

Hoitoneuvotteluprosessin yhtenäistäminen ympäri vuorokautisissa palveluissa

LAB-ammattikorkeakoulu

Ylempi (AMK), Sosiaali- ja terveysala, uudistava johtaminen

2022

Heini Manninen

Anu Timonen

Tiivistelmä

Tekijä(t) Manninen, Heini Timonen, Anu	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 46	Valmistumisaika 2022
Työn nimi Hoitoneuvotteluprosessin yhtenäistäminen ympärivuorokautisissa palveluissa		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoidtaja (YAMK), Sosiaali- ja terveysala, uudistava johtaminen		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio (jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja) Keski-Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Keusote)		
Tiivistelmä <p>Kehittämistyön lähtökohtana oli työelämän tarve hoitoneuvotteluprosessin yhtenäistämistä Keusotessa. Kehittämishanke kohdennettiin Keusoten ikääntyneiden palvelualueelle, tehostetun asumispalveluiden yksiköihin. Tavoitteena oli luoda yhtenäinen hoitoneuvotteluprosessi, joka tukee asukkaan sekä omaisen osallisuutta, lisää ja vahvistaa hoidon ja hoivan laatua sekä tukea kuntayhtymän strategisen päämäärän saavuttamista oman tulosalueen kohdalla.</p> <p>Lähestymistapana käytettiin konstruktivistista tutkimusmenetelmää ja siihen liittyviä ideointityöpajoja. Konstruktivistiseen tutkimusmenetelmään kuuluu jo olemassa olevan tiedon hyödyntäminen ja sitä käytetään, kun halutaan saada aikaan konkreettinen tuotos. Aineiston käsittelyyn, analysointiin sekä uuden prosessin luomiseen hyödynnettiin Lean-ajatteluun pohjautuvaa menetelmää.</p> <p>Hoitoneuvotteluprosessin yhtenäistäminen vakioitun ideaaliprosessin mukaan luo Keusoten asukkaille tasavertaisen ja yhdenmukaisen toimintamallin. Vakioitua hoitoneuvotteluprosessia kehitetään työyhteisöissä tulevaisuudessa Leanin jatkuva parantamisen toimintamallin mukaan.</p> <p>Jatkokehittämissuhteiksi hoitoneuvotteluprosessin kehittämisen mallin mukaan, nousi esiin henkilöstön jatkuvan kehittämisen tärkeys. Yhtenäisen jatkuvan hoitoneuvottelukaavakkeen luominen, kirjaamisen kehittäminen sekä välittömän palautteen antamisen mahdollisuus hoitoneuvottelun jälkeen tukisi myös prosessin jatkuvuutta.</p>		
Asiasanat Hoitoneuvottelu, ikääntynyt, osallisuus, Lean, RAI		

Abstract

Author(s)	Type of Publication	Published
Manninen, Heini	Thesis, UAS	2022
Timonen, Anu	Number of Pages	
	46	
Title of Publication		
Unification of the care consultation process in round-the-clock services		
Degree and field of study		
Master of Health Care		
Name, title and organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party)		
Central Uusimaa social services and health care joint municipal (Keusote)		
Abstract		
<p>The starting point for the development work was the need for working life to unify the care consultation process at Keusote. The development project was targeted at the Keusote elderly services area, the units for enhanced housing services. The aim was to create a unified care negotiation process that supports the involvement of residents and relatives, increases and strengthens the quality of care and care, and supports the achievement of the Keusote strategic goal for its own profit area.</p> <p>The approach was used constructive research method and related brainstorming workshops. The constructive research method involves the utilization of existing knowledge and is used to achieve a concrete output. A method based on Lean thinking was used to process the data, analyze it and create a new process.</p> <p>The unification of the care negotiation process according to a standardized ideal process creates an equal and uniform operating model for the residents of Keusote. The standardized care negotiation process will be developed in work communities in the future according to Lean's continuous improvement approach.</p> <p>The importance of continuous staff development emerged as suggestions for further development according to the model of continuous development of the care negotiation process. The creation of a uniform care consultation form, the development of recording and the possibility of giving immediate feedback after a care consultation.</p>		
Keywords		
Care consultation process, elderly, participation, Lean, RAI		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Kehittämishankkeen lähtökohdat	3
2.1	Tavoite ja tarkoitus.....	3
2.2	Kohdeorganisaatio.....	4
3	Kehittämishankkeen tietoperusta	6
3.1	Hoitoneuvottelu ja hoito- ja palvelusuunnitelma	6
3.2	Kirjaaminen hoitoneuvotteluprosessissa	8
3.3	Itsemääräämisoikeuden toteutuminen hoitoneuvotteluprosessissa	9
3.4	Omaisien osallisuus hoitoneuvotteluprosessissa	11
3.5	RAI-arviointitiedon huomioiminen hoitoneuvottelussa sekä hoito- ja palvelusuunnitelmassa	13
4	Kehittämishankkeen toteutus	16
4.1	Tutkimuksellinen kehittäminen	16
4.2	Konstruktivinen tutkimustapa	17
4.3	Kehittämishankkeen vaiheet	18
5	Kehittämishankkeen aineiston dokumentointi ja koonti	20
5.1	Kehittämishankkeen lähestymismenetelmät	20
5.2	Kirjaamistyöryhmien ideointityöpajat	22
5.3	Aineiston analyysi Lean-menetelmällä	23
5.4	Juurisyysanalyysi	26
6	Kehittämishankkeen tulokset	29
6.1	Hoitoneuvotteluprosessi.....	29
6.2	Hoitoneuvotteluprosessin ohjeistus.....	30
7	Kehittämishankkeen yhteenveto	33
7.1	Tulosten pohdinta	33
7.2	Kehittämishankkeen toteutuksen arviointi	36
7.3	Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus	38
7.4	Jatkokehittämissuhteet.....	39
	Lähteet	41

Liitteet

Liite 1. A3-ongelmanratkaisutyökalu

Liite 2. Juurianalyysi

Liite 3. Hoitoneuvottelun ideaaliprosessi

Liite 4. Tutkimuslupa

1 Johdanto

Hoitoneuvotteluprosessiin liittyy keskeisesti hoito- ja palvelusuunnitelma, joka on asiakasiakirjana ollut käytössä pitkään. Hoito- ja palvelusuunnitelma on työväline sekä työntekijälle, työyhteisölle ja kunnalle tai kuntayhtymälle ikäihmisten palvelujen kokonaisuudesta ja se kattaa suunnittelun, toteutuksen, seurannan, arvioinnin sekä kehittämisen kokonaisuudet. Onnistunut hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa ja tuo laatua vanhustyön prosessiin ja tämän lisäksi se palvelee valtakunnallista sekä paikallista tiedonkeruun sekä tilastoinnin kehittämistä sekä tarpeita. Iäkkäille henkilöille tulisi laatia tavoitteellinen sekä yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Iäkkään ihmisen tulisi saada olla oman palvelun suunnittelussa sekä toteutuksessa osallinen. Hänen mielipiteensä tulisi huomioida joka vaiheessa. Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain (812/2000) 7§ mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. (Päivärinta & Haverinen 2002 3–4; STM 2020, 46–47.)

Hoitoneuvotteluprosessiin liittyen on noussut esiin omaisten tarve osallistua yhteisiin hoitoneuvotteluihin sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan (Lehtonen 2005, 65). Mannila (2015, 20) toteaa hoitoneuvottelun sekä hoito- ja palvelusuunnitelman olevan käsitteinä vieraita tutkituille palvelutalon asukkaille. Klemolan (2006, 111) kirjoittaa, että vain yhdelle kotihoitosta laitoshoitoon siirtyneelle oli tehty kriteerien täyttämä hoitosuunnitelma. Ikäihmiset hyötyisivät hoitoneuvottelutilanteiden sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien kehittämisestä ja sen myötä saavutettaisiin myönteisiä nykykäytänteitä selkiyttävä vaikutus sekä myönteinen vaikutus hoitohenkilökunnan työhön ja suhteeseen omaisten kanssa (Porre-Mutkala 2012, 65.).

Kun tarkastellaan ikäihmisten pitkäaikaista sekä lyhytaikaista hoitoa, hoitoneuvottelu on keskeinen tapa saada asukas osalliseksi itseään koskevaan päätöksentekoon ja lisätä osallisuuden kokemusta. Hoitoneuvotteluprosessin yhtenäistämisen tarve nousi Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän (Keusote) ympärivuorokautisten palveluiden päälliköltä. Lisäksi tarve hoitoneuvotteluprosessin yhtenäistämiseksi nousi esiin kirjaamistyöryhmän tapaamisissa, jotka toteutuivat syksyllä 2019. Yhdenmukaisilla ja tasalaatuisella toiminnalla taataan tasa-arvoinen hoito ja laatusuosituksen mukaiset hyvät käytänteet, jotka näkyvät asiakkaiden ja asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa.

Hoitoneuvottelukäytänteiden yhtenäistämässä halutaan ottaa huomioon myös RAI-arviointivälineistön merkitys hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa (Vanhuspalvelulaki 980/2012). Lisäksi on tärkeää huomioida, että jokaisella asiakkaalla ja asukkaalla on oikeus osallistua häntä koskevaan hoitoneuvotteluun sekä tuoda julki omat toiveet ja tavoitteet.

Keskitymme kehittämishankkeessamme myös RAI-toimintakyvyn arviointikysymyksiin ja niiden hyödyntämiseen hoitoneuvotteluissa. RAI-tiedot ja sen arviointivälineet ovat käytössä Keusoten ikäihmisten palveluissa palveluasumisen, tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon asukkailla, asiakasohjauksessa, geriatrisessa keskuksessa, sosiaalityössä ja kotiutumisen tukipalveluissa sekä kotihoidossa. Yksittäisen asiakkaan RAI-arviointi on asiakas- tai potilastietoa. Sitä saavat käyttää vain asiakkaan hoitoon tai palvelujen toteutukseen osallistuvat ammattilaiset lain mukaisin perustein. RAI-arviointitiedot kerätään asiakkaalta itseltään ja hänen suostumuksellaan arviointiin voi osallistua omainen. Arvioinnin tekevä työntekijä kerää arvioinnin tekemiseksi tarvittavat tiedot asiakkaasta Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän potilas- ja asiakastietojärjestelmistä näihin myönnettyjen käyttöoikeuksiansa mukaisesti asiointisuhteen perusteella. (Keusote 2021.)

Kehittämistyömme lähtökohta on työelämän tarve, jossa hoitoneuvotteluprosessi tulisi yhtenäistää ympärivuorokautisten palveluiden alueella. Riippumatta yksiköstä hoitoneuvotteluprosessin tulee edetä tasalaatuisesti ja täyttää vanhuspalvelulain asettamat vaatimukset. Tavoitteena on luoda yhtenäinen hoitoneuvotteluprosessi, joka tukee asukkaan sekä omaisen osallisuutta, lisää ja vahvistaa hoidon ja hoivan laatua sekä tukee kuntayhtymän strategisen päämäärän saavuttamista oman tulosalueen kohdalla. Tavoitteena on tuottaa ”*Sosiaali- ja terveydenhuollon paras asiakaskokemus*” (Keusote yhtymästrategia 2020–2025).

2 Kehittämishankkeen lähtökohdat

2.1 Tavoite ja tarkoitus

Kehittämishanke kohdennetaan Keusoten ikääntyneiden palvelualueelle, tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Ympäri vuorokautiset tehostetut asumispalvelut ovat tarkoitettu ikääntyneille, jotka tarvitsevat paljon hoivaa ja huolenpitoa vuorokauden ympäri. Yksiköissä henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokautisesti. Toiminnan tavoitteena on, että asukas voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi (Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä 2021). Kehittämishankkeen tuotos ja tulos ovat hyödynnettävissä myös asiakasohjauksessa, kotihoidossa sekä muissa kotona asumista tukevissa palveluissa. Kehittämishankkeen tavoite on luoda yhtenäinen hoitoneuvotteluprosessi kaavio, joka toimii ohjeistuksena, jota hoitohenkilökunta hyödyntää hoitoneuvotteluissa sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Hyvinvoinnin ja terveyden seurantaan Keusotessa kerätään tietoa RAI-arviointimittarin avulla. RAI-arviointimittareista saatua tietoa asukkaan osallisuudesta ja omaan elämän suunnitteluun vaikuttamisesta sekä läheisen merkityksestä hyödynämme laatuun perustuen yhtenäistä hoitoneuvotteluprosessia luodessa.

Keusoten strategian mukaisesti (2020–2025) kehittämishankkeemme tarkoituksena on vaikuttaa asukkaiden asiakaskokemuksen parantamiseen, asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä osallisuuteen sekä kustannustehokkuuteen. Hankkeen kohteena olevilla asiakkailla ja asukkailla tarkoitamme Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden asukkaita ja asiakkuuksia. Keusoten yhtymästrategiassa yhtenä keskeisenä strategisena tavoitteena on ”*Sosiaali- ja terveydenhuollon paras asukaskokemus*” (Keusote yhtymästrategia 2020–2025). Yhtenä keskeisenä painopisteenä on tähän strategiseen tavoitteeseen liitetty tavoite ”*jokainen on tärkeä*”. Tähän teemaan on sisällytetty muun muassa asukkaan osallisuuden lisääminen itseään koskevassa päätöksenteossa. Edellä mainitun lisäksi nähdään tärkeäksi, että asukkaat tulevat kuulluiksi ja heidän tarpeensa nähdyksi (Keusote yhtymästrategia 2020–2025). Alueellisessa ikääntyneiden hyvinvointisuunnitelmassa viitataan asiakaslähtöisyyteen, yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamiseen sekä yhdenvertaisten palveluiden takaamiseen kuntayhtymän asukkaille. Yhdenvertaisten palveluiden ja toimintamallien kautta palveluiden laatu paranee ja saavutettavuus lisääntyy. Laadukas palvelu ja hoito ovat asiakaslähtöisen toiminnan perusedellytyksiä. (Keusote 2021, 9, 33.)

Keusote painottaa yhteisöohjautuvuuden merkitystä ja sujuvia prosesseja. Haluamme kehittämistyöllämme olla tukemassa arvoa tuottavaa prosessia ja jatkuvan uudistamisen kultuuria. Yhtenäisten hoitoneuvottelukäytäntöiden tavoitteena on ikääntyneen kuulluksi

tuleminen, osallisuuden ja vaikuttamisen mahdollisuus hyvien käytänteiden mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

2.2 Kohdeorganisaatio

Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio on Keusote. Keusote järjestää julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut yhteensä kuuden kunnan alueella Keski-Uudellamaalla. Kuntayhtymässä ovat mukana Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula. Keusote on perustettu vuonna 2019 ja on siitä lähtien vastannut jäsenkuntiensa sote-palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta. Kuuden kunnan alueella väestöä on noin 200 000 ja Keusoten palveluksessa on noin 3500 työntekijää. Keusoten sosiaali- ja terveyspalvelut on jaettu kolmeen palvelualueeseen: ikäihmisten ja vammaisten palvelut, terveyspalvelut ja sairaanhoito sekä aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut ja lasten, nuorten ja perheiden palvelut. (Keski-uudenmaan sote-kuntayhtymä 2020.)

Ympäri vuorokautisten palvelujen tulosalueella on yhteensä 11 toimintayksikköä kuuden kunnan alueella. Asukkaita toimintayksiköissä on yhteensä noin 665. Ympäri vuorokautisissa palveluissa palvelumuotoina ovat tehostettu palveluasuminen, laitoshoido, palveluasuminen ja lyhytaikaishoidon palvelut. Tulosalueella työskentelee 595 henkilöä. Suurimman ammattiryhmän muodostavat lähi- ja sairaanhoitajat. Määräaikaista henkilöstöä on tällä hetkellä noin 100 henkilöä. Tulosalue vastaa myös yksityisten palveluntuottajien valvonnasta kuntayhtymän alueella sekä yksityisten palvelujen ostosta. (Keusote 2021.) Kuvassa 1. Keusoten organisaation rakenne.



Kuva 1. Keski-Uudenmaan SOTE kuntayhtymän organisaatiorakenne

Asukkaiden osallisuutta vertailtaessa RAI-arviointimittareiden tietopohjaan perustuen (THL, laaturaportit 2022) voimme todeta, että asukkaiden osallistuminen oman elämänsä suunnitteluun ja tavoitteisiin on keskitasoa vähäisempää tehostetussa asumispalveluissa Keusoten alueella kuin valtakunnallisesti. Sama on havaittavissa omaisen ja läheisen osuutta tarkastellessa. Taulukossa 1. THL (2022) vertailutietokannasta taulukko, jossa vertaillaan koko maan ja Keusoten sijoitusta laatutekijöihin perustuen osallisuuden kannalta. Taulukon 1. perusteella on todettavissa, että Keusoten tehostetun palveluasumisen asukkaista 50 % osallistui itse RAI –arviointiin ja omaisista arviointiin osallistui vain 11 %. Vastaavat luvut koko maan kattavan osallisuuden osalta on asukkaista 67 % ja omaisista 15 %.

		Keski-Uudenmaan sote - kuntayhtymä	Koko Suomen RAI- arviointit
Tehostettu palveluasuminen	Asiakkaat, lkm	419	25 516
	Osallisuus: asiakas ei itse osallistunut arviointiin, %	50	43
	Osallisuus: läheinen ei osallistunut arviointiin, %	89	85
	Osallisuus: Vuoteessa elävät, %	16	14
	Osallisuus: liikkumisrajoitteiden käyttö päivittäin, %	15	17
	Sosiaalinen osallistuminen (SES/RISE 0-6), ka.	1,7	2,3
	Osallisuus: Kiinnostuneisuuden menetys, %	30	25

Taulukko 1. Laatusijoitus, osallisuus (THL 2022)

3 Kehittämishankkeen tietoperusta

3.1 Hoitoneuvottelu ja hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoitoneuvotteluprosessissa hoitoneuvottelu on keskeisessä roolissa. Hoitoneuvottelu on tilaisuus, jossa on yleensä läsnä ikäihminen itse, omaisia tai läheisiä, lääkäri, hoitaja ja muita hoitoon osallistuvia yhteistyötahoja. Hoitoneuvottelu pidetään yleensä rauhallisessa tilassa, jossa kaikki hoitoneuvotteluun osallistuvat ovat läsnä. Hoitoneuvottelussa laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoidon suunnittelun ja siihen liitettävän hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on luoda asiakkaalle joustava, saumaton yksilöllisiin tarpeisiin suunnattu palvelukokonaisuus, jossa huomioidaan asiakkaan jäljellä olevat voimavarat. Hoito- ja palvelusuunnitelma tulisi aina laatia hoitoneuvottelussa ja sen voidaan katsoa olevan asiakkaan oikeuksien dokumentti. (Päivärinta & Haverinen 2002,5; Keipilä 2018, 37; Järnström 2011, 229.)

