

Hyvinvointialueiden infektiorjunnan nykytilan kartoitus

Kyselyn tulokset

Heli Heikkinen, Mari Kanerva, Maire Matsinen, Jaana-Marija Lehtinen, Outi Lyytikäinen, Emmi Sarvikivi, Jaana Kalliokoski, Liisa Karhe

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian yhtenä tavoitteena on yhtenäistää hyvät infektiorjunnan käytännöt. (1) Strategian toimeenpanon edistämiseksi Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus on julkaissut toimenpideohjelman. Toimenpideohjelmassa laaja tavoite on pilkottu konkreettisiksi, aikataulutetuiksi tehtäviksi, jotka edistävät tavoitteen saavuttamista. Yksi toimenpideohjelmassa mainittu tehtävä on kartoittaa infektiorjunnan nykytila toimintansa aloittaneilla hyvinvointialueilla. (2)

Infektiorjunnan nykytilaa kartoittava Webropol -kysely lähetettiin kaikkien hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin, HUS-yhtymän sekä Ahvenanmaan infektiorjuntayksiköille. Vastausaika oli 8.5.-12.6.2023 ja määräajassa vastauksia saatiin 21 (vastausprosentti 87,5 %). Kyselyn sisällön tuotti strategian toimeenpanon suunnitteluryhmä, joka koostuu infektiorjunnan asiantuntijoista eri puolilta Suomea. Kyselyn toteutti Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus.

Kyselyn tavoitteena oli kartoittaa eri hyvinvointialueilla jo olemassa olevat hyvät käytännöt ja hyödyntää niitä kansallisessa kehittämisessä. Selvityksen avulla pyrittiin myös tunnistamaan kriittiset, kansallisesti yhteiset kehittämiskohteet. Kyselyssä oli yhteensä 43 kysymystä, joiden

avulla selvitettiin hyvinvointialueiden infektiorjunnan rakenteita, oma-valvontaa, perehdytyskäytäntöjä ja osaamisen ylläpitoa, hygieniayhdyshenkilötoimintaa, hoitoon liittyvien infektioiden ja torjuntatoimien seuranta sekä seurantatulosten hyödyntämistä, epidemioiden torjuntaa sekä infektioiden ehkäisyyn ja torjuntaan liittyviä työ- ja potilasohjeita. Lisäksi kartoitettiin hyvinvointialueiden mahdollisuutta osallistua kansalliseen kehittämistyöhön.

Tässä artikkelissa kuvataan kyselyn keskeiset tulokset. Avoimista vastauksista on nostettu suoria lainauksia. Vastajien tunnistetiedot (mm. hyvinvointialueen tiedot) on poistettu lainauksista.

Infektiorjunnan rakenteet

Vastanneiden mukaan infektiorjunnan vastuut on kuvattu 48 % hyvinvointialueista ja 33 % hyvinvointialueista oli parhaillaan päivittämässä vastuukuvauksia. Osalla hyvinvointialueista (19 %) vastuita ei ole kuvattu tai vastaajalla ei ollut riittävästi tietoa kysymykseen vastaamiseksi. Vastauksista ilmeni hyvinvointialueiden erilaiset toimintatavat: osassa on hyvinvointialueelle siirtymisen yhteydessä keskitetty toimintoja (mm. kuntien tartuntatautihoitajien siirtyminen infektiorjuntayksikköön, vaikka he

Tavoitteena on yhtenäistää hyvät infektiorjunnan käytännöt.

tekevät työtä alueella). Myös rakenteissa on eroja, sillä infektioyksikkö ja tartuntatautiyksikkö saattavat olla erilliset tai hyvinvointialueetasolla ei ole tartuntatautihoitajaa.

”Infektioiden torjunnan organisointi ja toiminnan rakentaminen HVA:lle on aloitettu vastikään.”

Infektioidentorjunnan toimintasuunnitelma ja -kertomus laaditaan valtaosalla hyvinvointialueista (71 %). Osalla hyvinvointialueista nämä sisältyvät asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan ja -raporttiin (38 %). Viidellä hyvinvointialueella toimintasuunnitelmaa ja -kertomusta ei laadita.

Suurimmalla osalla hyvinvointialueista (86 %) tehdään jo yhteistyötä infektioidentorjunnan asiantuntijoiden sekä asiakas- ja potilasturvallisuudesta vastaavien tahojen kesken. Useimmiten yhteistyö keskittyy haittatapahtumien seurantaan (67 %), yhteiseen toimintasuunnitelmaan/-raporttiin (62 %) sekä seurantalukujen läpikäyntiin (52 %). Muutamilla hyvinvointialueilla järjestettiin yhteisiä teema- ja koulutuspäiviä (19 %). Lisäksi yhteistyötä tehdään omavalvontasuunnitelmiin liittyen (10 %). Yhdellä hyvinvointialueella infektioiden torjunta on mukana potilasturvallisuuden ohjausryhmässä.

”Koordinaatio potilasturvallisuus- ja omavalvontayksiköiden kanssa tulee olla kiinteää ja johdon sitouttaminen toimintaan on tärkeää.”

Infektioidentorjunta on sisällytetty hyvinvointialueetasoisiin asiakirjoihin hyvin. Infektioidentorjunta on osa omavalvontaohjelmia 71 %:lla ja osa asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa 67 %:lla hyvinvointialueista. Neljällä hyvinvointialueella infektioidentorjunta ja seuranta on osa laadunhallinnan suunnitelmaa. Kolmella hyvinvointialueella infektioidentorjuntaa ei ole vielä kuvattu hyvinvointialueen dokumenteissa: asia on tällöin kuvattu esimerkiksi infektioiden torjuntayksikön ohjeisiin tai asiakirjoihin.

