itsensä että potilaansa tehokkaasti kaikilta mahdollisilta tartunnoilta tavanomaisten varotoimien mukaisesti. (Lapin sairaanhoitopiiri 2009, hakupäivä 30.9.2013.)

Vuonna 2010 uusia *Staphylococcus aureus* -bakteeri eli MRSA -tapauksia on ilmoitettu 1296 kappaletta ja vuonna 2009 on raportoitu noin 2293 uutta Extended Spectrum Beta-Lactamase eli ESBL -tartuntatapausta, mutta nykyään ESBL -kantajia arvioidaan olevan monin verran ilmoitettua enemmän. (Alapulli, Hiiri, Richardson & Tjäderhane 2011, 21–22.) Vankomysiinille resistenttien enterokokki -bakteerien (VRE) aiheuttamien infektioiden määrä on noussut vajaasta 20:sta yli 70 tapaukseen vuonna 2005 (Kansanter-

veyslaitos 2006, Hakupäivä 17.4.2013). Suomessa on todettu vuosittain n. 400 B -hepatiittitartuntatapausta viimeisten kahden vuoden aikana (Hoffmann-La Roche 2012a, hakupäivä 18.10.2013). Nykyään Suomessa on 20000–30000 henkilöä jotka kantavat C-hepatiittivirusta ja vuosittain todetaan n. 1000–1200 uutta tartuntatapausta. HIV -tapauksia vuosittain on todettu koko 2000 -luvun aikana Suomessa noin 200 kappaletta ja noin tuhannella on kyseinen sairaus henkilöiden tietämättä sairaudestaan. (Alapulli, Hiiri, Richardson & Tjäderhane 2011, 21–22; HIV-säätiö/AIDS-tukikeskus 2013a, hakupäivä 17.4.2013; Hoffmann-La Roche 2011b, hakupäivä 6.5.2012; Kansanterveyslaitos 2006, 22. Hakupäivä 17.4.2013.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata tartuntavaarallisten potilaiden kohtaamista sekä yksityisvastaanotolla työskentelevien suuhygienistien suhtautumista tartuntavaarallisiin potilaisiin yksityissektorin vastaanotolla. Opinnäytetyöni yhteiskumppaneina toimivat yksityisillä vastaanotoilla työskentelevät suuhygienistit. Aihe on tärkeä, koska tartuntatautien määrä on lisääntynyt viime vuosina, joten asiaan on hyvä kiinnittää huomiota myös suun terveydenhoidossa. Suuhygienistin työssä ollaan lähellä potilasta ja lähes aina hoitotoimenpiteen yhteydessä on jonkinasteista verenvuotoa, joten infektioiden torjunta ja tartuntatautia sairastavien potilaiden hoidossa noudatettavat toimintatavat ovat keskeisiä tartunnan ehkäisyssä. Suun mikrobiflooralle on ominaista sen lajin runsaus. Mitä huonompi suuhygieniä potilaalla on, sitä enemmän mikrobilajia, viruksia sekä sieniä potilaan suusta voi löytyä. (Lapin sairaanhoitopiiri 2009, hakupäivä 30.9.2013.)

Hoitoalan henkilökunnan sekä hoitoalan opiskelijoiden tietämyksiä, asenteita HIV/AIDS -potilaiden hoidosta sekä halukkuutta hoitaa HIV/AIDS -potilaita on tutkittu paljon, erityisesti kansainvälisellä tasolla (Kemppi, Koponen, Laakkonen, Suominen, Välimäki & Vänskä 2008, 10). Kyseisestä aiheesta on tehty myös laaja vuonna 2007 suoritettu Internet -pohjainen kyselytutkimus hammashoidon henkilökunnalle ympäri Suomea, joka liittyy hammashoidon hygieniaan ja sen toteuttamiseen yksityisellä ja julkisella sektorilla sekä sairaalaolosuhteissa. Alapullin ym. (2010, 23–24) hammashoidon hygieniaan liittyvän tutkimukseen osallistuneista 75 % kertoi kohdanneensa omalla vastaanotolla sellaisia potilaita, joilla on veren välityksellä tarttuvia tauteja mm. HBV-, HCV- tai HIV. Sen sijaan 38 % ilmoitti kohdanneensa omalla vastaanotolla MRSA- tai muuta ongelmabakteeria kantavaa potilasta ja 14 % on kohdannut tuberkuloosia kantavia potilaita. Internetpohjaisen tutkimuksen mukaan (2007) selvisi että tutkimukseen

osallistuneen hammashoitohenkilökunnan (hammaslääkärit, hammashoitajat ja suuhygienistit) asenteet olivat positiivisia hammashoidon hygieniaa kohtaan, mikä tarkoittaa sitä, että lähes jokainen vastaajista piti hammashoidon hygieniaa tärkeänä asiana. Puutteita oli ohjeiden noudattamisessa ja tiedoissa mm. tartuntatautien vaarallisuudesta ja niistä suojautumisesta. (Alapulli, Hiiri, Richardson & Tjäderhane 2010, 22–23.)

1 TARTUNTAVAARALLISET TAUDIT SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA

Tartuntatauti tarkoittaa sairautta tai tartuntaa, joka on aiheutunut elimistössä lisääntyvistä pieneliöistä eli bakteereista tai niiden osista tai loisista. Bakterin myrkky eli toksiin aiheuttamaa tilaa pidetään myös tartuntatautina. (Tartuntatautilaki 583/1986 1:2 §.)

Joka päivä ihminen altistuu taudinaiheuttajille, jotka eivät välttämättä johda sairauteen. Ihmisen vastustuskyvyn romahtaminen voi aiheuttaa elimistön sairastumisen. Ihmisen parhaimpia suojakeinoja ovat ehjä ja terve iho, elimistön puolustussolut ja normaali bakteerikanta (normaalifloora) sekä neutrofiilit eli veren valkosoluihin kuuluvat syöjäsolut, joilla on tärkeä rooli ihmisen immuunipuolustusjärjestelmässä. (Duodecim Terveyskirjasto 2012a, hakupäivä 1.9.2012; Hietala & Roth-Holttinen 1999, 18; Solunetti 2006a, hakupäivä 1.9.2012.) Elimistön suojakeinoissa ilmenevät häiriöt voivat heikentää ihmisen immuunipuolustusjärjestelmää. Nämä ovat mm. HIV -virus eli immuunipuutos sairaus, syöpäsairaudet, laajat palovammat, suuret leikkaukset, tehohoito sekä lääkkeet kuten esim. sytostaatit ja kortisoni. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 18.)

Tartunta tarkoittaa sitä, kun mikrobi siirtyy yksilöstä toisiin yksilöihin. Kaikki tartunnat eivät kuitenkaan johda aina infektiin. Infektiossa taudinaiheuttajamikrobi lisääntyy isäntäelimistössä aiheuttaen kudosvaurioita. (Kuntaliitto 2010, 51.) Tärkeimmät infektio tautien ryhmät ovat hengitystieinfektiot, ruuansulatuskanavan infektiot, sukupuolitaudit, virtsatieinfektiot, hepatiitit, raskaudenaikaiset infektiot ja hoitoon liittyvät infektiot (Hedman, Heikkinen, Huovinen, Järvinen, Meri & Vaara 2011, 264–267). Useimmiten infektio johtaa lyhytaikaiseen kolonisaatioon eli mikrobien lisääntymiseen, ilman että potilaalle tulee kliinisiä oireita. Toisaalta infektio voi aiheuttaa kliinisiä oireita pitkänkin aikavälin jälkeen, riippuen tartunnan aiheuttajasta. Infektiosairaudella tarkoitetaan mikrobin tai mikrobin tuottamien toksiinien aiheuttamia haitallisia seurauksia kliinisten oireiden muodossa. (Hedman, Heikkinen, Huovinen, Järvinen, Meri & Vaara 2011, 354.) Infektio tautien kirjo on koko ajan jatkuvassa muutoksessa. Uusia taudin aiheuttajia syntyy jatkuvasti tai ne muuntautuvat siten, että ne pystyvät aiheuttamaan en-

sin infektion ja seuraavaksi taudin. (Hedman, Heikkinen, Huovinen, Järvinen, Meri & Vaara 2011, 354.)

Potilaan suussa oleva mikrobifloora sisältää runsaasti eri mikrobilajeja. Tämän lisäksi potilaan plakissa voi olla infektioita aiheuttavia taudinaiheuttajia. Potilaan suu on siis tärkein infektiolähde, josta bakteerit voivat levitä helposti ympäristöön ja tartuttaa sekä hoitavaa henkilökuntaa, että muutkin potilaat. (Meurman 2004. 36.) Hammashoitotyössä työskennellään läheisessä potilaskontaktissa, jolloin potilaan ja hoitavan henkilökunnan välillä oleva läheisyys helpottaa mikrobien siirtymistä potilaasta hoitavaan henkilökuntaan ja päinvastoin. Tämän takia suun terveydenhuollossa työskentelevien on kiinnitettävä erityistä huomiota sekä potilaan että itsensä suojaamiseen. (Kuntaliitto 2010, 400.) Terveydenhuollon henkilökunnan on osattava toimia terveydenhuollon laitoksissa siten, etteivät sairaudet leviä muualle ympäristöön ja muihin henkilöihin (Kurki & Pammo 2010, 35).

Vastaanoton puutteellisen hygieniakäytännön takia useat infektioaudit voivat levitä helposti suun terveydenhuollossa tapahtuvien toimenpiteiden yhteydessä. Keskeisenä suun terveydenhuollon laatuun vaikuttavana tekijänä toimii erittäin hyvin suunniteltu ja käytännössä toimiva hygieniasuunnitelma. Suun terveydenhuollon henkilöstö altistuu päivittäin omassa työssä potilaan verelle tai verta ja ientaskunestettä sisältävälle syljelle. Useimmissa hammashoitotoimenpiteissä potilaan suun mikrobit joutuvat aerosolina työskentelyhuoneen pinnoille sekä muutenkin ilmaan potilaan veri- ja sylkipisaroiden välityksellä. Aerosolin partikkelikoon ollessa pieni, se pystyy leviämään tosi laajalle ympäristöön varsinkin ilmastoinnista johtuvien ilmanvirtausten mukana. (Kuntaliitto 2010, 400.) Aerosoli tarkoittaa kaasumaista väliainetta, joka sisältää kiinteitä ja neste-mäisiä hiukkasia (Duodecim Terveyskirjasto 2013, hakupäivä 1.12.2013). Aerosolin muodostumista edesauttavat ultraäänihammaskivenpoistolaitteet ja pyörivät porat (Kuntaliitto 2005, 400). Aerosolin avulla leviäviä taudinaiheuttajia työskentelypisteessä voidaan vähentää käyttämällä huolellisesti tehoimuria. Kofferdamin käytöllä ja suun purskuttelulla desinfioivalla klooriheksidiiniliuoksella ennen varsinaista hoitotoimenpidettä voidaan vähentää aerosolista johtuvaa bakteerikontaminaatiota. (Kanerva, Vuoteenaho & Välimaa 2012, hakupäivä 15.9.2012.)

Suun terveydenhuollossa tapahtuvien toimenpiteiden aikana potilasta hoitavat ammattilaiset koskettavat tarveainepakkauksia sekä tarttuvat myös kiinteisiin hoitovälineisiin liikkeillä hanskoilla. Jokaisessa hoitotoimenpiteessä syntynyt aerosolipilvi saastuttaa potilaan pään ympäristöstä kaiken useamman metrin säteellä. (Kuntaliitto 2010, 401.) Tämän vuoksi suositellaan pitämään instrumenttikaappien ovet kiinni sekä työskentelypöydillä mahdollisimman vähän tavaraa. Kaikki laitteet, käsi- ja muut potilaskohtaiset tarveaineet on säilytettävä roiskeilta ja aerosolilta suojattuna. (Kanerva, Vuoteenaho & Välimaa 2012, hakupäivä 15.9.2012.)

1.1 Suomen laki tartuntataudeista ja niiden ehkäisemisestä

Tartuntatautiin sairastuneeksi epäiltynä pidetään henkilöä, jossa havaitaan tautiin viittaavia oireita tai jonka jollakin muulla perusteella voidaan päätellä levittävän tartuntaa. Sairastuneena pidetään henkilöä, jossa tauti on todettu tai jonka yleisesti hyväksytyin lääketieteellisin perustein voidaan todeta saaneen tartunnan, jos taudin leviäminen on perustellusti mahdollista. Parantuneesta taudista elimistöön jääneitä merkkejä ei pidetä tartuntatautina. (Tartuntatautilaki 583/1986 1:5 §.)

Tartuntatautilain avulla pyritään suojelemaan väestöä taudinaiheuttajien leviämiseltä (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 34). Laki jakaa tartuntataudit asetuksella yleisvaarallisiin, ilmoitettaviin ja muihin tartuntatauteihin. Lain mukaan tartuntatauti kuuluu yleisvaarallisiin tartuntatauteihin, jos tauti leviää nopeasti ja taudin tarttuvuus on suuri. (Tartuntatautilaki 583/1986 1:4 §.) Tartuntalain mukaan yleisvaarallisia tartuntatauteja ovat: EHEC-infektio, virusten aiheuttamat verenvuotokuumeet, ei kuitenkaan myyräkuume; hepatiitti A, keltakuume, kolera, kuppa, kurkkumätä, lavantauti, pikkulavantauti ja muut salmonellojen aiheuttamat taudit, meningokokin aiheuttamat septiset taudit ja aivokalvotulehdukset, pernarutto, polio, rutto, SARS, shigellapunatauti ja tuberkuloosi. Tartuntalain mukaan ilmoitettavia tartuntatauteja ovat: ekinokokkoosi, Creutzfeldt-Jakobin tauti, hepatiitti B, hepatiitti C, HIV-infektio, klamydiainfektiot, legionelloosi, listerioosi, malaria, mykobakteeritaudit, muut kuin tuberkuloosi, rabies, sankkerit, septiset hemofiliustaudit, sikotauti, tippuri, toisintokuume, tuhkarokko sekä vihurirokko. (Valtioneuvoston asetus tartuntatautiasetuksen muuttamisesta 1383/2003 2 §.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on vastuussa tartuntatautien torjunnan suunnittelusta, valvonnasta sekä ohjauksesta. Tartuntatautien ja niiden leviämisen ehkäisy ovat tartuntatautien torjunnan tärkeimpiä tavoitteita. Tartuntatautilaki sekä sitä tarkentavat

asetukset käsittelevät laajemmin tartuntatautiin torjumistyötä. STM:n tartuntatautiin neuvottelukunta toimii tartuntatautiin torjuntatyön asiantuntijaelimenä, jonka tehtävänä on tartuntatautiin tilanteiden yleisen kehityksen seuraaminen sekä tartuntatautiin vastustamistyön tukeminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toimii tartuntatautiin vastustamistyön asiantuntijalaitoksena, jonka tehtävänä on tutkia tartuntatauteja sekä niiden aiheuttajia. Lisäksi THL:n tehtävänä on tartuntatautiin esiintyvyyden ja torjunnan seuraaminen, ammattikunnan ohjeistaminen sekä epidemioiden selvittely yhteistyössä kuntien ja sairaanhoitopiirien kanssa. Alueellisesti aluehallintovirastot ovat vastuussa tartuntatautiin ohjauksesta sekä valvonnasta. Sairaanhoitopiirit toimivat tartuntatautiin vastustamistyön asiantuntijoina omilla alueilla. Terveysasemilta saa tarvittaessa tietoa koskien tartuntavaarallisia tauteja. (STM 2013, hakupäivä 10.12.2013.)

Tartuntalain mukaan kunnalla ja sen ylläpitämällä terveyskeskuksella on ensisijainen vastuu infektiopotilaiden hoidosta ja tartuntatautiin torjunnasta. Tartuntatautiin ehkäisytyö on osa ympäristöterveydenhuoltoa. Erikseen nimetty tartuntatautiin vastaava lääkäri tai johtava terveyskeskuslääkäri on vastuussa työn organisoinnista. Tämän lisäksi on nimetty myös erikseen tartuntatautiin yhdyshenkilö, joka on vastuussa terveyden edistamisestä. Terveyskeskuksen vastuutehtävänä on myös huolehtia tartuntatautiin yksityiskohtaisesta ehkäisystä mm. perustason diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta sekä rokotuksista. Terveyskeskuksen tehtävänä on myös jäljittää mahdolliset tartuntapotilaat ja ohjata heidät tarvittavaan hoitoon. Tartuntatautiinasetuksen mukaan kaikki yleisvaarallisten tartuntatautiin tutkimukset ja hoidot sekä ilmoitettavat tartuntatautiin lääkähoidot ja sukupuolitautiin tutkimukset ovat potilaille maksuttomia. Samoin myös yleiseen rokotusohjelmaan kuuluvat rokotukset ovat kaikille maksuttomia. (Hedman, Heikkinen, Huovinen, Järvinen, Meri & Vaara 2011, 276–277; Tartuntatautilaki 583/1986 2:7 §.) Lain mukaan valtion on huolehdittava tartuntatautiin torjuntatyön järjestämisestä myös puolustusvoimissa, vankeinhoito- ja rajavartiolaitoksissa sekä valtiolle kuuluvissa huoltolaitoksissa ja muissa vastaavissa laitoksissa (Tartuntatautilaki 583/1986 2:9 §).

1.2 Tartuntatautiin tartuntatavat hammashoitotyössä

Infektion tapahtumaketju koostuu tartunnan aiheuttavasta mikrobista tai viruksesta tartuntatavasta sekä potilaasta ja hänen sairaudestaan, vastustuskyvystään sekä sairauden hoidosta. Patogeenisuus tarkoittaa mikrobien taudinaiheuttamiskykyä. Muita termejä liittyen läheisesti patogeenisuuteen ovat virulenssi, adherenssi ja invasiivisuus. Virulenssilla tarkoitetaan mikrobin aiheuttamaa taudin vaikeusastetta. Kyky tuottaa toksiniä lisää mikrobin virulenssia. Adherenssi tarkoittaa mikrobin kykyä tarttua esim. limakalvoille. Invasiivisuudella tarkoitetaan mikrobin kykyä tunkeutua elimistön omiin kudoksiin. Taudinaiheuttajat pystyvät myös lisääntymään elimistössä ja estämään elimistön puolustusjärjestelmän normaalia toimintaa. (Kuntaliitto 2010, 51–52.)

Mikrobit tarvitsevat jonkin välittävän aineen, jonka avulla ne leviävät. Mikrobeja löydyttyä ihmisen eritteistä, esim. märästä, limasta, syljestä, hengitystie-eritteistä, virtsasta ja ulosteista. Tartuntatapa voi olla joko välitön tai välillinen. Välittömällä (suora) tartuntatavalla tarkoitetaan mikrobien siirtymistä yhdestä henkilöstä toiseen joko pisaroina tai koskettamalla. Välillinen (epäsuora) taas tarkoittaa sitä kun mikrobi tarttuu henkilöön jonkin apuvälineen avulla, esim. kontaminoituneen ovenkahvan tai instrumentin avulla. Hammashoitotyössä mikrobien ja virusten tärkeimpänä tartuntareittinä pidetään pisarataartuntaa, kosketustartuntaa sekä veriteitse tapahtuvaa tartuntaa, mutta vaaralliset taudinaiheuttajat tai kuolleiden taudinaiheuttajien hajoamistuotteet toisin sanoen pyrogeenit voivat siirtyä myös huonosti puhdistettujen instrumenttien välityksellä. Tämän lisäksi bakteerit voivat levitä myös ilmaitse hammashoitotoimenpiteiden aikana syntyvän aerosolin välityksellä. Tartunta voi tapahtua myös silloin kun bakteereja tai virusta sisältävä ihmisen erite joutuu hoitavan henkilökunnan iholle tai limakalvoille. (Ainasoja & Kosonen 2003, 256; Kuntaliitto 2010, 54–55; Hirvonen, Karhumäki & Tuominen 2008, 251; Meurman 2004, 36.)

Useimmissa tapauksissa tartunta leviää suoraan henkilökunnan käsien välityksellä (Kuntaliitto 2010, 55). Käsien kontaminaatio eli saastutus voi tapahtua helposti potilaan eritteissä sisältävien suuren bakteerimäärän vuoksi (Duodecim Terveyskirjasto 2012b, hakupäivä 5.5.2012). Tartuntavaarallisilla bakteereilla on kyky säilyä käsissä pitkän ajan (30min- tunteihin) tarttuakseen edelleen seuraavaan potilaaseen (Kuntaliitto 2010, 55).

