

Mira Pihlajaniemi, Sonja Puisto, Petra Suhonen ja Sami Venäläinen

**TERVEYDENHUOLLON HENKILÖKUNNAN KÄSIHYGIENIAN OSAAMISEN
KUVAILU ENNEN INFEKTIOPORTTIEN KÄSITTELYÄ**

**TERVEYDENHUOLLON HENKILÖKUNNAN KÄSIHYGIENIAN OSAAMISEN
KUVAILU ENNEN INFEKTIOPORTTIEN KÄSITTELYÄ**

Mira Pihlajaniemi
Sonja Puisto
Petra Suhonen
Sami Venäläinen
Opinnäytetyö
Syksy 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja

Tekijät: Mira Pihlajaniemi, Sonja Puisto, Petra Suhonen, Sami Venäläinen
Opinnäytetyön nimi: Terveydenhuollon henkilökunnan käsihygienian osaamisen kuvailu ennen infektioporttien käsittelyä
Työn ohjaaja: Terttu Koskela, Nina Männistö
Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Syksy 2015 Sivumäärä: 37+6 liitesivua

Potilasturvallisuuden vakavia ongelmia ovat hoitoon liittyvät infektiot. Hoitotyöntekijä voi ehkäistä infektioita ja mikrobien leviämistä hyvällä käsihygienialla, koska puhtaat kädet eivät levitä mikro-
beja. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Oulun yliopistollisen sairaalan terveydenhuollon henkilökunnan tietämystä käsihygieniasta ja käsihygienian toteutumista potilasta hoidettaessa ennen infektioporttien käsittelyä. Käsihygieniakoulutusta voidaan parantaa ja suunnitella tutkimustulosten avulla, jolloin saadaan potilasturvallisuutta ja käsihygieniatasoa parannettua.

Tutkimuksesta saatiin tämänhetkinen käsitys käsihygieniatietämyksestä, sekä käsihygienian toteutumisesta potilastyössä. Aineisto kerättiin kahdessa osassa. Kysely toteutettiin lomakkeen avulla, jossa oli väittämiä, jotka koskivat käsien kuntoa, desinfiointia ja suojakäsineiden käyttöä. Vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei. Havainnointit tehtiin neljällä eri vuodeosastolla kahden viikon aikana. Havainnoiteja tehtiin jokaisella vuodeosastolla 15. Havainnointit kirjattiin valmiille havainnointilomakkeelle. Havainnoinnissa kiinnitettiin huomiota käsien kuntoon, käsien desinfiointitekniikkaan, käsissä oleviin koruihin ja kelloihin. Kyselyyn vastasi yhteensä 115 henkilöä ja havainnoiteja tehtiin yhteensä 60. Tulokset analysoitiin Webropol-ohjelmalla.

Tutkimustulokset osoittavat, että hoitohenkilökunnan käsihygieniatietämys on pääosin hyvää. Hajaumaa oli esimerkiksi käsiendesinfektioajan tietämyksessä, mutta muuten esiintyi vain yksittäisiä vääriä vastauksia. Hoitohenkilökunnan käsihygienian toteutuminen oli puutteellista. Suojakäsineiden pukemisen jälkeen kosketellaan hoitoympäristöön. Suojakäsineitä käytetään desinfiomatta käsiä. Rannekorujen, sormusten ja aktiivisuusrannekkeiden käyttö on erittäin vähäistä. Käsihygieniataidoissa on kehitettävää, mutta koulutuksella sitä voidaan parantaa.

Jatkokehitysehdotuksena käsihygieniatutkimusta voidaan laajentaa koskemaan useampia osastoja sairaalassa. Kehittämistavoitteena on kouluttaa henkilökuntaa ja seurata käsihygienian toteutumista tehokkaammin. Hyvä käsihygienian toteutuminen parantaa potilasturvallisuutta.

Asiasanat: Käsihygienia, infektioportti, potilasturvallisuus, käsien desinfektio, käsienpesu, käsien kunto, suojakäsineiden käyttö

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Registered Nurse

Authors: Mira Pihlajaniemi, Sonja Puisto, Petra Suhonen ja Sami Venäläinen
Title of thesis: Health Care Workers' Knowledge of Hand Hygiene Concerning Treatment of Infection Portal of Entry
Supervisors: Terttu Koskela, Nina Männistö
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2015 Number of pages: 37+6 appendices

Health care-associated infections are a serious patient safety issue. Healthcare workers can prevent infections and transmission of pathogenic micro-organisms by good hand hygiene because clean hands do not contaminate the patients with microbes.

The aim of this study was to describe the knowledge of hand hygiene and hand hygiene realization in the treatment of the infection portal of entry in Oulu University Hospital.

Data were collected in two phases. In the first part healthcare workers had to fill in a questionnaire about hand condition, hand disinfection and the use of protection gloves for two weeks. Answer alternatives were yes or no. Observations of hand hygiene skills were carried out in four wards for two weeks. There were 15 observations in each ward. In observation the attention was paid to hand condition, hand disinfection method, jewelry and watches on the hands. The questionnaire was responded by 115 persons and 60 persons were observed. Results were analyzed using the Webropol 2.0 Online Survey and Analysis Software.

Results revealed that healthcare workers' hand hygiene knowledge was mostly good. There were only a few wrong answers. However, carrying out the hand hygiene technique was inadequate. The main issue was the use of protection gloves. For example, protection gloves were used without hand disinfection. Use of jewelry, watches and rings was very minimum. Hand hygiene skills can be improved with the help of education.

One of the developmental goals is to educate the healthcare workers and ensure realization of hand hygiene more effectively. Good hand hygiene realization improves patient safety.

Keywords: Hand hygiene, infection port, patient safety, hand disinfection, hand washing, hand condition, use of protection gloves

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
SISÄLLYS.....	5
1 JOHDANTO.....	6
2 KÄSIHYGIENIA INFEKTIOPORTEJA KÄSITELTÄESSÄ.....	7
2.1 Käsihygienia infektioiden torjunnassa.....	7
2.1.1 Käsien ihon kunto	8
2.1.2 Käsideseinfektio.....	9
2.1.3 Suojakäsineet	10
2.2 Infektioportit.....	11
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	13
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	14
4.1 Tutkimusmetodologia	14
4.2 Kohderyhmän valinta.....	15
4.3 Aineiston keruumenetelmät.....	15
4.4 Havainnoinnin ja kyselyn toteuttaminen	15
4.5 Aineiston analyysi.....	17
5 TUTKIMUSTULOKSET	18
5.1 Henkilökunnan käsihygieniatietämys.....	18
5.2 Henkilökunnan käsihygienian toteutuminen	23
5.3 Ristiinvertailu	26
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	27
7 POHDINTA	30
7.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	30
7.2 Tutkimuksen eettisyys	32
7.3 Jatkokehittämissideat.....	33
LÄHTEET.....	34
LIITTEET	38

1 JOHDANTO

Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa vuonna 2011 tehdyn tutkimuksen mukaan yli 90 % hoitohenkilökunnasta kertoi desinfioidensa kädet WHO:n suositusten mukaisesti. Havainnoidessa selvisi, että hoitajista 80 % desin fioi kätensä ennen ja jälkeen potilaskontaktin. Vain yksi kymmenestä desin fioi käsiään vaadittavat puoli minuuttia. Lääkäreistä 50 % desin fioi kätensä ennen potilaskontaktia ja 70 % jälkeen potilaskontaktin. Tutkimukset ovat osoittaneet, että suurella osalla on tietämystä käsihygieniasta, mutta toteutus on heikkoa. (Vierula, 2012, viitattu 13.02.2015.)

Puutteellinen käsihygienia aiheuttaa sairaalainfektioita, potilaskärsimyksiä sekä taloudellisia menetyksiä. Länsimaissa sekä kansantaloudella että kuolleisuudella mitattuna sairaalainfektiot ovat suurin infektio-ongelma. Merkittävä osa sairaalainfektioiden hoidon kustannuksista muodostuu ylimääräisistä hoitopäivistä. Potilaan kuolemanriski kaksinkertaistuu sairaalainfektioiden takia (Lumio, 1996, viitattu 13.02.2015). Noin 1500 potilaalla vuosittain sairaalainfektio on osasyynä kuolemaan. Puolella näistä potilaista ei ollut muuta henkeä uhkaavaa sairautta. Sairaalainfektioista joka viides on ehkäistävässä. Sairaalainfektioon kuolleiden määrä on verrattavissa liikenneonnettomuuksissa kuolleiden määrään vuosittain Suomessa. (Syrjälä 2010, 39-41.) Suomessa hoitoon liittyvien infektioiden kustannusten on arvioitu olevan 200-500 miljoonaa euroa vuodessa (Kuntaliitto 2015, viitattu 13.02.2015).

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla henkilökunnan käsihygienian toteutumista ja käsihygieniatietämystä hoitotyössä kahdella eri tulosalueella Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksen tietoperustaa koskeva aineisto kerättiin kirjallisuudesta, internetistä ja lehtiartikkeleista. Tutkimus suoritettiin havainnoimalla ja kyselyllä. Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen.

Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä ammatillista kehitystämme ja osaamistamme ja oppia perustelemaan käsihygienian merkitystä, sekä toteuttamaan oikeanlaista käsihygieniaa hoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla yksiköiden sen hetkinen käsihygieniosaaminen. Tavoitteena oli kehittyä tutkimuksen tekemisessä ja tiedonkeruussa. Lisäksi teimme paljon yhteistyötä eri tahojen kanssa, jonka ansiosta yhteistyötaitomme kehittyivät.

2 KÄSIHYGIENIA INFEKTIOPORTEJEJA KÄSITELTÄESSÄ

2.1 Käsihygienian infektioiden torjunnassa

Käsihygienian on tehokas ja halpa keino ehkäistä infektioiden tarttumista ja mikrobien leviämistä. Ongelmalliset mikrobit ja heikkokuntoiset potilaat ovat lisääntyneet terveydenhuollossa. Siksi oikeaoppinen käsihygienian on korostunut hoitotyössä. Käsihygienialla tarkoitetaan toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on vähentää tai estää mikrobien siirtyminen käsistä henkilökunnan välillä, henkilökunnasta potilaaseen, potilaasta potilaaseen tai ympäristöstä henkilökuntaan tai potilaaseen. Käsiinfektio korvattua saippuavesipesun, käsihygienian on parantunut (Syrjälä 2005, viitattu 13.02.2015).

Käsihygienian kustannukset oikein toteutettuna ovat alle 1 % hoitoon liittyvien infektioiden kustannuksista. Vuonna 2001 - 2004 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalahygieneiaprojektin aikana hoitoon liittyviä infektioita vähennettiin 30 % ja käsihuhteen kulutusta lisättiin 40 %. (Rintala & Routamaa 2013, 1120.)

