



LAUREA

KÄSIHYGIENIA KOTISAIRAANHOITOTYÖSSÄ



JEHKONEN TARJA, SOISALO KATRI

2010 LAUREA PORVOO

SISÄLLYS

SISÄLLYS	2
1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE	7
3 KOTI HOITOTYÖNKENTTÄNÄ	7
3.1 Kotihoidon asiakkaat	8
3.2 Hygieeninen toiminta kotikäynnillä	9
4 ASEPTINEN TYÖSKENTELY	11
5 MIKROBIOLOGIA JA KÄSIHYGIENIA	12
5.1 Tartunta	13
6 KÄSIHYGIENIA	14
6.1 Käsien desinfiointi	17
6.2 Käsihygienian ja suojaimet	18
7 INFEKTIOT KOTIHOIDOSSA	19
7.1 MRSA Moniresistentit mikrobit kotihoidossa	19
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	21
8.1 Aineistonkeruumenetelmä	21
8.2 Opinnäytetyön ympäristön kuvaus	22
8.3 Aineiston analyysi	22
9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
9.1 Tieto käsihygienian perusteista	23
9.2 Tietoa käsihygienian toteutumisesta	40
10 YHTEENVETO	55
Suurin osa vastanneista hoitajista kokee käsihygienian tärkeäksi osaksi hoitotyötä. Hieman yli puolet vastaajista kertoo hankkineensa itsenäisesti tietoa käsihygieniasta, kuitenkin kolmannes ei ole vastaavasti hankkinut lisää tietoa käsihygieniasta. Vastanneet kokevat saavansa tarvittaessa riittävästi tietoa työpaikoiltaan. Suurimmalla osalla vastanneista ei ollut tietoa kuka on alueen hygieniahoitaja.	
10.1 Tulosten tarkastelu	56
10.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	57
10.3 Johtopäätökset ja Jatkotutkimusaiheet	58
LIITE 1: SAATEKIRJE	62
LIITE 2: KYSELYLOMAKE	63

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo
Hoitotyönkoulutusohjelma
Sairaanhoitaja/Terveystenhoitaja AMK

Tiivistelmä

Tekijät: Tarja Jehkonen ja Katri Soisalo

Käsihygieniä kotisairaanhoitotyössä

Vuosi 2010

Sivumäärä 63

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, kotihoidon työntekijöiden tietoa käsihygieniasta sekä sen toteutumista käytännössä. Tähän pääsimme seuraavien opinnäytetyökysymysten avulla: Millainen on kotihoidon työntekijöiden tietotaso käsihygienian periaatteista ja millainen on kotihoidon työntekijöiden käsihygienian taso jokapäiväisessä työskentelyssä. Tuloksien avulla oli tarkoitus saavuttaa tietoa, joka auttaisi selvittämään sen hetkistä tilannetta käsihygienian toteutumisesta Helsingin kaupungin pohjoisen kotihoitoalueen hoitotyöntekijöiden keskuudessa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa yleiseen tietoon käsihygienian toteutumista hoitohenkilökunnan keskuudessa ja täten lisätä huomiota infektioiden torjumiseen hyvän käsihygienian avulla.

Opinnäytetyössä käytimme tutkimusmenetelmänä kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin monivalintakyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen kysymykset jakautuivat kahteen osioon, joita ohjasivat edellä mainitut opinnäytetyökysymykset. Kyselylomakkeet jaettiin Helsingin kaupungin pohjoisen kotihoidon viiden alueen tiimien työntekijöille, riittävän otoksen saamiseksi. Kyselylomakkeet jaettiin tiimien työntekijöille suljetun valmiiksi täytetyn palautuskuoren kera, jolla voitiin taata se, ettei vastaaja henkilöitynyt. Kyselylomakkeissa ei kysytty vastaajan sukupuolta, ikää tai ammattinimikettä henkilöitymisen estämiseksi. Saatu aineisto analysoitiin SPSS-ohjelman avulla, jonka pohjalta suoritetaan päätelmien teko. Vastausprosentti tutkimuksessa oli 81,0.

Tuloksista kävi ilmi, että käytännön tason tiedoissa ja taidoissa oli huomattavissa selkeitä puutteita. Nämä liittyivät lähinnä käsienpesuun toteuttamiseen ja käsidesinfection käyttämiseen. Joka näkyi esimerkiksi siinä, että niin tieto kuin toimintaakin kuvaavissa kysymysten perusteella käsiä pestään aivan liikaa, eikä luoteta käsidesinfection olevan tehokkaampi keino käsien mikrobikantojen vähentämiseen kuin saippua-vesi pesu. Myös tiedon puutetta ilmeni MRSA-asiakkaiden hoitoa kuvaavien kysymysten vastauksissa. Vastajat eivät olleet tietoisia käsidesinfection käytön riittävän käsien puhdistamiseen sekä tiedon puutetta oli myös suojakäsineiden valinnan suhteen. Tulosten perusteella voidaan todeta, että käsihygieniä ei toteudu kyselynteko hetkellä tarpeeksi laadukkaasti pohjoisen alueen kotihoidon työntekijöiden keskuudessa.

Asiasanat: Käsihygieniä, käsienpesu, käsien desinfectio, suojakäsineiden käyttö, aseptiikka, mikrobiologia

Laurea-University of Applied sciences
Porvoo
Degree programme in nursing and health care

Abstract

Contributors: Tarja Jehkonen and Katri Soisalo

Hand hygiene at home nursing work

Year 2010

Pages 63

The objective of this study was to clarify, homecare workers knowledge about hand hygiene and its realization in practice. Objective was to reach by following study questions: What kind of level of knowledge, about hand hygiene is among homecare workers and what is the level of hand hygiene at daily work. The objective of this study work is to produce public knowledge implementation of hand hygiene among healthcare workers and thus increase the attentions against infections through good hand hygiene.

Purpose of this research was to clarify limited area of hand hygiene and how the principles in this area come true at daily nursing. This limited area of hand hygiene includes the theoretical knowledge and practical skills about hand hygiene in nursing. Results were intended to achieve information, that helps clarify the situations about implementations of hand hygiene in Helsinki City North homecare workers.

Our research method was qualitative. Research materials were collected by multiple-choice questionnaire. Questions were divided into two sections, which are guided by questions above. Questionnaires were distributed Helsinki City North homecare workers in five regions, to get the result in sufficient. Questionnaires were divided into teams of workers with close prefilled envelope which insured that defendant did not personify. Questionnaires were not asked defendant sex, age or professional title. The collected data was analysed by using SPSS-statistical programme and according to the findings, we make conclusions. The final answering percent was 81, 0.

Results showed that the level of practical knowledge and ability was seen clear limitations. These were mainly related to the implementation of washing hands and the use of hand disinfection. This was reflected in the response so that the hands were washed too much and hand disinfection is not trusted to be more effective. Also revealed limitations in MRSA-client. The respondents were not aware of the fact that the hand sanitizer to clean hands is enough. There were also limited in the choice of gloves. Based on the result, hand hygiene is not carried out enough high-quality among Northern area homecare workers.

Keywords: Hand hygiene, hand washing, hand disinfection, protective gloves, aseptic, microbiology

1 JOHDANTO

1800-luvun puolivälistä lähtien bakteerit ja muut tartunnan aiheuttajat osoitettiin terveyden tärkeiksi uhkaajiksi. Silloin hygienian käsite kaventui tarkoittamaan nimenomaan puhtauden ylläpitämistä bakteerien torjumiseksi. Vähitellen kävi ilmi, että bakteerien leviäminen ja niiden torjunta riippuvat ratkaisevasti yhteiskunnan ja ympäristön oloista.

Florence Nightingale korosti jo aikanaan, että ihon puhtaus on useimmissa sairauksissa olennainen seikka sairauksien parantumisen kannalta, jonka vuoksi hän painotti muun muassa sitä, että sairaanhoitajien tulisi pestä kätensä huolellisesti monta kertaa työpäivänsä aikana. (Nightingale 1960, 146-151.) Varsinaisen käsihygienian historia alkaa 1840-luvun Wienistä ja Semmelweissista. Lääkäri Ignaz Phillipp Semmelweis osoitti, että äitien lapsivuodekuolleisuus Wienin synnytysairaalassa väheni muutaman viikon aikana dramaattisesti 12 %:sta 3 %:iin, kun lääketieteen kandidaatit ja lääkärit hänen määräyksestään alkoivat desinfioida kätensä kloorivedellä tultuaan avustamaan synnytyksissä. (Ojajärvi 2004, 105.) Semmelweiss vaati opiskelijoita ja lääkäreitä desinfioimaan käsiään potilaiden välissä 3-5minuuttia kloorikalkilla. Hän yritti epätoivoisesti taistella asian puolesta mutta lopulta turhautui, menetti asemansa työyhteisössä ja kuoli ennen aikaisesti vanhentuneena 50-vuotiaana. Arvostusta hän on saanut vasta kuolemansa jälkeen kuten monet muutkin aikaansa edellä olleet nerot. (Jakobson 2004, 184.)

Hygienia eli terveysoppi tarkoittaa kaikkea terveyttä edistävää ja puhtautta ylläpitävää toimintaa. Sana tulee antiikin Kreikasta, jonka tarustossa Hygieia oli terveyden ja puhtauden jumalatar. (Iivanainen, Jauhiainen Pikkarainen 2001, 89.) Terveysoppi tänä päivänä muodostaa terveyttä edistävien ja puhtautta ylläpitävien toimintojen kokonaisuuden, jota kutsutaan hygieniaksi. Tarkasteltaessa hygieniaa käsitteenä huomataan sen ulottuminen elämän eri osa-alueilla ja täten kyseinen kokonaisuus on hyvin laaja. Tämän vuoksi keskitymmekin tässä tutkimuksessamme sen yhteen osa-alueeseen, käsihygieniaan.

Erilaiset infektiot terveydenhuollossa ovat lisääntyneet viime vuosina. Hoitoon liittyvät infektiot murentavat luottamusta terveyspalvelujärjestelmään. Tutkimusten mukaan lähes viidesnes hoitoon liittyvistä infektioista olisi ehkäistävissä noudattamalla jokaisen potilaan /asiakkaan hoidossa yhteisiä hyväksi todettuja hoitokäytäntöjä. Kuitenkin on näyttöä siitä, ettei tämä aina toteudu käytännössä ja kehittämistarvetta näyttäisi olevan niin tiedoissa, taidoissa kuin asenteissakin. (Von Schantz ym. 2009, 166) Hyvällä käsihygienialla hoitohenkilökunta torjuu infektioiden leviämisen työyksiköissä. Käsihygienian merkitys on yleisesti tunnustettu, sekä sitä pidetään erittäin tärkeänä infektioiden torjunnassa. Käsihygienia on merkittävin osa henkilökohtaista hygieniaa terveydenhuoltotyössä. Käsihygieniasta tulisi tiedottaa

ja puhua jatkuvasti, koska tehokas käsihygienia on yksinkertainen ja halvin infektioiden torjuntamuoto (Iivanainen, Jauhiainen Pikkarainen 2001, 90.) Hyvän käsihygienian merkitystä potilastyössä ei voi liikaa korostaa. Sen toteutukseen voi jokainen itse vaikuttaa. Hoitotyössä kädet kontaminoituvat eli saastuvat/likaantuvat helposti erilaisista mikrobilähteistä, jotka leviävät käsien välityksellä otollisiin kohteisiin. Siksi tartuntatietä on aina katkaistava huolehtimalla hyvästä käsihygieniasta. (Iivanainen, Jauhiainen Pikkarainen 2001, 90.)

Suomi ikääntyy nopeasti seuraavina vuosikymmeninä. Vanhusten eliniän ja määrän kasvulla on merkittävä vaikutus sosiaali- ja terveyspalveluihin. Ikääntyneiden toimintakyvyn parantuessa yhä useampi ikääntyvä selviytyy entistä pidempään omassa kodissaan. (Heinola (toim.), 2007.) Kotihoito on tänä päivänä sosiaali- ja terveydenhuollon painopistealue kaikissa kunnissa. Ikääntyneiden ihmisten kotona asuminen on kansallinen tavoite. (Larmi, Tokola & Välkkiö 2005, 11.) Vanhustenhoidon tavoitteena on ollut, että mahdollisimman moni ikääntyvä ihminen voi elää itsenäisesti kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. (Päivärinta & Haverinen 2002, 35.) Kotihoidon asiakasryhmillä on omat erityispiirteensä ja tarpeensa. Pitkäaikaissairauksia potevat vanhus asiakkaat ovat kotihoidon suurin asiakasryhmä, mutta työssä kohdataan myös psykiatrisia asiakkaita, päihdeongelmaisia ja monella tapaa vammautuneita ihmisiä. (Ikonen, Julkunen 2007.) Kotihoidon suurin asiakasryhmä on 75-84-vuotiaat, joita on lähes puolet asiakkaista. Joka kolmas on täyttänyt 85 vuotta ja joka viides on 65-74-vuotias. 2000-luvulla 85 vuotta täyttäneiden osuus on kotipalvelun asiakkaista kasvanut. Säännöllisen kotihoidon asiakkaina on enemmän naisia kuin miehiä. (Heinola (toim.), 2007.)

Kotisairaanhoito on osa avoterveydenhuoltoa, jota järjestetään kuntatasolla väestövastuun periaatteella. Sillä tarkoitetaan lääkärin, sairaan-/terveydenhoitajan ja lähihoitajan antamia palveluja niille henkilöille, jotka kykenevät asumaan kotona, mutta tarvitsevat apua sairautensa tai vammansa johdosta. Kotisairaanhoito on hoitosuunnitelmaan perustuvaa säännöllistä kotona tapahtuvaa lääkärin valvomaan hoitoa. (Tenkanen, 2003, 27.) Kotona tapahtuva hoito luo hoitotyöntekijälle omanlaiset haasteelliset työolosuhteet. Kotona tapahtuvassa hoidossa on niin ikään huomioitava yleisesti sovittujen hygieniakäytäntöjen toteutuminen niin sairaanhoidollisissa, kodinhoidollisissa kuin ruokahuollon tehtävissäkin. Asiakkaiden kodit ovat hyvin erilaisia ja hygieniataso sekä olosuhteet vaihtelevat hyvin paljon keskenään. Tämä asettaa hoitajille melkoisia haasteita, jotta hoidolliset tehtävät tulisi suoritettua yleisten hygieniohjeistuksien mukaisesti.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kotihoitohenkilökunnan tietoa käsihygienian perusteista sekä miten käsihygienia toteutuu käytännössä kotihoidon henkilökunnan tekemänä.

Opinnäytetyössä tarkastelun kohteiksi valittiin seuraavat asiat:

1. Millainen on kotihoidon työntekijöiden tietotaso käsihygienian periaatteista?
2. Millainen on kotihoidon työntekijöiden käsihygienian taso jokapäiväisessä työskentelyssä?

3 KOTI HOITOTYÖNKENTTÄNÄ

Kodilla tarkoitetaan asiakkaan omaa kotia tai palveluasumista. Kotisairaanhoidtoa voivat saada kaikenikäiset kuntalaiset, mutta suurin osa asiakkaista on vanhuksia. Kotisairaanhoidto on moniammatillista tiimityötä, johon osallistuvat lääkärin lisäksi terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, perushoitajat ja lähihoitajat sekä esimerkiksi fysioterapeutit. (Ikonen, Julkunen 2007.) Ikääntyneille kotona asuminen on tärkeää ja siellä he haluavat myös asua mahdollisimman pitkään. Kotona asuessaan he kokevat saavansa tehdä päivittäisiä asioita omien tapojensa mukaisesti. Kotona asuessaan ikääntyneet kokevat olevansa itsenäisiä. He liittyvät siihen kokemuksen itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Omatoimisuuden säilyttäminen on tärkeää ikääntyneelle. Se mahdollistaa kotona asumisen ja sillä on selkeä yhteys vapauden ja itsenäisyyden kokemiseen. Useimmat ikääntyneet vaalivat terveyttään pyrkimällä huolehtimaan toimintakyvystään, terveydestään, kotiaskareista ja asioiden hoitamisesta. Ikääntyneiden elämään saattaa liittyä paljon sairauksia ja toimintakyvyn puutoksia. Siitä huolimatta omatoimisuuden säilyttäminen mahdollisimman pitkään on heille ensiarvoista. Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Kotona asumista tuetaan sosiaali- ja terveyspalveluilla. (Ikonen, Julkunen 2007.) Kotona asumisen tukeminen ja siihen liittyen kotihoidon kehittäminen on suomalaisen ikääntymispolitiikan keskeisiä tavoitteita. Ikäihmisten näkökulmasta kotihoidon saatavuuden parantamisen lisäksi haasteena on palvelun sisällön kehittäminen vastaamaan nykyistä enemmän ikääntyneiden tulkintoja omista tarpeistaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:47)

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisellä ja neuvontapalveluiden kehittämisellä on lainsäädännöllinen perusta. Kansanterveyslaki (66/172) sisältää veloitteen huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä ikäryhmittäin. (Kansanterve-

yslaki 66/172.) Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, jolla autetaan muun muassa hoito- ja huolenpitotyön keinoin eri-ikäisiä avun tarvisijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Tavoitteena on mahdollistaa hyvä ja turvallinen elämä omassa kodissa sairauksista tai toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. (Ikonen, Julkunen 2007.) Kotihoitoon kuuluvat kotipalvelu, kotisairaanhoido sekä omaishoidon tuki. Hyvän kotihoidon tarkoituksena on tarjota asiakasryhmästä riippumatta asiakkaiden tarpeisiin sekä toiveisiin perustuvaa palvelua. Kotihoidon avulla tuetaan vanhusten, pitkäaikaissairaiden sekä vammaisten selviytymistä kotona tai palvelutaloissa, jolloin saadaan laitoksissa tapahtuvaa pitkäaikaishoitoa vähenemään. Kotihoidon avulla tuetaan sairaalasta kotiutumista ja sairaalajakson jälkeistä jatkohoitoa. Kotihoidon asiakasta tuetaan yhdessä omaisten tai muiden auttajien kanssa selviytymään arjesta. Kotihoidon palveluja voi saada esimerkiksi sairauden, heikentyneen toimintakyvyn tai vammaisuuden vuoksi. Kunnallinen kotihoito kohdistuu pääasiallisesti paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville vanhuksille. Kotihoidon tavoitteena on auttaa asiakasta selviytymään omassa kodissaan mahdollisimman pitkään erilaisten keinojen, kuten terveydenhoidon, sairaanhoidon, kotipalvelun, sosiaalityön ja kuntoutusohjauksen avulla.

3.1 Kotihoidon asiakkaat

Sosiaali- ja terveydenhuollossa sana asiakkuus on saanut viimeisen vuosikymmenen kuluessa aivan uudenlaisen sisällön. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan 1992 ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta 2000. Asiakas on palvelun käyttäjä, jolla on oikeudellinen asema. Kotihoidon asiakkaat ovat yhä laatu- ja hintatietoisempia tarvitsemiensa palvelujen suhteen. Kotihoidon asiakasryhmillä on omat erityispiirteensä ja tarpeensa. Pitkäaikaissairauksia potevat vanhusasiakkaat ovat kotihoidon suurin asiakasryhmä, mutta työssä kohdataan myös psykiatrisia asiakkaita, päihdeongelmaisia ja monella tapaa vammautuneita ihmisiä. (Ikonen, Julkunen 2007 (Ikonen, Julkunen 2007.)

Kotihoitopalveluita käyttävät pääasiassa huonokuntoiset vanukset, joilla saattaa olla useita terveysongelmia tai pitkäaikaissairauksia. He ovat yleensä myös. Kotihoidon piirissä on vanhuksia, joilla saattaa olla muun muassa sydän- ja verisuonisairauksia, tuki- ja liikuntaelimsistön sairauksia, diabetesta, hengitysteiden sairauksia, syöpää, dementoivia sairauksia, alkoholi- ja mielenterveysongelmia ja vammaisuutta. Kotihoidon asiakkaina on myös vammaisasiakkaita, päihdeongelmaisia sekä mielenterveysasiakkaita. Biologinen, psyykinen ja sosiaalinen vanheneminen asettaa työlle erityisiä vaatimuksia niin käytännön työssä kuin vuorovaikutuksessa ja koko asiakassuhteessa. (Ikonen, Julkunen 2007.) Kotihoidon suurin asiakasryhmän 75-84-vuotiaat asiakkaat kattavat lähes puolet kotihoidon asiakkaista. Joka kolmas on täyttänyt 85 vuotta ja joka viides on 65-74-vuotias. 2000-luvulla 85 vuotta täyttäneiden osuus on koti-

palvelun asiakkaista kasvanut. Säännöllisen kotihoidon asiakkaina on enemmän naisia kuin miehiä. (Heinola 2007.) Asiakasrakennetta kuvataan hoidon tarpeen mukaan. Näin kuvattuna säännöllisen kotihoidon asiakkaista 8,3 prosenttia on täysin tai lähes omatoimisia. Asiakkaista 16,5 prosenttia tarvitsee ajoittaista hoitoa, 48,7 prosenttia tarvitsee apua toistuvasti, 18,5 prosenttia lähes jatkuvaa hoitoa ja 7,0 prosenttia jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa (tieto puuttuu 0,9 %:lta). (Heinola 2007.)

Kotihoidon asiakkaina on hyvin monenlaisia ihmisiä. He ovat eri-ikäisiä, elävät erilaisissa oloissa, ja heillä on erilaisia odotuksia, vaatimuksia ja toiveita. He elävät kotonaan, jonne kotihoidon työntekijä tulee. Toisen ihmisen kotiin meneminen tarkoittaa todella sitä, että asiakkaan toiveet asetetaan etusijalle. Kotihoidon asiakassuhteissa - aivan riippumatta asiakkaan iästä tai elinolosuhteista - on oleellista työn ihmisläheisyys. Työtä tehdään aina asiakkaan kotona eli hänen kaikkein intiimeimmässä elinympäristössään. Varsinkin pitkäaikaisten asiakkaiden ja heidän auttajiensa välille syntyy usein läheinen ihmissuhde. Kotihoidon asiakas on sekä työn keskipiste, että oman elämäntilanteensa ja elinpiirinsä paras asiantuntija. Kulloisetkin tilanteet ja olosuhteet määrittelevät, millaiseksi asiakkuus muotoutuu. Ikääntyneiden palvelu ja hoito perustuu ihmisen kunnioittamisen perusteisiin. Se on ihmissuhdetyötä, jossa yhdistyvät ihmisenä oleminen ja ammatillinen asiantuntijuus. Kotihoidon eettinen ulottuvuus ilmenee siten, että työntekijä ottaa omalta osaltaan vastuuta asiakkaan palveluista ja hoidosta. Hän on osallisena asiakkaan hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5.)

3.2 Hygieeninen toiminta kotikäynnillä

Kotikäynti on toiminta ja tapahtumaa, jolla tarkoitetaan asiakkaan luokse menemistä sekä asiakkaan tapaamista hänen kodissaan. Kotikäynti-nimityksen saattaa helposti mieltää pelkäkksi käynniksi, lyhyeksi vierailuksi jonkun luona. Käynti on kuitenkin ammattilaisen toimintaa, mikä kohdistuu asiakkaan kotiin. Kotikäynti on ennalta suunniteltu ja tarkoituksenmukainen tapahtuma. (Mustonen 2001, 31.) Kotikäynnillä pyritään ehkäisemään sellaisten asioiden toteutumista, joilla on haitallisia vaikutuksia asiakkaiden toimintakykyyn ja elämän laatuun. Tällaisia asioita ovat muun muassa turvaton olo, väärä lääkitys tai ravinto, tiedon puute ja yksinäisyys. (Häkkinen & Holma 2004, 24.) Kotikäynti kestää tavallisesti 45-90 minuuttia. Kotikäyntien sisältö painottuu pääasiallisesti asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Asiakkaan vointi, fyysiset tai psyykkiset sairaudet, tapaturmat tai heille tehdyt toimenpiteet ovat muun muassa asioita, jotka vaikuttavat kotihoidon tarpeeseen ja käynnillä tapahtuvan hoidon luonteeseen. Helsingin kaupungissa tehdyn (2003) työajan seurannan mukaan lähes 60 % kotihoidon asiakastyöstä oli asiakkaiden perushoitoa. Sairaanhoidolliset työt ja kodinhoidolliset työt vievät molemmat noin 20 % työajasta. (Larmi, Tokola, Välkkiö 2005, 21.) Kotikäynnille on varattava

riittävästi aikaa, eikä asiakkaille saa välittyä työntekijän kiire. Kiire saattaa laskea suoritettavan hoitotyön laatua ja hygienian tasoa. Tilanne on rauhoitettava aina käynnille mennessä. Hyvä asiakkaan palvelu ja hoito perustuu ihmisen kunnioittamisen periaatteisiin. (Päivärinta, Haverinen 2002, 5.) Työote ikääntyvää asiakasta kohtaan tulee olla kunnioittava. (Häkkinen & Holma 2004, 28.) Kotikäynti voi olla kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa tai tarpeen mukaan molempia. Kotipalvelu on kotihoidon perusta. Kotipalvelun tavoitteena on tukea asiakkaita itsenäisessä suoriutumisessa, edistää fyysistä ja psyykkistä terveyttä ja ylläpitää sosiaalisen turvallisuuden tunnetta. Kotipalvelua ovat muun muassa kotihoidon asiakkaiden auttaminen peseytymisessä, ruuan lämmittämisessä/valmistamisessa, ruokatilausten tekemisessä, lääkehuollon toteuttamisessa, kodin siivousapujen hankinnassa, asiakkaan vaatehuollossa ja apuvälineiden sekä turvalaitteiden hankinnassa sekä asiakkaan auttaminen muiden palvelutuottajien palveluiden hankinnassa, kuten ateriapalvelun, turvapuhelimen tai siivouspalveluiden hankkimisessa. Kotisairaanhoido on kotona terveydenhuoltoalan ammattilaisten antamaa sairaanhoidoa, joka on tarkoitettu ihmisille, jotka sairautensa, vammansa tai toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi eivät voi käyttää muita avoterveydenhuollon sairaanhoitopalveluita. Kotisairaanhoido perustuu Kansanterveyslakiin (66/72). Kotisairaanhoido on lääkärin valvomaa ja suunnitelmallista hoitoa.

