



Käsihygienian toteutuminen koti- hoidossa

Sanna Posio
Sini Roikonen

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Käsihygienian toteutuminen kotihoidossa

Sanna Posio, Sini Roikonen
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Helmikuu 2020

Sanna Posio, Sini Roikonen

Käsihygienian toteutuminen kotihoidossa

Vuosi 2020 Sivumäärä 42

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten käsihygieniä kotihoidossa toteutuu. Tavoitteena oli saada tietoa käsihygienian toteutumisesta ja edistää käsihygieniää kotihoidossa. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Mäntsälän kotihoidon sekä Keski-Uudenmaan sote - kuntayhtymän kanssa. Käsihygienian toteutumista kotihoidossa on tutkittu vähän. Käsihygieniä on osa tavanomaisia varotoimia, joilla estetään mikrobien leviäminen potilaasta toiseen tai ympäristöstä potilaaseen käsien välityksellä. Huolellinen käsihygieniä on edullinen ja helppo infektion torjuntakeino.

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkielma ja aineisto kerättiin havainnoimalla. Havainnointilomake laadittiin WHO käsihygieniä suositusten pohjalta. Aineiston keräys tapahtui joulukuussa 2019 ja havainnointiin osallistuminen oli vapaaehtoista. Havainnoitavia kohdehenkilöitä oli 20 ja asiakaskäyntejä oli yhteensä 59.

Tulosten perusteella käsihygieniä kotihoidossa toteutui puutteellisesti. Yhtä asiakaskäyntiä kohden kädet desinfioitiin alkoholihuuhteella keskimäärin 1,5 kertaa. Teoriassa alkoholihuuhteen käyttökertoja olisi pitänyt olla jokaisella käynnillä vähintään kaksi. Alkoholihuuhteen määrässä ja hierontatekniikassa oli myös puutteita. Yli puolessa käyttökerroista alkoholihuuhtetta annosteltiin suositusta pienempi määrä ja hierontatekniikassa oli parannettavaa. Kädet ja kynnet olivat suurella osalla hyvässä kunnossa. Puutteelliseen käsihygienian toteutumiseen vaikutti ehkä kiire, huonot käsiinpesumahdollisuudet ja tarvittavien välineiden hankala saatavuus.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi hyödyllistä selvittää kotihoidon työntekijöiden omat kokemukset käsihygienian toteutumisesta ja sen haasteista. Kotihoidon työntekijät hyötyisivät säännöllisestä hygieniakoulutuksesta ja nimetyistä hygieniahoidajista yksikössä.

Asiasanat: Käsihygieniä, kotihoito, infektion torjunta.

Degree Programme in Nursing

Sanna Posio, Sini Roikonen

The Implementation of Hand Hygiene in Home Care

Year	2020	Pages	42
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to examine how hand hygiene is executed in home care. The aim is to gather information about the fulfilment of hand hygiene and to improve hand hygiene in home care. This thesis was made in collaboration with Mäntsälä home care and the organization it is a part of (Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymä). There are very few studies about fulfilment of hand hygiene in home care. Hand hygiene is a part of conventional precautions that prevent the spreading of microbes from patient to patient or from the environment to patients by hand contact. Taking care of hand hygiene is an economical and easy way to prevent infections.

This thesis is conducted as a qualitative study. The information was gathered by observation. The observation form was created based on the WHO hand hygiene guidelines. The information was gathered in December 2019 and participation of the observation process was voluntary. At the observation process there were 20 participants and the total of home visits was 59.

According to the result of the survey, hand hygiene guidelines were not followed insufficiently in home care. Hands were disinfected with alcohol-based hand rub on average 1,5 times per visit. In theory the alcohol-based hand rub should have been used at least two times per visit. The amount of hand disinfectant used was less than ideally and the scrub technique was insufficient. In over half of the visits the hand disinfectant was applied less than the suggested amount and the scrubbing technique could have been improved. The hands and nails of most of the participants were in good condition. We came to the conclusion that the main reasons for insufficient hand hygiene was being in a hurry, poor hand washing facilities and insufficient availability of the necessary equipment.

It would be useful to study the experiences of the personnel about the challenges and the execution of hand hygiene. It would be useful for the employees to have regular education of hand hygiene practices and to have a hygiene nurse in the unit.

Keywords: Hand hygiene, Home care, Infection control

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Käsihygienian merkitys hoitotyössä.....	7
2.1	Infektioiden torjunta hoitotyössä.....	7
2.2	Hyvän käsihygienian onnistumisen edellytykset.....	9
2.3	Käsien pesu, desinfektio ja suojakäsineiden käyttö.....	10
2.4	Käsihygienia kotihoidossa.....	11
3	Kotihoito osana sosiaali- ja terveyspalveluita.....	12
3.1	Kotihoito työympäristönä.....	12
3.2	Mäntsälän kotihoito.....	15
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	16
5	Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	16
5.1	Osallistuva havainnointi tutkimusmenetelmänä.....	16
5.2	Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi.....	18
5.3	Opinnäytetyön toteutus.....	19
6	Opinnäytetyön tulokset.....	21
6.1	Käsien kunto ja käsien pesun toteutuminen.....	21
6.2	Käsien desinfektion toteutuminen.....	22
6.3	Käsien desinfektio tekniikan toteutuminen.....	25
6.4	Suojakäsineiden käyttö.....	27
7	Pohdinta ja johtopäätökset.....	29
8	Eettisyys ja luotettavuus.....	31
	Lähteet.....	33
	Kuviot.....	37
	Liitteet.....	38

1 Johdanto

Vuoden 2018 marraskuussa Suomessa oli 73 563 säännöllisen kotihoidon asiakasta. Vähintään 60 käyntiä kuukaudessa saavien kotihoidon asiakkaiden määrä on kasvanut 2000-luvulla. (Kuronen & Mielikäinen 2019, 1.) Kuten muissa terveydenhuollon yksiköissä, kotihoidon infektion torjunnan tärkeä osa on käsihygienia. Pelkästään antibiooteille resistentit mikrobit aiheuttavat joka vuosi EU:n alueella 33 000 ihmisen kuoleman, joten käsihygienia on helppo ja halpa tapa estää tartuntavaarallisten mikrobien leviäminen. (Antimicrobial Resistance 2019, 2) Käsihygienian toteutumisesta sairaalaympäristössä on tehty paljon tutkimuksia ja käsihygienian toteutumista seurataan säännöllisesti. Kotihoidosta julkisia tutkimuksia ei ole juuri tehty. Kotihoito on ympäristönä täysin erilainen verrattuna sairaalaympäristöön. Kotihoidon asiakkaiden luona harvoin on seinätelineitä käsihuuhteelle, suojakäsineille tai paperipyyhkeille, sillä nimensä mukaisesti ollaan asiakkaan kotona. Jo se asettaa haasteet käsihygienian toteutumiselle.

Kotihoito on ollut viime aikoina paljon esillä lehdissä ja uutisissa, joiden myötä on herännyt paljon keskustelua kotihoidon tilanteesta, niin työntekijöiden kuin asiakkaidenkin kannalta. Näistä keskusteluista on tullut vahvasti esille työntekijöiden kiire, johtuen asiakkaiden paljoudesta sekä asiakkaiden toimintakyvyn laskusta. Tällöin mietimme, mikä on kotihoidossa käsihygienian toteutumisen tila. Ennakoajatuksemme oli, ettei tätä ole yhtä aktiivisesti tutkittu, kuin esimerkiksi terveyskeskuksien ja sairaaloiden osastoilla. Myös sairaaloiden ja terveyskeskuksien osastoiden ja kotihoidon välinen eroavuus työympäristöinä kiehtoi meitä molempia. Meillä molemmilla on enemmän työkokemusta erilaisilla osastoilla, kuin kotihoidossa, jonka vuoksi halusimme lähteä tutkimaan kotihoitoa.

Tämän opinnäytetyön aihe on käsihygienian toteutuminen kotihoidossa. Tutkimusmenetelmää valittaessa tärkeänä kriteerinä oli luotettavuus. Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS) on tutkittu käsihygieniaa henkilökunta- ja potilaskyselyillä, joiden tuloksia verrattiin havainnoinnilla saatuun tietoon. Tutkimuksessa kävi ilmi lääkärin ja hoitajien arvioivan toteuttavansa käsihygieniaa paremmin kuin havaintojen perusteella todellisuudessa tapahtui. (Järvinen & Ojanperä 2016, 26-27).

Opinnäytetyö on laadullinen havainnointitutkimus. Tarkoituksena on selvittää, miten käsihygienia toteutuu kotihoidossa. Tavoitteena on saada tietoa käsihygienian toteutumisesta ja edistää käsihygieniaa kotihoidossa. Yhteistyökumppanimme on Mäntsälän kotihoito, joka kuuluu Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymään. Tutkimuslupa (Liite 1) on haettu ja saatu Keski-uudenmaan sotekuntayhtymältä. Aineisto kerätään joulukuun 2019 alussa ja analysoidaan joulukuun 2019 sekä tammikuun 2020 aikana. Opinnäytetyö tullaan esittämään Mäntsälän kotihoidolle helmikuussa 2020.

2 Käsihygienian merkitys hoitotyössä

Vuonna 2016 tehdyssä tutkimuksessa hoitoon liittyviä infektioita esiintyi 8,8%:lla potilaista. Tutkimuksessa oli mukana 50 sairaalaa ja tutkittuja potilaita oli 9 079. Yleisimmät infektio-tyypit olivat leikkausalueen infektio, vakava yleisinfektio ja keuhkokuume. Aiheuttajamikro-
beista yleisimmät olivat *Staphylococcus aureus* ja *Escherichia coli*. (Arifulla, Lyytikäinen, Sarvikivi & Toura 2018a.) Hoitoon liittyvän infektion aiheuttaa mikrobi, joka on lähtöisin potilaasta itsestään tai henkilökunnan käsien välityksellä toisesta potilaasta tai potilaan ympäristöstä. Käsihygienia on oleellinen osa tavanomaisia varotoimenpiteitä, joilla katkaistaan mikro-
bien tartuntatiet. Tavanomaisiin varotoimiin käsihygienian lisäksi kuuluu suojainten käyttö tarvittaessa ja oikeat työtavat. (Tavanomaiset varotoimet 2018.) Käsihygieniaan kuuluu käsien pesu, desinfiointi, hoito- ja suojakäsineiden käyttö (Jonsson, Karhumäki & Saros 2016, 66). Käsihygienian tulee toteutua WHO:n mukaan viidessä tilanteessa: ennen potilaaseen koskemista, ennen aseptista toimenpidettä, eritteiden käsittelyn jälkeen, potilaaseen koskemisen jälkeen sekä potilaan lähiympäristöön koskemisen jälkeen (Hand hygiene: Why, when and how? 2009, 4).

2.1 Infektioiden torjunta hoitotyössä

Nykyään lisääntyvät antibiooteille resistentit mikrobit ovat haaste terveydenhuollolle ja myös kotihoidolle. Mikrobilääkkeitä on ollut ihmiskunnan käytössä 70 vuotta. Muuntautumiskykynsä ansiosta jotkin bakteerit ovat luoneet antibiooteille vastustuskykyisiä kantoja. Nämä ovat ongelmallisia, sillä resistenssin bakteerin aiheuttama infektio on huonosti hoidettavissa. Resistenssien kantojen syntyksynä on liiallinen antibioottien käyttö. Antibiootit eivät vaikuta yksistään infektion aiheuttamaan bakteeriin, vaan myös ihmisen normaali mikrobiomi on alttiina. (Lumio 2019.) Euroopassa antibioottien kulutus on pysynyt viimeiset 10 vuotta samana. Suomessa antibioottien käyttö on viime vuosina vähentynyt. Vuonna 2014 Suomessa kulutettiin tuhatta asukasta kohden hieman yli 20 annosta antibiootteja. Vuonna 2018 luku on 17,1 annosta tuhatta asukasta kohden. EU-maissa keskimäärin luku on 20,1 tuhatta asukasta kohden. (Sarvikivi 2019.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Terveysturvallisuusosasto toimittaa vuosittain raportin tartuntatautirekisteriin ilmoitetuista taudeista. Mikrobilääkeresistenteistä mikrobeista seurataan MRSA (metisilliiniresistentti *Staphylococcus aureus*), VRE (vankomysiiniresistentti enterokokki), ESBL (extended spectrum beta-lactamases) ja karbapenemaaseja tuottavaa enterobakteeri (CPE) tartuntoja. Vuonna 2017 MRSA tartuntoja oli todettu vähemmän, kuin edellisenä vuonna. Vuodesta 1995 löydöksen määrä on kasvanut vuoteen 2016 asti. VRE:n esiintyvyys vuonna 2017 on pysynyt samana, kuin edellisenä vuotena. ESBL kantojen esiintyvyys on kasvanut. CPE esiintyvyys on myös kasvanut viime vuosien aikana. (Jaakola, Jalava, Kuusi, Liitsola, Lyytikäinen, Löflund, Nohynek, Rimhanen-Finne, Salmenlinna, Salminen, Savolainen-Kopra, Toropainen & Virtanen 2018, 32-38.)

Pitkäaikaishoitolaitoksien hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyyttä ja infektioiden torjuntaa tutkittiin ensimmäisen kerran syksyllä 2017 Euroopan tautikeskuksen (ECDC) koordinoimana. Tutkimuksessa oli mukana 6762 asukasta 175:stä ympärivuorokautisen pitkäaikais-hoidon toimintayksiköstä. Tutkimuksessa 7,6%:lla oli käytössä vähintään yksi antibiootti, joista 62% oli määrätty infektion ehkäisyyn ja 38% infektion hoitoon, tavallisimmat infektiot olivat virtsatieinfektio (pyelonefriitti), ihoinfektio ja hengitystieinfektio. Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys oli 3,5%. Henkilökunnalle oli järjestetty käsihygieniakoulutusta viimeisen vuoden aikana 72%:ssa toimintayksiköistä. Käsihygienian toteutumista seurattiin säännöllisesti 52%:ssa toimintayksiköissä. Alkoholihiuhde oli käytössä kaikissa paikoissa ja sen kulutusta oli seurannut 68%. Kirjallinen käsihygieniaohe löytyi 98%:sta yksiköistä ja ongelmamikrobien torjunnasta 97%:ssa toimintayksiköistä. Infektioiden torjuntakoulutuksen saanut henkilö löytyi 93%:sta toimintayksiköistä. Kaikilla oli ennalta sovittu mahdollisuus konsultoida hygienia-asi-oista sairaalan tai sairaanhoitopiirin infektioitiimiä. (Arifulla, Lyytikäinen, Sarvikivi & Toura 2018b, 3-11.)