Hoitotyössä infektiot leviävät eniten kosketustartuntana käsien välityksellä. Tämä on helposti katkaistavissa huolellisella käsihygienialla, johon sisältyy käsienpesu, käsiinfektio, kirurginen käsiinfektio ja suojakäsineiden käyttö. Tärkeä osa henkilökunnan käsihygienian on käsien kunto. Vaikka hoitohenkilökunnan pitäisi tietää teoriassa käsihygienian merkitys infektioiden torjunnan kannalta, asianmukainen käsiinfektio ei aina toteudu. Lisäksi suunnitellut kampanjat käsihygienian parantamiseksi ovat tuoneet vain väliaikaisen vaikutuksen. (Syrjälä 2005, 165-167.) Työntekijät osoittavat kiireen olevan suurin syy puutteelliseen käsiinfektioon. Myös kollegojen ja erityisesti esimiesten esimerkki, asenteet sekä käsiinfektioannostelijoiden huono sijainti tai huuhteen loppu olivat osasyitä puutteelliseen käsiinfektioon. (Rintala & Routamaa 2013, 1121.)

2.1.1 Käsien ihon kunto

Iho koostuu kolmesta kerroksesta, orvaskedestä (epidermis), verinahasta (dermis) ja ihonalaiskudoksesta (subkutis). Ihon uloin kerros on orvaskesi ja se puolestaan koostuu useista eri kerroksista. Sarveiskerros on orvaskeden päällimmäisenä kerroksena. (Iholiitto Ry. 2014.) Sarveissolukko on tiivis ja yhtenäinen kerros, minkä lipidejä eli rasvaa sisältävä väliaine sitoo yhteen. Ehyt iho estää mikrobien pääsyn syvemmälle ihokerrokseen. Epidermis uusiutuu 50- 75 päivässä. Uudet solut kulkevat dermiksestä ihon pinnalle muuttaen muotonsa sarveissolukoksi, minkä jälkeen sarveissolut hilseilevät ja hankautuvat pois. (Tasanen-Määttä 2011, 12- 21.) Ihon pinnalla voi olla kahdenlaisia mikro-organismeja: pysyviä ja väliaikaisia (Routamaa 2010, 152).

Normaaliflooralla tarkoitetaan ihon omaa ja pysyvää bakteerikantaa. Normaalifloora estää taudinaiheuttavien bakteereiden kasvun iholla. Normaaliflooran osana on pysyviä mikro-organismeja, väliaikaisia mikro-organismeja tai patogeenejä, jotka voivat aiheuttaa tauteja ihon läpi päästyään. Väliaikainen normaalifloora on ihon pinnalla esiintyvää, mutta poistuvaa bakteeristoa ja pysyvä normaalifloora on ihmisen iholla säilyvä ja on siis eräänlainen puolustusmekanismi infektiota vastaan. Ikä, elinolosuhteet ja mikrobilääkitys voi vaihtaa normaaliflooran koostumusta. (Duodecim 2012, viitattu 12.09.2014.)

Valtaosa taudinaiheuttajamikrobien leviämisestä ja hoitoon liittyvistä infektiosta on väliaikaisen mikrobiflooran riittämätön poistaminen, siksi käsihygienia on erittäin keskeinen infektioidentorjunnan kohde. (Syrjälä 2005, viitattu 15.09.2014.)

Terveysthuollon henkilökunnan käsiin eivät kuulu sormukset, käsikorut, kellot tai aktiivisuusrannekkeet. Lyhyet kynnet, siistit kynnenalustat ja terveet kynsinauhat ovat edellytyksenä hyvään käsihygieniaan. Ihottumat ja kynsivallintulehdukset hoidetaan työterveyshuollon kanssa yhteistyössä. Kuiviin käsiin käytetään käsivoiteita. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2015, viitattu 12.04.2015.)

Kynsissä ei tule pitää lävistyskoruja, koska ne estävät tehokkaan käsihygienian toteutumisen. Myös rakenne- ja geelikynsien käyttö on kielletty. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015, viitattu 12.04.2015.)

2.1.2 Käsideseinfektio

Käsideseinfektioilla poistetaan käsistä desinfektioaineen avulla väliaikainen mikrobifloora, mikä on saatu potilasta tai ympäristöä koskettamalla. Näin keskeytetään mikrobien leviäminen ja tätä kautta infektioiden leviäminen. Bakteerit tuhoutuvat alkoholilla nopeasti. (Syrjälä 2010, 167-168.) Alkoholin mikrobeja tuhoava vaikutus perustuu siihen, että alkoholi estää entsyymien toimintaa, denaturoi mikrobin proteiineja sekä liuottaa rasva- aineita, minkä ansiosta mikrobi tuhoutuu. (Korhonen 2009, 270.)

Mikrobin tuhoutumisen edellytyksenä on kuitenkin, että käsiin hierotaan desinfektioainetta tarpeeksi kauan. Käsiin otetaan 3 ml desinfektioainetta. Käsien koosta riippuen oikea määrä on 1-2 painallusta (Oulun yliopistollinen sairaala. 2015, viitattu 22.04.2015). Käsihuuhte hierotaan kaikkialle käsiin kunnes kädet ovat kuivuneet ja tämä kestää 30 sekuntia. Huuhdetta otetaan kuiviin käsiin ja sitä hierotaan ensin sormenpäihin ja peukaloihin toisen käden kämmentä vasten, sitten kämmeniä vastakkain sormet limittäin. Myös kämmenselät hierotaan sormet limittäin. Lopuksi hierotaan erikseen peukalot ja niiden syrjät sekä sormia koukistettuna toisia vasten. (Syrjälä 2010, 169-170.)

Kädet desinfioidaan aina ennen potilashuoneeseen menoa, potilaskontaktia tai hoitotoimenpidettä sekä potilaskosketuksen tai potilaan ympäristöön koskettamisen jälkeen, ennen suojakäsineiden ja/tai suu-nenäsuojuksen pukemista sekä niiden riisumisen jälkeen, eritteiden käsittelyn jälkeen, potilashuoneesta poistuttaessa ja wc-käynnin jälkeen. (Oulun yliopistollinen sairaala 2015, viitattu 12.04.2015). Runsaan käsideseinfektion käyttö ei kuivata käsiä ja alkoholipohjaiset käsihuhuhteet ovat hyvin siedettyjä. (Ahmed-Lecheheb, Cunat, Hartemann & Hautemaniere 2012, viitattu 02.11.2015).

Kädet pestään saippualla Wc-käynnin jälkeen ja näkyvän lian poistamiseksi. Lisäksi Clostridium difficilen ja noroviruksen aiheuttamien infektioiden yhteydessä kädet pestään saippualla, koska se poistaa bakteerien itiöt käsihuhuhteesta tehokkaammin. Kädet huuhdellaan pelkällä vedellä, kun halutaan poistaa käsihuhuhteen käytön aiheuttama tahmeus. (Syrjälä 2010, 166-167)

2.1.3 Suojakäsineet

Usein suojakäsineitä käytetään hoitotyössä liikaa ja väärin (Kanerva 2014. 1539, viitattu 13.02.2015). Suojakäsineiden käyttö ei korvaa käsien saippuapesua tai käsien desinfiointia. Suojakäsineitä on hyvä käyttää tilanteissa, joissa ollaan tekemisissä veren, muiden eritteiden, limakalvojen tai haavojen kanssa (WHO 2009. 153, viitattu 13.02.2015).

Lisäksi suojakäsineitä käytetään, kun ollaan kosketuksissa potilaalle laitettujen vierasesineiden, kuten esimerkiksi verisuonikatetrien, virtsatiekatetrien, intubaatioputkien ja muiden infektioporttien kanssa (Syrjälä 2010, 176). Kuitenkin, esimerkiksi perifeeristä iv-kanyyliä käsiteltäessä oikeaoppinen käsidesinfektio riittää (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, viitattu 10.03.2015). Suojakäsineiden käytön tarkoitus on estää veritartuntoja ja lisäksi ehkäistä mikrobin tarttuminen potilaista käsiin ja infektiot, jotka leviävät käsien välityksellä potilasiin (Routamaa 2010, 161). Suojakäsineet ovat joko vinyyliä, lateksia, neopreenia tai nitriliä, sillä mikään niistä materiaaleista ei läpäise viruksia tai muita mikrobeja, silloin kun käsine on ehjä. (Routamaa 2010, 161).

Suojakäsineet laitetaan aina puhtaisiin ja kuiviin oikeaoppisesti desinfioituihin käsiin. Käsissä olevat mikrobit lisääntyvät nopeasti lämpimässä ja kosteassa, jonka vuoksi hyvä käsihygienia on tarpeen myös suojakäsineitä käytettäessä. Suojakäsineiden riisumisen jälkeen käsiin jääneet mikrobit poistetaan käsien desinfektiolla. Kädet desinfioidaan välittömästi suojakäsineiden riisumisen jälkeen. (Syrjälä 2010, 176).

Suojakäsineet riisutaan aina välittömästi potilaan hoitamisen jälkeen. Suojakäsineet ovat aina potilas- ja työvaihekohtaiset. Suojakäsineet tulee vaihtaa myös samaa potilasta hoidettaessa, mikäli siirrytään hoitamaan kontaminoituneelta alueelta toista aluetta (WHO 2009. 153, viitattu 13.02.2015).

2.2 Infektioportit

Infektioportit läpäisevät elimistön kudoksia ja näin ollen ne antavat mikrobeille mahdollisuuden päästä elimistöön. Tällaisia infektioportteja ovat haavat, virtsatiekatetrit, suonensisäiset katetrit ja kanyylit, dreenit ja intubaatioputket. Nämä vierasesineet ovat mainio kasvualusta mikrobeille, sillä ne ohittavat elimistön normaalin puolustusjärjestelmän ja näin ollen ne saavat kasvaa rauhassa ilman, että elimistön oma puolustusjärjestelmä alkaisi tuhota niitä. Tämän vuoksi vierasesineet kehossa ovat aina infektoriski. (Vuento 2010, 56)

Arvioidaan, että yli 50 % kaikista sairaalabakteremioista on peräisin katetreista. (Puhto, 2014, viitattu 12.04.2015.) Katetreja ovat verisuonikatetrit sekä virtsatiekatetrit. Verisuonikatetreja voi olla useita erilaisia ja ne asetetaan potilaille yleensä seuraamaan verenkiertoa ja hapetusta sekä nesteen – ja lääkkeenantoreitiksi. Tällaisia verisuonikatetreja ovat ääreislaskimo-, keskuslaskimo-, valtimo-, ja keuhkovaltimokatetrit. Näihin katetreihin liittyvät infektiokomplikaatiot ovat esimerkiksi sepsis, pehmytkudosinfektiot sekä endokardiitti eli sydänläppien tulehdus. (Kotilainen 2010, 270).

Virtsatiekatetreista aiheutuvat infektiot ovat suurin ryhmä infektioiden hoidossa. Virtsatiekatetrista saatavan infektion riski riippuu hygieniasta, hoidosta sekä katetrointimenetelmästä, sekä siitä kauanko katetria pidetään. Virtsatiekatetrista saatava infektio voi aiheuttaa esimerkiksi prostatitiitin (eturauhasen tulehdus), kystiitin (virtsatieinfektio) tai pyelonefriitin (munuaistulehdus) (Koivula 2010, 283.)