Kodit hoitotoimien suorituspaikkana luovat omat haasteensa laadulliselle ja hygieeniselle hoitotyönharjoittamiselle. Työolosuhteet ja työasennot vaativat kotihoidon työntekijöiltä erilaista suunnitelmallisuutta sekä toteuttamista hoitotoimien suhteen kuin esimerkiksi laitoksissa tapahtuvien samojen hoitotoimien suorittaminen. Kotona tapahtuva hoitaminen edellyttää hoitotyöntekijältä suunnitelmallista toimintaa, jonka avulla hän pystyy tarjoamaan asiakkaalleen laadukasta ja hygieenisesti toteutettua hoitotyötä. Kotioloissa työskenneltäessä tulee huomioida muun muassa hoitotyöhön käytettävän välineistön oikeanlainen käsittely ja sijoittelu, jotta välineistö ei kontaminoidu ja täten heikennä hoidon tehoa tai hoidettavan asian paranemista. Kokonaisvaltaisessa hoitamisessa tulee huomioida ja suunnitella toiminta asiakkaan kotona jo etukäteen, jotta erilaiset työtehtävät tulee suoritettua oikeassa järjestyksessä, puhtaasta likaiseen toimintamallin mukaisesti. Kotona tapahtuva hoito voi samalla käynnillä sisältää asiakkaan henkilökohtaiseen hygieniaan, ruokahuoltoon, kodin siistimiseen ja sairauden hoitamiseen liittyviä työtehtäviä. Tällöin huolellinen käynnin työtehtävien etukäteinen suunnitteleminen ja hygienia osaamisen kattavat ja hyvät taidot ovat edellytys laadukkaalle hoitotyölle kotioloissa. Käyntien luonne ja hoitotoimenpiteet vaihtelevat suuresti toisistaan eri asiakkaiden ja eri asiakasryhmien välillä, nämä ovat seikkoja jotka tulee huomioida suunnitellessa sekä suoritettaessa hoitotoimia, jotta hoitaja kykenee toimimaan hygienia ohjeistusten mukaisesti kulloisellakin käynnillään ja laadukkaalla hygieenisellä toiminnallaan estää tartuntojen leviämistä. Tässä toiminnassa avainasemassa on hyvästä käsihygieniasta huolehtiminen sekä tarpeen mukaisen suojarustuksen käyttäminen sekä vaihtaminen kulloi-

sessakin tilanteessa, hygienia ohjeiden noudattaminen puhtaus järjestyksessä eli aseptinen työjärjestys tulee huomioida myös asiakkaiden käyntien suunnittelemisessa. Jotta hoitotyöntekijän hygienia osaaminen olisi laadukasta ja ammattitaitoista tulisi hänen huolehtia säännöllisestä itsensä kouluttamisesta ja tietojen ajan tasalla pitämisestä lisäkoulutuksien ja teoria tiedon hankinnalla. Myös työnantajalla on velvollisuus tarjota mahdollisuutta työntekijöille kouluttamaan itseään hygienia osaamisessa.

4 ASEPTINEN TYÖSKENTELY

Aseptiikalla tarkoitetaan menettelytapoja, joilla pyritään toimimaan mikrobittomasti, estämällä, poistamalla ja tuhoamalla mikrobeja. (Ratia, Vuento & Grönroos 2005, 139). Sen peruseriaatteena on estää mikrobien pääsy sellaisille alueille, joilla niitä ei ennestään ole. Ne alueet jotka eivät ole steriilejä, pyritään pitämään niiden ominainen mikrobimäärä mahdollisimman vakiona, jotta niihin ei pääse ulkopuolisia mikrobeja. (Stucke 1998, 366). Aseptisen toiminnan lähtökohdaksi on hyvä henkilökohtaisen hygienian toteuttaminen. Kosketusteitse leviävien tautien ehkäisyssä on olennaista hyvän käsihygienian sekä aseptisten periaatteiden noudattaminen. Käsihygienia ja desinfektio ovat keskeisimpiä käsitteitä aseptiikan viitekehksessä. Aseptisen työskentelyn onnistuminen edellyttää sovittujen ehtojen noudattamista. Ensin on huolehdittava aseptisestä työjärjestyksestä, järjestyksenä aina puhtaasta likaiseen. Töiden etukäteen suunnittelu on avainasemassa aseptisen työjärjestyksen ylläpidossa. Tietyissä tilanteissa voi joutua tinkimään aseptisestä työjärjestyksestä, tällöin kompensatio keinona voidaan käyttää erityisen huolellisesti ja tehostetusti hoidettua käsihygieniaa. (Jakobsson & Jauhiainen 2004, 88-89). Käsihygienian toteutuminen jää usein puutteelliseksi hoitotyössä siksi, että hoitajat eivät noudata aseptisen omantunnon periaatteita. Tämä liittyy useasti siihen, että hoitajat eivät noudata aseptisen omantunnon periaatteita. Yleisimpinä syinä tähän ovat hoitajien ylikuormitus ja kiire, jotka synnyttävät motivaation- tai ajanpuutteen. (Ojajärvi 2004, 109). Aseptinen omatunto ei ole kuitenkaan yksilöiden ulkopuolinen tekijä, vaan toteutuakseen sen on lähdettävä itsestä ja oltava sisäistetty toimintatapa. Työntekijällä on oltava myös tarvittava tietopohja asioista ja käytännön taitoja, sillä tietämättömyyttä voidaan pitää yhtenä suurimpana uhkana aseptisen työskentelyn onnistumiselle. Aseptisen omantunnon toteutuminen käytännössä vaatii näin ollen myös oman työn reflektointia hoitotilanteissa, mahdollisten virheiden huomaamiseksi ja niiden korjaamiseksi. Tällaisen toiminnan avulla on mahdollisuus saavuttaa ne aseptisen omantunnon periaatteet, joissa potilas saa turvallista ja oikeaoppista hoitoa. (Jakobsson, 2005).

Aseptiikan perusteiden ja suositusten noudattaminen tulee kuulua olennaisena osana vastuullisen terveydenhuollon työntekijän ammatti-identiteettiin. Potilaalla on oikeus saada turval-

lista hoitoa ja hoitajan velvollisuus on toimia oikein. Tämän ymmärtäminen vaatii hoitajalta tietoa ja taitoa soveltaa oikeaa aseptiikkaa hoitotyön käytännössä. Aseptisen työskentelyn onnistumiseksi tulee huomioida seuraavat asiat: aseptinen työjärjestys työskentelyssä eli siirytään puhtaasta likaiseen, huolehditaan laadukkaasta käsihygieniasta, mikä tarkoittaa käsi-desinfektion käyttämistä ennen ja jälkeen toimenpidettä ja suojakäsineitä sekä tarvittaessa käsien pesua (huomioiden Noro-virus ja Clostridium asiakkaat) sekä varataan riittävästi aikaa työskentelyyn, tehdään hyvä työsuunnittelu, varataan välineet valmiiksi ennen toimenpiteiden aloittamista, huolehditaan kiireettömästä ja rauhallisesta työympäristöstä, työskennellään hyvässä valossa sekä opetetaan ja ohjataan potilasta toimimaan aseptisesti. (Hietala, Roth-Holttinen 1999, 70-71).

Hoitajan aseptiseen työtapaan kuuluu non touch - tekniikka, jossa varotaan koskettamasta käsin potilaan tartuntaportteja. Varataan hoitotoimia varten atuloita ja muita työvälineitä, joita voidaan käyttää asiakkaan hoitamisessa, esim. purettaessa eritteisiä haavataitoksia. Huomioidaan myös kertakäyttövälineet ovat vain kerran käytettäviä ja sen jälkeen hävitettäviä. Huolehditaan myös muiden työvälineiden asianmukaisesta puhdistamisesta käytön jälkeen, mm. haavahoitovälineet pesuun ja sterilointiin jokaisen käytön jälkeen.

Aseptinen omatunto tarkoittaa aseptisiin työtappoihin sitoutumista. Kun aseptinen omatunto toimii, ei olla riippuvaisia toisten valvonnasta. Esine on joko puhdas tai likainen, välimuotoa ei ole. Väline on joko steriili tai epästeriili, välimuotoa ei ole.

(<http://koulut.tampere.fi/materiaalit/sote1/aseptiikka/tyoskent.html>)

5 MIKROBIOLOGIA JA KÄSIHYGIENIA

Mikrobit ovat pieneliöitä, joita elää elimistön eri alueilla. Mikrobeja ovat virukset, bakteerit, yksisoluiset sienet ja alkueläimet. Virukset ovat kaikkein pelkistetyimpiä; ne eivät ole soluja eivätkä pysty itsenäiseen elämään. Ne lisääntyvät vain muiden eliöiden solujen sisällä. Kaikki muut eliöt koostuvat soluista. Elimistön eri alueiden ominaista mikrobikasvustoa kutsutaan sen alueen normaaliflooraksi. Se on tunnettava, jotta normaaliflooran joukosta voitaisiin erottaa mahdolliset taudinaiheuttajat. Normaalifloora on ihmisen hyvinvoinnille ja terveydelle tärkeä. Se estää muiden mikrobien pääsyn samalle alueelle ja suojelee siten meitä mikrobirtunnoilta. (Mäkelä & Mäkelä 1994, 10-11)

Ihmisen iholla on paljon mikrobeja. Synnytyskanavan läpi kulkeutuessa vauvan ihoon tarttuu mikrobeja, joista vahvimmat säilyvät ja muodostavat normaaliflooran, joka säilyy läpi elämän lähes muuttumattomana. Henkilökohtaisella hygienialla tarkoitetaan tietoista, ihmisen oma-

toimista puhtauden ylläpitoa, johon kuuluvat ihon säännöllinen peseminen, intiimihygienia, hiusten pesu, käsihygienia ja kynsien hoito sekä vaatteiden puhtaudesta huolehtiminen. (Kasara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 67). Tulee myös välttää suun, nenän ja silmien sekä ihon epäpuhtauksien, näppylöiden ja haavaumien koskettelu, hallita oikeat niistämis- ja yskimistavat eli aivastaessa ja yskiessä suun eteen vedetään käsivarsi ja taivutetaan päätä kainaloa kohden ja niistämisen jälkeen pestään kädet ja käytetään käsidesinfektioita, mikäli ei ole mahdollisuutta käsienpesuun hierotaan reilusti noin 5ml käsidesinfektioita käsiin. Hampaat tulee pitää ehjinä ja puhdistaa ne säännöllisesti. (Jakobsson & Ratia 2005). Kehon eri alueilla esiintyy mikrobeja seuraavasti: Kainalokuopissa 2 400 000 kpl/cm², päänahassa 1 500 000 kpl/cm², otsassa 200 000 kpl/cm², nenässä 1-10 miljoonaa kpl/cm², käsivarsissa 105-4500 kpl/cm² sekä selässä 314 kpl/cm². Lisäksi suun, peräaukon ja sukupuolielinten alueilla esiintyy myös suuria määriä mikrobeja. (Jakobsson & Ratia 2005, 599).

5.1 Tartunta

Tartunta tarkoittaa minkä tahansa mikrobin siirtymistä ihmisestä toiseen, eläimestä ihmiseen tai ympäristöstä, ruuasta tai juomavedestä ihmiseen. Kaikki tartunnat eivät kuitenkaan johda sairastumiseen, vaan siihen vaikuttavat sekä tartunnan lähde, kohde että tarttuva mikrobi. (M. Von Schantz, H. Matilainen 2009, 12). Uusi mikrobi voi asettua osaksi normaaliflooraa ja jäädä siten pitkäksi aikaa iholle tai limakalvoille, ilman että aiheuttaa itse sairautta. Tätä kutsutaan kolonisaatioksi. Monet mikrobit leviävät kosketustartuntana. Tartuntatauteja aiheuttavia mikrobeja on sairaan iholla ja eritteissä sekä hengitysilmassa. Erityisen paljon niitä on sairaalta alueelta peräisin olevassa eritteessä, kuten haavamärässä ja ripulipotilaan ulosteessa. Näistä taudinaiheuttajamikrobit joutuvat helposti ihmisen käsiin ja niiden kautta edelleen uuteen isäntään tai ruokaan, jossa ne voivat lisääntyä. Lähes kaikki pisaratartuntana leviävät taudit tarttuvat myös kosketustartuntana. Tavallinen flunssakin tarttuu useammin kädestä käteen ja siitä silmien, suun tai nenän limakalvoille, kuin suoraan hengitysteitse. Käsidesinfektio käyttäminen on tärkein ja tehokkain keino estää kosketustartuntoja. Käsien pesu tulee muistaa Noro-virus sekä Clostridium asiakkaita hoidettaessa, sillä tällöin ei pelkkä käsidesinfektio ole riittävä keino mikrobien poistamiseksi, kädet tulee aina pestä ja kuivata huolellisesti ja tämän jälkeen hieroa käsidesinfektioainetta käsiin.

Käsien ihon mikrobifloora koostuu suurimmaksi osaksi bakteereista. Se voidaan jakaa väliaikaiseen ja pysyvään mikrobiflooraan. Väliaikainen mikrobifloora on siirtynyt henkilökunnan käsiin potilaiden tai ympäristön koskettamisen seurauksena. Hyvin pienenkin toimenpiteen aikana käsiin tarttuu potilaiden mikrobeja. Väliaikainen mikrobifloora on helppo poistaa tavanomaisella käsien desinfektioilla. Pysyvä mikrobifloora on ihon syvemmissä kerroksissa, jota

ei voi kokonaan poistaa tuhoamatta ihon rakenteita. Pysyvä mikrobifloora ylläpitää ns. kolonisaatioresistenssiä estämällä vieraiden mikrobien asettumista pysyvästi käsiin. Hoitotyössä käsien välityksellä taudit leviävät todennäköisimmin. Kämmenet, sormenpäät, kynnet ja kynsivallit sisältävät suuria mikrobimääriä ja potentiaalisia infektioita. (Jakobsson & Ratia 2005, 599). Useat tauteja aiheuttavat mikrobit, voivat kuulua väliaikaiseen mikrobiflooraan. Monet vakavia hoitoon liittyviä infektioita aiheuttavat mikrobit, kuten *Staphylococcus aureus*, kestävät hyvin kuivumista. Siksi ne voivat säilyä pitkiäkin aikoja iholla tartuntakykyisinä ja niiden määrä saattaa lisääntyä ajan kuluessa, jos käsiä ei desinfioida. Väliaikaisen mikrobiflooran hävittäminen onkin asianmukaisesti toteutetun käsihygienian keskeisin tavoite. Fyysisten hoitotilanteiden lisäksi hoitotyössä on paljon muitakin tilanteita, jossa huono käsihygienia voi johtaa mikrobien kulkeutumiseen ihmisestä toiseen. Kädet kontaminoituvat silloin, kun niillä kosketetaan esimerkiksi ovenkahvoja, tietokoneen näppäimistöjä, puhelinta ym. Myös lääkkeiden käsittelyssä, lääkkeet voivat kontaminoitua käsien kautta.

Lääkkeiden kanssa työskennellessä huomioitavia asioita ovat tarkka aseptinen työskentely, käsien desinfiointi ennen lääkkeiden käsittelyä, lääkkeisiin kosketaan hanskat kädessä, tai pinsetillä/lusikalla, pullojen suu/kierreosiin ei kosketa käsin sekä infuusioletkujen ja kanyylien käsittely suoritetaan puhtain desinfioiduin käsin. Myös ruokien käsittelyssä on toteutettava hyvää käsihygieniaa. Ruuat sisältävät patogeenisiä mikrobeja, jotka saattavat huolimattoman käsittelyn seurauksena aiheuttaa epidemioita. Tilannetta pahentaa potilaiden mahdollinen heikentynyt vastustuskyky. Ruoka voi myös olla valmiiksi pilaantunutta ja sisältää tauteja kantavia patogeenisiä mikrobeja. (Hellsten 2005, 182-188).

6 KÄSIHYGIENIA

Käsihygienialla tarkoitetaan käsiin kohdistuvia toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään infektioiden ja niitä aiheuttavien mikrobien siirtymistä käsien välityksellä. Käsihygieniaan kuuluvat käsien ihon hoito, käsien pesu ja desinfektion käyttäminen sekä suojakäsineiden käyttäminen. Käsihygienia on tehokkain, yksinkertaisin ja halvin tapa, jolla saadaan katkaistua tartuntatiet poistamalla käsistä siirtyvä mikrobifloora. Tämä ei koske ainoastaan hoitohenkilökuntaa, vaan myös potilaita ja heidän omaisiaan/vieraitaan. Käsihygienian avulla pystytään lisäämään potilasturvallisuutta ja hoitohenkilökunnan turvallisuutta. Käsihygienia on myös tärkeä osa työsuojelua. Noudattamalla hyvää käsihygieniaa työssään hoitohenkilökunta suojelee myös omaa terveyttään vähentäen riskiä itse infektoitua. Käsien iholla on normaalisti pysyvä mikrobifloora ja väliaikainen mikrobifloora. Pysyvän mikrobiflooran tehtävänä on estää tauteja aiheuttavan väliaikaisen mikrobiflooran asettuminen käsiin pysyvästi. Pysyvää mikrobiflooraa on vaikea poistaa käsien pesun ja desinfektion avulla, koska se sijaitsee ihon

syvemmissä kerroksissa. Väliaikainen mikrobifloora häviää taas hyvin käsien desinfektion avulla. (Ojajärvi ym. 1999)

Ihminen on puhtaassa ympäristössä infektioiden lähde. Ihminen tarvitsee mikrobeja omaksi suojakseen, mutta hän voi myös olla toiselle ihmiselle kontaminaation eli saastuttamisen aiheuttaja. (Tiittanen 1999) Yleisemmin infektiot leviävät kosketustartuntoina käsien välityksellä. Kosketustartuntoina leviävät monet tavalliset tartuntataudit kuten nuhakuumeita aiheuttavat virukset, vesirokko, kynsivallintulehdus ja MRSA eli monille antibioiteille vastustuskykyinen *Stafylococcus Aureus* bakteeri. Infektioiden torjuntaan tarvitaan kaikkien potilasta hoitavien panosta, sillä infektioiden torjunnan taso sama kuin sen heikoin lenkki. Hoitavan henkilön hygienian osaaminen korostuu tilanteissa ja paikoissa, jotka poikkeavat sairaalaolosuhteista esim. asiakkaan kotona tapahtuva hoitotoimenpide. Kotona toiminnassa joudutaan pohtimaan mm. tarvikkeiden oikeaa asettelua ja säilyttämistä, jotta hoitotoimet olisivat sujuvia ja hyvää käsihygieniaa toteuttaen suoritettuja. Hoitoja suunniteltaessa ja kotona työskennellessä tulee huomioida myös se, että työskennellään asiakkaan kotona, esim. tavaroiden/huonekalujen siirteleminen ja kotiin jätettävien hoitotarvikkeiden sijoittaminen. (

Käytännössä taudit leviävät käsien kautta joko epäsuoraan tai suoraan. Epäsuora tartunta on tyypillinen tilanteissa, joissa hoitajan käteen on jäänyt eritetahra, joka on kosketuksessa seuraavaan potilaaseen, aiheuttaen tartunnan. Suorassa tartunnassa hoitajan kädessä voi olla vuotava haava, joka joutuu kosketuksiin esimerkiksi potilaan limakalvojen kanssa. (Jakobsson & Jauhainen 2005.). Käsihygieniaa toteutetaan estämällä käsien likaantumista esim. käyttämällä instrumenttejä apukäsinä hoitotilanteissa sekä käsien pesun ja käsidesinoinnin käytöllä ja vaihtamalla käsineitä riittävän usein tilanteen vaatimalla tavalla. Likaantumisen estämiseen pyritään välttämällä näkyvästi likaisten tai saastuneiden pintojen ja välineiden koskettelua, välttämällä suun ja nenän sekä eritteiden koskettelua, välttämällä sairastuneen ihmisen tai eläimen koskettelua. Ennakoiviin toimiin kuuluu myös käsien ihon kunnosta huolehtiminen. Karhealla iholla on enemmän taudinaiheuttajia kuin hyväkuntoisella, ehjällä ja kimmoisalla iholla. (Von Schantz ym. 2009, 30).

Omat kädet ovat hoitajan tärkeä instrumentti, joten niitä kannattaa hoitaa huolellisesti. Käsien hoitoon kuuluvat käsi-allergian välttäminen, kynsien hoito, käsien rasvaus sekä suojakäsineiden asianmukainen käyttäminen hoitotyössä. Sormuksia, rannekoruja ja rannekelloa ei hoitotyössä saa pitää, sillä ne keräävät mikrobeja. Lisäksi ne voivat rikkoo potilaan ihon aiheuttaen uusia tartuntaportteja. Rannekkeet estävät käsien pesun riittävän ylhäältä. Usein tapahtuva käsien pesu rikkoo sormuksen alle jäävän ihon, mikä saattaa aiheuttaa ihon allergisoitumisen. Lisäksi infektoitumisvaara on suuri. Kotona tapahtuva huolellinen rasvaus ja muu hoito antavat perustan käsien hyvälle kunnolle. Työpäivän aikana on harvoin tilaisuus perus-

teelliseen rasvaukseen, mutta hoitava emulsio imeytyy nopeasti kämmenselkään ja ranteseen. Kämmen ja sormien välit kannattaa jättää rasvaamatta.

Lähtökohtana hyvässä käsihygieniassa on että, käsien iho on terve ja kynnet lyhyet. Kynsien alla ja kynsien seudulla on suuri osa käsien mikrobeista, siksi niiden kunnosta huolehtiminen on tärkeä osa käsihygieniaa. Kynsien ei tule ulottua sormenpäiden yli ja kynsien reunojen on oltava sileät. Potilastyössä teko- ja rakennekynsien käyttö ei ole sallittua, sillä niiden alle kerääntyy helposti kosteutta ja likaa, jotka tarjoavat otollisen kasvualustan mikrobeille. Sen lisäksi ne estävät tehokkaan käsien desinfektion. Teko- ja rakennekynnet ovat infektioriski sekä potilaalle että työntekijälle itselleen. Ne hankaloittavat työntekoa, takertuvat ja rikkovat suojakäsineet helposti. Lisäksi niiden käyttäjillä on todettu kynsivallintulehduksia ja sieninfektioita. (Jakobsson & Ratia 2005, 601). Kynnet pidetään leikkaamalla ja viilaamalla lyhyinä, sillä pitkien kynsien alle pesiytyy helposti mikrobeja. Pitkät kynnet voivat vahingoittaa potilaan ihoa, pitkät kynnet voivat myös rikkoa suojakäsineen. Kynsien pureskelu on epähygienistä. Kynnet ovat liian pitkät, jos kämmenpuolelta käsiäsi katsoessasi kynsiä näkyy. Lakattujen kynsien kanssa työskentelyä tulisi välttää hoitotyössä, mutta yleisenä sääntönä on, että hoitajan tulee huolehtia siitä, että kynsien lakkapinnan tulee olla ehjä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että kynsien lakka tulisi vaihtaa päivittäin mikäli sitä hoitotyötä tehdessä käytetään. Kynsilakan pinta rikkoutuu helposti hoitotyössä ja tällöin mikrobit pääsevät pesiytymään koloihin. Lohkeillut kynsilakka ei herätä myöskään potilaissa luottamusta. Kynsilakan käyttöä koskeva ohjeistus on työpaikkakohtaista, on työpaikkoja missä käyttö sallitaan edellä mainittujen seikkojen toteutuessa mutta on myös työpaikkoja missä kynsilakan käyttö on ehdottomasti kielletty. (<http://koulut.tampere.fi/materiaalit/sote1/aseptiikka/kasihygi.html>)

Sormusten alla on enemmän mikrobeja kuin muualla sormien iholla, työntekijöiden käsi-ihottumat alkavat usein juuri sormusten alle jääneen kosteuden ja pesuainejäämien vuoksi, mitkä edes auttavat mikrobi määrin kasvua. Sitä suurempi on käsien mikrobimäärä, mitä enemmän sormuksia on sormissa. Sormuksia, rannerenkaita ja kelloja ei tule käyttää potilastyössä, koska ne vaikeuttavat tai estävät käsihygienian toteutumisen. Sormusten, rannerenkaiden ja kellojen alle jäävä kosteus luo hyvän pohjan mikrobikasvustolle. Hoitajilla ei saisi olla tulehtuneita kynsivalleja, haavoja tai ihottumaa. Jos käsissä näitä kuitenkin on, hyvä suojaus on tärkeää. Tällöin haava/haavat tulisi suojata vedenkestävällä laastarilla ja huolehtia myös laastareiden vaihdoista päivittäin/tilanteen mukaan. Mikäli hoitajalla on kynsivallintulehdus, tulee hänen olla työterveyshuoltoon yhteydessä työskentelyn mahdollisuuden kartoittamiseksi sekä paikallisen antibiootihoidon saamiseksi. Käsien rasvaus hyvällä voiteella kuivan ihon ja ihottuman hoitona on tärkeää. Käsien peseminen saippualla on suositusten mukaan suositeltavaa ainoastaan töihin tullessa sekä sieltä lähdettäessä, tai kun kädet ovat näkyvästi likaiset.