Omavalvonta

Suurin osa hyvinvointialueista on jo ohjeistanut sisällyttämään infektioidentorjunnan yksikkökohtaisiin omavalvontasuunnitelmiin tai hyvinvointialueen ohjeistus on valmistelussa (kuva 1). Vastauksissa oli kuitenkin eroavaisuuksia: pelastustoimen ja ensihoidon omavalvontasuunnitelmien osalta 33 % ei ollut riittävästi tietoa vastaukseen. Sen sijaan yksityisten palvelujen sekä sosiaalihuollon palvelujen omavalvontasuunnitelmiin infektioidentorjunta oli jo ohjeistettu lisäämään.

Vain kahdella hyvinvointialueella oli olemassa vakioidut määritelmät infektioidentorjuntaan kilpailutus- ja ostopalvelusopimuksissa. Tavallisempaa oli määritellä infektioidentorjunnan vaatimukset kilpailutuskohtaisesti (29 %). Yli puolet (52 %) vastanneista koki, ettei heillä ole riittävästi tietoa hyvinvointialueen hankinta- ja ostopalvelusopimusten kriteereistä.

Infektioidentorjunta yksikkökohtaisissa omavalvontasuunnitelmissa	Kyllä	Valmistelussa	Ei	Ei riittävästi tietoa
Erikoissairaanhoidossa	7	8	2	4
Perusterveydenhuollossa	9	9	2	1
Sosiaalihuollossa	10	6	0	4
Pelastustoimessa ja ensihoidossa	4	7	1	7
Yksityisissä palveluissa	10	7	0	4
Muu	0	1	0	0

Kuva 1. Infektioidentorjunta on ohjeistettu kuvaamaan yksikkökohtaisissa omavalvontasuunnitelmissa (1km, vastaajia 21).

Perehdytyskäytännöt

Infektiorjunta oli osa kaikille uusille työntekijöille annettavaa yleisperehdytystä kahdeksalla hyvinvointialueella ja kahdeksan hyvinvointialuetta oli parhaillaan laatimassa infektiorjunnan perehdytysosiota osaksi yleisperehdytystä. Kolmella hyvinvointialueella perehdytyskäytäntöjen kehittämistä ei ole vielä aloitettu. Suurella osalla (62 %) hyvinvointialueista infektiorjuntayksikkö on ollut mukana suunnittelemassa yleisperehdytyksen sisältöä, mutta kolmasosa vastanneista toi esille, ettei infektiorjunta ole osallistunut suunnitteluun.

Infektiorjunnan perehdytys oli yleisimmin osa yksikkökohtaista perehdytystä (43 %). Perehdytystä järjestettiin joko yksilöperehdytyksenä (33 %) tai verkkokurssina (33 %). Yleisimmin käytössä oli Duodecimin tarjoama infektiorjunnan verkkokurssi. Kahdella hyvinvointialueella oli käytössä infektioyksikön laatima verkkokurssi. Systemaattinen, keskitetty yleisperehdytys oli käytössä neljällä hyvinvointialueella (19 %). Lisäksi hyödynnettiin perehdytysohjetta, opetusvideoita sekä infektiorjunnan koulutuksia. Suurin osa vastanneista (71 %)

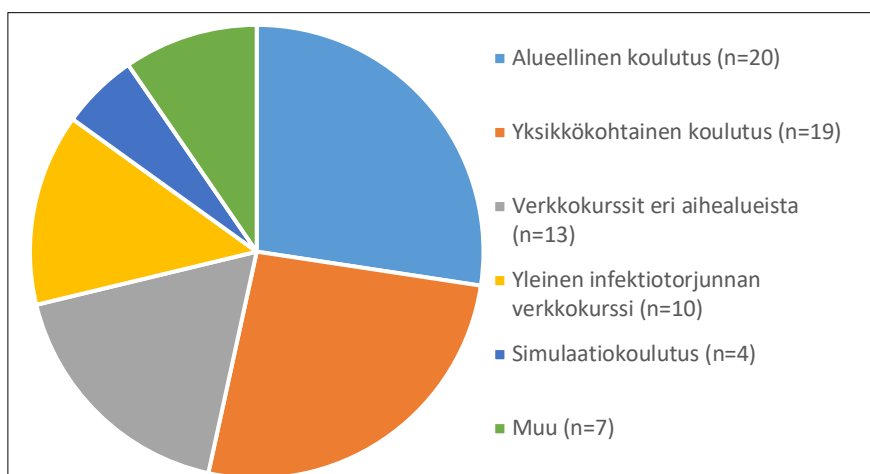
toi esille, että perehdytyskäytännöt vaihtelevat yksiköittäin. Lähes kaikki hyvinvointialueet (95 %) kokivat tarvetta kansalliselle infektiorjunnan verkkoperehdytysmateriaalille, joka on maksutta kaikkien toimijoiden saatavilla.

”Perehdytys ei ole johdonmukaista, etenäkään uusille sairaanhoitajille.”

Osaamisen ylläpito ja täydennyskoulutus

Kahdelle hyvinvointialueelle on määritelty infektiorjunnan osaamisvaatimukset ja viidellä hyvinvointialueella osaamisvaatimusten laadinta on aloitettu. Yleisintä oli, ettei osaamisvaatimuksia ole kuvattu (62 %) eikä infektiorjunnan lisäkoulutusta oltu ohjeistettu/määritetty (52 %).