Pisaratartunnassa ja ilmatartunnassa mikrobit pystyvät leviämään tartuttavaan kohteeseen ilman avulla tartuntapisaroiden kautta. Pisaratartunnassa tartunnanaiheuttajat ovat peräisin yleensä ysköksistä, puhumisesta tai aivastuksesta. Tartunta tapahtuu silloin kun tartuttaja ja tartuttavan kohde ovat tarpeeksi lähellä toisiaan, muutoin raskaat ja suuret tartuntapisarot putoavat nopeasti alas, ennen kuin tartunta ehtii tapahtua. Ilmatartunnassa mikrobit pystyvät leviämään pienten pisaroiden, ihohilseen ja jopa pölyhiukkasten avulla. Ilmatartunnan pienet pisarat saattavat leijua ilmassa pitempiäkin aikoja ja kulkeutua ilmavirtojen avulla tarpeeksi kauas, kunnes ne pääsevät kulkeutumaan tartuttavan kohteen hengitysteihin. (Kuntaliitto 2010, 55–56.)

Veren kautta tapahtuva tartunta pääsee syntymään vasta silloin, kun tartunnan aiheuttaja, useimmiten virus pääsee kudokseen ihon tai limakalvon läpi. Hammashoitotyössä tämä tarkoittaa useimmiten verisen eritteen tai veren joutumista hoitavan henkilökunnan rikkoutuneelle iholle tai limakalvolle tai pisto- tai viiltotapaturmaa. (Alapulli, Hiiri, Richardson & Tjäderhane 2011, 20.) Veren avulla tarttuvien virusten tartuntariski vaikuttaa mm. kuinka yleinen kyseisestä viruksesta johtuva infektio on koko väestössä, siirtyvän infektoidun veren määrä pistotapaturman aikana, viruksen määrä infektoidussa veressä, henkilön taipumus saada infektio sekä viruksen taudinaiheuttamiskyky tartunnassa. Veren välityksellä tapahtuva tartunta voi siirtyä tartuttavasta potilaasta suoraan henkilöstöön, henkilöstöstä toiseen potilaaseen ja niin edelleen. (Kuntaliitto 2010, 415, 419.)

Tutkimusten mukaan veren välityksellä tarttuvista viruksista aiheutuvat tartuntatapaukset ovat olleet kuitenkin harvinaisia. (Kuntaliitto 2010, 400.) Kuitenkin koko väestössä yleisesti esiintyvien muiden infektioautien riski tarttumiselle on paljon suurempi, sillä näiden ns. tavallisten infektioauteihin aiheuttamiin komplikaatioihin kuolee enemmän ihmisiä vuodessa verrattuna niihin, joilla on veriteitse tarttuva tauti. Tästä syystä potilaita ja henkilökuntaa tulisi aina suojata tehokkaasti kaikilta mahdollisilta tartunnoilta tavanomaisten varotoimien mukaisesti. (Lapin sairaanhoitopiiri 2009, hakupäivä 2.9.2012.)

1.3 Hengitystieinfektiot

Suomessa sairastetaan kaikkiaan n. 6milj. hengitystieinfektiota vuodessa. Yleisimpiä hengitystieinfektioita ovat mm. tavallinen flunssa eli nuhakuume, nielutulehdus, välikorvatulehdus ja keuhkokuume sekä tuberkuloosi, jonka vuosittainen määrä Suomessa on laskenut alle 400 sairastumistapaukseen. (Hedman, Heikkinen, Huovinen, Järvinen, Meri & Vaara 2011, 264–267.)

Tuberkuloosi

Suomessa ilmoitetaan vuosittain noin 300 uutta aktiivisen vaiheen tuberkuloosia sairastavia potilaita minkä lisäksi oireettomassa vaiheessa olevia potilaita arvellaan olevan monikertaisesti enemmän, varsinkin vanhemmissa ikäluokissa. Tuberkuloosin tartunta on mahdollista silloin kun potilaan yskökset sisältää sen verran Mycobacterium Tuberculosis -bakteereja, että bakteeriviljelytulos näyttää positiiviselta. Tuberkuloositartuntaa ei tapahdu jos yskösten bakteerimäärä on vähäinen. Tällöin elimistön oma puolustusjärjestelmä pystyy tuhoamaan itsenäisesti tuberkuloosia aiheuttavat bakteerit. Keuhkotuberkuloosi tarttuu hengitysteitse aerosolin välityksellä, jolloin sellaiset toimenpiteet jossa syntyy aerosolia, altistavat kaikki tartuntapotilaan kanssa samassa tilassa läsnä olevat tartunnalle. Tartuntavaarallisin potilas on sellainen, joka ei tiedä tai ei osaa epäillä omasta sairaudesta, joten henkilökunnan on osattava ohjata potilasta tarvittaessa lääkäriin keuhkotuberkuloosin mahdollisen olemassaolon poissulkemiseksi. Hammashoito-toimenpiteitä ei suoriteta potilaan ollessa aktiivisessa tartuttavassa vaiheessa. (Alapulli, Hiiri, Richardson & Tjäderhane 2011, 22; Kuntaliitto 2010, 466.) Tuberkuloosi hoidetaan usean lääkkeen yhdistelmämuodossa vähintään puoli vuotta (THL 2013f, hakupäivä 10.12.2013).

1.4 Moniresistentit bakteerit ja niiden aiheuttamat hoitoon liittyvät infektiot

Hoitoon liittyviä infektioita aiheuttavat bakteerit ovat peräisin potilaan limakalvon ja ihon kasvustosta. Hoitoon liittyvä infektio tarkoittaa sellaista infektiota, joka ilmaantuu sairaalassa tehdyn toimenpiteen jälkeen ja joka voi ilmaantua vasta potilaan päästyä kotiin (Lyytikäinen 2006, hakupäivä 10.2.2013). Hoitoon liittyviä infektioita aiheuttavat tekijät ovat mm. bakteerit, sienet, virukset, ja loiseläimistä (parasiiteista) enimmäkseen alkueläimet. Prioneilla on oma ryhmänsä koska ne eivät ole eläviä olentoja verrattuna mikrobeihin, jotka ovat eläviä sekä lisääntymiskykyisiä. (Kuntaliitto 2010, 43.) Bakteeri voi tulla myös toisista potilaista, sairaalaympäristöstä ja sairaalassa työskentelevältä

henkilökunnalta. Sairaalabakteereja ovat mm. MRSA, ESBL ja VRE. Potilaan oma mikrobifloora voi muuttua myös sairaalahoidon aikana määrätystä mikrobilääkityksestä. Yleisimpiä sairaalainfektioita ovat leikkausalueen infektiot, keuhkokuume, virtsatieinfektiot ja vaikea yleisinfektio, jossa mikrobi kasvualustana toimii potilaan verenkierto. Sairalainfektioita ei välttämättä synny potilaan saadessaan bakteeritartunnan. (THL 2013b, hakupäivä 1.12.2013.)

MRSA

MRSA on resistentiksi kehittynyt stafylokokki, joka ei reagoi tavallisille stafylokokkiantibiooteille. MRSA leviää henkilöstä toiseen kosketustartunnan avulla sekä epäsuorasti koskettelemalla esim. potilaan eritteellä tahriintuneita esineitä esim. haavataitoksia. (THL 2013c, hakupäivä 1.12.2013.) MRSA aiheuttaa samankaltaisia oireita kuin tavallinen stafylokokkikin mm. haavainfektioita ja vereen päästyään vaikeampia yleisinfektioita. MRSA -potilaat ja -kantajat tulee hoitaa sairaaloissa kosketuseristyksessä omissa huoneissaan erikseen toisista potilaista. MRSA:n hoito on erittäin vaativaa ja kallista, johtuen bakteerin hyvästä vastustuskyvystä. Hyvä ja huolellinen käsihygienia ennen joikaista potilaskontaktia ja sen jälkeen ovat tartunnan ehkäisemisen kulmakivi. (Lumio 2009, hakupäivä 11.9.2012.)

ESBL

ESBL tarkoittaa tiettyjen gramnegatiivisten suolistobakteerien entsyymiä, joka pilkkoo mikrobilääkkeitä muuttaen ne tehottomaan muotoon. ESBL -kannat leviävät kosketustartunnan välityksellä potilaasta toiseen henkilöön. Tällä kyseisellä ESBL -entsyymiä tuottavalla bakteerilla on vastustuskyky sairaaloissa ja avohoidossa käytetyille antibiooteille. Ne aiheuttavat samankaltaisia infektioita kuten suoliston normaaliin bakteerikasvustoon kuuluvat lajit. Nämä infektiot ovat mm. virtsatieinfektiot, sappirakon tai umpilisäkkeen tulehdukset. ESBL -kannat leviävät kosketustartunnan välityksellä potilaasta toiseen henkilöön. ESBL -bakteereihin on ollut toistaiseksi tehoavia lääkkeitä, jotka otetaan joko suun kautta, tai sitten suonensisäisesti. (THL 2013d, hakupäivä 1.12.2013.)

VRE

VRE tarkoittaa elimistön suoliston normaalimikrobistoon kuuluvaa bakteeria nimeltään enterokokki, joka kehittää vastustuskyvyn vankomysiinia, eli enterokokin aiheuttamien infektioiden hoidossa käytettävää mikrobilääkettä vastaan. VRE tarttuu henkilöstä toi-

seen käsien välityksellä jos käsihygieniakäytäntöjä ei noudateta ja mahdollinen tartunta johtaa useimmiten siihen, että henkilö kantaa kyseistä bakteeria suolistossa. Entorokokki voi aiheuttaa virtsatietulehduksen, haavainfektion tai jopa sepsiksen eli verimyrkytyksen. Infektio iskee sellaisiin potilaisiin, joilla puolustuskyky on vakavasti heikentynyt. Ei ole olemassa sellaista mikrobilääkettä, joka häätäisi VRE -kannat potilaan elimistöstä koska enterekokit ovat luonnostaan vastustuskykyisiä monille mikrobilääkkeille. (THL 2013e, hakupäivä 1.12.2013.)

1.5 Veren välityksellä tarttuvat virukset ja niiden aiheuttamat infektiot

HIV ja hepatiitit B ja C tarttuvat veren välityksellä (Kuntaliitto 2010, 54). Tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että HIV ja hepatiitit B ja C eivät tartu aerosolin välityksellä (Kuntaliitto 2010, 400). HIV ei ole kykenevä säilymään tarttuvana ihmiskehon ulkopuolella ollessaan ilmassa (HIV-säätiö 2013b, hakupäivä 9.1.2013). Duodecimin Terveyskirjaston artikkelin mukaan HBV -virusta voi esiintyä tartunnankantajan syljessä. (Aho & Hiltunen- Back 2007b, hakupäivä 10.12.2013.)

Hepatiitti B-virus (HBV)

Suomessa on todettu vuosittain n. 300 B -hepatiitti tartuntatapausta viimeisten kahden vuoden aikana (Hoffmann-La Roche 2012a, hakupäivä 1.12.2013). B -hepatiitti voi tarttua kolmella eri tartuntamekanismilla: parenteraalisesti eli ihoa läpäisemällä, suojaamattomassa sukupuoliyhdyntässä sekä äidistä lapseen synnytyksen ja raskauden yhteydessä. Parentetaalisella tartuntatavalla tarkoitetaan tartuntaa, joka voi tapahtua verensiirroksa, huumaruiskujen välityksellä sekä neulanpistotapaturmissa. B -hepatiitin itämisaikaan menee 1–6 kuukautta. (Kurki & Pammo 2010, 30.)

Akuutin B -hepatiitin oireita ovat ruokahaluttomuus, ylävatsakipu, pahoinvointi sekä ihon, silmänvalkuaisten tai limakalvojen keltaisuus. Akuutti B -hepatiitti voi muuttua krooniseksi. Krooninen B -hepatiitti on useimmiten lievä ja oireeton. Myöhemmin potilaalle voi kehittyä maksan vajaatoiminta, jolloin sairastuneelle voi ilmaantua mm. laihutumista, väsymistä, lihasheikkoutta, tavallista suurempaa verenvuototaipumista sekä ihon, limakalvojen ja silmänvalkuaisten keltaisuutta. Perusterveydenhuolto huolehtii B -hepatiittiin viittaavien oireiden selvittelystä ja mahdollisen tartunnan toteamisesta. (Hoffmann-La Roche 2012b, hakupäivä 1.12.2013.)

Akuutti B -hepatiitti ei yleensä vaadi hoitoa, koska se paranee usein itsestään. Tarvittaessa akuutti tartunta voi vaatia oireenmukaista hoitoa. Akuutin B -hepatiittitartunnan saaneista kuitenkin alle 5 % jää pysyväksi infektionkantajaksi. Krooninen B -hepatiitti tarvitsee jo hoitoa, joka hoidetaan lääkkeillä, joiden tavoitteena on joko viruksen kokonaan häätäminen tai sitten virusmäärän vähentäminen sillä tavalla, ettei sitä voida mitata tartunnan saaneen verestä. HBsAb on B-hepatiitin merkki, joka tarkoittaa sitä, että henkilö on sairastanut B -hepatiittia tai hänellä on rokote eikä hänellä ole virusta elimistössä, joten hän ole tartuttava. Tartuntatautilain mukaan potilaan oma kunta maksaa potilaalle B-hepatiittilääkityksen. (Hoffmann-La Roche 2012c, hakupäivä 1.12.2013; Kuntaliitto 2010, 413.)

B -hepatiittia vastaan voi suojautua ennaltaehkäisevillä rokotteilla, kun taas C -hepatiittivirusta vastaan ei ole olemassa rokotetta. B -hepatiittia vastaan kannattaa ottaa rokote siinä vaiheessa, jos lähtee töihin tai opiskelemaan sellaiselle alueelle, jossa verialtistuksen vaara on korkea. Suomessa työnantajan velvollisuuksiin kuuluu työntekijöiden suojaaminen tartuntariskiltä. On olemassa kaksi B -viruksen pintaantigeenirokotetta B -hepatiittia vastaan. Kätevintä olisi kuitenkin ottaa yhdistelmärokote nimeltään Twinrix, joka on tarkoitettu sekä A- että B -hepatiittien ehkäisyyn. (Kurki & Pammo 2010, 34–36.)

Hepatiitti C-virus (HCV)

Hepatiitti C on krooninen infektiosairaus. Hepatiittitartunnat A ja B ovat olleet melko alhaisia Suomessa. (Hedman, Heikkinen, Huovinen, Järvinen, Meri & Vaara 2011, 264–267.) C -hepatiitti tarttuu useimmiten suorassa verikontaktissa: likaisten huumeneulojen, ulkomailla tehtyjen verensiirtojen välityksellä, suojaamattomassa yhdynnässä sekä äidistä lapseen raskauden ja imetyksen välityksellä. (Hoffmann-La Roche 2012d, hakupäivä 1.12.2013.)

C -hepatiitin oireisiin kuuluu ruokahaluttomuus, kuume, pahoinvointi ja keltaisuus, jota kuitenkin esiintyy harvemmin verrattuna muihin hepatiitteihin (Kurki & Pammo 2010, 33). Akuutin C -hepatiitin itämisaika kestää 15 vuorokaudesta 150 vuorokauteen. Osalle voi kehittyä krooninen C -hepatiitti, jolloin se on yleensä oireeton. Sairaus pystytään havaitsemaan vasta siinä vaiheessa, kun selvitetään kohonneiden maksa-arvojen syytä.

(Hoffmann-La Roche 2012e, hakupäivä 1.12.2013.) C -hepatiittihoidon perimmäisenä tarkoituksena on vakavan maksavaurion ennaltaehkäisy (Kurki & Pammo 2010, 34).

Nykyään Suomessa on siirrytty yksilöllisempään hoitoon jossa hoidon pituus voi riippua monista eri tekijöistä, kuten esim. viruksen geneettisestä perimästä, potilaan iästä sekä lääkkeen vaikutuksesta sairastuneen elimistössä olevaan virusmäärään. Tartuntatautilain mukaan potilaan oma kunta maksaa potilaalle C -hepatiittilääkityksen. Onnistuneen hoidon jälkeen potilaan pitää kuitenkin vielä käydä laboratoriotutkimuksissa puolen vuoden jälkeen hoidon lopettamisesta. Tällöin voidaan varmistaa, että henkilöllä ei ole jäänyt verenkiertoon mitattavissa olevia virusmääriä. Samalla myös varmistetaan, ettei henkilö ole enää tarttuva ja että henkilön maksavaurion eteneminen on pysähtynyt. Hoitamaton C -hepatiitti johtaa maksakirroosiin eli maksan sidekudoksen lisääntymiseen, minkä jälkeen se johtaa vaikeaan maksan vajaatoimintaan. Viruksen ominaisuudet ja itse potilas vaikuttavat maksavaurion kehittymisen nopeuteen. Maksavaurion edistäviä tekijöitä ovat mm. miessukupuoli, yli 40v ikä, tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä huomattava ylipaino. Maksavaurio kehittyy 10–20 vuoden kuluessa tartunnan saannista. (Hoffmann-La Roche 2012f, hakupäivä 1.12.2013.)

HI-virus

Vuonna 2010 on raportoitu n. 188 uutta HIV -tartuntatapausta Suomessa (Alapulli, Hiiri & Tjäderhane 2011, 20). Hi-virus (Human Immunodeficiency Virus) tarkoittaa ihmisen immuunikatovirusta, joka tuhoaa ihmisen puolustusjärjestelmää tunkeutumalla elimistön puolustussoluihin eli valkosoluihin tuhoamalla niitä. HIV sisältää useita eri vaiheita ja virus etenee jokaisella eri tahtiin. HIV -infektion ensimmäinen vaihe kehittyy 30–50 % tartunnan saaneista yleensä n. 2–6 viikon kuluttua tartunnan saantiajankohdasta. AIDS eli tosin sanoen hankittu immuunipuutosoireyhtymä (Acquired Immune Deficiency Syndrome) on HIV:n viimeinen vaihe. HI -viruksen aiheuttamia tyypillisiä oireita ovat kurkkukipu, kuume, rauhassuurentuma jne. Alkuvaiheen jälkeen seuraa oireettoman vaiheen aika joka kestää 5–10 vuotta. Oireeton vaihe päättyy AIDS -vaiheeseen. Hoitamattomilla potilailla kestää keskimäärin 10 vuotta HIV -infektiosta AIDS -vaiheen alkuun. Mahdollisimman nopeasti aloitettu lääkehoito voi pidentää ihmisen elinikää kuitenkin poistamatta HI -virusta kokonaan ihmisen elimistöstä. (Hiltunen-Back & Reunala 2013, hakupäivä 7.5.2012; Kurki & Pammo 2010, 47; Punainen Risti 2012–2013, hakupäivä 1.12.2013.)

HI -virusta voi löytyä ihmisen eritteistä mm. verestä, siemennesteestä, emättimen ja kohdunkaulan eritteestä sekä äidinmaidosta. Mitä suurempi määrä viruksia tartuttajalla on elimistössä, sitä suurempi on HIV -tartuntariski. Veren HI -viruksen pitoisuus on suurimmillaan tartunnan alkuvaiheessa sekä AIDS -vaiheessa, varsinkin jos potilaalla ei ole mitään lääkitystä. HI -virus tarttuu suojaamattomassa sukupuoliyhteydessä, veren välityksellä veren- tai verensiirtojen yhteydessä, äidistä lapseen raskauden, synnytyksen ja imetyksen aikana, sekä myös suonensisäisten huumeiden käytön välityksellä. HI -virus voi tarttua myös pistotapaturmien johdosta, mutta tartunnan riski on vain 0,3 %. (Kurki & Pammo 2010, 50–51.)

