

TEAMARBETE INOM HEMVÅRDEN I KIMITOÖNS KOMMUN

KIMITO DISTRIKT

Daniela Eklund

Examensarbete för högre högskoleexamen inom social- och hälsovård

Utbildningsprogrammet för Utveckling och Ledarskap

Kimito 2012



EXAMENSARBETE

Författare: Daniela Eklund

Utbildningsprogram och ort: Högre Yrkeshögskoleprogrammet, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård

Handledare: Jaana Saarinen

Titel: Teamarbete inom hemvården i Kimitoöns kommun, Kimito distrikt

Datum: 7.5.2012

Sidantal: 98

Bilagor: 3

Sammanfattning

Kimitoöns kommun liksom det övriga landet står inför en stor utmaning då antalet äldrebefolkning konstant ökar och antalet vårdbehövande inom hemvården ökar. Ytterligare kräver klienterna som vårdas inom hemvården idag allt mer sjukvård och omsorg. Det här medför tryck på att utveckla hemvården och hemvårdsteamerna till att motsvara klienternas behov av vård och till att kunna erbjuda klienterna kvalitativ service.

Syftet har varit att redogöra för hur man kunde förbättra teamarbetet inom hemvården i Kimitoöns kommun i Kimito distrikt. Det här arbetet handlar om teamarbete och vad som utgör ett gott teamarbete inom två hemvårdsteam i Kimitoöns kommun, Kimito distrikt. Arbetet behandlar även hemvård och organisationsförändring.

Utvecklingsarbetet har skett genom att tillämpa aktionsforskning. Datamaterialet har samlats in genom litteratur, möten med personalen samt genom en swot-analys med den högre ledningen, personalen samt förmannen.

Resultatet tyder på att det för tillfället finns många delområden inom teamarbetet i Kimito distrikt som behöver utvecklas varav den viktigaste är teamens grundstruktur, det vill säga den plattform där teamet skall agera från. Slutsatsen är att samarbetet till den högre ledningen behöver utökas. Ytterligare behöver man i kommunen utarbeta en strategi där riktlinjer och målsättningar finns för hurdan hemvårdsservice som skall erbjudas klienterna.

Språk: Svenska Nyckelord: Hemvård, ledarskap, teamarbete

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Daniela Eklund

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Ohjaajat: Jaana Saarinen

Nimike: Kotihoidon tiimityöskentely Kemiönsaaren kunnassa, Kemiön sairaanhoitopiirissä

Päivämäärä: 7.5.2012

Sivumäärä: 98

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Kemiönsaaren kuntaa koskettavat samat haasteet kuin muitakin kuntia, kun väestö ikääntyy ja kotihoitoa tarvitsevien määrä lisääntyy. Kotisairaanhoidon palveluiden piirissä olevat tarvitsevat yhä vaativampaa hoitoa. Tämä luo paineen kotihoidon ja kotihoitotiimien kehitykselle, jotta ne pystyisivät vastaamaan hoidon tarpeisiin ja antamaan asiakkaille laadukasta palvelua.

Kehitystyön tarkoituksena on selvittää, miten tiimityötä voisi parantaa Kemiönsaaren kunnan kotihoidossa Kemiön piirissä. Tämä työ käsittelee tiimityötä ja sitä, mistä hyvä tiimityö muodostuu kahdessa kotihoidon tiimissä Kemiönsaaren kunnassa Kemiön piirissä. Työ käsittelee myös kotihoitoa ja organisaatiomuutosta.

Kehittämistyön menetelmänä käytetään soveltavaa toimintatutkimusta. Aineisto on kerätty kirjallisuudesta, henkilökunnan kokouksista sekä swot-analyysillä ylemmän johdon, henkilökunnan ja esimiehen kanssa.

Tutkimustulos osoittaa, että Kemiön sairaanhoitopiirin tiimityössä on paljon kehitettäviä osa-alueita. Oleellisin osa-alue on perusrakenne, toisin sanoen se perusta, jonka kautta tiimi toimii. Johtopäätös on, että henkilökunnan ja ylimmän johtoryhmän yhteistyötä tulisi lisätä. Lisäksi kunnan pitäisi laatia strategia, josta käy ilmi suuntaviivat ja tavoitteet sille, minkälaista palvelua kotihoidonasiakkaille tulisi tarjota.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Johtajuus, kotihoito, tiimityö,

BACHELOR'S THESIS

Author: Daniela Eklund

Degree Programme: Master degree in Turku

Specialization: Development and Leadership in health care and social welfare

Supervisors: Jaana Saarinen

Title: Teamwork within home nursing teams in the municipality Kemiönsaari, Precinct of Kemiö

Date: 7.5.2012

Number of pages: 98

Appendices: 3

Summary

The municipality Kemiönsaari faces a big nationwide challenge when the aging population is continuously increasing and the number of people needing home care increases as well. The clients within home care today also need more nursing and care than before. This puts pressure towards developing home care and the home nursing teams to produce the kind of quality service that the clients need.

The aim has been to report how teamwork could be improved within home care in the municipality Kemiönsaari in the precinct of Kemiö. This study concentrates on teamwork and the elements which constitute good teamwork in two home nursing teams in the municipality Kemiönsaari in the precinct of Kemiö. The study also deals with home care and organizational change.

The study has been carried out by applying action research. The data were collected via literature, meetings with the staff and through swot-analysis with the board of directors, the personnel and the superiors.

The results show that there for the time being exist quite a few elements within teamwork that needs developing in the precinct of Kemiö. The first and the most formal part is the base structure, in other words the foundation which teamwork lies. The conclusion is that the personnel needs to extend the collaboration with the board of directors. Furthermore a strategy including the guidelines and aims for home care service given to the clients needs to be drawn up in the municipality.

Language: Swedish

Key words: Homecare nursing, leadership, teamwork

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställning	2
2.1 Motivering av utvecklingsarbete	3
2.2 Avgränsning	3
3 Historik om hemvården	4
4 Hemvård idag	6
4.1 Lagar och direktiv	6
4.2 Serviceutbud	7
4.3 God hemvård	8
5 Forskningsöversikt	9
5.1 Hemvården	9
5.1.1 Hemvård och strukturförändring	10
5.1.2 Hemvård och förväntningar	11
5.1.3 Hemvård och dagens krav	11
5.1.4 Sammanslagen hemvård	12
5.1.5 Hemvårdens roll	13
5.1.6 Hemvård och teknologi	14
5.1.7 Hemvård och förebyggande arbete	14
5.1.8 Hemvård och tredje sektorn	14
5.2 Teamarbete	15
5.2.1 Team och struktur	16
5.2.1.1 Strukturens betydelse för teamen	18
5.2.1.2 Motivering till teamarbete	19
5.2.2 Teameffektivitet	19
5.2.3 Betydelsen av kompetensutveckling för team	22
5.2.4 Arbetsroller inom team	23

5.2.5 Ett starkt arbetsteam	24
5.2.6 Sårbarhet inom team	25
5.2.7 Teamanda	26
5.2.8 Teamledarens roll	27
5.2.8.1 Nödvändiga egenskaper för teamledaren	28
5.2.8.2 Teamledarens roll ur ett kulturellt perspektiv	29
5.2.8.3 Teamledarens ansvar	30
5.2.8.4 Teamledarens roll ur ett etiskt perspektiv	31
5.3 Organisationsförändring	31
5.3.1 Förändring ur ett organisatoriskt perspektiv	32
5.3.2 Nödvändiga egenskaper vid förändring	33
5.3.3 Hinder för förändring	34
5.3.4 Ledarskapets betydelse vid förändring	35
5.4 Sammanfattning av kapitel fem	36
6 Forskningsetiska aspekter	37
7 Kimitoöns kommun	39
7.1 Befolkningsstrukturen på Kimitoön	40
7.2 Ledningsstrukturen inom äldreomsorgen på Kimitoön	42
7.3 Hemvård i Kimitoöns kommun	44
7.4 Hemvårdsteamerna i Kimitoöns kommun, Kimito distrikt	46
7.4.1 Målsättning med hemvården	48
7.4.2 Teameffektivitet inom hemvårdsteamerna	48
7.5 Teammedlemmarnas arbetsuppgifter och arbetsfördelning	51
7.5.1 Teammedlemmarnas befogenheter	52
7.5.2 Teamdragarens arbetsuppgifter	53
7.5.3 Sjukskötarens arbetsuppgifter	55
7.5.4 Närvårdarens arbetsuppgifter	55
7.5.5 Hemvårdarens arbetsuppgifter	56
7.5.6 Hemhjälparens och vikarierande närvårdarens arbetsuppgifter	56
7.6 Hemvårdsteamens arbetsverktyg	57
7.7 Sammanfattning av kapitel sju	59

8 Utvecklingsarbete	60
8.1 Min förförståelse	60
8.2 Val av metod	62
8.2.1 Aktionsforskning	62
8.2.2 Insamling av data och beskrivning av arbetsprocessen	62
8.2.3 Bortfall	64
8.2.4 Trovärdighet och tillförlitlighet	65
8.3 Styrkor och svagheter inom hemvårdsteamerna	66
8.3.1 Swot-analys ur ledningsperspektiv	66
8.3.2 Swot-analys ur personalperspektiv	68
8.3.3 Swot-analys ur förmansperspektiv	73
8.4 Resultat	76
8.4.1 Resultat ur ledningsgruppens perspektiv	76
8.4.2 Resultat ur personalperspektiv	77
8.4.3 Resultat ur förmansperspektiv	77
8.4.4 Analys och kritisk reflektion	78
8.4.5 Slutsats	82
8.5 Idéer för utveckling	82
8.5.1 Förbättringsförslag till ledningen	82
8.5.2 Förbättringsförslag till förmannen	83
8.5.3 Förbättringsförslag till teamen	85
8.5.4 Övriga förbättringsförslag	85
9 Avslutande diskussion	86

Källor

Bilagor

1 Inledning

Hemvården är en av äldreomsorgens grundpelare idag och för att vara effektiv krävs det en god strategi av kommunen. En god fungerande hemvård beräknas vara mer kostnadseffektiv än långvård på institution (Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas & Noro (toim.) 2006, s. 161). Klienter samt samarbetspartners har ytterligare allt större krav på vården idag vilket gör att ledningen får en allt större utmaning i att fördela sina resurser rätt så att klienternas behov tillfredsställs samt för att vården skall vara ändamålsenlig (Huusko 2007, s. 23).

Den åldrande befolkningen innebär en stor utmaning inför framtiden inte bara för Finland utan världen över. Samhället kommer att bemöta tre stora utmaningar; för det första de äldre är mycket aktivare och kräver mer möjligheter av dagens servicestruktur, för det andra är de äldre i mycket sämre funktionsförmåga än tidigare och det behövs nya tekniska lösningar samt billigare vårdmodeller än de vi har idag. Den tredje stora utmaningen kommer att vara att utveckla teknologin, organisationer, ekonomin och sociala kontexter till att bättre motsvara de äldres behov av vård och service. För att förändringarna skall vara möjliga krävs nya innovativa lösningar på utmaningarna (McCarthy 2008, s. vii). Det största problemet vi har i Finland är antalet äldre äldre ökar markant medan det i förhållande föds alltför lite barn. Det här innebär att det kommer att råda brist på arbetskraft särskilt inom social- och hälsovården. Dessa problem märks redan idag i brist på kompetenta vikarier (Kommunförbundet 2006, s. 9, 23).

Hemvården idag arbetar ofta teambaserat och ansvarar över mindre helheter. Arbetet är väldigt krävande och jäktigt särskilt då hemsjukvården förenats med hemservicen till hemvård som det gjorts i många kommuner idag. Betydelsen av kompetens har blivit allt viktigare särskilt formell kompetens. Teamen behöver ha fungerande ledningsstrukturer som ser till att inläring av ny kunskap är möjlig samt en struktur som stöder arbetstagaren i sitt arbete. Att arbeta inom hemvården kräver god samarbetsförmåga och teamarbete för att klienten skall få bästa möjliga vård. Teamarbetet lämpar sig väl i organisationer som arbetar med människor och där kunskap och kontinuitet i vården är två väsentliga delar av arbetet. Med hjälp av teamarbete behöver inte en person behärska allt utan arbetet kan fördelas och fördjupas på samtliga teammedlemmar. Genom teamarbete ser organisationen också till att teamets kunskap stannar kvar på arbetsplatsen trots utbyte av personal. Det här arbetet kommer att beröra hemvårdsteamet i Kimitoöns kommun, Kimito distrikt och

kommer att granska hur man ytterligare kan utveckla teamarbetet inom hemvårdsteamerna samt bättre stöda teamerna i sitt arbete.

Kimitoöns kommun är en skärgårdskommun i södra Finland med sammanslagen hemservice och hemsjukvård. Jag kommer i kapitel 4 återkomma till vad en sammanslagning innebär och i kapitel 7 till en presentation av Kimitoön som kommun. Nämnas kan dock här att Kimitoön har en väldigt snabbt föråldrande befolkning där 26% av kommunens invånare är över 65 år fyllda (Malin-Perho 5.12.2011, s. 5.). Trycket på att utveckla hemvården är sålunda stort även med tanke på att vi lever i förändringstider där ekonomi och effektivitet värderas högt.

En organisationsutveckling definieras som ett medvetet planerat ingripande från ledningsnivån för att öka organisations effektivitet och processer genom ny kunskap. En organisationsförändring är mindre förändringar som sker hela tiden, till exempel i form av nya rutiner (Abrahamsson & Andersen 1998, s. 231) därför kommer jag också i detta arbete tala om en organisationsutveckling. Jag kommer att börja med att gå in på tidigare forskning gjord över hemvård, teamarbete och organisationsförändring för att ge er en förståelse för hur det ser ut på fältet just nu. Forskningsöversikten fungerar som den teori dit jag vill komma med hemvårdsteamerna. För att komma dit behöver dock nuläget inom kommunen samt hemvårdsteamerna kartläggas och samtidigt utvärderas och detta görs tillsammans med de professionella som konkret på fältet arbetar med dessa uppgifter.

2 Syfte och frågeställning

Eftersom arbetslivets arbetstakt och arbetsuppgifter förändrats i märkbar grad innebär det även att vi i kommunen måste bli mer effektiva på förändringar, det vi lär in samt hur vi använder tiden (Lind & Skärvad 2004, s. 35). Enligt de nya rekommendationerna borde 3 % vårdas på långvård, 5-6 % på effektiverat serviceboende, 5-6 % erhålla närståendevårdsstöd och 91-92 % av de äldre vårdas hemma med hjälp av hemvård och andra stöd (Social- och hälsovårdsministeriet 2008:4, s. 30). Det här gör att vi inom kommunen också behöver fundera på hur vi skall utveckla hemvårdsteamerna om vi minskar av våra långvårdplatser enligt rekommendation. Kimitoön har sammanlagt 71 långvårdsplatser (inklusive intervall), 31 platser för intensifierat serviceboende och 9 platser för lätt serviceboende inom äldreomsorgen. Hemvårdens andel är cirka 16 % (2011)

av kommunens invånare denna siffra varierar beroende på kommuninvånarnas hälsotillstånd. Enligt rekommendation från social- och hälsovårdsministeriet torde 13-14 % av de äldre över 75 år fylla vårdas av hemvården (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:4, s. 45).

Syftet med utvecklingsarbetet är att redogöra för hur man kunde förbättra teamarbetet inom hemvården i Kimitoöns kommun i Kimito distrikt.

Som frågeställning fungerar:

- Vad betyder ett fungerande teamarbete inom hemvården?
- Vad behövs för stödfunktioner för att få ett fungerande teamarbete inom hemvårdsteamerna i Kimito distriktet?

2.1 Motivering till utvecklingsarbetet

Hemvårdsteamerna på Kimitoön har genomgått en stor organisationsförändring då den nya kommunen Kimitoön inleddes år 2009. Hemservicen sammanslogs med hemsjukvården till hemvård. Organisationsförändringen har medfört en om förvandling av strukturen på arbetsplatsen som i sin tur gett upphov till diffusa arbetsroller bland personalen inom hemvårdsteamerna. Personalen inom hemvårdsteamerna har sedermera önskat att gemensamt ta itu med dessa problem. Organisationsförändringen har även medfört nya arbetsrutiner och ny teknologi i form av elektroniskt dokumenteringsprogram som kräver allt mer kunskap av teamerna. Sammanslagningen spjälkade även upp det som tidigare var ett team i Kimito till två hemvårdsteam vilket fört med sig en omorganisering av arbetsuppgifterna och arbetsrollerna inom teamerna. Hemvårdsteamerna är mångprofessionella team där det arbetar personer med olika utbildningar till exempel hälsovårdare, sjukskötare, närvårdaren med olika inriktningar, mentalvårdare, hemvårdare och hemhjälparen.

2.2 Avgränsning

Jag har avgränsat mig till att granska teamarbetet inom hemvården i Kimitoöns kommun enbart till Kimito distrikt och hur teamarbetet där fungerar. Det finns sammanlagt sex hemvårdsteam på Kimitoön varav två fungerar inom Kimito distriktet. Hemvårdsteamerna i Kimito distrikt arbetar sinsemellan väldigt tätt intill varandra och det innebär att

kommunikationen måste fungera för att alla teammedlemmar skall få den väsentliga informationen om den klient de vårdar och för att vårdkvaliteten för klienten garanteras.

3 Historik om hemvården

Hemvårdens roll har ändrat genom åren och jag kommer här nedan att gå in på historia ända till dagsläget för att exemplifiera hur arbetet förändrats samt vilka faktorer som inverkat på det för att ge en förståelse av vad hemvårdsarbetet är och vad teamen inom hemvården arbetar med. Detta kapitel fungerar även som en bakgrund för varför hemvårdsteamerna finns till, det vill säga vad syftet med hemvården är.

Hemserviceverksamheten startades av Mannerheims Barnskyddsförbund redan år 1931. Hemserviceverksamheten var då riktad gentemot familjer som bodde på landsbygden. Tanken med hemservice i familjerna var att vårdaren kunde tillfälligt ta moderns plats i hemmet ifall modern insjuknade eller var borta från hemmet till exempel på grund av födsel av andra barn. Till uppgifterna hörde även att se efter familjens barn (Anttonen & Sipilä 2000, s. 115-116).

Efter andra världskriget började även staten finansiera hemserviceverksamheten. Hemservicen var gratis för de familjer med låga inkomster och av de övriga fick man inkassera en liten inkomst. Familjerna var de som i första hand fick åtnjuta sig av servicen men efter kriget växte även behovet av vård hos de äldre explosionsartat. Det här gjorde att man var tvungen att se över vad hemservicen skulle erbjuda och åt vem. Från år 1956 fick hemservicen även hjälp och vårda de äldre där hemma (Anttonen & Sipilä 2000, s. 116).

Föregångare till det som idag kallas för åldringshem hette tidigare fattiggården. De första utbildningarna för vårdföreståndare till fattiggårdarna där de äldre fanns arrangerades år 1896 i Jyväskylä, år 1903 i Lahtis, år 1909-1910 i Tammerfors samt år 1913 i Helsingfors. De första hemsystrarna på svenska utbildades år 1939 av en förening som fick namnet *Föreningen för upprätthållandet av en hemsysterskola på Hindhår gård*. Hemsysterideologin kom till oss från Sverige. De första hemsystrarna utdimitterades den 8 september år 1940. Martharörelsen spelade en stor roll vid uppkomsten av hemsystrarna och den första hemsystem anställdes av en Martharörelse. Hemsystrarna fick även anställning vid Röda korset samt Kvinnornas beredskapsförbund (läger som utbildade

kvinnor liknande hemsysterutbildning). De första hemsysterutbildningarna gick på svenska och senare också på finska (Snellman 2003, s. 23, 136). Mannerheims barnskyddsförbund samt befolkningsförbundet började utbilda hemvårdare och hemsystrar strax efter att hemservicen kom till. På 1950-talet började man även utbilda hemvårdare som skulle ta hand om de äldre i samhället. I Tammerfors började man ge hemservice åt de äldre år 1957. Den största delen av vårdkostnaderna betalade den vårdbehövande själv. Samtidigt inledde även kommunerna sin hemservice verksamhet för de äldre (Anttonen & Sipilä 2000, s. 116).

1966 års lag om kommunal hemservice gjorde att servicen blev tillgänglig för alla och en avgift inkasserades enligt betalningsförmåga. I och med den nya lagen spred sig den kommunala hemservicen snabbt på 1970-1980-talet. Antalet hemvårdare och hemhjälpare ökade från 200 på 1950-talet till 7 783 på 1980-talet. År 1997 var redan hemvårdar- och hemhjälpantalet 13 877. Särskilt antalet hemhjälpare som arbetade med de äldre människorna ökade. Det ökande antalet äldre människor samt minskade långvårdsplatser har gjort att hemservicen ändrat tyngdpunkt från barnfamiljer till de äldre. Under 1970-1990-talet fördubblades antalet hushåll som erhöll kommunal hemservice. Särskilt användningen av hemservice riktad mot de äldre var i Finland på 1990-talet ett av världens högsta, 20 % av äldre över 65 år fyllda hade använt sig av kommunal hemservice (Anttonen & Sipilä 2000, s. 116-117).

På slutet av 1980-talet fick de hushåll som erhöll kommunal hjälp litet under två timmar hjälp per vecka. Finland hade som motto lite hjälp åt alla medan andra länder haft mycket hjälp åt de få som verkligen behöver. Först på 1990-talet gick Finland in för att ge hjälp endast åt dem som mest behöver det och det tillsattes kriterier som skulle uppfyllas för att få vård. Från år 1990-1997 hade antal hushåll som erhöll kommunal hemservice minskat med 70 000. Istället höjde man på stödservice formerna för de äldre genom att erbjuda byk-, tvätt-, matservice och så vidare. Socialvårdslagen från år 1984 möjliggjorde att kommunerna kunde köpa socialvård av privata aktörer. Före det var kommunerna tvungna att själv ordna den sociala vården om de ville ha statsandelar för ändamålet. Före 1990-talet var hemservicens målsättning att höja levnadsstandarden för de äldre som bodde hemma och frigöra de anhöriga från fortsatt vårdarbete med sina nära och kära. Detta var en av orsakerna till att man producerade hemservice åt möjligast många (Anttonen & Sipilä 2000, s. 117-118, 122, 171).

År 1944 fanns det inom de svenska områdena i Finland kommunalt anställda hemsystrar i Kimito, Dragsfjärd, Ekenäs, Borgå, Nagu, Pargas, Ingå, Lovisa, Sibbo, Pernå, Vasa, Helsinge och Jomala. År 1951 kom det i kraft en lag om kommunala hemvårdarinnor och år 1966 utsågs åt dem en skild arbetsdräkt. År 1970 ändrade yrkesbeteckningen från hemvårdarinnor till dagens hemvårdare. År 1995 började man istället för hemvårdare utbilda närvårdare (Snellman 2003, s. 136-137).

Finlands hemvård skiljer sig från hemvården i de övriga nordiska länderna genom att Finland poängterar professionaliteten med att i första hand ha utbildat hemvårdare med mera medan de övriga nordiska länderna inte anser att utbildning är nödvändigt. Det här innebär att till exempel Sverige och Danmark har förutom vårdbeskrivning även anhöriga och grannar som anställda. Finland har i jämförelse valt att gå in för ett närståendevårdssystem där man betalar lön åt den anhöriga som sköter om sin sjuka eller äldre nära och kära hemma. I Norge är så gott som alla inom hemvården deltidsanställda (Anttonen & Sipilä 2000, s. 122-123).

4 Hemvård idag

Hemvården som funktion är en väldigt omfattande vårdform och därför kommer jag i det här kapitlet att gå in på de övergripande riktlinjerna som råder inom hemvården idag.

4.1 Lagar och direktiv

I enlighet med *försök med omorganisering av tjänster för äldre KI 14/2004* gavs kommunerna möjlighet att sammanslå hemservice med hemsjukvård till hemvård för att ordna bättre tjänster av högre kvalitet åt klienterna (Social- och hälsovårdsministeriet kommuninfo 14/2004). Detta har lett till att en stor del av kommunerna valt att sammanslå hemservicen och hemsjukvården och bildat en ny enhet vid namn hemvård. Förutom Finlands grundlag styr även Socialvårdslagen (710/1982), Socialvårdsförordningen (607/1983), Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), Folkhälsolagen (66/1972), Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), Lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987), Förordningen om service och stöd på grund av handikapp (759/1987), Lagen om närståendevård (937/2005), Lagen om olycksfallsförsäkring (608/1948, Social- och hälsovårdsministeriets förordning om

journalhandlingar (298/2009), Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007), Personuppgiftslagen (523/1999), Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), Lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) och Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) hemvården. Dessa lagar och direktiv behandlar bland annat klienternas rättigheter och skyldigheter, den service, stöd och boende som kommunen skall erbjuda sina invånare, bemötande av klienter, tystnadsplikt och bestämmelser för hur klientregister med mera skall dokumenteras och förvaras, vilken utbildning som krävs av personalen samt principer för avgifter inom social- och hälsovården. Ytterligare uppger social- och hälsovårdsministeriet riktlinjer och olika program för god äldreomsorg och utveckling av äldreomsorgen. Kommunerna skall med andra ord beakta dessa riktlinjer vid utvecklandet av äldreomsorgen i kommunen. Social- och hälsovårdsministeriet har även under beredning en Äldrelag som skall trygga vården för de äldre kommuninvånarna.

4.2 Serviceutbud

Den kommunala hemvården är idag koncentrerad till de personer som mest behöver hjälpen, det vill säga de som idag klarar sig själva får inte någon hemvård. Hemvården idag är allt mer sjukvårdsinriktad och antalet äldre äldre blir allt fler. För att få vård idag måste klienten uppfylla vissa kriterier och där har hemvårdspersonalen ofta hjälp av olika mätaren bland annat RAVA-index. Skötsel av hemmet som en vårdform erbjuds inte längre (Andersson, Haverinen & Maili 2004, s. 482). Det här innebär att skötseln av hemmet har förflyttats till anhöriga eller privata aktörer. Nämnas kan även att kommunerna har full valfrihet vad gäller den service som erbjuds de äldre och valet av vårdtyngdsmätare och därför använder sig olika kommuner av olika mätaren. I dagens läge är det överlag väldigt få familjer som får hemservice. Kriterierna för att få hemservice har stramats åt samtidigt som avgifterna för servicen höjts. Allt fler privata aktörer har kommit in i bilden sedan den kommunala sektorn minskat på utbudet av service. År 1997 fanns det i Finland över 200 privata hemserviceföretag (Anttonen & Sipilä 2000, s. 117-118).

Hemvården idag har sin tyngdpunkt på den äldrebefolkningen. Tanken är att stöda de äldre, handikappade och de svårt sjuka att klara av att bo kvar i det egna hemmet längre. I Finland minskade man i samband med den ekonomiska krisen (recessionen) på antalet långvårdsplatser. Motsvarande har antalet platser för intensifierat serviceboende ökat. Även specialsjukvården har minskat antalet långvårdplatser och istället finns nu dessa

klienter på hälsocentralens bäddavdelningar. Den här förskjutningen innebär även att antalet vårdbehövande där hemma har ökat i samband med minskat antal vårdplatser samt det ökande antalet äldre människor i samhället. Även antalet personer som behöver sjukvård hemma har ökat i samband med att vårdperioderna på sjukhusen minskat (Anttonen & Sipilä 2000, s. 119-120). Utmaningarna inom hemvården är särskilt att förebygga allt äldre människors funktionsförmåga från att försämras, förebygga ökat behov av vård och ordna tillräcklig rehabilitering för de äldre. Det gäller att förebygga institutionalisering i ett tidigt skede, välja rätt klienter till rätt vårdplats, säkerställa tillräckligt med utbildad personal och ge vård som motsvarar klienternas behov av vård. En målsättning med hemvården idag är att stöda klienten till att kunna bo kvar självständigt hemma, därför görs vårdbedömningen individuellt och tjänsterna skräddarsys (Finne-Soveri m.fl. 2006, s. 19-20).

Utbudet av tjänster inom hemvården varierar idag från kommun till kommun. Respektive kommun väljer själv vilken service de erbjuder och vem som får hemvård trots att tanken bakom hemvården ursprungligen var att den skulle vara tillgänglig för alla (Anttonen & Sipilä 2000, s. 169). I praktiken betyder det här att pengarna som staten ger till kommunerna så att de kan ordna service för sina äldre invånare inte är öronmärkta utan kommunen väljer själv hur de organiserar sin service och hur mycket anslag de till exempel tilldelar äldreomsorgen i kommunen.

4.3 God hemvård

Vad god hemvård är varierar beroende på vad personen själv upplever är livskvalitet. För någon kan det vara materiellt medan det för en annan är att träffa andra människor och kunna samtala med andra människor (Blennberger 2007, s. 36). Enligt social- och hälsovårdsministeriet avses med god hemvård att vården är förebyggande och beaktar klientens funktionsförmåga så att hemvårdspersonalen snabbt kan reagera på förändringar och göra en tidig intervention, servicen som ges grundar sig på en tillräcklig bedömning av klientens funktionsförmåga sett ur alla perspektiv (psykiskt-, fysiskt-, andligt- och socialt perspektiv), vården motsvarar klientens egen uppfattning av den vård som ges och den vård som fås, vården är skräddarsydd enligt klientens behov av vård, vården både stöder och uppmuntrar till delaktighet i samhället samt att vården är rehabiliterande. Ytterligare önskar social- och hälsovårdsministeriet att hemvården särskilt för de med minnessvårigheter förbättras i fortsättningen och att genom den Äldrelag som bereds skulle

en skild person anställd inom äldreomsorgen eller en koordinator utses att föra de äldres rättigheter i kommunen (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:47, s. 17-18).

5 Forskningsöversikt

I det här kapitlet kommer jag att gå över till tidigare forskning gjort inom hemvården med tyngdpunkten på hemvårdens funktion samt tidigare forskning om teamarbete och organisationsförändring.

5.1 Hemvården

Det har forskats väldigt lite om hemvården ur både ett socialt perspektiv samt hemvårdsperspektiv. Ofta handlar forskningarna om hemvårdarnas perspektiv och deras syn på kvalitet och hur den skiljer sig från klienternas syn på kvalitet. Ytterligare finns det heller ingen internationellt överenskommen definition på vad kvalitet inom hemvården innebär. Forskarna tror att det här beror på att hemvårdens ramar varierar beroende på ort (kultur) samt över tid. Dessutom har de olika studierna gjorts av olika forskare med olika bakgrund och ur olika perspektiv och dimensioner (Vaarama, Pieper, Frommelt, Muurinen, Sixsmith, Hammond & Ljunggren 2008, s. 104).

Det finns i Finland ytterligare väldigt lite forskning gjort på hemvården ur ett klientperspektiv med tanke på statens rekommendationer på hur många äldre som skall vårdas i det egna hemmet. Intressant här är att det inte gjorts forskning före rekommendationerna kom ut och är det här ens möjligt att utföra idag så att inte någon blir utan vård som skulle behöva vård. Forskarna anser även att dagens icke utvecklade servicestruktur borde bytas ut mot kunskapsbaserade interventioner och goda mätinstrument att utvärdera vården med (Vaarama & Tiit 2008, s. 169). Orsaken till varför det gjorts så lite forskning kring hemvård är att det är ett svårt definierbart område. Det finns stora variationer med hur vården och stödåtgärderna är organiserade, till exempel vissa kommuner ordnar dessa själv medan andra anlitar den privata sektorn (Finne-Soveri m.fl. 2006, s. 140).