Infektioiden torjunnan osaamista pidetään yllä koulutuksella. Yleisimmät tavat järjestää koulutusta olivat alueellinen koulutus, yksikkökohtainen koulutus sekä verkkokurssit eri aihealueista tai yleinen infektiorjunnan verkkokurssi (kuva 2). Lisäksi hyödynnetään mm. hygieniayhdyshenkilöiden kokouksia.



Kuva 2. Työntekijöiden infektiorjunnan osaamista ylläpitävän koulutuksen järjestäminen (lkm, vastaajia 21).

Lähes kaikki hyvinvointialueet tarjoavat infektiorjunnan koulutusta myös yksityisille palveluntuottajille.

Lähes kaikki hyvinvointialueet tarjoavat infektiorjunnan koulutusta myös yksityisille palveluntuottajille. Säännöllisesti koulutusta tarjotaan seitsemällä hyvinvointialueella ja pyydettyäessä 13 hyvinvointialueella.

Hygieniayhdyshenkilötoiminta

Hygieniayhdyshenkilö oli yleisimmin ohjeistettu nimeämään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä oman palvelutuotannon sosiaalihuollon yksiköihin. Pelastustoimen ja ensihoidon osalta ohjeistus yleisimmin puuttui tai se ei ollut tiedossa. (Kuva 3)

Hygieniayhdyshenkilöiden perehdytys järjestettiin useimmiten infektio- tai hygieniahoitajan antamana henkilökohtaisena perehdytyksenä. Yli puolella vastanneista oli käytössä perehdytysrunko. Perehdytyksessä hyödynnettiin myös kirjallista perehdytysmateriaalia, verkkokoulutusmateriaalia sekä yhteistä perehdytyskoulutusta ja kuu-kausittaisia koulutuksia eri aiheista. Yhdellä hyvinvointialueella on tarjolla myös kolmen opintopisteen hygieniayhdyshenkilökoulutusta. Kolmasosa vastanneista toi esille, ettei heillä ole vielä järjestelmällistä perehdytystä hygieniayhdyshenkilöille eikä perehdytystä ole ohjeistettu. Yhtä lukuun ottamatta kaikki hyvinvointialueet

kokivat tarvetta maksuttomalle, kansalliselle, myös ruotsinkieliselle hygieniayhdyshenkilöiden verkko-perehdytysmateriaalille.

Hygieniayhdyshenkilön tehtävänkuvaus oli laadittu lähes kaikilla hyvinvointialueilla (95 %). Neljäsosa hyvinvointialueista oli kuvannut hygieniayhdyshenkilön osaamisvaatimukset infektiorjuntayksikön toimesta. Hygieniayhdyshenkilöiden täydennyskoulutus toteutui säännöllisesti 12 hyvinvointialueella. Täydennyskoulutuksesta vastaa useimmiten hygieniahoitajat ja infektiorjuntayksikkö.

Suurimmalla osalla hyvinvointialueista (85 %) on ohjeistettu varajaan hygieniayhdyshenkilölle säännöllistä työaika yksikön käytäntöjen edistämiseen. Ohjeistettu työaika vaihteli ½ tunnista viikossa kolmeen tuntiin viikossa. Osalla hyvinvointialueista tarkkaa tuntimäärää ei ole kuvattu, sillä aika vaihtelee yksikkökohtaisesti. Vastauksissa tuotiin esille, että nykyinen henkilöstötilanne ei mahdollista henkilöstön irrottamista kehittämissuunnitelmiin perustehtävästä.

Hygieniayhdyshenkilöverkosto koostuu säännöllisesti 18 hyvinvointialueella. Hygieniayhdyshenkilöverkostolle on nimetty koordinoija 76 %:lla hyvinvointialueista. Useimmiten koordinoijana toimi hygieniahoitaja tai infektiorjuntayksikkö.

	Kyllä	Osaan yksiköistä	Ei	Ei riittävästi tietoa
Erikoissairaanhoidon yksiköt	85,7 %	0,0 %	0,0 %	14,3 %
Perusterveydenhuollon yksiköt	95,2 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %
Sosiaalihuollon yksiköt (oma palvelutuotanto)	76,2 %	23,8 %	0,0 %	0,0 %
Pelastustoimen ja ensihoidon yksiköt	40,0 %	20,0 %	15,0 %	25,0 %
Yksityiset palvelun tuottajat	57,2 %	23,8 %	9,5 %	9,5 %
Muu, mikä?	25,0 %	25,0 %	50,0 %	0,0 %

Kuva 3. Hyvinvointialueen palvelut, joihin on ohjeistettu nimeämään infektio-/hygieniayhdyshenkilö (% , vastaajia 21).

