



Jaana-Marija Lehtinen

Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta RAI-arviointijärjestelmää ja omavalvontasuunnitelmaa hyödyntämällä

Tutkimuksellinen kehittäminen tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan palvelujen ja liiketoiminnan johtaminen

Opinnäytetyö 30.7.2022

Tekijä	Jaana-Marija Lehtinen
Otsikko	Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta RAI-arviointijärjestelmää ja omavalvontasuunnitelmaa hyödyntämällä.
Sivumäärä	62 sivua + 10 liitettä
Aika	30.7.2022
Tutkinto	Sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen ja liiketoiminnan johtaminen
Ohjaajat	Lehtori, TtT Antti Niemi
<p>Pitkäaikaista hoitoa tarvitsevat ikääntyneet asuvat yleensä tehostetussa palveluasumisessa. Pitkäaikaisessa hoidossa ilmenee Suomessa vuosittain noin 50 000 hoitoon liittyvää infektiota. Tartuntatautilaki velvoittaa kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä suunnitelmallisesti torjumaan hoitoon liittyviä infektiota. Tehostetussa palveluasumisessa jo käytössä olevia laatutyökaluja, omavalvontasuunnitelmaa ja RAI-arviointijärjestelmää, on tähän mennessä hyödynnetty erittäin vähän infektioidentorjunnassa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, millainen sairaanhoitopiirin, kunnan ja yksityisen organisaation yhteistyö tukee tehostetun palveluasumisen toimintayksiköiden infektioiden torjuntaa ja kuinka siinä voidaan hyödyntää Resident Assessment Instrument-järjestelmää (RAI) sekä omavalvontasuunnitelmaa. Työn tavoite oli luoda RAI-järjestelmää ja omavalvontasuunnitelmaa hyödyntävä sairaanhoitopiirin, kunnan ja yksityisen organisaation infektioidentorjunnan yhteistyömalli, jota voi käyttää laajasti HUS-alueella.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena kehittämistyönä, johon osallistui HUS-alueelta kolme organisaatiota. Näissä organisaatioissa asui noin 400 asukasta. Alkutilanteen kartointu toteutettiin kirjallisuushaulla ja osallistuvien organisaatioiden kuuden työntekijän teema-haastatteluin. Toiminnallisessa osassa käytettiin konstruktivisia menetelmiä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksena kehitettiin infektioidentorjunnan yhteistyömalli, joka nojaa omavalvontasuunnitelmaan. Malli koostuu neljästä osasta, jotka tehostetun palveluasumisen toimintayksikkö mukauttaa itselleen toimivimmaksi kirjattaessaan ne omavalvontasuunnitelmaan. Kirjauksiin sisältyvät esimerkiksi hygieniavastaavan nimeäminen ja hänen osaamisestaan huolehtimisesta. Lisäksi kirjataan infektioidentorjunnan yhteistyöorganisaatio, epidemioiden seurantatapa sekä perehtyminen RAI-arviointijärjestelmän infektioidikaattoreihin. Uuden työntekijän infektioidentorjuntaan perehdyttämisen käytäntöjen kirjaaminen takaa kaikkien perusosaamisen.</p> <p>Sairaanhoitopiirissä, hyvinvointialueella tai kunnassa toimiva infektioidentorjunnan asiantuntija puolestaan huolehtii oman toimintansa laadusta ja ajankohtaisuudesta siten että toteuttaa omavalvontasuunnitelmaan ohjattavien kirjausten edellytykset. Näitä ovat esimerkiksi koulutusten järjestäminen hygieniavastaavalle ja hänen esihenkilölleen, ohjeiden ylläpitäminen ja ongelmatilanteissa toimintayksiköiden ohjeistaminen. Aluetta kannattaa myös säännöllisesti tiedottaa esimerkiksi epidemioiden torjunnasta sekä niiden ilmoittamisesta. Infektioidentorjunnan seurantatyökaluna voidaan käyttää RAI-järjestelmää. Hygieniavastaaville sekä heidän esihenkilöilleen annettavaa infektioidentorjuntakoulutusta kannattaa liittää RAI:n infektioidikaattoreiden aiheisiin.</p> <p>Olemassa olevien laatutyökalujen hyödyntäminen sitoo infektioidentorjunnan osaksi muuta laadunhallintaa ja asiakasturvallisuutta.</p>	
Avainsanat	hoitoon liittyvä infektio, infektioiden torjunta, tehostettu palveluasuminen, omavalvontasuunnitelma, RAI-infektioidikaattorit, yhteistyö

Author	Jaana-Marija Lehtinen
Title	How to Prevent Infections in Finnish Nursing and Residential Homes for Elderly by Utilizing Resident Assessment Instrument and Own-Check
Number of Pages	62 pages + 10 appendices
Date	30 July 2022
Degree	Master of Health Care (Nursing)
Degree Programme	Master's Degree Programme in Service and Business Management in Health Care and Social Services
Instructors	Antti Niemi, Senior Lecturer, PhD
<p>About 50 000 healthcare-acquired infections occur in Finnish long-term care facilities (LTCF) each year. The Art 17 of the Communicable Disease Act regulates that every healthcare setting should prevent and control healthcare-acquired infections. In Finland long-term care is provided for example in nursing and residential homes. The purpose of this functional final project was to describe what kind of collaboration between hospital districts, municipalities and private organizations helps the LTCF to improve their infection control and prevention by using the Resident Assessment Instrument (RAI) and own-check. This functional final project aimed to build a collaborative model that could be used widely in Helsinki University Hospital District (HUS). The RAI will be mandatory for all kinds of long-term care facilities owned by municipalities in April 2023.</p> <p>There was only modest experience of using RAI and own-check systematically in infection control and prevention. Therefore, this project was a functional final project which used a constructive method. Three organizations with eleven facilities in the HUS area were voluntarily involved. Literature searches and theme interviews were used in exploring the initial situation. After the analysis of the interviews, the model of collaboration was planned and a part of it was piloted.</p> <p>This functional final project built a visual plan for collaboration between the infection control professionals and the long-term care facilities. In this model, the LTCF describe their infection control and prevention strategies including the collaboration organization in their own-check. It is also recommended for the LTCF to write down if the facility has an infection control link nurse and how his or her knowledge is supported. Familiarizing with infection indicators of RAI is reasonable. The LTCFs may use them when assessing specific infection processes and outcomes.</p> <p>Infection control professionals, such as infection control teams in municipalities or hospital districts, should supply activities which support LTCFs so they can fulfil their own-check plans. The activities are as follow: regular education to infection control link nurses, updated instructions available on the internet and regular information on current topics in the LTCFs. In addition, the professionals should familiarize themselves with the use of RAI infection indicators to guide the long-term care facilities to benefit from it in infection control and prevention.</p>	
Keywords	Infection Control and Prevention, Long-Term Care, Resident Assessment Instrument, Own-Check

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät	2
3	Teoreettiset lähtökohdat	3
3.1	Hoitoon liittyvät infektiot ja tartuntataudit	4
3.2	Tartuntatautien ja hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan vastuujako	4
3.3	Yhteistyö infektioidentorjunnan asiantuntijoiden ja tehostetun palveluasumisen toiminatayksikön kesken	6
3.3.1	Hygieniavastaavan ja toimintayksikön kouluttautuminen	7
3.3.2	Hygieniavastaavan käytettävissä olevat resurssit	8
3.3.3	Hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan yhteistyö HUS-alueella	9
3.4	Hoitoon liittyvien infektioiden seuranta osana tehostetun palveluasumisen toimintayksikön laadunseurantaa	12
3.4.1	Omavalvontasuunnitelma	12
3.4.2	RAI – arviointijärjestelmä	13
4	Opinnäytetyön toteuttaminen konstruktivisena kehittämistyönä	15
4.1	Menetelmälliset lähtökohdat	15
4.2	Kehittämistyön toimintaympäristö ja kohderyhmä	16
4.2.1	Tehostettu palveluasuminen	17
4.2.2	Tehostetun palveluasumisen ikääntyneet asiakkaat	17
4.2.3	Tehostetun palveluasumisen henkilökunta	18
5	Kehittämistyön aloittaminen	19
5.1	Hoitotyön johtajien tapaamiset	19
5.2	Kehittämisryhmän nimeäminen	20
6	Alkutilanteen kartoitus	20
6.1	Kehittämisryhmän teemahaastattelut	20
6.2	Teemahaastattelujen sisällönanalyysi	23
6.3	Haastateltavien antamat taustatiedot hygieniavastuualueen hoidosta	24
6.4	Hoitoon liittyvien infektioiden suunnitelmallisen torjunnan yhteistyö eri organisaatioiden kesken	24
6.5	Infektioidentorjunnan yhteistyön haasteet	25
6.5.1	Henkilöstöressurssin tuomat haasteet	25
6.5.2	Tiedonhaun haasteet	26

6.5.3	Koko työyhteisön sitoutuminen infektioidentorjuntaan	26
6.6	Infektioidentorjunnan yhteistyötä edistävät tekijät	27
6.6.1	Nimetty yhteistyöorganisaatio	27
6.6.2	Asiantuntijan tuki toimintayksikön infektioidentorjunnalle	28
6.6.3	Toimintayksikön infektioidentorjunnan tavoitteellinen johtaminen	29
6.6.4	Koko henkilöstön perusosaamisen varmistaminen	29
6.6.5	Hygieniavastaavan sitoutuminen vastuualueen hoitoon	29
6.7	Infektioiden vaikutus toimintayksikön hoidon laatuun	30
6.7.1	Infektioiden vaikutus asiakkaiden elämänlaatuun	31
6.7.2	Infektioiden vaikutus toimintayksikön henkilöstöön ja hoitotyöhön	32
7	Kehittämistoiminnan eteneminen alkukartoituksen jälkeen	32
7.1	Kehittämisryhmän yhteinen tapaaminen.	33
7.2	Koulutustilaisuudet organisaatioille	36
7.3	Yhteenvetokeskustelut organisaatioiden kanssa	37
8	Opinnäytetyön tulokset – Infektioidentorjunnan yhteistyömalli	39
8.1	Omavalvontasuunnitelmaan nimetään hygieniavastaava ja organisaatio, johon toimintayksikön infektioidentorjuntaohjeet perustuvat	41
8.2	Omavalvontasuunnitelmaan kirjaus alueellisesta organisaatiosta, jonka puoleen käännetään ongelmatilanteessa	42
8.3	Omavalvontasuunnitelman kirjaus RAI-arviointijärjestelmän infektioindikaattoreiden ja muiden seurantavälineiden hyödyntämisestä	43
8.4	Omavalvontasuunnitelman kirjaus henkilöstön perusosaamisesta huolehtimisesta ja rokotussuojasta	44
9	Pohdinta	45
9.1	Kehittämistyön tarkastelu	45
9.2	Yhteistyömallin saama palaute ja sen tuleva hyödyntäminen	48
9.3	Kehittämistyön tuotoksen luotettavuus	50
9.4	Kehittämistyön eettisyys	52
10	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset	54
	Lähteet	56
	Liitteet	
	Liite 1 Infektioidentorjunnan yhteistyötä koskeva tiedonhaku	
	Liite 2 RAI-arviointijärjestelmän käyttöä infektioidentorjunnassa koskeva tiedonhaku	
	Liite 3 Omavalvontasuunnitelman hyödyntämistä infektioidentorjunnassa koskeva tiedonhaku	

Liite 4. Tiedonhaun prosessi

Liite 5. Infektioidentorjunnan yhteistyön artikkelitaulukko

Liite 6. RAI-arviointijärjestelmän käyttö infektioidentorjunnassa, tutkimustaulukko

Liite 7. Tiedote tutkimuksesta teemahaastatteluun osallistuville

Liite 8. Teemahaastattelurunko

Liite 9. Kehittämisyhmän tapaamisen esityslista

Liite 10. Infektioidentorjuntakoulutusrunko hygieniavastaaville, RAI-vastaaville ja esihenkilöille

1 Johdanto

Pitkäaikaista ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevat ikääntyneet asuvat pääasiassa tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 2020: 12). Suomalaisessa pitkäaikaisessa ympärivuorokautisessa hoidossa esiintyy vuosittain noin 50 000 hoitoon liittyvää infektiota. Infektioidentorjuntatyöhön panostaminen vähentää inhimillisiä kärsimyksiä ja taloudellisia kustannuksia. (Infektioaudit ja rokotukset 2020.) Tartuntatautilaki velvoittaa, että terveyden- ja sosiaalihuollon toimintayksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita. Infektioidentorjunta on yksikön johtajan vastuulla ja hänen tulee hyödyntää infektioidentorjuntaan perehtyneiden ammattihenkilöiden osaamista. (Tartuntatautilaki 1227/2016 § 17.) Jokaisen toimintayksikön on laadittava kirjallinen omavalvontasuunnitelma palvelujen laadun ja asiakasturvallisuuden varmistamiseksi. Omavalvontasuunnitelma sisältää kohdan yksikön hygieniakäytännöistä. (Viranomais 2022.)

Sairaanhoitopiirit Suomessa ohjaavat yleensä yksiköitä nimeämään sairaan- tai lähihoitajan, joka saa vastuualueekseen infektioidentorjuntaan liittyviä tehtäviä. Pitkäaikaisen hoidon toimintayksikön valitsema hygieniavastaava tarvitsee organisoidun infektioidentorjuntayksikön tuen, jotta suunnitelmallinen sekä tuoreeseen tutkittuun tietoon nojaava hoitoon liittyvien infektioiden torjunta onnistuu tinkimättä kodinomaisesta hoitoympäristöstä (Adre & Jump & Spires 2020: 132; Scopetti & Santurro & Tatraglia & Frati & Finneschi 2020: 2). COVID-19 -pandemian aikana infektioidentorjunnan yhteistyön merkitys on korostunut (Scopetti ym. 2020: 1- 3).

Resident Assessment Instrument (RAI) on kansainvälinen arviointijärjestelmä, jonka tavoitteena on selvittää kattavasti asiakkaan palvelutarpeet. Kuntien tulee käyttää RAI-arviointijärjestelmää iäkkään ihmisen toimintakyvyn arvioinnissa, kun iäkäs käyttää säännöllisesti sosiaalipalveluja hoitonsa ja huolenpitonsa turvaamiseksi. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 § 3.) Kliinisen hoitotyön lisäksi RAI-järjestelmää käytetään yksikön laadunhallinnassa hyödyntämällä sen tuottamia laatuindikaattoreita ja ne sisältävät viisi niin kutsuttua infektioindikaattoria. Myös sairaanhoitopiirien infektioitiimien on mahdollista nähdä alueensa infektioindikaattorit. (Ikääntyminen 2022a; Toura 2019; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 § 3.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueella asui vuoden 2019 aikana noin 14 000 asiakasta joko lyhyen aikaa tai pysyvästi tehostetussa palveluasumisessa (Sotkanet 2021a). Vuonna 2020 kaikilla paitsi neljällä HUS-alueen kunnalla oli RAI-järjestelmä käytössä ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa (Ikääntyminen 2022a). Järjestelmän käyttö on kuitenkin aloitettava viimeistään 1.4.2023 (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012 § 3). HUSin Infektioidentorjuntayksikkö linjaa, että hoitoon liittyvien infektioiden seuranta niissä tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä, joissa on RAI-järjestelmä, toteutetaan sen infektioindikaattoreita hyödyntämällä, mikäli muuta seuranta-menettelmaa ei ole esimerkiksi kunnan kanssa sovittu. RAI:n tai omavalvontasuunnitelman käytöstä infektioidentorjunnan systemaattisena työkaluna on toistaiseksi hyvin vähän kokemusta. (Kanerva 2021.) Kirjallisuutta näiden laatutyökalujen käytöstä infektioidentorjunnassa on hyvin vähän.

Koska RAI:n ja omavalvontasuunnitelmasta infektioidentorjunnan käytännön työkaluina ei toistaiseksi ole juuri kokemusta, opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena kehittämistyönä. Alkutilanteen kartoitus toteutettiin kirjallisuushaulla ja perustetun kehittämissryhmän jäsenten teemahaastatteluilla. Näiden pohjalta suunniteltiin ja toteutettiin toiminnallinen vaihe konstruktivisia menetelmiä soveltaen. Opinnäytetyön raportti on kirjoitettu toteutettujen vaiheiden mukaisessa järjestyksessä.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla millainen sairaanhoitopiirin, kunnan ja yksityisen organisaation yhteistyö tukee tehostetun palveluasumisen toimintayksikön hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaa. Työn toinen tarkoitus oli selvittää, miten RAI:n infektioindikaattoreita yhdessä omavalvontasuunnitelman kanssa voidaan hyödyntää infektioidentorjunnassa. Opinnäytetyössä rakennettiin omavalvontasuunnitelmaa ja RAI:n infektioindikaattoreita hyödyntävä yhteistyömalli. Tavoitteena oli, että kehitettävää infektioiden seurannan ja –torjunnan mallia voisi hyödyntää jatkossa laajasti HUS-alueen tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä.

Työn kehittämistehtävinä oli selvittää

- Millainen sairaanhoitopiirin, kunnan ja yksityisen organisaation yhteistyö tukee tehostetun palveluasumisen toimintayksiköiden hoitoon liittyvien infektioiden suunnitelmallista torjuntaa HUS-alueella?
- Kuinka RAI-arviointijärjestelmän infektioidikaattoreita ja omavalvontasuunnitelmaa voi hyödyntää tehostetun palveluasumisen toimintayksiköiden hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa HUS-alueella?

3 Teoreettiset lähtökohdat

Opinnäytetyö käsittelee infektioidentorjuntaa tehostetun palveluasumisen toimintayksikössä, jossa tarjottava hoito on avohoitoa (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2020 2021: 27). Kirjallisuushauissa on käytetty kuitenkin termiä ”long-term care”, koska tehostetun palveluasumisen hoito on ympärivuorokautista (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2020 2021: 27) ja pelkäänsä sitä kuvaavaa kansainvälistä termiä on haastava löytää (Liite 1). Tästä syystä opinnäytetyön viitekehyksessäkin paikoin käytetään termiä ”pitkäaikainen hoito”.

Tämän opinnäytetyön teoreettista viitekehystä on lähestytty käymällä läpi Sosiaali- ja terveysministeriön, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen, Aluehallintoviraston ja Kuntaliiton aiheeseen liittyvät määräykset, ohjeistukset ja suositukset. Lisäksi on perehdytty aiheeseen liittyvään lainsäädäntöön sekä Hoitoon liittyvien infektioiden torjuntateokseen.

Pitkäaikaishoidon infektioidentorjunnan yhteistyöstä, RAI-arviointijärjestelmän ja omavalvontasuunnitelman käytöstä infektioidentorjunnassa on tehty kirjallisuushaut CINAHL-, PubMed-, Medline- ja Medic-tietokantoihin (Liitteet 1–6). Tiedonhaku on toteutettu marraskuussa 2020 - tammikuussa 2021. Omavalvontasuunnitelmaa koskeva tiedonhaku ei tuottanut yhtään tähän opinnäytetyöhön soveltuvaa julkaisua.

Opinnäytetyön teoriaosuuden verkkolähteiden viitteiden toimivuus on tarkastettu uudelleen joulukuussa 2021 - tammikuussa 2022.

3.1 Hoitoon liittyvät infektiot ja tartuntataudit

Hoitoon liittyvä infektio tarkoittaa minkä tahansa mikrobin aiheuttamaa infektiota tai tartuntatauti, jota asiakkaalla ei ole ollut hoitoon tullessaan edes itämässä. Hoitoon liittyvä infektio todetaan hoitajakson aikana tai sen jälkeen. (Syrjälä & Lyytikäinen 2021: 20; Tartuntatautilaki 1222/2016 § 17.) Tartuntatauti tarkoittaa sellaista sairautta, jonka aiheuttavat elimistössä leviävät mikrobit, niiden osat tai loiset. Tartuntataudit jaetaan yleisvaarallisiin ja valvottaviin tartuntatauteihin sekä muihin tartuntatauteihin. (Tartuntatautilaki 1227/2016 § 3–4.) Tartuntatauti on hoitoon liittyvä infektio, jos asiakas saa tartunnan hoidon aikana. Tässä opinnäytetyössä käsitellään tehostetun palveluasumisen hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan lisäksi tartuntatautien torjuntaa tilanteissa, joissa tartuntatauti on hoitoon liittyvä infektio.

Euroopan tautikeskus koordinoi syksyllä 2017 hoitoon liittyvien infektioiden prevalenssitutkimuksen pitkäaikaisen hoidon toimintayksiköissä. Tutkimukseen osallistuneista noin 6 800 asukkaasta 3,5 %:lla oli tutkimuspäivänä vähintään yksi hoitoon liittyvä infektio ja 7,6 %:lla oli vähintään yksi antibiootti. Hoitoon liittyvistä infektioista 91 %:n alkuperä oli asukkaan sen hetkinen toimintayksikkö. (Toura & Arifulla & Sarvikivi & Lyytikäinen 2018: 4, 10.) Pitkäaikaisessa hoidossa hoitoon liittyvät infektiot ovat tyypillisesti virtsatieinfektioita, hengitystieinfektioita ja ihoinfektioita (Infektiotaudit ja rokotukset 2020; Rummukainen & Koskinen 2018; 310–311; Toura ym. 2018: 4).

3.2 Tartuntatautien ja hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan vastuujako

Eduskunta ja valtioneuvosto vastaavat infektioiden torjunnan lainsäädännöstä (Ruutu & Lyytikäinen & Virolainen & Julkunen 2018: 500). Sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii lainsäädännön valmistelusta sekä tartuntatautien torjunnan yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Terveystieteiden tutkimuskeskus toimii kansallisena asiantuntijalaitoksena, joka tukee asiantuntemuksellaan sosiaali- ja terveysministeriötä sekä aluehallintovirastoja. (Tartuntatautilaki 1227/2016 §7; Ruutu ym. 2018: 500.) Valvira valvoo valtakunnallisesti sosiaalihuollon toimintaa ja aluehallintovirasto valvoo yksiköitä omalla toimialueellaan (Sosiaalihuollon valvonta 2022; Tartuntatautilaki 112/2016 § 8).

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ohjaa ja tukee kuntia ja sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä asiantuntemuksellaan tartuntatautien torjunnassa sekä huolehtii hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan kehittämisestä alueellaan (Tartuntatautilaki 1227/2016 § 8). Sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä täytyy olla virkasuhteessa oleva tartuntataudeista

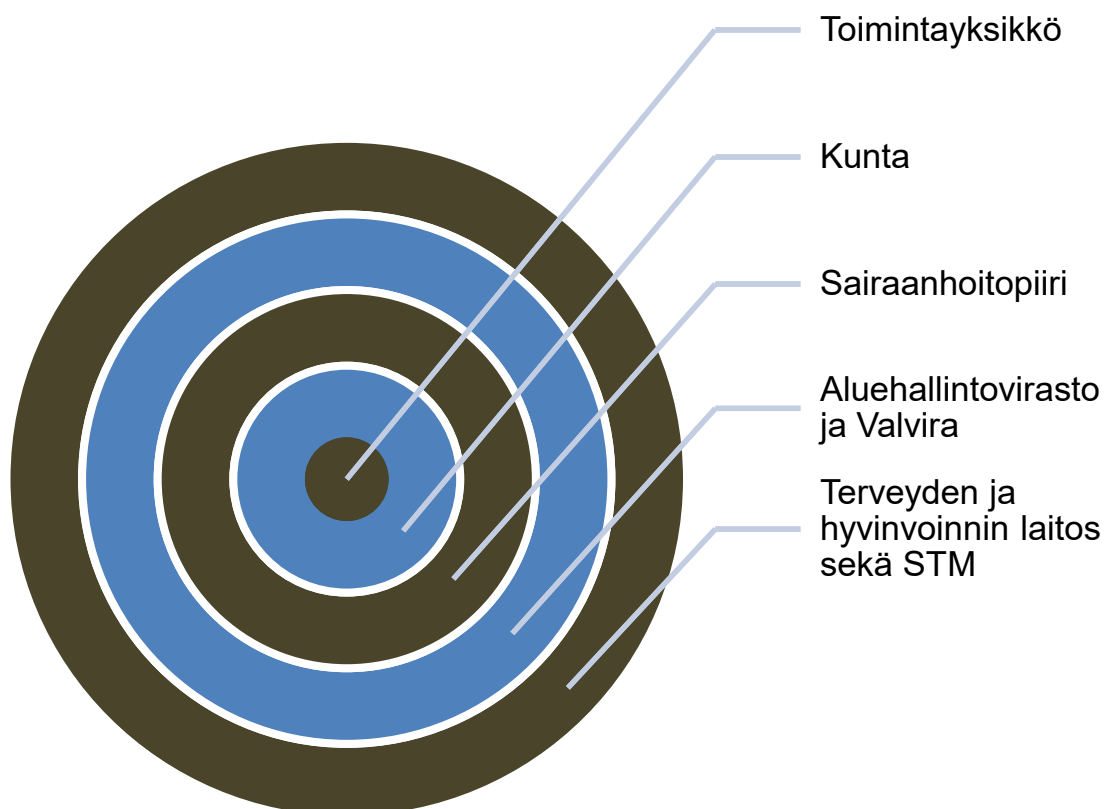
vastaava lääkäri. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on infektioidentorjuntaan perehtyneiden asiantuntijoiden tiimi, infektioidentorjuntayksikkö, jonka muodostavat infektiolääkärit ja hygieniahoitajat. (Ojanperä & Syrjänen 2018: 511.) Hygieniahoitaja on sekä hoitotyön että infektioidentorjunnan ammattilainen, jonka työhön kuuluu hoitoon liittyvien infektioiden ja moniresistenttien mikrobin ehkäisy ja valvonta. Työnkuvan oleellinen osa on myös toimivien infektioidentorjuntakäytäntöjen kehittäminen ja niiden jalkauttaminen. (Ojanperä & Syrjänen 2018: 512–513.)

Kunnan vastuulla on järjestää alueellaan tartuntatautien torjuntatyö (Tartuntatautilaki § 9). Jokaisessa kunnassa on nimetty tartuntatautilääkäri ja usein myös tartuntatautihoitaja. Monissa kunnissa on myös omia hygieniahoitajia. (Ojanperä & Syrjänen 2018: 510.) Vuonna 2023 vastuu terveydenhuollosta siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille (Sote-uudistus 2022a). HUS-alueelle syntyy neljä hyvinvointialuetta ja näiden lisäksi Helsingin kaupungilla säilyy vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Laissa säädetystä erikoissairaanhoidon tehtävien järjestämisvastuusta tulee huolehtimaan HUS-yhtymä. Tätä varten tehdään HUS-järjestämissopimus. (Sote-uudistus 2022a; Sote-uudistus 2022b.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä infektioidentorjunnan asiantuntija kuvaamaan sairaanhoitopiirin, tulevan hyvinvointialueen tai kunnan infektioidentorjuntayksikön edustajaa. Usein infektioidentorjunnan asiantuntijana tehostetun palveluasumisen yksiköihin toimii hygieniahoitaja.