Griffithin ym. (2004, 577–581) mukaan hoitoneuvottelun järjestämisestä ei aina tiedoteta etukäteen ikäihmistä, mikä aiheuttaa sen, ettei ikäihmisellä ole mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon. Päätöksenteko ei ole mahdollista, koska hän ei etukäteen tiedä mitä hoitoneuvottelussa ollaan päättämässä tai suunnittelemassa. Tutkimukseen osallistuneista ikäihmisistä osa kertoo, ettei heillä ole mahdollisuutta vaikuttaa tai kertoa omaa mielipidettä. Lisäksi Griffithin ym. (2004, 577–581) toteavat, ettei ikäihminen aina tiedä keitä kokoukseen osallistuu eikä hänen suostumustaan ole kirjattu. Valtakunnallinen Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (2011, 6) on linjannut, että ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan voi asianomaisen suostumuksella osallistua ammattilaisten lisäksi hänen läheinen, omainen tai muu edustaja.

Hoitoneuvottelussa laadittavasta hoito- ja palvelusuunnitelmasta Koivuniemi ja Simonen (2011, 124, 131–133) käyttävät termiä asiakkuussuunnitelma hoito- ja palvelusuunnitelman sijaan. He kirjoittavat terveydenhuollon asiakkuuksien johtamisessa asiakassuunnitelmasta sen rakentamisesta ja sisällöstä käytäntöön perustuen. Asiakassuunnitelma koostuu asiakkaan historiasta, nykytilasta ja tulevaisuudesta. Heidän mielestään suunnitelmat ovat liian pitkiä ja monipuolisia, jolloin asian ydin hukkuu eikä suunnitelmia jakseta lukea. Asiakassuunnitelmaan sisältyvän hoitosuunnitelman tulisi kertoa lyhyellä aikavälillä tarkat hoidon vastuut ja tavoitteet sekä sen, miten tavoitteisiin päästään. Hoitosuunnitelma tehdään asiakkaan arjessa pärjäämisen tueksi. Ihmiskeskeistä näkökulmaa tarkastellessa, terveydenhuollon prosesseissa perusta on asiakkaan ja tämän omaisten vuorovaikutus ja kuuleminen. Ainostaan tällä voidaan vaikuttaa tuloksellisuuteen, vaikuttavuuteen ja hyödyllisyyteen. (Koivuniemi & Simonen 2011, 55,131–133.)

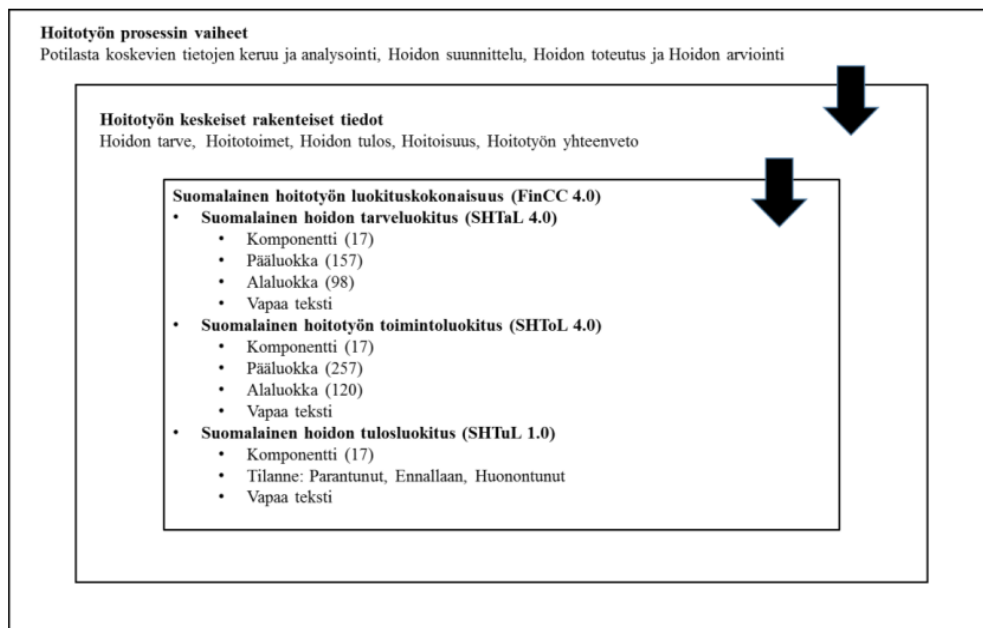
Ikääntyneen sekä omaisten toiveiden ja tarpeiden huomioiminen on keskeistä koko hoito- ja palveluprosessin aikana. Omaisten kanssa tehdyn yhteistyön on todettu mahdollistavan ja vahvistavan asiakaslähtöisyyden toteutumista. (Jutila 2013, 30.) Räsänen (2011,171) tutkimuksen johtopäätöksissä ilmenee, että vaikka hoito- ja palvelusuunnitelmat asiakkaille laaditaan, toteutumisen seuranta ja arviointia ei aina toteuteta omaisen eikä asiakkaan kanssa. Keskeiseksi puutteeksi nousee lisäksi, ettei ikäihmisten aiempaa elämänhistoriaa ole dokumentoitu, vaikka tätä pidetään keskeisenä hoito- ja palvelusuunnitelmaa rakennettaessa. (Räsänen 2011,171.)

Vuolahden (2018, 66–67) mukaan ympärivuorokautisissa hoito- ja hoivayksiköissä hoito- ja palvelusuunnitelma nähdään enemmänkin palvelujärjestelmää kuin asiakasta palvelevana dokumenttina. Sisällön kuvataan olevan henkilöstön työntekoa palveleva eli vastaten kysymykseen mitä asiakkaalle joudutaan tekemään ja mitä asiakkaalle annetaan. Tuloksissa vastaajat kertovat tietävänsä hoito- ja palvelusuunnitelman merkityksellisyyden lain näkökulmasta. Lisäksi läheisten kuvauksissa ilmenee, että kun ikäihmisen toimintakyky vähenee ja ikä lisääntyy tärkeää ei niinkään ole tavoitteet vaan se, että ikäihmisellä säilyy elämänlaatu, hän kokee olonsa turvalliseksi ja saa kokemuksen elämän jatkuvuudesta.

Hoitoneuvottelussa otetaan puheeksi myös elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Se luodaan yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa keskustellen potilaan toiveista ja tarpeista. Lisäksi keskustellaan hoidon linjauksista ja rajauksista. Keskustelun pohjalta luodaan käytännön suunnitelma hoidon toteutuksesta. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma parantaa elämänlaatua ja helpottaa omaisten jaksamista sekä vaikuttaa myös yksikön henkilöstön resurssointiin. Kansainvälisesti elämän loppuvaiheen suunnittelusta käytetään termiä *Advance Care Planning (ACP)* ja sillä tarkoitetaan keskustelua asiakkaan, läheisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Muistisairailta keskusteluun kannustetaan jo sairauden varhaisessa vaiheessa, jolloin asiakas itse vielä pystyy ilmaisemaan hoitotahtonsa. ACP on jatkuva prosessi, jota päivitetään tavoitteiden ja toiveiden osalta toistuvilla keskusteluilla ja hoitosuunnitelman päivittämisellä. Käydyillä keskusteluilla todetaan olevan hyötyä ahdistuneisuuden vähentymisessä sekä tyytyväisyys hoitoon lisääntyy. Keskeinen elementti hoidon suunnittelussa on hoitoneuvottelu, suunnitelman konkreettisuus ja sen tavoitteena oleva käytännön hoitosuunnitelma. Ajoissa pidetty elämän loppuvaiheen keskustelu ja hoitosuunnitelma on erityisen tärkeää ihmisille, joilla on parantumaton sairaus. Hoitoneuvottelun pohjalta tehty hoitosuunnitelma kirjataan sairauskertomukseen. (Lehto ym. 2019.)

3.2 Kirjaaminen hoitoneuvotteluprosessissa

Hoitotyössä kirjaaminen ja sen laadukas toteutuminen on tärkeää. Hoitoneuvotteluissa sovitut asiat, hoidon suunnittelu ja toteutus kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan rakenteisesti ja laadukkaasti. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (2009, 289, 7 §) potilasasiakirjoista todetaan, että potilasasiakirjoissa tulee kirjata potilaan hyvän hoidon järjestämisen, toteuttamisen, suunnittelun sekä seurannan turvaamiseksi laajuudeltaan riittävät sekä tarpeelliset tiedot. Merkinnät on tehtävä ymmärrettävästi ja selkeästi ja niitä tehdessä saa käyttää yleisesti hyväksytyjä sekä tunnettuja lyhenteitä ja käsitteitä. Suomessa on käytössä kansallinen hoitotyön kirjaamismalli ja sen päivitetty suomalainen luokituskokonaisuus, Finnish Care Classification, FinCC (Kinnunen ym. 2019). Sen tarkoituksena on ohjeistaa hoitohenkilökuntaa kirjaamaan asiakkaan potilastietoihin prosessimallin mukaisesti hoitotyön tietoja. Ohjeistuksen tarkoituksena on saada kirjaamisesta tasalaatuista, yhdenmukaista ja vertailukelpoista hoitoyksiköstä huolimatta. Rakenteisesti kirjattu hoitotyön tieto on merkityksellistä erityisesti päivittäisessä kirjaamisessa, tällöin tietoja saadaan hyödynnettyä moniammatillisesti. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa myös raporttien ja tilastojen keräämisen. Lisäksi tietoja voidaan täydentää vapaalla tekstillä. Hoitotyön kirjaukset yhdistyvät prosessin eri vaiheissa hoidon tarpeiksi, hoitotoimiksi ja hoidon tuloksiksi, jolloin kirjaaminen täyttää kansallisen hoitotyön minimikirjaamisen tason. Sosiaalihuollossa asiakastiedon rakenteistaminen perustuu asiakasasiakirjojen määrittelyyn ja niiden käytössä tarvittaviin luokituksiin. (THL 2021). Asiakasasiakirjojen jäsenitys pohjautuu luokitukseen sosiaalihuollon palvelutehtävistä ja sosiaalipalveluista. Lisäksi on mallinnettu palvelutehtäville yhteisiä asiakirjarakenteita. Hyppönen ym. (2014, 28) toteavat raportissaan, että kirjaamisen rakenteisuus parantaa potilaan hoidon laatua viidellä eri tavalla. Kirjaamisen rakenteisuus ohjaa hoitosuosituksen noudattamiseen, se tukee hoidon jatkuvuutta, lisää potilasturvallisuutta ja oikeusturvaa sekä yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä hoitohenkilöstön ja potilaan välillä. Rakenteisesta kirjaamisesta hyötyvät myös ammattihenkilöt Asiakkaan hoitoon liittyviä tietoja on helpompi hakea ja hyödyntää laadittaessa yhteenvedoja, lausuntoja ja todistuksia. Kertaalleen kirjattu tieto on myös hyödynnettävissä toisintona. Ohessa Kuvio 1, Suomalaisen hoitotyön kirjaamisen rakenteinen malli FinCC 4.0 mukaan. (THL, 2021)



Kuvio 1. Suomalaisen hoitotyön kirjaamisen rakenteinen malli FinCC 4.0

Keskeistä hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa on huomioida, että lainsäädäntö ohjaa potilas- ja hoitotietojen kirjaamista ja käsittelyä. Keskeisiä kirjaamista ohjaavia lakeja ovat STM:n asetus potilasiakirjoista (298/2009), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki), STM:n asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010), Henkilötietolaki (523/1999) ja laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999, julkisuuslaki). (THL 2020.)

3.3 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen hoitoneuvotteluprosessissa

Itsemääräämisoikeus on säädetty ihmisen perusoikeudeksi Suomen lainsäädännössä perustuslaissa (731/1999 § 7). Perustuslaissa on säädetty, että jokaisella ihmisellä on oikeus henkilökohtaiseen vapauteen, turvallisuuteen sekä koskemattomuuteen. Henkilökohtaista vapautta ei perustuslain (731/1999 § 7) mukaan saa rajoittaa ilman lain perustetta eikä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen saa puuttua. Nämä ovat itsemääräämisoikeuden pohjana. Itsemääräämisen kannalta tärkeä laki ikäihmiselle asiakkaana on muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 § 6) jossa määritellään ”*Itsemääräämisoikeus voidaan ymmärtää autonomian sekä yksilöllisyyden lähtökohdaksi ja se on asetettu palvelujen järjestämisen lähtökohdaksi sekä terveyden- että sosiaalihuollon palveluissa.*” Karvonen-Kälkäjä (2014, 296–297) määrittelee itsemääräämisoikeuden tarkoittavan kykyä tehdä päätöksiä sekä toteuttaa niitä oman elämän osalta.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 8§ velvoittaa, että asiakkaalle on annettava mahdollisuus vaikuttaa itselleen kohdistettujen palvelujen toteuttamiseen,

suunnitteluun ja hänen itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa. Mikäli asiakas ei itse pysty henkisen toimintakyvyn ongelmien, sairauden tai jonkin muun syyn vuoksi vaikuttamaan tai osallistumaan omien palvelujensa toteuttamiseen sekä suunnitteluun niin näissä tilanteissa asiakkaan toive on selvitettävä esimerkiksi omaisen, muun läheisen tai laillisen edustajan kanssa. (Aaltonen ym. 2021, 8; Laki sosiaali- ja terveysministeriön (2020, 45) julkaisussa nostetaan keskeiseksi palvelujen tuottamista ohjaavaksi arvoksi asiakaslähtöisyys. Tällä tarkoitetaan konkreettisesti sitä, että iäkkään henkilön tulee olla palveluiden suunnittelussa sekä toteutuksessa aidosti osallinen ja hänen mielipiteensä tulee ottaa huomioon. Asiakaslähtöisyys on asiakkaan tarpeista ja toiveista kumpuavaa, ottaen huomioon ikäihmisen toimintakyky sekä voimavarat. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen on asiakaslähtöisyyden lähtökohta. (STM 2020,45; Järnström 2011, 255–256.)

Myllymäki (2014, 4) on tarkastellut kotihoidossa olevien vanhusten kokemusta itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Hän liittää itsemääräämisoikeuteen osallisuuden kokemuksen. Usein palveluja ja hoitoa suunniteltaessa ikäihmisen osallisuus sekä toimijuus voivat jäädä ammattilaisten toiminnan varjoon, vaikka vanhustyön sekä itsemääräämisen keskeisiä ohjaavia arvoja ovat yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys. Mäki-Petäjä-Leinonen (2013, 48–49) määrittelee osallisuuden tarkoittavan sitä, että asukkaan tuoman tiedon pohjalta määrittellään tavoitteet sekä työskentelytavat mikä edelleen tarkoittaa sitä, että asukas tulee ymmärretyksi sekä kuulluksi. Osallisuudella hänen mukaansa tarkoitetaan myös sitä, että henkilöllä on oikeus tulla kuulluksi ja olla osallinen itseään koskevissa päätöksissä, mutta se ei välttämättä tarkoita sitä, että henkilö tekisi päätöksiä itsenäisesti (Mäki-Petäjä-Leinonen 2013, 48–49). Kun ikäihminen saa osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ollen tasavertainen toimija, syntyy kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Näin ikäihmiselle muodostuu kokemus, että hän tulee kuulluksi ja hänen mielipiteitään arvostetaan sekä huomioidaan. (Järnström 2011, 255.) Soininen-Keskitalo (2017, 71) toteaa tutkimuksen johtopäätöksissä, että terveydenhuollossa itsemääräämisoikeus tulee nähdä merkittävänä osana asiakaskokemusta, joka tuottaa asiakkaalle arvoa unohtamatta hyötynäkökulmaa. Itsemääräämisoikeuden toteutumista voidaan pitää yhtenä kilpailutekijänä. Osa palvelun laadusta muodostuu siitä, miten itsemääräämisoikeus toteutuu. Organisaation näkökulmasta pyrkimyksenä on tuottaa asiakkaalle lisäarvoa niin että asiakas on kaiken toiminnan keskiössä. (Soininen-Keskitalo 2017, 71.) Aaltonen ym. (2021, 11) kirjoittavat julkaisussaan *”Itsemääräämisoikeus ikääntyneiden ympärivuorokautisissa palveluissa”* hoito- ja palvelusuunnitelman olevan keskeisin ikääntyneen ihmisen itsemääräämisoikeutta tukeva asiakirja.

Hoitotyön laadun mittarina voidaan pitää myös iäkkään itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Ikääntyminen ei automaattisesti poista kelpoisuutta päättää omista asioista ja hoidosta. Aina tulisi huolehtia, että ikääntynyt tulee kuulluksi, mikä on hänen oma toiveensa hoidosta, huolimatta omaisten tai läheisten mielipiteistä. Ikääntyneen asennetta tulee kunnioittaa, vaikka se poikkeaa henkilökunnan tai muiden ajatuksesta siitä, mikä on ikääntyneen parhaaksi. On lääkärin vastuulla, että hoito toteutetaan yhteisymmärryksessä ikääntyneen kanssa. Jokaisella hoitavalla henkilöllä on myös vastuu siitä, että hoidettavaa on informoitu ja saatu suostumus hoitoon tai tutkimukseen. On kuitenkin tilanteita, joissa sairauden tai muun vajaakykyisyyden vuoksi ikääntynyt ei pysty tekemään suotuisia päätöksiä. Tällöin häntä tulee hoitaa tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisten etujensa mukaisena. Tärkeisiin hoitopäätöksiin tulee tällöin saada hoidettavan laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. (Kivelä ym. 2019, 189–191.)

Asukkaan elämänlaatuun ja hoidon suunnitteluun pystytään vaikuttamaan mittaroimalla saatua tietoa. RAI-arviointimittareista saaduilla tuloksilla voidaan vaikuttaa hoidon laatuun asukaskohtaisesti sekä organisaation tasolla ja tätä kautta vaikuttaa asukkaan hyvän hoidon suunnitteluun hoitoneuvottelujen tuella. Kivelä ym. (2019, 173) pohtivat palveluiden laatua yhtenä ikääntymisen arvomittarina. Palvelun laatua tulee seurata järjestelmällisesti, luotettavia menetelmiä hyödyntäen. Sen on oltava asiakkaan edun mukaista turvaten oikea-aikaiset palvelut ja lääketieteellisesti tarpeen mukainen hoito. Hoitotyön laatua on seurata myös asiakkaiden toimintakykyä, turvallisuutta ja hyvinvointia luotettavilla sekä vertailukelpoisilla mittareilla. Tarjottu hoito on oltava laadukasta, henkilökuntamitoituksen ja henkilökunnan ammattitaidon on oltava riittävä.