Verisuonikatetri- infektiot leviävät kanyylin tyviosasta tai punktiokohdasta ja tämän vuoksi onkin erittäin tärkeää pitää huoli kanyylin siisteydestä ja seurata kanyylin ympäröivää ihoa. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, viitattu 10.03.2015).

Alahengitysteiden imemistä intubaatioputken tai trakeostomiakanyylin kautta käytetään eritteiden poistamiseksi, atelektaasien ehkäisemiseksi ja happeutumisen parantamiseksi ja se on tehohoidossa yleisin invasiivinen toimenpide. Alahengitysteistä imettäessä toimenpide suoritetaan steriilisti. (Oulun yliopistollinen sairaala. 2014, viitattu 12.04.2015.) Mia Janssonin näyttöön perustuvan väitöskirjatutkimuksen mukaan lisäkoulutuksen avulla hoitajien hoitosuosittelujen noudattaminen ja tietotaidon lisääminen paransivat potilasturvallisuutta. Potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet, sairaalainfektiot vähentyneet ja kuolleisuus on laskenut. (Siilasvuo. 2014, viitattu 12.04.2015.)

Kirurgiassa kajotaan ihoon tai limakalvoon, jotka estävät bakteerien pääsyn elimistöön. Siksi haava suojataan ja hoidetaan oikealla tekniikalla, jotta mikrobit eivät pääse haavaan. (Saarelma. 2014, viitattu 24.04.2015.) Suojaaminen täytyy ottaa huomioon haavaa hoitaessa. Haavanhoitotarvikkeita käsitellään desinfioiduin käsin. Haavaa käsitellään steriilein välinein ja leikkaushaavan ollessa yli 24 tuntia vanha, käytetään käsissä tehdaspuhtaita käsineitä. Leikkaushaavan ollessa alle 24 tuntia vanha, hoidetaan haava steriilisti eli käytetään steriilejä käsineitä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2014, viitattu 24.04.2015.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla terveydenhuollon henkilökunnan käsihygienian käytännön toteutumista sekä tietämystä ennen potilaassa olevan infektioportin käsittelyä. Yhteistyökumppanimme oli Infektioiden torjunnan yksikkö Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksessa oli rajattu infektioporteiksi haavat, verisuonikatetrit, intubaatioputket, trakeostomiakanyylit ja virtsatiekatetrit. Tutkimuksessa terveydenhuollon henkilökunnaksi luimme lääkäreitä, sairaanhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia, laboratoriohoitajia, fysioterapeuteja, toimintaterapeuteja ja röntgenhoitajia.

Tulosten perusteella yhteistyökumppani sai tietoa terveydenhuollon henkilökunnan käsihygieniosaamisesta ja mahdollisen lisäkoulutuksen järjestämisen tarpeesta. Tällä voi vaikuttaa potilasturvallisuuden paranemiseen, potilasvahinkoihin liittyvien kustannusten laskuun sekä hoitoon liittyvien infektioiden kuolleisuuden vähenemiseen.

Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen. Aineisto koostui kysymyslomakkeiden (Liite 1) vastauksista sekä omista havainnoistamme.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millainen tietotaso terveydenhuollon henkilökunnalla on käsihygieniasta ennen infektioportin käsittelyä?
2. Miten terveydenhuollon henkilökunnan käsihygienia toteutuu ennen infektioportin käsittelyä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmetodologia

Tutkimuksemme tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston keräämiseen voidaan valita joko kyselylomake, systemaattinen havainnointi tai valmiiden rekisterien ja tilastojen käyttö. Tavallisin tapa määrällisen tutkimuksen aineiston keräämiseen on kyselylomake. (Vilka. 2005, 73.) Tutkimuksessamme käytimme sekä kyselylomaketta (liite 1) että systemaattista havainnointia (liite 2) tutkimusaineiston keräämiseen.

Kyselylomakkeen etuna on, että vastaajat voivat vastata anonyymisti kysymyksiin. Toisaalta taas riskinä kyselylomakkeessa on, että vastausprosentti jää alhaiseksi. Kyselylomake on mahdollista tehdä ja täyttää monin eri tavoin. Kysely voidaan tehdä muun muassa puhelun välityksellä, sähköpostin kautta tai paikan päällä keräämällä. (Vilka 2005, 74-75). Työssämme keräsimme teoria-tietoa aiheesta ja sen pohjalta sekä yhteistyökumppanin ja opettajien avulla teimme kyselylomakkeen. Kyselylomakkeen kysymykset oli rajattu niin, että ne käsittelivät käsihygieniää vain ennen infektioportin käsittelyä.

Systemaattisen havainnoinnin avulla saimme tietoa terveydenhuollon henkilökunnan toiminnasta. Havainnoinnin avulla ei voi tulkita sitä, minkälaisia kokemuksia ja käsityksiä henkilöllä on toiminnasta. (Vilka 2005, 76). Tutkimuksemme etuna olikin se, että teimme sekä kyselyn, että havainnointitutkimuksen samoilla osastoilla. Yhdistettynä ne kaksi tutkimusaineiston keruumenetelmää, saimme monipuolista tietoa siitä, millainen terveydenhuollon henkilökunnan tietämys käsihygieniasta on, ja lisäksi saimme havainnoida, että kuinka hyvin hoitohenkilökunnan käsihygieniä toteutuu käytännössä ennen infektioporttien käsittelyä. Havainnointi on järjestelmällistä, ja sen tulee suuntautua niihin asioihin, joita tutkimussuunnitelmassa on päätetty tutkia (Vilka 2005, 76).

Päätimme keskittyä havainnoinnissa pääosin käsidesinfektiotekniikkaan, koska Infektioiden torjunnan yksikön yhdyshenkilöt havainnoivat käsidesinfektioaikaa Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Sen vuoksi heillä oli tietoa käsidesinfektioajasta, mutta vähemmän käsidesinfektiotekniikasta. Näin opinnäytetyömme vastasi paremmin heidän tarpeisiinsa. Olemme rajanneet havainnointilomaketta tämän toiveen pohjalta.

4.2 Kohderyhmän valinta

Tutkimuksen perusjoukkona oli terveydenhuollon henkilökunta ja otoksena oli Oulun yliopistollisen sairaalan somaattisten sairauksien osastoilla työskentelevä terveydenhuollon henkilökunta. Valitsimme yhteistyössä opinnäytetyön tilaajan kanssa kolme eri osastoa kahdelta eri tulosalueelta. Osastot sijaitsivat operatiivisella sekä medisiinisellä tulosalueella. Havainnointi ja kysely toteutetaan samoilla osastoilla.

Valittujen osastojen henkilökunnalla oli mahdollisuus vastata kyselyyn annettuna tutkimusaikana. Havainnointitapahtumiin valikoitui työntekijöitä, jotka olivat töissä havainnointiaikana. Kyselyyn vastanneita sekä havainnoinnin kohteina olevia työntekijöitä ei voitu yhdistää toisiinsa kyselyn anonymiteetin vuoksi.

4.3 Aineiston keruumenetelmät

Keräsimme aineiston kysely- ja havainnointilomakkeilla viikkojen 36 – 38 välisenä aikana syksyllä 2015. Lomakkeet laadimme itse tietoperustamme pohjalta yhteistyössä opettajien ja tilaajien kanssa. Esitestasimme lomakkeet ennen varsinaista havainnointitilannetta kohdeosastolla ja koimme lomakkeen havainnointitilanteessa selkeäksi. Testasimme molempia lomakkeita myös terveydenhuollon ammattilaisilla tutkittavan yksikön ulkopuolelta. Näin saimme testattua esimerkiksi kyselylomakkeen ymmärrettävyyden. Keskeiset käsitteet ovat terveydenhuollon henkilökunta, käsihygienia, infektioiden torjunta, käsidesinfektio ja infektioportti.

4.4 Havainnoinnin ja kyselyn toteuttaminen

Keräsimme aineiston tutkimukseen kahdessa eri osassa. Saimme kesällä 2015 johtajaylilääkäri Aino-Liisa Oukalta tutkimusluvan. Kaikilla osastoilla pidimme joko lyhyen infon osastotunnilla tai lähetimme sähköpostin koskien opinnäytetyötä. Saatuaamme hyväksynnän opinnäytetyölle koh-

deosastojen osastonhoitajilta sekä opiskelijakoordinaattoreilta, veimme kyselylomakkeet osastoille saatekirjeen kera syyskuussa 2015.

Saatekirjeen (liite 3) tarkoituksena on selventää tutkimuksen tarkoitus ja tausta vastaajalle. Samalla se motivoi lomakkeen täyttämiseen. Saatekirjeessä tulee ilmetä, miten lomakkeeseen vastataan ja mihin valmis lomake palautetaan. Lisäksi on tärkeää mainita vastattujen lomakkeiden luottamuksellisuudesta. (Heikkilä 2014, 59.) Lisäsimme saatekirjeen perään myös arvontakupongin, joka motivoi kyselyyn vastaamisessa.

Kyselyt koostuivat strukturoidusta kysymyksistä koskien vastaajan työuraa ja taustaa sekä käsihygieniaa ennen infektioporttien käsittelyä. Kyselyt olivat saatavilla osastojen taukokuoneissa palautuslaatikon kera. Kyselyyn oli aikaa vastata 2 viikkoa. Havainnointien yhteydessä tarkistimme kuinka aktiivisesti kyselyihin on vastattu sekä vastasimme henkilökunnan mahdollisiin kysymyksiin. Kannustimme henkilökuntaa vastamaan kyselyyn määräaikaan mennessä. Tiukan aikataulun takia vastausajan pidentäminen ei ollut vaihtoehto. Vastausajan päätyttyä haimme palautuslaatikot sekä kyselylomakkeet. Vastausprosentti oli 60%. Pidemmällä vastausajalla vastausprosentti olisi voinut olla parempi.

Suoritimme havainnointia osastoilla kahden viikon aikana syyskuussa 2015. Yksi opinnäytetyön tekijöistä havainnoi yhdellä osastolla, joten jokaisella oli vastuulla oma osasto. Koimme, että havainnointi oli selkää yksin. Meille jäi myös enemmän aikaa työstää raporttia. Ennen havainnoinnin aloittamista testasimme lomakkeen toimivuuden itse havainnointitilanteessa. Havaitimme lomakkeen toimivaksi ja laskimme kyseiset havainnoinnit osaksi kaikkia havainnoiteja.

Pyrimme suorittamaan havainnoinnit aamuvuoroissa, koska silloin tapahtuu eniten hoitotilanteita. Valitsimme havainnoitavan kohteen sattumanvaraisesti hoitotilanteessa, jossa työntekijä aikoi käsitellä infektioporttia. Edellisen havainnoinnin päätyttyä valitsimme uuden havainnointitilanteen sattumanvaraisesti. Seurasimme hoitotilannetta näköetäisyydeltä emmekä osallistuneet potilastyöhön. Työntekijöille annettiin työrauha eikä heitä seurattu potilastyön ulkopuolisiin tilanteisiin. Emme havainnoineet eristyskuoneissa.