HIV -infektiota ei voida parantaa kokonaan, mutta sitä voidaan hillitä erilaisin lääkehoidoin (Kurki & Pammo 2010, 55). Oleellisena piirteenä käytetään vähintään kolme eri lääkkeen yhdistelmämuotoa. Lääkkeiden keskinäiset sivuvaikutukset, vaikutukset ja vastustuskyvyn kehittyminen lääkkeille vaativat hyvää asiantuntemusta, minkä takia HIV -potilaiden hoito onnistuu kaikista parhaiten siihen erikoistuneissa hoitopaikoissa. Potilaan kuuluu olla myös hyvin sitoutunut ja myöntynyt lääkehoidolle suurista tablettimääristä, niistä johtuvista sivuvaikutuksista sekä hankalista lääkkeenottoajoista huolimatta. Hoito on aloitettava oireiden ilmaantuessa tai jos potilaan T -solujen määrä on laskenut huomattavasti. (Aho & Hiltunen-Back 2007a, hakupäivä 7.5.2012.) Äidin ollessa HIV -positiivinen ja raskaana, HIV -lääkitys on aloitettava saman tien välittömästi sikiön tartuntariskin pienentämiseksi. Raskaana olevaa HIV -positiivista seurataan aktiivisesti ja säännöllisesti. Tavoitteena on että veressä olevat virusmäärät olisivat mahdollisimman vähäiset synnytyshetken koittaessa. (Kurki & Pammo 2010, 56.)

HSV

Huuliherpes (HSV) eli yskänrokko on tarttuva tauti, joka johtuu Herpes Simplex -viruksesta. Se tarttuu yleensä pisara- tai kosketustartunnan välityksellä, esim. syljen ja rakkulanesteen välityksellä. Potilaalle ilmestyy kirveleviä rakkuloita suuhun ja huuliin. Taudilla on taipumus uusiutua. Viruksella on taipumus aktivoitua erilaisissa tilanteissa mm. flunssan, stressin tai auringonpaisteen vaikutuksesta. Huuliherpes alkaa kutinalla ja pistelyllä minkä jälkeen kyseiselle alueelle kehittyy rakkula. Alkuvaiheessa rakkulat ovat kirkkaita minkä jälkeen ne muuttuvat kellertäviksi. Muutaman päivän kuluttua ne muuttuvat vetistäviksi ruviksi ja parin viikon päästä ruvet irtoavat. Huuliherpeksen ol-

lessa puhkeamis- tai rakkulavaiheessa, hammashoitoaika täytyy siirtää, koska herpes voi levitä hoitavaan henkilökuntaan käsien tai roiskeiden välityksellä. (Hiiri 2009, hakupäivä 16.9.2012; Kuntaliitto 2010, 430; Kuopion kaupunki, hakupäivä 16.9.2012.)

1.6 Norovirus

Norovirus kuuluu yleisimpiin aikuisten sekä lasten vatsatautiin aiheuttajiin (THL 2013a, hakupäivä 11.11.2013). Noroviruksella on taipumus tarttua herkästi muuhun ympäristöön, koska sairastunut henkilö voi erittää erittäin suuria määriä virusta. Taudin itämisaika vaihtelee 12 tunnista kahteen vuorokauteen. (Lumio 2012, hakupäivä 11.11.2013.) Norovirus tarttuu eritteiden välityksellä, kosketustartunnassa sekä välillisen tartunnan kautta. Hammashoitotyössä tartuttava henkilö voi tartuttaa muuta ympäristöä sekä siinä oleskeltavia henkilöitä esimerkiksi hammashoitotoimenpiteiden aikana syntyvän aerosolin välityksellä tai saastuneiden pintojen kautta. Tauti alkaa näkyä voimakkailla oireilla, jotka ovat mm. oksentelu, pahoinvointi, ripuli, vatsakivut sekä joskus voi esiintyä jopa kuumetta. Norovirukseen vaikuttavaa lääkettä ei ole olemassa, vaan viruksen aiheuttamia oireita hoidetaan oireiden mukaisesti. Lisäksi virukseen ei ole olemassa rokotetta, johtuen viruksen herkästä kyvystä muuttaa muotoaan. (Meurman 2013, hakupäivä 11.11.2013.)

1.7 Prionit

Prionit ovat proteiinimolekyyliä, joilla on kyky monistua muuttamalla isäntäelimestön proteiineja itsensä kaltaiseksi rakenteeksi. Prionit aiheuttavat mm. Creutzfeld-Jacobin taudin (CJD) sekä hullun lehmän taudin (BSE), jotka johtavat kuolemaan. Prionit tarttuvat suorassa kontaktissa sellaisen kudoksen kanssa, jossa tartunta on jo tapahtunut. Prionitartunnan riski kasvaa työskennellessä keskushermostokudoksen, silmäkudoksen tai aivolisäkehormonivalmisteiden kanssa. Tartuntariski tapahtuu huonosti puhdistettujen instrumenttien välityksellä, jotka ovat olleet prionitautia sairastavan potilaan keskushermoston kanssa tekemisissä, sekä pistotapaturmien kautta. Prioneilla on erittäin korkea vastustuskyky useille desinfiointi- ja sterilointimenetelmille, minkä vuoksi niiden tuhoamista varten täytyy käyttää pitkäkestoista 134 °C -sterilointitapahtumaa autoklaavissa sekä tarvittaessa instrumenttien liuottamista NaOH-liuoksessa. (Lääkelaitos

2003, Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2003, 27–28; Solunetti 2006b, hakupäivä 14.11.2013.)

2 TARTUNTATAUDEILTA SUOJAUTUMINEN JA NIIDEN LEVIÄMISEN EHKÄISY SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA

Jokaisen potilaan kohdalla hygieniakäytännön täytyy olla niin korkealla tasolla, ettei infektioiden leviäminen olisi mahdollista hoitoympäristössä hoidettavasta potilaasta henkilökuntaan sekä muuhun hoitoympäristöön (Meurman 2004, 37). Suun terveydenhuollon hygieniakäytäntöihin kuuluu kaikkiin potilaisiin suhtautuminen siten, aivan niin kuin he olisivat tartuntavaarallisia potilaita. Rutiininomaisten ja turvallisten työtapojen noudattaminen, vyöhykejako, koulutus, oikean instrumenttihuollon osaaminen sekä käytännön toimenpiteiden osaaminen veritapaturma-alistuksessa ovat osa hygieniakäytäntöjä, joiden suun terveydenhuollon ammattilaisen kuuluu hallita. Jokaisessa hoitoyksikössä tulisi myös olla kirjallinen hygieniasuunnitelma, joka sisällyttää tarkan kuvauksen kaikista vastaanoton huoltoon ja aseptiikkaan liittyvistä säännöllisesti tarkastetuista toimenpiteistä ja käytännöistä. Tämän lisäksi sen pitää kattaa työvaatehuoltoon, vastaanoton siivoukseen ja peruspesuun sekä rokotus- ja koulutusohjelmaan liittyvät asiat. (Kuntaliitto 2010, 400–401, 409.)

2.1 Tavanomaiset ja eristysvarotoimet suun terveydenhuollossa

Tavanomaiset varotoimet tarkoittavat rutiiniin kuuluvia hyödyllisiä hoitokäytäntöjä. Niitä noudatetaan kaikissa hoitotoimenpiteissä riippumatta siitä onko potilas tartuntavaarallinen vai ei. Tavanomaisten varotoimien tarkoituksena on katkaista kaikki mahdolliset tartuntatiet jolloin mikrobien ja infektioiden siirtyminen yhdestä henkilöstä toiseen estyy. Tavanomaiset varotoimet toimivat perustana tarvittaville eristystoimille. (Kotilainen & Kujala 2013, hakupäivä 19.11.2013; Kuntaliitto 2010, 185; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007, hakupäivä 5.5.2012.) Tavanomaiset varotoimet ovat mm. käsihygienia, oikeat työskentelytavat, oikea suojainten käyttö, pintadesinfektioaineiden oikea käyttö, viiltovahinkojen välttäminen, instrumenttihuolto sekä vastaanoton siisteys. Tavanomaiset varotoimenpiteet toimivat perustana eri eristyshoitotoimenpiteitä vaativissa tilanteissa. Onnistuneen hoitotyön tavoitteena on noudattaa lain määrittämiä toimenpiteitä asianmukaisella tavalla potilaiden terveyttä edistäen. Samalla hoitotyön tavoitteena on myös ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet ja minimoida mahdollis-

ten toimenpiteiden haitat potilaita ajatellen. (Alapulli ym. 2011, 22; Hietala & Roth-Holttinen 1999, 34; Kuntaliitto 2010, 185.)

Varsinaiset tartuntaeristystoimet jaetaan kolmeen eri luokkaan, jotka liittyvät mm. ilmaeristykseen, pisaraeristykseen sekä kosketuseristykseen. Näiden kolmen eristysluokan sekä tavanomaisten varotoimien välillä oleva raja on liukuva. Verivarotoimista puhuttaessa tarkoitetaan nykyään pisto- ja viiltovahinkojen estoa, joka kuuluu tavanomaisiin varotoimiin. (Kuntaliitto 2010, 184–185.)

Ilmaeristystä käytetään hoidattaessa sellaisia potilaita jolloin taudinaiheuttajat leviävät ilman kautta sekä kauan ilmassa leijailevien mikropartikkelien välityksellä. Potilaan yskökset, aivastukset sekä aerosolia muodostavat toimenpiteet synnyttävät taudinaiheuttajia kuljettavia partikkeleita. Merkitsevä ilmaneristystä vaativa sairaus on esimerkiksi keuhkotuberkuloosi, vesirokko, tuhkarokko tai immuunipuutteisen potilaan vyöruusu. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 35–36; Kuntaliitto 2010, 200.) Tärkeintä ja oleellisinta ilmaeristyksessä on käsidesin sekä hengityssuojainten käyttö. Kirurginen suu- ja nenäsuojus ei ole kuitenkaan tarpeeksi riittävä suojaamaan hoitavaa henkilöä, joten tällöin kuuluu käyttää erityisluokan suu- ja nenäsuojainta. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 35–36; Kuntaliitto 2010, 184–185.)

Pisaraeristystä tarvitaan sellaisissa sairauksissa, joissa infektiot leviävät suurten pisaroitten avulla. Näitä pisaroita syntyy sellaisissa tilanteissa jolloin henkilö aivastaa, niistää, yskäisee tai puhuu. Pisarot ovat sen verran suuria, etteivät ne leiju ilmassa, vaan putoavat nopeasti alas. Olennaisena eristyskeinänä toimii käsien desinfektointi sekä hengityssuojainten käyttö. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 35–36; Kuntaliitto 2010, 201.)

Kosketuseristystä tarvitaan kosketustartuntatien katkaisuun. Se kohdistuu erityisesti käsien avulla tapahtuvaan tartunnan ehkäisyyn. ”Kosketuseristyksen piiriin kuuluvat sairaudet kuuluvat seuraaviin ryhmiin: selvästi märkäiset infektiot, moniresistentit bakteerit kuten esim. MRSA ja VRE, monet hengitystieinfektiot, täit ja syyhy.” Olennaisena eristyskeinänä toimivat samat käytännöt, kuten pisaraeristyksessä. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 35–36.)

Pisto- ja viiltovahinkojen esto tarkoittaa sellaisia varotoimia joiden avulla pyritään estämään veren avulla tapahtuvia tartuntoja tartuntavaarallisesta potilaasta toiseen henkilöön. Näitä tauteja on esimerkiksi HIV -infektio, B ja C -hepatiitit. Olennaisena eristyksenä verivarotoimissa toimivat huolelliset ja oikeat työskentelytavat erityisesti neulojen ja terävien esineiden käsittelyssä. Suojakäsineiden käyttö sekä käsien oikeanlainen desinfiointi ovat erityisen tärkeitä keinoja veritartuntariskin estämisessä. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 35–36; Kuntaliitto 2010, 201.)

Veritartuntavaarallisten potilaiden suun terveydenhuollossa tulisi noudattaa verivarotoimia, jotka täydentävät tavanomaisia varotoimia. Kaikkien potilaiden kohdalla tulee noudattaa huolellista käsihygieniaa sekä omasta henkilökohtaisesta suojautumisesta. Hoitavan henkilökunnan täytyy käyttää visiirimaskia tai suu- nenäsuojasta ja silmäsuojasta, kaksinkertaiset suojakäsineet sekä tarvittaessa suojatakkaa, erityisesti jos likaantuminen verellä tai muilla eritteillä esimerkiksi syljellä on todennäköistä. (KHSHP 2006, hakupäivä 10.12.2013; Kuntaliitto 2010, 402.)

Lääkelaitoksen julkaiseman julkaisusarjan 1/2003 mukaan tartuntavaarallisten potilaiden avohoidossa ei ole tarpeellista suorittaa erityistoimenpiteitä, riittää kun kaikki potilaat hoidetaan tavanomaisten hygieniakäytäntöjen mukaan, joiden pitää olla kaikille samat ja riittävät (Lääkelaitos 2003, Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2003, 5).

Käsihygienia

Käsihygienia on tärkeä keino infektioiden leviämisen estämisessä. Käsissä on sekä vaihtuvaa, että pysyvää mikrobiflooraa, joista pysyvä floora huolehtii käsien hyvinvoinnista. Vaihtuva floora tulee ulkopuolisesta ympäristöstä ja täten voi levitä muuhun ympäristöön kosketustartunnan välityksellä. Pitkät kynnet rakennekynnet mukaan lukien, kynsilakan epätasaisuudet, sormukset ja muut ylimääräiset esineet ovat kiellettyjä potilastyössä, koska ne toimivat bakteerien ja muiden eliöiden kasvu- ja kiinnitysalustana. Kädet pestään saippuavedellä vasta silloin kun niissä on näkyvää likaa. Muulloin kädet tulee desinfioida alkoholipitoisella käsihuhuhteella, hieromalla sitä käsiin noin 30 sekuntia. Hammashoitotyössä kyynärtaipeet kuuluu hoitaa myös käsihygieniaa noudattavalla tavalla, koska käsivarret kontaminoituvat hoidon aikana. Käsien desinfektio on jatkuvaa saippuapesua tehokkaampaa, koska desinfektioaineella on kyky tuhota joitakin bakteereja, joita ei saippuapesulla pysty tuhoamaan. Tämän lisäksi toistuva saippuapesu rasit-

taa ja kuivattaa ihoa, aiheuttaen ihopinnan rikkoutumista. Tällöin ihon pinnalle päässeet bakteerit ovat jatkossa vaikeammin poistettavissa. Käsien desinfektio tulee suorittaa ennen potilaan hoitoa sekä hoidon jälkeen. (Kuntaliitto 2010, 165–168, 173–174, 402.) Käsien pesu on kuitenkin tarpeellista silloin kun hoidettavalla potilaalla on *C. difficile* tai noroviruksen aiheuttama vatsatauti, koska käsidesi ei ole riittävää kyseisten mikrobin tuhoamiseen (Kanerva, Vuoteenaho & Välimaa 2012, hakupäivä 15.9.2012).

Vuonna 1847 unkarilainen tutkija nimeltään Ignaz Semmelweis todisti käsihygienian merkityksen ja tärkeyden vähentämällä lapsivuodekuolemia huomattavasti itse kehittämän käsien puhdistustekniikan avulla. Käsien välityksellä tapahtuva kosketustartunta on merkittävin hoitoon liittyvien infektioiden tarttumis- ja leviämistapa, joten hyvä ja huolellinen käsihygienia on yksittäinen ja kaikista tehokkain infektioiden leviämisen estäjä terveydenhuollossa. Perinteisesti terveydenhuollon työntekijöiden keskuudessa leviäviä mikrobien leviämistä yritettiin vähentää tavallisella saippuavesipesulla. Nykyisin jatkuvan saippuavesipesun sijasta kosketustartunta pyritään estämään alkoholihuuhteen avulla hieromalla sitä käsiin useamman kerran päivän aikana. Käsidesistä on ollut enemmän hyötyä koska se on tehokkaampi ja iholle ystävällisempi verrattuna tavalliseen saippuavesipesuun. (Kuntaliitto 2010, 165; Soini 2004, hakupäivä 5.5.2012.)

Henkilökohtainen suojaus

Työasun täytyy olla lyhythihainen paita tai -takki, joka suositellaan vaihdettavaksi päivittäin, varsinkin jos takissa on näkyvää likaa. Suunenäsuojaus kuuluu hammashoitotyöntekijän suojauskeinoon. Suunenäsuojaus on potilaskohtainen ja se suojaa työntekijää aerosolista aiheutuvista mikrobiroskeilta. Silmät suojataan suojalaseilla, joiden pitää olla tarpeeksi laajat jotta silmiin ei pääsisi hammashoitotoimenpiteiden aikana syntyviä roiskeita. Kertakäyttöhanskoja käytetään siinä vaiheessa kun joudutaan työskentelemään potilaan eritteiden kuten esim. syljen tai veren kanssa. Hammashoitotyössä käsineiden tulee suojata mikrobeilta ja kemikaaleilta sekä kestää jatkuvaa mekaanista rasitusta koko työskentelyajan. Lateksi (luonnonkumi) ja nitrili ovat kaikkein sopivimmat hanskamateriaalit hammashoitotyöhön. Käsineet on vaihdettava jokaisen potilaan jälkeen ja kädet on muistettava desinfioida ennen käsineiden pukemista sekä niiden riisumisen jälkeen. (Kuntaliitto 2010, 402–403.) Pitkät hiukset pitää olla kiinni ja tarvittaessa henkilökunnan tietäessä potilaalla olevan moniresistentti bakteeri on käytettävä kertakäyttöistä hiussuojaa ja suojatakkia. Kaikesta huolimatta olipa kyseessä moniresistentti tai

sitten jokin muu vähemmän vaarallisempi bakteeri, henkilökunta on velvollinen noudattamaan huolellista käsihygieniää sekä käyttämään henkilösuojaimia tavanomaisella asianmukaisella tavalla, jotta taudinaiheuttajien leviämiskäsi jäisi mahdollisimman minimaaliseksi. (Alapulli, Hiiri, Richardson & Tjäderhane 2011, 22; Kanerva, Violteenaho & Välimaa 2012, 22; Kuntaliitto 2005, 438–439.) Hoidattaessa sellaisia potilaita, joilla on veriteitse tarttuva sairaus, tulisi hoitavan henkilökunnan omaa turvallisuutta ja omaa terveyttä ajatellen käsitellä varovasti neuloja ja teräviä esineitä välttyäkseen pisto- ja viiltotapaturmilta. Kaikki käytetyt neulat tulisi laittaa heti käytön jälkeen läpäisemättömään riskijäteastiaan (Kurki & Pammo 2010, 34–36.) Henkilökohtaista suojautumista tartuntataudeilta ajatellen jokaisen hammashoitotyössä työskentelevän henkilön tulisi huolehtia mm. hepatiitti B- rokotuksesta ja MPR -rokotteesta hoidattaessa immuunipuitteisia potilaita (Kuntaliitto 2010, 408). MPR -rokote antaa suojan tuhkarokkoa, vihurirokkoa ja sikotautia vastaan (THL 2014, hakupäivä 13.3.2014).

2.2 Välinehuollossa toimiminen

Välinehuolto kuuluu terveydenhuoltojärjestelmään omana erikoistumisalueenaan. Välinehuolto on toimintana erittäin vastuullista koska sen perimmäisenä tehtävänä on ehkäistä tartuntatautien leviämistä. Jokaista potilasta varten tuotetaan puhtaita, desinfioituja, steriilejä sekä käyttötarkoituksenmukaisia ja toimintakelpoisia välineitä. Tämän lisäksi välinehuolto pitää huolen siitä, että aseptiikka eli menettelytavat joiden avulla pyritään työskentelemään mikrobittomasti, toteutuu oikeanlaisella tavalla. (Duodecim Terveyskirjasto 2012c, hakupäivä 18.9.2012; Hirvonen, Karhumäki & Tuominen 2008, 23.)

Välinehuoltokeskuksen tilat on jaettu kolmeen eri alueeseen riippuen välinehuollossa tapahtuvasta toiminnasta. Alueet ovat mm. likainen alue, puhdas alue ja steriili alue. Likaisella alueella otetaan käytetyt välineet vastaan, lajitellaan ja puhdistetaan ne. Näissä tiloissa käytettävien materiaalien tulisi olla kosteudenkestäviä, turvallisia, helposti puhdistettavia ja hygieenisia. Samalla niiden tulisi kestää kovaa kulutusta sekä erilaisia puhdistus- ja desinfektioaineita. Puhdaalla alueella tapahtuu välineiden kuivaus ja pakkaaminen. Nämä tilat tulisi pitää kuivina ja kaikkien materiaalien tulisi kestää pesu- ja desinfektioaineita. Sen sijaan steriilillä alueella täytyy olla kuivat työskentelypinnat. (Hirvonen, Karhumäki & Tuominen 2008. 41–42.)