3.4 Omaisen osallisuus hoitoneuvotteluprosessissa

Lehtosen (2005, 75) mukaan omaisten ja henkilökunnan yhteistyötä edistää omaisen osallistuminen hoitoneuvotteluun. Omaiset, jotka osallistuvat hoitoneuvotteluun ovat tutkimuksen mukaan tyytyväisempiä yhteistyöhön verrattuna omaisiin, jotka eivät osallistu hoitoneuvotteluun. Hänen tutkimuksessansa nousee esille myös hoitoneuvotteluun osallistumisen olevan yhteydessä aktiiviseen kommunikointiin sekä asiantuntijuuteen omaisen sekä hoitohenkilökunnan välillä.

Id (2015, 57) toteaa omaisilla olevan asiakkaiden osallisuutta lisäävä vaikutus ja omaiset tulee nähdä hoitohenkilöstön tasavertaisina kumppaneina. Tutkimuksen tuloksissa on nähtävissä, että omaisten osallisuuden merkitys on korostunut asiakaslähtöistä sekä vuorovaiikutusta tukevana verkostona. Omaiset ovat usein osana arkea ja lisäävät asiakkaan osallisuuden mahdollisuuksia. Huomioitavaa on kuitenkin se, että omaisen rooli riippuu asiakkaan tahdosta. Omaisten osallisuuden tärkeys korostuu etenkin silloin, kun asiakkaan

kognitiiviset kyvyt laskevat. Sosiaalihuoltolain 43§ mukaisesti läheisverkoston eli omaisten tai asiakkaan muiden läheisten henkilöiden tuki tulee ottaa huomioon, niin palvelutarpeen arvioinnissa kuin jo palveluissa olevan asukkaan osalta.

Omainen tulee ottaa osaksi hoitoneuvottelua ja häntä tulee arvostaa asiakkaan asiantuntijana. Tämä korostuu erityisesti silloin, jos asiakas ei pysty itse omaa tahtoaan enää ilmaisemaan. Omaisten rooli hoitoneuvottelussa tulisi olla tasa-arvoinen osallistujia hoitohenkilökunnan rinnalla. Onnistuneessa hoitoneuvottelussa omaista arvostetaan, hänen mielipiteitään kuunnellaan, ehdotuksia vastaanotetaan ja kysellään sekä hänet otetaan mukaan päätöksentekoon. (Lehtonen 2005, 76.)

Karhula (2015, 38) toteaa hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa olevan hyvin erilaisia käytänteitä myös omaisten osallisuuden osalta. Jotkut haastateltavista omaisista ilmaisevat, etteivät ole tietoisia onko heidän läheiselleen laadittu hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Osa haastatelluista omaisista tietää, että omaiselle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, mutta he eivät ole tietoisia, onko heillä mahdollisuus osallistua sen laatimiseen. Omaiset, jotka osallistuvat hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen tuovat esiin haastattelussa, että he ovat kokeneet tulleen kuulluksi. Osalla omaisista kokemus on päinvastainen. Riippumatta millainen kokemus omaisella on, he kokevat, että hoito- ja palvelusuunnitelmia laatiessa heidän läsnäolonsa on tärkeää ja he haluavat olla mukana vaikuttamassa omaisensa hoitoon.

Vanhuspalvelujärjestelmässä usein unohdetaan omaisten osuus, eikä hoitohenkilökunta saa koulutusta omaisten kohtaamiseen. Koivulan tutkimuksen (2013, 5) mukaan omaiset auttavat muistisairaita läheisiään. Omaisten toiminnan oikeudet ja vastuut ovat usein epäselviä. Hän on tutkinut pääkaupunkiseudulla toimivan 45-paikkaisen terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon osaston seitsemää omaista ja heidän toimijuuttansa osastolla läheisensä tukena ja apuna. Omaiset osallistuvat osaston toimintaan omien kykyjensä ja mahdollisuuksiensa mukaan. He tulevat avuksi usein esimerkiksi ruokailuaikoihin sekä ulkoiluttamaan omaistaan. Omaisten toiminta on usein rutinoitunutta, mutta halu osallistua osastolla olevan läheisen elämään on tärkeää. Osastolla ei ole käytäntöä omaisten osallistumisesta hoitoneuvotteluun. Useimmat omaiset osallistuvat hoitoneuvotteluun asiakkaan siirtymävaiheessa, ennen osastolle tuloa. Tutkimuksessa todetaan, että omaisten luoma mahdollisuus ja toimintoja pitkäaikaishoidon elämään sekä arkeen. Omaisella on merkittävä rooli laadun ja arjen mahdollistajana. Hän pystyy toiminnallaan tuomaan muistisairaalle arkeen sellaisia asioita, joita hoitohenkilökunta ei pysty luomaan. Hän tukee läheisensä elämäntarinan jatkuvuutta. (Koivula 2013, 70–71, 76,89.)

3.5 RAI-arviointitiedon huomioiminen hoitoneuvottelussa sekä hoito- ja palvelusuunnitelmassa

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012, 15 a §) mukaan kunnilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä. RAI-järjestelmä on standardoitu kansallinen tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu vanhus- tai vammaispalvelun asiakkaan palvelutarpeen arviointiin ja hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Sen avulla arvioidaan ja kartoitetaan ikääntyneen toimintakykyä ja RAI-arviointituloksia hyödynnetään hoidon ja palvelujen suunnittelussa. Lyhenne RAI tulee englanninkielisistä sanoista ”Resident Assessment Instrument” eli asiakkaan arviointiväline. RAI-arviointimittareita on useita riippuen arvioinnin kohteesta ja siitä mitä tietoa halutaan saada sekä miten vaikuttavuutta mitataan. Lisäksi arvioinneista saadaan yhteenvetotietoa, jota käytetään hoidon ja palvelujen laadun seurantaan ja kehittämiseen. RAI:n ollessa kansallinen mittari, sen käyttö ikääntyneiden palveluissa parantaa merkittävästi vertailutiedon käyttökelpoisuutta ja tiedolla johtaminen hyvinvointialueilla ja organisaatioissa on mahdollista. Sen luotettavuutta, uskottavuutta, toistettavuutta ja käyttöä on verrattu muihin validoituihin arviointimittareihin kansainvälisesti ja asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä. Arviointimittarista saatu tieto on kuitenkin vain yksittäistä mittaritietoa, eikä sen perusteella yksin voida tietää mitä palveluja asukas tarvitsee, vaan kokonaisuuteen vaikuttavat asukkaan omat voimavarat, olosuhteet ja odotukset. Tämän vuoksi asukkaan itsensä ja mahdollisuuksien mukaan hänen läheisensä, on hyvä osallistua hoitoon vaikuttavien suunnitelmien tekoon ja muuttuvien tilanteiden vuoksi myös suunnitelmien seurantaan (THL 2021, 14–17; Finne-Soveri ym. 2020, 15.)

RAI-arviointitiedon avulla luodaan tietoa asukkaan terveydentilasta, joka hyödyttää sekä asukasta että henkilöstöä. RAI-järjestelmän oikea ja huolellinen käyttö tuo avun ikääntyneelle itselleen, henkilöstölle sekä koko organisaatiolle avuksi päätöksentekoon. Organisaatiossa RAI-arvioinneista saatuja tietoja voidaan hyödyntää laatumittareiden avulla tiedolla johtamisessa. Tarkennettua tietoa kerätään eri osa-alueilta, esimerkiksi arkisuoriutumisesta, kognitiivisesta toimintakyvystä, psyykkisistä oireista, sosiaalisesta osallisuudesta ja kuntoutumisen voimavaroista sekä asukkaan lähipiiriltä saamasta tuesta. Asukkaalta kysyttävät kysymykset muodostuvat keskeisimmistä terveydentilaan ja hoitoon liittyvistä osa-alueista, kuten fyysinen ja psyykinen terveydentila, toimintakyky, lääkitys, ravitsemus, muistitoiminnot, osallisuus ja aktiivisuus. Jotta luotettavaa ja hyödynnettävää arviointitietoa saadaan, on tärkeää, että asiakas osallistuu itse arviointiin. Hänet kohdataan yksilönä ja hänen tarpeensa kartoitetaan kokonaisvaltaisesti, jolloin hän on mukana hoitonsa

suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Asukkaan oma osallisuus luo tyytyväisyyden, turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta. RAI-arvioinnista saatu tieto auttaa hoitajaa huomiomaan oleelliset asiat ja muutokset asukkaan voinnissa ja toimintakyvyssä. RAI-arviointitiedon ja pidetyn hoitoneuvottelun tuella asukkaalle luodaan yksilöllisiä tarpeita vastaava hoito-, palvelu- tai kuntoutumissuunnitelma. (THL 2021.)

Kokonaisuudessaan RAI-arviointiprosessi rakentuu viidestä eri vaiheesta. Hyvä ja huolellinen arviointi syntyy, kun arvioinnin tekijä on koulutettu ja arviointiin varataan riittävästi aikaa. Asiakkaan osallistuminen arviointiin mahdollistetaan ja iäkkään oma näkökulma oman elämänsä järjestelyihin on yhä tärkeämpi näkökulma nyky-yhteiskunnassa. Ensimmäisessä vaiheessa keskitytään tiedon keräämiseen haastattelun ja havainnon tuella, jolloin asukkaan äänen kuuleminen mahdollistaa tiedon kirjaamisen ja hänen itsensä ilmaisemat tavoitteet tulevat huomioiduksi. Tämän jälkeen haastattelusta saatu tieto kirjataan RAI-arviointiin. Arvioinnin tuloksista saadun tiedon avulla saadaan selville asukkaan voimavarat, vahvuudet ja heikkoudet. Erityisesti prosessin kohdat neljä ja viisi huomioidaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Kohdassa neljä otetaan arviointitieto käyttöön. Arviointitietoa hyödyntäen ja sen avulla laaditaan suunnitelma asukkaan tarvitsemista palveluista, hoidosta ja mahdollisesta kuntoutuksesta. Kohdassa viisi toteutuu asukkaan tarpeidensa mukainen hoito- ja palvelusuunnitelma. Uudet RAI-arvioinnit tehdään aina uudelleen voinnin muuttuessa oleellisesti tai ainakin puolivuositain. Säännöllisillä arvioinneilla seurataan asukkaan hoidon ja suunnitelman oikeanaikaista toteutumista. (THL 2021.) Kuviossa 2. havainnollistetaan RAI-arviointiprosessin rakennetta ja sisältöä.



Kuvio 2. Viisi arviointiprosessin vaihetta (THL 2021)

THL (2020) ohjeistuksen mukaan RAI-arviointitietoa voidaan hoitoneuvottelussa hyödyntää tulostamalla asiakkaan raportti asukkaalle itselleen sekä mittaritiedot hoitoneuvotteluun perustietoraportista hoitajalle hoitoneuvottelun tueksi. Arviointitiedoista saadut tulokset eli asukkaan voimavarat, haasteet ja tarpeet sekä asukkaan itsensä ilmaisemat tavoitteet ja toiveet hoidolle keskustellaan hoitoneuvottelussa sekä laaditaan sen avulla mahdolliset toimenpiteet, tavoitteet ja seuranta yhteisesti. RAI-arviointitiedoista muodostuu riskitekijöitä kuvaavia herätteitä ja toimintakykyä sekä terveydentilaa kuvaavia mittareita. Yksilömittarit kuvastavat hoidon, palvelun ja kuntoutuksen tarvetta. Tavoitteiden toteutumista seurataan moniammatillisessa yhteistyössä asukkaan ja omaisen/läheisen kanssa. Huomioitavaa on myös, että RAI-arvioinnin tuloksista selviää ns. hiljaista tietoa asiakkaan tilanteesta, joista lähipiiri ei välttämättä ole selvillä eikä näin ollen osaa informoida hoitohenkilökuntaa. Hiljaisten ongelmien esiintulosta, esimerkiksi muistisairauden vaikutuksesta itsensä huolehtimisen ja ravitsemuksen tilaan, voi löytyä ratkaisu ja siten lisätä ymmärrystä, kuinka asukkaan elämää voidaan parhaiten tukea. Arvioinnituloksien avulla, helpotetaan myös henkilökuntaa nostamaan arkaluontoisia asioita hoidon suhteen esiin (THL 2021).

4 Kehittämishankkeen toteutus

4.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

Kehittämisen tavoitteena on saada aikaan muutos, jolla tavoitellaan tehokkaampaa tai parempaa toimintatapaa kuin aiemmat rakenteet tai toimintatavat. Keskeistä on tavoitteellisuus. Kehittämistoiminnassa lähtökohta voi olla suuntautuminen tulevaisuuteen, uuden luominen tai nykyisen toiminnan tai tilanteen ongelma, joka halutaan ratkaista. Tavoitteellisuus sisältää ajatuksen todellisesta muutoksesta. (Hellström 2004, 11.) Pääpaino tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa on kehittämisessä ja siinä käytetään apuna tutkimuksellisia menetelmiä sekä asetelmia. Erilaisia menetelmiä voidaan käyttää vaihtelevasti ja eri yhteistyö tahojen keskustelu on aktiivista. (Toikko & Rantanen 2009, 21–22; Ojasalo ym. 2015, 18–19.) Kehittämistoiminnassa pohjana on monesti tutkimusongelman tilalla käytäntö. Yleisesti kehittämismenetelmissä on oletus, että valitulla menetelmällä saadaan aikaan tulos. Kehittämistoimia miettiessä keskeistä on selvittää, pyritäänkö sen avulla selvittämään kehittämistarvetta, ylläpitämään kehittämiseen liittyviä sosiaalisia prosesseja vai arvioimaan tavoitteiden saavuttamista. Jotkin kehittämismenetelmistä kohdistuvat idean keksimiseen ja osa sen jalostamiseen. Kehittämisen subjektina voidaan pitää erilaisia työorganisaatioita, yrityksiä ja työyhteisöjä. Kehittäminen voidaan organisoida johtajakeskeisesti, mutta kehittäminen voi olla myös koko organisaation yhteistä toimintaa. Tällöin työntekijöillä on myös mahdollisuus vaikuttaa omaa työtään koskeviin ratkaisuihin. Työntekijöiden rooli työn kehittäjinä korostuu erityisesti asiantuntija-ammateissa ja korkeaa osaamistasoa edellyttävissä tehtävissä. (Toikko & Rantanen 2009, 17–19.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohtana on organisaation kehittämistarve tai halu saada aikaan muutoksia. Tutkimuksellinen kehittämistyö haastaa tieteellisen tutkimuksen ja ero on toiminnan päämäärissä. Tutkimuksessa tuotetaan pääsääntöisesti uutta teoriaa, mutta tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotetaan teorian lisäksi käytännön parannuksia ja uusia ratkaisuja. Sen tueksi kerätään uutta tietoa ja tiedon keräämiseen käytetään monipuolisesti eri menetelmiä. Aktiivinen vuorovaikutus korostuu eri asianosaisten kesken. Kehitystyön eteenpäin viemiseksi kirjoittaminen ja esittäminen työn eri vaiheissa eri kohderyhmille edistävät työn etenemistä (Ojasalo, ym. 2015, 18–19.) On eri asia, määritelläänkö kehittämisen tavoite ulkoapäin vai voivatko toimijat itse määritellä kehittämisen tavoitteen. Suuressa osassa tavoitteet määritellään ylhäältä- tai ulkoapäin, esimerkiksi organisaation strategisten tavoitteiden mukaisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 15.)

4.2 Konstruktiivinen tutkimustapa

Konstruktiivinen tutkimustapa soveltuu käytettäväksi, kun halutaan luoda konkreettinen tuotos, esimerkiksi malli tai suunnitelma. Sen avulla saadaan merkityksellinen ja hyödynnettävä rakenne tai uusi, aiempaa parempi ratkaisu ongelmaan. Uuden toimintamallin luominen parantaa vanhaa toimintaprosessia ja avain tähän on lähestymistapa, jossa tutkimuksen tavoin pyritään muuttamaan organisaation toimintaa ja käytänteitä. Konstruktiivisen tuotoksen lopputulemana on lisätä organisaation tutkimusosaamista kehittämishankkeissa. (Ojasalo ym. 2015, 66.)

Konstruktiiviselle menetelmälle on keskeistä, että etsitty päämäärä on konkreettinen sekä tiedossa. Päämäärään pyritään tiedossa olevan teoreettisen tiedon avulla. (Toikko & Rantanen 2009, 19–23; Ojasalo ym. 2009, 38.) Konstruktiivinen tutkimus kehittyy kuuden eri vaiheen kautta. Ensimmäinen vaihe on ongelman etsiminen sekä tunnistaminen. Ongelman tulee olla sellainen, johon on tarkoitus saada konkreettinen ratkaisu. Kehittämishankkeemme ongelma, johon haetaan ratkaisua, on hoitoneuvotteluprosessin pirstaleisuus sekä puuttuva yhteinen käytäntö prosessin osalta. Toinen vaihe sisältää teoreettisen sekä käytännöllisen tiedon haun halutusta kehittämiskohteesta. Kehittämistyön tietoperustassa määrittelimme keskeiset käsitteet, jotka tutkimustiedon pohjalta liitetään hoitoneuvotteluprosessiin liittyväksi. Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa yhdistetään ensimmäisen vaiheen ongelmaan haettua tietoa niin, että laaditaan ratkaisu. Tässä kohdin käytämme apuna Leanin A3-mallia sekä kalanruotoanalyysiä, joiden avulla saamme visuaalisesti analysoitua prosessiin liittyviä ongelmakohtia. Vertaamme saatua analyysiä tutkimustietoon, jota olemme koonneet. Analyysin pohjalta teemme hoitoneuvotteluprosessimallin sekä prosessiin liittyvät ohjeistukset. Neljäs vaihe käsittää ratkaisun testauksen sekä arvioidaan konstruktion oikeellisuus. Tulemme esittelemään valmiin mallin kirjaamistyöpajoissa kirjaamisvalmentajille. Otamme valmiin hoitoneuvotteluprosessimallin koekäyttöön Keusoten ympärivuorokautisissa palveluissa. Kirjaamistyöryhmän jäsenet jalkauttavat käytänteen koekäyttöön osaksi hoitotyön käytäntöä. Sovimme kirjaamistyöpajassa seuranta-ajan, joka on kolme kuukautta, jonka aikana kerätään palautetta prosessin sujuvuudesta. Konstruktiivisen tutkimuksen viidennessä vaiheessa todennetaan toteutetun ratkaisun sidonnaisuus teoriaan. Viimeisessä eli kuudennessa vaiheessa tarkastellaan, onko ratkaisu sovellettavissa ja millä laajuudella. Viidennen sekä kuudennen vaiheen osalta teemme arvioinnin kehittämishankkeen johtopäätöksissä. Koostamme saadun palautteen hoitoneuvotteluprosessin toimivuudesta kirjaamistyöpajoissa. (kts. Ojasalo ym. 2009, 67–68.)