Vuonna 2015 akuuttisairaaloille tehdystä tutkimuksesta kartoitettiin infektioiden torjuntaan suunnattuja resursseja sekä seuranta- ja torjuntatoimintaa. Samanlainen tutkimus oli tehty vuonna 2008. Tutkimukseen osallistuneista 43:sta sairaalasta 33:ssa oli infektioiden torjuntaan osallistuva infektio lääkäri ja kaikissa sairaaloissa oli hygieniahoitaja. Keskimäärin sairaaloissa oli yksi hygieniahoitaja 204 vuodepaikkaa kohden. Käsien desinfiointin havainnointia oli tehty 84%:ssa sairaaloista. Kaikista sairaaloista löytyi kirjalliset ohjeistukset käsihygieniaan ja henkilökunnalle oli järjestetty käsihygieniakoulutusta. Tutkimukseen osallistuneista akuuttisairaaloista 16 julkistaa verkkosivuillaan tietoja mm. käsihuuhteen kulutuksesta ja hoitoon liittyvistä infektioista. Tutkimuksen mukaan infektioiden torjunnan resurssit ja alkoholihiuhteen kulutus ovat lisääntyneet vuodesta 2008. (Arifulla, Lyytikäinen, Ollgren & Veltheim 2016, 6-22.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Mikrobilääkeresistenssin torjunnan kansallisessa ohjelmassa 2017-2021 tavoitteena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoa mikrobi-lääkeresistenssistä sisällyttämällä koulutusta ammatillisiin perusopintoihin ja tukemalla jatko-koulutuksen järjestämistä ammattilaisille. Ohjelmassa esitetään kehitettäväksi terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu määräajoin tehtävä pakollinen infektion torjunnan verkko-koulutus. Infektioiden ehkäisyssä toimenpiteenä esitetään kansallisten infektioiden ehkäisyn suositusten laatimista sairaaloille ja pitkäaikaishoitolaitoksille sekä verkkoportaalien luomista terveydenhuollon ammattilaisille, johon olisi koottu kaikki sairaanhoitopiirien infektioiden ehkäisyohjeet sekä Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta- oppikirja. (Hakanen, Jalava & Kaartinen 2017.)

Käsihygienian toteutumisen seurannan yksinkertaisin tapa on seurata alkoholihiuhteen kulu-tusta. Pelkästään alkoholihiuhteen kulutus ei kerro, kuka huuhdetta on käyttänyt ja missä

tilanteessa. Havainnointi on luotettava menetelmä käsihygienian seurannassa. Kyselyillä toteutettuihin itsearviointeihin liittyy vaara omien mielikuvien perusteella vastaamisesta. (Ojanperä & Syrjälä 2018, 132-135.) Oulun yliopistollisessa sairaalassa on seurattu käsihygienian toteutumista havainnoimalla vuodesta 2013 lähtien. Tuloksia verrattiin henkilökunnalle ja potilaille tehtyihin kyselyihin. Tuloksissa lääkäreistä 81% ja hoitajista 94% kertoi desinfioiden kätensä ennen potilaskontaktia. Potilaat arvioivat lääkäreiden desinfioiden kätensä 51%:ssa ja hoitajien 65%:ssa ennen potilaaseen koskemista. Havainnoitaessa ennen potilaskontaktusta 28% lääkäreistä ja 61% hoitajista desinfioi kätensä. (Järvinen & Ojanperä 2016.)

2.2 Hyvän käsihygienian onnistumisen edellytykset

Jotta voidaan toteuttaa hyvää käsihygieniaa, käsien ihon pitää olla ehjä sekä kynsien lyhyet ja siistit. Käytössä ei saa olla rakenne- tai tekokynsiä, kynsilakkaa, koruja tai kelloja. Ihon yksi tehtävä on estää mikrobien pääsy elimistöön. Ehjä ja terve iho estää mikrobien elimistöön pääsyn erinomaisesti. Pienikin trauma tai ihosairaus lisää ihon mikrobeja ja infektioriskiä. (Peltonen & Tasanen-Määttä 2011.) Terveen ihon tiiviin epiteelisolukon ja keratiinikerroksen pystyy läpäisemään vain harva taudinaiheuttaja. Iholla hiki- ja talirauhasten eritteet, matala pH ja vähäinen kosteus sallivat tavallisesti vain harvojen mikrobien kasvun. Ihon pysyvä mikrobiomi sijaitsee ihon syvissä kerroksissa ja väliaikainen mikrobiomi ihon pinnalla. (Julkunen & Meri 2011.) Ihon mikrobiomissa on monenlaisia mikrobeja, jotka elävät keskenään symbioosissa. Mikrobiomi on mukautuva ja sillä on tärkeä rooli ihmisen immuunipuolustuksessa kolonisaatioresistenssinä. (Salava 2018, 12.)

Iho-ongelmia, kuten kuivuutta omaavan työntekijän suositellaan käyttävän käsivoidetta. Se suojaa ihoa ja ylläpitää ihon pysyvää mikrobiflooraa. Ihovoidetta voi käyttää tarvittaessa työpäivän aikana, sillä ihovoiteen käytön jälkeen käsistä leviää mikrobeja ympäristöön normaalia vähemmän monen tunnin ajan. Toistuva käsien saippuapesu kuivattaa ihoa, joten käsien iholle ystävällisempää on käyttää alkoholihuuhdetta käsien pesun sijaan. Pienet ihovauriot eivät ole este käsihuhuhteen käytölle. Alkoholihuuhte voi tällöin aiheuttaa kipua, mutta alkoholihuuhteen glyseroli ja muut hoitavat aineet hoitavat ihoa sekä nopeuttavat ihovaurioiden paranemisista. (Ojanperä & Syrjälä 2018, 130-131.)

Suurin osa käsien mikrobeista on kynsien alla ja niiden seudulla. Teko- ja rakennekynsien sekä kynsilakan alle voi kertyä likaa, joka on erinomainen kasvualusta mikrobeille. Sen takia hoitohenkilökunnan kynnet tulee olla lyhyet, luonnolliset ja siistit. Korujen ja kellojen alle voi muodostua mikrobeille otolliset kasvualustat. Korut ja kellot myös heikentävät käsihygienian toteutumista estämällä saippuan, mekaanisen pesun ja alkoholihuuhteen ulottumisen korujen ja kellon alle, jonka seurauksena niiden alle väistämättä jäävä kosteus toimii hyvänä kasvualustana mikrobeille. (Ojanperä & Syrjälä, 2018, 130-131.)

Hoitajan ammatillisuuteen kuuluu hyvä henkilökohtainen hygienia ja siisti ulkoasu. Mikrobien määrä vaihtelee kehon eri osissa. Hyvään henkilökohtaiseen hygieniaa tarkoittaa vartalon ihon päivittäinen pesu sekä huolellinen intiimi- ja suuhygienia. Rasvaiset hiukset sisältävät kuivia hiuksia enemmän mikrobeja, siksi hiukset tulee pestä riittävän usein. Pitkät hiukset tulee pitää kiinni. Partaa ja viiksiä hoidetaan hiusten tapaan. Hyvään henkilökohtaiseen hygieniaan kuuluu myös suun ja nenän alueen koskettelun välttäminen ja oikea yskimis- ja niistämistekniikka. Yskiminen tapahtuu kainaloon tai kyynärtaiteeseen ja niistämisen jälkeen tulee pestä kädet. (Jonsson ym. 2016, 65-66.)

2.3 Käsien pesu, desinfektio ja suojakäsineiden käyttö

World Health Organization (WHO) on ohjeistanut käsien pestävän saippuan kanssa, jos kädet ovat näkyvästi likaiset, käsissä on verta tai muuta eritettä sekä wc käynnin jälkeen. Käsienpesun tulee kestää 40-60 sekuntia eikä käsiä tule huuhdella kuumalla vedellä. (Hand hygiene: Why, how and when? 2009,1-3.) Kädet tulee pestä saippualla hoidettaessa norovirus- tai Clostridium difficile- infektiopotilasta, sillä käsihuuhe pelkäästään ei poista kyseisiä mikrobeja. Kädet pestään saippualliuoksella, jonka jälkeen kädet desinfioidaan alkoholihuuhteella. Käsien pesussa hanaan tai saippua-annostelijaan ei kosketa käsillä, vaan käytetään rannetta tai kyynärpäätä. Kädet kostutetaan lämpimällä vedellä. Saippuaa annostellaan käsiin ja hierotaan huolellisesti sormista alkaen ranteeseen kohti käsivartta. Kynnet ja sormenpäät tulee huomioida erityisesti, sillä kynsien alueella on eniten mikrobeja. Kädet huuhdellaan runsaan, juoksevan veden alla, jonka jälkeen kädet kuivataan paperipyyhkeellä sormista alkaen kohti käsivarsia. Kuivaamisen jälkeen hana suljetaan paperipyyhkeellä, jonka jälkeen paperi laitetaan roskeen. (Jonsson ym. 2016, 66.)

Kädet desinfioidaan käsien pesun jälkeen tai jos käsissä ei ole näkyvää likaa. Yleisimmin käytössä on 80% etanolia sisältävä alkoholihuuhe. Alkoholihuuhteessa on glyserolia tai muuta käsiä hoitavaa ainetta, sillä alkoholi yksistään kuivattaa käsiä. Mitä enemmän alkoholihuuhteessa on alkoholia, sitä nopeammin huuhe kuivuu käsiin, mutta mitä enemmän alkoholia on, sitä enemmän se kuivattaa käsiä. Alkoholi ei imeydy ihon läpi, eikä se aiheuta tutkimusten mukaan terveysongelmia. (Ojanperä & Syrjälä 2018, 123.) Alkoholihuuhdetta tulee ottaa puh-taisiin ja kuiviin käsiin 3-5ml. Kosteissa käsissä alkoholihuuhe laimenee, eikä toimi tavoitellulla tavalla. Huuhdetta hierotaan huolellisesti käsien joka kohtaan aloittaen sormenpäistä ja peukalosta. Molemmat puolet kämmenestä hierotaan sekä sormien välit. Lopuksi koukistetuja sormia hierotaan kämmenpohjaa vasten. Huuhdetta hierotaan käsiin 30 sekunnin ajan. Huuhdetta ei saa kuivata paperiin kuivaamalla tai käsiä heiluttelemalla, vaan käsiä hierotaan niin pitkään, kunnes ne ovat kuivat. (Jonsson ym. 2016, 68.)

Suojakäsineet valitaan käyttötarkoituksen mukaan. Kertakäyttöisten suojakäsineiden materiaalina on vinyyli tai lateksi. Kumiallergia rajoittaa lateksisten käsineiden käyttöä. Kertakäyttöisiä steriilejä käsineitä käytetään aseptisissa toimenpiteissä, kuten leikkauksissa ja

virtсарakon steriilissä katetroinnissa, jolloin tarkoituksena on potilaan suojaaminen mikrobeilta. Tehdaspuhtaita suojakäsineitä käytetään suojaamaan hoitajaa mikrobeilta sekä käsien likaantumiselta ihoa tai limakalvoa läpäisemättömissä toimenpiteissä. Tällaisia on esimerkiksi eritteiden käsittely, hygieniasta huolehtiminen tai vanhan leikkaushaavan käsittely. Kertakäyttöisiä käsineitä käytetään aina toimenpide- ja potilaskohtaisesti. Monikäyttöisiä suojakäsineitä käytetään harvoin, lähinnä hoitajan ihon suojaamiseen tehtävissä, jossa ollaan tekemisissä vahvojen kemiallisten aineiden kanssa. Monikäyttöisten suojakäsineiden alla käytetään puuvillaisia aluskäsineitä. Monikäyttöiset suojakäsineet pestään päivittäin huolellisesti ja kuivataan ilmastavasti käännettynä nurinpäin. (Jonsson ym. 2016, 70-73.) Suojakäsineet puetaan puhtaisiin ja kuiviin käsiin, sillä mikrobit lisääntyvät nopeasti lämpimissä ja kosteissa olosuhteissa. Suojakäsineet tulee riisua aseptisesti ja riisumisen jälkeen kädet desinfioidaan. Suojakäsineiden käyttö ei korvaa käsien desinfiointia. (Ojanperä & Syrjälä 2018, 132.)

2.4 Käsihygieniä kotihoidossa

Tartuntatautilaissa (1227/2016) säädetään valtion viranomaisten, asiantuntijain, kunnain ja kuntayhtymäin torjumaan tartuntatauteja järjestelmällisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) sekä Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos (THL) ovat laatineet ohjeistuksen turvallisuussuunnitelmasta, jonka yhtenä osa-alueena on hygieniä. Kuten muissakin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, myös kotihoidossa on noudatettava aseptisiä työtapoja. (Koivula & Saarsalmi 2017, 64-65.)

Käsihygienian toteutumisesta kotihoidossa on tehty vähän julkisia tutkimuksia. Syksyllä 2017 Helsingin kaupungin kotisairaalaissa 30-40% potilaista sairasti infektioita. Yleisimmät infektioaudit vuonna 2015 olivat ruusu (erysipelas), keuhkokuume (pneumonia) ja virtsatieinfektio (pyelonefriitti). Tavanomaiset varotoimet ovat keskeinen infektion torjuntakeino ja Helsingissä kotisairaalaissa on aloitettu seuraamaan käsihuuhteen kulutusta, joka on ollut vähäistä: alle 2 käyttökertaa käyntiä kohti. (Lehtola 2018, 8-11.)

