

ERISTYSPOTILAAN HOITOTYÖN  
TOTEUTUMINEN SISÄTAUTIEN VUODEOSASTOLLA

Maijala Sari-Anna  
Starry Hannele  
Vitikka Carita

Opinnäytetyö  
Sosiaali- ja terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijät</b>	Sari-Anna Maijala Hannele Starry Carita Vitikka	2017
<b>Ohjaaja</b>	Susanna Kantola	
<b>Toimeksiantaja</b>	Lapin keskussairaala, sisätautien vuodeosasto 5A	
<b>Työn nimi</b>	Eristyspotilaan hoitotyön toteutuminen sisätautien vuodeosastolla	
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	45 + 5	

---

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata eristyspotilaan hoitotyön toteutumista Lapin keskussairaalan osastolla 5A. Tavoitteena on tarjota osasto 5A:lle tietoa siitä, miten hoitohenkilökunta kuvaa eristyspotilaan hoitotyön. Kuvaillemalla hoitotyön toteutumista ja myös mahdollisia esiin nousevia haasteita osasto 5A voi kehittää eristyspotilaan hoitotyötä ja näin parantaa hoidon laatua. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on vankentaa tietopohjaa eristyshoidosta, jotta pysytymme vakuuttavasti perustelemaan käytännön toimintaa eristystilanteissa.

Eristyshoitoa toteutetaan hoitotyössä silloin, kun tavoitteena on pyrkiä suojaamaan joko muut henkilöt tai potilas itse tartuttavilta sairauksilta. Tavoitteesta riippuen potilaita hoidetaan erilaisissa eristysluokissa. Opinnäytetyössämme tarkastelimme kosketus-, suoja- ja pisaraeristyksiä. Tämän lisäksi työssämme käsitellään radiojodieristystä, jota toteutetaan kilpirauhaskudoksen tuhoamiseksi esimerkiksi syövän vuoksi. Toimeksiantajamme on ainoa radiojodieristystä toteuttava taho Pohjois-Suomessa. Opinnäytetyömme aiheesta rajattiin pois psykiatrinen eristys, sillä tätä ei toteuteta sisätautien vuodeosastolla. Rajasimme tarkastelualueesta pois myös ilmaeristyksen, koska alipaineistettujen huoneiden puuttuessa tätä ei voida toteuttaa osastolla 5A.

Opinnäytetyömme toteutimme laadullisena menetelmänä lomakekyselyin. Lomakkeen luomisen viitekehyksenä käytimme hoitotieteen keskeisiä käsitteitä *ympäristö, terveys, ihminen ja hoitotyö*, minkä lisäksi kysyimme eristyshoidon mahdollisista kehittämiskohteista. Kysymyksillä selvitimme hoitajien kokemuksia eristyspotilaan hoidon käytänteistä. Tutkimuksessamme osallistujina toimivat Lapin keskussairaalan osasto 5A:n sairaanhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat. Vastauksissa kuvattiin kattavasti ja laajasti eristyspotilaan hoitoa. Hoitajien tietämys eristyspotilaan hoitotyöstä oli pääpiirteissään hyvää, ja hoitajat pyrkivät vastausten perusteella kohtaamaan eristyspotilaat kokonaisvaltaisesti ja samanarvoisesti muiden potilaiden kanssa. Kehittämiskohteena nostettiin esille eristyskäytössä olevien tilojen puutteellisuus ja koulutuksen tarve.

Avainsanat eristyspotilas, eristyspotilaan hoitotyö, kosketuseristys, suojaeristys, radiojodieristys, pisaraeristys

School of Social Services, Health  
and Sports  
Degree Programme in Nursing  
Bachelor of Health Care

---

<b>Authors</b>	Sari-Anna Maijala Hannele Starry Carita Vitikka	2017
<b>Supervisor</b>	Susanna Kantola	
<b>Commissioned by</b>	Lapland Central Hospital, ward 5A	
<b>Subject of thesis</b>	Isolation Care in an Internal Medicine Ward	
<b>Number of pages</b>	45 + 5	

---

In our thesis, we aim to describe how isolation care is carried out in an internal medicine ward at the Lapland Central Hospital. The goal is to offer our commissioning party, ward 5A, information about how the nursing personnel experiences isolation care. By describing the everyday isolation care and its possible challenges, ward 5A can utilize the information in enhancing isolation care and therefore also patient safety further. Our personal goal is to strengthen our knowledge base in isolation care so that we will be able to base our actions on strong theory.

Isolation care is needed in nursing when the aim is to protect either other people or the patient himself/herself from infectious diseases. According to the individual, patient-based aim, the patient is treated in different types of isolation. In our thesis, we concentrated on contact, reverse and droplet isolations. In addition, we included in our thesis radioiodine isolation that is executed for example in the case of thyroid cancer. Our commissioning party is the only ward that carries out radioiodine isolation in northern Finland. In our thesis, we excluded psychiatric isolation because it is not executed in an internal medicine ward. There are no facilities available for negative room pressure isolation at ward 5A and therefore this has been also excluded from the topic.

We conducted our study by using a qualitative research method. The data was collected by using questionnaires. The forms consisted of five questions, four of them based on the central concepts of the discipline of nursing: *environment, health, person and nursing*. The fifth question in the form was about the possible development areas in isolation care. With these questions, the goal was to explore how nurses experience isolation care in everyday work. The focus group in our study was the nursing staff of the ward 5A. According to the results, the nursing staff had a fairly good knowledge base in isolation care and its execution was widely described in the answers. The nursing staff's approach to isolation patients is holistic and the nurses aim to treat every patient equally. Some development areas mentioned in our questionnaire were challenges related to the facilities in the ward as well as the need for further training.

**Key words** isolation patient, isolation nursing, contact isolation, reverse isolation, radioiodine isolation, droplet isolation

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	ERISTYSHOIDON TIETOPERUSTA.....	9
2.1	Lainsäädäntö ja hoitotyön eettisyys.....	9
2.2	Eristyshoidon toteuttamisen syyt.....	10
2.2.1	Moniresistentit bakteerit (MRSA ja ESBL).....	10
2.2.2	Gastroenteriitit (norovirus ja Clostridium difficile).....	12
2.2.3	Neutropenia.....	13
2.2.4	Influenssa.....	14
2.2.5	Kilpirauhassyöpä ja struuma.....	15
2.3	Eristysluokat.....	16
2.3.1	Kosketuseristys.....	16
2.3.2	Suojaeristys.....	17
2.3.3	Muut eristykset (radiojodi-, pisara- ja ilmaeristys).....	18
3	ERISTYSPOTILAAN HOIDON TOTEUTTAMINEN.....	21
3.1	Eristyspotilaan hoitotyö.....	21
3.2	Tavanomaiset varotoimet.....	22
3.3	Suojavarusteet ja hoitovälineet.....	23
3.4	Eristyshoidon haasteita.....	25
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	27
5	LAADULLISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	28
5.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	28
5.2	Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu.....	29
5.3	Sisällönanalyysi.....	30
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	33
6.1	Eristyksen syyt.....	33
6.2	Suojatoimenpiteet.....	34
6.3	Eristystilat.....	35
6.4	Eristyspotilaan kokonaisvaltainen hyvinvointi.....	36
6.5	Eristyspotilaan hoitotyön kehittämisen kohteet.....	38
7	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	39

8 POHDINTA.....	42
8.1 Yhteenveto tuloksista.....	42
8.2 Opinnäytetyöprosessin kulku ja ammatillinen kasvu.....	43
8.3 Toimenpide-ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	44
LÄHTEET.....	45
LIITTEET.....	51

## 1 JOHDANTO

Potilaan eristämällä tarkoitetaan joko suojaeristystä tai tartuntaeristystä. Suojaeristyksen tarkoituksena on estää mikrobien pääsy eristettyyn tilaan, jottei eristyksessä olevalle vastustuskyvyltään alentuneelle potilaalle aiheutuisi mitään vaaraa ympäristöstä. (Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie 2015, 10; Tiitinen & Terho 2014.) Tartuntaeristyksen tarkoituksena on estää sairauden aiheuttajien ja antibioottiresistenttien mikrobien tarttumista työntekijöihin, vierailijoihin tai toisiin potilaisiin (Iivanainen & Syväoja 2013, 44).

Tartuntaeristyksiä on kolme: kosketus-, ilma- ja pisaraeristys. Oikeanlaisen eristyshoidon toteutuminen vaatii niin riittäviä resursseja (esim. suojavaarusteet) kuin hoitohenkilökunnan riittävää tietopohjaa ja käytännön osaamista. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 184–185.) Radiojodihoidon yhteydessä tapahtuvan eristyksen toteutus on erityislaatuista verrattuna muihin eristyksiin, sillä tässä tavoitteena on pitää varsinainen fyysinen hoitokontakti mahdollisimman vähäisenä hoitohenkilökunnan säderasituksen minimoimiseksi (Säteilyturvakeskus 2013; Al-Shakhrāh 2008, 910).

Mikrobilääkeresistenssin lisääntyminen on merkittävä uhka nykylääketieteelle (Jaakola ym. 2016, 5). Resistenttien mikrobien leviämisen ehkäisemiseksi suositellaan käytettävien varotoimia, kuten erittäin hyvästä käsihygieniasta huolehtiminen sekä sairaalassa tartunnan saaneiden potilaiden eristäminen (THL 2016). Moniresistentit bakteerit eivät kuulu pakollisen eristämisen piiriin tartuntamahdollisuuden ehkäisemiseksi, mutta eristys on suositeltavaa. Sairaanhoidopiirit voivat kuitenkin suositella eristämistä, mikäli potilaalla tai osaston muilla potilailla on riski sairastua infektoihin (Kolho & Lyytikäinen 2014, 6).

Tilastojen valossa moniresistenttien mikrobien aiheuttamat tartunnat ovat olleet selvässä nousussa. Vuonna 1995 MRSA-tartuntoja todettiin 85 kappaletta, kun taas vuonna 2015 tartuntojen määrä oli noin 1300. Täten tartuntojen määrä on yli kymmenkertaistunut 20 vuodessa. ESBL-tartuntoja oli vuonna 2015 noin 4000, ja vuonna 2008, jolloin löydökset alettiin ilmoittamaan tartuntatautirekisteriin, tapauksia oli noin 1600. (Jaakola ym. 2016, 15–16.) Tapausten määrä on ollut kasvussa myös muiden eristystä vaativien tartuntojen osalta. Tartuntatauti-

rekisteriin ilmoitettiin esimerkiksi vuonna 2015 reilu 2100 norovirus-tartuntaa, mikä edelliseen vuoteen verrattuna tarkoittaa kolminkertaista määrää tartuntoja. Clostridium difficile -tartuntoja oli puolestaan vuonna 2015 yli 5800 kappaletta – näissä määrä on pysynyt suhteellisen tasaisena edellisvuosiin verrattuna. (Jaa-kola ym. 2016, 17; 23.)

Toimeksiantaja opinnäytetyöllemme oli Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosasto 5A (Liite 1), ja toteutimme opinnäytetyömme laadullista tutkimusmenetelmää hyödyntäen. Tarkoituksena oli selvittää, miten hoitohenkilökunta kuvaa eristyspotilaan hoitotyön osastolla 5A. Keräsimme tutkimuksen aineiston kysymyslomakkeella, joka koostui yhteensä viidestä kysymyksestä. Lomakkeen kysymykset oli luotu hyödyntäen hoitotyön keskeisiä käsitteitä, minkä lisäksi yksi kysymys kohdentui mahdollisiin kehittämiskohteisiin eristyshoidon toteutamisessa. Kysymyslomakkeita palautettiin vastaamisajan loputtua yhteensä 18 kappaletta. Vastaukset olivat monipuolisia ja laajojakin, ja saimme tätä kautta kattavasti aineistoa tutkimukseemme.

Saatujen vastausten perusteella osasto 5A hoitohenkilökunnan tietämys eristyskäytänteistä on melko hyvällä tasolla. Huomiota kiinnitti eri termistöjen käyttö eristysluokista sekä hieman epäyhtenevät käsitykset siitä, minkälaisessa eristysluokassa influenssapotilaita hoidetaan. Hoitajat pyrkivät kohtaamaan eristyspotilaat kokonaisvaltaisesti, ja erityisesti ajanvietteen järjestäminen potilaalle tuli esille useammassa vastauksessa. Kehittämiskohteina nostettiin esiin toivetta lisäkoulutukseen, jonka avulla osastolle saataisiin vielä lisää tietoa eristyspotilaan hoitotyöstä ja joka mahdollisesti voisi yhtenäistää hoidon käytänteitä entisestään. Myös eristystilojen kohentamista sekä resursoinnin joustavuutta toivottiin kehittämiskohteita kysyttäessä.

Opinnäytetyömme aihe on peräisin osaston omalta henkilökunnalta, ja aihe perustuu heidän omaan mielenkiinnon kohteeseensa opinnäytetyön tutkimukseen liittyen. Toimeksiantajalle opinnäytetyömme antaa mahdollisuuksia kehittää hoitohenkilökunnan osaamista eristyspotilaan hoitotyötä kohtaan. Aiheemme on ajankohtainen, sillä etenkin mikrobilääkeresistenttien bakteerien leviäminen vaikeuttaa niiden aiheuttamien infektioiden hoitoa ja voi huonontaa hoitotuloksia. Opinnäytetyömme avulla voimme vankentaa eristyspotilaan hoitotyön teo-

riapohjaa ja pystymme tulevaisuudessa hyödyntämään eristykseen liittyvää osaamista omissa ammateissamme. Tämän työn avulla tiedämme entistä paremmin, miten mikrobien leviämistä ehkäistään ja pystymme perustelemaan eristyshoidon tarvetta tietopohjaan tukeutuen.



## 2 ERISTYSHOIDON TIETOPERUSTA

### 2.1 Lainsäädäntö ja hoitotyön eettisyys

Lainsäädäntö ja ammattietiikka ohjaavat hoitotyön arkea (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 20). Tartuntatautilaki (1227/2016) ohjaa tiettyjä eristyskäytäntöjä terveydenhuollossa. Sairastuneen henkilön eristäminen on sallittua mikrobien leviämisen estämiseksi. Laissa tartuntataudin määritelmä on sairaus, jonka on aiheuttanut mikrobi tai sen osat tai loiset. Ihmisen katsotaan sairastuneen tartuntatautiin, mikäli hänellä on tautiin viittaavia oireita tai tauti on todettu lääkärin toimesta. Tartuntataudit jaetaan kolmeen luokkaan: yleisvaaralliset (nopeasti leviävät, vaaralliset, mikrobien leviämisen esto kohdistetulla toimenpiteellä), ilmoitettavat (taudin seuranta lääkärin antamalla tiedoilla, mikrobien leviämisen esto maksuttomalla hoidolla tarpeellinen, yleiseen rokotusohjelmaan kuuluva tauti) ja muut tartuntataudit.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) antaa raamit muun muassa sairaanhoitajan työhön, ja sen tavoitteena on edistää erityisesti potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Laissa myös esitellään yleisiä ammattieettisiä velvollisuuksia, jotka hoitajan on otettava huomioon muun muassa kohdatessaan päätöksentekotilanteita. Näitä velvollisuuksia ovat terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja sairaiden parantaminen sekä kärsimysten lievittäminen.