4.3 Kehittämishankkeen vaiheet

Kehittämishankkeemme eteni konstruktivisen tutkimusotteen mukaisesti. Ensimmäisessä vaiheessa kehittämiskohde eli hoitoneuvotteluprosessien hajanaisuus oli tunnistettu. Tämä vaihe alkoi syksyllä 2019 ja jatkui 2020 kevääseen. Tarve yhtenäistämiseksi tuli työn tilaajalta. Ongelmaan oli mahdollista saada konkreettinen ratkaisu. Olemassa olevaa tietoa kerättiin kirjaamistyöryhmän ideointityöpajoissa, joissa oli ympärivuorokautisten palveluiden eri toimintayksiköistä edustus. (kts. Ojasalo ym. 2009, 67–68.)

Konstruktivisen tutkimusotteen mukaisesti toteuttamissuunnitelman toinen ja kolmas vaihe käsittivät tietoperustan kokoamisen sekä keskeisten käsitteiden määrittelyn. Tietoperusta koottiin helmikuun 2021 ja huhtikuuhun 2021 välisenä aikana. Tässä vaiheessa laadittiin tutkimussuunnitelma, jonka hyväksyminen mahdollisti tutkimusluvan anomisen tilaajalta. Tutkimusluvan haku ajoittui syyskuulle 2021. (kts. Ojasalo ym. 2009, 67–68.)

Toteuttamissuunnitelma eteni linjassa konstruktivisen tutkimusotteen kolmannen vaiheen kanssa niin, että yhdistimme saadun aineiston ja laadimme ratkaisun. Ongelman analysoinnissa käytimme Leanin A3-menetelmää sekä kalanruotoanalyysiä, jolla päästään pureutumaan hoitoneuvotteluprosessissa oleviin ongelmakohtiin. Neljänteen konstruktivisen tutkimusotteeseen sisältyy prosessimallin esittely kirjaamisryhmän työpajoissa sekä sen hyväksyttäminen tilaajalla. Neljäs vaihe on konstruktivisen mallin mukaisesti ratkaisun testaus sekä konstruktion oikeellisuuden arviointi. (kts. Ojasalo ym. 2009, 67–68.) Kuviossa 3. Kehittämishankkeen aikataulu



Kuvio 3. Kehittämishankkeen aikataulu

5 Kehittämishankkeen aineiston dokumentointi ja koonti

5.1 Kehittämishankkeen lähestymismenetelmät

Konstruktiivisessa kehittämishankkeessa kehittämiskohdetta voidaan lähestyä monin eri tavoin. Aineiston keräämisen lähestymistavaksi kehittämishankkeeseemme valitsimme Ojasalon ym. (2015) esittelemän yhteisöllisen ideointimenetelmän (työpajat), dokumentoinnin (aiempi aineisto) ja Lean-filosofian (Torkkola 2016) mukaisen aineiston käsittelyn ja analysoinnin.

Kehittämistyössä on mahdollista ja suositeltavaakin käyttää erilaisia menetelmiä. Kohteen nykytila tulee ennakolta tuntea hyvin. Onnistunut kehittämistyö ottaa huomioon aiemman aineiston ja lähtökohdat. Aiemman aineiston tiedon hankinta on tärkeää ja säästää aikaa lopputuloksen luomisessa sekä vaikuttaa parempaan lopputulokseen. Kun kehittämiskohdeesta kerätään tietoa, se tulee dokumentoida, jotta siihen on helppo palata myöhemmässä vaiheessa. Huomattava on, että kaikki saatu tieto alusta alkaen on kehittämisprosessin järjestelmällistä dokumentoinnin vaihetta. Dokumentoitu tieto on luotettavampaa kuin muistikuvat (Ojasalo ym. 2016, 28–30.)

Kehittämistoiminnassa korostetaan osallisuuden merkitystä. Se on sosiaalinen prosessi. Osallistumista tukevat menetelmät ja työtavat käsitteenä korostaa toimijoiden subjektivisuutta, mutta toisaalta siihen liittyy tietty ulkoapäin vaikuttaminen ja objektivointi. Osallistava toiminta sujuu osallistujien ehdoilla ja heidän itsensä määrittelevät sen suunnan. Osallistamisen oletetaan olevan myös omaehtoista osallistumista. Osallistamisen ja osallistumisen käsitteet liittyvät tiiviisti toisiinsa. Osallistaminen on mahdollisuuksien tarjoamista, kun taas osallistuminen niiden hyödyntämistä. Osallistumisella on kaksi olettamusta eli kehittäjät ja toimijat. Kehittäjät osallistuvat käytännön toimintaan, mutta myös toimijat osallistuvat prosessien kehittämiseen. Kehittäjien ja toimijoiden välille tarvitaan dialogi onnistuakseen. Reflektiivistä osallistumista voidaan edistää erilaisten keskustelua virittävien tekniikoiden avulla. Ne helpottavat asioiden käsittelyä, mutta myös tuovat julki kehittämistoiminnan monimuotoisuuden. Kehitettäviin asioihin liittyy useita erilaisia intressejä ja näkökulmia. (Toikko & Rantanen 2009, 91–92, 103.)

Ideointityöpajoja voidaan toteuttaa monin erilaisin menetelmin. Huomioitava on, että ryhmätoiminta on tavoitteellista. Luova ideointiprosessi koostuu kuudesta luovasta ongelmanratkaisusta: ongelman tai parannusmahdollisuuksien huomaamisesta, siihen liittyvien tosiasioiden ja näkemysten tunnistamisesta, tavoitteista ja visioista, uusien lähestymistapojen arvioimisesta, ratkaisujen valitsemisesta, hyväksymisestä sekä toteuttamisesta. Luovuus on uuden kehittämisen olennainen osa. Sen lisääminen vaatii kykyä toteuttaa uusia asioita

ja katsoa asioita uudesta näkökulmasta. (Ojasalo ym. 2015, 158–165.) Hyvinvointialan viestinnässä luovat ja toiminnalliset menetelmät ovat osa ammatillista osaamista, ja niitä voidaan hyvin hyödyntää myös ideointityöpajoissa. Niiden on todettu kehittävän työntekijän ammatillisuutta sekä kehittävän persoonallisuutta. Luovat menetelmät helpottavat kohtaamaan työelämän haasteita, lisäävät rohkeutta tarttua haasteisiin, lisäävät valmiutta joustoihin ja lisäävät työntekijän uskallusta tehdä riippumattomia sekä uusia ratkaisuja työssään. (Niemi ym. 2006, 351.) Luovat menetelmät toimivat hyvinvointialalla työyhteisön voimavarana. Luovaan toimintaan tarvitaan työyhteisön tuki ja rohkaisu, jotta sillä on mahdollisuus kasvaa voimavaraksi. Luovuus edellyttää uskallusta ja näin ollen myös motivaatiota. Luovuus lisää kykyä ratkaista arkipäivän ongelmia ja herätellä kysymystä, voisiko asiat tehdä toisin. Tärkeää on muistaa, että luovissa menetelmissä kyseessä on prosessi, joka etenee (Niemi ym. 2006, 354–355.) Luovia tutkimusmenetelmiä ja tiedon tuottamisen tapoja yhdistää avarakatseinen ote tiedon tuottamiseen. Luovaksi tutkimusmenetelmäksi on luontevaa ajatella myös kaikki sellainen toiminta, joka vaatii osallistujiltaan luovuutta kuten ideointityöpajat. Ilmaisua ja mielikuvitusta hyödyntävät tutkimusmenetelmät tuovat tutkimukseen uuden näkökulman ja ulottuvuuden ja saavat miettimään mikä on tutkimuksen kannalta oleellista tietoa (Ryynänen & Rannikko 2021, 12–19).

Luovista tutkimusmenetelmistä ideointi-, aivoriihi- eli brainstorming ideointipajatyöskentely, antaa monia mahdollisuuksia työstää uusia ideoita eteenpäin sekä luo runsaasti uusia ideoita työstettäväksi. Ojasalo ym. (2015) mainitsevat ideointityöpajojen olevan tärkeimpiä yhteisöllisiä ideointimenetelmiä. Ideointi menetelmänä soveltuu 6–12 henkilön ryhmälle, joka ideoi uusia ratkaisuja ongelmaan ryhmänvetäjän avulla. Ideoinnin käynnistyessä, on muistettava jokaiselle antaa puheenvuoro ja mahdollisuus sanoa mielipiteensä. Ryhmänvetäjän toiminta korostuu. Sen perusääntöihin kuuluu myös, että ei arvostella eikä tuomita uusia ideoita, kannustetaan villeihin ideoihin, ideoiden määrä on tärkeämpää kuin laatu, vanhoja jo olemassa olevia ideoita kehitetään ja jokainen ideointiin osallistuva jäsen on yhtä tärkeä.

Ideointityöpaja rakentuu Ojasalon ym. (2014) mukaan perinteisesti neljästä eri vaiheesta ja on muunneltavissa joustavasti tarpeen niin vaatiessa.

1. tavoitteiden asettaminen ja rajaaminen
2. vältetään turhia ennakkoluuloja ja vapautetaan rajoittavat tekijät
3. vapaa ideointi, arvostelu on kielletty
4. uusien työstettävien ideoiden valinta

Olemassa olevien käytänteiden kokoamisessa olemme hyödyntäneet ideointityöpajoja tiedonkeruun menetelmänä aineiston hankinnassa. Se on osallistava menetelmä, jonka

avulla saadaan kehittämistyön näkökulmaa laajennettua niin että henkilöstön hiljainen tieto, ammattitaito sekä kokemus saadaan esiin (Ojasalo ym. 2014, 61). Ideointityöpajojen avulla pystytään vuorovaikutuksellisin menetelmin sekä keinoin yhteistoimintaan, jonka avulla keskustelun sekä toiminnan avulla jaetaan tietoa, mielipiteitä, näkemyksiä sekä ideoita osallistujien kesken. Sen avulla saadaan tietoa yksittäisen työntekijän näkemyksistä. (Salonen ym. 2017, 63; Korhonen & Bergman 2019, 117, 119)

5.2 Kirjaamistyöryhmien ideointityöpajat

Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden kirjaamisen ideointityöpajat kokoontuivat säännöllisesti vuodesta 2019 alkaen. Ideointityöpajoissa keskusteltiin hyvistä kirjaamiskäytänteistä ja kirjaamiseen liittyvistä lakisääteisistä asioista. Prosessi hoitoneuvottelujen yhtenäisistä käytänteistä sekä rakenteisesta kirjaamisesta käynnistyi tuolloin. Kirjaamistyöryhmän kokousmuistiot ja tuotokset taltioitiin Teamsiin Kirjaamistyöryhmä/ylävuorokautiset palvelut -ryhmään ja aineistoa hyödynnettiin osana kehittämistyötämme.

Kirjaamisen ideointityöpajoissa käsiteltiin seuraavia asioita hoitoneuvottelujen yhtenäistämisen tueksi:

1. Kerätty tietoa jo olemassa olevista hoitoneuvottelukäytänteistä Keusoten kunnissa. Koottu jo olemassa olevat lomakkeet yhteen. Kirjaamistyöryhmän osallistujille kerrottiin, että aineistoa ja keskusteluja tullaan keräämään YAMK-opintoihin liittyvään kehittämishankkeeseen, jonka avulla tullaan yhtenäistämään Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden toimintayksiköiden hoitoneuvotteluprosessi. (Kirjaamistyöryhmä 9.9.2019)
2. Painotettiin RAI:n laadullista merkitystä, Lean A3-lomakkeen käyttö. (Kirjaamistyöryhmä 31.10. 2019 ja 25.2.2020)
3. Keskusteltiin asiakkaan, ikääntyneen itsemääräämisoikeudesta ja lakiin perustuvista asioista kirjaamisessa. (Kirjaamistyöryhmä 5.12.2019)
4. Keskusteltiin RAI:n ja päivittäisen kirjaamisen kohtaamisesta. Painotettu kirjaamisen ja RAI:n laatua, ei vain määrää. (Kirjaamistyöryhmä 25.2.2020)
5. Kerättiin toiveet hyvistä käytänteistä hoitoneuvotteluissa. Omaisen osuus hoitoneuvotteluissa. (Kirjaamistyöryhmä 25.2.2020)

Tämän kehittämishankkeen ideointityöpaja ja toteutus

1. Ideointityöpaja 13.10 2021. RAI-arviointitieto osana hoitoneuvottelua ja hoitosuunnitelmaa.

Aiheena ideointityöpajassa oli RAI-arviointitiedon hyödyntäminen hoitoneuvotteluissa ja hoitoneuvotteluprosessissa. Ideointityöpaja toteutettiin ideointityöpaja-menetelmällä, jossa tutustuimme RAI-arviointitietoon ja arvioinnista muodostuviin yksilömittareihin sekä arviointitiedon hyödyntämiseen hoitoneuvotteluissa asukkaan, hoitajan ja organisaation kannalta. Pohdimme myös rakenteisen kirjaamisen merkitystä, laatua ja tärkeyttä. Vapaan ideoinnin ja jo olemassa olevan tiedon lisäksi toimimme myös koulutusmielessä tietoperusteista tietoa ideointityöpajan jäsenille, luomalla näin pohjan keskustelulle. Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä on hyvin oleellista päivittäisessä kirjaamisessa sekä tärkeää myös hoitoneuvotteluissa. Ideointityöpajatyöskentely toteutettiin Teamsin välityksellä. Ideointityöpajan tueksi laadittiin Power Point -esitys.

Ideointityöpajassa oli osallisena kirjaamistyöryhmän jäsenistä sekä yksiköiden RAI-pääkäyttäjistä koostuvaa hoitohenkilökuntaa. Heidän veloitteenaan on jakaa ja välittää tietoa omilla työyksiköissään. Ideointityöpajan toimintaperiaatteiden mukaisesti pohdimme jo aiempaan tietoon pohjaten, mitä tavoitteita hoitoneuvotteluille tulisi asettaa ja miten se tulisi rajata. Tähän alustuksena toimimme tietoa RAI:n merkityksestä asiakastyössä ja hoidon sekä palvelun laadussa Keusotessa seurattavien laatuindikaattoreiden (aliravitsemus, kaatuminen, osallisuus, mieliala, kipu) avulla. Hoito- ja palvelusuunnitelma pohjautuu RAI:sta saatuun arviointitietoon voimavarakartoituksen tukena (THL 2021). Ideointi oli hyvin vapaata, mutta uusia menetelmiä oli henkilöstön vaikea kannustuksesta huolimatta keskustelussa tuottaa. RAI-arvioinnin tekeminen asukkaalle koetaan usein hyvin aikaa vieväksi ja laajaksi kokonaisuudeksi. RAI:n hyötyä, eikä merkitystä ymmärretä vielä oikealla tavalla. Ideointityöpajassa saatu tieto ja tulokset kirjattiin ja taltioitiin kirjaamistyöryhmän Teams-alustaan.

5.3 Aineiston analyysi Lean-menetelmällä

Korte ym. (2019, 8) mukaan Lean-toimintamalli on osa kulttuurin muutosta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Se näkyy organisaation johtamiskulttuurissa ja tehokkuudessa sekä sidonnaisuutena toimintamalleihin ja henkilöstön sitouttamissa kehittämishankkeisiin. Leanin kannalta päivittäinen johtaminen tapahtuu siellä missä toimintakin tapahtuu ja asiakkaan kokema arvo syntyy. Lean-prosessin avulla ei tavoitella nopeutta, mutta virtausnopeuden tehokkuus edellyttää sujuvuutta ja ennakoitua. Tällöin potilaan yksilölliset tarpeet tulevat huomioiduksi. Lean-johtamismallin jatkuvan parantamisen prosessilla tarkoitetaan, että prosesseja parannetaan päivittäin. Ongelmat halutaan löytää ja tehdä ne näkyväksi. Ainoastaan ongelma, joka on tunnistettu, voidaan ratkaista. Muutoksen aikaansaamiseksi käytetään parantamisen prosessia, jolla savutetaan systemaattinen jatkuva kehittyminen. Parantamisen prosessin neljä vaihetta ovat haasteen ymmärtäminen, nykytilan selvittäminen,

seuraavan tavoitteen saavuttaminen ja tavoitettiin pyrkiminen kokeellisin menetelmin (Torkkola 2016, 113–114; Korte ym. 2019, 66). Lean-toimintamallissa tavoitellaan toiminnan jatkuvaa sujuvuutta ja kehittämistä. Toimintaa ei voida kehittää, jos ei tiedetä lähtöta-
soa. Nykytilan tutkiminen auttaa rajaamaan, tarkentamaan ja visualisoimaan ongelmat ja löytämään juurisyyt (Korte ym. 2019, 15, 20.) Haasteen asettaminen kuvaa organisaation uutta toimintamallia, se on strategian mukainen ja siihen otetaan mukaan asiakkaan näkökulma. Tyypillistä on, että Lean-johdetuissa organisaatioissa strategiset tavoitteet on asetettu niin korkealle, ettei niiden saavuttamiseksi ole muuta keinoa kuin muuttaa tekemisen tapaa. Lähtötilan selvittämiseen voi aikaa kulua kauankin ja tavoitteena on ymmärtää lähtötilanne, ennen kuin mitään voi muuttaa. Lähtötilanteen hahmottamista varten rakennetaan lähtötasomittari. Alkumittaus tarvitaan, jotta myöhemmin voidaan todentaa, onko tehdyillä toimenpiteillä ollut vaikutusta. Tavoitteen saavuttamiseksi tulee asettaa useita välitavoitteita ja lopullisen tavoitteen saavuttamiseksi kuljetaan useiden tavoitetilojen kautta. Tavoittila on kuvaus siitä, miten prosessin pitäisi toimia saavuttaakseen tavoitteen ja tavoitteessa eli lopputuloksessa merkitään muun muassa prosessin läpimenoaika, kustannukset, laatu ja tuottavuus. Ennen kuin tavoitteet ohjaavat toimintaa sekä jatkuvaa kehittämistä koko organisaation tasolla jokaisen työntekijän tulee tietää, mitkä tavoitteet ovat ja mikä kunkin rooli tiimissä on, jotta tavoite saavutetaan. (Torkkola 2016, 115–119; Heinänen & Jokiniemi 2020, 1226.) Tavoitteen saavuttamiseksi toimintamalli vakioidaan. Vakiointi on standardien luomista ja siinä määritellään, mitä asiakkaalle tehdään hoidon alusta loppuun. Vakioitu työohje ei kuitenkaan ole vakioitu koko prosessin kuvaus, vaan osa sitä. Vakiointi koetaan myös mahdollisuutena parantaa prosesseja ja vakioitua mallia tuleekin tarkastella kriittisesti. Vakioitu työ helpottaa myös uusien työntekijöiden perehdyttämistä. Kuten edellä todettiin, työn ongelmien yleisin syy on se, että niitä ei ole vakioitu ja toimintatapojen kehittäminen edellyttää työn vakiointia. Kun saavutetaan tila, että jokainen tekee työn yhdenmukaisesti, voidaan selvittää miten se vaikuttaa työn laatuun, tuottavuuteen ja turvallisuuteen ja jatkaa työn kehittämistä jatkuvana prosessina. Toimintamallin vakioimisen etuina pidetään yleisesti työn turvallisuuden ja hoidon laadun parantumista, työtapojen ja hoidon kehittämisen tehostumista sekä työtyytyväisyys parantuu (Korte ym. 2019.) Kuvassa 2. Lean-toimintamallin kuvaus sosiaali- ja terveydenhuollossa.