Hammashoitotyössä potilaat vaihtuvat usein ja toimenpiteiden vaikeusaste ja luonne vaihtelevat merkittävästi päivän aikana, joten tämän takia hammashoitotyössä täytyy olla asetettuna suuria vaatimuksia yksikön hygieniakäytäntöjen toimivuutta ajatellen. Laki velvoittaa henkilökunnan tarkastamaan säännöllisesti laitteiden ja muiden tarvikkeiden toimintakunnon sekä jokaisessa hammashoitoyksikössä täytyy olla saatavilla kirjallinen suunnitelma koskien yksikön työskentelyä ja instrumenttien huoltoprosessia. Tämän lisäksi hygieniatyöskentelyn tehtävänä on myös mahdollisten infektoriskien tunnistaminen, selkeä ohjeistus tartuntataudille altistustapahtumissa ja ehkäisevien toimenpiteiden käyttöönotto. Välinehuollossa tulisi myös toimia sillä lailla, että eri vaiheet suoritetaan omilla toisistaan erikseen olevilla alueilla. (Ainasoja & Kosonen 2003, 256; Hirvonen, Karhumäki & Tuominen 2008. 251.)

Hammashoitotyön välinehuoltoon kuuluu myös pintojen desinfektio, hammashoitoyksikön vesijärjestelmän puhdistus sekä imulaitteiston huolto. Veren tai muun verisen eritteen roiskuessa työskentelypinnalle, täytyy se puhdistaa 25 %:lla klooriliuoksella eli eritedesinfektioaineella. Klooria kestävämmille pinnoille sopii 80 % etanoliliuos. Jokaisen potilaan jälkeen kaikki pinnat ja muut työskentely-ympäristön osat, mm. imuletkuston päät ja tarjotinpöytä pyyhitään pintadesinfektioaineella. Nämä hammashoitotyöhön sopivia desinfektioaineryhmiä ovat mm. aldehydit, alkoholit, klooriyhdisteet sekä perhapot. Alkoholit ja tensidiyhdisteet sopivat hyvin pintadesinfektioon, kun taas klooriyhdisteet ja perhapot sopivat parhaiten sellaisten pintojen puhdistukseen jossa on ihmisen elimistöeritteitä mm. verta. Kemiallisia aineita käsiteltäessä tulisi käyttää suojahanskoja, koska kemialliset aineet ärsyttävät ihoa. Tämän vuoksi on välttämätön noudattaa käytettävän liuoksen suositeltua liuotusaika ja -pitoisuutta sekä käyttäjän suojausta koskevia ohjeita käyttötuovallisuustiedotteen mukaisesti. (KHSHP 2006, hakupäivä 10.12.2013; Hirvonen, Karhumäki & Tuominen 2008. 255–257.)

Pyörivien instrumenttien, turbiinin, kulmakappaleiden sekä hammaskivenpoistolaitteen jäähdytysvesi ja kolmitoimiruiskun huuhteluvesi saadaan hammashoitoyksikön vesijärjestelmästä. Mahdollinen lämmitys, veden seisonta tai veden hidas virtaus hammashoitoyksiköiden kapeissa putkissa, antavat hyvän kasvualustan siellä muhiville bakteereille, jolloin vesiputkistoon muodostuu ajan myötä biofilmikerrostuma. Tämä kyseinen biofilmi tulisi pyrkiä poistamaan putkien seinämiltä, jotta hammashoitoyksikön vesi

noudattaisi talousvedelle asetettuja vaatimuksia. Tämän takia hammashoitoyksikön vesijärjestelmää tulisi huuhdella säännöllisin väliajoin sille kuuluvalla desinfektioaineella. Porat ja kolmitoimiruiskut sekä muut laitteistot tulisi tyhjäkäyttää 20–30 sekuntia jokaisen potilaan jälkeen sekä 10 minuuttia pitkän tauon jälkeen ja 3 minuuttia vuorokauden käyttötauon jälkeen ilma- ja vesilinjojen puhdistamiseksi. Hoitoyksikön korkea mikrobipitoisuus voi aiheuttaa suuren terveysriskin immuunosuppressoiduille potilaille ja mahdollinen veden kontaminaatio voi aiheuttaa astmariskin hoitavalle henkilökunnalle. Hammashoitoyksikön imulaitteisto tulisi puhdistaa joka päivän lopussa sille tarkoitettulla desinfektioaineella sen takia että, imulaitteiston letkujen seinämät keräävät mikroorganismeja, proteiineja polysakkarideja joista muodostuu biokalvo. Imulaitteiston letkujen seinämien biokalvo voi sisältää myös muitakin patogeenejä, koska ihmisen sylki sekä huuhtelu- että jäädytysvesi poistuvat nimenomaan imulaitteiston kautta. Imulaitteiston letkuihin on imettävä kylmää vettä joka aamu ennen potilaita, sekä n. 1–2 desilitraa kylmää vettä potilaiden vaihtuessa. Kerran viikossa tulisi myös puhdistaa imulaitteiston irrotettavat osat joko desinfiointilaitteessa tai sitten kemiallisesti desinfioidussa aineessa minkä jälkeen ne puhdistetaan pulloharjalla. (Hirvonen, Karhumäki & Tuominen 2008. 255–257.)

2.3 Pistotapaturman sattuessa

Kirurgiset leikkaukset, hammashoito, verinäytteiden otto sekä ruiskeiden antaminen ovat kaikista riskialteimpia töitä joihin liittyy terävän instrumentin tai neulan aiheuttama viilto- tai pistotapaturma. Terveydenhuollossa tapahtuva tapaturma on neulanpisto, johon voi liittyä merkittävä veren kautta tarttuvan infektion vaara. Vuodessa on arvioitu sattuvan n. 100 tapaturmaa tuhatta työntekijää kohden. On erittäin tärkeä omaksua neulanpistotapaturmia ehkäisevät työtavat, jotta neulanpistotapaturmien määrä vähenisi. Käytetyt neulat tulisi heittää suoraan toimenpiteen loputtua pistävän ja viiltävän jätteen keräysastiaan. Käytettyä neulaa ei saa laittaa takaisin suojuukseen, koska suurin osa pistotapaturmista tapahtuu juuri siinä tilanteessa. (Hautamäki 2013, 14; Kuntaliitto 2005, 382.)

8.5.2013 astuneen valtioneuvoston asettaman asetuksen tarkoituksena on terävien instrumenttien sekä neulojen aiheuttamien pisto- ja viiltotapaturmien ehkäiseminen. Samalla tavoitteena on myös ehkäistä infektioiden syntymistä terveydenhuoltoalalla. Terävät

instrumentit sekä neulat ovat suuri riski erilaisten tapaturmien sekä infektioiden synty-
misen kannalta, minkä vuoksi niiden tarpeettomasta käytöstä on luovuttava. Tämä tar-
koittaa sitä, että käyttöön tulisi ottaa sellaiset instrumentit joissa on sisäänrakennettuja
tapaturmavaaraa ehkäiseviä apuvälineitä sekä suojamekanismeja. Hylsytys joka tarkoit-
taa neulan laittamista sen käytön jälkeen takaisin sille kuuluvaan suojukseen kielletään.
Tämän lisäksi työntekijöiden kuuluu huolehtia epäpuhtaiden jätteiden sekä käytettyjen
terävien neulojen turvallisesta hävittämisestä. (Hautamäki 2013, 14.)

Puudutusruiskun suojuksen avaamista sekä sulkemista varten on suunniteltu sellaisia te-
lineitä, jotka ovat kyseisiä toimenpiteitä varten tarpeeksi tukevia. Neulansuojuksen jää-
dessä napakasti ja turvallisesti kiinni telineeseen, hoitavan henkilökunta voi vetää tur-
vallisesti ruiskun irti telineestä. Neulan käytön jälkeen neula ja ruisku täytyy painaa ta-
kaisin telineessä olevaan suojukseen, niin että ruisku lukittuu siihen turvallisesti. Kysei-
sen apuvälineen käyttö on koettu erittäin tehokkaaksi sekä käytännölliseksi pääkaupun-
kiseudun SEHYK:ssä sekä Helsingin kaupungin yliopistohammasklinikassa. Toinen
keino parantaa puudutuksen turvallisuutta, on turvaruiskun (Ultra Safety Plus) käyttö.
Turvaruiskun käyttö perustuu turvaholkkiin joka vedetään eteen neulan suojaksi in-
jisoinnin jälkeen. (Hautamäki 2013, 14.)

Työnantaja on velvollinen tarjoamaan työntekijälle mahdollisuuden rokotukseen, erityi-
sesti jos taudinaiheuttajaan on olemassa tehokas rokote. Jokaisella työpaikalla täytyy ol-
la toimintamenettelyt, jotka käsittelevät terävän instrumentin aiheuttamaa pistotapatur-
man jälkeisiä toimenpiteitä. Lisäksi jokainen työntekijä on velvollinen ilmoittamaan
mahdollisesta tapaturmasta tai vaaratilanteesta omalle työnantajalle, jonka tehtävänä on
siten selvittää miten vastaavanlaisia vaaratilanteita voidaan ehkäistä. (Hautamäki 2013,
14.)

Jos hoitavalle henkilökunnalle kuitenkin sattuu pistotapaturma neulalla tai terävällä inst-
rumentilla, joka oli verisen eritteen, veren tai muun kudoksen saastuttama, tai jos
kyseistä eritettä joutui silmiin, suuhun tai rikkiäiselle iholle, niin silloin täytyy noudat-
taa yleisiä ohjeita infektioriskin välttämiseksi. On tärkeä toimia järjestelmällisesti. En-
simmäkin pitää selvittää kuinka suuri riski on saada kyseinen tartunta. Kontaminoituneen
veren joutuessa ehjälle iholle, tartuntavaara on tuolloin olematon eikä se vaadi altistuk-
sen jälkeisiä toimenpiteitä. Pistohaava, roiskealue tai pistopaikka on kuitenkin huuhdel-

tava ja pestävä runsaalla vedellä, minkä jälkeen se pitää pyyhkiä yli 60 %:lla alkoholi-käsihuhteella. Pistettyä kudosta ei saa missään vaiheessa puristaa, koska puristuksesta johtuva tulehdusreaktio voi jopa lisätä tartunnanriskiä. Silmät ja suu tulee huuhdella pelkällä vedellä. Pistotapaturman sattuessa potilaalle on kerrottava tapahtuneesta. Tarvittaessa potilaalta pyydetään lupa verinäytteiden ottoon. Näytteiden ollessa positiivisia tarvittava profylaksi on aloitettava mahdollisimman nopeasti, mielellään kahden tunnin kuluessa altistumisesta. Seuraavaksi tulisi tehdä tapaturmailmoitus ja järjestää profylaksi ja mahdollisen infektion toteamiseksi tarvittava seuranta. Näytteet otetaan yhden, kolmen ja kuuden kuukauden jälkeen pistotapaturmasta. (Kuntaliitto 2005, 383; Kuntaliitto 2010, 422.)

3 TARTUNTAVAARALLISEN POTILAAN HOITAMISEN VELVOLLISUUS

Yhdenvertaisuuslaki (21/2004) 6 § kieltää syrjimisen iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Lain tarkoituksena on edistää ja turvata yhdenvertaisuuden toteutumista sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeussuojaa. Lakia sovelletaan sekä julkisessa että yksityisessä toiminnassa.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen mukaan hammaslääkärillä ei ole oikeutta kieltäytyä hoitamasta HIV -tartuntavaarallista potilasta hänen sairaudestaan johtuen. Potilaan sairauden takia häntä ei saa asettaa eri asemaan, tämän lisäksi jokaisella potilaalla on oikeus päästä hänen terveydentilansa edellyttämää hoitoon ilman että häntä syrjitään. Potilaan terveydentilasta johtuva hoidon tarpeen arviointi perustuu lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattiesteettiseen velvollisuuteen kuuluu avun antaminen sille, joka tarvitsee kiireellistä hoitoa. Kunta on velvollinen järjestämään kiireellisen suun terveydenhuollon jokaiselle tämän asuinpaikasta riippumatta. Jokainen kunta vastaa omasta suun terveydenhuollon järjestämisestä omalla alueella. Yksityinen sektori toimii täydentävänä palveluna julkisen sektorin lisäksi. Jokaisella potilaalla on kuitenkin oikeus päättää mitä palveluita hän haluaa käyttää. Hammaslääkärillä on velvollisuus noudattaa ajanmukaisia vastaanoton hygieniakäytäntöjä kaikkien potilaiden kohdalla. Suojaustoimenpiteiden tulee aina olla asianmukaiset ja riittävät. (Valvira 2007, hakupäivä 7.5.2012.)

Kyseisen kannanoton taustaksi Positiiviset ry:n hallituksen ja hoidonseurantaryhmän jäsenen tiedusteli TEO:lta (Terveydenhuollon oikeusturvakeskus) lokakuussa 2006, onko yksityisillä hammaslääkäreillä oikeutta kieltäytyä hoitamasta HIV -potilaita lakiin perustuen. TEO vastasi kysymyksiin tammikuussa 2007. Ensinnäkin perustuslaki 6 §:n 2 momentti määrää että ketään ei saa asettaa eri asemaan ilman hyväksyttävää syytä sen perusteella mitä sukupuolta henkilö on, minkä ikäinen hän on, mikä on hänen alkuperänsä, kielensä, uskontonsa, vakauksensa, mielipiteensä, terveydentilansa, vammaisuus tai muu henkilöön liittyvä syy. Potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki (785/1992) 3 §:n 1 momentin mukaan jokainen Suomessa pysyvästi asuva henkilö on oikeutettu

saamaan hänen terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa ilman että häntä syrjitään. Tämän lisäksi potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa ilman että hänen ihmisarvoa loukataan tai hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan loukataan. (Valvira. 2007, hakupäivä 7.5.2012.)

Hammaslääkärillä on velvollisuus päättää potilaan hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja tarvittavasta hoidosta. Näin määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöstä annettu laki. (559/1994 22 §.) Terveydenhuollon ammattihenkilöstä annettu laki 15 § säättää ja määrittää terveydenhuollon ammattieettisiä velvollisuuksia. Säännökset määrittävät että terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan tavoitteena ja päämääränä pitää olla terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairaiden parantaminen ja sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden kärsimyksiensä lievittäminen. Ammatilaisen velvollisuuksiin kuuluu säännösten potilaan oikeuksista huomioonottaminen. Terveydenhuollon ammatilaisena tulisi aina osata auttaa kiireellisessä hoidossa apua tarvitsevaa. TEO on myös antanut vastauksia liittyen palvelujen järjestämisvelvollisuuteen. Perustuslaki 19 §:n 3 momentti määrää, että julkinen valta turvaa jokaiselle riittävät ja tarvittavat sosiaali- ja terveystalvet, joiden avulla väestön terveyttä pystytään edistämään. Kyseinen sääntö edellyttää myös sitä, että julkinen sektori turvaisi palvelujen saatavuuden. Jokaiselle täytyy turvata oikeus välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon, mikä tarkoittaa sitä, että jokaisen tulisi saada hänen tarpeisiinsa vastavia sosiaali- ja terveystalvet. Palveluiden järjestämisvastuu sijaitsee kuntien ja kuntayhtymien harteilla. (Valvira 2007, hakupäivä 7.5.2012.)

Hännikäinen (2004) kuvaa tapauksen tavallisesta tartuntavaarallisesta potilaasta, joka sai veren luovutuksen yhteydessä C -hepatiitin. Kyseistä potilasta kieltäytyi hoitamasta 14 yksityishammaslääkärinä hänen tartuntatautinsa takia. Osa hammaslääkäreistä vetosi siihen, että heillä on lapsia, eivätkä muut olleet muutenkaan halukkaita altistamaan itsensä tartunnalle. Lopuksi apu löytyi julkisen sektorin puolelta, mutta sielläkin kyseinen henkilö sai kokea ihmisarvonsa kadotetuksi. Arkipäivän etiikka -kyselyyn osallistui 187 hammaslääkärinä, joista 60 % oli sitä mieltä että jokaisen hoitavan hammaslääkärin tulisi ottaa vastaanotolleen tartuntavaarallisiakin potilaita. Tämän lisäksi 63 % vastaajista oli sitä mieltä että vastaanotolla tarvitaan eristysvarotoimia tartuntavaarallisia potilaita hoitattaessa, kun taas 37 % oli sitä mieltä, että tavanomaisilla toimenpiteillä pärjää ilman eristysvarotoimia. Yli viidennes kyselyyn osallistujista ei ollut tietoinen tartuntavaaralli-

sen potilaan hoitopaikasta, sellaisissa tapauksissa jos hoitava henkilökunta ei ole kykenevä hoitamaan kyseistä potilasta. Ainoastaan kaksi vastaaja kaikista vastaajista oli sitä mieltä, että kaikkien on hoidettava kaikkia, koska kuka tahansa voi kantaa itsessään tarttuvaa sairautta. Tartuntavaaralliset potilaat eivät välttämättä edes halua kertoa sairaudestaan siinä pelossa, ettei heitä hoideta. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että infektioriski-potilaiden hoitoketjujen toiminnassa on selviä puutteita. Asenteet ovat muuttumassa, mutta erittäin hitaasti. (Hännikäinen 2004, 32–35.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata yksityisvastaanotolla työskentelevien suuhygienistien toimintaa tartuntavaarallisen potilaan hoidossa sekä suhtautumisia tartuntavaarallisen potilaan hoitoon. Tutkimuksessa kuvataan yksityisellä työskentelevien suuhygienistien ja tartuntapotilaan välistä kohtaamista: kuinka potilasta lähestytään, kuinka hänen hoitoonsa valmistaudutaan, millä tavalla toimitaan hänen hoitonsa aikana sekä hoitonsa jälkeen. Lisäksi tutkimuksessa kuvataan suuhygienistein suhtautumista tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää peruskoulutuksen tai työpaikan täydennyskoulutuksen suunnittelussa ja toimintatapojen ja -menetelmien kehittämisessä. Omia oppimistavoitteeni on perehtyä laadullisen tutkimuksen tekemiseen ja syventyä infektioiden torjuntaan suuhygienistin työssä.

Tutkimustehtävät:

1. Millä tavalla suuhygienisti valmistautuu ja toimii tartuntavaaralliseen potilaan hoidossa?
2. Miten suuhygienisti suhtautuu tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon omassa työssään?
3. Millaiseksi suuhygienisti arvioi valmiutensa tartuntavaarallisen potilaan hoitamisessa?

5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tutkimukseni on kvalitatiivinen eli laadullinen. Sen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja moninaisesti. Ihminen toimii kvalitatiivisen tutkimuksen tutkimuskohteena, koska ihminen osaa tarvittaessa olla tarpeeksi joustava ja kykenevä sopeutumaan tutkimuksen aikana syntyviin mahdollisiin vaihteleviin tilanteisiin. Toisin sanoin laadullisen tutkimuksen aineistonkeruun välinettä voidaan kuvailla inhimilliseksi. Tällöin tutkija pääsee itse näkemään, miten aineistoon liittyvät näkökulmat sekä tulkinat kehittyvät vähitellen tutkimusprosessin edetessä. Laadullisen tutkimuksen piirteisiin kuuluu myös se, ettei tutkimuksentehtäviä tai aineiston keruumenetelmiä voi tietää tarkalleen, ennen kuin itse prosessi on lähtenyt käyntiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157 & 160; Kiviniemi 2010, 70.)

Oman tutkimuksen tutkimusmetodivalinta perustuu siihen, että tutkittavina kohteina toimivat ihmiset eli yksityissektorilla työssä olevat suuhygienistit. Tavoitteena on kuvata, millaiset ovat yksityisellä työskentelevän suuhygienistin valmiudet kohdata tartuntavaarallinen potilas, miten hänen hoitonsa aikana toimitaan sekä millä tavalla potilaaseen suhtaudutaan.

5.2 Avoin kyselylomake tutkimusaineiston keruumenetelmänä

Haastattelu, kysely ja havainnointi ovat laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73). Oman tutkimusaineiston aineistonkeruumenetelmänä käytin haastattelua mukailevaa avointa kyselyä. Avoimen kyselyn valinnan perustelu perustuu sen yksinkertaisuuteen; ihmiseltä kysytään suoraan kun häneltä halutaan saada tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74). Kyselylomakkeen kysymysten muodon tulee myös vaihdella tarkoituksen ja kohderyhmän mukaan. Kysymysten täytyy olla huolellisesti muotoillut ja sanamuodoissa tulisi olla myös tarkkuutta sekä yksiselitteisyyttä. (Valli 2010, 103–104.)

Opinnäytetyöni tutkimusaineisto kerättiin avoimella, informoidulla kyselylomakkeella. Avoimia kysymyksiä on yhteensä kaksitoista ja ne pohjautuvat kolmeen eri teemaan. Avointen kysymysten avulla vastaajalle annetaan mahdollisuus vastata kysymyksiin sekä ilmaista itseään omin sanoin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 190). Informoidulla kyselylomakkeella tarkoitetaan lomakkeiden henkilökohtaista toimittamista tutkittaville aineistonkeruun alkuvaiheessa. Samalla tutkijana tehtävänäni oli selostaa tutkittavilleen tutkimuksen tarkoitus. Vastaajien tehtävänä oli vastata kysymyksiin täyttämällä lomakkeet ja lähettää ne minulle postitse. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 185–186.) Tutkittavat vastasivat kysymyksiin anonyymisti, mikä tarkoittaa sitä, ettei vastauksissa tarvitse laittaa omaa nimeä ja työpaikkaa missä työskentelee. Avoimen kyselyn teemat on muodostettu tutkimuksen teoreettisen tarkastelun perusteella.

5.3 Tutkimuksen tiedonantajien valinta ja tutkimusaineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen kohdejoukosta puhuttaessa kyse on tutkimukseen osallistujista, toimijoista tai informanteista, harvemmin kohdejoukosta tai tutkittavista. Tässä korostuu laadullisen tutkimuksen lähtökohtaoletukset. Tutkimukseen osallistujat valitaan sen perusteella kuka parhaiten tietää tutkimuksen aiheesta tai mielenkiinnon kohteena olevasta ilmiöstä, tällöin tutkijalla on mahdollisuus saada mahdollisimman kattava kuva tutkittavasta ilmiöstä. (Juvakka & Kylmä 2007, 58.)

Oma tutkijavalintani kohdistuu yksityisillä hammaslääkäriasemilla työskenteleviin suuhygienisteihin. Työssä olevat suuhygienistit ovat hyviä asiantuntijoita, joilla on kokemusta potilastyöskentelystä sekä tietämystä tutkittavasta aiheesta. Suuhygienistit työskentelevät yleensä yksin eikä heillä ole avustavaa henkilöä yleensä saatavilla hoidon aikana. Tämän vuoksi suuhygiensitien tulee perehtyä hyvin tartunnan ehkäisyyn ja varmistaa hoidon sujuvuus hyvillä toimintamalleilla.

Aineistonkeruu tapahtui touko-lokakuussa 2013. Aineistonkeruuvaiheiden ensiaskeliini kuului ensin yhteydenotto puhelimitse yksityisvastaanottoihin, joista pyysin vastaanoton esimiehen tai toimitusjohtajan yhteystiedot. Seuraavaksi otin yhteyttä kyseiseen esimieheen/toimitusjohtajaan ja esitin hänelle tutkimussuunnitelmani tavoitteineen. Tutkimusluvan saatuani esimies/toimitusjohtaja järjesti minulle ja suuhygienisteille tapaamisajan, jolloin tehtävänäni oli esitellä tutkimusaiheeni sekä kertoa sen tarkoituksesta ja tavoit-

teista. Lisäksi jokaiselle suuhygienistille annettiin kirjallinen kyselylomake vastauskuorineen, joissa postimaksu oli jo maksettu. Kyselyyn vastattua tiedonantajat lähettivät vastauskuoret niihin merkittyyn osoitteeseen. Tutkimukseeni osallistui kuusi suuhygienistiä kolmesta eri yksityishammashoitolasta.

5.4 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimuksen keskeisimpiä vaiheita aineiston keruun jälkeen ovat aineiston analyysi, sen tulkinta ja johtopäätösten teko. Siinä vaiheessa tutkija saa vastaukset tutkimusongelmiin. Aineiston analyysivaiheessa tutkija voi huomata että jotkut asiat esim. tutkimusongelmat olisi voinut määrittellä toisin. (Hirsjärvi, Sajavaara & Remes 2007, 216.) Aineisto analyysivaiheessa tutkijan täytyy olla tarkka, etteivät aikaisemmat havainnot, teorit tai tiedot vaikuta analyysiprosessin toteuttamiseen sekä lopputulosten muodostamiseen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97).

Omassa tutkimuksessa aineiston analyysimenetelmänä käytin teemoittelua. Teemoittelu tarkoittaa aineiston jakoa erilaisten aihepiirien mukaan eri ryhmiin. Teemoittelussa korostetaan eri teemojen sisältö. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2013a, hakupäivä 28.2.2013.) Teemoittelussa aineisto pilkotaan eri osiin ja järjestetään erilaisten aihepiirien mukaan. Tällöin voidaan erotella ja löytää tutkimusongelmien kannalta olennaisia aiheita. Teemoittelun apuvälineenä käytetään koodausta, jonka tehtävänä on helpottaa kerätyn aineiston käsittelyä. (Silius 2008, hakupäivä 26.3.2013.) Koodaus tarkoittaa aineistoon tehtyjä merkintöjä esim. alleviivaukset, numerot, kirjaimet. Koodaus ei ole välttämätöntä, mutta helpottaa huomattavasti tutkijan työskentelyä aineiston kanssa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 26.3.2013.) Avoimet kysymykset ovat laadittu kolmen tutkimustehtävän pohjalta. Kyseiset tutkimustehtävät ovat laadittu kolmen teeman pohjalta. Teemat ovat sen sijaan laadittu näiden asioiden perusteella, joita olin tutkijana halukas tutkimaan.

Tutkimusaineiston analyysi alkaa tutkitun aineiston redusoinnilla, eli pelkistämällä. Redusoinnissa analysoitava aineisto avataan siten, että se voidaan ensin kirjoittaa auki esimerkiksi Microsoft Word -tiedostolle, minkä jälkeen aineistosta etsitään olennaisia sanoja tai lauseita, jotka ovat hyödyllisiä tutkimuksen kannalta sekä vastaavat tutkimuk-

nessa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 111–112.) Aineiston redusoinnin jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään. Klusteroinnissa aineistosta valitut alkuperäiset sanat, ilmaukset tai lauseet käydään läpi huolellisesti ja tarkasti etsien samalla samankaltaisuuksia sekä eroja niiden välillä. Samoja asioita sisältävistä käsitteistä muodostetaan luokkia sekä annetaan luokille niiden sisältöä kuvaavat nimitykset. Sisältöä kuvaava käsite voi kuvata esimerkiksi tutkittavan ilmiön käsitystä, piirrettä tai ominaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–113.)

Avoimet kysymykset on laadittu kolmen tutkimustehtävän pohjalta, jotka on laadittu kolmen tutkimusteeman pohjalta. Teemat ovat sen sijaan laadittu näiden asioiden perusteella, joita olen halukas tutkimaan. Sain yhteensä kuusi vastauskuorta kolmesta eri yksityisestä hammashoitolasta. Kirjoitin kaikkien vastaukset auki Microsoft Word -tiedostolle analyysityöni helpottamiseksi. Lisäksi kirjoitin alkuperäiset tutkimustehtävät joiden alle kokosin kaikki tutkimustehtävää vastaavat kysymykset ja tutkimukseen osallistuneiden vastaukset. Tutkimukseen osallistuneiden vastaukset kokosin jokaisen kysymyksen alle. Analyysiyksiköitä miettiessäni yritin valita sellaisia sanoja ja/tai sanamuotoja, jotka toistuivat vastaajien vastauksissa. Lisäksi muista vastauksista täysin poikkeavat sanat ja sanamuodot otin myös huomioon. Turha ja tutkimuksen kannalta hyödytön tieto otetaan aina pois analysointia tehdessä. Oman tutkimuksen kannalta hyödyttöä tietoa oli erityisen vähän. Aineiston analysointia tehdessä aineisto on käyty useamman kerran huolellisesti läpi etsien samalla aineiston joukosta samankaltaisuuksia. Nämä kyseiset samankaltaisuudet muodostivat erilaisia luokkia, joille on annettu niitä kuvaava nimitys. Esimerkiksi luokat ”Asiallinen kohtelu” ja ”Hoitopaikan valinta ja siihen liittyvät asenteet” saivat oman yhteisen otsikon, joka on ”Suuhygienistien suhtautuminen tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon omalla vastaanotolla”.

5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkijan sekä opinnäytetyötä tekevän opiskelijan tehtävänä on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen omassa työssä. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan rehellisiä toimintatapoja joihin kuuluu yleinen huolellisuus sekä tarkkuus. Eettisesti kestävä tiedonhankintatavat, tutkimusmenetelmät sekä arviointimenetelmät kuuluvat myös hyvään tieteelliseen käytäntöön. Muiden tutkijoiden työt ja aiemmin tehdyt tutkimukset on

otettava huomioon asianmukaisella tavalla. (Hämeen ammattikorkeakoulu 2013, hakupäivä 1.2.2013.)

Oman tutkimuksen aiheen valinta on osa tutkimuksen eettisiä ratkaisuja. Kyseinen aihe on valittu koska aihe on tärkeä kaikille suuhygienisteille ja kyseiseen ammattiin opiskeleville. Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa esiintyvä humaani ja kunnioittava kohtelu tarkoittaa anonyymiuden takaamista, asianmukaista ja luottamuksellista aineiston keräämistä ja tallentamista sekä poistamista tutkimuksen loputtua. Tutkijana olen vaitiolovelvollinen sekä velvollinen kunnioittamaan toisten tutkijoiden osuutta mainitsemalla tutkijoiden nimet ja selvät tulokset heidän nimillään vääristämättä syntyneitä lopputuloksia. Kirjallisuuden plagiointi eli suoraan kopiointi omana tuotoksena on ehdottomasti kielletty. (Hirsjärvi, Sajavaara & Remes 2004, 26–28.) Tekstin suoraan lainaaminen on vakava rikkomus tekijänoikeuksia vastaan (Hämeen ammattikorkeakoulu 2013, hukupäivä 1.2.2013).

Tutkimuksen suorittamisen aikana olen velvollinen tutkijana noudattamaan tutkimuksen eettisiä periaatteita. Jokaiselta yhteistyökumppanilta on pyydetty tutkimuslupa erikseen ennen tutkimusaineiston keräämistä. Tutkimuksen saatekirjeessä jokaiselle tutkimukseen osallistuneelle kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä tutkijan salassapitovelvollisuudesta. Vapaaehtoisuudella tarkoitetaan sitä, että jokaisella tiedonantajalla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumiselta. Tutkimustulosten luotettavuus on varmistettu siten, että tutkimustulokset on luettu moneen kertaan ja analysoidut tulokset on tarkastettu tarkkaan. Tutkimukseen osallistuneet tiedonantajat olivat työssä käyviä suuhygienistejä, mikä varmistaa tutkimustulosten luotettavuuden.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseeni osallistui kuusi yksityisvastaanotolla työskentelevää suuhygienistiä kolmesta eri yksityisvastaanotolta. Kyselyn alussa tiedustelin tutkimukseen osallistuvilta taustatietoja. Taustatiedot käsittelivät sellaisia asioita kuin, kuinka usein he hoitivat omalla vastaanotolla tartuntavaarallisia potilaita tietoisesti, minkälainen tartuntavaara heidän hoidattavillaan potilailla oli sekä minkälaisia tartuntavaarallisen potilaan informoimiseen hoidon kulusta liittyviä ohjeita suuhygienistien vastaanotolta löytyy. Tulosten esittelyssä on liitetty suuhygienistien kirjoittamia vastauksia suorina lainauksina. Kaikki mahdolliset sisältöön vaikuttamattomat kirjoitusvirheet korjattiin.

Kaikki kuusi tutkimukseen osallistujaa vastasivat hoitaneensa harvemmin tietoisella tasolla sellaisia potilaita, joilla oli tartuntavaarallinen tauti. Toisessa taustatietoja käsiteltävässä kysymyksessä tiedustelin vastaajilta, minkälaisia tartuntavaarallisia tauteja heidän potilaillaan on ollut. Osallistuneista kahdella on ollut hoidossa B -hepatiittipotilaita, neljällä oli C -hepatiittipotilaita, kaksi suuhygienistiä ovat hoitaneet Herpes Simplex -potilaita, yksi on maininnut hoitaneensa tavallisessa flunssassa olleita potilaita sekä norovirus -potilaita. Yksi suuhygienisti on maininnut myös kohdanneensa HIV -potilaita. Minun tutkimukseeni osallistuvista yksi suuhygienisti mainitsi olleensa hammaslääkärin avustajana, jolloin heidän vastaanotolle oli tullut C -hepatiittipotilas.

Kolmannessa taustatietokysymyksessä tiedustelin tutkittavilta heidän vastaanotolla olevista mahdollisista ohjeista, jotka ovat tarkoitettu tartuntavaarallisen potilaan informoimiseen hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. Hammashoidossa ei esiinny merkittävää tartuntavaaraa silloin kun jokainen hammashoidossa työskentelevä noudattaa suositeltuja suojakäytäntöjä. (Maailman hammaslääkärijärjestö FDI 2004, 39.) Yksi vastaaja vastasi, ettei heidän vastaanotollaan edes ole kyseitä ohjetta.

”Vastaanotollemme hakeutuneet potilaat ovat olleet tietoisia yleisistä hoitokäytännöistä ko. tilanteissa.” (tiedonantaja 1)

”Ei ole varsinaista suunnitelmaa paperilla, Periaatteena työpaikalla on, että desinfektioaineet ja sterilointi pitäisi välineille riittää.” (tiedonantaja 5)

6.1 Tartuntavaarallisen potilaan hoitoon valmistautuminen sekä hoidon toteutus

Vastaajia pyydettiin kuvailemaan mahdollisimman tarkasti ja monipuolisesti tartuntavaarallisen potilaan hoitotilannetta: kuinka toimitaan ennen potilaan tuloa, potilaan hoidon aikana, sekä potilaan lähdön jälkeen.

Aseptiset työskentelytavat

Suuhygienistit kokivat aseptiset työskentelytavat tärkeiksi omassa työssään.

”Varmistaisin, että kaikki tarvittavat työvälineet ovat esillä, jotta ei tarvitsisi kontaminoida ympäristöä kesken tapahtuman.” (tiedonantaja 2)

”Laitan kaiken mahdollisen hoidossa tarvittavan tarveaineen tai instrumentin valmiiksi, ettei kaapistoja tarvitse aukoa kesken hoitotoimenpiteen. Kaikki ylimääräinen, esimerkiksi hanskapaketti, pois pöydältä.” (tiedonantaja 5)

Kertatavarat hoitotilanteessa sekä oma henkilökohtainen suojaus

Hoidossa käytetyt kertamateriaalit, esimerkiksi hanskat sekä muut roskat kerätään roskakoriin. Kädet on desinfioitava alkoholipitoisella desinfiointiaineella ennen potilaskontaktia sekä sen jälkeen. Suojalasien käytöllä pystytään estämään hoitotilanteessa syntyvien roiskeiden joutumista silmiin. (Lapin sairaanhoitopiiri 2009, hakupäivä 30.9.2013.)

Tutkimistuloksissa vastaajat kuvailevat omia tapoja hoitovälineiden käytöstä sekä itsensä suojaamisesta potilastyön aikana.

”Itseni suojaan maskilla ja hanskoilla. Silmälasien lisäksi saatan tarvittaessa laittaa suojalasit, jotka ovat työpaikan puolesta saatavilla. Pesen kätet saippualla ja käytän käsidesiä. Hoitotoimenpiteen jälkeen pyyhin ja pesen pinnat ja välineet asianmukaisesti.” (tiedonantaja 5)

”Hoitotilanteessa käytämme mahdollisimman paljon kertakäyttöinstrumentteja. Oma suojaus, visiiri/kertakäyttösuojalasit sekä muu suojaus.” (tiedonantaja 4)

”...Instrumenttitiskikone tulee olla ”valmiudessa vastaanottamaan” käytetyt instrumentit.” (tiedonantaja 1)

Tartuntavaarallisen potilaan hoidon ajankohta

Tartuntavaarallinen henkilö voidaan hoitaa päivän viimeisenä, jos potilaan hoidossa tarvitaan eristysvarotoimia (Linden 2003, hakupäivä 9.11.2013). Näin henkilökunnalla ei tule kiire loppusiivouksessa eivätkä aikataulut viivästy. Professori Stina Syrjäsen (2007) mukaan HIV -potilaiden hoitoa ei tarvitse nykyään keskittää mihinkään erityiseen ajankohtaan, kuten päivän päätteeksi. Potilaat on hoidettava koska vain päivällä. Kyseinen asia oli perusteltu hygieniaohjeiden huolellisella noudattamisella. (Holi & Tefke 2007, 670.)

”...peruskäytäntö on, että tartuntavaaralliset potilaat (tiedossa olevat) hoidetaan päivän viimeisenä. Jos tulee keskellä päivää, niin tietenkin hoidetaan.” (tiedonantaja 5)

Työskentelytapojen luonne

Vastaajia pyydettiin kuvaamaan, millä tavalla he toimivat hoidon aikana tartunnan ehkäisemiseksi. Turvalliset sekä huolelliset työskentelytavat hoitotyössä ovat merkitseviä tartuntatautien leviämisen ehkäisykeinoja (Tampereen opiskeluterveydenhuolto 2010, hakupäivä 31.10.2010).

”Puudutusneulojen yms. terävien instrumenttien kanssa noudatan erityistä varovaisuutta. Toimin rauhallisesti kiirehtimättä.” (tiedonantaja 3)

”Huolellisesti ja rauhallisesti, vältetään ylimääräisiä sylki- ja verikontaminaatiota.” (tiedonantaja 1)

Toiminta poikkeavissa tilanteissa

Tutkimustulokset osoittavat, että vastaajat jatkavat normaalisti töitä poikkeavissa tilanteissa. Yksi vastaajista vastasi, ettei hänelle ole koskaan käynyt noin.

”Riippuen tarttuvasta taudista, jatkaisin normaalilla tavalla tai siirtäisin hoitoa toiseen ajankohtaan.” (tiedonantaja 3)

”Tuskin normaalista poikkeavalla tavalla, koska jokaiseen potilaaseen varaudun niin kuin olisi tartuttava tauti, koska aina ei varmasti tiedä.” (tiedonantaja 5)

Hygieniasuunnitelma

Jokaisessa hoitoyksikössä tulisi olla kirjallinen hygieniasuunnitelma, joka sisällyttää tarkan kuvauksen kaikista vastaanoton huoltoon ja aseptiikkaan liittyvistä säännöllisesti tarkastetuista toimenpiteistä ja käytännöistä, käytettäviä menetelmiä ja aineita. (Kuntaliitto 2010, 400–401, 409.) Vastaanoton hygienia on helpompi kartoittaa laatimalla sitä varten hygieniasuunnitelma (Lääkelaitos 2003, Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2003, 5). Tarkkaan laadittu hygieniasuunnitelma sen sijaan helpottaa henkilökunnan työskentelyä sekä auttaa uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

Vastaajia pyydettiin kertomaan, mitä asioita heidän vastaanottojen kirjallinen hygieniasuunnitelma sisältää ja milloin sitä oli viimeksi päivitetty. Yksi vastaajista vastasi, ettei hänellä ole tiedossa ko. suunnitelmaa hänen työpaikalla.

”Yleiset hygienia- ja aseptiikkaohjeet hammashoidossa. Esim. pintapyyhinnässä (potilasvaihto ja loppusiivous) käytettävät aineet ja annostusohjeet. Välinehuollon ohjeet, käytettävät aineet ja annostusohjeet on ajan tasalla. Päivitetty syksyllä 2012.” (tiedonantaja 3)

”Viimeisintä päiväystä en tiedä. Vastaanottohuoneeseeni on tekeillä sijaisia varten ohjeet, mutta itselläni toimintaohjeet ovat omassa päässä; millä aineilla pyyhitään, imurien desinfiointi, loppusiivoukset, poran- ja ultran terien desinfiointi. Hygieniasuunnitelman valmistuminen riippuu minusta itsestäni.” (tiedonantaja 5)

Vastaajilta on kysytty myös, milloin he ovat olleet viimeksi aiheeseen liittyvässä koulutuksessa, joista kaksi on vastannut että 1–2 vuotta sitten, kaksi 3–5 vuotta sitten, ja kolme kauemmin kuin 5 vuotta sitten. Vastaajista yksi on vastannut olleensa viimeksi koulutuksessa sekä 1–2, että 3–5 vuotta sitten.

6.2 Suuhygienistien suhtautuminen tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon

Tutkimuksen toisena tutkimusongelmana oli selvittää suuhygienistien suhtautumista tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon omassa työssä. Suuhygienistejä pyydettiin kuvaamaan mahdollisimman monipuolisesti, millä asenteella hän kohtaa potilaan, jolla on tartuntavaarallinen tauti, mitä mieltä hän on tartuntavaarallisen potilaan hoitamisesta ns. tavallisella vastaanotolla sekä minkälaisissa tilanteissa suuhygienisti lähettää tartuntavaarallisen potilaan muualle hammashoitoon.

Suun terveydenhuollon hygieniakäytäntöihin kuuluu suhtautua kaikkiin potilaisiin aivan niin, kuin he olisivat tartuntapotilaita (Kuntaliitto 2010, 400).

Asiallinen kohtelu

Kaikki kuusi vastaajaa olivat vastanneet suhtautuvansa tartuntavaarallisiin potilaisiin yhtä asiallisesti kuin ei -tartuntavaarallisiin potilaisiin. Jokaiseen potilaaseen suhtaudutaan tasa-arvoisesti ja jokaista hoidetaan samalla tavalla asiallisesti kuin muutkin potilaat. Ainoa asia, missä suuhygienistit kiinnittävät erityisesti huomiota on huoneen valmistaminen ennen potilaan tuloa, aseptiikan taso sekä loppusiivous.

”Suhtaudun samoin kuin jokaiseen potilaaseen, tartuntavaara tiedostaen, erityistä huolellisuutta noudattaen ja kertakäyttömateriaaleja suosien kaikessa, missä se on mahdollista. Potilasvaihtoon myös käytän tavallista enemmän aikaa.” (tiedonantaja 2)

”Potilaan kohtaamisessa ei ole mitään eroa, huoneen valmistelussa ja loppusiivouksessa sen sijaan on.” (tiedonantaja 1)

”Samalla lailla kuin kenet tahansa potilaan. Aseptiikan taso pitää olla kaikille yhtä hyvä.” (tiedonantaja 6)

Hoitopaikan valinta ja siihen liittyvät asenteet

Tartuntavaarallisia potilaita voidaan hoitaa avohoidossa, esimerkiksi julkisella tai yksityisellä puolella tai erikoissairaanhoidon yksikössä (Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri 2013, hakupäivä 9.11.2013).

Suuhygienisteiltä kysyttiin, mitä mieltä he ovat tartuntavaarallisen potilaan hoitamisesta ns. tavallisella vastaanotolla. Vastausten perusteella suuhygienistit suhtautuvat asiaan positiivisesti ja asiallisesti. Kaikki hoidetaan ja erityisesti akuuttia hoitoa tarvitsevat. Lisäksi vastaajat olivat sitä mieltä, että kuka tahansa voi kantaa mitä tahansa taudinaiheuttajaa eikä asiasta voi olla tietoinen, ilman että potilas itse kertoo asiasta. Suuhygienistien mielestä olisi kuitenkin tärkeä heidän tietää, onko potilas jonkin taudinkantaja, jotta he osaisivat varautua sellaisen potilaan hoitoon.

”Mielestäni kaikilla vastaanotoilla tulisi noudattaa sellaisia työtapoja ja hygieniää, että se olisi turvallista, oli kyseessä tiedetty tai ei tiedetty tartuntavaara. Koskaan emme voi olla varmoja, kellä on tartuttavia tauteja, kenellä ei.” (tiedonantaja 2)

”Suhtaudun heidän hoitamiseen niin kuin suhtaudun ns. tavalliseen potilaaseen. Kaikki potilaat ovat tasa-arvoisessa asemassa saada hoitoa. Jos edellytykset on hoitaa tartuntavaarallinen potilas vastaanotolla, hänet hoidetaan.” (tiedonantaja 5)

”Ihan ok, kunhan esitietolomakkeesta asia selviää, jotta tiedämme varautua, jos tulee kirurgisia toimenpiteitä.” (tiedonantaja 4)

Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että tartuntavaaralliset potilaat olisi hyvä kohdistaa julkiselle puolelle, jossa henkilökunnalla on paremmat valmiudet hoitaa sellaisia potilaita.

”Totta kai hoidetaan, erityisesti ensiapua tarvitsevat. Mutta pääsääntöisesti on toivottava keskittää nämä potilaat julkiselle puolelle yksikköön, jossa heidän hoitoonsa on ”erikoistuttu” ja ”valmistauduttu.” (tiedonantaja 1)

Seuraavaksi kysyttiin, minkälaisissa tilanteissa suuhygienistit lähettävät tartuntavaaralliset potilaat muualle hammashoitoon. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että potilaat tulisi lähettää muualle erikoissairaanhoidon piiriin sellaisissa tapauksissa, jos hoidon aikana esiintyy erittäin runsasta verenvuotoa. Toinen tapaus oli se, jossa potilaalla on

akuutissa vaiheessa oleva tartuntatauti tai jos on jokin erityisen hankalasti hoidettava sairaalabakteeri.

”Erityisesti ns. ei akuuttia apua tarvitsevat: tai muuten vaikeahoitoiset esim. aggressiiviset potilaat.” (tiedonantaja 1)

”Akuutissa vaiheessa olevat taudit potilaalla ehdottomasti!” (tiedonantaja 2)

”Luultavasti silloin, jos kyseessä on erityisen hankala sairaalabakteeri. Sellaiset potilaat varmaan joka tapauksessa hoidetaan sairaalaolosuhteissa.” (tiedonantaja 3)

”Ehkä oikein verisissä toimenpiteissä, esimerkiksi leikkauksissa, ohjaisin heidät tartuntavaarallisten potilaiden hoitopaikkaan. Mutta normaalit paikkaukset, tarkastukset, juurihoidot ja oikomisot tehdään tavallisella vastaanotolla.” (tiedonantaja 5)

6.3 Suuhygienistien arvioimat valmiudet omasta osaamisesta tartuntavaarallisen potilaan hoitamisessa

Vastaajia pyydettiin kuvailemaan mahdollisimman tarkasti ja monipuolisesti millaiseksi he arvioivat omat valmiudet hoitaa tartuntavaarallisia potilaita omalla vastaanotolla. Valmiuksilla tarkoitetaan suuhygienistien tietoja sekä taitoja.

Suuhygienistien kokemat valmiudet

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että hänellä on hyvät valmiudet kohdata tartuntavaarallinen potilas sekä osata ottaa huomioon potilaan hoitoon liittyvät asiat.

”Mielestäni minulla on valmiudet työskennellä tartuntavaarallisen potilaan hoidossa, mutta tietoni voisi kaivata päivitystä..” (tiedonantaja 2)

”Tietopuoli on hyvin hallussa, ja kertausta tuli, kun kuin opinnäytetyön suunnitelman. Ja taidot ovat luultavasti hyvät, koska koko ajanhan tulee toimia mahdollisen aseptisesti.” (tiedonantaja 5)

Hyviksi ja riittäviksi kokemista valmiuksista huolimatta vastaajat ovat sitä mieltä, että aiheeseen liittyvää täydennyskoulutusta tarvitaan. Suuhygienistien vastauksissa ilmeni, ettei asioiden kertaaminen olisi heille pahitteeksi.

”Kyllä: Kaikista tartuntavaarallisen potilaan hoitoon liittyvistä teemoista, koska jos jokin uutta tietoa tai toimintatapoja tullut viimeisen 3–5 vuoden aikana, niin hyvä olisi päivittää kaikki tiedot.” (tiedonantaja 5)

Viimeisenä kysymyksenä kysyttiin suuhygienistien mielipiteitä heidän vastaanottonsa toiminnan kehittämistä. Millä tavalla toimintaa tulisi heidän mielestä kehittää? Lisäkoulutuksen tarve, selkeä työnjako sekä perehdytyskansion mahdollinen täydentäminen ovat tärkeitä asioita vastaajien mielestä, joissa olisi vielä kehittämisen varaa.

”Koulutusta vastaanotolle ja selkeä työnjako yksityisen ja julkisen puolen välillä.” (tiedonantaja 1)

”Perehdytyskansioon voisi lisätä osion tartuntavaarallisen potilaan hoidosta.” (tiedonantaja 2)

7 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata yksityisellä työskentelevien suuhygienistien toimintatapoja sekä suhtautumisia tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon. Tutkimuksessa on asetettu kolme tutkimustehtävää, joiden pohjalta kysymykset muodostettiin. Yhdeksi tutkimustehtäväksi muodostui mm. millä tavalla suuhygienisti valmistautuu ja toimii tartuntavaaralliseen potilaan hoidossa. Toisena tutkimustehtävänä on miten suuhygienisti suhtautuu tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon omassa työssään. Kolmanneksi tutkimustehtäväksi muodostui, millaiseksi suuhygienisti arvioi valmiutensa tartuntavaarallisen potilaan hoitamisessa.

7.1 Tartuntavaarallisen potilaan hoitoon valmistautuminen sekä hoidon toteutus yksityisellä työskentelevän suuhygienistin vastaanotolla

Aseptiset työskentelytavat tarkoittavat mikrobittomia menettelytapoja (Alapulli ym. 2010, 23.) Aseptisiä työskentelytapoja voidaan kutsua myös tavanomaisiksi varotoimiksi, joita käytetään kaikilla potilailla riippumatta siitä, onko potilas tartuntavaarallinen. Aseptisen työskentelyn tavoitteena on estää mikrobien ja muiden tartunnanaiheuttajien siirtymistä tartuttavasta muuhun ympäristöön sekä tartuttavaa ympäröiviin ihmisiin. (Sairaalahygienia- ja infektion torjuntayksikkö 2011, hakupäivä 17.11.2013.) Suunhoitotoimenpiteiden aikana tapahtuva turha ympäristön koskettelun välttäminen on tärkeä keino noudattaa aseptisiä työskentelyperiaatteita. Potilaan hoidon tarkka suunnittelu auttaa noudattamaan kyseisiä periaatteita. Ennen jokaisen potilaan tuloa esille laitetaan vain hoidossa tarvittavat välineet, kaikki muut ei-tarpeelliset välineet laitetaan suojaan roiskeilta. Lisäksi kaikki kaapit sekä laatikot on pidettävä kiinni hoitotoimenpiteiden aikana, etteivät ne saastuisi bakteeripitoisilla eritteillä. (Lapin sairaanhoitopiiri 2009, hakupäivä 30.9.2013.)

Bakteerien leviämistä muuhun ympäristöön voi ehkäistä mm. käyttämällä tehokkaasti ja huolellisesti teho- ja syljenimuria. Tietokonenäppäimistö voidaan suojata erikoiskalvolla, joka löytyy hammashoitoalan liikkeistä. Sellaisissa tapauksissa jos hoitavan henkilön täytyy ottaa jokin asia huoneen kaapeista, tulee hänen käyttää potilaskohtaisia puhtaita

atuloita. Puhelimen soidessa hanskat täytyy ottaa pois ja kädet desinfioida ennen kuin puhelimeen voi vastata. (Lapin sairaanhoitopiiri 2009, hakupäivä 2.9.2012.)

Ensimmäisen tutkimustehtävän perusteella tarkoituksena oli kuvata, millä tavalla suuhygienisti valmistautuu ja toimii tartuntavaaralliseen potilaan hoidossa. Tutkimuksen mukaan suuhygienistit toimivat aseptisesti omissa työskentelytavoissa, mikä näkyy mm. siinä, että ylimääräiset tavarat otetaan pois pöydiltä ja esille laitetaan vain tarvittavat esineet. Lisäksi potilaan hoidon aikana vältetään muun ympäristön turhaa koskettelua. Tällöin ehkäistään muiden pintojen kontaminoitumista.

Vastaajat suosivat kertatavaroiden käyttöä tartuntavaarallisen potilaan hoitamisessa. Yksi vastaajista mainitsi suosivansa kertainstrumenttien käyttöä tartuntavaarallisen potilaan hoidossa. Kertainstrumentit olivat minulle käsitteenä hieman tuntematon. Olen tietoinen, että on olemassa kertapeilejä, muista instrumenteista en ollut tietoinen, joten otin asiasta selvää syöttämällä Google -hakukoneeseen sanalla ”kertainstrumentit hammashoito”. Google löysi yhden Internetkaupan, jossa myydään nimenomaan kertapeilejä, -atuloita sekä -sondeja. Päätin etsiä lisätietoa syöttämällä Google -hakukoneeseen englannin kielellä ”disposable instruments in dentistry”. Kone antoi enemmän sivuja kuin suomen kielellä, mutta englannin kielisillä sivuillakaan ei ollut enempää vaihtoehtoja kuin peruskertainstrumenteista johon kuuluu peili, sondi ja atulat. (Alibaba Group 2013, hakupäivä 17.11.2013; MADS Dental 2013, hakupäivä 17.11.2013.)

Hammashoitotyössä suositellaan käytettäväksi nitrilikäsineitä, koska ne antavat paremman suojauksen useimmilta hammashoitotyössä käytettäviltä ärsykeiltä sekä allergian aiheuttajilta. Nämä ovat mm. akrylaatteja eli kovettumattomia muovimateriaaleja. Kovettumattomalla muovilla sotkettu hanska on vaihdettava välittömästi sotkeutumisen jälkeen eikä akrylaatteja sovi käsitellä koskaan ilman suojakäsineitä. Suu- ja nenäsuojus ovat myös kertakäyttötavaraa jotka ovat täysin potilaskohtaisia. Käytön jälkeen suu- ja nenäsuojus laitetaan suoraan roskeen. Omat sekä potilaan suojalasit tulee puhdistaa jokaisen käytön jälkeen pesevällä desinfektioaineella, joka voi olla ihan tavallinen käsien pesuaine ja päivän lopuksi tulisi ne puhdistaa lämpödesinfektio-koneessa. (Lapin sairaanhoitopiiri 2009, hakupäivä 2.9.2012.)

Tutkimukseni mukaan suuhygienistien kertakäyttötavaroiden käyttö näkyy myös itsensä suojaamisessakin. Vastaajat eivät ole maininneet vastauksissaan hanskoista kertakäyttötavarana, mutta suurella todennäköisyydellä he ovat tietoisia siitä, että hanskat ovat kertakäyttötavaraa, eikä hanskojen desinfiointista ole minkäänäköistä suositusta (Alapulli ym. 2011, 29.) Yksi vastaajista oli maininnut kertakäyttöisestä visiirimaskista, jota yleensä käytetään nimenomaan tartuntavaarallisten potilaiden hoidossa.

Laajan vuonna 2007 suoritetun hammashoidon henkilökunnalle ympäri Suomea tarkoitetun Internet -pohjaisen kyselytutkimuksen mukaan, vinyyli oli kaikkien vastaajien yleisimmin käyttämä suojahanskamateriaali. Tästä huolimatta nitrili materiaalina oli monien vastaajien mielestä kestävämpi materiaali vinyyliin verrattuna. 6 %:n mielestä käsineiden hinnalla oli suuri vaikutus suojakäsineiden hankkimiseen ja käyttöön vastaanotolla. Syy, minkä takia hammashoitotyössä vinyylikäsineiden käyttö on niin yleistä, on se, että hammashoitohenkilökunta on tietoinen vinyylikäsineen antavan riittävän suojan monilla lääketieteen osa-alueilla. Sairaalaolosuhteissa käsineet eivät kuitenkaan altistu samalle rasitukselle, kuin hammashoitotyössä, joten työn luonne ja työtehtävät täytyy ottaa aina huomioon suojakäsineiden valinnassa. 1 % kyselyyn vastanneista ilmoitti, ettei käytä suojakäsineitä ollenkaan potilastyön aikana. (Alapulli ym. 2011, 27–29.)

Tutkimus myös osoitti että 48 % vastaajista oli sitä mieltä, että suojakäsineiden desinfiointi on epähygieenistä. Kun taas 20 % vastaajista oli sitä mieltä, että suojakäsineiden desinfiointi nopeuttaisi heidän työskentelyä. Tämä selittynee sillä, että nämä kyseiset vastaajat eivät ole tietoisia siitä, että kädet täytyy desinfioida ja tarpeen mukaan pestä aina kun vaihtaa uudet käsineet. Käsineet ovat tarkoitettu vain kertakäyttöiseen tarkoitukseen, minkä vuoksi käsinevalmistajilla ei ole olemassa sellaista tietoa, joka osoittaisi kuinka paljon ja usein käsineitä voi desinfioida sekä onko siitä minkäänäköistä hyötyä. Joitakin tutkimuksia on kuitenkin tehty liittyen suojakäsineiden materiaalin alkoholien kestävyteen. Esimerkiksi EN 374-3 -merkkiset standardin mukaiset suojakäsineet antavat suojan vain 10 minuuttia, jos ne desinfioidaan alkoholipitoisella aineella. (Alapulli ym. 2011, 27–29.)

Sama tutkimus myös osoitti että 46 % vastaajista ilmoitti ottavansa käsineet pois ja desinfioivansa kädet ennen kuin he poimivat jonkin tarvittavan esineen kaapista. Kun taas 6

% ottaa tarvittavat välineet kaapeista hoidon aikana, suojakäsineitä ottamatta, siinä toivossa etteivät he saastuta muuta ympäristöä. Ympäristö johon on koskettu likaisilla hanskoilla, kontaminoituu saman tien. Tämä voi selittyä sillä että kyseiset henkilöt pitävät hanskojen vaihtamista turhana ja resursseja tuhlaavana asiana. (Alapulli ym. 2011, 27–29.)

Vain 15 % vastaajista oli sitä mieltä, että hyvää ja huolellista käsihygieniaa täytyy noudattaa muulloinkin, kuin vain tartuntavaarallisten potilaiden hoidossa. Käsihygienian laiminlyönti aiheuttaa riskin välilliselle kosketustartunnalle sekä altistavat muut hoitoon potilaat ja erityisesti infektioherkät potilaat hammashoitoperäisille tartunnoille. Tällainen riski on olemassa siitä huolimatta vaikka käsihygieniaa laiminlyötäisiin yhdenkin potilaan kohdalla. (Alapulli ym. 2011, 27–29.) Suomessa aktiivista hammashoitovastaanottojen hygienian viranomaisvalvontaa ei ole olemassa, vaan valvonta perustuu siihen, minkälaisia seurauksia on tullut vastaanoton hygienian laiminlyömisessä (Alapulli ym. 2010, 22).

Hyvän käsihygienian noudattaminen kuuluu myös yksinkertaisiin sekä tehokkaisiin tapoihin estää taudinaiheuttajien leviämistä muuhun ympäristöön. Suositusten mukaan kädet pestään saippualla ja vedellä vain silloin kun niissä on näkyvää likaa, muissa tapauksissa pelkkä alkoholihuuhteen käyttö riittää. Norovirus -potilaiden kohdalla kädet kuuluu pestä ennen käsihuuhteen levittämistä. Käsihuuhdetta on käytettävä ennen potilaan hoitoa sekä myöskin sen jälkeen. Lisäksi kädet desinfioidaan eri työvaiheiden välillä (esimerkiksi juurihoidossa) tai eri tilojen välillä. On tärkeä muistaa että kädet kuuluu desinfioida ennen kuin hoitava henkilö laittaa hanskat käteen, suojamaskit sekä suojalasit päälle ja hoidon jälkeen kädet desinfioidaan hanskojen riisumisen jälkeen, mutta ennen muiden suojaimien riisumista. Käsien desinfektiossa on erityisen tärkeä muistaa että käsidesiä annostellaan aina kuiviin käsiin. Käsidesiä otetaan kaksi painallusta eli noin 3–5ml ja hierotaan noin 20–30 sekuntia, siihen saakka kunnes kädet kuivuvat. (Lapin sairaanhoitopiiri 2009, hakupäivä 2.9.2012.)