Terveyden- ja sosiaalihuollon toimintayksikön on torjuttava suunnitelmallisesti hoitoon liittyviä infektioita. Toimintayksikön johtajan on käytettävä apunaan tartuntatautien torjuntaan perehtyneitä ammattilaisia. Torjuntatoimien on oltava yhteneväiset kunnan tai kuntayhtymän toimien kanssa. (Tartuntatautilaki 1227/206 § 17; Ojanperä & Syrjänen 2018 510–511.) Tartuntatautiasetus velvoittaa terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköitä säännöllisesti antamaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaa ja ehkäisyä koskevia tietoja (Tartuntatautiasetus 146/2017 § 13).

Kuvassa 1 kuvataan tartuntatautien ja hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan vastuunjako ennen tulevaa sote-uudistusta visuaalisesti.



Kuva 1. Tartuntatautiin ja hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan vastuunjako ennen sote-uudistusta (Ojanperää & Syrjästä 2018: 507–517 mukailten).

3.3 Yhteistyö infektioidentorjunnan asiantuntijoiden ja tehostetun palveluasumisen toimintayksikön kesken

Toimintayksikötasolla hoitoon liittyvien infektioiden torjunta sisältää useita asioita. Jokaisen työntekijän tulisi osata tavanomaiset varotoimet. Muiden varotoimen tarve pitää osata arvioida ja ottaa käyttöön tarvittaessa. Infektioiden diagnosoinnin ja hoidon tulee olla asianmukaista. Hallittua mikrobilääkkeiden käyttöä tulisi seurata. Epidemioita tulisi osata torjua ja hallita tehokkaasti. Lisäksi moniresistenttien mikrobien leviämistä tulisi ehkäistä ja seurata. Näihin tavoitteisiin pääseminen vaatii työn huolellista organisointia sekä henkilökunnan kouluttamista ja myös asiakkaiden opastamista. (Ojanperä & Syrjänen 2018: 507.) Aiemmin esitellyillä infektioidentorjunnan säädöksillä pyritäänkin varmistamaan työnjaon, koulutuksen ja resurssien riittävyys (Ruutu ym. 2018: 498).

Tässä opinnäytetyössä käytetään HUSin vuonna 2019 käyttöön ottamaa termiä hygieniavastaava kuvaamaan terveyden- tai sosiaalihuollon työntekijää, jonka vastuualueena on oman toimintayksikkönsä infektioidentorjunnan käytännön tehtävät sekä sen kehittäminen. Suomessa käytössä olevia samaa tarkoittavia nimikkeitä ovat myös esimerkiksi hygienia- ja infektioyhdyshenkilö.

Jokaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon yksikköön kannattaa nimetä sen koon mukaan vähintään yksi hygieniavastaava, joka toimii linkkinä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tai kunnan infektioidentorjuntayksikön ja toimintayksikön välillä. Vastuualueen perimmäinen tavoite on hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. (Ojanperä & Syrjänen 2018: 514–515.) Infektioidentorjunnan uusien käytäntöjen välittäminen toimintayksikköön tapahtuu juuri hygieniavastaavien kautta (Rummukainen 2013: 61). Suomalaisiin pitkäaikaista ympärivuorokautista hoitoa antaviin yksiköihin on usein nimetty hygieniavastaavia, jotka ovat pohjakoulutukseltaan pääasiassa sairaan- tai lähihoitajia (Toura & Partanen & Lyytikäinen 2020: 29). Hygieniavastaavaksi ryhtyvä tarvitsee pohjakoulutuksensa lisäksi infektioidentorjuntaan liittyvien tietojensa päivittämistä. Vastuualue on suunniteltava realistisesti. Jos odotukset hygieniavastaavalle ovat liian suuret, työtaakka voi uuvuttaa ja vastuualueesta halutaan luopua. (Roberts & Casey 2004: 167–168.)

Koska hygieniavastaava tuo roolissaan uutta tietoa yksikköön ja toimii esimerkkinä muille työntekijöille, on merkittävää, että hän on henkilökohtaisesti kiinnostunut vastuualueestaan (Ojanperä & Syrjänen 2018: 514–515). Yhteistyö infektioidentorjunnan asiantuntijoiden kanssa on tärkeää (Toura ym. 2018:4, 14). Yleensä toimintayksiköt tietävätkin ennakolta, mihin olla yhteydessä infektioihin liittyvissä ongelmatilanteissa (Toura ym. 2020: 29–31; Toura ym. 2018:4, 14). Pitkäkestoinen yhteistyö toimintayksikön ja infektioidentorjunnan asiantuntijoiden kanssa mahdollistaa myös monimutkaisten infektioidentorjuntaan liittyvien asioiden, kuten esimerkiksi mikrobilääkkeiden käytön seurannan. Kun yhteistyö ja vastuualueen hoito ovat satunnaisia, pysytään perusasioissa, esimerkiksi käsihygienian edistämisessä. (Adre ym. 2020: 135.)

3.3.1 Hygieniavastaavan ja toimintayksikön kouluttautuminen

Hygieniavastaavan menestyminen tehtävässään edellyttää säännöllistä kouluttautumista ja osallistuminen koulutuksiin on yksi yhteistyön muoto (Toura ym. 2020: 29–31; Ojanperä & Syrjänen 2018: 514–515.). Säännöllisuuden lisäksi koulutuksen tulisi olla dokumentoitua (Adre ym. 2020: 135). Säännöllisen koulutuksen tarjoaminen on tärkeää myös vaihtuvan henkilökunnan vuoksi (Adre ym. 2020: 135; Rummukainen ym. 2012:

714). Samasta syystä peruskoulutusten tulisikin olla saatavilla myös tallenteina (Krein ym. 2017: 1348). Osaan koulutuksista kannattaa sitoa suorittamismerkintöjä (Adre ym. 2020: 135).

Suuret luentotapahtumat mahdollistavat usean kuulijan kouluttamisen samanaikaisesti, mutta monipuolisten oppimiskokemusten luominen ei aina onnistu ja syvällisen oppimisen osuus voi jäädä pieneksi (Ojanperä & Syrjänen 2018: 516). Kaikki saatavilla oleva valmis ja laadukas koulutus kannattaakin systemaattisesti hyödyntää (Adre ym. 2020: 135). Verkkokoulutukset sallivat aikaan ja paikkaan sitoutumattoman kouluttamisen, vaikka suorien kysymysten esittäminen kouluttajalle ei ole mahdollista. Verkkokoulutusten sisällöt voidaan suunnitella erilaisille kohderyhmille tai erilaisiin osaamiseen vaiheisiin. (Ojanperä & Syrjänen 2018: 516.) Koulutuksia tulisi olla saatavilla siten, että osa on suunnattu koko henkilöstölle ja osa hygieniavastaaville ja heidän esimiehilleen. Koko henkilöstölle suunnatuissa materiaaleissa käytettävän kielen tulee olla yleiskieltä ja kaikkien ammattiryhmien ymmärrettävissä. Koulutusmateriaalin tulee olla koulutuksen jälkeen saatavissa ja tarvittaessa tulostettavissa, jotta yksiköissä voidaan haluttaessa järjestää itse pienryhmäkoulutuksia, kaikille itseopiskelu teknologisilla välineillä ei sovi. (Krein ym. 2017: 1342–1348.)

Kouluttamisen lisäksi sairaanhoitopiiriä suositellaan tiedottavan aluettaan säännöllisesti myös esimerkiksi kirjallisen infektio tiedotteen avulla (Ojanperä & Syrjänen 2018: 515–516).

3.3.2 Hygieniavastaavan käytettävissä olevat resurssit

Hygieniavastaavan menestyksellinen vastuualueensa hoitaminen edellyttää suunniteltua työaika infektioidenttorjunnan seurannan ja torjunnan käytänteiden edistämiseen (Ojanperä & Syrjänen 2018: 514–515). Ennalta suunniteltua työaika tai kirjattua tehtäväläistäusta pitkäaikaishoidon hygieniavastaavilla on harvoin käytössään (Toura ym. 2020: 30–31).

Infektioidenttorjunnan kannalta on välttämätöntä, että koko työyksikkö ymmärtää infektioidenttorjunnan merkityksen ja sitoutuu käytettäviin ohjeisiin. Tästä syystä hygieniavastaava tarvitsee työhönsä lähiesimiehen tuen. (Ojanperä & Syrjänen 2018: 514–515.) Erityisesti työyhteisönsä luottamusta nauttivan esimiehen tuki helpottaa uusien interventioiden läpivientiä (Krein yms. 2017: 1342–1348).

Valmiita kirjallisia infektioidentorjuntaohjeita hygieniavastaavat hyödyntävät säännöllisesti. Asiantuntijoiden konsultaatioapu sekä käynnit toimintayksiköissä koetaan myös hyödyllisiksi. (Toura ym. 2020: 31; Toura, ym. 2018: 4, 14.) Infektioidentorjunnan asiantuntijoiden käynnit yksiossā liitettynä seurantaan ja huolella suunniteltuun interventioon, voivat saavuttaa muutoksia infektioidentorjuntakäytännöissä (Rummukainen ym. 2012: 711–714). Yhteistyössä toteutettavien interventioiden tulee olla realistisesti suunniteltuja (Low ym. 2015:e0140711).

Asiantuntijan käynti yksiossā saattaa myös madaltaa infektioidentorjuntakäytäntöihin liittyvien konsultaatioiden esittämistä jatkossa (Rummukainen ym. 2012: 714). Samalla myös infektioidentorjuntayksikkö oppii tuntemaan alueensa toimintayksiköiden haasteita (Rummukainen 2013: 62).

3.3.3 Hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan yhteistyö HUS-alueella

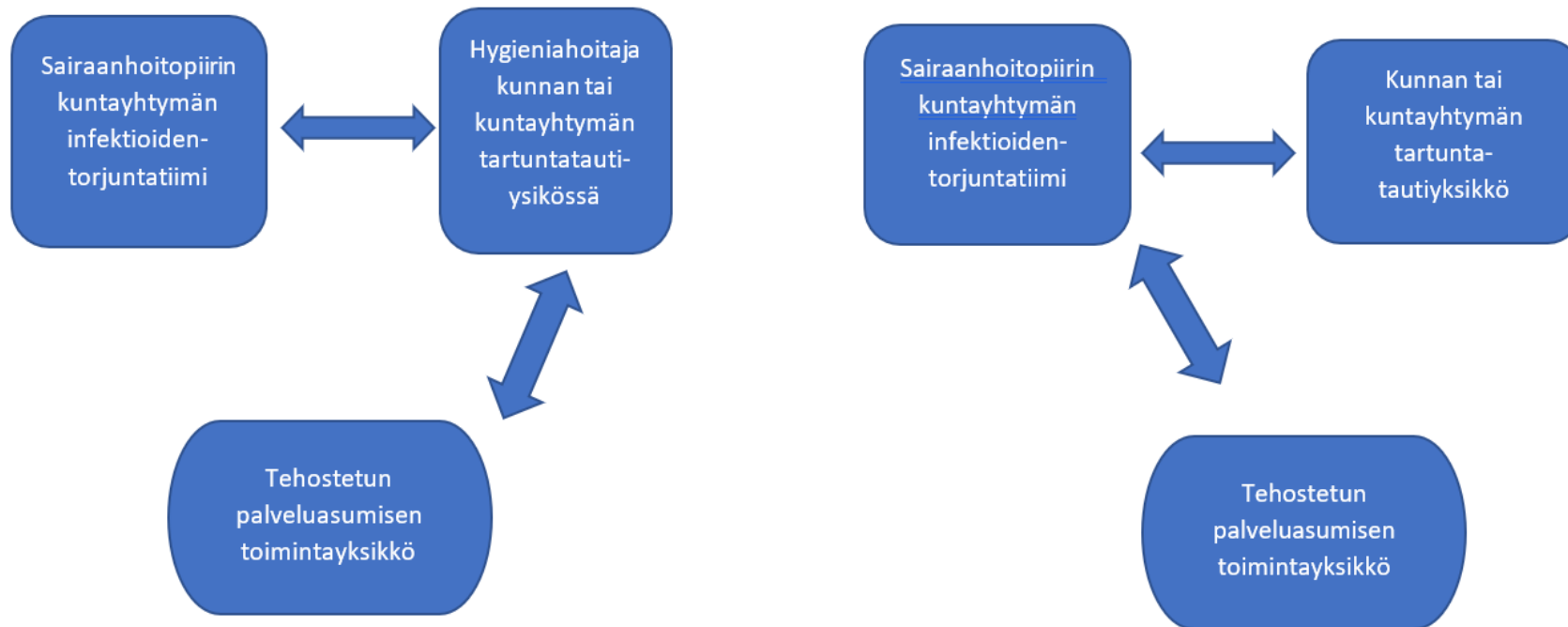
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin infektioidentorjuntayksikköön kuuluu infektiolääkäreitä sekä hygieniahoitajia ja yksikkö tekee aktiivista yhteistyötä mikrobiologian laboratorion kanssa.

Alueellista infektioidentorjuntatyötä kuntien ja yksityisten organisaatioiden kanssa hoitaa Infektioidentorjuntayksikön Mobiiliyksikkö, jonka resurssi on 1,5 hygieniahoitajaa ja 0,2 infektiolääkäriä. Mobiiliyksikön toiminta on pääasiassa konsultaatiotoimintaa ja sen asiakkaita ovat HUS-alueen erikoissairaanhoidon ulkopuolella ympärivuorokautista hoitoa tarjoavat yksiköt, eli pitkäaikaista hoidon yksiköiden lisäksi myös terveyskeskussairaalat. Tavoite on, että alueella on kaikille saatavilla oleva infektioidentorjunnan yksikkö, josta saa matalalla kynnyksellä neuvoja ja ohjeistuksia. Erityisesti epidemiatilanteessa nopea konsultaatioapu on tärkeää. Pääasialliset palvelua käyttävät ryhmät ovat kuntien ja toimintayksiköiden infektioidentorjunnasta vastaavat sekä alueen esimiehet. Yksikön tärkein tiedotuskanava on HUSin internet-sivuilla oleva ohjesivusto, jota päivitetään säännöllisesti.

Mobiiliyksikkö on järjestänyt perinteisesti yhden suuren luentotilaisuuden vuodessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa Mobiiliyksikkö on tehnyt pitkäaikaiseen hoitoon tarkoitetun infektioidentorjunnan peruskoulutuspaketin, joka on kaikille saatavilla olevia verkkoluentoja. Covid-19-pandemian aikana on pidetty Teams-koulutuksia alueen infektioidentorjunnasta vastaaville ja tarvittaessa suoraan alueen organisaatioille.

Lisäksi Mobiliyksikön hygieniahoitajat kouluttavat tarpeen mukaan toimintayksiköissä. Tätä toimintaa on kuitenkin vähennetty, koska alue on suuri ja toimintayksikkökohtaiset koulutukset vievät paljon työaikaa saavutettavaan hyötyyn nähden. Tällä hetkellä toimintayksikkökohtaiset koulutukset tehdään esimerkiksi yksiköihin, joissa asuu usea moniresistentin mikrobin kantaja ja koko henkilöstön samanaikainen kouluttaminen on tärkeää hoidon laadun varmistamiseksi. Alueen toimintayksiköiden kanssa pyritään myös aktiiviseen kehittämiseen muun muassa erilaisten pilottihankkeiden kautta.

Vuonna 2021 HUS-alueella oli 17 kuntaa tai kuntayhtymää. Näistä yhdeksässä työskenteli hygieniahoitaja, osa varsinaisen oman toimensa ohella. Niissä kunnissa, joissa on oma hygieniahoitaja, kaikki hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaan liittyvät intervensiot kulkevat hänen kauttaan ja varsinkin suurissa kunnissa on lisäksi omat kuntakohtaiset ohjeet toimintayksiköiden käytössä. Niiden kuntien, joilla ei ole omaa hygieniahoitajaa, toimintayksiköt käyttävät sairaanhoitopiirin ohjeita ja sairaanhoitopiiri huolehtii, että kunnan tartuntatautiyksikkö on tietoinen voimassa olevista hankkeista ja ohjeistuksista. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan yhteistyötä kuvataan kuvassa 2. Suurissa epidemiatilanteissa työnjako tehdään tilannekohtaisesti. (Kanerva 2021.)



Kuva 2. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan ohjaus niissä kunnissa ja kuntayhtymissä, joissa on oma hygieniahoitaja sekä niissä kunnissa, joissa ei ole omaa hygieniahoitajaa. Epidemiatilanteiden työnjako tehdään erikseen.

3.4 Hoitoon liittyvien infektioiden seuranta osana tehostetun palveluasumisen toimintayksikön laadunseurantaa

Palveluntuottajan tulee määritellä laatuavoitteensa ja toimintayksiköissä tulee hyödyntää yleisesti hyväksytyä suosituksia kuten KäypäHoitoa ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen suosituksia (Sitra 2011: 12–13).

Pitkäaikaishoidossa olevat asiakkaat ovat usein monisairaita, mikä tekee heistä alttiita infektioille (Rummukainen & Koskinen 2018: 309; Toura ym. 2018: 4). Infektioiden torjunnan keskeinen osa on hoitoon liittyvien infektioiden seuranta. Yksikön henkilökunnan tulee olla tietoinen seurannasta, sen tavoitteista ja tuloksista. Seurannalla tarkoitetaan järjestelmällistä tietojen keruuta sovitusta infektioista, tulosten analysointia ja johdopäätösten tekoa niiden mukaan. Kaikilla hoitoon liittyvien infektioiden seurantamenetelmillä on omat etunsa ja haittapuolensa. Menetelmän valinnassa otetaan huomioon käytettävissä oleva resurssi sekä valittu tavoite. (Lyytikäinen & Kanerva 2018: 69, 72.) Hoitoon liittyvien infektioiden tunnistaminen on haastavaa ja siksin infektioidentorjunnan asiantuntijoiden ja toimintayksikön tulisi yhdessä määritellä, mitä infektioita seurataan (Toura ym. 2018:4, 14). Seuranta kannatta kohdentaa erityisesti torjuttavissa oleviin infektioihin (Lyytikäinen & Kanerva 2018: 71–72).

Infektioidentorjunta on loppujen lopuksi osa yksikön laadunhallintaa (Ojanperä & Syrjänen 2018: 516; Toura ym. 2018: 4). Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan, kuinka yksiköissä jo käytössä olevia hoitotyön laadunseurannan välineitä, omavalvontasuunnitelmaa ja RAI-arviointijärjestelmän infektioindikaattoreita, voi hyödyntää hoitoon liittyvien infektioiden seurannan ja torjunnan välineenä. Nämä laadunseurannan välineet ovat myös sairaanhoitopiirin infektioidentorjunnan asiantuntijoiden nähtävissä.

3.4.1 Omavalvontasuunnitelma

Toimintayksikön on laadittava omavalvontasuunnitelma laadun, turvallisuuden ja asiakasmukaisuuden varmistamiseksi (Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011 § 6; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 47; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012 § 23). Omavalvontasuunnitelma on palvelujen laadun ja asiakasturvallisuuden parantamiseksi tehty kirjallinen dokumentaatio (Viranomaisen 2022). Omavalvonnan tavoite on yksikön laadun suunni-

telmallinen varmistaminen siten, että lainsäädännön, valvontaohjelmien, laatusuosituksen ja palvelun tuottajan itselleen asettamat laatuvaatimukset toteutuvat (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 2020: 61; Husso 2015; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2013). Suunnitelmasta tulee käydä ilmi, kuinka toimitaan, jos asiakasturvallisuudessa todetaan puutteita (Viranomaisen 2022). Omavalvontasuunnitelman on oltava julkisesti nähtävillä ja sen toteutumista on seurattava (Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011 § 6; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 47; Laki ikään-tyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalve-luista 980/2012 § 23).

Omavalvontasuunnitelman tekemisestä vastaa organisaation ylin johto, mutta se tulee tehdä yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Käytännön tason toteutuksesta vastaa toimintayksikössä oleva keskijohto yhdessä työntekijöidensä kanssa. (Viranomaisen 2022; Saarsalmi & Koivula 2017: 9.) Viranomaisvalvonnan ensisijainen tehtävä on edistää omavalvonnan toteutumista, koska näin saavutetaan tehokkain ennaltaehkäisevä vaikutus. Toimintayksikkö seuraa hoitotyön laatua yhteisesti sovittujen arviointivälineiden ja mittareiden avulla. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. 2020: 61–62.) Omavalvonta on päivittäistä toimintaa, jolla pyritään löytämään turvalliset toimintatavat (Viranomaisen 2022) sekä tunnistamaan toiminnan riskikohdat ja ennaltaehkäisemään riskien syntymistä. Parhaimmillaan omavalvontasuunnitelma rohkaisee työntekijöitä ja esihenkilöitä toiminnan laatua käsittelevään vuoropuheluun. Myös asiakkaiden näkemyksiä tulee ottaa huomioon omavalvontasuunnitelmaa tehtäessä ja päivitettäessä. (Husso 2015.)

Valvira on antanut omavalvontasuunnitelmaa koskevan määräyksen, jossa määritetään, omavalvontasuunnitelman sisältöä. Toimintayksikön omavalvontasuunnitelman tulee sisältää kuvaus siitä, kuinka yksikön yleistä hygieniatasoa seurataan ja kuinka varmistetaan asiakkaiden hygieniatarpeiden toteutuminen laadittujen ohjeiden sekä hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014.)

3.4.2 RAI – arviointijärjestelmä

RAI-arviointijärjestelmän kehittäminen on alkanut USA:ssa 1980-luvun puolivälissä ja Suomessa järjestelmän käyttö on aloitettu vuonna 2000 (Niemi & Emet & Exell-Paakki

2010: 8, 10). RAI-arviointijärjestelmän käyttö perustuu lisenssisopimukseen, joka Suomessa on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella, joka alilisenoi palvelunkäyttäjää (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012 § 3).

RAI-arviointi tehdään asiakkaan kanssa yksilöllisen aikataulun mukaan; hoitosuhteen alkaessa ja sen jälkeen asiakkaan voinnin oleellisesti muuttuessa tai vähintään kuuden kuukauden välein. Järjestelmän avulla selvitetään asiakkaiden palveluntarpeet ja kohdennetaan palveluja oikein ja tarkoituksenmukaisesti. (Ikääntyminen 2021.)

RAI-järjestelmän tuottamien laatuindikaattoreiden avulla arvioidaan toimintayksikön hoitoprosessien ja toimintakäytäntöjen toimivuutta. Mittarit mittaavat annetun hoidon ammatillisuutta ja laatua. (Palauteraportit 2020.) RAI-järjestelmää käytetäänkin johtamisen ja kehittämisen työkaluna (Niemi & Emet & Exell-Paakki 2010: 42).

RAI-arviointijärjestelmän laatuindikaattorit sisältävät viisi infektioidikaattoria:

- mikrobilääkettä käyttävien asiakkaiden osuus (%)
- metenamiinia käyttävien asiakkaiden osuus (%)
- asiakkaiden osuus (%), joilla on virtsatiekatetri
- asiakkaiden osuus (%), joilla on ollut virtsatieinfektio
- asiakkaiden osuus (%), jotka eivät ole saaneet influenssarokotetta

(Toura 2019).

RAI-arviointijärjestelmä nostaa esiin yleisimmiksi pitkäaikaishoidon hoitoon liittyviksi infektioksi virtsatieinfektiot, ihoinfektiot ja hengitystieinfektiot (Rummukainen & Mäkelä & Noro & Finne-Soveri & Lyytikäinen 2013: e36). Hoitoon liittyvien infektioiden seurannassa voidaan käyttää myös esimerkiksi pisteprevalenssitutkimusta, jolloin yhtenä päivänä katsotaan kaikkien toimintayksikössä olevien asiakkaiden hoitoon liittyvät infektiot (Lyytikäinen & Kanerva 2018: 80). RAI:n sisältämät infektioiden esiintyvyyden osuudet

ovat olleet yhteneväiset aiemmin tehtyjen pisteprevalenssitutkimusten kanssa (Rummukainen ym. 2013: e36).

Yhdysvalloissa RAI-järjestelmän luotettavuus pitkäaikaishoidon asiakkaiden alueellisen influenssarokotekattavuuden arvioinnissa on todettu kohtuulliseksi, mutta yksikkökoh- taisten tulosten luotettavuus vaihteli (Grosholz ym. 2015: 2595). Suomessa RAI-arvi- ointijärjestelmää on käytetty kotihoidon asiakkaiden virtsatieinfektioiden esiintymisen ja siihen liittyvien mikrobilääkkeiden käytön selvittämiseen (Pärn & Mäkelä & Lyytikäinen 2016: 1390). Järjestelmän jatkuvasta käytöstä infektioidentorjunnan työkaluna on vasta hyvin vähän kokemusta HUS-alueella (Kanerva 2021).

Toimivat seurantavälineet sitouttavat toimintayksiköiden vastuuhenkilöitä sekä perehty- mään infektioidentorjuntaan, että seuraamaan yksikkönsä tilannetta. Tästä syystä seu- rantajärjestelmän mittareihin perehtyminen on järkevää ajankäytön resursointia, vaikka varsinainen infektioidentorjuntatyö olisi vasta alussa. (Adre ym. 2020: 135.)