Kuva 2. LEAN-toimintamalli sosiaali- ja terveydenhuollossa (Korte, ym. 2019.)

Prosessikuvauksessa ihmisten ratkaisutaitojen kehittäminen ja selvittäminen voidaan tehdä A3-menetelmää käyttäen (Barnas & Addams 2017, 75, 189). A3-menetelmä on saanut nimensä siitä, että ongelman kokonaiskuvan hahmottamiseen sekä ratkaisemiseen käytetään A3-kokoista paperiarkkia. A3-työkalun avulla paperille koostetaan vakioidussa järjestyksessä mikä on nykytila, millainen on tavoitetila, mitkä ovat esteet eli juurisyyt ja minkälaisilla mittareilla arvioidaan, onko tavoitteisiin päästy. (Torkkola 2015, 31–33.)

Käytimme aineiston käsittelyyn, analysointiin sekä uuden prosessin luomiseen Lean-ajatteluun pohjautuvaa menetelmää. Hyödynsimme työssämme Leanin tapaan ongelman mallintamista A3-menetelmän sekä kalanruotoanalyysin keinoin. Tämän jälkeen pilotoimme vakioiden ideaaliprosessin mukaisesti yhtenäisen ja tasalaatuisen hoitoneuvotteluprosessiin osaksi asukkaan hyvää hoitoa sekä osaksi työyhteisöjen päivittäisjohtamista.

Kirjaamistyöryhmien ideointityöpajoissa kerättyjen eri toimintayksiköiden hoitoneuvotteluaineistojen ja keskustelumuistioiden pohjalta kehittämishankkeen toteuttajat kokosivat Lean A3-menetelmä lomakkeeseen keskeiset teemat ongelmista, nykytilasta, juurisyyistä sekä tavoitteista. Keskeisiksi ongelmiksi A3-analyysissä nousi se, ettei ympärivuorokautisissa palveluissa ole yhtenäistä vakiointua hoitoneuvotteluprosessia sekä siihen liittyvää ohjeistusta. (LIITE 1)

A3-lomakkeelle kirjattiin kirjaamistyöryhmien ideointityöpajoissa nousseiden keskustelujen pohjalta ongelmaksi, ettei asukkaiden ja omaisten osallisuus toteudu hoitoneuvotteluprosessissa ja eri potilastietojärjestelmät ovat hankaloittaneet yhtenäisten käytänteiden luontia. Yhdeksi ongelmaksi nousi RAI-arviointimittarin jalkautuminen ympärivuorokautisten

palveluiden alueen yksiköihin eri aikaan, jolloin esimerkiksi RAI-arviointimittarin käyttö osana hoitoneuvotteluprosessia ei ole vakiintunut.

Nykytila-analyyssissä keskeisiksi teemoiksi nousi kirjaamistyöryhmien ideointityöpajoissa, että eri toimintayksiköissä oli erilaiset hoitoneuvottelussa käytettävät hoitoneuvottelulomakkeet sekä se ettei asukkaan tai omaisen osallisuutta hoitoneuvottelussa huomioitu riittäväällä painotuksella. RAI-arviointimittarin vähäinen käyttö hoitoneuvotteluissa nousi myös nykytila-analyyssissä yhdeksi teemaksi. RAI:n vähäinen käyttö selittyi osallistujien mukaan sillä, että RAI-arviointimittari oli otettu käyttöön osassa Keusoten kuntia vasta tammikuussa 2021.

Tavoitteeksi A3-ongelmanratkaisutyökalussa tilaajan toimeksiannon mukaisesti kirjassimme hoitoneuvottelukäytänteisen vakioiden niin, että Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden alueella hoitoneuvotteluprosessi on yhtenäinen ja laadukas, jossa on huomioitu asukkaiden sekä omaisten osallisuus. Tämä tukisi Keusoten yhtä strategista tavoitetta ”*Sosiaali- ja terveydenhuollon paras asukaskokemus*”. Lisäksi yhtenä keskeisenä painospisteenä on edellä mainittuun strategiseen tavoitteeseen liitetty tavoite ”*Jokainen on tärkeä*”. Tähän teemaan on sisällytetty asukkaan osallisuuden lisääminen itseään koskevassa päätöksenteossa. Tärkeää on, että asukkaat tulevat kuulluksi ja heidän tarpeensa nähdäiksi, unohtamatta omaisen osallisuutta.

Keskeistä tavoitteiden asettamisen lisäksi oli laatia seurantamittarit, joiden avulla arvioidaan, onko tavoitteet saavutettu. Tavoiteajaksi kaikkien tavoitteiden kohdalla asetettiin vuoden 2022 loppuun mennessä. Seurantamittarit löytyvät esimiesten Teams-alustalta johon tiedot päivitetään reaaliaikaisesti. Seurantamittareiksi asetettiin:

Vakioitu hoitoneuvotteluprosessi käytössä Kyllä/Ei (K/E)

Asukkaan osallistuminen hoitoneuvotteluun K/E

Omaisen osallistuminen hoitoneuvotteluun K/E

RAI-arviointi osana hoitoneuvottelua K/E

Hoitohenkilöstön RAI-koulutukset toteutuneet 100 %

5.4 Juurisyyanalyysi

Käytimme kehittämishankkeessamme A3-mentelmän tukena kirjaamistyöryhmän ideointityöpajoissa kerätyn aineiston analysoinnissa kalanruotokaaviota, jota voidaan kutsua myös Ishikawa-diagrammiksi tai juurianalyysiksi. Sillä voidaan visualisoida haluttu lopputulos. Perusajatuksena kalanruotokaaviossa on, että ennen kuin ongelma voidaan ratkaista,

ongelman syyt täytyy selvittää ja kalanruotokaavio harjoituksella pyritään tunnistamaan juurisyitä. Kalanruotokaaviossa ongelma, johon haetaan ratkaisua, kirjataan aina kuvion oikealle puolelle. Kalanruodon haaroihin kirjataan ne syyt, jotka liittyvät kyseiseen ongelmaan. Usein haarat luokitellaan menetelmiin, työntekijöihin, materiaaleihin sekä laitteisiin, mutta mahdollista on käyttää muunkinlaista luokittelua. Juurisyiden tunnistamisessa on tärkeää, että ongelmat ratkaistaan siten, etteivät ne toistu (kts. Karjalainen & Karjalainen 2002, 131; Korte ym. 2019, 32–33.)

Teimme koottujen aineistojen pohjalta kalanruotoanalyysin (LIITE 2). Keskeinen ongelma oli, ettei hoitoneuvotteluprosessi ole yhtenäinen Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden toimintayksiköissä. Kokosimme kalanruotokaavioon keskeiset syyt, joita kirjaamistyöpajoissa nousi esille. Luokittelimme pääkohdiksi henkilöstöstä, omaisista, organisaatiosta sekä asukkaista johtuvat syyt. Esille tulleita syitä miksei hoitoneuvotteluprosessi ole henkilöstöstä johtuvista syistä yhtenäinen olivat, että asenne ja tietämys hoitoneuvotteluprosessin tärkeydestä sekä sisällöstä oli henkilöstön näkemyksen mukaan epäselvää. Esille nousi myös rutinoituminen vanhoihin totuttuihin tapoihin. Hoitoneuvottelun tärkeyttä on alettu vasta viime vuosina korostaa. Lisäksi osallistujien näkemyksenä nousi kirjaamistyöryhmien ideointityöpajoissa se, että kuntayhtymän sisällä olevat erilaiset potilastietojärjestelmät ovat hankaloittaneet esimerkiksi yhtenäisen hoitoneuvottelulomakkeen luontia sekä kirjaamisessa oli puutteita ja haasteita.

Asukkaaseen liittyviä syitä hoitoneuvotteluprosessin toteutumattomuuteen liittyen olivat:

- Asukasta ei tiedoteta hoitoneuvottelun järjestämisestä tai sisällöstä
- Asukkaan elämänhistorian huomioiminen jää tekemättä
- Asukas ei ole osallinen RAI-arvioinnin teossa niiltä osin, kun yksikössä se on käytössä
- Asukas ei tule kuulluksi.

Kolmantena luokituksena käytimme kalanruotokaaviossa omaiseen liittyviä syitä. Tähän nousi vahvasti näkökulma, että omaisia ei ole vielä otettu kiinteästi osaksi hoitoneuvotteluprosessiin osallisena eikä asukkaan elämänhistoriankartoittamisessa. Omaisen osallisuus jää näin ollen vähäiseksi ja hän ei tule kuulluksi.

Kalanruodossa yhtenä luokituksena oli organisaatiosta johtuvat syyt. Näkemyksenä tässä kohdin oli, että Keusote on vielä suhteellisen vähän aikaa toiminut kuntayhtymä, jossa hoitoneuvotteluprosessia ei ole vakioitu yhtenäiseksi. Toiseksi syyksi nousi, että strategiaa ei ole vielä saatu jalkautettua mikä näkyy siinä, ettei asukkaan ja asiakkaan osallisuus toteudu esimerkiksi hoitoneuvotteluprosessissa. Organisaatioon liittyviin syihin nostettiin myös RAI-

koulutuksen vaillinaisuus. RAI:n sitouttaminen osaksi hoitoneuvotteluprosessia on mahdollista vasta kun henkilöstö on koulutettu kaikissa toimintayksiköissä.

Juurisyytä analysoitaessa oli tärkeää arvioida mitkä tekijät, asiat tai asenteet estävät tavoitteen saavuttamista ja ovatko ne ratkaistavissa. Kehittämishankkeen toteuttajien toimesta löydettiin seuraavat neljä juurisyytä siihen, ettei hoitoneuvotteluprosessi ole yhtenäinen, tasaalaatuinen ja asukasta sekä omaista osallistava. Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden toimintayksiköissä. Kuviossa 3. on esitetty juurisytyt, jotka kalanruotoanalyysissä nousivat esiin.

Juurisyty 1. asukkaan osallisuus ei toteudu hoitoneuvotteluprosessissa

Juurisyty 2: henkilöstölle epäselvää miten tietoa ja järjestelmiä hyödynnetään hoitoneuvotteluprosessissa

Juurisyty 3: omaisen arvoa hoitoneuvotteluprosessissa ei tunnusteta/tunnusteta

Juurisyty 4: organisaatiolla ei vakioitua selkeää toiminta-ohjetta.

Kuvio 3. Juurisytyt

Juurisytyissä nousi esiin selkeästi, että vakioituneen mallin puuttuminen hoitoneuvotteluprosessin osalta sekä siihen liittyvän lomakkeen sekä ohjeistuksen puuttuminen oli keskeinen asia. Lisäksi henkilöstön koulutus RAI-mittarin käytöstä sekä sen liittymisestä keskeisenä osana hoitoneuvotteluun nousi vahvasti esiin. Tietämys hoitoneuvottelun tärkeydestä sekä lainvelvoitteesta niiden järjestämisen osalta ei ollut selvää kaikille osallistujille. Se, ettei asukas tai omainen osallistunut hoitoneuvotteluprosessiin missään kohdissa nousi juurisytyissä yhdeksi tekijäksi. Omaisen osallisuus kuitenkin nähtiin tärkeänä nimenomaan tilanteissa, joissa asukas ei itse ole kykenevä enää ilmaisemaan omaa tahtoa esimerkiksi muistisairauden vuoksi.

6 Kehittämishankkeen tulokset

6.1 Hoitoneuvotteluprosessi

Kehittämistyömme tavoitteena oli luoda yhtenäinen hoitoneuvottelukäytänteiden prosessi kaavio sekä ohjeistus Keusoten ympärivuorokautisiin palveluihin. Kehittämistyössämme etenimme ideointityöpajoista Lean-toimintamallin mukaisesti A3-ongelmaratkaisun kautta juurisyyanalyysiin, jonka pohjalta teimme vakioidun ideaaliprosessin hoitoneuvotteluun. Vakioidulla työllä tarkoitetaan työohjeita tai kirjallista asiakirjaa, jossa on lueteltu työn vaiheet ja toiminnot. Laadimme tulosten pohjalta hoitoneuvottelun ideaalinprosessin eli tavoitetilan kaavion, joka toimii ohjeena toiminnan vakioimiseksi (Liite 3).

Pidämme tärkeänä tutkimuksista esille nousseen asukkaan äänen huomioon ottamisen ja kuulluksi tulemisen oman elämänsä suunnittelussa (kts. kohta 3.2). Saadaksemme hoitoneuvottelusta tasalaatuisia ja asukkaan tarpeet, tavoitteet ja toiveet sekä mahdolliset omaisen toiveet huomioiduksi, on tärkeää haastatella sekä asukasta että omaista sekä osallistaa heidät hoitoneuvotteluun. Asukkaalta tulee kysyä lupa omaisen/läheisen hoitoneuvotteluun osallistumiseen. Omaisat, jotka osallistuvat hoitoneuvotteluun, ovat tutkimuksen mukaan tyytyväisempiä yhteistyöhön verrattuna omaisiin, jotka eivät osallistu hoitoneuvotteluun. Keskustelussa kerrotaan etukäteen, mistä hoitoneuvottelussa on kyse ja mistä siinä keskustellaan. Asukkaalle ja omaiselle on Keusotessa luotu RAI-arvioinnista tiedote ja omaisten lomake, jossa käy ilmi mikä on RAI-arviointimenetelmä ja mihin siitä saatuja tietoja tallioidaan (tietosuoja) sekä omaisille suunnattu lomake, jossa kysytään omaisten antamia aiempia apuja asukkaan elämässä. RAI-arviointimittarin hyödyntäminen asukkaan toimintakyvyn arvioinnissa sekä siitä saatuihin tuloksiin perustuvassa hoidon-, palvelutarpeen ja mahdollisen kuntoutuksen suunnittelussa, luo kaikille Keusoten ikääntyneille tasa-arvoisen ja tasalaatuisen kohtelun mahdollisuuden. Hoitohenkilökunnan on hyvä myös sisäistää, miksi RAI-arviointitieto on tärkeää ja miksi sitä tulee hyödyntää tavoitteellisesti (Kuvio 3).

Hoitoneuvottelusta ja RAI-arvioinnista saadun tiedon pohjalta luodaan ja täydennetään asukkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma potilastietojärjestelmään. Suunnitelman luomisessa tulee huomioida voimavaralähtöisyys ja kirjaamisessa rakenteinen kirjaamisen malli. RAI-arviointimittareista saaduilla tuloksilla voidaan vaikuttaa hoidon laatuun asukaskohtaisesti sekä organisaation tasolla ja tätä kautta vaikuttaa asukkaan hyvän hoidon suunnitteluun hoitoneuvottelujen tuella. Hoidon laatua tulee seurata järjestelmällisesti, luotettavia menetelmiä hyödyntäen. Hoitotyön laatua on seurata myös asiakkaiden toimintakykyä, turvallisuutta ja hyvinvointia luotettavilla sekä vertailukelpoisilla mittareilla. Oikean hoidon toteutumisen ja seurannan kannalta sekä toiveiden ja tarpeiden muuttuessa, tulee RAI-arvioinnit

tehdä THL:n ohjeiden mukaan viimeistään puolivuositain, sekä toteuttaa tehtyjen toimenpiteiden seuranta ja toteutumista säännöllisesti. Kaikki tämä edellyttää kuitenkin asukkaan toimintakyvyn järjestelmällistä kartoitusta, jonka toteutuksessa RAI-arviointivälineistö on Keusoten ikääntyneiden palveluissa käytössä. RAI-arviointimittarit ja siitä saadut tulokset toimivat apuna hoidon toteutumisen seurannassa ja suunnitelmallisuudessa. Keusoten yhtenäisen RAI –prosessikuvauksen mukaan RAI-arvioiteja tekevät hoitajat koulutetaan arvioinnin tekoon ja tulosten tulkintaan Keusoten RAI –asiantuntijoiden luoman ohjeistuksen perusteella.

Rakenteinen kirjaaminen sekä siihen liittyvät haasteet ja ohjeistuksen puute nousivat esiin myös kirjaamisen työpajassa (13.10.2021) sekä juurisyissä (kts. Kuvio 3.). Pidimme tärkeänä korostaa kirjaamisen merkitystä ja laatua niin hoitoneuvotteluiden kuin hoitosuunnitelmankin kirjaamisen suhteen. FinCC rakenteisen mallin ohjeistuksen tarkoituksena on ohjata hoitohenkilökunta kirjaamaan asiakkaan potilastietoihin prosessimallin mukaisesti hoitotyön tietoja. Näin kirjaamisen tasalaatuisuus varmistetaan ja se on yhdenmukaista ja vertailukelpoista hoitoyksiköstä huolimatta. Rakenteisesti kirjattu hoitotyön tieto on merkityksellistä erityisesti päivittäisessä kirjaamisessa, tällöin tietoja saadaan hyödynnettyä moniammatillisesti. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa myös raporttien ja tilastojen keräämisen (THL 2020). Tällöin voidaan todeta, että RAI-arviointitiedot voidaan hyödyntää kirjaamisessa rakenteisen ohjeistuksen mukaisesti sähköiseen potilastietojärjestelmään.