Eettisyydellä tarkoitetaan hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän arviointia (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 392). Käytännön hoitotyössä sairaanhoitajaa ohjaa sekä hoitotyön että sairaanhoitajan eettiset periaatteet ja arvot, joilla on merkitystä hoitoa suunniteltaessa. Potilaan terveyden edistäminen, sen ylläpitäminen ja yksilönä hoitaminen potilaan omia arvoja kuunnellen on hoitotyön päämäärä. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 18–19.)

Tartuntatautilain (1227/2016) mukaan eristyksen aloittamiseen ja purkamiseen liittyvän päätöksen yleisvaarallisten tartuntatautien kohdalla tekee kunnan tai sairaanhoitopiirin tartuntataudeista vastaava lääkäri. Laissa määritellään yleisvaaralliset tartuntataudit, jotka ovat levitessään vaarallisia, ja näin vaativat aina eristämistä. Eristäminen on aiheellista myös yleisvaarallisen tartuntatautiepäilyn

kohdalla. Tartuntatautilaissa määritellään myös tiettyjä laboratorionkokeita, joiden tulkinnan perusteella lääkäri tekee aloitteen eristyksen aloittamiseksi. Tartuntatautilain perusteella tapahtuvasta eristyksen syystä lääkäri on velvollinen ilmoittamaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen. Eristyksen tarpeen toteava lääkäri on vastuussa potilaan hoitoon liittyvistä asioista.

Lääkäriin määräysten toteuttamisesta vastaa eristyshoidon toteuttavan osaston vastaava hoitaja. Eristyksen keston vaikuttaa aiheuttajamikrobi, lääkehoidon vaikutus mikrobiin sekä taudin luonne. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 117.) Lääkäriin tulee purkaa eristys, kun hän todentaa eristyksen olevan tarpeeton (Tartuntatautilaki 1227/2016 6:66 §). Eristyksen päättyessä huoneen tasopinnat, kosketuspinnat ja lattiat puhdistetaan desinfektioaineella tai heikosti emäksisellä pesuaineella. Kertakäyttöiset välineet laitetaan roskeen ja muut välineet desinfioidaan. (Karhumäki ym. 2016, 195.) Eristyksen päättymisen jälkeen on hyvä pyytää palautetta potilaalta sekä heidän omaisiltaan, jotta eristystoimia voitaisiin parantaa potilaan ja omaisten näkökulmasta, kuten esimerkiksi huoneen viihtyvyys ja potilaan tarpeiden huomiointi (Rautava-Nurmi ym. 2014, 118).

Eristyksessä hoitamisen tulee olla perusteltua, jotta hoitotyössä ei loukata potilaan yksilövapautta (Rautava-Nurmi ym. 2014, 114). Suomessa moniresistenttien bakteerien ei ole katsottu olevan yleisvaarallisia bakteeritauteja, joita lainsäädäntö vaatisi eristämään. Moniresistenttien bakteerien kohdalla noudatetaan eettistä ohjeistusta potilaan itsemääräämisoikeudesta. Moniresistenttien bakteerien kantajilla on kuitenkin riski sairastua infektoihin, joita hoidon aikana voi ilmetä, joten tällä tavoin löydetään peruste eristää kantajat hoidon ajaksi. (Kolho & Lyytikäinen 2014, 6.)

## 2.2 Eristyshoidon toteuttamisen syyt

### 2.2.1 Moniresistentit bakteerit (MRSA ja ESBL)

Moniresistentit bakteerit ovat vastustuskykyisiä tietyille mikrobilääkkeille. Jokaisella bakteerilla on oma luonnollinen resistenssi eli vastustuskyky. Hankitulla resistenssillä tarkoitetaan sitä, että bakteerikannat muuttuvat mikrobilääkkeiden käytön seurauksena vastustuskykyisiksi kyseiselle mikrobilääkkeelle. (Kolho & Lyyti-

käinen 2014, 5; THL 2016.) Tässä opinnäytetyössä käsiteltävät moniresistentit mikrobit ovat metisilliinille resistentti *Staphylococcus aureus* (MRSA) sekä laajakirjoisia beetalaktamaasi-entsyymejä tuottava bakteeri (ESBL).

*Staphylococcus aureus* on merkittävä taudinaiheuttaja ja tavallisin ihmisen märkäbakteeri. Näitä bakteereja on runsaasti ihmisen limakalvoilla ja iholla. MRSA eroaa tavallisesta *Staphylococcus aureus* sen stafylokokkiantibiooteille kehittämän vastustuskyvyn vuoksi. (Vuopio-Varkila, Kuusela & Kotilainen 2007, 98.) MRSA tarttuu kosketuksen välityksellä ihmisestä toiseen. Tartunnan voi saada myös epäpuhtaiden hoitovälineiden kautta, kuten esimerkiksi verenpaimittarin, kuumemittarin, stetoskoopin tai muun harvemmin puhdistettavan välineen kautta. (Kurki & Pammo 2010, 16.)

MRSA-tartuntoja ilmoitettiin vuonna 2015 noin 1300 tapausta, mikä on vähemmän kuin vuonna 2014 (Jaakola ym. 2016, 34). Keino ehkäistä MRSA-tartuntoja sairaalassa on erittäin hyvä käsihygienia ja varsinkin desinfioivan käsihuuhteen käyttö potilaskontaktien välillä (Vuopio-Varkila ym. 2007, 103). MRSA-bakteeri voi säilyä jopa kuukausia kuivilla pinnoilla, silti on harvinaista saada tartunta sairaalaympäristöstä. Sairaalasiivouksella pyritään estämään tämä tartuntareitti. (Lumio 2016a.) Sairaalassa MRSA-tartunnan saaneet hoidetaan kosketuseristyksessä, jolloin potilas sijoitetaan yhden hengen huoneeseen. Hoitohenkilökunnan on MRSA-potilasta hoidettaessa käytettävä suojakäsineitä sekä lähihoidossa suojatakkia. (Vuopio-Varkila ym. 2007, 102–103.)

ESBL (extended spectrum betalactamase) on beetalaktamaasi-entsyymiä tuottava bakteeri. Beetalaktamaasi on tiettyjen antibioottien yksi rakenneosana. (Anttila, Meurman & Vaara 2010, 453.) Esimerkiksi *Escherichia coli* ja *Klebsiella pneumoniae* -bakteereissa voi olla ESBL-ominaisuus, joita löytyy ihmisten ulosteesta ja ovat tavallisesti infektioiden aiheuttajia (THL 2015b). Bakteeri, jolla on ESBL-ominaisuus, tekee siitä vastustuskykyisen tavallisesti hoidossa käytettäville antibiooteille (THL 2015b), kuten kefalosporiini-, penisilliini- ja monobakteeriryhmien mikrobilääkkeille (Anttila ym. 2010, 453).

ESBL-kantojen aiheuttama yleisin infektio on virtsatieinfektio. Muita mahdollisia infektioita ovat haavainfektio, sappirakon tai umpilisäkkeen tulehdus sekä keuhkoinfektio. (THL 2015b; Anttila ym. 2010, 454.) Henkilö on bakteerin kantaja

silloin, kun ESBL-bakteeri löytyy oireettoman henkilön suolesta. Infektiolla tarkoitetaan sitä, kun ESBL-bakteeri aiheuttaa oireisen taudin. Terveystieteissä ESBL-bakteeri tavallisesti tarttuu lääkärin tai hoitajan käsiin potilaasta tai hoitoympäristöstä, josta se hoitotoimenpiteen yhteydessä tarttuu puutteellisen käsihygienian takia seuraavaan potilaaseen. Terveystieteiden laitosten ulkopuolella ESBL-bakteeri voi tarttua ruoan välityksellä tai matkustaessa maahan, jossa ESBL-bakteerit ovat yleisiä. (THL 2015b.)

Vuonna 2015 ESBL-tartunnat olivat Suomessa laskussa yli 75-vuotiailla, mutta nuoremmilla nousussa (Jaakola ym. 2016, 36). Suomessa ei ole valtakunnallista suunnitelmaa ESBL-kantojen leviämisen estämiseksi. Sairaanhoidopiireillä on omat ohjeensa ESBL-kantajien altistuneiksi määriteltävistä henkilöistä, eristyksestä sekä tapausten seulonnasta. Hoitolaitoksissa tai sairaaloissa kannat leviävät epäsuorana tai suorana kosketustartuntana. Kosketuseristystä tulisi noudattaa ESBL-kantojen hoitona. (Anttila ym. 2010, 454.)

### 2.2.2 Gastroenteriitit (norovirus ja *Clostridium difficile*)

Erilaiset gastroenteriitit eli kansanomaisemmin mahataudit ovat moniresistenttien mikrobien lisäksi syy sijoittaa potilas kosketuseristykseen. Yleisimpiä ripulin aiheuttajia aikuisilla on norovirus sekä *Clostridium difficile* -bakteeri. (Lumio 2016b.) Norovirustartunta ilmenee ankarana oksenteluna ja ripuloimisena yhdistettynä lievään kuumeeseen. Taudin kesto on suhteellisen lyhytaikainen, noin kaksi vuorokautta, mutta virus erittyy ulosteisiin jopa kuukauden ajan. Kuitenkin tartuttavuuden todennäköisyys on selvästi pienempi ripulin loputtua. Norovirustartunnan eristystarve perustuu sen hyvin herkkään tartuntakykyyn ihmisestä toiseen – vain noin sata virusta voi aiheuttaa tartunnan. Norovirus säilyy myös tartuttavana erilaisilla pinnoilla useiden päivien ajan, minkä lisäksi taudin itämisaika on verrattain lyhyt eli noin 12–48 tuntia. Nämä asiat yhdessä johtavat usein sairaaloissa ja hoitolaitoksissa norovirusepidemioihin huolimatta tehostetusta käsihygieniasta. (Lumio 2016b; Kantele 2016.)

*Clostridium difficile* -ripuli syntyy usein antibioottilääkityksen jälkeen, jolloin suoliston normaali bakteerikanta muuttuu ja *Clostridium difficile* -bakteeri pääsee lisääntymään ja kannasta riippuen tuottamaan ripulia aiheuttavaa toksiniä (THL

2015a; Rautio 2010, 234). Taudinkuva ilmenee vetisenä, joskus vihertävänä, ripulina, johon liittyy vatsakipua ja kuumetta. Bakteri voi aiheuttaa myös paksusuolitulehduksen ja vakavassa tapauksessa jopa suolilaman. (Laine 2016). Vaikka *C. difficile* -ripuli on lähtökohtaisesti antibiootihoidosta johtuva, se voi olla infektiivinen ja levitä kosketustartuntana hoitolaitoksissa. Tartunta leviää bakteerin itiöiden välityksellä tartunnan saaneesta potilaasta ja kontaminoituilta pinnoilta. Itiöt ovat hyvin kestäviä ja säilyvät eri pinnoilla pitkiäkin aikoja. (THL 2015a, Rautio 2010, 234–235; Elomaa 2007, 119–121.)

*Clostridium difficile* -ripulin ilmettyä se voi lähteä herkästi leviämään, joten potilas on syytä sijoittaa kosketuseristykseen mahdollisimman nopeasti. Tämän lisäksi tehostettu käsihygienia on erityisen tärkeää – *C. difficile* ei tuhoudu käsistä alkoholihuuhteella, joten hoitohenkilökunnan on muistettava käsien saippuapesu aina potilaskontaktin jälkeen. (Laine 2016; Rautio 2010, 235; Elomaa 2007, 120.) Jos tartunnan saaneita potilaita on useampia, nämä voidaan kohortoida eli eristää samaan huoneeseen, mutta tällöin eristystilassa työskentelevä hoitohenkilökunta on pyrittävä pitämään erillään muusta potilashoidosta (Laine 2016; Eloranta 2007, 120). Guilleminin ym. (2015, 43–44) laadullisessa tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat *C. difficile* -potilaan hoitotyön erityisen työlääksi ja haasteelliseksi. Haasteet kumpusivat potilaan hallitsemattoman ripulin hoitamisen lisäksi vaativista kosketuseristystoimien noudattamisesta ja suojavausteiden pukemisesta ja riisumisesta, mikä puolestaan lisäsi hoitajien työkuormaa ja vähensi eristyksessä olevien potilaiden kanssa vietettyä aikaa.

### 2.2.3 Neutropenia

Neutrofiiliset valkosolut ovat osa kehon puolustusjärjestelmää, ja niiden pääasiallinen tehtävä on torjua infektioita. Joissain tilanteissa immuunivaste voi häiriintyä ja neutrofiilitaso alentua, jolloin puhutaan neutropeniasta. Neutropenia voi vakavuusasteestaan riippuen olla täysin harmiton tai jopa henkeä uhkaava tila. Tila voi olla krooninen, jolloin sillä ei ole suurta vaikutusta henkilön arkielämään, tai äkillisesti eli akuutisti tuleva, jolloin potilaan tila voi vaatia sairaalahoitoa. Jos potilas kuumeilee neutrofiilitasojen ollessa alhaiset, hoidon tarpeen arviointi on tehtävä välittömästi. (Elonen 2016, 310–312.)

Neutrofiilien taso selviää tavallisessa laboratoriotutkimuksessa, ns. verenkuvasta. Normaali viitearvo neutrofiileille verenkuvassa on  $1,5\text{--}6,7 \cdot 10^9/l$ . Vakavasta neutropeniasta puhutaan, kun neutrofiilisten leukosyyttien määrä veressä on alle  $0,5 \cdot 10^9$  litrassa. (Elonen 2016, 310.) Huomattavasti alentunut valkosolujen määrä aiheuttaa potilaalle merkittävän uhan bakteeri-infektiosta kehon immuunivasteen ollessa alentunut. Sairaalahoitoon johtavan vakavan neutropenian yleinen aiheuttaja on syöpähoitojen yhteydessä annettavat kuuriluontoiset ja suuriannoksiset solunsalpaajat. Muita syitä alentuneille neutrofiilitasoille voivat olla mm. tietyt lääkeaineet ja esimerkiksi hi-viruksen aiheuttama infektio. (Elonen 2016, 310–311; Karttunen, Soini & Vuopala 2005, 113–114.)

#### 2.2.4 Influenssa

Influenssaviruksien (A- ja B-viruksien) aiheuttama influenssa on äkillinen ylempien hengitysteiden tulehdus (THL 2015c). Influenssa leviää pisaratartuntana ja kosketuksen välityksellä. Suomessa influenssaa tavataan eniten joulukuun ja huhtikuun välisenä aikana. Sairastumisalttiuteen vaikuttaa sydän- ja verisuoniperäinen sairaus, vastustuskyvyn alentuminen sairauden tai vastustuskykyyn kohdentuvan hoidon vuoksi, raskaus, ylipaino sekä influenssaa sairastavien ihmisten kohtaaminen. (Ahonen ym. 2012, 728–729.)

Influenssan oirekuvaan kuuluu nopeasti nouseva korkea kuume, lihaskipu, päänsärky ja pahoinvointisuus. Oireisiin lukeutuu myös flunssan kaltaisia oireita, kuten nuhaa ja kuivaa yskää. Influenssan diagnosoinnissa käytetään ylähengitysteiden eritteiden tutkimista sekä verikokein saatavaa CRP-tulehdusarvoa. (Ahonen ym. 2012, 729.) Viruksen itämisaika on 1–7 päivää ja influenssan oireiden kesto on noin 3–8 päivää (Heikkinen 2016).