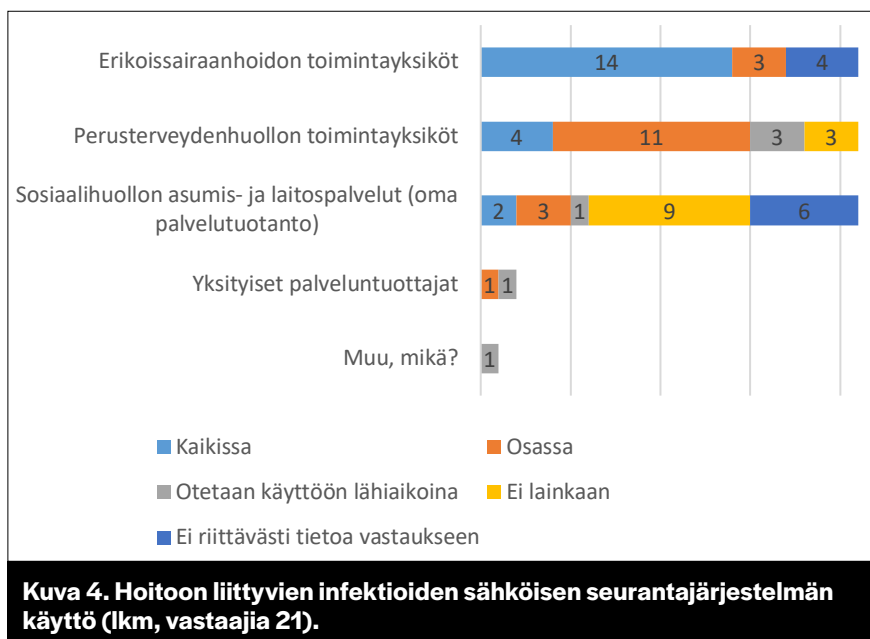
Hoitoon liittyvien infektioiden raportointi

Sähköinen hoitoon liittyvien infektioiden seurantajärjestelmä on käytössä yleisimmin erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä, Perusterveydenhuollon yksiköissä järjestelmä oli myös käytössä laajalti tai sitä oltiin ottamassa käyttöön. Vain kolme hyvinvointialuetta toi esille, ettei perusterveydenhuollon yksiköissä ole lainkaan käytössä sähköistä hoitoon liittyvien infektioiden seurantajärjestelmää. Sähköinen järjestelmä oli harvinaisempi oman palvelutuotannon sosiaalihuollon asumis- ja laitospalveluissa. Suurimmalla osalla vastanneista ei ollut tietoa yksityisten palveluntuottajien tilanteesta. (Kuva 4.)

Erikoissairaanhoidossa yleisin hoitoon liittyvien infektioiden seurantajärjestelmä oli SAI-järjestelmä (80 %). Antibioottiheräte on käytössä kolmellatoista hyvinvointialueella. SIRO-seurannassa oli mu-

kana 15 hyvinvointialuetta. APOTTI-infektioseuranta oli käytössä kahdella vastanneista. Yleisimmin SIRO-seurannassa oltiin mukana hoitoon liittyvien veriviljelypositiivisten infektioiden seurannassa (14 vastaajaa), *Cl.difficile*-infektioiden seurannassa (10 vastaajaa) sekä elektiivisiin lonkka- ja polviproteesileikkauksiin liittyvien infektioiden seurannassa (10 vastaajaa). Viisi hyvinvointialuetta toteuttaa hoitoon liittyvien infektioiden prevalenssitutkimusta kerran vuodessa ja viisi hyvinvointialuetta useammin kuin kerran vuodessa.

Perusterveydenhuollossa yleisin seurantamenetelmä oli SAI-järjestelmä (52 %). Antibioottiheräte oli käytössä kahdeksalla hyvinvointialueella. SAI-järjestelmä ei kuitenkaan kata kaikilla hyvinvointialuetta kaikkia toimintayksiköitä: järjestelmä saattaa olla käytössä terveyskeskuksen vuodeosastolla tai yksittäisessä terveyskeskussairaalassa. Kahdeksan hyvinvointialuetta toteut-



Tietojärjestelmistä saatavan tiedon ajantasaisuus ja vertailtavuus vaihteli eri hyvinvointialueilla.

taa prevalenssitutkimuksen kerran vuodessa perusterveydenhuollon yksiköissä ja neljä useammin kuin kerran vuodessa. Muutama vastaaja kertoi toteuttavansa prevalenssia, mutta harvemmin kuin kerran vuodessa. Muina seurantamenetelminä oli RAI-seuranta tai potilastietojärjestelmään kytkeytyt infektioittarit.

Sosiaalihuollon asumis- ja laitospalveluissa hoitoon liittyviä infektioita ja mikrobilääkekulutusta seurattiin yleisimmin RAI-järjestelmän kautta (61,9 %). Prevalenssitutkimusta käytettiin seitsemällä hyvinvointialueella, mutta vaihtelua oli sen osalta, kuinka usein prevalenssi toteutettiin (kerran vuodessa tai osana kansallista prevalenssia). Jatkuva ilmaantuvuusseuranta oli käytössä vain kahdella hyvinvointialueella ja vain toisessa seurattiin kaikkia hoitoon liittyviä infektioita.

Tietojärjestelmistä saatavan tiedon ajantasaisuus ja vertailtavuus vaihteli eri hyvinvointialueilla. Kahdeksalla hyvinvointialueella järjestelmästä saadaan tiedot hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyydestä suhteessa haluttuun nimittäjään (esim. toimenpide, hoitopäivä, käynti). Tavallisinta oli, että tietoa saadaan esimerkiksi erikoissairaanhoidon osalta, mutta ei perusterveydenhuollosta. Tietojen manuaalinen yhdistäminen ja tarkistaminen tuo raportointiin viivettä.

”Hoitoon liittyvien infektioiden vertailutiedon tuottaminen on haastavaa, mutta sitä on systemaattisesti pyritty kehittämään. Nyky menetelmillä tämä vaatii paljon työtä ollakseen luotettavaa.”