6.2 Hoitoneuvotteluprosessin ohjeistus

Kehittämishankkeen tuloksena laadimme ideaaliprosessin prosessikaavioon ohjeistuksen (Liite 3). Hoitoneuvotteluprosessi alkaa asukkaan tullessa yksikköön. Hoitoneuvottelu tulee järjestää kolmen viikon sisällä asukkaan saapumisesta. Hoitoneuvottelusta tulee informoida asukasta sekä omaista. Asukkaan suostumus omaisen tai muun läheisen läsnäoloon hoitoneuvottelussa on kirjattava potilastietojärjestelmään. Hoitoneuvotteluun tulee asukkaan ja omaisen lisäksi kutsua omahoitaja sekä tarpeen mukaan myös esim. lääkäri tai fysioterapeutti. Varsinkin lääketieteellistä hoitoa koskevissa asioissa ja palveluntarvetta mietittäessä, tulee lääkärin kanta olla etukäteen kirjattuna potilastietojärjestelmään hoidon toteutumiseen tai toteuttamiseen, jos lääkäri itse ei pysty neuvotteluun osallistumaan. Ennen hoitoneuvottelua tulee asukasta sekä muita osallistujia informoida hoitoneuvottelun kestosta, sisällöstä ja antaa etukäteen täytettäväksi tarvittavat lomakkeet.

Hoitoneuvottelusta saadut yhteiset asukkaan hoitoa koskevat suunnitelmat ja sadut tiedot tulee kirjata potilastietojärjestelmään rakenteisesti FinCC-ohjeistusta noudattaen. Hoitotyön keskeiset rakenteiset tiedot muodostuvat asukkaan hoidon tarpeesta, hoitotyön toiminnoista, hoitoisuudesta, hoitotyön tuloksista ja hoitotyön yhteenvedosta. Rakenteisen

kirjaamisen tarkka ohjeistus *FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0* löytyy Keusoten kirjaamistyöryhmän Teamsista sekä nettilinkistä ja on tulostettavissa työyhteisöihin ohjekirjaksi. Keusoten kirjaamistyöryhmässä pohditaan kirjaamiseen liittyviä asioita ja jaetaan tieto työyhteisöihin.

Hoitoneuvotteluprossin ohjeistuksen ydinkohdat (kts. Liite 3.)

1. Asukkaan tullessa yksikköön sovi ajankohta hoitoneuvottelulle. Varaa häiriötön tila hoitoneuvottelulle sekä riittävästi aikaa. Hoitoneuvottelu tulisi järjestää kolmen viikon sisällä asukkaan saapumisesta. Kysy asukkaalta keitä omaisia tai läheisiä henkilöitä hän haluaa kutsuttavaksi hoitoneuvotteluun. Kirjaa asukkaan suostumus/kieltäytyminen omaisen tai läheisen osallistumisesta potilastietojärjestelmään. Hoitoneuvottelussa on tarkoitus keskustella hoitoon liittyvistä tärkeistä asioista, tavoitteista, toiveista ja huolista. Hoitoneuvottelussa on tärkeää myös sopia, kuka toimii yhteyshenkilönä asukkaan asioissa.
2. Informoi asukasta ja mahdollisesti omaista RAI-arvioinnista ja anna asukkaalle "RAI-tiedote asiakkaalle" ja omaiselle "RAI-omaiskysely". Asukkaan elämänhistorian lomakkeen täyttävät asukas ja omainen mahdollisuuksien mukaan yhdessä. On tärkeää antaa lomakkeet täytettäväksi ennen RAI-arviointia ja hoitoneuvottelua, jotta niistä saatava tärkeä tieto tulee osaksi keskustelua hoitoneuvottelussa ja kirjattua asukkaan tietoihin.
3. Tee RAI-arviointi asukkaasta haastatellen. RAI-arvioinnissa saat kattavasti tietoa asukkaan omien tavoitteiden ja toiveiden lisäksi asukkaan ammatista, koulutuksesta, päivittäisistä tottumuksista ja tavoista, kognitiosta, kommunikaatiosta, psyykkisestä ja fyysistä toimintakyvystä, liikkumisesta, pidätyskyvystä, terveydentilasta, lääkehoidosta ja ravitsemuksesta. Arviointilomakkeessa kysytään myös asukkaan sosiaaliset suhteet, harrasteet ja aktiivisuus sekä se, että haluaako asukas muutosta näiden asioiden suhteen. Tärkeää arvioinnissa on huomioida asukkaan voimavara-lähtöisyys ja omat toiveet ja tavoitteet. Arvioinnin apuna voit käyttää kuvallista voimavarakarttaa, jonka avulla on asukkaan helpompi hahmottaa kysyttävät kysymykset. Tarvittaessa konsultoi lääkäriä tuloksista, muista moniammatillisuus ja huomioi tarvittaessa fysioterapeutin mahdollisuus osallistua neuvotteluun.
4. Hoitoneuvottelussa kerro RAI-arvioinnin tulokset keskustellen voimavara-lähtöisesti. Asukkaalle annetaan kuvallinen selkeä RAI-arvioinnista tulostettava "henkilön tila raportti", jossa selitetty RAI-arvioinnin perusteella asukkaan toimintakykyä. Tämän voit jättää asiakkaalle itselleen. Huomioi asukkaan omat toiveet ja tavoitteet sekä omaisen mielipiteet mitä neuvottelussa ilmenee ja kirjaa muistiin.

Hoitoneuvottelussa on hyvä keskustella myös mahdollisista hoitoa koskevista dokumenteista (hoitotahto) ja hoidon linjauksia asukkaan itsensä sekä omaisen sanoittamana. Varsinaisista hoidon linjauksista ja rajoittamisluvista tekee päätöksen lääkäri, keskustellen asukkaan ja omaisen kanssa.

5. Hoitoneuvottelussa tehdyt sopimukset, suunnitelmat ja seuranta kirjataan asukkaan hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan rakenteisen kirjaamismallin mukaan. Potilastietojärjestelmään tulee kirjata hoitoneuvotteluun osallistujat ja keskustelun pääsisältö. Hyvä ja huolellinen kirjaaminen on asukkaan ja hoitajan edun mukaista. Päivitä suunnitelmaa säännöllisesti aina asukkaan voinnin muuttuessa ja tee uudet RAI-arvioit vähintään puolivuositain. Hoitoneuvottelu pidetään kerran vuodessa ja hoitotyön väliarvio tulee päivittää kolmen kuukauden välein potilastietojärjestelmään. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä hoitoneuvotteluun osallistujat, keskustelun sisältö, potilaan ja omaisten esiin tuomat asiat.

7 Kehittämishankkeen yhteenveto

7.1 Tulosten pohdinta

Kehittämishankkeemme tavoitteena oli yhtenäistää Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden toimintayksiköihin yhtenäinen hoitoneuvotteluprosessi sekä työstää yhtenäinen kaavio sekä ohjeistus. Hoitoneuvotteluprosessissa oli tavoitteena huomioida asukkaan ja omaisen osallisuuden toteutuminen, mikä tukee osaltaan Keusoten strategisen tavoitteen ”*Sosiaali- ja terveydenhuollon paras asiakaskokemus*” toteutumista. (Keusote yhtymästrategia 2020–2025). Tähän tavoitteeseen sisältyy myös RAI-arvioinnin kytkeminen osaksi hoitoneuvotteluprosessia ja tätä kautta vahvistaa asukkaan osallisuutta sekä vahvistaa oikeanlaisen sekä luotettavan tiedon dokumentoinnin asukkaan toimintakyvystä sekä osallisuudesta. Huomioitavaa on myös työntekijöiden rooli työn toteuttamisessa ja kehittämisessä. Työntekijöillä itsellään on paras asiantuntemus työstään mitä tekevät ja osaavat itse kehittää tekemäänsä työtään parhaiten. Kaikkien osaamista tarvitaan organisaation kehittämiseen. Yksiköissä tuleekin pohtia, kuinka otetaan huomioon myös työntekijöiden käyttämättä jäänyt luovuus ja osaaminen. (Korte ym. 2019, 29,31.)

Tulosten (Liite 2) pohjalta voidaan todeta asukkaiden sekä omaisten osallisuuden hoitoneuvottelussa sekä siinä laadittavan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa olevan vielä vähäinen. Hoitoneuvottelu tulisi järjestää kolmen viikon sisällä asukkaan saapumisesta ja tästä tulisi informoida sekä asukasta että omaista tai läheistä. Kirjaamistyöryhmien ideointityöpajojen tapaamisten pohjalta kootuissa aineistoissa nykyisellään hoitoneuvottelu ei aina toteudu annetussa aikaikkunassa eikä esimerkiksi omainen ole aina tietoinen hoitoneuvottelun ajankohdasta. Kun pyritään siihen, että asukkaan ja omaisen osallisuus toteutuu, on muun muassa keskeistä, että asukas ja omainen tai läheinen tietää etukäteen hoitoneuvottelun ajankohdan sekä sen sisällöstä heillä olisi mahdollisuus aidosti osallistua päätöksentekoon (kts Griffith ym. 2004, 577–581; Lehto ym. 2019.) Hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat olleet pitkään käytössä ympärivuorokautisissa palveluissa, mutta niiden hyödyntäminen arkityössä on tulosten perusteella vielä vähäistä ja niiden käyttöönotto niin että näkökulma on asukaslähtöinen, vaatii vielä paljon työtä sekä sitoutumista sekä esihenkilöiltä että hoitohenkilöstöltä. On huomioitavaa, että suuri osa ympärivuorokautisissa yksiköissä asuvista ikäihmisistä asuu yksikössä elämän loppuvaiheeseen asti ja hoitoneuvottelussa tulisi keskustella sekä kirjata myös elämän loppuvaiheen hoitolinjauksiset, toiveet yhteistyössä asukkaan sekä omaisen kanssa. Tuloksissa (Liite 2) ilmeni, että asukkaan elämänhistoriaa ei hyödynnetä niin, että sitä kartoitettaisiin asukkaalta tai omaiselta ja kuitenkin Räsänen (2011,171) toteaa että aiemman elämänhistorian dokumentointi tulisi olla keskeistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa rakennettaessa.

Hoitoneuvotteluprosessissa sekä ikäihmisen, että omaisen osallisuus tulisi olla keskeistä, kun pyritään strategiseen tavoitteeseen ”*Sosiaali- ja terveydenhuollon paras asiakaskokemus*” (Keusote 2020–2025). Tuloksissa, jotka koottiin kirjaamistyöryhmän ideointityöpajoissa, nousi esiin, että hoitohenkilöstö ei nykyisellään vielä hyödynnä, tiedosta ja ymmärrä omaisen tärkeää osuutta hoitoneuvottelussa sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa. Kuitenkin tutkimuksissa (kts Lehtonen 2005, 75–76; Karhula 2015,30; Id 2015,57) on vahvasti noussut esiin, että omaisen tai muun läheisen osallistuminen hoitoneuvotteluun ja hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan on omaisille osallisuuden kokemuksen saavuttamiseksi keskeistä sekä lisää ikäihmisen hyvinvointia sekä kuulluksi tulemisen kokemusta. Voi olla myös tilanne, jossa ikäihminen ei itse pysty enää ilmaisemaan omaa tahtoaan ja tällöin omaisen tai muun läheisen osallisuus hoitoneuvotteluprosessissa ikäihmisen puolesta puhujana korostuu. Tällöin on hoitoneuvottelua ennen tärkeää huomioida, että asukkaan lupa on kysytty läheisen tai omaisen osallistumiseen (kts Id 2015.) Keusoten ympärivuorokautisissa palveluissa asuu paljon muistisairaita ikäihmisiä ja heidän itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen sekä osallisuuden lisääminen hoitoneuvottelussa on keskeistä, jotta yksi Keusoten tärkeistä strategisista tavoitteista toteutuu. Ympärivuorokautisissa palveluissa tulee jatkossa ottaa omaisen ikäihmisen lisäksi aktiivisemmin mukaan hoitoneuvotteluprosessiin alkaen hoidon suunnittelusta ja ollen mukana myös hoidon arvioinnissa sekä RAI-arvioinnin laadinnassa.

Kehittämishankkeen kirjaamistyöryhmän ideointityöpajoissa nousi esiin, että ikäihmisen itsemääräämisoikeus ei toteudu riittävällä tasolla. Kun puhutaan itsemääräämisoikeudesta ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä niin keskeisimpänä itsemääräämisoikeutta tukevana työvälineenä voidaan nähdä olevan hoito- ja palvelusuunnitelman. Sen avulla voidaan edistää asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista huomioimalla asukkaan jokapäiväisen elämään liittyvien toiveiden, hoidon ja mielipiteiden huomioimista. Hoitoneuvottelu sekä siihen liitettävä hoito- ja palvelusuunnitelma on tärkeää saada vakioiduksi prosessiksi, jotta täytämme ympärivuorokautisissa palveluissa myös vanhuspalvelulain asettamat vaatimukset. Lisäksi on tarpeen tarkastella, onko henkilöstöllä riittävästi tietoa itsemääräämisoikeuteen ja sen edistämiseen liittyen vai pitäisikö tähän saada koulutusta. (kts. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 7 §; Aaltonen ym. 2021, 4, 11.) Asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta olisi keskeistä, että hänet otettaisiin osaksi hoitoneuvottelua sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Tätä näkökulmaa tukee Järnströmin (2011) tutkimus, jossa hän nosti esiin, että kun ikäihminen saa olla itse osana päätöksentekoa se lisää hänen omaa kokemustaan itsemääräämisoikeuden sekä osallisuuden toteutumisesta.

Kalanruotoanalyysissä (Liite 2), ilmeni että RAI-arviointimittarin käyttö on kuuden eri kunnan alueella aloitettu hyvin eri aikoihin, mistä johtuen olemme siinä tilanteessa, että koko ympärivuorokautisten palveluiden alueella koko henkilöstöä ei ole vielä koulutettu RAI:n käyttöön. Tämä on myös osaltaan aiheuttanut tilanteen, ettei RAI-arviointi ole osana hoitoneuvottelua. Toisaalta ilmeni myös, että vasta vuonna 2021 RAI:n merkitystä osana hoitoneuvottelua on alettu ympärivuorokautisissa palveluissa nostaa keskeiseksi hoitoneuvotteluun kuuluvaksi osaksi.

RAI-arviointiprosessin käyttämiseen velvoittaa laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). Kuntien on aloitettava RAI-välineistön käyttö viimeistään siirtymäajan päättyessä 1.4.2023 (THL 2022.) Keusoten kunnat ovat ottaneet käyttöön RAI arviointimenetelmän jo 1.1 2020 alkaen. RAI:sta saatu tieto on tärkeää hyödyntää asukkaan elämän suunnittelussa ja näin siitä saatu tieto tuodaan sekä hoitoneuvotteluun, että kirjataan voimavaralähtöisesti ja rakenteisen kirjaamisen malli huomioiden hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Tärkeää on, että ajantasainen RAI-tieto on saatavilla eli RAI-arvioinnit ovat tehty asukkaalle ja ne ovat ajan tasalla. RAI velvoittaa arvioimaan asukkaan voinnin aina vähintään puolivuositain tai voinnin oleellisesti muuttuessa, jolloin tietojen oikea-aikaisuus ja voinnin seuranta saadaan toteutettua ja on jatkuvaa huolimatta siitä, että RAI koettiin aikaa vieväksi ja laajaksi toteuttaa.

Tulosten perusteella ilmeni, ettei Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden toimintayksiköissä kuuden kunnan alueella ole vielä kuntayhtymän toiminnan aikana luotu vakioitua hoitoneuvotteluprosessia eikä ohjeistusta rakenteesta. Kirjaamistyöryhmän ensimmäisessä ideointityöpajassa hoitoneuvottelukaavakkeiden kokoamisen yhteydessä tämä tuli konkreettisesti todennettua. Erilaiset hoitoneuvottelukaavakkeet, erilaiset tavat toteuttaa hoitoneuvotteluprosessia eivät tuo yhtenäistä, tasalaatuista, asukaslähtöistä lopputulosta ympärivuorokautisten palveluiden piirissä oleville asukkaille. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (2009, 289, 7 §) on todettu, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulisi kirjata potilaan hyvän hoidon toteuttamisen, järjestämisen ja seurannan kannalta tarpeelliset sekä riittävän laajat tiedot. Lisäksi hoitoneuvotteluissa sovitut asiat tulee kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoitoneuvotteluprosessin vakioinnilla ja sen jalkauttamisella hoitotyön päivittäiseksi osaksi pystymme ympärivuorokautisissa palveluissa vastaamaan edellä mainittuun lain vaateeseen.

Luomalla Keusoten oman toimintamallin pääsemme tavoitteeseemme luoda yhtenäinen malli Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden alueelle. Tämä toimintamalli on myös hyödynnettävissä koko Keusoten ikääntyneiden palvelualueella. Riippumatta yksiköstä hoitoneuvotteluprosessin tulee edetä tasalaatuisesti ja täyttää vanhuspalvelulain asettamat

vaatimukset. Yhtenäinen hoitoneuvotteluprosessi tukee asukkaan sekä omaisen osallisuutta, lisää ja vahvistaa hoidon ja hoivan laatua sekä tukee kuntayhtymän strategisen päämäärän saavuttamista oman tulosalueen kohdalla.

Keskeistä yhtenäisen vakioidun hoitoneuvotteluprosessin luomisen lisäksi on seurata, miten A3-lomakkeelle nostetut tavoitteet toteutuvat. Leanin ideologian mukaisesti tavoitteet on asetettu korkealle. Tavoitteet tulee käydä yksityiskohtaisesti sekä perustellen läpi kirjaamistyöryhmien jatkotapaamisissa ja kun valmista hoitoneuvotteluprosessia jalkautetaan käytännön työvälineeksi. Jokaisen työntekijän tulee tietää mitkä tavoitteet ovat hoitoneuvotteluprosessin osalta ja miten tavoitteiden saavuttaminen kytkeytyy strategiseen tavoitteeseen. Tätä kautta työntekijälle muodostuu kokemus mikä hänen roolinsa tavoitteiden saavuttamisessa on. (kts. Heinänen & Jokiniemi 2020, 1226.)

Keskeistä tavoitteiden asettamisen lisäksi oli laatia seurantamittarit, joiden avulla arvioidaan, onko tavoitteet saavutettu. Seurannan tulee olla systemaattista ja tähän tarkoitukseen luotiin helpot, nopeat seurantamittarit Teams-alustalle. Tavoiteajaksi asetettiin vuoden 2022 loppuun asti. Hoitoneuvotteluprosessiin liitetyt seurattavat asiat ovat (KYLLÄ/EI):

- Onko vakioitu hoitoneuvotteluprosessi käytössä K/E
- Asukkaan osallistuminen hoitoneuvotteluun K/E
- Omaisen osallistuminen hoitoneuvotteluun K/E
- Rai-arviointi osana hoitoneuvottelua K/E
- Hoitohenkilöstön Rai-koulutukset toteutuneet 100 % K/E

Tavoitteen saavuttamiseksi esihenkilöiden tulee seurata omien tiimiensä kanssa päivittäisjohtamisen osana edellä mainittujen asioiden toteutumista.