6.1 Käsien desinfiointi

Käsien desinfektiolla on tarkoitus poistaa käsistä potilaan tai ympäristön koskettamisesta käsiin joutunut väliaikainen mikrobifloora. Kädet desinfioidaan hieromalla niihin alkoholihuuhtetta. Tällä tavalla katkaistaan tavallisiin hoitoon liittyvien infektioiden tartuntatie. Käsihuuhte hierontaa käytetään ennen ja jälkeen jokaisen potilaskontaktin. Käsihuuhteen bakteereja tuhoava vaikutus perustuu hieronnan yhteydessä tapahtuvaan alkoholin haihtumiseen ja teho on parempi, jos kädet ovat pidempään kosteat. Desinfiotihieronnan teho edellyttää oikeaa tekniikkaa. Käsihuuhtetta otetaan noin 5ml mikä vastaa kahta pumppupullon painallusta tai vastaavasti pullosta käteen kaadettaessa puristetaan kämmen kupiksi ja täytetään se käsihuuhteella. Käsihuuhteen kuivumisaika on 20-30 sekunttia. Käsihuuhtetta ei saa missään tapauksessa kuivata paperilla, eikä pyyhkiä ylimääräistä käsihuuhtetta käsivarsiin tai vaatteisiin käsien kontaminoitumisen ehkäisemiseksi. Kädet desinfioidaan alkoholihuuhteella tai geelillä (mukana voi olla myös klorheksidiiniä), jota jopa iho-ongelmaisten on todettu kestävän hyvin. Mitä suurempi alkoholipitoisuus on, sitä tehokkaampi aine on ja sitä nopeammin se haihtuu iholta. Yleisimpiä ovat 80 % etanolia sisältävät valmisteet, joihin on lisätty hoitoainetta (esim. 2 % glyserolia) estämään käsien kuivumista ja ihottumaa. Käsidiä desinfioidaan aina työvuoron aluksi ja lopuksi sekä aina ennen jokaista potilaan hoitotilannetta ja sen jälkeen. Käsien desinfiointi tulee suorittaa ennen lääkkeiden jakamista tai potilaalle antamista ja sen jälkeen. Kädet desinfioidaan myös aina ennen ja jälkeen suojakäsineiden käyttämisen. Eritteiden, veren tai elimistön nesteiden koskettelun jälkeen tai huoltohuoneesta poistuttaessa tulee desinfioida kädet. Käsien desinfiointista tulee myös huolehtia ennen seuraavia toimia, kuten ennen puhtaiden välineiden käsittelyä esim. desinfektiokonetta tyhjennettäessä, ennen ja jälkeen infektioherkkien potilaiden koskettamista sekä aina eristys huoneeseen mentäessä ja sieltä poistuttaessa. Käsidesinfektio on tehokas infektioiden ehkäisykeino. Sveitsiläisen Pittetin työryhmän tutkimuksessa potilaita hoidettaessa sormenpäihin kertyi minuutissa keskimäärin 16 bakteeripesäkettä lisää, kun kädet oli ensin käsitelty käsihuuhteella. Ilman käsidesinfektiota pesäkkeitä kertyi 68 enemmän. Hollantilaisen Vossin tutkimuksen mukaan kunnollinen saippuapesu vie aikaa 80 sekuntia (8 sekunnin pesulla ei ole merkitystä mikrobien poistossa). Sen sijaan käsihuuhteen käyttö vie aikaa vain 20-30 sekuntia, kunhan käsihuuhtetta on saatavissa jokaisen potilaan vieressä ja muissa hoitotoimia suoritettavissa tiloissa.

6.2 Käsihygieniä ja suojaimet

Suojainten tarkoitus on estää mikrobin ja infektioiden leviäminen potilaasta työntekijään ja työntekijästä potilaaseen. (Jakobsson & Ratia 1005b, 602). Suojaimia tulee käyttää silloin kun ollaan kosketuksissa kehon nesteiden, eritteiden, veren, rikkiäisen ihon tai limakalvojen kanssa. Suojakäsineiden oikealla käytöllä voidaan merkittävästi vähentää käsiin kertyviä mikrobeja ja samalla estää niiden leviäminen. Ilman suojakäsineitä ei tule koskea paikkoihin, joissa on runsaan mikrobikontaminaation mahdollisuus. Potilastyössä on käytettävä suojakäsineitä aina kun kosketaan kehon nesteitä, eritteitä, verta, kontaminoituneita ihoalueita, limakalvoja, rikkiäistä ihoa tai potilaalle laitettuja vierasesineitä. Ongelmaksi käsineiden käytössä nousee se, että ne antavat helposti valheellisen kuvan suojasta käsien kontaminoitumista vastaan, joka voi johtaa käsien desinfiomisen laiminlyöntiin. Ongelmia syntyy varsinkin silloin, jos käsineitä ei vaihdeta siirryttäessä potilaiden välillä sekä siirryttäessä likaiselta alueelta puhtaalle. Suojakäsineet eivät korvaa käsihygieniää, vaan kädet tulee desinfioida aina ennen ja jälkeen niiden käytön. (Töytäri 2004, 228). Suomen sairaanhoitajaliitto on asettanut suojakäsineiden käytöstä seuraavat käyttösuositukset: suojakäsineet ovat potilas-, työntekijä-, tehtävä- ja toimenpidekohtaisia, potilaan ja käyttäjän kumiallergiat on huomioitava, puuterittomat käsineet ovat suositeltavimpia, suojakäsineet vaihdetaan heti rikkoutuessa, lapsipotilaat, jotka joutuvat usein leikkauksiin, tulisi leikata lateksittomilla käsineillä, suojakäsineiden valinnassa tulee ottaa huomioon niiden ympäristövaikutus ja loppukäsittelymahdollisuudet sekä suojakäsineiden valinnassa tulee huomioida niiden kestävyys ja toimenpiteiden aiheuttama rasitus. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2004.)

Suojakäsineitä käytettäessä on kiinnitettävä huomiota myös niiden kokoon. Liian isoilla käsineillä aseptinen työskentely on hankalaa. Liian pienet hanskat puolestaan rikkoontuvat helposti. Suojakäsineiden riisumisvaiheessa käsiin voi tarttua mikrobeja käsineiden ulkopinnasta. Riisumistekniikkaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Käsihuuhteella ei voi desinfioida suojakäsineitä, sillä niiden materiaali ei kestä sitä. (Tiitinen 2007, 150). Peruskäsineinä käytetään tehdaspuhtaita vinyyli tai lateksi käsineitä. Vinyyliset suojakäsineet sopivat lyhytkestoiisiin toimenpiteisiin, joissa käsineet eivät joudu mekaaniseen rasitukseen sekä toimenpiteisiin sekä toimenpiteisiin missä on alhainen riski saada tartunta verestä tai kudospinnasta. Lateksiset käsineet sopivat hoitotyöhön, missä altistutaan pitkään verelle ja kudospinnalle, kuten leikkaustoimintaan ja toimenpiteisiin missä käsine altistuu mekaaniselle rasitukselle. Lateksiset käsineet soveltuvat erityistehtäviin kuten haavanhoitoihin ja muihin toimenpiteisiin missä kädet altistuvat pitkään eritteille. Nitrilikäsineet ovat lateksi käsineiden luokkaa. Nitrilikäsineet on ensisijaisesti tarkoitettu lateksiallergisien hoitajien käyttöön sekä lateksiallergistien potilaiden hoitotoimiin. Polyeteenistä valmistetut mikkihiiri-käsineitä ei käytetä hoitotyössä. Suojakäsineet ovat aina puuterittomia. Suojakäsineissä käytetty puuteri on maissitärkkelystä

ja täten mikrobin kasvulle hyvä elatusalusta, siksi puuteri hanskoja ei käytetä hoitotyössä. Maissipuuteri käsineissä saattaa aiheuttaa käsien iho-ongelmia sekä hengitystiet saattavat altistua maissipuuterin pölylle käsineitä riisuttaessa. (Terke/hygieniatoimikunta, 2005). Steriilien suojakäsineiden käytön ensisijainen peruserä on potilaan turvallisuuden ja infektoriskin minimointi, eikä niinkään työntekijän suojaaminen. Steriilejä suojakäsineitä käytetään esimerkiksi palovammojen ja tuoreiden haavojen hoidoissa. (Jakobsson & Ratia 2004, 607)

Suojatakki on tarpeen infektoituneita eritteitä käsiteltäessä ja toimenpiteissä joihin liittyy roiskumisvaara. Tarkoituksena on suojata toimenpiteen tekijöitä ja potilasta. Suojatakki on tarpeellinen esimerkiksi kosketuseristyksessä. Suojatakki puetaan työasun päälle, mentäessä eristys/hoituhuoneeseen ja riisutaan sieltä poistuessa. Kädet tulee desinfioida ennen pukeamista ja riisumisen jälkeen. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 48). Suojatakki on kertakäyttöinen ja tulee laittaa välittömästi jätteisiin käytön jälkeen (Hygieniaohje 2007, 18).

Suu-nenä suojuus suojaa pisaroilta ja roiskeilta ja epäsuorasti kosketustartunnalta, mutta ei yhtä hyvin ilmatartunnoilta, koska ilmassa leijailevat pienet partikkelit voivat päästä suojuksen ohi. Suu-nenäsuojus on aina kertakäyttöinen ja toimenpidekohtainen. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 48). Käytön jälkeen suojuus laitetaan suoraan roskeisiin. Kädet tulee desinfioida ennen ja jälkeen suojuksen käyttämisen. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 48).

7 INFEKTIOIT KOTIHOIDOSSA

Sairaalainfektiot määritellään sairaalahoidon aikana tarttuneiksi infektioiksi. Infektiot saattavat puhjeta vasta kotiutumisen jälkeen, koska nykyisten periaatteiden mukaan potilaat pyritään kotiuttamaan sairaaloista mahdollisimman nopeasti. Yksi suurimmista tartuntaväylistä on hoitajien kädet. Käsien välityksellä leviävien infektioiden ja bakteerien torjunnassa korostuu käsihygienia, aseptinen työtapo ja hoitoympäristön puhtaus. Hoidon kannalta ongelmallisimpia sairaalainfektioiden aiheuttajia ovat moniresistentit mikrobit. (Hietala & Terho 199, 69-75).

7.1 MRSA Moniresistentit mikrobit kotihoidossa

Runsas mikrobilääkkeiden käyttö luo edulliset olosuhteet moniresistenttien bakteerikantojen leviämiseen. Näiden bakteerien aiheuttamat ongelmat ovat lisääntymässä. Yksi tärkeimmistä moniresistentti bakteerista on metisilliinille resistentti *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Staphylokokkibakteereita* löytyy yleisesti terveen henkilön iholta ilman infektion

oireita tai ilman kolonisaatioitumista. Oireita aiheuttaessaan saphylokokki-infektiot ovat yleensä pinnallisia ihoinfektioita, mutta voivat aiheuttaa myös vakavia syviä infektioita kuten keuhkkokuumetta ja verenmyrkytyksiä. MRSA kasvattaa infektoriskiä varsinkin niille potilaille, joiden vastustuskyky on heikko. MRSA- bakteerikantojen ollessa resistenttejä useille mikrobi-lääkkeille, kyseisen bakteerikannan kantavien potilaiden lääkehoito muodostuu ongelmalliseksi. MRSA tapausten parissa työskentelevä hoitaja on mahdollisuus altistua bakteerikannan kolonisaatiolle. (Hietala & Terho, 1999, 73).

Staphylococcus aureus-bakteeri on yleinen terveiden henkilöiden nenän limakalvoilla ja iholla. Väestöstä 25-30% kantaa sitä nenässään. Itse kantajuus ei aiheuta mitään oireita. Se voi vaurioituneella iholla aiheuttaa infektioita, joista suurin osa on lieviä esimerkiksi märkänäp-pylät ja paiseet. Vakavimmissa tapauksissa se voi aiheuttaa leikkaushaavainfektion, keuhko-kuumeen sekä endokardiitin. Haavat, erilaiset ihon läpäisevät vierasesineet, kirurgiset toi-menpiteet, tehohoito, puolustuskykyä heikentävät perussairaudet ja korkea ikä lisäävät oirei-sen MRSA-infektion riskiä.

(THL, ohje metisilliiniresistenttien Staphylococcus aureusten torjunnasta, 2004).

Jokaisen suolistossa on betalaktamaasientsyymejä tuottavia gramnegatiivisia sauvabakteere-ja, joiden vuoksi osa perinteisistä mikrobilääkkeistä muuttuu tehottomiksi. Potilas, jolla on bakteeriviljelyllä todettu ESBL-entsyymiä tuottava bakteeri, hoidetaan aina kosketuseristyksessä. ESBL-entsyymiä tuottavat klebsiella- ja E. coli-bakteerikannat ovat lisääntyneet. Kanto-ja esiintyy tyypillisesti ulosteessa ja virtsassa.

Enterokokit ovat grampositiivisia kokkibakteereita, jotka kuuluvat ihmisen suoliston normaaliin mikrobiflooraan. VRE on vankomysiinille resistentti enterokokki. VRE löytyy tavallisimmin ulosteesta. Se saattaa säilyä pitkiä aikoja kosketuspinoilla, kuten ovenkahvoissa ja sänkyjen laidoilla. Potilas, jolla on bakteeriviljelyllä todettu VRE-bakteeri, hoidetaan kosketuseristyksenä.

Kotihoidossa tavoitteena on että mikrobit eivät siirry työntekijän mukana seuraavaan hoito-paikkaan. Hoito pyritään keskittämään samalle tai samoille työntekijöille. Kotikäynti tulisi suunnitella työjakson viimeiseksi. Ellei se ole mahdollista, käynti suunnitellaan niin, ettei sen jälkeen välittömästi hoideta esimerkiksi haavapotilasta. Kädet desinfioidaan alkoholihuuhteel-la ennen ja jälkeen potilaskontaktin. (PPSHP. OYS). Moniresistentin mikrobin kantaja kotihoi-dossa, ohje kotihoidon työntekijälle.2006.)

Suojakäsineitä käytetään käsiteltäessä eritteitä, rikkinäistä ihoa, limakalvoja tai potilaan kontaminoituneita alueita. Muoviesiliinaa tai käyntikohtaista suojatakkaa sekä lähihoidossa kirurginen suu-nenäsuojusta käytetään silloin, kun vaara roiskeista sekä hoidettaessa MRSA-haavoja tai nenä- tai nielukantajia, joilla hengitystieinfektio. Silmät suojataan silmäsuojuksella kun on vaara roiskeista hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Tutkimus- ja hoitovälineet puhdistetaan, desinfioidaan tai steriloidaan käyttötavan mukaan. Hoitotarvikkeiden, joita asiakkaan hoitoon varataan, suositellaan olevan paikkakohtaisia ja kertakäyttöisiä. Monikäyttöiset puhdistetaan ja/tai desinfioidaan koneellisesti tai kemiallisesti. Eritetahroiin soveltuva desinfektioaine on esim. klooripitoinen 1000ppm. Eritteen voi laittaa normaalisti viemäriin. Pyykki pestään normaalilla pesuohjelmalla ja astiat pestään normaalisti. Kodin siivous tapahtuu yleispuhdistusaineella, käyttäen kodin omia välineitä sekä suojakäsineitä ja esiliinaa. Jätteen käsittely normaalisti, lukuun ottamatta haavanhoidosta tulevat sidetarvikkeet, jotka pakataan ensin muovipussiin ennen jätteisiin laittoa. (PPSHP. OYS. Moniresistentin mikrobin kantaja kotihoidossa, ohje kotihoidon työntekijälle.2006). Noro-virus ja Clostridium asiakkaiden hoidossa tulee lisäksi huomioida päivittäinen wc-tilojen puhdistaminen klooripitoisella puhdistusaineella. Kotona voidaan käyttää kaupasta saatavia klooripesuaineita mahdollisten eritetahrojen sekä wc-pöntön ja -tilojen puhdistamiseen sillä tulisi puhdistaa myös ovien kahvat. Käsi- ja kylpypyyhkeet tulisi vaihtaa myös päivittäin. Asiakkaan parannuttua edellä mainitusta ripulitaudista tulee kodin pinnat pestä klooria sisältävällä pesuaineella.

Moniresistentit bakteerit leviävät ihmisestä toiseen kosketuksen kautta. Tärkein toimenpide tartuntojen leviämisen ehkäisemiseksi on käsien huolellinen desinfektio alkoholipohjaisella käsihuhuhteella ennen ja jälkeen potilaan koskemisen, suojakäsineiden ja muiden suojainten riisumisen jälkeen. Käsihuhuhteen käyttö on tällä hetkellä tehokkain keino katkaista bakteerin leviäminen ihmisestä toiseen.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

8.1 Aineistonkeruumenetelmä

Opinnäytetyö suoritettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena kyselynä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on johtopäätösten tekeminen aiempien tutkimusten pohjalta, hypoteesien esittäminen, kohdejoukon valinta ja aineiston keruu, aineiston, aineiston tilastollinen analysointi sekä tämän pohjalta päätelmien tekeminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140).

Aineistonkeruu tapahtuu strukturoidun kyselylomakkeen avulla. (Liite 2). Kyselylomakkeen ensimmäinen osio käsittelee hoitotyöntekijöiden tietotasoa käsihygienian perusteista. Toinen osio käsittelee käsihygienian toteutumista päivittäisessä työnteossa. Kysymykset laadittiin siten, että ne olivat mahdollisimman helppoja ymmärtää. Kysymysten laadinnassa huomioitiin niiden vastaaminen opinnäytetyön tarkastelun kohteisiin.

Opinnäytetyö suoritettiin kyselylomakkeiden avulla. Lomakkeet toimitettiin pohjoisen kotihoidon viiden eri alueen tiimien toimistotiloihin, missä ne olivat esillä kolmen viikon ajan, jotta saatiin mahdollisimman suuri vastaajajoukko aikaiseksi, kesäloma aikaan sijoittuvassa kysely ajankohdassa. Vastaaaja laittoi vastatun lomakkeen suoraan kirjekuoreen, jolloin tietosuoja toteutui. Kyselylomake oli kaksiosainen. Ensimmäisessä osassa selvitettiin hoitohenkilökunnan tietotasoa käsihygienian perusteista. Toisessa osiossa selvitettiin väittämien avulla, kuinka käsihygienia toteutuu käytännön työssä. Kysymyslomakkeen avulla saatu aineisto analysoitiin SPSS -tilasto-ohjelman avulla. Aineisto havainnollistettiin pylväsdiagrammien avulla.

8.2 Opinnäytetyön ympäristön kuvaus

Opinnäytetyö rajattiin koskemaan Helsingin kaupungin, pohjoisen kotihoidon yksikön työntekijöitä. Toteuttamiseksi anottiin lupa Helsingin kaupungin toimitusjohtaja Matti Toivolalta. Malmin sairaalan hygienia hoitaja Sinikka Suntila on tarkastanut kotihoidon käsihygieniaa käsittelevän teksti osion.

8.3 Aineiston analyysi

Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa kvantitatiiviseen tutkimukseen. Se on survey tutkimuksen keskeinen menetelmä. Terni survey tulee englannin kielestä ja se tarkoittaa sellaisen kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti ja joissa koehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Kyselytutkimuksen etuna voidaan pitää sitä että sen avulla voidaan kerätä laaja aineisto. Kyselytutkimus säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Kyselytutkimuksen haittana pidetään aineiston pinnallisuutta. Lisäksi ei voida tietää miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Kysely ei myöskään kerro miten asiat todellisuudessa ovat ja mitä oikeasti tapahtuu. (Hirsjärvi ym. 2009, 193-194). Vastatessaan kyselyyn vastaaja ei henkilöidy, joten hän voi vastata kysymyksiin rehellisesti omien kokemustensa pohjalta. Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia. Kysymysten väärin ymmärtäminen voi olla yksi tällainen heikkous. Sitä voi ehkäistä huolellisesti tehdyllä kyselylomakkeella ja riittävällä ohjauksella. Kun tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen, niin tavoitteena on saada tutkittavan ilmiön piirteet systemaattisesti mitattavaan muotoon. Pyrkimyksenä tällä toimintaperiaatteella on kuvata aineiston rakentumista

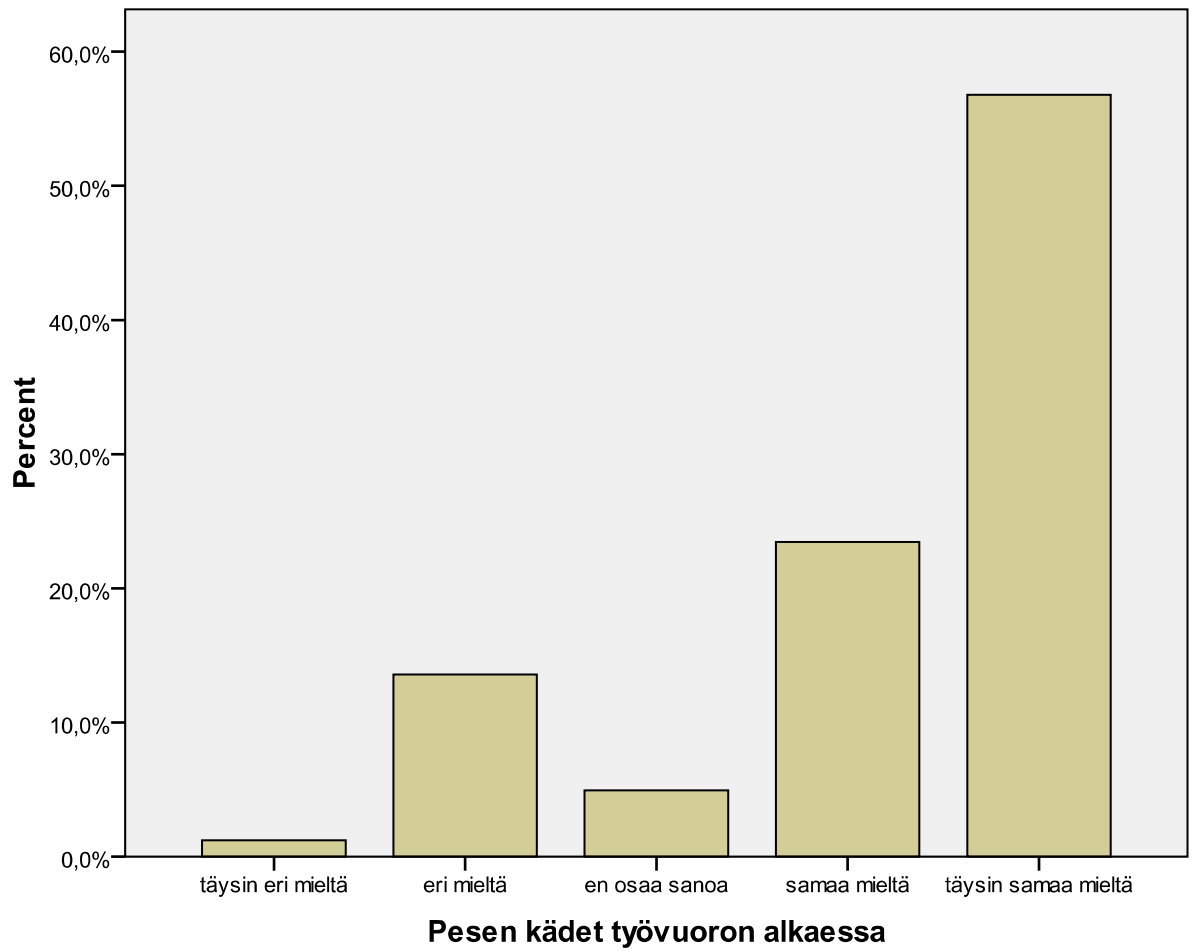
erilaisilta osista ja selvittää vallitseeko näiden osien välillä yhteyksiä. Mittaaminen ja analysointi kvantitatiivisessa tutkimusasetelmassa toteutetaan yleensä tilastollisesti erilaisten tietokoneohjelmien avulla.

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselylomakkeita oli yhteensä 100 kappaletta ja ne jaettiin pohjoisen kotihoidon viiden alueen tiimien työntekijöille täytettäväksi. Vastauksia tuli yhteensä 81 kappaletta. Emme erotelleet työntekijöitä ammattiryhmittäin vaan vastaajina oli terveydenhoitajia, sairaanhoitajia sekä lähihoitajia. Kaikki työskentelevät samalla kentällä. Emme myöskään erotelleet vakituis- ta henkilökuntaa sijaisista, koska kyseisellä työkentällä on jatkuvasti paljon sijaisia. Kysymykset olivat monivalintakysymyksiä, kummassakin osiossa viisitoista kohtaa. Vastaukset annettiin viisiasteikkoisina niin, että vaihtoehtoina oli täysin eri mieltä, eri mieltä, en osaa sanoa, samaa mieltä sekä täysin samaa mieltä. Tuloksia tarkastellessamme yhdistimme tuloksen analysoinnin niin että täysin eri/samaa mieltä sekä, eri/samaa mieltä osat yhdistettiin, tulosten selkiyttämiseksi.

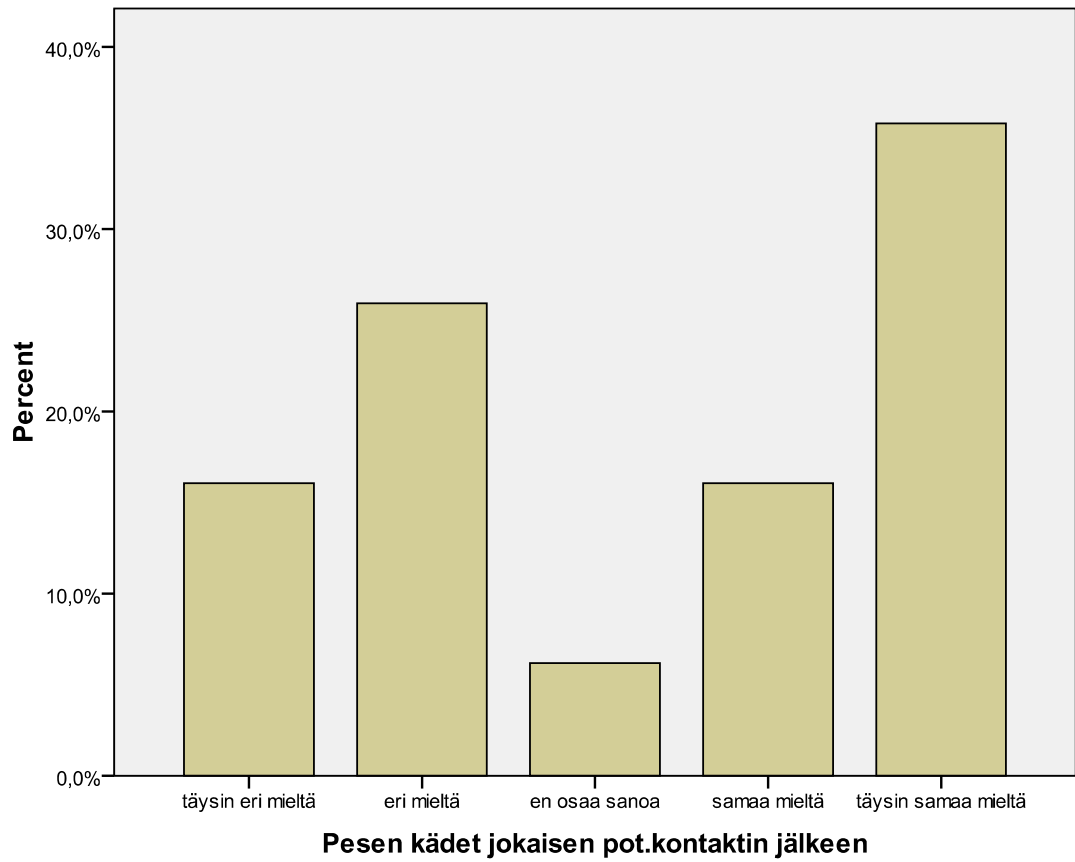
9.1 Tieto käsihygienian perusteista

Taulukko 1. Käsien pesu työvuoron alkaessa.



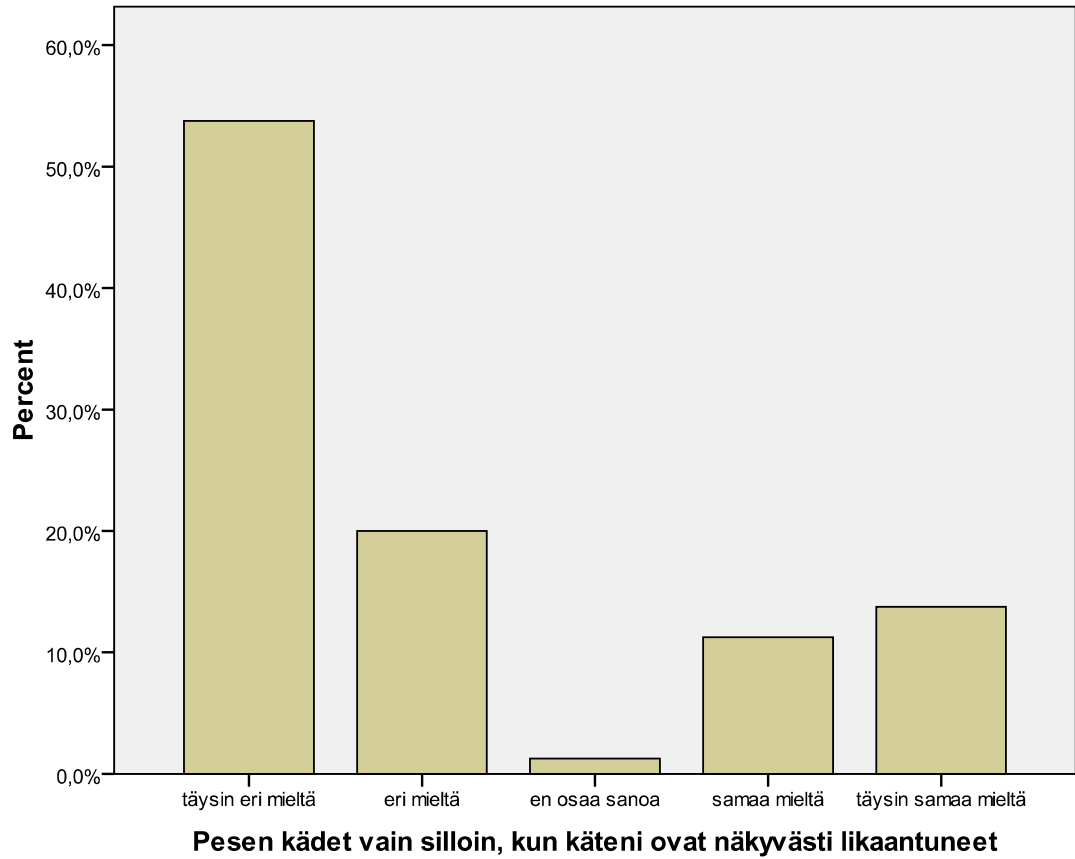
Kyselylomakkeen ensimmäisessä kohdassa selvitettiin miten henkilökunta työvuoron alussa hoitaa käsienpesun. Suurin osa (80,3 %) vastanneista on sitä mieltä, että kädet tulee pestä työvuoron alkaessa. 14,8 % oli asiasta eri mieltä.

Taulukko 2. Käsien pesu potilaskontaktien jälkeen.



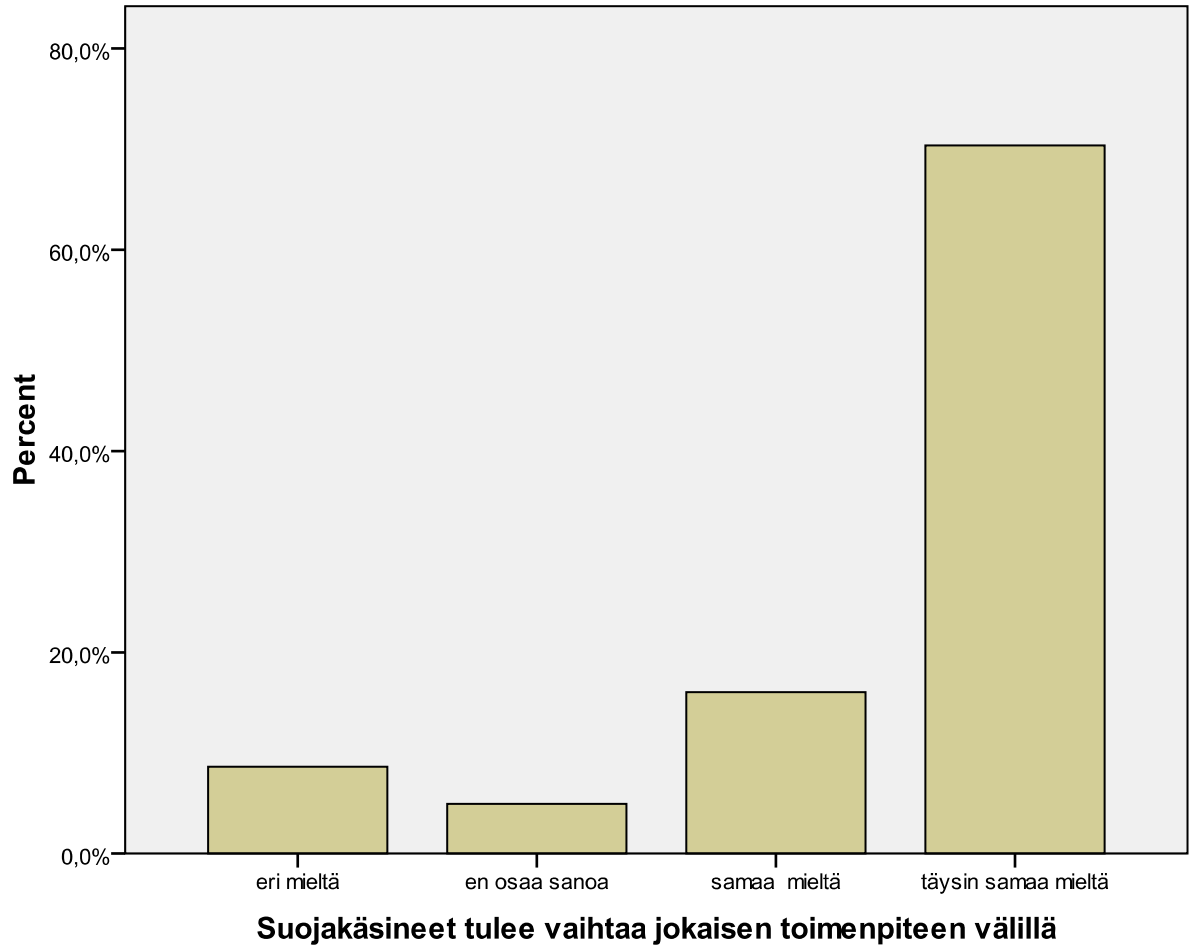
Hieman yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että jokaisen potilaskontaktin jälkeen tulisi pestä kädet. 42 % vastanneista oli sitä mieltä, että käsiä ei pestä jokaisen potilas kontaktin jälkeen.

Taulukko 3. Käsien pesu niiden likaantuessa.



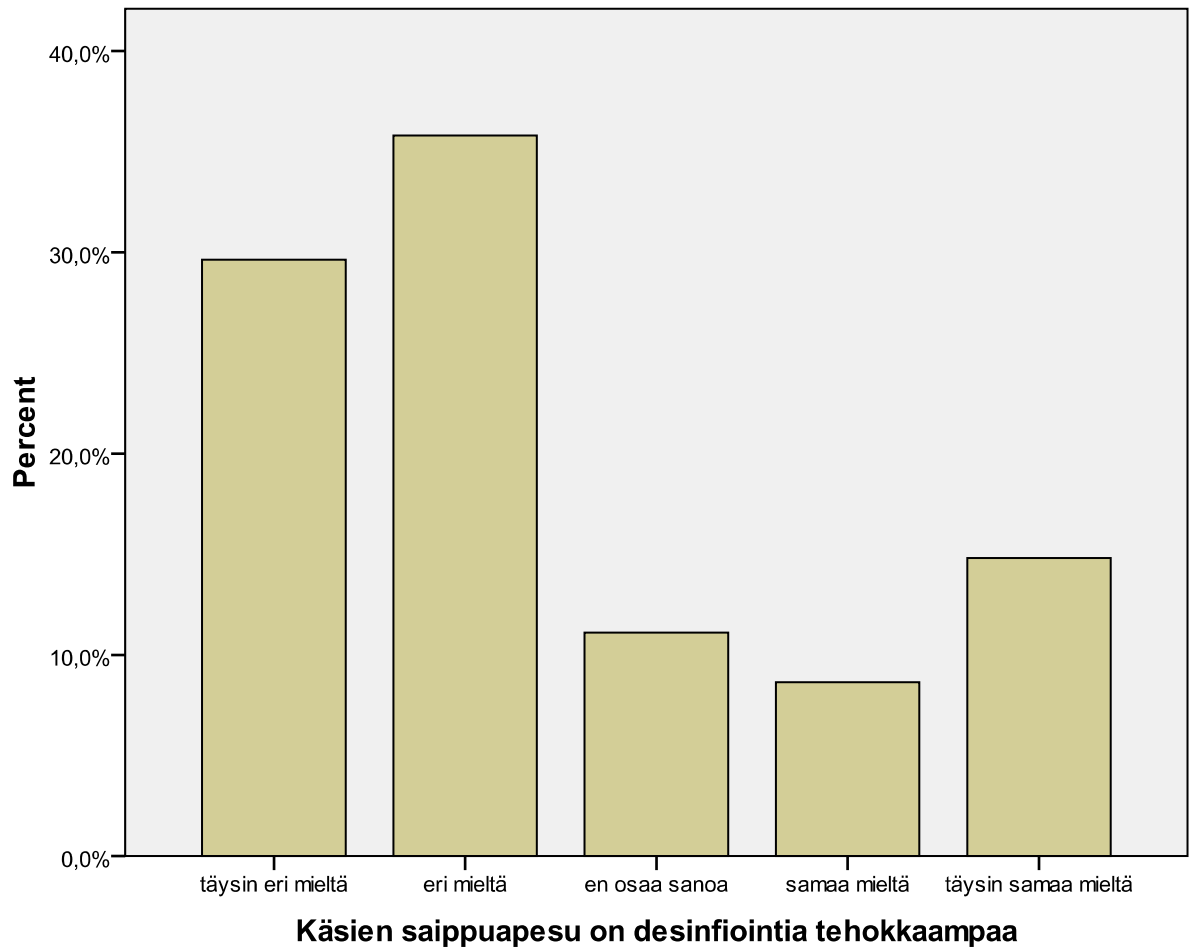
Suurimman osan (73,8 %) mielestä, kädet pestään useammin kuin vain niiden ollessa likaantuneet. 24,7 % mielestä tämä on riittävä pesukertojen määrä

Taulukko 4. Suojäkäsineiden vaihto toimenpiteiden välillä.



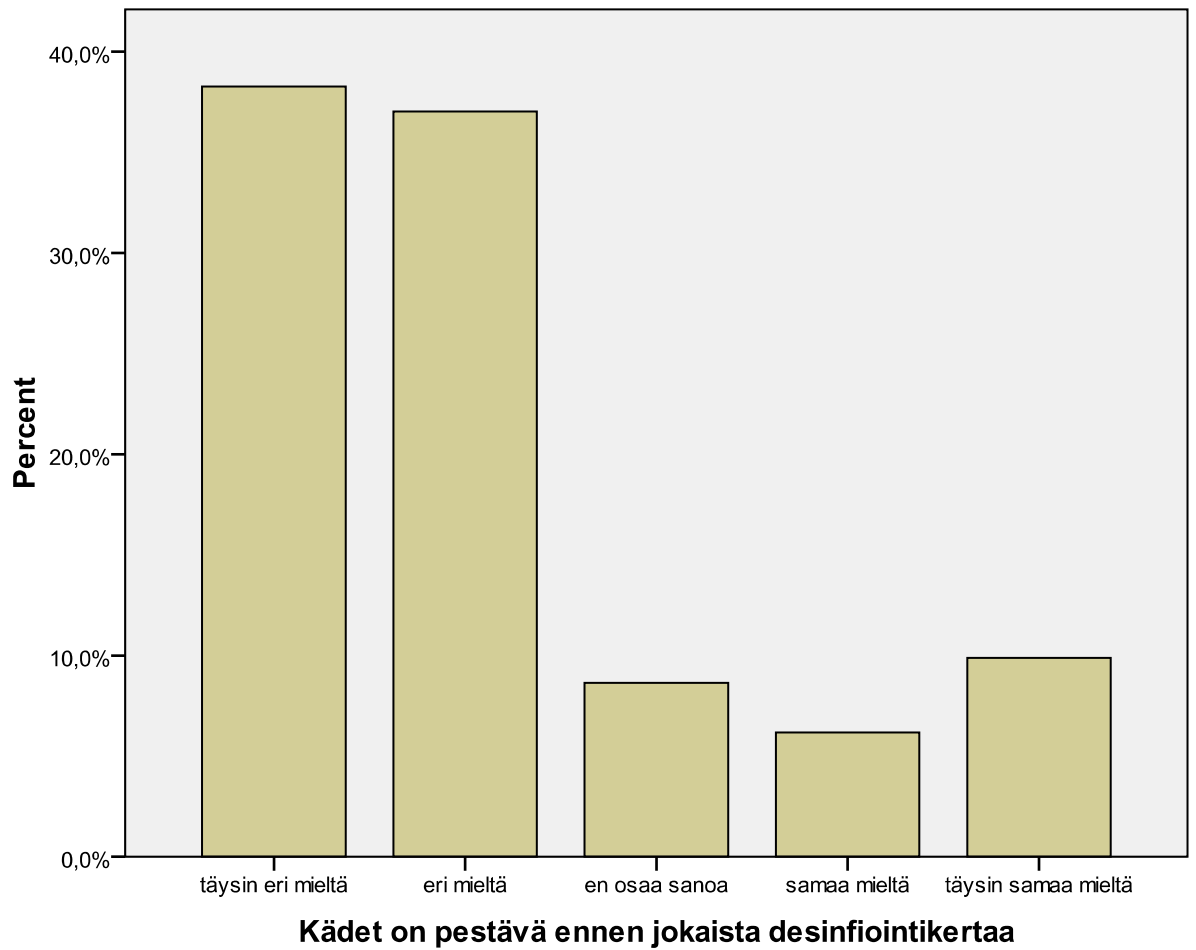
Suojäkäsineiden vaihdon toimenpiteiden välillä tekisi suurin osa vastaajista (86,4 %). Eri mieltä oli vain pieni osa vastanneista (8,6 %).

Taulukko 5. Käsienvpesun teho verrattuna desinfiointiin.



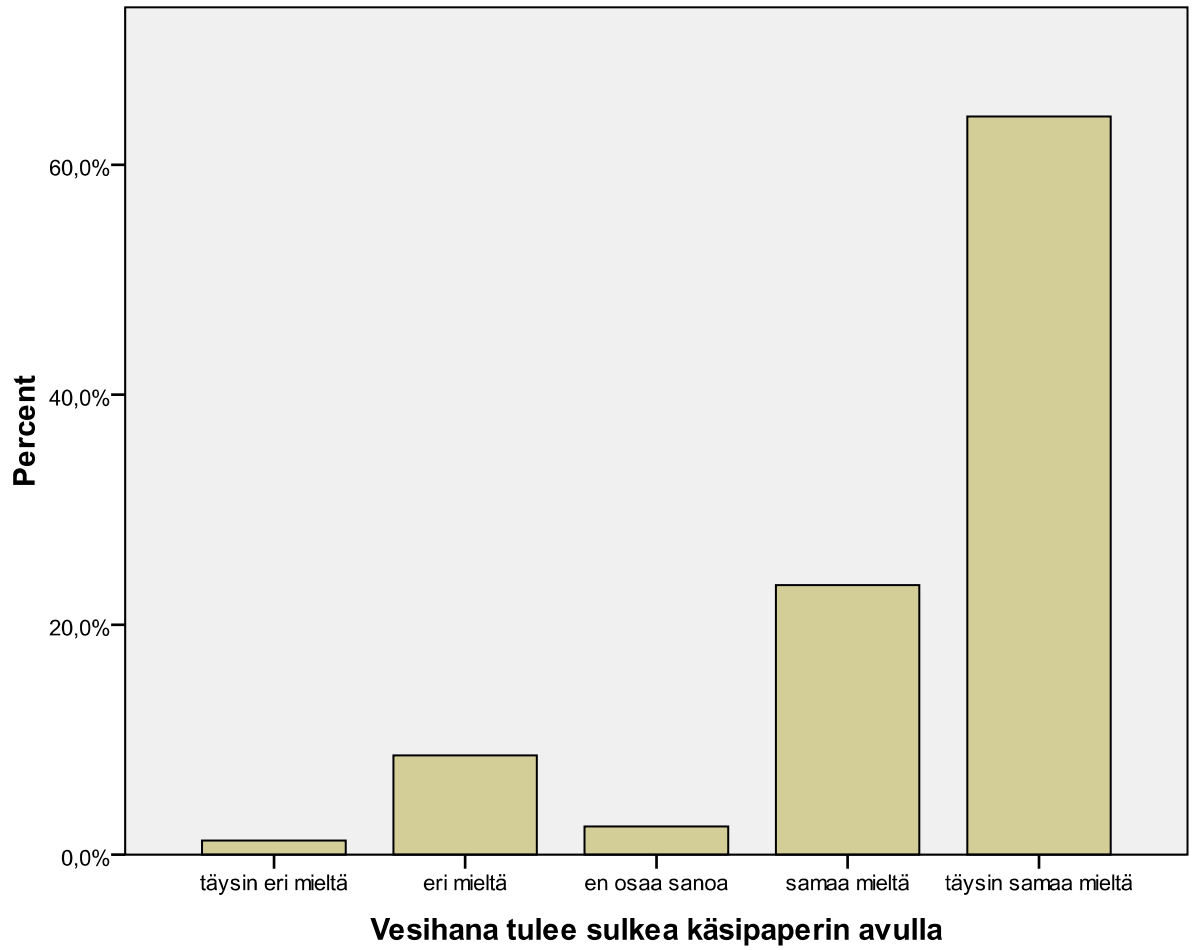
Suurin osa (65,4 %) vastanneista oli sitä mieltä, että käsienvpesu ei ollut desinfiointia tehokkaampaa. Väittämään yhtyi (23,4 %) vastanneista.

Taulukko 6. Käsienvesu ennen desinfiointia.



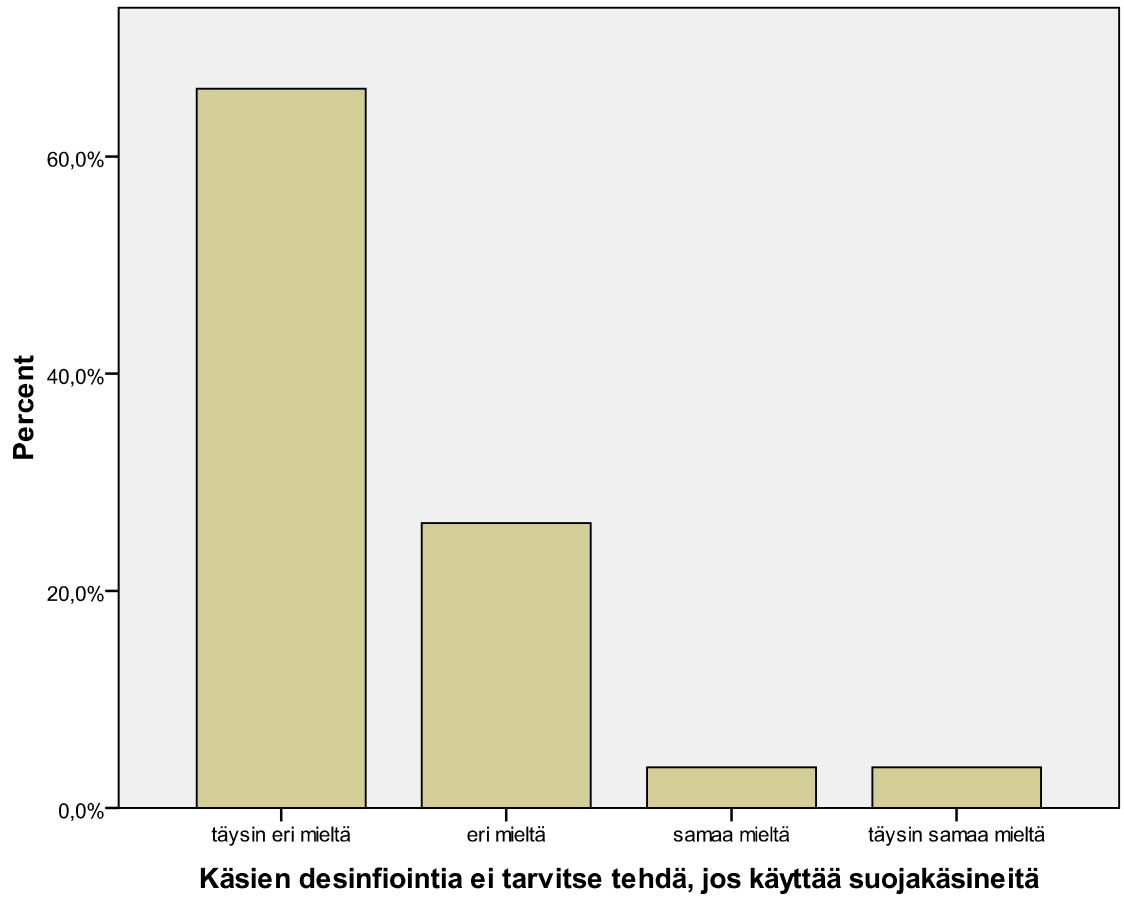
Suurin osa vastanneista (75,3 %) oli eri mieltä siitä, että käsiä ei tule pestä ennen jokaista desinfiointikertaa. Pieni määrä vastaajista (16,1 %) oli sitä mieltä että, kädet tulisi pestä ennen jokaista desinfiointi kertaa.

Taulukko 7. Vesihanauksen sulkemistekniikka.



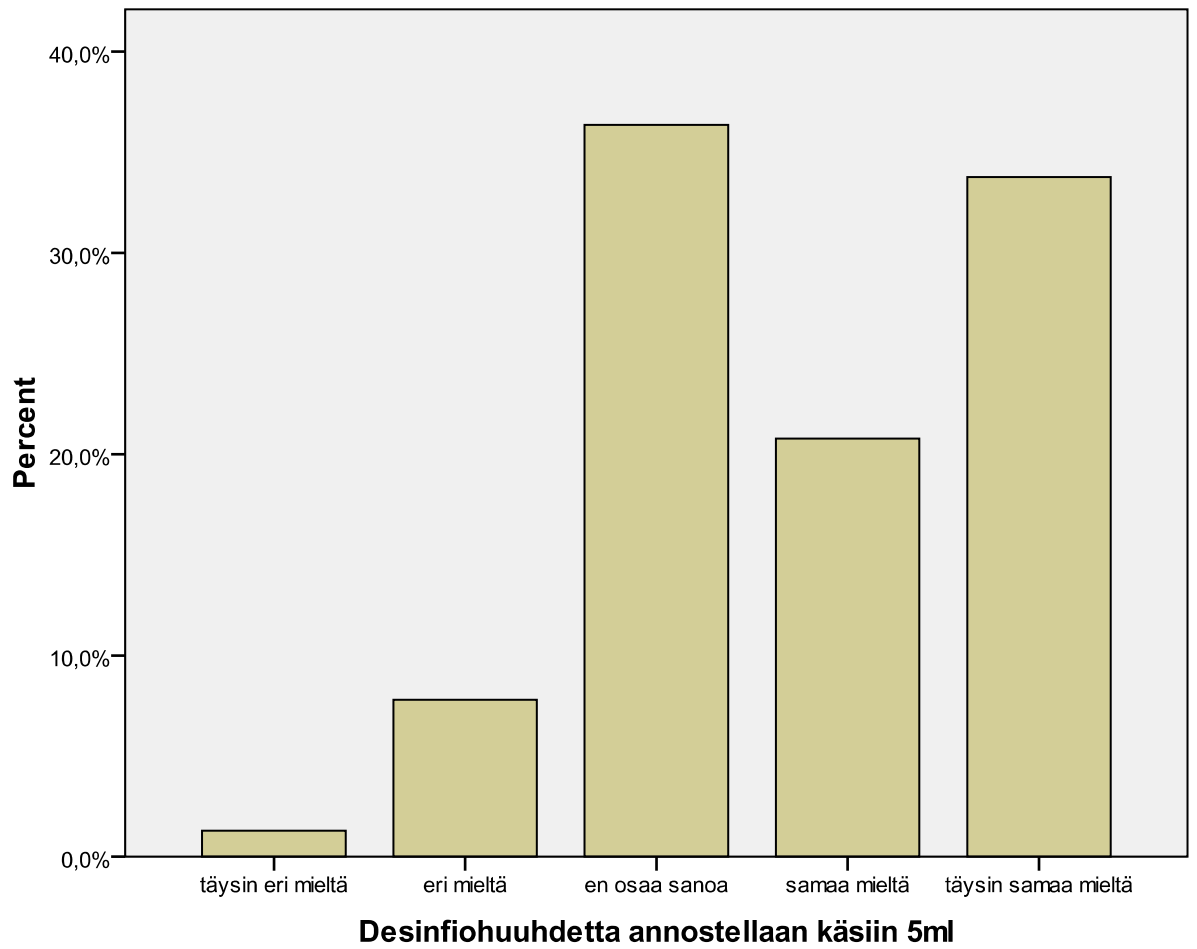
Huomattavan suuri osa vastaajista (87,7 %) oli sitä mieltä, että vesihana tulee sulkea käsipaperin avulla.

Taulukko 8. Käsien desinfioinnin tarve suojakäsineitä käytettäessä.

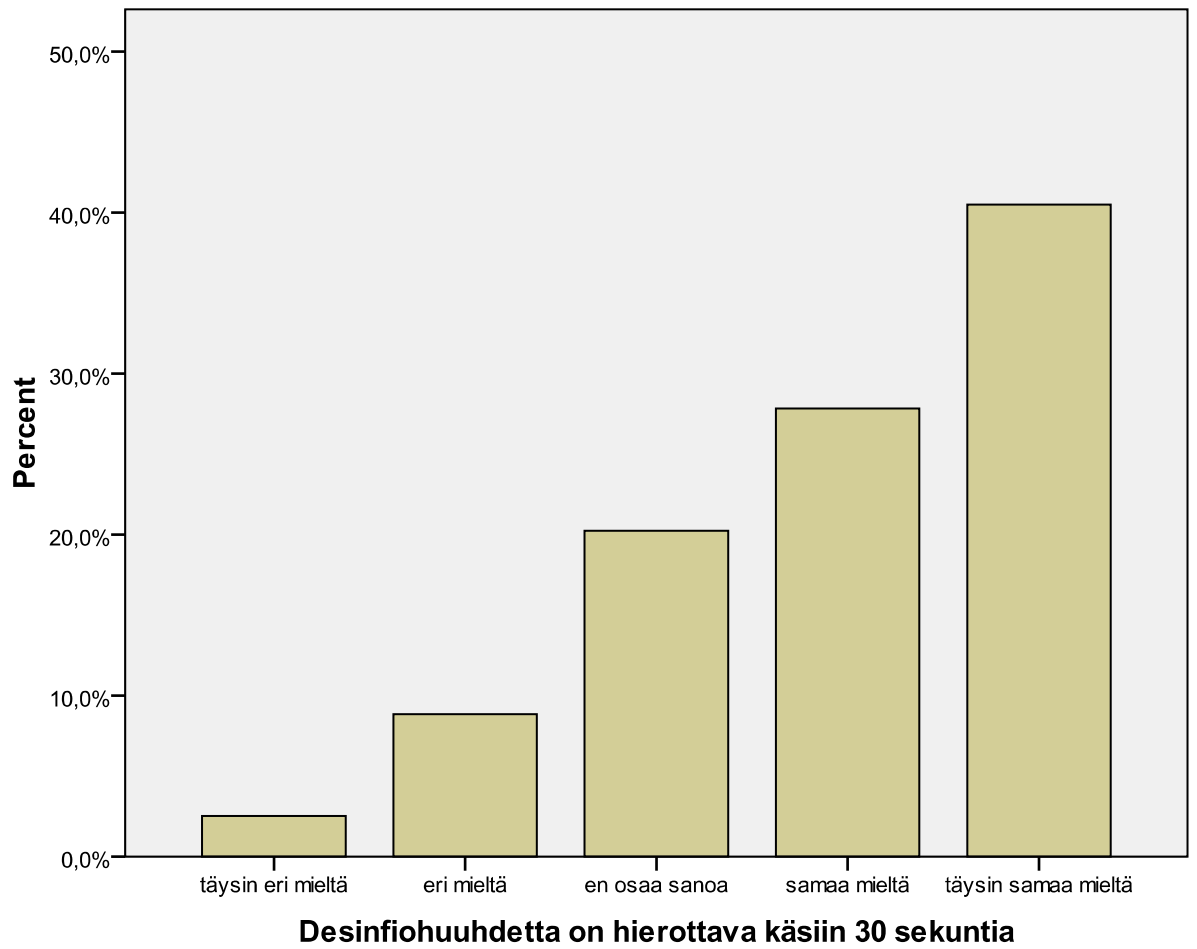


Melkein kaikki vastanneet (92,5 %) olivat sitä mieltä että, käsien desinfiointia tarvitaan suoja käsineitä käytettäessä.

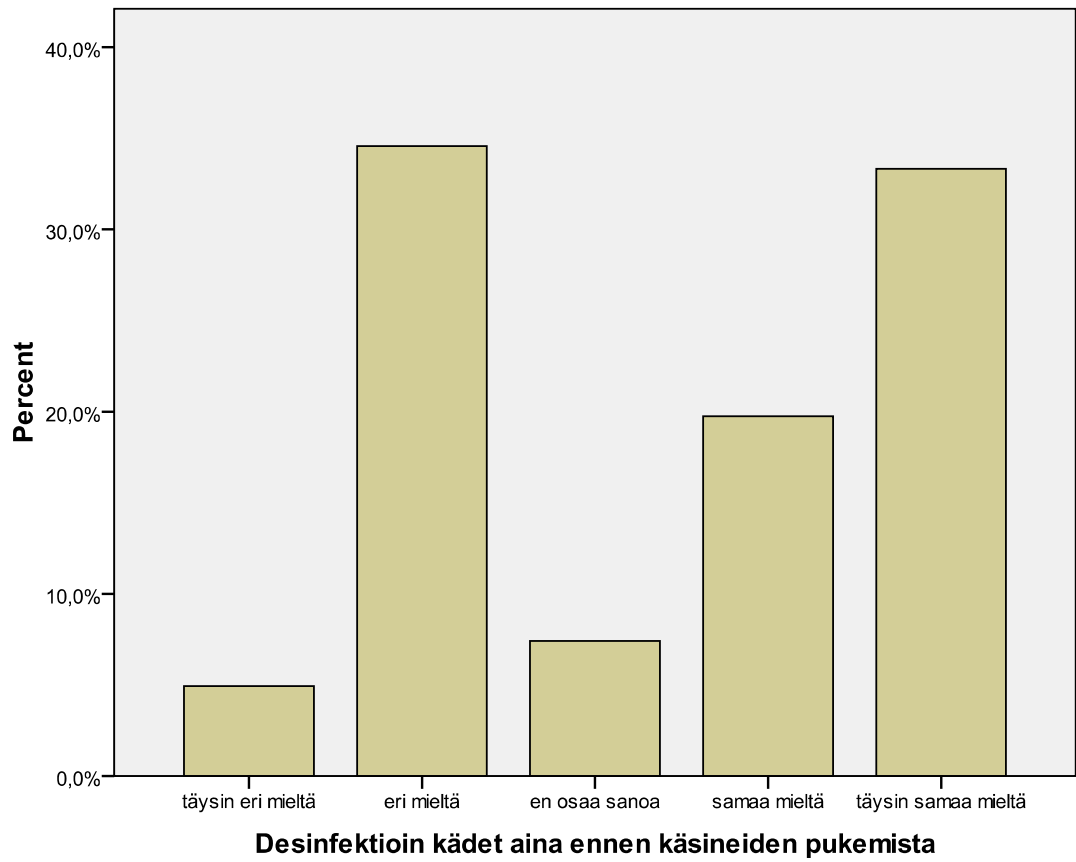
Taulukko 9. Käsien desinfiointiuuhteen kerta annostus.



51,9 % vastaajista oli sitä mieltä, että 5ml desinfektiohuhdetta on riittävä kerta-annos käsi-
en desinfioinnissa. 28 % vastaajista ei osannut sanoa onko 5ml annosteltavan kerta annoksen
määrä. Vastaajista 9,1 % oli eri mieltä annoksen koon suhteen.

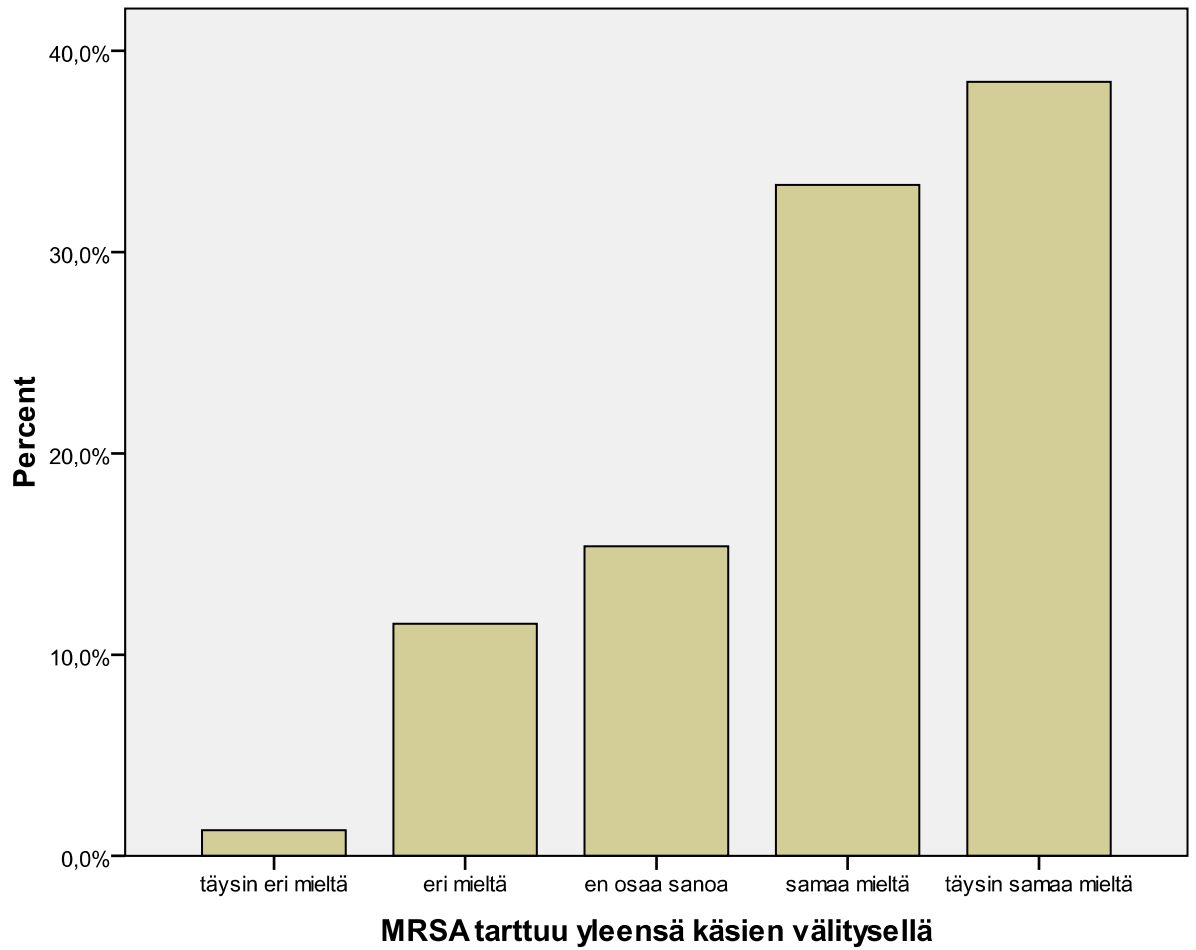


Suurin osa vastaajista (66,7 %) on sitä mieltä, että käsidesinfektiota tulee hieroa käsiinsä 30 sekunnin ajan.



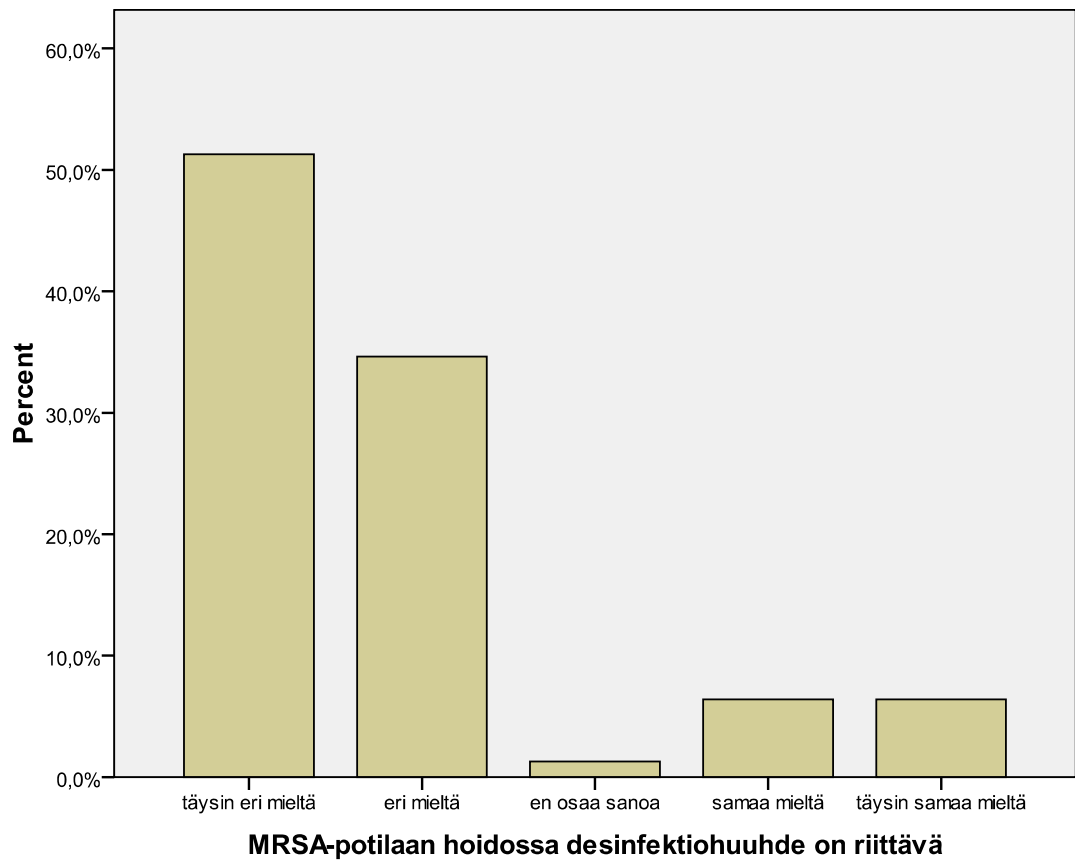
Yli puolet vastaajista 53,1 % oli sitä, mieltä, että kädet tulee desinfioida aina ennen suojakäsineiden pukemista. Eri mieltä väittämästä oli kuitenkin 39,5 % vastanneista.

Taulukko 12. MRSA:n tarttuminen käsien välityksellä.



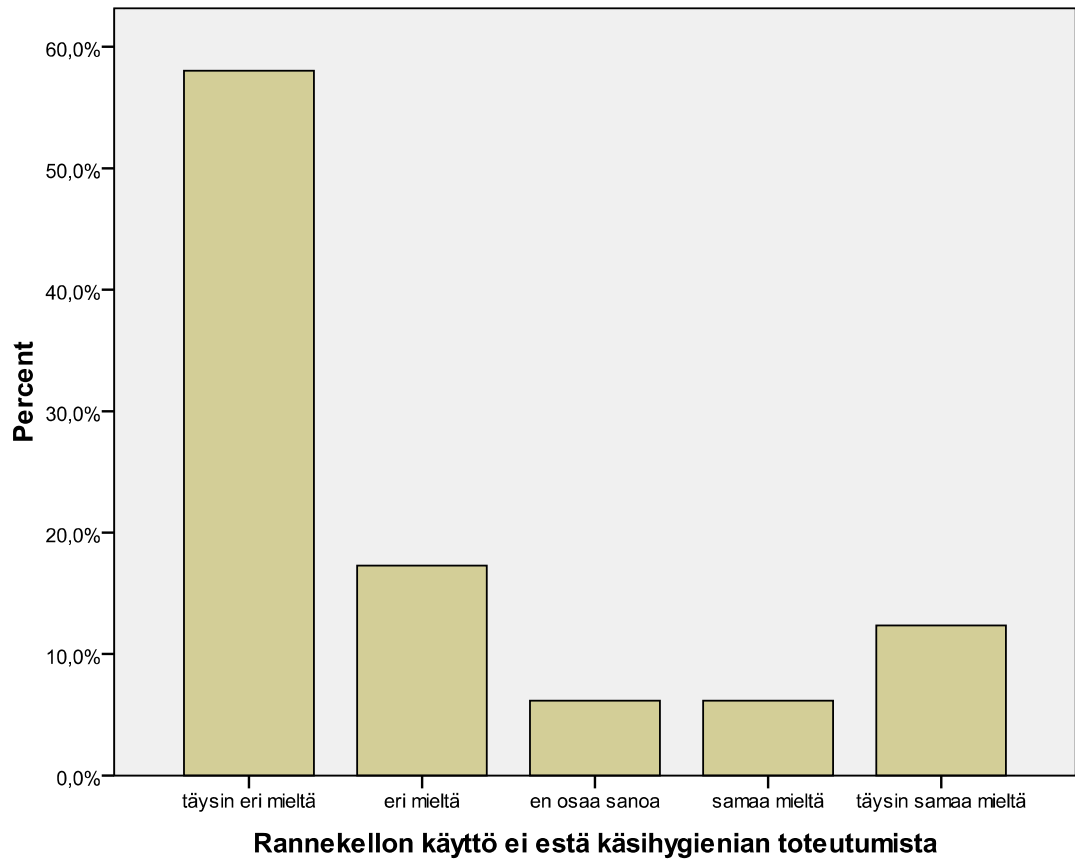
Reilusti yli 70 % vastaajista oli sitä mieltä, että MRSA tarttuu yleisimmin käsien välityksellä.

Taulukko 13. Desinfektiohuuhteen riittävyys MRSA-potilaan hoidossa.



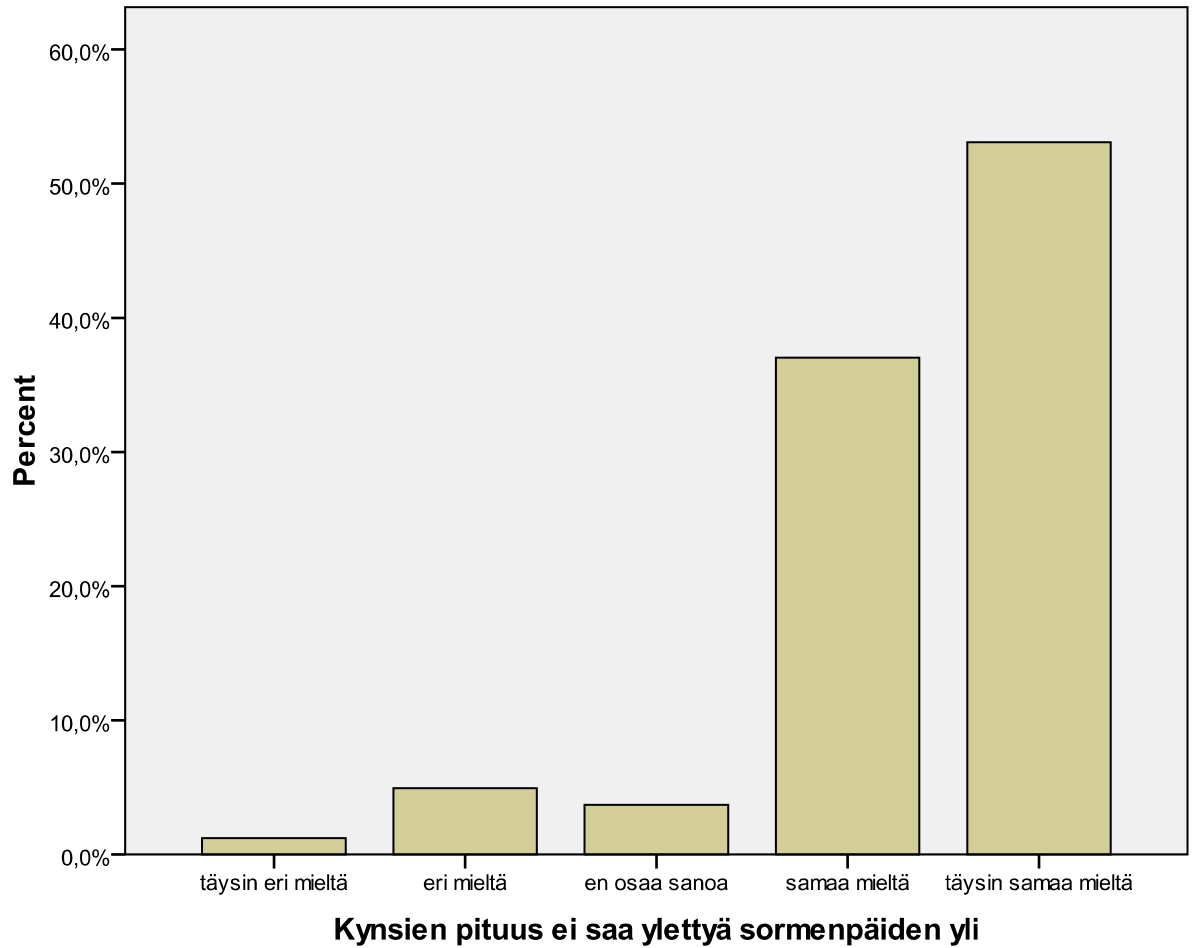
85,9 % vastaajista oli sitä mieltä, että pelkän desinfektiohuuhteen käyttö ei ole riittävä käsihygienian toimenpide MRSA-potilaan hoidossa.

Taulukko 15. Rannekellon käyttö käsihygienian toteutumisessa.



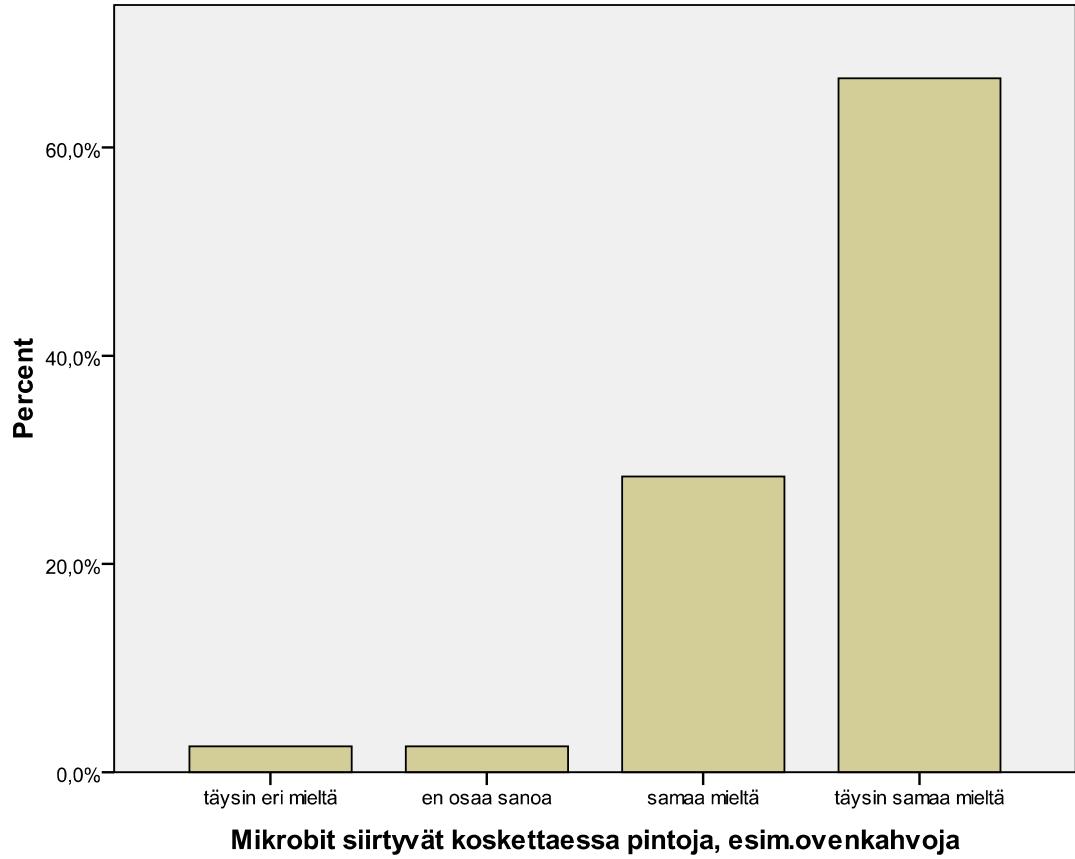
Suurimman osan (75,3 %) mielestä vastaajista rannekello estää käsihygienian toteutumisen. Kuitenkin n. 20% vastasi ettei se vaikuta käsihygienian toteutumiseen.

Taulukko 16. Kynsien pituus käsihygieniassa.



Kynsien pituus ei suurimman osan (90,1 %) mielestä saa ylettyä yli sormenpään. Vain alle 10% oli eri mieltä tai ei osannut sanoa.

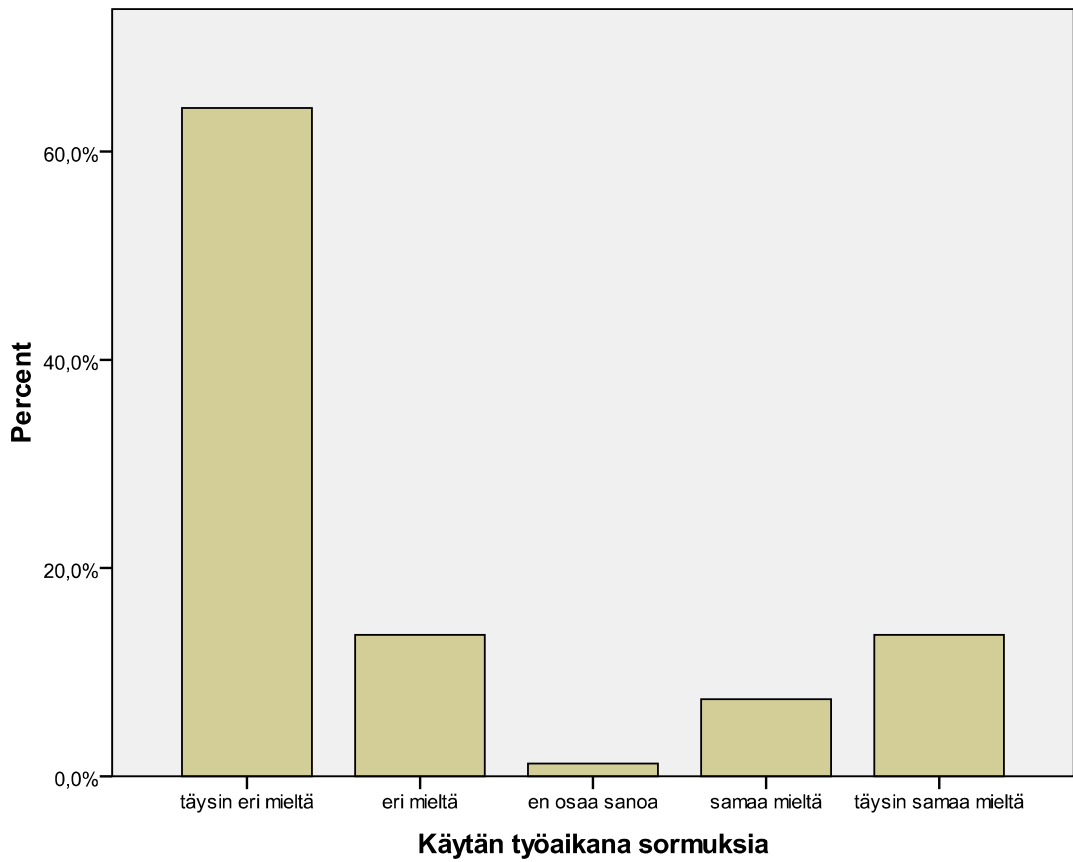
Taulukko 17. Mikrobin siirtyminen pintoja koskettaessa.



Vastaajat olivat myös vahvasti sitä mieltä (95,1 %) että mikrobit siirtyvät pinnoilta niitä kosketeltaessa.

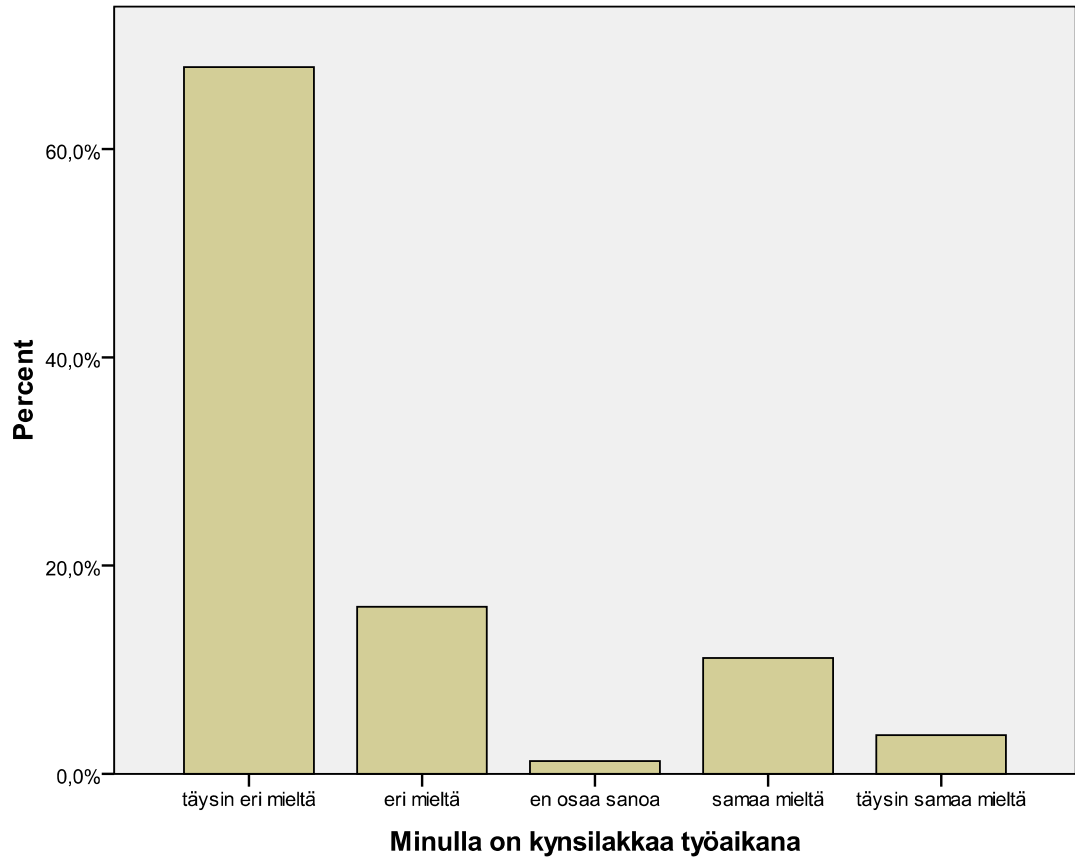
9.2 Tietoa käsihygienian toteutumisesta

Taulukko 18. Sormusten käyttö työaikana.



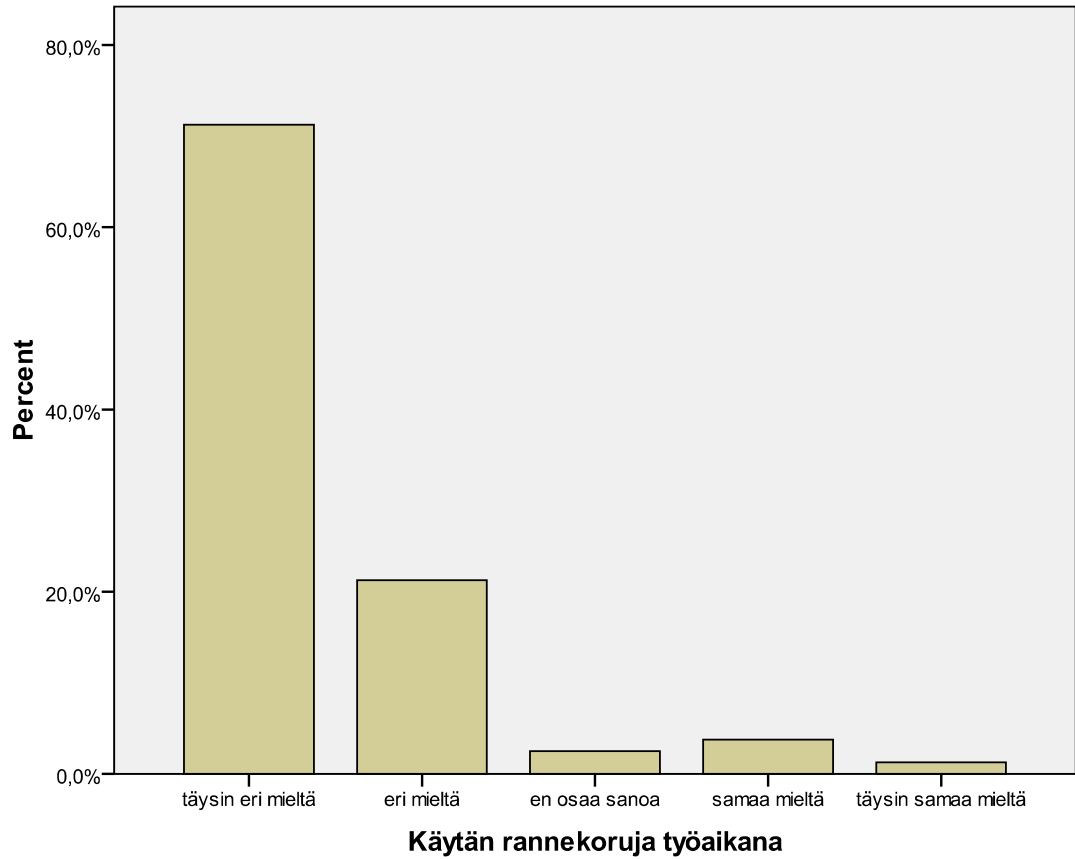
Suurin osa vastaajista (77,8 %) ei käytä sormuksia työaikana. 21 % vastanneista kotihoidon työntekijöistä vastausten perusteella käyttää sormuksia päivittäisessä hoitotyössä.

Taulukko 19. Kynsilakan käyttö työaikana.



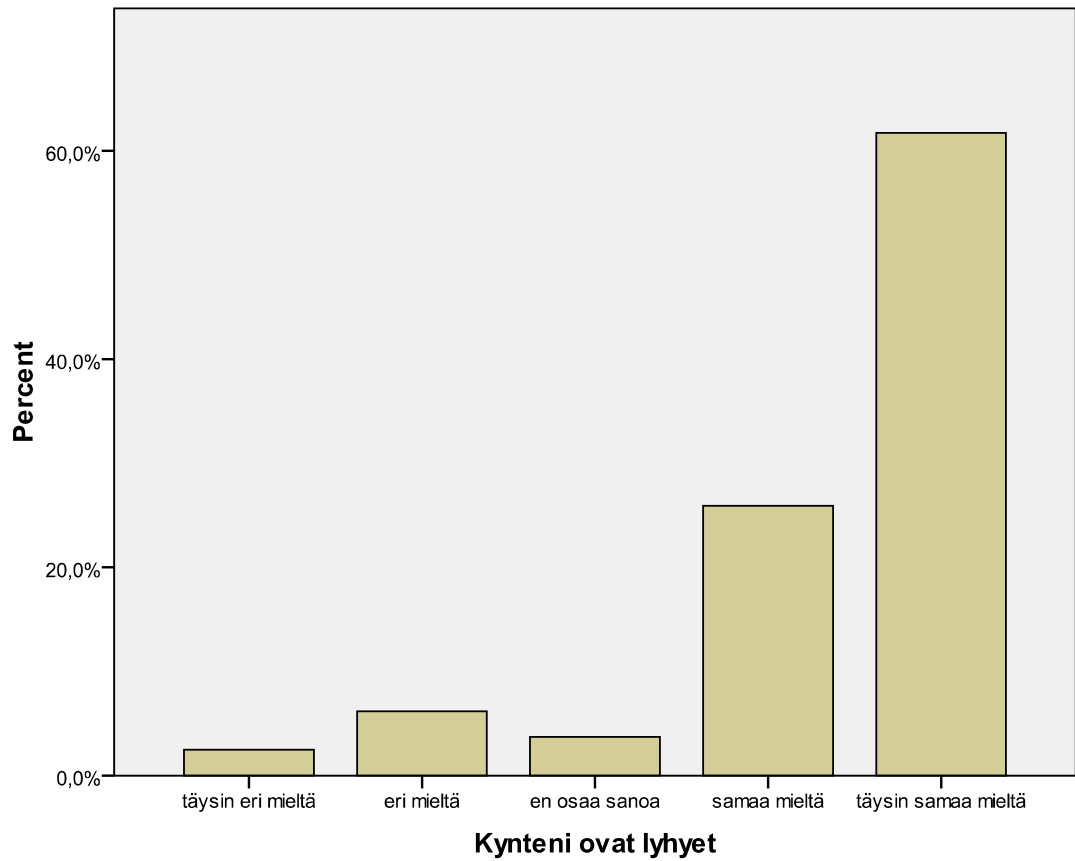
84 % vastanneista ei käytä työaikana kynsilakkaa. Vastanneista hoitotyöntekijöistä 14,8 % kertoo käyttävänsä työssä oloaikana kynsilakkaa.

Taulukko 20. Rannekorujen käyttö työaikana.



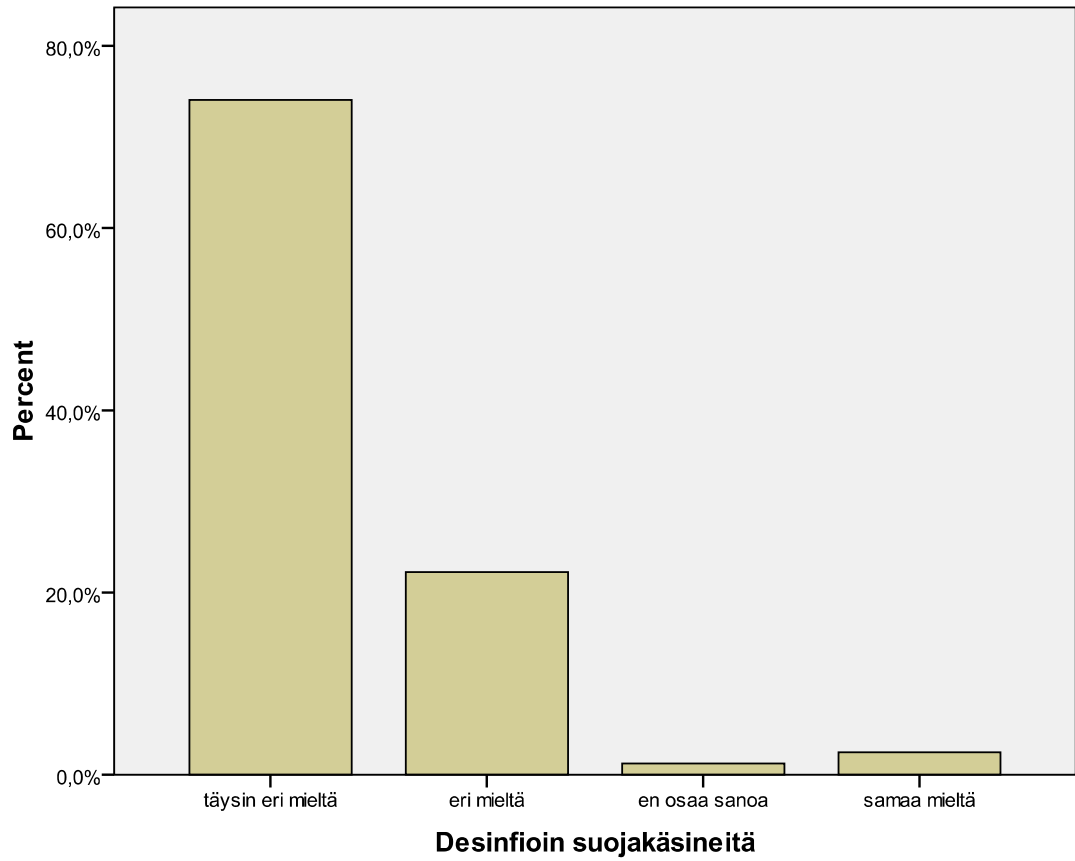
Vain pieni joukko hoitajista (4,9 %) kertoo käyttävänsä rannekoruja työaikana. Yli 95% ei käyttänyt rannekoruja.

Taulukko 21. Kynsien pituus käsihygieniassa.



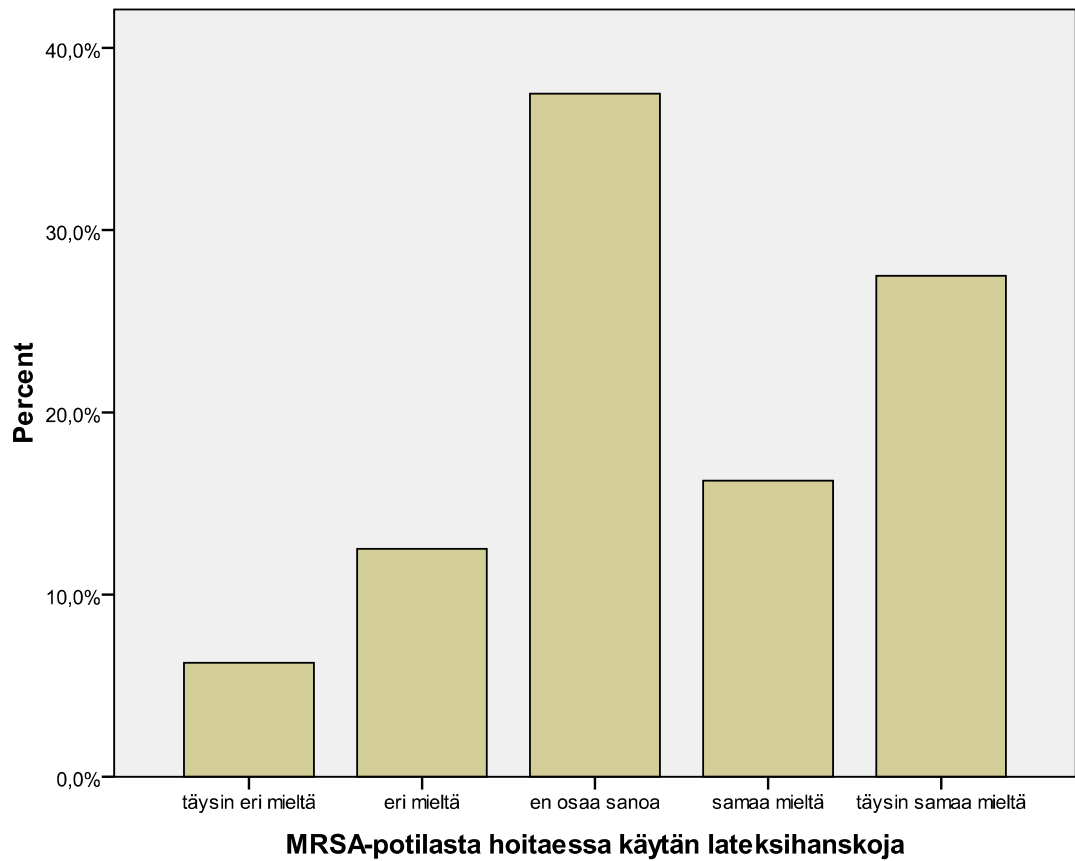
87,6 % vastanneista huolehtii siitä, että sormien kynnet ovat riittävän lyhyet. Hieman yli 10% ei osannut sanoa tai oli eri mieltä.

Taulukko 22. Suojakäsien desinfiointi.



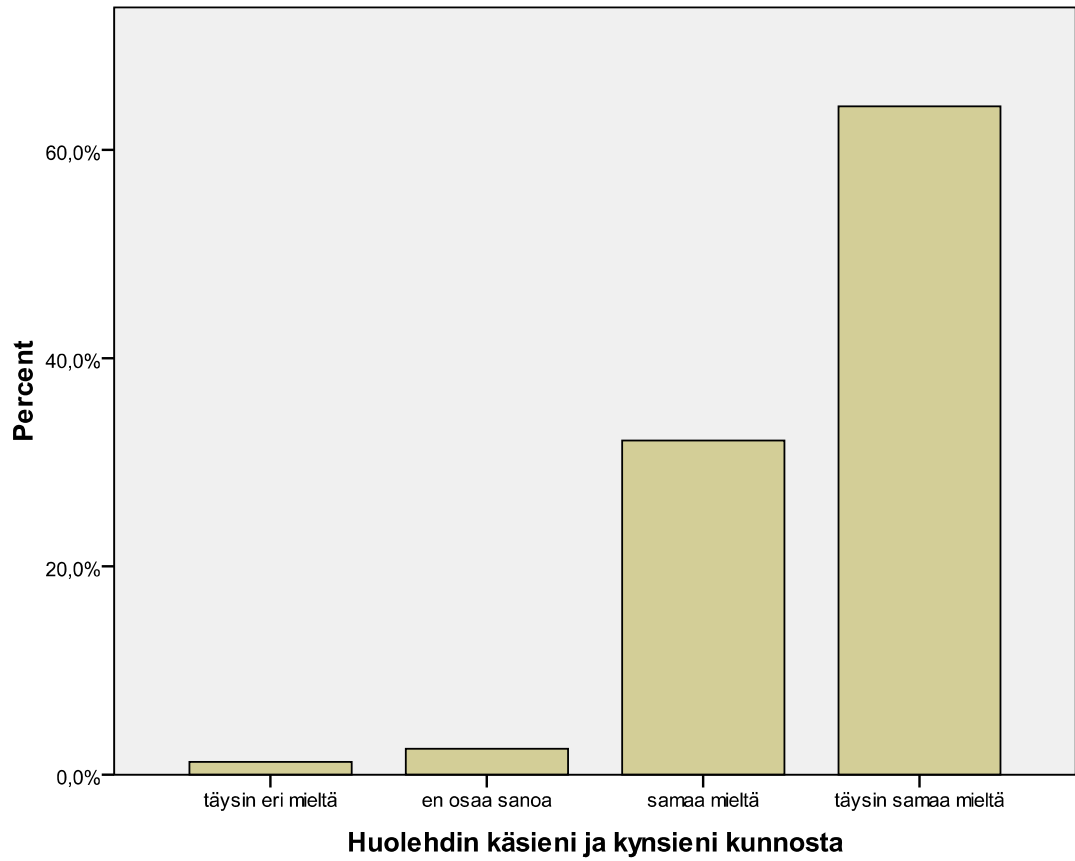
Suurin osa vastaajista (96,3 %) on tietoinen siitä, että suoja käsineitä ei tule desinfioida käsi-desinfektolilla.

Taulukko 23. Lateksi-hanskojen käyttö MRSA-potilaan hoidossa.



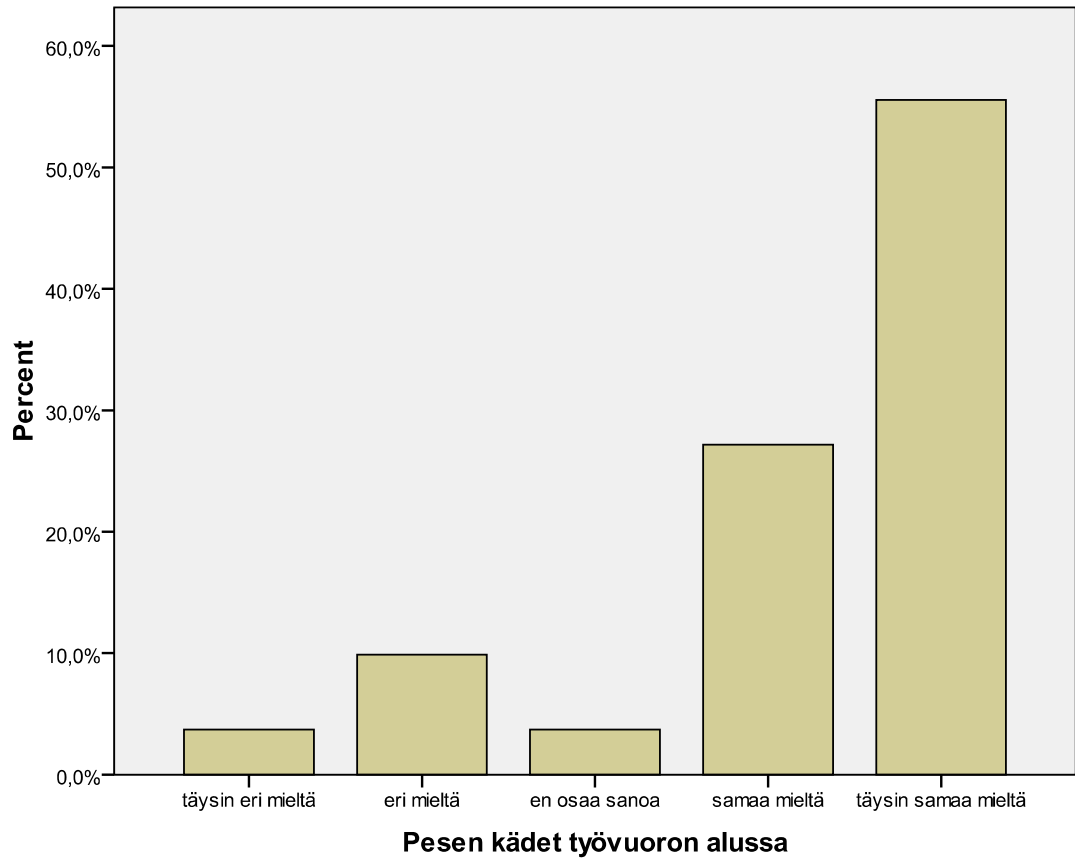
Yllättävän moni vastanneista ei ole osannut sanoa tuleeko MRSA-potilaan hoidossa käyttää lateksi hanskoja. 43,2 % vastanneista hoitajista kertoo käyttävänsä lateksi hanskoja MRSA-potilaan hoitamisessa.

Taulukko 24. Käsien ja kynsien kunnosta huolehtiminen.



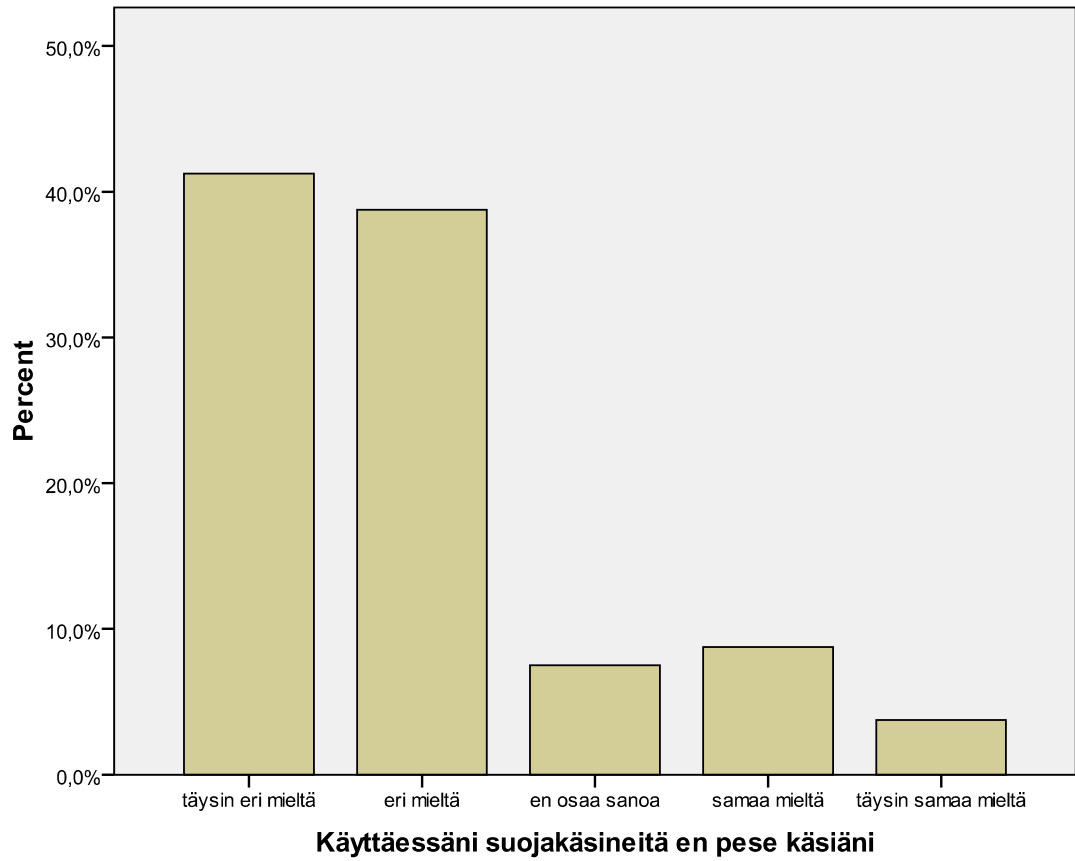
Lähestulkoon kaikki vastanneet (96,3 %) kertovat huolehtivansa käsiensä sekä kynsiensä kunnosta.

Taulukko 25. Käsien pesu työvuoron alkaessa.



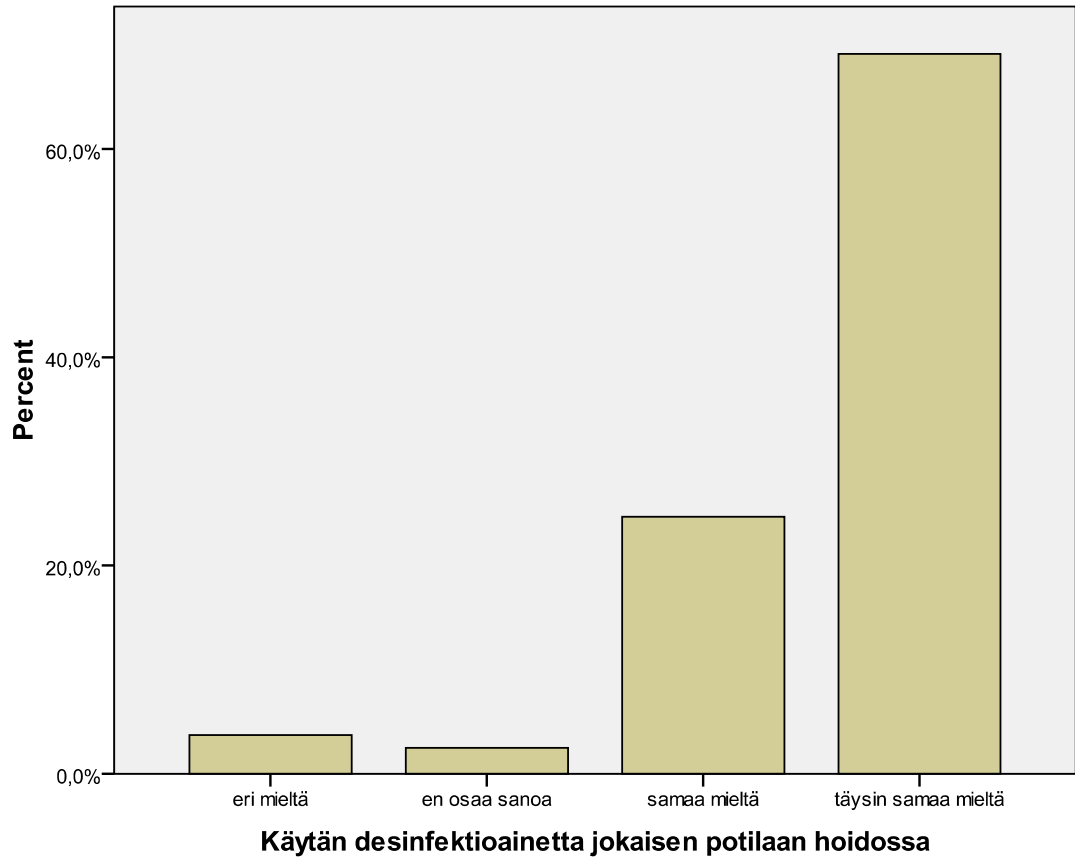
82,8 % vastanneista kertoo pesevänsä kätensä työvuoron alussa. Vajaat 15% oli asiasta eri mieltä.

Taulukko 26. Käsien pesu suojakäsineitä käytettäessä.



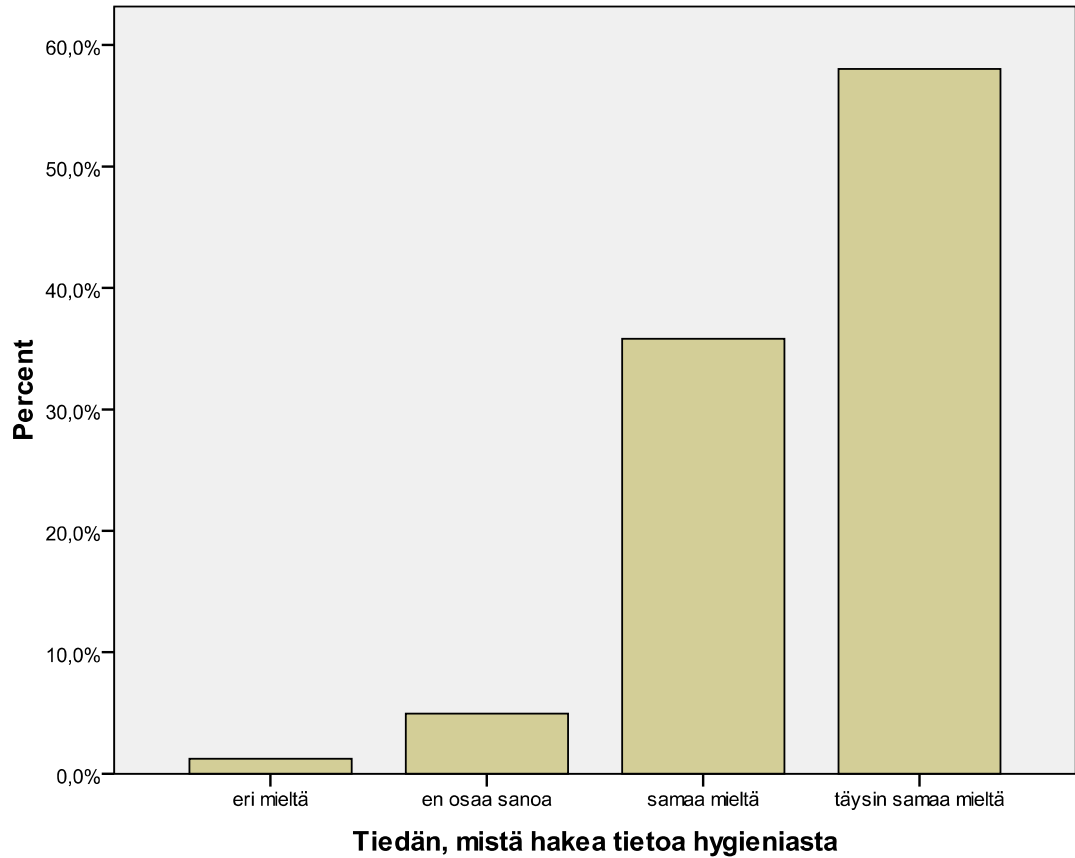
Suurin osa hoitajista (79 %) pesee käsiään suojakäsineiden käytön ohella. Hieman yli 10% ei tällöin pese käsiään.

Taulukko 27. Desinfektion käyttö jokaisen potilaan kohdalla.



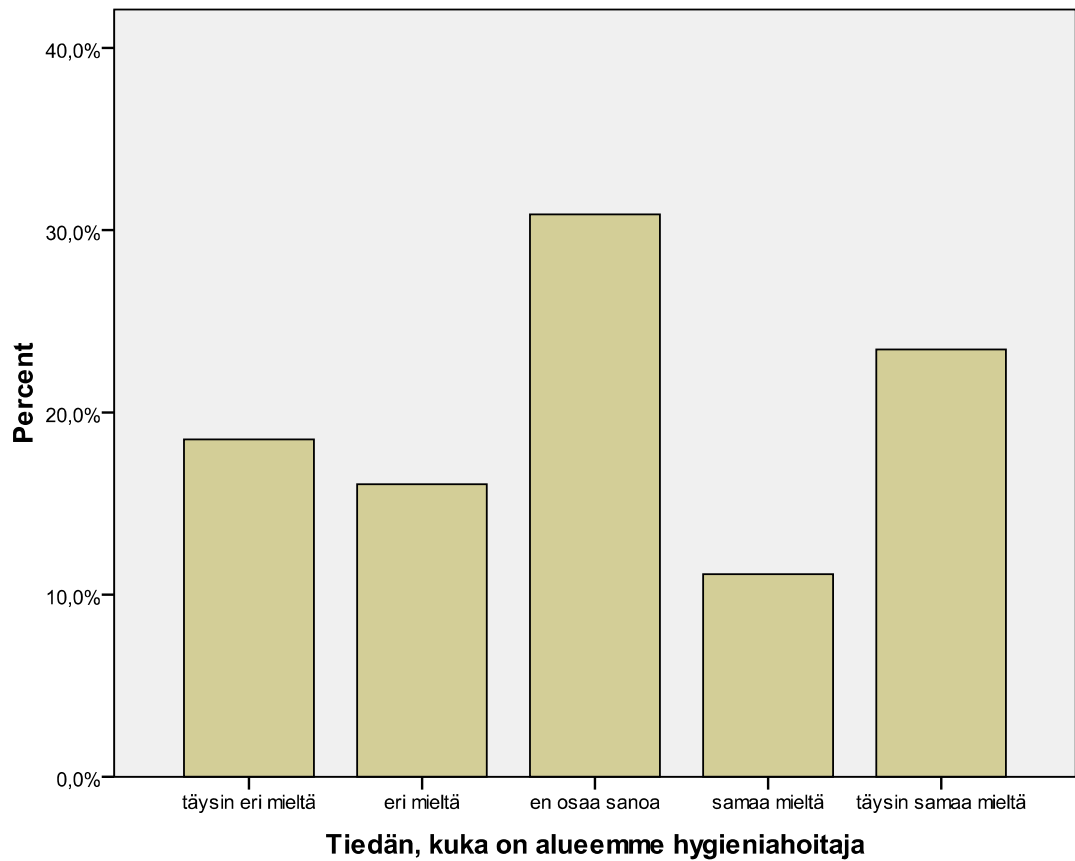
Käsidesinfektiota näytettäisiin vastausten perusteella käytettävän hyvin. Jopa 93,8 % hoitajista kertoo käyttävänsä jokaisen potilaan hoidossa käsidesinfektiota.

Taulukko 28. Tiedon hankkiminen käsihygieniasta.



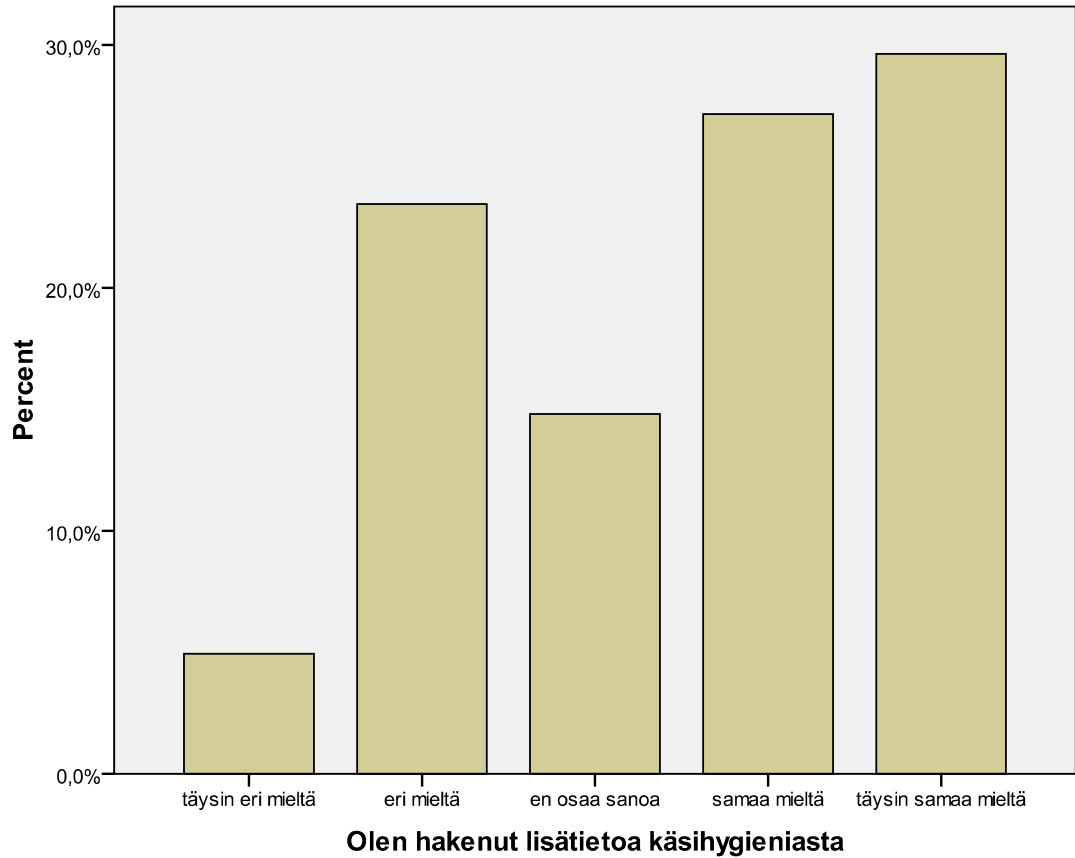
Lähes kaikki vastanneet(98,3 %) tietävät mistä hakea tietoa käsihygieniasta tarvittaessa.

Taulukko 29. Tiedot hygieniahoitajasta.



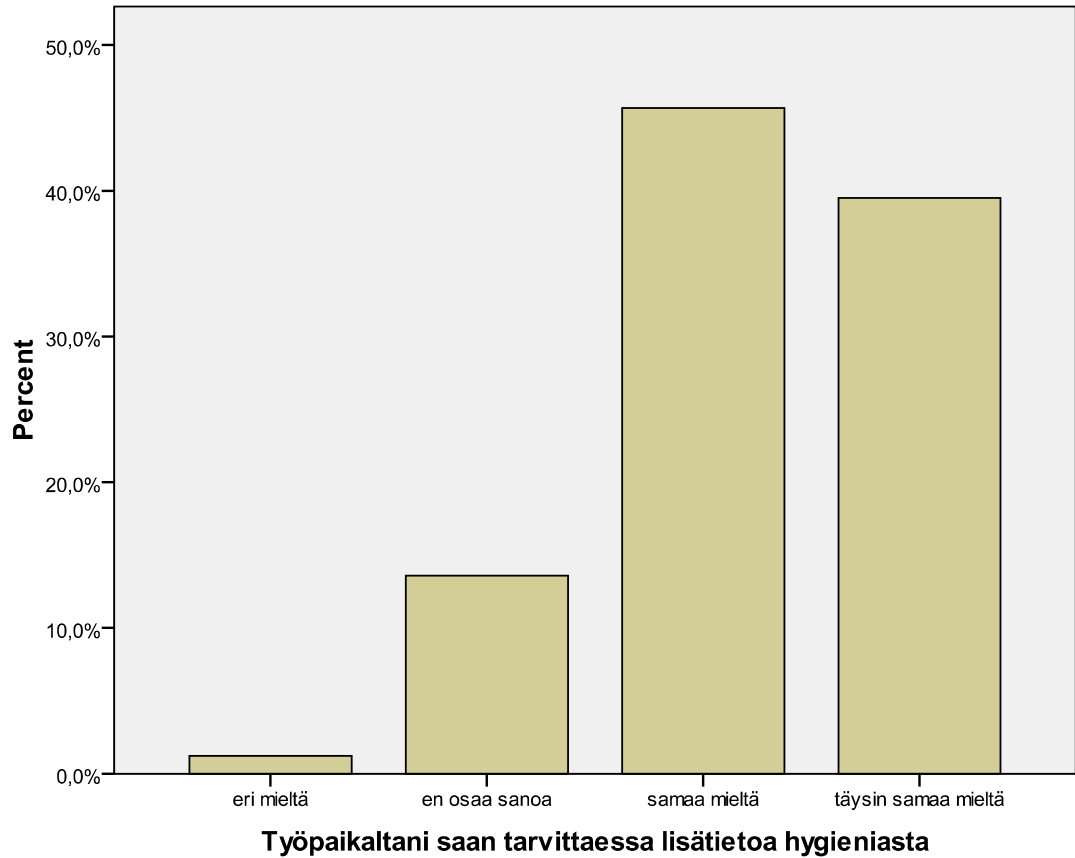
Suurin osa vastanneista (65,4 %) ei kuitenkaan osannut sanoa tai ei ollut ilmeisemmin varma kuka on alueen hygieniahoitaja.

Taulukko 30. Lisätiedon hakeminen käsihygieniasta.



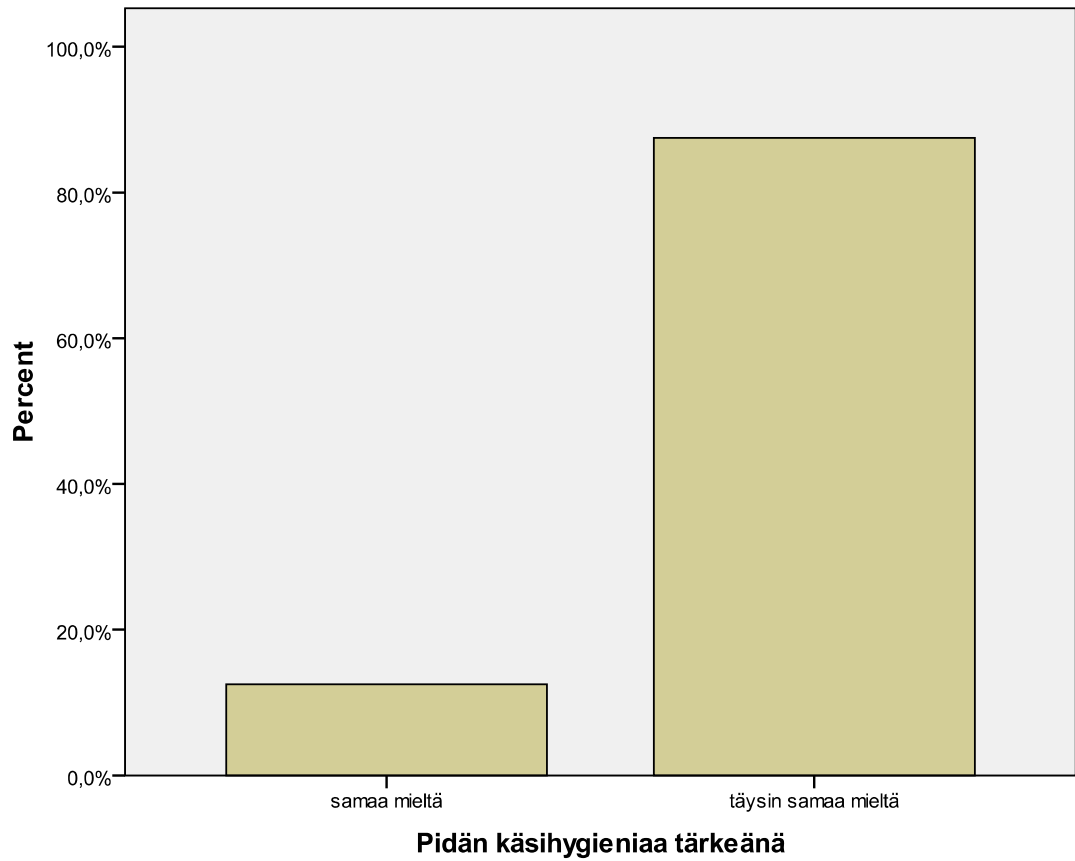
Hieman yli puolet (56,8 %) vastanneista kertoi hankkineensa itsenäisesti tietoa käsihygieniasta. 28,4 % vastaajista ei ollut hakenut tietoa käsihygieniasta.

Taulukko 31. Työpaikalta saatava lisätieto hygieniasta.



85,2 % vastaajista kokee saavansa tarvittaessa lisätietoa hygieniasta työpaikaltaan. Yli 10% ei osannut sanoa.

Taulukko 32. Käsihygienian tärkeys.



Lähes kaikki vastaajat pitävät (98,7 %) pitävät käsihygieniaa tärkeänä tekijänä omassa työssänsä.

10 YHTEENVETO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kvantitatiivisen tutkimuksen avulla Helsingin kaupungin Pohjoisen kotihoidon työntekijöiden käsihygienian tasoa periaatteiden tuntemisen sekä käytännön taitojen osalta. Tutkimuskohteiksi valittiin kaksi käsihygienian osa-aluetta, joihin kyselyhaastattelun avulla pyrittiin saamaan vastaukset.

Ensimmäisen tutkimuskohteen tarkoituksena oli selvittää hoitajien tietotasoa käsihygienian perusteita. Vaikka kysely ei paljastanut merkittäviä puutteita tiedoissa, vastauksista käy ilmi että käsien pesussa on tiedon puutteita nimenomaan siitä että käsiä ei tarvitse pestä niin usein kuin hoitajat ovat vastanneet. Yli 40 %:n mielestä käsiä tulisi pestä jokaisen potilaskontaktin jälkeen, kun tähän riittäisi oikein suoritettu käsiendesinfiointi. Vastauksien antaman tiedon mukaan vastaajien mielestä käsiä tulisi pestä huomattavan usein, vaikka ne eivät olisi näkyvästi likaantuneet. 23 % myös luottaa edelleen käsienpesun olevan tehokkaampaa kuin käsidesinfektio-huuhte. Käsidesinfektio-huuhte tuhoaa käsienpesua tehokkaammin mikrobeja. Käsien liiallinen pesu kuivattaa käsien ihoa. Käsidesinfektio-huuhte vastaavasti hoitaa ihoa, ei kuivata, eikä ärsytä ihoa. Karhealla iholla on enemmän taudinaiheuttajia kuin hyväkuntoisella, ehjällä ja kimmoisalla iholla. Käsidesinfektio-huuhteen käyttäminen on käsienpesua nopeampaa. Tuloksista käy ilmi että desinfektiohuuhteen oikea annosmäärä oli puolelle vastaajista tiedossa, noin kolmanneksella vastaajista ei ollut kuitenkaan tietoa oikeasta desinfektio määrästä. Näyttäisi kuitenkin siltä, että yli puolet työntekijöistä käyttäisi riittävästi aikaa käsidesinfektion hieromiseen käsiin. Tiedon puutetta oli myös MRSA potilaan hoidossa, jossa käsihuuhte on riittävä suoja. Tässäkin tapauksessa työntekijät pesevät käsiään käsihuuhteen lisäksi. Tulosten mukaan suurin osa vastanneista on tietoinen, että suojakäsineet tulee vaihtaa jokaisen toimenpiteen jälkeen, mutta tieto desinfektion käytöstä ennen ja jälkeen suojakäsineiden käytön on puutteellista. Omaa hygieniaan liittyen tiedot olivat hyviä. Suurimmalla osalla on tieto siitä miten hoitotyössä kuuluu menetellä korujen ja kynsien osalta.

Toisen tutkimuskohteen tarkoituksena oli selvittää hoitajien käsihygienian toteutumista käytännön hoitotyössä. Omaa hygieniaa käsittelevien kysymysten vastauksista selvisi, että liian pitkiä kynsiä ja kynsilakan käyttöä esiintyy vähemmän kuin sormuksien pitämistä työaikana. Vaikka suurin osa vastanneista ei käytä työaikana sormuksia niin kuitenkin viidennes vastaajista on sitä mieltä, että sormuksia voi käyttää hoitotöitä tehdessä. Käsidesinfektio-huuhteen käyttö vastasi ensimmäisen tutkimuskohteen tieto-osion vastauksia. Käsidesinfektio-

huuhdetta vastausten perusteella käytetään oikeaoppisesti jokaisen potilaan hoidossa, mutta käsien pestään myös jokaisella käynnillä. Niin ensimmäisen kuin toisenkin tutkimuskohde osion kohdissa missä tiedusteltiin resistenttien mikrobikantojen, tässä tapauksessa MRSA-asiakkaiden hoitoon liittyvissä kysymyksissä ilmeni selviä puutteita vastanneiden tiedoissa ja toiminnassa. Vastauksista ilmenee, että suurimmalla osalla vastanneista ei ole riittävästi tietoa eikä taitoa toimia oikein MRSA-asiakkaiden hoidossa käsihygienian osalta. Tästä voidaan päätellä, että kotihoidon työntekijöiden keskuudessa tarvittaisiin lisäkoulutusta käsihygienian toteuttamisesta hoitotoimien yhteydessä. Hoitajien tietoisuutta käsien pesun tarpeellisuudesta sekä desinfektio-huuhteen oikeaoppisesta käytöstä tulisi lisätä esimerkiksi lisäkoulutuksien, työpaikalla tietoisuuksien ja tieto kirjallisuuden sekä muun materiaalin avulla.

Suurin osa vastanneista hoitajista kokee käsihygienian tärkeäksi osaksi hoitotyötä. Hieman yli puolet vastaajista kertoo hankkineensa itsenäisesti tietoa käsihygieniasta, kuitenkin kolmannes ei ole vastaavasti hankkinut lisää tietoa käsihygieniasta. Vastanneet kokevat saavansa tarvittaessa riittävästi tietoa työpaikoiltaan. Suurimmalla osalla vastanneista ei ollut tietoa kuka on alueen hygieniahoitaja.

10.1 Tulosten tarkastelu

Taudinaiheuttajat leviävät tehokkaasti käsien välityksellä eli kosketustartunnan avulla. Yleisesti on tiedossa, että kosketustartunta on tärkein reitti infektio tartunnoissa. Tiedossa on myös, se että potilaasta hoitohenkilökunnan käsiin siirtynyt bakteeri siirtyy yli 50 % todennäköisyydellä seuraavaan potilaaseen. Tärkein yksittäinen torjunta keino on hyvästä käsihygieniasta huolehtiminen. Hyvällä käsihygienialla voidaan vähentää mikrobien siirtymistä henkilökunnan käsien välityksellä potilaasta toiseen, henkilökunnasta potilaaseen sekä ympäristöstä potilaaseen tai henkilökuntaan. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään kotihoidon työntekijöiden tietoa käsihygieniasta ja kuinka tietoa käytetään päivittäisissä hoitotoimenpiteissä asiakkaiden kotona. Suurin osa vastaajista pitää käsihygieniata tärkeänä tekijänä hoitotyössä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että kotihoidon työntekijöiden tiedot ja taidot toimia hyvien käsihygienian ohjeistusten mukaisesti ovat puutteellisia ja riittämättömiä varsinkin käsien pesemiseen sekä käsidesinfektio-huuhteen käyttöön liittyen. Lisää tietoa tarvittaisiin myös resistenttien mikrobien tartunta asiakkaiden hoitoon käsihygienian osalta. Käsihygienian tietojen päivittäminen on jokaisen hoitotyöntekijän velvollisuus. Erialaisten infektioiden lisääntyminen sekä tieteenaloille tyypillinen jatkuva kehitys ja tämän myötä tulevat uudet ohjeistukset aiheuttavat sen, että hoitohenkilökunta joutuu päivittämään tietojaan ja toimintaansa jatkuvasti, jotta heidän työnsä laatu vastaisi yleisesti määriteltyjä laatukriteerejä.

Hoitohenkilökunta on vastuussa hyvästä käsihygieniasta. Hyvällä käsihygienialla voidaan turvata asiakkaille turvallinen ja oikein suoritettu hoito. Täten voidaan välttyä turhilta kärsimyksiltä, hoitopäiviltä sairaalassa sekä kustannuksilta. Virheellisen käsihygienian tuloksena voi olla potilaan hoidon pitkittyminen, mahdollisesti pysyvän vamman aiheutuminen tai pahimmassa tapauksessa kuolema. Käsihygieniasta tulisi tiedottaa ja keskustella jatkuvasti, koska oikein suoritettu käsihygieniasta on halvin ja yksinkertaisin infektioiden torjuntamuoto.

Käsihygieniasta löytyy paljon materiaalia ja tutkimuksia, joiden pohjalta on ollut helppo kerätä teoria osuutta tähän opinnäytetyöhön. Koska hygienia on hyvin suuri aihealue hoitotyössä, piti työn alkumetreillä rajata tutkittava aihe käsittämään käsihygieniasta. Käsihygienian valintaan osaltaan vaikutti molempien tekijöiden kiinnostus aihetta kohtaan sekä sen ajankohtaisuus. Tutkittavan kohteen valintaan vaikutti toisen opinnäytetyön tekijän työskentely kotihoidossa. Oli luonnollista ja mielenkiintoista tehdä tutkimusta aiheesta ja paikasta minkä kanssa itse on tekemisissä päivittäin. Tämän opinnäytetyön tuloksilla saatiin tietoa pohjoisen kotihoidon alueen työntekijöiden tiedoista ja taidoista käsihygieniassa. Vastausprosentti oli ilahduttavan suuri, joten saimme kattavan otoksen työhömmestä. Tarkoituksena on esitellä opinnäytetyö alueen tiimeille yhteisellä luennolla sekä täten edistää työntekijöiden tietoisuutta käsihygieniasta ja ilmenneestä tarpeesta lisäkoulutukseen. Tavoitteena on saada aikaan keskustelua käsihygieniasta ja sen oikeaoppisesta toteutuksesta kotihoidossa.

10.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen kokonaisluotettavuus muodostuu reliabiliteetin ja validiteetin tasapainoisesta vuorovaikutuksesta aineiston suhteen. Validius viittaa mittarin kykyyn mitata juuri sitä piirrettä, mihin se on alun perin suunniteltu. Kun taas reliabiliteetti puolestaan kulminoituu siihen seikkaan että tutkimus on tarpeen vaatiessa toistettavissa siten että tutkimustulokset eivät muutu radikaalisti. Reliabiliteettiin vaikuttavat monet seikat, joista useimmat ovat kiinni itse tutkijasta, kuten virheellisesti syötetyistä luvuista tilasto-ohjelmiin. (Heikkilä, T. 2005, 30,187). Tässä tutkimuksessa pyrittiin noudattamaan suurta huolellisuutta, numeroiden syöttämisessä ohjelmaan. Validius puolestaan vaatii toteutuakseen tutkijoilta perehtymistä aihealueisiin ja aikaisempiin tutkimuksiin ja näiden pohjalta tehtävään loogiseen rajaukseen ja kysymysten valintaan. (Heikkilä, T. 2005, 29,186). Tähän pyrimme perehtymällä laajasti tutkittavaan aihealueeseen ja tekemällä kattava teoriapohja työllemme. Näiden perusteella päädyimme kyselylomakkeen käyttöön aineistonkeruussa. Tutkimuksen tulosten oikeellisuuden saavuttamiseksi, lähetimme kohdejoukolle saatekirjeen, jossa korostettiin vastaajien anonymiteetin suojausta. Toivoimme että tämä vaikuttaisi heidän halukkuuteensa osallistua tutkimukseen sekä rehellisyyttä vastauksiin.

Käsihygieniasta on tehty paljon tutkimuksia, joten lähtökohtaisesti tähän opinnäytetyöhön oli helppo löytää aineistoa ja täten luoda kattava teoriapohja aiheesta. Erityisesti kotihoitoon suunnattuja tutkimuksia käsihygieniasta ei ollut saatavilla. Runsaan lähdekirjallisuuden tietomäärä aiheutti ongelmia teoriaosuuden rajaamisessa. Koska käsihygienia on jatkuvasti muuttuva hoitotyön osa-alue, jouduimme tarkastelemaan tutkittua tietoa kriittisesti ja tarkistamaan tiedon paikkansapitävyyttä. Tähän käytimme runsaasti aikaa, sekä konsultoimme Herttoniemen sairaalan hygieniahoitajaa. Hänellä on käytössään uusin tutkittu tieto.

Tutkimuksen aineistonkeruu menetelmää laadittaessa päädyimme tekemään sen mahdollisimman helposti lähestyttävään muotoon, jotta tämä lisäisi mielekkyyttä vastata kyselyyn ja saisimme aikaiseksi laadukkaan otannan. Tässä onnistuimmekin hyvin, sillä 100 jaetusta kyselylomakkeesta vastattiin 81 kappaleeseen (81 %). Kyselylomake oli riittävän selkeä ja kysymyksiä sopiva ilmeisen sopiva määrä. Kaikki vastatut lomakkeet olivat oikein vastattuja ja ne voitiin täten ottaa mukaan tilastointiin.

Opinnäytetyön eettisten ratkaisujen tavoitteena on tasa-arvoinen vuorovaikutus, oikeudenmukaisuuden painottaminen ja ihmisten kunnioittaminen. Eettisen asenteen tulee olla läsnä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Sen vaikutus näkyy aina opinnäytetyön aiheen valinnasta toteutukseen saakka. Kyselyyn osallistuvien henkilöllisyys ja heidän vastauksensa eivät saa olla tunnistettavissa. Tämä varmistettiin sillä, että kyselylomakkeessa ei tiedusteltu vastaajan sukupuolta, ikää eikä ammattinimikettä. Vastaukset palautettiin nimettöminä, valmiiksi kirjatuissa, suljetuissa kirjekuorissa. Vastaaminen oli vapaaehtoista ja sen sai suorittaa työaikana.

10.3 Johtopäätökset ja Jatkotutkimusaiheet

Analyysi tehtiin SPSS-ohjelman avulla ja aineisto havainnollistettiin pylväsdiagrammien avulla. Analyysi vaihe oli melko helppo toteuttaa valittujen metodien avulla.

Oli myös mielenkiintoista nähdä tulokset ja tehdä päätelmiä niiden pohjalta kohdejoukon käsihygieniaan liittyvistä tiedoista ja taidoista.

Opinnäytetyön tulosta ja päätelmiä kirjoittaessa, huomasimme, että ehkä kysymykset olisivat voineet olla vielä rajatumpia.

Tekemämme opinnäytetyö herättää tietenkin uusia ideoita jatkotutkimuksiin. Voisimme esimerkiksi tarkastella vielä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin käsidesinfektioon ja suojakäsineisiin liittyvää tietoa ja toimintaa. Tämä antaisi vielä kattavamman kuvan käsihygienian

osaamisesta teoriassa sekä käytännön työssä. Voisimme myös tämän työn pohjalta tehdä laadullisen tutkimuksen käsihygienian viitekehysessä, haastatteleamalla ja havainnoimalla hoitajia heidän jokapäiväisessä työssään. Lopullisen aineiston analysoinnin jälkeen olisikin mielenkiintoista vertailla näiden kahden työn tuloksia. Tällä tavalla tutkimuksen reliabiliteettia saataisiin parannettua huomattavasti, kun näkisimme miten kohdejoukko oikeasti toimii käytännössä.

LÄHTEET

- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima.
- Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hietala, M., Roth-Holttinen, O. 1999. Infektiot ja hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara 2009. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Häkkinen, H., Holma, T. 2004. Ehkäisevät kotikäynnit - tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Helsinki. Suomenkuntaliitto.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M., Pikkarainen, P. 2006. Hoitamisen taito. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi, 2001.
- Ikonen, E., Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Edita Prima.
- Jakobson, A. 2004. Käsihygieniaseminaari: Hand hygiene: It si really important 14.4 2004 University of Geneva Hospitals, Geneva. Hand hygiene: a permanent challenge. Suomen sairaalahygienialehti 22,4, 184-185.
- Jakobson, A., Ratia, M. 2005. Henkilöhygieniä. Teoksessa infektioiden torjunta sairaalassa. Suomen kuntaliitto. 5. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Kansanterveyslaki 28.1. 1972/66. (www.) - dokumentti).
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>> (Luettu 15.2 2010)
- Kansanterveislaitoksen julkaisuja C1/ 2004 Helsinki, 2004. MRSA- asiantuntijatyöryhmän suositus. OHJE METISILLIINIRESENTTIEN STAPHYLOCOCCUS AUREUSTEN TORJUNNASTA 2004).
- Karjalainen, L.2007. SPSS - perusteet 15.0. Pii-Kirjat Ky.Mikkeli.
- Larmi, A., Tokola, E., Vätkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Metsämuuronen, J.2000. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Jaabes OU. Viro.
- Mustonen, T. 2001. Kotikäynti ja asiakkaan koti- Jyväskyläläisten sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä kotikäynnistä ja asiakkaan kodista sosiaalityössä. (PDF-dokumentti).
<<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12760/tiimusto.pdf?sequence=1>> (Luettu 23.3 2010)

Nihtingale, F. 1960. Sairaanhoidosta. Porvoo: WSOY.

Ojajärvi, J. 2004. Käsihygienian kehitys. Suomen sairaalahygienialehti 22; 105.

PPSHP. OYS. Moniresistentin mikrobin kantaja kotihoidossa, ohje kotihoidon työntekijäl-
le.2006. Helsingin Kaupunki.

Päivärinta, E., Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöil-
le ja palveluista vastaaville. Stakes oppaita 52. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. (PDF-dokumentti)
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf>. (Luettu 2.3 2010)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2008. Ikäntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja
terveystieteiden ministeriön selvityksiä 2008:47. (PDF-dokumentti).
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6421.pdf
>(Luettu 22.3 2010)

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhuksen
elämänlaadun näkökulmasta. Rovaniemi. Lapin Yliopistopaino.

Terke/hygieniatoimikunta. 2005. Kertakäyttöisten suojakäsineiden käyttösuositus 14.11.2005.
Helsingin Kaupunki.

THL, ohje metisilliiniresistenttien Staphylococcus aureusten torjunnasta, 2004.

Töytäri, P. 2004. Käsihygienia. Suomen sairaalahygienialehti 22,5, 227-228.

Von Schantz, M., Hyötilä, M., Hölttä, R., Matilainen, H., Ojala, S., Tuominen, R. 2009. Viruk-
sia verkossa. Infektioiden torjunnan opiskelua terveystieteiden koulutuksessa. Suomen sairaalahy-
gienialehti 27, 4, 166.

LIITE 1: SAATEKIRJE

Hyvä kyselyyn vastaaja!

Opiskelemme terveydenhoitajiksi Laurea-ammattikorkeakoulun, Porvoon yksikössä. Opinnäytetyön aiheeksi olemme valinneet käsihygienian toteutumisesta Helsingin kaupungin Pohjoisen kotihoidon alueella. Tarkoituksenamme on selvittää tietotasoanne käsihygienian perusteista sekä sen toteutumisesta jokapäiväisessä käytännön hoitotyössä.

Kohderyhmän muodostavat viiden eri alueen tiimin hoitotyöntekijät. Osallistuaksenne tähän opinnäytetyökyselyyn, teidän tarvitsee vain vastata erilaisiin väittämiin. Ajallisesti kyselyn vastaamiseen menee n. 5min.

Tulosten avulla on mahdollista kehittää kotihoidon käsihygienian toteutumista ja siihen liittyvää koulutusta.

Käsitlemme vastauksenne luottamuksellisesti ja henkilöllisyytenne ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Toivomme että tämä osaltaan helpottaa kyselyyn vastaamisessa.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyön kyselyyn on täysin vapaaehtoista, mutta toivottavaa, koska sinun vastauksesi on arvokas tutkimustiedon kannalta. Voit olla mukana kehittämässä oman yksikkösi käsihygienian osaamista.

Ole hyvä ja palauta vastauksesi kyselylomakkeen ohien liitettyssä suljetussa kirjekuoressa kotihoidon ohjaajalle.

On tärkeää että luet kyselylomakkeen kysymykset huolellisesti ja vastaat niihin juuri niin kuin sinä tällä hetkellä työssäsi toimit.

Helsingissä 20.5.2010

Vastauksistanne kiittäen

Terveydenhoitajaopiskelijat

Tarja Jehkonen p. 050-5477647

Katri Soisalo p. 09-31045289

LIITE 2: KYSELYLOMAKE

TIETOA KÄSIHYGIENIESTA	täysin eri mieltä	eri mieltä	en osaa sanoa	samaa mieltä	täysin samaa mieltä
1. Pesen kädet työvuoron alkaessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pesen kädet jokaisen potilaskontaktin jälkeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pesen kädet vain silloin, kun käteni ovat näkyvästi likaantuneet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Suojakäsineet tulee vaihtaa jokaisen toimenpiteen välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Käsien saippuapesu on desinfiointia tehokkaampaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kädet on pestävä ennen jokaista desinfiointi kertaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vesihana tulee sulkea käsipaperin avulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Käsien desinfiointia ei tarvitse tehdä jos käyttää suojakäsineitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Desinfektiohuuhdetta annostellaan käsiin 5ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Desinfektiohuuhdetta on hierottava käsiin 30 sekuntia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Desinfektioin kädet aina ennen käsineiden pukemista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. MRSA tarttuu yleensä käsien välityksellä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. MRSA potilaan hoidossa desinfektiohuuhde on riittävä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Rannekellon käyttö ei estä käsihygienian toteutumista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kynsien pituus ei saa ylettyä sormenpäiden yli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mikrobit siirtyvät kosketettaessa pintoja esim. ovenkahvoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KÄSIHYGIENIAN TOTEUTUMINEN

	täysin eri mieltä	eri mieltä	en osaa sanoa	samaa mieltä	täysin samaa mieltä
1. Käytän työaikana sormuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Minulla on kynsilakkaa työaikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Käytän rannekoruja työaikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kynteni ovat lyhyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Desinfioin suojakäsineitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. MRSA potilasta hoitaessa käytän lateksihanskoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Huolehdin käsieni ja kynsieni kunnosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pesen kädet työvuoron alussa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Käyttäessäni suojakäsineitä en pese käsiäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Käytän desinfektioainetta jokaisen potilaan hoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tiedän mistä hakea tieto hygieniasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tiedän kuka on alueemme hygieniahoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Olen hakenut lisätietoa käsihygieniasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Työpaikaltani saan tarvittaessa lisätietoa hygieniasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pidän käsihygieniaa tärkeänä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