Influenssaan on rokote, joka on maksuton riskiryhmään kuuluville henkilöille, joita ovat edellä mainittujen lisäksi yli 65-vuotiaat, varusmiehet sekä 6–35 kk lapset. Rokotteesta saa suojaa tiettyjä viruskantoja kohtaan sekä mahdollisia jälkitauteja vastaan, mutta rokote ei suojaa tavalliselta nuhakuumeelta. (THL 2017.) Influenssan hoito voi vaatia sairaalassa tapahtuvaa hoitoa. Kotona tapahtuvassa hoidossa painotetaan lepoa. Influenssassa käytettävä lääkehoito

(oseltamiviiri sekä tsanamiviiri) lyhentävät taudin kestoa ja antavat suojaa jälkitauteja vastaan. (Lumio 2017.)

### 2.2.5 Kilpirauhassyöpä ja struuma

Kilpirauhassyöpä ilmenee kyhmynä kaulalla sekä imusolmukkeiden laajentumisena kaulan tienoilla. Nopeasti etenevä syöpä aiheuttaa äänen käheyttä ja vaikeuksia nielemisessä ja hengittämisessä. Kasvaimia on useampaa eri tyyppiä: papillaarinen, follikulaarinen, medullaarinen, anaplastinen ja lymfooma. Kilpirauhassyövän syntymiseen vaikuttaa ionisoiva säteily – kaulalle kohdistuva sädehoito tai ydinvoimaloista päässyt säteily nostaa kilpirauhassyövän riskiä. Syöpä todennetaan ultraäänitutkimuksella sekä ohutneulanäytteen avulla. (Ahonen ym. 2012, 580–581.)

Hoitomuotona kilpirauhassyövässä on leikkaus tai radiojodihoitoon huonosti vastaavassa tapauksessa sädehoito. Leikkauksessa poistetaan kilpirauhanen kokonaan sekä syövän sairastuttamat imusolmukkeet. Leikkauksen jälkeisen tarkastuksen jälkeen aloitetaan radiojodihoito, mikäli leikkauksessa ei ole onnistuttu poistamaan kaikkea kilpirauhaskudosta. Radiojodihoidon tarkoituksena on estää syövän uusiutuminen. Poistetun kilpirauhasen jäljiltä potilas on elinikäisellä tyroksiinilääkityksellä. Tyroksiinia annostellaan päivittäin niin suurta määrää, että aivolisäkkeen tuottaman kilpirauhashormonin (TSH) tuotanto tyrehtyy kokonaan. TSH:n on todettu olevan osatekijänä kilpirauhassyövän syntymisessä. (Ahonen ym. 2012, 581–583.)

Struumasta puhuttaessa tarkoitetaan suurentunutta kilpirauhasta. Kilpirauhasen suurentuminen voi johtua ihmiselle välttämättömän hivenaineen jodin puutoksesta tai ravinnon vaikutuksesta (esimerkiksi kaali ja bataatti) kilpirauhasen hormonituotannon vähentymiseen ja TSH-hormonin lisääntymiseen. Struuma oireilee samankaltaisesti kuin kilpirauhassyöpä eli kyhmyntuntemuksena ja ongelmina ruoan nielemisen ja normaalin hengittämisen kanssa. Lisäksi voi esiintyä huimausta. Struuma todennetaan kilpirauhassyövän tavoin ultraäänitutkimuksella sekä ohutneulanäytteellä. (Välimäki & Schalin-Jäntti 2010.)

Struuman hoitomuotona käytetään tyroksiinilääkehoitoa, leikkausta ja radiojodihoitoa. Hoitomuodon valinnassa tarkastellaan potilaan terveydentilaa ja struuman vaikutusta potilaan elämänlaatuun. Tyroksiinihoidon vasteeseen vaikuttaa potilaan ikä, struuman kyhmyisyys ja struuman ikä. Mikäli tyroksiinihoito ei tuota toivottua vastetta suoritetaan leikkaus, jossa kilpirauhanen poistetaan kokonaan struuman uusiutumisen pienentämiseksi. Radiojodihoito suoritetaan eristettynä sairaalan tiloissa, mikäli leikkaukselle on vasta-aihe, kuten ikä. Nuorille ei suoriteta ensimmäisenä hoitomuotona radiojodihoitoa sen syöpää lisäävän riskin vuoksi. (Välimäki & Schalin-Jäntti 2010.)

## 2.3 Eristysluokat

### 2.3.1 Kosketuseristys

Kosketuseristyksessä eristetään potilas, jolla epäillä tai on suoraan tai epäsuoraan kosketuksen välityksellä leviävä sairaus (Iivanainen & Syväoja 2013, 48). Potilas kosketuseristetään, mikäli hänellä on moniresistenttejä bakteereja bakteerikannassaan, gastroenteriitti (maha-suolitulehdus) tai vyöruusu. Muita mahdollisia eristysaiheita ovat täit, syyhy tai runsaasti erittävä haava. (Kolho 2015.) Kosketuseristyksen tarkoituksena on estää tartunnan leviäminen kosketustartuntatien kautta (Gould 2009, 51). Eristyksessä tärkeintä on oikeaoppinen suojainten käyttö ja hyvä käsihygienia. Kertakäyttöisten suojakäsineiden ja suojaesiliinan käyttäminen aina potilaskontaktissa ja käsien peseminen huoneesta lähtiessä on tärkeää. Sairaaloissa pyritään saamaan kosketuseristyspotilaalle yhden hengen huone. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 115; Gould 2009, 51.)

Kosketuseristyksen kesto määrittyy taudille ominaisten kriteereiden mukaan. Esimerkiksi ihoinfektiossa eristys voidaan purkaa, kun runsas erittäminen infektiotilalta on loppunut. Kosketuseristys huoneessa olevat suojaamattomat tavarat ovat potilaskohtaisia, ja ne tulee hävittää ennen huoneeseen tulevaa uutta potilasta. Kosketuseristettävästä huoneesta tulee olla selkeä merkki huoneen ulkopuolella sekä käytänteistä kertova ohjeistus esillä, jotta mikrobien leviämistä huoneen ulkopuolelle voitaisiin ehkäistä. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015a.)



Usein vuodeosastoilla ei ole riittävästi yhden hengen huoneita eristyskäyttöön. Tällöin samaa infektiota sairastavat potilaat voidaan kohortoida eli sijoittaa samaan eristystilaan. Kohortointia voidaan myös käyttää potilailla, joilla on jokin moniresistentti mikrobi. Kohorttien tulee olla erillään, joko omalla osastolla tai eri huoneessa. Jos mahdollista, kohorteilla tulisi olla eri hoitohenkilöt. Jos tämä ei onnistu, hoitojärjestys etenee infektoitumattomista tartunnan saaneisiin. (Ylipalaosaari & Keränen 2010, 194.)

### 2.3.2 Suojaeristys

Suojaeristyksellä pyritään ehkäisemään infektioita puolustuskyvyn alhaisen vaiheen, kuten akuutin tai pitkittyneen neutropenian aikana (Salonen & Sinisalo 2010, 376). Potilas asetetaan suojaeristykseen elimistön puolustusjärjestelmän ollessa matala. Tällöin potilas on herkkä ympärillä liikkuville infektioille. Yksi merkittävistä mahdollisista infektiolähteistä on hoitohenkilökunnan käsien välityksellä kulkeutuvat mikrobit, mutta myös ilma, vesi ja elintarvikkeet voivat aiheuttaa uhan tartunnalle. Suojaeristyksessä käytännön toimilla pyritäänkin ennaltaehkäisemään näiden mahdollisten infektiolähteiden aiheuttamaa uhkaa. Potilaan huoneessa olevat hoitovälineet ja muut tavarat ovat huonekohtaisia, jotta voidaan välttää mikrobien leviämistä suojaeristyksessä olevan potilaan huoneeseen. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015b; Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie 2015, 10–13.)

Hoitohenkilökunnalta vaaditaan hyvää aseptiikkaa eli hyvää käsihygieniaa ja suojarusteiden käyttöä. Suojarusteina käytetään suu-nenäsuojaa sekä suojakäsineitä ja suojatakia tai -esiliinaa lähikontaktissa. Henkilökunnan tulee olla terveitä, heillä ei saa olla akuutteja iho-ongelmia ja rokotusten tulee olla voimassa olevia. Potilaan ruoan tulee olla kuumennettua bakteerien tuhoamisen varmistamiseksi. Jos potilasta pitää kuljettaa huoneen ulkopuolella esimerkiksi tutkimuksiin, potilaan on käytettävä filteröivää hengityssuojainta. Suojaeristyksessä olevaa potilasta sekä hänen omaisiaan ja huoneessa muita vierailevia henkilöitä tulee informoida eristyksen tarkoituksesta ja käsidesinoinnin ja suojarusteiden käytön tärkeydestä. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015b; Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie 2015, 15–16.)

Lee ym. (2011, 406–411) katsausartikkelissa on tarkasteltu neutropeniapotilaiden kokemuksia suojaeristyksen aikana. Artikkelin mukaan fyysinen eristäminen johtaa usein myös sosiaaliseen eristymiseen ja yksinäisyyden tunteeseen. Lisäksi potilaat voivat kokea voimattomuuden ja ahdistuneisuuden tunnetta siitä, että päätösvalta itsestä on tavallaan viety pois. Tarjoamalla potilaalle päätösvaltaa ja joustavuutta päivän aikataulujen suhteen saatetaan lisätä potilaan kontrollin tunnetta tilanteestaan. Autonomian tunteen tukemiseksi potilaalle on hyvä ilmoittaa etukäteen tehtävistä hoitotoimenpiteistä ja mahdollisuuksien mukaan annettava potilaan osallistua näihin. Hoitaja edesauttaa potilaan suojaeristyksessä olemista havainnoimalla potilaan tuntemuksia ja tarjoamalla tarvittaessa tukea ja keskusteluseuraa. Joillekin potilaalle selviytymiskeinon tarjoaa riittävä tietämys suojaeristyksen tarpeesta; kun eristyksen syy ymmärretään riittävän tehokkaasti, tilanteeseen on helpompi sopeutua ja käsitellä asiaa tilapäisenä ongelmana. Sosiaalisten kontaktien tukeminen ja vierailujen mahdollistaminen on eristyksessä olevalle potilaalle ensiarvoisen tärkeää.

### 2.3.3 Muut eristykset (radiojodi-, pisara- ja ilmaeristys)

Radiojodieristystä toteutetaan kilpirauhasongelmien yhteydessä. Radiojodihoidtoa annetaan niille potilaille, joilta on tarkoitus tuhota kilpirauhas kudosta joko osittain tai kokonaan esimerkiksi struuman tai syöpäkasvaimen vuoksi. Hoito toteutetaan antamalla potilaalle radioaktiivinen jodikapseli, ja hoidon vaikutus perustuu kapselin vapauttamaan beetasäteilyyn ja tästä aiheutuvaan soluvaurioon. (Mäenpää 2014; Välimäki & Schalin-Jäntti 2009, 203–207.) Beetasäteilyn lisäksi jodikapselista vapautuu gammasäteilyä, josta voi aiheutua terveydellistä haittaa niin hoitohenkilökunnalle kuin muille osastolla oleville henkilöille (Al-Shakhrah 2008, 906). Radioaktiivisen säteilyn vuoksi suositeltavaa on pitää potilasta 2–4 vuorokautta eristyshoidossa (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 405). Radiojodihoidon eristyksen toteutus on erityislaatuista verrattuna muihin eristykseen, sillä siinä tavoitteena on pitää varsinainen fyysinen hoitokontakti mahdollisimman vähäisenä hoitohenkilökunnan säderasituksen minimoimiseksi (Säteilyturvakeskus 2013; Al-Shakhrah 2008, 910).

Radiojodieristystä toteuttaessa tärkeää on kiinnittää huomiota valmisteluihin ja potilaan hyvään ohjaukseen. Monesti potilas kokee huolta tulevasta altistuksesta radioaktiiviselle säteilylle, ja hoidon ja käytäntöjen selvittäminen etukäteen lisää niin potilaan turvallisuuden tunnetta kuin potilasturvallisuutta ylipäättäen. Potilaalle kerrotaan varsinaisesta hoidosta ja sen vaikutusmekanismien lisäksi keinoista, joilla altistuminen radioaktiiviselle säteilylle muutoin kuin kilpirauhasen osalta saadaan minimoitua. (Al-Shakhrāh 2008, 905–906.) Lapin keskussairaalan osasto 5A:lla radiojodieristykset pyritään ajoittamaan viikonlopun yli niin, että eristys alkaa perjantai-iltapäivänä jodikapselin ottamisen yhteydessä. Potilas ei saa poistua hoidon aikana huoneesta, eikä vieraita voida ottaa tällöin vastaan. (Niemeläinen 2017.)

Potilas sijoitetaan eristyksen ajaksi yksityishuoneeseen, jonka seinät on vuorattu lyijylevyillä. Tällä tavalla viereisessä huoneessa olevat potilaat tai huoneen ulkopuolella oleskelevat eivät altistu ylenmääräiselle säteilylle. Potilaan huoneessa on oltava omat WC- ja kylpytilat, ja potilaalle painotetaan hyvän hygienian merkitystä. Suurin osa säteilystä poistuu kehosta virtsan kautta, joten esimerkiksi WC-pönttö kehoitetaan huuhtelemaan kahdesti aina WC-käynnin jälkeen. Syljenerityksen lisäämiseksi ja näin sylkirauhasten turvaamiseksi potilasta kannustetaan imeskelemään sitruunapastilleja etenkin hoidon alussa. Lisäksi kehoitetaan juomaan runsaasti. Potilaalle ohjataan myös se, kuinka likaisia vuodevaatteita ja roskia käsitellään hoidon aikana. Yleissääntönä on, se että radiojodieristys huoneesta ei tuoda mitään ulos ennen kuin siihen on saatu lupa säteilyn tasoa seuraavalta taholta. (Niemeläinen 2017; Al-Shakhrāh 2008, 906–910.)

Hoitajien osalta radiojodihoidon menestyksekkään toteuttamisen perustana on hyvä koulutus ja tietopohja. Jokainen hoidossa mukana oleva tulisi olla koulutettu säteilyturvallisuusasioista, ja näitä koulutuksia olisi myös hyvä saada säännöllisesti. Hoitajilla on oltava tieto siitä, miten toimia ja mihin ottaa yhteyttä, jos potilas kokee komplikaatioita hoidon aikana tai ajaudutaan hätätilaan. Hoitajien huoneeseen menoa monesti rajoitetaan radiojodihoidon yhteydessä, mutta jos huoneeseen mennään, on käytettävä niin suojatakkaa, suojakäsineitä kuin suunenäsuojaakin. Muista eristyksistä poiketen myös kengänsuojukset ovat välttämättömät. (Al-Shakhrāh 2008, 905–908.) Lapin keskussairaalan osasto 5A:n ohjeistuksen mukaan huoneeseen mennään vain tarpeen vaatiessa, ja tällöin

käytössä on oltava lyijyliivi ja kilpirauhassuoja. Potilaaseen myös pyritään pitämään kolmen metrin etäisyys. (Niemeläinen 2017.) Radiojodieristys voidaan purkaa siinä vaiheessa, kun mitattu säteilyarvo saavuttaa tietyn kynnsarvon. Huomioitava on, että potilaasta vapautuu vielä tällöinkin radioaktiivista säteilyä, ja viimeistään kotiutusvaiheessa potilasta on vielä ohjattava siitä, kuinka toimia kotona ja julkisilla paikoilla ympärillä olevien ihmisten säteilyaltistuksen minimoimiseksi. (Al-Shakhrāh 2008, 909.)

