

Carita Grahn

Potilaan turvallinen ja laadukas hoito

- Käsihygienian toteutuminen sairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

YAMK

Opinnäytetyö

Toukokuu 2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Carita Grahn Potilaan turvallinen ja laadukas hoito - Käsihygienian toteutuminen sairaalassa 23 sivua Toukokuu 2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja Ylempi AMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysala
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Ohjaaja(t)	Liisa Montin TtT, lehtori
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla miten käsihygienia toteutuu hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaalan vuodeosastolla. Tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää aseptista toimintaa.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin havainnoimalla potilaan hoitoon osallistuvan henkilökunnan käsihygienian toteutumista hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaalassa. Havainnointia varten laadittiin strukturoitu havainnointilomake, joka perustui sairaalan käsihygieniasuositukseen. Havainnointilomake oli jaettu neljään osaan, joihin kuuluivat henkilökunnan henkilökohtainen aseptiikka ja käsien kunto, käsien pesu, käsien desinfiointi sekä suojakäsineiden käyttö. Aineisto kerättiin helmi-maaliskuun 2016 aikana ja havainnointeja saatiin 109.</p> <p>Tulosten perusteella potilaan hoitoon osallistuva henkilökunta noudattaa sairaalan käsihygieniasuosituksia pääsääntöisesti hyvin. Potilaan hoitoon osallistuvan henkilökunnan henkilökohtainen aseptiikka ja käsien kunto oli hyvä, kenelläkään ei ollut koruja, kelloja, lakattuja kynsiä eikä rakennekynsiä. Käsien desinfiointi oli runsasta. Lähes kaikki desinfioivat kädet aina ennen ja jälkeen asiakas-/potilaskontaktin sekä hoitotoimenpiteen. Suojakäsineiden käyttöä toteutettiin erittäin hyvin, sillä suojakäsineiden oikea käyttö toteutui kaikissa havainnoituissa tapahtumissa.</p> <p>Tulosten perusteella voidaan todeta, että sairaalalla on hyvät käsihygieniaohteet ja niitä noudatetaan suositusten mukaisesti ja potilaan hoitoon osallistuva henkilökunta on saanut riittävää koulutusta käsihygieniaan liittyen.</p>	
Avainsanat	potilasturvallisuus, laatu, aseptiikka, käsihygienia, hoitotoimenpiteet

Author(s) Title Number of Pages Date	Carita Grahn Patient Safe and high quality care - Hand hygiene implementation in hospital 23 pages May 2016
Degree	Master's Degree
Degree Programme	Health Care and Social Services
Specialisation option	Leadership in Health Care and Social Services
Instructor(s)	Liisa Montin PhD, RN, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to describe how hand hygiene is realized during the treatment procedures in hospital ward. The aim is to develop the knowledge gained through an aseptic operation.</p> <p>The data was collected by observing the realization of hand hygiene during the treatment procedures in hospital in the staff involved in patient care. For the observation a structured observation form was drawn up, based on the hospital's hand hygiene recommendations. The observation form was divided into four sections, which included staff personal asepsis and hand condition, hand washing, hand disinfection and the use of gloves. The data was collected during the February and March 2016 and 109 observations were conducted</p> <p>Based on the results the staff involved in patient care follow hospital's hand hygiene recommendations, as a rule well. The personal asepsis and hand condition of the staff involved in patient care, was good, no one had any jewelry, watches, lacquered nails and acrylic nails. Hand disinfection was plentiful. Almost all disinfected their hands before and after client / patient contact and treatment procedures. The use of gloves were carried out very well as the correct use of gloves is realized in all the observed events.</p> <p>Based on the results it can be said that the hospital has good hand hygiene guidelines and complied with the recommendations. The staff involved in patient care have received adequate training in hand hygiene.</p>	
Keywords	patient safety, quality, asepsis, hand hygiene, treatment procedures

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Toimintaympäristön kuvaus	1
3	Potilaan turvallinen hoito	2
3.1	Laatu ja laadunhallinta	2
3.2	Potilasturvallisuus	4
3.3	Aseptiikka ja käsihygienia	7
4	Työn tarkoitus ja tavoite	8
5	Työn toteutus	8
5.1	Aineiston keruumenetelmä	8
5.2	Aineiston keruu	10
5.3	Aineiston analyysi	10
6	Tulokset	10
6.1	Hoitohenkilökunnan henkilökohtainen aseptiikka ja käsien kunto	11
6.2	Käsien pesu	12
6.3	Käsien desinfiointi	12
6.4	Suojakäsineiden käyttö	13
7	Pohdinta	14
7.1	Tulosten pohdinta	14
7.2	Tutkimuseettiset näkökohdat	17
7.3	Luotettavuuden pohdinta	18
8	Yhteenveto	19
	Lähteet	21

1 Johdanto

Yleisimpiä annetun hoidon komplikaatioita ovat hoitoon liittyvät infektiot, jotka aiheuttavat potilaille pidentyneitä sairaalassaoloaikoja, kärsimystä, lisäkustannuksia, invaliditeettia ja jopa kuolemia. Tehokkain tapa vähentää infektion aiheuttajien leviämistä on hyvä käsihygienia. Hyvällä käsihygienialla voidaan myös suojata potilasta saamasta hoitoon liittyviä infektioita. Oikein toteutetun käsihygienian kustannukset ovat alle 1 % hoitoon liittyvien infektioiden kustannuksista. Huolimaton käsien desinfektointi johtaa hoidon komplikaatioihin, joista niin potilas kuin yhteiskuntakin maksavat kalliisti. Hygieniakäytäntöjen laiminlyöminen vaarantaa potilasturvallisuutta ja siihen on puututtava niin esimiestasolla kuin viime kädessä myös terveydenhuollon lainsäädännönkeinoin. (Rintala – Routamaa 2013: 1120–1121.)

Tärkein keino ehkäistä hoitoon liittyviä infektioita potilastyössä on hyvä käsihygienia. Käsihygienian toteuttamisesta on tarkat suositukset ja ohjeistukset olemassa ja vaikka sen tärkeyden merkitys tiedostetaan, se toteutuu todellisuudessa vain puolessa hoitotilanteista. Käsihygienian käytännön toteutuksella ja sitä koskevien tietojen sekä käsitysten välillä on selkeä ero. (Routamaa – Hupli 2007: 2397.)

Hoitoon liittyvistä infektioista 20–70 % on ehkäistävissä. Ehkäisyn kulmakiviä ovat infektioiden rekisteröinti, infektion torjuntaan liittyvä koulutus ja tavanomaisten varotoimien – mukaan lukien parhaiden käsihygieniakäytäntöjen – käyttö terveydenhuollon yksiköissä. (Rintala – Routamaa 2013:1120–1121.) Tämän työn tarkoitus on kuvailla miten käsihygienia toteutuu hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaalassa.

2 Toimintaympäristön kuvaus

Sairaala on tuki- ja liikuntaelinsairauksien tutkimukseen ja hoitoon erikoistunut ortopedinen sairaala. Sairaalalla on kahdeksan toimintayksikköä, joita ovat ortopedia, käsi- ja ääreishermokirurgia, plastiikkakirurgia, anestesiologia, radiologia, sisätaudit, neurofysiologia ja fysiatria. Sairaala tukee ja täydentää Suomen terveydenhuollon järjestelmää omalla erikoisosaamisellaan.