Hoitoon liittyvistä infektioista raportoidaan hyvinvointialueen ylimmälle johdolle yleisimmin *Cl. difficile* -infektiot (90 %), veriviljelypositiiviset infektiot (84 %), moniresistenttien mikrobien aiheuttamat infektiot (79 %), verisuonikatetri-infektiot (74 %) sekä leikkausalueen ja polven sekä lonkan tekonivelleikkausten infektiot (68 %). Raportoinnin valmistelu on meneillään kahdella hyvinvointialueella.

Mikrobilääkeresistenssi

Mikrobilääkeresistenssitilannetta seurataan 19 hyvinvointialueella ja mikrobilääkekulutusta 14 hyvinvointialueella. Lähes puolet hyvinvointialueista ei seuraa mikrobilääkkeiden käyttöä indikaatioittain. Kirurgisen mikrobilääkeprofylaksian oikea-aikaisuutta seuraa 57 % joko kaikkien toimenpiteiden osalta tai osittain. Yhdeksän hyvinvointialuetta ei seuraa lainkaan kirurgisen mikrobilääkeprofylaksian oikea-aikaisuutta.

Epidemioiden seuranta ja torjunta

Suurin osa hyvinvointialueista (67%) on keskittänyt hoitoon liittyvien infektioiden ja -epidemiaepäilyjen ilmoittamisen ja konsultaatioavun hyvinvointialueen infektio- ja torjuntatiimille. Moniresistenttien mikrobien osalta keskittäminen oli vieläkin yleisempää (81 %). Vaikka epidemioiden ilmoittaminen oli keskitetty infektio- ja torjuntatiimille, saattoivat tartuntatautilääkärit ja -hoitajat koordinoita epidemian torjuntatoimia. Tämä oli yleisempää hoitoon liittyvien infektioiden (29 %) kuin moniresistenttien mikrobien (14 %) aiheuttamissa epidemioissa. Esimerkiksi infektio- ja torjuntayksikkö saattaa vastata torjuntatoimista sairaalan tai hoitoyksikön sisällä ja tartuntatauti- ja torjuntayksikkö perusterveydenhuollon, laitosasumisyksiköiden ja avohoidon osalta. Vastausten lisätiedoissa tuotiin myös esille, että käytännöt vaihtelevat moniresistenttien mikrobien ja tartuntatauti- ja torjuntayksikkö osalta: MDR-epidemia selvittää infektio- ja torjuntayksikkö ja tartuntatauti- ja torjuntayksikkö ja tartuntatauti- ja torjuntayksikkö. Yksi hyvinvointialue ilmoitti, että käytännöt vaihtelevat ja niistä sovitaan erikseen jokaisen epidemian yhteydessä.

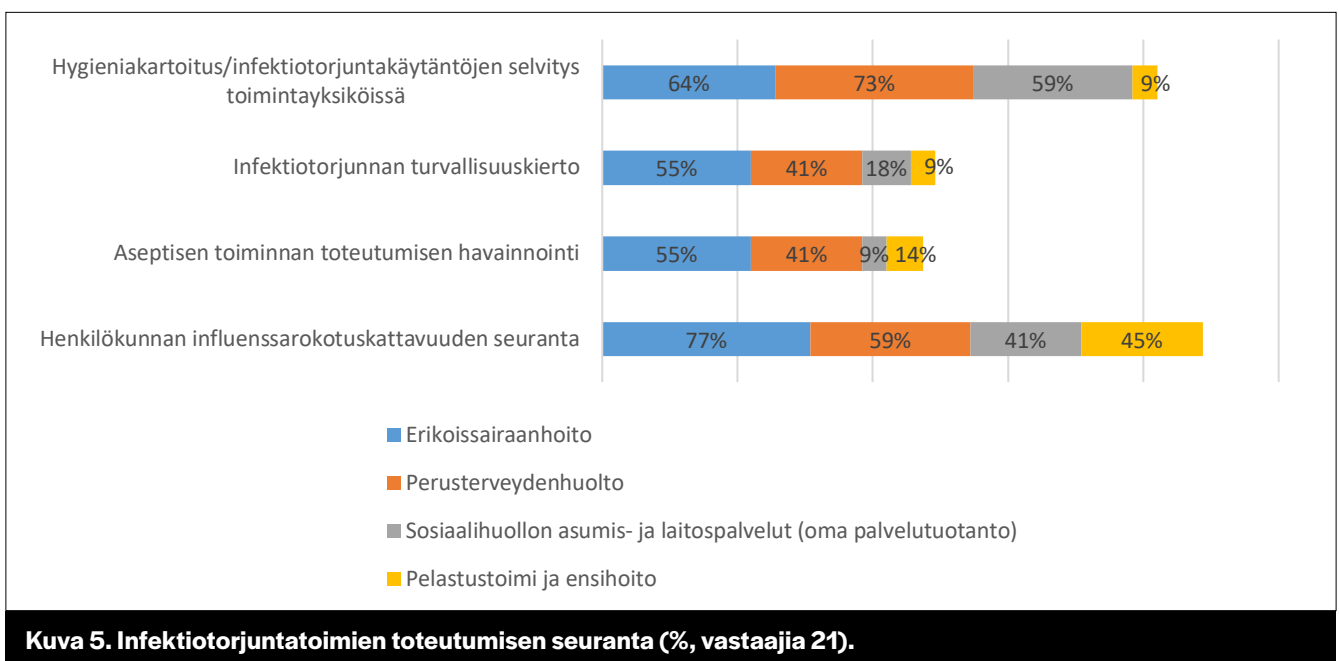
Torjuntatoimien toteutumisen seuranta

Infektio-identtorjuntatoimien toteutumista seurataan yleisimmin henkilökunnan influenssarokotuskattavuuden avulla. Yksikkökohtaiset hygieniakartoitukset /infektio-identtorjuntakäytäntöjen selvitykset olivat yleisesti käytössä pelastustoimea lukuun ottamatta. Infektio-identtorjunnan turvallisuuskiertoja tai aseptisen toiminnan havainnointia tehtiin useimmin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. (Kuva 5.)

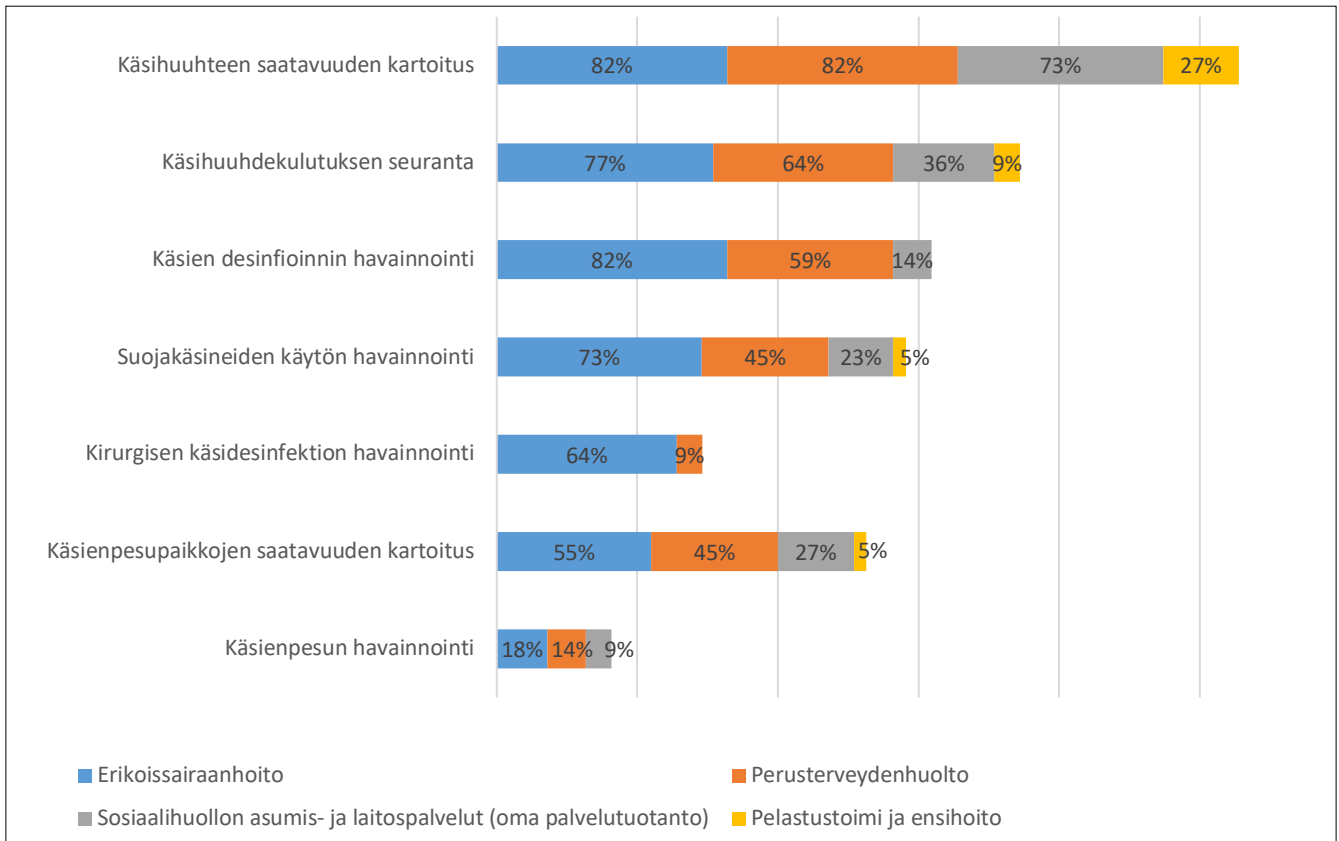
Käsihygieniaa on ohjeistettu seuraamaan käsihuhteen saatavuuden kartoituksella (esim. miten käsihuuhdepulloja on sijoitettu ja onko niissä desinfektioainetta). Käsihuuhdekulutuksen seuranta on yleistä etenkin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Kulutuksen seurannassa on haasteita, sillä seuranta edellyttää mahdollisuutta raportoida käsihuuhdetoimituksia toimintayksikkökohtaisesti. Mikäli toimituspaikkoja on yhdistetty, ei

yksikkökohtaista tietoa ole mahdollista saada. Käsien desinfiointia havainnoidaan erikoissairaanhoidossa 18 hyvinvointialueella ja perusterveydenhuollossa 13 hyvinvointialueella. Havainnointi oli selvästi harvinaisempaa sosiaalihuollon asumis- ja laitospalveluissa ja havainnointi oli käytössä vain kolmella hyvinvointialueella. Kirurgista käsien desinfiointia havainnoidaan 14 hyvinvointialueella erikoissairaanhoidossa. (Kuva 6.) Vastauksissa tuotiin lisäksi esille, että käsihuhteen ja käsienpesupaikkojen saatavuuden kartoitukset ovat osa yksiköiden omavalvontaa.