Suuri osa kotihoidon asiakkaista ovat iäkkäitä, vuoden 2018 marraskuussa 77% säännöllisen kotihoidon asiakkaista oli yli 75 vuotiaita (Kuronen & Mielikäinen 2019). Ikääntyneen henkilön infektioherkkyys kohoaa elimistön muutosten ja sairauksien takia. Keuhkojen ja virtсарakon toiminta, ihon kuivuminen ja surkastuminen sekä diabeteksen yleistymisen lisää infektioiden syntymistä. Vakavat sairaudet ja niiden jotkin hoitokeinot alentavat myös vastustuskykyä. (Tilvis 2016.)

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos (THL) on laatinut Muistisäännöt hyvään käsihygieniaan palveluasumisessa ja laitoshoidossa- julisteen WHO:n käsihygieniäohjeiden pohjalta. Siinä ohjeistetaan toteuttamaan käsihygieniä ennen potilaan koskettamista, ennen aseptistä toimenpidettä, eritteiden käsittelyn jälkeen ja potilaan koskettamisen jälkeen. (WHO:n käsihygieniä-julistee, 2019). Tampereen yliopistollisen sairaalan infektioyksikkö on laatinut ohjeet

hygieniakäytännöistä asumispalveluyksiköissä ja kotihoidossa. Lääkkeiden käsittelyssä tulee noudattaa hyvää käsihygieniaa. Tablettilääkkeitä koskettaessa tulee käyttää puhdasta apuvälinettä, kuten lusikkaa tai pinsettiä. Elintarvikehygieniaa noudatetaan Ruokaviraston ohjeita. (Hygieniakäytännöt asumispalveluyksiköissä ja kotihoidossa 2019.) Elintarvikkeiden hygieenisessä käsittelyssä säännöllinen ja huolellinen käsienpesu on tärkeää. Jos kädessä on haava, haava suojataan laastarilla ja käytetään suojakäsineitä. Hyvään elintarvikehygieniaan kuuluu myös hyvä henkilökohtainen hygienia sekä henkilökohtaisesta terveydestä ja puhtaudesta huolehtiminen. (Henkilökohtainen hygienia 2020.)

Koska kotihoidossa työskennellään yleensä yksin, aseptisen omatunnon omaaminen on tärkeää. Aseptiikalla tarkoitetaan toimintatapoja ja toimenpiteitä, jotka estävät ja ehkäisevät infektioita. Aseptinen omatunto on sitä, että ihminen on sisäistänyt ja omaksunut aseptiset toimintatavat ja toimii aseptisten työtapojen mukaisesti, vaikka kukaan ei olisi näkemässä. Alan kehitystä seuraamalla ja tieteelliseen tutkimukseen perustuvia ohjeita noudattamalla ammattitaito on laadukasta. (Jonsson ym. 2016, 64.)

3 Kotihoito osana sosiaali- ja terveystalvveluita

Kotihoito on asiakkaan kotiin vietävää, yksilöllistä hoiva- ja hoitoapua, jonka tavoitteena on tukea asiakkaan selviytymistä jokapäiväisissä toiminnoissa (Kotihoito 2019). Kansallinen tavoite on, että ihminen voi halutessaan asua kotonaan niin pitkään kuin se on mahdollista ja turvallista, jopa kuolemaansa saakka (Muuttuvat vanhuspalvelut 2019).

3.1 Kotihoito työympäristönä

Kotihoito sisältää tarvittavan hoivan, sairaanhoidollisen avun sekä kodin asianmukaisesta olosuhteista huolehtimisen jokaiselle asiakkaalle yksilöllisesti. Kotihoitoa toteutetaan yhdessä asiakkaan, lääkärin ja hoitohenkilökunnan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. (Kotihoito 2019.) Kotihoito tukee asiakkaan selviytymistä kotona, kun toimintakyvyn heikentyminen sitä vaatii. Kotihoito tukee asiakasta selviytymään esimerkiksi hygienian hoidossa, puheutumisessa, lääkehoidon toteuttamisessa, liikkumisessa ja ruokailussa. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan omaa toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia, jotta asiakkaan omat voimavarat säilyisivät ja turvallinen kotona asuminen olisi mahdollista. (Kunnallinen ja yksityinen kotihoito 2019.) Kotihoidon palveluita voivat saada henkilöt, joiden toimintakyky on heikentynyt sairauden, vammaisuuden, ikääntymisen tai muun syyn vuoksi. (Kotihoito ja kotipalvelut 2019.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos seuraa vuosittain säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden määrää. Säännöllisellä kotihoidon asiakkaalla tässä seurannassa tarkoitetaan niitä kotihoidon asiakkaita, joille on toteutunut laskentakauden aikana säännöllisesti vähintään yksi kotihoidon käynti viikossa. Viimeisimmän seurantatilaston mukaan vuonna 2018 marraskuussa, säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli 73 563 henkilöä. Kotihoidon asiakkaista 77 prosenttia oli

75 vuotiaita tai vanhempia ja asiakkaista 8 prosenttia oli alle 65 vuotiaita. Vuonna 2018 säännöllisen kotihoidon asiakkaista 31 prosentille tehtiin 1-9 käyntiä kuukauden aikana, 34 prosentille asiakkaista tehtiin 10-59 käyntiä kuukauden aikana ja 35 prosentille asiakkaista tehtiin 60-90 käyntiä kuukauden aikana. Vuonna 2010 säännöllisen kotihoidon asiakkaista 41 prosentille tehtiin 1-9 käyntiä kuukauden aikana, 38 prosentille asiakkaista tehtiin 10-59 käyntiä kuukauden aikana ja 21 prosentille asiakkaista tehtiin 60-90 käyntiä kuukaudessa. Kuukauden aikana tehtyjen asiakaskäyntimäärien perusteella voidaan nähdä, kuinka kahdeksassa vuodessa kotihoidon asiakkaiden käyntimäärät ovat nousseet, joka kertoo kotihoidon toteuttaman hoidon ja palvelujen tarpeen kasvusta. (Kuronen & Mielikäinen 2019.)

Säännöllisen kotihoidon asiakkaille tehdään puolivuositain kokonaisvaltainen standardoitu RAI-arviointi (Finne-Soveri 2015). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja palvelutarpeiden arviointi on määritetty laissa (980/2012). RAI-järjestelmä on työväline, jota käytetään asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa. Tämä järjestelmä mahdollistaa asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnin, jonka perusteella voidaan arvioida ja kohdentaa yksilöllisesti asiakkaan tarvitsemat palvelut. RAI tulee sanoista Resident Assessment Instrument eli asiakkaan arviointi työväline. (Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä 2019.)

RAI-vertailurekisterin avulla tutkittiin Porvoossa pitkäaikaishoidon paikkojen vähentämisen vaikutuksia Porvoon kotihoidon laatuun. Porvoossa tehostettiin kotihoidon erikoislääkäripalveluja, jotta saatiin purettua laitospaikkajonoja ikääntyneiden perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä sosiaalihuollossa vuosina 2012 ja 2013 välisenä aikana. Vähentämällä 70 pitkäaikaishoidon paikkaa Porvoon teki 1,2 miljoonan euron säästön. Kotihoidon laatua tutkittiin vertailemalla RAI-arviointeja muiden kuntien kanssa. Vertailu perustui vuosina 2009-2014 aikana tehtyihin kotihoidon asiakkaiden RAI-arviointeihin yhteensä 30 kunnassa. Vertailun tuloksena selvisi, että lisäämällä osaamista kotihoitoon lisääntyi myös muistisairaiden asiakkaiden määrä kotihoidossa sekä epävakaassa terveydentilassa olevien asiakkaiden määrä vähentyi. Säännöllisen kotihoidon asiakkailla vähentyi sairaalapaikojen tarve 26%. (Finne-Soveri 2015.)

THL seuraa kahden vuoden välein vanhuspalvelujen tilaa. Ympäri vuorokautisen hoidon piiristä vähennettiin asiakaspaikkoja 2800 vuonna 2016. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakaspaikkojen vähentyminen sekä väestön vanheneminen lisäävät asiakkaiden määrää kotihoidossa. Samanaikaisesti ympäri vuorokautisen hoidon asiakaspaikkojen vähentämisen yhteydessä kotihoidon työntekijöiden määrä oli vähentynyt noin 400 työntekijällä. Tällöin kotihoidon päivittäisiä asiakkaita oli noin 3000 henkilöä enemmän kuin vuonna 2014. (Alastalo, Kehusmaa & Luoma 2017.) Vuonna 2018 kotihoidon päivittäinen asiakasmäärä oli lisääntynyt noin 1000 henkilöllä vuodesta 2016 ja kotihoidon työntekijöiden määrä oli lisääntynyt 1700 työntekijällä vuodesta 2016. Vanhuspalveluiden pääpainoa on alettu viime vuosien aikana siirtämään kotihoitoon

ympäri vuorokautisesta laitoshoidosta ja tavoitteena on mahdollistaa ympärivuorokautisen kotihoidon palveluiden saatavuutta. (Alastalo & Kehusmaa 2018.)

Kotihoidon asiakkaiden mahdollisuutta saada ympärivuorokautista kotihoitoa on tutkittu ja saatavuutta maakuntien välillä vertailtu vuosina 2014 ja 2016. Ympäri vuorokautisella kotihoodolla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan kaikkina vuorokauden aikoina sekä viikonloppuisin saatavia kotihoidon käyntejä asiakkaan kotiin. Ympäri vuorokautisen kotihoidon saatavuus on parantunut vuodesta 2014, mutta maakuntien välillä on eroja vuonna 2016 ympärivuorokautisen kotihoidon saatavuudessa. Maakunnista paras mahdollisuus kotihoidon asiakkaille saada ympärivuorokautista kotihoitoa tarjosi Kainuu, jossa kotihoidon asiakkaista lähes kaikilla oli tähän mahdollisuus. Huonoin mahdollisuus tarvittaessa saada ympärivuorokautista kotihoitoa oli Pirkanmaan kotihoidon asiakkailla. Pirkanmaan kotihoidon asiakkaista hieman yli 50 prosentilla oli mahdollisuus ympärivuorokautiseen kotihoitoon. Vuonna 2016 kaikissa maakunnissa on kuitenkin jo olemassa mahdollisuus ympärivuorokautisen kotihoidon palvelun saamiseksi. Kaupungeista parhaiten ympärivuorokautista kotihoitoa pystyi tarjoamaan Espoo, jossa kotihoidon asiakkaista yli 90 prosentilla oli tarvittaessa mahdollisuus ympärivuorokautiseen kotihoitoon. Taajaan asutut kunnat sekä maaseutumaiset kunnat pystyivät huonoiten tarjoamaan mahdollisuutta ympärivuorokautiseen kotihoitoon, jolloin näistä kotihoidon asiakkaista tähän oli mahdollisuus noin 70 prosentilla. Ympäri vuorokautisen kotihoidon mahdollisuus voi lisätä kotihoidon asiakkaan turvallisuuden tunnetta kuin myös mahdollistaa asiakkaan kotona asumista pidempään. (Alastalo, Kehusmaa & Vainio 2017.)

Kotihoidossa toteutetaan asiakaslähtöistä, yksilöllistä hoitotyötä asiakkaan kotona. Tällöin kotihoidon työntekijä kulkee yksin hoitotyön toteutuksessa tarvittavat välineet mukanaan asiakkaalta toiselle. Hoitotyön toteuttaminen kotihoidossa on itsenäistä, kun asiakaskäynnit toteutetaan ja asiakkaan terveydentilaa arvioidaan yksin. Oman tiimin sairaanhoitajaa on kuitenkin puhelimitse mahdollista konsultoida asiakaskäynnin aikana tarvittaessa. Kotihoidossa työskennellessä hoitajan tulee osata suunnitella työpäivänsä, jotta hän pysyy määritetyssä aikataulussa ja hoitotarvikkeiden määrä asiakaskäynneillä on riittävää. (Lähihoitaja on moniosaaja 2019.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos on tutkinut kotihoidon työntekijöiden hyvinvointia osana henkilöstön hyvinvointia vanhuspalveluissa vuonna 2017. Selvitys henkilöstön hyvinvoinnista toteutettiin henkilöstökyselynä yksiköittäin ja kyselyn tuloksia vertailtiin vanhuspalveluiden yksiköiden välillä. Vanhuspalveluiden yksiköitä tutkimuksessa olivat tehostettu palveluasuminen, yhdistetty palveluasuminen, vanhainkotiasuminen, terveyskeskuksen vuodeosasto sekä kotihoito. Kyselytutkimuksessa selvitettiin työntekijöiden hyvinvointia useilla kysymyksillä liittyen mm. työn rasittavuuteen, kiireen kokemiseen, työn toteuttamiseen ja organisointiin, rasitusoireisiin sekä sairasteluun. (Josefsson, Sinervo & Vehko 2017.)

Kyselyn tarkoituksena oli saada käsitys työntekijöiden hyvinvoinnista heidän kokemusten perusteella. Kyselyn tuloksien perusteella tällä hetkellä kotihoidossa työntekijät kokevat muihin yksiköihin verrattuna eniten kiireen vaikuttavan jaksamiseen, työnsä laatuun ja työn toteutuksen ristiriitaisuuteen. Työntekijöitä ei ole riittävä määrä asiakkaisiin nähden, eikä työtä pystytä toteuttamaan niin laadukkaasti, kuin työntekijät haluaisivat. Kotihoidossa oli muihin yksiköihin verrattuna suurin määrä työntekijöitä, jotka kokivat, että heidän on tehtävä työtään ristiriidassa ohjeiden ja omien kykyjensä mukaan. Tietotekniikkaan liittyvää räsitystä koettiin eniten kotihoidossa. Työntekijöiden kokemus oman yksikkönsä tuottamasta palvelun laadusta oli heikoin kotihoidossa. (Josefsson, Sinervo & Vehko 2017.)