7.2 Kehittämishankkeen toteutuksen arviointi

Aiheen valinta ajoittui vuoteen 2019 jolloin tiedustelimme ympärivuorokautisten palveluiden päälliköltä mahdollista aihetta kehittämishankkeellemme. Tilaajan pyyntönä oli luoda yhtenäinen hoitoneuvotteluprosessi sekä siihen liittyvä ohjeistus ikäihmisten ympärivuorokautisiin toimintayksiköihin. Aikataulua jouduimme etenemisen osalta muuttamaan kehittämistyön edetessä oman työmme kiireellisyyden ja vallitsevan pandemiatilanteen vuoksi.

Aloitimme aiheen aineiston koonnin kirjaamistyöryhmien ideointityöpajoissa vuonna 2019. Kirjaamistyöryhmässä oli laajalti edustus kaikista Keusoten kuudesta eri kunnasta. Kirjaamistyöryhmän ideointityöpajoissa kokosimme kaiken keskeisen tiedon

hoitoneuvotteluprosessin senhetkisestä tilanteesta. Osallistujia ideointityöpajoihin oli runsaasti ja keskustelua aiheesta syntyi. Jokaisessa ideointityöpajoissa oli etukäteen aihe määriteltynä, joten tapaamiset olivat tavoitteellisia. Yhteinen näkemys hoitoneuvotteluprosessiin yhtenäistämisen tarpeesta syntyi kirjaamistyöryhmään osallistuneiden kesken. Ideointityöpaja työskentely oli menetelmänä onnistunut valinta tiedonkeräämiseen, keskustelun sekä tulevaisuudessa valmiin hoitoneuvotteluprosessin käytäntöön jalkauttamiseen. Aineisto koottiin yhteiseen Teams-ryhmään, johon jokaisella kirjaamistyöryhmän jäsenellä on vapaa pääsy. Yhteisen Teams-kanavan hyödyntäminen toi kirjaamistyöryhmän jäsenille mahdollisuuden palata uudelleen esiin nostettuihin asioihin. Kehittämistyömme tässä vaiheessa voisi todeta, että kirjaamistyöryhmän kokoontumisia olisi voinut järjestää vakioidusti kuukausittain, mutta tilanteeseen vaikutti osaltaan se, että kirjaamistyöryhmän vetäjänä toiminut esimies siirtyi muihin tehtäviin kehittämishankkeemme aikana, eikä hänelle ollut seuraajaa valittuna.

Kootun aineiston analyysi menetelmäksi valikoitui Leanin A3-menetelmä sekä kalanruotoanalyysi. Tähän ratkaisuun vaikutti suurelta osalta se, että Keusote on organisaationa sitoutunut vahvasti Leanin käyttöön niin päivittäisessä johtamisessa kuin kaikessa kehittämistyössäkin. Leanin A3-menetelmän avulla saimme koottua kerätystä aineistosta keskeiset asiat visuaaliseen muotoon, jossa yhdellä silmäyksellä nähtävissä ongelma, tavoite, nykytila sekä seuranta. Leanissa käytettävä kalanruotoanalyysi oli juurisyiden selvittelyssä prosessin sisällä olevien ongelmakohtien selvittelyssä hyvä menetelmä. Molemmilla kehittämishankkeen toteuttajista oli Leanin A3:n käytöstä sekä kalanruotoanalyysin käytöstä kokemusta sekä koulutuksen, että työn osalta. Vaikka kokemusta oli koimme tarpeelliseksi hakea ohjausta oman organisaation Lean-valmentajalta. A3-menetelmän ja kalanruotoanalyysin läpikäynti kirjaamistyöryhmän jäsenten kanssa olisi ollut niiden koostamisen jälkeen hyvä ratkaisu, mutta tämä vaihe tulee toteutukseen nyt jälkikäteen.

Kehittämishankkeen tehtävää lähestyimme konstruktivisen tutkimusotteen kautta. Tämä tutkimustapa oli perusteltua, koska kuten konstruktivisen tutkimustavan luonteeseen kuuluu kehittämisen päämäärä eli tässä tapauksessa hoitoneuvotteluprosessimalli sekä ohjeistus oli tiedossa. Lisäksi, kuten konstruktivisen tutkimuskohteen luonteeseen kuuluu lopputuloksena luotu ratkaisu ongelmaan, on sidottu kehittämishankkeen tietoperustassa. Tilaaja oli määritellyt tarpeen. Hoitoneuvotteluprosessin luominen oli ratkaisu todelliseen ongelmaan (kts Ojasalo 2009,38.)

Kehittämishankkeen heikkoudeksi voi nostaa sen, ettei asukkaita, omaisia tai läheisiä otettu mukaan kehittämiseen, eikä heille suunnattu kyselyä aiheesta. Jälkikäteen tarkasteltuna heidän näkökulmansa olisi antanut kattavan ja systemaattisen asukaslähtöisen

näkökulman. Kehittämishankkeeseen olisi ollut hyvä sisällyttää asukkaiden, omaisten ja läheisten näkemyksiä, joka olisi vahvistanut kirjaamistyöryhmien ideointityöpajoissa koottuja aineistoja.

Koska kehittämishankkeemme on Keusoten käyttöön tuleva työkalu, koko kehittämisen taustalla on koko työn etenemisen kohdalla ollut tärkeää pitää mielessä se, että taustalla on Keusoten arvot, strategia sekä muut ohjeistukset. Nostimme keskeisen strategisen näkökulman kehittämishankkeemme keskiöön ja tietoperusta on rakennettu sen ympärille. Näkemyksemme mukaan olemme läpi kehittämishankkeen pystyneet sitomaan tehdyt ratkaisut strategiseen päämäärään ja lopullinen hoitoneuvotteluprosessi kaavio sekä ohjeistus tukee asukkaan ja omaisen osallisuutta hoitoneuvotteluprosessissa.

7.3 Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus

Kehittämishankkeen eri vaiheissa on eettiset näkökulmat otettava huomioon sekä noudatettava hyvän tieteellisen ohjeistuksen käytänteitä. Keskeisinä hyvän tieteellisen käytännön käytänteitä ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Nämä koskevat tutkimustyötä ja sen lisäksi tulosten tallentamista, esittämistä sekä tutkimuksen ja tulosten arviointia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Työelämälähtöisen kehittämishankkeen toteuttamista koskettavat samat eettiset säännöt, jotka koskevat muutakin tieteellistä tekemistä sekä yritysmaailman toimintaa. Kehittämistyön katsotaan olevan inhimillistä toimintaa, jossa noudatetaan samoja eettisiä sääntöjä kuin normaalissa vuorovaikutuksessa ja kuten yhteiskunnassa yleensäkin. (Ojasalo ym. 2015, 48.)

Kehittämistyössä tavoitteet on asetettava huolellisesti ja kehittämistyö on tehtävä rehellisesti. Kaikissa kehittämistyön vaiheissa tulee noudattaa tarkkuutta sekä huolellisuutta. Tuloksien on oltava sellaisia, että niitä voidaan käytännössä hyödyntää. Koska kehittämishanke perustuu aina inhimilliseen toimintaan, voivat hankkeessa toimivien rajoitukset tai vajavuudet vaikuttaa hankkeen toteutukseen. (Ojasalo ym. 2014, 48.) Kehittämishankkeemme tavoite sovittiin yhteistyössä tilaajan kanssa. Kehittämishankkeemme tavoitteen mukainen tulos eli valmis hoitoneuvotteluprosessi sekä siihen liittyvä ohjeistus on hyödynnettävissä ympärivuorokautisissa palveluissa.

Kaikille kehittämishankkeeseen osallistujille, pitää kertoa, mitä ja millaista tietoa kehittämishankkeen aikana kerätään ja miten tietoa säilytetään, mihin sitä käytetään ja minne tieto tallennetaan. (Ojasalo ym. 2015, 48–49.) Kehittämistoiminta voidaan aloittaa vasta kun kaikkien osapuolten kanssa on tehty sopimus, jossa selvennetään vastuun ja velvollisuuden periaatteet. Tämän lisäksi on huolehdittava tarvittavien tutkimuslupien hakemisesta.

(Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Ensimmäisessä kirjaamistyöryhmän kokouksissa kirjaamistyöryhmän jäsenille kerrottiin kehittämishankkeesta, sen tarkoitus sekä tavoite. Kirjaamistyöryhmän osallistujille kerrottiin myös, mihin koottua aineistoa tullaan käyttämään. Lisäksi kerroimme, että kaikki kerätty aineisto tallennetaan Teams-järjestelmään kirjaamistyöryhmän omaan kansioon. Tutkimuslupa haettiin tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen ja Keusote hyväksyi tutkimusluvan marraskuussa 2021. (Liite 4). Kehittämishankkeessamme emme toteuttaneet kyselyä tai haastatteluja vaan aineisto koottiin kirjaamistyöryhmien ideointityöpajojen tapaamisissa sekä niiden pohjalta kirjoitetuista muistioista. Näin ollen materiaalista ei ole yksilöitävissä osallistujien henkilöllisyyttä missään vaiheessa.

Kehittämishankkeen luotettavuuden arvionniksi ei riitä, että tutkija toteaa käytettyjen menetelmien olleen oikeita, niiden käytön olleen oikeaa ja että ratkaisuun on päästy oikein kerätyistä tutkimusaineistosta. Luotettavuuden pohjana katsotaan olevan huolellinen dokumentaatio. Dokumentaation kautta saadaan vastaukset mitä, miten ja miksi on tehty. Ratkaisujen perustelut on kirjattu ja ne on kehittämistyössä esitetty. Tämä on tärkeää, että työn arvioija näkee työn kirjallisesta tai sähköisestä versiosta kaikki työn vaiheet ja pystyy näin arvioimaan kunkin vaiheen luotettavuuden. (kts. Kananen 2012,166.) Olemme pyrkineet kaikissa kehittämishankkeen vaiheissa huolelliseen dokumentointiin sekä lähdekriittisyyteen niin että kaikki dokumentoitu tieto on mahdollisimman luotettavaa ja käytetyt menetelmät perusteltuja.

7.4 Jatkokehittämisehdotukset

Valmis hoitoneuvotteluprosessi jalkautuu käytäntöön ja kokeiluun kirjaamistyöryhmän jäsenten toimesta. Molemmat edellä mainitut vaiheet ajoittuvat maaliskuulle 2022. Konstruktiivisen tutkimusotteen mukaisesti (ks. Ojasalo ym. 2009, 67–68) viidennen vaiheen arviointi eli todennetun ratkaisun sidonnaisuus työmme teoriaan sekä kuudennen vaiheen eli ratkaisun soveltuvuuden käytäntöön arvioidaan toteuttamissuunnitelman viimeisessä vaiheessa varsinaisen kehittämishankkeen jo päättyttyä, toiminnan vakioitettua työyhteisöihin. Leanin toimintatavoitteiden mukaisesti tavoitetaan pyritään kokeellisin menetelmin ja Lean johtamismallin jatkuvan parantamisen prosessilla tarkoitetaan, että prosesseja parannetaan päivittäin ja tavoitellaan toiminnan jatkuvaa sujuvuutta ja kehittämistä käytännön työssä. (kts. Torkkola 2016, 113–114, Korte ym.2019 ,66). Jatkossa tavoitteiden toteutuksesta tulee seurata ja seurannan olisi oltava systemaattista ja jatkuvaa.

Jotta hoitoneuvotteluiden laatu ja iäkkään asiakkaan vaikutusmahdollisuudet oman elämänsä suunnitteluun ja omien tavoitteiden mahdollistamiseen voimavaroiltaan, tulee jatkossakin henkilöstön osaamista vahvistaa RAI-arviointimittareiden tekemiseen ja niistä

saadun tiedon hyödyntämiseen niin hoitoneuvotteluissa kuin hoito- ja palvelusuunnitelmissäkin. RAI –tieto on juuri niin hyödyllistä, kuin siitä tehdään ja sitä osataan hyödyntää. Tiedon tasalaatuisella hyödyntämisellä turvataan myös Keusoten ikääntyneiden asukkaiden tasavertaisuus palveluissa.

Kirjaamisen tärkeys korostuu aina hoitotyössä ja niin myös koko hoitoneuvotteluprosessissa. Oikein kirjattu potilastieto luo turvaa sekä asukkaalle että hoitajalle. Kirjaamisen työryhmän kokoontumiset tulisi jatkaa myös tulevaisuudessa. Kirjaamistyöryhmälle tulisi valita koollekutsuja. Tiedon jakaminen, yhdessä asioiden ja säädösten pohtiminen ideointityöpajatyylisesti mahdollistaa kirjaamisen toimintamallin vakioinnin Keusoten kuntien ikääntyneiden palveluissa.

Keskeistä olisi myös jatkossa luoda Keusoten ympärivuorokautisiin palveluihin yhtenäinen hoitoneuvottelukaavake. Yhtenäisellä pohjalla varmistuisimme siitä, että paikasta riippumatta hoitoneuvottelu olisi sisällöltään sekä laadultaan tasalaatuista. Yhtenäinen kaavake tulisi tallentaa IMS- järjestelmään, jolloin se olisi kaikkien yksiköiden saatavilla.

Hoitoneuvotteluprosessiin liittyen, laitoshoidon eikä kotihoidon RAI-arvioinnissa kysytään automaattisesti asiakaspalautetta arvioinnista tai arviointitapahtumasta, toisin kuin palvelutarpeen arvioinnin RAI-kysymyslomakkeessa. Keusoten asiakaskokemuksen ja kehittämisen lähtökohdaksi on palvelulupaus *“Saan laadukasta palvelua tarpeideni mukaisesti”*. Laadukas palvelu ja hoito ovat toiminnan perusedellytyksiä. Asiakaskokemusta mitataan asiakaspalautteen avulla. Toiminnan kehittämisen kannalta, RAI-arvioinnista tapahtumana tai koko hoitoneuvotteluprosessista on hyvä jatkossa kerätä asiakaspalautetta. Tähän voidaan hyödyntää Keusoten jo asiakaspalaute käytössä olevat hymynaama kuvaajat sekä asukkaan tai omaisen antama suullinen tai kirjallinen palaute neuvottelun kulusta.

Lähteet

- Aaltonen, M., Ahola, S. & Villa, S. 2021. Itsemääräämisoikeus ikääntyneiden ympärivuorokautisissa palveluissa. Ihmisoikeuskeskuksen julkaisuja 4/2021. Helsinki. Viitattu 28.10.2021. Saatavissa: https://bin.yhdistys-avain.fi/1586428/G1TemXOK4sG2Zatkyzf00VkkR8/IMO-raportti_2021_FI.pdf
- Barnas, K. & Addams, E. 2017. Enemmän kuin sankareita. Lean-ajattelun mukainen terveydenhuollon johtamismenetelmä. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim.
- Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 4.4.2021. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Finlex. 1999. Suomen perustuslaki. Viitattu 27.2.2021. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Finlex. 2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 12.2.2021. Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Finlex. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Viitattu 27.2.2021. Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Finne-Soveri H., Äijö M., Rehula P., Vähäkangas P., Patronen M., Autio T., Haimi-Liikkanen S. & Havulinna S. 2020. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palveluntarpeen selvittämisen yhteydessä. TOIMIA-suositus ID S028/11.6.2020. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020060540983>
- Griffith, J., Brosnan, M., Lacey, K., Keeling S. & Wilkinson, T. 2004. Family meetings—a qualitative exploration of improving care planning with older people and their families. Age and Ageing, 33 (6). Viitattu 22.11.2021. Saatavissa: <https://academic.oup.com/ageing/article/33/6/530/16573>
- Heinänen, T., & Jokiniemi, T. 2020. Lean-ajattelu terveydenhuollon johtamisessa. Suomen lääkärilehti 20/2020. Viitattu 22.2.2022. Saatavissa https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/320038/SLL2020_1224.pdf?se
- Hellström, M. 2004 Muutosote. Akvaarioprojektin pedagogisten kehittämishankkeiden toteutustapa ja onnistuminen. Helsingin yliopiston soveltavan kasvatustieteen laitos. Tutkimuksia 249. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. Hotus. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 14.3 .2021 Saatavissa: <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>

Hyppönen, Vuokko, Doubi & Mäkelä- Bengs. 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. THL-raportti 31/2014. Helsinki.

Id, A. 2015. Asiakslähtöistä vuorovaikutusta ja asiakasosallisuutta tukeva johtaminen vanhusten hoitotyössä. Pro Gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 26.2.2021. Saatavissa:https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/15366/urn_nbn_fi_uef-20150972.pdf

Jutila, T. 2013. Vanhuslähtöisyydestä asiakslähtöisyyteen. Sisällönanalyysi gerontologisen hoitotyön oppikirjoista. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen Yliopisto. Viitattu 21.5.2021. Saatavissa:<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84894/gradu06963.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Järnström, S. 2011. "En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Viitattu 27.2.2021. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Juvenes Print.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Juvenes Print.

Karhula, M. 2015. Omaisen ja läheisen näkemykset roolistaan palveluverkostossa. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Tutkimuksia ja raportteja- research reports 99. Viitattu 28.11.2021. Saatavissa:<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/88077/URN:NISBN9789515884923.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Karjalainen, T & Karjalainen, E. 2002. Six sigma: uuden sukupolven johtamis ja laatumenettelmä. Hollola: Quality Knowhow Karjalainen

Karvonen-Kälkälä, A. 2014. Vanhuksen osallisuuden turvaaminen ostopalvelusopimuksella hankituissa palveluissa. Teoksessa Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nieminen, L. (toim.) Vanhuus ja oikeus. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, 283–319.