Tämän työn havainnointi toteutettiin sairaalan tarkkailuyksikössä ja vuodeosastolla, jossa hoitolinjat ovat lonkkakirurgia, jalka-, käsi- ja olkakirurgia, polvikirurgia, selkäkirurgia, tekonivelkirurgia, neurokirurgia sekä lastenkirurgia. Vuosittainen leikkaustoimenpiteiden määrä on noin 1400, joista suurin määrä 390 on neurokirurgisia leikkauksia. Lastenkirurgiassa leikkauksia tehdään vuositason tasolla noin 17. Osastolla toimii kuusi vakituista ortopedia ja yksi sisätautilääkäri sekä useampia ammatinharjoittajalääkäreitä. Osaston hoitohenkilökuntaan kuuluu yksi vastaava hoitaja, joka toimii osittain myös leikkauskoordinaattorina, yksi leikkauskoordinaattori, 17 sairaanhoitajaa, kaksi perushoitajaa sekä kolme fysioterapeuttia. Vastaava hoitaja sekä leikkauskoordinaattori eivät ole välittömässä hoitotyössä kuin tarvittaessa.

Sairaalassa toteutetaan jatkuvaa infektiöseurantaa. Sairaalan hygieniahoitaja on vastuussa infektiotilastojen ylläpidosta. Eri osastot ja toimintayksiköt ovat velvollisia toimittamaan säännöllisesti infektiotiedot lomakkeella hygieniahoitajalle, joka kokoaa tiedot sairaalan infektiorekisteriin. Sairaala kuuluu myös Terveiden ja hyvinvointilaitoksen (THL) SIRO-ohjelmaan, jossa seurataan hoitoon liittyviä infektioita Suomessa valatakuunnallisesti. SIRO-ohjelman puitteissa seurataan tyypillisimpiä hoitoon liittyviä infektioita, joilla on kansanterveydellisesti huomattava merkitys. Tämän sairaalan seurantaan kuuluvat tekonivel- ja selkätoimenpiteet. Sairaalan syvien ja vakavien infektioiden vuosittainen määrä on pysynyt alle yksi prosenttia siitä asti kun SIRO seuranta 2012 aloitettiin sairaalassa.

3 Potilaan turvallinen hoito

3.1 Laatu ja laadunhallinta

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2010/2010) toisen pykälän tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia, kaventaa terveyseroja eri väestöryhmien välillä sekä vahvistaa hoidon asiakaskeskeisyyttä. Lain tarkoituksena on myös parantaa yhteistyötä terveydenhuollon toimijoiden sekä eri toimialojen välillä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen pykälässä kahdeksan edellytetään terveydenhuollon toiminnan perustuvan näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toiminnan tulee olla laadukasta ja turvallista ja se tulee toteuttaa asianmukaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun määrittämisessä keskeisiä elementtejä ovat asiakaskeskeisyys, jossa peruslähtökohtana on itsemääräämisoikeus sekä yksilön kunnioittaminen. Myös palvelujen saatavuus sekä saavutettavuus tarkoittavat sitä, että jokainen saa tasa-arvoisesti palveluja kohtuullisessa ajassa riippumatta sukupuolesta, etnisestä taustasta, sosioekonomisesta asemasta tai asuinpaikasta kuuluvat keskeisiin elementteihin. Niitä ovat myös valinnanvapaus, oikeudenmukaisuus, jolla tarkoitetaan, että kaikkien asiakkaiden on saatava yhdenmukaista ja kiireellistä hoitoa ilman tarpeetonta viivettä sekä potilasturvallisuus, joka käsittää hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuuden. Jokaisen sairaalan on laadittava potilasturvasuunnitelma, jolla varmistetaan potilasturvallisuus. Korkeatasoinen osaaminen, johon kuuluu toiminnassa tarvittava osaaminen osana ammatillista osaamista, taito kohdata ihmisiä, arvot ja etiikka sekä vaikuttavuus ovat laadun määrittämisessä erittäin keskeisiä asioita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tavoitteena on vaikuttaa siten, että se lisää asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä mahdollisimman paljon. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Laatu ja potilasturvallisuus)

Asiakkaat odottavat entistä laadukkaampia hoitopalveluja. He haluavat käyttää heille annettua valinnanvapauden mahdollisuutta ja he haluavat olla aktiivisesti mukana omaa terveydenhoitoaan koskevissa päätöksissä. He odottavat myös enemmän ennustettavuutta terveydenhuollon tuloksissa. Lisääntyvä monimuotoisuus terveystalouksissa, hoitovaihtoehtojen ja hoitoketjujen vaatii enemmän osaavaa ja osallistuvaa asiakasta, jotta voidaan saavuttaa mahdollisimman hyviä tuloksia. Tämän perusteella voidaankin todeta että ”Customer Quality”, on keskeisenä osatekijänä terveydenhuollon laadussa. (Tabrizi 2009: 130–131.)

Laadunhallinta pitää sisällään toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Jokaisella organisaatiolla on laatu- ja politiikka, johon laatutavoitteet perustuvat. Vastuu laadunhallinnasta on kaikilla johdon tasoilla, mutta kaikki organisaation jäsenet osallistuvat sen toteuttamiseen. (Kuntaliiton terveydenhuollon laatuopas 2011: 6.)

Hyvä esimerkki laadun arvioimiseen on potilastietojärjestelmät. Suomessa hallinnollisia rekistereitä käytetään niin terveystutkimukseen kuin myös hoidon laadun arviointiin. Potilastietojärjestelmässä keskeiset tiedot ovat kattavia ja helposti poimittavissa ja tätä voisi hyödyntää hoidon laadun arvioinnissa. Potilastietoja käyttämällä ja niissä havaituista risiiritäisyyksistä raportoimalla niin tietojärjestelmän kehittäjille, ylläpitäjille kuin käyttäjillekin voidaan tietojen kirjaamista kehittää ja lisätä sekä laatua huomattavasti parantaa.

Kun tiedonkeruun yhteydessä määritellään hakuehdot, niitä voidaan hyödyntää myöhemmin hoidon laadun systemaattiseen tarkasteluun ja laatuindikaattoreiden laadintaan. (Laatikainen ym.2013: 1986 – 1988.)

Kuntaliiton terveydenhuollon laatuoppaassa (2011) laatukulttuuri on määritelty laatua edistäväksi systemaattiseksi toimintatavaksi, sitä tukevaksi johtamiseksi, arvoiksi ja asenteiksi. Laatukulttuurilla tarkoitetaan myös yhteisössä jaettua merkitysten ja ymmärryksen järjestelmää, joka pitää sisällään laadun kehittämiseen tähtäävät toimenpiteet sekä jokaisen niin yksilöllisen kuin yhteisenkin sitoutumisen toiminnan laadun ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Toiminnan laatu sisältää myös potilasturvallisuuteen liittyvien riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä jatkuvan kehittämisen toiminnassa. (Kuntaliiton terveydenhuollon laatuopas 2011: 7-9.)

Jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Potilasturvallisuuden edistämisen suunnittelussa tulee huomioida yhteistyö sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suunnitelman sisältöä ja laadintaa ohjaavan asetuksen. (Kuntaliiton terveydenhuollon laatuopas 2011: 7.)