Kyselyn tulosten mukaan räsitusoireita työstä ilmeni eniten kotihoidon työntekijöissä. Stressiä, nukkumiongelmia ja arvio selviytymisestä eläkeikään asti olivat suurimmat kotihoidon yksikössä, mutta ero muihin yksiköihin oli kuitenkin alle 1%, joka kertoo räsitusoireita koettavan kaikissa yksiköissä. Kaikissa yksiköissä eniten koettu räsitusoire oli stressi. Terveystilan vuoksi poissaoloja töistä oli viimeisen vuoden aikana kysytty poissaolon pituuden mukaan. Kotihoidossa oli eniten 1-9 ja 10-24 päivää poissaolleita työntekijöitä. Tehostetun palveluasumisen yksikössä ja yhdistetyn palveluasumisen yksikössä oli eniten 25-99 päivää poissaolleita työntekijöitä. Tehostetun palveluasumisen yksikössä sekä terveyskeskuksen vuodeosastolla 100-365 päivää poissaolleita työntekijöitä oli eniten. Kaikista kyselyyn vastanneista työntekijöistä oli viimeisen vuoden aikana ollut sairaana töissä 45%, joista suurin osa oli kotihoidon työntekijöitä. (Josefsson, Sinervo & Vehko 2017.)

3.2 Mäntsälän kotihoito

Mäntsälän kuntaan kuuluu 16 kylää, jotka kaikki kuuluvat Mäntsälän kotihoidon palveluiden piiriin (Kylät 2019). Mäntsälässä oli vuonna 2018 asukkaita 20 686, joista 18,5% oli yli 64-vuotiaita (Kuntien avainluvut 2019). Mäntsälä kuuluu Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymään, johon Mäntsälän lisäksi kuuluvat Hyvinkää, Järvenpää, Pornainen, Tuusula ja Nurmijärvi. Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymä eli Keusote perustettiin 1.1.2019, josta lähtien Keusote on ollut vastuussa jäsenkuntiensa sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä ja tuotannosta. Keusoten tavoitteena on turvata asiakaslähtöisten, tasa-arvoisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuus alueidensa asukkaille. (Sote ihmisen kokoiseksi 2019.)

Mäntsälän kotihoidon tiimit ovat jaoteltu toiminta-alueiden mukaan viiteen erilliseen tiimiin. Tiimit vastaavat oman alueensa piirissä asuvien kotihoidon asiakkaiden kotihoidon talveluista. Näiden tiimien lisäksi Mäntsälän kotihoidossa toimii erillisenä tiiminä kotiutustiimi, jonka vastuulla on uusien kotihoidon asiakkaiden vastaanottaminen, hoidon ja talveluiden tarpeen arviointi kotihoidossa sekä kotihoidon talvelun tarpeen jatkuessa asiakkaan ohjaus asuinalueensa mukaiseen tiimiin. (Kotihoito Mäntsälä 2019.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten käsihygienia toteutuu kotihoidossa. Tavoitteena on saada tietoa käsihygienian toteutumisesta ja edistää käsihygieniaa kotihoidossa.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

Miten käsihygienia toteutuu tällä hetkellä kotihoidossa?

Mitkä ovat käsihygienian toteutumisen haasteet kotihoidossa?

5 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisella tutkimusmenetelmällä voidaan tutkia sosiaalisia ilmiöitä, tapahtumia, toimintoja tai henkilöiden kokemuksia. Laadullisessa tutkimuksessa merkitystä on aineiston sisällön laadulla eikä määrällä, niin kuin kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. Laadullinen ja määrällinen tutkimusmenetelmä eivät kuitenkaan välttämättä poissulje toisiaan vaan näitä menetelmiä voi yhdistää riippuen tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä. (Vilka 2005, 49-51.)

Laadulliseen tutkimusmenetelmään sisältyy erilaisia tiedon hankinnan metodeja eli aineistonkeruumenetelmiä, kuten haastattelu, litterointi, havainnointi ja tekstianalyysi (Metsämuuronen, 2006, 88-89.). Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää joko yksittäin tai eri menetelmiä yhdistäen. Tällöin tutkijan tulee tietää mitä tietoa tutkimuksella pyritään saamaan ja kuinka sitä voidaan kerätä parhaiten. (Juvakka & Kylmä 2007, 64.)

Tämän opinnäytetyön tiedon hankinnan metodina käytämme etnografista eli osallistuvaa havainnointia.

5.1 Osallistuva havainnointi tutkimusmenetelmänä

Havainnointia tutkimusmenetelmänä voi käyttää itsenäisenä työtapana tai käyttää osana muita menetelmiä, kuten osana haastattelua. Havainnoinnin avulla saadaan sanallisen viestinnän lisäksi myös sanatonta viestintää kuvattua. (Juvakka & Kylmä 2007, 94.) Havainnoita tekeillä pyritään saamaan aineistoa tutkittavasta aiheesta ja sen eri tekijöistä. Havainnoimalla voidaan nähdä asiat paremmin niiden oikeissa yhteyksissä kuin muilla tutkimusmenetelmillä. Haastattelun tai kyselyn käyttäminen tuo helpommin esille tutkittavaan aiheeseen liittyvät normit kuin normiin liittyvän käyttäytymisen. Tämä tarkoittaa, että kyselyssä tai haastattelussa kohdehenkilö helpommin vastaa tai kertoo toimivansa niin kuin odotusten mukaan tulisi toimia eikä niin kuin todellisuudessa toimisi. Esimerkkinä kohdehenkilö kertoo haastattelussa

aina pesevänsä kätensä ennen ruokailua. Samaista henkilöä havainnoitaessa käy ilmi, kuinka kohdehenkilö käy syömään ilman käsien pesua. (Grönfors 2010, 154-157.)

Havainnointi tapoja on erilaisia ja ne määrittävät tutkijan roolin havainnoinnissa. Etnografia eli osallistuva havainnointi tarkoittaa, että tutkija itse on kanssakäymisessä tutkittavan henkilön tai ilmiön kanssa ja osallistuu tutkimuskohteen toimintaan. Osallistuva havainnointi eroaa tarkkailevasta havainnoinnista siten, että tarkkaileva havainnointi on ulkopuolista havainnointia, jolloin tutkija ei osallistu tutkittavan henkilön tai ilmiön toimintaan vaan pysyy täysin ulkopuolisena tarkkailijana. Aktivoiva osallistuva havainnointi taas eroaa osallistuvasta havainnoinnista siten, että aktivoiva osallistuva havainnointi pyrkii ilmiön tai toiminnan ymmärtämisen lisäksi myös muuttamaan sitä. Tällöin tutkimuksen aikana tutkija ja tutkimuksen kohde yhdessä tutkivat toimintaa ja tutkimusongelmaa sekä muuttavat toimintaa. (Vilka 2006, 43-47.)

Etnografia avaa uusia näkökulmia hoitotyön käytäntöihin sekä koulutuksen kehittämiseen. Havainnoija voi löytää jotain tärkeää hoitajien kulttuurista tai työn sisältämistä rituaaleista. (Janhonen, Juntunen & Nikkonen 2001, 44.) Etnografisella havainnoinnilla pystytään paljastamaan kohdehenkilön tavallista toimintaa ja jäsentämään sitä. Etnografiaa tutkimusmenetelmänä käytetään usein silloin, kun hankittu tieto halutaan mahdollisimman tiiviisti kytkeä kontekstiin tai tutkittavasta aiheesta tietoa on vähän. Etnografiaa hyödynnetään usein myös silloin, kun tutkimuksen tavoitteena on asiayhteyksien paljastaminen ja esille tuominen. Kun halutaan tutkimuksen aiheesta tai kohteesta monipuolista ja yksityiskohtaista tietoa, soveltuu tällöin tutkimusmenetelmäksi etnografia. Etnografiaa voidaan käyttää myös yhdessä muiden tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmien kanssa, jolloin voidaan ainestoa monipuolistaa ja rikastuttaa. (Collin & Paloniemi 2015, 207-208.)

Etnografista tutkimusta on tehty Suomessa erityisesti yhteiskuntatieteiden ja kasvatustieteiden parissa. Etnografiaa on hyödynnetty tutkittaessa työorganisaatioita esimerkiksi kouluissa sekä terveydenhuollossa. Tällöin tutkijan täytyy tarkastella ja pohtia minkälainen rooli tutkijalla on työyhteisössä, miten tutkijan läsnäolo vaikuttaa organisaation henkilöstön toimintaan ja onko tutkijan mahdollista viettää organisaatiossa aikaa seuraten ja tarkastellen sen toimintaa. Tutkijan on myös huomioitava miten havainnot ja tutkimuksen tulokset raportoidaan työyhteisölle ja minkälaisia tutkimuseettisiä kysymyksiä tai haasteita tutkimuksen toteuttaminen voi tuottaa. Etnografisia tutkimuksia on useimmin tehty yhden henkilön toimesta, mutta tästä on 2000-luvun aikana alettu poikkeamaan. Kollektiiviseksi etnografiaksi kutsutaan sitä, kun useampi kuin yksi henkilö osallistuu kenttätyöhön eli on toteuttamassa havainnointia. (Collin & Paloniemi 2015, 208-210.)

Valitsimme opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi etnografisen havainnoinnin, koska haluamme saada realistisen kuvan käsihygienian toteutumisesta kotihoidossa sekä luotettavia

tuloksia. Tutkimusaineisto kerätään kulkien kotihoidon työntekijän mukana asiakaskäynneillä, jonka vuoksi tarkkaileva havainnointi ei aineiston keräämiseen sovi. Tällöin emme voisi asiakaskäyntien aikana osallistua tilanteeseen lainkaan, mikä tarkoittaa sitä, ettemme voisi edes keskustella asiakkaiden tai hoitajien kanssa. Aktiivinen osallistuva havainnointi tarkoittaisi, että havainnoidessamme keskustelisimme yhdessä kohdehenkilöiden kanssa, pohtisimme ja muuttaisimme kohdehenkilön käsihygienian toteuttamista. Tämän takia aktiivinen osallistuva havainnointi ei sovi menetelmäksemme, koska tarkoituksenamme on selvittää käsihygienian toteutumisen tämän hetkistä tilannetta.

Etnografisella havainnoinnilla on mahdollista saada realistinen kuva käsihygienian toteutumisesta kotihoidossa, kun pystymme luontevasti osallistumaan asiakaskäynneillä keskusteluun, eikä kohdehenkilöt ole tietoisia tarkasta havainnoinnin aiheesta, jolloin heidän toimintansa muuttuisi. Havainnointi tilanteet ovat luontevampia ja ilmapiiriltään rennon oloisia, kun pystymme keskustelemaan kohdehenkilöiden kanssa vapaasti.

5.2 Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi

Tutkimusaineisto koostuu tekemistämme havainnoista kotihoidossa työntekijöiden mukana ollessamme asiakaskäynneillä. Havainnoinnit kohdistuvat työntekijöiden käsihygienian toteuttamiseen hoitotyössä. Tutkimusaineiston kerääminen tapahtuu Mäntsälän kotihoidon eri tiimien työntekijöiden mukana kulkien. Kuljemme kotihoidon työntekijöiden mukana erikseen, jolloin meidän on mahdollista olla useamman työntekijän matkassa. Työn luonteen takia havainnoimme yhden päivän aikana yhteensä neljää työntekijää. Havainnointia kotihoidossa teemme viiden päivän ajan.

Havainnoinnin voi suunnitella ja jäsenellä tarkasti. Muistiinpanotekniikka, luokittelu ja mitta-asteikko tulee olla tarkkaan suunniteltu. Jäsenelty havainnointi edellyttää tarkkaa ongelman asettelua. Mitta-asteikko ja luokittelu edellyttävät, että tutkittavasta aiheesta on ennalta tietoa. (Vilka 2006, 34.) Aineiston keräämisessä käytämme apuvälineenä havainnointilomaketta, josta löytyy valmiit vaihtoehtokohdat erilaisille tilanteille (Liite 2). Havainnointilomake laadittiin WHO:n suositusten pohjalta. Havainnointilomakkeessa on omat osiot käsihygienian toteutumisen edellytyksille, käsien pesulle, käsidesinfektioille ja suojakäsineiden käytölle. Tämän lisäksi jätämme taulukkoon tilaa kirjoittaa havaintoja, joita ei lomakkeessa ole. Alkoholihuuhteen määrän arvioimme silmämääräisesti, sillä kotihoidossa on käytössä 100ml pullot, joista annostelu tapahtuu kaatamalla. Jokaisesta havainnointitilanteesta eli asiakaskäynnistä täytämme oman havainnointilomakkeen, jolloin havainnointilomakkeita tulee useampi yhtä kohdehenkilöä kohden.

Analysointi tapahtuu kahdessa vaiheessa. Ensin havainnot pelkistetään eli havainnot yhdistetään. Toisena vaiheena on arvoituksen ratkaiseminen eli tulosten tulkinta. Havaintojen yhdistämisellä eli sisällönanalyysillä aihetta voidaan tarkastella yksittäistä havainnointia ylemmällä

tasolla. Sisällönanalyysin voi toteuttaa teoria- tai aineistolähtöisesti. Teorialähtöisen sisällönanalyysin pelkistämisen määrää auktoriteetin teoria, malli tai ajattelu. Pelkistäminen tuottaa raakahavaintoja, jotka kertovat ihmisten toiminnasta ja säilyttävät tutkimuskohteiden väliset erot. Ne antavat johtolankoja, miksi jokin asia tapahtuu tai mikä tekee havainnon ymmärrettäväksi. Havaintoja tarkastellaan suhteessa teoriaan, josta muodostuu tulos. (Vilkkä 2006, 75-77)

Kerätty tutkimusaineisto analysoidaan manuaalisesti havainnointilomakkeet läpi käyden. Sisällönanalyysissä aineisto kvantifioidaan havainnointilomakkeen teemojen mukaisesti, jonka jälkeen tulokset kirjoitetaan auki. Käymme läpi myös havainnointilomakkeen ulkopuoliset havainnot, joista tärkeimmät kirjoitetaan ylös. Sen jälkeen aineistoa verrataan teoreettiseen viitekehukseen. Näiden pohjalta tehdään johtopäätökset.