Havainnointilomakkeeseen merkittiin havainnoitava osasto. Havainnoidessa merkitsimme lomakkeelle, oliko kyseessä lääkäri vai hoitaja sekä havainnoitava infektioportti. Havainnoimme muun muassa käsihuuhteen oikeaoppista käyttöä, suojakäsineiden käyttöä, käsien kuntoa sekä mah-

dollisten korujen tai kellojen käyttöä. Havainnointitapahtumia suoritettiin yhteensä 60 kappaletta. Lomakkeella oli 10 eri havainnointikohtaa yhtä havainnointitilannetta koskien, joten yksittäisiä havainnoita tapahtui yhteensä 600 kappaletta.

4.5 Aineiston analyysi

Tutkimusstrategia määrittää aineiston järjestämiseen tarvittavat toimenpiteet. Tutkimusaineiston tilastollista käsittelyä voidaan käyttää määrällisessä tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.)

Muuttuja on asia, josta määrällisellä tutkimuksella halutaan saada tietoa (Vilkka 2007, 14). Tutkimuksen väittämät sekä havainnoitavat asiat ovat muuttujia.

Aineisto analysoitiin Webropol-ohjelmalla. Webropol-ohjelmaa voidaan käyttää määrällisen tutkimuksen aineiston järjestämiseen. Tulosten havainnollistamiseen käytettiin taulukoita ja kuvioita. Kyselomakkeet numeroitiin ja tutkijat syöttivät kyselylomakkeen vastaukset Webropoliin, joka muodosti automaattisesti käytetyt kuviot ja taulukot. Havainnointilomakkeiden vastaukset käsiteltiin samalla tavalla kuin kyselylomakkeet. Tuloksiksi saatiin vastausten prosenttijakaumia kyselyn eri väittämiin. Havainnointien tulokset olivat myös prosenttijakaumia.

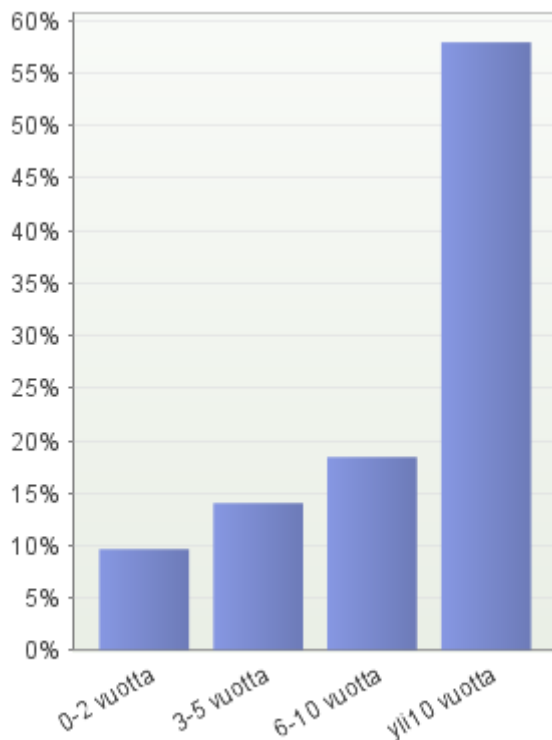
5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Henkilökunnan käsihygieniatietämys

Kyselyyn vastasi yhteensä 115 terveydenhuollon ammattilaista, joista 90 % oli hoitajia ja 10 % lääkäreitä. 58 % vastanneista oli työskennellyt terveydenhuoltoalalla yli 10 vuotta.

Muissa vastausvaihtoehdoissa tulokset jakaantuivat tasaisemmin. Nykyisessä työyksikössä 30 % oli työskennellyt yli 10 vuotta. (Kuvio 1)

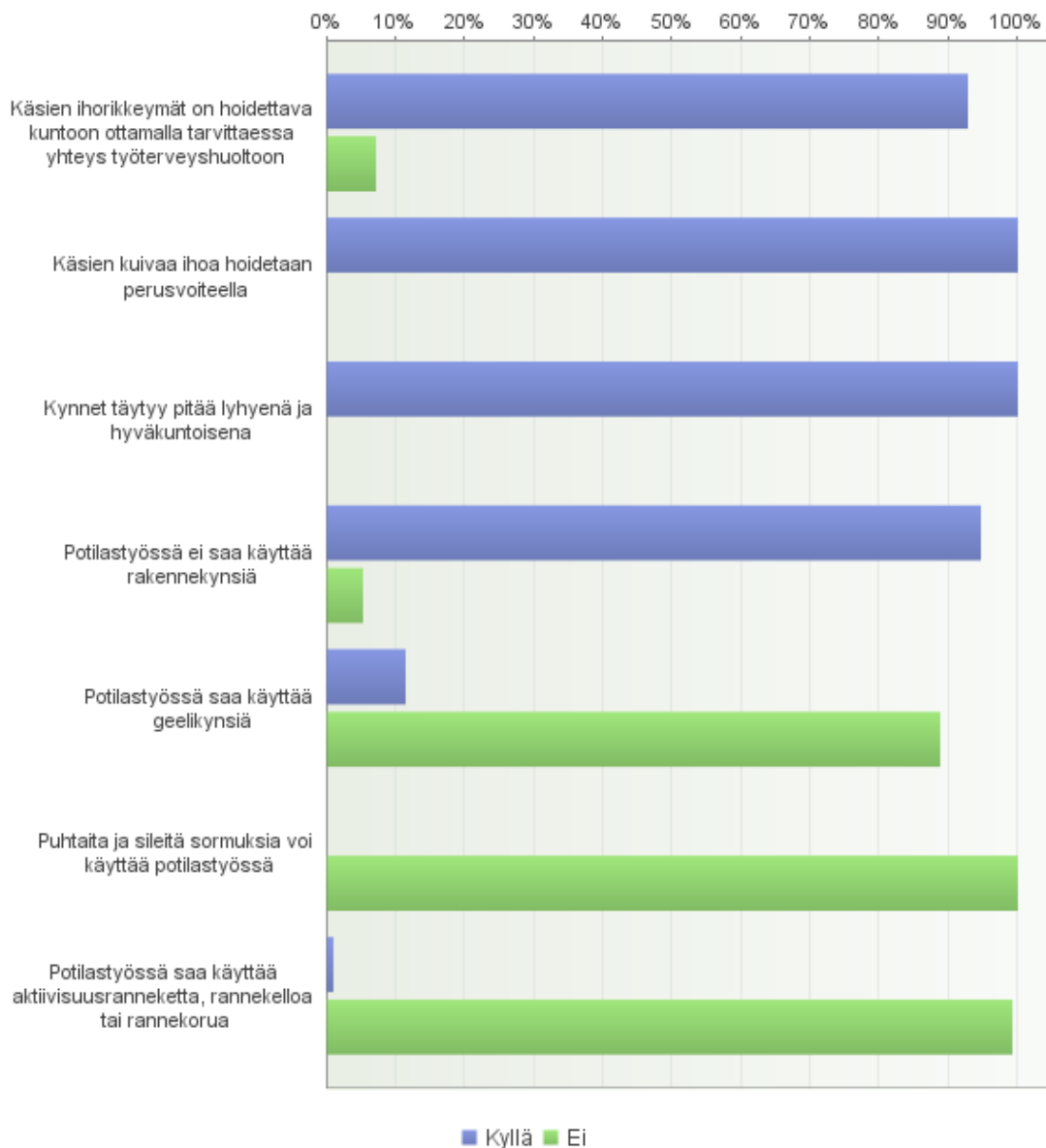
37 % vastaajista ei ollut osallistunut käsihygieniaan liittyvään koulutukseen nykyisessä työyksikössään, mutta suurin osa (63%) on osallistunut käsihygieniaan liittyvään koulutukseen.



KUVIO 1. Työkokemuksen kesto (n=114)

93 % mielestä käsien ihorikkeymät on hoidettava yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Vastaajista 100 % oli sitä mieltä, että käsien kuivaa ihoa hoidetaan perusvoiteella ja kynnet pidetään lyhyinä ja hyväkuntoisina. (Kuvio 2)

95 % vastaajista oli sitä mieltä, että potilastyössä ei saa käyttää rakennekynsiä, mutta 11 % oli sitä mieltä, että geelikynsiä saa käyttää potilastyössä. Vastaajista kaikki olivat sitä mieltä, että potilastyössä ei saa käyttää puhtaita ja sileitä sormuksia. 1 % mielestä potilastyössä saa käyttää aktiivisuusranneketta, kelloa tai muita koruja.

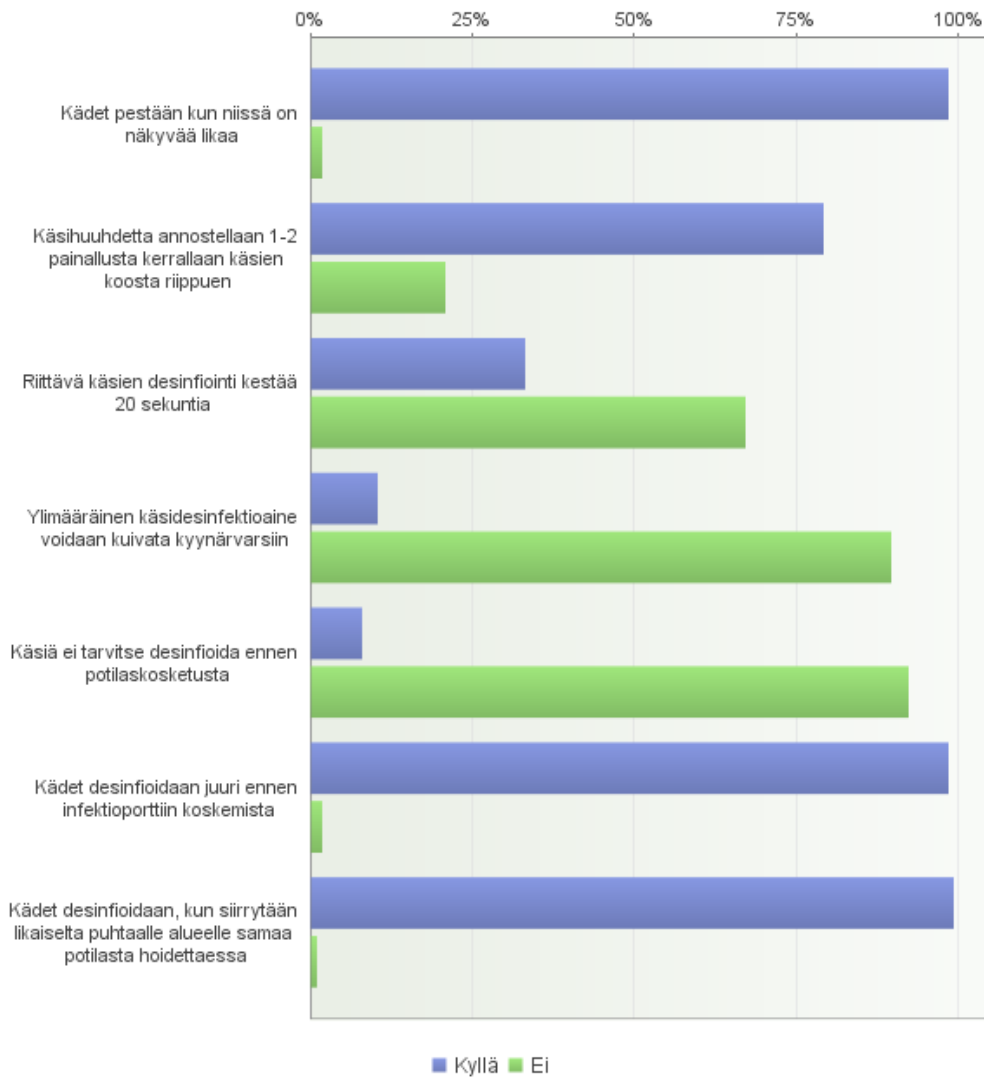


KUVIO 2. Käsien ihon ja kynsien kunto, sekä korujen käyttö (n=115)

Vastaajista 98 % oli sitä mieltä, että kädet pestään kun niissä on näkyvää likaa. 79 % vastaajista annostelisi käsihuhdetta 1-2 painallusta kerrallaan käsien koosta riippuen, 21 % vastaajista ei annostelisi. (Kuvio 3)

67 % mielestä 20 sekuntia ei ole riittävä aika käsien desinfektioon kun taas 33 % 20 sekuntia on riittävä aika käsidesinfektioon. Vastaajista 90 % ei kuivaisi ylimääräistä käsidesinfektioainetta kyynärvarsiin. 10 % mielestä ylimääräinen käsidesinfektioaine voidaan kuivata kyynärvarsiin.

Vastaajista 92 % oli sitä mieltä, että kädet täytyy desinfioida ennen infektioporttiin koskemista. 8 % vastaajista oli sitä mieltä, että käsiä ei tarvitse desinfioida ennen infektioporttiin koskemista. 99 % oli sitä mieltä, että kädet desinfioidaan kun siirytään likaiselta puhtaalle alueelle. 1 % oli sitä mieltä, että käsiä ei tarvitse desinfioida likaiselta alueelta puhtaalle alueelle siirtyessä.



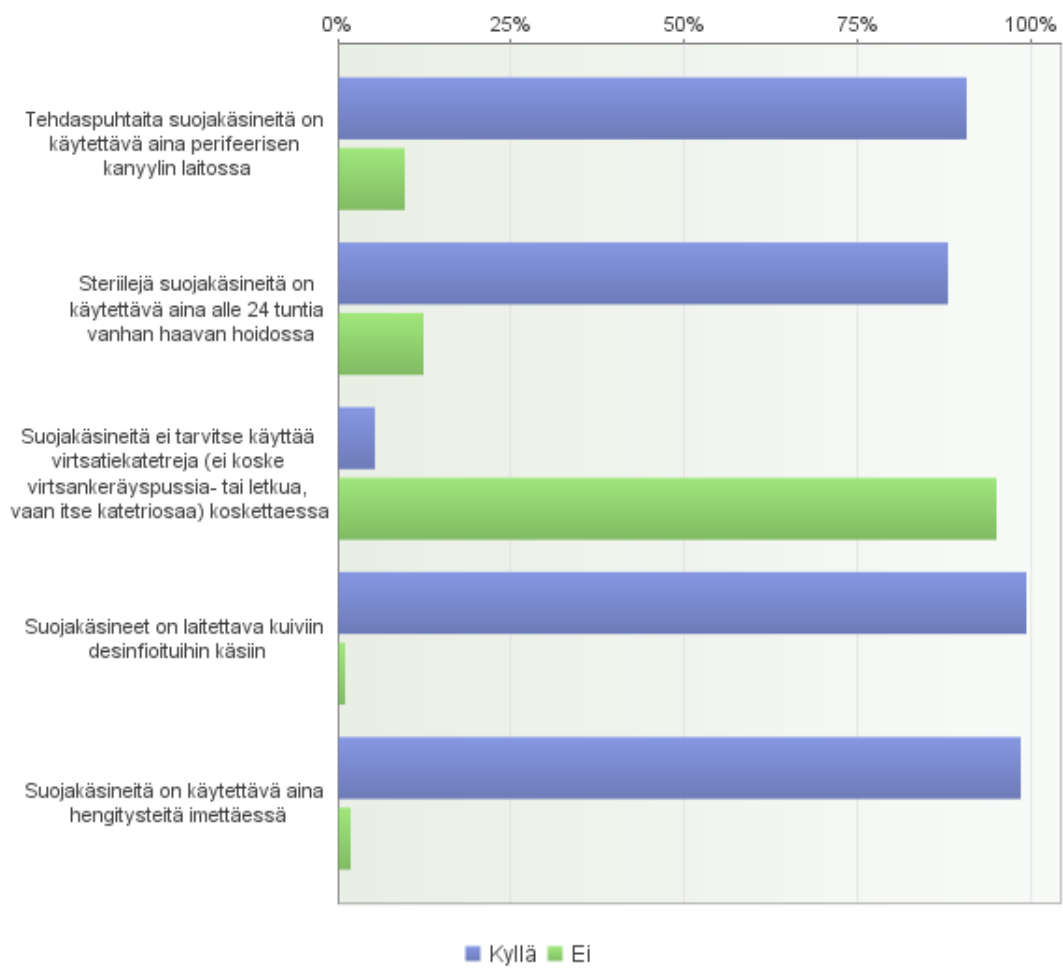
KUVIO 3. Käsien vesipesu ja desinfektio (n=115)

Vastaajista 90 % oli sitä mieltä, että tehdaspuhtaita suojakäsineitä on käytettävä aina perifeerisen kanyylin laitossa. 10 % vastaajista oli sitä mieltä, että niin ei tarvitse tehdä. (Kuvio 4)

88 % vastaajista käyttäisi steriilejä suojakäsineitä alle 24 tuntia vanhan haavan hoidossa. Vastaajista 12 % mielestä steriilejä käsineitä ei tarvitse käyttää.

Vastaajista 95 % mielestä suojakäsineitä tulee käyttää virtsatiekatetria koskettaessa. 5 % mielestä suojakäsineitä ei tarvitse käyttää.

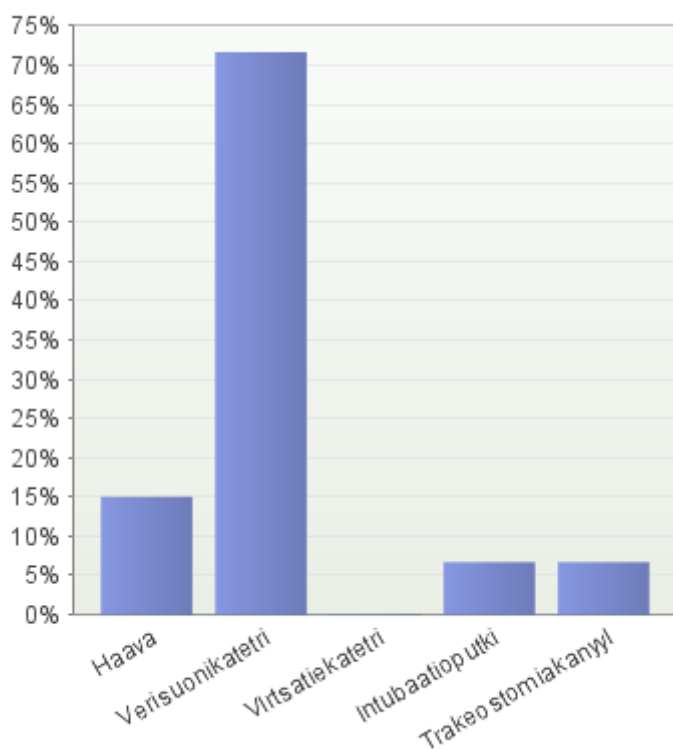
99 % mielestä suojakäsineet on laitettava kuiviin desinfiotuihin käsiin. 1 % mielestä niin ei tarvitse tehdä. 98 % mielestä suojakäsineitä on käytettävä aina hengitysteitä imettäessä kun taas 2 % on siitä mieltä, ettei suojakäsineitä tarvitse aina käyttää.



KUVIO 4. Suojakäsineiden käyttö (n=115)

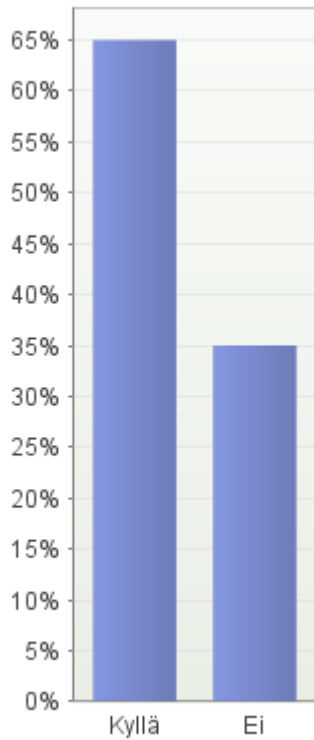
5.2 Henkilökunnan käsihygienian toteutuminen

Havainnoitavista 90 % oli hoitajia ja 10 % lääkäreitä. (Kuvio 5) Infektioporteista verisuonikatetreja oli ylivoimaisesti eniten (72 %) ja haavoja toiseksi eniten (15 %). Havainnoitavaksi tuli intubaatioputkia ja trakeostomiakanyyleita vähemmän ja virtsatiekatetreja ei yhtään.



KUVIO 5. Infektioporttien jakauma (n=60)

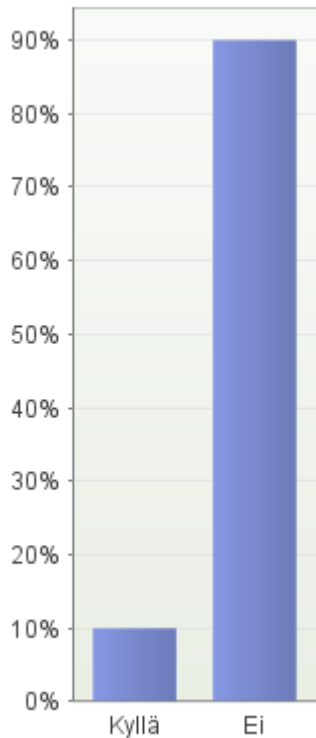
87 % havainnoitavista otti käsihuuhdetta ennen infektioporttiin koskemista, 13 % ei ottanut käsihuuhdetta ennen infektioporttiin koskemista. Havainnoitavista 65 % hieroi käsihuuhteen sormenpäihin, kämmeniin, kämmenselkiin, peukaloihin ja sormien väleihin kun taas 35 % ei hieronut käsihuuhdetta oikeaoppisesti. (Kuvio 6)



KUVIO 6. Käsihuuhteen hierominen oikeaoppisesti (n=60)

Havainnoitavista yli puolet (68%) hieroi kädet kuiviksi käsihuuhteesta kun taas 32 % ei hieronut käsiä kuiviksi käsihuuhteesta. Suurin osa (93%) havainnoitavista puki suojäkäsineet ennen infektioporttiin koskemista ja 7 % ei pukenut suojäkäsineitä ennen infektioporttiin koskemista.