”Perusterveydenhuollon ja asumispalveluiden infektioiden torjuntakäytänteiden kartoituskäytäntöjen vakioitu tarkistuslista hygieniatoimittajan käyttöön voisi olla hyödyllinen. Kartoituskäynnin yksi olennainen osa voisi olla yksikön omavalvontasuunnitelman hygieniasuuden sisällön tarkastelu.”



Kuva 5. Infektio-identtorjuntatoimien toteutumisen seuranta (% vastaaja 21).



Kuva 6. Käsihygienian toteutumisen seuranta hyvinvointialueilla (% , vastaajia 21).

Seurantatiedon hyödyntäminen

Yleisintä oli, että infektio-identorjuntatoimien toteutumista seurattiin ja tuloksia käsiteltiin yksikkötasolla (80%). Yhdeksällä hyvinvointialueella tulokset käsitellään säännöllisesti linjajohdossa (43%). Vastanneista 68% kertoo, että seuranta johtaa kehittämistoimenpiteisiin tai että toimintaa pyritään kehittämään tiedon perusteella. Infektio-identorjunnan seurantatiedot siirtyvät automaattisesti johdon tietopöydälle vain yhdellä hyvinvointialueella. Tiedot siirtyvät manuaalisesti (infektio-identorjuntayksikkö kokoaa tiedot) neljällä hyvinvointialueella. Yleisintä oli (55%), että tiedot lähetetään erillisellä dokumentilla (esimerkiksi toimintakertomus).

Infektio-identorjunnan seurantatietoja ei raportoida hyvinvointialueen johdolle kahdella hyvinvointialueella (9%). Muilla hyvinvointialueilla tietoja ra-

portoitiin ylemmälle johdolle, mutta raportointitiheys vaihteli tarvittaessa toimitettavasta raportista neljä kertaa vuodessa tapahtuvaan raportointiin. Yleisintä oli raportoida tiedot kerran vuodessa (41%).

Suurella osalla hyvinvointialueista infektio-identorjunnan seurantatieto ei ole vielä julkista (59%). Viidellä hyvinvointialueella hoitoon liittyvien infektioiden seurantatieto on julkista ja neljällä hyvinvointialueella raportoidaan väestölle infektio-identorjuntatoimien seurantaan koskevia tietoja (mm. erikoissairaanhoidon käsihuuhdekulutus, henkilökunnan influenssarokotuskattavuus). Tietoja voidaan julkaista esimerkiksi osana hyvinvointialueen Laaturaporttia tai infektio-identorjunnan vuosiraporttia. Avoimissa vastauksissa tuotiin esille, että luotettavan ja ajantasaisen hoitoon liittyvien infektioiden seurantatiedon tuottaminen osavuosisikatsauksittain on haastavaa ja vaatii nyky menetelmillä

paljon työtä. Raportti on usein valmis vasta 2–3 kuukauden viiveellä.

Infektiorjunnan työ- ja potilasohjeet

Infektiorjunnan yhtenäiset ohjeet olivat käytössä lähes kaikilla vastaan- neista hyvinvointialueista (96 %). Suurin osa vastaajista (68 %) toi esille, että ohjeet kattavat kaikki hyvinvointi- alueen toimintaympäristöt. Yhte- näinen ohjeistus uupui useimmiten henkilökuljetusten, pelastustoimen ja ensihoidon sekä yksityisten palvelu- jen osalta. Puolet vastaajista toi esille, ettei yksityisillä toimijoilla ole pääsyä yhteisiin hyvinvointialueen ohjeisiin. Seitsemällä hyvinvointialueella kaikki infektiorjunnan ohjeet ovat julkisia.

Suuri osa hyvinvointialueista (59 %) koki tarvetta kansallisille, uusil- le infektiorjunnan ohjeille. Kolmas- osa vastaajista ei kokenut tarvetta kan- sallisille uusille ohjeille tällä hetkellä.

Asiakkaille, potilaille sekä lähei- sille suunnattuja ohjeita oli yleisim- min yskimishygieniasta (86 %), moni- resistenteistä mikrobeista (82 %), käsi- hygieniasta (77 %) sekä tartuntatau- deista (77 %). Seitsemän hyvinvointi- aluetta oli laatinut ohjeistusta myös hoitoon liittyvien infektioiden torjun- nasta (32 %). Asiakkaiden, potilaiden ja läheisten ohjeistuksessa hyödynnetään myös THL:n ohjeita, terveystietojärjestön materiaalia sekä toisen hyvinvointi- alueen tai yliopistosairaalan ohjeita.

”Yhtenäiset ohjeet kansallisesti tarvittaisiin”.

Osallistuminen kansalliseen kehittämiseen

Kymmenen hyvinvointialuetta (48 %) ilmoitti halukkuudesta ja mahdolli- suudesta osallistua kansalliseen ke- hittämiseen, kuten infektiorjunnan koulutusmateriaalin kehittämiseen, kansallisten ohjeiden laatimiseen se- kä kansallisiin asiantuntijatyöryhmiin. Kiinnostusta kansalliseen kehittämi- seen olisi, mutta koska vaadittu työ- panos tai aihepiiri ei ole tiedossa, koettiin haastavana lupautua tehtä-

vään. Kaikilla hyvinvointialueilla osallistumismahdollisuutta ei ole resurssihaasteiden vuoksi, mutta syn- tyvää materiaalia ollaan valmiita ot- tamaan käyttöön.

Lisäksi toivottiin THL:n otta- van koordinaativastuuta ohjeiden, verkkokurssien sekä muun materi- aalin tekemisessä. Ehdotettiin myös, että THL kokoaisi asiantuntijoita eri hyvinvointialueilta näiden laatimisek- si. Tätä kyselyä on ollut laatimassa asia- kas- ja potilasturvallisuusstrategian toimeenpanoa edistävä alatyöryhmä, jossa on mukana THL:n edustajia, infektiorjunnan asiantuntijoita se- kä asiakas- ja potilasturvallisuuden vastuuhenkilöitä hyvinvointialueilta. Työryhmän toimintaa fasilitoi Asia- kas- ja potilasturvallisuuskeskus. Asiakas- ja potilasturvallisuus- keskus koordinoi valtakunnallista asiakas- ja potilasturvallisuustyötä ja toimeenpanee myös STM:n asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiaa vuosille 2022–2026. (3)

Lopuksi

Nykytilan kartoitus osoittaa, että hyvinvointialueilla on jo olemassa hyviä käytäntöjä, joiden käyttöä on mahdollista laajentaa kansallisiksi toimintatavoiksi. Alue- ja yksikkö- kohtaisia eroja kuitenkin on ja yhte- näisten käytäntöjen saavuttamisessa on hyvinvointialueilla paljon tehtävää. Kansallisesti yhtenäisiin käytäntöihin on vielä matkaa. Yhdenmukaistamista hankaloittavat hyvinvointialueiden erilaiset infektiorjunnan rakenteet ja organisaatiot.

Hyvinvointialuetta koskeviin kysy- myksiin koettiin haastavana vastata, sillä vastaajalla ei välttämättä ollut vielä tiedossa koko hyvinvointialueen käytännöt. Tämä on ymmärrettävää, sillä hyvinvointialueet aloittivat toi- mintansa vasta vuoden 2023 alusta. Vastauksista kävi myös ilmi, että hyvinvointialueiden infektiorjunnan käytäntöjä ollaan parhaillaan päivittä- mässä ja kehittämässä.

”Yleisesti ottaen tässä vaiheessa HVA:ta koskeviin kysymyksiin oli vaikea vastata”.

Tietoa hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyydestä ja torjuntatoimien toteutumisesta kerätään, mutta tiedon hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä vaihtelee.

Tällä kyselyllä pyrittiin selvittämään infektioidentorjunnan nykytila Suomessa. Tietoa hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyydestä ja torjuntatoimien toteutumisesta kerätään, mutta tiedon hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä vaihtelee. Infektio-/hygieniayhdyshenkilötoimintaa on lähes kaikilla hyvinvointialueilla, mutta yhdyshenkilöiden sekä työntekijöiden perehdytyskäytännöt vaihtelevat eikä perehdytys ole systemaattista. Kansallista perehdytysmateriaalia toivottiin. Kyselyn tulosten avulla on mahdollista priorisoida ja edistää kansallista kehittämistä.

Ilahduttavaa oli huomata, miten motivoituneita infektioidentorjunnan asiantuntijat eri puolilla Suomea ovat tekemään yhteistyötä infektioidentorjunnan käytäntöjen kehittämiseksi. Yhteistyön toteutustavat, koordinaatiovastuut ja esimerkiksi syntyvän materiaalin ylläpito tulee selvittää, jotta vältetään päällekkäistä työtä ja hyödynnetään tehokkaasti olemassa olevaa.

Kysely on tarkoitus uusia vuonna 2025. Uusintakyselyllä selvitetään hyvinvointialueiden sen hetken tilanne, jo toteutettujen toimenpiteiden käyttöönotto ja vaikuttavuus sekä kartoitetaan mahdolliset uudet, kansalliseen kehittämiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön soveltuvat kehittämiskohteet.

”Erinomaisesti rakennettu kysymyspatteri, joka tuo esille johdon tietotason.”

Heli Heikkinen

sh, hygieniahoitaja, TtM
potilasturvallisuuspäällikkö
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, Siun sote

Mari Kanerva

dos, ylilääkäri
Sairaala- ja infektioidentorjuntayksikkö
Varsinais-Suomen hyvinvointialue

Maire Matsinen

sh, hygieniahoitaja
Keski-Suomen hyvinvointialue

Jaana-Marija Lehtinen

sairaanhoitaja (YAMK)
tutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Outi Lyytikäinen

tutkimusprofessori
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Emmi Sarvikivi

ylilääkäri
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Jaana Kalliokoski

sh, TtM, väitöskirjatutkija
Palvelupäällikkö
Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus,
Pohjanmaan hyvinvointialue

Liisa Karhe

esh, TtT, erikoissuunnittelija
Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus

Lähteet

1. STM. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163858/STM_2022_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Haettu 14.8.2023.
2. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian toimenpideohjelma palvelunjärjestäjille ja -tuottajille 2022–2026. 2023. https://pakes.pohjanmaanhyvinvointi.fi/wp-content/uploads/sites/3/2023/04/Asiakas-ja-potilasturvallisuusstrategian_toimenpideohjelma.pdf. Haettu 14.8.2023.
3. Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta 8/2021. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210008>. Haettu 14.8.2023.