5.1.1 Hemvård och strukturförändring

Problemen inom hemvården idag är att servicen som erbjuds de äldre är splittrad och fungerar väldigt olika i kommunerna. En klient kan få hjälp av många olika vårdaren, det vill säga det är en ny vårdare som kommer alla gånger då klienten behöver hjälp. Det har även uppkommit problem med koordinering av tjänster. De äldre kan ha besök av många olika instanser under en och samma dag och resten av veckan inget besök alls. Samarbetet med den privata sektorn är mycket bristfälligt. I många fall tillåter inte vårdaren klienten att göra de saker som denne klarar av utan gör saker och ting för klienten. Det förekommer även fall där klienternas önskemål inte beaktas och beslut inte respekteras (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman (toim.) 2009, s. 11).

I undersökningen om hemvård ur tre perspektiv upplevde personalen att det är problematiskt då de inte hinner delta i arbetsmöten eftersom resurserna är så minimerade. Det upplevdes även motstridigt att utgå ifrån klientens behov av vård då det i praktiken inte går att motsvara dessa krav. Personalen upplevde att de balanserade mellan klientens önskemål, normer och inbesparingar. I sista hand måste dock klienten anpassa sig efter de regler som hemvården gör upp (Andersson m.fl. 2004, s. 489-490).

Hemvården skulle behöva en arbetsmodell som både skulle vara flexibel och rättvis. Det skulle kräva tätt samarbete och planering med klienten och alla inblandade instanser och parter. En sådan modell som ser vården ur ett helhetsmässigt perspektiv existerar inte idag. Engeström m.fl. (2009) avser att en sådan modell skulle behöva byggas upp bit för bit genom praktisk erfarenhet (Engeström m.fl. 2009, s. 23). Det är vanligt att det är oklart både för klienten och för arbetaren vad helhetsmässig vård som hemvården ger innebär eftersom även den privata sektorn kan vara inblandad i klientens vård. Gränserna för vem som gör vad blir på det här viset förvirrande. Det här medför även att bemötande av den äldre klienten har blivit sämre då arbetaren är inriktad på att göra de uppgifter som skall göras hos klienten och stressen hos arbetaren skiner igenom vid bemötandet. Arbetaren kan få upplevd tillfredsställelse av att klara av alla uppgifter medan klienten inte upplever tillfredsställelse (Nummijoki 2009, s. 99-100).

5.1.2 Hemvård och förväntningar

Ett dilemma inom hemvården är också att förväntningarna som arbetaren har och de som klienten har inte motsvarar varandra. Arbetaren kanske upplever att det är viktigt att man tar hand om klientens hygien, läkemedel och övriga rutinerade arbetsuppgifter medan klienten själv kanske anser att det viktigaste vore att komma ut i den friska luften. Tiden som personalen har tillförfogande borde även räcka till att aktivera klienten och koordinera vården så att den skulle vara ändamålsenlig för klienten. Redan att tillåta det klienten själv klarar av att göra, till exempel koka kaffe eller gymnastisera är att aktivera klienten (Engeström m.fl. 2009, s. 21-22).

Enligt en forskning om hemvård ur tre perspektiv var de äldre överlag nöjda med servicen som erbjuds, särskilt punktliga tider samt vänligt bemötande uppskattades. Det framkom dock att hjälpen var otillräcklig i de flesta fall. De äldre skulle önska mer hjälp med städning samt utevistelse. De flesta äldre visste ytterligare inte ens att det gjorts upp en skild vård- och serviceplan för dem (Andersson m.fl. 2004, s. 487).

De äldre upplevde även i en forskning om äldres behov av hjälp samt erhållen hjälp att man inte längre kan lita på att få kommunal hjälp i form av hemvård trots att man skulle behöva. Så mycket som 60 % av dem som besvarat intervjun var av denna åsikt. Detta upplevs av forskarna som ett misstroende på att servicestrukturen inte fungerar som den skall. Detta har också ett samband med att hemvården under 2000-talet gått allt mer in på att minska på sina tjänster och mera privatisera vissa tjänster samt att allt färre får hemvård idag på grund av kriterierna för vård (Vilkko, Finne-Soveri & Heinola 2010, s. 55).

5.1.3 Hemvård och dagens krav

I en forskning framkom det att man i Finland allt mer gått från institutionsvård gentemot hemvård. Det här betyder att klienterna inom hemvården blivit allt mer krävande, det vill säga multisjuka vilket kräver allt mer kompetens av personalen (Grönroos & Perälä 2008, s. 27-28). Enligt Nummijoki (2009, s. 101) är vi som tjänstemän väldigt sena på att reagera på klientens försämrade funktionsförmåga. Klientens förmåga att röra sig inomhus kan vara väldigt minimerat också på grund av att sinnen försämrats hos klienten. Genom att ha ett rehabiliterande arbetsgrepp inom hemvården och låta klienten göra det denne klarar av stöder arbetarna samtidigt klientens självbestämmanderätt.

5.1.4 Sammanslagen hemvård

Enligt forskning hjälper en väl koordinerad hemvård till att uppehålla god funktionsförmåga och livskvalitet hos de äldre samt är ekonomiskt fördelaktigt. I en italiensk studie av R. Bernbain fördröjdes behovet av vård hos de äldre som erhöll sammanslagen hemvård gentemot hemvård där hemservice samt hemsjukvård var skilt ordnat (Andersson m.fl. 2004, s. 484).

I Helsingfors har hemsjukvården och hemservicen varit sammanslagna redan en tid men problemen har varit många. Det har varit svårt att få tag i kompetent personal vilket lett till att tjänster privatiserats. Det här har i sin tur medfört att personalen upplever att de inte längre får en helhetsbild över klientens välmående. Medikalisering inom vården har också gjort att hemvården inte idag längre har tid att rehabilitera klienterna och arbetet har blivit väldigt rutinerat. Hemvårdspersonalen i Helsingfors upplever att hemvårdsarbetet måste vara mångdimensionellt för att locka nya arbetare med men samtidigt klarar inte alla av den nya formen av arbete som råder inom hemvården (Engeström m.fl. 2009, s. 12, 14, 16).

Då hemservice samt hemsjukvård enades till dagens hemvård inom två hemvårdsteam i huvudstadsregionen innebar det stora organisatoriska förändringar för enheterna. För arbetarna innebar det här ett nytt sätt att dela arbetsuppgifterna på, nya kolleger, delat ansvar med mera. För klienten betydde det en helhetsbild av vården, minskat antal hemvårdsbesök och en kvalitativ vård. För ledningen igen innebar det stora utmaningar att få arbetskulturen med mera att fungera så bra som möjligt. Den sammanslagna hemvården samt dagens trend har gjort att utbudet av service som erbjuds de äldre har minskat. Bland annat har städningen samt utevistelse med de äldre fallit bort och istället har man hänvisat till privata aktörer (Andersson m.fl. 2004, s. 481).

Det som framkom var att personalen upplevde en sammansatt hemvård som positiv då man befinner sig under samma tak och på så vis blir kontakten med varandra och samarbetet naturligt. Personalen ansåg även att hjälpen som erbjuds klienten var tryggare då informationen mellan arbetarna fungerar och vården sålunda mer etisk. Även det att man har gemensam kännedom och tillgång till samma information om klienten ansågs vara bra (Andersson m.fl. 2004, s. 484).

5.1.5 Hemvårdens roll

I en forskning om befolkningens åsikter om sociala tjänster, framkom det att hemvårdens pålitlighet minskat under hela 2000-talet. Det att man kan lita på att få hemvård eller handikappomsorg har minskat. Överlag har attityden gentemot hemvården blivit mer negativ. Man litar mera på att få utkomststöd än hemvård. Det intressanta som framkom var att de med lägre utbildning litade mer på att få hemvård än de med hög utbildning. Ytterligare framkom det i forskningen att befolkningen skulle vara mer villig att rikta mera pengar gentemot äldreomsorgen. 75 % av dem som besvarade undersökningen ansåg att samhället skulle bli mera rättvist genom de sociala tjänsterna, så att de skulle vara lika för alla (Muuri 2010, s. 84, 86-87, 90).

Jämfört med forskning från år 2004 har hemvårdens roll som hjälpare dock ökat under de senaste åren men vården har övergått från hushållsarbete till att vårda människan. Även omfattningen av hemvårdstjänster har minskat kraftigt sedan 1990-talet. Otillfredsställelse med hjälpen som hemvården ger har nästan fördubblats sedan år 2004. Särskilt kvinnornas otillfredsställelse med hemvårdstjänster har ökat under hela 2000-talet. Forskarna anser att det har att göra med att vården riktas särskilt till de med dålig funktionsförmåga varav de flesta är kvinnor och att vården inte motsvarar vårdbehovet (Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010, s. 156-157).

Av tidigare forskning framkommer ytterligare att vårdtiden som hemvården gett i medeltal har minskat under åren 2007-2009 trots ökat behov av vård hos de äldre (Vilkko m.fl. 2010, s. 45). Kanske har detta att göra med att vården idag är mer sjukvårdsinriktad och att det är allt fler äldre idag som behöver hemvård. Tidigare skötte hemvården om hushållet hos de äldre vilket var tidskrävande medan man idag vårdar så gott som enbart klienten.

Inom hemvården beräknas en hemvårdare lägga ut 1 575 timmar per arbetare per år till klientarbete, det motsvarar cirka 30 timmar per vecka. Enligt en uppskattning gjord av forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (STAKES, nuvarande Institutet för hälsa och välfärd) får en klient cirka 208 timmar hemvård per månad, vilket motsvarar fyra timmar per vecka. Hur mycket personal som behövs är svårt att beräkna inom hemvården eftersom det beror på antalet klienter, åldern på klienterna och avståndet till klienterna (Finne-Soveri m.fl. 2006, s. 144-145).

5.1.6 Hemvård och teknologi

Användningen av teknologi ökar inom äldreomsorgen men även här sätter bristen på resurser broms på utvecklingen. En form av teknologi som utvecklats under de senaste åren är till exempel välfärds TV:n där tanken bakom teknologin är att erbjuda de äldre mer trygghet och integration i samhället. De äldre behöver en mottagare och någon (till exempel hemvården eller instans som erbjuder rehabilitering) en sändare. Det går att hålla olika program med hjälp av TV:n till exempel rehabilitering eller dylikt. Denna form av teknologi är avsedd att stöda hemmaboendet för äldre klienter. Flera klienter kan samtidigt vara inloggade i välfärds TV:n (Vesterinen & Niemelä 2009, s. 201-202). På Kimitoön har denna teknik piloterats sedan år 2006 i samarbete med Yrkeshögskolan Novia och Region Åboland. Dagens äldre kan dock ännu inte fullt ut utnyttja sig av den teknologi som finns på marknaden då redan användning av dator ger upphov till bekymmer (Goldberg (red.) 2010, s. 281.).

Den offentliga sektorn bör ytterligare övergå till elektronisk dokumentering av klientuppgifter till den 1.9.2014 så att man skall kunna överföra uppgifterna inom social- och hälsovårdens olika enheter (Häyrinen 1/2011, s. 7) och sålunda ha ett gemensamt språk (Mykkänen, Huovinen, Miettinen & Saranto 2011, s. 16).

5.1.7 Hemvård och förebyggande arbete

Genom att kartlägga de äldres sinnesstämning samt behov av stödåtgärder före klienten kommer till hemvården kunde man förebygga tidigt behov av vård. I Finland ansöker man om vård i ett väldigt sent skede och då kan det redan vara för sent att kunna uppehålla funktionsförmågan och så vidare. Den kommunala verksamheten har just inte alls resurser för förebyggande arbete inom äldreomsorgen men social- och hälsovårdsministeriet (STM) har insett detta och försöker genom kvalitetsrekommendationer för kommunerna få denna punkt åtgärdad (Vilkko m.fl. 2010, s. 55).

5.1.8 Hemvård och tredje sektorn

Engeström m.fl. (2009, s. 271) anser att hemvården ytterligare borde utveckla samarbetet till den tredje sektorn, utveckla det rehabiliterande arbetssättet och få det på riktigt integrerat i hemvården och utveckla bemötandet till klienten och dennes anhöriga så att de

förstår vad hemvården erbjuder och på vilka villkor. Engeström m.fl. (2009) vill sålunda öka både dialogen samt växelverkan mellan arbetare och klient.

5.2 Teamarbete

Med team avses en grupp människor som arbetar tillsammans mot en gemensam målsättning. Teamets medlemmar har olika kompetenser och styrkor (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 210). Dessa kompetenser kompletterar varandra i både färdigheter samt kunskap. Teamets medlemmar har ett gemensamt ansvar över prestationer samt resultat och får ett bättre resultat av att arbeta som grupp (Lind & Skärvad 2004, s. 16-17).

Med mångprofessionellt teamarbete avses samarbete som kan tillämpas vid olika situationer som att lösa klienters problem, planering samt förvaltning. Det är vanligt att man inom social- och hälsovården tillämpar mångprofessionellt teamarbete eftersom man strävar till att helhetsmässigt vårda klienten. Inom mångprofessionellt teamarbete betonas nätverksarbete, gränsöverskridande arbete, klientcentrering, växelverkande samarbete samt koncentration av information och perspektiv (Isoherranen 2004, s. 13-14). Huusko (2007) avser att teamet kan kallas mångprofessionellt då teamets medlemmar kompletterar varandras kunskap (Huusko 2007, s. 70). Då man bildar team behöver man ytterligare veta till vilket ändamål teamet är avsett för att kunna besluta om hurdan rollstruktur som behövs inom teamet. Sedan kan man först ta itu med strukturering samt relationer inom teamet (Lind & Skärvad 2004, s. 94). Enligt Huusko (2007) har olika team olika begränsningar, möjligheter, krav, specialdrag och behöver befogenheter av ledaren till att fördjupa samarbete till olika nätverk (Huusko 2007, s. 78-79). I mångprofessionella team fungerar oftast en teamdragare med förtroendeuppdrag samt teammedlemmar med olika utbildningar. Till teamdragarens uppgifter hör att objektivt lyfta upp den problematik som existerar inom teamet samt i arbetet (Koivukoski & Palomäki 2009, s. 65, 67).

Teamen behövs för att komplettera varandras kunskap, en människa klarar inte av att vara bra på allt. Genom att arbeta i team kan man specialisera sig på det man är intresserad av samt duktig på. Teamets betydelse förstärks ju mer invecklade arbetsuppgifterna är och desto mer kunskap som behövs (Lind & Skärvad 2004, s. 18-19). Ett mångprofessionellt team bestående av många olika yrkesgrupper där kunskapen ökar och utvecklas kan ge upphov till nya arbetsmodeller som behövs för att motsvara dagens förväntningar på

hemvården (Lampi & Roos 2009, s. 219). Teamarbete ses även som ett verktyg både för själva vården av klienten och för att utveckla vården för klienterna. Det tar tid att göra teamet till en sammansvetsad enhet men ju längre teamet fungerat tillsammans desto bättre lär de känna varandra och varandras styrkor (Koivukoski & Palomäki 2009, s. 15-16).

Teamens uppgift inom organisationen är att göra arbetet mer tids- och kostnadseffektivt, personalen mer innovativ, höja standarden på service och kvalitet samt arbeta mer klientorienterat (Lind & Skärvad 2004, s. 53). Att utveckla teamarbetet är samma som att utveckla kvalitetsarbetet inom social- och hälsovården. Ett mångprofessionellt teamarbete sparar över tid in resurser men dessa är svåra att mäta eftersom en klients situation kan vara väldigt komplex och kräva flexibilitet av vårdpersonalen och skräddarsydd helhetsvård. Dock torde det mångprofessionella teamarbetet öka kvaliteten på vården också genom bred kunskap (Isoherranen 2004, s. 151).

I Finland har teamarbetet spridit sig på arbetsplatserna särskilt under 1990-talet som ett resultat på de förändrade behoven inom arbetskulturen samt klienternas förändrade behov av vård (Huusko 2007, s. 41). För att lyckas med att arbeta teambaserat krävs en lärdomsprocess där strukturer och roller klargörs, arbetsteamens existens klargörs, problemen och hindren kartläggs samt problemlösning initieras och integreras. Teamen kräver även ett gott ledarskap för att kunna fungera (Nilsson (red.) 2005, s. 98).

5.2.1 Team och struktur

Med struktur avses ansvars- och arbetsfördelning mellan teammedlemmarna och ledaren, beslutsvägar och informationsvägar (Myrgård 2006, s. 114). En bra struktur utgörs av tydliga regler för hur ansvarsfrågor, kontroll och makt används och är fördelat inom organisationen (Bergengren 1999, s. 80). Många problem i en arbetsmiljö kan orsakas av brist på resurser, stress och ledarskap. Dessa problem kan spegla sig på olika nivåer samt till klienterna. Ett stort problem är då personalen inte har tid att delta i veckomöten, läsa journaler eller följa de vårddirektiv för klienten som är överenskomna på möten (Andersson m.fl. 2004, s. 489). Lind och Skärvad (2004) lyfter upp väsentliga frågeställningar att fundera på med tanke på utveckling av ledningsstrukturen då de funderar om strukturen stöder utbyte av teammedlemmar och om det finns möjlighet att specialisera sig inom teamet eller om rollerna är avgränsade (Lind & Skärvad 2004, s. 95).

För att få till stånd en strukturell förändring som växer fram i en organisation krävs att teamen vågar pröva sig fram till vad som fungerar, få till stånd en så platt organisation som möjligt vilket möjliggör engagemang samt bilda nätverk där styrkor kan tillgodoses och organisationen blir mer flexibel (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 258). Multiprofessionella team behöver ständigt lära in ny kunskap för att vården av klienten skall tryggas och kvaliteten uppehållas. Arbetstrivsel inom teamet bidrar också till god vård för klienterna (Rankinen, Suominen, Kuokkanen, Kukkurainen & Doran 2009, s. 414). För att ett team skall fungera är det också viktigt att samtliga teammedlemmar känner till sina ansvarsområden. Det här innebär att teamet behöver känna till både de formella samt informella arbetsätten och arbetsformerna, det vill säga vilka är spelreglerna och vad hör till var och en arbetares arbetsuppgifter (Lind & Skärvad 2004, s. 162). Samtliga teammedlemmar behöver få ta del av relevant information även om det inte direkt skulle beröra dem själv (Berggren, Gillström, Gillström & Östling 1999, s. 92).

De stora organisationsförändringarna som skett inom social- och hälsovården i Finland har gjort att många vårdaren väljer att byta yrke. Ju större en strukturell förändring inom organisationen är desto mer utmanande blir det att få teamarbetet att fungera på arbetsplatsen. Det krävs allt öppnare dialog och det tar längre tid för en ny arbetare att komma in i teamet. De strukturella förändringarna har även medfört att teamarbetet mellan klienten och vårdaren minskat och det tär på relationerna mellan de olika parterna. Detta har i sin tur gjort att teamarbetet bland personalen påverkats negativt, det vill säga den allt större stressen förs in i arbetsteamet och det bildas konflikter bland teammedlemmarna (Rankinen m.fl. 2009, s. 404).

Förövrigt måste hela kontexten ses över på arbetsplatsen och en ny kontext skapas för att en förändring skall vara möjlig. Denna nya kontext omtolkas samt omformuleras på ett positivt sätt. Personalen får också genom den nya kontexten en ny förståelse av teamet och alla förhållningssätt samt attityder däri. Ytterligare behöver ledaren uppmuntra till att teamet tar ansvar och bygger det på ömsesidig respekt och på det viset blir det möjligt att integrera ett nytt arbetssätt inom teamet. Ledaren uppmuntrar med andra ord teamet till att bli självständigt samt till att ta ansvar. Ledaren behöver även fundera på sina egna handlingar och hur hon eller han kan bilda egna nya handlingsmönster för att stöda teamarbetet. Ledaren utgår från små förändringar som till slut får stor effekt för teamet (Morgan 1999, s. 325-326).

5.2.1.1 Strukturens betydelse för teamen

Tydligheten inom organisationen påverkar direkt teamen i form av innehåll och välbefinnande. En arbetsplats som har en otydlig struktur påverkar teamen negativt så att huvuduppgiften varför teamen finns blir en bisak. Arbetsuppgifterna upplevs oklara och inte tillräckligt utmanande (Granström 2006, s. 34). I en otydlig organisation bildas ofta en informell struktur som är mindre effektiv än en formell struktur (Kennerfalk & Klefsjö 1995, s. 191).

Att teamet har rutiner och modeller för arbetet upplevs vara bra eftersom man då också klarar av att göra beslut och producera tjänster. En fördel med teamarbetet är att kunna tydliggöra gränser, resurser, behörighet och arbetsuppgifter. Arbetsuppgifterna inom teamet påverkar teamets benägenhet att arbeta, det vill säga innehållet i arbetet är viktigt för teamet. Respektive teammedlem bidrar med sin kunskap till att lösa ett problem som uppkommer, till exempel berörande klienten och dennes vård (Granström 2006, s. 34-35, 128-129). Med tanke på struktur är det därför också viktigt att var och en teammedlem har en tydlig och utvecklande roll i sitt team (Börjeson 2001, s. 43).

Genom att ha klara regler och direktiv minimerar det ångestsituationer som kan uppstå mellan teamet då teammedlemmarna inte vet vad de får eller skall göra. I en otydlig organisation vet inte teamet vilken målsättning eller syfte teamet har. Dock behöver också teamet en viss form av autonomi för att fungera (Granström 2006, s. 35). Om teamet upplever att de inte känner till syfte och målsättning börjar teammedlemmarna snabbt må dåligt. Illamåendet syns i form av stress, omotiverad personal och ökad sjukfrånvaro med mera (Svedberg 2007, s. 196, 211).

Teamen väljer ofta att i frågor som berör dem själva och deras arbetsvillkor ge över ansvaret till ledaren. Detta görs ofta eftersom gruppen kanske inte når enighet om hur dessa skall ordnas vilket leder teamet till en konflikt. Fördelning av arbetsuppgifter och dylikt har direkt konsekvens för relationerna mellan teammedlemmarna (Granström 129-130). Med en befintlig struktur kan man även förebygga negativa företeelser i form av inre konflikter i gruppen som angrepp med mera (Myrgård 2006, s. 41).

5.2.1.2 Motivering till teamarbete

Det finns många olika sätt att arbeta utgående ifrån men en motivering till att välja teamarbete är att teamen väldigt snabbt kan tillämpa organisationens strategier vid ständiga förändringar. Då man arbetar i team har man möjlighet att fördela resurserna dit de mest behövs. Teambaserade organisationer är oftast också lärande organisationer där den inlärd kunskapen stannar inom teamen trots utbyte av personal. Även flexibilitet, tidseffektivitet, kostnadseffektivitet samt förändringsbenägenhet lyfts upp som fördelar med teamarbetet. Det finns ytterligare olika former av teamarbete och vilken som är den lämpligaste formen beror på arbetsuppgifter och syftet med teamen. Därför är det även bra att först fundera på vilket ändamål teamen skall tjäna innan man börjar bygga upp teamen (Nilsson (red.) 2005, s. 79-81). Teamarbete motiveras ytterligare med att dagens teknologi och förändrade arbete kräver mångprofessionalitet vilket gör att individuell kunskap inte längre räcker till och därför är teamarbete motiverat (Koivukoski & Palomäki 2009, s. 9).

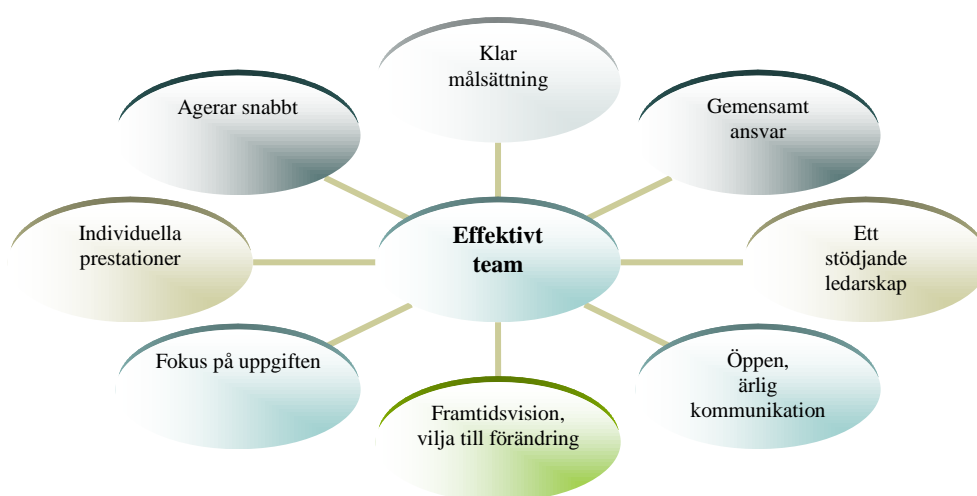
Teamarbete ses även som ett sätt att utföra demokrati inom organisationen som är ideal i dagens samhälle samtidigt som det ses som ett bra arbetssätt för att lösa invecklade och svåra arbetsuppgifter. Teamarbete möjliggör för personalen individuell utveckling och kompetenshöjning i och med att handlingsutrymmet ökar (Sandberg 2006, s. 19). En förenklad syn på teamarbete är att det är enklare att arbeta som ett team (Börjeson 2001, s. 16) och att det är tryggare (Sköld & Wengelin 2000, s. 37). Inom ramen för samarbete i team bildas även synergier vilket betyder att teamet presterar mera tillsammans än vad teammedlemmarna skulle göra åtskilt (Isoherranen 2004, s. 15).

5.2.2 Teameffektivitet

Ett effektivt team utgår ifrån ledarskapet som energi, har en klar struktur, klara metoder, målsättningar och klienter (förväntningar, behov och önskemål). För att samarbetet mellan teammedlemmarna skall fungera krävs handlingskraft, tydlighet, gemensamt ansvar och förmåga att anpassa sig till situationer. För att kunna uppnå denna effektivitet krävs växelverkan mellan klienten och hemvården (teamet) och mellan teamet och ledaren, det vill säga tydlighet. Teamet anpassar sig till nya situationer liksom klienten. Teamet tar ansvar över klientens vård och kan handla snabbt. De områden som man koncentrerar sig till då effektiviteten inom organisationen betraktas är strategierna, målsättningar, arbetsdisciplin, rutiner, arbetsuppgifter och ansvarsfördelning samt uppföljning och

utvärdering (Myrgård 2006, s. 114, 138). Ett effektivt team inom social- och hälsovården delar samma målsättning, förstår varandras arbetsroller, respekterar varandra, är flexibelt, har god problemlösningsförmåga samt kommunicerar bra med varandra (Sargeant, Loney & Murphy 2008, s. 229).

Det är svårt att få ett team att fungera men då ett team fungerar får man ut respektive teammedlems styrkor. För att få ut maximal effektivitet av ett team krävs att teamet har en klar målsättning och ledaren inser att teamet kan byggas upp på olika sätt beroende på vilken målsättning teamet har (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 215). Teammedlemmarna kan även tolka den gemensamma målsättningen olika därför är det viktigt att ytterligare tydliggöra målsättningen så att alla känner till vad den innebär (Sandberg 2006, s. 38). Ett effektivt team kännetecknas av en öppen och respektfull atmosfär så att teamets medlemmar upplever arbetsglädje (Myrgård 2006, s. 86). I ett väl fungerande team har strategier samt målsättningar gjorts upp i samråd med teamet och var och en teammedlem har förbundit sig att följa dem (Koivukoski & Palomäki 2009, s. 19). För att ett team skall fungera effektivt behövs att teammedlemmarna kan samarbeta och fungera som ett team. Ytterligare måste teamets medlemmar få veta vad målsättning är, vad som förväntas av dem samt ges verktyg för att åstadkomma resultat. Uppgifterna som tilldelas teamet måste även vara betydelsefulla i den grad att det motiverar teammedlemmarna till att vilja utveckla sig själv och sitt arbete (Lind & Skärvad 2004, s. 69). Alvesson & Svenningsson (red.) (2007, s. 216) anser att teameffektivitet börjar med att formulera utgångsläget.



Figur 1. Komponenter som behövs för att ett team skall bli effektivt (Lind & Skärvad 2004, s. 71-72)

Dessa komponenter som ovan demonstreras i figur 1 utgör de komponenter som kännetecknar ett effektivt team (Lind & Skärvad 2004, s. 71-72). Teamets målsättning är tydlig för alla parter, man lyssnar på varandra oberoende vem som talar och tar gemensamt ansvar för arbetet, olikheter i teamet accepteras, teamet kan kritiskt värdera sitt arbete med hjälp av stöd från ledaren, kommunikationen fungerar och tillåter känsloutbrott, teamet har en vilja till förändring och gör gemensamma beslut, fokus ligger hela tiden på uppgiften, individuella prestationer beröms och ringa maktkamp förekommer och teamet har förmåga att göra snabba beslut i samförstånd (Svedberg 2007, s. 237-238). Lind och Skärvad (2004, s. 81) talar om operativa team som en möjlighet att uppnå effektivitet. Operativa team kännetecknas av att de är flexibla och mångprofessionella och har befogenheter och ansvar att genomföra arbetsuppgifterna. Teamet behöver dock ständigt utveckla sin kunskap och vara lärande.

Var och en teammedlem är expert på sitt eget arbete men samtidigt också en utvärderande och observerande medlem i sitt team. Teammedlemmarnas fritid påverkar även arbetet och kan i många fall berika teamens arbete genom nya perspektiv, idéer och visioner. Denna form av kunskap behöver också uppmuntras och stödas både individuellt och i team. Alla teammedlemmar har en hel del tyst kunskap som också behöver lyftas fram på ett eller annat sätt. Tyst kunskap kan användas till att utveckla servicestrukturen men den är svår att uttrycka. Tyst kunskap får sin början av erfarenhet som vävs in i personens individuella värderingar, visioner, uppfattningar, känslor och agerande (Kommunförbundet 2006, s. 66-67).

Ett bra teamarbete börjar från personen själv, det vill säga personens självkänsla, självförtroende och tillit på sig själv. Personen balanserar mellan arbete, hälsa, relationer och sin självbild (Myrgård 2006, s. 94, 101). Personens hela bakgrund med utbildning, religion, familj, vänner och så vidare har betydelse för teamet för personen hämtar med sina uppfattningar och erfarenheter till teamet (Sjøvold 2008, s. 96). Förutom erfarenhet och kunskap behöver teamet också vara motiverat och uppleva arbetsglädje för att vara effektivt (Bergengren 1999, s. 23). De färdigheter som teammedlemmarna behöver ha är god förmåga till växelverkan, professionell kunskap, lokalkännedom samt god beslut- och problemlösningsförmåga (Huusko 2007, s. 71). Ett team är inte ett effektivt team bara för att de arbetar med varandra utan kräver sålunda olika färdigheter och kompetenser där den viktigaste är kunskap (Sargeant m.fl. 2008, s. 233). Myrgård (2006, s. 124) sammanfattar teamet och organisationen väldigt bra med att säga: *Arbetsglädje, effektivitet, kvalitet och*

samarbete ska med gemensamma ansträngningar bli de fyra hörnstenar som verksamheten vilar på. Det här är de saker som bör eftersträvas inom organisationen och teamet för att få ett effektivt team.

5.2.3 Betydelsen av kompetensutveckling för team

Med kompetens avses till exempel olika färdigheter som erfarenhet, samarbetsförmåga, kunskap, utbildning, självförtroende, engagemang, förmåga att skapa relationer och så vidare (Bergengren 1999, s. 24-25). Kompetensen utvecklas ofta i samband med praktiken samt genom växelverkan med de andra teammedlemmarna (Sargeant m.fl. 2008, s. 229).

Kompetensutveckling för team kan ses som en investering för organisationen då teamet producerar ny kunskap i form av nya färdigheter och synsätt, nya erfarenheter, den sociala gemenskapen ökar, befintlig kompetens uppehålls och självkänslan stärks åt teammedlemmarna. Ytterligare ökar medvetenheten om den egna organisationen. Effekterna som fås av kompetenshöjning är till exempel ökad produktivitet, bättre samarbetsförmåga, bättre kvalitet på utfört arbete och tjänster, minskad frånvaro, ökad självständighet, större initiativ- och ansvarstagande (Myrgård 2006, s. 15). Kunskapen utvecklas hastigt då ny forskning görs och därför behöver teamet uppdatera sin kunskap för att även kunna fördjupa sig i ett specialkunnande (Svedberg 2007, s. 400).