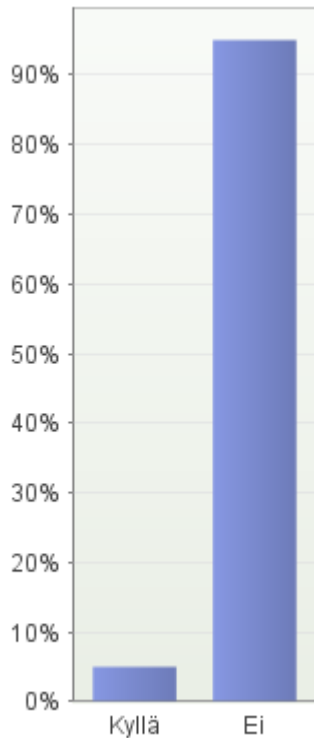
Suurin osa (90%) havainnoitavista ei koskenut hoitoympäristöön tai muualle käsidesinfektion jälkeen ennen infektioporttiin koskemista. (Kuvio 7) Vain 10 % havainnoitavista koski hoitoympäristöön tai muualle käsidesinfektion jälkeen ennen infektioporttiin koskemista.



KUVIO 7. Hoitoympäristöön koskeminen käsihuuhdedesinfektion jälkeen ennen infektioporttiin koskemista (n=60)

Havainnoitavista vai hieman yli puolet (58%) ei koskenut hoitoympäristöön tai muualle suojakäsineet kädessä ennen infektioporttiin koskemista, kun taas 42 % havainnoitavista koski hoitoympäristöön tai muualle suojakäsineet kädessä ennen infektioporttiin koskemista.

Hyvin pienellä osalla (8%) havainnoitavista oli pitkät kynnet tai rakennekynnet kun taas suurimmalla osalla (92%) ei ollut pitkiä kynsiä tai rakennekynsiä. Havainnoitavista kellään ei ollut sormuksia sormissa (0%). Kello tai rannekoru oli 5% havainnoitavista, 95 % ei ollut kelloa tai rannekoruja käsissä. (Kuvio 8) Havainnoitavista 0 % oli aktiivisuusranneke käytössä.



KUVIO 8. Kellon tai rannekorujen käyttö (n=60)

5.3 Ristiinvertailu

Hoitajista 76% puki suojäkäsineet käsiteltäessä verisuonikatetria. Oulun yliopistollisen sairaalan uusien ohjeiden mukaan suojäkäsineitä ei tarvitse pukea verisuonikatetria käsiteltäessä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, viitattu 16.10.2015.)

Lääkäreistä 33 % ei pukenut suojäkäsineitä koskiessa haavaa. Haavaa käsitellään aina joko tehdaspuhtain tai steriilein käsinein. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2014, viitattu.16.10.2015.)

Hoitajista 92 % hieroi käsihuuhdetta käsiin ennen infektioportin käsittelyä, ja lääkäreistä vain 33 % hieroi käsihuuhdetta käsiin ennen infektioportin käsittelyä.

Käsihuuhteen hieronnan jälkeen hoitoympäristöön koski ennen infektioportin käsittelyä hoitajista 10 % ja lääkäreistä ei yhtään. Suojäkäsineiden pukemisen jälkeen hoitoympäristöön koski ennen infektioportin käsittelyä hoitajista 42 % ja lääkäreistä 67 %.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimusongelmaan, millainen tietotaso terveydenhuollon henkilökunnalla on käsihygieniasta ennen infektioportin käsittelyä, verrattuna nähdään, että tietämys käsihygieniasta on pääpiirteittäin melko hyvää. Muutamia poikkeuksia esiintyi. Esimerkiksi 33 % tutkittavista vastasi, että 20 sekuntia on riittävä aika käsien desinfiointiin. Lisäksi 79 % vastanneista annostelisi käsihuuhdetta 1-2 painallusta käsien koosta riippuen. Toiseen tutkimusongelmaan, miten terveydenhuollon henkilökunnan käsihygienia toteutuu ennen infektioportin käsittelyä, voidaan sanoa, että suurella osalla havainnoitavista oli ainakin jonkinlaisia puutteita käsihygienian toteutumisessa ennen infektioporttiin koskemista. Voidaan siis päätellä, että vaikka tietämys käsihygieniasta on keskimäärin melko hyvää, ei tämä kuitenkaan toteudu käytännössä potilaan hoitotyössä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP) aloitti vuonna 2008 projektin ja tutkimuksen, jonka tarkoitus oli vähentää dialyysikatetreiden infektioita, ja niistä johtuvia komplikaatioita. Tutkimukseen sisältyi käsihygieniaan liittyvää havainnointia ja lisäksi välitöntä palautetta toteutuneesta käsihygieniasta ja koulutusta käsihygienian parantamiseksi. Ensimmäisissä havainnoinneissa ilmeni, että vain 31 % tilanteista käsihygienia toteutui oikeaoppisesti. Seurantahavainnoinnissa taas tulos oli noussut 41 %:n. Myös käsihuuhteen kulutusluvut olivat kasvaneet seurantahavainnoinneissa. Koulutuksista huolimatta suuri osa henkilökunnasta ei hieronut käsiä niin kauan, että ne ovat kuivat. Tutkimuksesta ilmenee jatkuvan koulutuksen tärkeys. Tutkimuksessa myös ilmeni, että hemodialyysipotilaiden hoitoon liittyvät infektiot ovat vähentyneet merkittävästi projektin avulla (Eronen 2012, 31, viitattu 02.10.2015). Havainnoinneissamme voidaan tulla samankaltaiseen johtopäätökseen siitä, että suurimmalla osalla käsihygienian toteutuminen ennen infektioporttiin koskemista ei toteutunut oikeaoppisesti. Esimerkiksi suurin osa vastanneista käytti suojakäsineitä laittaessa lääkettä verisuonikatetriin, joka nykysuosituksen mukaan ei ole tarpeen, ellei katetrissa ole näkyvää eritettä.

Projekti ”Aseptiikan ja hygienian kehittäminen nefrologisen potilaan hoitotyössä” tarkastelee käsihygienian toteutumista potilaiden hemodialyysihoidon aikana. Tutkimuksessa tehtiin tietokysely, joka mittasi hoitohenkilökunnan tietämystä käsihygieniasta, jonka jälkeen hoitajan saivat koulutusta käsihygieniasta ja tekivät parin vuoden kuluttua uuden tietokyselyn. Tutkimukseen kuului myös havainnointitutkimus, joka mittasi käsihygienian toteutumisen käytännössä hemodialyysihoidon aikana. Kyselyn perusteella voitiin sanoa, että hemodialyysihoitajien tietämys käsihygieni-

asta oli melko hyvä jo tutkimuksen alussa, ja koulutuksen ansiosta tulokset paranivat ennestään. Havainnointitutkimuksessa (n=20) he saivat tulokseksi, että 33 %:lla hoitajista oli sormuksia tai koruja. Ja vain 4 %:lla oli pitkät kynnet ja/tai rakennekynnet (Korhonen, Meriö-Hietaniemi, Rekola & Taponen 2011, 214-216, viitattu 02.10.2015). Havainnointitutkimuksessamme saatiin hieman samankaltaisia tuloksia liittyen pitkiin kynsiin, sillä tutkimuksessamme 8 %:lla oli joko pitkät kynnet tai rakennekynnet. Vastaavasti taas havainnoinneissamme kenelläkään ei ollut sormuksia käsissä tai aktiivisuusrannekkeita käsivarressaan ja 5 %:lla havainnoitavista oli kädessään joko kello tai rannekoru.

Eräässä tutkimuksessa, joka toteutettiin sairaanhoitopiirissä ja neljässä aluesairaalassa kirurgisilla ja sisätautisilla vuodeosastoilla, mitattiin sairaanhoitajien ja perushoitajien tietämystä käsihygieniasuosituksista ja niiden toteuttamisesta käytännössä. Tulosten mukaan 95 %:lla (n=418) oli hyvät tai erinomaiset tiedot käsihygieniasuosituksista. Kyselyyn vastanneet hoitotyöntekijät tiesivät parhaiten käsien desinfiointi- ja pesutekniikasta, sekä suojakäsineistä. Tutkimuksessa todettiin, että käsihygieniatietämys oli hyvää, mutta toteutus puutteellista (Routamaa & Hupli 2007, 2397-2400). Saman voi havaita tutkimuksessamme, sillä kyselyyn vastanneilla oli myös hyvä tietämys käsihygienian toteutumisesta ennen infektioporttiin koskemista. Kyselyymme vastanneet myös tiesivät hyvin käsien pesu- ja desinfiointitekniikasta ja suojakäsineiden käytöstä. Tutkimuksen havainnointi kuitenkin osoitti, ettei käsihygienia toteudu ohjeiden mukaisesti.

TYKS:ssä tehdyn havainnointitutkimuksen tuloksena oli, että vain 40 %:lla (n=1842) TYKS:n henkilökunnasta toteuttaa käsihygieniata täysin oikeaoppisesti. Osittain oikein käsihygieniata toteutui 29 %:ssa (n=1203) havainnoinneista. Noin kolmanneksella havainnoinneissa käsihygieniata ei toteutunut lainkaan suositusten mukaisesti. Havainnoinneissa käsihygieniata toteutui heikoiten lääkäreiden kohdalla. Lisäksi henkilökunnalle oli tehty sähköinen kysely käsihygienian tietämyksestä (439 vastausta), jonka mukaan henkilökunnan tietämys käsihygieniasta on keskimäärin erinomaista (Rintala ja Routamaa 2013, 1120 - 1121). Tutkimustulostemme perusteella voidaan tehdä samankaltaisia johtopäätöksiä, sillä myös havainnoinneissamme suurimmalla osalla oli puutteita käsihygienian toteutumisessa. Myös tekemämme kyselytutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että tietämys käsihygieniasta on hyvä hoitohenkilökunnalla.

Havainnoinneissamme 13 % ei ottanut lainkaan käsihuuhdetta ennen infektioporttiin koskemista. Havainnoitavista 35 % ei hieronut käsihuuhdetta oikeaoppisesti käsiin ja 32 % ei hieronut käsiä kuiviksi. Voidaan todeta, että käsien desinfiontitekniikassa olisi parannettavaa.

Havainnoitavista 90 % ei koskenut hoitoympäristöön käsidesinfektion jälkeen ennen infektioporttiin koskemista. Vastaavasti taas suojakäsineet kädessä jopa 42 % havainnoitavista kosketti hoitoympäristöön tai muualle ennen infektioporttiin koskemista. Voidaan siis todeta, että kädet kontaminoituvat useammin suojakäsineitä käytettäessä.

Suurin osa kyselyyn vastanneista (63 %) oli osallistunut käsihygieniakoulutukseen nykyisessä työyksikössään. Kuitenkin reilu kolmannes ei vielä ole osallistunut koulutukseen lainkaan, joten voidaan todeta että käsihygieniakoulutus on varmasti tarpeellista. Samaan johtopäätökseen voitulla myös sen vuoksi, että vaikka yleisesti tietämys on melko hyvää käsihygieniasta, niin sen toteutumisessa on vielä parannettavaa käytännössä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tehdyssäkin projektissa voitiin todeta, että käsihygienia toteutui paremmin koulutuksen avulla (Eronen 2012, 31). Koulutuksen tarvetta esiintyy esimerkiksi suojakäsineiden käytössä infektioporttia käsiteltäessä. Lisäksi tarvitaan koulutusta käsien desinfektitekniikasta.