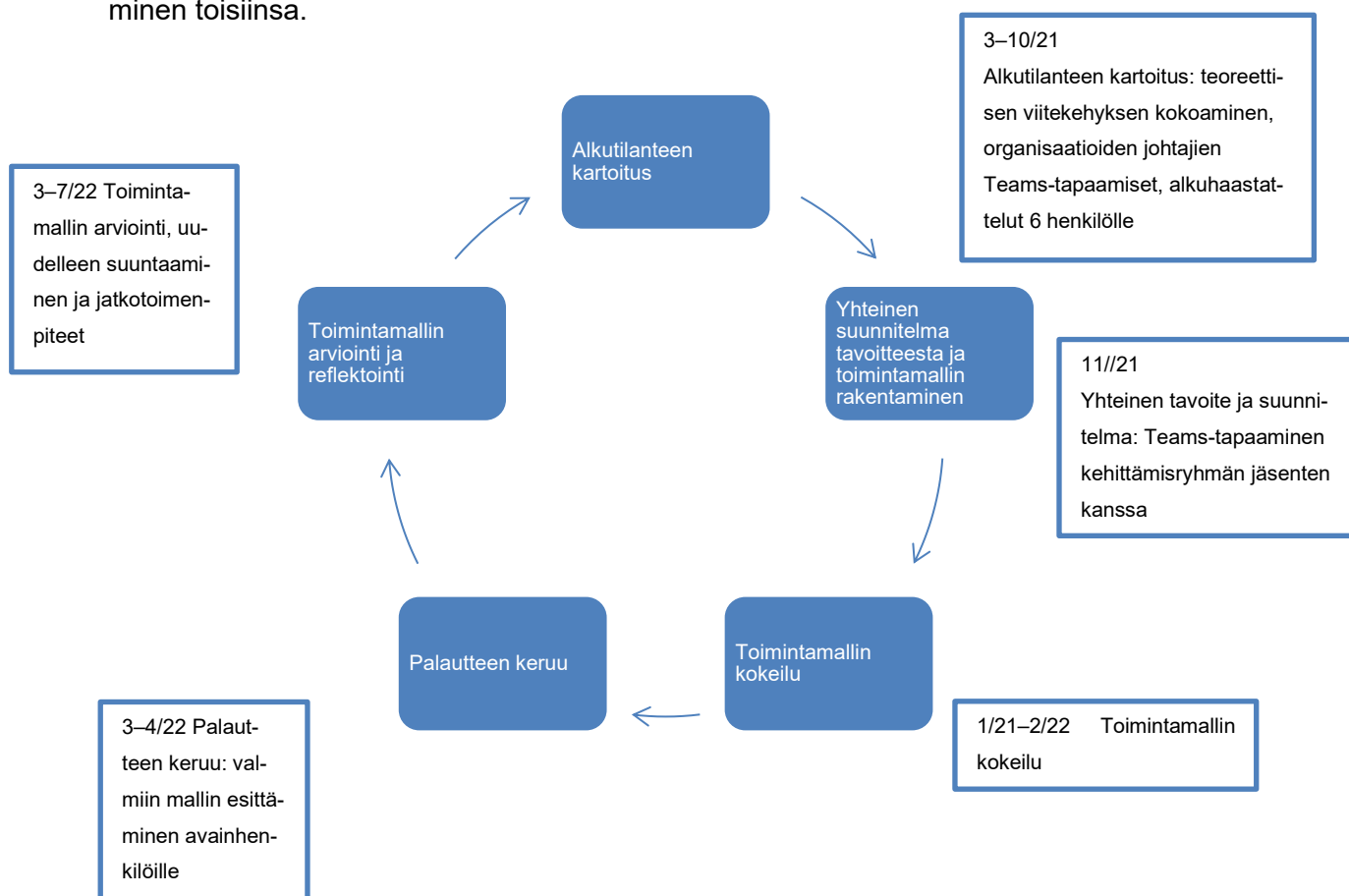
4 Opinnäytetyön toteuttaminen konstruktivisena kehittämis- työnä

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Tietoa omavalvontasuunnitelman tai RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisestä infektio- identorjunnasta on erittäin vähän eikä konkreettisia toimintamalleja löytynyt ollenkaan. Toimivan RAI:n infektioindikaattoreita ja omavalvontasuunnitelmaa hyödyntävän yhteis- työmallin suunnittelu vaatii yhteistyön eri osapuolten kuulemista ja toiminnan pilotoi- mista sekä siitä syntyvän kokemuksen systemaattista keräämistä ja reflektointia. Tä- män opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui konstruktivisia menetelmiä soveltava kehit- tämistö.

Konstruktivisen tutkimuksen tavoite on käytännön ongelman ratkaisu luomalla konk- reettinen tuotos, esimerkiksi suunnitelma. Konkreettisen tuotoksen tulee olla huolella perusteltu ja sidottu teoreettiseen tietoon. Tuotoksen toinen tavoite käytännön ongel- man ratkaisemisen lisäksi, on tuoda uutta tietoa sekä käyttäjilleen että tiedeyhteisöön. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2014: 37, 65.)

Konstruktivinen perinne näkee kehittämisen prosessin sykleinä. Kehittämissryhmä määrittelee ensin toiminnan viitekehyksen ja alustavat tavoitteet. Tämän jälkeen toimintaa kokeillaan. (Salonen & Eloranta & Hautala & Kinos 2017: 31.) Kehittämissprosessia kuvataan usein visuaalisesti, esimerkiksi spiraalina. Kuvio on luonnollisesti todellisuutta yksinkertaisempi, kehittämistyöt harvoin etenevät täysin johdonmukaisesti suunniteltuun suuntaan. Esimerkiksi arviointia ja toiminnan muuttamista arvioinnin mukaan tehdään kaikissa eri vaiheissa. Visuaalisen mallin avulla on kuitenkin mahdollista hahmottaa vaiheiden liittyminen toisiinsa sekä toiminnan jatkuvuus. (Toikko & Rantanen 2009: 64, 70, 83.) Kuvassa 3 kuvataan tämän tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheiden liittyminen toisiinsa.



Kuva 3. Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheiden liittyminen toisiinsa

4.2 Kehittämistyön toimintaympäristö ja kohderyhmä

Tutkimuksen toimintaympäristö muodostui kolmesta eri organisaatiosta, joilla on yhteensä 11 tehostetun palveluasumisen toimintayksikköä HUS-alueella. Yksi organisaatio on kunnallinen, kaksi muuta ovat säätiöitä. Ikäihmiset ovat näiden toimintayksiköiden suurin asiakasryhmä ja asukaspaikkoja on yhteensä lähes 400. Osa tehostusta palveluasumisesta toteutetaan lyhytaikaisena.

4.2.1 Tehostettu palveluasuminen

Palveluasumista järjestetään niille, jotka tarvitsevat enemmän tukea asumiseensa kuin tavalliseen asuntoon on mahdollista järjestää (Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt 2020). Palveluasumisen asiakas tarvitsee sekä soveltuvan asunnon että hoitoa ja huolenpitoa. Palveluasuminen sisältää myös kuntoa ylläpitävää ja edistävää toimintaa sekä esimerkiksi siivous-, ruoka- ja vaatehuoltoa. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 21.) Palveluasumisen muotoja on useita. Palveluasumisen asiakas vuokraa tai joskus ostaa oman asunnon palvelutalosta ja tarpeensa mukaan käyttää saatavilla olevaa palvelua ja hoitoa. Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa, että apua ja hoitoa on saatavilla ympäri vuorokauden. (Ikääntyvän palveluasuminen 2020; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Tehostettu palveluasuminen on avohoitoa ja se voidaan toteuttaa joko pitkä- tai lyhytaikaisena (Asumispalvelut ja laitoshoido 2022). Tehostetun palveluasumisen asiakaspaikkojen määrä kasvoi voimakkaasti lähes koko 2010-luvun. Kasvu liittyy laitoshoidon samanaikaiseen vähentämiseen. (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2019:1, 3.) Kunta voi järjestää palveluasumisen itse tai muodostamansa kuntayhtymän kanssa (Asumispalvelut ja laitoshoido 2022). Kunta voi myös ostaa asumispalvelua muilta kunnilta, järjestöiltä, yksityisiltä palveluntuottajilta tai valtiolta (Sosiaalipalvelujen ohjaus ja valvonta 2020). Noin puolet ikääntyneille tarjottavasta tehostetusta palveluasumisesta ostetaan yksityiseltä toimijalta (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2019: 6).

Yksiköiden sisäisissä infektioidentorjunnan resursseissa ei ole vaihtelua riippuen siitä, onko organisaatio julkinen tai yksityinen (Toura ym. 2020:30).

4.2.2 Tehostetun palveluasumisen ikääntyneet asiakkaat

lääkkäät ovat suurin tehostetun palveluasumisen asiakasryhmä (Asumispalvelut ja laitoshoido 2022). Tehostetussa palveluasumisessa asuvien asiakkaiden keski-ikä oli 84 vuotta vuonna 2020 (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2020: liite 4).

RAI-arviointijärjestelmä kuvaa asiakkaan arkitoimista suoriutumista Activities of Daily Living Hierarchy- eli ADL-mittarilla, joka mittaa esimerkiksi ruokailussa, pukeutumisessa ja liikkumisessa selviytymistä. Mittarin skaala on 0–6. Nolla kuvaa täysin itsenäistä ja kuusi täysin autettavaa asiakasta. ADL-mittarin keskiarvo tehostetussa palveluasumisessa on ollut kolme. (Noro & Alastalo 2014: 132, 148–149; Ikääntyminen

2022b.) Henkilöstön itsensä tekemän hoivan tarpeen arvioinnin mukaan asiakkaiden hoitoisuus oli vuonna 2019 Uudellamaalla 4,5 viisiportaisella asteikolla, jolla taso neljä tarkoittaa lähes jatkuvaa hoidon tarvetta ja taso viisi tarkoittaa jatkuvaa ympärivuorokautista hoidon tarvetta. (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2019: 6, liite 4.)

HUS-alueella vuonna 2015 56 % tehostetun palveluasumisen asiakkaista sairasti diagnosoitua muistisairautta (Sotkanet 2021b). Kognitiota kuvaa myös RAI-arvioinnin CPS-mittari kuusiportaisesti siten, että nolalla kuvataan normaalia kognitiota ja vaikea kognition vajaus saa skaalalla arvon kuusi. CPS-mittarin keskiarvo tehostetun palveluasumisen asiakkailla on ollut 3.3 vuonna 2014. (Noro & Alastalo 2014: 32, 149.)

Ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa asuvilla noin puolella on käyntejä ja hoitojaksoja erikoissairaanhoidossa kalenterivuoden aikana. Noin joka viidennellä käyntejä on vähintään neljä vuodessa. Noin puolella tehostetun palveluasumisen asiakkaista on vuoden aikana käyntejä myös perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla, joka neljäs on hyötynyt lääkärin etävastaanotosta. (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2019: 6–7, liite 4.)

4.2.3 Tehostetun palveluasumisen henkilökunta

Tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoituksen on oltava vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohti 1.4.2023 alkaen. Sitä ennen on noudatettu ja noudatetaan siirtymäaikaa. Vuonna 2021 henkilöstömäärän minimi on ollut 0,55 ja 1.1.2022 alkaen minimi on 0,6 työntekijää asukasta kohti. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista § 20.)

Tässä kehittämistyössä mukana olevien organisaatioiden henkilöstömitoituksen vaihteluväli oli 0,54–0,76 seurantajaksolla 3.-23.5.2021. Osallistuneiden organisaatioiden toimintayksiköiden henkilöstömitoituksen keskiarvo oli 0,66 ja mediaani 0,63 samalla seurantajaksolla. (Toteutunut henkilöstömitoitus 11/2021 2022.)

lökkäiden ympärivuorokautisen hoidon suurimman ammattiryhmän muodostavat lähihoitajat. Julkisen puolen henkilöstöstä lähihoitajia on 72 % ja yksityisellä puolella 67 %. Sairaanhoidotajia julkisella puolella on 10 % ja yksityisellä 6 % henkilöstöstä. Henkilöstöstä johtajia, esihenkilöitä ja tiimivastaavia on julkisella puolella 4 % ja yksityisellä 6 %.

Avustavan henkilöstön, esimerkiksi hoiva-avustajien sekä hoito- ja laitosapulaisten, määrä on julkisella 10 % ja yksityissektorilla 14 %. (Kehusmaa & Alastalo 2021: 1–4.)

Niin kutsuttu Vanhuspalvelulaki määrittelee lisäksi, että henkilöstön koulutuksen ja osaamisen on vastattava asiakkaiden palveluntarvetta (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista § 20). Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä tavoitteena on turvata annettavan hoidon laatua ja lisätä potilasturvallisuutta. Laki määrittää terveydenhuollon henkilöstön pätevyysvaatimukset sekä velvoittaa ammattihenkilöitä ammattitaidon jatkuvaan ylläpitämiseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 § 2, § 15, § 18.) Nämä velvoitteet koskevat myös tehostetun palveluasumisen henkilökuntaa (Sitra 2011:10).

Rekrytointiongelmät haastavat suomalaista ikäihmisten ympärivuorokautista hoitoa. Marraskuussa 2020 THL:n tekemän selvityksen mukaan 90 % toimintayksiköistä oli kokenut ammatillisen henkilöstön rekrytointivaikeuksia. Näihin haasteisiin oli vastattu käyttämällä ensisijaisesti opiskelijatyövoimaa. Myös kouluttamattomien työntekijöiden käyttämistä tai vajaamitoituksella toimimista oli jouduttu toteuttamaan. (Kehusmaa & Alastalo 2021: 1–4.)

5 Kehittämistyön aloittaminen

5.1 Hoitotyön johtajien tapaamiset

Kehittämistoiminta tarvitsee rakenteen ollakseen mahdollinen. Rakenteella tarkoitetaan esimerkiksi lainsäädäntöä ja toiminnan organisoitumisen tapaa, mutta myös toiminnassa mukana olevia ihmisiä ja heidän keskinäistä verkostoaan. (Salonen ym. 2017: 20.) Jotta tämän kehittämistyön vaatima rakenne hahmottui realistisesti ja resursoitiin riittäväksi, kehittäminen alkoi tutkijan ja osallistuvien organisaatioiden hoitotyön johtajien Teams-tapaamisella. Oleellista oli myös löytää johtajien avulla organisaatioista keskeiset ihmiset mukaan kehittämistoimintaan (kts. Ståhle & Soutarauta & Pöyhönen 2004: 19) luomaan uutta rakennetta (Ojasalo ym. 2014: 65). Alkuperäinen suunnitelma oli, että tapaamisia olisi ollut yksi, jossa hoitotyön johtajat olisivat tavanneet myös toisensa, mutta suunnitelma muuttui yksilöllisiksi Teams-tapaamisiksi. Tällä tavoin eri aikataulussa hyväksytyjen tutkimuslupien jälkeen päästiin nopeasti eteenpäin johtajille

sopivin aikatauluihin. Tapaamisen kestot olivat noin 30 minuuttia. Ennen tapaamisia johtajat saivat esityslistan ja tapaamisen jälkeen tutkija kirjasi sovituista asioista muistiot, jotka hoitotyön johtajat saivat hyväksyttäväkseen.

Tapaamisten tavoite oli keskustella kehittämistyöstä yhdessä niin että kaikilla osallistuvilla organisaatioiden ja tutkijalla oli yhteinen tavoite ja käsitys toimintatavoista ja tarvittavasta resurssista sekä toteutuksen aikataulusta. Lisäksi johtajilta pyydettiin lupaa organisaatioiden infektioindikaattoreiden avoimeen käsittelyyn yhteisissä tapaamisissa ja niiden näyttämiseen loppuraportissa. RAI-tiedolla johdetaan muun muassa vertailukehittämisen avulla (Ikääntyminen 2022c). Tästä syystä hoitotyön johtajat olivat sitä mieltä, että indikaattoreiden voi käsitellä avoimesti. Tapaamisissa tutkija esitteli myös ensimmäisen hahmotelma kehittämistyön kulusta ja sen vaatimasta henkilöstöresurssista. Hoitotyön esihenkilöiden tapaamiset olivat erittäin hedelmällisiä ja antoivat tutkijalle uusia näkökulmia kehittämistyöhön. Esimerkiksi ajatus palveluasumisen asiakasryhmän kuvaamisesta RAI:n asiakkaiden voimavaroja kuvaavilla mittareilla tuli yhdestä osallistuneesta organisaatiosta.

5.2 Kehittämisryhmän nimeäminen

Jokaisesta osallistuvasta kolmesta organisaatiosta toivottiin yhden hoitotyön lähiesihenkilön sekä yhden hygieniavastaavan osallistumista tämän kehittämistyön niin kutsuttuun kehittämisryhmään. Hoitotyön johtajat nimesivät nämä työntekijät omista organisaatioistaan. Kehittämisryhmän jäsenet saivat tiedotteen tutkimuksesta (liite 7) ja allekirjoitettavakseen lomakkeen, jolla antoivat luvan yhteystietonsa eli työ sähköposti-osoitteensa säilyttämisestä tutkimuksen ajan.

6 Alkutilanteen kartoitus

6.1 Kehittämisryhmän teemahaastattelut

Tämän toiminnallisen kehittämistyön tavoite oli sekä tuottaa uutta tietoa pitkäaikaishoidon infektioidentorjunnan organisaatioiden väliseen yhteistyöhön sekä muodostaa malli toimivasta yhteistyöstä, joka nojaa omavalvontasuunnitelmaan sekä RAI-arviointijärjestelmään. Tavoitteiden saavuttaminen vaati tietoisuuden lisäämistä siitä, miten tehostetun palveluasumisen työntekijät kokevat infektioidentorjunnan ja siihen liittyvän yhteistyön merkityksen sekä millainen kokemus heillä on RAI:n ja omavalvontasuunnitelman

hyödyntämisestä infektioidentorjunnassa. Näistä syistä alkutilanteen kartoitukseen sisältyi teoreettisen viitekehyksen ja hoitotyön johtajien tapaamisten lisäksi kehitysryhmään vapaaehtoisesti osallistuvien kuuden työntekijän teemahaastattelut. Teemahaastattelut toteutettiin Teamsilla, koska COVID-19-pandemian takia kaikkia yksiköihin kohdistuvia vierailuja vältettiin. Haastatteluihin varattiin aikaa yksi tunti.

Teemahaastattelu tarkoittaa puolistrukturoitua haastattelua, jossa haastattelun teemat on päätetty etukäteen. Haastattelutilanne saa kuitenkin kulkea omaa rytmιάän, kysymysten käsittelyn järjestys ei esimerkiksi ole oleellinen ja johonkin teemaan saatetaan pysähtyä myös ennakoitua pitemmäksi aikaa. Valmiiksi muodostettujen kysymysten tarkoitus on vähentää haastattelijan vaikutusta niiden esittämiseen. (Tiittula & Ruusu-vuori 2005: 11–12.) Teemahaastattelu antaa kuitenkin haastateltavalle tilaisuuden saada näkemyksensä kuuluviin, koska haastattelutapa antaa mahdollisuuden teemojen tukinnoille sekä niiden haastateltavalle sisältävien merkitysten käsittelylle (Hirsjärvi & Hurme 2011: 48). Tämän kehittämistyön teemahaastattelujen kysymykset valikoituivat tutkimuskysymysten ja teoriaperustaa varten luetun kirjallisuuden perusteella (Liite 8). Haastattelun käynnistämiseen kannattaa käyttää niin sanottuja virittäviä kysymyksiä, joiden tarkoitus on luoda seuraaville kysymyksille otollista tilaa ja odotuksia (Ruusu-vuori & Tiittula 2005: 51). Näiden haastattelujen virittävät kysymykset liittyivät ammattinimikkeeseen ja työsuhteen keston. Lisäksi käytiin läpi yksiköiden vastualueiden jakamista yleisesti sekä millaista yhteistyötä yksikkö oli tehnyt infektioidentorjunnan asiantuntijoiden kanssa kahden viime vuoden aikana.

Haastattelutilanteessa haastateltavalla on oikeus tiedonsaantiin. Toisaalta myös haastateltavan oma osaaminen tunnustetaan. Haastateltava on oman työympäristönsä asiantuntija ja hänellä on haastattelijan kannalta oleellista tietoa. Haastattelutilanne on luottamuksellinen vuorovaikutustilanne, jossa kumpikin osapuoli jakaa tietoa toisilleen. (Tiittula & Ruusu-vuori 2005: 11–12.) Myös yhteinen kieli on vuorovaikutuksessa oleellinen (Hirsjärvi & Hurme 2011: 48–49). Nämä teemaatattelut aloitettiin lyhyellä Power-Point-esityksellä, jotta teemoissa olevat käsitteet ymmärrettiin samalla tavoin.

Tämän tutkimuksen teemahaastatteluiden yksi haaste oli tutkijan rooli haastattelijana ja toisaalta infektioidentorjunnan alueellisena asiantuntijana. Haastatteluissa nousi esiin esimerkiksi väärinkäsityksiä infektioidentorjuntaohjeisiin liittyen ja nämä tilanteet haastoivat tutkijaa. Syntyi eettinen ristiriita, jos tutkija totesi väärinkäsityksen tai jos haastateltavalla oli infektioidentorjuntaan liittyvä huoli. Samalla haastateltavat tunsivat tutkijan

silloisen työroolin alueellisena hygieniahoitajana eivätkä ehkä itse tilanteessa erotelleet sen hetkistä roolia haastattelijana. Näissä tilanteessa tutkija toimi niin, että haastattelun lopuksi käytiin läpi esiin nousseet infektioasiantuntijuutta koskevat asiat. Tämä joka tapauksessa vei aikaa, eikä sovittua tuntia haluttu ylittää. Tilanteessa törmättiin oletettavasti juuri aloittelevan haastattelijan omaa roolia koskevaan ongelmaan. Ruusuvuori ja Tiittula nostavatkin esiin roolien pysyvyyden merkityksen haastattelutilanteessa, jotta haastattelijan mahdollisimman neutraali rooli vaikuttaisi vastauksiin mahdollisimman vähän. Toisaalta vuorovaikutuksen luottamuksellisuus, kun kyseessä on yhteisen kehittämistyön käynnistäminen, merkitsi tässä tutkimuksessa osapuolille myös haastateltavan oikeutta asiantuntijatietoon. (Ruusuvuori & Tiittula 2005: 14, 17, 32, 42, 44.) Samanaikaisesti valmiit tunnustetut roolit haastattelutilanteiden ulkopuolella olivat näiden haastatteluiden etu. Ne ikään kuin takasivat nopeasti osapuolten välisen luottamuksen.

Haastatteluun tehdyt teemakysymykset toimivat kohtuullisesti. Haastattelijan kokemattomuuskin näkyi, muutama kysymys toisti itseään. Yhteistyö oli aiheena kaikille tutumpi kuin olemassa olevien laatutyökalujen hyödyntäminen infektioidentorjunnassa. Tästä syystä alkukysymykset olivat innostavia ja niistä keskustelu hyvin syvää. Tämän aihekokonaisuuden käsittelyn jälkeen siirtyminen laatutyökaluihin ei sujunut täysin mutkattomasti ja todennäköisesti osin tästäkin syystä loppukysymyksiin tuli niukemmin vastauksia.

Tähän kehittämistyöhön sovittiin alun perin käytettävän aikaa noin 1,5 vuotta ja jo tutkimuslupien haku useasta organisaatiosta vei suunniteltua enemmän aikaa. Koska kehittämistyön suurimmaksi arvoksi koettiin kehityksellinen osuus, siihen resursoitu aika oli turvattu koko prosessin ajan. Tästä syystä teemahaastatteluja ei nauhoitettu vaan vastaukset tallennettiin kirjoittamalla ne yhdessä haastateltavan kanssa. Teams-tapaamisessa tutkija jakoi Word-tiedoston ja kirjoitti vastaukset siten, että haastateltava näki tekstin koko ajan. Yhdessä haastattelussa tiedoston jakaminen ei onnistunut. Tässä tilanteessa tutkija luki kirjoitukset kirjoittaessaan ääneen ja lähetti vastaukset tilanteen jälkeen haastateltavan luettavaksi ja hyväksyttäväksi. Yksi haastateltavista oli vastannut osaan kysymyksistä kirjallisesti jo ennen haastattelutilannetta ja hän lähetti vastaukset tutkijalle haastattelussa annettujen vastausten lisäksi.

Haastattelut on siis tallennettu lähes kokonaan tutkijan kirjoittamana tekstinä. Tämän tallennustyylin riskinä on varmasti, että tutkijan näkemys muokkaa vastauksia jo kirjoitusvaiheessa, vaikka sitä on pyritty tietoisesti välttämään. Haastateltavien vastaukset

kirjoitettiin paikoin sanasta sanaan, mutta tähän raporttiin vastaukset on muutettu siten että haastateltavat eivät ole tunnistettavissa.

6.2 Teemahaastattelujen sisällönanalyysi

Teemahaastattelut analysoitiin kvalitatiivisen tutkimuksen sisällönanalyysiä käyttäen. Tällöin haastatteluaineistosta etsitään eroja ja yhtäläisyyksiä, sitä eritellään. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.) Kun sisällönanalyysi toteutetaan aineistolähtöisesti niin, että aineistosta esiin nousevat seikat rakentavat tutkimukselle teoriaa, puhutaan induktiivisesta sisällönanalyysistä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b).

Aineiston ilmaisut pelkistettiin (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109–110). Näiden teemahaastattelujen analyysi aloitettiin lukemalla vastauksia läpi useita kertoja ja pilkkomalla niiden eri asioita käsittelevät lauseet ja etsimällä pelkistettyjä ilmauksia. Koska tämän kehittämistyön haastatteluaineisto oli kerätty siten, että tutkija kirjoitti vastaukset haastateltavan nähden, monet ilmaisut olivat valmiiksi melko pelkistettyjä. Sisällönanalyysiin liittyvä varsinainen pelkistämisvaihe jäi suppeaksi. Taulukossa yksi esitetään näiden teemahaastatteluiden sisällönanalyysiin liittyvää pelkistämistä.

Taulukko 1. Esimerkkejä tämän kehittämistyön alkuhaastattelujen ilmaisujen pelkistämisestä.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus
Nykyinen yhteistyö kunnan hygieniahoitajan kanssa toimii loistavasti.	Hyvä yhteistyö kunnan hygieniahoitajan kanssa
Kaikista tärkein: 1) on olemassa puhelinnumero ja sähköpostiosoite 2) matalalla kynnyksellä voi soittaa/viesittää 3) saa vastauksen	Tiedetään, mistä saa apua nopeasti
Erilaiset uudet materiaalit – luetaanko niitä? Yksikössä täytyy käydä läpi itse materiaaleja.	Uuden materiaalin läpikäynti yhdessä
Infektioiden tarttuminen asiakkaasta toiseen voi johtaa asukkaiden ohjaamiseen omassa huoneessa pysymiseen. Omassa huoneessa on vähemmän sosiaalisia suhteita ja virikkeitä.	Toimintayksikön infektioepidemia voi johtaa asukkaan pysymiseen omassa huoneessaan

Samankaltaiset pelkistykset luokitellaan eli klusteroidaan keskenään ja niistä etsitään alaluokkia. Alaluokat yhdistetään yläluokiksi, joiden avulla tehdään pääluokat. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 108–113.) Taulukossa kaksi kuvataan esimerkein alkuhaastattelujen sisällönanalyysin pelkistettyjen ilmaisujen luokittelu ala- ja yläluokiksi.