Ett lärande team kännetecknas av att de kan se andra och sig själva, arbetsuppgifterna och möjligheterna i arbetet. Arbetsprocessen präglas av delaktighet i allt utvecklingsarbete. Relationerna mellan teammedlemmarna präglas av ett ömsesidigt förtroende (Myrgård 2006, s. 30). Till teammedlemmarnas gemensamma kompetens, det vill säga den gemensamma kunskapen om arbetet hör också att teammedlemmarna stöder varandra i att vilja utvecklas individuellt i sitt arbete. Det är viktigt att det finns en balans då det gäller kompetenserna inom teamet (Sandberg 2006, s. 24). Kreativitet och fantasi är två viktiga ingredienser som teamet behöver ha med tanke på problemlösningsförmåga (Bergengren 1999, s. 27-28). Ett lärande team tar ständigt in ny kunskap från omgivningen och kan med hjälp av kunskapen utvecklas och förändras i realtid. Med det här avses att teamet inte blir kvar i sina gamla arbetsmodeller utan ständigt utvecklar nya bättre arbetsmodeller och sådana som lämpar sig i modern tid. I och med den här motiveringen borde också strukturen inom organisationen vara uppbyggd så att den tillåter dessa förändringar

(Isoherranen 2004, s. 125). Brainstorming är ett bra sätt att ge rum för kreativitet och bättre problemlösningsförmåga inom teamet (Berggren m.fl. 1999, s. 80).

Kompetensutveckling inom teamet tar tid men om man ser på det ur ett framtidsperspektiv borde det ha en långvarig effekt (Myrgård 2006, s. 87). Nyckeln till all form av lärande i en organisation är att bilda en struktur som tillåter ny information att komma in och ta form. Det gäller för ledaren att uppmuntra personalen till personlig utveckling också för att få fram ny information inom organisationen (Mintzberg, Ahlstrand & Lampel 2009, s. 226). Teamet behöver dock ta in den nya kunskapen och göra den till sin egen, det vill säga erinra sig det nya och anpassa det till det egna arbetet. Andra kan lära ut nytt men endast personen själv kan lära in. Att lära in tar tid då man använder sig av både hjärna och hjärta och på grund av detta behöver teamet arbetsro för reflektion och koncentration (Svedberg 2007, s. 385, 388). Då det råder brist på utbildad vårdpersonal bör även studerande beaktas som en kunskapskälla under dennes skolgång. Studerande lär under en praktikperiod av teamet förhållningssätt, bemötande, dokumentering med mera. För teamet erbjuder det ett bra verktyg att spegla sitt eget arbete (Koivukoski & Palomäki 2009, s. 26-27).

5.2.4 Arbetsroller inom team

Med arbetsroller avses de förväntningar som ställs på en arbetare. En arbetare har vissa arbetsuppgifter som de ansvarar över och som är knutna till en viss position inom organisationen (Lind & Skärvad 2004, s. 84). För att teamet skall kunna förstå sin arbetsroll krävs att teamet känner till sina arbetsuppgifter, det vill säga vilka de konkreta uppgifterna är. Vissa uppgifter kräver en viss utbildning medan andra kan utföras av flera eller samtliga teammedlemmar (Sandberg 2006, s. 29).

Arbetsrollen inom teamet behöver motsvara utbildningsnivån för att arbetaren skall få tillräckligt med utmaningar inom teamet och för att få ut full effekt av teamet. Teamet behöver också ha både gemensam kunskap för det egna arbetet samt egen kompetens som bidrar till mångprofessionalitet. Då teamets medlemmar har olika kompetenser bidrar det till ökad rikedom i form av perspektiv på problemlösningsförmåga. Den gemensamma kunskapen omfattar en gemensam värdegrund samt utgångsläge för teamet (Sandberg 2006, s. 23-24).

Arbetsrollerna inom teamet skall utformas så att det ger rum för utveckling och nya idéer men också så att man kan ta tillvara den tysta kunskapen och kompetensen som respektive teammedlem har. Konflikter föds dock väldigt lätt inom teamet då teammedlemmarna vill specialisera sig inom något visst område och väljer därmed sina arbetsuppgifter. Denna handlingsfrihet kan upplevas hotfull och kränkande särskilt av de andra inom teamet med samma utbildningsnivå (Sandberg 2006, s. 24).

Det som teamet behöver sträva till är att vara överens om hur arbetet skall fördelas mellan teammedlemmarna och detta är endast möjligt genom god kommunikation. Det här innebär att vissa arbetsuppgifter inom teamet är bundet till utbildningsnivån. Med tanke på teamets funktionsförmåga är det viktigt att alla känner till sin roll inom teamet. Om teammedlemmarna inte känner till sin roll kan det visa sig i form av osäkerhet och långsamhet. Allt detta är avgörande för hur teamet upplever arbetsglädje (Sandberg 2006, s. 24-25). Jag kommer att återkomma till arbetsglädjen vidare i delkapitel 5.2.7.

Ytterligare kan arbetsrollerna inom teamet variera beroende på grad och arbetsuppgifter. En viss person kan ha en formellt högre status inom teamet och då har även de övriga teammedlemmarna vissa förväntningar på denna person. En sådan formell roll kan till exempel sjukskötaren inom ett team ha som en expert roll. Lagstiftningen styr ganska långt de olika teammedlemmarnas arbetsroller och ansvarsområden utgående från utbildning men samtliga som hör till teamet har ansvar över att teamet fungerar och att arbetet löper (Isoherranen 2004, s. 41, 59). Mycket ansvar över arbetsuppgifter och arbetsområden kan leda till personlig etisk utveckling för respektive teammedlem som utför dessa ansvarsuppgifter (Blennberger 2007, s. 57).

5.2.5 Ett starkt arbetsteam

Ett starkt arbetsteam kännetecknas av att atmosfären och gemenskapen inom teamet är öppet och tillåtande, med andra ord diskuterar teammedlemmarna om samma saker både på arbetet och utanför arbetet. Teamet har en balans av erfarenhet och kunskap. Samtliga teammedlemmar gläds över varandras framgång och bedriver en sund konkurrens. Inom teamet förekommer ömsesidig respekt och tillit. Samtliga teammedlemmar upplever sig delaktiga i allt utvecklingsarbete och i de beslut som görs. Teamet har klart för sig hemvårdens målsättningar och har vilja att individuellt utveckla sig i arbetet. Extern hjälp

är ett välkommet inslag och kommunikationen effektiv. Ytterligare kan teamet utvärdera sitt arbete (Berggren m.fl. 1999, s. 79-80).

Ett arbetslag fungerar bra då teamets medlemmar kan agera både självständigt och kan samarbeta. Ett välfungerande team kännetecknas av energi och entusiasm medan det i ett dåligt fungerande team finns till exempel skvaller och martyrskap (Myrgård 2006, s. 85). Teamets medlemmar lär sig hur var och en i teamet fungerar och kan använda var och en teammedlems styrkor. Teamet bildar efter en liten tid tillsammans arbetsmodeller eller rutiner för hur arbetet utförs (Isoherranen 2004, s. 92).

Kvalitet inom team handlar om god samarbetsförmåga, det vill säga att utveckla relationerna (Myrgård 2006, s. 111). I ett bra team handlar det om mer än professionalitet och resultatorientering, det handlar om att det är hälsosamt att arbeta i, det vill säga teammedlemmarna kommer gärna på arbete och trivs på arbetet. Ett bra team utvecklas och lär sig nytt och stöder inte frånvaron. Att sedan göra ett bra arbete hänger samman med de tillgängliga resurserna teamet har till sitt förfogande samt ledningen (Sandberg 2006, s. 157-158).

5.2.6 Sårbarhet inom team

Teammedlemmarna vikarierar varandra och utför samma arbete vilket betyder att de granskar varandras arbete ur ett kvalitativt perspektiv. Betydelsen av ett professionellt förhållningssätt ökar därmed inom teamet. Alltför hård kritik upplevs som sårbart och nedvärderande. Risken för att teamet stagnerar på ställe är stort och då behöver ledaren fort ingripa (Granström 2006, s. 117-118). En person som arbetar inom vården måste kunna förhålla sig till klienten och dennes anhöriga juridiskt, politiskt samt moraliskt. För att vårdaren skall ha rätt förhållningssätt krävs att denne ser helheter och sammanhangen men även skillnaderna (Nortvedt & Grimen 2006, s. 237). Det här betyder att teamets roll stärks för att vårdaren skall orka med sitt tunga arbete. Teammedlemmarna måste kunna ta stöd av varandra och ett forum för reflektion tillåtas.

Inom mångprofessionella team betonas ansvaret som kommer med utbildning, det här betyder att sjukskötaren som teamdragare bär ansvaret över att se till de uppgifter där till exempel närvårdarutbildningen inte är tillräcklig. De övriga teammedlemmarna har också ansvar att säga nej till de uppgifter som den egna utbildningen inte räcker till. Även

planeringen av arbetslistor har stor betydelse för organiserandet av arbetet inom teamet så att det till exempel finns tillräckligt med utbildad personal i arbetsskiftet. Teamdragaren har ytterligare inget förmansansvar och därmed inga befogenheter att göra större beslut trots att teamdragaren kan hamna vikariera ledaren. Fel sorts beslut i sådana här fall kan leda till större problem bland arbetsgemenskapen. Oklara roller inom teamet kan ge upphov till känslor av både misslyckande och besvikelse. Även delegerande av makt kan användas fel inom teamet vilket kan bryta ned hela arbetsgemenskapen (Koivukoski & Palomäki 2009, s. 97-100).

Konflikter förekommer alltid inom teamarbete och skall förekomma eftersom det gör att problemen diskuteras och ses ur många olika perspektiv. Med nya perspektiv kommer ny perception och det leder till att utveckla eller förändra arbetet till det bättre. I slutända torde det även bli bättre för klienten i form av mer kvalitativ service. Det är dock svårt att ändra på rutinerna eller arbetsmodellerna eftersom dessa kan vara inlärd modeller som funnits i år och tal. Det är ett faktum att man inte kan komma överens med alla men här kommer professionaliteten in så att man kan samarbeta med alla trots att man inte är bästa vän med alla. Med sociala färdigheter inom team avses just att kunna samarbeta med respektive arbetskamrat och teammedlem. Det samma gäller ju med klienter, med vissa kommer man bättre överens med än med andra. Ytterligare är bristen på gemensam tid för planering och reflektion en utmaning för teamet. Teamet behöver tid för att begrunda och lära sig målsättningarna och tid för att tillämpa ny teknik och övriga förändringar (Isoherranen 2004, s. 48, 81, 91, 149). Även rivalitet mellan olika team kan uppkomma där teamen börjar söka fel i varandras sätt att arbeta. Vid förändringar uppkommer också känslor som kan vara mycket starka bland annat försvarsmekanismer som kan bromsa utvecklingsarbetet. Därför är det viktigt att man tar itu med de känslor som en förändring bär med sig (Koivukoski & Palomäki 2009, s. 102).

5.2.7 Teamanda

Med teamanda avses hur teamet upplever kommunikationen och samarbetet på arbetsplatsen. Arbetsandan påverkas av förändringar och arbetssituationer beroende på sammanhang och detta påverkar i sin tur omgivningen. Arbetsandan formas av organisationen (strukturer, arbetsuppgifter, målsättningar, information, ledning, påverknings- och utvecklingsmöjligheter) av relationer (feedback, uppskattning, språk och

handlingsutrymmen) och av kompetens (utbildning, samarbetsförmåga, prestationer och egenskaper) (Sandberg 2006, s. 97-100, 107).

Teamandan har stor betydelse för teamets effektivitet och kreativitet, ju bättre teamanda desto bättre fungerar dessa två faktorer. Då nya idéer stöds av de övriga i teamet bidrar det till förbättrande av idéerna och dessa utvecklas till att bättre motsvara praktiken. Varenda en teammedlem är viktig och dennes insats behövs (Berggren m.fl. 1999, s. 80, 84). Teamandan påverkar resultatet, det vill säga hur bra teamet uppnår de målsättningar som gjorts upp (Sandberg 2006, s. 103). Ju större arbetsglädje teamet upplever desto mer arbete med bättre kvalitet utförs. Arbetsglädjen påverkas även av våra attityder, det vill säga det är bra om teamet ser möjligheterna istället för svårigheterna i arbetet (Berggren 1999, s. 35, 42).

Bristen på kompetent arbetskraft gör att vi inom kommunen måste ta bra hand om personalens välmående och teamanda. På detta vis kan vi vara en attraktiv arbetsplats och arbetsgivare och se till att personalen orkar arbeta längre i arbetslivet. Ett sätt att sköta om sina personalresurser är att teamen är med i utvecklingsarbetet från början till slut (Kommunförbundet 2006, s. 23, 96). Teamandan är en relation som kräver omvårdnad och uppmärksamhet (Börjeson 2001, s. 12). Teamandan påverkar även arbetstrivseln för teamet och hur personen mår, det vill säga det inverkar på upplevelsen av stress, vila och sömn. Ett gott ledarskap bidrar positivt till arbetsandan i teamet genom konstruktiv feedback och stöd (Sandberg 2006, s. 43, 104). Ur etisk synvinkel är det även viktigt att teammedlemmarna känner till konsekvenserna av sina handlingar (Blennberger 2007, s. 46).

5.2.8 Teamledarens roll

Jag har i detta delkapitel granskat ledarens roll i teamet ur ett förmansperspektiv eftersom hemvårdsteamet på Kimitoön är direkt underställda förmännen, det vill säga teamledaren är den person som gör besluten och ansvarar över organisationen och verksamheten.

Med ledarskap avses arbetsgivarens representant som utövar makt utgående från regler och värderingar. Ledarskap är även att leda människor och arbeta med en viss uppgift (Svedberg 2007, s. 295, 319). Ledarskap handlar även om att på ett inspirerande sätt kunna överföra visioner och idéer till teamet så att samtliga teammedlemmar upplever delaktighet

och arbetar mot en gemensam målsättning (Bergengren 1999, s. 18). Huvuduppgiften för en teamledare är dock att skapa en flexibel struktur som tillåter teamet att sköta om deras huvuduppgift, det vill säga klienternas välmående. Ytterligare sätter teamledaren gränser för teamets funktion. Teamledarskap handlar om som Kenneth Blanchard säger i Svedberg (2007) *Empowerment is about letting go so others can get going*, det vill säga teamet behöver själv komma underfund med hur det skall fungera och kunna tillvarata kunskaper och erfarenheter som finns inom teamet. Ju mindre en ledare behöver leda teamet desto bättre ledarskap och mera uppnår teamet. Om teamet ständigt behöver ledas är det mindre effektivt och uppnår sålunda inte lika mycket (Svedberg 2007, s. 212, 232, 322-323).

5.2.8.1 Nödvändiga egenskaper för teamledaren

För att kunna leda ett team krävs god interaktionsförmåga med samtliga teammedlemmar. En teamledare leder hela teamet men belönar teammedlemmarna både som team samt individuellt. Teamledarens roll är att ge konstruktiv feedback, förse teamet med tillräckliga utmaningar, bidrar till ökad problemlösningsförmåga inom teamet samt belöna och berömma teamet för goda prestationer (Lind & Skärvad 2004, s. 162). Ledaren måste fundera på hur teammedlemmarna skall belönas för gott arbete för med teamarbete kommer ökat ansvar och krav på arbetsprestation. Även inflytande måste tas i beaktande (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 234).

En av ledarens viktigaste uppgifter är att kunna avläsa teamet och se vilka uppgifter som passar teamet. Härmed kommer vi in på att respektive teammedlem måste förstå sin roll inom teamet (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 216). Då teamets medlemmar inser sin roll i teamet hör det även till ledaren att få teamet att samarbeta och blicka framåt. Detta kan uppnås redan med att ställa konstruktiva frågor (Sandberg 2006, s. 163).

En av ledarens viktigaste egenskaper är att kunna lyssna på sin personal och tillåta att alla känslor och dylikt laddas av på arbetsplatsen och inte utanför arbetsplatsen. På det här viset kan personalen vända blickarna mot den kommande förändringen (Thylefors 2007, s. 222-223). Ledaren är ansiktet utåt till allmänheten och därför är det viktigt ledaren föregår med gott exempel (Hatch 2002, s. 268.). Ledaren behöver också själv reflektera kritiskt på sitt sätt att arbeta och lösa problem för att kunna ändra på sina vanor. Ledaren kan på detta vis dra ner försvarsmekanismerna för att införa nya saker också för personalen (Mintzberg m.fl. 2009, s. 224).

5.2.8.2 Teamledarens roll ur ett kulturellt perspektiv

Ledaren för ett team innehar en mycket viktig roll för det övriga teamet, eftersom de bidrar till att utforma kulturen på arbetsplatsen samt kan direkt påverka de anställdas beteende. Sådana ledare som uppmuntrar sina anställda till dialog samt deltagande bidrar till att minska konflikter och aggressivitet bland teammedlemmarna. Ett sådant förhållningssätt som ledare är ett ideal ledarskap eftersom det uppmuntrar personalen till förändring samt innovation. Alla parter i en organisation samarbetar med en gemensam värdering mot en gemensam målsättning. Ledarens kunskap spelar sålunda en väsentlig roll för hela organisationen både i nuet och inför framtida förändringar och visioner (Viens, Lavoie-Tremblay, Mayrand Leclerc & Hamelin Brabant 2005, s. 156). Ledaren är den som för teamet samman och ser till att teamet möts och för att diskutera om målsättningar och arbetssätt. Det här innebär att se över att ansvar och uppgifter fördelas på ett ändamålsenligt sätt. Ledaren har också ansvar över att ledningsgruppens information och det som diskuteras där förs vidare till teamet (Granström 2006, s. 21). Ledarskapet speglas ofta av teamet vilket betyder att fungerar teamet bra så fungerar ledarskapet bra (Svedberg 2007, s. 233).

Organisationskulturen påverkas via värderingar, åsikter, förväntningar och normer i arbetet och dessa kan också en ledare styra i önskvärd riktning. Genom att påverka dessa centrala delar kan en ledare styra sin personal till ett visst beteende på arbetsplatsen (Hatch 2002, s. 374). Som ledare handlar kulturen på arbetsplatsen om att man kan se kulturen som en motiverande resurs samt möjliggöra en flexibel arbetsgemenskap. Ett lyckat ledarskap inverkar positivt både på ledaren själv som på arbetsgemenskapen. Ledaren möjliggör att personalen kan utvecklas i sitt arbete samt bildar ett öppet arbetsklimat där alla trivs. Ledaren kan genom uppmuntran, genom att ge feedback och genom att belöna uppmuntra personalen till att vilja utveckla sig (Niiranen, Seppänen-Järvelä, Sinkkonen & Vartiainen 2010, s. 75-76, 136, 139). Att ge teamet feedback är viktigt med tanke på teamets tillväxt. Feedback utvecklar kompetensen och skickligheten i arbetet. Förutom ledningen får teammedlemmarna även feedback av klienten, varandra, familjen, vänner samt övriga utomstående (Sandberg 2006, s. 164-165).

Ledaren har en skyldighet att se till att teamet får den tilläggsskolning samt kunskap som behövs för att utföra ett gott arbete (Huusko 2007, s. 17). Höjning av kompetensen är viktig eftersom tekniken, förändrade krav på vården och dylikt hela tiden går framåt och

ändrar. Mer kompetens ger teammedlemmarna ökad effektivitet och kvalitet i sina arbetsprestationer (Berggren m.fl. 1999, s. 141). Ytterligare är det ledarens uppgift att övervaka och handleda teamet tills uppgiften delegerats vidare. Ledaren har även det övergripande ansvaret över arbetsskyddet, det vill säga ledaren behöver se till att arbetet är av lämplig grad för samtliga teammedlemmar. Ledaren utvärderar samtliga teammedlemmars kunskap, samarbetsförmåga, arbetserfarenhet och så vidare för att få ut det största möjliga potential av teamet. Om arbetsbördan är rätt placerad minskar frånvaron bland teammedlemmarna (Huusko 2007, s. 48, 106-107).

5.2.8.3 Teamledarens ansvar

Ledarens roll är ytterligare att övervaka att arbetsförhållandena är gynsamma och förebygga olycksfall på arbetsplatsen så som stipuleras i arbetarskyddslagen 1 §. Det här innebär i praktiken att riskerna för teamet kartläggs så som det i 10 § står skrivet, det vill säga eventuella risker identifieras och reds ut (Arbetarskyddslag 23.8.2002/738). Ledaren samarbetar ofta i arbetarskyddsfrågor tillsammans med företagshälsovården.

För ledaren är möten med teamet viktiga för att ge information, lösa problem, diskutera om arbetsfördelning och resultatuppföljning. Det här är för ledaren effektiv tidsanvändning och ger ledaren insyn i hur det går för teamet. Berggren m.fl. (1999) poängterar betydelsen av att sammankalla teammedlemmarna till möte och ange tid för när mötet börjar och när det slutar och se till att hålla tiderna (Berggren m.fl. 1999, s. 163). Teamledaren har det övergripande ansvaret över resursfördelning, ekonomi och att teamet förbises med de arbetsredskap de behöver (Sandberg 2006, s. 164).

En god teamledare ser möjligheterna med teamet, bidrar till ömsesidigt stöd, tar itu med konflikter, ger erkännande för goda prestationer, engagerar teammedlemmarna i planering, kommunicerar öppet och inser vikten av att kunna delegera arbetsuppgifter vidare (Berggren m.fl. 1999, s. 80). En god ledare stimulerar ytterligare teamet till att ta ansvar och driver arbetet vidare. Ledaren är lyhörd och ser till att ovälkomna mönster inifrån teamet arbetas bort. Ledarens uppgift är också att balansera de olika viljorna som finns inom ett team och se till att alla medlemmar uppmärksammas (Myrgård 2006, s. 72-73, 87).

Ur en ledarskapssynvinkel är kvalitet att möjliggöra klienterna att få tillbaka sin livskvalitet, få bestående livskvalitet samt få bättre livskvalitet. Detta kan uppnås genom klientcentrerad vård, genom att stöda personalen som vårdgivare samt informella vårdgivare och genom att serviceutbudet motsvarar den äldres behov av vård (Pieper, Frommelt, Heislbetz & Vaarama 2008, s. 132). Det är med andra ord ledarens ansvar att se till kvalitetsaspekten uppfylls ur alla perspektiv och att dessa överensstämmer med målsättningarna (Kennerfalk & Klefsjö 1995, s. 188).

5.2.8.4 Teamledarens roll ur en etisk synvinkel

Ur etisk synvinkel är ledaren en förebild för teamet genom sitt bemötande och hur denne tar itu med de utmaningar som finns på arbetsplatsen. Ledaren påverkar arbetskulturen för teamet och kan bidra till välmående bland personalen genom att göra personalen delaktig i beslut med mera. Om ledaren är maktgirig påverkar det teamet negativt och skapar en dålig stämning bland teammedlemmarna. Genom gott bemötande bidrar även ledaren till att teammedlemmarna följer spelreglerna och rådande normer på arbetsplatsen (Blennberger 2007, s. 6-7, 28).

Ledaren har en skyldighet att i varje situation och beslut beakta den etiska aspekten, det vill säga alla teammedlemmar skall behandlas på lika villkor och allt utvecklingsarbete skall göras med klienterna i fokus. Ledaren visar värdighet inför respektive part. Ledaren ser teamet samt klienterna som medmänniskor och kan bemöta dem med empati. Att ledaren utvecklar och upprätthåller sin kompetens kan också ses som ett etiskt krav (Blennberger 2007, s. 40-41, 43, 48).

5.3 Organisationsförändring

Vi lever i en värld idag som förändras i en rask takt. Dessa förändringar inom en social- eller hälsovårdsorganisation är nödvändiga idag på grund av flera orsaker, bland annat det växande antalet äldrebefolkning med mera. Det finns två olika sorter av förändringar sådana som växer fram över tiden och sådana förändringar som planeras av till exempel ledningen (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 242). En förändring kan även vara radikal eller mer diskret (Viens m.fl. 2005, s. 151).

Förändringarna inom social- och hälsovården i Finland beror på de ekonomiska förändringarna som skedde under recessionsåren på 1990-talet då social- och hälsovårdens budget minskades. Ytterligare har teknologin utvecklats i rask takt särskilt inom sjukhusen där tiden efter en operation förkortats och klienterna blir snabbare hemförlovade. Det här betyder i praktiken att klienterna kommer snabbare hem och behöver sin uppföljningsvård hemma. Redan det här har haft stor inverkan på utvecklingen av äldreomsorgen. Förutom detta har även behoven hos befolkningen ändrat. Finland har bland annat en snabbt åldrande äldrebefolkning och även användningen av alkohol har ökat markant (Häkkinen & Lehto 2005, s. 90-91).

Enligt Bolman och Deal (2005) behöver organisationen förändras eller omstruktureras om omgivningen förändras, det byter ledare, teknologin förändras eller om organisationens målsättning ändras (Bolman & Deal 2005, s. 119). Svårigheten med förändring är att kunna integrera det i praktiken, ju större förändringen är desto mera tid kräver det nya att få fotfäste i organisationen (Svedberg 2007, s. 398).

5.3.1 Förändring ur ett organisationsperspektiv

Linstead, Fulop och Lilley (2009) räknar upp fem faktorer som behöver beaktas och uppfyllas för att en organisationsförändring skall lyckas: Omgivning och miljö, starkt ledarskap, teoretisk kunskap, god personalpolitik och en enig ledning. Organisationen behöver gå in för en lärande organisationsform där alla parter förbinder sig att utvecklas och ta in ny information. Ledaren behöver ena hela personalen mot en gemensam målsättning. Teoretisk kunskap behöver integreras i det praktiska arbetet i lugn takt. Personalen är det viktigaste arbetsverktyget och behöver därför ses som en resurs och tillgång vilket gör att ledningen behöver satsa på en god personaladministration. Ytterligare behöver den högsta ledningen hålla samman och vara eniga också om målsättningarna (Linstead, Fulop & Lilley 2009, s. 645-646).

En organisationsförändring är en väldigt krävande process för samtliga parter och skadar alltid på något vis organisationen. Det kan vara om frågan om att personal säger upp sig, arbetsmotivationen hos personalen sjunker, utbrändhet bland personalen eller att kvaliteten på vården sjunker. Enorma strukturella organisationsförändringar inom social- och hälsovårdsområdet i Finland idag har gjort att många vårdaren väljer att byta yrke. Förändringarna har bland annat medfört att vårdandet i sig blivit en bisak och att tiden som

vårdaren har att vårda klienten minskat. Vårdaren kan inte göra ett så gott arbete som denne skulle vilja på grund av organisationsstrukturen och väljer därmed hellre att byta jobb (Rankinen m.fl. 2009, s. 404). Då en organisationsförändring planeras är det viktigt att grundstrukturen är i skick, det vill säga en fungerande arbetsgemenskap, uppdaterad kunskap samt ett ansvarsfullt ledarskap (Koivukoski & Palomäki 2009, s. 37). Arbete med en organisationsförändring kräver tålamod och helhetssyn över enheten (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 248) och det bästa sättet att ta itu med en organisationsförändring är att tillåta förändringen att framskrida i egen takt (Mintzberg m.fl. 2009, s. 343).

5.3.2 Nödvändiga egenskaper vid förändring

Enligt en undersökning gjord i Quebec om ett optimalt förhållningssätt gentemot förändringar inom en social- och hälsovårdsorganisation behövs följande saker: Personalen måste kunna dela organisationens värderingar, uppgift och vision samt ha förståelse för varför en förändring är nödvändig, samtliga anställda behöver vara involverade i förändringsarbetet och samarbetet fungera med alla inblandade parter, förändringsarbetet måste noggrant planeras samt de nya förändringarna integreras i praktiken och organisationen ständigt utvärderas (Viens m.fl. 2005, s. 150). All förändring kan tolkas på olika vis därför är det viktigt att alla inblandade parter förstår målsättningen med förändringen (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 256). Ytterligare måste arbetsteamet få ta del av all nödvändig information gällande förändringen. Genom att göra hela arbetsteamet delaktig i förändringsarbetet och att personalen som alla dagar arbetar med klienterna är med i beslutsfattandet gör att besluten som vidtas är mer realistiska och lättare att genomföra (Viens m.fl. 2005, s. 154-155).

Varje organisationsförändring är i sig unik och kan omfatta väldigt olika saker, bland annat förändring av kulturen, ledarskapet, strukturen, kompetensen, teknologin, strategiska förändringar med mera (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 241-242). Dessa är också viktiga att känna till vid ett förändringsarbete. Då en förändring inom en organisation planeras är det viktigt att beakta följande faktorer: de tillgängliga resurserna, förändringens giltighet samt stöd från den högsta ledningen, påtryckning från den omkringliggande miljön och hur mångfaldig en förändring är. Den omkringliggande miljön spelar en stor roll för om en förändring lyckas eller inte (Viens m.fl. 2005, s. 151, 155).

En organisationsförändring handlar om att ändra på eller utveckla strukturerna, personalresurserna och de olika processerna som existerar inom en organisation. Det handlar sålunda om att ändra på hela den sociala funktionen inom en organisation (Salminen 2004, s. 124). En ledare samt personalen i en organisation måste lära sig att förstå hur organisationen fungerar inifrån och hur den samverkar i omgivningen för att kunna få perspektiv samt skapa villkor för en förändring (Morgan 1999, s. 286). Ytterligare behövs en helhetsbild av hur en organisation fungerar i sig för att kunna förstå hur organisationer utvecklas och förändras. Organisationsförändring i sig är en väsentlig del inom organisationsteorin (Abrahamsson & Andersen 1998, s. 230-231; Svedberg 2007, s. 255).

5.3.3 Hinder för förändring

Tryck från omgivningen kan både stöda en förändring eller motarbeta en förändring. Tryck från omgivningen kan öka deltagandet i förändringsarbetet bland personalen men också vara ett hinder till förändring. Då trycket blir för stort eller då förändringen är så radikal att den inte längre stöder huvuduppgiften i en social- eller hälsovårdsorganisation kan attityderna gentemot en förändring bli negativa. Förändringen blir oönskad och fungerar inte i praktiken, den blir orealistisk. Pressen måste vara lagom för att en förändring skall vara möjlig (Viens m.fl. 2005, s. 151). Hur de anställda ser på förändringen och om denne är möjlig att utföra är väsentligt för om det lyckas eller inte (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 265).

Det finns också alltid de från personalen som motverkar förändringar och istället för att stärka rollen för dem som driver ett förändringsarbete framåt borde man minska på de krafter som motarbetar detta (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 246). Stress kan medföra en önskan om en förändring medan lathet hos någon inom teamet motverkar en förändring (Viens m.fl. 2005, s. 151). Inom ett arbetsteam finns det allt som oftast av båda sorters personal, sådana som stöder en förändring och sådana som motverkar en förändring av diverse orsaker. Motstånd kan bero på att kravet av kompetens höjts för personalen, arbetsvillkoren ändrat, ekonomisk osäkerhet, hot om att mista sitt arbete, psykiskt hot samt nedgång i hierarki genom omplaceringar eller förändrade arbetsuppgifter (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 259-260). I en organisation balanseras samtliga arbetares personliga liv, karriär och arbetsuppgifter sinsemellan. Dessa tre kan vara i samverkan med

varandra eller fungera åtskilt (Morgan 1999, s. 182). Dessa tre saker måste också beaktas att påverkas vid en organisationsförändring.

Det är lättare att lyckas genomföra en förändring om man på statligt håll stöder en sådan. Även stöd från övriga organisationer inom social- och hälsovården som har genomgått liknande förändringar är viktiga. Om det finns organisationer som redan tidigare genomgått samma förändringar som vår organisation står inför kan vi lära oss av deras framgångar och undgå att göra samma misstag som de gjort, vi kan med andra ord utveckla en strategi som är lämplig för just vår organisation (Viens m.fl. 2005, s. 151). Personalen behöver känna att ledningen stöder personalen i sitt arbete också vid förändringar. Ömsesidigt förtroende mellan ledaren och personalen inverkar positivt på en organisationsförändring (Rankinen m.fl. 2009, s. 405).

5.3.4 Ledarskapets betydelse vid förändring

I en organisation finns människor och där det finns människor finns det makt, kultur och olika målsättningar. En organisationsutveckling definieras som ett medvetet planerat ingripande från ledningsnivån för att öka organisationens effektivitet och processer genom ny kunskap. En organisationsförändring är mindre förändringar som sker hela tiden, till exempel i form av nya rutiner (Abrahamsson & Andersen 1998, s. 231, 233). Införandet av nya arbetssätt kräver mycket av ledaren eftersom det innebär att bryta gamla handlingsmönster och införa nya. Förändrat arbetssätt innebär en förändring i organisationskulturen samt i förhållningssätten (Svedberg 2007, s. 399). Ledaren som utövare av makten utgör en väldigt viktig bit om ett förändringsarbete lyckas eller inte eftersom ledaren har direkt inflytande på alla och allting. Därmed avspeglas ledarens förhållningssätt gentemot saker och ting till teamets förhållningssätt att ta in ny kunskap (Viens m.fl. 2005, s. 156).

Genom att ledningen satsar på sina anställda genom att fortbilda personalen visar personalen att de är den viktigaste resursen i hela förändringsarbetet samt inom organisationen. Ledarens uppgift blir att se till när läget är optimalt för en förändring samt att arbetsförhållandena är goda under all skeden av en förändring. Innovation, mobilisering samt att göra personalen delaktiga i förändringen är de viktigaste faktorerna för en lyckad förändring inom en social- eller hälsovårdsorganisation (Viens m.fl. 2005, s. 155-156, 158). Personalen är sålunda organisationens viktigaste resurs särskilt vad gäller

förändringar och förnyelser inom organisationen. De är i en sorts nyckelposition för om det lyckas eller inte. Personalen kan även själv bära nytta av förändringsarbetet genom egen inläring eller utvecklandet av den egna professionaliteten (Niiranen m.fl. 2010, s. 125, 129). Det här innebär också att det måste finnas tillräckligt med personal, all nödvändig information måste delges personalen, personalen behöver stöda varandra genom hela förändringen och dessutom behöver personalen uppleva självsäkerhet (Rankinen m.fl. 2009, s. 405).

5.4 Sammanfattning av kapitel fem

Hemvårdens roll har förändrats genom tiden från att ha gällt så många som möjligt och skötsel av hushållet till att sköta de som mest behöver hjälp idag och vård av personen. Det här innebär att klienten idag måste uppfylla vissa kriterier för att få vård. Riktlinjer till vad god hemvård är fås av social- och hälsoministeriet men trots detta ansvarar och bestämmer var och en kommun själv för vilken service de erbjuder sina kommuninvånare. Tyngdpunkten inom hemvården ligger idag på den äldre befolkningen och målsättningen är att de äldre skall kunna bo kvar så länge som möjligt i det egna hemmet.

Teamarbetet handlar om att ha gemensamma spelregler och kunna samarbeta med alla parter i ett team, att bära gemensamt kollektivt ansvar över både mot- och framgångar samt att balansera sin egen identitet gentemot sin yrkesidentitet. Vem du är påverkar både ditt sätt att arbeta samt teamets sätt att handla. En motivering till att välja teamarbete som arbetsform är att teamarbete är mer tids- och kostnadseffektivt, det bildar synergier, kvaliteten på servicen säkerställs och att kunskapen inom teamet hålls kvar trots personalomsättning. För att teamarbetet skall kunna fungera behövs dock en tydlig ledningsstruktur, rutiner, modeller för arbetet, klara målsättningar, god växelverkan och bra samarbetsförmåga. Teamet behöver också relativt fria händer för att själv kunna utveckla och påverka sitt arbete. Ett gott ledarskap är ju när teamet på egen hand fungerar och lite ledarskapsingrepp behövs. Ledaren behöver dock se till att teamet har de resurser de behöver för att kunna organisera sitt arbete och för att arbetet skall löpa. Ledarens uppgift är att ansvara över organisationen och övervaka hela teamet så att inga missbruk sker och att alla teammedlemmar får en talan. Teamarbete kan ses som ett pussel där alla pusselbitar behövs, det vill säga var och en arbetsinsats är värdefull och viktig.

Varje organisationsförändring är unik vilket innebär att den kan omfatta väldigt olika saker. För att en förändring skall bli optimal krävs att personalen är informerad och införstådd med vad förändringen innebär, den behöver noggrant planeras och integreras i praktiken och ständigt utvärderas. De aspekter som bör beaktas vid förändring är den omkringliggande miljön, ledarskapet, kunskap, personalpolitik samt enighet inom den högsta ledningen.

6 Forskningsetiska aspekter

Enligt anvisningar från den forskningsetiska delegationen om god etisk forskning skall all forskning vara tillförlitligt och grunda sig på god forskningspraxis. Med god forskningspraxis avses att vara omsorgsfull, ärlig och noggrann både då man utför forskning, presenterar, bedömer eller dokumenterar forskning. Till god forskningspraxis hör ytterligare att datainsamlings-, bedömnings- och undersökningsmetoderna är sådana som uppfyller kriterierna för vetenskaplighet, är etiskt hållbara och kan publiceras. Forskaren tar även hänsyn till andra forskarens arbete (Forskningsetiska delegationen 14.3.2012).

All god forskning planeras, rapporteras och genomförs med noggrannhet och vetenskapligt. Innan forskning inleds känner alla parter till sina rättigheter, skyldigheter och ansvar av forskningen. Även hur forskningen får användas finns klart dokumenterat (Forskningsetiska delegationen 14.3.2012). Även den ekonomiska biten som har betydelse för forskningen beaktas, det vill säga är deltagarna avlönade och hur forskningen är finansierad. Samtidigt skall också en god förvaltnings politik bedrivas både gällande personalpolitik samt ekonomi. Missbruk av andras forskningar eller plagiat har allvarliga följder och är straffrättsliga. Ansvar för att god forskarpraxis utförs ligger i första hand hos forskaren men även hos dem som granskar forskningen (Forskningsetiska delegationen 2002, s. 11-14).

Forskning som kan ha allvarliga följder för forskningsobjektet, det vill säga känslig forskning som till exempel på långsikt påverkar personens hälsa kan prövas i en etisk nämnd. Nämnden varierar beroende på ämne. De aspekter som bör beaktas vid forskning om människor är självbestämmanderätt, integritet och dataskydd och undvikande av skada. Deltagande i forskning är alltid frivilligt och forskningsobjektet skall ges tillräcklig

information om forskningen (Forskningsetiska delegationen 2009, s. 3, 5). Det finns ytterligare skild lagstiftning som styr forskning som handlar om människor (Mäkinen 2006, s. 141-144).

Reliabilitet i forskning är viktigt, det vill säga forskningsresultatet behöver vara tillförlitligt och tanken är att man skall kunna göra om forskningen och komma till samma resultat. Forskningen skall gå att redovisa och behöver testas ur olika perspektiv så att möjlig felmarginal kommer till allmän kännedom. Forskningsresultat bör alltid publiceras och det vanligaste är i form av en artikel (Mäkinen 2006, s. 102, 121). Alvesson och Sköldberg (2008) avser att forskaren borde koncentrera sig mera på tolkning samt reflektion av forskningen än på insamling och behandling av data. Enligt Alvesson och Sköldberg utgör just det god kvalitativ forskning (Alvesson & Sköldberg 2008, s. 480). För att en forskning skall hållas objektiv behöver man även använda sig av en lämplig metod och kunna använda metoden rätt (Mäntysaari, Pohjola & Pösö (toim.) 2009, s. 165).

Etiken i detta arbete har beaktats genom en skriftlig ansökan om forskningslov till att utveckla hemvårdsteamet i Kimito distriktet. Forskningslovet har riktats till omsorgschefen i kommunen och är godkänd. Ytterligare har jag diskuterat med personalen om vad utvecklingsarbetet innebär och vad deras roll i arbetet är. För att kunna behärska metoden för insamling av data har jag valt aktionsforskning där personalen och ledningen är med och arbetar fram utvecklingen av hemvårdsteamet. På det här viset kan jag spegla arbetet till en styrgrupp som säger om jag tar fasta på rätta saker och personalen som säger om det är realistiskt. På det här viset har jag även försökt få fram relevant och tillräcklig information samt allmän information till alla berörda parter. Den största oron gällande etiken för mig har varit att jag kunnat hålla mig objektiv till den information som framkommit i och med att jag är så insatt i ämnet. För min egen del tänker jag att jag kunnat hålla ett tillräckligt avstånd till utvecklingsarbetet som varit nödvändigt för att kunna se på saker och ting ur en utomståendes perspektiv.

Anonymiteten i detta arbete har jag försökt beakta genom att återge det insamlade datamaterialet så att det inte går att känna igen vem som sagt vad. Förfrågan som sändes till personalen var anonym, deltagandet frivilligt och arbetarna har själv kunnat säga till då de inte velat delta längre. Jag har ytterligare valt att redogöra för resultatet från tre olika perspektiv ledningens, personalens och förmannens så att det är tydligt vems perspektiv det är frågan om och så att man kan se hur jag kommit till resultatet. Eftersom jag är ordinarie

förman för hemvårdsteamerna har jag redan från tidigare haft ett etiskt ansvar gentemot personalen inom teamen, till exempel respekterande av rättigheter, beaktande av personalens välmående, förebyggande av skada, uppmuntrat till självständighet och så vidare. Denna form av etiskt ansvar har jag även hela tiden haft med mig i tankarna vid all form av utveckling.

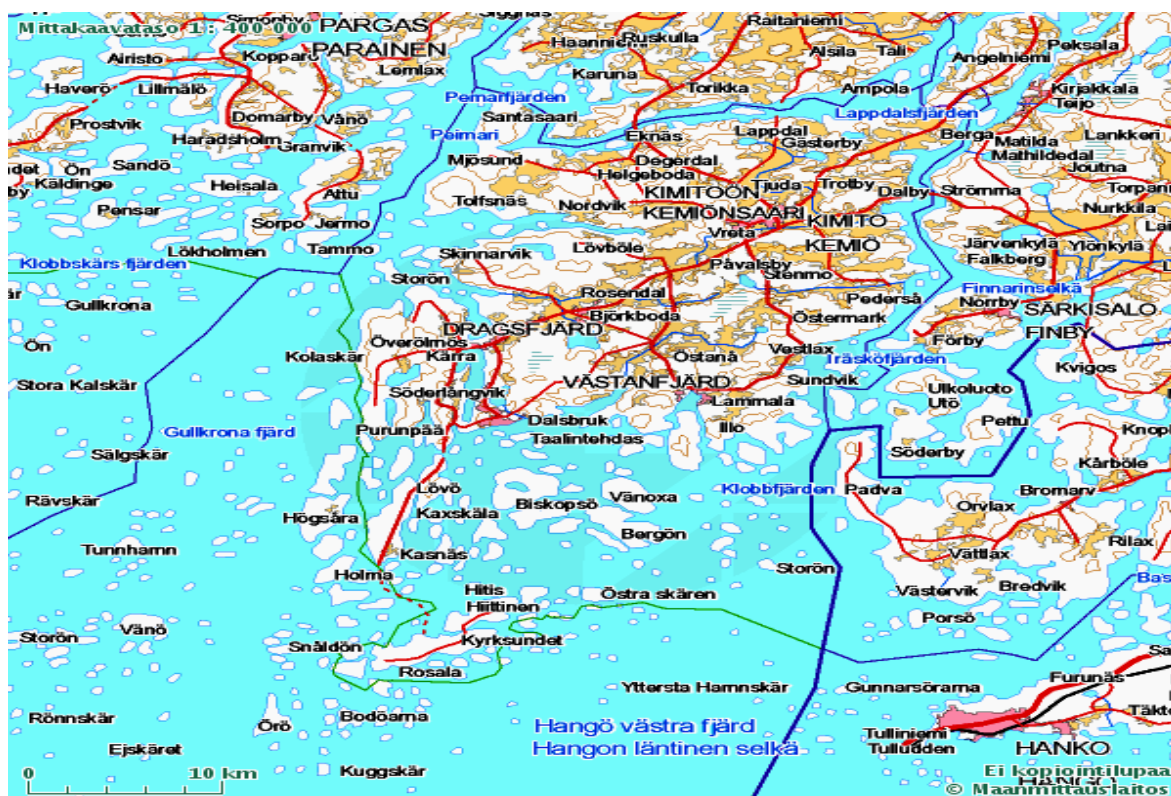
En stor etisk utmaning i detta arbete har varit att förena ledningens perspektiv på hemvårdsteamerna med personalens perspektiv på sitt eget arbete. Ledningen ser på enheten ur ett organisatoriskt perspektiv och bär ansvaret över dess funktion som helhet vilket betyder att ledningen måste övervaka användningen av resurser. Personalen ser inte hela omsorgsenheten och hur resurserna är fördelade inom den men anser att de borde ha andra resurser till sitt förfogande inom hemvården än vad de har idag. Att hitta en gyllene medelväg i användning av resurser är en utmaning. Jag har ytterligare i arbetet strävat efter att utveckla hemvårdsteamerna men samtidigt försökt beakta att inga parter sårats eller skadats. Även klienterna och deras anhöriga blir på sätt och vis berörda då man utvecklar hemvårdsteamerna och därför behöver även den aspekten beaktas så att det inte blir sämre ställt för klienten trots att man ändrar på funktionen inom teamen. Att arbeta med människor kräver sålunda både finkänslighet och kunskap av forskaren.

7 Kimitoöns kommun

I det här kapitlet kommer jag att ge en kort översikt om var Kimitoöns kommun är belägen och hur befolkningsstrukturen och hemvården är ordnad i kommunen. Jag kommer också att beskriva hur ledningsstruktur inom kommunen ser ut och i vilken avdelning äldreomsorgen fungerar. Ytterligare kommer jag att gå in och beskriva lite mera om hur arbetsuppgifterna är fördelade inom hemvårdsteamerna i Kimito distriktet och vad teameffektivitet i Kimito distrikt innebär. Jag kommer dock här nedan att börja med en kort presentation av vår kommun så att ni får en uppfattning om hur området ser ut där hemvården fungerar.

Kimitoöns kommun är en skärgårdskommun i södra Finland med total areal på 2 901 kvadratkilometer, cirka en tredjedel av detta består av vatten. Kommunen har ytterligare cirka 2 500 öar varav 30 är bebodda året runt (Kimitoöns kommun 21.2.2012). Aktivitet, öppenhet och förnyelse är de värderingar kommunen strävar till att arbeta efter. Kimitoöns

kommun är ytterligare en framåtsträvande kommun som strävar efter hållbar utveckling inom samtliga områden. Kommunen är självständig och modig och arbetar målmedvetet efter uppgjorda målsättningar. Välfärd och hälsa för alla åldrar är det som eftersträvas (Kimitoöns kommun strategi 2010-2015, s. 5). För er som fortfarande har svårt att greppa var Kimitoöns kommun exakt finns kan på figur 2 här nedan se var på kartan Kimitoön helt konkret finns beläget och hur området ser ut där hemvården fungerar.



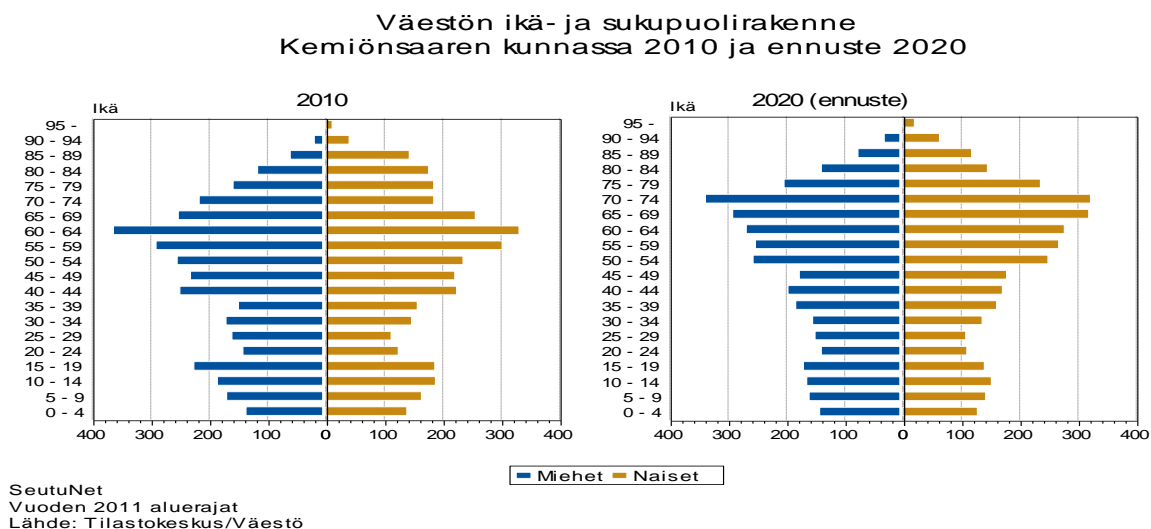
Figur 2. Kimitoön på kartan (Simola 10.3.2011)

Genom att Kimitoön är en skärgårdskommun innebär det för hemvårdens del att för att komma åt alla klienter som bor i kommunen i den yttre skärgården måste hemvården ibland åka över med färja eller båt till dessa öar. För Kimito distrikts del finns det för tillfället inga klienter dit hemvården behöver använda sig av färja eller båt utan hemvården når klienterna med bil.

7.1 Befolkningsstrukturen på Kimitoön

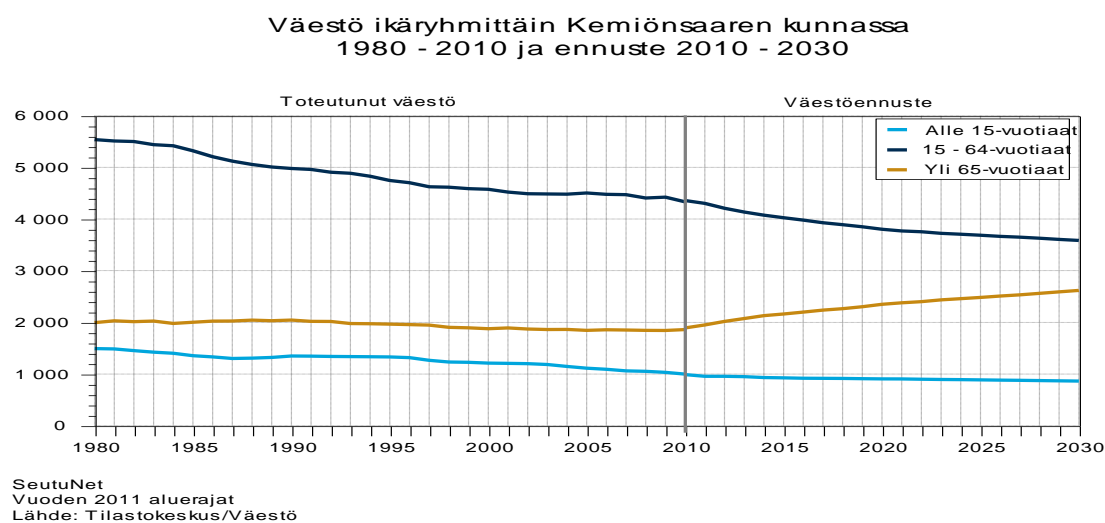
I Kimitoöns kommun bor 7 191 personer varav 73 % är svensktalande och 27 % finsktalande (Kimitoöns kommun 21.2.2012). Som kan avläsas ur figur 3 kommer den

äldrebefolkningen på Kimitoön att öka samtidigt som antalet barn minskar. Trenden verkar att hålla i sig vilket också följande figur 4 visar.



Figur 3. Befolkningsstrukturen enligt kön och ålder på Kimitoön (Statistikcentralen 24.2.2012)

Det här betyder att antalet hemvårdsklienter i framtiden kommer att öka om hemvården fortsätter sin verksamhet som idag. Det här innebär också att kommunen behöver se över kriterierna för att få hemvård. Jag kommer att återkomma till diskussionen om hemvård i delkapitel 7.3. I figur 4 återspeglas befolkningsprognosen genom ett längre perspektiv.



Figur 4. Befolkningsprognos för Kimitoön enligt åldersgrupper (Statistikcentralen 24.2.2012)

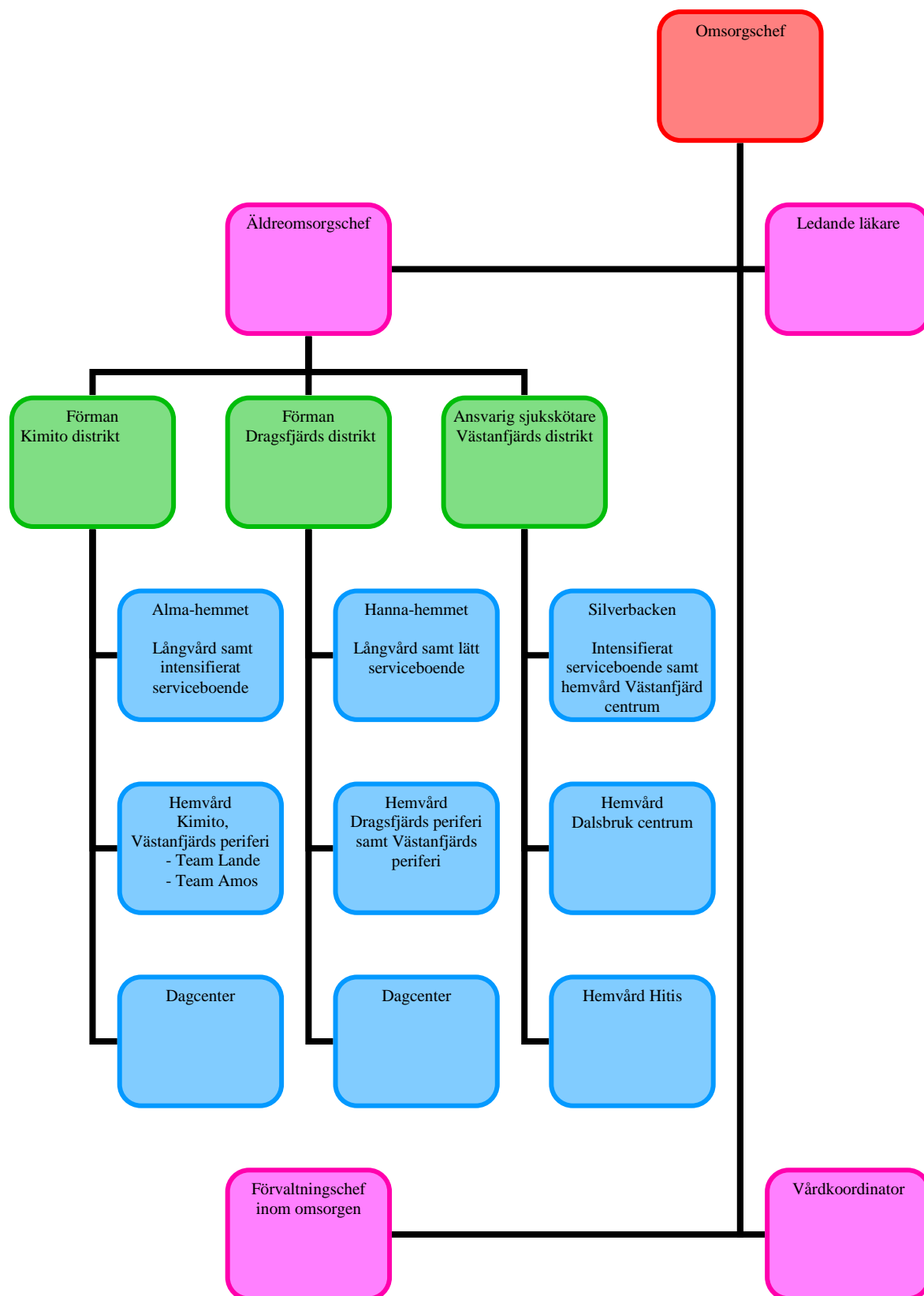
Som kan avläsas ur figur 4 kommer särskilt åldersgruppen från 65 år uppåt att sakta öka inom den närmaste framtiden. Det här kommer att föra med sig många nya utmaningar bland annat brist på utbildad personal. Ytterligare behöver hemvården se över utbudet av servicen så att den motsvarar klienternas behov av vård, det vill säga en granskning av servicestrukturen kunde vara bra om hurdant serviceutbud kommunen skall ha och hur servicen skall vara organiserad.

7.2 Ledningsstrukturen inom äldreomsorgen på Kimitoön

Hur kommunen fungerar som organisation har stor betydelse för hur klienterna upplever den service som produceras, det vill säga om servicen är bra eller dålig och hur organisationen fullföljer de kriterier som gjorts upp för servicen (Alvesson & Svenningsson (red.) 2007, s. 12). Kimitoöns kommun som arbetsgivare bedriver idag cirka 500 arbetsplatser varav en stor del återfinns inom omsorgen (Kimitoöns kommun näringsliv 21.2.2012). För att ge er en bild på hur kommunen är uppbyggd se bilaga 1. Nämnas kan dock här att kommunen har olika avdelningar för omsorg, bildning, miljö och teknik, förvaltning samt utveckling. Samtliga avdelningar har en högre ansvarig chef och dessa ansvarar direkt till kommundirektören. Kimitoöns kommun var med om en organisationsförändring då tre kommuner (Kimito, Dragsfjärd och Västanfjärd) på ön sammanslogs till en kommun Kimitoön 1.1.2009. I den nya kommunen sammanslogs även social- och hälsovården ihop till en gemensam omsorgsavdelning och hemsjukvården sammanslogs med hemservicen till hemvård. Hemvårdsenheten finns under äldreomsorgen inom omsorgsavdelningen.

Det är viktigt att teamet känner till ledningsstrukturen så att de vet vem de kan få lov av att utföra särskilda uppgifter med mera (Huusko 2007, s. 34). För att teamen samt utomstående skall förstå inom vilka ramar hemvårdsteamerna fungerar har jag i följande figur 5 skissat upp hur ledningen inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommuns ser ut. Hemsjukvården är den enda formen av hälsovård som lyder under äldreomsorgen. Allt övrigt hälsovårdsarbete lyder under hälsovården och ledande läkaren. Jag har inte gått in noggrannare och strukturerat upp hälsovårdsenheten eftersom jag anser att den inte är relevant för detta arbete. Som ni kan se på bilden är förmannen den som leder hemvårdsteamerna och ansvarar därmed över anordnandet av verksamheten. Förmannen är skyldig att rapportera till äldreomsorgschefen som i sin tur för talan vidare till omsorgschefen, kommunala organ och de kommunala beslutsfattarna. Omsorgschefen är

den högsta ledaren inom omsorgsavdelningen och undertecknar i sista hand alla större beslut som vidtas på arbetsfältet.



Figur 5. Ledningsstrukturen för äldreomsorgen i Kimitoöns kommun

Hemvården på Kimitoön är uppdelad på sex team Lande (östra Kimito), Amos (västra Kimito och Västanfjärd periferi), Dragsfjärd periferi, Dalsbruk centrum, Hitis och Västanfjärd centrum. Hemvården i Västanfjärds centrum sköts av en vårdare från Silverbacken. Kimito och Dragsfjärd har ytterligare delat på hemvården i Västanfjärds periferi. Förmännen samt ansvariga sjukskötaren har tätt samarbete vid anordning av hemvård eftersom sjukvården inom hemvården på Kimitoön är gemensamt ordnad på helgen, det vill säga en sjukvårdare sköter om hela Kimitoöns sjukvård på lördag och söndag samt söckendagar. I övriga fall fungerar distriktsområdena självständigt. Förvaltningschefen inom omsorgen samt vårdkoordinatorn som återfinns på figur 5 lyder under omsorgschefen som två självständiga aktörer, i det här fallet experter. I och med att förmännen samt ansvarige sjukskötaren arbetar tätt intill varandra vid ordnandet av hemvårdstjänster träffas de regelbundet tillsammans med äldreomsorgschefen en gång per vecka.

Följande citat av H. Uytterhoeven i Svedberg (2007, s. 356) beskriver ganska bra förmännens roll i Kimitoöns kommun idag:

Having a boss's responsibility without a boss's authority; functioning as a specialist and a generalist at the same time; meeting the conflicting demands of superiors, subordinates and peers while still getting the job done – these exacting requirements sound like a part of a manager's nightmare. But they are daily facets of general management at middle levels of an organisation.

Det här innebär att alla beslut går via den högre ledningen inom kommunen och måste godkännas där före all integrering av nya förändringar på arbetsfältet sker.

7.3 Hemvård i Kimitoöns kommun

Kimitoöns kommun erbjuder sina kommuninvånare hemvårdstjänster utgående ifrån socialvårdslagen (17.9.1982/710) och följer övrig rådande lagstiftning inom området. Enligt socialvårdslagen har de med nedsatt funktionsförmåga, handikapp eller övrig dylik orsak rätt att erhålla hemservice. Även barnfamiljer kan få hemservice. I Kimitoöns kommun är det dock endast barnfamiljer som faller under förebyggande barnskydd eller barnskydd som erbjuds hemvård, övriga måste finna andra alternativa lösningar antingen med privata aktörer eller med kommunal dagvård.

Hemvården finns till för att stöda klienter med nedsatt funktionsförmåga att klara av att utföra sina vardagssysslor samt kunna sköta sin personliga hygien. Hemvårdspersonalen

följer upp klientens välbefinnande och ger vid behov rådgivning åt klienten samt dennes anhöriga (Social- och hälsovårdsministeriet 3.1.2011). Hemvårdspersonalen i Kimitoöns kommun ger ytterligare klienterna sjukvård i det egna hemmet. Hemvård erbjuds morgon och kväll alla dagar. Besök per klient kan variera från ett besök i månaden till flera besök per dag beroende på klientens behov av vård.

Enligt en uppdatering av socialvårdslagen som trädde i kraft 1.3.2006 har klienten rätt att få en individuell vårdbedömning gjord inom sju dagar efter första kontakten och dessa direktiv följer även hemvårdsteamerna (Kommunförbundet 2006, s. 33-34). Teamdragaren samt förmanen samarbetar och utför vårdbedömningen av klienten. Ytterligare gör hemvården förebyggande hembesök till de äldre som fyller 80 år i kommunen i regel av förmanen men också av teamdragaren. På förebyggande hembesöket kartläggs den äldres situation och ges information om vilka tjänster som de har rätt att få samt information om de stöd som kan ansökas både från kommunen samt från folkpensionsanstalten (FPA).

Hemvården i Kimitoöns kommun anordnar även stödservice i form av tvättservice, badservice, matservice, uthyrning av trygghetstelefoner samt städservice. Städservice erbjuds dock enbart till klienter med specialistsjukdomar som till exempel astma (Kimitoöns kommun, hemvård 7.2.2012). Klienternas avgifter beräknas utgående ifrån lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (3.8.1992/734). Om klienten har ett behov av återkommande vård beräknas avgiften ut enligt en månadsavgift och i övriga fall får klienten en engångsavgift.

Under år 2011 gjordes sammanlagt på Kimitoön 65 867 hemvårdsbesök till sammanlagt 438 hushåll och 449 klienter. Antalet hushåll och klienter över 65 år fyllda var sammanlagt 394 hushåll och 398 klienter och hade månadsavtal, det vill säga återkommande behov av vård. Ytterligare hade hemvården 308 klienter som erhöll stödservice (Melander 22.3.2012).

Såsom Blennberger (2007, s. 34-35) beskriver utgår vi också inom hemvården på Kimitoön ifrån att alla människor är av lika värde och bemöts med respekt oberoende av status. Vi respekterar även klientens självbestämmande rätt samt integritet. Ytterligare följer vi gällande lagstiftning och behandlar alla klienter rättvist, det vill säga alla har rätt att få en bedömning av funktionsförmågan gjord och utgångspunkten för vård är densamma för alla. Ytterligare beaktar vi yrkesetiken såsom Blennberger (2007, s. 38) poängterar genom att

klienterna och deras välmående alltid kommer i första hand vid planering av förändring och utveckling inom hemvården.

7.4 Hemvårdsteamerna i Kimitoöns kommun, Kimito distrikt

För Kimito distrikts del skedde det en förändring från att tidigare ha funnits ett hemserviceteam så finns det idag två hemvårdsteam inklusive sjukvård som en ny vårdform i arbetet. Teamet spjälkades upp till mindre enheter för att göra det tryggare för klienten då färre hemvårdare går hos klienten och för att teamen och dess samtliga medlemmar skall ha lättare för att greppa den helhetsmässiga vården av klienten. Hemvårdsteamens personal består för tillfället av teamdragare (sjukskötare), hälsovårdare/sjukskötare, närvårdare, hemvårdare samt hemhjälpare. Hemvårdsteamerna i Kimito distrikt är indelade i team-*Lande* som har hand om klienterna i östra Kimito och team-*Amos* som har hand om klienterna i västra Kimito samt Västanfjärds periferi. I respektive team arbetar en teamdragare och sammanlagt är de 8-10 personer per team.

Den konkreta följden av kommunsammanslagningen för hemvårdsteamerna i Kimito distrikt har sålunda varit en ny struktur, en ny ledning, en ny kultur, nya målsättningar och nya arbetskamrater. Hemvårdsteamerna i Kimitoöns kommun finns till för att stöda klientens hemmaboende. Det här innebär att hemvårdsteamens uppgift är att erbjuda såväl sjukvård som övrig omsorg om klienten och delvis skötsel om hemmet.

Hemvårdsteamerna i Kimito är två mångprofessionella team såtillvida att medlemmarna inom teamen har varierande utbildning och de kompletterar varandras kunskap. Teammedlemmarnas utbildning varierar från sjukskötare till hemhjälpare. Teammedlemmarna vikarierar varandra både inom teamet samt över teamgränsen till det andra teamet. Det här innebär även att en viss jobbrotation redan förekommer inom teamen. Arbetsuppgifterna är av varierande grad och dessa redogörs för närmare i delkapitel 7.5. Följande figur 6 demonstrerar idealet för hemvårdsteamens funktion i Kimito distrikt.



Figur 6. Hemvårdsteamens funktion i Kimito distrikt (inspirerad av Lind & Skärvad 2004, s. 73-74, 94)

Det är ofta hemvården som för tillfället koordinerar klientens helhetsmässiga vård och därför behöver hemvårdsteamerna ytterligare utöva gott samarbete även till andra instanser och parter som är inblandade i klientens vård. För att ge er en blick över vilka alla parter som kan vara inblandade i klientens vård se figur 7 här nedan.



Figur 7. Involverade parter i skötseln av klienten

Som man kan i figur 7 se är koordinering av klientens vård ett pussel och vården alltid skräddarsydd enligt klientens behov av vård. Anhörigas och utomståendes roll i vården är stor eftersom det ofta har en positiv inverkan på klientens livskvalitet och samtidigt underlättar hemvårdsteamens arbete, till exempel genom att få väsentlig information om klienten och dennes välmående. Hemvårdsteamens roll är komplex och beaktar förutom klientens helhetsmässiga vård även den omkringliggande miljön.

7.4.1 Målsättning med hemvården

Alla kommuner skall ha en strategi för hur man skall befrämja och uppehålla hälsan för de äldre personerna i kommunen (Kommunförbundet 2006, s. 37) men arbetet med strategin är inte slutfört på Kimitoön. Målsättningarna med hemvården i kommunen finns dock sammanställda i följande tabell 1.

Tabell 1. Hemvårdens målsättningar

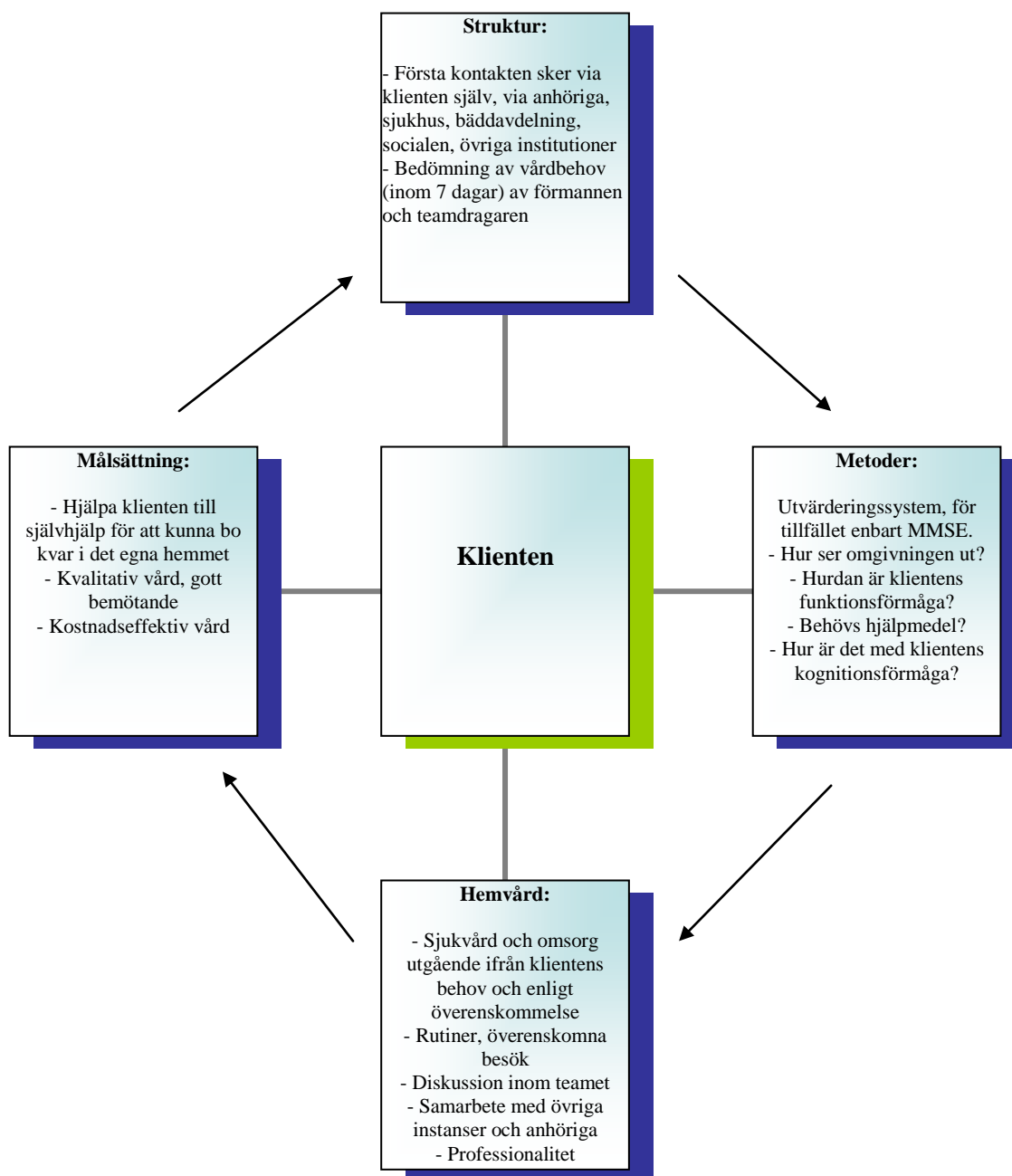
Målsättningen med hemvårdsteamerna i Kimitoöns kommun är att finnas till för klienten och stöda denne i vardagen till att klara av att utföra sina vardagssysslor och kunna ta hand om sin hygien, med andra ord hjälp till självhjälp och till att uträtta sina ärenden. Tjänsterna som ordnas är tillräckligt mångsidiga och av god kvalitet såsom Kommunförbundet (2006, s. 51) avsett dem vara. Ytterligare stöder hemvårdsteamerna klienten till att kunna bo kvar hemma så länge som möjligt och så länge det är ändamålsenligt.
--

Hemvårdsteamens egna interna målsättningar finns inte dokumenterade idag på grund av väntan på äldreomsorgsstrategin och de målsättningar som där kommer att finnas. Hemvårdsteamens målsättningar behöver gå hand i hand med den högre ledningens målsättningar samt kommunens övergripande målsättningar.

7.4.2 Teameffektivitet inom hemvårdsteamerna

Med effektivt team avser jag som ledare att få ut maximal potential och resurser från teamet. Jag vill att samtliga teammedlemmar skall trivas på arbetet och uppleva sitt arbete intressant, nödvändigt och utmanande. Med effektivt team anser jag även att teamet är flexibelt, stödjande samt lärande. Följande figur 8 visar hur effektiviteten fungerar inom

hemvården i Kimito distrikt, det vill säga det sätt på vilket teamen arbetar då en klient kommer till kännedom.



Figur 8. Effektivitetsmodell för hemvården i Kimito distrikt (inspirerad av Myrgård 2006, s. 114)

Som figuren visar är det många skeden innan hemvården för en klient inleds. Den största och viktigaste biten att komma ihåg är informationen och växelverkan mellan professionella till klienterna och dennes anhöriga men också professionella emellan. Denna

information förs mellan förman och teamet eller mellan teamdragare och teamet. Både klienten och arbetsteamet anpassar sig till nya situationer och det ansvar som hör till. Det här innebär också att respektive teammedlem bär gemensamt ansvar över klientens vård. Teamen måste ha kapacitet att agera snabbt, eftersom klienterna ofta behöver vård genast efter en hemförloving från en instans (till exempel sjukhus, bäddavdelning med mera). Fokus finns på klientcentrerad vård.

Dubbla besök av hemvården har så gott som eliminerats i Kimito distrikt efter kommunsammanslagningen år 2009. Det här innebär att klienten idag får ett besök av hemvården istället för två där den ena kom från hemservicen och den andra från hemsjukvården samtidigt på besök till klienten. Idag sköter sjukskötaren eller närvårdaren som går till klienten både om klientens medicin samt ser till att de andra uppgifterna som skall göras hos klienten blir gjorda. De andra uppgifterna kan till exempel vara att bereda morgonmål och föra ut skräpet. På det här viset har hemvården lyckats effektivera sin verksamhet genom att det är bara en teammedlem i gången som åker till klienten som ytterligare kan bo på långt avstånd från centrum.

Hemvårdsteamerna planerar ganska långt själv sitt arbete i samråd med teamdragaren, endast vid problem situationer vänder de sig till förmannen. Det här innebär att teamdragaren och en teammedlem i gången planerar ut besöken till klienterna. Teammedlemmen roterar så att alla i sin tur får vara med och planera arbetet. På det här viset tar de alla ansvar över att arbetsuppgifterna fördelas jämnt mellan teammedlemmarna samt att arbetsuppgifterna inom teamet varierar och roterar. Med hjälp av arbetsrotation samt övriga av förmannen påförda uppgifter garanteras också att arbetet hålls tillräckligt utmanande för respektive teammedlem. Hemvårdsteamerna arbetar ytterligare efter klockan vilket innebär överenskomna besök till klienterna, utkörning av mat, mötes- och rapporttillfällen. Mycket av det arbete hemvårdsteamerna utför är osynligt eftersom mycket tid går åt till telefonkontakter, planering av arbetet, tvättande av byk, bank- och butikärenden samt bilkörning (långa bilresor). Hemvårdsarbetet kräver hög moral och arbetsdisciplin eftersom arbetet är så gott som självständigt arbete. Ytterligare kontrollerar teammedlemmarna varandras arbete till exempel vid delning av mediciner för att uppnå kvalitetssäkring. Nya teammedlemmar som kommer till hemvården introduceras i teamarbete och de arbetsrutiner som följs. Introduktionstiden varierar beroende på hurdan erfarenhet den nya teammedlemmen har. Personalen som arbetar inom hemvårdsteamerna i Kimito har förövrigt

en lång erfarenhet av hemvårdsarbetet, det vill säga rikligt med tyst kunskap. Denna kunskap framträder oftast i problemslösningssituationer som goda idéer.

7.5 Teammedlemmarnas arbetsuppgifter och arbetsfördelning

I och med organisationsförändringen som skedde år 2009 söker hemvårdsteamet fortfarande sin roll inom organisationen men också inom teamen. Personalen har upplevt strukturen och arbetsfördelningen som väldigt diffus och uttryckte en önskan om att tydliggöra respektive teammedlems arbetsroll och detta har jag valt att göra utgående ifrån yrkesgrupper. Arbetsrollen inom hemvården är förövrigt komplex, mångsidig och pressande. En svårighet här är som Bernler, Cajvert, Johnsson och Lindgren 1999 (s. 14) uttrycker det att kraven kan vara motstridiga då arbetsgivaren kräver en sak och klienten och dennes anhöriga en annan sak. Detta är en orsak till varför jag valt att tydliggöra var och en teammedlems arbetsuppgifter. Vilka personalens arbetsuppgifter är har jag fått uppgifter om av Kimitoöns kommuns äldreomsorgschef Eva Manelius i form av arbetsbeskrivningar. Dessa arbetsbeskrivningar finns dokumenterade men är ännu inte officiellt godkända. Några tankar som väckts hos mig är att finns det en balans mellan teammedlemmarnas arbetsroller så att det bildar en god helhet och finns det tillräckligt tid för planering av verksamheten? Jag kommer att återkomma till dessa tankar lite senare i arbetet.

Arbetsuppgifter och ansvarsområden har hemvårdsteamet redan bearbetat på personalmöten. Det här innebär att hemvårdsteamet torde känna till arbetssätten och arbetsformerna inom hemvården. Teammedlemmarna känner till vad som hör till deras ansvarsområde och vad som hör till ledarens ansvarsområden. Teammedlemmarna känner också till möjligheten att specialisera sig på något visst ämne genom av förmanen beviljad fortbildning. Strukturen inom teamen finns såtillvida stark att den stöder utbyte av teammedlemmar och kunskapen stannar kvar inom teamet. Många arbetsuppgifter inom hemvården idag kräver en sjukvårdsutbildning därför är betydelsen av utbildad personal (till exempel sjukskötare och närvårdare) inom hemvården mycket viktig. Minst lika viktig är dock också hemvårdarnas och hemhjälparnas roll inom hemvården eftersom de kompletterar arbetsteamet med ett annorlunda perspektiv på vården och bidrar med sin praktiska kunskap till att förstärka arbetsteamet.

7.5.1 Teammedlemmarnas befogenheter

Teammedlemmarna har befogenheter att tillsammans med teamdragaren planera och fördela arbetsuppgifterna. Arbetets kvalitet granskas i samarbete med förmannen, respektive arbetare samt klienterna. Teamdragaren utnämner i samråd med förmannen ansvarspersoner till de olika arbetsområdena. Dessa ansvarspersoner har i sin tur befogenheter att fördjupa samarbetet med olika nätverk samt specialisera sig på ansvarsområdet. I tabell 2 nedan finns sammanställt teammedlemmarnas arbetsroll samt befogenheter inom hemvårdsteamerna i Kimito distriktet.

Tabell 2. Teamtyp

TEAMTYP:	KOMPLETTERANDE ARBETSROLL
Mångprofessionellt team	
Organisationsdimension	Teamets medlemmar kompletterar varandra och kan göra varandras arbete trots specialkunskaper. Samtliga teammedlemmar har samma baskunskap oberoende av utbildning.
Nätverk och rollkonstellation	Brett socialt nätverk, teammedlemmarna är beroende av varandra och kompletterar varandras arbete, arbetet är individuellt med mycket samarbete, möjlighet till specialisering på ett visst område finns.
Spelregler	Gemensamt överenskomna och i konfliktsituationer av förmannen.
Normer	Vi finns till för klienten, var och en arbetare utför sitt arbete omsorgsfullt och samarbetar, respekt och flexibilitet mycket viktigt.
Kommunikation	Gemensamma möten, nätverksmöten, arbetshandledning, gemensam e-post inom hemvården och gemensamt intranät i kommunen. Information finns på anslagstavlan, infomapp, mötesmapp m.fl.
Flexibilitet	Hög grad av flexibilitet som kräver goda personkemi. Samtliga teammedlemmars insats är viktig med tanke på klientens helhetsmässiga vård.

Uppföljning och utvärdering	Tack, beröm och uppmuntran. Möjlighet till individuella tillägg.
Ledningen	Förmannen innehar samtliga förmansuppgifter. Teamdragaren leder sjukvårdsarbetet.

(inspirerad av Huusko 2007, s. 78-79)

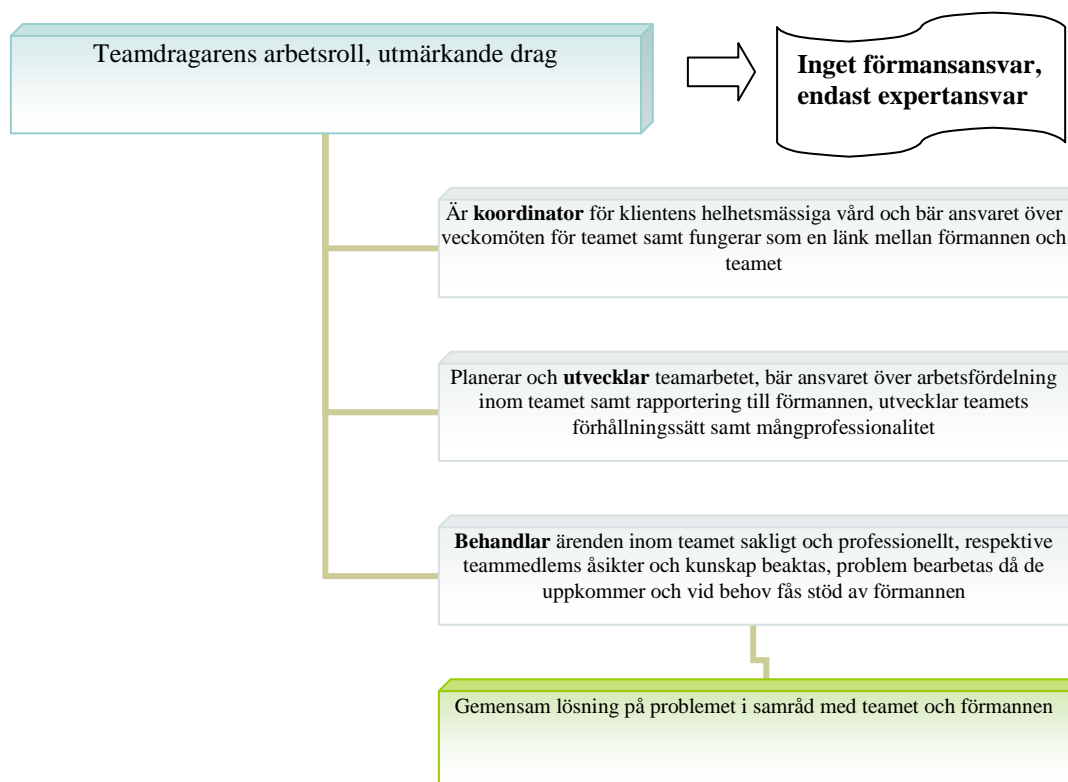
Hemvårdsteamerna är mångprofessionella team som vikarierar varandra och där alla teammedlemmar gör grundvård. Endast de teammedlemmar med sjukvårdsutbildning utför sjukvårdsuppgifter som delning av mediciner och dylikt. För säkerställande av kontinuitet i vården av klienten krävs gott samarbete och flexibilitet. Samtliga teammedlemmar agerar enligt samma överenskomna spelregler och förmannen innehar ansvaret över att de följs. Förmannen övervakar allt arbete och innehar ansvaret över hela verksamheten. Teammedlemmarna har dock ansvar över att sköta om sitt eget arbete och gemensamt kollektivt ansvar för vården av klienten. Växelverkan mellan teamet och utomstående är viktigt. All information finns tillgängligt för personalen på en anslagstavla, i infomapp och mötesmappar. Ytterligare har båda hemvårdsteamerna en gemensam e-post samt ett gemensamt intranät i kommunen. All avlöning utgår enligt AKTA. Individuella tillägg delas enligt av kommunens ledning uppgjorda kriterier och dessa bedöms av arbetaren själv och av förmannen i samband med utvecklingssamtal som utförs årligen. Skillnaden mellan förmannens och teamdragarens roll är att förmannen innehar samtliga förmansuppgifter medan teamdragaren leder sjukvårdsarbetet och gör beslut gällande klientens vård.

7.5.2 Teamdragarens arbetsuppgifter

Till teamdragarens huvudsakliga arbetsuppgifter hör att planera och förverkliga sjukvården inom teamet, handleda teammedlemmarna, studerande och praktikanter, utveckla vården, rapportering och dokumentering i samråd med förmannen, utvärdera individuella vårdbehov och förverkliga vården samt övriga av förmannen eller omsorgsnämnden påförda uppgifter (Arbetsbeskrivning för teamdragare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun).

Det här innebär att sjukskötaren övervakar att överenskomna principer och vårdfilosofi förverkligas. Teamdragaren ansvarar över all medicinhantering, det vill säga delning och beställning av mediciner, injektioner, provtagningar och så vidare. Teamdragaren sköter

även om den huvudsakliga kontakten till andra läkare, vårdinstanser (till exempel sjukhus), klienter och anhöriga om klientens tillstånd samt rapportering till förmannen. Teamdragaren ansvarar även över att informationen som uppkommit vid läkarronder och dylikt förs vidare till teamet. Teamdragaren handleder och undervisar även de övriga teammedlemmarna gällande vården, bemötande, bestämmelser och direktiv och undervisar teammedlemmarna om hur de skall rapportera. Teamdragaren lyssnar på sina teammedlemmars förslag och överväger dem tillsammans med förmannen, ger förslag till utveckling och nya idéer. Teamdragaren ansvarar över beställning av vårdförnödenheter till det egna teamet enligt de medel som finns budgeterade (fås av förmannen). Teamdragaren kartlägger vårdbehov och deltar i förebyggande hembesök. Teamdragaren deltar även själv i grundvården inom teamet och utför sjukvårdsåtgärder. Ytterligare rapporterar teamdragaren om förändrade besöksfrekvenser (Arbetsbeskrivning för teamdragare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun). Till teamdragarens ansvarsområde hör också att följa med hur teammedlemmarna mår och vid behov rapportera åt förmannen om eventuella åtgärder behövs. Vid behov vikarierar teamdragaren ytterligare förmannen. För att tydliggöra teamdragarens roll gentemot förmannens roll har jag med följande figur 9 om utmärkande drag i teamdragarens roll.



Figur 9. Utmärkande drag i teamdragarens arbetsroll (inspirerad av Koivukoski & Palomäki 2009, s. 71)

7.5.3 Sjukskötarens arbetsuppgifter

Till sjukskötarens huvudsakliga arbetsuppgifter hör deltagandet i planering och förverkligandet av sjukvården inom teamet, utveckla vården, dokumentering och rapportering i samråd med teamdragaren, utvärdera individuella vårdbehov och förverkliga vården samt övriga av förmannen eller omsorgsnämnden påförda arbetsuppgifter (Arbetsbeskrivning för sjukskötare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun).

Det här innebär att sjukskötaren förverkligar vården enligt överenskomna principer och existerande vårdfilosofi. Sjukskötaren deltar i medicinhanteringen, det vill säga delning och beställning av mediciner, injektioner och provtagningar. Sjukskötaren har vid behov kontakt till sjukhus och läkare samt rapporterar till teamdragaren och förmannen om klienternas hälsotillstånd. Sjukskötaren deltar i läkarronder, rapporterar om dem till de övriga i teamet och förverkligar läkarordinationer. Sjukskötaren handleder och undervisar de övriga teammedlemmarna gällande vården, bemötande, bestämmelser och direktiv. Sjukskötaren undervisar även de övriga teammedlemmarna i god rapportering. Sjukskötaren deltar i beställning av vårdförnödenheter för teamet enligt de medel som finns budgeterade. Sjukskötaren deltar med förslag till utveckling och nya idéer samt kartlägger vårdbehov. Sjukskötaren deltar även själv i grundvården av klienter samt utför sjukvårdsåtgärder. Ytterligare rapporterar sjukskötaren om ändrade besöksfrekvenser hos klienten (Arbetsbeskrivning för sjukskötare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun).

7.5.4 Närvårdarens arbetsuppgifter

Till närvårdarens huvudsakliga uppgifter hör att förverkliga vården enligt de principer som är överenskomna enligt existerande vårdfilosofi och övriga av förmannen eller omsorgsnämnden påförda uppgifter. Närvårdaren deltar i vårdplanering av klienten inom det egna teamet och arbetar enligt ett rehabiliterande arbetssätt. Närvårdaren deltar i handledning och undervisning av de andra teammedlemmarna, nyanställda, studerande och klienten (Arbetsbeskrivning för närvårdare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun).

Det här innebär att närvårdaren deltar i grundvården av klienten och ansvarar över sjukvården då en sjukskötare inte finns på plats. Närvårdaren deltar i vårdplaneringen och utvärderingen av klienten. Närvårdaren utför vårdåtgärder, rapporterar, observerar och dokumenterar enligt överenskomna principer och utför övriga delegerade specialuppgifter.

Närvårdaren arbetar enligt ett rehabiliterande arbetssätt, stöder rehabiliteringen av intervallklienter samt upprätthåller kontinuitet i vårdarbetet. Närvårdaren handleder och undervisar de övriga teammedlemmarna, nyanställda, studerande och klienterna i vårdsituationer. Ytterligare bidrar närvårdaren med att utveckla arbetsgemenskapen och föregår med gott exempel på bemötande i sin omgivning (Arbetsbeskrivning för närvårdare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun).

7.5.5 Hemvårdarens arbetsuppgifter

Till hemvårdarens huvudsakliga arbetsuppgifter hör att förverkliga vården enligt de principer som är överenskomna enligt existerande vårdfilosofi och övriga av förmannen eller omsorgsnämnden påförda uppgifter. Hemvårdaren deltar i vårdplanering av klienten inom det egna teamet och arbetar enligt ett rehabiliterande arbetssätt. Hemvårdaren deltar i handledning och undervisning av de andra teammedlemmarna, nyanställda, studerande och klienten (Arbetsbeskrivning för hemvårdare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun).

Det här innebär att hemvårdaren deltar i grundvården av klienten samt övriga delegerade specialuppgifter. Hemvårdaren deltar i rapportering och utvärdering av klienten. Hemvårdaren utför vårdåtgärder, rapporterar, observerar och dokumenterar enligt överenskomna principer. Hemvårdaren arbetar enligt ett rehabiliterande arbetssätt, stöder rehabilitering av intervallklienter samt upprätthåller kontinuitet i vårdarbetet. Hemvårdaren deltar i handledning och undervisning av de övriga teammedlemmarna, nyanställda, studerande och klienterna i vårdsituationer. Ytterligare bidrar hemvårdaren med att utveckla arbetsgemenskapen och föregår med gott exempel på bemötande i sin omgivning (Arbetsbeskrivning för hemvårdare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun).

7.5.6 Hemhjälparens och vikarierande närvårdarens arbetsuppgifter

Till hemhjälparens eller vikarierande närvårdarens huvudsakliga arbetsuppgifter hör att förverkliga vården enligt de principer som är överenskomna enligt existerande vårdfilosofi och övriga av förmannen eller omsorgsnämnden påförda uppgifter. Hemhjälparen eller vikarierande närvårdaren deltar i vårdplanering av klienten inom det egna teamet och arbetar enligt ett rehabiliterande arbetssätt (Arbetsbeskrivning för hemhjälpare eller vikarierande närvårdare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun).

Det här innebär att hemhjälparen eller den vikarierande närvårdaren deltar i grundvården av klienten samt övriga delegerade specialuppgifter. Hemhjälparen eller den vikarierande närvårdaren deltar i rapportering och utvärdering av klienten. Hemhjälparen eller den vikarierande närvårdaren rapporterar, observerar och dokumenterar enligt överenskomna principer. Hemhjälparen eller den vikarierande närvårdaren arbetar enligt ett rehabiliterande arbetssätt, stöder rehabilitering av intervallklienter samt upprätthåller kontinuitet i vårdarbetet. Hemhjälparen eller den vikarierande närvårdaren deltar i handledning och undervisning av nyanställda, studerande och klienter i vårdsituationer. Ytterligare bidrar hemhjälparen eller den vikarierande närvårdaren med att utveckla arbetsgemenskapen och föregår med gott exempel på bemötande i sin omgivning (Arbetsbeskrivning för hemhjälpare eller vikarierande närvårdare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun).

7.6 Hemvårdsteamens arbetsverktyg

Teamens medlemmar har till förfogande olika hjälpmedel i arbetet, bland annat teknologi. Samtliga enheter inom omsorgen använder sig av samma elektroniska dokumenteringsprogram *Medix*. *Medix*-programmet tillåter tätare samarbete med hälsovårdsenheten, det vill säga till exempel läkare kan gå in och kolla hur det gått för klienten hemma då klienten kommer till hälsocentralen. Hemvårdsteamerna har i och med *Medix*-programmet mobiltelefoner i bruk där de då de kommer till klienten loggar in sig på en tag och sedan kommer till klientens klientuppgifter. Teammedlemmarna kan sålunda hemma hos klienten se hur klienten mått till exempel igår och vad som skall göras hos klienten den dagen. Då de är färdiga med besöket kvitterar de besöket via telefonen som sänder signal till huvudbasen. Teamdragaren planerar arbetet på datorn så att det kopplar över de saker som skall göras hos klienten till telefonen. Förmannen sänder över arbetslistan på en fil till *Medix*-programmet så att teamdragaren ser vilka teammedlemmar som är på arbete och vilka tider. *Medix*-programmet är uppbyggt på det vis att det går att länka ihop med ett vårdtyngdsmätninginstrument. Ytterligare har Kimitoön också i användning övrig teknologi i form av välfärds TV:n och alarmerande medicindocetter men för tillfället finns inget behov av dessa i Kimito distrikt.

För tillfället tillämpar inte hemvårdsteamerna något mätinstrument som kan användas för att utvärdera klienternas behov av vård med. Val av mätinstrument är under beredning i omsorgens ledningsgrupp. Det enda mätinstrumentet eller blankett hemvården har i

användning är MMSE-testet de gör för att testa klienternas minne med. I övriga fall gör förmannen och teamdragaren en bedömning av vårdbehovet hos klienten. Behöver klienten en utförligare utredning av kognitionsförmågan görs dessa på bäddavdelningen. Hemvården har ingen fast läkare utan den läkare som är i jour på hälsocentralen utför ronderna av hemvårdens klienter. Det här innebär i praktiken att hemvårdens läkare inte är specialiserad på geriatri utan har en allmän inriktning.

Hemvården samarbetar tätt med kommunens fritidssektor som ordnar gymnastik för de äldre på åldringshemmen på Kimitoön. Ytterligare utbildar fritidssektorn hemvårdspersonalen till motionsvänner där tanken är att hemvårdsteamerna skall genom gymnastik uppehålla de äldres funktionsförmåga. Utbildning av motionsskötare kom ursprungligen från ett projekt via Äldreinsitutet år 2011. Denna utbildning är avsedd för att stöda det rehabiliterande arbetssättet hemma hos klienten.