5.3 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyömme suunnitteluvaihe alkoi tammikuussa 2019, kun päätimme työmme aiheen. Tämän jälkeen otimme yhteyttä sähköpostitse Mäntsälän kotihoitoon, jonka halusimme yhteistyökumppaniksemme. Mäntsälän kotihoidon esimies oli kiinnostunut ja myöntäväinen olemaan yhteistyökumppanimme. Mäntsälä oli tällöin juuri liittynyt Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymään, joten otimme yhteyttä Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän kotona asumista tukevien palvelujen päällikköön. Aiheanalyysimme hyväksyttiin huhtikuussa 2019. Kotona asumista tukevien palvelujen päällikkö ohjasi meidät asioimaan tutkimusluvan hakemista varten kuntayhtymän johtajan kanssa. Tutkimusluvan saimme Keski-Uudenmaan sote- kuntayhtymältä syyskuussa 2019 (Liite 1).

Mäntsälän kotihoidon esimiehen kanssa olimme sähköpostitse yhteydessä marraskuussa 2019. Tarkoituksenamme oli suunnitella ja sopia havainnoinnin toteuttamisesta Mäntsälän kotihoidon yksiköissä, jotta havainnointi ei häiritse työntekijöiden työntekoa tai vaikuta negatiivisesti hoitotyön toteutumiseen, toteutuu eettisesti oikein ja tulosten luetettavuus säilyy. Tämä tapaaminen pidettiin 29.11.2019 Mäntsälän kotihoidon toimistotiloissa. Tapaamisessa meidän lisäksi läsnä olivat Mäntsälän kotihoidon esimies sekä kotihoidon asiakaskäyntien vastaava koordinaattori.

Ennen aineiston keräämistä kotihoidossa toimitimme sovitusti sähköpostitse saatekirjeen (liite 3) kotihoidon esimiehelle, jossa kerroimme tulevan havainnoinnin tarkoituksesta ja ajankohdasta. Saatekirjeen sisältö esiteltiin työntekijöiden palaverissa maanantaina 2.12.2019 sekä jaettiin eteenpäin kotihoidon henkilökunnalle sähköpostilla esimiehen toimesta.

Tutkimusaineiston kerääminen alkoi sovitusti 4.12.2019 Mäntsälän kotihoidossa. Asiakaskäyntien vastaava koordinaattori on valmiiksi sopinut meille molemmille havainnoitavat työntekijät aamupäiväksi sekä iltapäiväksi. Työn luonteen vuoksi havainnointikohteen vaihto tapahtuu

lounastauolla, joten molemmilla on noin kaksi havainnoitavaa työntekijää jokaisen havainnointipäivän aikana.

6 Opinnäytetyön tulokset

Tutkimusaineisto kerättiin osallistuvana havainnointina 4.-6.12.2019 ja 9.-10.12.2019 Mäntsälän kotihoidossa. Havainnointi kohteena oli yhteensä 20 kotihoidossa työskentelevää henkilöä, joista yksi oli sairaanhoitaja ja loput lähihoitajia. Jatkossa käytämme kaikista yhteistä nimitystä hoitaja. Havainnoituja asiakaskäyntejä kertyi 59. Tulokset ovat jaoteltu havainnointilomakkeen (Liite 2) aihealueiden mukaisesti.

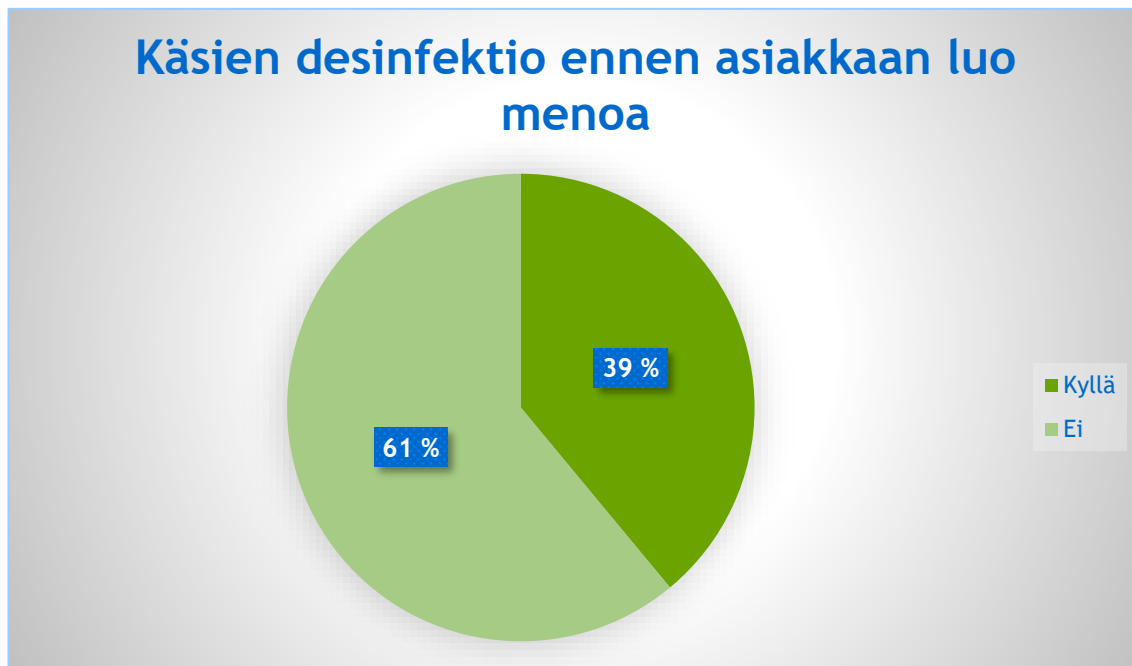
6.1 Käsien kunto ja käsien pesun toteutuminen

Kahdestakymmenestä kohdehenkilöstä kahdella (10%) oli hoitotyöhön soveltuvaksi liian pitkät kynnet. Kenelläkään hoitajalla emme havainneet huonokuntoisia kynsiä, kynsilakkaa tai rannekynsiä. Kahdella (10%) kohdehenkilöllä oli haava tai naarmu kädessään. Kahdella muulla kohdehenkilöllä (10%) oli koruja (rannekoru/sormus) tai rannekello.

Kolmessa 59:stä asiakaskäynnistä hoitaja pesi kätensä saippualla. Kahdella kerralla kädet kuivattiin ohjeistuksien mukaisesti paperiin ja hana suljettiin paperia käyttäen. Yhdellä kerralla käsien saippuapesun jälkeen hoitajalla ei ollut mitään, mihin kädet kuivata, joten hoitaja sulki hanan käsin ja odotti käsiensä kuivuvan.

6.2 Käsien desinfektion toteutuminen

Käsien desinfektio ennen asiakkaan luo menoa toteutui 23 käynnillä (39%), jolloin käsien desinfektio ei toteutunut 36 kerralla (61%). Käsien desinfektio ennen asiakkaan luo menoa selviää kuviosta 1.



Kuvio 1: Käsien desinfektio ennen asiakkaan luo menoa prosentteina.

Elintarvikkeisiin koskettiin kohdehenkilön toimesta 19 käynnillä. Alkoholihuuhdetta ennen elintarvikkeisiin koskemista käytettiin seitsemällä kerralla (35%). Alkoholihuuhdetta ei käytetty ennen elintarvikkeisiin koskemista kahdeksalla kerralla (40%). Viidellä kerralla alkoholihuuhteen tilalla käytettiin suojakäsineitä (25%) elintarvikkeisiin koskettaessa ja näistä yhdellä kerralla suojakäsineet olivat kontaminoituneet. Kuviossa 2 on kuvattu käsien desinfektio ennen elintarvikkeisiin koskemista sekä kertakäyttöisten suojakäsineiden käyttö.



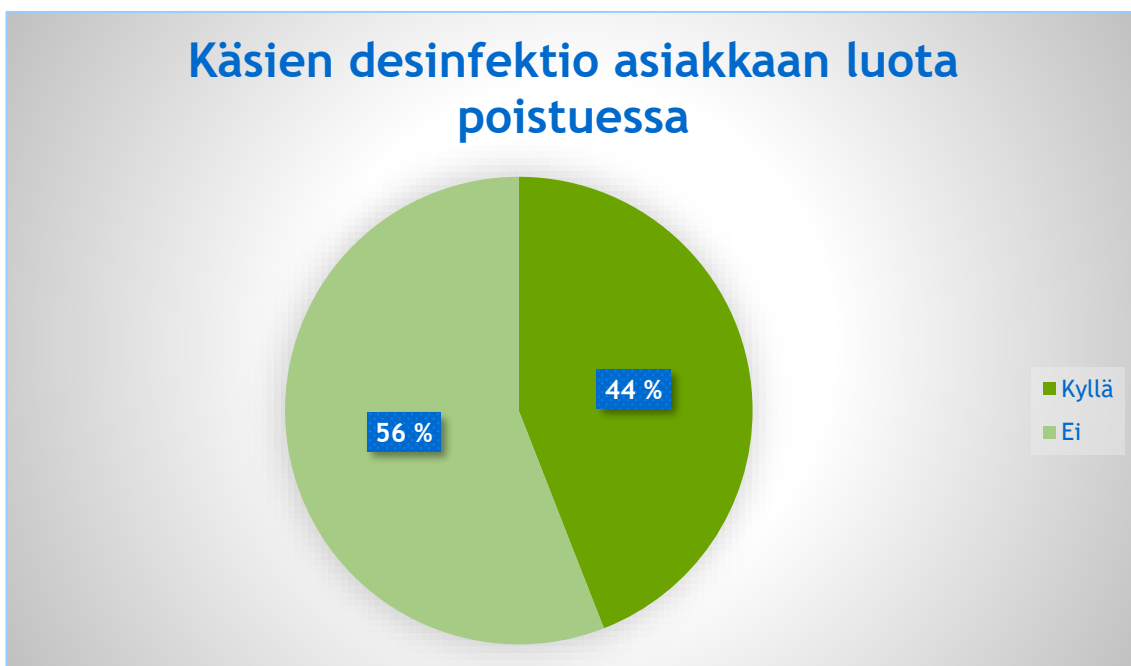
Kuvio 2: Käsien desinfektio ennen elintarvikkeisiin koskemista prosentteina.

Lääkehoitoa toteutettiin kohdehenkilön toimesta 39 asiakaskäynnillä. Kolmella asiakaskäynnillä lääkkeisiin koskettiin kaksi kertaa yhden käynnin aikana. Alkoholihuuhdetta ennen lääkeshoidon toteuttamista käytettiin 20 kertaa (42%). Alkoholihuuhdetta ennen lääkeshoidon toteuttamista ei käytetty 21 kertaa (45%). Suojakäsineitä alkoholihuuhteen sijaan ilman käsidesinfektiota käytettiin 6 kertaa (13%). Käsien desinfektion toteutuminen ja suojakäsineiden käyttö ennen lääkkeisiin koskemista havainnollistetaan kuviossa 3.



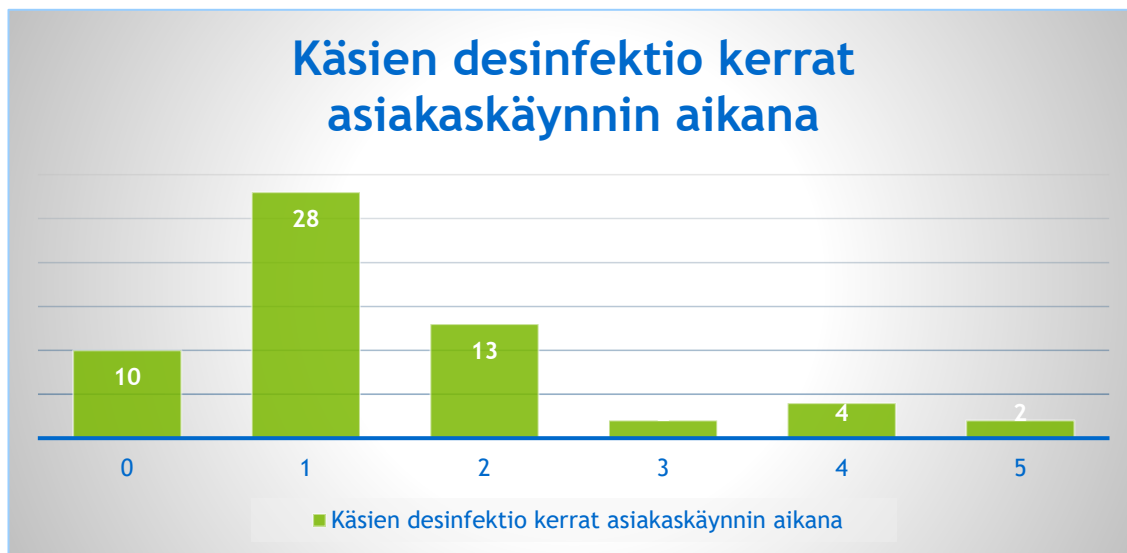
Kuvio 3: Käsien desinfektio ennen lääkkeisiin koskemista prosentteina.

Asiakaskäynniltä poistuttaessa eli asiakkaan luota poistuessa käsidesinfektio toteutui 26 kertaa (44%). Käsidesinfektio ei toteutunut 33 kerralla (56%). Kuvio 4 havainnollistaa käsien desinfection toteutumisen asiakkaan luota poistuessa.



Kuvio 4: Käsien desinfektio asiakkaan luota poistuessa prosentteina.