Malmivaaran (2012) mukaan arkivaikuttavuuden lääketiede hyödyntää hoitoyksikköjen suoriutumisen luotettavia arviointeja sekä tuotettuun tietoon perustuvaa laadunparantamistyötä. Tarkoituksena on edistää käytäntöjä, jotka perustuvat tieteelliseen näyttöön. Parhaimmillaan voidaan arvioida koko hoitoketjun toimintaa ja hoitotuloksia. Tämä ei kuitenkaan usein ole mahdollista ja siksi joudutaan käyttämään laatua parhaiten kuvaavia yksittäisiä indikaattoreita. Valittujen indikaattorien olisi hyvä olla sellaisia, joiden osalta on olemassa tieteellistä näyttöä siitä, että muutos toimintatavassa johtaa parempiin hoitotuloksiin. Indikaattorien pitäisi myös kuvata luotettavasti annettua hoitoa ja olla ajallisesti lähellä tärkeitä tulosmittareita. Tämän lisäksi indikaattorin käyttöönottoon ei saisi liittyä riskiä haitallisista vaikutuksista. (Malmivaara 2012: 446.)

3.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuuden tulee olla yksi keskeisin tavoite sosiaali- ja terveydenhuollossa, sillä se on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Turvallinen hoito takaa potilaalle sen, ettei hoidosta aiheudu potilaalle tarpeetonta haittaa ja että hoito toteutetaan parhaalla

mahdollisella tavalla käyttäen olemassa olevia voimavaroja siten, että hoito toteutetaan oikealla tavalla oikeaan aikaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 11.)

Vaativassa ja monisyisessä terveyden- ja sairaanhoidossa vaaratapahtumat ovat mahdollisia, vaikka henkilökunta on ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta ja toiminta määriteltä. Potilasturvallisuus käsitteenä pitää sisällään periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan potilaiden hoidon turvallisuus. Se sisältää myös poikkeamien hallinnan ja niistä johtuvien haittojen ehkäisyä. Potilasturvallisuus pystytään takaamaan parhaiten silloin, kun keskitytään vähentämään potilaalle aiheutuvia haittoja ja arvioimaan ja tutki- maan palvelujärjestelmää sekä poistamaan siellä olevia riskejä. (Sosiaali- ja terveysmi- nisteriön julkaisuja 2009: 11 – 12.)

Potilasturvallisuuskulttuuri pitää sisällään systemaattisen toimintatavan, sitä tukevan joh- tamisen, arvot ja asenteet, joka edistää potilaan turvallista hoitoa. Riskien arviointi, eh- käisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen ovat osa potilas- turvallisuuskulttuuria. Turvallisuuskulttuurin ollessa vahva hoitoon liittyvät riskit ja poti- laille hoidon aikana aiheutuneet haitat vähenevät. Toteutuakseen tämä vaatii yhteisen vastuun ottamista, avointa ilmapiiriä sekä jatkuvaa toiminnan kehittämistä. Ammattihen- kilöiden hyvällä koulutuksella luodaan pohja potilasturvallisuudelle. (Sosiaali- ja terveys- ministeriön julkaisuja 2009: 14.)

On havaittu, että ylemmällä johdolla ja heidän johtamallaan muutosjohtamisen tyylillä on suora vaikutus turvallisuuden ilmapiiriin. Kun ylemmät johtajat osoittavat sitoutumisensa turvalisuuteen ja tarjoavat tarvittavat resurssit ja kannustimet turvallisuuden edistä- miseksi sekä parantamiseksi niin työntekijöiden käsitykset potilasturvallisuudesta myös parantuvat ja lopputuloksena on organisaation parantunut potilasturvallisuus. (McFad- den – Stock – Gowen III 2014: 27 - 28.)

Terveydenhuollon laatua valvova virasto The Agency for Healthcare Quality (AHRQ), on laatinut yhteistyössä the American Organization of Nurse Executives järjestön kanssa seitsemän toimenpidettä, jotka vaikuttavat ja kehittävät potilasturvallisuutta mukaan lu- kien koko organisaation potilasturvallisuusohjelman tukemisen ja täytäntöönpanon. Or- ganisaation tulee suunnitella turvalliset kliiniset järjestelmät, prosessit ja menettelytavat sekä seurata toimintatapoja, jotta voidaan tunnistaa sekä odotetut että odottamattomat riskit. Organisaation tulisi tukea ei- rankaisevaa raportointi ympäristöä ja kannustaa palk-

kiojärjestelmään, jossa ei turvallisesta toiminnasta raportoitaessa palkittaisiin. Organisaation tulisi suorittaa turvallisuuteen liittyviä tutkimuksia ja vastata ja toimia turvallisuus-suositusten mukaisesti. Organisaation tulisi myös varmistaa että henkilökunta on riittävän pätevää ja koulutettua potilasturvallisuuteen liittyvällä tavalla sekä selvästi ilmaista ja toteuttaa toimia, joilla tuetaan yhteisen kansallinen potilasturvallisuus päämääriä. (Fagan 2012: 426.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa julkaisussa (2009) todetaan, että potilasturvallisuus on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden ja potilaiden yhteinen asia mutta organisaation johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta eikä se voi delegoida tätä vastuuta. Johdon tulee omalla toiminnallaan ja esimerkillään korostaa potilasturvallisuutta sekä varmistaa työskentelyolosuhteet sellaiseksi, että hoidon toteuttaminen on turvallista. Tämä edellyttää esimerkiksi sen, että organisaatiossa on riittävä määrä henkilökuntaa ja heillä on riittävä osaaminen työnsä toteuttamiseen. Jokaisella työntekijällä on vastuu arvioida ja kehittää omaa osaamistaan ja toimintaansa siten, että potilasturvallisuus paranee. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 14.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos määrittelee potilasturvallisuuden tarkoittavan terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joilla voidaan varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta. (Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos, laatu ja potilasturvallisuus)

Potilasturvallisuus on yhteinen asia, joka kuuluu kaikille jotka hoitavat potilaita ja hoidon tulee olla sellaista, ettei potilaalle aiheudu vaaraa vahingosta, erehdyksen, unohduksen tai lipsahduksen vuoksi. Potilasturvallisuus on periaatteita, käytäntöjä sekä prosesseja, joiden avulla pyritään ennakoimaan ja estämään riskejä ja vaaratilanteita. (Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos, laatu ja potilasturvallisuus)

Potilasturvallisuuteen kuuluu kolme erilaista turvallisuus määritelmää; Hoidon turvallisuus, joka pitää sisällään hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuus, johon kuuluvat lääkkeiden ja lääkityksen turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus, jossa käsitellään laitteiden turvallisuutta ja niiden käytön turvallisuutta. (Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos, laatu ja potilasturvallisuus)

Potilasturvallisuudessa puhutaan kahdenlaisesta vaaratapahtumasta. Se voi olla, joko niin kutsuttu läheltä piti -tilanne tai haittatapahtuma. Läheltä piti – tilanteessa, potilaalle vaarallinen tilanne voidaan välttää tai ehkäistä kun turvallisuushka huomataan ajoissa ja potilaalle ei aiheudu siitä haittaa. Vaaratapahtumaa, jossa potilaalle aiheutuu erias-teista hoitoon kuulumatonta haittaa, kutsutaan haittatapahtumaksi. (Terveyden ja Hyvin-voinninlaitos, laatu ja potilasturvallisuus)

Käsihygieniä on keskeinen osa potilasturvallisuutta terveydenhoitoon liittyvien infektioiden leviämisen ehkäisyssä. Sen edistäminen on haaste, joka edellyttää monimuotoista strategiaa käyttämällä selkeitä, pitäviä ja käsitteellisesti yksinkertaisia määritelmiä. (Sax ym. 2007: 9–21)

3.3 Aseptiikka ja käsihygieniä

Terveydenhuollon yksi merkittävistä tavoitteista on ehkäistä hoitoon liittyviä infektioita. Sairaalat voivat keskittyä paremmin hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemiseen, jos ne ensin kartoittavat ne osa-alueet, joilla on parannettavaa. Ensimmäinen askel on infektioiden ehkäisemisen liittyvien menettelytapojen ja olemassa olevien hoitokäytäntöjen arviointi. Seuraavat vaiheet sisältävät näyttöön perustuvien käytäntöjen toimeenpanemisen sairaalassa siten, että kiinnitetään huomiota erityisesti osaamiseen ja siitä saatuihin palautteisiin. (Fakih – Heavens – Ratcliffe – Hendrich 2013.)

Infektioita aiheuttavat monet eri tekijät, jotka liittyvät hoitopalveluiden prosesseihin, järjestelmiin ja ihmisen käyttäytymiseen, muun muassa koulutus, yhteiskunnan käytännöt ja uskomukset. Useimmat infektiot ovat kuitenkin vältettävissä esimerkiksi tehostamalla käsihygieniää, joka on ensisijainen keino vähentää infektioita. Käsihygienian toteutus on yksinkertainen keino mutta ongelmana maailmanlaajuisesti on se, että terveydenhoito-henkilökunta noudattaa siihen liittyviä sääntöjä puutteellisesti. (WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2009.)

Vuonna 2005 World Health Organization (WHO) aloitti projektin Clean Care is Safer Care, jonka tarkoituksena on potilasturvallisuuden parantaminen kehittämällä käsihygieniää. Projektin tavoitteena oli määritellä sellaiset yleiset käsihygieniasuositukset, jotka olisivat toteutettavissa kaikkialla maailmassa. Projektissa tiivistyy viisi kohtaa ”My five moments for hand hygiene”, jolloin käsihygienian toteutus tulee erityisesti huomioida,

jotta saadaan paras mahdollinen lopputulos. Ensimmäinen kriittinen kohta on ennen potilaskontaktia, jotta voitaisiin välttää infektioiden siirtymistä omien käsien kautta potilaisiin. Näitä tilanteita ovat esimerkiksi kättely, potilaan siirtäminen sekä verenpaineen mittaaminen. Toinen kriittinen kohta on ennen aseptisia hoitotoimenpiteitä, kuten muun muassa haavojen sitomista, injektion antamista, kanylointia sekä lääkkeiden valmistelusta. Toteuttamalla oikeanlaista käsihygieniaa, voidaan välttää mikrobien siirtyminen herkille alueille ja näin välttyä infektioilta. Käsihygienian toteuttamisessa kolmas kriittinen kohta on sen jälkeen kun ollaan oltu kosketuksissa erilaisiin eritteisiin. Eritteiden kanssa ollaan tekemisissä esimerkiksi kun otetaan erilaisia näytteitä kuten veri- ja virtsanäytteitä, vaihdetaan vaippoja ja käsitellään hoitotoimenpiteisiin kuuluvia instrumentteja. Neljäs kriittinen kohta on potilaskontaktin jälkeen. Hyvällä käsihygienian toteutuksella voidaan estää käsiin tarttuneiden mikrobien leviäminen eri pinnoille, muuhun henkilökuntaan sekä toisiin potilaisiin. Viides kriittinen kohta toteuttaa käsihygieniaa on sen jälkeen kun ollaan oltu kosketuksissa potilaan lähiympäristön kanssa. Tähän kuuluu esimerkiksi vuodevaatteiden vaihtaminen, potilaspöydän puhdistaminen ja perfuusion nopeuden säätäminen. (Sax ym. 2007: 9–21.)

4 Työn tarkoitus ja tavoite

Työn tarkoituksena on kuvailla miten käsihygienia toteutuu hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaalassa. Tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää aseptista työskentelyä.

5 Työn toteutus

5.1 Aineiston keruumenetelmä

Havainnointi on yksi tavallisimmista aineistonkeruumenetelmistä. Havainnointi on vaativaa ja siksi sitä käytetään hyvin vähän hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Jos tutkimusaiheesta ei oikein tiedetä tai tiedetään hyvin vähän, on havainnointi menetelmänä hyvä tapa kerätä uutta tietoa. Havainnoimalla tutkittava asia voidaan nähdä oikeassa yhteydessä ja siitä voidaan saada monipuolisempi kuva. (Kankkunen – Vehviläinen–Julkunen 2013: 121–122.)

Havainnoin etuina on että saadaan tietoa mitä esimerkiksi haastateltava ei muuten kertoisi, tutkitaan todellista maailmaa sekä saadaan suoraa, välitöntä tietoa. Haasteena havainnoinnissa saattaa olla ajankäyttö, sillä havainnointi vaatii paljon aikaa. Havainnointien tallentaminen itse havainnointitilanteessa voi olla myös vaikeaa ja todellisen maailman normaali tilanne voi häiriintyä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 123.)

Havainnoin avulla on mahdollista päästä luonnollisiin ympäristöihin ja saada oikeaa tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toimintatavoista ja siitä miten he oikeasti käyttäytyvät eri tilanteissa. Havainnointi tuo mukanaan myös eettisiä ongelmia, kuten esimerkiksi sen kuinka paljon ja tarkasti tutkittavalle kerrotaan siitä mitä havainnoidaan. Havainnointi mahdollistaa mielenkiintoisen ja monipuolisen aineiston keräämisen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 213–214.)

Havainnoinnin eri muotoja ovat esimerkiksi strukturoitu havainnointi, piilohavainnointi sekä osallistuva havainnointi. Strukturoitu havainnointi perustuu etukäteen laadittuihin luokitteluskeemoihin, jonka vuoksi se sopii myös hyvin määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi. Tällainen havainnointi vaatii tarkkaa ja systemaattista tallentamista. Piilohavainnoinnin tarkoituksena taas on saada mahdollisimman autenttista tietoa tutkittavista. Tutkija osallistuu tutkittavien elämään mutta tutkittavat eivät ole siitä tietoisia. Kun tällaista aineistonkeruumenetelmää käytetään, herää useita eettisiä kysymyksiä varsinkin jos kyseessä on terveydenhuoltoon liittyvä tutkimus. Toisin kuin piilohavainnoinnissa, osallistuvassa havainnoinnissa tutkittavat ovat tietoisia tutkijan osallistumisesta ja tutkimus tehdään yhteistyössä tutkittavien kanssa. Tutkittava pyrkii tutkittavan ryhmän jäseneksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 122.)

Havainnointi kuuluu oleellisena osana hoitotyöhön ja sitä pidetään arvostettuna ja tehokkaana aineistonkeruumenetelmänä. Strukturoitua havainnointia pidetään objektiivisempänä kuin osallistuvaa havainnointia. Strukturoidussa havainnoinnissa itse havainnoija ei osallistu toimintaan vaan pysyy siitä irrallaan. (Sinivuo – Koivula – Kylmä 2012: 291, 293.). Tässä työssä käytettiin strukturoitua havainnointia, joka oli tarkasti jäsenneiltyä ja havainnoija oli täysin ulkopuolinen toimija.

Aineistonkeruuta varten käytettiin etukäteen laadittua havainnointilomaketta. Havainnointilomaketta suunniteltaessa huomioitiin sairaalan hygieniasuosituksen pohjalta laaditut toimintaohjeet liittyen käsihygienian toteutukseen. Havainnointilomake sisältää 26 väittämää. Havainnointilomakkeen väittämässä 1-6 tarkastellaan hoitohenkilökunnan

henkilökohtaista aseptiikkaa ja käsien kuntoa. Väittämässä 7-11 tarkastellaan käsien pesua ja väittämässä 12–21 käsien desinfiointia sekä väittämässä 22- 26 suojakäsineiden käyttöä. Havainnointilomakkeen väittämät ovat yksiselitteisiä, vastausvaihtoehtoina kyllä ja ei sekä kohta muuta huomioitavaa. Näin tekemällä pyrittiin välttämään virhetulkintoja. Havainnointilomake esitettiin vuodeosastolla yhden aamuvuoron aikana ennen varsinaista havainnointijaksoa, jotta lomakkeen mahdollisia puutteita olisi voitu vielä korjata ja muokata. Havainnointilomakkeeseen ei tullut muutoksia esitestauksen jälkeen. Havainnointilomaketta ei julkaista tässä työssä tekijänoikeudellisista syistä.

5.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin havainnoimalla potilaan hoitoon osallistuvaa henkilökuntaa, johon kuuluivat perus- ja sairaanhoitajat, fysioterapeutit sekä lääkärikuntaan kuuluvat. Toteutuneista havainnoinneista mukana havainnoinneissa olivat kaikki fysioterapeutit, yksi perushoitaja, yhdeksän sairaanhoitajaa sekä viisi lääkärikuntaan kuuluvaa.

Havainnointi toteutettiin helmi-maaliskuun 2016 aikana. Alkuperäisen suunnitelman mukaan havainnoijan oli tarkoitus olla osastolla joko aamu- tai iltavuorossa havainnoiden aseptiikan toteutumista. Havainnointi toteutettiin kuitenkin vain aamuvuorojen aikana, sillä osastolle tutustuttaessa ilmeni, että hoitotoimenpiteet tehdään pääsääntöisesti aamuvuorossa klo 8-11 välillä. Tavoitteena oli, että kaikki niin sanotut likaiset toimenpiteet tehdään ruokailujen välissä, esimerkiksi aamupalan jälkeen mutta ennen lounasta.

5.3 Aineiston analyysi

Määrällistä aineistoa kuvaillaan usein käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Frekvenssi tarkoittaa tilastoyksiköiden määrää kussakin luokassa. Niitä voidaan kuvata numeroina, erilaisina graafisina kuvioina tai taulukoissa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 132–133.) Tässä työssä aineistoa analysoitiin kuvailevin tilastomenetelmin.

6 Tulokset

Tässä työssä tarkoituksena oli kuvailla miten käsihygienia toteutuu hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaalan vuodeosastolla sekä tarkkailuyksikössä. Havainnoinnin kohteena

olevat hoitotoimenpiteet olivat tasoltaan hyvin erilaisia. Hoitotoimenpiteisiin kuuluivat esimerkiksi potilaan asennon korjaaminen, potilaan pesu, lääkkeiden antaminen suoneen sisäisesti, virtsapussin tyhjentäminen tai haavan hoito. Potilaan hoitoon osallistuvan henkilökunnan käsihygieniaan liittyviä havaintoja saatiin yhteensä 109. Tulokset on raportoitu havainnointilomakkeen rakenteen mukaisesti: hoitohenkilökunnan henkilökohtainen aseptiikka ja käsien kunto, käsien pesu, käsien desinfiointi sekä suojakäsineiden käyttö.

6.1 Hoitohenkilökunnan henkilökohtainen aseptiikka ja käsien kunto

Hoitohenkilökunnan henkilökohtaiseen aseptiikkaan ja käsien kuntoon liittyviä havainnointeja oli 109. Yhdessäkään havainnointikerrassa käsissä ei ollut koruja, kelloja, sormuksia, rakennekynsiä tai lakattuja kynsiä. Havaittiin yksi selvästi näkyvä ihovaurio, joka syntyi hoitotoimenpiteen aikana ja se pestiin ja desinfioitiin välittömästi ja siihen laitettiin laastari. Havaittiin viisi avainnauhaa kaulassa, joista neljässä tapauksessa avainnauha oli työpaidan sisällä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Hoitohenkilökunnan henkilökohtainen aseptiikka ja käsien kunto

Hoitohenkilökunnan henkilökohtainen aseptiikka ja käsien kunto	Kyllä	Ei	n	Muita huomioita
Näkyvät ihovauriot (esimerkiksi laastari)	1	108	109	Haava tuli hoitotoimenpiteen aikana, heti pesu, desinfiointi, laastari ja käsineiden laitto
Lakatut kynnet	0	109	109	
Rakennekynnet	0	109	109	
Korut, kello, sormukset käsissä	0	109	109	
Avainnauhat kaulassa	5	104	109	Avainnauha paidan sisällä 4/5
Suojaesiliinan käyttö	0	0	109	

6.2 Käsien pesu

Havainnoiteja käsien pesusta saatiin koko aikana yhteensä viisi, joissa kaikissa havainnoinneissa käytettiin saippuaa ja kädet kuivattiin kertakäyttöpyyhkeellä taputtelemalla. Käsien pesu 15–30 sekunnin ajan toteutui kolmessa havainnoinnissa, kahdessa muussa alle tämän. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Käsien pesu

Käsien pesu	Kyllä	Ei	n	Muita huomioita
Käsien pesu kun kädet näkyvästi likaiset	0	0	5	Havainnoija ei pysynyt näkemään olivatko kädet näkyvästi likaiset
Käsien pesu vedellä ja saippualla	5	5	5	
Käsien pesu 15–30 sekunnin ajan	3	2	5	kaksi pesua noin 10 sekunnin ajan
Pesuaineen annostelu kasteltuihin käsiin	5	5	5	
Käsien kuivaus kertakäyttöpyyhkeellä taputtelemalla	5	0	5	

6.3 Käsien desinfiointi

Käsien desinfiointeja havainnointiin yhteensä 107. Desinfiointiainetta hierottiin käsien eri osiin suositusten mukaisesti 86 tapauksessa kun taas 21 tapauksessa käsien desinfiointi ei noudattanut suositusta kokonaisuudessaan vaan desinfiointiaineen painalluksia oli vain yksi tai kädet jäivät desinfiointiaineesta märäksi. Potilashuoneeseen tullessa suurin osa (93/107) desinfioi kädet mutta potilashuoneesta poistuttaessa määrä oli hiukan pienempi (86/107). Kädet desinfioitiin aina ennen asiakas-/potilaskontaktia tai toimenpidettä 67 kertaa (67/76) kun taas käsien desinfiointi toteutui 71 kertaa (71/76) asiakas-/potilaskontaktin tai toimenpiteiden jälkeen. Käsien desinfiointia ennen suu-nenäsuojuksen pukemista ja riisumista ei voitu havainnoida, koska suu-nenäsuojusta ei käytetty havainnointien aikana. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Käsien desinfiointi

Käsien desinfiointi	Kyllä	Ei	n	Muita huomioita
Desinfiointiainetta hierotaan vähintään 3-5ml (pari painallusta/kaksi annosta) käsiin, ranteisiin ja erityisesti sormenpäihin, kunnes huuhte on haihtunut niin, että kädet ovat täysin kuivat	86	21	107	Ranteen tai kyy-närpään käyttö desinfiointipum-pun painalluk-seen, joillakin vain yksi painallus
Aina käsienpesun jälkeen	2	3	5	
Potilashuoneeseen tultaessa	93	14	107	
Potilashuoneesta poistuttaessa	86	21	107	
Aina ennen ja jälkeen asiakas-/potilaskon-taktin	Ennen 67 Jälkeen 71	Ennen 9 Jälkeen 5	76	
Ennen uusia työvaiheita ja eri työvaiheiden aikana aseptisen työjärjestyksen mukaisesti siirryttäessä saman potilaan hoidossa likai-selta alueelta puhtaalle	5	0	5	
Ennen toimenpiteitä ja niiden jälkeen	Ennen 67 Jälkeen 71	Ennen 9 Jälkeen 5	76	
Ennen suojakäsineiden ottamista laatikosta ja suojainten pukemista ja niiden riisumisen jälkeen	Ennen 23 Jälkeen 17	Ennen 2 Jälkeen 8	25	
Ennen suu-nenäsuojuksen pukemista ja sen riisumisen jälkeen	Ennen 0 Jälkeen 0	Ennen 0 Jälkeen 0	0	Ei käytetty havain-noinnin aikana
Aina ennen elintarvikkeiden käsittelyä	3	0	3	

6.4 Suojakäsineiden käyttö

Kaikista havainnoinneista 25 liittyi suojakäsineiden käyttöön. Suojakäsineiden käyttö noudatti pääsääntöisesti suosituksia, suojakäsineitä käytettiin työvaihe- ja potilas-/asia-

kaskohtaisina kaikissa havainnoissa. Suojakäsineiden riisuminen ennen potilashuoneesta poistumista toteutui 24 kerralla. Yhdessä tapauksessa potilashuoneesta poistuttiin suojakäsineet kädessä hakemaan tavaroita varastosta. Likaantuneita suojakäsineitä havainnointiin 10 kertaa ja kaikilla kerroilla suojakäsineet vaihdettiin suositusten mukaisesti. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Suojakäsineiden käyttö

Suojakäsineiden käyttö	Kyllä	Ei	n	Muita huomioita
Suojakäsineiden pukeminen puhtaisiin, desinfioituihin käsiin	23	2	25	ei desinfiointia
Käsien desinfiointi käsineiden riisumisen jälkeen	17	8	25	
Suojakäsineitä käytettiin työvaihe- ja potilas-/asiakaskohtaisina	25	0	25	
Suojakäsineet riisuttiin ennen potilashuoneesta poistumista	24	1	25	käsineet kädes- sä mentiin hake- maan tavaroita varastosta
Likaantuneet käsineet vaihdetaan	10	0	10	

7 Pohdinta

7.1 Tulosten pohdinta

Routamaan ja Huplin (2007) mukaan tärkein keino ehkäistä hoitoon liittyviä infektioita potilastyössä on hyvä käsihygienia. Vaikka käsihygienian toteuttamisesta on laadittu tarkat suositukset ja ohjeistukset ja sen merkitys tiedostetaan, niin he toteavat, että kuitenkin keskimääräisesti vain alle puolessa hoitotilanteista käsihygienia todella toteutuu.

Tässä työssä käsihygieniaan liittyvien havainnointien perusteella tulokset olivat selkeästi paremmat. Hoitohenkilökunnan henkilökohtainen aseptiikka ja käsien kunto oli suositusten mukaista, sillä yhdelläkään hoitohenkilökunnasta ei ollut koruja, kelloja, sormuksia, lakattuja kynsiä tai rakennekynsiä, kun taas Routamaan ja Huplin (2007) tutkimuksen mukaan 81 % hoitohenkilökunnasta tiesi rakennekynsien lisäävän mikrobipesäkkeiden

määrää käsissä ja 71 % hoitohenkilökunnasta tiesi niiden aiheuttaneen sairaalainfektioita. Tämän työn tuloksista voidaan siis päätellä, että osaston hoitohenkilökuntaan kuuluvat perus- ja sairaanhoitajat ja fysioterapeutit sekä tarkkailuyksikön hoitohenkilökunta ja lääkärikunta on tietoinen käsien ja ihon kunnon huolehtimisen tärkeydestä sekä riskeistä, jotka liittyvät esimerkiksi käsissä olevien korujen ja rakennekynsien käyttöön.

Tässä työssä käsien desinfiointiin liittyvien havainnointien mukaan suurin osa havainnoitavista desinfioi kädet mennessään potilashuoneeseen ja tullessaan sieltä pois. Lähes kaikki desinfioivat kädet aina ennen ja jälkeen asiakas-/potilaskontaktin tai hoitotoimenpiteen. Käsien desinfiointiaineen käyttö ja sen oikeaoppinen hierominen toteutui myös suurimmaksi osaksi saaduista havainnoinneista. Vain muutamassa tapauksessa desinfiointiaineen annostelu jäi vajaaksi, sillä painalluksia toteutui yksi kahden sijaan ja muutamissa tapauksissa kädet jäivät märäksi desinfiointiaineesta. Kokonaisuus oli kuitenkin hyvin positiivinen ja suosituksia noudatettiin hyvin. Havainnoija kiinnitti huomiota desinfiointiaineannostelijoiden hyvään sijaintiin, sillä niitä oli osaston käytävällä, potilashuoneiden ulko- ja sisäpuolella sekä tarkkailuyksikössä jokaisen vuoteen vieressä olevalla pöydällä. Tällä saattaa olla myös merkitystä käsidesinfiointiaineen hyvään suositusten mukaiseen käyttöön.

Suosituksien noudattaminen myös suojakäsineisiin liittyen voidaan todeta olevan erittäin hyvällä tasolla, sillä suojakäsineiden käyttö työvaihe- ja potilas-/asiakaskohtaisina toteutui kaikissa havainnoituissa toimenpiteissä. Suojakäsineiden pukeminen puhtaisiin, desinfioituihin käsiin toteutui kahta havainnoitua tapausta lukuun ottamatta joka kerta. Vain yhdessä havainnoitussa tapauksessa suojakäsineitä ei riisuttu potilashuoneesta poistuttaessa. Erityistä huomiota voi kiinnittää myös siihen, ettei suojakäsineet kädessä käytetty tietokoneita tai vastattu puhelimeen. Suojakäsineiden oikea käyttö on merkittävä keino ehkäistä mikrobien laaja leviäminen.

Positiivisena asiana voidaan myös pitää sitä, että käsien pesuun liittyviä havainnoiteja saatiin hyvin vähän. Sairaalan käsihygieniasuosituksen mukaan kädet pestään ainoastaan silloin, kun kädet ovat näkyvästi likaiset tai kun kyseessä on esimerkiksi norovirus tai flunssavirus. Muulloin suositellaan käsien pesun sijasta käsien desinfiointia, joka on nopeampaa, tehokkaampaa ja käsien ihoa vähemmän rasittavaa. Saaduista tuloksista voidaan päätellä, että sairaalan käsihygieniasuosituksia noudatetaan erittäin hyvin.