Taulukko 2. Pelkistettyjen ilmaisujen luokittelu ylä- ja alaluokiksi.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Hyvä yhteistyö kunnan hygieniahoitajan kanssa	Etukäteen sovittu infektioita ennaltaehkäisevä yhteistyö	Nimetty yhteistyöorganisaatio
Ongelmatilanteissa saa aina apua ja myös henkistä tukea	Etukäteen sovittu yhteistyö ongelmatilanteissa	Nimetty yhteistyöorganisaatio
Toimintayksikön infektioepidemia voi johtaa asukkaan pysymiseen omassa huoneessaan	Asukkaan hyvinvointi	Infektioiden vaikutus asukkaan elämänlaatuun

6.3 Haastateltavien antamat taustatiedot hygieniavastuualueen hoidosta

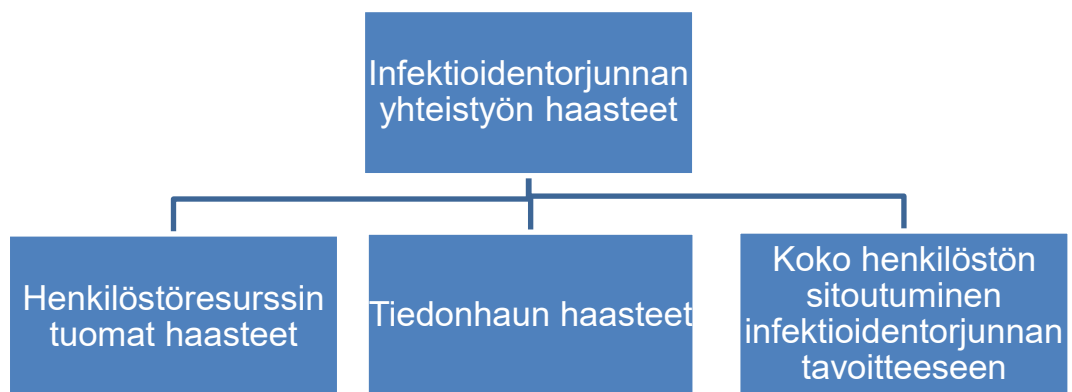
Jokaisessa osallistuvassa organisaatiossa oli yhtenä vastuualueena infektioidentorjunta. Haastatelluilla hygieniavastaavilla infektioidentorjunta ei ollut ainoana vastuualueena. Hygieniavastaavuus, kuten muutkin vastuualueet toimintayksiköissä, hoidettiin varsinaisen perustyön ohessa. Vastuualueisiin ei etukäteen suunniteltu työaikaa, mutta sitä koettiin tarvittaessa järjestävän. Hygieniavastaavien vastuualueen hoidossa korostui ajatus sekä vastuusta että työskentelystä oman työyksikön rajojen yli. Ongelmatilanteissa hygieniavastaavan toivottiin tarvittaessa neuvovan laajasti omassa organisaatiossaan ja etsivän tietoa sekä apua oman organisaation ulkopuoleltakin.

6.4 Hoitoon liittyvien infektioiden suunnitelmallisen torjunnan yhteistyö eri organisaatioiden kesken

Hoitoon liittyvien infektioiden yhteistyötä käsittelevät vastaukset jaettiin sisällönanalyysin jälkeen yhteistyötä edistäviin ja yhteistyölle haasteen muodostamiin kategorioihin.

6.5 Infektioidentorjunnan yhteistyön haasteet

Tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuneissa organisaatioissa kaikilla oli jo tiedossa oleva kontakti infektioasiantuntijaan. Tästä syystä haastatteluissa oltiin suhteellisen tyytyväisiä yhteistyön nykytilanteeseen ja yhteistyötä estäviä tekijöitä nousi vain vähän esiin. Infektioidentorjunnan yhteistyötä heikentäviksi koettiin tiedonhaun haasteet, infektioidentorjunnan johtamisen haasteet ja koko työyhteisön sitoutumisen ohjeisiin. Edellä luetellut infektioidentorjunnan yhteistyön haasteet kuvataan kuvassa neljä.



Kuva 4. Infektioidentorjunnan yhteistyön haasteet: henkilöstöresurssin tuomat haasteet, tiedonhaun haasteet ja koko henkilöstön sitoutuminen infektioidentorjunnan tavoitteeseen.

6.5.1 Henkilöstöresurssin tuomat haasteet

Yhteistyön suurimmaksi haasteeksi vastauksissa nousi henkilöstöresurssi. Henkilöstön saatavuuden ongelmat vaikuttavat esimerkiksi työntekijöiden työkuormaan, jolloin ohjeiden noudattaminen kuvattiin vaikeaksi. ”*Henkilöstöresurssi on tärkeää, että ehtii esimerkiksi suojautua ohjeiden mukaisesti ja tehdä rauhassa työtä ja toteuttaa laadukkaasti.*”

Lisäksi todettiin, että infektioidentorjuntaan tarvitaan aikaa, joka pienimillään on hygieniavastaavan koulutuspalautteen pitämisen mahdollistaminen osastotunnilla. Vastauksissa nousi myös esiin toiveita organisaatiotasoinen infektioidentorjuntaan käytettävän ajan resursointi nykyistä suuremmaksi.

6.5.2 Tiedonhaun haasteet

Vastaajat kuvasivat tiedonhaun aikaa vievänä ja haastavana erityisesti tilanteissa, joissa tietoa piti saada nopeasti. Tiedonhaussa haasteena oli selvittää, onko internetistä löytynyt tietoa relevanttia ja päivitettyä. Lisäksi Suomessa infektioidentorjuntaohjeet vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin, jolloin toimintayksiyöiden tulee muistaa tarkastaa, että käytössä ovat oman alueen ohjeet. *”Netistä löytää materiaalia liikaakin, pitää selvittää, että tieto on oikeaa, päivitettyä ja oman alueen.”*

6.5.3 Koko työyhteisön sitoutuminen infektioidentorjuntaan

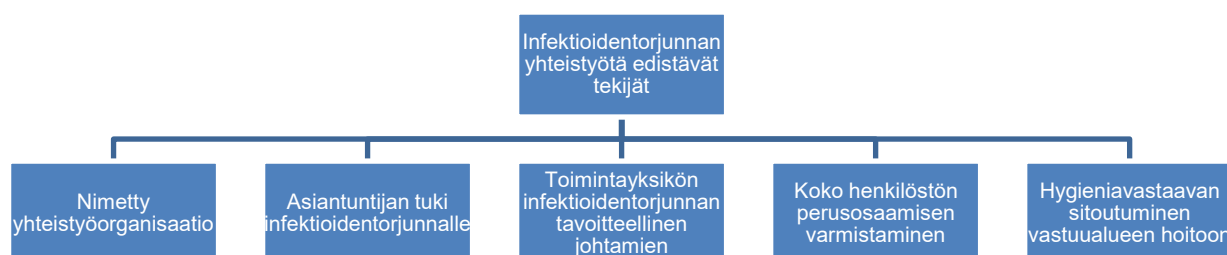
Esihenkilö on työyhteisössä merkittävässä roolissa infektioidentorjunnassa esimerkiksi aiemmin mainitun ajan resursoimisessa. Yksittäisen työntekijän sitoutuminen infektioidentorjunnan tavoitteisiin näkyy arkipäivässä vastaajien mukaan hyvin laajasti. Yhtenä esimerkkinä kuvattiin, että työntekijä suunnittelee tärkeää osastotuntia varten oman työnsä niin, että osallistuminen yhteiseen hetkeen onnistuu mahdollisimman monelle. Lisäksi kuvattiin, että tavoitteeseen sitoutuminen vaatii työntekijältä omakohtaista aiheen pohdintaa. *”Jokaisen pitäisi vähän miettiä asiaa niin että se loksauttaa paikoilleen.”* *”Jos vähättelet asiaa, et toimi ohjeiden mukaan.”*

Haastatteluissa nousi esiin, millaisia haasteita toimintayksiyöt olivat kokeneet päivittyneiden infektioidentorjuntaohjeiden käytäntöön ottamisessa. Hygieniavastaavan saaman tiedon käytäntöön vienti toimintayksiyössä vaatii myös muun henkilökunnan osallisuuden päivittämisen, asiakkaita hoidetaan paljon yksin. Vastaajat toivat esiin, että työuraa pitkään tehneitä on haastava ohjata. *”Opiskelijoita on helppo ohjata, mutta valmista hoitajaa vaikeampi”*. Haasteeksi koettiin myös vuorotyö, koska jokaista työntekijää ei voida samassa fyysisessä kokoontumisessa tiedottaa uusista asioista.

6.6 Infektioidentorjunnan yhteistyötä edistävät tekijät

Jokaisessa kehittämistyöhön osallistuneessa organisaatiossa on ollut pitkään hygieniavastaava ja vastauksissa oletuksena näkyikin hygieniavastaavan olemassaolo toimintayksikön linkkinä infektioidentorjunnan asiantuntijoihin.

Yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi vastausten sisällönanalyysin perusteella nousivat nimetty yhteistyöorganisaatio, asiantuntijan tuki toimintayksikön infektioidentorjunnalle, infektioidentorjunnan tavoitteellinen johtaminen, koko henkilöstön perusosaamisen varmistaminen ja hygieniavastaavan sitoutuminen vastuualueen hoitoon. Luetellut yhteistyötä edistävät tekijät kuvataan kuvassa viisi.



Kuva 5. Infektioidentorjunnan yhteistyötä edistävät tekijät ovat nimetty yhteistyöorganisaatio, asiantuntijan tuki infektioidentorjunnalle, toimintayksikön infektioidentorjunnan tavoitteellinen johtaminen, koko henkilöstön perusosaamisen varmistaminen ja hygieniavastaavan sitoutuminen vastuualueen hoitoon.

6.6.1 Nimetty yhteistyöorganisaatio

Useassa vastauksessa nousi esiin, että toimintayksiköissä tulee tietää konkreettisesti, mihin ollaan yhteydessä ongelmatilanteissa tai kenen ohjeisiin nojataan, kun esimerkiksi omia ohjeita tai käytäntöjä päivitetään.

”Kaikista tärkeimmät: 1) on olemassa puhelinnumero ja sähköpostiosoite 2) matalalla kynnyksellä voi soittaa/viestittää 3) kysymykseen saa vastauksen”.

Kahden viimeisen vuoden aikana jokaisella osallistuvalla organisaatiolla on ollut yhteistyötä infektioidentorjunnan asiantuntijoiden kanssa ja kontakti joko kunnan tai sairaanhoitopiirin infektioitiimiin oli vakiintunut. Valmis kontakti kuvattiin hyvänä. *”Ongelmiimme on aina suhtauduttu ystävällisesti ja olemme saaneet apua.”* Useassa vastauksessa korostettiin kehittyneitä ja hyviä suhteita toimintayksikön ja infektioidentorjunnan asiantuntijan kanssa. *”Hyvät suhteet ovat kehittyneet ajan kanssa. Hyvät suhteet madaltavat yhteydenoton kynnyksiä, jolloin ongelmatilanteet eivät ehdi pahentua.”* Molemminpuolinen arvostava yhteistyösuhde koettiin tärkeänä työkaluna.

6.6.2 Asiantuntijan tuki toimintayksikön infektioidentorjunnalle

Keinoiksi tukea toimintayksikköä mainittiin koulutustilaisuudet koko henkilökunnalle, tiedossa oleva päivitetty infektioidentorjuntaohjesivu internetissä ja säännöllinen tiedotus ajankohtaisista asioista. Tietoa toivottiin myös päivittyneistä ohjeista, jotta niihin olisi mahdollista tutustua kaikessa rauhassa, ei vasta esimerkiksi epidemian aikana. Säännöllisyyttä toivottiin myös tarjottavaan koulutukseen.

Myös hygieniahoitajan tekemiä auditointeja, jolloin hygieniahoitaja havainnoi yksikköä, toivottiin. *”Hygieniahoitajan käynnit ovat pitkällä aikavälillä yhdenlaista laadunvalvontaa.”* Lisäksi esitettiin ajatus konkreettisista työkaluista, joita voisi käyttää esimerkiksi perehdytyksen apuna. *”Työkaluja valmiiksi, esimerkiksi niin sanottu hygienia-ajokortti.”*

Toimintayksikön hygieniavastaavan tukeminen ja osaamisen lisääminen nähtiin tärkeänä osana infektioasiantuntijan toimintaa. *”[...] mutta yhtä tärkeää on myös, että hygieniavastaava saa tuoretta tietoa ja että hän välittää tietoa työporukkaan – tavoite että kaikki tietävät perustiedon, ihan selkäytimestä ja erikoisosaaminen on hygieniavastaavalla.”*

Ajatuksia siitä, että hygieniavastaava ja esihenkilö tapaavat säännöllisesti hygieniahoitajan, esitettiin. Hygieniavastaavan käyttöön toivottiin myös konkreettisia työkaluja tiedon viemiseen toimintayksikköön. *”Hygieniavastaavaa auttaisi, että saa mielellään sähköisen koulutusmateriaalin käyttöönsä.”* *”Videoidut luennot voisivat auttaa. Myös kenties Power Point –esitykset ja muutkin erilaiset materiaalit.”*

6.6.3 Toimintayksikön infektioidentorjunnan tavoitteellinen johtaminen

Vastaajien ajatuksissa korostui infektioidentorjunnan tietoinen johtaminen ja hygieniavastaavan tukeminen. *”Yksikön esihenkilönä tuen hygieniavastaava, tehtävä on tärkeä.”* Infektioidentorjunnan merkityksen ymmärtämisen vuoksi esihenkilönkin koettiin tarvitsevan infektioidentorjunnan osaamista. Tästä syystä jo edellä mainittuja hygieniahoitajan käynteihin ehdotettiin myös esihenkilön osallistumista. Esihenkilön merkittävän roolin takia yhdessä osallistuneessa organisaatiossa oli päädytty siihen, että hygieniavastuualue on tietyillä esihenkilöllä. Kyseisessäkin organisaatiossa mainittiin kuitenkin, että kaikkien esihenkilöiden tulisi edistää asiaa. *”Hygieniayhdysenkilön ei tarvitse yksin ainoana puhua vaan muutkin esihenkilöt puhuvat -yhteinen asia.”*

Hygieniavastaava tarvitsee myös konkreettista tukea omalta esihenkilöltään, esimerkiksi työaikajärjestelyin. *”Vastuualueen toimintaa täytyy myös johtaa tavoitteellisesti, motivoimalla ja antamalla aikaa vastuualueen hoitoon.”* Myös koulutuksiin pääsyn mahdollistaminen nousi esiin, osa koulutuksista on maksullisia.

6.6.4 Koko henkilöstön perusosaamisen varmistaminen

Hygieniavastaavan nähtiin olevan avainhenkilö toimintayksikön infektioidentorjunnan osaamisen ylläpidossa, mutta päivittäin tapahtuvan infektiota ennaltaehkäisevän työn koettiin olevan koko henkilöstön asia. Tätä perusteltiin esimerkiksi sillä, että asiakkaita hoidetaan paljon yksin. *”Hoitajat tekevät kuten ymmärtävät.”*

Koko henkilöstön säännöllinen kouluttaminen ulkopuolelta tulevalle koulutuksella nähtiin haastavana sen vaatiman taloudellisen ja aikaresurssin takia. Keinoina perusosaamisen ylläpitoon ja tiedon päivittämiseen esitettiin hygieniavastaavan tuoma päivittynyt tieto sekä uuden työntekijän huolellinen perehdytys.

6.6.5 Hygieniavastaavan sitoutuminen vastuualueen hoitoon

Hygieniavastuualueen tavoitteeksi koettiin muiden työntekijöiden jatkuva kouluttamisena sekä vastuun kantaminen koko toimintayksiköstä tai jopa organisaatiosta. *”[Vastuualueen tavoite on] saada muutkin ymmärtämään, että esim. käsihuuhteen käyttö on tärkeää.”* *”Meillä oli kyllä valmiiksi eritetahranpoistoainetta, mutta tahrojen poistoon*

käytettävät sumuttavat pullot olivat tyhjä. Suunnittelin prosessin, johon kuuluu myös eritetahrapoistokorin huoltaminen.”

Vastuualueen hoitoon miellettiin myös organisaatorajojen yli tapahtuvan yhteistyön yhdyshenkilönä toimiminen. *”Jos esim. kahdella asiakkaalla ripulia, otetaan yhteyttä hygieniavastaavaan, joka antaa ohjeita. Jos hygieniavastaava ei tiedä, hän tarvittaessa etsii tietoa muualta.”*

Vastuualueen hyvän toteutumisen mahdollistamisen keinoina nähtiin johtamisen lisäksi hygieniavastaavan säännöllinen oma kouluttautuminen, mikä olikin ollut viimeisten vuosien selkein yhteistyömuoto infektioidentorjunnan asiantuntijan kanssa.

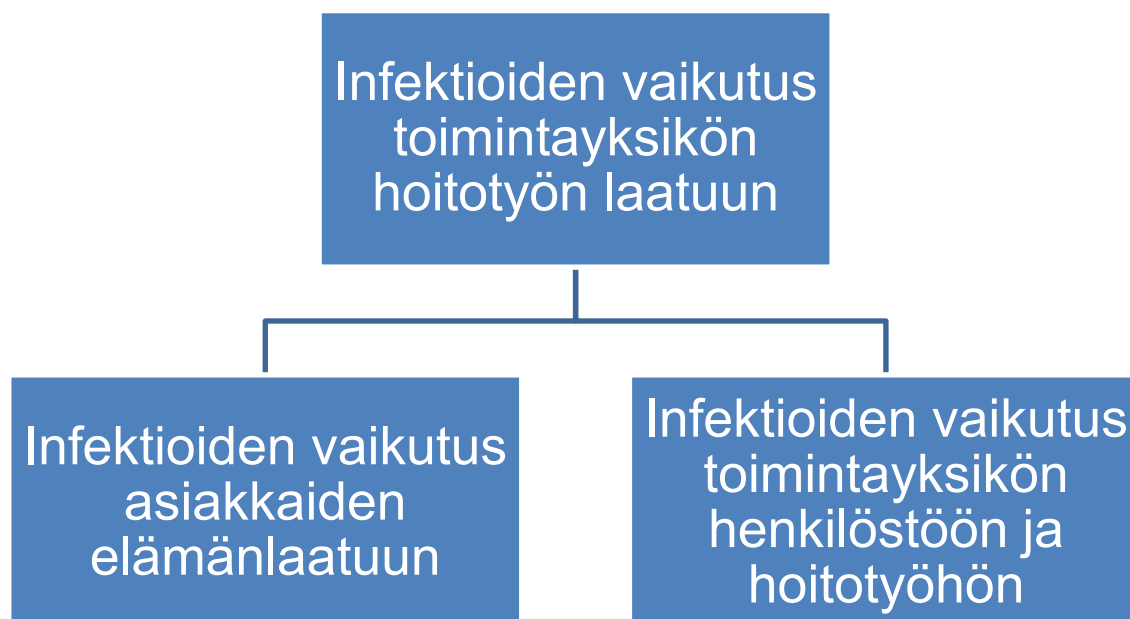
Henkilökohtaisen kiinnostuksen lisäksi hygieniavastaavalta odotettiin myös uskallusta ottaa esiin havaitsemiaan epäkohtia. *”Hygieniayhdyshenkilön olisi hyvä olla aktiivinen ja itse kehittää osaamistaan ja väsymättömästi jakaa tietoa ja opastaa muita.”* ” [Hänen tulisi] löytää oikeat hetket, jolloin vaikuttaa muihin työn lomassa.”

6.7 Infektioiden vaikutus toimintayksikön hoidon laatuun

RAI-arviointijärjestelmästä ja omavalvontasuunnitelmasta infektioidentorjunnan työkaluina, osallistuneilla organisaatioilla ei ollut juuri kokemusta.

Infektioidentorjunnan päätavoitteeksi nähtiin infektioiden ennaltaehkäisy. Myös tartuntatautilain velvoite nostettiin esiin. *”Mitä vähemmän infektioita, sen parempi.”* ”*Velvollisuus ennaltaehkäistä infektioita tartuntatautilain mukaan.”*

Infektioiden vaikutus nähtiin kuitenkin erittäin merkittävänä toimintayksikön hoitotyön laatuun vaikuttavana tekijänä. Sisällönanalyysin jälkeen vaikutukset jakaantuivat yläluokkiin infektioiden vaikutus asukkaiden elämänlaatuun ja infektioiden vaikutus toimintayksikön henkilöstöön ja hoitotyöhön. Sisällönanalyysin mukaan tehty luokittelu kuvataan visuaalisesti kuvassa kuusi.



Kuva 6. Infektioiden vaikutus hoitotyön laatuun jakautui sisällönanalyysin jälkeen pääluokiksi: infektioiden vaikutus asukkaiden elämänlaatuun ja infektioiden vaikutus toimintayksikön henkilöstöön ja hoitotyöhön.

6.7.1 Infektioiden vaikutus asiakkaiden elämänlaatuun

Vastaajien mukaan infektioiden merkittävin vaikutus oli asiakkaiden elämänlaatua heikentävä. Tulehdussairaudet vaikuttavat suoraan asiakkaan fyysiseen vointiin ja mieli-alaan. Ne saattavat aiheuttaa kipua ja lisätä tarvetta kipulääkitykselle. Myös mikrobilääkehoito ja joskus siitä aiheutuva ripuli nousivat vastauksissa esiin. Infektiot lisäävät myös esimerkiksi asiakkaan omassa huoneessa lepäämistä. Yksikön epidemiatilanteissa myös oireettomien asiakkaiden omissa huoneissa vietetty aika saattaa lisääntyä.

Infektioon liittyvän asian hoito voi viedä paljon hoitajan aikaa ja se voi kaventaa asiakkaan saamaa kokonaisvaltaista hoitoa. *”Infektiot muuttavat hoitoa niin, että hoidetaan infektiota, esimerkiksi haavaa, mutta unohdetaan kokonaisuus, ihmisen elämänlaadun kannalta huono.”* Infektioiden aiheuttama huoli omaisille mainittiin vastauksissa myös.

Infektiot eivät vaikuta pelkästään asiakkaan sen hetkiseen vointiin vaan saattavat heikentää yleiskuntoa pitkään, joskus pysyvästikin. Infektio saattaa altistaa asiakasta myös muille riskeille, kuten painehaavoille. *”Infektioiden esiintyminen lisää vuoteessa*

elämistä (vaikutus laatuun), josta voi seurata esimerkiksi painehaavaumia (riski kasvaa).” ”Infektoiden esiintyminen vaikuttaa suoraan asukkaidemme toimintakykyyn (ADL ja CPS) joko akuutisti tai pitkällä aikavälillä. ”

6.7.2 Infektioiden vaikutus toimintayksikön henkilöstöön ja hoitotyöhön

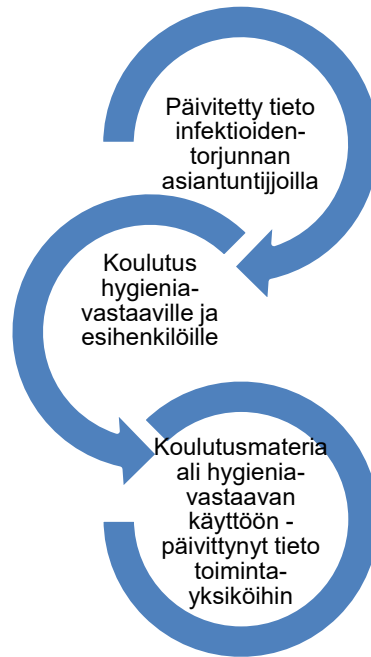
Toimintayksikön infektiot koettiin henkilöstön työturvallisuuteen liittyvänä asiana; työntekijän työpaikalta saama infektio aiheuttaa työntekijälle vähintäänkin epä mukavuutta. Henkilöstön sairastuvuus vaikuttaa myös henkilöstöresurssiin ja myös siten työn suorittamisen mahdollisuuksiin ja työviihtyvyyteen.

Infektioidentorjunnalla nähtiin olevan merkitystä myös työn sisältöön, kun hoitotyössä on mahdollista keskittyä enemmän muuhun kuin asiakkaan fyysiseen vointiin ja sen seuraamiseen. Myös aiemmin mainittujen asiakkaiden toimintakykyyn ja fyysiseen vointiin vaikuttavat tekijät mainittiin hoitotyön painopisteisiin voimakkaasti vaikuttaviksi tekijöiksi.

7 Kehittämistoiminnan eteneminen alkukartoituksen jälkeen

Alkukartoituksen jälkeen tutkija teki ensimmäisen suunnitteluversion yhteistyön toimintamallista. Ajankäytön rajallisuuden vuoksi koko mallia ei ollut mahdollista opinnäytetyön aikataulussa kokeilla ja tutkija luonnosteli siksi tässä opinnäytetyöraportissa myöhemmin esiteltävästä yhteistyömallista sen koulutusosioon liittyvän pilotointisuunnitelman.

Pilotin suunnitelmana oli toteuttaa päivittyneen tiedon siirtyminen asiantuntijoilta hygieniavastaavien ja esihenkilöiden kautta toimintayksiköihin ja asiakkaan hoitoon. Tässä opinnäytetyöraportissa on jo aiemmin esitetty kuvassa yksi toimintayksikön ympärillä olevat organisaatiot, joiden yhtenä tavoitteena hoitoon liittyvien infektioiden torjuminen. Kuvassa seitsemän kuvataan tutkijan näkemys siitä, kuinka tieto kulkee infektioidentorjunnan asiantuntijalta toimintayksikköön, mikä oli opinnäytetyön pilotointikohde.



Kuva 7. Tiedon kulku infektioidentorjunnan asiantuntijalta toimintayksikköön. Tämän opinnäytetyön käytäntöön kokeilun kohde.

7.1 Kehittämisryhmän yhteinen tapaaminen.

Kehittämisryhmä kokoontui alkutilanteen kartoituksen jälkeen. Tapaaminen toteutettiin COVID-19 -pandemiasta johtuen virtuaalisina Teams-tapaamisena. Kaikille sopivan ajan löytäminen oli haastavaa. Etukäteen tapaamisen pituudeksi sovittiin yksi tunti.