Tekemässä tutkimuksessani yksi vastaaja oli vastannut että hän käyttää käsien desinfiointia, mutta millä tavalla ja missä tapauksissa hän sen tekee, ei ole selvinnyt, eikä sitä enää voinut jälkeempään selvittää.

Vastaajat olivat hyvin tietoisia siitä, että tartuntavaarallinen potilas on parempi hoitaa päivän viimeisenä. Yksi vastaaja oli myös vastannut että tartuntavaarallinen potilas hoidetaan ilman muuta, vaikka hän tulisinkin keskellä päivää. Vastaajat olivat myös hyvin tietoisia siitä että heidän täytyy noudattaa erityistä varovaisuutta ja huolellisuutta pistotapaturmien välttämiseksi. Poikkeavissa tilanteissa jolloin potilaan tartuntatauti selviää vasta hoitotilanteessa, suuhygienistit vastasivat toimivansa normaalisti, ei mitenkään poikkeavalla tavalla. Töitä jatketaan asianmukaisella tavalla. Yksi suuhygienisti vastasi, että tarvittaessa potilaille voidaan antaa uusi aika.

Suuhygienisteiltä kysyttiin myös heidän vastaanottojen hygieniasuunnitelmien sisällöstä sekä viimeisestä päivityspäivämäärästä. Tutkimus osoitti että vain yhdellä henkilöllä kuudesta oli olemassa kirjallinen hygieniasuunnitelma heidän vastaanotolla. Vuonna 2007 suoritetun laajan Internet -pohjaisen kyselyn mukaan 74 %:lla vastanneista löytyy kirjallinen hygieniasuunnitelma heidän vastaanotoilla ja 65 % ilmoitti että hygieniasuunnitelman sisältöä on päivitetty viimeisen kolmen vuoden aikana. (Alapulli ym. 2010, 22, 24.) Omassa tutkimuksessa ilmeni että yhdellä vastaajista oli olemassa vain sijaisia varten olevat kirjalliset ohjeet. Hän kertoi toimintaohjeiden olevan hänen omassa muistissa ja että hygieniasuunnitelman valmistuminen riippuu hänestä itsestään. Alapulli ym. (2010) mukaan viranomaissuosituksen mukaisesti laaditun kirjallisen hygieniasuunnitelman täytyy löytyä jokaisesta vastaanotolta, koska koko ajan syntyy uusia infektiouhkia ja niiden tuomia komplikaatioita, minkä vuoksi jo olemassa oleva hygieniasuunnitelma on hyödyllistä päivittää säännöllisesti. Tutkimuksen mukaan hammaslääkärit pitivät hygienian noudattamiseen liittyviä asioita kuten esim. lakeja ja viranomaisohjeita rasittavampana kuin suuhygienistit ja hammashoitajat. Tutkimuksesta ei ole selvinnyt sen tarkemmin, tarkoitettiinko rasittavuudella työn rasittavuutta vai muuten vain ei- halua tehdä jotain. Tutkimus myös osoitti, että tällöin kirjallisen hygieniasuunnitelman luominen voi olla monille yksityisille hammaslääkäriasemille ”rasittavaa” tai hankalaa, koska useimmiten hammaslääkärit ovat esimiehiä yksityisillä vastaanotoilla ja he voivat kokea erilaisista laitehankinnoista tai laadunvarmistuksesta aiheutuvia kustannuksia liiallisena vastuuna muun vastuun lisäksi. (Alapulli ym. 2010, 23–24.)

7.2 Suuhygienistien suhtautuminen tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon omalla vastaanotolla

Tutkimuksen toisena tutkimustehtävänä oli selvittää yksityisellä työskentelevien suuhygienistien suhtautumista sekä mielipiteitä tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon liittyviin asioihin. Tutkimuksen mukaan kaikki tutkimukseen osallistuneilla suuhygienisteillä on positiivinen sekä myönteinen asenne tartuntavaarallisen potilaan hoidosta sekä hänen hoitoonsa liittyviin asioihin, kuten esim. huoneen valmisteluun sekä loppusiivoukseen. Potilaat kohdataan kuten kaikki muutkin potilaat, heitä ei eritellä tautien mukaan. Ainoa asia mikä poikkeaa verrattuna ns. ”terveiden” potilaiden hoitoon, on huoneen valmistelu, välisiivous sekä loppusiivous, koska niihin täytyy varata hieman enemmän aikaa, jotta aseptiikan taso pysyisi korkeana.

Vuonna 2007 tehdyn Internetpohjaisen tutkimuksen mukaan selvisi että tutkimukseen osallistuneet hammashoitohenkilöiden (hammaslääkärit, hammashoitajat ja suuhygienistit) asenteet ovat positiivisia hammashoidon hygieniää kohtaan, mikä tarkoittaa sitä, että lähes jokainen vastaajista piti hammashoidon hygieniää tärkeänä asiana. Puutteita oli kuitenkin ohjeiden noudattamisessa ja tiedoissa mm. tartuntatautien vaarallisuudesta ja niistä suojautumisesta. (Alapulli, Hiiri, Richardson & Tjäderhane 2010, 22, 25.) Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että kenellä tahansa potilaalla voi olla tartuntavaarallinen tauti, eli koskaan ei voi olla varma onko potilas terve vai ei. Moni on siten vastannut että kaikkiin potilaisiin täytyy suhtautua tasa-arvoisesti, kaikkien täytyy saada tasa-arvoista hoitoa ja kaikkien kohdalla aseptiikan tason täytyy olla korkeatasoista. Kuopion yliopistossa tehdyn raportin mukaan suomalaisilla hoitajilla on myönteinen suhtautuminen HIV -potilaiden sekä AIDS -potilaiden hoitoon. Tulokset ovat peräisin eräästä hankkeesta, jossa on tutkittu suomalaisten hoitotyöammattilaisten sekä hoitoalaa opiskelevien opiskelijoiden tietämystä HIV/AIDS:sta sekä asennoitumista kyseistä tartuntavaaraa kantavia potilaita kohtaan. Hoitoalalla ammattilaiset tapaavat sekä riskikäyttäjiä että jo tartunnan saaneita. Hoitoalan ammattilaisia voidaan tällöin pitää ratkaisevassa avainasemassa terveyden edistämisen kannalta. Asennoitumisella sekä suhtautumisella on tärkeä merkitys tartuntavaarallisten potilaiden hoidossa. Kansainväliset tutkimukset ovat myös osoittaneet, että hoitajilla on esiintynyt myös negatiivisia asenteita, koska he katsoivat oman turvallisuuden olevan vaarassa sellaisten potilaiden hoitamisessa. (Kemppi, Koponen, Laakkonen, Suominen, Välimäki & Vänskä 2008, 5, 9 & 11–12.)

Yksi vastaajista suorittamassani tutkimuksessa on kuitenkin esittänyt vastauksessaan toivovansa että potilaan tartuntavaara näkyy esitietolomakkeessa, jotta heidän vastaanotolla pystyttäisiin ottamaan kyseinen asia huomioon. Etenkin jos potilaalle aiotaan tehdä kirurgisia toimenpiteitä. Suurin osa vastaajista suhtautui myönteisesti tartuntavaarallisen potilaan hoitoon julkisella sektorilla, jos edellytykset riittävät ja erityisesti akuuteissa tapauksissa. Yksi vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä että sellaisten potilaiden hoitopaikkana toimisi kuitenkin julkinen sektori. Tiedonantaja oli sitä mieltä, että julkisella sektorilla on erikoistuttu hoitamaan kyseisiä potilaita.

Vastaajien vastauksissa ilmeni että tartuntavaarallisen potilaan hoito erikoissairaanhoidon piiriin tai johonkin muualle siirtyy sellaisissa tapauksissa jos potilas käyttäytyy aggressiivisesti tai on muuten vaikeahoitoinen tapaus. Muita syitä olivat mm. akuutissa vaiheessa olevat sairaudet, jos potilaalla on erityisen hankala sairaalabakteeri, jos hoidon aikana esiintyy runsasta verenvuotoa, varsinkin isommissa leikkauksissa. Yksi suuhygienisti on vastannut, että ei -akuuttia apua tarvitsevat lähetetään myös muualle.

Laki määrää kuntien ja kuntayhtymien ensisijaiseksi tehtäväksi terveystalvelujen järjestämisen kuntalaisilleen. Tällöin kunta on velvollinen järjestämään suun terveydenhuollon palveluita kuntalaisilleen. Kunta on myös velvollinen järjestämään kiireellistä suun terveydenhuoltoa potilaan asuinpaikasta riippumatta. Yksityinen sektori toimii julkisen sektorin täydennyksenä. Jokaisella potilaalla on kuitenkin olemassa oikeus saada valita missä hänet hoidetaan. Suun ja terveydenhuollon henkilökunta on velvollinen noudattamaan korkealaatuisia ja ajankohtaisia vastaanoton hygieniakäytäntöjä jokaisen potilaan kohdalla, olipa hän tartuntavaarallinen vai ei. HIV -potilaiden hoitopaikka painotuu yleensä tavalliseen perushammashoittoon, josta potilas voidaan tarvittaessa ohjata suun erikoissairaanhoidtoon. Suun erikoissairaanhoidtoa tarvitaan vain sellaisissa tapauksissa jos potilaan tilanne täyttää lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisiä hyväksyttäviä kriteerejä. Professori Stina Syrjäsen mukaan hygieniaohteiden huolellisella noudattamisella vähennetään riskiä sairastua potilaan kantamaan tartuntavaaralliseen tautiin. Tämän vuoksi kenelläkään suun terveydenhuollon henkilökunnalla ei ole syytä kieltäytyä hoitamasta tartuntavaarallista potilasta. Eikä potilaiden ylimääräinen laskuttaminen ole reilua ja asianmukaista toimintaa, koska tämä voi viestiä epäsuorasti mui-

den potilaiden riittämättömästä suojauksesta hoidon aikana. (Holi & Tefke 2007, 669–670.)

7.3 Suuhygienistien arvioimat valmiudet omasta osaamisesta tartuntavaarallisen potilaan hoitamisessa omalla vastaanotolla

Viimeisenä tutkimustehtävänä oli selvittää millaisiksi suuhygienisti arvioi omia valmiuksia tartuntavaarallisen potilaan hoitamisessa.

Vastaajilta on kysytty millä tavalla heidän vastaanottojen toimintaa voitaisiin heidän mielestään kehittää. Vastausten perusteella selvisi että vastaanotolle kaivataan lisäkoulutusta sekä selkeyttä liittyen työnjakoon yksityisen ja julkisen puolen tartuntavaarallisten potilaiden hoitamisen velvollisuuteen. Kuten aikaisemmin aineistossa selvisi, että potilas on oikeutettu saamaan palvelua mistä tahansa sektorilta jos hän niin halua. Tämä tarkoittaa sitä, ettei kenelläkään ole oikeutta syrjiä tartuntavaarallista tautia kantavia potilaita tai kieltäytyä hoitamasta heitä heidän sairaudestaan johtuen. Lisäksi vastaajat olisivat halunneet osion heidän vastaanoton perehdytyskansioon, joka käsittelee tartuntavaarallisten potilaiden hoidon ja siihen liittyviä asioita.

Vastaajilta kysyttiin myös milloin he olivat viimeksi osallistuneet koulutukseen kyseiseen aiheeseen liittyen. Tulosten tarkasteluvaiheessa huomasin että olisi voinut kysyä missä koulutuksessa ovat olleet, siinä tapauksessa jos tutkimus olisi tapahtunut haastatteluna. Puolet vastaajista on ollut koulutuksessa viimeksi kauemmin kuin 5 vuotta sitten. Kaksi vastaajaa on ollut 1–2 vuotta sitten, ja yksi vastaaja on ollut 3–5 vuotta sitten. Lisäksi yksi vastaajista joka on ollut viimeksi koulutuksessa aiheeseen liittyen 1-2 vuotta sitten, vastasi että hän on ollut myös 3–5 vuotta sitten viimeksi koulutuksessa. Vastaus jäi mielestäni hieman vajaaksi, koska vastauksen perusteella voisi olettaa, että vastaaja on osallistunut molempina aikoina koulutuksiin, eli hän on käynyt säännöllisesti koulutuksissa tai kyseinen vastaus voi tarkoittaa myös sitä, ettei hän muista tarkkaa aikaa milloin hän oli osallistunut koulutukseen. Tutkimustulosten mukaan tutkimukseen osallistuneet suuhygienistit kokivat omasta mielestä, että heillä on riittävät taidot ja tiedot työskennellä tartuntavaarallisen potilaan hoidossa. Yksi vastaajista totesi että kaikkien kanssa on toimittava aseptisesti, koska kuka tahansa voi olla potentiaalinen taudin kan-

taja. Tutkimus myös osoitti että yli puolet vastaajista oli sitä mieltä että he tarvitsevat täydennyskoulutusta kyseiseen aiheeseen liittyen.

Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia tarjoaa verkkokurssin, joka käsittelee infektioiden torjuntaa ja leviämisen ehkäisyä muuhun ympäristöön suun hoitoyksikössä. Verkko-opetus toimisi mainiona täydennyskoulutuksena tavallisen luento-opetuksen lisäksi. Verkko-opetuksen sisältö rakentuu suun terveydenhuollon ammattilaisten työssä kohtaamisista haasteista sekä tarpeiden pohjalta. (Alapulli ym. 2011, 29.)

7.4 Johtopäätökset

Tutkimus osoitti, että suuhygienistit ovat tietoisia aseptisten varotoimenpiteiden kulusta ja niiden merkityksestä ennen tartuntavaarallisen potilaan tuloa, hänen hoidon aikana sekä hoidon jälkeenkin. Lisäksi suuhygienistit ovat hyvin tietoisia oman henkilökohtaisen suojauksen sekä varovaisten ja huolellisten toimintatapojen noudattamisen merkityksestä potilashoidossa. Suhtautuminen tartuntavaarallisten potilaiden hoitoon on positiivista sekä myönteistä. Vastaajat antoivat selkeän vastauksen, ettei potilaita eritellä koskaan tautien mukaan. Tutkimuksesta selvisi myös että tietyt vastaajat kaipaavat selvennystä tartuntavaarallisen potilaan hoitopaikasta. Lisäksi kaikki ovat sitä mieltä että tartuntavaarallisten potilaiden hoidosta tarvitaan täydennyskoulutusta sekä yleensäkin tartuntataudeista kaivataan uutta tietoa. Lisäksi tutkimustulokset myös osoittavat että yksityisillä tutkimillani vastaanotoilla kaivataan selkeitä hygieniaohjeita osaksi hygienia suunnitelmaa, joka tulee helpottamaan sekä selkiyttämään pidempään töissä olleiden tekijöiden sekä uusien tulokkaiden toimintaa. Näitä tietoja voidaan käyttää hyväkseen tulevissa projekteissa ja tutkimuksissa.

8 POHDINTA

Kiinnostukseni tutkimukseni aihetta kohtaan oli lähtenyt alkuun siitä, kun halusin selvittää yksityisellä työskentelevien suuhygienistien mielipiteitä sekä yleistä suhtautumista tartuntavaarallisen potilaan hoitamiseen yksityisellä vastaanotolla. Tutkimukseni ei voinut kuitenkaan kohdistua vain mielipiteiden tutkimiseen, joten keskusteltuani ohjaavan opettajan kanssa, päädyttiin että tutkimukseeni otettaisiin vielä kaksi muuta teemaa. Näiden teemojen pohjalta muodostettiin kolme tutkimustehtävää, jotka kuitenkin muuttuivat tutkimustulosten analyysin aikana. On täysin luonnollista jos tutkimustehtävä muuttuu tutkimuksen aikana. Tutkimustehtävän muuttuminen kertoo yleensä tutkimuksen edistymisestä. Tutkija ei voi olla koskaan varma tulevatko tutkimuksen alussa asetetut tutkimustehtävät pysymään samoina tutkimusprosessin lopussakin. (Hyrkkänen 2012, hakupäivä 19.11.2013.)

8.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuus tulee esiin tutkijan tarkalla selostuksella tutkimuksen toteuttamisesta ja siihen liittyvistä vaiheista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 217).

Tutkimusmetodin valinta perustuu tutkimusaiheen arkuuteen. Alun perin olen ajatellut suorittavani haastattelun, mutta ryhmäkeskustelujen jälkeen kurssikavereideni kanssa sekä ohjaavan opettajan neuvojen jälkeen päädyin tekemään haastattelua mukailevan avoimen kyselyn. Kyselyn miinuksena oli se, että tutkimustulosten tarkasteluvaiheessa huomasin, että vastaukset jäivät hieman pintapuolisiksi ja lyhyiksi, jolloin itselleni on muodostunut uusia lisäkysymyksiä tutkittavasta aiheesta. Haastattelussa on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä, kun taas kyselyssä tutkijan on tyydyttävä niihin vastauksiin mitä hän on saanut.

Tutkimuslupaa on pyydetty jokaisesta yksityiseltä hammashoitolan esimieheltä ennen aineiston keruuta. Tällöin on varmistettu tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkimukseeni osallistujat vastasivat kyselyyn anonymisti siten, etten ole saanut tietää

mistä päin vastauskuori on tullut. Jokaisessa vastauskuoressa oli erilaiset postimerkit. Huomioin tämän asian siten, että pyysin ulkopuolista henkilöä avaamaan minun puolesta vastauskuoret ja antamaan minulle vastaukset suoraan käteen. Kyseinen henkilö ei ollut alun perinkään tietoinen missä yksityisissä hammashoitoiloissa olen käynyt keräämässä aineistoa, joten katsoin tämän olevan täysin turvallista tiedonantajien anonyymisyyden kannalta. Vastaajien yksityisyyttä ja anonyymisyyttä on myös huomioitu tutkimusaineiston käsittelyssä. Tutkimustulokset esitettiin täysin anonyyminä eikä niitä ole muutettu millään lailla sisällöstään. Ainoastaan tutkimuksen kannalta merkityksettömät kielioppivirheet korjattiin. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen tutkimusaineisto tuhoettiin asianmukaisella tavalla.

Laadullinen tutkimus paljastaa jo omasta nimityksestä laadun olevan tärkeämpi asia, kuin määrä. Omassa tutkimuksessa olen saanut yhteensä kuusi vastauskuorta, joiden vastausten laatu oli riittävä tutkimustehtävien nähden. Tärkeä oli kuitenkin se, että tutkimusaineisto saatiin analysoitua ja tutkimus tuotti tuloksia. Tutkimustulokset analysoitiin sellaisinaan, kuin he olivat, eli tutkijan tehtävänä on analysoida vastaukset siten, etteivät omat mielipiteet ja asenteet saa vaikuttaa tutkimustuloksiin. Tutkimuksen teorialähteet ovat esitetty loppuraportissa. Tutkimuksen teko tieteellisenä työnä sisältää tutkimusaihetta koskevia ajankohtaisia sekä luotettavia teorialähteitä (Hirsjärvi ym. 2004, 111).

8.2 Omat oppimiskokemukset

Tutkimusprosessini on lähtenyt käyntiin aiheen valinnalla ja aiheeseen perehtymällä tammikuussa 2012. Syyskuussa 2012 alkoi tutkimussuunnitelman tekeminen ja touku-kuussa 2013 alkoi tutkimusaineistonkeruu, joka päättyi lokakuussa 2013. Loppuraportin kirjoittaminen tällöin siirtyi loka-joulukuulle 2013. Syy, miksi aineistonkeruussa meni näin kauan, johtui omista henkilökohtaisista syistä. Tietenkin asioiden tarkka aikataulut-taminen olisi varmasti auttanut minua pysymään aikatauluissa kiinni, mutta pääasiana on se, että tutkimus on tuotettu luotettavasti.