Sax ym. (2007) ovat todenneet, että käsihygienia on erittäin keskeinen osa potilasturvallisuutta, kun pyritään ehkäisemään terveydenhoitoon liittyvien infektioiden leviämistä. Tämä tulisi ottaa huomioon, kun käsihygieniaan laaditaan ohjeita ja suosituksia sekä erityisesti korostaa kun järjestetään käsihygieniaan liittyviä koulutuksia. Tässä työssä ei pyritty yksilöimään sitä, että mihin ammattikuntaan havainnoinnin kohteena ollut henkilö kuului. Havainnoija kiinnitti kuitenkin huomiota siihen, että osaston hoitohenkilökunta toteutti käsihygieniata paremmin kuin lääkärikunta. Tästä heräsi kysymys, onko kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla samanlainen hygieniakoulutus ja tiedotetaanko esimerkiksi uusista suosituksista kaikille samaan aikaan ja samalla tavalla. Onko olemassa jokin käytäntö minkä avulla valvotaan, että kaikki, jotka ovat mukana potilaan hoidossa, ovat saaneet tarvittavan koulutuksen. Perustuuko koulutus esimerkiksi vapaaehtoisuuteen, jolloin koulutus jää jokaisen omalle vastuulle eikä voida varmuudella sanoa, että tarvittava koulutus on saatu. Voidaan myös pohtia miten potilaan hoitoon osallistuvan henkilökunnan osaamisen taso käsihygieniassa varmistetaan. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuissa (2009) tuodaan esille, että ammattihenkilöiden hyvällä koulutuksella luodaan pohja potilasturvallisuudelle, joten koulutusten tärkeyttä tulisi korostaa.

McFadden ym. (2014) totesivat, että ylemmällä johdolla ja heidän johtamallaan tyyliillä on suora vaikutus turvallisuuden ilmapiiriin. Kun ylempi johto osoittaa sitoutumisensa turvallisuuteen ja tarjoaa myös tarvittavat resurssit ja kannustimet turvallisuuden edistämiseksi ja parantamiseksi, työntekijöiden käsitykset potilasturvallisuudesta myös parantuvat ja lopputuloksena on organisaation parantunut potilasturvallisuus.

Turvallisen ja tehokkaan hoidon lisäksi hyvä käsihygienia vaikuttaa myös toiminnan kannattavuuteen, jonka merkitystä ei voi vähätellä tämän päivän terveydenhoitopalvelujen muuttuvassa ja kilpaillussa tilanteessa. Rintala ja Routamaa (2013) ovat todenneet, että oikein toteutetun käsihygienian kustannukset ovat alle 1 % hoitoon liittyvien infektioiden kustannuksista. On siis erittäin tärkeää, että esimerkiksi käsien desinfiointin suosituksia noudatetaan tarkasti, jotta hoitoon liittyviä komplikaatioita pystyttäisiin välttämään mahdollisimman paljon eikä infektioita levitetä ympäriinsä jättämällä käsien desinfiointi toteuttamatta. Suositusten noudattamisen tulee koskea kaikkia, jotka osallistuvat potilaan hoitoon riippumatta siitä mihin ammattikuntaan kuuluu tai mikä on henkilön asema sairaalassa. Näistä lähtökohdista on hyvä tarkastella ja kysyä muun muassa sitä, mikä merkitys on sairaalan infektiolääkärillä hyvän käsihygienian toteutumisessa tavoitteena ehkäistä infektioita ja taata korkeatasoinen potilasturvallisuus. Sekä sitä, kuinka paljon ja

miten sairaalan johto tukee hygieniahoitajan mahdollisuuksia edistää käsihygieniaan liittyvää koulutusta.

7.2 Tutkimuseettiset näkökohdat

Tutkimus edellyttää paitsi asiantuntemusta ja huolellisuutta mutta myös rehellisyyttä. Tutkimustyössä eettisyyden noudattaminen alkaa tutkimusaiheen valitsemisesta ja jatkuu tutkimuksen julkaisemiseen asti. Vuodesta 1980 on erityisesti kiinnitetty huomiota tutkimusvirheisiin, joita tapahtuu tutkimuksen aikana, raportoinnissa sekä julkaisemisessa. Nämä tutkimuksen aikana tapahtuneet virheet ovat vaikuttaneet tutkimuksen toteuttamisen ja julkaistujen tulosten laatuun. Jotta tutkimus voidaan suorittaa eettisesti oikein, tulee ihmisen oikeuksia suojella, tutkimuksen hyödyt ja riskit pitää olla tasapainossa, pitää saada suostumus tutkittavilta sekä toimittaa tutkimussuunnitelma eettiselle lautakunnalle tai vastaavalle päättävälle elimelle. (Grove – Burns – Gray 2013: 159.)

Tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se voidaan katsoa eettisesti hyväksyttäväksi ja luotettavaksi ja tulokset ovat uskottavia. Lainsäädäntö määrittelee rajat hyvää tieteellistä käytäntöä koskeviin ohjeistuksiin mutta tutkijayhteisö voi soveltaa ohjeita. Hyvä tieteellinen käytäntö kuuluu myös osana tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmään. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012: 6.)

Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, tarkkuutta tutkimustyössä, tallentamisessa ja esittämisessä sekä huolellisuutta koko prosessin ajan. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä. Tutkijan tulee huomioida toisten tutkijoiden työ ja sen saavutukset asianmukaisella tavalla, kunnioittaen heidän tekemäänsä työtä ja viitata heidän julkaisemiinsa töihin asianmukaisesti. Tarvittavat tutkimusluvut on hankittu etukäteen ja joillakin aloilla vaadittava eettinen ennakoarviointi on tehty. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012: 6.)

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiksi lähtökohdiksi määritellään potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus ja anonymiteetti. Haavoittuvat ryhmät, lapset tutkimukseen osallistujina ja tutkimuslupa ovat myös eettisesti huomioitavia perusasioita. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 223.)

Tässä työssä noudatettiin tutkimuseettisiä periaatteita siten, että tutkimuslupa haettiin ja saatiin ennen kuin havainnointi alkoi. Tutkimustietoja ei luovutettu kenellekään ulkopuoliselle eikä havainnoinnin kohteena olevia tunnisteta tuloksista. Anonymiteetti on erittäin keskeinen asia, joka tulee huomioida tutkimustyössä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 221.)

Osaston hoitohenkilökunnalle tiedotettiin etukäteen havainnoinnin toteuttamisesta ja opinnäytetyön tarkoituksesta. Hoitohenkilökunnan edustajilla oli oikeus kieltäytyä havainnointiin osallistumisesta. Havainnoijan tietoon ei tullut, että kukaan olisi kieltäytynyt osallistumisesta. Henkilötietoja ei kerätty havainnoitavilta. Potilaita ei arvioitu ollenkaan vaan havainnointi koski käsihygieniaa toimenpiteissä.

7.3 Luotettavuuden pohdinta

Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti perustuu siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä oli alun perin tarkoituskin. Reliabiliteetti viittaa taas tulosten pysyvyyteen. Tätä voidaan tarkastella mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistoissa ja jos tulokset ovat samansuuntaisia, niin mittaria voidaan pitää reliabelina. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189 – 190.)

Avainkohdat luotettavuudelle ovat mittausprosessissa, jossa luokitetaan numeroita kohteista, tapahtumista, tai tilanteista noudattamalla määriteltyjä sääntöjä. Fysiologisten toimenpiteiden arvioiminen edellyttää eri näkökulmaa kuin käyttäytymisen arvioiminen ja vaatii tarkkuuden, täsmällisyyden ja virheiden arviointia. (Grove – Burns – Gray 2013: 408.)