7 POHDINTA

Tarkastelimme tutkimuksessa terveydenhuollon henkilökunnan käsihygienian tietämystä sekä toteutusta ennen infektioporttiin koskemista. Rajasimme tutkimuksemme aiheen tarkasti, jotta se ei olisi liian laaja ja näin ollen tulokset olisivat luotettavampia. Suoritimme tutkimuksen kyselylomakkeella ja havainnoimalla. Tutkimuksemme oli määrällinen. Toteutimme tutkimuksen kesälomien jälkeen syyskuussa, jotta kesäsijaiset eivät vaikuttaisi tutkimuksemme luotettavuuteen.

Tutkimuksemme osoittaa, että käsihygieniatietämys on pääosin hyvää. Tutkimuksen perusteella käsihygieniakoulutusta voitaisiin kuitenkin kohdentaa suojakäsineiden oikeaoppiseen käyttöön sekä käsien desinfiointitekniikkaan. Koulutus olisi hyvä suunnata kaikille työntekijöille, sillä jo yksi työntekijä käsihygieniata laiminlyömällä voi tehdä turhaksi kaikkien muiden osaamisen.

Tutkimuksen tulokset antoivat meille ajankohtaista tietoa terveydenhuollon henkilökunnan käsihygieniosaamisesta ja sen toteutumisesta. Lisäksi saimme tietoa käsihygienian kehittämistarpeista ja siitä mihin osa-alueisiin infektioiden torjunta- ja käsihygieniakoulutusta täytyisi kohdentaa. Tämän ansiosta mahdollisia infektioita voidaan vähentää ja potilasturvallisuutta parantaa.

Tutkimusta varten syvensimme tietämystä käsihygieniasta ja infektioporteista hakemalla tietoa teoriasta. Tutkimuksen ansiosta osaamme toteuttaa käsihygieniata käytännössä ja perustella oikeaoppisen käsihygienian teoretisella tiedolla. Kehityimme tutkimuksen tekemisessä sekä yhteistyötaitoissa. Lisäksi opimme tarkastelemaan kriittisesti tutkimuksemme vaiheita ja huomasimme joitakin epäkohtia, jotka tekisimme toisin seuraavassa tutkimuksessamme. Koimme kyselyn ja havainnoin yhdistämisen hyväksi, koska näin saimme kokonaisvaltaisemman kuvan käsihygienian tietämyksestä ja toteutumisesta.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen reliabiliudella tarkoitetaan toistettavuutta mittaustuloksista ja sen kykyä antaa samanlaisia vastaustuloksia. Validius mittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi 2013, 231).

Tutkimuksen perustana oli tietopohja. Pyrimme siihen, että lähteemme olisivat mahdollisimman uusia ja päteviä. Laadimme mittarin itse sekä yhteistyössä tilaajan kanssa. Mittarimme oli melko suppea, sillä rajasimme aiheen koskevan vain käsihygienian ennen infektioportin koskemista. Aiheen tarkka rajaaminen lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimukseemme otettiin mukaan monia ammattiryhmiä, koska todellisuudessa potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien määrä on laaja. Toteutimme tutkimuksen kyselylomakkeen ja havainnoin perusteella. Kyselytutkimuksen etuna on se, että sen avulla saada laaja valikoima vastauksia ja lisäksi se on tehokasta. (Hirsjärvi ym. 2013, 195.) Emme olleet etukäteen odottaneet kyselyyn tiettyä vastausmäärää, mutta lopussa huomasimme vastausprosentin olleen erittäin hyvä. Hyvään vastausprosenttiin auttoi varmasti riittävä tiedottaminen ja ohjeistaminen.

Esitetasimme kyselylomaketta antamalla sen hoitotyön ammattilaisille, jotta he voisivat kommentoida sitä. Lisäksi teimme paljon yhteistyötä mittarin sisältöön liittyen infektioiden torjunnan yksikön sekä sisällönohjaajan kanssa. Paransimme ja hioimme mittarin sisältöä useaan kertaan, mutta lopulta kuitenkin kyselyyn vastanneiden palaute oli, että mittari oli vaikeasti ymmärrettävä. Tämä saattoi vaikuttaa tuloksiin. Havainnointilomaketta sekä havainnointitilannetta käytiin etukäteen läpi infektioiden torjunnan yksikön kanssa. Havainnointilomake oli toimiva ja selkeä, mutta havainnointituloksiin saattoi vaikuttaa havainnoitavan mahdollinen valmistautuminen tilanteeseen.

Pyrimme kyselyiden kirjaamisessa rehellisyyteen. Joidenkin väittämien yhteyteen oli kirjoitettu oikea vastaus, vaikka väittämään oli vastattu väärin. Tällöin oletimme, että vastaaja tiesi oikean vastauksen, mutta oli väärinymmärtänyt väittämän. Kenenkään vastauksia emme joutuneet hylkäämään. Kyselyn lisäksi pääsimme havainnoimaan samoja asioita, mikä lisäsi luotettavuutta, koska havainnoin avulla päästään näkemään toimivatko ihmiset todella niin, kuin he kertovat toimivansa. (Hirsjärvi ym. 2013, 212.)

Kyselyyn vastanneiden palautteen perusteella lomakkeen väittämät olisivat voineet olla esimerkiksi oikein tai väärin- väittämiä, kyllä tai ei- väittämien sijaan. Tämä muutos olisi voinut tehdä lomakkeesta paremmin ymmärrettävän ja sitä kautta tuloksista luotettavammaksi. Muuten olimme melko tyytyväisiä väittämiimme ja niiden avulla saimme vastauksen tutkimusongelmiin.

Havainnoinnin luotettavuuteen saattoi vaikuttaa se, että olimme yksin kullakin osastolla havainnoimassa. Vaikka olimme etukäteen käyneet tilanteen läpi ja katsoneet esimerkiksi käsihyyntien

oikeaoppisen hieromisen käsiin, havainnointitilanteessa olimme kuitenkin yksin ja teimme yksin omat tulkintamme siitä, mikä on oikein ja mikä väärin. Havainnointitilanteen haittana saattoi myös olla havainnoija, koska hän saattaa häiritä tilannetta ja näin ollen vaikuttaa tilanteen kulkuun. (Hirsjärvi ym. 2013, 213.)

Tutkimusta ja sen tuloksia voidaan hyödyntää Oulun yliopistollisessa sairaalassa sekä muissa sairaaloissa, jotka noudattavat Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ohjeita. Tutkimustulosten avulla saadaan kohdennettua käsihygieniakoulutusta niihin osa- alueisiin, joihin sitä tarvitaan.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Perustelimme tutkimuksen hyödyt kohdeosastojemme hoitohenkilökunnalle ja itsellemme. Tutkimusetiikan lähtökohtana on tutkimuksen hyödyllisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177). Tutkimuksesta ei koitunut haittaa tai vaaraa tutkittaville tai potilaille.

Tutkimuksesta tiedotettiin suullisesti, kävimme kohdeosastoilla kertomassa tutkimuksesta. Tutkimuksesta tiedotettiin myös kirjallisesti. Ohjeet olivat rehellisiä sekä täsmällisiä. Vastajia ei pystytty yhdistämään missään vaiheessa kyselyn vastauksiin ja kyselyyn osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen tekemiseen oli tehty riittävät sopimukset, sekä hankittu tarvittavat luvat. Tutkimuksesta ilmoitettiin tutkittaville kyselylomakkeen saatekirjeessä, josta kävi ilmi tutkimuksen hyödyt ja tavoite. Saatekirjeessä kerrottiin miten aineistoa käytetään ja miten sekä milloin se tuhoetaan. Kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle ei tutkimustietoja luovutettu.

Havainnoista kerrottiin avoimesti ja rehellisesti ja hoitohenkilökunta tiesi havainnointien koskevan käsihygieniää. Ennen havainnointien aloittamista tiedotimme hoitohenkilökunnalle, että tutkijalta voi tulla kysymään havainnointitilanteen jälkeen omista tuloksista.

Tutkimuksen tulokset on kerrottu vääristelemättä, sellaisenaan kuin ne ovat. Opinnäytetyön muuttamisedotuksista kerrottiin rehellisesti.

Opinnäytetyön tekeminen oli tasapuolista ja työnjako oli sujuvaa. Tutkijat suhtautuivat toisiinsa kunnioittavasti. Tutkijat olivat kiinnostuneita aiheesta ja työhön paneuduttiin tunnollisesti.

7.3 Jatkokehittämisideat

Jatkossa käsihygienian tietämystä ja toteutumista voisi tutkia mahdollisimman pian käsihygienian koulutuksen jälkeen. Näin selvittäisiin, onko koulutuksella vaikutusta tietämykseen sekä käsihygienian toteutumiseen potilastyössä ja onko hoitohenkilökunta sitoutunut noudattamaan käsihygieniohjeita ja parantamaan potilasturvallisuutta. Käsihygienian toteutumista voisi seurata säännöllisesti ja hoitohenkilökunnalta voisi selvittää, kokevatko he tarvitsevansa käsihygieniakoulutusta. Tutkimuksen voisi tehdä laajemmin lääkäreille.

LÄHTEET

Ahmed-Lecheheb, D., Cunat, L., Hartemann, P. & Hautemanière, A. 2012. Prospective observational study to assess hand skin condition after application of alcohol-based hand rub solutions. Viitattu 02.11.2015

http://www.ccih.med.br/m/aluno/mod/biblioteca_virtual/revistas_2012/AJIC/Marco/0160.pdf

Duodecim. 2012. Ihon bakteeri-infektiot. Viitattu 12.09.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi13020>

Eronen, R. 2012. Käsihygienian havainnointitutkimus osana infektioiden torjuntaa. Suomen Sairaalahygienialehti. Viitattu 02.10.2015. 30 (1), 31–33.

http://sshy.fi/data/documents/lehdet/12_1.pdf

Heikkilä T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 9.uudistettu painos. Porvoo:Bookwell Oy. 59.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17.painos. Helsinki:Tammi.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Iholiitto Ry. 2014. Terveen ihon rakenne. Viitattu 12.9.2014.

http://www.iholiitto.fi/ihotietoa/terveen_ihon_rakenne/

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kanerva, M. Hietaniemi, K. 2014. Käsihuuhdetta, olkaa hyvät!. Viitattu 13.2.2015.

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000041319>

Koivula, I., Laato, M., Maurunen, E. & Kröger, H. 2010. Katetriperäiset virtsatieinfektiot ja niiden torjunta. 6. painos. Porvoo: Bookwell Oy. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 283.

Korhonen, T.; Saksala, P. & Somerharju, L. 2009. Sosiaali- ja terveysalan fysiikka ja kemia. Helsinki: Edita. 270.