Teamens medlemmar får all behövlig skyddsutrustning samt hjälpmedel vid lyft och dylikt som behövs för att vårda klienten hemma via hälsocentralen och fysioterapeuten. Specialskyddsutrustning och övrig utrustning för personalen anskaffas via hälsocentralen. Hemvården rådgör med hygienansvarige på hälsocentralen och beställer in varorna från omsorgens centrallager. Förmannen kartlägger ytterligare årligen de risker som finns på arbetsplatsen och tar vid behov till åtgärder i samarbete med företagshälsovården och tekniska sektorn så som stipuleras i arbetarskyddslagens 12-15 § (Arbetarskyddslag 23.8.2002/738.).

Förmannen och teamet har till stöd en SAS-grupp (Selvitä, Arvioi och Sijoita) som ett verktyg vid svåra klientfall. Fritt översatt betyder SAS att utreda, bedöma och placera klienter. I SAS-gruppen fungerar vårdkoordinatören, äldreomsorgschefen, ledande skötaren för bäddavdelningarna, samtliga förmän och ansvariga sjukskötaren inom äldreomsorgen och ledande läkaren. Tanken med gruppen är att få till stånd en fungerande vårdkedja och att placera rätt klient på rätt plats.

Nätverksmöten med andra enheter, anhöriga och klienten ordnas enligt behov. Från hemvården finns då ofta närvarande förman, teamdragare och en utav teamets medlemmar som känner klienten bäst. Sammansättningen varierar beroende på ärende och klient. Hemvårdsteamerna har skilda veckomöten där klientärendena diskuteras och gemensamma personalmöten hålls en gång per månad. Betydelsen av att veckomöten samt personalmötet

hålls regelbundet och som planerat är stor för det är det forum där klientärenden och problem kan diskuteras och behöver reflekteras. Konflikter förekommer alltid nu och då inom teamen och för svårlösta konflikter får teamen arbetshandledning och handledningen fortgår enligt behov. Berggren m.fl. (1999, s. 127-128) avser att konflikter är av nytta och höjer effektiviteten inom teamen och detta kan avspeglas på hemvårdsteamerna genom att konflikterna ofta väcker diskussioner bland teammedlemmarna, lättar på onödig spänning och ger upphov till nya idéer. För ledaren är ju konflikt ett sätt att säga att någonting är på tok och behöver åtgärdas.

7.7 Sammanfattning av kapitel sju

Befolkningsstrukturen bland den äldre befolkningen på Kimitoön ökar konstant och prognosen särskilt för åldersgruppen över 65 år kommer att öka märkbart till år 2030. En utmaning som kommunen står inför är brist på utbildad vårdpersonal. Hemsjukvården och hemservicen i de gamla kommunerna på Kimitoön sammanslogs till en hemvårdsenhet i den nya kommunen Kimitoön som inledde sin verksamhet år 2009. Hemvården fungerar idag inom en gemensam omsorgsavdelning (både social- och hälsovården) i kommunen och är underställd äldreomsorgen.

Kimitoöns kommun erbjuder både hemvård och stödtjänster för handikappade samt sina äldre invånare. Hjälpen klienterna erhåller är individuell beroende på klientens behov av vård. För respektive klient utförs en bedömning av vårdbehovet enligt gällande lagstiftning och rekommendationer. Hemvården samarbetar med många olika parter då de försöker erbjuda klienten kvalitativ vård och stöda klientens fortsatta hemmaboende. Den övergripande målsättningen med hemvården i Kimitoöns kommun är att klienterna skall kunna bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt och så länge det är ändamålsenligt.

Arbetsuppgifterna för arbetarna inom hemvårdsteamerna varierar beroende på utbildning. Hemvården är så komplex att det är svårt att beskriva i detalj allt vad de gör hemma hos klienten och utanför hemmet för klienten. Medlemmarna i hemvårdsteamerna kompletterar samt vikarierar varandra. Hemvården använder sig även av den teknologi som finns på marknaden enligt möjligheterna som tillåts av den högre ledningen. Hemvårdsteamerna har för tillfället ingen uppföljnings- eller utvärderingsmetod i bruk och bedömningen av klientens behov av vård utförs av förmannen eller teamdragaren. Ytterligare har Kimitoöns kommun inte för tillfället en äldreomsorgsstrategi men arbetet har påbörjats.

8 Utvecklingsarbete

I detta kapitel kommer jag att gå in på själva utvecklingsarbetet bland hemvårdsteamerna i Kimito distriktet, min förförståelse, vilken metod jag använt vid insamling av data, validitet och reliabilitet, resultat samt analys och reflektion. Jag kommer också att redogöra för processens gång.

8.1 Min förförståelse

Min förförståelse av hemvårdsteamerna är följande att förväntningarna utifrån andra enheter inom social- och hälsovården och från allmänheten inte motsvarar det vi sysslar med inom hemvården. Förväntningarna efter sammanslagning med hemservice och hemsjukvård till hemvård var att vi skulle klara av att vårda allt sjukare klienter hemma. Vi fick en uppgradering av kompetensen inom teamerna vid kommunsammanslagningen eftersom två personer gick i pension och två sjukskötare anställdes istället. Det här medförde att allmänheten tror att hemvården fått en utökning av personalen då de i verkligheten enbart uppgraderat kompetensen. Hemvården har fortfarande lika många och om inte mer klienter som behöver hjälp av hemvården. Personalkompetensen räcker inte till för att erbjuda sjukvård på kvällen. Har någon klient behövt sjukvård på kvällen har hela öns sjukskötare och närvårdare inom hemvården ställt upp och kommit in extra på kvällen för att ge sjukvård, det vill säga arbetat övertid. Vi har med andra ord inte tillräckligt många utbildade närvårdare och sjukskötare inom hemvården. Särskilt närvårdaren skulle det behövas mera av. Kimitoöns alla hemvårdare inom hemvården har fått tilläggsskolning i form av läkemedelsskolning och dylikt och har tilldelats rätten att sticka insulin. Ytterligare har vi stora samarbetsproblem med hälsovården och det beror enligt min åsikt på att förväntningarna som ställts på hemvården inte motsvarar hur det i verkligheten är, med andra ord upplever jag att hälsovårdsenheten antog att vi kunde minska av långvårdsplatser utan större bekymmer och vårda allt sjukare äldre hemma. Om vi erbjuder sjukvård även kvällstid hur långt är då steget till nattpatrull och treskiftesarbete inom hemvården?

Jag tror ytterligare att det kan visa sig att vi behöver se över teamerna inom hemvården särskilt strukturen inom teamerna så att det finns ett jämnt antal utbildade i bägge teamerna. En annan lösning kunde vara att byta arbetsuppgifter eller specialisera teamerna så att det ena teamet har hand om sjukvården medan det andra teamet sköter de övriga uppgifterna.

Jag anser dock att sjukvården behövs i bägge teamen. Jag tror att personalen inom teamen kommer att ta fasta mera på detaljerna än på helheten eftersom det är för många kan vara svårt att greppa hela omsorgssektorn. Jag tror att detta beror på att den högre ledningen inte heller vet vad hemvårdens roll helt konkret i framtiden skall vara och hur omsorgen som helhet skall tryggas för kommunens invånare. Alla målsättningar och visioner inom äldreomsorgen saknas, det vill säga de finns inte för tillfället stadgade någonstans. Jag upplever att hemvårdsteamerna kan få signaler av oro på grund av detta och därför har de också svårt att greppa sin arbetsroll. Jag upplever att teamarbetet överlag är ganska bra inom hemvårdsteamerna och att det bara är fördelningen av sjukvårdsuppgifterna som orsakar oro i gruppen. Några behöver göra sjukvårdsarbete men alla behöver göra grundvård. En balans mellan dessa uppgifter kunde vara bra att åstadkomma inom teamet med hjälp av arbetsrotation.

Min förförståelse av hemvårdsteamerna är också det att jag tror att den högre ledningen inte ännu insett hemvårdsteamernas fulla potential. Med det här avser jag på en på långsikt fungerande hemvård som reducerar kostnaderna inom vården med satsning på förebyggande arbete. För tillfället finns det inom kommunen väldigt lite förebyggande arbete inom äldreomsorgen och dialogen med de andra enheterna saknas. Det här är en orsak till varför vi behöver ett gemensamt mätinstrument inom social- och hälsovården så att alla behandlas lika och så att vi har ett gemensamt språk som underlättar placeringar av klienter och ger riktlinjer för rätt alternativ av vård.

Organisationsförändringen som ägde rum år 2009 var så maffig att den fortfarande söker sin form i det konkreta arbetet. Hemvårdsteamerna har ganska långt själv blivit tvungna att planera sitt arbete och komma underfund med hur de skall fungera. Brist på relevant information har utgjort en stor utmaning vid planering av verksamheten och ovetskap om ledarskapet (lediganslogs vid kommunsamgången vid årsskiftet 2008-2009) gjorde det oroligt bland personalen. Denna oro lever fortfarande delvis kvar. Ytterligare tror jag att den tungstyrda organisationen och bristen på vision och målsättning gör att hemvårdsteamerna upplever sin roll som diffus i den stora helheten. Jag tror att detta utvecklingsarbete kommer att hjälpa personalen att orientera sig bättre i arbetet och utomstående förstå vad hemvårdens roll i omsorgspusslet är. Jag tror också att personalen är tillräckligt mogen i nuläget för en utveckling av hemvårdsteamerna.

8.2 Val av metod

Valet av metod föreföll mig naturligt att använda mig av aktionsforskning eftersom utvecklingsarbetet helt konkret berör utvecklandet av arbetsteamerna inom personalen. Genom aktionsforskning har personalen helt konkret möjlighet att påverka sitt eget arbete.

8.2.1 Aktionsforskning

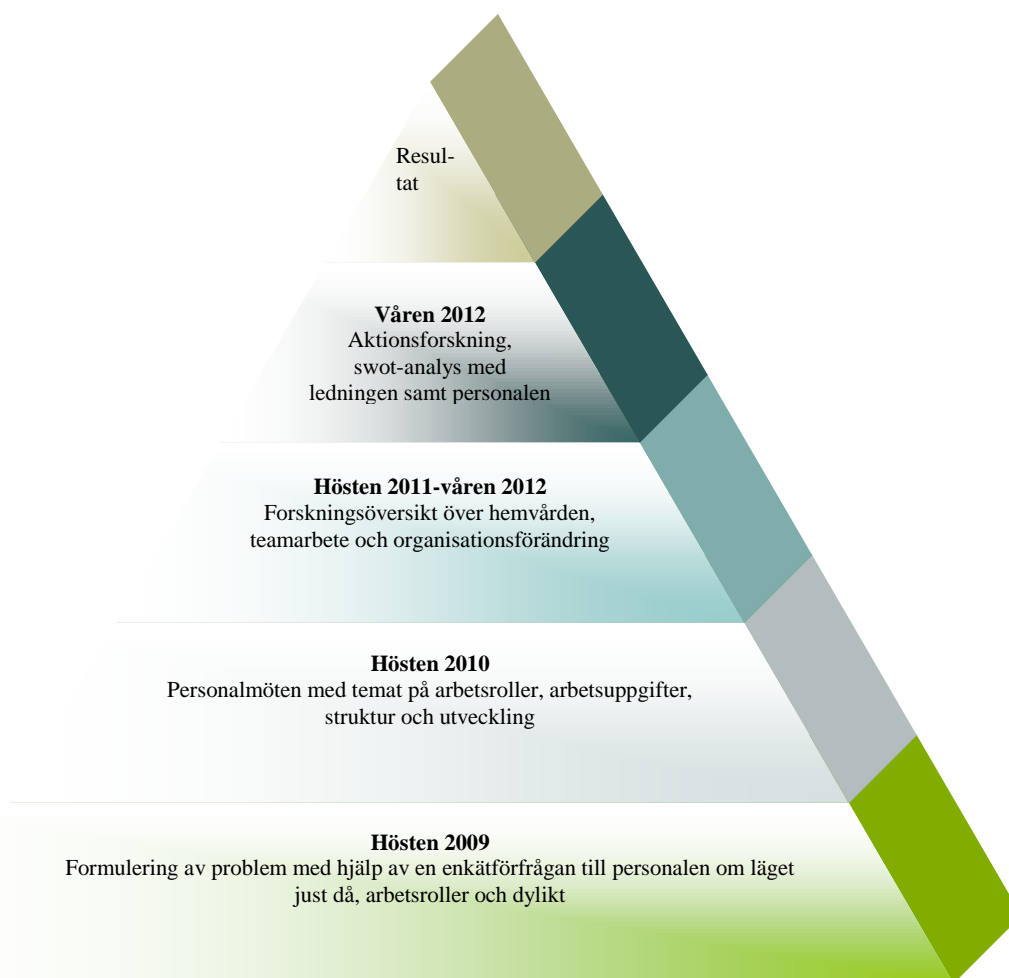
Aktionsforskning som metod används flitigt vid utveckling inom social- och hälsovårdsenheter. Orsaken till dess popularitet är att metoden beaktar den praktiska vardagsverkligheten mycket bra. Tanken bakom metoden är att utveckla den praktiska verkligheten samtidigt som forskningen görs och inte bara öka förståelsen för ett problem. Aktionsforskning bidrar till delaktighet bland personalen i den enhet som utvecklas genom att uppmuntra personalen till att vilja utveckla sitt eget arbete. Fyra karaktäristiska drag kan särskiljas i aktionsforskning; Samtliga av forskningen berörda personer involveras i forskningsprocessen genom aktivt deltagande, aktionsforskning har en praktisk inriktning på verkliga problem på en arbetsplats, aktionsforskning förutsätter att förändring är en del av forskningsprocessen samt resultatet återkopplas till vardagsverkligheten, nödvändiga förändringar görs och nya arbetssätt integreras i praktiken. Vid aktionsforskning är ständig utvärdering väldigt viktigt (Denscombe 2009, s. 169-170). Aktionsforskning lämpar sig väl i organisatoriska och professionella forum eftersom den uppmanar till inläring hos samtliga forskningsdeltagande och ger upphov till innovation (Winter & Munn-Giddings 2001, s. 5). Aktionsforskning som metod innefattar tre steg i processen; För det första insamling av data, för det andra återkoppling av teorin till arbetsteamet samt för det tredje en handlingsplan utgående från data (Abrahamsson & Andersen 1998, s. 238). Med det första steget avses att man begrundar sig ordentligt med tidigare forskning för att sedan i det andra skedet integrera det som teorin säger till arbetsteamet i praktiken. Det tredje steget är att göra upp en handlingsplan, det vill säga vilken visionen är och hur man skall komma dit.

8.2.2 Insamling av data och beskrivning av arbetsprocessen

Insamlingen av data startades under hösten 2011 genom en kartläggning av nuläget. Kartläggningen skedde på grund av en enkätutredning bland personalen från hösten 2009 gällande struktur och arbetsroller. Kartläggningen fortskred i form av personalmöten på

hösten 2010 med olika teman på de problemområden som nämndes i enkätutredningen från hösten 2009. Ytterligare gjordes upp en vision för framtiden, det vill säga vart vi är på väg inom hemvården inom en snar framtid och vad som behövs för att komma dit. Denna resa togs gemensamt med hela hemvårdspersonalen i Kimito distriktet. Även ledningsgruppen inom omsorgen har fått delge sin åsikt och sin vision genom ett skilt ordnat möte för ledningsgruppen. På det här viset har jag försökt beakta de olika perspektiven i utvecklingsarbetet. Material till kapitlet om forskningsöversikt har jag samlat in under studiernas gång samt under våren 2012, för en närmare redogörelse för insamlat material se bilaga 2.

Jag har tillämpat aktionsforskning med hemvårdsteamerna genom skilda personalmöten under hösten 2010 och våren 2011 där vi kartlade vad som varit, var vi är nu och vart vi vill komma. Under mötets gång fick hemvårdsteamerna själv begrunda hur hemvården varit ordnad genom tiden, hur den ser ut nu och hur de tror att den ser ut om fem till tio år. Under processens gång har personalen deltagit och tagit till sig ny kunskap. Ytterligare klargjordes var och en arbetares arbetsuppgifter på ett personalmöte och lämnade några tankar kring utveckling där och gro. Sättet vi arbetat på i gruppen var att var och en fick komma med förslag till förbättring på ett problem och sedan testades det i praktiken och ärendet togs upp på nytt på nästa möte där beslut om tillvägagångssätt gjordes av teamerna och förmannen gemensamt. Lösningar på mindre problem kunde på det här viset göras och har gett en grogrund för detta utvecklingsarbete. Ytterligare tilldelades personalen en förfrågan i april 2012 i form av en swot-analys där de kunde delge sin syn på hur teamarbetet för tillfället inom hemvårdsteamerna fungerar. Ledningsgruppen tilldelades en frihandlig swot-analys på hur teamarbetet och hemvården fungerar i Kimito distrikt genom att de fick ta del av detta utvecklingsarbete redan under processens gång. Jag kommer att återkomma till swot-analyserna i delkapitel 8.3. I figur 10 redogörs ytterligare för arbetsprocessen under utvecklingsarbetets gång.



Figur 10. Arbetsprocessen för utvecklingsarbetet

Efter insamlat datamaterial fortskred arbetsprocessen med att analysera och tolka det resultat som uppkommit. Resultatet skall sedan på nytt begrundas både för den högre ledningen i kommunen samt för personalen. Arbetet går vidare med att de problemområden som presenteras i resultatet åtgärdas och hemvårdsteamerna kommer ett steg närmare syftet att skapa ett fungerande teamarbete inom Kimito distrikt.

8.2.3 Bortfall

Endast hälften av ledningsgruppens medlemmar (för tillfället 10) fanns närvarande vid det gemensamma mötet där swot-analysen gjordes ur ledningsperspektiv (18.4.2012). På plats fanns endast en representant från hälsovårdsenheten och ingen från socialkansliet. Den ordinarie sammansättningen av ledningsgruppen består av förmännen från alla olika enheter inom omsorgen, det vill säga öppna vården inom hälsovården, ledande skötaren för

tandvård, ledande skötaren för bäddavdelningarna, ledande läkaren, samtliga förmän och ansvariga sjukskötaren inom äldreomsorgen, äldreomsorgschefen, socialchefen, förvaltningschefen inom omsorgen samt omsorgschefen.

Av hemvårdspersonalen har sammanlagt 14 av 20 besvarat förfrågningen. Personalen upplevde att swot-analysen i förfrågan som tilldelades personalen var svår att tolka och visste inte hur de skulle fylla i förfrågan. Tiden att besvara förfrågan var endast sju dagar vilket innebär att bortfallen kan bero på att någon var på semester eller sjukledig. Det förekommer säkert också bortfall av annan orsak, till exempel att de valt att inte besvara förfrågan.

8.2.4 Trovärdighet och tillförlitlighet

Inom forskning finns det två begrepp man behöver redovisa för och dessa är trovärdighet (validitet) och tillförlitlighet (reliabilitet). Med validitet avses hur trovärdigt ett resultat är, det vill säga hur bra det motsvarar verkligheten. Med reliabilitet avses pålitlighet, det vill säga hur pålitligt eller tillförlitligt är det resultatet man kommit fram till. Dessa två saker säkerställs genom god kvalitativ forskningspraxis (Denscombe 2009, s. 380-381, 425).

Resultatet är bearbetade fram av omsorgens högre ledning i kommunen samt en rad professionella inom social- och hälsovårdsområdet, det vill säga av dem som konkret arbetar inom hemvårdsteamerna. För att få en så bra bild som möjligt av verkligheten har jag speglat ledningsgruppens och personalens perspektiv gentemot mitt eget perspektiv som förman. Jag anser dock att resultatet hänger samman med de personer som arbetar på fältet och att resultatet varierar beroende på vem som är förman och vem teammedlemmarna är. Med det här avser jag att skulle mätningen göras om på nytt efter en tid kunde resultatet bli ett annat. Diskussionen med ledningsgruppen var styrd med swot-analysen i fokus och ledningsgruppens perspektiv kunde också ha gett ett annat resultat ifall alla varit närvarande. Även personalens resultat kunde ha blivit ett annat ifall de själv fritt fått fylla i swot-analysen, det vill säga med tomma fält. Jag ville dock styra dem till hur de borde reflektera över sina team men så att jag inte leder dem till min förförståelse eller till önskat resultat.

8.3 Styrkor och svagheter inom hemvårdsteamerna

Jag har försökt identifiera de problem, utmaningar, möjligheter och styrkor som hemvårdsteamerna i Kimito distrikt har med hjälp av en swot-analys. Idéen till att göra en swot-analys kom då jag gick igenom tidigare forskning gjord inom hemvården, teamarbete, ledarskap och förändring. Jag stötte på en swot-analys gjord av Kommunförbundet (2006, s. 43-44) och tänkte att det här är en bra metod för att få fram väsentlig information om hemvårdsteamerna med tanke på att göra beslut om utveckling. Swot-analysen är speglad till forskningsöversikten i detta arbete, det vill säga teorin säger om att bra teamarbete och fungerar som en vägledning för vilka delområden som behöver vidareutvecklas. Syftet med en swot-analys är enligt Svedberg (2007, s. 246) att ge en översikt över problemområden för att sedan kunna fatta strategiska beslut utgående från resultatet. Ytterligare har jag delat in detta delkapitel i tre olika perspektiv för att det skall vara lättare att gripa vilket är ledningens perspektiv, vilket är personalens perspektiv samt vilket är förmannens perspektiv. Dessa olika perspektiv kommer jag sedan att diskutera och begrunda närmare i delkapitel 8.4 i resultatet.

8.3.1 Swot-analys ur ledningsperspektiv

Ledningen inom omsorgen tilldelades i förväg till mötet (18.4.2012) med ledningsgruppen forskningsöversikten samt förmannens swot-analys i detta arbete innan mötet ägde rum så att de hade chans att begrunda sig i teorin och det ärendet jag behandlar i arbetet. Materialet som tilldelades ledningen gavs ut med en påminnelse om att det inte var färdigt. Swoten för ledningsgruppen var fri det vill säga ledningsgruppen fick själv kommentera vad de anser att hemvårdsteamerna har för styrkor, svagheter och så vidare.

Tabell 3. Swot-analys av hemvårdsteamerna i Kimito distrikt ur ett ledningsperspektiv

Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none"> • Mångprofessionella team • Lång erfarenhet inom vården • Användning av samma dokumenteringsprogram inom hela omsorgssektorn, samma patientjournal, underlättar vårdkedjan 	<ul style="list-style-type: none"> • Avsaknad av mätinstrument • De äldre kan inte hantera dagens teknologi ännu • Hemvården har ingen bestämmanderätt hemma hos klienten

<ul style="list-style-type: none"> • Tydlig struktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Klienterna borde oftare komma ut från hemmet • Den tillgängliga servicen når inte målgruppen • Otillräcklig mängd utbildad personal, flera närvårdare med sjukvårdsinriktning behövs • Sjukvården lider efter kommunsammanslagning, kartläggning av klienten borde göras och följas upp oftare • Personal som har arbetat länge inom hälsovården har svårt att hitta sin plats inom socialvården • Teamarbetet söker sin form
<p>Möjligheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Användning av teknologi • SAS-gruppen • Anhörigas roll i vården av klienten 	<p>Hot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brist på kompetent, utbildad personal • Nyutbildad personal förstår inte sin arbetsroll, vill bara göra det som är roligt • Helhetsansvar över klienten

Det ledningsgruppen ville tillägga är att geografin är en utmaning på Kimitoön eftersom avståndet till klienterna är långa, det finns inga genvägar till klienterna och Kimitoön har många bebodda utöar. Det är också utmanande att arbeta i klientens hem då hemvården måste respektera klientens självbestämmanderätt. Lagstiftningen styr ganska långt arbetet och hur det fördelas mellan arbetarna. Teamdragarens roll anser ledningen att har stor betydelse för hur bra teamet fungerar. Teamdragaren är i en nyckelposition och det kan vara både en styrka och en svaghet. Personalen kunde ytterligare ha nytta av en definierbar servicemanual för att känna till de olika gränserna i arbetet men samtidigt ansåg ledningen att man hela tiden skulle bli tvungen att ändra på den då arbetet hela tiden förändras och lagstiftning uppdateras. Ledningsgruppen anser att man aldrig fullt ut kan uppnå idealet för vården då läget ändrar väldigt snabbt och lever hela tiden. Ledningen anser dock att det

skulle vara bra om kommunen kunde producera den form av service som kommuninvånarna behöver.

Om målsättningar ansåg ledningsgruppen att en trygg miljö skulle tas bort från målsättningarna om boendet hemma för klienten och istället lägga till så länge det är ändamålsenligt. Ledningsgruppens målsättning var att klienterna skall kunna få bo kvar i det egna hemmet men att det finns många men på vägen. Ledningsgruppen ansåg att kommunen inte skall åta sig allt ansvar över servicen som erbjuds eftersom de har farhågor om att hemvården används "onödigt" bara för att man har rätt att få det och så vidare. Ledningsgruppen anser att den service som kommunen erbjuder inte passar för dem som behöver den utan för dem som inte behöver den men skall ha den, det vill säga att hemvården inte når den rätta målgruppen. De som personer som skulle behöva hjälp begär inte av någon orsak om att få hemvård utan istället kräver de som inte skulle behöva hjälp hemvård för att de har möjlighet eller rätt att få det.

Ledningsgruppen anser att hemvården utvecklats och utvecklas hela tiden genom alla förändringar som sker, bland annat den senaste i bruk tagningen av det elektroniska dokumenteringsprogrammet. Tankarna hos ledningen återfanns på alternativa sätt att ordna vård i hemmet till exempel att de flesta blodprovstagningar kunde ske på hälsovårdscentralen istället för inom hemvården och så vidare. Även tankar om hur förebyggande arbete och dylikt kunde ordnas fördes men ledningen ansåg att det kräver igen mera resurser till äldreomsorgen och det råder nu redan brist på kompetent personal.

8.3.2 Swot-analys ur personalperspektiv

Till personalen tilldelades en färdig modell av swot-analysen där de i form av en förfrågan fick delge sitt perspektiv. Swot-analysen byggdes upp med de komponenter ett team behöver ha enligt tidigare forskning för att fungera och vara effektivt. De olika perspektiven i swot-analysen bedömdes av förmannen samt det ledningsgruppen hade att tillägga från mötet med ledningsgruppen (18.4.2012). Personalen fick sedan säga om de samtycker att hemvårdsteamet fungerar så eller vad de anser att bör ändras på och så vidare. Personalen hade även i denna förfrågan möjlighet att fritt kommentera swot-analysen eller ge övriga kommentarer. Förfrågan återfinns i sin helhet i bilaga 3.

Tabell 4. Swot-analys ur personalens perspektiv

Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none"> • Sammanslagen hemvård fört med sig mer utmanande arbetsuppgifter • Trevlig personal • Introduktion av nyanställd personal • Arbetsglädje • Teamdragare 	<ul style="list-style-type: none"> • Ledarskapet på grund av tillfälligt arrangemang (ordinarie förman tjänsteledig) • Oändamålsenliga arbetslistor, sen utgivning av arbetslistor och beslut • Inget utvecklingsarbete • Avsaknad av målsättning • Uppdelning i två team från att tidigare ha varit ett, teamrivalitet om klienter och arbetsuppgifter • Samarbetet, avundsjuka • Många klienter, arbetsbördan stor • Tungt klientmaterial, psykiskt tungt arbete • Avsaknad av mätinstrument i vården • Alltför lite personal, dålig anpassningsförmåga • Häktisk arbetstakt • Arbetsglädje, dålig arbetsmotivation • Stress, trötthet, stor sjukfrånvaro • Flexibilitet ett måste, inte självvalt • Ringa möjligheter att påverka det egna arbetet • Acceptans av olikheter, respekt • Introduktion av nyanställd personal • Arbetsplatsen oattraktiv • Otydliga ansvarsområden, otillräckliga befogenheter att utföra självständigt arbete • Ingen belöning, inget tack • Vissa klienter får mera tid än andra,

	<p>ojämn fördelning av servicen som ges</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otillräckligt med tid för att hålla klientens vårdplan uppdaterad • Fördelning av arbetet oändamålsenligt ordnat • Ingen fortbildning • Samarbetet till andra enheter, till exempel bäddavdelningen • Svagt intresse för förändring • Ingen rehabilitering för klienterna • Avsaknad av läroavtal • Sommarstängt av dagcentret • Aseptik • Tillräcklig information fås inte av ledningen
<p>Möjligheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbetsrotation till de övriga hemvårdsteamerna på ön 	<p>Hot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utbränd personal • Personalen söker sig bort till annat arbete • Utövandet av ledarskap, orättvisa arbetslistor ger upphov till att arbetsglädjen försvinner • Utomstående säger sig tillhöra hemvården för att komma in i klientens hem

Tidigare hade hemsjukvården hand om så gott som all medicindelning och sjukvård inom öppna vården. Nu när hemvården är sammanslagen utför närvårdarna inom teamen också mera sjukvårdsarbete än tidigare. Detta upplevs tacksamt av närvårdarna och de upplever att arbetsuppgifterna är mer utmanande än tidigare.

Om nyanställd personal introduceras bra i arbetet får man självständig och motiverad personal. Introduktionen upplevdes också som en svaghet då teammedlemmarna har

mycket arbete och är trötta. Det har även hänt sig att studerande kommit direkt på kvällstur till ett tomt arbetskansli och att ingen tagit emot den studerande. Teammedlemmarna anser dock att introduktionstiden måste vara tillräckligt lång för att det blir en styrka. Arbetsglädje för med sig nya idéer och arbetet löper bättre därför placerade de flesta det som en styrka. Några placerade även arbetsglädje som en svaghet på grund av den stora arbetsbördan särskilt på kvällen och på helgar.

Ledarskapet upplevs för tillfället bristfälligt på flera olika sätt genom att förmannen inte har tid för personalen eller reflektion, förmannen är svår att nå, finns sällan på plats, svar på frågor uteblir och blir svävande, arbetslistorna är oändamålsenligt och orättvist planerade (till exempel båda teamdragarna lediga samtidigt och fördelning av kvällsskift borde vara lika för alla förutom teamdragarna) och arbetslistorna delas ut i ett sent skede liksom beslut på ledigheter, förmannen närvarar inte på teammöten och inte i planering av det dagliga arbetet, inga personalmöten hålls och att det inte finns någon som tar ansvar och gör beslut varken för personalens eller klientens bästa eftersom både förman och teamdragarna kan vara frånvarande samtidigt. Att det finns teamdragare bedömdes dock som en styrka i teamarbete. Ytterligare finns det inga målsättningar att arbeta efter och informationen som kommer från ledningen anses vara otillräcklig.

Personalen anser att det finns för lite resurser i form av arbetstagare inom teamen. Personalen upplever att särskilt tiden för klienterna har så gott som eliminerats. Personalen upplever att det inte finns tillräckligt många anställda speglat emot mängden klienter. De upplever sig rusa från en klient till en annan innan de hinner utföra alla arbetsuppgifter till slut. Tillsynsbesök till klienter utförs inte längre. Indelning i två arbetsteam upplevs också som en svaghet med tanke på samarbetet eftersom det medfört att det blivit våra och era klienter men att teamen konkret finns under samma tak upplevs som en styrka. Att vara under samma tak upplevdes även som en svaghet då teamen har svårt att dela på sina klienter, det vill säga om det ena teamet har för många klientplatser och begär det andra teamet att hjälpa till upplevs det negativt. Personalen själv kallar det för avundsjuka mellan teamen. Även acceptans av olikheter och avsaknad av respekt upplevs som en svaghet. Tidigare betraktades arbetsteamet som en enda stor familj. Personalen anser att det också delvis beror på personligheter att samarbetet fungerar dåligt mellan teamen.

Personalen upplever att det inte går att påverka på det egna arbetet och att befogenheterna inte räcker till för att utföra självständigt arbete. Personalen upplever fördelningen av tiden

till klienterna som orättvis då någon klient kan få flera timmar om dagen hjälp av hemvården medan andra får femton minuter om dagen. I dagsläget krävs även till vissa klienter två vårdare och till exempel kvällstid finns det bara två vårdare i kvällsskiftet och skall bemästra hela Kimito distrikt och alla klienter som hör till dessa teamområden. Personalen upplever att det finns för lite personalresurser och att anpassningsförmågan att ta emot nya klienter därför blir ett problem då det kommer allt fler klienter och allt mer tungskötta klienter. Även avsaknad av mätinstrument i vården upplevs som en svaghet och att det inte finns tid för att uppdatera klientens vårdplan. Att det inte finns riktlinjer för hemvården ses som en svaghet och önskas av personalen.

Personalen önskar sig mera belöning för gott arbete, till exempel tack. Personalen upplever att de måste ta emot alla klienter som kommer till hemvården och få vården ordnad hem till klienten oberoende om det finns personal eller inte. Vikarier finns inte över huvudtaget att få. Stressen och den negativa stämningen ökar bland personalen och arbetsmotivationen sänks. Flexibilitet i arbetet upplevs som ett måste och inte som ett val. Många inom personalen mår dåligt och funderar på att byta arbetsplats om inte allting börjar fungera bättre. Bekymren har tagits med sig hem. Arbetstakten upplevs som häktisk särskilt på kvällar och helgar då det få arbetare i skiftet. Möjlighet att gå på fortbildning har minskat särskilt bland de med lägre utbildning samt vikarier upplever att de inte får fortbildning alls. Att det inte tas läroavtalsstuderande ses också som en svaghet. Arbetsplatsens attraktivitet och aseptiken inom teamen, det vill säga hygienen bedöms också som en svaghet av personalen.

Personalen upplever en viss otydlighet med fördelningen av ansvarsområden. Utkörning av matservice upplevs som ett stort problem då antalet matportioner och klienter ökar samtidigt som antalet personal som kör ut mat minskar. Personalen upplever att organiserandet av arbetsuppgifterna därför inte är den bästa då det är max fyra personer som skall få köra ut maten till klienterna då det redan på helgen enbart körs ut över 50 portioner mat. Två timmar per rutt räcker inte till för att köra ut maten vilket betyder att maten blir liggande i förpackningen över den tillåtna tiden. Ytterligare gör det att ingen från personalen längre önskar köra ut maten till klienterna. Även rehabilitering av klienterna upplevs av personalen som obefintlig. Klientmaterialet upplevs också för tillfället vara psykiskt påfrestande. Stängning av dagcentret under sommaren upplevs också som en svaghet eftersom de äldre klienterna behöver den formen av verksamhet. Endast en

arbetare samtyckte helt och hållet till att hemvårdsteamerna fungerar enligt den swot-analys som tilldelades personalen ur ett förmansperspektiv.

Personalen tog fasta på trygghetsfrågor i synnerhet med att utomstående personer kan påstå sig vara från hemvården och sålunda komma in i klientens hem. Klienten kan inte försvara sig mot angrepp, stöld mer mera i hemmet. Ett system på hur man påvisar att man arbetar inom hemvården önskas sålunda både för personalen och för studerande. Arbetsrotation ansågs som en möjlighet att man kan arbeta inom ett annat hemvårdsteam på Kimitoön och sålunda få prova på andra arbetsuppgifter och annan arbetsgemenskap. Arbetsrotation ansågs även som ett sätt att finna förbättringsförslag till det egna teamet. Förövrigt samtyckte de flesta till att swot-analysen ur ett förmansperspektiv överensstämde relativt bra med styrkor, möjligheter och hot.

8.3.3 Swot-analys ur förmansperspektiv

Swot-analysen ur förmansperspektiv är mitt perspektiv på hemvårdsteamerna som teamledare för båda teamerna värderat från situationen före min tjänsteledighet under sommaren 2011. Swot-analysen är skapad så att jag speglar vad tidigare forskning sagt om vad ett gott samt effektivt teamarbete är och sedan bedömt det och lagt det in i de fält jag anser att de hör till, det vill säga vilka styrkor, svagheter med mera jag anser att hemvårdsteamerna har. Denna swot-analys är uppgjord med tanke på hur hemvårdsteamerna fungerande då jag var i arbetet (för tillfället tjänsteledig).

Tabell 5. Swot-analys av hemvårdsteamerna i Kimito distrikt ur ett förmansperspektiv

Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none"> • Motiverad och mångprofessionell personal, god arbetsmoral • Flexibelt arbetsteam • Acceptans av olikheter, respekt • Högt intresse för fortbildning och till förändring • God lokalkännedom, fokus på uppgiften • God anpassningsförmåga 	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbetet med hälsovårdsenheten, otydlig kommunikation • Ingen egen läkare inom hemvården • Avsaknad av mätinstrument vid bedömning av funktionsförmåga • Otillräckligt utbud av sjukvårdstjänster kvällstid • För lite tid för uppföljning av klienten/sjukvård

<ul style="list-style-type: none"> • God problemlösningsförmåga, kollektivt ansvar • Tydlig ledningsstruktur • Teamen placerade under samma tak och kan vikariera varandra, god samarbetsförmåga • Rutiner och tillvägagångssätt, varierande arbetsuppgifter • Tillräckliga befogenheter för att utföra självständigt arbete • Teamen kan påverka det egna arbetet • En bra mix mellan unga och äldre arbetare, personalen har lång erfarenhet och mycket tyst kunskap • Samma dokumentationsprogram inom hela omsorgssektorn • Synergieffekt, goda idéer 	<ul style="list-style-type: none"> • Delvis otillräckligt motiverande arbetsuppgifter • Ingrodda arbetsmodeller • Otillräcklig rehabilitering av klienten hemma, målgruppen nås inte • Brist på kompetent personal/kunskap • Häktisk arbetstakt, tidspress • Avsaknad av strategier, målsättning samt visioner • Geografin på ön • De äldre kan inte använda sig av den teknologi som finns till förfogande • Avsaknad av uppföljning, utvärdering och feedback • Inget rum för etik, reflektion
<p>Möjligheter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teamspecialisering • Kompetenshöjning av personalen, kvalitetscertifiering • Utveckla nya former av vård liknande dagcenterverksamhet • Utveckla demensvården inom hemvården och förebygga institutionalisering i ett tidigt skede • Anhörigas roll i vården • Attraktiv arbetsplats genom investering i personalens välmående • Utveckla vårdkedjan för klienten till att bli sömfri, SAS-gruppen • Användning av teknologi 	<p>Hot</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillgång till kompetent personal • Otillräcklig personal, utbrändhet bland personalen, stor sjukfrånvaro • Säkerhetsfrågor, ensamt arbete • Helhetsansvar över klienten • Oändamålsenlig vård • Stor mängd vårdbehövande • Attityder gentemot hemvård • Konflikter, splittring inom teamen • Otydliga ansvarsområden

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Utveckla användningen av servicesedlar | |
|--|--|

Personalen har mycket kunskap inom teamen och är intresserade av att gå på fortbildning. Arbetsteamerna är flexibla då det behövs och kan snabbt ordna vård för nya klienter. Teamerna har en klar ledningsstruktur, arbetsrutiner och möjlighet att påverka det egna arbetet genom att tillsammans med teamdragaren planera den alldagliga verksamheten samt vården av klienten. Det finns en bra balans mellan unga och äldre arbetstagare och rikligt med perspektiv på arbetet. Teamerna finns fysiskt under samma tak vilket underlättar samarbetet mellan teamerna och de kan vid behov hjälpa varandra med att flytta över klientbesök från det ena teamet till det andra. Eftersom Kimitoön är en liten ort är steget för klienterna att ta kontakt lätt eftersom många känner till vem som arbetar inom hemvården och vågar anförtro sig åt teammedlemmarna.

Hemvårdspersonalen har inte tillräckligt med utbildad personal för att även erbjuda sjukvårdstjänster kvällstid. Även brist på kompetenta vikarier utgör en utmaning. Arbetstakten är hård och det finns ingen tid för rehabilitering av klienten i hemmet. Resurserna räcker inte heller till för att erbjuda avlastningsvård för närståendevårdare i hemmet. Arbetstakten ger ytterligare upphov till både stress samt sjukfrånvaron bland personalen. En sjukfrånvaro i det ena teamet påverkar indirekt det andra teamet genast genom att platserna som planerats åt den som insjuknar fördelas jämt på personalen mellan båda teamerna. I och med den stressiga omgivningen på arbetsplatsen finns det inte heller rum för utveckling av arbetet och att använda sig av den tysta kunskapen som finns bland personalen. I dagsläget lappar personalen frånvaron och blir tvungen att koncentrera sig på att det alldagliga arbetet löper. Ytterligare behöver samarbetet till hälsovårdsenheten utvecklas så att hemvården får tillräckligt med tid för att planera vården av klienten i hemmet före klienten anländer hem från bäddavdelning eller sjukhus. Med det här avses också att hemvården i ett tidigt skede behöver få veta om en ny klient anländer till hemvården så att de kan planera vem från teamet besöker klienten, när vårdbedömningen sker, om hjälpmedel behöver införskaffas före klienten kommer och så vidare. I dagsläget kan klienten komma samma dag som hemvården får kännedom om denna och det stökar till det planerade arbetet med att man måste planera om dagen för respektive arbetare för att få allt arbete gjort. Även avsaknad av strategi samt tillräckligt med samarbete med den högsta ledningen märks i det alldagliga arbetet.

Det finns många möjligheter att utveckla teamen till exempel genom teamspecialisering, kompetenshöjning, genom att kvalitetscertifiera vården, utveckla vårdformerna och göra vårdkedjan för klienterna bättre till exempel genom utökat samarbete mellan omsorgsenheterna samt genom att tillämpa mera teknologi och servicesedlar i vården. Arbetsplatsen attraktivitet kunde höjas genom att utveckla teamarbetet så att flera skulle vara intresserade av att arbeta inom hemvården och teamen må bra.

Som ett hot är tillgången av utbildad personal och att få personal till hemvårdsteamerna. Stor sjukfrånvaro och utbrändhet utgör ett stort hot med tanke på hur stor arbetsbelastningen för tillfället är. Utan mätinstrument i vården kan klienterna vårdas på fel plats och få oändamålsenlig vård. Mängden vårdbehövande ökar samtidigt som det inte finns personalresurser att få. Teamen hotas av säkerhetsfrågor och konflikter samt påverkas av klienter och utomståendes attityder. Ytterligare utgör press på kommunsammanslagning till större enheter ett hot för klientens individuella helhetsvård samt kvalitet på den vård som ges.

8.4 Resultat

I detta delkapitel skildras resultaten ur de tre olika perspektiven skilt, det vill säga från ledningsgruppens möte, från förfrågan till personalen och förmannens perspektiv så att det är tydligare för läsaren att veta vilket perspektiv det är frågan om och hur resultatet uppkommit.

8.4.1 Resultat ur ledningsgruppens perspektiv

De resultat som framkommit från ledningens perspektiv är att det råder stor oro för hur brist på kompetent personal skall fördes i framtiden. Användningen av teknologi inom omsorgen blir allt viktigare i framtiden då de äldre som växt upp med dagens teknologi föråldras. Omsorgen styrs av en mängd lagar och direktiv och är därför svår att utveckla. Den rätta målgruppen inom hemvården nås inte och mätinstrument för bedömning av klienten saknas. Sjukvården inom hemvården ansågs av ledningen ha blivit sämre sedan hemsjukvården förenats med hemservicen och som ett stort hot att helhetsansvaret över klienten blir bristfälligt. Att hemvårdsteamerna är mångprofessionella med lång erfarenhet, tydlig struktur och samma elektroniska dokumenteringsprogram inom hela omsorgssektorn

bedömde ledningen vara en styrka. Som möjligheter ansåg ledningsgruppen användning av teknologi, anhörigas roll i vården samt SAS-gruppen.

8.4.2 Resultat ur personalperspektiv

Ledarskapet upplevs för tillfället som en svaghet eftersom det är svårt att nå förmannen, personalen får inga klara svar på sina frågor, arbetslistorna upplevs oändamålsenligt och orättvist planerade samt beslut och arbetslistor delas ut i ett väldigt sent skede. Introduktion av nyanställd personal bedömdes som både som en styrka och svaghet liksom sammanslagen hemvård. Resultatet tyder på att teamarbetet försvagats sedan man spjälkat personalen från ett team till två och gjort att teamrivalitet kommit med in i bilden. Tidigare upplevdes ett team som en enda stor familj och nu som om man vaktar vad det andra teamet gör och teammedlemmarna sinsemellan upplever orättvisa med olika många och tunga klienter.

Personalen anser sig ha otillräckliga resurser i form av personalstyrka då det har kommit mera jobb men personalstyrkan hållits densamma. Personalen bedömer avsaknad av målsättning, mätinstrument i vården, utveckling, otillräcklig information och inga möjligheter att påverka det egna arbetet som en svaghet. Ytterligare ansåg personalen att det är en svaghet att de inte belönas med ett tack, får gå på fortbildning och inte får tillräckligt med väsentlig information om arbetet om vad som sker runt omkring. Resultatet tyder även på att arbetsglädje finns men försvagats på grund av den stora arbetsbördan och stress. Många upplever sig stressade och trötta och att grundstrukturen inte är i skick upplevs göra det värre. Ansvarsområden upplevs otydlig liksom strukturen och fördelning av arbetsuppgifter och ansvar. Som ett hot ansågs utbrändhet inom personalen, utnyttjande av identitet samt utövandet av ledarskap.

8.4.3 Resultat ur förmansperspektiv

I förmansperspektivet framkom det mest möjligheter med hemvårdsteamerna samt mest styrkor. Många saker som framkom som svagheter var av den klass som man lätt kan göra beslut om på enhetsnivå men många saker kräver också beslut och direktiv av den högre ledningen, till exempel riktlinjer för hurdan hemvård som ordnas, det vill säga vilken service hemvården skall erbjuda, val av mätinstrument och så vidare.

Geografin och brist på kompetent personal utgör en utmaning på Kimitoön. Även en stor mängd vårdbehövande samt utbrändhet bland personalen kan bli en utmaning. Hemvårdsarbetet är långt självständigt arbete och kan därför även bli en aktuell arbetsskyddsfråga. Hemvårdsteamerna har tidigare inbyggda arbetsmodeller som enligt tidigare forskning tar lång tid att förändra.

8.4.4 Analys och kritisk reflektion

Den sammanslagning som skett inom hemvården har inte varit någon liten förändring för hemvårdsteamerna. Hemvårdens sammansättning har förändrats, det vill säga teamerna är mångprofessionella, teknologin har utvecklats, antal klienter har ökat, en gemensam omsorgsenhet inom kommunen har bildats och så vidare. Dessa är alla stora förändringar som har skett. Man kan också dels tolka att vissa problem med arbetsuppgifter med mera även kan bero på att hemvården fortfarande söker sin form eller sin plats i den nya kommunen Kimitoön. Trots allt finns det fortfarande inga strategier att gå efter. Personalen har sålunda också delvis oklart med vad målsättningen med hemvården skall vara och vad som förväntas av hemvårdsteamerna.

Resultatet från swot-analysen med ledningsgruppen var att ledningsgruppen var de som hade minst perspektiv på hur hemvårdsteamerna fungerar. Om man inte arbetar på enheten är det också svårt att känna till detaljerna, det vill säga vilka arbetsuppgifterna är. Det fält ledningen koncentrerade sig på var hot och utmaningar. Ledningen kände igen hoten och utmaningarna men hade ingen handlingsplan för fortsatt arbete. Dels beror det här även på avsaknad av äldreomsorgsstrategin i Kimitoöns kommun. Ytterligare framkom det ringa diskussion i ledningsgruppen om vad god kvalitet för klienten innebär och vilka förutsättningar teamerna behöver ha för att ge god vård åt klienterna.

Om man förenklar det organisationsteori säger om teameffektivitet kan man se att hemvårdsteamerna har de viktigaste komponenter som behövs för ett välfungerande teamarbete. De har klara rutiner, målsättningar med arbetet, klienter, gemensamt ansvar, god arbetsdisciplin och moral, stort intresse för kompetensutveckling, teamerna kan agera snabbt och har god anpassningsförmåga, teamerna är öppna för förändringar, alla åsikter värderas inom teamerna, problem löses gemensamt och diskussioner om fritid genomfördes med skratt kan höras från kafferum med mera.

Det som ytterligare borde utvecklas med tanke på effektivitet är individuella prestationer, ledarskap, tydlighet, hemvårdens roll i omsorgspusslet, utvecklandet av strategier, samarbete med andra enheter samt uppföljning och utvärdering. Det framkom dock från förfrågan till personalen att läget förändrats inom hemvårdsteamerna. Den största utmaningen inom teamerna för tillfället är att grundstrukturen inte är i skick, det vill säga arbetslistorna är inte ändamålsenligt planerade och personalen upplever att de inte får stöd av förmannen. Även personalen själv anser att arbetslistan är ett stort problem då det inte för tillfället finns någon som bemästrar planeringen av arbetslistor. Läget är inte stabilt för tillfället eftersom den ordinarie förmannen är tjänsteledig och den vikarierande förmannen besitter på två poster samtidigt, det vill säga utför dubbel mängd arbete.

Om inte grundstrukturen är i ordning och med det avser jag organiserandet av arbetsuppgifter, planerande av arbetslistor och dylikt är inte heller arbetsgruppen mogen för en utveckling. Det Andersson m.fl. 2004 befarar att brist på ledarskap, resurser och stress ger upphov till problem i arbetsmiljön är precis det som håller på att ske inom hemvårdsteamerna i Kimito distrikt. Eftersom den befintliga strukturen (se Myrgård 2006) är i obalans blir det allt fler konflikter inom teamet samt mellan teamerna. Det blir en form av rivalitet mellan teamet och man ser hellre till att det egna teamet har det bra. Då det är ont om resurser och personalen är trött börjar det komma mitt och ditt tänkande mellan teamerna istället för att de skulle hjälpas åt. Klyftan mellan orättvist planerade arbetslistor och så vidare betonas ytterligare och det leder till slut att det blir som ett ekorrhjul som snurrar och det är svårt att få arbetet tillbaka i balans, med andra ord behöver teamet utomstående hjälp till detta.

Då ansvarsområden upplevs otydliga leder det till att personalen inte vet vem som skall ta hand om vad och arbetsrollerna inom teamet blir diffusa. Det blir även problem med planerandet av den dagliga verksamheten samt fördelning av arbetsuppgifter inom teamet (se till exempel Sandberg 2006). Det här bidrar också till minskad arbetsglädje och till att personalen börjar må dåligt. Illamåendet märks som (Svedberg 2007) i form av sjukfrånvaro och så vidare. Att personalen tog fasta på fältet svagheter i swot-analysen kan tänka sig bero på att de är trötta och mår dåligt. Ju tröttare och mer stressade personalen blir desto större blir ångesten. Fördelningen av arbetsuppgifter har också betydelse för teammedlemmarnas relationer (Granström 2006) och det här märks för tillfället av avundsjuka mellan teamerna och övervakandet av vad det andra teamet gör. Rivalitet och försvarsmekanismer (se till exempel Koivukoski & Palomäki 2009) smyger sig in vilket

tydligt kan avläsas av resultatet från personalens perspektiv. För att teamen skall må bra behöver de ha tillräckliga resurser till sitt förfogande och vara tillräckligt utmanande (Lind & Skärvad 2004).

Kunskap och kompetens utgör en väldigt viktig bit med tanke på effektivt team. Just nu prioriteras inte fortbildning eller kompetenshöjning särskilt bland dem som skulle behöva det, till exempel vikarier eller lägre utbildade. Personalen har ju rätt att få skolning från 3-10 dagar per månad enligt AKTA-avtalet som kommunen följer. Kunskapen höjer både motivationen och bidrar till ett bättre jobb för klienterna. Att inte få delta i skolning och att grundstrukturen inte är i sin ordning förlamar teamens funktion, det vill säga förmåga att arbeta. Det är ledarens skyldighet att se till att alla teammedlemmar får tillräckligt med skolning (se till exempel Huusko 2007). Enligt teori om kompetensutveckling (se bland annat Myrgård 2006) behöver det ses som en investering för organisationen eftersom det för med sig mera kunskap, innovation, social gemenskap, nya metoder och perspektiv till teamet samtidigt som det stärker självkänslan hos teammedlemmarna. Allt teamarbete börjar ju från individen själv. Som teamen ser ut idag, trötta och stressade, är de dock inte mottagliga för ny kunskap. På grund av stress och trötthet orkar teammedlemmarna inte heller stöda varandra inom teamet (se Sandberg 2006). Sakta men säkert leder alla dessa mindre förändringar till att arbetsgemenskapen börjar må dåligt och i sista hand kommer även klienten att beröras av detta. De fyra hörnstenar som Myrgård (2006) talar om att verksamheten behöver vila på, det vill säga samarbete, effektivitet, kvalitet och arbetsglädje är alla områden som hemvårdsteamet behöver arbeta vidare på.

Om personalen mår dåligt ser de inte alla de styrkor de har inom sitt arbetsteam. De har till exempel en otroligt bred kunskap, bra personal bestående av både unga och äldre, den senaste teknologin till sitt förfogande, delvis goda arbetsrutiner och tillvägagångssätt, de har bra problemlösningsförmåga när det gäller att ordna vården för en klient och kan de facto själv påverka sitt arbete. Att de upplever att de inte kan påverka sitt arbete kan tänkas bero på att personalresurserna är så små att tiden enbart räcker till för att ta hand om de dagliga sysslorna.

Teamledaren har som kan konstateras av både teorin samt av personalen en väldigt stor betydelse för hur verksamheten fungerar, hur teamen jobbar samt hur personalen upplever arbetsglädje. Teamledaren måste kunna vara lyhörd på det personalen har att tillägga annars märks det fort i arbetsgemenskapen. Redan ett tack av ledaren betyder mycket för

personalen i form av uppskattning och visar personalen att det finns någon som bryr sig om dem. Just nu trivs inte personalen med sitt arbete, de upplever att det är för mycket arbete och för lite personal. Ledaren bär alltid det övergripande ansvaret att allt fungerar som det skall och att arbetsförhållandena är gynnsamma. Det är lätt att det går så att man prioriterar bort personalmöten med mera men de är viktiga med tanke på att kolla upp hur teamen mår (se till exempel Berggren m.fl. 1999). Möten är ofta forum för att lugna ner personalen och låta känslor och dylikt laddas av annars blir det som i det här fallet att man bär med sig bekymren hem. Om det inte finns någon som tar helhetsansvaret över verksamheten blir det lätt informella ledaren och det ger upphov till allt fler konflikter inom teamen och mer illamående bland personalen. Allt det här kan också leda till en etisk fråga om alla behandlas lika på arbetsplatsen och vems bästa det man agerar efter.

Att utöva ett ledarskap är överlag inte lätt eftersom det finns så många parter som behöver beaktas. Förutom att du har ett ansvar gentemot personalen, har du ett ansvar gentemot den högre ledningen, klienten och dig själv. Förutom allt ansvar över verksamhet och service skall ledaren även rapportera och informera på en politisk nivå. Med det här avser jag att ledarskapsarbetet idag är så mångfacetterat och ett så brett område och förväntningarna på dig som ledare höga. Det förväntas att ledaren skall behärska allt och man tänker inte på att ledaren också bara är en människa. En person förmår inte behärska allt därför är även teamarbete en väldigt bra arbetsform. Ledaren behöver dock ha de nödvändiga egenskaperna för att kunna utöva ett gott ledarskap och till exempel kunna delegera arbetsuppgifter och kunna inse när den egna kunskapen inte längre räcker till.

Förmanskapet i det här fallet är ett närledarskap vilket betyder att det finns förväntningar på dig som ledare uppifrån (ledningen), nerifrån (personalen) och från sidan (klienter, övriga utomstående). Det är en svår, tung och ensam post. Hur man än svänger och gör beslut upplevs det fel från någon part och man blir alltid på något vis en mellanhand. Det blir som rubriken på en färsk avhandling gjord av Reikko, Salonen och Uusitalo (2010) säger om närledarskap att det är som att vara *puun ja kuoren välissä*, det vill säga fritt översatt som att vara mellan trädet och dess skal. Man får aldrig alla parter nöjda utan man måste lita på sig själv, sina värderingar och sitt ledarskap att det är bra.

Det social- och hälsovårdsministeriet anser vara god hemvård som hemvårdsteamerna ger är att det skall utgå ifrån en tillräcklig bedömning av klientens funktionsförmåga, skall vara rehabiliterande och så vidare har inte hemvårdsteamerna i praktiken möjlighet att leva upp

till. Hemvårdsteamerna har inget mätinstrument för att kunna bedöma funktionsförmåga med och tiden räcker inte för rehabilitering av klienterna. Det som personalen strävar efter att det skulle finnas en gemensam hemvårdsmodell som skulle garantera klienterna rättvis och lika vård existerar inte enligt tidigare forskning idag. Inte heller det både ledningsgruppen och personalen lyfte upp som ett hot om ansvaret över klientens helhetsmässiga vård finns det någon arbetsmodell att gå efter. Det här är saker som hemvårdsteamerna inte kan påverka men det är bra att man känner igen dessa problem.

8.4.5 Slutsats

För att teamen skall komma vidare behöver följande ärenden utvecklas; en strategi skapas där riktlinjer för hemvården finns, målsättning förtydligas, värderingar och spelregler dokumenteras, arbetsförhållanden kartläggas, arbetsområden förtydligas, arbetsuppgifter och rutiner behöver kartläggas och vid behov ändras på, tillfälligt införa mer personalresurser för att stabilisera teamen, bygga upp teamanda genom att umgås utanför arbetsplatsen och stöda teamen genom arbetshandledning av både professionell handledare samt av förmannen. Teamarbetet börjar från personen själv och ledaren med sitt beteende och agerande visar exempel på gott samarbete och teamarbete för de övriga teammedlemmarna.

8.5 Idéer för utveckling

I det här kapitlet kommer jag att ge några inledande förslag på förbättring genom att dela in det i perspektiv för att det skall vara lättare att greppa.

8.5.1 Förbättringsförslag till ledningen

En äldreomsorgsstrategi med riktlinjer, målsättningar och visioner kunde utarbetas. En strategi är även viktig med tanke på förmannens arbete så att denne kan göra de nödvändiga beslut som behövs på arbetsfältet. Förövrigt borde också kriterierna för vård och serviceutbudet borde kartläggas och uppdateras.

Ett gemensamt mätinstrument för bedömning av klientens vård införs i samtliga omsorgens enheter. Mätinstrumentet underlättar besluten som vidtas gällande klientens

vård och fortsatt vård. Mätinstrumentet skulle även förse omsorgsenheten med ett gemensamt språk och göra samarbetet bättre.

Ytterligare kunde omsorgens ledning utarbeta ett månadsinfo till personalen där information om vad som är aktuellt inom omsorgsenheten tilldelas personalen och på detta vis skulle samarbetet till den högre ledningen utvidgas och personalen få tillräcklig information om aktuella saker.

Till hemvårdsteamerna kunde återinföras formella arbetskläder både för att höja arbetsgemenskapen bland personalen på hela ön samt för att motverka utomstående att missbruka hemvårdens position, det vill säga en utomstående påstår sig tillhöra hemvården vilket gör att klienten släpper in denne i sitt hem. Med det här avses att det inte idag enbart räcker med att man inom hemvården bär med sig identitetspass utan det kunde också vara bra att på ett annat vis skilja sig från massan. Såklart kan etiken i det här fallet diskuteras med tanke på tystnadsplikt och anonymitet med mera och det finns både för- och nackdelar men jag ser mer fördelar.

8.5.2 Förbättringsförslag till förmannen

Införa en obligatorisk handledarutbildning för förmannen så att denne bättre kunde stöda teamerna i sitt arbete. Kunde det införas mera teknologi så att förmannen skulle vara mera fysiskt närvarande på arbetsplatsen, till exempel delta mera på möten via dator? Finns det arbetsuppgifter som går att delegera? Förmannen behöver delta mera i planerandet av den all dagliga verksamheten.

Personalens perspektiv behöver beaktas bättre med tanke på arbetssäkerhet och arbetsverktyg. Nödvändiga anskaffningar borde säkerställas. Dokumentation av ansvarsområden, spelregler med mera skulle vara bra. Garantera hemvårdsteamerna arbetsro genom att se över omgivningen där de arbetar, att de är ergonomiska och så vidare. En broschyr över vården som erbjuds klienten kunde vara bra att utarbetas så att denna kunde fungera som diskussionsunderlag vid möten med klienten. Ytterligare behöver personalstyrkan inom hemvårdsteamerna ses över om den är tillräcklig eller om det är motiverat att anställa mera personal.

Berggren, Gillström, Gillström och Östling (1999, s. 56-57) talar varmt om ett belöningsystem för personalen. I Kimitoöns kommun finns det inte möjlighet att belöna personalen i form av ekonomisk belöning. Tanken som väcktes inom mig var att kunde man bilda ett belöningsystem där man skulle utnämna månadens eller årets teammedlem och där teammedlemmarna skulle vara med och göra upp kriterier för dessa och välja dessa genom slutna val. Ledaren skulle sedan lägga upp porträttet av månadens eller årets teammedlem i kafferummet. Ett annat belöningsystem kunde vara att ge teammedlemmen arbetstid att utföra specialuppgifter men detta anser jag att även kunde vändas negativt om det alltid skulle bli samma personer. I detta fall skulle det vara ledaren med sin kunskap som väljer ut rätt arbetare för uppgiften. I annat fall måste det räcka med att ledaren tackar för hjälpen eller gott utfört arbete eller med att säga fint jobbat. Arbetet inom hemvården är väldigt påfrestande och man kan fråga sig om ett konkret belöningsystem väger mera än bara ord?

Berggren m.fl. (1999, s. 150) talar även varmt om utveckling som ger rum för reflektion och innovation. Kunde det ordnas till exempel två gånger per år utvecklingsdagar där målstyrning och uppföljning skulle diskuteras. Dessa utvecklingsdagar skulle fungera som botten för reflektion och nya idéer och skulle äga rum utanför arbetsplatsen.

Samarbetet med hälsovårdsenheten behöver förstärkas med att hålla oftare möten eller med att tillämpa arbetsrotation inom hela omsorgsenheten. Planering av klientens vård och hemförlovning från sjukhus eller dylika instanser måste planeras bättre och här utgör samarbetet med de andra enheterna en stor bit. Planeringen behövs för att hemvårdsteamerna skall kunna planera det all dagliga arbetet och förmanen se till att det finns de resurser som behövs för detta ändamål.

Hemvårdsteamerna är ofta den första kontakten på vägen till intensifierat serviceboende och institutionsvård och har ett ypperligt tillfälle att se hur klienten fungerar i det egna hemmet och se det behov av vård som klienten behöver. Det här är en styrka som kunde användas genom förstärkt samarbete även med enheterna inom äldreomsorgen till exempel genom gemensamma möten med förmanen, teamdragarna och ansvariga sjuksköterskorna på enheterna.

8.5.3 Förbättringsförslag till teamen

Hemvårdsteamerna får utbildning i teamarbete och hur man skall vara en god medarbetare och på så vis ges teamet verktygen för att utveckla sitt eget arbete och för att få tillräckligt med kunskap om möjligheterna med teamarbete. Ytterligare behöver arbetsrutinerna ses över om det är någonting som går att ändra på gällande metoder eller skötsel av klienter, även i bruk tagandet av en fast telefontid kunde diskuteras av teamen gemensamt.

Hemvårdsteamerna har inte för tillfället något rapporteringssystem, borde ett sådant utvecklas och hur skulle det i så fall fungera? Ett sätt skulle vara att teamerna när de börjar klockan halv åtta på morgonen skulle få rapport av den teammedlemmen som jobbade kvällen innan. Rapport stunden skulle inte behöva räcka länge ifall det inte hänt något extra, allra max femton minuter. Rapporttillfället är också viktigt med tanke på informationsutbyte och ett system för det kunde utvecklas i samråd med personalen.

En utmaning inom hemvården är den stora sjukfrånvaron frekvensen bland teammedlemmarna vilket gör att introduktion av nyanställd personal många gånger blir haltande. Skulle det inom hemvården kunna införas ett "faddersystem" inspirerat av Berggren m.fl. (1999, s. 147) där utnämnda från personalen skulle ta hand om introduktion av ny personal till teamerna för att lättare komma underfund med strukturer och ramar i arbetet? Samma faddrar kunde även handleda praktikanter och dessa faddrar skulle få utbildning i sitt faddersystem eller hur man handleder andra.

8.5.4 Övriga förbättringsförslag

Just nu görs vårdplanen upp i samförstånd hos klienten men finns dokumenterade enbart på hemvårdens elektroniska dokumenteringsprogram i hemvårdsteamens arbetskansli. Borde man inom äldreomsorgen även sända en kopia på den gemensamt uppgjorda vårdplanen till klienten?

Teammedlemmarna har redan nu ansvarsområden som de ansvarar över till exempel någon har hand om uppdaterande och utskrivande av nya klientlistor, handikappvården, läkemedelsskåpet med mera. I det ena teamet finns en medlem som gått utbildning till minnesskötare och det här kunde man ytterligare fördjupa genom att göra minnesskötaren till minneskoordinator i Kimito distrikt, till exempel som liknande minneskoordinatorer

enligt Niemelä och Iso-Aho (2009, s. 179) som finns i Helsingfors. Minnesutredningarna i Kimito görs nu på bäddavdelning men minneskoordinatören kunde förbättra samarbetet mellan hemvården och bäddavdelningen genom regelbundna möten med den minnesansvariga på bäddavdelningen. Det är ju känt att antalet personer som drabbas av minnesstörning hela tiden ökar och det viktigaste med tanke på vården är en tidig intervention. Minnesskötaren kunde förövrigt också använda sig av en förfrågan till de anhöriga-blankett som experter inom enheten för minnesforskning gjort upp i Finland (Niemelä & Iso-Aho 2009, s. 165, 172.). Anhöriga ger ofta mycket god information om klientens verkliga tillstånd därför är oftast alltid en anhörig närvarande vid bedömning av en klients funktionsförmåga.

Niemelä och Iso-Aho (2009, s. 165) talar om en utbildad geriatrikers betydelse inom äldreomsorgen. För att uppnå maximal potential med hemvården och de övriga äldreomsorgsenheterna på Kimitoön anser jag att det borde finnas en geriatriker som kunde besöka enheterna regelbundet, till exempel en gång i månaden. Med geriatrikern skulle man ta upp de allra krångligaste fallen, till exempel svåra medicinska fall.

En annan aktuell fråga är att skall hemvården i Kimitoöns kommun syssla med all form av verksamhet som tidigare eller skall man välja att gå in för privatisering av vissa tjänster? Denna fråga är aktuell med tanke på brist på utbildad personal och borde utredas närmare i kommunen. Väljer man i kommunen att göra som Svedberg (2007, s. 384) säger: *man gör som man alltid gjort, fast mer* eller som kommundirektören säger *som alltid fast som aldrig förr*.

9 Avslutande diskussion

Allt utvecklingsarbete som görs skall vara i riktlinje med kommunens högre målsättningar som återfinns i kommunstrategin. Problemet inom äldreomsorgen är att det äldre politiska programmet inte ännu finns dokumenterat vilket betyder att målsättningarna med hemvården inte finns klart definierade och vilka områden som man inom kommunen vill satsa på med tanke på framtiden är ännu oklara. Hemvårdsteamerna har inte haft möjligheter att påverka och säga sin åsikt gällande det äldrepolitiska programmet. Kimitoöns kommun har valt att kalla strategin för det äldrepolitiska programmet i riktlinje med kommunens övriga strategier och program. En tanke som jag fick genom detta utvecklingsarbete är att

borde en kartläggning om hemvården och utbudet av servicen göras till hemvårdens klienter med tanke på innehållet i strategin? En kartläggning av hemvården och dess service kunde även vara bra att göra med tanke på tidigare forskning gjort inom hemvården.

Ett fungerande teamarbete inom hemvården betyder samarbete med både klienten, anhöriga, andra vårdenheter, den högre ledningen med mera för att kunna säkerställa klienten den vård denne behöver. Med tanke på syfte hur vi strävar efter att skapa ett bättre fungerande teamarbete inom hemvårdsteamerna i Kimito distriktet gör vi det genom att göra små förändringar som har stor effekt för arbetsteamerna, det vill säga ändra på grundstrukturen och se till att arbetslistor och dylikt är ändamålsenligt planerade, alla teammedlemmar behandlas lika och värderas lika, teamerna har tillräckliga resurser till sitt förfogande, tydliggöra ansvarsområden, satsa på kompetenshöjning inom teamerna, förse teamerna med väsentlig information om vad som händer och sker på arbetsfältet, satsa på kommunikation och växelverkan mellan teamerna och så vidare. De två tankarna jag funderade på i arbetet om det finns balans i arbetsrollerna och tid för planering av verksamheten så visar resultatet att dessa två saker får vi fortsätta att jobba på tillsammans som team. Alla förändringar görs av ledaren och teamerna gemensamt så att alla aspekter beaktas och även så som kärnan i teamarbetet säger tillsammans är vi starkare.

Källförteckning

Abrahamsson, B. & Andersen, J.A. 1998. *Organisation. Att beskriva och förstå organisationer*. Liber Ab, Malmö.

Alvesson, M. & Sköldberg, K. 2008. *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur, Lund.

Alvesson, M. & Svenningsson, S. (red.) 2007. *Organisation, ledning och processer*. Studentlitteratur, Lund.

Andersson, S., Haverinen, R. & Maili, M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004):5, s. 481-494.

<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/5BEE2012-4866-42AB-A79B-1B96312C2E23/0/504andersson.pdf> (hämtat: 14.11.2011).

Anttonen, A. & Sipilä, J. 2000. *Suomalaista sosiaalipolitiikkaa*. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Arbetsbeskrivning för teamdragare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun. (13.3.2012 av äldreomsorgschef Eva Manelius).

Arbetsbeskrivning för sjukskötare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun. (13.3.2012 av äldreomsorgschef Eva Manelius)

Arbetsbeskrivning för närvårdare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun. (13.3.2012 av äldreomsorgschef Eva Manelius).

Arbetsbeskrivning för hemvårdare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun. (13.3.2012 av äldreomsorgschef Eva Manelius).

Arbetsbeskrivning för hemhjälpare eller vikarierande närvårdare inom äldreomsorgen i Kimitoöns kommun. (13.3.2012 av äldreomsorgschef Eva Manelius).

Berggren, C., Gillström, L., Gillström, L. & Östling, B. 1999. *Praktiskt ledarskap*. Liber Ab, Malmö.

Bergengren, M. 1999. *Organisation & Ledarskap*. Bonnier Utbildning AB, Stockholm.

Bernler, G., Cajvert, L., Johnsson, L. & Lindgren, H. 1999. *Psykosocialt arbete. Idéer och metoder*. Natur & Kultur, Stockholm.

Blennberger, E. 2007. *Etik & Ledarskap. Etisk kod för chefer*. Liber Ab, Malmö.

Bolman, L. G. & Deal, T. E. 2005. *Nya perspektiv på ledarskap och organisation*. Tredje upplagan. Studentlitteratur, Lund.

Börjeson, L. 2001. *Utveckla teamet. En bok om grupper utveckling*. Metoda konsulter AB, Huddinge.

Denscombe, M. 2009. *Forskningshandboken. För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur, Lund.

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. *Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön*. WS Bookwell Oy, Juva.

Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.). 2006. *Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Forskningsetiska delegationen. 2012. *God vetenskaplig praxis och avvikelser från den*. http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/praxis.html (hämtat: 14.3.2012).

Forskningsetiska delegationen. 2009. *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. http://www.tenk.fi/eettinen_ennakkoarviointi/etiskaprinciper.pdf (hämtat: 20.3.2012).

Forskningsetiska delegationen. 2002. *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den.*

http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/Hyva_Tieteellinen_SVE.pdf (hämtat: 19.3.2012).

Goldberg, T. (red.). 2010. *Samhällsproblem*. Studentlitteratur, Lund

Granström, K. 2006. *Dynamik i arbetsgrupper. Om gruppprocesser på arbetet*. Studentlitteratur, Lund. Andra upplagan.

Grönroos, E. & Perälä, M-L. 21.5.2008. Self-reported competence of home nursing staff in Finland. *Journal of Advanced Nursing* 64(1), s. 27-37.
<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=107&sid=ebca7b84-987a-4d93-96b8-323881d0d267%40sessionmgr111> (hämtat: 1.6.2011).

Hatch, M. J. 2002. *Organisationsteori. Moderna, symboliska och postmoderna perspektiv*. Studentlitteratur, Lund.

Huusko, L. 2007. *Työpaikkana tiimi. Miten tiimi kasvaa vastuuseen?* Edita Prima Oy, Helsinki.

Häkkinen, U. & Lehto, J. 2005. Reform, Change, and Continuity in Finnish health Care. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, February-april 2005.
<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=119&sid=bcade53e-f887-461f-a925-214e6bebb21b%40sessionmgr113> (hämtat: 6.1.2012).

Häyrinen, K. 2011. Sähköisen potilaskertomuksen yhtenäisten tietorakenteiden ja ydintietojen käyttöönotto. Hyödyt terveydenhuollon ammattihenkilölle. *Pro terveys 1/2011*, s. 7-8. Materialet har samlats in under studiernas lopp.

Isoherranen, K. 2004. *Moniammatillinen yhteistyö*. Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo.

Kennerfalk, L & Klefsjö, B. 1995. A change process for adapting organizations to a total quality management strategy. *Total Quality Management, Vol 5, NO. 2, 1995*. Materialet har samlats in under studiernas lopp.

Kimitoöns kommun. *Fakta om kommunen*.

<http://www.kimitoon.fi/om-kommunen/faktaomkommunen/> (hämtat: 21.2.2012).

Kimitoöns kommun. *Hemvård*.

<http://www.kimitoon.fi/vard-och-omsorg/aldreomsorgen/hemvard/> (hämtat: 7.2.2012).

Kimtioöns kommun. *Näringsliv*.

<http://www.kimitoon.fi/naringsliv/naringsliv-och-foretagstjanster/> (hämtat: 21.2.2012).

Kimitoöns kommun. *Organisationsschema*.

<http://www.kimitoon.fi/om-kommunen/faktaomkommunen/organisationsschema/> (hämtat: 21.2.2012).

Kimitoöns kommun. *Strategi 2010-2015*.

http://media.kimitoon.fi/dynamic/uploads/pdf/koncern/Kimitoons_strategi_2010-2015.pdf (hämtat: 21.2.2012).

Koivukoski, S & Palomäki, U. 2009. *Hoitotyön tiimikirja*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Kommunförbundet. 2006. *Ikäpolitiikka kunnissa. Strategia johtamisen tukena*. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Lampi, H. & Roos, M. 2009. Kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoidon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Ingår i: Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. *Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön*. WS Bookwell Oy, Juva.

Lind, J-I. & Skärvad, P-H. 2004. *Nya team i organisationernas värld*. Liber AB, Malmö.

Linstead, S., Fulop, L. & Lilley, S. 2009. *Management & organizations. A critical text*. Second edition. Palgrave MacMillan, New York.

Malin-Perho, P. 5.12.2011. Valtion rahat uppoavat sosiaali- ja terveystoimeen. Yli 65-vuotiaat korottavat kuntien saamia valtionosuuksia. *Salon Seudun Sanomat* 5.12.2011, s. 5.

McCarthy, K. 2008. Foreword. Ingår i: Vaarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. 2008. *Care-related quality of life in old age. Concepts, Models, and Empirical Findings*. Springer Science+ Business Media, LLC, New York.

Melander, D. *Statistik*. Personlig kommunikation 22.3.2012.

Mintzberg, H., Ahlstrand, B. & Lampel, J. 2009. *Strategy safari. Your complete guide through the wilds of strategic management*. Second edition. Pearson Education Limited, U.K.

Morgan, G. 1999. *Organisationsmetaforer*. Studentlitteratur, Lund.

Muuri, A. 2010. Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Ingår i: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Yliopistopaino, Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d> (hämtat: 6.12.2011).

Mykkänen, M., Huovinen, H., Miettinen, M. & Saranto, K. 2011. Hoitotyön toiminnan tulosten tarkastelua. Rakenteistetun tiedon käyttömahdollisuuksia johtamisessa. *Pro terveys* 1/2011, s. 16-18. Materialet har samlats in under studiernas lopp.

Myrgård, K. 2006. *Nya effektiva arbetsteam. Synliggörande pedagogik i teambuilding och personlig utveckling*. Fjärde upplagan. Buena Vida Ab, Stockholm.

Mäkinen, O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Mäntysaari, M., Pohjola, A. & Pösö, T. (toim.). 2009. *Sosiaalityö ja teoria*. PS-kustannus, Jyväskylä.

Niemelä, A-L. & Iso-Aho, M. 2009. Muistisairauksien hoito. Kotihoidon uusi haaste. Ingår i: Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. *Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön*. WS Bookwell Oy, Juva.

Nilsson, K. (red.). 2005. *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete*. Studentlitteratur, Lund.

Niiranen, V., Seppänen-Järvelä, R., Sinkkonen, M. & Vartiainen, P. 2010. *Johtaminen sosiaalialalla*. Gaudeamus, Helsinki.

Nortvedt, P. & Grimen, H. 2006. *Sensibilitet och reflektion. Filosofi och vetenskapsteori för vårdprofessioner*. Daidalos AB, Göteborg.

Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Ingår i: Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. *Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön*. WS Bookwell Oy, Juva.

Pieper, R., Frommelt, M., Heislbetz, C. & Vaarama, M. 2008. Quality Management in Long-Term Care. Ingår i: Vaarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. 2008. *Care-related quality of life in old age. Concepts, Models, and Empirical Findings*. Springer Science+ Business Media, LLC, New York.

Rankinen, S., Suominen, T., Kuokkanen, L., Kukkurainen, M-L. & Doran, D. 2009. Work empowerment in multidisciplinary teams during organizational change. *International Journal of Nursing Practice* 2009:15, s. 403-416.

<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=119&sid=37339027-a318-4252-8cd1-61d9bbf34ace%40sessionmgr104> (hämtat: 4.1.2012).

Reikko, K., Salonen, K & Uusitalo, I. 2010. Puun ja kuoren välissä. Lähijohtajuus sosiaali- ja terveystalalla. Turun ammattikorkeakoulu, Turku.

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161284.pdf> (hämtat: 1.5.2012).

Salminen, A. 2004. *Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Edita Prima Oy, Helsinki.

Sandberg, H. 2006. *Det goda teamet*. Studentlitteratur, Lund.

Sargeant, J., Loney, E. & Murphy, G. 2008. Effective Interprofessional Teams: "Contact Is Not Enough" to Build a Team. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(4):228-234, 2008.

<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=107&sid=f0ba42c5-0f86-426b-b44b-5bd4531605a0%40sessionmgr111> (hämtat: 28.7.2011)

Simola, T. *Tankar om åren 2012-2015*. Personlig kommunikation 10.3.2011.

Sjøvold, E. 2008. *Teamet. Utveckling, effektivitet och förändring i grupper*. Liber Ab, Malmö.

Sköld, T. & Wengelin, L. 2000. *Snövit och teamet. Hur utveckla arbetslaget*. Svenska förlaget, Stockholm.

Snellman, A. 2003. *Från dårdakter till socialdirektörer. Finlands svenska socialförbund 75 år*. Fram Oy Ab, Finlands svenska socialförbund.

Social- och hälsovårdsministeriet. 3.1.2011. *Kotihoito tukee kotona selviytymistä*. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut (hämtat: 7.2.2012).

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:47. *Ikäntyneiden palveluiden uudet konseptit*. Universitetstryckeriet, Helsingfors. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6421.pdf (hämtat: 19.3.2012).

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:4. *Kvalitetsrekommendationer om tjänster för äldre*. Universitetstryckeriet, Helsingfors.

Social- och hälsovårdsministeriet. 31.12.2004. Kommuninfo 14/2004. *Försök med omorganisering av tjänster för äldre KI 14/2004*. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/view/1215623#sv> (hämtat: 7.2.2012).

Statistikcentralen. 24.2.2012. *Väestön ikä- ja sukupuolirakenne Kemiönsaaren kunnassa 2010 ja ennuste 2020*. http://tilastokeskus.fi/tup/seutunet/kemionsaari_vaesto.html (hämtat: 24.2.2012).

Svedberg, L. 2007. *Gruppsykologi. Om grupper, organisationer och ledarskap*. Studentlitteratur AB, Lund.

Thylefors, I. 2007. *Ledarskap i human serviceorganisationer*. Natur & Kultur, Stockholm.

Vaarama, M., Luoma, M-L., Siljander, E. & Meriläinen, S. (2010). 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Ingår i: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Yliopistopaino, Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d> (hämtat: 6.12.2011).

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Yliopistopaino, Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d> (hämtat: 6.12.2011).

Vaarama, M., Pieper, R., Frommelt, M., Muurinen, S., Sixsmith, A., Hammond, M. & Ljunggren, G. 2008. The Concept of Quality of Long-Term Care. Ingår i: Vaarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. 2008. *Care-related quality of life in old age. Concepts, Models, and Empirical Findings*. Springer Science+ Business Media, LLC, New York.

Vaarama, M. & Tiit, E-M. 2008. Quality of Life of Older Homecare Clients. Ingår i: Vaarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. 2008. *Care-related quality of life in old age. Concepts, Models, and Empirical Findings*. Springer Science+ Business Media, LLC, New York.

Vesterinen, R. & Niemelä, A-L. 2009. Virtuaalikuntoutus. Kotikuntoutuksen uusi työväline? Ingår i: Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. *Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön*. WS Bookwell Oy, Juva.

Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., Mayrand Leclerc, M. & Hamelin Brabant, L. 2005. New approaches of Organizing Care and Work. Giving Way to Participation, Mobilization, and Innovation. *The health Care Manager Volume 24, Number 2, pp. 150-158*.

<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=119&sid=37339027-a318-4252-8cd1-61d9bbf34ace%40sessionmgr104> (hämtat: 4.1.2012).

Vilkko, A., Finne-Soveri, H. & Heinola, R. 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Ingår i: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Yliopistopaino, Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d> (hämtat: 6.12.2011).

Winter, R. & Munn-Giddings, C. 2001. *A Handbook for Action Research in Health and Social Care*. Routledge Taylor & Francis Group, London and New York.

Finlands författningssamling

Arbetskyddslag 23.8.2002/738.

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738> (hämtat: 9.2.2012).

Finlands grundlag 11.6.1999/731.

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=finlands%20grundlag> (hämtat: 26.4.2012).

Folkhälsolag 28.1.1972/66. <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1972/19720066> (hämtat: 26.4.2012).

Förordning om service och stöd på grund av handikapp 18.9.1987/759. <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1987/19870759> (hämtat: 26.4.2012).

Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården 9.2.2007/159.

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2007/20070159?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=journalhandlingar> (hämtat: 26.4.2012).

Lag om klientavgifter inom social- och hälsovården 3.8.1992/734.

<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1992/19920734> (hämtat: 7.2.2012).

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 22.9.2000/812.
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=socialv%C3%A5rd> (hämtat: 26.4.2012).

Lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet 21.5.1999/621.
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990621> (hämtat: 26.4.2012).

Lag om olycksfallsförsäkring 20.8.1948/608.
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1948/19480608> (hämtat: 26.4.2012).

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785.
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785> (hämtat: 26.4.2012).

Lag om service och stöd på grund av handikapp 3.4.1987/380.
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1987/19870380> (hämtat: 26.4.2012).

Lag om stöd för närståendevård 2.12.2005/937.
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2005/20050937> (hämtat: 26.4.2012).

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 28.6.1994/559.
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559> (hämtat: 26.4.2012).

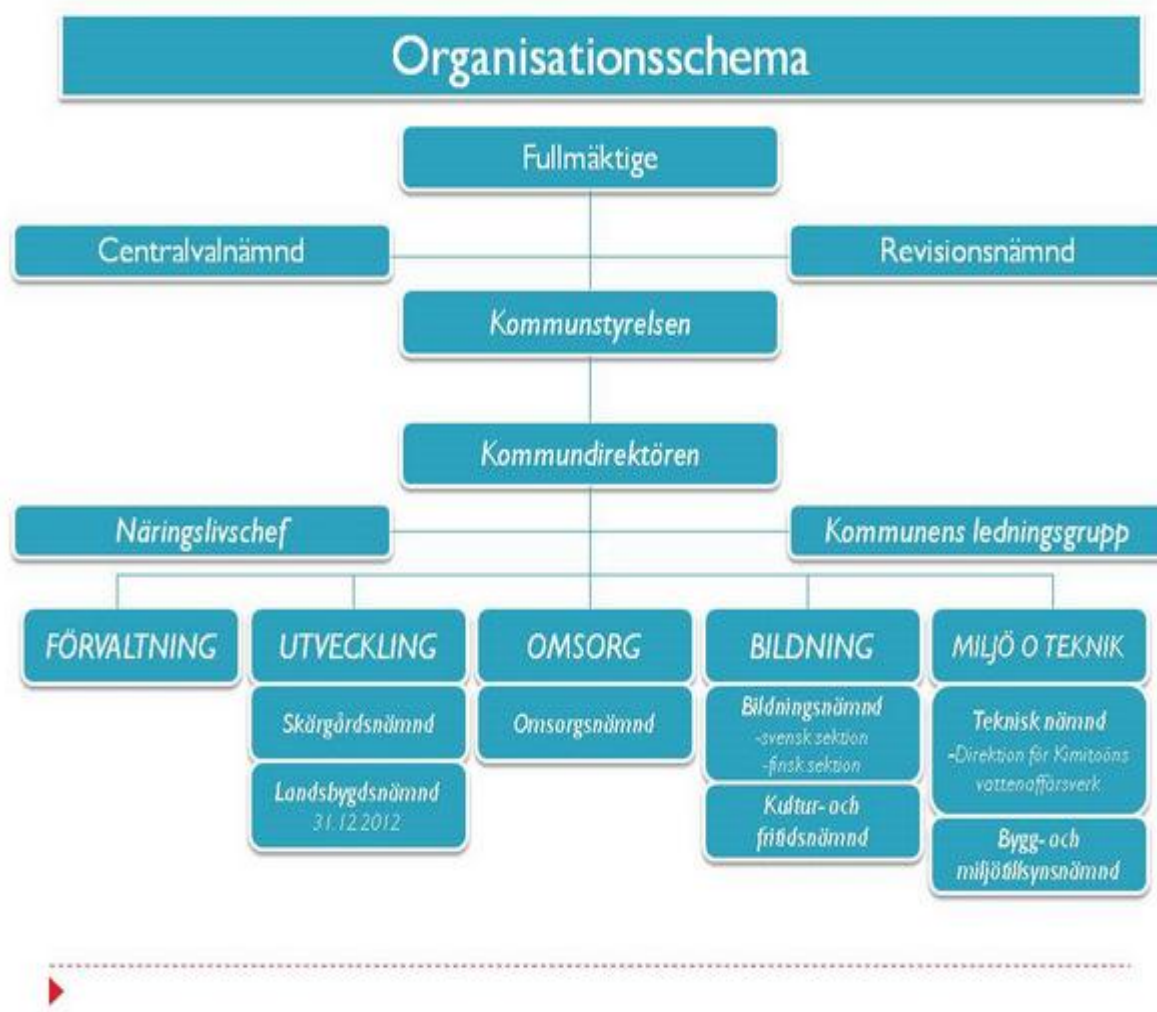
Personuppgiftslag 22.4.1999/523. <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990523>
(hämtat: 26.4.2012).

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 30.3.2009/298.
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=f%C3%B6rvaring%20av%20patientuppgifter> (hämtat: 26.4.2012).

Socialvårdsförordning 29.6.1983/607. <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1983/19830607>
(hämtat: 26.4.2012).

Socialvårdslag 17.9.1982/710.
<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1982/19820710> (hämtat: 7.2.2012).

Bilagor.



Organisationsstrukturen inom Kimitoöns kommun (Kimitoöns kommun, organisationschema 21.2.2012)

Insamling av datamaterial till forskningsöversikten

Arbetsbeskrivningar inom Kimitöns kommun av kommunens äldreomsorgschef Eva Manelius (hämtat: 13.3.2012).

Artiklar utdelade från föreläsningar inom kurserna informationsteknologi samt kvalitetsledning.

Böcker om aktionsforskning, dynamik i arbetsgrupper, hemvård, etik, forskningsetik, forskningsmetodik, gruppsykologi, kvalitativa metoder, ledarskap, mångprofessionalitet, organisation och ledarskap, organisationsteori, socialpolitik, team, teamarbete, utveckling, utveckla team från Novias bibliotek på Nunnegatan i Åbo (hämtat: våren 2012 samt genom manuell sökning under studiernas gång).

Dagstidningar som Salon Seudun Sanomat (hämtat: genom manuell sökning under studiernas gång).

Fakta om Kimitöns kommun från kommunens hemsida www.kimitoon.fi (hämtat: februari 2012).

Forskningsetik från www.tenk.fi, forskningsetiska delegationen (hämtat: mars 2011).

Hemvård, teamarbete, socialpolitik, äldre på finska från Institutet för hälsa och välfärd, www.thl.fi (hämtat: våren 2012 samt genom manuell sökning under studiernas gång).
Personlig kommunikation med Riitta Haverinen, Satu Meriläinen-Porras och Marja Vaarama om aktuell forskning inom äldreomsorgen från Institutet hälsa och välfärd (hämtat: våren 2012).

Hemvård, kvalitetsrekommendationer, service för äldre på finska från social- och hälsovårdsministeriets hemsida www.stm.fi (hämtat: våren 2012).

Lagar från FINLEX, www.finlex.fi(hämtat: våren 2012).

Statistik från statistikcentralen med kommunens lösenord erhållna av kommundirektör Tom Simola, www.tilastokeskus.fi (hämtat: 24.2.2012).

Statistik om äldreomsorgen/hemvården i Kimitoöns kommun genom personlig kommunikation med äldreomsorgens sekreterare Denise Melander, medix-programmet (hämtat: 22.3.2012).

Söken till tidigare forskning på Internet/artiklar gjordes med sökorden effective teams, elderly care, empowerment, Finnish health care, home nursing, leadership, nursing, old people, organization, organizational change, teamleader, teamwork, quality från Novias elektroniska bibliotek, artiklar, EBSCO's databas CINAHL (hämtat: våren 2012 samt genom manuell sökning under studiernas gång).

Turun Ammattikorkeakoulu avhandling av Reikko, K., Salonen, K & Uusitalo, I. 2010. Puun ja kuoren välissä. Lähijohtajuus sosiaali- ja terveystalalla (hämtat: 1.5.2012).

Bästa teammedlemmar!

Jag håller på med mitt examensarbete för högre högskoleexamen inom social- och hälsovård med inriktning på utveckling och ledarskap. Mitt examensarbete handlar om att utveckla teamarbetet inom hemvården i Kimito distrikt. Mitt examensarbete är indelat i tre stora helheter; en forskningsöversikt om tidigare forskning kring hemvård, teamarbete och organisationsförändring, en kartläggning över hur hemvården är ordnad inom Kimitoöns kommun i Kimito distrikt samt själva utvecklingsarbetet. Utvecklingsarbetet baserar sig på tre swot-analyser varav det här är en. De andra två består av förmannens perspektiv samt den högre ledningens perspektiv. Den här swoten är viktig med tanke på att få fram er synvinkel som experter i arbetet.

Jag har skapat en swot-analys enligt våra tidigare diskussioner från personalmöten samt från den forskning som finns kring detta. Jag önskar att var och en teammedlem på något vis kommenterar denna förfrågan. Även om ni väljer att inte svara på denna förfrågan önskar jag i så fall att ni tydligt kommenterar att ni inte vill delta eftersom jag i min studie måste redogöra för eventuella bortfall. Observera dock att deltagandet alltid är frivilligt. Ni kan kommentera med att säga att ni samtycker och till vad eller med kommentarer om vad ni anser att fungerar annorlunda och så vidare.

Om ni har några frågor eller någonting ni funderar på får ni gärna kontakta mig per telefon 040-76 33 047 eller per e-post daniela.eklund@novia.fi. Svaren önskar jag få in senast den 3.5.2012.

Tack på förhand!

Daniela

Swot-analys

Styrkor	Svagheter
<ul style="list-style-type: none">• Motiverad och mångprofessionell personal, god arbetsmoral• Flexibelt arbetsteam• Acceptans av olikheter, respekt• Högt intresse för fortbildning och till förändring• God lokalkännedom, fokus på uppgiften• God anpassningsförmåga• God problemlösningsförmåga, kollektivt ansvar• Tydlig ledningsstruktur• Teamen placerade under samma tak och kan vikariera varandra, god samarbetsförmåga• Rutiner och tillvägagångssätt, varierande arbetsuppgifter• Tillräckliga befogenheter för att utföra självständigt arbete• Teamen kan påverka det egna arbetet• En bra mix mellan unga och äldre arbetare, personalen har lång erfarenhet och mycket tyst kunskap• Samma dokumentationsprogram inom hela omsorgssektorn• Synergieffekt, goda idéer	<ul style="list-style-type: none">• Samarbetet med hälsovårdsenheten, otydlig kommunikation• Ingen egen läkare inom hemvården• Avsaknad av mätinstrument vid bedömning av funktionsförmåga• Otillräckligt utbud av sjukvårdstjänster kvällstid• För lite tid för uppföljning av klienten/sjukvård• Delvis otillräckligt motiverande arbetsuppgifter• Ingrodda arbetsmodeller• Otillräcklig rehabilitering av klienten hemma, målgruppen nås inte• Brist på kompetent personal/kunskap• Häktisk arbetstakt, tidspress• Användning av tyst kunskap• Avsaknad av strategier, målsättning samt visioner• Geografin på ön• De äldre kan inte använda sig av den teknologi som finns till förfogande• Avsaknad av uppföljning, utvärdering och feedback• Inget rum för etik, reflektion

Möjligheter	Hot
<ul style="list-style-type: none"> • Teamspecialisering • Kompetenshöjning av personalen, kvalitetscertifiering • Utveckla nya former av vård liknande dagcenterverksamhet • Utveckla demensvården inom hemvården och förebygga institutionalisering i ett tidigt skede • Anhörigas roll i vården • Attraktiv arbetsplats genom investering i personalens välmående • Utveckla vårdkedjan för klienten till att bli sömfri, SAS-gruppen • Användning av teknologi • Utveckla användningen av servicesedlar 	<ul style="list-style-type: none"> • Tillgång till kompetent personal • Otillräcklig personal, utbrändhet bland personalen, stor sjukfrånvaro • Säkerhetsfrågor, ensamt arbete • Helhetsansvar över klienten • Oändamålsenlig vård • Stor mängd vårdbehövande • Attityder gentemot hemvård • Konflikter, splittring inom teamen • Otydliga ansvarsområden

Kommentarer:

Vad samtycker du till?

Vad samtycker du inte till?

Är det någonting du vill ändra på och i så fall vad?

I vilket fält skulle du placera ledarskapet, introduktion av nyanställd personal/studerande och arbetsglädje? Motivera varför.

Övriga kommentarer!