Tutkimusprosessin alussa tiesin heti että haluan tehdä laadullisen tutkimuksen. Aiheen valinnassakaan ei ollut ongelmaa. Tutkimuksen kulku ei ollut kuitenkaan täysin ongelmaton. En ole koskaan aikaisemmin tehnyt opinnäytetyötä, minkä takia opinnäytetyön

teko tuotti välillä vaikeuksia ja lukuisia kysymyksiä, joihin oli välillä vaikea saada vastaus. Kaikista ongelmallisinta oli se, kun ei tiennyt mitä pitää seuraavaksi tehdä. Etenkin silloin kun ei tiennyt, minkälaisia asioita kannattaa seuraavaksi ottaa esille jotta työ etenisi. Siitä seurasi paikalleen jumittuminen, joka jarrutti opinnäytetyöprosessin etenemistä. Tällaisissa tapauksissa olen oppinut sen että kannattaa kysyä neuvoja ohjaavalta opettajalta. Opettajilla on kuitenkin paljon enemmän kokemusta mitä meillä opiskelijoilla ja he osaavat neuvoa opiskelijaa ongelmanratkaisun löytämisessä.

Omia henkilökohtaisia oppimiskokemuksia on kertynyt huima määrä tutkimuksen teon aikana aiheen valinnasta alkaen omien oppimiskokemusten pohdintaan saakka. Tutkimuksen aikana olen oppinut että kaikki mahdolliset projektit tarvitsevat tarkkaa suunnittelua, ilma sitä on erittäin vaikea lähteä toteuttamaan yhtään mitään. Toki suunnitelmatkin voivat muuttua, mutta nimenomaan muutoksista ihminen oppii parhaiten. Opinnäytetyön teon aikana olen oppinut käsittelemään tieteellistä kirjallisuutta erilaisista lähteistä, käsittelemään sitä tehokkaasti sekä asianmukaisesti. Lisäksi olen oppinut paljon erilaisista tartunnan aiheuttajista sekä niiden mahdollisesta tartuttavuudesta sekä leviämisestä suun terveydenhuollon ympäristössä. Tulevana suuhygienistinä minulla on velvollisuus huolehtia yksikön sekä koko hammashoitoympäristön hygienian toteutumisesta. Lisäksi koen että jokaisella suun terveydenhuollon ammattilaisella tulee olemaan oikeus pystyä vaikuttamaan oman työympäristön hygienian toteuttamiseen. Esimerkiksi hygieniasuunnitelman täytyy löytyä jokaisesta yksiköstä ja jokaisella täytyy olla riittävät resurssit alkaa kehittämään sellaista, jos kyseistä suunnitelmaa ei satu sillä hetkellä olemaan.

Opinnäytetyön teko on raskas ja monivaiheinen prosessi, joka on kestänyt kaksi vuotta ja joka on vaatinut paljon sitoutumista, suunnittelua, aikaa, sekä omia henkilökohtaisia voimavaroja. Opinnäytetyön teko on myös antanut minulle paljon. Koin tutkimuksen teon mielenkiintoiseksi sekä opettavaiseksi prosessiksi, koska tutkimusprosessin lopussa huomaa kuinka paljon on kehittynyt siihen verrattuna mitä on ollut tutkimuksen alussa. Olen oppinut paljon tutkimastani aiheesta, lisäksi opin miten tutkimusta suoritetaan ja mitä vaiheita siihen kuuluu ja lisäksi olen myös oppinut ajankäytön merkityksen.

8.3 Tutkimuksen kehittämisehdotukset ja jatkoaiheet

Tutkimukseeni osallistuneen yhden vastaajan mielestä hyvänä tutkimuksen jatkoaiheena voisi olla yksityisvastaanotolle toimivan hygieniasuunnitelman luominen, jonka voi tehdä verkkomuodossa, jotta sitä olisi henkilökunnan helpompi päivittää. Mielestäni kyseinen ehdotus kuulostaa tarpeelliselta sekä hyödylliseltä. Tässä täytyy vaan siltä tuleeko kyseinen tuote palvelemaan kaikkia yksityisiä hammaslääkäriasemien tarpeita vai täytyykö se kohdistaa vain yhteen kohteeseen. Sekin täytyy myös ottaa huomioon että hygieniasuunnitelman täytyy myös kattaa muiden hammashoitolassa työskentelevien ammattilaisten tarpeita, ei vain suuhygienistien. Koska suunnitelman kohdistaminen vain suuhygienistien käyttöön olisi tosi outoa, jos hammashoitolassa työskentelee muitakin kuin suuhygienistejä. Muita tutkimuksen jatkoaiheita voi olla esimerkiksi laajempi kysely yksityisille hammashoitoloille jossa kysymykset voivat olla laajempia ja ne käsittelevät syvemmin tutkimaani aihetta.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, 3. uudistettu ja täydennetty painos. WS Bookwell Oy.

Aho, K. & Hiltunen-Back, E. 2007a. HIV-tartunta. Hakupäivä 7.5.2012 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tes00009#s6

Aho, K. & Hiltunen-Back, E. 2007b. Tarttuva keltatauti eli hepatiitti. Hakupäivä 10.12.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tes00010

Ainasoja, S. & Kosonen, S. 2003. Hammashoitovälineiden huolto. Teoksessa Pentti, M., Helenius, J. & Kosonen, S. (toim.) Välinehuollon käsikirja. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 256.

Alapulli, J., Hiiri, A., Richardson, R. & Tjäderhane, L. 2011. Kyselytutkimus hammashoidon hygieniasta. Osa III: Käsihygienia. Suomen Hammaslääkärilehti. 15/2011. 27–29

Alapulli, J., Hiiri, A., Richardson, R. & Tjäderhane, L. 2011. Kyselytutkimus hammashoidon hygieniasta. Osa II: Tartuntataudit. Suomen Hammaslääkärilehti. 14/2011. 20–22 & 27–29

Alapulli, J., Hiiri, A., Richardson, R. & Tjäderhane, L. 2010. Teoria ja käytäntö eivät kohtaa vastaanoton hygieniassa. Suomen Hammaslääkärilehti. 7/2010. 22–23, 25.

Alibaba Group. 2013. Disposable dental instruments kit. hakupäivä 17.11.2013 <http://www.alibaba.com/showroom/disposable-dental-instruments-kit.html>

Duodecim Terveyskirjasto. 2012a. Neutrofiili. Hakupäivä 1.9.2012 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02303

Duodecim Terveyskirjasto. 2012b. Kontaminaatio. Hakupäivä 5.5.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01728

Duodecim Terveyskirjasto. 2012c. Aseptiikka. Hakupäivä 18.9.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00288

Duodecim Terveyskirjasto. 2013. Aerosoli. Hakupäivä 1.12.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00032

Hautamäki, O. 2013. Puudutusruisku käyttöön turvatoimenpiteitä. Suomen Hammaslääkärilehti. 7/2013. 14.

Hedman, K., Heikkinen, T., Huovinen, P., Järvinen, A., Meri, S. & Vaara, M. 2011. Infektiosairaudet. Bookwell Oy

Hietala, M. & Roth-Holttinen, O. 1999. Infektiot ja hoitotyö. Tammer-Paino Oy. 18 & 34–36.

Hiiri, A. 2009. Huuliherpes eli yskänrokko. Hakupäivä 16.9.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00111

Hiltunen-Back, E. & Reunala, T. 2013. Sukupuolitaudit. Hakupäivä 7.5.2012
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Sukupuolitaudit>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Gummerrus Kirjapaino Oy

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Otavan Kirjapaino Oy

Hirvonen, K., Karhumäki, T. & Tuominen, E. 2008. Välinehuolto. Kustannus Oy Duodecim. 23 & 251.

HIV-säätiö/AIDS-tukikeskus. 2013a. HIV ja AIDS tilastoja. Hakupäivä 17.4.2013
<http://www.hivtukikeskus.fi/hiv-ja-aids/hiv-ja-aids-tilastoja/>

HIV-säätiö/AIDS-tukikeskus. 2013b. Neuvonta. Hakupäivä 9.1.2014
<http://www.hivtukikeskus.fi/questions/miten-hiv-tarttuu/>

Holi T. & Tefke H-L. 2007. Terveysturvakeskukselta kannanotto HIV-potilaiden hammashoidosta. Suomen Hammaslääkärilehti. 12/2007. 669–670.

Hoffmann-La Roche, F. 2012a. B-hepatiitti. Hakupäivä 1.12.2013
<http://www.hepatiitti.fi/b-hepatiitti/>

Hoffmann-La Roche, F. 2012b. B-hepatiitin oireet. Hakupäivä 1.12.2013
<http://www.hepatiitti.fi/b-hepatiitti/b-hepatiitin-oireet/>

Hoffmann-La Roche, F. 2012c. B-hepatiitin hoito. Hakupäivä 1.12.2013
<http://www.hepatiitti.fi/b-hepatiitti/b-hepatiitin-hoito/>

Hoffmann-La Roche, F. 2012d. C-hepatiitin tarttuminen. Hakupäivä 1.12.2013
<http://www.hepatiitti.fi/c-hepatiitti/c-hepatiitin-tarttuminen/>

Hoffmann-La Roche, F. 2012e. C-hepatiitin oireet. Hakupäivä 1.12.2013
<http://www.hepatiitti.fi/c-hepatiitti/c-hepatiitin-oireet/>

Hoffmann-La Roche, F. 2012f. C-hepatiitin hoito. Hakupäivä 1.12.2013
<http://www.hepatiitti.fi/c-hepatiitti/c-hepatiitin-hoito/>

Hyrkkänen, M. 2012. Tutkimusprosessi. Hakupäivä 19.11.2013
<http://www.uta.fi/yky/his/kaytannot/opiskeluopas/tutkimusprosessi.html>

Hämeen ammattikorkeakoulu. Tieteellisen tutkimuksen eettisyys. 2013. Hakupäivä 1.2.2013

http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMK/koulutus/Ylempi_AMK_tutkinto/kudos/lahtokohdat/tieteellisen_tutkimuksen_eettisyys

Hännikäinen, O. 2013. Puudutusruiskun käyttöön turvatoimenpiteitä. Suomen Hammaslääkärilehti. 7/13. 14.

Hännikäinen, R. 2004. Tartuntavaara- kuka hoitaa? Suomen Hammaslääkärilehti. 1-2/2004. 32–35.

Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy.

Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2013b. Teemoittelu. Hakupäivä 28.2.2013
<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiLaadullTeemoittelu.aspx>

Kanerva, M.; Vuolteenaho, A. & Välimaa H. 2012. Hyvä hygienia estää moniresistenttien bakteerien leviämisen. Suomen Hammaslääkärilehti. 3/2012. 22.

Kansanterveyslaitos. 2006. Vankomysiiniinterokokki (VRE) Suomessa. Kansanterveys. 5-6/2006. 22. Hakupäivä 17.4.2013
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102458/5_6kansanterveys2006.pdf?sequence=1

Kemppi, L.; Koponen, N.; Laakkonen, L.; Suominen, T.; Välimäki, M. & Vänskä, M-L. 2008. Tartuntatautia sairastavan henkilön terveyden edistäminen. Kopijyvä. 5, 9-12.

KHSHP. 2006. Hammashuollon verivarotoimet. Hakupäivä 10.12.2013
<http://www.khshp.fi/default.asp?link=187.239>

Kiviniemi, K. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. II, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä : PS-kustannus. 70.

Kotilainen, P. & Kujala, P. 2013. Eristäminen ja varotoimet infektiosairauksissa. Hakupäivä 19.11.2013
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Erist%C3%A4minen_ja_varotoimet_infektiosairauksissa

Kuntaliitto. 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. WS Bookwell Oy

Kuopion kaupunki. Sosiaali- ja terveystieteiden keskus. Suun terveydenhuolto. Hakupäivä 16.9.2012 http://www.kuopio.fi/c/document_library/get_file?uuid=e38955c9-61fc-4912-b33a-90b390b6ecd3&groupId=12159 (Julkaisupäivä ei tiedossa)

Kurki, R. & Pammo, H. 2010. Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen. WSOYpro Oy Helsinki

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lapin sairaanhoitopiiri. 2009. Hygienia ja infektioiden torjunta suun terveydenhuollossa Opas. Hakupäivä 31.10.2013
<http://www.lshp.fi/download.aspx?ID=2969&GUID=%7B55347D4B-32C8-4BFA-9838-4946C29B1A25%7D>

Linden, R. 2003. Suun terveydenhuollon hygieniasuositukset ajanmukaistettu. Suomen Hammaslääkärilehti. 12/2003. 640.

Lumio, J. 2012. Norovirus. Lääkärikirja Duodecim. Hakupäivä 11.11.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00738

Lyytikäinen, O. 2006. Sairaalainfektiot. Hakupäivä 10.2.2013
<http://demo.seco.tkk.fi/terveysuomi/item/ktl:11983>

Lääkelaitos. 2003. Terveydenhuollon laadunhallinta. Hygienia suun terveydenhuollossa. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2003.

Maailman hammaslääkärijärjestö FDI. 2004. FDI:n suositukset. Tartuntataudit ja hammashoito. Suomen Hammaslääkärilehti. 1-2/2004. 39.

MADS Dental. 2013. Variator kit, kertakäyttöinstrumentit, 10 settiä. Hakupäivä 17.11.2013 <http://shop.mads.fi/355441>

Meurman, J. 2013. Norovirus. Suomen Hammaslääkärilehti. 4/2013, 54.

Meurman J. H. 2004. Tartuntataudit ja infektioiden esto vastaanotolla. Suomen Hammaslääkärilehti. 15.1.2004, 36–37.

Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. 2013. Kliininen hoito. Hakupäivä 9.11.2013 https://www.ppshp.fi/Oulun_yliopistollinen_sairaala/prime102/prime102.aspx

Punainen Risti. Mikä hiv? 2012–2013. Hakupäivä 1.12.2013 <http://www.punainenristi.fi/node/3203>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Hakupäivä 26.3.2013 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_2.html

Sairaalahygienia- ja infektion torjuntayksikkö. 2011. Tavanomaiset varotoimet. Hakupäivä 17.11.2013 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/fxd/28021>

Silius, K. 2008. Teemoittelu ja tyypittely. Hakupäivä 26.3.2013 http://matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatko-opintosemma/2008/Silius_teemoittely-tyypittely_141108.pdf

Soini, E. 2004. Käsihygienian merkitys tiedetään ja unohdetaan. Hakupäivä 20.11.2013 <http://www.julkari.fi/handle/10024/95743>

Solunetti. 2006a. Lymfosyytit. Hakupäivä 1.9.2012 <http://www.solunetti.fi/fi/histologia/lymfosyytti/3/>

Solunetti. 2006b. Prionit. Hakupäivä 14.11.2013.
<http://www.solunetti.fi/fi/solubiologia/prionit/2/>

STM. 2013. Tartuntatautiin torjunta. Hakupäivä 10.12.2013
<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/tartuntataudit>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2007. Tavanomaiset varotoimet. Hakupäivä 5.5.2012
http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_sivu=52364

Tampereen opiskeluterveydenhuolto. 2010. Terveystieteen opiskelijoille. Hakupäivä 31.10.2013
<http://www.tampere.fi/opiskeluterveys/terveydenhoito/terveydenhuollonopiskelijoille.html>

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583

THL. 2013a. Norovirus. Hakupäivä 11.11.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/norovirus

THL. 2013b. Hoitoon liittyvät infektiot. Hakupäivä 1.12.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/hoitoon_liittyvat_infektiot

THL. 2013c. MRSA. Hakupäivä 1.12.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/mrsa

THL. 2013d. ESBL. Hakupäivä 1.12.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/esbl

THL. 2013e. VRE. Hakupäivä 1.12.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/vre

THL. 2013f. Tuberkuloosi. Hakupäivä 10.12.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/tuberkuloosi

THL. 2014. MPR -rokotukset. Hakupäivä 13.3.2014
http://www.thl.fi/fi_FI/web/rokottajankasikirja-fi/mpr-rokotukset

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannus-
osakeyhtiö Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannus-
osakeyhtiö Tammi

Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21

Valvira. 2007. Hammaslääkäri ei saa kieltäytyä hoitamasta HIV-tartunnan saanutta poti-
lasta. Hakupäivä 7.5.2012
http://www.valvira.fi/tietopankki/kannanotot/hammaslaakari_ei_saa_kieltaytya_hoitamasta_hiv-tartunnan_saanutta_potilasta

Valtioneuvoston asetus tartuntatautiasetuksen muuttamisesta 30.12.2003/1383

LIITTEET

LIITE 1 Saatekirje

LIITE 2 Kyselylomake

Hyvä suuhygienisti !

Olen kolmannen vuoden suuhygienistiopiskelija Oulun seudun ammattikorkeakoulusta ja valmistun joulukuussa 2013. Teen opinnäytetyötäni aiheesta tartuntavaarallinen potilas suuhygienistin vastaanotolla. Tarkoituksena on tutkia yksityisellä työskentelevien suuhygienistien ja tartuntapotilaan välistä kohtaamista, hoitoon valmistautumista ja hoidon aikaista toimintaa. Tartuntatautien määrä on ollut lisääntyvä viime vuosina, joten aihe on tärkeä. Suuhygienisti työskentelee yksin ilman avustavaa hoitajaa, joten kiinnostuksen kohteena on yksin työskentelevät toiminta infektioiden ehkäisemisessä.

Sinulla on arvokasta tietoa aiheeseeni liittyen, toivon, että sinulla on mahdollisuus osallistua tutkimukseeni.

Tutkimuksen suorittaminen tapahtuu nimettömänä ja tutkimustulokset käsitellään luotamuksellisesti. Vastaukset hävitetään asianmukaisesti, kun tutkimus on valmistunut. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Luvan tutkimuksen suorittamiseen on antanut vastaanoton vastuuhammaslääkäri/hoitaja. Kyselylomakkeen kysymyksiin vastataan nimettömänä, jonka jälkeen ne palautetaan minulle mukana olevassa vastauskuoressa 31.10.2013 mennessä.

Vastaan mielelläni tutkimukseeni liittyviin kysymyksiin sähköpostitse e-mail:

Kiitän osallistumisestanne tutkimukseeni!

Polina Ivanova
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TAUSTATIEDOT

1) Kuinka usein hoidat vastaanotollasi potilasta, jolla on tartuntavaarallinen tauti

1. viikoittain
2. kaksi kertaa kuukaudessa
3. kerran kuukaudessa
4. harvemmin

2) Minkälaisia tartuntavaarallisia tauteja hoidossasi olleilla potilailla on ollut?

3) Minkälaisia ohjeita vastaanotollasi on tartuntavaarallisen potilaan informoimiseen hoitoon liittyvistä asioista?

4) Miten kohtaat potilaan, jolla on tartuntavaarallinen tauti?

HOITON VALMISTAUTUMINEN JA HOIDON TOTEUTUS

5) Kuvaa mahdollisimman monipuolisesti miten valmistaudut tartuntavaarallisen potilaan hoitotilanteeseen?

6) Kuvaa miten toimit hoidon aikana erilaisten hoitotoimien yhteydessä tartunnan ehkäisemiseksi?

7) Millä tavalla toimit jos potilaan tartuntavaara selviää vasta hoitotilanteessa?

SUHTAUTUMINEN

8) Kerro suhtautumisestasi liittyen tartuntapotilaiden hoitoon. Mitä mieltä olet tartunta-vaarallisen potilaan hoitamisesta ns. tavallisella vastaanotolla?

9) Minkälaisissa tilanteissa tartuntavaaralliset potilaat tulisi ohjata muualle hammashoitoon?

TARTUNTAVAAARALLISEN POTILAAN HOITAMISEN VALMIUDET

10) Minkälaisia asioita vastaanottonne kirjallinen hygieniasuunnitelma sisältää? Milloin se oli viimeksi päivitetty?

11) Miten toimintaa tulisi mielestäsi kehittää?

12) Milloin olet ollut aiheeseen liittyvässä koulutuksessa

- a) viimeisen 12 kk aikana
- c) 1 - 2 vuotta sitten
- d) 3 - 5 vuotta sitten
- e) kauemmin kuin 5 vuotta sitten

13) Millaiset valmiudet sinulla mielestäsi on tartuntavaarallisen potilaan hoitamiseen liittyvistä asioista ja toimintatavoista tartunnan ehkäisemiseksi? (tiedot, taidot)

12. Tarvitsetko aiheeseen liittyvää täydennyskoulutusta

a) en

b) kyllä, mistä teemoista

Kiitos vastauksistasi!

Polina Ivanova

OAMK