Pisara- ja ilmaeristystä käytetään hengitysteitse tarttuvien sairauksien leviämisen ennaltaehkäisemiseksi. Pisara- ja ilmanteitse tarttuva sairaus leviää esimerkiksi yskinnän tai aivastuksen kautta, pisaratartunnassa suurempina pisaroina ja lyhyemmällä matkalla kuin ilmatartunnassa, jolloin sairauden aiheuttajat voivat levitä pitkällekin ilman välityksellä. Ilmaeristyksessä oleellista on erityinen alipaineistettu potilashuone ja hoitohenkilökunnan sekä vierailijoiden osalta jatkuva filtteröivän hengityssuojaimen käyttö eristyshuoneessa oleillessa. Pisaraeristuksen käytäntö hoitotyössä vastaa pitkälti kosketuseristystä, ja toisaalta moitteeton käsihygieniä voisi jopa poistaa pisaraeristuksen (kuin myös kosketuseristuksen) tarpeen. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 185; 200–201; Gould 2009, 52.) Osastolla 5A hoidetaan jonkin verran potilaita pisaraeristyksessä lähinnä influenssan vuoksi, mutta alipaineistettujen huoneiden puuttuessa ilmaeristystä ei osastolla toteuteta ollenkaan (Niemeläinen 2016).

### 3 ERISTYSPOTILAAN HOIDON TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Eristyspotilaan hoitotyö

Hoitotyön käsitteellä tarkoitetaan hoitotieteessä varsinaista annettua hoitoa, jolla pyritään edistämään terveyttä ja lieventämään kärsimystä. Tämä terveydenhuollon ammattilaisten antama hoito täytyy olla näyttöön perustuvaa eli tutkittua tietoa tai ammatillisiin kokemuksiin tai käytänteihin perustuvaa. (Eriksson ym. 2012, 32.) Sitä, mitä potilas sairautensa aikana kokee ja tuntee, pidetään tärkeämpänä hoitotyössä kuin itse sairautta. Hoitotyön tavoitteena on pyrkiä tunnistamaan potilaan ongelma, tukea ja auttaa häntä sekä pyrkiä lievittämään tai poistamaan sairauden aikaansaamaa kipua, häpeää tai pelkoa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 16.) Eristyspotilasta hoidettaessa otetaan huomioon yksilöllinen lähestyminen ja hoitaminen, terveys ja potilaan oma käsitys siitä, ympäristö ja sen vaikutus potilaan hyvinvointiin sekä hoitajan näyttöön perustuva, ajan tasalla oleva tietämys hoitotyöstä (Rautava-Nurmi ym. 2014, 14–15.)

Eristys aiheuttaa potilaalle sekä omaisille monesti huolta ja ahdistusta. Eristyspotilaan ahdistusta voidaan torjua ja lieventää asianmukaisella ohjeistuksella. Potilaan hoito on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalle kerrotaan selkeästi hoidosta, hänen sairastamastaan infektiosta tai mikrobikantajuudesta sekä eristystoimien tarkoituksesta. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 194.) Mikäli potilaalle suoritetaan toimenpiteitä tai hän muusta syystä poistuu huoneestaan erityksen aikana, tulee potilaan suojautua esim. suunenäsuojaimella vähentääkseen mikrobien leviämistä. Omaisia ohjeistetaan pukeutumaan asianmukaiseen suojaruustukseen sekä desinfioimaan kädet alkoholipitoisella käsihuhuhteella ennen ja jälkeen potilashuoneessa vierailun, millä pyritään ehkäisemään mikrobien leviämistä. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 116.)

Ohjaaminen on hoitotyössä yksi osa ammatillista toimintaa ja tärkeä osa potilaiden hoitoa. Ohjaus tapahtuu tilanteissa, joissa keskustellaan potilaan sairautteen liittyvistä asioista. Onnistuneella ohjauksella on vaikutusta potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.) Hoitohenkilökunta ohjaa potilasta tämän arvoihin perustuen sekä arvioi yksilökohtaisesti potilaan

tiedon tarpeen määrän terveydentilaansa koskien. Hyvällä ohjauksella voidaan sitouttaa potilas paremmin hoitoon sekä ehkäistä katkoksia hoidossa. Potilasta on hyvä myös kannustaa hakemaan tietoa omatoimisesti ohjaten luotettaviin lähteisiin, kuten Käypä hoito -sivustolle, saatavilla olevan tiedon kirjavan laadun vuoksi. (Ahonen ym. 2012, 34–39.)

### 3.2 Tavanomaiset varotoimet

Tavanomaisilla varotoimilla tarkoitetaan suositeltavaa ja näyttöön perustuvaa hyvää hoitokäytäntöä potilaiden hoidossa (Karhumäki, Jonsson & Saros 2016, 75), mitä on hyvä käyttää aina hoidon yhteydessä riippumatta potilaan infektiomahdollisuudesta tai alentuneesta immuunisuojasta (Kujala 2011, 321). Tavanomaiset varotoimet ilmentävät standardien ja rutiinin mukaista, hyvää potilaan hoitamista. Keskeisenä tavoitteena on hoitaa potilasta niin, että hänen hoitaminen ei tuota hoitajille tai ympäristölle minkäänlaista uhkaa, sairastipa hän mitä tautia tahansa. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 27.)

Tavanomaisen varotoimien tarkoituksena on torjua mikrobien siirtymistä potilaista työntekijöihin, työntekijöistä potilaisiin sekä potilaasta työntekijän välityksellä toisiin potilaisiin. Näin pyritään estämään infektioiden tai epidemioiden syntyä. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 185.) Tavanomaisissa varotoimissa on viisi keskeistä osaa: oikeat työskentelytavat, oikea käsihygienia, pisto- ja viiltovahinkojen välttäminen, oikea suojainten käyttö ja oikea välineiden käyttö. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 28.)

Tavanomaisten varotoimien perusta on käsien desinfektio, jolla poistetaan käsistä potilaan tai hänen ympäristönsä koskettamisesta käsiin joutuneet mikrobit. Käsien desinfektiota suositellaan tehtäväksi desinfektioaineella ennen ja jälkeen potilaskontaktin sekä käsineiden vaihdon yhteydessä. Desinfektioaineella saadaan nopea väliaikaisten mikrobien vähentyminen potilaskontaktien välissä. (Syrjälä & Teirilä 2010, 167–168.) Käsien välityksellä tapahtuva kosketustartunta on merkittävä hoitoon liittyvien infektioiden leviämistapa. Tämän vuoksi terveydenhuollossa on kiinnitettävä erityistä tarkkuutta käsihygieniaan. Käsihygienialla tarkoitetaan terveydenhuollossa niitä toimenpiteitä, joilla pyritään mini-

moimaan mikrobien siirtymistä käsien välityksellä henkilöstä toiseen. (Syrjälä & Teirilä 2010, 165; Karhumäki, Jonsson & Saros 2016, 66.)

Kädet on pestävä vedellä ja saippualla ennen desinfektiota, jos niissä on näkyvää likaa. Suojainten käytössä eritoten käsineet ovat keskiössä tavanomaisia varotoimia ajatellen – käsineitä käytetään aina, kun kosketetaan, tai on vaara koskettaa, kehon eritteitä tai kontaminoituneita alueita. Käsineet vaihdetaan potilaiden välillä ja myös työkohtaisesti, jos siirrytään ns. likaiselta alueelta puhtaalle. (Kujala 2011, 321.)

Pisto- ja viiltovahinkojen välttämiseksi pyritään estämään työperäiset veritartunnat. Tämä toteutuu tavanomaisista varotoimista huonoiten. Teräviä neuloja ja instrumentteja tulee käsitellä erittäin huolellisesti. Käytettyyn neulaan ei saa laittaa suojakorkkia, vaan se laitetaan suoraan astiaan joka on tukeva, läpäisemätön ja tiiviisti suljettava astia. Astian on oltava lähellä työskentelypistettä, jolloin ei tarvitse kulkea neula kädessä. (Syrjälä 2010, 29; Rautava-Nurmi ym. 2015, 98.)

### 3.3 Suojavarusteet ja hoitovälineet

Suojavarusteiden pukeminen riippuu eristysluokan ohjeista. Eristysluokasta riippumatta lähihoidossa käytetään suojatakia tai -esiliinaa etenkin toimenpiteissä, joissa voi roiskua eritteitä hoitajan päälle. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 118.) Suojakäsineiden käyttö vähentää työntekijän kontaminoitumista potilaan mikrobeille ja estää työntekijän mikrobien siirtymistä potilaaseen toimenpiteen aikana tai kosketeltaessa potilaan rikkiästä ihoa tai limakalvoja. Käsineiden tulee olla kertakäyttöisiä ja potilas- sekä toimenpidekohtaisia. Varsinkin kosketuseristyksessä suositellaan, että kaikki työntekijät käyttävät käsineitä. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 196.)

Suojatakilla ja -esiliinalla suojataan työasua ja alueita, joita työasu ei peitä. Hius-, silmä- ja suu-nenäsuojaa käytetään ollessa eritteiden kanssa tekemisissä, tarkoituksena on suojata ilmassa leijuvien partikkeleiden tarttumista hiuksiin, silmiin tai ihoon. Kengänsuojukset on todettu tarpeettomiksi infektioiden leviämistä estäessä. Kaikki suojavaatteet ovat kertakäyttöisiä. Suojaimia riisuessa tulee kiinnittää huomioita siihen, etteivät kontaminoituneet suojaimet kosketa

puhtaana pidettäviä ihokohtia tai hiuksia. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 106–107.) Taulukossa 1. selvennetään askel askeleelta suojarusteiden pukemis- ja riisumisjärjestys, jota noudattamalla saavutetaan paras mahdollinen suoja eristyshoidossa.

Taulukko 1. Suojarusteiden pukemis- ja riisumisjärjestys (Rautava-Nurmi ym. 2014, 117.)

<b>Suojarusteiden pukeminen</b>	<b>Suojarusteiden riisuminen</b>
Käsien desinfektio	Suojaesiliinan/-takin vyötärönauha
Suojalasit	Suojakäsineiden riisuminen
Hiussuoja	Suojaesiliinan/-takin niskanauha
Suu-nenäsuoja	Suu-nenäsuojan riisuminen nauhoista
Suojaesiliina/-takki	Hiussuoja
Käsien desinfektio	Suojalasit
Suojakäsineet	Käsien desinfektio

Hoito- ja puhdistusvälineiden, kuten esimerkiksi verenpainemittauksessa käytettävien mansettien, suositellaan olevan eristyshuoneessa kertakäyttöisiä, jotta ne voidaan poistaa käytöstä eristyksen purkamisen jälkeen. Mikäli jotkin hoitovälineet, kuten kuumemittarit tai stetoskoopit, eivät ole kertakäyttöisiä, vaan useampaan käyttöön tarkoitettuja, tulee välineistöt puhdistaa ja desinfioida kunolla eristyksen päätyttyä. Välineet, jotka kestävät lämpödesinfektion, voidaan viedä huoltohuoneeseen. Välinehuoltokeskuksen kautta kulkevat steriloitavat välineet tulee kuljettaa ohjeiden mukaisesti. Eristyshuoneeseen on hyvä varata tarvittavat hoitovälineet etukäteen. (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 894.) Hoitovälineitä varataan huoneeseen tarpeen mukaisesti, ja ylimääräiset välineet poistetaan käytöstä eristyksen päätyttyä (Karhumäki ym. 2016, 195).



Eristyshuoneeseen ei tule viedä potilaspapereita tai tietokoneita mikrobien leviämisen ehkäisemiseksi (Rautava-Nurmi ym. 2014, 117–118). Mikäli potilaan hoidossa käytettävät välineet koskettavat potilaan ihoa tai limakalvoa, tulee kyseinen hoitoväline desinfioida. Sterilointi suoritetaan silloin, kun hoitoväline lävistää potilaan ihon tai limakalvon. Pistotapaturmien välttämiseksi neuloja ei hylsytetä, vaan ne laitetaan neuloille tarkoitettuun erityisjäteastiaan. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015a.)

### 3.4 Eristyshoidon haasteita

Eristyshoidossa on paljon tarkkuutta ja yksityiskohtaista huomiointia vaativia toimintoja, mikä tuo poikkeaman osaston ”normaaliarkeen” ja saattaa näin aiheuttaa jonkin verran haasteita hoitotyön toteutukseen. Kirjavan käytössä olevan eristysluokkien termistön kautta riskinä on, että hoitajat eivät aina tunnista oikeiden suojarusteiden käyttövaatimuksia mennessään eristyshuoneisiin. Riskinä on niin liian vähäisten tai vääränlaisten suojien käyttö eristyspotilaan hoidossa kuin liiallinen suojautuminen potilashuoneeseen mentäessä. Molemmat heikentävät hoidon laatua, ensimmäinen esimerkiksi altistamalla muita potilaita ja hoitajia infektiolle ja jälkimmäinen puolestaan vähentämällä hoitokontaktien määrää. (Landers ym. 2010, 2316–2317.)

Hoitokontaktien määrän väheneminen kosketuseristyspotilaiden kohdalla on pystytty todentamaan myös muissa tutkimuksissa, mm. Sprague, Reynolds & Brindley (2016, 3) katsausartikkelissa eristyspotilaiden saama hoito on määrällisesti jopa puolet vähäisempää verrattuna muihin potilaisiin. Kanadalainen MRSA-potilaiden kohorttieroistusta koskeva tutkimus päättyi samansuuntaiseen tulokseen verratessaan tehtyjä kirjauksia potilaan hoitotoimista eristyksen ulkopuolella olevien potilaiden kirjauksiin. Masse ym. (2013, 2–4) mukaan vähäisemmät hoitokontaktit ja harvempi seuranta saattavat olla riski potilasturvallisuuden näkökulmasta katsottuna.

Uudenlaista keskustelua käydään nykyään ylipäänsä eristystoimien tarpeellisuudesta, sillä näistä ei ole saatu mitattavissa olevaa hyötyä ainakaan MRSA:n leviämisen estämisen osalta verrattuna muutoin tehostettuihin varotoimiin (Sprague ym. 2016, 4). Sprague ym. (2016, 2–4) luettelevat erinäisiä eristys-

toimien haittoja lähtien ylimääräisistä kustannuksista (varusteet, hoitajien työaika) aina potilaiden kohtaamiin haittoihin. Katsausartikkelin mukaan eristyshoidossa olevilla potilailla on jopa 7-kertainen riski estettävissä oleviin komplikaatioihin (mm. kaatumiset, painehaavaumat, neste- ja elektrolyyttihäiriöt), minkä lisäksi masentuneisuus on selvästi yleisempää ja potilaiden tyytyväisyys hoitoon alhaisempaa verrattuna potilaisiin, joihin eristystoimia ei kohdisteta.