Tutkimuksen luotettavuutta pitää myös arvioida tulosten luotettavuuden kannalta. Tämä tarkoittaa tulosten sisäisen ja ulkoisen validiteetin arviointia. Sisäisen validiteetin uhkia ovat muun muassa valikoituminen, testauksen vaikutus ja kontaminaatio. Kontaminaatiossa esimerkiksi tutkimukseen osallistuja on ollut tekemisissä tutkimusilmiön kanssa ennen osallistumistaan esimerkiksi median välityksellä. Ulkoisen validiteetin uhka on niin sanottu Hawthornen efekti, jossa tutkittava tietää olevansa tutkimuksen kohteena ja muuttaa käyttäytymistään tai toimintatapojaan. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 195 - 196.) Tässä työssä pohdittiin, kuinka paljon ja millaista tietoa oli hoitohenkilökunnalle annettava etukäteen, jotta se ei vaikuttaisi tutkimuksen luotettavuuteen.

Tutkimuksessa käytettiin etukäteen laadittua strukturoitua havainnointilomaketta, jossa havainnoitavat kohteet suunniteltiin sairaalan käsihygienian hygieniasuositusten toimintaohjeisiin perustuen ja näinollen havainnoitavat tekijät voitiin perustella teorian avulla. Tämän pohjalta havainnointilomake voidaan siis todeta validiksi, sillä siinä olevat väittämät mittasivat sitä mitä oli tarkoituskin mitata.

Tässä työssä havainnointi tutkimusmenetelmänä antoi hyvin todenmukaisen kuvan siitä miten käsihygienia toteutui osastolla sekä tarkkailuyksikössä. Luotettavuutta saattoi lisätä se, että hoitohenkilökunnalle tiedotettiin yleisellä tasolla havainnoin kohdistuvan henkilökunnan toimintaan hoitotoimenpiteiden yhteydessä mutta ei tarkennettu tutkimuksen kohteen olevan erityisesti käsihygienian toteutukseen liittyvä. Havainnoijan mukanaolo hoitohenkilökunnan keskuudessa ei tuntunut vaikuttavan oleellisesti hoitohenkilökunnan käyttäytymiseen. Toisaalta ulkopuolinen havainnoija pystyi toimimaan objektiivisesti, koska ei ollut millään tavalla sidoksissa tutkittaviin. Havainnoiteja tähän työhön saatiin yhteensä 109, joten tavoite saavutettiin, sillä alkuperäinen tavoite oli saada sata havainnointia. Havainnoinnit kerättiin aidoissa tilanteissa ja tulokset raportoitiin niitä muuttamatta. Luotettavuutta saattoi heikentää se, että kaikkia osaston hoitohenkilökuntaan kuuluvia ei pystytty havainnoimaan vaan useampi havainnointi tapahtui samojen ihmisten kanssa. Koska tässä työssä oli vain yksi havainnoija, on mahdollista että joitakin tärkeitä hoitotoimenpiteitä tai tilanteita jäi näkemättä.

8 Yhteenveto

Tässä työssä saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että sairaalan käsihygieniaohteita noudatetaan pääsääntöisesti hyvin. Tämä antaa viitteitä siitä, että sairaalalla on hyvät käsihygieniaohteet, jotka perustuvat muun muassa WHO:n yleisiin käsihygieniasuosituksiin ja että sairaalalla on riittävää koulutusta tarjolla. Sairaala kuuluu myös terveyden ja hyvinvointilaitoksen SIRO-ohjelmaan, jossa seurataan hoitoon liittyviä infektioita. Tämä varmasti osaksi auttaa pyrkimyksessä pitää infektioiden määrä vuositasolla mahdollisimman alhaisena.

Tämä työ toteutettiin yhdellä ortopedisellä vuodeosastolla sekä tarkkailuyksikössä, joten olisi mielenkiintoista tutkia olisivatko tulokset samakaltaisia, mikäli tutkimus toteutettaisiin useammalla eri osastolla. Voidaan myös pohtia, onko sillä mahdollisesti vaikutusta

tuloksiin onko kyseessä kirurginen osasto vai jokin muu. Toisessa jatkotutkimuksessa voisi selvittää onko eri ammattikuntaan kuuluvien, potilaan hoitoon osallistuvan henkilökunnan aseptisen toiminnan toteutumisessa eroavaisuuksia.

Tässä opinnäytetyössä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää osastolla 4 sekä tarkkailuyksikössä, jossa havainnointi toteutettiin mutta myös muiden osastojen toiminnassa, etenkin jos halutaan tehdä jatkotutkimusta muille osastoille ja verrata näitä tuloksia niistä saatuihin.

Lähteet

Fagan, Mary J. 2012. Techniques to Improve Patient Safety in Hospitals. The Journal of Nursing Administration 42 (9). 426

Fakih Mohamad G. – Heavens Michelle – Ratcliffe Carol J. – Hendrich Ann. 2013. First step to reducing infection risk as a system: Evaluation of infection prevention processes for 71 hospitals. American Journal of Infection Control 41. 950 – 954.

Finlex Terveysturvallisuuslaki <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>
luettu 13.9.2015

Finlex Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>
luettu 13.9.2015

Grove, Susan K. – Burns, Nancy – Gray, Jennifer R. 2013. Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence, 7th edition Elsevier Inc.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula (15.uudistettu painos) 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri (3.uudistettu painos) 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Koivuranta-Vaara, Päivi (1.painos) 2011. Kuntaliiton terveydenhuollon laatuopas. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Kuntaliiton verkkojulkaisu

Laatikainen, Tiina – Sikiö, Maija – Tirkkonen, Hilikka – Niemi, Anu – Kekäläinen, Päivi – Turunen, Antti – Mustonen, Juha – Ketonen, Matti – Kumpula, Timo – Colpaert, Alfred – Tykkyläinen, Markku 2013: Potilastietojärjestelmästä tuki laadun arviointiin. Suomen Lääkärilehti 68 (33). 1986–1988

Malmivaara, Antti 2012: Kohti lääketieteen arkivaikuttavuutta. Duodecim 128 (5). 446

McFadden, Kathleen L. - Stock, Gregory N. – Gowen III, Charles R. 2014: Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: Impact on process quality and patient safety. *The Journal of Nursing Administration* 44 (10). 27 – 28

Rintala, Esa – Routamaa, Marianne 2013: Hyvä käsihygienia sairaalassa – suositus vai velvollisuus? *Suomen Lääkärilehti* 68 (15). 1120–1121

Routamaa, Marianne – Hupli, Maija 2007: Käsihygienia hoitotyössä. *Suomen Lääkärilehti* 62 (24). 2397

Sairaala Ortonin Käsihygieniaohje 2014:3

Sax, H. – Allegranzi, B. – Uçkay, I. – Larson, E. – Boyce, J. – Pittet, D. 2007: 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *Journal of Hospital Infection* (67). 9–21.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3 Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä
Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009 – 2013: 11.

Sinivuo, Riikka – Kylmä, Jari – Koivula, Meeri 2012: Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä kliinisessä ympäristössä. *Hoitotiede* 24 (4). 291–301.

Tabrizi, Jafar S. 2009: Customer quality in health care. *Patient Education and Counseling* (74). 130–31

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Laadunhallinta

<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta>

luettu 2.10.2015

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Potilasturvallisuus

<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus> luettu 28.11.2015

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2009. World Health Organization.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf?ua=1>. Luettu
1.11.2015