Korhonen, Meriö-Hietaniemi, Rekola & Taponen 2011, 214–216 Korhonen, E., Meriö-Hietaniemi, I., Rekola, L. & Taponen, R. 2011. Käsihygienian seuranta ja kehittäminen projektiyhteistyössä. Viitattu 02.10.2015. Suomen Sairaalahygienialehti 29 (4), 214–217 http://sshy.fi/data/documents/lehdet/11_4.pdf

Kotilainen, P., Terho, K. & Kurvinen, T. 2010. Verisuonikatetreihin liittyvät infektiot. 6. painos. Porvoo: Bookwell Oy. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 270.

Lumio, J. 1996. Sairaalainfektioiden merkitys ja ehkäistävyys. Viitattu 13.02.2015. http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo60196&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Meän tornionlaakso. Miia Jansson parantaa maailmaa tutkimalla tehohoitoa. M. Siilasvuo. 2014. Viitattu 12.04.2015. <http://www.tornionlaakso.net/fi/uutiset/miia-jansson-parantaa-maailmaa-tutkimalla-tehohoitoa>

Oulun yliopistollinen sairaala. Operatiivinen tulosalue/tehohoito. Alahengitysteiden imeminen – invasiivisesti ventiloitu aikuispotilas. M. Jansson, E. Karjula, R. Järvinen. 2014. PPSHP Intranet. Viitattu 12.04.2015.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Leikkaushaavan käsittelyn aseptiikka. Viitattu 24.04.2015. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=8914>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2013. Ääreislaskimokanyyli. Viitattu 10.03.2015. https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/24782_Perifeerinen_iv-kanyyli.pdf

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2015. Käsidesinfektio. Viitattu 12.04.2015. https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/29965_Kasidesinfektio.pdf

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2015. Tavanomaiset varotoimet. Viitattu 12.04.2015.

https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/32524_Tavanomaiset_varotoimet.pdf

Puhto, T. 2014. Verisuonikatetri-infektiot ja niiden torjunta. Viitattu 12.4.2015.

https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/33467_Verisuonikanyyleihin_liittyvat_infektiot.pdf

Rintala, E & Routamaa, M. 2013. Hyvä käsihygienia sairaalassa - suositus vai velvollisuus? Lääkäri-lehti. 68 (15), 1020-1021, 1120 - 1121.

Routamaa, M. & Ratia, M. 2010. Henkilöhygieniä. 6. painos. Porvoo: Bookwell Oy. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta 152.

Routamaa, M. & Hupli, M. 2007. Käsihygieniä hoitotyössä. Suomen Lääkäri-lehti 62 (24), 2397-2400.

Routamaa, M. & Ratia, M. 2010. Työ- ja suojavaatetus sekä suojaimet. 6. painos. Porvoo: Bookwell Oy. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 161.

Saarelma, O. 2014. Leikkaushaavan tulehdus. Duodecim. Viitattu 24.04.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00293

Suomen Kuntaliitto 2015. Sairaalainfektioista viidennes torjuttavissa. Viitattu 13.02.2015.

<http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2010/10/Sivut/Sairaalainfektioista-viidennes-torjuttavissa.aspx>

Syrjälä, H. 2005. Käsihuuhde – mikrobien leviämisen eston kulmakivi. Viitattu 13.02.2015.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=1E106D6C9457353F7482711D412AD431?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95138

Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygieniä. 6. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 176.

Syrjälä, H. & Laine, J. 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys ja merkitys. 6.painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 39-41.

Tasanen-Määttä, K. & Peltonen, S. 2011. Ihon rakenne, tehtävät ja toiminta. Teoksessa M. Hanuksela, S. Peltonen, T. Reunala & R. Suhonen, Ihotaudit (toim.) 2. painos. Helsinki: Duodecim, 12–21.

Vierula, H. 2012. Enemmän huomiota desinfiointiin. Viitattu 13.02.2015.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=11929/type=1

Vuento, R. 2010. Tartunnan aiheuttajat ja tartuntatavat. Teoksessa Anttila, V-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R (toim) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. Painos. Helsinki. Kuntaliitto. 56

World Health Organization 2009. Guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge. Viitattu 13.2.2015.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

Vilka, H. 2005. Tutki ja Kehitä. Keuruu: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

LIITTEET

Liite 1

Käsihygienia

1. Lomakkeen numero

Tähän kysymykseen ei tarvitse vastata.

Taustatiedot

2. Mihin ammattiryhmään kuulut? (Hoitajiin luetaan sairaanhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat, laboratoriohoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit sekä röntgenhoitajat)

Lääkäri

Hoitaja

3. Kauanko olet työskennellyt terveydenhuoltoalalla?

0-2 vuotta

3-5 vuotta

6-10 vuotta

yli10 vuotta

4. Kauanko olet työskennellyt nykyisessä työyksikössäsi?

- 0-2 vuotta
- 3-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- yli 10 vuotta

5. Oletko osallistunut käsihygieniaan liittyvään koulutukseen työurasi aikana nykyisessä työyksikössäsi?

- Olen osallistunut
- En ole osallistunut

Väittämät

Kysymyksiin vastataan valitsemalla vaihtoehdoista kyllä tai ei. Kyselyssämme infektioprotektiivisi rajaamme verisuoni- ja virtsatiekatetrit, haavat, intubaatioputket sekä trakeostomiakanyylit.

6. Käsien ihon ja kynsien kunto, korut

	Kyllä	Ei
Käsien ihorikkeymät on hoidettava kuntoon ottamalla tarvittaessa yhteys työterveyshuoltoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käsien kuivaa ihoa hoidetaan perusvoiteella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kynnet täytyy pitää lyhyenä ja hyväkuntoisena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilastyössä ei saa käyttää rakennekynsiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilastyössä saa käyttää geelikynsiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puhtaita ja sileitä sormuksia voi käyttää potilastyössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilastyössä saa käyttää aktiivisuusranneketta, rannekelloa tai rannekorua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Käsien vesipesu ja desinfektio

	Kyllä	Ei
Kädet pestään aina kun niissä on näkyvää likaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käsihuuhdetta annostellaan 1-2 painallusta kerrallaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riittävä käsien desinfiointi kestää 20 sekuntia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ylimääräinen käsidesinfektioaine voidaan kuivata kynärvarsiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käsiä ei tarvitse desinfoida ennen potilaskosketusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kädet desinfioidaan juuri ennen infektioporttiin koskemista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kädet desinfioidaan, kun siirrytään likaiselta puhtaalle alueelle samaa potilasta hoidettaessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Suojakäsineiden käyttö

	Kyllä	Ei
Tehdaspuhtaita suojakäsineitä on käytettävä aina perifeerisen kanyylin laitossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steriilejä suojakäsineitä on käytettävä aina alle 24 tuntia vanhan haavan hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suojakäsineitä ei tarvitse käyttää virtsatiekatetreja (ei koske virtsapussia- tai letkua, vaan itse katetriosaa) koskettaessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suojakäsineet on laitettava kuiviin desinfiointuihin käsiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suojakäsineitä on käytettävä aina hengitysteitä imettäessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kiitos yhteistyöstä!



Arvontalippu käsihygieniakyselyyn osallistujalle.

Nimi _____ Osasto _____

Arvonta suoritetaan ja palkinto toimitetaan syyskuun loppuun mennessä.

Liite 2

Havainnointilomake	Osasto:									
Havainnoitava	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Käsien desinfiointi			Suojakäsineet			Käsien kunto ja korut			
L=lääkäri, H=hoitaja (Sairaanhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat, laboratoriohoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit sekä röntgenhoitajat)	Ottiko käsihuuhdeta ennen infektioporttiin koskemista?	Hieroi ko käsihuuhdteen sormenpäihin, kämmentiin, kämmentien, n, peukaloihin, sormien välleihin?	Hieroi k o kädet kuiviksi	Pukiko suojakäsineet ennen infektioporttiin koskemista?	Koskettiinko käsihuuhdteen hieronnan hoitoympäristö ön tms. ennen infektioporttiin koskemista?	Koskettiinko suojakäsineet kädessä hoitoympäristö ön tms. ennen infektioporttiin koskemista?	Onko rakennekyynsiä /pitkät kyynnet?	Onko sormuksi a?	Onko kelloa/rann ekoruja?	Onko aktiivisuusr anneketta?
1. Ammr / Infekt. portti K=Kyllä, E=Ei										
2. Ammr / Infekt. portti K=Kyllä, E=Ei										
3. Ammr / Infekt. portti K=Kyllä, E=Ei										
4. Ammr / Infekt. portti K=Kyllä, E=Ei										
5. Ammr / Infekt. portti K=Kyllä, E=Ei										
6. Ammr / Infekt. portti K=Kyllä, E=Ei										
7. Ammr / Infekt. portti K=Kyllä, E=Ei										
8. Ammr / Infekt. portti K=Kyllä, E=Ei										
9. Ammr / Infekt. portti K=Kyllä, E=Ei										
10. Ammr / Infekt. portti K=Kyllä, E=Ei										

Infektioportit: H=haava, Ve=verisuonikatetri, Vi=virtsatiekatetri, I=intubaatiop, T=trakeostomiakanyyli

Liite 3

Hyvä terveydenhuollon ammattilainen!

Olemme Sonja Puisto, Mira Pihlajaniemi, Petra Suhonen ja Sami Venäläinen. Opiskelemme Oulun ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Terveydenhuollon henkilökunnan käsihygienian osaamisen kartoitus ennen infektioporttien käsittelyä” yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa. Oheinen kysely liittyy olennaisesti opinnäytetyöhömmme.

Tutkimuksemme käsittelee käsihygieniaan ja infektioportteihin liittyvää teoriaperustaa. Kyselyn tavoitteena on edistää käsihygienian toteutumista ennen infektioporttiin koskemista Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosastoilla. Kyselyssä vastataan erilaisiin käsihygieniaa koskeviin väittämiin. Vastauksenne auttaa organisaatiotanne kehittämään käsihygieniaan liittyvää koulutusta ja parantamaan infektioiden torjuntaa sekä potilasturvallisuutta. Vastausaikaa tähän menee n. 10 minuuttia.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Toivomme mahdollisimman suurta osallistujamäärää, jotta tulokset olisivat luotettavia. Vastaukset käsitellään täysin nimettömänä ja luottamuksellisesti. Aineistoa käytetään vain tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Kun aineisto on analysoitu tilastollisesti, tuhoamme vastauslomakkeet. Kyselyn lisäksi teemme myöhemmin samoille osastoille havainnointitutkimuksen.

Kyselyn yhteydessä teillä on myös mahdollisuus osallistua suklaarasian arvontaan. Arvonta tapahtuu kaikkien kyselyyn osallistuneiden kesken. Tämä edellyttää, että kirjoitatte nimenne ja osastonne niille varatuille paikoille lomakkeen viimeiselle sivulle. Leikatkaa arvontalipuke katko-viivaa pitkin irti ja palauttakaa lipuke sille erikseen varattuun laatikkoon.

Olkaa hyvä ja palauttakaa kyselylomake sille varattuun laatikkoon 30.9.2015 mennessä.

Oulussa 20.5.2015

Ystävällisesti kiittäen,

Mira, Sonja, Petra ja Sami