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää laadullisen tutkimusmenetelmän keinoin, miten Lapin keskussairaalan osasto 5A:n hoitohenkilökunta kuvaa eristyspotilaan hoitotyön toteutumisen sisätautien vuodeosastolla. Opinnäytetyömme tavoitteena on tarjota osastolle 5A tietoa siitä, miten hoitohenkilökunta kokee eristyspotilaan hoitotyön. Osasto 5A voi kehittää eristyspotilaan hoitotyötä opinnäytetyömme tuloksien pohjalta, kuten esimerkiksi lisätä hoidon laatua vielä entisestään ja parantaa potilasturvallisuutta. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on tietopohjan syventäminen eristyspotilaan hoidon toteutuksesta.

Tutkimustehtävinä opinnäytetyössämme ovat:

- **Miten hoitohenkilökunta kuvaa eristyspotilaan hoitotyön toteutumisen sisätautien vuodeosastolla 5A?**
- **Millaisia kehittämiskohteita eristyspotilaan hoitotyössä on hoitohenkilökunnan kuvaamana sisätautien vuodeosastolla 5A?**

Aiheesta on rajattu pois psykiatrinen eristys, sillä tätä ei toteuteta sisätautien vuodeosastolla. Lisäksi somaattisen eristyksen osalta rajaamme tarkastelualueesta pois ilmaeristyksen, koska alipaineistettujen huoneiden puuttuessa tätä ei voida toteuttaa osastolla 5A.

## 5 LAADULLISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme menetelmänä on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole tehdä tilastollisia yleistyksiä, vaan sen avulla pyritään kuvaamaan tiettyä ilmiötä tai tapahtumaa tai ymmärtämään toimintaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tarkastellaan merkitysten maailmaa, joka on ihmisten välinen ja sosiaalinen. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tarkastellaan ihmisen omia kuvauksia koetusta todellisuudesta. (Vilkkä 2015, 118–119.)

Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tarkoituksena on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ottaen arvomaailma huomioon. Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on ennenkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 151–152.) Käyttöalueita laadullisessa tutkimuksessa on uudet tutkimusalueet, joista ei vielä tiedetä mitään. Laadullinen tutkimusote sopii olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan uusi näkökulma. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50.)

Laadullisena tutkimusmenetelmänä voidaan käyttää haastattelua, jonka voi suorittaa lomakekyselynä, teemoihin perustuvana haastatteluna tai tutkittavan aiheen perusteellisempaan avaamiseen perustuvana syvähaastatteluna. Kyselyllä tarkoitetaan lomakekyselyn täyttämistä itsenäisesti tai valvotusti. Kyselyn tarkoitus on saada selville ihmisten ajatuksia siitä, miksi he ajattelevat kuin ajattelevat ja miksi toimivat tietyllä tavalla tietyssä tilanteessa. Lomakkeessa kysytään opinnäytetyön ja tutkimusongelman kannalta olennaisia kysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–76.) Lomakkeessa kysyttävät asiat on oltava yksiselitteisiä, ja lomake on hyvä testata etukäteen pienellä otoksella (Tuomi & Sarajärvi 2009, 202–204).

Teimme opinnäytetyömme siis laadullisen tutkimusmenetelmän keinoin. Tutkimme eristyspotilaan hoitotyön toteutumista sisätautien vuodeosastolla 5A. Osastolla ei ole saamamme tiedon mukaan aiemmin kartoitettu eristyspotilaan hoitotyön toteutumista. Valitsimme aineistonkeruumuotona lomakekyselyn

haastattelun sijasta lähinnä ajankäytöllisistä syistä; hoitotyö on hektistä ja nopeasti vaihtelevaa, joten aikataulujen yhteensovittaminen olisi ollut vähintäänkin haastavaa. Lomakkeiden käyttöä puolsi myös se, että rajallisen ajan puitteissa saimme mahdollisimman monen hoitajan näkemyksen aiheesta. Kirjalliseen kyselyyn vastaaminen nimettömänä myös vähentää diplomaattisuuden tarvetta, jolloin kaunistelua ei tarvita ja vastaukset voidaan ilmaista suoraan.

## 5.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Tutkimuksessamme osallistujina (*ja/eli kohderyhmänä*) olivat Lapin keskussairaalan osasto 5A:n sairaanhoitajat ja lähihoitajat sekä perushoitajat. Keräsimme opinnäytetyömme aineiston lomakekyselyn avulla toimeksiantajan toiveen mukaisesti mutta myös aikataulujen yhteensovittamisen vaikeuden vuoksi. Toivoimme tällä tavalla saavamme laajemman aineistopohjan opinnäytetyömme analyysia varten ja osallistujien myös tuovan rehellisemmin näkemyksiään esiin hoitotyön toteutumisesta.

Kohderyhmällä tarkoitetaan joukkoa ihmisiä, joita yhdistää jokin tekijä, jota tutkimuksessa tutkitaan, kuten tässä tilanteessa eristyspotilaiden kanssa työskentelevä hoitohenkilökunta. Kohderyhmän kannalta aineiston keruu tulee suunnitella niin, että aineisto hyödyttää kohderyhmän tarpeita. Kysymykset tulee laatia selkeiksi, lyhyiksi ja ytimekkäiksi ja keskittyä olennaisiin kysymyksiin. Myös kysymysten määrään tulee kiinnittää huomioita – 50. kysymyksen kohdalla keskittymiskyky ei ole parhaimmillaan, mikä voi vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen. Kysymysten asettelussa tulee kiinnittää huomiota siihen, miten tutkija haluaa tutkimuskohteen vastaavaan kysymyksiin. Kysymykset voidaan esittää avoimina, suljettuina tai asteikkona. (VirtuaaliAMK 2007.)

Opinnäytetyömme toimeksiantajana on Lapin keskussairaalan osasto 5A. Lapin keskussairaala on osa Lapin sairaanhoitopiiriä (LSHP), joka kuntayhtymänä vastaa Lapin alueen erikoissairaanhoidollisten palveluiden tuottamisesta. Lapin sairaanhoitopiiri on 15 Lapin kunnan omistama. Erikoissairaanhoidon liittyvien palveluiden lisäksi sairaanhoitopiiri toimii yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa psykiatristen ja kuntoutukseen liittyvien palveluiden tuottamisessa. Erikoissairaanhoidon tarjotaan Rovaniemellä Lapin keskussairaalas-

sa (LKS). Lapin pohjoisimpien kuntien ja LKS:n välillä on useita satoja kilometrejä. Avunsaannin helpottamiseksi LSHP tekee yhteistyötä rajanaapurimme, Norjan ja Ruotsin kanssa. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016a.)

Sisätautien vuodeosasto 5A:lla hoidetaan muun muassa endokrinologisia sairauksia eli hormoneja tuottavien elimien sairauksia, kuten diabetesta. Osastolla hoidetaan myös gastroenterologisia eli vatsaelinsairauksia, kuten Crohnin tautia, sekä hematologisia eli verisairauksia, kuten lymfoomaa. Osastolla hoidetaan myös infektiosairauksia sekä sydän- ja reumasairauksia. Osastolla on 34 potilaspaikkaa. Huoneita on yhden, kahden tai kolmen hengen tarpeeseen. Eristyskäytössä on sekä välitilallisia että tavallisia potilashuoneita. Hoitohenkilökuntaan kuuluu noin 30 henkilöä. Sisätautien vuodeosasto, joka koostuu osastoista 5A ja 5B, kuuluu Lapin sairaanhoitopiirin medisiinisen hoidon alueeseen, jonka tehtävänä on suorittaa tutkimuksia ja antaa terveydentilaan liittyvää hoitoa sekä kuntoutusta vuodeosastolla. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016b; Niemeläinen 2016.)

Lapin keskussairaalan osasto 5A:lla toimii sekä sairaanhoitajia, lähihoitajia että perushoitajia käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyömme lomakekyselyitä toteutettiin osastolle joulukuussa 2016 henkilökunnan määrää vastaava kappalemäärä eli 30 kpl. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa. Sinä aikana kyselyyn vastasi 18 henkilöä. Lomakekysely koostui yhteensä viidestä avoimesta kysymyksestä (Liite 2). Rakensimme lomakekyselyn rungon hyödyntämällä hoitotieteen keskeisiä käsitteitä *terveys, ihminen, ympäristö* ja *hoitotyö*. Lisäksi kysyimme mahdollisia kehittämiskohteita eristyspotilaan hoidossa hoitajien näkökulmasta. Esitestasimme lomakekyselyä käytännön hoitotyössä olevilla hoitajilla, ja palautteen perusteella selvensimme hieman kysymysasetteluja helpommin ymmärrettäviksi. Esitestauksen perusteella kysymysten sisältö vastasi käytännön eristyspotilaan hoitotyötä.

### 5.3 Sisällönanalyysi

Laadullisen tutkimuksen aineiston yleisesti käytössä olevaa analysointimenetelmää kutsutaan sisällönanalyysiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92). Sisällönanalyysia voidaan tehdä joko induktiivisesti aineistolähtöisen otteen kautta tai deduktiivisesti, jolloin pyritään sovittamaan tutkimusaineistoa aikaisempaan tie-

toon. Induktiivinen analysointiprosessi etenee aineiston pelkistämisestä, ryhmitelyyn ja lopuksi abstrahointiin eli yleiskäsitteiden muodostamiseen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7.)

Käytännössä induktiivinen prosessi tarkoittaa tutkimusaineiston analysointia tarkasti rajatulla alueella ja systemaattisesti edeten. Analyysin alkumetreillä valitaan tärkein kiinnostuksen alue tutkimuksen suhteen ja etsitään aineistosta tätä koskevaa tietoa, jota lähdetään yksityiskohtaisemmin työstämään. Tutkimusaineisto käydään useampaan otteeseen läpi merkiten tutkimusongelmaan liittyvät asiat. Tämän jälkeen merkityt kohteet erotetaan muusta tutkimusaineistosta ja jäljelle jäänyt aineisto luokitellaan tai tyypitellään selkeiksi kokonaisuuksiksi. Tämän perusteella luodaan yhteenveto ja yleiskäsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93; Kylmä & Juvakka 2007, 112.)

Laadullisen tutkimusaineiston analyysiprosessissa (etenkin luokittelussa) tulee vääjäämättä mukaan tutkijan oma subjektiivinen tulkinta, mistä syystä objektiivisuuden puute voi tuoda mukanaan luotettavuusongelmia tutkimukseen. Ratkaisuna tähän ongelmaan on ehdotettu kahdenlaista keinoa: face-validateettia ja yksimielisyyskerrointa. Face-validateetilla tarkoitetaan esimerkiksi aiheeseen perehtyneiden asiantuntijoiden tekemää arviointia tutkimustuloksista. Toisaalta tämän haittapuolena on se, että mahdolliset asiantuntijat eivät välttämättä ole tutkijoita, ja näin tutkimuksellinen ote häviää taustalta. Yksimielisyyskerroin taas saavutetaan toisen tutkijan luokittelun avulla, ja kun yhteneväisyys on tasolla 80–85 %, analyysin tulosta voidaan pitää luotettavana. Ongelmana tässäkin tosin on se, kuinka paljon toiselle tutkijalle voidaan paljastaa luokittelun rakenteesta etukäteen, jotta se ei vaikuttaisi lopputulokseen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10–11.)

Opinnäytetyössämme analysoimme saadut vastaukset edellä kuvatuin keinoin. Teimme jokaiselle lomakekyselyn kysymykselle erillisen analyysin. Aluksi vastaukset luettiin huolella läpi, ja vastauksista etsittiin yhteneväisyyksiä. Yhteneväiset vastaukset ryhmiteltiin alaryhmiin, ja saadulle kokonaisuudelle annettiin yläkäsite ryhmien tematiikan mukaisesti. Analyysiprosessissa oli luonnollisesti vahva subjektiivinen ote, mutta kolmen analysoijan kesken pääsimme melko hyvin pohtimaan yksimielisyyden kriteereitä. Face-validateetin ja yksimie-

lisyyskertoimen hyödyntäminen ei tässä yhteydessä ollut mahdollista, koska opinnäytetyöprosessin aikana meillä ei ollut mahdollisuutta hyödyntää ulkopuolisten asiantuntijoiden ja tutkijoiden tietotaitoa. Analyysien perusteella saadut tutkimustulokset kuvataan tarkemmin seuraavassa luvussa.

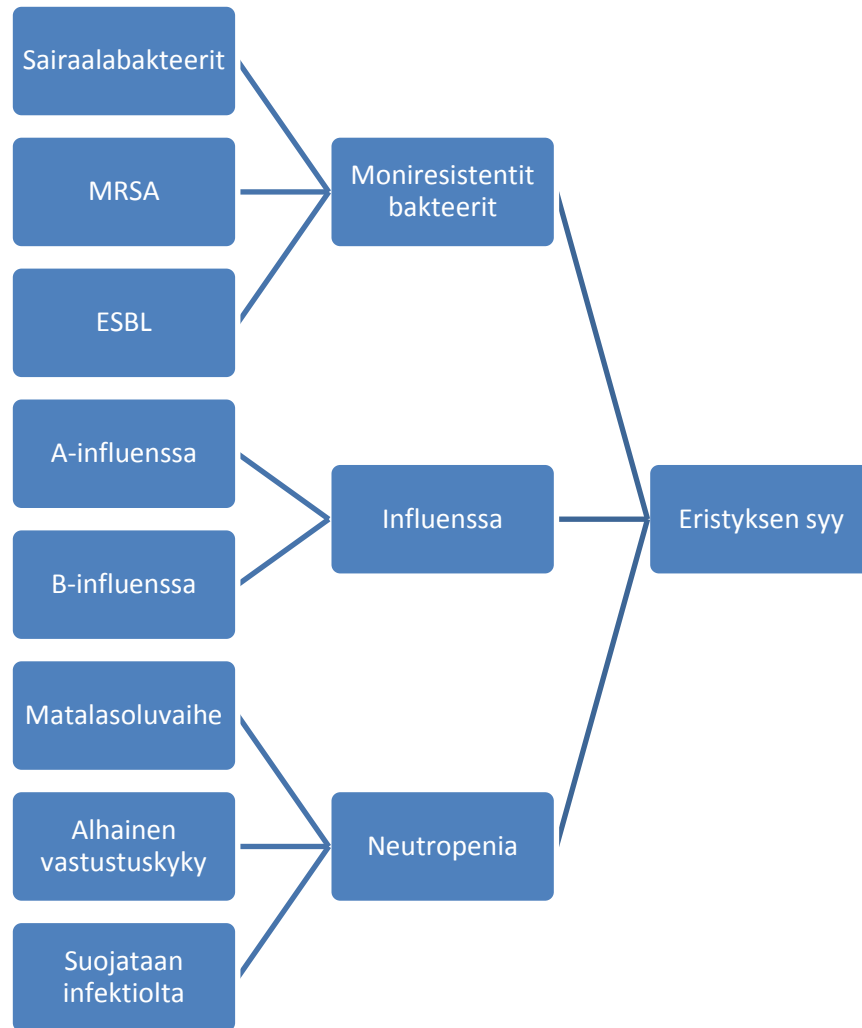


## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Eristyksen syyt

Opinnäytetyömme lomakekyselyn ensimmäinen kysymys perustui hoitotieteen keskeisistä käsitteistä *terveyteen*. Florence Nightingale määritteli terveyden kaikkien kykyjen täysipainoiseksi käyttämiseksi ja hyvinvoinniksi. Henkisen ja fyysisen hyvinvoinnin lisäksi terveyteen kuuluu sosiaalinen hyvinvointi. (Eriksson ym. 2012, 70–72.) Terveyttä voi mitata objektiivisesti, esim. millainen on elimistön toimintatila, tai subjektiivisesti, jolloin terveys voi olla kokemuksellista tai yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltua. (Etene 2014, 3).

Lomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä henkilökuntaa pyydettiin kuvailemaan, millaisia potilaita eristyksissä hoidetaan vuodeosasto 5A:lla. Vastauksien perusteella hoitajilla on hyvä käsitys eristyksistä; moniresistentit bakteerit, ripulitauti ja neutropenia ovat yleisimmät syyt eristää potilasta vuodeosaston tiloissa. Osastolla toteutettava radiojodieristys mainittiin vastauksissa yhden kerran. Lomakkeiden vastauksissa ilmeni, kuinka eristyksistä puhutaan eri käsittein: kosketuseristys, likainen eristys, suojaeristys ja puhdas eristys. Influenssaa hoidetaan vastauksien perusteella likaisessa eristyksessä, kosketus- tai pisaraeristyksessä. Yllättäen yleistä ripulitaudin aiheuttajaa norovirusta ei eritelty vastauksissa ollenkaan. Kuviossa 1. esitetään esimerkki tehdystä sisällönanalyysistä.



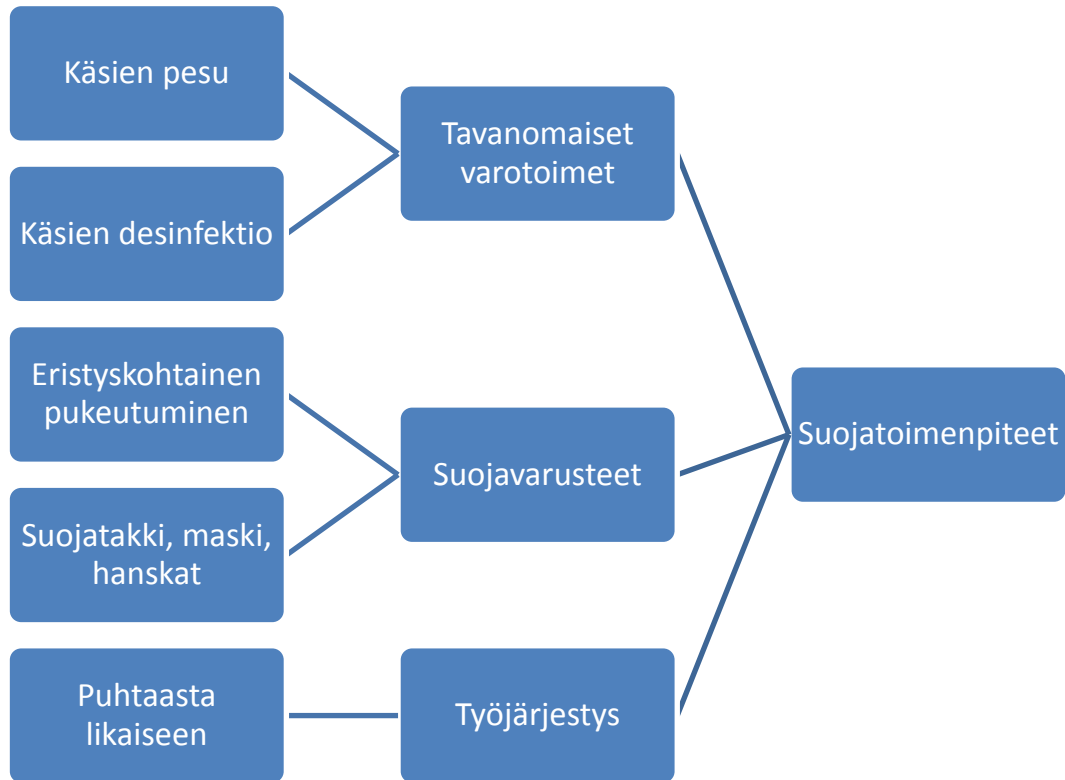
Kuvio 1. Eristyksen syyt (*terveys*)

## 6.2 Suojatoimenpiteet

Lomakekyselyn toisessa kysymyksessä hoitajia pyydettiin kertomaan, millä tavoin he suojaavat eristyksessä olevaa potilasta ulkopuolisilta taudinaiheuttajilta sekä huoneen ulkopuolisia ihmisiä eristyksen mikrobeilta. Tällä kysymyksellä heijastetaan hoitotyön keskeiseen käsitteeseen *ihminen*, jossa on kyse ihmisen kokonaisvaltaisen kokonaisuuden kunnioittamisesta. Käsitteessä korostetaan yksilöllisyyden kunnioittamista sekä velvollisuutta olla tietoinen omasta terveydentilastaan. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 15.)

Hoitajien vastauksissa pääpaino on hyvän käsihygienian huomioimisessa ja suojavarusteiden käytössä (kuviokuva 2). Vastauksissa mainitaan myös työjärjestyksen tärkeys; ”likaiset” eristykset huolehditaan viimeisenä, jotta voidaan välttää

mikrobien leviämistä puhtaampiin huoneisiin. Muita keinoja eristyspotilaan ja muiden ympärillä olevien ihmisten suojaamiseksi ovat hoitajien vastauksien mukaan eristyshuonekohtaiset tavarat, eristyspotilaiden erottelu eristysryhmään mukaan sekä eristyshuoneessa käyvien ihmisten informointi erityistoimista. Hoitajat ovat myös eritelleet vastauksissa potilaan motivoinnin eristyshoitoon.

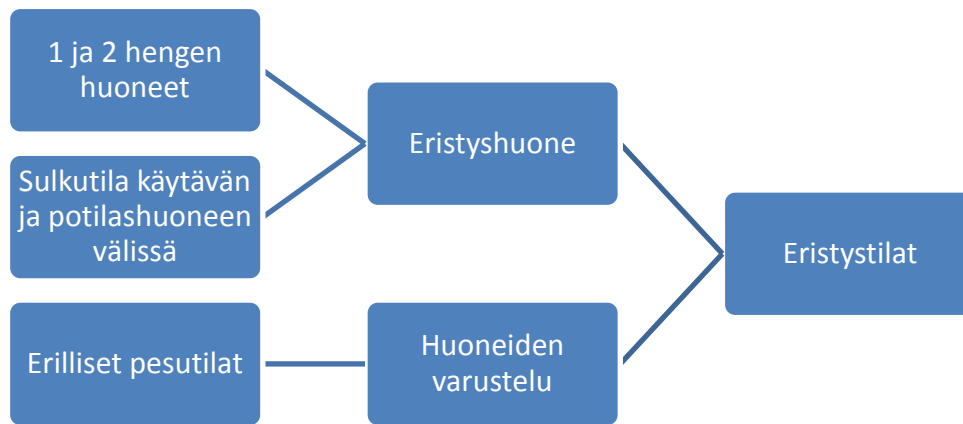


Kuvio 2. Suojatoimenpiteet (*ihminen*)

### 6.3 Eristystilat

Kolmannella hoitotyön keskeisellä käsitteellä eli *ympäristöllä* tarkoitetaan sekä fyysistä että henkistä tilaa ihmisen ympärillä. Ulkoisesta ympäristöstä puhuttaessa tarkoitetaan mm. hoitotyön ympäristöä. Sisäinen ympäristö käsittää mm. ihmisen tietoisuuden ja elintoiminnot. Ympäristön käsite voidaan osittaa myös fyysiseen, sosiaaliseen, symboliseen ja henkiseen ympäristöön. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 15.) Lomakkekyselyssä ympäristöön viitataan eristyshuoneiden kautta.

Vastauksissa kerrotaan eristyshuoneiden olevan osastolla välitilallisia yhden hengen huoneita, joissa on oma pesutila. Eristyskäytössä on myös tavallisia potilashuoneita, ja ajoittain joudutaan käyttämään lääkärikanalia eristyspotilaiden sijoittamiseen. Yhdessä vastauksessa mainitaan myös kohortoinnin mahdollisuudesta lääkärin luvalla. Radiojodieristykseen on osastolla olemassa oma huone, joka mahdollistaa radiojodihoitoa saaneen potilaan sijoittamisen osastolle. Radiojodihoidon eristyshuoneella estetään säteilyn pääsy huoneen ulkopuolelle. Kuviossa 3. esitellään yleisimpien vastausten perusteella tehtyä sisällönanalyysia.



Kuvio 3. Eristystilat (*ympäristö*)

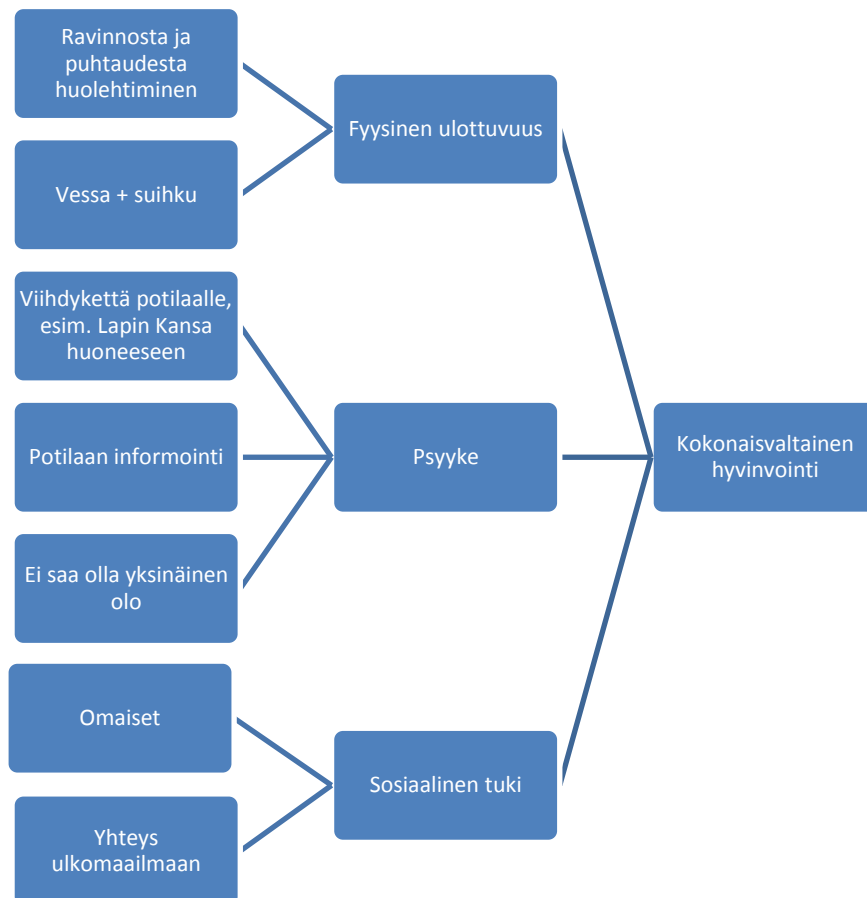
#### 6.4 Eristyspotilaan kokonaisvaltainen hyvinvointi

Potilasta hoidettaessa otetaan huomioon yksilöllinen lähestyminen ja hoitaminen, terveys ja potilaan oma käsitys siitä, ympäristö ja sen vaikutus potilaan hyvinvointiin sekä hoitajan näyttöön perustuva, ajan tasalla oleva tietämys hoitotyöstä (Rautava-Nurmi ym. 2014, 14–15). Lomakekyselyn neljäs kysymys käsittelee eristyspotilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomioimista eristyksissä oloaikana. Tällä kysymyksellä viittaamme neljänteen hoitotieteen keskeiseen käsitteeseen *hoitotyö*.

Hoitajien vastauksissa (kuviokuva 4) ilmenee hyvin kokonaisvaltaisen hoitotyön osa-alueet: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen. Potilaan fyysisistä tarpeista pidetään huolta antamalla mahdollisuus käydä WC:ssä ja suihkussa, annetaan ruo-

kaa sekä tehdään normaalit hoitotoimenpiteet, kuten muillekin potilaille. Psykistä puolta huolletaan keskustelemalla potilaan kanssa ja huolehtimalla siitä, että hänellä on tarvittavat asiat, kuten hoitajakutsu, lähettyvillä sekä ajanvietettä. Sosiaalisen puolen huomiointia on mm. potilaan kanssa keskusteleminen sekä potilaan oma puhelin, jolla hän voi tarvittaessa ottaa yhteyttä ulkomaailmaan.

Vastauksissa huomioitiin myös aseptisen työskentelyn tärkeys, jotta estetään mikrobien leviäminen huoneeseen ja sen ulkopuolelle. Lisäksi vastauksissa käy ilmi samanarvoisuuden ylläpito potilaiden välillä, kaikille potilaille annetaan hoitajien aikaa; eristyspotilasta ei syrjitä eristyssyyn vuoksi. Eristyksissä olevan potilaan luona käydään säännöllisesti, jotta hän ei tuntisi oloaan hylätyksi tai yksinäiseksi. Yksittäisessä vastauksessa oli tuotu esille huoli siitä, että eristyspotilaan luona ei välttämättä aina käydä tarpeeksi osaston muun tilanteen vuoksi.

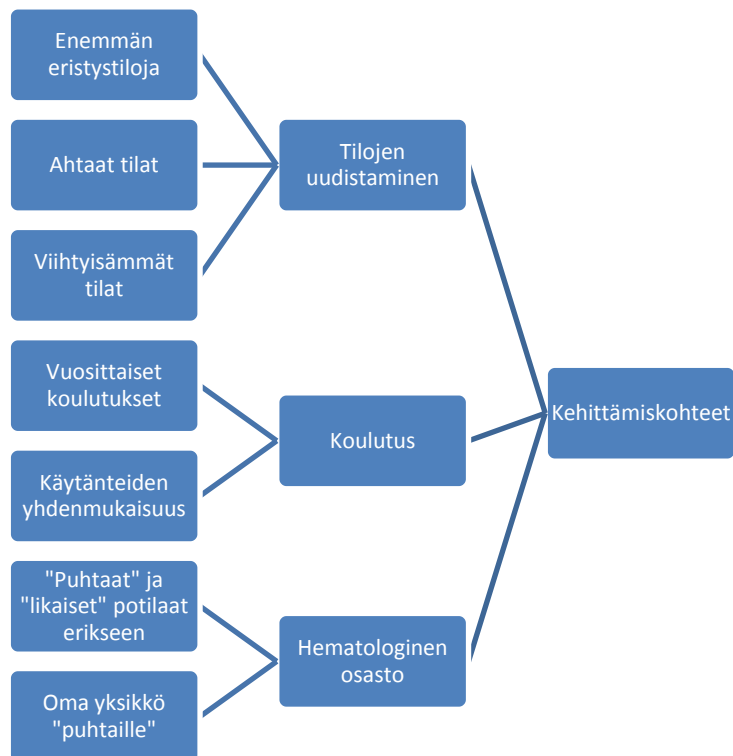


Kuvio 4. Kokonaisvaltainen hyvinvointi (*hoitotyö*)

## 6.5 Eristyspotilaan hoitotyön kehittämisen kohteet

Lomakekyselyn viimeisessä kysymyksessä käsiteltiin mahdollisia kehittämisskohteita osasto 5A:n eristystoiminnassa. Vastauksien perusteella (kuvio 5) hoitajat toivovat eniten kehitettäväksi kohteeksi eristyspotilaan huoneiden määrää ja laatua sekä hoitohenkilökunnan eristystietämyksen lisäämistä koulutuksilla, jotta kaikilla olisi ajankohtainen tieto eristykseen liittyen. Eristyskäyttöön sopivilla huoneilla ja ajantasaisella tietämyksellä voidaan lisätä potilasturvallisuutta vähentämällä mikrobin leviämistä.