Käsidesinfektiota ei tapahtunut kertaakaan kymmenellä asiakaskäynnillä (17%). Suurimmassa osassa asiakaskäyntejä käsidesinfektio toteutettiin yhden kerran, 28 käynnillä (48%). Kädet desinfioitiin kaksi kertaa 13 asiakaskäynnillä (22%), kolme kertaa kahdella asiakaskäynnillä (3%), neljä kertaa neljällä asiakaskäynnillä (7%) ja viisi kertaa kahdella asiakaskäynnillä (3%). Käsien desinfiointi kerrat on kuvattu kuviossa 5.

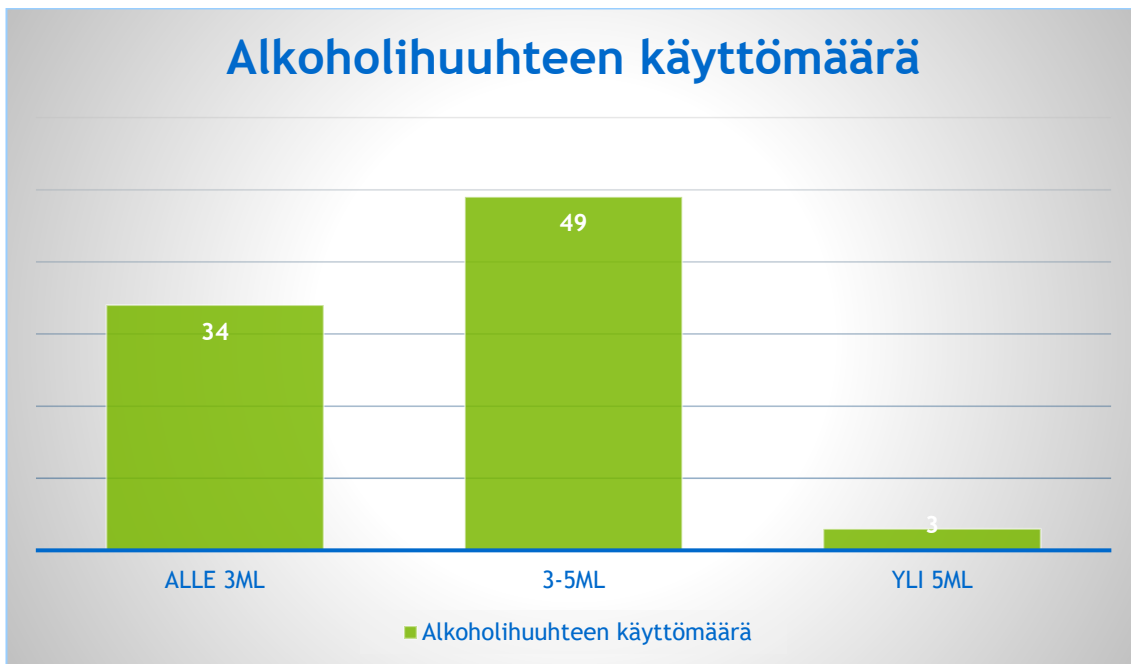


Kuvio 5: Käsien desinfiointi kerrat asiakaskäynnin aikana, asiakaskäyntien lukumäärä 59.

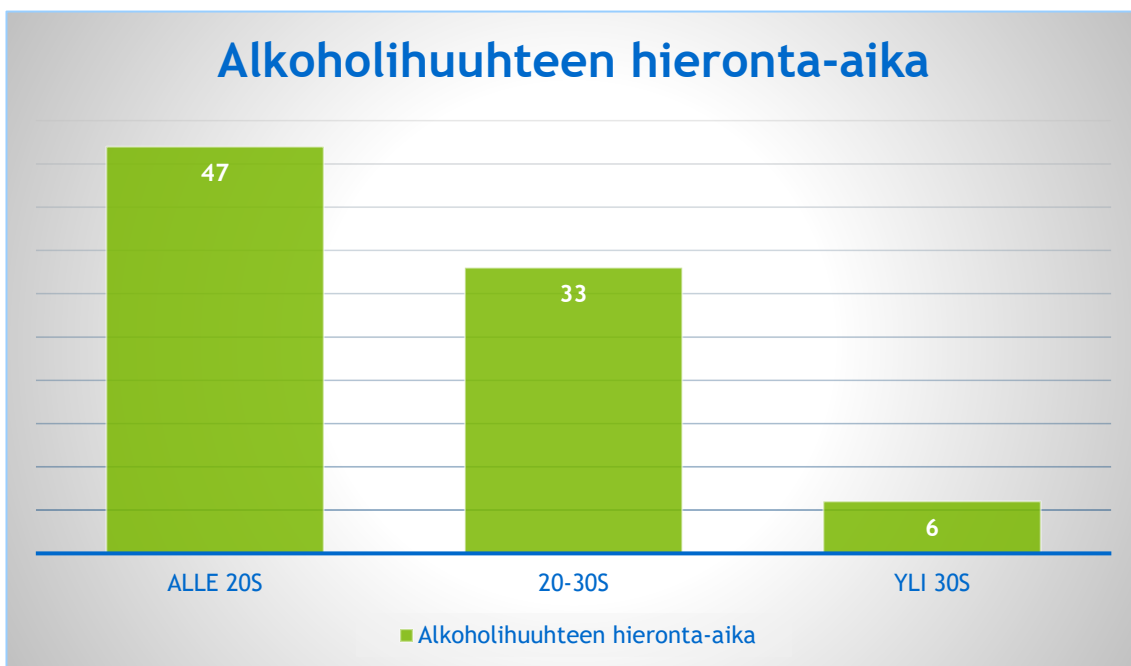
6.3 Käsien desinfiointi tekniikan toteutuminen

Alkoholihuuhteen käyttöä havainnoimme 86 kertaa. Alkoholihuuhteen käytöstä havainnoimme käytettyä alkoholihuuhteen määrää, alkoholihuuhteen käsiin hierontatekniikkaa, alkoholi- huuhteen käsiin hieromiseen käytettyä aikaa sekä mahdollista käsien kuivausta alkoholihuuhteesta.

Alkoholihuuhteen määrän arvioimme silmämääräisesti, sillä työntekijöillä oli käytössä 100ml alkoholihuuhte pullot, joista huuhdetta annostellaan kaatamalla. Alkoholihuuhdetta annosteltiin alle 3ml 34 kertaa (40%), 3-5ml 49 (57%) ja yli 5ml 3 kertaa (3%). Alkoholihuuhteen käyttömäärä näkyy kuviossa 6. Hierontatekniikka oli asianmukainen 36 tapauksessa (42%) ja puutteellinen 50 kerralla (58%). Aikaa alkoholihuuhteen hieromiseen käytettiin alle 20 sekuntia 47 kerralla (55%), 20-30 sekuntia 33 kerralla (38%) ja yli 30 sekuntia kuudella kerralla (7%). Kuviossa 7 kuvataan alkoholihuuhteen hieronta-aikaa. Käsien kuivaus heiluttelemalla tai paperiin kuivaamalla tapahtui kaksi kertaa (2%). Kolmella kertaa kädet olivat näkyvästi käsihuuhteesta kosteat, kun hoitaja jatkoi työntekoa.



Kuvio 6: Alkoholihuuhteen käyttömäärä, havaintojen määrä 86.

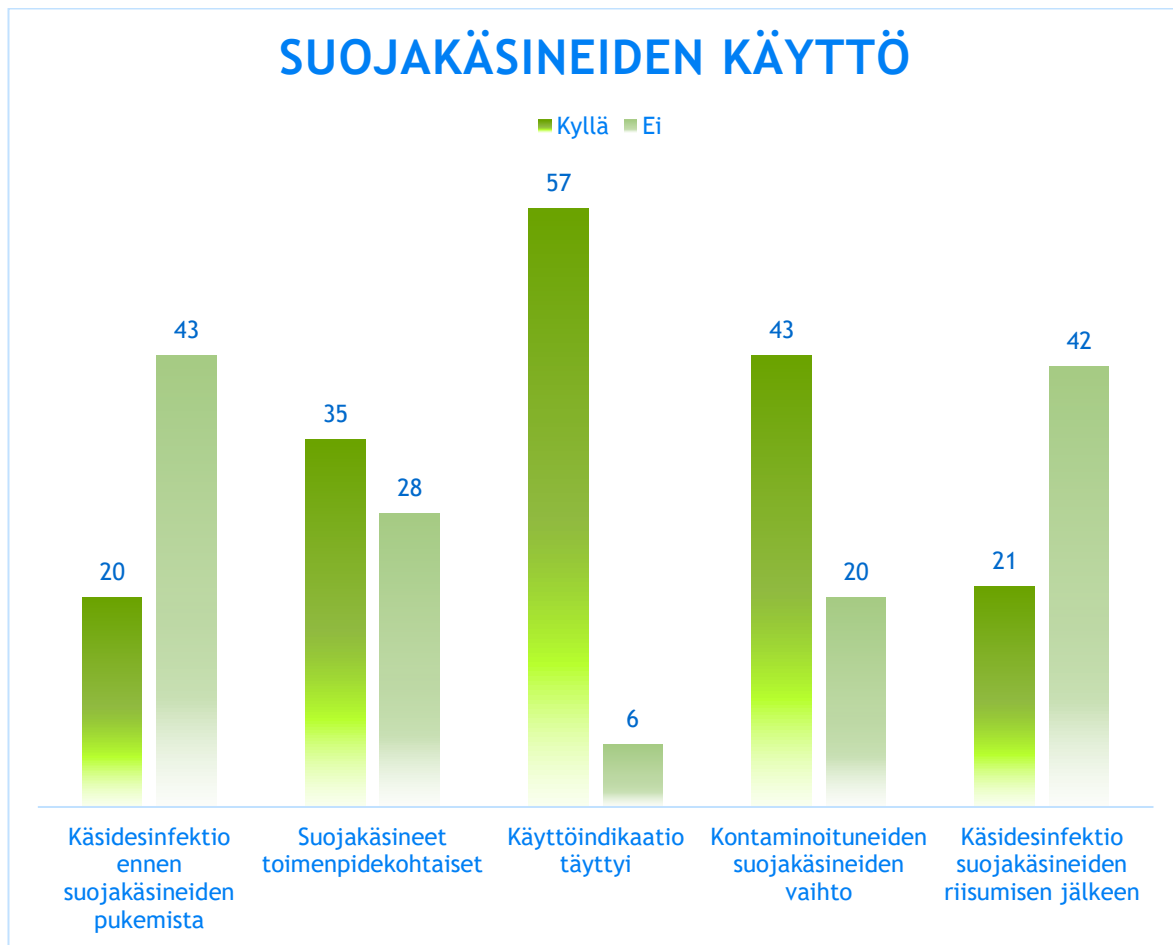


Kuvio 7: Alkoholihuuhteen hieronta-aika, havaintojen määrä 86.

6.4 Suojäkäsineiden käyttö

Suojäkäsineitä käytettiin yhteensä 63 kertaa. Jokaisella kerralla käytettiin tehdaspuhtaita suojäkäsineitä, steriileille käsineille ei havaittu tarvetta. Tehdaspuhtaita suojäkäsineitä kuljettiin suojäkäsineiden omassa laatikossa joko kotihoidon työntekijän repussa tai autossa, erillisessä läpinäkyvässä naruilla suljettavassa pussissa tai irrallisena työliivien taskussa. Osalle asiakkaista oli kotihoidon toimesta viety laatikko tehdaspuhtaita suojäkäsineitä valmiiksi heidän asuntoonsa.

Ennen suojäkäsineiden pukemista alkoholihuuhdetta käytettiin 20 kertaa (32%). Käsien desinfektio ei toteutunut ennen suojäkäsineiden pukemista 43 kerralla (68%). Suojäkäsineet olivat toimenpidekohtaiset 35 kertaa (56%), ei toimenpidekohtaiset 28 kertaa (44%). Suojäkäsineiden käyttöindikaatio toteutui 57 käyttökerran kohdalla (90%). Käyttöindikaatio ei täyttynyt kuudella kerralla (10%). Yleisimmin suojäkäsineitä käytettiin turhaan elintarvikkeita käsitellessä. Kontaminoituneet suojäkäsineet vaihdettiin 43 kertaa (68%), 20 kerralla kontaminoituneita suojäkäsineitä ei vaihdettu (32%). Käsien desinfektio suojäkäsineiden riisumisen jälkeen toteutui 21 kertaa (33%), se ei toteutunut 42 kertaa (66%). Suojäkäsineiden käyttöä työtehtävien kuvataan kuviossa 8.



Kuvio 8: Suojakäsineiden käyttö työtehtävien aikana.

7 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten käsihygienian toteutuu kotihoidossa. Tavoitteena oli saada tietoa käsihygienian toteutumisesta ja edistää käsihygieniaa kotihoidossa. Kotihoidon työntekijöiden työtehtävistä ja työpäivän kulusta olisimme voineet tehdä monenlaisia muita tutkimuksia esimerkiksi ergonomiasta, lääkehoidosta, aseptiikasta tai työssä jaksamisesta, mutta päädyimme tutkimaan käsihygienian toteutumista, koska tämä aihe meitä kiinnosti suuresti. Halusimme saada mahdollisimman realistisen ja rehellisen kuvan käsihygienian toteutumisesta. Tämän vuoksi päädyimme osallistuvaan havainnointiin eli etnografiseen tutkimukseen, jotta pääsisimme todellisuudessa näkemään, kuinka kohdehenkilöt asiakaskäynneillä toimivat. Kohdehenkilöille emme voineet kertoa havainnoinnin tarkkaa kohdetta, jotta kohdehenkilö ei tietoisesti muuttaisi toimintaansa vastaamaan suosituksia ja ohjeistuksia ja näin toimiessaan väärentäisi tuloksia.

Kotihoidossa tehdyn havainnoinnin avulla saimme molempiin tutkimuskysymyksiimme vastauksia. Käsihygienian toteutuminen oli kirjavaa ja vaihteli kohdehenkilöiden välillä. Oli käynnejä, joilla käsihygienian oli suositusten mukainen tai käsihygieniaan ei kiinnitetty huomiota ollenkaan. Tulosten perusteella voidaan todeta, että käsihygienian toteuttamisessa on parannettavaa.

World health organization (WHO) mukaan kädet tulee desinfioida ennen potilaan luomenoa, ennen aseptista toimenpidettä, eritteiden käsittelyn jälkeen, potilaaseen koskemisen jälkeen ja potilaan luota lähdettäessä (Hand hygiene: When, why and how? 2019, 4). Näitä ohjeita noudattamalla jokaista asiakaskäyntiä kohden pitäisi tulla vähintään kaksi käsidesinfektio kertaa, potilaan luota mentäessä ja sieltä poistuessa. Yli puolet (64%) asiakaskäynneistä sisälsi vain yhden tai ei lainkaan käsien desinfektioita. Tulos on samankaltainen aiempiin tutkimuksiin verrattaessa. Helsingin kotisairaalaan alkoholihuuhteen kulutuksen seurannassa alkoholihuuhtetta käytettiin alle kaksi kertaa asiakaskäyntiä kohden (Lehtola 2018, 10). Keskimäärin alkoholihuuhteen käyttökertoja oli 1,5 käyntiä kohden. Vain 39% käynneistä kädet desinfioidiin ennen asiakkaan luomenoa ja 44% käynneistä asiakkaan luota poistuessa. Jokaisella käynnillä vähintään nämä käsien desinfektio-kerrat olisi pitänyt toteutua.

Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) ohjeissa hygieniakäytänteistä asumispalveluyksiköissä ja kotihoidossa ohjeistetaan noudattamaan elintarvikehygieniassa Ruokaviraston ohjeita ja lääkehoidossa hyvää käsihygieniaa (Hygieniakäytänteet asumispalveluyksikössä ja kotihoidossa 2019). Ruokavirasto ohjeistaa noudattamaan hyvää käsihygieniaa pesemällä käsiä ja käyttämällä suojakäsineitä (Henkilökohtainen hygienia 2020). Hoitotyössä ohjeistetaan pesemään kädet wc-käynnin jälkeen ja käsien ollessa näkyvästi likaiset, muuten suosimaan käsien desinfiointia (Ojanperä & Syrjälä 2018, 123). Ennen elintarvikkeisiin koskemista kädet desinfioidiin yli puolessa (60%) tapauksista. Kertakäyttöisiä suojakäsineitä ilman käsien

desinfektiota käytettiin viidellä kerralla. Ennen lääkettä kädet desinfioitiin vain 42% kerroista. Kertakäyttöiset suojakäsineet eivät korvaa käsien desinfektiota.

Alkoholihuuhteen hierontaan käytettiin aikaa alle 20 sekuntia yli puolessa havainnoiduista desinfektiokerroista. WHO:n suositus alkoholihuuhteen hierontaan on 20-30 sekuntia (Hand hygiene: Why, when and how? 2).

Arvioimme yli puolessa (57%) alkoholihuuhteenkäyttökerroista määrän olleen suositusten mukaisesti 3-5ml. Hierontatekniikka alkoholihuuhteen käytössä arvioitiin silmämääräisesti. Näistä havainnoinneista 58% hierontatekniikka oli puutteellinen. Yleisimmin hieronta tehtiin kiireellä, jolloin kaikkia käsien kohtia ei käyty läpi. Käsien desinfektiota toteutettiin myös liian ripeällä käsien vastakkain hieromisella heti alkoholihuuhteen käteen annostelun jälkeen, aiheuttaen suurimman osan alkoholihuuhteesta roiskuvan käsistä pois. Tämä tarkoittaa, ettei käsiin tullut lopulta hierottua riittävää määrää alkoholihuuhtetta eikä alkoholihuuhtetta tullut oikeaoppisesti hierottua käsien kaikille alueille.

WHO:n ohjeen mukaan kädet tulee pestä saippualla, kun kädet ovat näkyvästi likaiset tai wc-käynnin jälkeen. Pesun tulee kestää 40-60 sekuntia. (Handhygiene: Why, when and how? 2009, 3.) Tällaisen tilanteen havainnoimme kolme kertaa. Kahdella kerralla käsienpesu suoritettiin ohjeiden mukaisesti. Yhdellä kerralla hoitajalla ei ollut mitään, mihin kädet kuivata. Ratkaisuna oli sammuttaa hana käsin ja odottaa käsien kuivumista. Tässä huomasi kotihoidon työympäristön erityisyyden, kun tarvittavat välineet eivät ole helposti saatavilla.

Käsihygienian toteutumisen haasteet kotihoidossa ovat tuloksien perusteella kiire, käsien pesun mahdollisuuden olemattomuus ja tarvittavien välineiden hankala saatavuus asiakaskäynneillä. Pohdimme myös tuttavallisen asiakassuhteen vaikutusta käsihygienian toteutumiseen. Asiakkaat tulevat työntekijöille väistämättä tutuiksi ja työympäristö on asiakkaan koti, jolloin ammatillinen ote voi heikentyä ja näin ollen oikeaoppisen käsihygienian toteuttaminen unohdettua.

Tuloksia vertailimme myös selvittääksemme, oliko meidän alkoholihuuhteen käyttämisellä ja käyttämättömyydellä asiakaskäyntien yhteydessä vaikutusta kohdehenkilöiden käytökseen. Havainnointien tuloksia vertaillen ei voitu todeta merkittäviä eroja tuloksissa nimenomaan alkoholihuuhteen käyttömäärissä.

Jatkotutkimuksena voisi olla selvitys kotihoidon työntekijöiden käsihygienian tietotasosta, omista kokemuksista käsihygienian toteutumisesta ja siihen vaikuttavista positiivisista ja negatiivisista tekijöistä sekä mahdollisten jatkokoulutusten tarjonnasta ja saannista. Näiden jatkotutkimuksien avulla pystyisi kehittämään käsihygienian koulutusta kotihoidossa.

Kehitysehdotuksena on säännöllisen käsihygieniakoulutuksen tarjonta ja saatavuus kotihoidon työntekijöille. Hygieniahoidajasta tai hygieniavastaavasta olisi kotihoidon yksikössä hyötyä, jotta käsihygienian toteutusta, koulutusta ja kehitystä voidaan jatkossakin seurata.

8 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö toteutettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen. Toimintatapamme olivat rehelliset, huolelliset ja tarkat. Aineisto kerätään eettisesti ja avoimesti. Muiden tutkijoiden työlle annamme arvon viittamalla heidän tutkimuksiinsa Laurean ohjeiden mukaisesti. Haimme asiaan kuuluvan tutkimusluvan. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012, 6.)

Päädyttyämme etnografiseen tutkimukseen, pohdimme, kuinka saamme tutkimuksen toteutettua eettisesti oikein ja saaden luotettavia tutkimustuloksia. Pohdimme erityisesti, miten kohdehenkilöille tulee ja voi kertoa tutkimuksemme aiheen ilman eettisyyden ja luotettavuuden vaarantumista. Eettisesti toimiessa tulee olla rehellinen ja avoin, mutta liian tarkkaan kerrottu havainnoinnin kohde tulisi väärentämään tutkimuksen tuloksia. Asiaa pohdimme vielä ohjaavan opettajamme sekä kotihoidon esimiehenkin kanssa, jotta olimme varmoja eettisyyden toteutumisesta vaarantamatta tuloksien aitoutta.

Pohdimme myös oman käytöksemme vaikutuksia havainnoinnin aikana ja voimmeko me omalla käytöksellämme vaikuttaa kohdehenkilöiden käytökseen. Erityisesti pohdimme, vaikuttameko kohdehenkilön alkoholihuuhteen käyttöön, jos me itse havainnoinnin aikana käytämme alkoholihuuhtetta. Tämän ratkaisimme niin, että meistä toinen ei pyydä kohdehenkilöltä alkoholihuuhtetta, eikä kuljeta itsellään omaa alkoholihuuhtepulloa mukana asiakaskäynneillä, kun taas toinen pyytää itselleen alkoholihuuhtepullon ja käyttää sitä aina tarpeen mukaan, vähintään asiakkaan luomassa ja sieltä poistuessa.

Aineisto kerättiin havainnoimalla hoitotyöntekijöiden työtä asiakkaiden kodeissa. Siksi on tärkeää muistaa eettinen vastuu. Käytännössä se tarkoittaa, ettemme tee mitään sellaista, mitä emme itselle haluaisi tekevän. Tekemämme muistiinpanot ovat meidän yksityisomaisuuttamme, jotka eivät tule pääsemään asiaankuulumattomien käsiin. (Grönfors 2011, 112-118.)

Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista niin työntekijöille kuin asiakkaille. Ennen havainnointia toimitimme kotihoitoon kirjeen, jossa kerroimme havainnoinnin ajankohdasta ja tarkoituksesta (liite 3). Jokaisella asiakaskäynnillä kysyimme asiakkaalta luvan olla käynnillä hoitajan mukana. Allekirjoitimme tietoturvasitoumukset, joissa sitouduimme noudattamaan salassapitovelvollisuutta kyseisessä yksikössä. Keusoten johtajalta on varmistettu lupa kotihoidon yksikön tarkkaan nimeämiseen opinnäytetyössämme.

Tavoitteemme oli tehdä havainnointi niin, ettemme vaikuta havainnoitavan käytökseen. Halusimme havainnointitilanteiden olevan luontevia ja luotettavan aineiston saamiseksi emme kertoneet havainnoitaville tarkkaan, mihin asioihin kiinnitämme huomiota, jotta emme

vaikuttaisi heidän käyttäytymiseensä. Vilka (2006, 53) kirjoittaa tutkimuskohteen luotettavuuden saavutettavan nopeasti, kun tutkittaville kertoo tutkimuksen luonteen ja kiinnostuksen kohteen. Joissain tapauksissa informaatiovelvollisuus voi vaarantaa tutkimuksen tavoitteet, joten informaation tarkkuus määritetään tapauskohtaisesti.

Suunnitellessamme opinnäytetyömme toteutusta saaden mahdollisimman luotettavia tuloksia, oli mielessämme Hawthorne-efekti. Tällöin pohdimme, kuinka saamme havainnoinnin tehtyä eettisesti, mutta ilman, että kohdehenkilöt muuttavat toimintaansa tietäessään havainnoinnin tarkoituksen. Tällöin kohdehenkilöt suurella todennäköisyydellä muuttaisivat toimintaansa niin, että se vastaa suosituksia, eikä niin, kuin he todellisuudessa toimivat.

Hawthorne-efekti on termi, jolla tarkoitetaan muutosta tutkimuksen kohdehenkilön käyttäytymisessä tehden suoritteensa paremmin kuin normaalissa tilanteessa, kun tutkimuksen kohdehenkilö tiedostaa hänen suoritustaan tarkkailtavan ja tutkittavan (Cherry, 2018).

Etnografisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella uskottavuuden, todeksi vahventamisen, merkityksellisyyden arvioinnin, toistuvuuden ja kyllästeisyyden mukaan (Janhonen ym. 2001, 72-73). Opinnäytetyön uskottavuutta ja toistuvuutta tukee havainnointikohteiden ja havainnointien määrä. Aineisto kerättiin kotihoidon normaalissa työympäristössä ja tulokset olivat verrattavissa teoreettiseen viitekehykseen.

Lähteet

Painetut

Collin, K. & Paloniemi, S. 2015. Mitä ihmettä on kollektiivinen etnografia? Teoksessa Aaltola, J., Eskola, J., Heikkinen, H., Hänninen, V., Ilmonen, K., Kiviniemi, K., Laine, T., Metsämuuronen, J., Moilanen, P., Niikko, A., Rajala, R., Rantala, I., Räihä, P., Suoranta, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell, 207-210.

Grönfors, M. 2010. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Aaltola, J., Aarnos, E., Eskola, J., Hakala, J., Heikkinen, H., Niikko, A., Ropo, E., Saarela-Kinnunen, M., Saloviitta, T., Siekinen, K., Syrjälä, L., Valli, R., Vastamäki, J. & Åhlberg, M. (toim.) Ikkunoita tutkimusmenetelmiin 1. 3. uudistettu painos. Juva: Bookwell, 154-158.

Janhonen, S., Juntunen, A. & Nikkonen, M. 2001. Hoitokulttuurin tutkimuksesta: etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell, 44-80.

Jonsson, A., Karhumäki, E. & Saros, M. 2016. Mikrobit hoitotyön haasteena. Keuruu: Otava.

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

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvluista 980/2012.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Ojanperä, H. & Syrjälä, H. 2018. Hyvä hoitokäytäntö ja varotoimet. Anttila, V.-J., Kanerva, M., Kuronen, M., Kurvinen, T., Lyytikäinen, O., Rantala, A., Vuento, R. & Ylipalosaari, P. (toim.) Teoksessa Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 7. uudistettu painos. Helsinki: Juvenes Print.

Tartuntatautilaki 1227/2016.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava.

Vilkkä, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus.

Sähköiset

Alastalo, H. & Kehusmaa, S. 2018. Kotihoidon asiakasmäärien kasvu kiihtyy - seuraako laatu mukana? Viitattu 3.2.2020.

<https://thl.fi/-/kotioidon-asiakasmaarien-kasvu-kiihtyy-seuraako-laatu-mukana->

Alastalo, H., Kehusmaa, S., & Luoma, M.-L. 2017. Kotihoidon asiakasmäärä kasvanut, mutta henkilöstön määrä vähentynyt. Viitattu 3.2.2020.

<https://thl.fi/-/kotioidon-asiakasmaara-kasvanut-mutta-henkiloston-maara-vahentynyt>

Alastalo, H., Kehusmaa, S., & Vainio, S. 2017. Kotihoitoa on aiempaa useammin saatavilla ympärivuorokautisesti. Viitattu 30.1.2020.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135120/TUT12017_19_Kotihoi-toa%20on%20aiempaa%20useammin%20saatavilla%20ymp%3a4rivuorokautisesti_io.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Antimicrobial Resistance. 2019. OECD. Viitattu 29.11.2019.

<https://www.oecd.org/health/health-systems/AMR-Tackling-the-Burden-in-the-EU-OECD-ECDC-Briefing-Note-2019.pdf>

Arifulla, D., Lyytikäinen, O., Ollegren, J. & Veltheim, J. 2016. Hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaan suunnatut resurssit sekä seuranta- ja torjuntatoiminta Suomen akuuttisairaaloissa, 2014. Viitattu 3.2.2020.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130488/URN_ISBN_978-952-302-656-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Arifulla, D., Lyytikäinen, O., Sarvikivi, E. & Toura, S. 2018a. Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys Suomessa 2016. Viitattu 12.11.2019.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137107/Hoitoon%20liittyvien%20infektioiden%20esiintyvyys%20Suomessa%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arifulla, D., Lyytikäinen, O., Sarvikivi, E. & Toura, S. 2018b. Hoitoon liittyvät infektiot ja mikrobilääkkeiden käyttö Suomen pitkäaikaishoitolaitoksissa 2017. Viitattu 21.1.2020.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137124/URN_ISBN_978-952-343-209-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cherry, K. 2018. The Hawthorne effect and behavioral studies. Viitattu 20.1.2020

<https://www.verywellmind.com/what-is-the-hawthorne-effect-2795234>

Finne-Soveri, H. 2015. Porvoossa suuret säästöt hoitamalla muistisairaita kotona. Viitattu 30.1.2020

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126389/Porvoossa%20suuret%20s%C3%A4st%C3%A4st%C3%B6t%20hoitamalla%20muistisairaita%20kotona.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Grönfors, M. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätyömenetelmät. Viitattu 25.10.2019.

http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf

Hakanen, A., Jalava, J. & Kaartinen, L. 2017. Mikrobilääkeresistenssin torjunnan kansallinen toimintaohjelma 2017-2021. Viitattu 30.1.2020.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79886/STM_4_17_mikroilaakeresistenssin_torjunnan_kansallinen_toimintaohjelma_WWW.pdf

Hand hygiene: Why, when and how?, 2009. WHO. Viitattu 20.10.2019

https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf

Henkilökohtainen hygienia. 2020. Ruokavirasto. Viitattu 30.1.2020.

<https://www.ruokavirasto.fi/yritykset/elintarvikeala/elintarvikealan-yhteiset-vaatimukset/elintarvikehygienia/henkilokohtainen-hygienia/>

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 25.10.2019.

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Hygieniaikäytännöt asumispalveluyksiköissä ja kotihoidossa. 2019. TAYS. Viitattu 30.1.2020.

[https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioiden_torjunta/Toimintayksiköiden_infektioiden_torjunta/Hygieniakaytannot_asumispalveluyksikoissa\(56988\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Infektioiden_torjunta/Toimintayksiköiden_infektioiden_torjunta/Hygieniakaytannot_asumispalveluyksikoissa(56988))

Jaakola, S., Jalava, J., Kuusi, M., Liitsola, K., Lyytikäinen, O., Löflund, J-E., Nohynek, H., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Salminen, M., Savolainen-Kopra, C., Toropainen, M. & Virtanen, M. Tartuntataudit Suomessa 2017. Viitattu 3.2.2020.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136615/THL_RAP_6_2018_Tartuntataudit%20Suomessa%202017KORJ27.8.2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Josefsson, K., Sinervo, T., & Vehko, T. 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa - kotihoidon kehitys huolestuttavaa. Viitattu 30.1.2020.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134678/URN_ISBN_978-952-302-876-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Julkunen, I. & Meri, S. 2011. Ihon ja limakalvojen puolustusmekanismit. Viitattu 28.11.2019.
<https://www.oppiportti.fi/op/imm00301/do>

Järvinen, R. & Ojanperä, H. 2016. Sairaalahygienialehti, 26-27. Viitattu 27.11.2019.
http://sshy.fi/data/documents/lehdet/17_1.pdf

Koivula, R. & Saarsalmi, O. 2017. THL. Viitattu 10.11.2019.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134849/URN_ISBN_978-952-302-895-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kotihoito. 2019. Keski-Uudenmaan sote. Viitattu 25.10.2019.
https://www.keski-uudenmaansote.fi/asiakasryhmien_palvelut/ikaihmisten-palvelut/hoitoapua-kotiin/kotihoito/

Kotihoito ja kotipalvelut. 2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 25.10.2019.
<https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Kotihoito Mäntsälä. 2019. Keski-Uudenmaansote. Viitattu 26.10.2019.
https://keski-uudenmaansote.fi/asiakasryhmien_palvelut/ikaihmisten-palvelut/hoitoapua-kotiin/kotihoito/

Kunnallinen ja yksityinen kotihoito. 2019. Terveyskylä. Viitattu 25.10.2019.
<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/apua-arkeen/kunnallinen-ja-yksityinen-kotihoito>

Kuntien avainluvut. 2019. Tilastokeskus. Viitattu 20.1.2020.
https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Kuntien_avainluvut/Kuntien_avainluvut_2019/kuntien_avainluvut_2019_viimeisin.px/table/tableViewLayout1/?rxid=444223df-f91c-4479-891f-5dcd50b983d2

Kuronen, R. & Mielikäinen, L. 2019. THL. Viitattu 28.11.2019.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138194/Tr21_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Kylät. 2019. Mäntsälä. Viitattu 22.1.2020
<https://www.mantsala.fi/kylat>

Lehtola, L. 2018. Sairaalahygienia-lehti. Viitattu 27.11.2019.
http://sshy.fi/data/documents/lehdet/18_1.pdf

Lumio, J. 2019. Terveyskirjasto. Viitattu 30.1.2020
https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=kol00419

Lähihoitaja on moniosaaja. 2019. Superliitto. Viitattu 2.12.2019.
<https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/lahihoitajan-tyo/lahihoitaja-on-moniosaaja/>

Muuttuvat vanhuspalvelut. 2019. THL. Viitattu 25.10.2019.
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. 2019. THL. Viitattu 31.1.2020.
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

Peltonen, S. & Tasanen-Määttä, K. 2011. Ihon rakenne, tehtävät ja toiminnot. Viitattu 27.11.2019.
<https://www.oppiportti.fi/op/iht00004/do>

Salava, A. 2018. The Skin Microbiome : Investigations on skin malignancies and preterm newborn skin. Helsingin yliopisto. Viitattu 19.12.2019.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/232567/THESKINM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sarvikivi, E. 2019. THL. Viitattu 30.1.2020.
<https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/-/mikrobilaakkeiden-kulutus-on-pysynyt-euroopassa-vakaana-suomessa-kulutus-on-vahentynyt-seka-avohoidossa-etta-sairaaloissa?redirect=%2Ffi%2Fweb%2Finfektiotaudit-ja-rokotukset%2Fajankohtaista%2Finfektio-ja-rokotusuutiset%2Fuutisia-aiheesta-antibiottiresistenssi>

Sote ihmisen kokoiseksi. 2019. Keski-Uudenmaan sote. Viitattu 4.11.2019.
<https://www.keski-uudenmaansote.fi/>

Tavanomaiset varotoimet. 2018. THL. Viitattu 20.10.2019.
<https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit/ohjeet-ja-saadokset/ohjeita-terveydenhuollolle/tavanomaiset-varotoimet>

Tilvis, R. 2016. Ikääntymisen vaikutus immunitettiin. Duodecim. Viitattu 20.12.2019.
<https://www.oppiportti.fi/op/ger00209/do>

WHO:n käsihygieniajulisteet. 2019. THL. Viitattu 13.11.2019.
https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit/seuranta-ja-epidemiati/hoitoon_liittyvien_infektioiden_seuranta/siro-ohjeet/who-n-kasihygieniajulisteet

Kuviot

Kuvio 1: Käsien desinfektio ennen asiakkaan luo menoa prosentteina.....	22
Kuvio 2: Käsien desinfektio ennen elintarvikkeisiin koskemista prosentteina.	23
Kuvio 3: Käsien desinfektio ennen lääkkeisiin koskemista prosentteina.	24
Kuvio 4: Käsien desinfektio asiakkaan luota poistuessa prosentteina.	24
Kuvio 5: Käsien desinfektio kerrat asiakaskäynnin aikana, asiakaskäyntien lukumäärä 59. ...	25
Kuvio 6: Alkoholihuuhteen käyttömäärä, havaintojen määrä 86.	26
Kuvio 7: Alkoholihuuhteen hieronta-aika, havaintojen määrä 86.....	26
Kuvio 8: Suojakäsineiden käyttö työtehtävien aikana.	28

Liitteet

Liite 1: Tutkimuslupa	39
Liite 2: Havainnointilomake	40
Liite 3: Saatekirje	42

Liite 1: Tutkimuslupa

Keski- SOTE Uudenmaan	Keski-Uudenmaan sote Kuntayhtymän johtaja Tutkimuslupapäätös	Ote viranhaltijapäätöksestä 23.09.2019	1 (2) § 206
---------------------------------	---	--	----------------

Tämä asiakirja on sähköisesti hyväksytty asianhallintajärjestelmässä

KEUDno-2019-1484
Käsihygienian toteutuminen kotihoidossa

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia käsihygienian toteutumista kotihoidossa kartoittamalla kotihoidon hoitajien käsihygieniata hoitotyössä. Tavoitteena on saada tietoa käsihygienian toteutumisesta. Tutkimusmenetelmä on kotihoitotyön havainnointi. Suunnitelmana on päästä kotihoidon työntekijän mukaan tarkkailijan roolissa mahdollisesti 2-3 päivänä, jolloin on mahdollisuus seurata 4-6 työntekijän toimintaa hoitotyössä. Tutkimuksen kohdealue on Mäntsälän kotihoito.

Liitteet:
1 Allekirjoitettu tutkimuslupahakemus
2 Opinnäytetyön suunnitelma

Päätöksen peruste
Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän hallintosääntö (Yhtymähallitus 4.12.2018 § 156) § 15 kohdan 4 mukaan kuntayhtymän johtaja päättää luvan antamisesta tieteellisiin tutkimuksiin ja tietojen luovuttamisesta tähän tarkoitukseen.

Päätös
Myönnän tutkimusluvan Sini Roikosen ja Sanna Posion tutkimukseen käsihygienian toteutuminen kotihoidossa.

Tiedoksi
Asianosaiset, hakijat, yhteyshenkilö kuntayhtymässä

Allekirjoitus

Pirjo Laitinen-Parkkonen, kuntayhtymän johtaja

Viranhaltijapäätöksen nähtävänäolo
Nähtävillä www.keski-uudenmaansote.fi 10.10.2019

Tiedoksianto asianosaiselle
Tiedoksi hyväksytty tutkimuslupahakemus

Liite 2: Havainnointilomake

Havainnointilomake

Aika _____

Havainnoija _____

Havainnointinumero _____

Sairaanhoidtaja _____ Lähihoitaja _____ Muu _____

Tehtävät _____

Käsien kunto

	Kyllä	Ei	Muuta huomioitavaa
1. Kynnet lyhyet ja lakattomat			
2. Ihon kunto hyvä			
3. Koruja tai kelloja			

Käsien pesu

	Kyllä	Ei	Muuta huomioitavaa
4. Käsien pesu, kun näkyvästi likaiset			
5. Käsienpesu saippualla			
6. Kuivaus paperipyyhkeellä			
7. Hanan sulkeminen paperipyyhkeellä			

Käsien desinfektio

	Kyllä	Ei	Muuta huomioitavaa
8. Ennen potilaan luomenoa			
9. Ennen aseptista toimenpidettä			
10. Ennen elintarvikkeisiin koskemista			
11. Ennen lääkkeisiin koskemista			
12. Potilaan luota poistuessa			

Desinfektio tekniikka

	<3ml	3-5ml	>5ml
13. Käsihuhteen määrä			
	Asianmukainen	Puutteellinen	
14. Hierontatekniikka			
	<20s	20-30s	>30s
15. Hieronta-aika			
	Kyllä	Ei	
16. Kuivaus paperiin tai heiluttelemalla			

Suojakäsineiden käyttö

	Kyllä	Ei	Muuta huomioitavaa
17. Desinfektio ennen suojakäsineitä			
18. Suojakäsineet toimenpidekohtaiset			
19. Suojakäsineiden käyttöindikaatio täyttyy			
20. Kontaminoitujen suojakäsineiden vaihto			
21. Desinfektio riisumisen jälkeen			

Liite 3: Saatekirje



AMMATTIKORKEAKOULU
University of Applied Sciences

Saatekirje

30.11.2019

Hei

Olemme loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoita Laurea-ammattikorkeakoulun Porvoon campukselta. Olemme tulossa keräämään aineistoa opinnäytetyötämme varten 4.-6.12.2019 ja 9.-10.12.2019. Tarkoituksenamme on seurata kotihoidon työtapoja. Aineiston keruu tapahtuu osallistuvana havainnointina. Tämä tarkoittaa sitä, että voimme keskustella normaalisti, mutta emme osallistu työntekoon millään tavalla. Ajatuksena on, että me molemmat olemme eri työntekijöiden mukana aamupäivän ja iltapäivän.

Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Aikomuksenamme ei ole häiritä työntekoa. Kyseessä ei ole ohjaustilanne, joten meille ei tarvitse kertoa mitä tekee ja miksi tekee. Seuraamme siis aivan tavallista kotihoidon hoitajan työpäivää. Aineisto kerätään anonyymisti. Toivomme pääsevämme mahdollisimman monen työntekijän mukaan.

Tulemme esittämään opinnäytetyömme teille tammikuussa 2020.

Ystävällisin terveisin

Sini Roikonen, sairaanhoitajaopiskelija
sini.roikonen@student.laurea.fi

Sanna Posio, sairaanhoitajaopiskelija
sanna.posio@student.laurea.fi