Ennen ensimmäistä tapaamista osallistujat saivat esityslistan (Liite 9) ja sen liitteenä tutkijan tekemän alustavan koosteen teemahaastattelujen sisällönanalyysistä. Yhteisessä tapaamisessa tutkija esitteli lisäksi valmiin ehdotuksen kehittämistyön toiminnallisesta kulusta ja sen tarvitsemasta ajankäytöstä yksiköissä. Sekä teemahaastattelujen alustavan koosteen että kehittämisosion kulun läpikäyminen olivat esittäviä menetelmiä (Salonen ym. 2017: 55). Vaikka esittävä menetelmä vei aikaa yhteiseltä dialogilta, sen käyttäminen mahdollisti taloudellisen ajankäytön. Esittävän menetelmän tavoitteena oli osallistujien pääseminen nopeasti samojen käsitteiden äärelle ja niiden avulla yhteisen tavoitteen luominen. Konstruktiviseen menetelmään liittyvä toisen osapuolen arvostus näkyi siten myös sovitun ajankäytön tehokkaassa hyödyntämisessä (vrt. Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2014: 65).

Esittävän menetelmän haitta oli tutkijan näkemyksen korostuminen. Liian varhaisessa vaiheessa esitetty valmis tavoite voi lamaannuttaa yhteistä innovatiivisuutta ja vähentää avointa keskustelua. Jos kehittämistoiminnassa mukana olevat saavat muodostaa oman tulkintansa käsillä olevasta tiedosta, syntyy tilaa uusille oivalluksille. (Stähle ym. 2004: 28, 35–36.) Koska tavoitteena oli kuulla osallistujien ajatuksia ja näkemyksiä, tapaamisen toinen käytetty menetelmä, oli keskustelua edistävä arvostava dialogi (Salonen ym. 2017:55). Arvostavan dialogin tähtäin oli saada yhteinen päämäärä mahdollisimman konkreettiseksi, koska siten onnistumisen mahdollisuudet parantuvat merkittävästi (vrt. Toikko & Rantanen 2009: 56–57). Ryhmä kävi läpi keskustelemalla omavalvontasuunnitelman ja RAI-infektioindikaattoreiden hyödyntämistä infektioidentorjunnassa sekä vertasi nykyistä käyttöä infektioidentorjuntaohjeissa Valviran ylläpitämään täyttämisen ohjetekstiin (Viranomais 2022.) Osallistujien omavalvontasuunnitelmissa infektioidentorjuntaa käsittelevät kirjaukset todettiin laajemmaksi kuin Valviran ohje edellyttää.

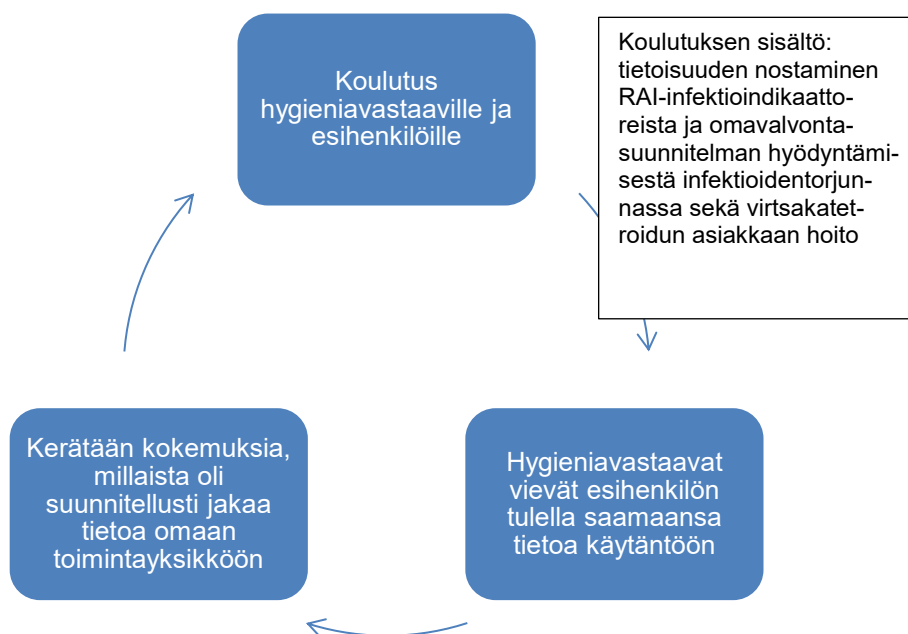
Koska sekä kirjallisuuskatsaus että alkuhaastattelut tukivat esihenkilön kouluttamista samaan aikaan hygieniavastaavan kanssa, kehittämisryhmä päätyi ehdottamaan yhteistä koulutustilaisuutta hygieniavastaavalle ja esihenkilölle (vrt Krein ym. 2017: 1342–1348.). Koska teemahaastatteluissa oli käynyt ilmi, että RAI:n infektioindikaattoreita tunnetaan huonosti, tilaisuuteen päätettiin kutsua myös RAI-vastaavat.

Kehittämisryhmä päätti, että koulutustilaisuuden ensimmäiseksi aiheeksi tuli omavalvontasuunnitelman hyödyntäminen infektioidentorjunnassa. Kehittämisryhmästä nousi myös toive henkilökunnan rokotuksista mainitsemisesta omavalvontasuunnitelmassa (vrt. Tartuntatautilaki 1227/2016 § 48) ja tämä lisättiin koulutusohjelmaan.

RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisestä infektioidentorjunnassa on hyvin vähän kokemusta ja toisaalta kirjallisuushaku tuki infektioidentorjuntaan liittyvien mittareiden hyödyntämistä käytäntöjen kehittämisessä (Vrt. Adre ym. 2020: 135). Virtsakatetroitujen asiakkaiden osuus on yksi RAI:n infektioindikaattoreista. Vuonna 2021 katetroitujen asiakkaiden osuus oli ollut 0–10 % osallistuvien organisaatioiden toimintayksiköissä (Sampo 2022). Tutkijan ehdotuksesta virtsakatetroitujen asiakkaiden osuus valittiin pilotissa käsiteltäväksi RAI:n infektioindikaattoriksi. Katetroitujen asiakkaiden pieni määrä mahdollisti tähän opinnäytetyöhön liittyvän osallistuvien organisaatioiden pilottitoiminnan tarvitseman ajankäytön kohtuulliseksi.

Näistä syistä koulutuksen toiseksi aiheeksi valittiin virtsakatetroidun asiakkaan hoito-ohjeen läpikäyminen. Kehittämisyhmästä nousi toive myös kertakatetroinnin kertaamiseen ja myös kyseisen kansallisen ohjeen olemassaolon esittely sisällytettiin koulutustilaisuuden ohjelmaan. Alkutilanteen kartoituksessa oli noussut esiin hygieniavastaavan merkitys päivitetyn infektioidentorjunnan tiedon välittämisessä toimintayksiköiden henkilökunnalle. Kehittämisyhmä päätti, että hygieniavastaavat pitävät osastotunteja niissä toimintayksiköissä, joissa virtsakatetrointiin liittyvä aihe oli ajankohtainen. (Vrt. Ojanperä & Syrjänen 2018: 514–515.) Lisäksi tutkija nosti esiin, että hygieniavastaavat voisivat huomioida katetroitujen asiakkaiden hoitosuunnitelmat ja ohjata tarvittaessa niiden täydentämisen. Näin koulutustieto päätyisi suoraan asiakkaan saaman hoidon laadun parantumiseen. Niihin yksiköihin, joissa virtsakatetrointiin liittyvä aihe ei ollut ajankohtainen, tutkija ehdotti käyttöön käsihuuhteen hierontatekniikkaan liittyvää verkossa olevaa HUSin tekemää animaatiota (Vrt. Kolmen kohdan käsien desinfiointitekniikka).

Kehittämisyhmä hyväksyi toiminnan etenemisen mallin, joka esitellään kuvassa kahdeksan. Kehittämisyhmä sai tapaamisen jälkeen tutkijan siitä kirjaaman muistion.



Kuva 8. Kehittämistyön toiminnan etenemisen malli osallistuvissa toimintayksiköissä.

7.2 Koulutustilaisuudet organisaatioille

Konstruktiiiviseen toimintaan liittyy aidosti kuunteleminen ja inhimillinen vuorovaikutus (Salonen ym. 2017: 53). Tässä kehittämistyössä pyrittiin tukemaan mahdollisimman monen koulutukseen pääsemistä ja luottamuksellista aiheen käsittelyä siten, että jokaiselle osallistuvalla organisaatiolle järjestettiin oma tunnin kestävä koulutustilaisuus Teams-tapahtumana. Jokainen organisaatio sai vaikuttaa sopivan ajankohdan valintaan. Kehittämisryhmä mainosti tapahtumaa (Liite 10) ja välitti koulutuslinkkiä omissa organisaatioissaan. Yhden organisaation pyynnöstä sen koulutustilaisuus tallennettiin heidän myöhempää käyttöönsä varten, koska sovittu ajankohta osoittautuikin erittäin haastavaksi osallistujille. Myös kirjallisuus tuki tallentamista (Krein ym. 2017: 1348). Ehdotus hyväksyttiin siten, että tallentamisen toteutti kyseinen organisaatio.

Koska alkutilanteen kartoituksessa oli tullut ilmi, että omavalvontasuunnitelman ja RAI:n käytöstä infektioidentorjunnassa on hyvin vähän käytännön kokemusta, tilaisuuksien alussa käytiin läpi omavalvontasuunnitelman hyödyntäminen siten, että sen avulla vastataan tartuntatautilain ja tartuntatautiasetuksen määrittämään suunnitelmalliseen hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaan. Lisäksi kerrattiin RAI:n infektioindikaattorit ja tarkasteltiin kyseisen organisaation virtsakatetroitujen asiakkaiden osuutta RAI-indikaattorin avulla.

Koulutuksen toinen osa käsitteli Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen virtsakatetroidun potilaan hoito-ohjeen ja siitä tehdyn myös verkossa saatavilla olevan Power Point-esityksen. Tutkija päätyi THL:n verkossa olevaan valmiiseen materiaaliin (Infektiotaudit ja rokotukset 2022), koska sekä teoreettinen viitekehys, että haastattelut nostivat esiin yksiköiden tarpeen saada valmista, laadukasta koulutusmateriaalia käyttöönsä (Vrt. Adre ym. 2020: 135; Krein ym. 2017: 1342–1348). HUSilla ei ollut virtsakatetroidun potilaan hoito-ohjetta julkisessa verkossaan.

Koulutustilaisuuksiin tuli osallistujia yhteensä noin 30. Erityisesti virtsakatetroidun asukkaan hoitoa käsittelevä osuus herätti keskustelua ja konkreettinen aihe tuntui olevan erityisen kiinnostava. Vaikka kestokatetroituja asukkaita on vähän, aihe koettiin tärkeäksi koska aika ajoin kertakatetrointeja tehdään toimintayksiköissä. Yhden organisaation koulutustilaisuuden avasi suunnitellusti ja omasta ehdotuksestaan heidän oma hygieniavastaavansa ja hän myös veti lopussa yhteen toimintasuunnitelman myöhemmin

pidetyksi suunnitelluista osastotunneista ja tarjosi aktiivisesti osaamistaan muiden käyttöön.

Kirjallisuushaku tuki erilaisten yksiköiden ja oppijoiden tukemista monipuolisen materiaalien avulla (Vrt. Krein ym.2017: 1342–1348). Tässä toiminnallisessa osuudessa yksiköiden käytössä oli THL:n kirjallinen ohje sekä jo mainittu Power Point-esitys. Yhden organisaation käytössä oli näiden lisäksi tallennettu luentotilaisuus. Yksiköissä järjestetyt osastotunnit ovat olleet vuorovaikutteisia oppimistilanteita. Lisäksi kaikkien työntekijöiden käyttöön tarjottiin käsihuuhteen hierontatekniikkaa ohjaava YouTube-animaatio.

Koulutustilaisuuksien jälkeen tutkija lähetti osallistujille vielä koosteen tilaisuudessa käsitellyistä ja sovituista asioista. Viestin liitteenä oli tutkijan käyttämä koulutusmateriaali sekä linkit verkossa oleviin materiaaleihin.

7.3 Yhteenvetokeskustelut organisaatioiden kanssa

Jokaisen osallistuneen organisaation kanssa toteutettiin erikseen kehittämistyön yhteenvetokeskustelu keväällä 2022. Tuolloin aikaa osastotuntien pitämiseen oli ollut 1–2 kuukautta. Yhteenvetokeskustelut toteutettiin ilman valmista haastattelukaavaketta ja niistä tutkija tallensi ydinkohdat tutkimuspäiväkirjaansa. Keskustelut aloitettiin käymällä läpi kokemukset osastotuntien pitämisestä ja saatavilla olleesta virtsakatetroinnin koulutusmateriaalista ja ohjeista.

Lähes kaikissa yksiköissä, joissa asui virtsakatetroituja asiakkaita, oli pidetty osastotunnit ja näissä kaikissa oli käytetty annettua koulutusmateriaalia. Materiaali sai hyvää palautetta käytettävyydestään ja sen koettiin toimivan myös tehostetussa palveluasumisessa. Yhteistyö toi konkreettista arvoa myös ohjeiden ja koulutuksen tekijälle, eli tässä tilanteessa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselle (Vrt. Rummukainen 2013: 62).

Koulutuksen suurena hyötynä oli koettu myös tiedon vahvistuminen. Esimerkkinä tiedon vahvistumisesta voidaan mainita katetroidun asiakkaan katettrin tarpeen säännöllisen arvioinnin merkitys (Infektiotaudit ja rokotukset 2022). Tieto oli rohkaissut joitain yksiköitä nostamaan virtsakatettrin tarpeen uuteen pohdintaan hoitavan lääkärin kanssa.

Tutkijan koulutuksissa esittämä katetroitujen asiakkaiden hoitosuunnitelmien läpikäymisen ajatus ei ollut toteutunut. Aikaa osastotuntien pitämisen ja palautekeskustelun välillä oli ollut liian vähän.

Muutamia osastotunneilla nousseita kysymyksiä tarkennettiin vielä viimeisessä tapauksissa, mikä korostaa jatkokysymysten esittämisen mahdollisuuden tärkeyttä (Vrt. Ojanperä & Syrjänen 2018: 516). Organisaatiossa, jossa hygieniavastaava oli yhteisessä koulutustilaisuudessa aktiivisesti tarjonnut apuaan ryhmäkotien osastotuntien pitämiseen, ei virtsakatetrointiaihetta ollut koettu ajankohtaisena. Koulutustilaisuuden jälkeen hygieniavastaavalta oli kuitenkin pyydetty osastotunteja muista infektioidentorjuntaan liittyvistä asioista. Hän olisi kenties hyötynyt myös muusta valmiista ja saatavilla olevasta koulutusmateriaalista. Kontaktit tähän hygieniavastaavaan olivat lisääntyneet, koska ongelmatilanteissakin hänen puoleensa oli käännytty aktiivisemmin, mikä oli vienyt normaalia enemmän työaika. Hänen esihenkilönsä oli jo nostanut keskusteluun kyseisen työntekijän ajankäytön uudelleen suunnittelun koko organisaation tarpeisiin.

Palautekeskusteluissa käytiin läpi myös syitä, miksi osastotunteja ei ollut pidetty. Missään yksikössä ei ollut hyödynnetty HUSin käsihuuhteen hierontatekniikka-animaatiota. Aivan jokaisessa yksikössä, joissa asui katetroituja asiakkaita, ei ollut myöskään kyetty pitämään osastotuntia. Organisaatio, joka tallensi tutkijan pitämän koulutustilaisuuden käyttöönsä, ei ollut ehtinyt sitä vielä hyödyntää. Syiksi kerrottiin toimintayksiköissä vaikeutunut COVID-19-tilanne sekä hankala henkilöstöpula. Yksiköt kuitenkin kokivat, että valmis koulutusmateriaali mahdollistaa heille asian läpikäymisen myöhemminkin.

Keskusteluissa nousi esiin myös organisaatioiden infektioidentorjunnasta vastaavien yhteiseen koulutustilaisuuteen kokoontumisen hyöty. Varsinaisen koulutustilaisuuden jo päätyttyä keskustelu oli osassa yksiköissä vielä jatkunut. Tällöin oli päästy puhumaan juuri oman toimintayksikön käytännön ongelmista ja niihin tehdyistä ratkaisuista. Etäkoulutuksessakin osallistujien on siis mahdollista luoda itselleen oppimisen tila, jolloin uuden tiedon prosessoiminen jatkuu vuorovaikutuksessa. Nämä ovat myös tilaisuuksia siirtää hiljaista tietoa työntekijältä toiselle. (Koskimies & Pyhäjoki & Arnkil 2012: 9–10.) Oppimisen tilan luominen vaatii kuitenkin esimerkiksi esihenkilöltä jonkinlaista johtamista, esimerkiksi ajan varaamista koulutuksen jälkeen yhteisten asioiden käsittelylle ja keskustelulle.

Osallistuminen kehittämissryhmään sai myönteistä palautetta. Infektioidentorjunta oli tuntunut läheiseltä asialta, kun yksikkökohtaista tietoa oli heti saatavilla RAI-laatuindikaattoreista. Tunne, että kehitystyöhön osallistuva organisaatio oli infektioidentorjunnan parantamisessa vahvasti mukana aktiivisena osallistujana, oli koettu voimaannuttavana. Kehittämissryhmään osallistuneet esihenkilöt kuvasivat infektioidentorjunnan tulleen mukaan johtamiseen. RAI-indikaattoreiden avulla kyettiin reflektoimaan infektioidentorjuntakäytännöissä tapahtunutta muutosta myös taaksepäin katsomalla. Esimerkiksi RAI-indikaattoreista metenamiinia käyttävien asukkaiden osuuden pienuus herätti keskustelun antibioottiprofylaksikäytännöissä tapahtuneesta muutoksesta.

Yhteenvetokeskusteluihin varatusta tunnista noin puolet käytettiin tutkijan tekemän infektioidentorjunnan yhteistyömallin tarkasteluun ja mahdollisuuteen kommentoida sitä. Samalla keskusteltiin lisää omavalvontasuunnitelman hyödyntämisestä infektioidentorjunnassa, mikä on yhteistyömallin keskeinen osa. Tästä saadut palautteet käsitellään tämän opinnäytetyön raportin pohdintakappaleessa.

8 Opinnäytetyön tulokset – Infektioidentorjunnan yhteistyömalli

Opinnäytetyön tarkoituksena ollut omavalvontasuunnitelmaa ja RAI-arviointijärjestelmää hyödyntävä infektioidentorjunnan yhteistyömalli muodostui kehittämistyön aikana pala kerrallaan ja siitä kyettiin pilotoimaan vain sen koulutuksellista näkökulmaa.

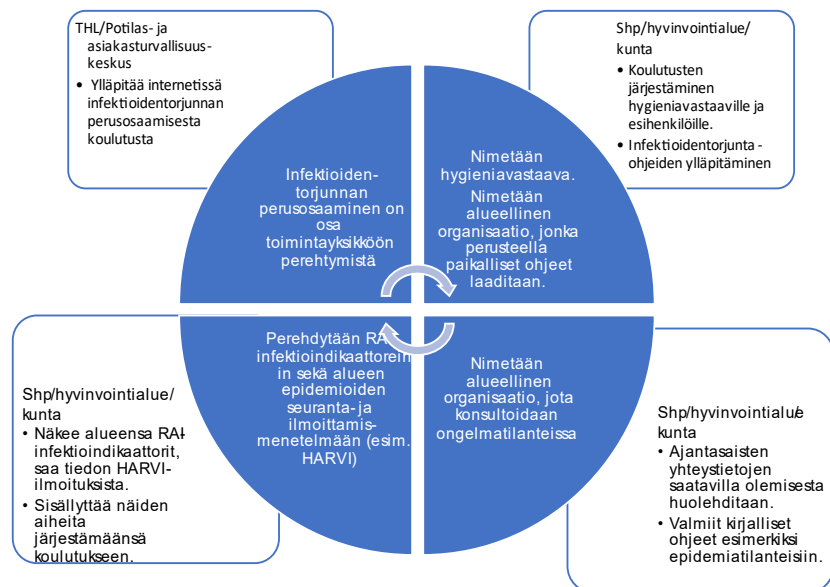
Opinnäytetyössä muodostettua yhteistyömallia on mahdollista esitellä esimerkiksi koulutustilaisuuksissa infektioidentorjunnan asiantuntijoille, mutta käytännössä sen esittäminen kaikille tehostetun palveluasumisen toimintayksiköille on mahdotonta niiden suuren lukumäärän vuoksi. Tästä syystä toimintayksiköille on muokattu omavalvontasuunnitelman hygieniakohdan kirjauksia ohjaava teksti, jonka avulla toimintayksikkö tulee samalla määrittäneeksi mallin eri osiot.

Omavalvontasuunnitelman hygieniakirjausten ohjetekstit ovat:

- Nimetään hygieniavastaava, joka on tiedossa myös alueellisilla infektioasiantuntijoilla ja joka osallistuu alueellisiin koulutuksiin.

- Nimetään alueellinen organisaatio, jonka ohjeiden perusteella paikalliset ohjeet laaditaan ja jota tarvittaessa konsultoidaan epidemiatilanteissa ja moniresistenttien mikro-bien ongelmatilanteissa.
- Tutustutaan epidemiatilanteessa käytettävän Harvin käyttöön (Muiden epidemioiden ja vakavien hoitoon liittyvien infektioiden ilmoittaminen 2022).
- Tutustutaan RAI:n infektioindikaattoreiden käyttöön.
- Henkilöstön perusosaamisesta huolehtiminen perehdytysvaiheessa: tavanomaiset ja muut varotoimet sekä rokotukset.

Jotta tehostetun palveluasumisen on mahdollista toteuttaa edellä luetellut omavalvontasuunnitelmaan kirjatut kohdat, alueellista infektioidentorjuntaa toteuttavien on omalla toiminnallaan mahdollistettava tätä. Opinnäytetyön organisaatioiden välinen yhteistyömalli ja sen tehtävien jakautuminen kuvataan kuvassa yhdeksän siten, että ympyrän sisällä on omavalvontasuunnitelmaan tehtävä kirjaus ja ympyrän ulkopuolelle on kirjattu kyseisen kohdan merkitys alueen infektioidentorjunnan asiantuntijoille. Kuvassa on lisäksi kirjattu vaihtoehtoja sille, missä organisaatiossa infektioidentorjunnan asiantuntija näissä tilanteissa voisi työskennellä. Kuvassa lyhenne shp merkitsee sairaanhoitopiiriä.



Kuva 9. Infektioidentorjunnan yhteistyömalli, joka nojaa omavalvontasuunnitelmaan ja jonka sisällä RAI:n infektioindikaattorit toimivat seurantatyökaluna. Shp-lyhenne merkitsee sairaanhoitopiiriä.

8.1 Omavalvontasuunnitelmaan nimetään hygieniavastaava ja organisaatio, johon toimintayksikön infektioidentorjuntaohjeet perustuvat

Hygieniavastaava on tärkeä linkkihenkilö uuden ja päivittyneen infektioidentorjuntatiedon välittämisessä (Vrt. Rummukainen 2013: 61). Kirjaus omavalvontasuunnitelmassa pitää vastuualueen esillä toimintayksikössä myös esimerkiksi työntekijöiden vaihtuessa.

Toimintayksikön tulee käyttää infektioidentorjunnan asiantuntijaa apunaan ja omien infektioidentorjuntaohjeiden tulee olla yhteneväiset kunnan tai kuntayhtymän ohjeiden kanssa (Vrt. Tartuntatautilaki 1227/206 § 17; Ojanperä & Syrjänen 2018: 510–511). Kirjaus omavalvontasuunnitelmassa helpottaa myös teemahaastatteluissa esiin nousutta haasteetta löytää oikea organisaatio ongelmatilanteissa sekä ohjeita päivitettäessä.

Teemahaastatteluissa nousi esiin, että tehostetun palveluasumisen toimintayksikön näkökulmasta ei ole oleellista, missä organisaatiossa infektioidentorjunnan asiantuntija, jonka puoleen käännyttään, työskentelee. Tärkeintä on tietää, mihin tarvittaessa ollaan yhteydessä. Tästä syystä tämän yhteistyömallin asiantuntijaorganisaation nimeämiseen on jätetty vaihtoehtoja ajatellen myös tulevaa sote-uudistusta.

Omavalvontasuunnitelman kirjaus toimintayksikön infektioidentorjuntaohjeiden taustaorganisaatiosta tarkoittaa esimerkiksi sairaanhoitopiirin infektioidentorjunnan asiantuntijalle, että saatavilla olevien ohjeiden tulee olla ajantasaiset ja palvella mahdollisimman hyvin erilaisia käyttäjäryhmiä. Etukäteen tehty kirjaus yhteistyöorganisaatiosta omavalvontasuunnitelmassa auttaa ongelmatilanteissa konsultoitava infektioidentorjunnan asiantuntijaa hahmottamaan nopeasti, onko hän oikea ihminen antamaan lisäohjeita. Eri organisaatioiden ohjeiden käyttäminen sekaisin saattaisi sekoittaa neuvottavaa yksikköä.

Hygieniavastaavalle tulee järjestää säännöllisiä koulutuksia (Ojanperä & Syrjänen 2018: 514–515; Rummukainen ym. 2012: 714; Roberts & Casey 2004: 167–168). Näihin on hyvä kutsua myös esihenkilöitä (Vrt. Krein 2017: 1342–1348). Esihenkilön merkitys nousi esiin myös teemaahaastatteluissa sekä yhteenvetokeskusteluissa. Myös säännöllisiä tiedotteita ajankohtaisista aiheista tai esimerkiksi päivittyneistä ohjeista kannattaa harkita käytettävän (Vrt. Ojanperä & Syrjänen 2018: 515–516).

Tämä yhteistyömalli on rakennettu HUSin alueellista infektioidentorjuntatyötä tekevien henkilöstöresurssiin. Teemahaastatteluissa sekä kirjallisuushaussa esiin noussut hygieniavastaavan tarve vuorovaikutukseen infektioidentorjunnan asiantuntijoiden kanssa voi osittain toteutua koulutustilaisuuksissa tai niiden tarjoaman tiedon avulla (Vrt. Scopetti ym. 2020: 1). Mikäli infektioidentorjunnan resurssi riittää, kannattaa toimintayksiköiden käyntien avulla tukea hygieniavastaavia heidän työssään ja auttaa heitä erilaisin interventioin parantamaan infektioidentorjuntakäytäntöjä (Vrt. Rummukainen ym. 2012: 711–714). Käynnit lisäävät ja ylläpitävät myös infektioidentorjunnan asiantuntijan ymmärrystä yksiköiden tarpeista, mikä oletettavasti helpottaa ymmärtämään kirjoitettavien ohjeiden käyttäjänäkökulmaa (Vrt. Rummukainen 2013: 62). Mikäli infektioidentorjunnan resurssi ei riitä hygieniahoitajan säännöllisiin käynteihin alueensa toimintayksiköissä, kannattaa käyntejä kuitenkin toteuttaa erityisesti sellaisissa ongelmatilanteissa, jolloin toimintayksikön koko henkilöstön samanaikainen kouluttaminen on tärkeää.

8.2 Omavalvontasuunnitelmaan kirjaus alueellisesta organisaatiosta, jonka puoleen käännetään ongelmatilanteessa

Lauseeseen, jossa ilmaistaan organisaatio, jonka ohjeisiin nojataan, voidaan kirjata myös maininta ko. organisaation olevan se, johon ongelmatilanteessa ollaan yhteydessä. Tällöin oletettavasti yhteydenotto helpottuu ja kenties nopeutuu, kun apua tarvitaan. Tuki voi olla kirjallisten ohjeiden nopea löytäminen, jolloin pelkkä internet-sivuilla käyminen saattaa riittää. Tarvittava apu voi olla myös ohjeiden soveltamiseen tarvittavaa tukea, jolloin toimivin kommunikaatiokeino voi olla puhelinkeskustelu. Esimerkiksi epidemiatilanteessa saatetaan tarvita myös infektioidentorjunnan asiantuntijan käyntiä yksikössä, tällöinkin ensimmäinen kontakti tapahtunee puhelimitse.

Asiantuntijan työn yhtenä lähtökohtana on hyvä olla yhteyden nopea saaminen. Näistä syistä yhteystietojen helppo saatavuus ja ajantasaisuus tulee varmistaa ja niitä aktiivisesti mainostaa. Lisäksi yleisimpiin epidemiatilanteisiin ja esimerkiksi moniresistenttien

mikrobien kantajien hoitoon liittyvien ohjeistusten tulee olla valmiina. Ohjeiden soveltamisen osaaminen liittyy kodinomaisten yksiköiden ohjeistamiseen (Vrt. Adre ym. 2020: 132). Voitaneen siis suositella, että tehostetun palveluasumisen yksiköitä ohjaa kokenut infektioidentorjunnan asiantuntija.

8.3 Omavalvontasuunnitelman kirjaus RAI-arviointijärjestelmän infektioindikaattoreiden ja muiden seurantavälineiden hyödyntämisestä

Toimintayksiköt saavat laatuindikaattorit käyttöönsä kaksi kertaa vuodessa. Kirjaus RAI-infektioindikaattoreiden käytöstä infektioidentorjunnassa pitää näiden indikaattoreiden olemassaolon yksiköiden mielessä ja tieto oletettavasti siirtyy myös hygieniavastaavalle, vaikka hän ei muutoin seuraisi RAI:n laatuindikaattoreita. RAI-järjestelmä on johtamisen työkalu (Vrt. Niemi ym. 2010: 42). Oman yksikön seuranta saattaa sitouttaa toimintayksiköitä yhteiseen infektioidentorjunnan tavoitteeseen (Vrt. Adre ym. 2020: 135).

Hoitoon liittyvät infektiot saattavat aiheuttaa yksiköissä myös epidemioita. HUS on seurannut alueensa ympärivuorokautista hoitoa tarjoavien yksiköiden epidemiatilannetta keräämällä Exceleillä tietoa esimerkiksi influenssaepidemiassa sairastuneiden asiakkaiden ja henkilökunnan määrästä ja yksikön influenssarokotekattavuudesta (Kanerva 2021). Tiedonkeruun kanssa vähintään yhtä oleellista on päästä tarvittaessa ohjeistamaan epidemian kohdannutta yksikköä. THL on tuottanut epidemiatilanteesta ilmoittamiseen Harvi-järjestelmän, joka on yksi vaihtoehto nopean konsultaatioavun saamiseen (Muiden epidemioiden ja vakavien hoitoon liittyvien infektioiden ilmoittaminen 2022).

Infektioidentorjunnan asiantuntijoiden kannattaa käyttää epidemioista kertynyttä tietoa sekä RAI-infektioindikaattoreihin liittyviä teemoja hygieniavastaavien ja heidän esihenkilöidensä koulutusaiheina. RAI-indikaattorien aiheisiin liittyvän koulutuksen avulla toimintayksiköt saavat käyttöönsä uutta tietoa, jonka käytäntöön implementointia he voivat pitkällä aikavälillä itse seurata. Liittämällä koulutusten teemoja yksiköiden omaan laadunseurantaan osallistujat todennäköisesti sitoutuvat infektioidentorjunnan tavoitteisiin paremmin kuin heidän näkökulmastaan täysin irrallisia teemoja käsittelemällä (vrt. Adre ym. 2020:135).

8.4 Omavalvontasuunnitelman kirjaus henkilöstön perusosaamisesta huolehtimisesta ja rokotussuojasta

Erityisesti teemahaastatteluissa nousi esiin toimintayksiköiden koko henkilöstön koulutuksen tarve. Samaan aikaan henkilöstön vaihtuvuus ja rekrytointihaasteet ovat arkea pitkäaikaisessa hoitotyössä (Vrt. Kehusmaa & Alastalo 2021: 4). Säännöllinen infektioidentorjuntakoulutus koko henkilökunnalle ei tuntunut teemahaastateltavista realistiselta – muitakin hoitotyön tärkeitä teemoja on jatkuvasti ylläpidettävä yksiköissä. Koko henkilöstön perusosaamista tähdennettiin kirjallisuudessa (Vrt. Krein ym. 2017: 1342–1348; Adre ym. 2020: 135; Rummukainen ym. 2012: 714). Tähän yhteistyömalliin koko henkilöstön infektioidentorjunnan osaamista varmistettiin kirjaamalla se uuden työntekijän perehdytykseen. Osana perehdytystä infektioidentorjunta saa lisää merkitystä, koska perehdytyksen toteutumisesta vastaa ja sitä seuraa yleensä lähiesihenkilö.

Henkilöstön rokotesuoja lisättiin opinnäytetyön yhteistyömalliin kehittämisryhmästä nousseesta ehdotuksesta (Vrt. Tartuntatautilaki 1227/2016 § 48). Rokotussuoja vähentää henkilökunnan omaa riskiä sairastua tiettyihin tarttuviin tauteihin sekä kenties vähentää niiden leviämistä henkilökunnasta asiakkaisiin.

Yhteistyösuunnitelman muista kohdista poiketen henkilöstön perehtymiseen kirjattiin vastuullisiksi vaihtoehdoiksi kaksi kansallista toimijaa, Terveystieteiden tutkimuskeskus tai Potilas- ja asiakasturvallisuuskeskus. Kansallinen organisaatio infektioidentorjunnasta perehtymisen vastuutahona yhtenäistäisi käytäntöjä Suomessa, mikä nykyisessä hoitajapulassa olisi hyvä asia henkilöstön vaihtaessa työpaikkaa. Tehostetun palveluasumisen infektioidentorjuntaan perehtyminen voisi sisältää esimerkiksi tavanomaiset varotoimet, muiden varotoimien käyttöönoton tarvittaessa ja lisäksi yleisimpien hoitotoimenpiteiden aseptiikkaa. Näiden lueteltujen teemojen sisällöt vaihtelevat hyvin vähän alueellisesti ja koulutusmateriaalin tekeminen ja päivittäminen yhden tahon työnä olisi järkevää resursointia. Tällöin myös tehostetun palveluasumisen toimintayksiköt saisivat tasalaatuisen koulutusmateriaalin perehdytyskäyttöön. Tietoa henkilöstön rokotuksista, erityisesti säännöllisesti otettavista, kannattaa sisällyttää yksiköihin tarjottavaan koulutukseen.

9 Pohdinta

9.1 Kehittämistyön tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla, millainen sairaanhoitopiirin, kunnan ja yksityisen organisaation yhteistyö tukee tehostun palveluasumisen hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaa. Työn toisena tarkoituksena oli selvittää, kuinka infektioiden torjunnassa voidaan hyödyntää omavalvontasuunnitelmaa sekä RAI-infektioindikaattoreita. Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui konstruktivisia menetelmiä soveltava kehitystyö, johon osallistui kolme tehostettua palveluasumista tarjoavaa organisaatiota

Tämän opinnäytetyön perusteella tehostetun palveluasumisen suunnitelmallinen infektioidentorjunta tarvitsee vahvasti omavalvontasuunnitelmaan nojaavaa yhteistyötä. Vastuu toimintayksikön infektioidentorjunnasta on sen johtajalla. Suunnitelmallinen yhteistyömalli jakaa infektioidentorjunnan eri tehtäviin liittyvän vastuun ja työnjaon toimintayksikön ja infektioidentorjunnan asiantuntijan kesken. Tämä opinnäytetyö suunnattiin tehostettuun palveluasumiseen, mutta yhteistyömallia voidaan käyttää myös tavallisessa palveluasumisessa, ikääntyneiden laitoshoidossa sekä mielenterveysasiakkaiden ja kehitysvammaisten asumispalveluissa.

Toimintayksikkö kirjaa omavalvontasuunnitelmaan hygieniavastaavan olemassaolon sekä yhteistyöorganisaation, jolta pyytää asiantuntija-apua tarvittaessa. Lisäksi toimintayksikkö kirjaa omavalvontasuunnitelmaan infektioidentorjunnan sisällyttämisen uuden työntekijän perehtymiseen sekä tartuntatautilain vaatiman henkilöstön rokotussuojan. Infektioidentorjunnan asiantuntijan vastuulla on huolehtia alueellisten infektioidentorjuntaohjeiden ajantasaisuudesta ja mahdollisimman helposta saatavuudesta sekä ongelmatilanteissa avun helposta ja nopeasta tavoitettavuudesta. Tärkeää olisi myös huolehtia, että toimintayksiköillä on valmis materiaali käytettäväksi perehdyttämisessä. Aivan erityisesti infektioidentorjunnan asiantuntijan kannattaa huomioida hygieniavastaavan kouluttaminen sekä hänen tukeminen vastuualueensa hoidossa. Teemahaastattelussa nousi kirjallisuutta voimakkaammin esiin koko henkilöstön osaamisen tarve, koska työtä tehdään paljon yksin. Toisaalta koettiin haastavana jatkuvasti kouluttaa nykyisessä henkilöstötilanteessa koko henkilökuntaa. Näistä syistä infektioidentorjunnan perustietojen tulisi sisältyä perehdyttämiseen.

Suomalaisen käytännön kaltaisen omavalvontasuunnitelman hyödyntämisestä infektioidentorjunnassa ei löytynyt lainkaan kirjallisuutta tai tieteellisiä artikkeleita. Kirjallisuushaku tuotti hakutuloksia tarkastuslistamaisista yksittäisiä prosesseja kuvaavista artikkeleista, eikä niitä voitu tässä opinnäytetyössä hyödyntää. Omavalvontasuunnitelma on kuitenkin tällä hetkellä suomalaisissa tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä tärkeä laatua ja laatupoikkeamiin reagoimista ohjaava työkalu. Vastoin tutkijan alkuoletusta, sen hyödyntäminen nousi tässä opinnäytetyössä keskeisemmäksi kuin RAI-arviointijärjestelmän infektioindikaattoreiden hyödyntäminen. Opinnäytetyössä todettiin, että infektiot saattavat vaikuttaa asukkaan elämänlaatuun, toimintayksikössä tehtävän hoitotyön painopisteisiin ja myös henkilöstöön. Näistä syistä RAI:n laatuindikaattoreihin sisältyvien infektioindikaattoreidenkin hyödyntäminen koettiin loogiseksi ja infektioindikaattoreihin perehtyminen kirjattiin yhteistyömalliin ja omavalvontasuunnitelman täyttämisen ohjetekstiin mukaan.

Tehostetun palveluasumisen toimintayksikön infektioindikaattorit ovat myös infektioidentorjunnan asiantuntijoiden nähtävillä, jolloin heidän kannattaa seurata niitä sekä sitoa koulutusta näihin liittyvien teemojen ympärille. Infektioindikaattorit eivät kaikin osin sovi lyhyen ajan infektioidentorjuntakäytäntöjen prosessi- tai tulosindikaattoreiksi. Esimerkiksi jos virtsaketetroitujen asiakkaiden prosentuaalinen osuus on pieni, saattaa se muuttua uusien asiakkaiden yksikköön muuton yhteydessä, ilman että yksikön katetointikäytännöt ovat muuttuneet. Pitkän ajan seurannassa sattuman vaikutus kuitenkin pienenee ja tiettyjen infektioidentorjuntaprosessien ja -tulosten seuraaminen mahdollistuu. RAI mahdollistaa myös vertailukehittämisen oman organisaation yksiköiden ja anonyymisti muiden vastaavien organisaatioiden välillä (Ikääntyminen 2022c). Parhaimmillaan vertailukehittäminen voi siis käynnistää keskustelua yksikön omista infektioidentorjuntaprosesseista. Infektioidentorjunnan johtaminen on myös palautteen antoa toiminnasta (Toura & Lohiniva & Arifulla & Ollgren & Lyytikäinen 2021:16). Infektioindikaattorit voisivat olla yksi väline siihenkin. Myös hoitoon liittyviä pisteprevalenssitutkimuksia tullaan jatkossa tarvitsemaan aika ajoin jollain otoksella. Ne tuottavat tietoa esimerkiksi tarvittavan koulutuksen suunnitteluun ja myös mahdollisesti RAI:n infektioindikaattoreiden kehittämiseen (Prevalenssitutkimus hoitoon liittyvistä infektioista ja mikrobilääkkeiden käytöstä eurooppalaisissa pitkäaikaishoitolaitoksissa 2017).

Infektioidentorjunnan asiantuntijoille, ovat he töissä kunnassa, sairaanhoitopiirissä tai tulevaisuudessa hyvinvointialueilla, omavalvontasuunnitelmaan nojaava ja RAI:n infektio-

oindikaattoreita hyödyntävä yhteistyömalli mahdollistaa erilaisten toimintayksiköiden tukemisen siten, että vastuu suunnitelmallisesta hoitoon liittyvien infektioiden torjunnasta säilyy edelleen toimintayksiköissä kuten Tartuntatautilain 17§ määrää. Yhteistyömalli on pyritty tekemään siten, että sen toteuttaminen onnistuu nykyiselläkin henkilöstöressurssilla. Mallin avulla voidaan kuitenkin myös harkita, mihin toimintaa suunnataan tai priorisoidaan henkilöstöressurin mahdollisesti muuttuessa.

Yksikään kehittämistyöhön osallistuneiden organisaatioiden toimintayksikkö ei ollut käyttänyt HUSIn käsihuuhteen hieronta-animaatiota hyödykseen, vaikka virtsakatetrointikäytäntöihin tehtyä Power Point -esitystä oli hyödynnetty lähes kaikissa niissä ryhmäkodeissa tai vastaavissa, joissa katetroituja asukkaita asui. Tämä saattaa kertoa siitä, että asia, jota ei koeta juuri kyseisellä hetkellä ajankohtaiseksi, ei priorisoida osastotuntien aiheeksi. Yhdessä organisaatiossa oli hygieniavastaavalta pyydetty muihin aiheisiin kuin virtsakatetrointiin liittyviä alustuksia. Näistä havainnoista voi kenties vetää johtopäätöksen, että infektioidentorjuntamateriaalia, myös esim. valmiita Power Point -esityksiä tai tallennettuja luentoja, on järkevä koota valmiiksi yksiköiden käyttöön esimerkiksi tulevien hyvinvointialueiden verkkosivuille. Toisaalta voitaneen myös todeta, että yksittäisillä infektioidentorjunta-aiheisilla luennoilla, on todennäköisesti hyvin pieni hyöty. Varsinkaan jos kuulijat eivät koe, että niitä voi sitoa suoraan toimintayksikön käytäntöihin.

Organisaatioiden kanssa pidetyissä palautekeskusteluissa yhtenä haasteena osastotuntien pitämiselle nousi esiin vaikea henkilöstötilanne. Henkilöstöressurssi ja vaihtuva henkilökunta sekä yksittäisten infektioidentorjunta-aiheisten luentojen mahdollinen laiha hyöty korostavat yhdessä sen merkitystä, että infektioidentorjunta tulisi sitoa organisaation muuhun asiakasturvallisuusstrategiaan, eli käytännössä omavalvontasuunnitelmaan.

Tehostetun palveluasumisen yksiköt hyötyisivät valmiista infektioidentorjuntaan liittyvästä perehdytysmateriaalista, koska perehdyttäminen vie vaihtuvassa henkilöstötilanteessa paljon aikaa. Koska henkilöstönsaatavuus on ongelma koko Suomessa, kannattaisi tämän materiaalin olla esimerkiksi Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tai vaihtoehtoisesti Potilas- ja asiakasturvakeskuksen ylläpitämää, jolloin koulutussuoritus voisi olla voimassa tietyn aikaa riippumatta työnantajaorganisaatiosta.

Kehittämistyössä kyettiin vastaamaan konstruktivistista lähestymistapaa käyttämällä asetettuihin kehittämistehtäviin sekä tutkimustarkoitukseen. Konstruktivisen menetelmän tavoite luoda konkreettinen ratkaisu käytännön ongelmaan ja tuottaa samalla myös uutta tietoa saavutettiin. (Ojasalo ym. 2014: 67.) Työn tuloksena luotua infektioidentorjunnan mallia ei ole opinnäytetyön puitteissa pystytty vielä kokonaan kokeilemaan. Malli on kuitenkin saatu tiiviiseen esitysmuotoon ja sen laajemman esittelyn ja pilotoimisen mahdollisuudet lienevät kohtuulliset.

Kehittämistyön toteuttamiseen kului lähes kaksi vuotta, mikä on melkein kuusi kuukautta alkuperäistä suunnitelmaa enemmän. Tämä johtui suurelta osin siitä, että kolmen eri organisaation kanssa samanaikaisen yhteistyön tekeminen vaati aikataulujen joustoa, jotta kaikkien osapuolten oli mahdollista pysyä kehittämistyössä mukana. Toisaalta jokaisella kehittämistyöhön osallistuneella sekä tutkijalla oli yhteinen käsitys aiheen tärkeydestä, mikä mahdollisti joustavan toiminnan.

9.2 Yhteistyömallin saama palaute ja sen tuleva hyödyntäminen

Valmistunut yhteistyömalli on esitelty jokaiselle osallistuneelle organisaatiolle erikseen pidetyissä Teams-yhteenvetopalavereissa. Yhteistyömalli on saanut sekä kiittävää että rakentavaa palautetta. Mallin selkeydestä ja sen tukeutumisesta omavalvontasuunnitelmaan on pidetty ja sen nojaamista nykyiseen resurssiin on arvostettu. Se, että mallin mukainen toimintayksikön omavalvontasuunnitelman kirjausten sisältö ohjattaisiin jo omavalvontasuunnitelman täyttöohjeessa, on koettu tärkeänä.

Mallin mainintaa alueellisesta infektioidentorjunnan asiantuntijasta koettiin epäselvänä, jos organisaatio toimii useamman sairaanhoitopiirin tai tulevan hyvinvointialueen alueella. Huomattavaa kuitenkin on, että toimintayksiköiden näkökulmasta ei ole oleellista, missä konsultoitava asiantuntija työskentelee. Tärkeintä on tietää, kehen ollaan tarvittaessa yhteydessä. Jatkossa mallin termin alueellinen asiantuntija voisi korvata esimerkiksi termillä infektioidentorjunnan asiantuntija tai vaihtoehtoisesti tarkentaa asiaa pidemmällä tekstiosuudella.

Tuleva sote-uudistus muuttaa HUS-alueen kuntien terveyden- ja sosiaalihuollon neljäksi hyvinvointialueeksi ja näiden lisäksi Helsingin kaupunki järjestää itse omat palvelunsa. HUS-yhtymä huolehtii erikoissairaanhoidosta. HUSissa säilyy todennäköisesti alueelli-

sen hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan koordinointi, vaikka tulevan toiminnan konkreettinen suunnittelu on vielä kesken. (Kainulainen 2022.) Hoitoon liittyvien infektioiden suunnitelmallisen torjunnan vastuu säilyy toimintayksiköissä keskeytymättä jatkossakin eikä tämä tule muuttumaan sote-uudistuksen vaatimassa Tartuntatautilain päivityksensäkkään (Virolainen-Julkunen 2022).

Toiminnassa mukana olleet organisaatiot olivat kiinnostuneita jatkossa hyödyntämään omavalvontasuunnitelmaa ja RAI-indikaattoreita infektioidenseurannassa ja jo kehittämistyön aikana organisaatioissa tarkastettiin omavalvontasuunnitelmien hygieniakäytäntöjen kirjauskohtia.

Yhteistyömalli on esitetty myös HUSin alueellista infektioidentorjuntatyötä tekeville, joilta se sai hyvää palautetta konkreettisuudestaan. Mallin kohta, jossa mainitaan epidemioiden seurantavälineet ja mainitaan esimerkkinä HARVI-järjestelmä, sai rakentavaa palautetta, jonka mukaan kyseinen kohta voisi jäädä tämänhetkistä avoimemmaksi. Alueiden epidemioiden seurantatyylit vaihtelevat. Palautteen perusteella yhteistyömallia esiteltäneen jatkossa ilman mainintaa HARVIsta.

Kehittämistyön alussa tutkija toimi alueellisena hygieniahoitajana HUSissa ja työssä tavoiteltiin juuri kyseisen työtehtävän kehittämistä. Noin puolivälissä kehittämistyötä tutkija siirtyi töihin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle hoitoon liittyviä infektioiden tiimiin, jolloin näkökulma muuttui alueellista kansallisemmaksi. Vaikka tämän työn painopiste on ollut HUS-alueella, syntynyt infektioidentorjunnan yhteistyömalli on tehty lopulta siten, että sitä voi esitellä muuallekin Suomeen. Mallia tehtäessä tavoite on ollut, että sen avulla olemassa olevaa työvoimaresurssia voidaan kohdentaa erilaisiin tehtäviin ja tehtäviä voidaan tehdä laajemmin, jos resurssi siihen riittää. Esimerkiksi hygieniahoitajan käynnit yksikössä ovat sekä haastattelujen että kirjallisuuden mukaan erinomaisia, vaikka vaativat paljon työvoimaresurssia. Alueilla, joilla on riittävästi henkilöstöresursseja, vierailuja kannattaa toteuttaa.

Yhteistyömallia on jo hyödynnetty konkreettisesti kansallisesti siten, että se esitettiin Valviraan ja ehdotettiin omavalvontasuunnitelman hygieniakäytännöt täyttöohjeen muuttamista niin, että se sisältäisi tämän opinnäytetyön tuloksena kirjatut kohdat.

9.3 Kehittämistyön tuotoksen luotettavuus

Kehittämistyön suunnitelmassa tehtiin uusia valintoja työn edetessä, esimerkiksi aika-
taulujen suhteen. Työn tarkoitus ja tavoitteet pysyivät kuitenkin koko ajan samoina.
Työssä tehty omavalvontasuunnitelmaan nojaava yhteistyömalli vastaa tutkimustehtä-
viin ja -tavoitteeseen ja se on sidottu teoriapohjaan sekä teemahaastatteluissa kerät-
tyyn aineistoon. Kehittämistyön ajallisesta pituudesta huolimatta tutkijan lisäksi kohde-
organisaatiot pysyivät sitoutuneina toimintaan. (Toikko – Rantanen 2009: 121–122;
Ojasalo ym. 2014: 67–68.) Kaikki toiminnan vaiheet on dokumentoitu järjestelmällisesti
ja käytetyt menetelmät on perusteltu. Tämän kehittämistyön luotettavuutta on pyritty lisää-
mään lisäksi siten, että tutkija on käynyt jokaisesta metodivalinnasta aktiivista keskus-
telua Metropolian ohjaaja TtT Antti Niemen kanssa. Tutkijan infektioidentorjunnan sub-
stanssiin liittyvä ohjaaja vaihtoi työpaikkaa opinnäytetyön aikana ja ohjaussuhde päät-
tyi. Substanssiin liittyvät valinnat tutkija on reflektoinut useiden muiden infektioidentor-
junnan asiantuntijoiden kanssa. Työssä esitetty yhteistyömalli ja siihen liittyvä omaval-
vontasuunnitelman kirjausohjaus on esitelty varhaisessa vaiheessa Terveystieteiden ja hy-
vinvoinnin laitoksella työskentelevälle tutkimusprofessori Outi Lyytikäiselle ja hänen nä-
kemyksensä on otettu huomioon.

Tämän opinnäytetyön tuloksena omavalvontasuunnitelma on oleellinen työkalu tehos-
tetun palveluasumisen infektioiden torjunnassa, mikä tuo uutta arvoa myös teoreetti-
seen tietoon kuten konstruktivisia menetelmiä soveltaneen kehittämistyön tuleekin
tehdä. Uutta tuotosta tai innovaatiota on osittain kokeiltu käytännössä ja sen toimi-
vuutta on arvioitu. (Ojasalo ym. 2014: 67–68.) Ensisijainen luotettavuuden mittari on
kuitenkin tutkittavan ratkaisun käyttökelpoisuus (Toikko – Rantanen 2009: 121). Val-
mistuneen yhteistyömallin luotettavuutta heikentää hyvin suppea kokemus mallin hyö-
dyntämisestä. Ainoastaan sen sisältämää tiedonsiirron osaa on kokeiltu tämän opin-
näytetyön sisältämässä pienessä pilotissa, muu ei ajankäytön vuoksi ole ollut mahdol-
lista. Toisaalta monen osapuolen yhteistyötä kuvaava malli elää tulevaisuudessaakin jat-
kuvasti sen mahdollisen käyttöönoton jälkeen ja sen pitääkin muotoitua esimerkiksi pal-
velurakenteen muuttuessa.

Kehittämisessä mukana olevan tutkijan arviointi ei voi olla täysin puolueeton. Toisaalta
tutkijan tulee tuottaa tietoa ja toisaalta edistää ja vaikuttaa positiivisesti kehittämishank-
keeseen. (Toikko – Rantanen 2009: 62, 129.) Tässä kehittämistyössä tutkijan rooli oli

erittäin aktiivinen, mikä luonnollisesti vaikuttaa lopputuloksen luotettavuuteen. Esimerkiksi kolmen organisaation aikataulujen yhteensovittaminen vaati tutkijalta voimakasta panosta, kiinnostuksen ylläpitämistä ja joustomahdollisuuksien etsimistä. Teemahaastattelut toteutettiin siten, että tutkija kirjoitti vastaukset haastattelutilanteessa, jolloin täysi objektiivisuus oli mahdotonta. Tälle ratkaisulle peruste oli tutkimukseen käytettävän ajan rajallisuus. Osallistuville organisaatioille oli jo tutkimussuunnitelmavaiheessa luvattu, että tähän käytettävä työaika pidetään varsin kohtuullisena ja tästä syystä vastaajia ei pyydetty itse täyttämään teemahaastattelukaavakkeita.

Tutkijan aktiivinen rooli näkyi myös siten, että tutkija luennoi koulutustilaisuuksissa itse. Vaihtoehtoinen toimintatapa, jolloin joku muu olisi luennoinut ja tutkija ollut tilaisuuksissa osallisena, olisi ollut käytettyä tapaa objektiivisempi. Tutkijan luennointiin vaikuttivat kuitenkin aikataulut, jo nyt koulutusajan löytäminen jokaisen organisaation kanssa erikseen oli haastavaa. Tutkijalla oli seitsemän vuoden kokemus tehostetun palveluasumisen hoitoon liittyvien infektioiden torjunnan ohjaamisesta, joten kouluttamiseen oli riittävä asiantuntemus.

Tutkijan voimakas aktiivisuus ja joustavuus esimerkiksi koulutusten aikatauluttamisessa, on juuri sellaista lisäresurssia, jota kehittämistyön ulkopuolella ei välttämättä synny. Näin kehittämistyöhön liittyneen pilotin saavutukset voivat olla ylioptimistia. Ylioptimistisuuteen saattaa vaikuttaa myös tutkijan ennalta tuntema osallistuneiden organisaatioiden kiinnostus infektioidentorjuntaan, mikä vaikutti juuri heidän kutsumiseensa mukaan. Toisaalta kehittämiseen osallistuneiden sitoutuneisuus lisää tutkimuksen luotettavuutta (vrt. Toikko-Rantanen 2009: 124, 126). Liiallista optimismia saattaa vähentää myös pitkän kehittämistyön aikana tutkijan ja osallistujien välille syntynyt luottamuksellinen suhde. Yhteenvetokeskusteluissa käytiin avoimesti läpi myös esimerkiksi asioita, jotka olivat estäneet osastotuntien pitämistä. Pitkään jatkunut kehittämistyö saattoi myös vähentää siihen osallistuneiden mahdollista alkuinnostusta, jolloin tulokset päivitetyn tiedon siirtämisestä osastotuntien avulla, ovat kenties suhteellisen luotettavia.

Työn luotettavuutta heikentää yhteenvetokeskustelujen toteuttamistapa. Toistetulla teemahaastattelulla ja sen sisällönanalyysin avulla, kehittämistyön tuloksen arviointi olisi nykyistä systemoidumpaa. Organisaatioittain pidettyjen keskustelujen tallentamiseen ainoastaan tutkijan tutkimuspäiväkirjaan vaikutti jo aiemmin mainitut sekä tutkijan että kehittämistyöhön osallistuneiden aikaresurssit.

Tutkimuksessa käytetyn mittarin tulisi olla toistettavissa samankaltaisin tuloksin, jolloin voidaan puhua tutkimuksen luotettavuudesta eli reliabiliteetista. Tutkimuksellisissa kehittämistöissä reliabiliteetin vaatimus on haastava, koska sosiaalinen ympäristö vaikuttaa tutkimustulokseen. Samankaltaisen tutkimusympäristön luominen uuteen tutkimukseen on mahdotonta eikä palvele tarkoitustaan. Lisäksi kehittämistöiden kyselykaavakkeet laaditaan usein lyhyiksi ja niihin vastaajien lukumäärä on yleensä pieni. (Toikko – Rantanen 2009: 122.)

Kehittämistyön tuloksen arvioinnin mittarina harkittiin myös RAI-arviointijärjestelmän käyttöä. Yksi mahdollisuus olisi ollut verrata toimintayksiköiden katetroitujen asiakkaiden osuutta ennen ja jälkeen tehdyn intervention. RAI olisi mahdollistanut myös anonyymin tarkastelun, ovatko katetroidut asiakkaat samat ennen interventiota ja sen jälkeen. Näistä kummastakin ajatuksesta kuitenkin luovuttiin, koska katetroitujen asiakkaiden määrä osallistuneissa organisaatioissa oli pieni ja tällöin sattuma olisi vaikuttanut voimakkaasti mahdollisiin muutoksiin.

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan yhteydessä voidaan käyttää myös termiä vakuuttavuus. Tämän työn vakuuttavuutta lisää tutkimusprosessin aikana tehtyjen valintojen huolellinen kirjaaminen ja perustelu. Myös tehdyt tulokset on kuvattu. Voidaan myös ajatella, että jos tutkimuksen tuotos on käyttökelpoinen, se on tosi. Tämä tarkastelu voi painottua tutkimuksen prosessiin, jolloin tarkastellaan, onko käytetty prosessi ollut toimiva ja johdonmukainen ja onko prosessi siirrettävissä. Käytettävyyden tarkastelu voidaan kohdentaa myös tutkimuksen tulokseen. Onko saavutettu tulos, esimerkiksi toimintamalli, siirrettävissä myös tutkimusympäristön ulkopuolelle? (Toikko – Rantanen 2009: 123–126.) Yhteistyömallia tullaan esittämään infektioidentorjunnan asiantuntijoiden käyttöön, mutta se tulee vaatimaan aikaa ja työn käyttökelpoisuutta voidaan arvioida kunnolla vasta myöhemmin. Tulevaisuuden erilaiset hyvinvointialueet tulevat näkemään mallista mahdollisesti saatavan hyödyn keskenään eri tavoin, mikä parhaimmillaan tuo tähän malliin lisää syvyyttä sekä tuottaa mallille erilaisia, kenties yksityiskohtaisempiakin variaatioita.

9.4 Kehittämistyön eettisyys

Tämän opinnäytetyön toteutuksessa on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) hyviä tieteellisiä käytäntöjä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.) Tutki-

jalla on ollut oma mielenkiinto aihetta kohtaan ja tavoitteena kehittää tehostetun palveluasumisen toimintayksiköiden infektioiden torjuntaa ja -seuranta. Muiden tutkijoiden tekemä työ on huomioitu ja kirjattu asianmukaisesti.

Opinnäytetyölle haettiin tutkimusluvut osallistuvien organisaatioiden tutkimusprosessin mukaan. Lisäksi tutkimussuunnitelman saivat hyväksyttäväkseen Metropolia Ammattikorkeakoulun lehtori, TtT Antti Niemi sekä opinnäytetyön alussa mukana ollut työelämäohjaaja, tutkija, TtM Saija Toura Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselta. Tutkimusluvan tarve tarkastettiin etukäteen myös HUSista, mutta koska tutkimuksen kohde ei ollut HUSin henkilökunta tai potilaat, sitä ei tarvittu (Haapa 2021).

Kehittämismenetelmät suunniteltiin huolella etukäteen ja niiden eteneminen kirjattiin järjestelmällisesti. Tutkijalla ei ollut sidonnaisuuksia mihinkään tutkimukseen osallistuneeseen organisaatioon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.)

Alkukartoituksen osana toteutettuihin teemahaastatteluihin osallistuville ja perustetun kehittämissuunnitelman jäsenille korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja keskeyttämismahdollisuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6). Tutkittavat saivat lisäksi etukäteen hyväksyttäväkseen tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen, kuvauksen tutkimusmateriaalin keräämisestä, säilyttämisestä sekä hävittämisestä ja näihin liittyvästä aikataulusta. Haastateltavista kerättiin heidän nimensä ja sähköpostiosoitteensa tutkimuksen ajan toimineen kehittämissuunnitelman työskentelyn mahdollistamiseksi. Yhteystietoja ei yhdistetty teemahaastattelussa kirjattavaan aineistoon missään vaiheessa eivätkä tutkittavat ole tunnistettavissa opinnäytetyön raportissa. (Yleinen tietosuoja-asetus 2020.) Opinnäytetyön raportissa osallistuneiden organisaatioiden kanssa tehty yhteistyö on esitelty niin, että organisaatiot eivät ole tunnistettavissa.

Tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuminen ei aiheuttanut osallistujalleen tai tutkijalle haittaa tai riskejä. Tästä syystä eettistä ennakkoarviointia ei tarvittu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019:15.) Tutkijan yhteystiedot olivat kehittämissuunnitelman jäsenillä koko kehittämistyön ajan.

Tutkimuksessa käsiteltiin toimintayksiköiden RAI-infektioindikaattoritietoja ja osallistuneiden organisaatioiden johtajien suostumuksella niitä käsiteltiin myös kehittämissuunnitelman tapaamisissa sekä loppuraportissa. RAI-infektioindikaattorit ovat laatuindikaattoreita, jotka ovat tiedolla johtamisen työkalu eivätkä sisällä henkilötietoja. Tästä syystä

tutkimuslupaa ei tarvittu myöskään Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. (Mäkelä Matti 2021.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä sen vaiheet ja esiin nousseet asiat on raportoitu avoimesti ja huolellisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6). Opinnäytetyön raportin alkuperä on tarkastettu Turnitin-järjestelmässä.

10 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Infektioidentorjunnan asiantuntija, riippumatta siitä mikä hänen työnantajaorganisaationsa on, voi omavalvontasuunnitelman kirjauksia tukevalla suunnitelmallisella toiminnalla auttaa tehostettua palveluasumisen toimintayksikköä kehittämään sen hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaa. RAI-infektioindikaattorien seuraaminen kahdesti vuodessa antaa toimintayksiköille mahdollisuuden infektioiden torjuntaan liittyvien prosessien ja tulosten vertailukehittämiseen. Toimiva seurantajärjestelmä todennäköisesti sitouttaa toimintayksiköitä infektioidentorjunnan tavoitteisiin. Toimintayksikön alueen infektioidentorjunnan asiantuntija näkee myös aleensa infektioindikaattorit. Hän voi tarvittaessa olla organisaatioihin yhteydessä sekä lisätä indikaattoreihin liittyvää teoretietoa koulutuksella ja materiaalilla.

Tästä opinnäytetyöstä voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset

- Omavalvontasuunnitelma on tärkeä suunnitelmallisen infektioidentorjunnan työkalu.
- Olemassa olevien laatutyökalujen hyödyntäminen sitoo infektioidentorjunnan osaksi muuta laadunhallintaa ja asiakasturvallisuutta.
- Sekä tehostetun palveluasumisen hygieniavastaava että esihenkilö tarvitsevat säännöllistä infektioidentorjuntakoulutusta.
- Koko henkilöstön perusosaamisesta huolehtiminen kannattaa liittää perehtymiseen, jonka materiaalista vastaa kansallinen toimija.

Tämän kehittämistyön perusteella hygieniavastaavan rooli pitkäaikaisen hoidon toimintayksiköiden infektioidentorjunnassa korostuu. Tutkimuksia siitä, mitä hyvä infektioidentorjunnan vastuualueen hoito sisältää tehostetussa palveluasumisessa ja miten paljon työntekijäresurssia se vaatii, on tehty hyvin suppeasti ja aihetta tulisi kartoittaa enemmän. Lisäksi suomalaisen käytännön mukaisen omavalvontasuunnitelman käyttö infektioidentorjunnassa vaatisi nykyistä enemmän tutkimustietoa.

Lähteet

Adre Cullen & Jump Robin L.P. & Spires Steven Schaeffer 2020. Recommendations for Improving Antimicrobial Stewardship in Long Term Care Settings Through Collaboration. *Infectious Disease Clinics of North America* 34 (1). 129–143. Viitattu 7.12.2021.

Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt 2020. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://stm.fi/asumispalvelut-asunnon-muutostyot>> Viitattu 19.11.2020.

Asumispalvelut ja laitoshoido. Kuntaliitto 2022. <Asumispalvelut ja laitoshoido | Kuntaliitto.fi > Viitattu 12.3.2022.

Grosholz J.M. & Blake S. & Daugherty J.D. & Ayers E. & Omer S.B. & Polivka-West L. & Howard D.H 2015. Accuracy of influenza vaccination rate estimates in United States nursing home residents. *Epidemiology and Infection*. 143 (12). 2588–2595. Viitattu 14.1.2022.

Haapa Toni 2021. Tutkimusylihoitaja HUS. Sähköpostikeskustelu 11.2.

Hirsjärvi Sirkka & Hurme Helena 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Husso Riitta 2015. Omavalvonta Valviran näkökulmasta. Verkkoluento. <https://www.youtube.com/watch?v=x8hC3qzCX_k> Viitattu 25.1.2022.

Ikääntyminen 2021. Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 26.7.2021. <<https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla> > Viitattu 19.1.2021.

Ikääntyminen 2022a. Tietoa RAI-järjestelmästä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 1.7.2022. <<https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>> Viitattu 21.7.2022.

Ikääntyminen 2022b. RAI-järjestelmän mittareita. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021e. Verkkodokumentti. < <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita>> Viitattu 12.3.2022.

Ikääntyminen 2022c. RAI-tiedolla johtaminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 7.3.2022. Verkkodokumentti < <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-tiedolla-johtaminen> > Viitattu 12.3.2022.

Ikääntyvän palveluasuminen 2022. Suomi.fi. Päivitetty 18.1.2022 <<https://www.suomi.fi/kansalaiselle/sosiaalinen-turva/ikaantyneiden-palvelut/opas/ikaantyaivalle-uusi-koti1/ikaantyaivan-palveluasuminen>> Viitattu 12.3.2022.

Infektiotaudit ja rokotukset 2020. Hoitoon liittyvät infektiot. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 24.4.2020. <<https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/hoitoon-liittyvat-infektiot>> Viitattu 11.12.2021.

Infektiotaudit ja rokotukset 2022. Virtsarakon kestopatentin asettaminen ja käsittely. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 3.1.2022. <<https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/infektioiden-ehkaisy-ja-torjuntaohjeita/infektioiden-ehkaisy-eri-hoitotoimenpiteissa/virtsarakon-kestopatentin-asettaminen-ja-kasittely>> Viitattu 15.1.2022.

Kainulainen Katariina 2022. Osastonylilääkäri HUS. Suullinen tiedonanto 7.5. Helsinki

Kanerva Mari 2021. Osastonylilääkäri HUS. Suullinen tiedonanto 12.5. Helsinki.

Kehusmaa Sari & Alastalo Hanna 2021. Lähi- ja sairaanhoitajien määrä ei ole vielä noussut vanhuspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 47/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142998/TUTI2021_047_k.pdf?sequence=4&isAllowed=y> Viitattu 19.1.2022.

Kolmen kohdan käsien desinfektio-tekniikka 2021. HUSvideot. <<https://www.youtube.com/watch?v=J-TIOF2Usqk>> Viitattu 20.12.2021.

Koskimies Mimosa & Pyhäjoki Jukka & Arnkil Tom Erik 2012. Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90856/URN_ISBN_978-952-245-638-0.pdf?sequence=1> Viitattu 15.4.2022.

Krein Sarah L – Harrod Molly – Collier Sue – Davis Kristina K. – Rolle Andrew J. – Fowler Karen E. – Mody Lona 2017. A national collaborative approach to reduce catheter associated urinary tract infection in nursing homes: a qualitative assessment. *American Journal of Infection Control* 45 (12). 1342–1348. Viitattu 14.1.2022.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 2020. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 20.11.2021.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. 9.7.2020/565.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Voimaantulo 1.7.1994.

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011. Annettu Naantalissa 21.7.2011.

Low Lee-Fay & Fletcher Jennifer & Goodenough Belinda & Jeon Yun-Hee & Etherton-Beer Christopher & MacAndrew Margaret & Beattie Elizabeth 2015. A systematic review of interventions to change staff care practices in order to improve resident outcomes in nursing homes. *PLoS One* 10 (11). e0140711. Viitattu 14.1.2022.

Lyytikäinen Outi & Kanerva Mari 2018. Hoitoon liittyvien infektioiden seuranta. Teoksessa Anttila Veli-Jukka & Kanerva Mari & Kuronen Maria & Kurvinen Tiina & Lyytikäinen Outi & Rantala Arto & Vuento Risto & Ylipalosaari Pekka (toim.): Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 7. painos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Muiden epidemioiden ja vakavien hoitoon liittyvien infektioiden ilmoittaminen 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <<https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/epidemioiden-selvitys-ja-ilmoittaminen/muiden-epidemioiden-ja-vakavien-hoitoon-liittyvien-infektioiden-ilmoittaminen-harvi>> Viitattu 8.7.2022.

Mäkelä Matti 2021. Tutkimusprofessori. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sähköpostikeskustelu 19.1.

Niemi Monica & Emet Eva-Maria & Exell-Paakki Kira 2010. RAI-benchmarking, Verktyg för ledarskap och Utveckling, Best Practice på Folkhälsan. Rapport 18/2010. Institutet för hälsa och välfärd. Helsinki: Yliopistopaino.

Noro Anja & Alastalo Hanna (toim.) 2014. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Raportti 13/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf (julkari.fi)> Viitattu 20.7.2021.

Ojanperä Helena & Syrjänen Jaana 2018. Infektioiden torjuntatyön organisointi. Teoksessa Anttila Veli-Jukka & Kanerva Mari & Kuronen Maria & Kurvinen Tiina & Lyytikäinen Outi & Rantala Arto & Vuento Risto & Ylipalosaari Pekka (toim.): Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 7. painos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 507–517.

Ojasalo Katri – Moilanen Teemu – Ritalahti Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Palauteraportit 2020. RAI-vertailukehittäminen. Verkkokoulut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkokoulu. Viitattu 9.12.2020

Prevalenssitutkimus hoitoon liittyvistä infektioista ja mikrobilääkkeiden käytöstä eurooppalaisissa pitkäaikaishoitolaitoksissa 2017. Käsikirja 2.1 <b6751483-3989-452b-a1ab-3e02268930cd (thl.fi)> Viitattu 15.4.2022

Pärn Triin & Mäkelä Matti & Lyytikäinen Outi 2016. Urinary tract infections and antimicrobial use of among Finnish home care clients, April-September 2014. American journal of infection control 44. 1390-1392.

Roberts Carol – Casey David 2004. An infection control link nurse network in the care home setting. British Journal of Nursing 13. 166–170. Viitattu 14.1.2022.

Rummukainen Maija-Liisa 2013. Antimicrobial use and infections in Finnish long-term care facilities. Tampere: Juvenes Print. < <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-917-6>> Viitattu 14.1.2022.

Rummukainen Maija & Koskinen Miia 2018. Infektio-ongelmat kotisairaalassa, kotisairaalassa, kotisairaanhoidossa ja pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Anttila Veli-Jukka & Kanerva Mari & Kuronen Maria & Kurvinen Tiina & Lyytikäinen Outi & Rantala Arto &

Vuento Risto & Ylipalosaari Pekka (toim.): Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 7. painos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 307–315.

Rummukainen Maija-Liisa & Jakobsson Aino & Matsinen Maire & Järvenpää Salme - Nissinen Antti & Karppi Petri & Lyytikäinen Outi 2012. Reduction in inappropriate prevention of urinary tract infections in long term care facilities. *American Journal of Infection Control* 40. 711–714. Viitattu 14.1.2022.

Rummukainen Maija-Liisa & Mäkelä Matti & Noro Anja & Finne-Soveri Harriet & Lyytikäinen Outi 2013. Assessing prevalence of antimicrobial use and infections using the minimal data set in Finnish long-term care facilities. *American journal of infection control* 41. e35-e37. Viitattu 14.1.2022.

Ruusuvuori Johanna & Tiittula Liisa 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori Johanna & Tiittula Liisa (toim.): Haastattelu tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Ruutu Petri & Lyytikäinen Outi & Virolainen & Julkunen Anni 2018. Infektioidentorjuntaa koskevat säädökset ja viranomaistoiminta. Teoksessa Anttila Veli-Jukka & Kanerva Mari & Kuronen Maria & Kurvinen Tiina & Lyytikäinen Outi & Rantala Arto & Vuento Risto & Ylipalosaari Pekka (toim.): Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 7. painos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 498–506.

Saaranen-Kappinen Anita – Puusniekka Anna 2006a. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <KvaliMOTV - 7.3.2 Sisällönanalyysi (tuni.fi)> Luettu 27.9.2021.

Saaranen-Kappinen Anita – Puusniekka Anna 2006b. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <KvaliMOTV - Aineisto- ja teorialähtöisyys (tuni.fi) > Luettu 17.10.2021.

Saarsalmi Olli & Koivula Riitta (toim.) 2017. Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen. Ohjaus Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2. versio. Julkari. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134849/URN_ISBN_978-952-302-895-1.pdf?sequence=1> Viitattu 14.1.2022.

Salonen Kari & Eloranta Sini & Hautala Tiina & Kinos Sirppa 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. <[isbn9789522166494.pdf](https://www.turkuamk.fi/issn/9789522166494/pdf) (turkuamk.fi)> Viitattu 27.12.2020.

Sampo 2022. RAI-infektioindikaattorit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Scopetti Matteo & Santurro Alessandro & Tartaglia Riccardo & Frati Paola & Fineschi Vittorio 2020. Expanding frontiers of risk management: care safety in nursing home during COVID-19 pandemic. *International Journal for Quality in Health Care* Jul 27 mzaa085. 1-4. Viitattu 7.12.2021

Sitra 2011. Tehostetun palveluasumisen sääntökirja. Julkaistu elokuussa 2011. <Tehostetun_palveluasumisen_saantokirja-5.pdf (sitra.fi)> Viitattu 12.12.2020

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2013. Valvira. Omavalvonnin toteutuminen yksityisissä sosiaalihuollon palveluissa. Selvityksiä 2:2013. Helsinki.
<https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/Selvityksia_2_2013.pdf/fb3e602b-1eec-417c-9d69-79b49ce937aa > Viitattu 1.11.2020.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) 2014. Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhustalujen omavalvontasuunnitelman sisältöä, laatimista ja seuranta koskeva määräys. Annettu 25.6.2014. <25.06.2014 3344/05.00.00.01/2014 - Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) - Viranomaisten määräyskoelmat - FINLEX ®>

Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2019. Tilastoraportti 45/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaistu 6.11.2020. <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021110453724>> Viitattu 15.11.2020.

Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2020. Tilastoraportti 39/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaistu 4.11.2021. <<https://www.julkari.fi/handle/10024/143302> > Viitattu 2.12.2021

Sosiaalihuollon valvonta. Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2022. <<https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-valvonta>> Viitattu 12.3.2022.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Annettu Helsingissä 3.12.2014.

Sosiaalipalvelujen ohjaus ja valvonta. 2020. Aluehallintovirasto. <<http://www.avi.fi/web/avi/sosiaalipalvelujen-ohjaus-ja-valvonta>> Viitattu 19.11.2020.

Sote-uudistus 2022a. Sosiaali- ja pelastustoimen uudistus. Valtioneuvosto. <[https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->](https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti-) Viitattu 18.1.2022.

Sote-uudistus 2022b. Sosiaali- ja pelastustoimen uudistus. Hyvinvointialueet ja niihin kuuluvat kunnat. <<https://soteuudistus.fi/hyvinvointialueiden-nimet-ja-nihin-kuuluvat-kunnat>> Viitattu 18.1.2022.

Sotkanet 2021a. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_ZytLb0sNZNzgAA®ion=s7YMjC-x1vU-HAA=&year=sy6rsjbS0zUEAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202004030539> Viitattu 20.11. 2021

Sotkanet 2021b. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b1BQA=®ion=s7YMBAA=&year=sy4rAwA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228> Viitattu 20.7.2021.

Stähle Pirjo & Soutarauta Markku & Pöyhönen Aino 2004. Innovatiivisten ympäristöjen ja organisaatioiden johtaminen. Eduskunnan kanslian julkaisuja. Helsinki.

<https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/ekj_6+2004.pdf> Viitattu 27.12.2020.

Syrjälä Hannu & Lyytikäinen Outi 2021. Hoitoon liittyvät infektiot, esiintyvyys, merkitys ja ehkäistävyys. Teoksessa Anttila Veli-Jukka & Kanerva Mari & Kuronen Maria & Kurvinen Tiina & Lyytikäinen Outi & Rantala Arto & Vuento Risto & Ylipalosaari Pekka (toim.): Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 7. uudistettu, tarkastettu painos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 20–25.

Tartuntatautilainasetus 146/2017. Annettu Helsingissä 9.3.2017.

Tartuntatautilaki 1227/2016. Voimaantulo 1.3.2017.

Tiittula Liisa & Ruusuvuori Johanna 2005. Johdanto. Teoksessa Ruusuvuori Johanna & Tiittula Liisa (toim.): Haastattelu tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. 9-21.

Toteutunut henkilöstömitoitus 11/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kuutio päivitetty 17.1.2022. Verkkolähde <https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/vanpallymp/ympkuutio2/fact_vanpalymp_ympkuutio2?row=location-440019&column=time-610783.610784.#> Viitattu 19.1.2022.

Toikko Timo & Rantanen Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. uudistettu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Toura Saija 2019. RAI-infektioindikaattorit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Youtube-video. <<https://www.youtube.com/watch?v=220ltCFpAvg>> Viitattu. 6.12.2021

Toura Saija & Arifulla Dinah & Sarvikivi Emmi & Lyytikäinen Outi 2018. Hoitoon liittyvät infektiot ja mikrobilääkkeiden käyttö Suomen pitkäaikaishoitolaitoksissa 2017: Euroopan prevalenssitutkimuksen tietojen yhteenveto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Julkari. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-209-3>> Viitattu 6.12.2021

Toura Saija & Lohiniva Anna-Leena & Arifulla Dinah & Ollgren Jukka & Lyytikäinen Outi 2021. COVID-19 -infektioiden torjuntaohjeistuksen toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <<https://www.julkari.fi/handle/10024/143506>> Viitattu 4.7.2022.

Toura Saija & Partanen Pirjo & Lyytikäinen Outi 2020. Infektioidenttorjunnan henkilöstö ikääntyneiden ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Hoitotiede 23 (suppl.). 25–35. <[1612523347447142145.pdf \(uef.fi\)](https://www.julkari.fi/handle/10024/143506)> Viitattu 14.1.2022.

Tuomi Jouni – Sarajärvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkojulkaisu <[HTK_ohje_2012.pdf \(tenk.fi\)](https://www.julkari.fi/handle/10024/143506)> Viitattu 16.7.2022.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3. < Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa (tenk.fi)> Viitattu 16.7.2022.

Viranomaisen 2022. Sosiaalihuollon omavalvonta. Aluehallintovirasto 2022. Verkkolähde < Sosiaalihuollon omavalvonta - Omavalvonta - Valvonta ja kantelut - Viranomaisen - Aluehallintovirasto (avi.fi)> Viitattu 12.2.2022

Viirolainen-Julkunen Anni 2022. Lääkintöneuvos Sosiaali- ja terveysministeriö. SOTE-uudistus ja infektioidenttorjunta. Avausluento Suomen infektioidenttorjuntayhdistyksen Infektioidenttorjuntapäivillä. Helsinki 16.2.

Yleinen tietosuoja-asetus 2020. Euroopan Unionin virallinen verkkosivusto. Verkkodokumentti < Yleinen tietosuoja-asetus (GDPR) - Your Europe (europa.eu)> Luettu 26.12.2020.

Liite 1 Infektioidentorjunnan yhteistyötä koskeva tiedonhaku

Cinahl	22.11.2020		1.1.2000-22.11.2020 Peer review	127
		(long term care or nursing home or residential care or assisted living) AND (infection control or infection prevention or cross infection or hospital acquired infections or nosocomial infections or health care associated infections) AND (collaboration or teamwork or groupwork or interdisciplinary or communication or infection control link nurse)		
PubMed	24.11.2020		1.1.2000-24.11.2020	37
		(long term care or assisted living) AND (infection control or infection prevention) AND (collaboration or teamwork or infection control link nurse)		
Medic	22.11.2020		1.1.2000-22.11.2020	14
		(long term care) AND (infection control or infection prevention)		
Medline: JBI Evidence based Practice database JA Ovid Medline(r) all	25.11.2020		1.1.2000-25.11.2020 English language	31
		(long term care or assisted living) AND (infection control or infection prevention) AND (collaboration OR teamwork OR infection control link nurse)		

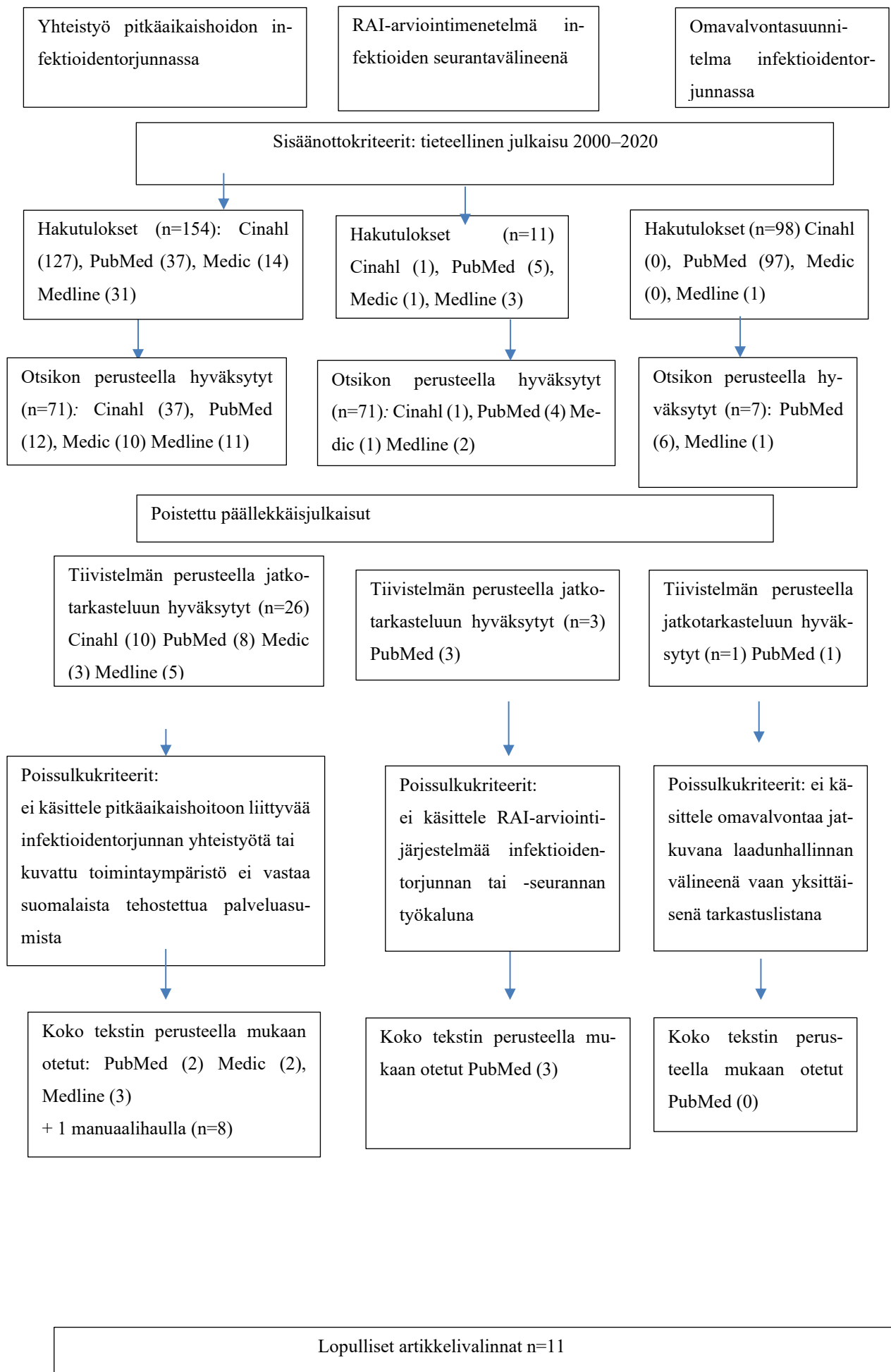
Liite 2 RAI-arviointijärjestelmän käyttöä infektioidentorjunnassa koskeva tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset
Cinahl	9.1.2021 (infection control or infection prevention) AND (resident assessment instrument)	1.1.2000-9.1.2021 Peer review	2
PubMed	9.1.2021 (infection control or infection prevention) AND (resident assessment instrument)	1.1.2000-9.1.2021	5
Medic	9.1.2021 (infection control or infection prevention) AND (resident assessment instrument)	1.1.2000-9.1.2021	1
Medline: JBI Evidence based Practice database JA Ovid Medline(r) all	9.1.2021 (infection control or infection prevention) AND (resident assessment instrument)	1.1.2000-9.1.2021	3

Liite 3 Omavalvontasuunnitelman hyödyntämistä infektioidentorjunnassa koskeva tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset
Cinahl	9.1.2021 (long term care) AND (own check) AND (infection control and prevention)	1.1.2000-9.1.2021 Peer review	0
	(long term care) AND (self control) AND (infection control and prevention)	1.1.2000-9.1.2021 Peer review	0
PubMed	2.1.2021 (long term care) AND (own check) AND (infection control and prevention)	1.1.2000-31.12.2021	0
	(long term care) AND (self-control) AND (infection control and prevention)		
Medic	9.1.2021 (pitkäaikaishoito) JA (omavalvonta) JA (infektioiden torjunta)	1.1.2000-9.1.2021	0
Medline: JBI evidence based practice database JA Ovid Medline(r) all	9.1.2021 (long term care) AND (own check) AND (Infection control and prevention)	1.1.2000-9.1.2001	0
	(long term care) AND self-control) AND (infection control and prevention)		

Liite 4 Tiedonhaun prosessi



Liite 5 Infektioidentorjunnan yhteistyön artikkelitaulukko

Tekijä(t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
Krein yms. 2017, Yhdysvallat	Selvittää vuosina 2015–2016 tehdyn virtsakatetrin vähentämiseen tähtäävän interventioon liittyvät onnistumiset, epäonnistumiset ja kartoittaa interventioon liittyviä kokemuksia	Kahdeksan organisaation johtajaa ja kahdeksan toimintayksikön esimiestä	Kvalitatiivinen tutkimus toteutettiin puhelinhaastatteluin puolistrukturoidun kysymyslomakkeen avulla. Tutkijaryhmä analysoi vastausten tulokset ja etsi niistä teemoja sisälönanalyysillä.	Infektioidentorjuntaan liittyvät interventiot pitkäaikaishoidossa ovat tärkeitä, koska niiden avulla henkilökunta saa lisää teoretietoa ja pystyy viemään sitä käytäntöön. Tutkimus korostaa yhteistyön merkitystä, sen avulla toimintayksiköihin saadaan ulkoista resurssia lisää.
Low yms 2015, Australia	Millaisia interventioita käytetään pitkäaikaishoidon laadun parantamiseen?	Kirjallisuuskatsaus 139 artikkelia	Interventiot kategorisoitiin käyttäen Cochrane Effective Practice and Organisation Groups-määritelmiä. Lisäksi interventioiden esteet ja mahdollisuudet luokiteltiin	Henkilökunnan hoitokäytäntöjen muuttaminen vanhainkodeissa on mahdollista, mutta haastavaa. Interventioita suunniteltaessa ne on suunnattava tarkasti ja etukäteen kartoitettava sekä riskit että mahdollisuudet.

<p>Rummukainen, Jakobsson, Matsinen, Järvenpää, Nissinen, Karppi, Lyytikäinen 2012, Suomi</p>	<p>Virtsatieinfektiot ovat pitkäaikaishoidon yleisin infektio, jonka diagnostiset kriteerit vaihtelevat organisatioissa. Tarkoituksena oli vähentää tarpeetonta mikrobilääkekäyttöä</p>	<p>Moniammatillinen tiimi vieraili 2004–2005 kaikissa Keski-Suomen pitkäaikaista hoitoa antavissa yksiköissä ja teki strukturoidun tiedonkeruun. Alueellinen mikrobilääkekäytön ohje julkaistiin ja mikrobilääkkeiden käyttöä seurattiin vuosittaisilla kyselyillä vuosina 2006–2008.</p>	<p>Käynnit toimintayksiköissä, strukturoitu haastattelu, interventio mikrobilääkeohjauksella, vuosittaiset seurantakyselyt</p>	<p>Käynnit toimintayksiköissä ja mikrobilääkehoitus vähensivät mikrobilääkkeiden käyttöä. Virtsatieinfektiot ovat pitkäaikaishoidon suurin mikrobilääkeindikaatio. Seurannan aikana virtsatieinfektioiden estolääkitystä käyttävien osuus laski 13 %:sta 6%: in.</p>
<p>Rummukainen 2013. Suomi</p>	<p>Selvittää mikrobilääkkeiden käyttöä ja infektioiden esiintyvyyttä suomalaisessa pitkäaikaishoidossa sekä arvioida erilaisten menetelmien toteutettavuutta mikrobilääkekäytön ohjauksessa ja hoitoon liittyvien infektioiden prevalenssitutkimuksissa.</p>	<p>1. tutkimukseen otettiin kaikki Keski-Suomen pitkäaikaishoidon yksiköt (n=123) 2. prevalenssitutkimukseen otettiin yhdeksän hoivayksikön ne asiakkaat, joilla tutkimuspäivänä oli mikrobilääkehoito</p>	<p>Käynnit toimintayksiköissä, strukturoitu haastattelu, interventio mikrobilääkeohjauksella, vuosittaiset seurantakyselyt. Pisteprevalenssitutkimukset. MDS (RAI-arviointijärjestelmässä).</p>	<p>Mikrobilääkettä käyttävien asiakkaiden osuus vaihteli hoitoyksiköissä. Yleisin mikrobilääkkeen indikaatio oli virtsatieinfektion hoito tai sen estohoito. Käyntien jälkeen tehdyn intervention ja sitä seuranneiden prevalenssien avulla mikrobilääkehoitoa</p>

		(n= 5791) 3. tutkimuksen otanta oli ne pitkäaikaishoidon asiakkaat, joiden MDS-osio oli täytetty RAI-arviointijärjestelmällä huhti -ja syyskuussa 2011 (n= 12 784)		päästiin ohjaamaan ja käsihuuhteen kulutus nousi. RAI:n MDS -arviointijärjestelmää kyettiin hyödyntämään infektioiden ja mikrobilääkkeiden seurannassa pitkäaikaishoidossa.
Toura, Arifulla, Sarvikivi, Lyytikäinen, 2018, Suomi	ECDC:n koordinoiman HALT-3-prevalenssitutkimuksessa kartoitettiin pitkäaikaishoitolaitosten infektioiden esiintyvyyttä, mikrobilääkkeiden käyttöä ja infektioidentorjuntaprosesseja.	175 pitkäaikaisen hoidon toimintayksikköä (6762 asukasta, 19 sairaanhoitopiirin alueella.	Kyseessä on prevalenssitutkimus, jossa alueellista infektioidentorjuntaa tekevät rekrytoivat osallistujia. Tutkimuksessa käytettiin ECDC:n laatimaa tiedonkeruulomaketta. Tiedonkeruun toteutti joko paikallinen toimija tai paikallinen toimija ja alueellinen infektioidentorjunnan asiantuntija	Asukkaista 3,5 %:lla oli vähintään yksi hoitoon liittyvä infektio. 7,6 %:lla on tutkimuspäivänä mikrobilääkehoito. Virtsatieinfektiot ja niiden ehkäisy olivat yleisimmät mikrobilääkehoidon indikaatiot.

Toura, Partanen, Lyytikäinen 2020, Suomi	Kuvata infektioidentorjuntaan osallistuvan henkilöstön saata- vuutta, hygieniayhdyshenkilötoimintaa ja alueellista yhteistyötä ikääntyneiden ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon toimintayksiköissä	Tutkimuksessa hyö- dynnettiin kahta aineistoa. En- simmäinen oli kerätty osana ECDC:n kansainvä- listä varten ja toinen ai- neisto kerättiin tätä tutkimusta varten.	Kuvaileva poikkileikkaus- tutkimus tutkimus, lähes- tymistapa kvantitatiivinen	Ensimmäinen aineisto osoitti että infektioidentorjunnan resursseja on pitkäaikaishoi- don yksiköissä (n=167) saata- villa riippumatta siitä, onko omis- taja kunnallinen tai yksityinen. Toisen aineiston yksiköissä (n=41) valtaosassa oli ni- metty hygieniayhdyshenkilö ja lä- hes kaikki yksiköt olivat teh- neet yhteistyötä alueellisen infektioidentorjunnan kanssa.
---	---	--	--	---

Suositus				
Tekijä(t), vuosi ja maa	Suosituksen tarkoitus	Lähdemateriaali	Menetelmä	Päätulokset
Adre, Jump, Spires 2020, Yhdysvallat	Pitkäaikaishoito on tärkeä osa terveydenhuoltoa ja siksi systemaattinen yhteistyön kehittäminen akuuttihoidon ja pitkäaikaishoidon asiantuntijoiden kesken tekee molempien työstä tuottavampaa.	Suosituksessa on hyödynnetty aiempaa kirjallisuutta sekä tarkasteltu erityisesti hoitoon liittyvän <i>Clostridium difficile</i> esiintyvyyttä	Suositus nostaa esiin pitkäaikaishoidon haasteita ja pyrkii löytämään niihin kustannustehokkaita ratkaisuja moniammatillisesta yhteistyöstä.	Moniammatillisella yhteistyöllä saavutetaan etuja, jotka toimivat lisäresurssina. Moniammatillinen työryhmä mikrobilääkehoidon ohjauksessa tarkoittaa laajaa ammatillisuutta omaavaa työryhmää, ei pelkästään infektioidentorjunnan ammatilaisia.
Tapaus-artikkeli				
Tekijä(t), vuosi ja maa	Artikkelin aihe	Kirjoittajat	Lähdemateriaali	Päätelmät
Robert, Casey 2004, Iso-Britannia	Artikkeli vertailee kodinomaisten hoitoyksiköiden hygieniavastaavaverkoston etuja ja heikkouksia kirjallisuuden avulla ja vertaa kirjallisuutta Pohjois-Walesissa kerättyyn kokemukseen.	Kirjoittajat ovat hygieniahoitajia (senior infection control nurse)	Hygieniavastaavien (infection control link nurse) tehtävää ja roolia kuvaavat artikkelit	Hygieniavastaavan roolin täytyy olla selkeä ja realistinen. Hygieniavastaava tarvitsee tehtävänsä tukea sekä esimieheltä että infektioidentorjunnan asiantuntijoilta. Koulutus on välttämätöntä.

Liite 6 RAI-arviointijärjestelmän käyttö infektioidentorjunnassa, tutkimustaulukko

Tekijä(t), vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
Grosholz, Blake, Daugherty, Ayers, Polivka-West, Howard 2014, Yhdysvallat	Verrata RAI-arviointijärjestelmän antamaa tietoa pitkäaikaishoidon asiakkaiden influenssarokotekattavuudesta muista terveydenhuollon käyttöjärjestelmistä saatavaan tietoon.	39 pitkäaikaisen hoidon yksikköä Floridassa, Georgiassa ja Wisconsinissa, joiden asiakkaista satunnaisotannalla valikoitui 840 tiedot influenssakausilla 2010–2011 ja 2011–2012	Asiakkaiden rokotustietojen yhdenpitävyys tarkastettiin terveydenhuollon tietojärjestelmästä ja RAI-arviointijärjestelmästä.	RAIn tietojen ajantasaisuus asiakkaiden rokotuskattavuudesta vaihtelivat yksiköittäin. RAI arvioitiin kohtuulliseksi alueellisen rokotuskattavuuden arviointivälineeksi, mutta yksikkökohtaisesti luotettavuudessa oli vaihtelua.

Pärn, Mäkelä, Lyti- käinen 2016, Suomi	Arvioida kotihoidon asiak- kaiden virtsatieinfektioiden esiintyvyyden ja mikrobi- lääkkeiden käyttöä sekä selvittää näihin liittyviä teki- jöitä	6 887 asiakasta 15 kunnasta. Asiakkaat olivat \geq 75-vuotiaita ja heille oli tehty Rai arviointi ajalla huhti-syyskuu 2014.	Tietoa kerättiin RAI:n MDS-osiosta, asiakkaat, joilla oli diagnosoitu virtsa- tieinfektio 30 vuorokauden sisällä ennen arviota sekä mikrobilääkettä saavat asiakkaat.	Asiakkaista 4,5 %:lla oli ollut virtsatieinfektio 30 vuorokau- den sisällä ennen RAI-arviointia. 5,9 % käytti \geq 1 mikrobi- lääkettä. 3,7 % käytti mikrobilääkettä ilman RAI-arvioin- nissa näkyvää infektiota, oletettavasti virtsatieinfektion ehkäisyyn.
---	---	---	---	---

<p>Rummukainen, Mäkelä Noro, Finne-Soveri, Lyytikäinen 2013, Suomi</p>	<p>Verrata RAI -LTC (long term care) arviointijärjestelmän sisältämän MDS-tiedonkeruuosan tietoa infektioista ja mikrobi-lääkekäytöstä aiemmin tehtyihin suomalaisiin ja kansainvälisiin prevalenssitutkimusten tuloksiin.</p>	<p>Kaikki asiakkaat (n= 12 784), joille oli tehty RAI-arviointi Suomessa vuoden 2011 yhteenvedoissa huhti- ja syyskuussa</p>	<p>RAI-LTC arviointi sisältää kategoriat virtsakettrin käytöstä, virtsainkontinenssista, ripulista, haavoista, vuodehoitoisuudesta, asiakkaan lääkityksen 7 vrk sisällä arviointia ennen, arviointihetkellä vaikuttavat infektiot,</p>	<p>Mikrobilääkettä käyttävien osuus (16 %) oli samansuuntainen kuin aiemmissa prevalenssitutkimuksissa saatu tulos. Myös yleisimmät infektiot; virtsatieinfektio, ihoinfektio, ja keuhkokuume ovat samat kuin Pohjois-Suomessa tehdyissä terveystieteiden prevalenssitutkimuksissa.</p>
--	--	--	--	---

Liite 7. Tiedote tutkimuksesta teemahaastatteluun osallistuville**TIEDOTE TUTKIMUKSESTA****Hoitoon liittyvien infektioiden suunnitelmallinen torjunta RAI-arviointijärjestelmää hyödyntämällä tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä****Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan millainen sairaanhoitopiirin, kunnan ja yksityisen organisaation RAI-arviointijärjestelmään nojaava yhteistyö tukee tehostetun palveluasumisen toimintayksikön hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaa. Olemme arvioineet, että sovellutte tutkimukseen, koska työskentelette tehostetun palveluasumisen toimintayksikössä esimiehenä tai hygieniavastaavana. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja teidän osuuttanne siinä. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta tulevaan yhteistyöhön infektioiden asiantuntijoiden kanssa.

Voitte myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte tutkimuksen tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena selvittää, millainen sairaanhoitopiirin, kunnan ja yksityisen organisaation yhteistyö tukee tehostetun palveluasumisen toimintayksikön hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaa. Työn toinen tarkoitus on selvittää, miten RAI:n infektioindikaattoreita voidaan hyödyntää infektioidentorjunnassa.

Tutkimuksen toteuttajat

Tutkimuksen toteuttaja on sairaanhoitaja YAMK-opiskelija Jaana Marija Lehtinen

Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Tutkimus toteutetaan tutkimuksellisena kehittämishankkeena, joka käynnistyy alkukartoituksella. Alkukartoituksen toteutetaan teemahaastatteluin, tavoitteena on haastatella yhteensä kolmea lähiesimiestä ja kolmea hygieniavastaavaa. Haastatteluaika sovitaan haastateltavan työajalle hänelle sopivaan ajankohtaan. Haastattelun arvioidaan kestävän noin 45 minuuttia, toteutusympäristönä on Teams. Haastattelut kirjataan yhdessä haastateltavan kanssa ja käsitellään opinnäytetyössä siten että vastaajan henkilöllisyys ei ole vastauksista tunnistettavissa. Vastaajan nimeä tai yhteystietoja ei yhdistetä annettuihin vastauksiin missään vaiheessa ja ne tallennetaan eri kansioihin.

Alkuhaastattelun jälkeen kehittämishanke jatkuu organisaatioista valittavien henkilöiden ja tutkijan välisenä yhteistyönä, niin sanottuna kehittämissryhmän toimintana, joka tarkoittaa esimerkiksi yhteisiä Teams-tapaamisia (2–3 tutkimuksen aikana) ja tutkijan lähettämiä valmiita koulutusmateriaaleja.

Kustannukset ja niiden korvaaminen

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimuksellisen kehittämishankkeen päätyttyä loppuraportti lähetetään osallistuneille organisaatioille. Koska kyseessä on sairaanhoitaja YAMK-tutkinnon opinnäytetyö, se julkaistaan myös Theseus tietokannassa. Lisäksi aiheesta pyritään julkaisemaan infektioidentorjunta-aiheisessa lehdessä. Kansallisessa infektioidentorjuntakoulutuksessa aiheesta pyritään luennoimaan tai esittämään posteriesitys.

Tutkimuksen päättyminen

Tutkimus päättyy suunnitelman mukaan viimeistään kesäkuussa 2022. Jos tutkimus joudutaan keskeyttämään tutkijaan liittyvistä pakottavista syistä (esim. sairastuminen tai muu elämäntilanteen suuri muutos) osallistuville organisaatioille ilmoitetaan asiasta kirjallisesti mahdollisimman nopeasti.

Lisätiedot

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

Liite 8. Teemahaastattelurunko**Taustatiedot**

Ammattinimike:

Kuinka kauan olet ollut hygieniavastaavana/esimiehenä nykyisessä organisaatiossasi?

Onko toimintayksikössä hygieniavastaavalla käytössään suunniteltua työaikaa vastuualueensa hoitamiseen?

Infektioidentorjunnan yhteistyö HUS-alueella

Millaista yhteistyötä infektioidentorjunnan asiantuntijoiden kanssa on ollut viimeisen kahden vuoden aikana?

Mikä on hygieniavastuualueen tärkein tavoite mielestäsi?

- Mitkä ovat suurimmat haasteet tai esteet tavoitteen saavuttamiseen?
- Mitä tarvitsisit/yksikkö tarvitsisi tavoitteen saavuttamiseksi?

Mikä olisi sellainen tuki sairaanhoitopiiriltä tai kunnalta, joka auttaisi parhaiten hygieniavastaavaa/toimintayksikköä edistämään infektioidentorjuntaa?

- Mitä toivot infektioidentorjunnan yhteistyöltä jatkossa?

RAI-arviointijärjestelmän infektioindikaattoreiden hyödyntäminen tehostetun palveluasumisen toimintayksiköiden hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa HUS-alueella

- Millaisena näet infektioiden vaikutuksen hoidon laatuun?

- Miten käytössä olevia infektioidentorjunnan seurantavälineitä (omavalvontasuunnitelma ja RAI-arviointijärjestelmän infektioidikaattorit) on käytetty toimintayksikössänne hyväksi tähän mennessä?

- Miten RAI-infektioidikaattoreita voisi mielestäsi käyttää hyödyksi toimintayksikössänne?
 - Millaista tukea tarvitset RAI-infektioidikaattoreiden hyödyntämiseen?

 - Mihin indikaattoriin haluaisit kiinnitettävän eniten huomiota?

Liite 9. Kehittämisyhmän tapaamisen esityslista

RAIn ja omavalvontasuunnitelman käyttö infektioidentorjunnassa-kehittämistyö

Kehittämisyhmän tapaaminen

Aika: 1.11.2021 klo 14–15

Paikka: Teams-kokous

Kutsutut:

Kutsuja: Jaana-Marija Lehtinen, Metropolia

Esityslista tapaamiselle

14–14.15 Lyhyt esittäytyminen

14.20–14.45 Infektioidentorjuntakäytäntöjen kehittäminen RAIN infektioindikaattoreiden avulla – Lehtisen esitys kehitystyön mahdollisesta toimintamallista
Keskustelu ja toimintamallin muokkaus

14.45–15 .00 Omavalvontasuunnitelma infektioidentorjunnan työkaluna – esitys ja keskustelu

Jaana-Marija Lehtinen tekee Teams-tapaamisesta muistion.

Liite 10. Infektioidentorjuntakoulutusrunko hygie- niavastaaville, RAI-vastaaville ja esihenkilöille

Paikka: Teams-koulutus

Päivämäärä: 11.1.2022

Kellonaika: 13.00–14.00

Luennoija: Jaana-Marija Lehtinen, hygieniahoitaja, sh YAMK-opiskelija

Koulutuksen ohjelma

13.00–13.15

Omavalvontasuunnitelman hyödyntäminen infektioidentorjun-
nassa

13.15–13.30

RAI-arviointijärjestelmän infektioindikaattorit

13.30–14.00

Virtsakatetroidun asiakkaan hoito