Kehittämisen aihetta löytyy myös eristyshuoneiden varustelun osalta; huoneisiin toivotaan telineitä eristyspöykeille ja roskille. Huoneista toivottiin potilaille viihtyisämpiä esimerkiksi lisäämällä virikkeitä, jotta yksinäisyyden ja tylsistymisen tunnetta voitaisiin lievittää. Hoitajien toiveena on hoitohenkilökunnan lisääminen silloin, kun eristyspotilaita on paljon. Tällöin samat hoitajat eivät kävisi sekä ”likaisissa” että ”puhtaissa” eristyksissä levittäen mikrobeja neutropeenisille potilaille eikä työn kuormitus kasvaisi liian suureksi. Toiveena esitettiin myös erillisen hematologisen osaston perustamista ”puhtaita” eristyksiä ajatellen.



Kuvio 5. Kehittämiskohteet

## 7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettinen ote opinnäytetyössä tarkoittaa, että muiden tekemiä tekstejä ei plagioi-da tai vähätellä. Tuloksia ei myöskään saa esittää harhaanjohtavasti, vaan to-tuudenmukaisesti tutkitun aineiston perusteella. Aineiston käsittelyssä on kiinni-tettävä huomiota sen huolelliseen säilytykseen – aineisto ei saa joutua väärin-käsiin, ja osallistujien anonymiteettia on varjeltava. (Hakala 2004, 138–139.)

Keskeiset lähtökohdat hyvässä tieteellisessä käytännössä liittyvät rehelliseen, huolelliseen ja tarkkaan tutkimustyön prosessiin. Tutkimukseen liittyvät suunnit-telut sekä lupien hankinta tehdään ennen varsinaisen työn aloittamista, ja tutki-mukseen liittyvien henkilöiden rooli ja oikeudet selvennetään väärinkäsitysten välttämiseksi. Tutkimukseen liittyviä henkilöitä pidetään ajan tasalla työstä sekä tulosten esittämisen ajankohdasta. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimene-telmissä eettinen näkökulma otetaan huomioon, ja tutkimustyössä noudatetaan avoimuutta ja vastuullisuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2012.)

Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan saatujen tulosten totuudenmukaisu-u-den arviointia. Laadullisessa tutkimuksessa totuudenmukaisuutta voidaan tar-kastella neljän eri kriteerin avulla: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuus laadullisessa tutkimuksessa saavutetaan varmis-tamalla tulosten vastaavuus kohderyhmän käsityksiin esimerkiksi palauteky-selyn avulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.)

Vahvistettavuus saavutetaan selkeällä raportoinnilla, mikä antaa toisille tutkijoil-le mahdollisuuden seurata tutkimuksen askeleita ja ymmärryksen siitä, miten tutkimuksen tuloksiin on päädytty. Vahvistettavuuden kriteerillä, kuten laadulli-sella tutkimuksella ylipäättään, ongelmana on tutkijoiden subjektiivisuus – sama aineisto ei aina johda samaan tulkintaan. Myös siirrettävyys varmistetaan huo-lellisella kirjaamisella – kuvailemalla tutkimuksen ympäristöä ja sen osallistujia yksityiskohtaisesti tutkimuksen tulokset voidaan siirtää johonkin muuhun vas-taavaan tilanteeseen. Refleksiivisyys tarkoittaa tutkijan tarkastelua siitä, kuinka hänen omat lähtökohtansa voivat vaikuttaa tutkimuksen tekoon. (Sanjari, Bah-ramnezhad, Fomani, Shoghi & Cheraghi 2014, 2; Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme kiinnittäneet huomiota tutkimuseettiseen otteeseen. Tutkimusprosessin alussa idean esittelyn jälkeen allekirjoitimme sopimuksen toimeksiantajamme kanssa, jonka jälkeen lähdimme työstämään suunnitelmapaperia, jota käytettiin tutkimusluvan hankinnassa. Vasta tämän jälkeen lähdimme toteuttamaan varsinaista kyselyä. Lomakekysely laadittiin niin, että siitä ei voinut tunnistaa vastaajia, ja vastausten käsittely hoidettiin luottamuksellisesti. Lomakekyselyn (Liite 2) saatekirjeessä osallistujille kerrottiin kyselyn vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta ja aineiston käsittelystä nimettömänä. Kyselyn aikana täytetyt lomakkeet säilytettiin osastolla suljetussa laatikossa, jolloin ulkopuoliset eivät päässeet näkemään vastauksia.

Merkittävin eettinen haaste opinnäytetyössämme kumpuaa valitsemastamme tutkimusmenetelmästä. Kuten aiemmin mainittu, laadullista tutkimusmenetelmää ja varsinkin sen aineiston analyysia voi vaikeuttaa tutkijan subjektiivinen käsitys tutkittavasta aiheesta ja mahdolliset ennako-odotukset tuloksista. Subjektiivisuuden ongelmaa tosin lieventää tässä tapauksessa se, että tekijöitä on ollut useampi, jolloin eri näkökulmat tulkinnoissa tulivat paremmin otettua huomioon.

Tutkimuksen uskottavuuden vankentamiseksi suurempi vastaajien osuus olisi ollut suotavaa – nyt vastausprosentti oli noin 60, joka ei aivan ole riittävä pätevien yleistysten tekemiseen. Lisäksi saamalla lisää vastauksia olisimme voineet saada esiin vielä piiloon jääneitä mielipiteitä ja näin paremmin tietoa arjen käytännöistä. Sinänsä saadut tulokset peilaavat melko hyvin lukemaamme tutkimusaineistoa eristyspotilaan hoitotyöstä. Kävimme ennen kyselyn aloitusta osastolla paikan päälle esittäytymässä ja kertomassa opinnäytetyömme tutkimuksesta, missä yhteydessä kerroimme myös arvonnasta, johon kaikki vastanneet saivat osallistua. Toiveena oli näillä keinoin saada synnytettyä innokkuutta kohderyhmän keskuudessa, jotta mahdollisimman moni olisi vastannut kyselyyn.

Vahvistettavuuden ja siirrettävyyden kriteereitä ajatellen olemme kiinnittäneet erityishuomiota siihen, että tutkimuksen teosta ja siitä saaduista tuloksista on tässä raportissa kirjattu totuudenmukaisesti ja riittävän yksityiskohtaisesti. Teoriaosuudessa olemme arvioineet käytettyjä lähteitä hyödyntämällä Hirsjärvi ym.



(2015, 113–114) ohjeistuksia lähdekritiikistä. Lähteitä on arvioitu niin tiedon alkuperän kuin kirjoittajien sekä ajallisten määreiden mukaisesti. Lähteitä olemme etsineet yleisesti luotettaviksi koetuista tietokannoista (mm. Finna, Cinahl, Terveysportti). Asetimme kirjojen kohdalla aineiston tuoreuden suhteen rajaksi kymmenen vuotta, mutta yksittäistapauksissa ja arvioinnin jälkeen olemme hyväksyneet mukaan myös muutaman vanhemman lähteen.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Yhteenveto tuloksista

Kokonaisuudessaan tutkimuksemme kysymyksiin vastattiin kattavasti ja laajasti, ja saimme näistä paljon tietoa tutkittavasta aiheesta. Hoitajat olivat vastausten perusteella hyvin tietoisia yleisimmistä eristyksen aiheista osastollaan. Yllättävä asia oli se, että yleisintä ripulitautia aiheuttavaa norovirusta ei mainittu ollenkaan vastauksissa. Syynä tähän saattaa olla se, että vastauksen ajankohtana ei ollut noroepidemiaa meneillään. Sen sijaan influenssa mainittiin suurimmassa osassa vastauksista, mikä heijastaa todennäköisesti meneillään ollutta influenssakautta. Hoitajat olivat yleisellä tasolla tietoisia eri suojavarusteista. Suojavarusteisiin liittyen kysymyksemme olisi voinut käsitellä tarkemmin eri eristysluokkiin liittyvää suojavarusteiden käyttöä, sillä vastaukset jäivät nyt melko suurpiirteisiksi tämän suhteen. Tarkennetulla kysymyksellä olisimme voineet saada paremmin esiin mahdollisia poikkeavia käytäntöjä varusteiden käytössä.

Saatujen vastausten perusteella ilmeni, että eri eristysluokille on käytössä erilaisia nimityksiä: ”likainen”, ”kosketus”, ”puhdas” ja ”suoja”. Toiveena esitettiin erillistä hematologista osastoa, jolloin suojaeristys voitaisiin toteuttaa sujuvammin eivätkä hoitajat joutuisi työskentelemään eri eristysten välillä saman työvuoron aikana. Radiojodieristys tuotiin vastauksissa esille vain yhden kerran, mikä oli hieman yllättävää, sillä osasto 5A on ainoa kyseistä hoitoa toteuttava taho Lapin alueella. Eristyshuoneista hoitajat toivat esille huomioitaan siitä, että eristystarpeeseen nähden huoneita on liian vähän. Tämä johtaa poikkeavien eristystilojen käyttöön, mikä saattaa olla potilasturvallisuusriski. Eristyshuoneista toivottiin potilaille viihtyisämpiä, sillä eristys koettiin potilaan kannalta melko yksinäiseksi.

Hoitajat pyrkivät huomioimaan potilaan kokonaisvaltaisesti ja samanarvoisesti muiden potilaiden kanssa. Yksittäisessä vastauksessa nostettiin esille se, että osaston tilanteesta riippuen eristyshuoneissa ei välttämättä käydä riittävän usein, mikä on ollut löydöksenä myös aiemmin tekstissä viitatuissa eristyshoidon toteutumisen tutkimuksissa. Toiveena esitettiin resurssoinnin joustavuutta silloin, kun eristyspotilaita on osastolla paljon. Lisäkoulutuksen tarve mainittiin

useammassa vastauksessa tiedon ajantasaistamiseksi ja eristyskäytänteiden yhteneväisyyden varmistamiseksi. Kysyimme koulutusten järjestämisestä hygieniayksiköstä, jonka vastauksen perusteella ohjeistus eristyshoitoon annetaan säännöllisesti päivittyvillä internet-sivuilla.

## 8.2 Opinnäytetyöprosessin kulku ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi eteni pääpiirteissään täysin suunnitellun mukaisesti, eikä mitään suurempia yllätyksiä tullut matkan varrella. Teoriatietoa tarkasteltavasta aiheesta oli melko hyvin tarjolla, tosin hieman hankalana koimme löytää lähteitä radiojodihoidon käytänteistä hoitajan näkökulmasta. Lisäksi suojaeristyksestä tietoa oli vähäisemmin tarjolla muihin eristysluokkiin verrattuna. Pyrimme saamaan lisätietoja radiojodihoidosta sähköpostitse LKS:n sairaalafysikolta, mutta kyselymme emme saaneet vastausta. Olimme myös hygieniayksikköön yhteydessä lisätietojen saamiseksi eristyshoidon suhteen, sähköpostivastauksessa ohjattiin tutustumaan hygieniayksikön internet-sivuihin.

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui mallikkaasti. Kun kävimme esittelemässä opinnäytetyötä ja sen tutkimusaihetta osastolla, suhtautuminen tutkimukseen ja kyselyyn oli positiivissävytteistä. Esittelyn aikana kerroimme arvonnasta, joka selvästi näytti lisäävän vastausinnostusta. Saimme hyvin osastonhoitajalta vastauksia ja tukea esiin nousseisiin lisäkysymyksiimme opinnäytetyöprosessin aikana. Koemme toimeksiantajan saavan hyötyä tutkimuksesta, sillä nyt osaston käytössä on konkreettista näyttöä eristyshoidon toteutumisesta ja myös suuntaviivoja sen kehittämiseen. Kyselyn perusteella hoitajat ovat pääpiirteisään hyvin tietoisia eristyshoidon toteuttamisesta, mutta vastausten perusteella esiintyi myös jonkin verran puutteita. Muun muassa esiin nousi sekalaisten termien käyttö eristysluokista, mikä aiemmin mainitun mukaisesti voi heikentää hoidon laatua tutkimusten perusteella.

Olemme oppineet opinnäytetyöprosessin aikana paljon. Olemme syventyneet eristyshoidon eri piirteisiin ja tutustuneet tämän käytäntöihin. Tämän hankitun tietoperustan avulla pystymme paremmin toimimaan tulevassa ammatissamme ja perustelemaan potilaille eristyshoitoa sekä ohjaamaan heitä päivittäisissä tilanteissa tässä yhteydessä. Moniresistentit bakteerit ovat lisääntyvä ongelma

terveydenhuollossa, jolloin hyvä eristyshoidon hallinta on tärkeää tämänkin suhteen. Saadun tietopohjan perusteella pystymme jalkauttamaan tutkittua tietoa ja näin parantamaan eristyshoidon käytänteitä hoitoyksiköissä.

### 8.3 Toimenpide-ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Toimenpide-ehdotuksena saatujen tulosten perusteella Lapin sairaanhoitopiiri voisi järjestää säännöllisiä ja näyttöön perustuvia eristyskoulutuksia henkilökunnalle esimerkiksi tietoisku-tyyppisesti. Tätä kautta jokainen hoitohenkilökunnan jäsen saisi päivitetyn tiedon ja varmuutta toimia eristystilanteissa. Myös eristystilojen remontointia ja muokkausta olisi syytä pohtia hoidon sujuvuuden ja turvallisen eristystoiminnan edistämiseksi. Osaston henkilökunta nosti esiin toivetta resursoinnin joustavuudesta silloin, kun eristyspotilaita on paljon, mikä olisi kohtuullisen realistista toteuttaa toimivasti. Päivittäisessä hoitotyössä eristyshoidon sujuvuutta voisi kohentaa kiinnittämällä huomiota potilaiden sijoitteluun osastolla niin, että samat hoitajat eivät hoitaisi esimerkiksi ripuli- ja neutrope- niapotilaita.

Jatkotutkimuksina opinnäytetyön pohjalta olisi mahdollista tutkia esimerkiksi sitä, miten tarjottu koulutus eristyshoidosta vankistaa hoitajien kokemaa osaamista ja kuinka se ilmenee käytännössä. Lisäksi voisi tutkia eristyshoidon toteutumista potilaan näkökannasta; kuinka potilas kokee eristyshoidon toteutuvan kohdallaan. Vastauksissa tuli esille, että eristyksiä toteutetaan tilapäisesti lääkärinkansliassa, jolloin tutkia voisi, vaikuttavatko poikkeavat eristystilat hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. Eristyskäytänteitä voisi myös tutkia kohdenne- tummin osastolla esimerkiksi keskittyen vain yhteen eristysluokkaan.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: SanomaPro.