Keipilä, L. 2008. Asiakasnäkökulma kotihoidon palvelujen laatuun. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 20.2.2021. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/79046/gradu02530.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Keski-Uudenmaan sote- kuntayhtymä. 2021. Alueellinen ikääntyneiden hyvinvointisuunnitelma 2022–2025. Viitattu 9.12.2021. Lisätiedot:

<https://keusote.sharepoint.com/sites/keunet/SitePages/uutiset-Lasten-ja-nuorten-sek%C3%A4-ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden-alueelliset-hyvinvointisuunnitelmat-hyv%C3%A4ksyty.aspx>

Keski-Uudenmaan sote- kuntayhtymä. 2021. Strategia 2020–2025. Viitattu 3.4.2022. Saatavissa: <https://www.keusote.fi/etusivu/tietoa-meista/strategia-ja-arvot/>

Keski-Uudenmaan sote- kuntayhtymä. 2021. Yleinen info. Viitattu 3.4.2022. Saatavissa: <https://www.keusote.fi/>

Keski-Uudenmaan sote- kuntayhtymä. 2021. Tehostettu palveluasuminen. Viitattu 3.4.2022. Saatavissa: <https://www.keusote.fi/palveluhakemisto/ikaantyneiden-tehostettu-palveluasuminen/>

Keski-Uudenmaan sote- kuntayhtymä. 2020. Tutkimusluvut. Viitattu 3.4.2022. Saatavissa: <https://www.keusote.fi/etusivu/tietoa-meista/tkio/ohjeita-tutkijalle-ja-opinnaytetyon-tekijalle/tutkimusluvut/>

Keski-Uudenmaan sote- kuntayhtymä. 2021. RAI toimintakyvyn arviointijärjestelmän henkilörekisteri. Tietosuojaseloste. Viitattu 10.5.2021. Saatavissa: https://www.keski-uudenmaansote.fi/globalassets/ku-sote/tietosuojaselosteet/tietosuojaseloste_rai-toimintakyvyn-arviointijarjestelman-henkilorekisteri_19.4.2021.pdf

Kivelä, S-L., Pahlman, I., Pajunen, T. & Koivunen, A. 2019. Vanhuusko arvokasta? Hyvin kää; T-Print Ky.

Klemola, A. 2005. Omasta kodista hoitokotiin. etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Väitöskirja. Kuopion Yliopisto. Viitattu 4.4.2021. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9111/urn_isbn_951-27-0508-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koivula, R. 2013. Muistisairaana ihmisen omaisena terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon osastolla. Tutkimus toimijuudesta. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän Yliopisto. THL. Viitattu 20.10.2021. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/104498>

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

Korhonen, H. & Bergman, T. 2019. Johtaja muutoksen ytimessä. Käsikirja uudistumismatkalle. Helsinki: Alma Talent.

Korte, H., Jokela, R., Korhonen, E. & Perttunen, J. 2019. LEAN sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2. painos 2020. HUS Helsingin yliopistollinen sairaala. Viitattu 8.12.2021. Saatavissa: <https://docplayer.fi/178699392-Lean-sosiaali-ja-terveydenhuollossa-2-painos.html>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Finlex. Viitattu 14.2.2021. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P15a>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim. 2019;135(4):335–42. Viitattu 9.12.2021. Saatavissa: <https://www.duo-decimlehti.fi/duo14788>

Lehtonen, T. 2005. Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja omaisen välillä. Pro Gradututkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 27.2.2021. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/92977/gradu00751.pdf?sequence=1>

Mannila, A. 2015. Asukkaiden osallisuus hoitotyön arjessa. YAMK opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.4.2021. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/91800/mannila_arja.pdf?sequence=1

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2013: Ikääntymisen ennakointi. Vanhuuteen varautumisen keinot. Helsinki: Talentum.

Myllymäki, S. 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Pro Gradututkielma. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 21.2.2021. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/43096/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201403211390.pdf>

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Ojasalo K., Moilanen T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista kehittämistoimintaan. Helsinki: WSOYpro.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ojasalo, K. Moilanen, T. Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.–4. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Porre-Mutkala, P. Hoidon laatu vanhaskodissa vanhuksen ja omaisen kokemana. Pro Gradututkielma. Tampereen Yliopisto. Viitattu 4.4.2021. Saatavissa:

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/83142/gradu05556.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Päivärinta, P. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma -opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Viitattu 19.2.2021. Saatavissa: <https://www.iul-kari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoidossa sekä hoidon ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin Yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 20.5.2021. Saatavissa: https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4

Ryynänen, S & Rannikko, A. 2021. Tutkiva mielikuvitus. Luovat, osaistuvat ja toiminnalliset tutkimusmenetelmät yhteiskuntatieteissä. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 28.3.2021. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Soininen-Keskitalo, S. 2017. ikääntyneen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen terveydenhuollon organisaatiossa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro Gradu-tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto. Viitattu 22.11.2021. Saatavissa:

https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/18308/urn_nbn_fi_uef-20170857.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Viitattu 13.2.2021. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi. Julkaisu 11/2013. Viitattu 14.2.2021. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Etene-julkaisuja 32. Viitattu 29.11.2021. Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>

Suneja, A. & Suneja, C. 2017. Lean ja terveydenhuolto. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2020. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0. Julkari. Viitattu 20.1.2021. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139267/FinCC%20opas%20ver%204_0%20FINAL_20200429.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2020. Potilastiedon kirjaaminen. Ohjeita valtakunnallisesti yhtenäiseen kirjaamiseen. Viitattu 22.2.2021. Saatavissa: https://thl.fi/documents/920442/2902744/Potilastiedon+kirjaaminen_ohjeita+valtakunnallisesti+yhten%C3%A4iseen+kirjaamiseen_310820_korjattu.pdf/0a25ea47-c407-f35a-7c34-ef165bd5da84?t=1600715511318

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2021. Tietoa RAI-järjestelmästä. Viitattu 20.1.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantuminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2021. Valoisa tulevaisuus: RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa. Raportti 9/21. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/143353>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. Viitattu 15.5.2021. Saatavissa: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Torkkola, S. 2015. Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Helsinki: Talentum Pro

Torkkola, S. 2016. Lean – asiantuntijatyön johtamisessa. Helsinki: Talentum Pro.

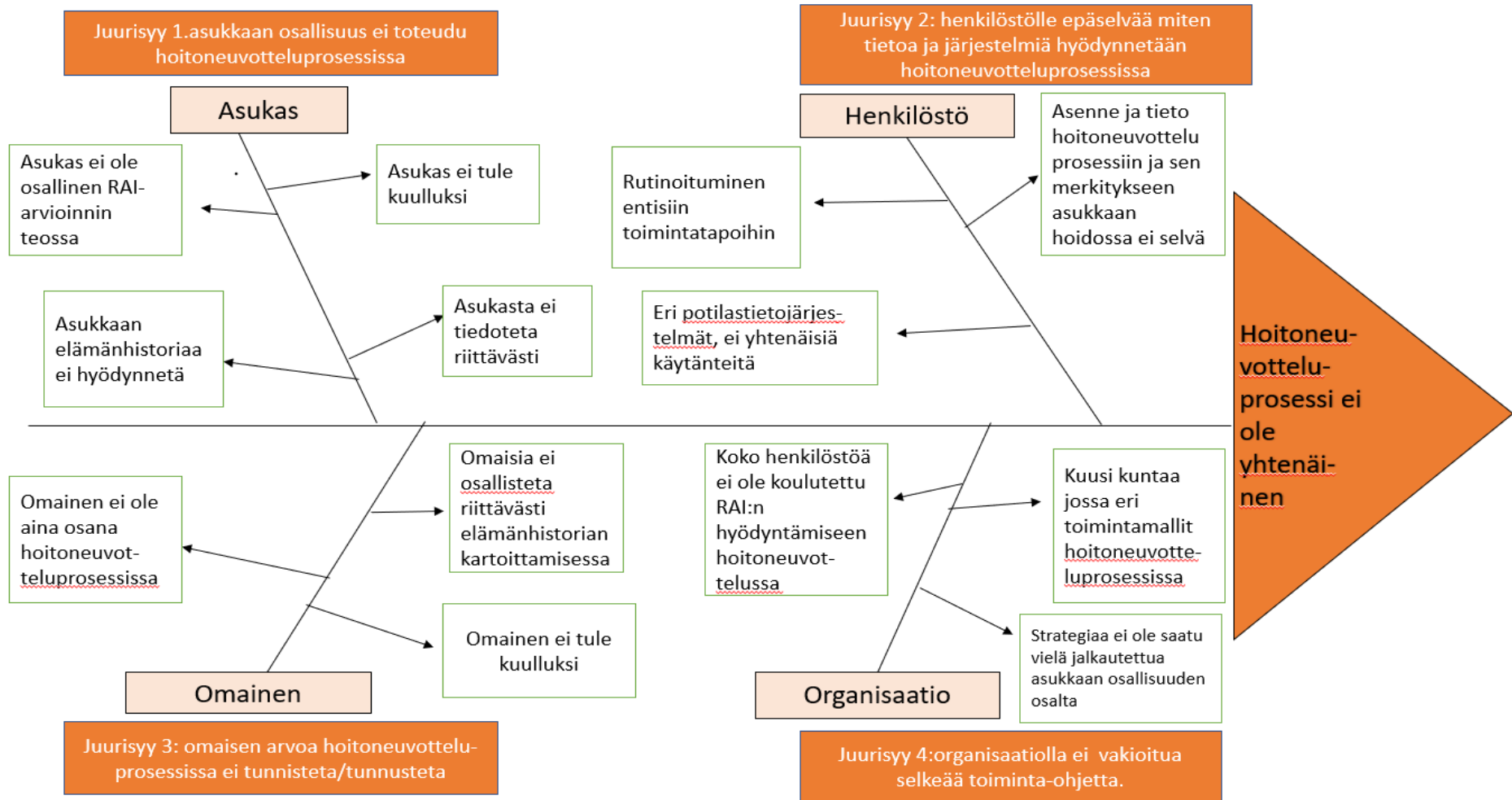
Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 3.2.2021. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vuolahti, T. 2018. Ikääntyneen asiakkaan osallisuus ja toimijuus ympärivuorokautisissa hoito- ja hoivapalveluissa. Läheinen kokemusten tulkitsijana. Pro Gradu- tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto. Viitattu 13.3.2022. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20107/urn_nbn_fi_uef-20181011.pdf?sequence=-1

Liite 1. A3-ongelmanratkaisutyökalu

Otsikko: Hoitoneuvotteluprosessin yhtenäistäminen Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden alueella	
Ongelman kuvaus: Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden alueella ei ole yhtenäistä vakioitua hoitoneuvotteluprosessia Asukkaan toiveita ei aina tunnisteta ja huomioida hoitoneuvotteluprosessissa eikä asukkaan osallisuus toteudu tasalaatuisesti Rajista saatavan tiedon hyödyntäminen hoitoneuvotteluprosessissa sekä hoito- ja palvelusuunnitelmassa puutteellista	Seurantamittarit: Vakioitu hoitoneuvotteluprosessi malli käytössä K/E Asukkaan osallistuminen hoitoneuvotteluun K/E Omaisen osallistuminen hoitoneuvotteluun K/E RAI-arviointi osana hoitoneuvottelua K/E Hoitohenkilöstön RAI-koulutukset toteutuneet 100 % K/E Tavoiteaika vuoden 2022 loppuun mennessä
Tavoite: Hoitoneuvotteluprosessin vakioiminen niin että Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden alueella hoitoneuvotteluprosessi on yhtenäinen ja laadukas, jossa asukkaiden sekä omaisten osallisuus on huomioitu vuoden 2022 loppuun mennessä 100 %. Tukee strategisen tavoitteen saavuttamista <i>"sosiaali- ja terveydenhuollon paras asukaskokemus</i> . Yhtenä keskeisenä painopisteenä on tähän strategiseen tavoitteeseen liitetty tavoite "jokainen on tärkeä". Tähän teemaan on sisällytetty muun muassa asukkaan osallisuuden lisääminen itseään koskevassa päätöksenteossa ja lisäksi nähdään tärkeäksi, että asukkaat tulevat kuulluiksi ja heidän tarpeensa nähdyiksi. RAI- osana hoitoneuvottelua toteutuu 100 %. Tukee asukkaan ja omaisen osallisuutta.	
Nykytila: Keusoten ympärivuorokautisten palveluiden yksikössä on erilaiset käytänteet hoitoneuvottelujen järjestämisestä ja dokumentoinnista. Asukkaiden sekä omaisten osallistaminen ja osallisuus hoitoneuvotteluprosessissa ei toteudu. RAI-arviointi ei ole luonnollinen osa hoitoneuvotteluprosessissa.	
Juurisyyt:	
1.Asukkaan osallisuus ei toteudu täysin hoitoneuvotteluprosessissa	2.Henkilöstölle epäselvää miten tietoa ja järjestelmiä hyödynnetään hoitoneuvotteluprosessissa
3.Omaisen arvoa ei tunnisteta/tunnusteta prosessissa	4.Organisaatiossa ei ole vakioitua toimintaohjetta hoitoneuvotteluprosessin toteuttamisesta

Liite 2. Kalanruotoanalyysi



Hoitoneuvottelun Ideaaliprosessi = Tavoitetila



KEUSOTE

Keski-Uudenmaan sote

Liite 4. Tutkimuslupa

Keski- SOTE Uudenmaan	Keski-Uudenmaan sote kuntayhtymän johtaja Tutkimuslupapäätös	Ote viranhaltijapäätöksestä 02.11.2021	1 (4) § 136
---------------------------------	---	--	----------------

Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Keski-Uudenmaan soten asianhallintajärjestelmässä

KEUDno-2021-9158

Hoitoneuvottelu prosessin yhtenäistäminen ympärivuorokautisissa palveluissa

Kehittämishanke kohdennetaan Keusoten ikääntyneiden palvelualueelle, tehostettuun palveluasumiseen. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu ikääntyneille, jotka tarvitsevat paljon hoivaa ja huolenpitoa vuorokauden ympäri. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokautisesti. Toiminnan tavoitteena on, että asukas voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi (Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymä 2021). Kehittämistyö on hyödynnettävissä myös lyhytaikaishoidossa sekä kotona asumista tukevissa palveluissa. Kehittämistyön tavoite on luoda yhtenäinen hoitoneuvotteluprosessi (kaavio ja ohjeistus), jota henkilökunta hyödyntää hoitoneuvotteluissa sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa.

Keusoten strategian mukaisesti (2020-2025) kehittämishankkeen tarkoituksena on vaikuttaa asukkaiden asiakaskokemuksen parantamiseen, asiakkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja osallisuuteen sekä kustannustehokkuuteen. Hankkeen kohteena olevilla asiakkailta ja asukkailla tarkoitetaan Keusoten tehostetun palveluasumisen asukkaita ja asiakkuuksia. Keusoten yhtymästrategiassa yhtenä keskeisenä strategisena tavoitteena on *"Sosiaali- ja terveydenhuollon paras asukaskokemus"* (Keusote yhtymästrategia). Yhtenä keskeisenä painopisteenä on tähän strategiseen tavoitteeseen liitetty tavoite *"jokainen on tärkeä"*. Tähän teemaan on sisällytetty muun muassa asukkaan osallisuuden lisääminen itseään koskevassa päätöksenteossa ja lisäksi nähdään tärkeäksi, että asukkaat tulevat kuulluiksi ja heidän tarpeensa nähdyiksi (Keusote yhtymästrategia 2020-2025).

Keusote painottaa yhteisöohjautuvuuden merkitykseen ja sujuviin prosesseihin. Kehittämistyöllä halutaan olla tukemassa arvoa tuottavaa prosessia ja jatkuvan uudistamisen kulttuuria. Yhtenäisten hoitoneuvottelukäytänteiden tavoitteena on ikääntyneen kuulluksi tuleminen, osallisuuden ja vaikuttamisen mahdollisuus hyvien käytänteiden mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013)

Liitteet:

- 1 tutkimuslupahakemus allekirjoitettu
- 2 OPNT tutkimussuunnitelma
- 3 Hyväksytty suunnitelma
- 4 tutkimuslupahakemus

Päätöksen peruste

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän hallintosääntö (Yhtymähallitus 25.5.2021 § 70, Yhtymävaltuusto 10.6.2021 § 22)

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän toimintasääntö (kuntayhtymän johtaja 27.8.2021 § 111)

Hallintosäännön § 18 kohdan 4 mukaan kuntayhtymän johtaja päättää luvan antamisesta tieteellisiin tutkimuksiin ja tietojen luovuttamisesta tähän tarkoitukseen

Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Keski-Uudenmaan soten asianhallintajärjestelmässä

Päätös

Myönnän tutkimusluvan Heini Mannisen ja Anu Timosen tutkimukseen Hoitoneuvottelu prosessin yhtenäistäminen ympärivuorokautisissa palveluissa.

Tiedoksi

tutkimusluvan hakijat, opinnäytetyön ohjaaja, kuntayhtymän edustajat

Allekirjoitus

Pirjo Laitinen-Parkkonen, kuntayhtymän johtaja

Viranhaltijapäätöksen nähtävänäolo

Nähtävillä www.keski-uudenmaansote.fi 3.11.2021

Tiedoksianto asianosaiselle

Tiedoksi hyväksytty päätösote

Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Keski-Uudenmaan soten asianhallintajärjestelmässä

Oikaisuvaatimus

§ 136

Oikaisuvaatimusohje

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla tuomioistuimeen.

Oikaisuvaatimusoikeus

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä:

- se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen), sekä
- kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimusaika

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista.

Oikaisuvaatimus on toimitettava Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän kirjaamoon määräajan viimeisenä päivänä ennen kirjaamon aukioloajan päättymistä.

Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa, asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, kolmantena päivänä viestin lähettämisestä.

Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon seitsemän päivän kuluttua siitä, kun pöytäkirja on nähtävänä yleisessä tietoverkossa.

Tiedoksisaantipäivää tai nähtävälle asettamispäivää ei lueta määräaikaan. Jos oikaisuvaatimusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joulu- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa oikaisuvaatimuksen toimittaa ensimmäisenä arkipäivänä sen jälkeen.

Oikaisuvaatimusviranomainen

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, on

Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymä
Sandelininkatu 1 B, PL 46
05801 Hyvinkää
Sähköpostiosoite: kirjaamo@keusote.fi
Puhelin: 050 497 4988, 050 497 4989
Kirjaamo on avoinna ma-pe klo 9-15

Oikaisuvaatimuksen muoto ja sisältö

Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Keski-Uudenmaan soten asianhallintajärjestelmässä

Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti. Myös sähköinen asiakirja täyttää vaatimuksen kirjallisesta muodosta.

Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava:

- päätös, johon haetaan oikaisua
- miten päätöstä halutaan oikaistavaksi
- millä perusteella oikaisua vaaditaan

Oikaisuvaatimuksessa on lisäksi ilmoitettava tekijän nimi, kotikunta, postiosoite ja puhelinnumero.

Jos oikaisuvaatimus päätös voidaan antaa tiedoksi sähköisenä viestinä, yhteystietona pyydetään ilmoittamaan myös sähköpostiosoite.

Pöytäkirja

Päätöstä koskevia pöytäkirjan otteita ja liitteitä voi pyytää Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän kirjaamosta.

Sähköinen viesti katsotaan saapuneeksi viranomaiselle silloin, kun se on viranomaisen käytettävissä vastaanottolaitteessa tai tietojärjestelmässä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimus lähetetään postitse tai sähköisesti aina omalla vastuulla (hallintolaki 17 §).