Al-Shakhrh, I. 2008. Radioprotection using iodine-131 for thyroid cancer and hyperthyroidism: A review. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 12/2008, 905–912. Viitattu 5.2.2017  
<http://ez.lapinamk.fi:2065/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=03143fef-ee9d-4d9c-bf00-967976493e91%40sessionmgr4010&hid=4214>.

Anttila, V.-L., Meurman, O. & Vaara, M. 2010. Moniresistentit gram-negatiiviset sauvabakteerit. Teoksessa V.-L. Anttila, S.Hellstén, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjäjä & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 452–463.

Elomaa, N. 2007. Käytännön toimet osastolla – Clostridium difficile. *Suomen sairaalahygienialehti* 3/2007, 119–122.

Elonen, E. 2016. Neutropenian monenlaiset taustat. *Suomen lääkirilehti* 5/2016, 310–314.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A.-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede*. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Etene 2014. Terveiden edistämisen eettiset haasteet. Viitattu 21.1.2017  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17135&name=DLFE-526.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-526.pdf).

Gould, D. 2009. Isolation precautions to prevent the spread of contagious diseases. *Nursing Standard* 2/2009, 47–55.

Guillemin, I., Marrel, A., Beriot-Mathiot, A., Doucet, C., Kazoglou, O., Luxemburger, C., Reygrobelle, C. & Arnould, B. 2015. How do Clostridium difficile infections affect nurses' everyday hospital work: a qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 5/2015, 38-45. Viitattu 13.8.2016  
<http://ez.lapinamk.fi:2080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=2ce0c797-a51b-4217-accb-fc67ac9e6e18%40sessionmgr104&hid=102>.

Hakala, J. 2004. *Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille*. Helsinki: Gaudeamus.

Heikkinen, T., 2016. Influenssa. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 15.1.2017  
[http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00011&p\\_haku=influenssa](http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00011&p_haku=influenssa).

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. 7.–8.painos. Helsinki: SanomaPro.
- Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie 2015. Isolierung von Patienten. Fachrichtlinien 2015:38. Viitattu 13.10.2016  
[http://www.krankenhaushygiene.at/cms/dokumente/10310808\\_9236981/c333d72c/38\\_Isolierung\\_2015.pdf](http://www.krankenhaushygiene.at/cms/dokumente/10310808_9236981/c333d72c/38_Isolierung_2015.pdf).
- Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Pirhonen, J., Savolainen-Kopra, C., Liitsola K., Jalava, J., Toropainen, M., Nohynek, H., Virtanen, M., Löund, J.-E., Kuusi, M. & Salminen, M. (toim.) 2016. Tartuntataudit Suomessa 2015. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, raportti 10/2016.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.–2. painos. Helsinki: WSOYpro.
- Kantele, A. 2016. Mikrobin aiheuttamat ripulitaudit. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 11.1.2017  
[http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00234&p\\_haku=gastroenteritti](http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00234&p_haku=gastroenteritti).
- Karhumäki, E., Jonsson, A. & Saros, M. 2016. Mikrobit hoitotyön haasteena. 4., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Karttunen, T., Soini, Y. & Vuopala, K. 2005. Tautioppi. Helsinki: Edita.
- Kolho, E. 2015. Sairaalahygieeniset varotoimet infektioiden torjunnassa. Duodecim. Viitattu 14.1.2017  
[http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=aho00670&p\\_haku=influenssa](http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00670&p_haku=influenssa).
- Kolho, E. & Lyytikäinen, O. 2014. Ohje moniresistentti mikrobin tartuntatorjunnasta. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 9/2014.
- Kujala, P. 2011. Eristäminen ja varotoimet. Teoksessa K. Hedman, T. Heikkinen, P. Huovinen, A. Järvinen, S. Meri & M. Vaara (toim.) Infektiosairaudet. Helsinki: Duodecim, 320–334.
- Kurki, R. & Pammo, H. 2010. Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOYpro.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999, 3–12.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Viitattu 31.1.2017 <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselvakasite/>.

Laine J. 2016. Clostridium difficile -ripuli. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 11.1.2017 [http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ykt00235](http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00235).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Landers, T., McWalters, J. Behta, M., Bufe, G., Ross, B. Vawdrey, D. & Larson, E. 2010. Terms used in isolation practices by nurses at an academic medical center. Journal of Advanced Nursing 16.8.2010, 2309–2318.

Lapin Sairaanhoidopiiri. 2015a. Infektioiden torjunta – kosketuseristys. Viitattu 14.1.2017 [http://www.lshp.fi/fi-FI/Potilaille\\_ja\\_laheisille/Potilasohjeita\\_\\_Ohjeita/Infektioiden\\_torjunta\\_\\_Kosketuseristys\(4203\)](http://www.lshp.fi/fi-FI/Potilaille_ja_laheisille/Potilasohjeita__Ohjeita/Infektioiden_torjunta__Kosketuseristys(4203)).

Lapin Sairaanhoidopiiri. 2015b. Infektioiden torjunta – suojaeristys. Viitattu 14.1.2017 [http://www.lshp.fi/fi-FI/Potilaille\\_ja\\_laheisille/Potilasohjeita\\_\\_Ohjeita/Infektioiden\\_torjunta\\_\\_Suojaeristys\(4206\)](http://www.lshp.fi/fi-FI/Potilaille_ja_laheisille/Potilasohjeita__Ohjeita/Infektioiden_torjunta__Suojaeristys(4206)).

Lapin sairaanhoidopiiri. 2016a. Yleiset tiedot ja tunnusluvut. Viitattu 16.1.2017 <http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoidopiiri>.

Lapin sairaanhoidopiiri. 2016b. Medisiininen hoito. Viitattu 16.1.2017 [http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoidopiiri/Organisaatio\\_ja\\_hallinto/Medisiininen\\_hoito](http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoidopiiri/Organisaatio_ja_hallinto/Medisiininen_hoito).

Lee, Y., Lang, D., Tho, P. 2011. The experience of being a neutropenic cancer patient in a care isolation room: a systematic review of qualitative evidence. Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews, 9/2011, 400–416. Viitattu 12.2.2017 [http://ez.lapinamk.fi:2133/sp-3.23.1b/ovidweb.cgi?&S=EECHPDKJEBHFPPDOFNHKGBOFLPPIAA00&Link+Set=S.sh.21%7c2%7csl\\_190](http://ez.lapinamk.fi:2133/sp-3.23.1b/ovidweb.cgi?&S=EECHPDKJEBHFPPDOFNHKGBOFLPPIAA00&Link+Set=S.sh.21%7c2%7csl_190).

Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lumio J. 2016a. Tietoa potilaalle: MRSA (metisilliinille resistentti Staphylococcus aureus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.1.2017 [http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk00144&p\\_haku=mrsa](http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00144&p_haku=mrsa).

Lumio J. 2016b. Tietoa potilaalle: Norovirus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.1.2017 [http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00234&p\\_haku=gastroenteriitti](http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00234&p_haku=gastroenteriitti).

Lumio, J. 2017. Tietoa potilaalle: Influenssa. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 15.1.2017 [http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00011&p\\_haku=influenssa](http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00011&p_haku=influenssa).

- Masse, V., Valiquette, L., Boukhoudmis, S., Bonenfant, F., Talab, Y., Carvalho, J.-C., Alarie, I., Corner, N. & Farand, P. 2013. Impact of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* contact isolation units on medical care. *PLoS ONE* 25.2.2013, 1–4. Viitattu 12.10.2016  
<http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371/journal.pone.0057057>. PDF.
- Mustajoki, M. Alila, A. Matilainen, E. Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Eristyksen periaatteita. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.
- Mäenpää, H. 2014. Radiojodi erilaistuneen papillaarisen ja follikulaarisen kilpirauhassyövän hoidossa. *Duodecim* 6/2014, 573–579. Viitattu 20.9.2016  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11560.pdf>.
- Niemeläinen, P. 2016. Lapin sairaanhoitopiiri. Osastonhoitajan haastattelu 14.9.2016.
- Niemeläinen, P. 2017. Opinnäytetyöstä. Sähköposti paivi.niemelainen@lshp.fi 3.2.2017. Tulostettu 6.2.2017.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Rautio, M. 2010. Clostridium-lajit. Teoksessa K. Hedman, T. Heikkinen, P. Huovinen, A. Järvinen, S. Meri & M. Vaara (toim.) *Mikrobiologia*. Helsinki: Duodecim, 233–238.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: SanomaPro.
- Sanjari, M., Bahramnezhad, F., Fomani, F., Shoghi, M. & Cheraghi, M. 2014. Ethical challenges of researches in qualitative studies: the necessity to develop a specific guideline. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 4.8.2014, 1–6. Viitattu 11.10.2016  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263394/pdf/jmehm-7-14.pdf>.
- Sprague, E., Reynolds, S. & Brindely, P. 2016. Patient isolation precautions: Are they worth it? *Canadian Respiratory Journal* 2016, 1–5. Viitattu 12.10.2016  
<https://www.hindawi.com/journals/crj/2016/5352625/>.
- Syrjälä, H. 2010. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintyvyyteen vaikuttaa? Teoksessa V.-L. Anttila, S. Hellstén, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä & R. Vuento (toim.) *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 18–35.



Syrjälä, H. & Teirilä I. 2010. Käsihygienia. Teoksessa V.-L. Anttila, S.Hellstén, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 165–183.

Säteilyturvakeskus 2013. Säteilyturvallisuus isotooppilääketieteessä. Viitattu 22.9.2016 <http://plus.edilex.fi/stuklex/fi/lainsaadanto/saannosto/ST6-3>.

Tartuntatautilaki 1227/2016.

THL 2015a. Clostridium difficile. Viitattu 14.1.2017  
<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/bakteeritaudit/clostridium-difficile>.

THL 2015b. Infektiotaudit. ESBL. Viitattu 12.1.2017  
<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/bakteeritaudit/esbl>.

THL 2015c. Influenssa. Viitattu 30.1.2017  
<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/taudit-ja-mikrobit/virustaudit/influenssa>.

THL 2016. Mikrobilääkeresistenssin. Viitattu 30.1.2017  
<https://www.thl.fi/fi/web/infektiotaudit/seuranta-ja-epidemiati/mikrobilaakeresistenssi>

THL 2017. Influenssarokote. Viitattu 15.1.2017  
<https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/rokotteet/kausi-influenssarokote>.

Tiitinen, T. & Terho, K. 2014. Eristyksen periaatteita. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 13.10.2016  
[http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk04727&p\\_haku=suojaeristys](http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04727&p_haku=suojaeristys).

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Helsinki. Viitattu 22.10.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>.

Virtuaaliammattikorkeakoulu 2007. Kyselyyn perustuvan tutkimuksen suorittaminen. Viitattu 10.9.2016  
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289345955/1194290010211.html>.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Vuopio-Varkila, J., Kuusela, P. & Kotilainen, P. 2007. Staphylococcus aureus. Teoksessa P. Huovinen, S. Meri, H. Peltola, M. Vaara, V. Valtonen (toim.) Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Helsinki:Duodecim, 98–105.

Välimäki, M. & Schalin-Jäntti, C. 2009. Kilpirauhanen. Teoksessa M. Välimäki, T. Sane & L. Dunkel (toim.) Endokrinologia. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 174–263.

Välimäki, M. & Schalin-Jäntti, C. 2010. Struuma. Duodecim Oppiportti. Viitattu 15.1.2017  
<http://www.oppiportti.fi/op/end00611/do#q=kilpirauhassy%C3%B6p%C3%A4#pr oxy>.

Ylipalosaari, P. & Keränen, T. 2010. Potilaan eristäminen. Teoksessa V.-J. Anttila, S. Hellstén, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 185–201.

## LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Opinnäytetyön lomakekysely

## LIITE 1. 1(2)

**LAPIN AMK**  
Lapland University of Applied Sciences

### OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

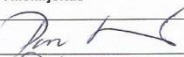
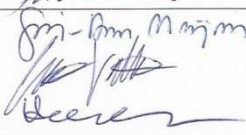
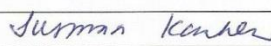
Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi (esim. yritys) LKS os. 5A Yhteystiedot (yhteystenkilö, puhelin, sähköposti) Päivi Niemeläinen, [REDACTED]	
	Työn aihe Eristyspotilaan hoitoprosessin haasteet sisätautien vuodeosastolla	
<b>Tekijä</b>	Nimi Sari-Anna Majjala Hannele Stary Carita Vitikka	Opiskelijanumero
	Katuosoite [REDACTED]	Postinumero   Postitoimipaikka [REDACTED]
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoidtaja AMK	sari-anna.majjala@edu.lapinamk.fi hannele.stary@edu.lapinamk.fi carita.vitikka@edu.lapinamk.fi
<b>Lapin AMK</b>	Yhteystenkilön nimi (ohjaaja) Susanna Kantola	Ryhmitunnus R702H14S
	Toimipaikka ja osoite Jokiväylä 11, 96300 Rovaniemi	Tehtävänimike Hoitotyön lehtori
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite susanna.kantola@lapinamk.fi
	<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>	
<b>Ohjaus</b>	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
<b>Dokumentointi</b>	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
<b>Oikeudet</b>	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
<b>Keksinnöt</b>	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
<b>Vastuut</b>	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
<b>Lisäksi sovitaan</b>		

## LIITE 1. 2(2)

**LAPIN AMK**  
Lapland University of Applied Sciences

**OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

<b>Salassapito</b>	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>
<b>Toimeksiantaja</b>	Rovaniemi 14.9.2016	
<b>Tekijä</b>	Rovaniemi 14.9.2016	
<b>Lapin AMK</b>	Rovaniemi 14.9.2016	

LIITE 2. 1(3)



## ARVOISA HOITOTYÖN AMMATTILAINEN

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Lapin ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jossa tutkimme osastosi eristyspotilaan hoidon toteutumista ja hoitajien kokemuksia tähän liittyen. Toivomme, että sinulla on aikaa vastata kyselyymme.

Tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja täysin nimettöminä.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

**Kaikkien kyselyyn vastanneiden kesken  
arvomme lahjan!**

Jos sinulla herää kysymyksiä lomakkeeseen liittyen, ota rohkeasti yhteyttä:

Sari-Anna Maijala

sari.anna-maijala@edu.lapinamk.fi

Hannele Starry

hannele.starry@edu.lapinamk.fi

Carita Vitikka

carita.vitikka@edu.lapinamk.fi

LIITE 2. 2(3)

**1. Kuvaile, miksi potilaita hoidetaan osastollasi eristyksessä?**

---

---

---

---

**2. Kuvaile, miten suojaat potilaita ja osaston henkilökuntaa eristyskäytännöilläsi.**

---

---

---

---

**3. Millaisia tiloja osastollasi käytetään eristyshoidon toteutuksessa?**

---

---

---

---

LIITE 2. 3(3)

4. Kuvaile, miten huomioit potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia eristyshoidon aikana.

---

---

---

---

---

5. Miten kehittäisit eristyspotilaan hoitotyötä osastollasi? Esimerkkejä kehityskohteista: tilat, koulutus, potilasturvallisuus, käytänteiden yhdenmukaisuus

---

---

---

---

---

KIITOS KYSELYYN VASTAAMISESTA!



Mikäli haluat osallistua palkinnon arvontaan, leikkaa tämä yhteystietolomake ja laita erilliseen arvontalaatikkoon.

Nimi:

Sähköposti: