



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

SARA AKMESE JA VEERA VILJANEN

# **Buurtzorgin malli kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta**

Integroiva kirjallisuuskatsaus

HOITOTYÖN TUTKINTO-OHJELMA  
2022

Tekijät Akmese Sara Viljanen Veera	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä toukokuu 2022
	Sivumäärä 31	Julkaisun kieli Suomi
Julkaisun nimi <b>Buurtzorgin malli kotihoidontyöntekijöiden näkökulmasta - integratiivinen kirjallisuuskatsaus</b>		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Tiivistelmä  <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Buurtzorgin mallia kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena oli, että kirjallisuuskatsaukseen koottua tietoa Buurtzorgin mallista voidaan hyödyntää materiaalina Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon – hankkeessa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena. Aineistoa kerättiin erilaisista tietokannoista: Google Scholar, Samk Finna, EBSCOhost CINAHL, PubMed ja Theseus. Yhteensä 132 tutkimusta karsittiin lukemalla otsikot ja tiivistelmät. Lopulta kuusi tutkimusta täytti sisäänottokriteerit. Niiden laatu arvioitiin käyttämällä JBI-arviointikriteeristöä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Buurtzorgin mallia kuvattiin kahdessa pääluokassa: asiakaskeskeinen hoitomalli ja tiimityöhön perustuva hoitomalli. Kotihoidon työntekijöiden kokemuksia Buurtzorgin mallista kuvattiin kolmessa yläluokassa: henkilöstön tyytyväisyys, itseohjautuvuuden toimivuus ja muutokset tiimin yhteishengessä. Vaikka mallia kuvataan onnistuneena ja se voisi toimia ratkaisuna moniin kotihoidossa esiintyviin ongelmiin, Buurtzorgin mallin siirto sellaisenaan vaatisi suuria organisatorisia muutoksia muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusten erojen vuoksi. Jatkossa aiheesta tarvittaisiin lisää tutkimustietoa, jotta nähtäisiin kotihoidon työntekijöiden valmiudet työskennellä Buurtzorgin mallin mukaisesti.</p>		
<u>Asiasanat</u> Buurtzorgin malli, itseohjautuvuus, kotihoito, tiimityö, asiakaslähtöisyys		

Author(s) Akmese Sara Viljanen Veera	Type of Publication Bachelor's thesis Thesis, AMK	Date May 2022
	Number of pages 31	Language of publication: Finnish
Title of publication <b>Buurtzorg model from the home care nurses perspective – integrative literature review</b>		
Degree program Degree program in nursing		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to describe the Buurtzorg model from the home care nurses perspective. The objective was that the information gathered in the literature survey could be used as a material for the project: "Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon".</p> <p>Integrative literature was used to find relevant studies from Google Scholar, Samk Finna, EBSCOhost CINAHL, PubMed and Theseus. Totally 132 articles were identified and screened by the title. Six studies met the inclusion criteria. The Joanna Briggs Institutes Critical appraisal tools were used to assess the methodological quality of the chosen articles. The data was analysed using inductive content analysis.</p> <p>The Buurtzorg model was described in two main categories: a client-centered care model and a team-based care model. The experiences of the home care nurses were described in three upper categories: staff satisfaction, the effectiveness of self-direction and changes in the team spirit. Although the model is described as a successful and to some extent could give a solution to the problems faced in home care. However, utilizing the Buurtzorg model in home care settings in Finland would require major revisions at organization level because of the differences in social and healthcare's funding. In the future, more knowledge is needed to evaluate home care workers readiness to work according to the Buurtzorg model.</p>		
<u>Key words</u> Buurtzorg model, self-direction home care, teamwork, client orientation		

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 SUOMALAINEN KOTIHOITO JA SEN HAASTEET.....	7
2.1 Kotihoidon tila Suomessa .....	7
2.2 Buurtzorgin mallista ratkaisu kotihoidon haasteisiin.....	8
3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	9
4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS.....	9
4.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus.....	9
4.2 Tiedon haku ja aineiston valinta .....	10
4.3 Aineiston kuvaus.....	12
4.4 Aineiston laadun arviointi.....	14
4.5 Aineiston analysointi.....	15
5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET.....	16
5.1 Buurtzorgin malli .....	17
5.2 Kotihoidontyöntekijöiden kokemukset Buurtzorgin mallista .....	19
6 POHDINTA .....	23
6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	23
6.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	25
6.3 Oma ammatillinen kehittyminen.....	26

LÄHTEET

LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Suomessa ikääntyneiden osuus väestöstä on koko ajan kasvussa (Terveyskylän www-sivut 2019.). Nykyään tavoitteena on, että hoito pystyttäisiin mahdollisimman pitkään tarjoamaan kotiin ja esimerkiksi ikäihmiset pystyisivät kotihoidon turvin asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään. Panostamalla ikääntyvien toimintakykyä edistäviin ja ennaltaehkäiseviin toimiin, neuvontaan ja ohjaukseen sekä asuntojen ja asuinympäristöjen kehittämiseen kunnat voivat vaikuttaa positiivisesti ikääntyvien kuntalaisten hyvinvointiin. (Terveiden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut)

Buurtzorgin malli on Hollannissa kehitetty asiakaslähtöinen tiimityömalli, joka perustuu siihen, että itseohjautuvissa tiimeissä tiimin jäsenet suunnittelevat itse oman työnjakonsa, jakavat vastuut ja tekevät päätöksiä sekä kehittävät jatkuvasti oman organisaationsa palveluja. Mallin avulla työyhteisössä esimiesten määrä vähenee ja hoitajat saavat tiimi-työmallin avulla itse vaikuttaa omaan työskentelyynsä ja sen kehittämiseen. (Buurtzorg 2021.) Itseohjautuvuuden käytössä on potentiaalia tuottaa positiivisia tuloksia työn vaikuttavuudessa, työntekijöiden tyytyväisyydessä ja työympäristössä, jonka vuoksi mallin käyttö voisi tuoda positiivisia vaikutuksia myös Suomessa kotihoidon työntekijöiden työhyvinvointiin ja työtyytyväisyyteen (Surakka, Burström, Jantunen, Jeglinsky-Kankainen, Piippo, Rosengren, Ruotsalainen, & Sinervo 2020.)

Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Satakunnan ammattikorkeakoulun kanssa osana Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon-hanketta. Hankkeen tarkoituksena on vahvistaa kotihoitoon liittyvää veto- ja pitovoimaisuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Hankkeessa pyritään vahvistamaan opiskelijoiden ja kotihoidossa työskentelevien työntekijöiden kykyä mukautua ja auttaa opiskelijoita verkostoitumaan kotihoidon työntekijöiden kanssa, jolloin opiskelijoilla olisi mahdollisimman sujuva siirtyminen työtehtäviin. (Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon hanke 2020.) Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Buurtzorgin mallia kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena on,

että kirjallisuuskatsaukseen koottua tietoa Buurtzorgin mallista voidaan hyödyntää materiaalina Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon – hankkeessa.

## 2 SUOMALAINEN KOTIHOITO JA SEN HAASTEET

### 2.1 Kotihoidon tila Suomessa

Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014, 3 luku 20§) kotihoito määritellään kotihoidon ja kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaksi kokonaisuudeksi, joiden avulla tuetaan kotona asumista ja selviytymistä mahdollisimman pitkään. Kunnat ja kaupungit voivat halutessaan yhdistää lakeihin perustuvat kotipalvelut ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Terveys- ja sosiaalihuoltolaissa (1326/2010, 3 luku 25§) kotisairaanhoidon taas määritellään moniammatillisesti toteutetuksi terveyden ja sairaanhoidon palveluksi, jota tarjotaan vakituisesti tai tilapäisesti potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa. Kotipalveluja voivat saada ikäihmiset, vammaiset ja sairaat tai henkilöt, joiden toimintakyky on muiden syiden vuoksi alentunut. Muut tukipalvelut, kuten ateriat tai siivouspalvelu täydentävät kotihoidon palveluja.

Ennen kotihoidon asiakkaaksi tuloa tehdään jokaiselle asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka perusteella arvioidaan hoidon tarve. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa otetaan huomioon asiakkaan toimintakyky ja asiakkaan toiveet kotihoidon palveluihin liittyen. Kotihoidon tarkoituksena on auttaa ja tukea kun asiakas tarvitsee sairauden tai muun syyn vuoksi apua jokapäiväisten askareiden kanssa. Tähän kuuluu esimerkiksi hygieniasta, ruokailuista, lääkehoidosta ja liikkumisesta huolehtiminen. Lisäksi kotihoidon työntekijät arvioivat asiakkaan vointia ja neuvovat asiakasta ja tämän omaisia palveluihin liittyvissä asioissa. Kotihoitoon liittyvät maksut määräytyvät aina asiakkaan tarpeen mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut.)

Suomessa kotihoidon toimintaa valvoo Sosiaali- ja terveysministeriö. Valvonnan pääkohteena on kotiin annettavien palvelujen saatavuus sekä kuntien pitkäaikaisen hoidon ja huolenpidon toteuttaminen. Laadukkaan kotihoidon taustalla on riittävä ja osaava henkilöstö sekä lähijohto. Hoitohenkilökunnan vähimmäismäärä ja osaamisen taso on määritelty vanhuspalvelulaissa (980/2012, 20§), terveys- ja sosiaalihuoltolaissa (1326/2010, 5§), laissa terveys- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) ja sosiaali- ja sosiaalihuoltolaissa (710/1982, 10§). Suomessa suurin osa kotihoidon henkilökunnasta on lähi- ja perushoitajia sekä sairaanhoitajia. (Piirainen 2018, 5.)

Väestön ikääntyessä kotihoidon palveluita tarvitsevien määrä lisääntyy, mikä aiheuttaa myös resurssien määrän kasvua. Kotihoidossa keskeisin resurssi muodostuu henkilökunnasta. Kotihoidon asiakasmäärät ovat olleet vuosien ajan kasvussa, joiden mukaan myös hoitohenkilökunnan tarve kasvaa. Riittävät resurssit hoitohenkilökunnassa ovat yksi keskeisimmistä tekijöistä potilasturvallisuuden varmistamisessa. Tutkimusten mukaan kotihoidon henkilökunta arvioi ajanpuutteen työssä vaikuttavan negatiivisesti asiakkaiden tyytyväisyyteen. Asiakkailta ei ole aikaa kertoa huolistaan tai pyytää apua tarpeellisiin tehtäviin. Ajanpuutteen on nähty olevan yhteydessä myös henkilökunnan turhautumiseen. (Piirainen 2018, 38–39.)

## 2.2 Buurtzorgin mallista ratkaisu kotihoidon haasteisiin

Hollannissa sosiaali- ja terveyspalveluissa on kohdattu samanlaisia ongelmia kuin Suomessa, jonka vuoksi hollantilainen sairaanhoitaja Jos de Blok halusi kehittää toimivan ratkaisun näihin ongelmiin. Hän lähti uudistamaan hollantilaista kotihoitoa, jonka myötä syntyi Buurtzorgin malli. Malli on asiakaslähtöinen tiimityömalli, joka on otettu ensimmäistä kertaa käyttöön vuonna 2006. Mallissa 12-hengen itseohjautuvat tiimit työskentelevät naapurustoissa tarjoten kotihoitoa sitä tarvitseville. Jokaisella tiimillä on oma toimistonsa jossain lähellä hoidettavien asiakkaiden asuinpaikkaa. Malli perustuu siihen, että itseohjautuvissa tiimeissä tiimin jäsenet suunnittelevat itse oman työnjakonsa, jakavat vastuut ja tekevät päätöksiä sekä kehittävät jatkuvasti oman organisaationsa palveluja. Hoitomallissa pyritään mahdollisimman asiakaslähtöiseen työskentelyyn ja asiakas sekä hänen läheisensä otetaan aktiivisesti mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Mallissa korostetaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa, potilaan itsemääräämisoikeutta ja moniammatillisuutta. Lisäksi korostetaan sitä, että Buurtzorgin tarjoamat palvelut sopivat kaikenikäisille huomioiden monet erilaiset sairaudet. (Buurtzorg 2022.)

Mallissa keskeinen asia on yhteistyö ja se, että tiimin kanssa yhteistyössä kehitetään jatkuvasti uusia toimintatapoja sekä lisäksi yritetään kehittää uusia hoitoalueita ympäri Hollantia ja myös kansainvälisesti. Buurtzorg on omalla toiminnallaan myös yrittänyt inspiroida muita hoito-organisaatioita ottamaan käyttöön heidän toimintamallinsa, ja lisäksi tehnyt runsaasti yhteistyötä muiden hoito-organisaatioiden kanssa. Buurtzorgin



mallin on todettu parantaneen asiakastyytyväisyyttä, henkilöstön sitoutuneisuutta ja mallin käyttöönoton jälkeen on saavutettu vaikuttavia taloudellisia säästöjä. Buurtzorgin mallin avulla työyhteisössä esimiesten määrä vähenee ja hoitajat saavat tiimityömallin avulla itse vaikuttaa omaan työskentelyynsä ja sen kehittämiseen. Malli voisi myös Suomessa olla ratkaisu kotihoidon haasteisiin, koska hollannissa mallin käyttöönoton jälkeen on saatu hyviä tuloksia ja kotihoidon tila on parantunut. Haasteet, joita on pystytty ratkaisemaan ovat hyvin samanlaisia kuin Suomen kotihoidon haasteet tällä hetkellä. (Buurtzorg 2022.)

### 3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Buurtzorgin mallia kotihoidontyöntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena on, että kirjallisuuskatsaukseen koottua tietoa Buurtzorgin mallista voidaan hyödyntää materiaalina Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon- hankkeessa. Tavoitteena on koota selkeä ja helposti luettava kooste Buurtzorgin mallista, joka voidaan esitellä hankkeeseen osallistuville tahoille.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on Buurtzorgin malli?
2. Minkälaisia kokemuksia kotihoidontyöntekijöillä on Buurtzorgin mallista?

### 4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

#### 4.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus

Integroivan kirjallisuuskatsauksen keskeisin piirre on etsiä eritavoilla tuotetuista tutkimuksista yhteneväisiä piirteitä ja yhdistää ne loogiseksi kokonaisuudeksi raportin muodossa. Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena, koska sen

avulla pystyttiin kokoamaan jo tutkittua tietoa tiiviiksi selkeästi luettavissa olevaksi kokonaisuudeksi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 13.) Integroiva kirjallisuuskatsaus auttaa kirjallisuuden tarkastelussa, kriittisessä arvioinnissa ja yhdistämisessä. Integroiva kirjallisuuskatsaus on katsauksista laajin, koska se voi pitää sisällään joko kokemuseräistä tai teoreettista kirjallisuutta tai vaihtoehtoisesti molempia (Stolt ym. 2015, 13). Koska Buurtzorgin malli on vielä melko uusi malli, ei siitä ole olemassa varsinkaan Suomesta paljoa tutkittua tietoa, jolloin integroiva kirjallisuuskatsaus mahdollisti erilaisten ja monipuolisten lähdemateriaalien käytön. Integroiva kirjallisuuskatsaus sisältää viisi päävaihetta, jotka ovat: tutkimusongelman nimeäminen, analysoitavan aineiston keruu, aineiston laadun arviointi, aineiston analysointi ja tulkinta sekä tulosten esittäminen. Integroivan kirjallisuuskatsauksen analyysi ja tulokset voivat olla vaativia, mutta menetelmän avulla saadaan melko laaja ja syvä käsitys tutkimuksen aiheesta. Erilaisten tutkimusten tulosten yhdistämiseen käytetään monenlaisia menetelmiä, mikä saattaa kuitenkin aiheuttaa tämänlaista katsausta tehdessä ongelmia. (Stolt ym. 2015, 13.)

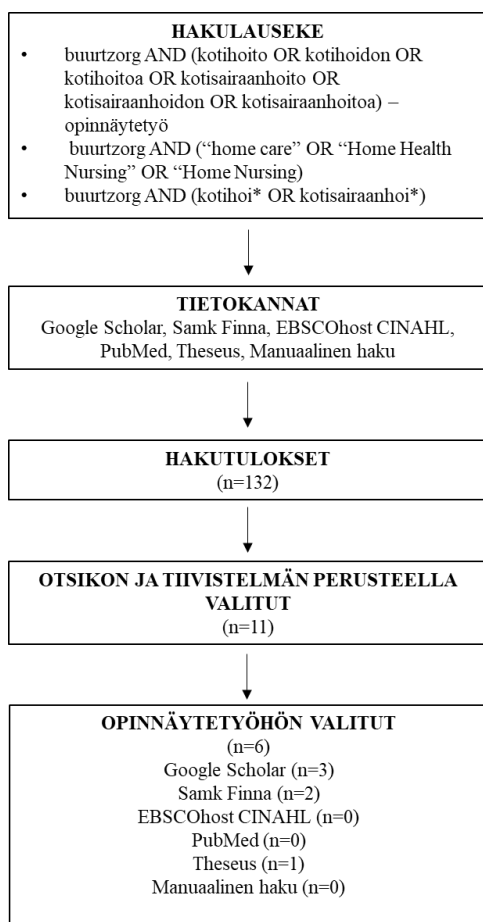
#### 4.2 Tiedon haku ja aineiston valinta

Kirjallisuushaun tekeminen aloitettiin ottamalla yhteyttä Satakunnan Ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikoon ja sovittiin etäpalaveri, jossa saatiin ohjausta hakulausekkeiden tekemiseen ja käytettäviin tietokantoihin. Kirjallisuushaussa käytetyt tietokannat olivat Google Scholar, Samk Finna, EBSCOhost CINAHL, PubMed ja Theseus. Valittuihin tietokantoihin syötettiin etäpalaverissa muodostetut hakulausekkeet (LIITE1). Tässä vaiheessa aineistoa karsittiin mukaanotto- ja poissulkukriteerien avulla. Koska malli on kehitetty vuonna 2006, siitä ei ole olemassa juurikaan tutkittua tietoa sen ollessa niin tuore toimintamalli. Tämän vuoksi aikarajausta ei kirjallisuushakua toteutettaessa koettu tarpeelliseksi. Muut mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit:
Teksti on suomea tai englantia	AMK-opinnäytetyöt
Teksti saatavilla kokonaan	
Liittyy kotihoitoon	

Kirjallisuushaun toteuttamisen jälkeen hakutulokseksi saadut aineistot (n=132) karsittiin sopivuuden mukaan lukemalla aineistojen otsikot ja tiivistelmät. Tämän jälkeen jäljelle jääneistä aineistoista (n=11) luettiin koko aineiston teksti läpi. Kaksi aineistoista annettiin myös opinnäytetyötä ohjaavan opettajan luettaviksi, koska haluttiin varmistaa niiden sopivuus kirjallisuuskatsaukseen. Osa aineistoista karsiutui pois kirjallisuuskatsauksesta epäsovivuuden vuoksi, koska aineistot osoittautuivat artikkeleiksi, eivätkä olleet tutkimuksia, lisäksi yksi aineistoista oli kirja. Lopulta kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoitui kuusi aineistoa. Kirjallisuushaku on avattu alla olevassa Prisma Flow- kaaviossa. (Kuva 1.)



Kuva 1. Prisma Flow- kaavio

### 4.3 Aineiston kuvaus

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan kuusi tutkimusta. Tutkimukset valittiin asetettujen mukaanotto- ja poissulkukriteerien avulla. Tutkimukset ovat listattuna taulukkoon 3 (LIITE 2). Aineistot numeroitiin taulukkoon, jotta aineistojen käsittely olisi helpompaa. Taulukossa tuodaan aineistoista esiin seuraavat tiedot: tutkimuksen julkaisuvuosi, tekijä(t), maa sekä keskeiset tulokset.

Ensimmäisenä on tutkimus itseohjautuvuudesta ikäihmisten palveluissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten itseohjautuvan tiimityöskentelyn hallinnon malli soveltuisi Suomen kotihoidon käytäntöihin. Tutkimuksessa toteutettiin yksilö- ja ryhmähaastatteluja sekä asiakas- ja henkilöstökyselyjä. Tulosten perusteella itseohjautuvuudella näytti myös suomalaisessa palvelujärjestelmässä olevan myönteisiä tuloksia, mutta lähinnä palveluasumisessa, eikä niinkään kotihoidossa. Haastattelujen tulokset osoittivat myös, että kun tiimin jäsenet olivat itse saaneet vaikuttaa oman työnsä organisointiin, olivat he myös tyytyväisempiä työhönsä ja tiimityöskentelyyn. (Surakka ym. 2020.)

Toisena tutkimuksena on Pro Gradu tutkielma, jossa tarkasteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden työntekijöiden käsityksiä itseohjautuvuudesta, itseohjautuvan tiimin edistäjistä ja estäjistä, sekä toimintamallia tukevasta johtamisesta. Tutkimuksen aineistona oli SoteDialogit muutoksessa-hankkeen itseohjautuvuusaineiston vastauksia kuudesta sote-organisaatiosta eri puolilta Suomea. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että työntekijöiden asenteet olivat yleensä positiivisia itse- ja yhteisohjautuvuutta kohtaan. Tiimityön esteiksi osoittautuivat tiimin liian suuri koko ja ongelmat vuorovaikutuksessa sekä vastuun epätasainen jakautuminen. Tuloksissa tuli ilmi myös, että johdon asenteet muutostilanteissa eivät aina tukeneet työntekijöitä. (Tykkä 2020.)

Kolmantena tutkimuksena on tutkimus itseohjautuvan työn johtamisesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaiset johtamiskäytänteet ja organisaatorakenteet tukevat itseohjautuvuutta sekä millaisia haasteita itseohjautuvassa työssä voi ilmetä. Tutkimuksen aineisto kerättiin verkko- ja blogikirjoituksista sekä LinkedIn-palvelualueen tilapäivityksistä ja verkkokeskusteluista. Tutkimuksen keskeisinä tuloksina nousi

esiin, että itseohjautuva organisaatio tarvitsee tukirakenteita, prosesseja ja koordinoimista. Myös haasteita nousi esille ja merkittävimpinä haasteina itseohjautuvuuteen siirtyessä tutkimuksen mukaan nähdään vastuun jakautuminen käytännössä, suunnan hukkuminen, konfliktitilanteet ja valtatyhjiöiden täyttäminen sekä työssä jaksaminen. (Taskinen 2020.)

Neljäntenä tutkimuksena on monimenetelmä tutkimus, jossa tutkittiin mukautetun Buurtzorgin mallin vaikutusta englantilaisessa sairaanhoitopiirissä. Tutkimukseen osallistui uusi perustettu ”NN” eli ”naapurustohoitajat” tiimi, joka työskenteli mukautetun Buurtzorgin mallin mukaisesti. Tiimien kokemuksista kerättiin dataa puolistrukturoitujen yksilöhaastattelujen, ryhmähaastattelujen ja tiimien seurannan avulla. Lisäksi käytiin läpi sisäisiä dokumentteja ja anonyymejä potilastietoja. Lopuksi kerätyt tiedot syötettiin SPSS tietokantaan ja analysoitiin. Keskeisenä tuloksena tutkimuksessa oli, että mukautettu Buurtzorgin malli lisäsi hoitotyöntekijöiden tyytyväisyyttä työhön. Ongelmana nähtiin se, että itseohjautuvien tiimien konseptia on vaikea soveltaa hierarkkiseen terveydenhuollon organisaatioon. Tutkimuksessa todettiin, että mukautetulla Buurtzorgin mallilla on potentiaalia tuoda esiin yhteisön huolenaiheita liittyen potilaisiin, hoitajiin ja henkilökuntaan. Vaaditaan kuitenkin lisää pidempiaikaista tutkimusta liittyen aiheeseen, jotta vaikutukset saadaan selville. (Drennan, Calestani, Ross, Saunders & West 2018.)

Viidennessä tutkimuksessa tutkittiin uuden hoitotyön mallin toteutumista Itä-Lontoossa. Malli perustui Buurtzorgin malliin. Mallin kokeilu toteutettiin kesäkuusta 2017 elokuuhun 2018. Laadullista dataa kerättiin tarkkailemalla osallistujia tiimien tapaamisten ja puolistrukturoitujen haastattelujen avulla. Keskeisinä tuloksina oli positiivisia kokemuksia potilailta, koska palvelujen saatavuus oli parempaa, hoito oli jatkuvampaa ja potilaiden luona vietettiin enemmän aikaa. Tutkimuksen tuloksina nostettiin esille myös, että joitain Buurtzorgin mallin ominaisuuksia oli vaikea toteuttaa sellaisenaan, koska terveysjärjestelmä Isossa-Britanniassa on hyvin erilainen verrattuna Alankomaihin. (Lalani, Fernandes, Fradgley, Oguniola & Marshall 2019.)

Kuudentena tutkimuksena on YAMK-opinnäytetyö, jossa käsiteltiin Vantaalla kotihoidossa toteutetun asiakassalkkumallin vaikutusta hoitajien työtyytyväisyyteen. Asiakassalkkumallilla tarkoitetaan tiimien itseorganisoitumiseen perustuvaa

työntekemisen mallia. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, soveltuuko malli kotihoitoon ja kuinka se vaikuttaa henkilökunnan kokemukseen työstään ja työtyytyväisyydestään. Asiakassalkkumalli perustuu hollantilaiseen Buurtzorgin malliin. Työn keskeisenä tuloksena oli se, että itseorganisoituviin tiimeihin perustuva työskentelymalli ratkaisisi useita tämänhetkisiä kotihoitoa vaivaavia ongelmia. (Huhtanen, 2016.)

#### 4.4 Aineiston laadun arviointi

Tähän opinnäytetyöhön valitut tutkimukset arvioitiin tutkimusten JBI-arviointikriteeristön avulla, koska tutkimuksien laadunarviointi kuvaa katsaukseen valittujen tutkimuksien laatua. Lisäksi laadun arvioinnin avulla pystytään lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta. JBI-arviointikriteeristön avulla pystytään välttämään virheen sattumista, koska kriteeristön avulla pystytään varmistamaan tutkimusten luotettavuus. Tutkimuksessa käytettiin JBI-arviointikriteeristöä, koska kriteeristön avulla tutkimusten laatua arvioidaan eri aihealueissa esimerkiksi eettisyyteen liittyvissä asioissa ja tutkijan vaikutus tutkimukseen. Kriteerien avulla pystytään kiinnittämään huomiota niihin asioihin, jotka saattavat saada aikaan virheen. (Hotuksen [www-sivut 2018](#); Stolt ym 2015, 69.)

Kaikki opinnäytetyöhön valitut tutkimukset arvioitiin hyödyntämällä arviointikriteeristöä laadulliselle tutkimukselle. Kriteeristöissä on kymmenen kysymystä, joiden pohjalta jokainen tutkimus käytiin läpi ja pisteytettiin. Jokainen kysymys käytiin erikseen läpi ja siihen etsittiin tutkimuksesta vastaus, jolloin kriteerien toteutuminen arvioitiin yksitellen. Kysymyksissä vastaus vaihtoehtoina oli kyllä, ei, epäselvä ja ei sovellettavissa. Jokaisesta kyllä vastauksesta tutkimus sai yhden pisteen. Lopuksi kyllä vastaukset laskettiin yhteen ja saatiin tutkimuksen laadulle arvosana. Kriteeristöissä nousi esille esimerkiksi eettisyys, tutkijan taustat ja vaikutus tutkimukseen, sekä metodologia. Kriteerit olivat monipuolisia ja niiden avulla tutkimus arvioitiin monesta eri näkökulmasta. (Hotuksen [www-sivut 2018](#).)

Tutkimusten laatua arvioitiin molempien opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Ensin tutkimukset arvioitiin itsenäisesti ja tutkimuksia verrattiin valittuun kriteeristöön. Jokainen tutkimus sai näin ollen kahdet erilliset pisteet. Tämän jälkeen käytiin keskustelu,

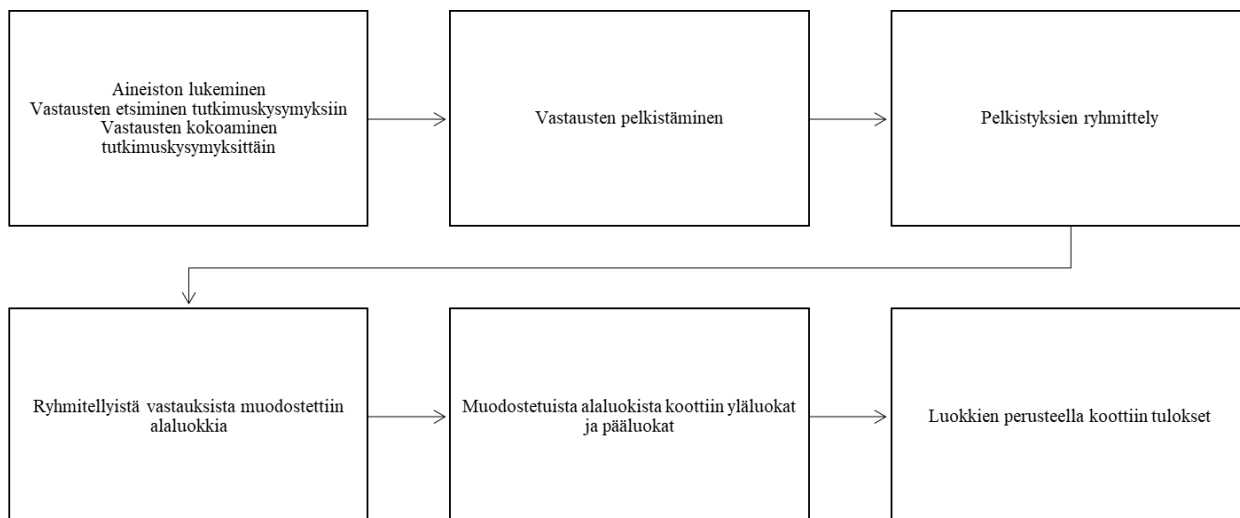
jolloin tutkimuksista muodostettiin yhtenevä mielipide. Epäselvissä tilanteissa kriteerit käytettiin tarvittaessa tarkemmin läpi ja tehtiin kompromissi aineiston laadun pisteytyksistä. Taulukosta, joka on (LIITE 2) löytyy jokaisen tutkimuksen pisteytys.

#### 4.5 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, koska opinnäytetyön aiheesta löytyy hyvin vähän tutkittua tietoa ja se on hajanaista. Aineistolähtöisen analyysin avulla luodaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden valitsemalla aineistoista analyysiyksiköt tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Valittujen aineistojen ja induktiivisen analyysin avulla kyetään vastaamaan suoraan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 167.) Ensimmäisessä vaiheessa alkuperäisaineistot pelkistetään ja niistä karsitaan epäolennaiset asiat pois, jonka jälkeen aineisto ryhmitellään. Ryhmitellessä aineistoa tutkimuksista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään erilaisiksi luokiksi. Luokat nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä, jolloin aineisto tiivistyy ja sen avulla pystytään luomaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle ja muodostamaan alustavat kuvaukset tutkitusta asiasta. Lopuksi aineisto käsitteellistetään ja erotellaan tutkimuksen kannalta olennaiset tiedot, joiden pohjalta muodostetaan teoreettiset käsitteet. (Sara-järvi & Tuomi 2018, 80–95.)

Ensimmäisessä vaiheessa alkuperäisaineistot luettiin läpi ja etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Löydetyistä vastauksista koottiin kaksi erillistä taulukkoa tutkimuskysymysten perusteella. Toisessa vaiheessa kootut vastaukset pelkistettiin ja niistä karsittiin epäolennaiset asiat pois. Tämän jälkeen kolmannessa vaiheessa saadut pelkistykset ryhmiteltiin samankaltaisuuksien perusteella. Neljännessä vaiheessa samaa ilmiötä kuvaavat pelkistykset ryhmiteltiin ja yhdistettiin erilaisiksi alaluokiksi. Muodostetut luokat nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä, jolloin aineisto tiivistyi. Viidennessä vaiheessa alaluokkien avulla pystyttiin luomaan yläluokat ja pääluokat, jotka ovat pohja kirjallisuuskatsaukselle. Viimeisessä vaiheessa taulukosta muodostettiin kirjallisuuskatsauksen tulokset ja ne on esitelty seuraavassa kappaleessa. Analyysin

vaiheet on esitetty kuvassa 2. ja esimerkki analyysin etenemisestä on esitetty Taulukossa 4. (LIITE 3) (Sarajärvi & Tuomi 2018, 122–127.)



Kuva 2. Analyysin vaiheet

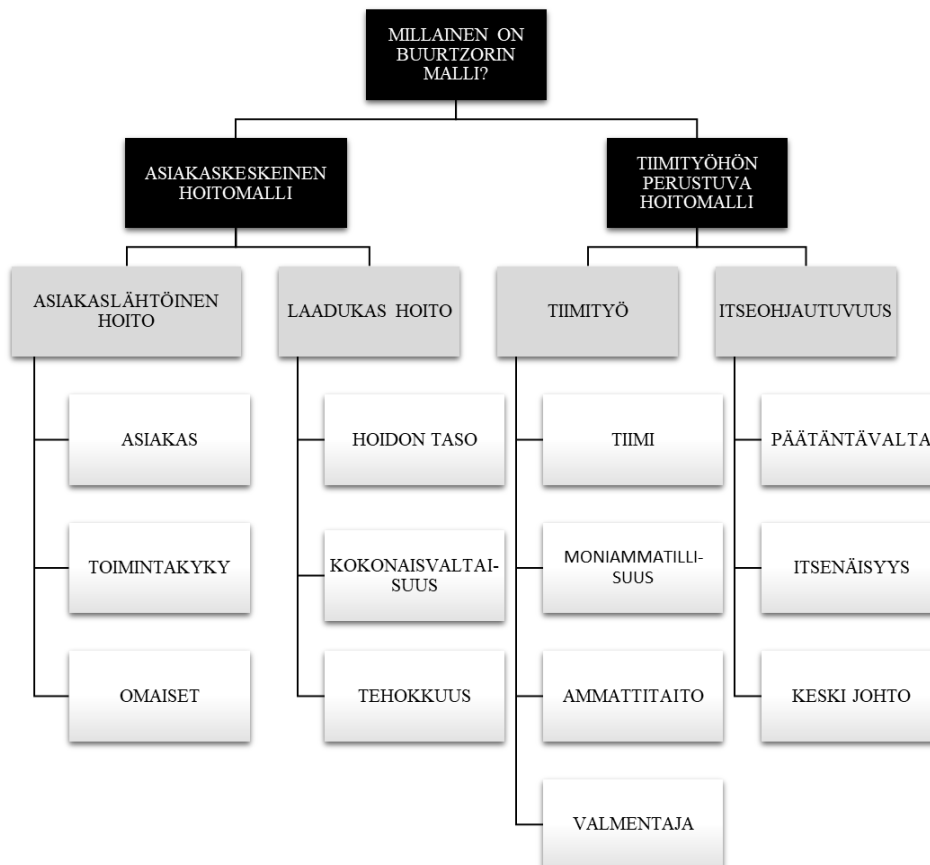
## 5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset on saatu käyttämällä induktiivista sisällönanalyysiä. Tulokset on avattu tutkimuskysymyksittäin hyödyntäen sisällönanalyysistä saatuja pääluokkia sekä ylä- ja alaluokkia. Kirjallisuuskatsaukseen valikoidut tutkimukset oli julkaistu vuosina 2016–2020. Valitut tutkimukset olivat laadullisia tutkimuksia, jotka oli toteutettu Suomessa (n= 4) ja Iso-Britanniassa (n=2). Jokaisessa katsaukseen valituissa tutkimuksissa pääasiana oli tutkia itseohjautuvien tiimien toimivuutta hoito-organisaatioissa. Tutkimuksissa tutkittiin sekä työntekijöiden, että asiakkaiden kokemuksia itseohjautuvien tiimien vaikutuksista. Yhdessä tutkimuksessa oli lisäksi käsitelty myös johtotason kokemuksia itseohjautuvuudesta. Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksissa tuodaan esille kuitenkin ainoastaan työntekijöiden näkökulmaa itseohjautuvuuden toimivuudesta. Kirjallisuuskatsauksen tulokset olivat yhteneväisiä ja niissä nousi esille samankaltaisia kehittämisen kohteita hoitotyöntekijöiden näkökulmasta.



## 5.1 Buurtzorgin malli

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää, millainen on Buurtzorgin malli. Analyysissä Buurtzorgin mallia kuvaaviksi pääluokiksi muodostuivat *asiakaskeskeinen hoitomalli* ja *tiimityöhön perustuva hoitomalli*. (Kuva 3.) Tulokset on koottu käytäen pohjana näitä muodostettuja pää- ja yläluokkia.



Kuva 3 Buurtzorgin malliin muodostuneet luokkatasot

Buurtzorgin mallia kuvattiin kahdessa pääluokassa: *asiakaskeskeinen hoitomalli* ja *tiimityöhön perustuva hoitomalli*. Asiakaskeskeinen hoitomalli pitää sisällään kaksi yläkategoriaa. Buurtzorgin mallin voidaan todeta olevan *asiakaskeskeinen hoitomalli*, jonka perustana on tarjota *asiakaslähtöistä hoitoa*. Mallissa tiimien toiminta pohjautuu asiakkaan itsenäistä *toimintakykyä* ja itsensä määräämisoikeutta ylläpitävään hoitoon ja hoidon tavoitteena on tehdä asiakkaista vahvempia ja itsenäisempiä sekä huomioida *asiakkaiden asiantuntijuus* omasta terveydestään osana hoidon kokonaisuutta. Tämän lisäksi asiakkaiden *omaiset* osallistuivat hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Huh-  
tanen 2016, 13–15; Surakka ym. 2020, 15–17) Asiakaslähtöisyyden lisäksi mallin

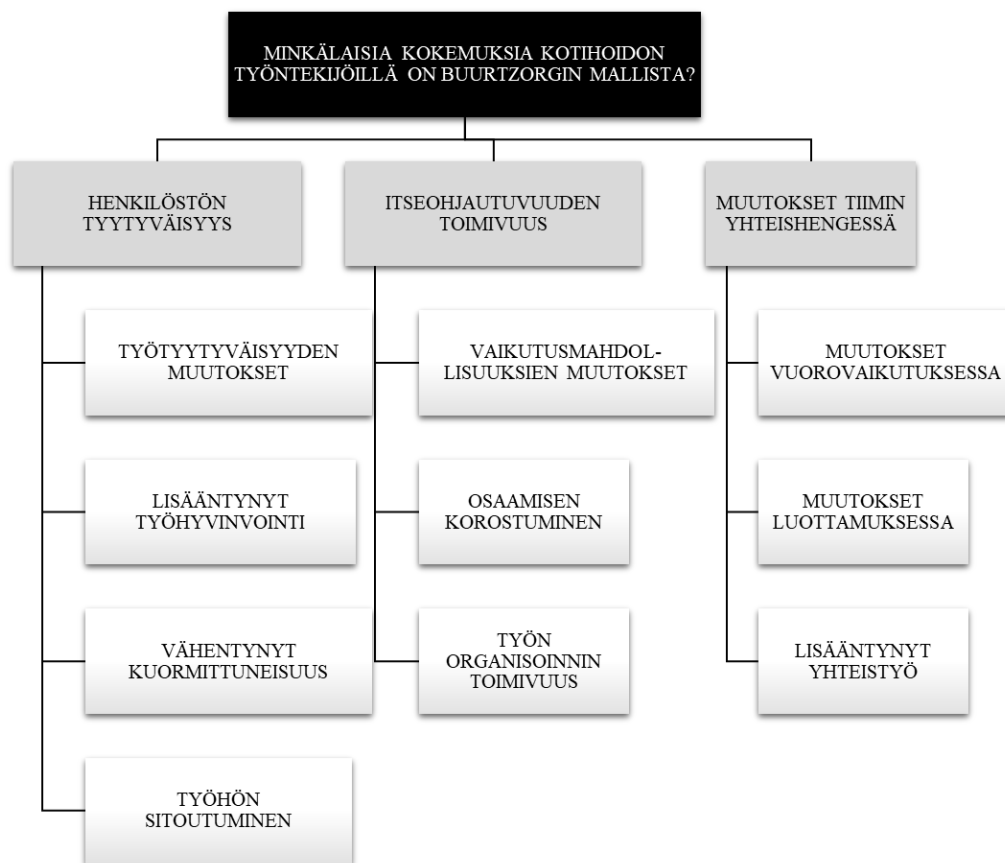
perustana on tuottaa mahdollisimman *laadukasta hoitoa*. *Hoidon taso* perustuu siihen, että hoito on *kokonaisvaltaista* ja tavoitteena on, että asiakasta ja hänen asioitaan hoitaa kokonaisvaltaisesti vain yksi tai kaksi vastuuhoitajaa (Huhtanen 2016, 14–15; Surakka ym. 2020, 15; Taskinen 2020, 8–9). Jokainen tiimin hoitaja on yksilönä vastuussa siitä, että heidän tarjoamansa hoito on korkealaatuista. (Huhtanen 2016,15). Buurtzorgin malli on *tehokas* yhteisöohjautuva malli, jonka käyttöönoton jälkeen asiakkaiden sairaalassaoloajat ovat lyhyempiä ja akuuttikäyntejä on kolmannes vähemmän (Tykkä 2020, 17–18).

*Tiimityöhön perustuva hoitomalli kuvattiin kahdessa yläkategoriassa; tiimityö ja itseohjautuvuus*. Buurtzorgin mallissa työskennellään itsenäisissä itseohjautuvissa 8–12 hoitajan tiimeissä (Huhtanen 2016, 15; Surakka ym. 2020, 15; Taskinen 2020, 8–9; Tykkä 2020, 17–18). *Tiimit ovat moniammatillisia* ja hoitomallissa pyritäänkin asiantuntijoiden välisten reiviirien purkamiseen. Tiimeissä toimivat hoitajat toteuttavat moniammatillista yhteistyötä aktiivisesti asiakkaita hoitavan lääkärin ja muiden ympäröivän yhteisön ammattilaisten kanssa. (Huhtanen 2016, 14–15; Surakka ym. 2020, 17.) Tiimeissä työskentelee hoitotehtävissä vain koulutettuja ammattilaisia: lähi-/perushoitajia ja sairaan-/terveydenhoitajia ja heidän *ammattitaitoonsa* luotetaan. Tiimin jäsenet tuntevat oman toimintansa ja toimintaympäristönsä, jonka vuoksi he osaavat toimia parhaansa mukaan asiakkaiden hyvinvointia tukien. (Huhtanen 2016, 13–14; Surakka ym. 2020, 15.) Tiimeillä on lisäksi tukenaan *valmentajia*, jotka tarvittaessa auttavat ratkomaan tiimeissä esiintyviä ristiriitoja ja murheita sekä auttavat ongelmien ratkaisussa (Surakka ym. 2020, 15; Taskinen 2020, 8–9). Toisena yläkategoriiana oli *itseohjautuvuus*. Buurtzorgin mallin todetaan olevan itseohjautuva tiimityömalli, joka perustuu siihen, että tiimit ovat hoitajien itsensä johtamia (Huhtanen 2016, 13-15). Itseohjautuva tiimityömalli tukee hoitajien itsenäistä työskentelyä antaen heille paljon *päätäntävaltaa* omaan työhönsä. Malli tulee esille jokapäiväisessä työssä hoitajien ollessa vastuussa koko kotihoidon palveluvalikoimasta, joka tarkoittaa käytännössä sitä, että hoitajat vastaavat työvuorojen ja lomien suunnittelusta, uusien työntekijöiden rekrytoinnista, asiakaskäynteihin käytettävän ajan organisoimisesta ja uusien asiakkaiden vastaanottamisesta. Lisäksi tiimit hoitavat talouteen liittyvät asiat aina hankinnoista asiakkaiden laskutukseen. Tiimit ovat siis täysin *itsenäisiä* toimijoita, joka on itseohjautuvuuden peruserä. (Huhtanen 2016, 14–15; Lalani ym. 2019; Surakka ym. 2020, 14–15; Taskinen 2020, 8–9.) Organisaatiossa ei siis ole *keskijohtoa*, joka

käytännön työssä näkyy esimiesten puuttumisena (Huhtanen 2016, 15; Surakka ym. 2020, 14; Tykkä 2020, 17–18).

## 5.2 Kotihoidontyöntekijöiden kokemukset Buurtzorgin mallista

Toisena tutkimuskysymyksenä oli selvittää kotihoidontyöntekijöiden kokemuksia Buurtzorgin mallin toimivuudesta ja toteutumisesta. Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla analyysissä jäätiin yläluokkatasolle, koska muodostetut yläluokat olivat keskenään liian erilaiset, jotta pääluokkatasolle olisi päästy. Yläluokiksi muodostuivat *henkilöstön tyytyväisyys, itseohjautuvuuden toimivuus ja muutokset tiimin yhteishengessä*. (Kuva 4.) Tulokset on koottu käyttäen pohjana näitä muodostettuja yläluokkia.



Kuva 4. Kokemusten perustella muodostetut ylä- ja alaluokat

Ensimmäiseksi yläluokaksi muodostui *henkilöstön tyytyväisyys*. Tarkasteltaessa *työtyytyväisyyden muutoksia* ja *työhyvinvoinnin lisääntymistä* tulokseksi saatiin, että itseohjautuvissa tiimeissä työntekijöiden työtyytyväisyys parani, tyytyväisyys

tiimityöskentelyyn lisääntyi ja lisäksi työn sujuvuus parani. Työtyytyväisyyden todettiin nousseen erityisesti asiakkailta ja muilta työntekijöiltä tulleen positiivisen palautteen vuoksi. (Drennan ym. 2018; Lalani ym., 2019; Surakka ym. 2020, 9, 24, 80–81; Tykkä 2020, 18, 61; Taskinen 2020, 8–9;) Kuitenkin joissain tapauksissa hoitajien työtyytyväisyys oli huonolla tasolla johtuen muun muassa tuen puutteesta ja huonosta hoidon jatkuvuudesta (Drennan ym. 2018). Pääsääntöisesti kokemukset työtyytyväisyydestä mallin käyttöönoton jälkeen olivat positiivisia ja malliin siirtymisen koettiin parantaneen kotihoidon kokonaistilannetta (Huhtanen 2016, 14, 33). Lisäksi mahdollisuus vaikuttaa työvuoroihin, työn selkeytyminen ja työaikojen joustavuus olivat lisänneet kotihoidon työntekijöiden työhyvinvointia työpaikoilla (Surakka ym. 2020, 9, 46, 54, 81). Tarkasteltaessa itseohjautuvan tiimityömallin vaikutuksia työn *kuormittuneisuuden vähentymiseen*, voidaan todeta, että työn kuormittavuus on vähäisempää, koska tiimeissä potilaiden määrä on pienempi, jonka seurauksena työntekijät viihtyvät hyvin työssään. Työn kuormittavuuden koettiin vähentyneen, koska tiimien ollessa pienempiä, oli hoitajien mahdollista keskittyä omiin asiakkaisiinsa. Myönteisenä asiana nähtiin myös sairaanhoitajien työn helpottuminen, koska heillä oli entistä vähemmän asiakkaita vastuullaan. Lisäksi informaatiokuorman väheneminen ja työnjakajan työn helpottuminen koettiin positiivisena asiana. (Huhtanen 2016,6,33; Drennan ym. 2018.) Työpaikanvaihtohalukkuuden todettiin myös vähentyneen ja työntekijät kertoivat olevansa sitoutuneempia työhönsä ja työorganisaatioonsa, lisäksi työyhteisön koetaan olevan kannustavampi ja luotettavampi. (Surakka ym. 2020, 9, 46,77,80.) *Työhön sitoutuminen* näkyi myös konkreettisesti henkilöstön vaihtuvuuden ollessa vain kolmannes perinteisiin hoito organisaatioihin verrattuna (Tykkä 2020, 17–18). Kuitenkin osa hoitajista koki hierarkkisella kulttuurilla olevan negatiivisia vaikutuksia työskentelyyn eikä esimerkiksi tukea muilta saatu tarpeeksi, jonka vuoksi osa työntekijöistä irtisanoutui sopeutumisvaikeuksien takia (Lalani ym. 2019; Taskinen 2020, 40; Tykkä 2020, 81).

Toiseksi yläluokaksi analyysissä muodostui *itseohjautuvuuden toimivuus*. Itseohjautuvuudesta oli paljon positiivisia kokemuksia ja sillä todettiin olevan yhteyksiä työntekijöiden motivaatioon ja onnellisuuteen. Tämän lisäksi itseohjautuvissa tiimeissä kotihoidon työntekijät kokivat omien *vaikutusmahdollisuuksiensa* työhön lisääntyneen ja hoitohenkilökunnalla todettiin olevan potentiaalia ja *osaamista* itseohjautuvaan työskentelyyn. (Surakka ym. 2020, 9,24, 80; Taskinen 2020, 110.) Tiimeissä toimi

valmentajia, joiden tuen tärkeä rooli nousi esille itseohjautuvan tiimityön onnistumisessa erityisesti, kun tiimin jäsenillä ilmaantui ristiriitoja tai ongelmia (Drennan 2018). Uuden mallin käyttöönoton kuitenkin todettiin tuovan uudenlaisia haasteita. Haasteet liittyivät lähinnä hierarkiaan ja johtotason ongelmiin, koska usein ylin johto ei ollut kiinnostunut itseohjautuvuudesta, eikä uskaltanut jakaa valtaa ja vastuuta itseohjautuville tiimeille, vaan antoi ristiriitaisia ohjeita ja päätöksiä, jotka eivät tukeneet itseohjautuvaa työskentelyä. (Drennan 2018; Taskinen 2020, 110; Tykkä 2020, 57,61.) Työntekijät olivat riippuvaisia ylemmän tahon päätöksistä ja heille oli asetettu tarkkoja rajoja, milloin he saavat toimia itseohjautuvasti, jolloin itseohjautuvan työskentelyn periaate ei toteutunut. Lisäksi huomattiin, että tiimeissä työtehtävien jaossa voi ammattiryhmien välille syntyä hierarkkisia malleja ja rooleja. (Surakka ym. 2020, 46–57,81.) Työntekijätasolla negatiiviseksi asiaksi koettiin epäselvä raja itseohjautuvuuden ja ei-itseohjautuvuuden välillä, työn kuormittavuus, motivaation puute sekä kyvyttömyys ja uskallus toimia itseohjautuvasti. Itseohjautuvuudella todettiin myös olevan yhteyksiä kiireeseen ja yksintyöskentelyyn. Lisäksi työntekijöillä oli haasteita ymmärtää itseohjautuvan tiimin tarkoitusta ja osata työskennellä itseohjautuvissa tiimeissä, jonka vuoksi eräs itseohjautuvassa tiimissä työskentelevä työntekijä koki, että itseohjautuvuus on selviytymistä työpäivästä työtehtäviä minimoimalla, organisoimalla ja vain pakolliset tehtävät tekemällä. (Surakka ym. 2020, 9, 46–57, 81, Tykkä 2020, 50,56–57,61; Taskinen 2020, 101.) Hoitajat kokivat, että he saivat itsenäisesti tehdä päätöksiä, mutta kuitenkin harvoin työskentely oli täysin itseohjautuvaa (Lalani ym 2019). Työn *organisoinnissa* tulee kiinnittää huomiota työ- ja asiakasmääriin, koska osa työntekijöistä koki, että asiakasmäärät olivat suuria, eikä työnantaja järjestänyt tarpeeksi aikaa asiakaskäynneille. Lisäksi välimatkat oli huomioitu huonosti, jonka vuoksi suuri aika työpäivästä kului matkoihin. (Tykkä 2020, 50,57.) Britanniassa työn organisoinnin kannalta positiiviseksi koettiin, että itseohjautuvan tiimityömallin myötä hoitohenkilökunta koki heillä olevan enemmän aikaa asiakkaille, jonka vuoksi aikaa jäi myös asiakkaiden kanssa keskusteluun. (Drennan ym. 2018; Lalani ym. 2019). Itseohjautuvan tiimityömallin myötä kotihoitoon syntyi omahoitaja- malli, jonka vuoksi asiakaslähtöisyys parani ja hoitajat vastasivat pääsääntöisesti muutaman asiakkaan hoidosta, jonka vuoksi he tunsivat asiakkaat paremmin ja suhde asiakkaisiin oli lähempi. Tämän johdosta he kokivat pystyvänsä tekemään paremmin ehdotuksia asiakastyön parantamiseksi. (Huhtanen 2016, 40; Drennan ym. 2018; Tykkä 2020, 56.) Taloudellisuuden kannalta tuloksena voidaan todeta myös, että itseohjautuvuuden toimimisen kannalta

kehittämiskohteena olisivat resurssit, koska tällä hetkellä tarvittavia resursseja ei ole riittävästi (Huhtanen 2016, 38–39; Tykkä 2020, 57).

Kolmanneksi yläluokaksi muodostui *muutokset tiimin yhteishengessä*. Käsiteltäessä kokemuksia Buurtzorgin mallista ja sen toimivuudesta on olennaista käsitellä tuloksia liittyen *muutoksiin vuorovaikutuksessa* tiimien sisällä. Hoitotyöntekijöiden kokemukset tiimityön toimivuudesta itseohjautuvissa tiimeissä olivat pääsääntöisesti positiivisia. Hoitajat kokivat olevansa paremmin selvillä oman tiimensä asioista ja lisäksi he kokivat pystyvänsä tukemaan muita tiimin jäseniä paremmin asiakkaiden hoidossa (Huhtanen 2016, 33, 40). Tiimeissä koettiin olevan hyvä ryhmähenki ja tiimeissä käytiin aktiivisia ryhmäkeskusteluja. Kuitenkin ongelmaksi nousi vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat kuten luvatus auttamisen toteutumattomuus ja yksilöiden osaamattomuus toimia tiimeissä sekä tiimien liian suuri koko ja vastuun epätasainen jakautuminen. (Tykkä 2020, 56–57.) Tiimien jäsenet kokivat kuitenkin saavansa tarvittaessa toisilta tukea ja apua, lisäksi *luottamuksen* koettiin parantuneen. Tiimeissä oli sovittu yhteiset pelisäännöt, joka helpotti tiimissä toimimista. Haastavat tilanteet hoidettiin tiimissä yhdessä, joka edesauttoi paineen jakautumista tasaisesti tiimin sisällä. Tiimin jäsenet arvostivat toisiaan ja tiimien *yhteistyön* koettiin *parantuneen*, mikä lisäsi tiimin jäsenten positiivisia kokemuksia itseohjautuvuudesta. (Tykkä 2020, 56.) Itseohjautuvan tiimityömallin myötä hoitajat kokivat tiimien yhteishengen parantuneen ja tiimeissä oli tullut esille uudenlaista yhteisöllisyyttä, jonka myötä myös työt suunniteltiin yhteistyössä tiimin jäsenten kanssa. Kuitenkin tuen ja avun puute tiimeissä aiheuttanut, etteivät positiiviset vaikutukset itseohjautuvista tiimeistä olleet voimakkaita, eikä yksikön sisäinen *luottamus* kehittynyt positiivisesti. Hoitohenkilökunta kuitenkin koki, että keskusteluilmapiiri itseohjautuvissa tiimeissä oli avoin ja asioista keskusteltiin aktiivisesti. Itseohjautuvissa tiimeissä motivaatio oli korkeampi ja tiimeillä oli yhteiset tavoitteet verrattuna perinteisiin kotihoidon tiimeihin. Erityisesti keskisuudessa ja suuressa kunnassa luottamus itseohjautuvien tiimien sisällä oli vahvistunut. (Surakka ym. 2020, 40, 52–56, 72, 81–82.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Noudatimme opinnäytetyötä tehdessä tutkimuseettisiä ohjeita, mikä lisäsi opinnäytetyömme luotettavuutta ja perehdyimme ohjeisiin huolellisesti ennen opinnäytetyön kirjoittamisen aloittamista. Ennen opinnäytetyön aloittamista huomioimme, että meillä työn tekijöinä on tarpeeksi tietämystä omasta alastamme ja, että opinnäytetyön aiheemme on hyvin sidoksissa omaan alaamme. Kehitimme aiheen avulla myös omia työelämätaitojamme. Aihetta valittaessa pohdimme omaa esteellisyttämme ja totesimme ettei mitään esteitä opinnäytetyön kirjoittamiseen ole. (Arene 2020, 14–16.) Pohdimme yhdessä, sekä opinnäytetyön tilaajan kanssa realistista aikataulusuunnitelmaa opinnäytetyöllemme. Lisäksi opinnäytetyön tilaaja osallistui opinnäytetyöaiheen rajaamiseen. (Arene 2020, 14–16.)

Teimme työmme lähdemerkinnät huolellisesti ja oikeaoppisesti, jotta kunnioitamme alkuperäislähteiden kirjoittajia. On myös tärkeä kirjallisuuskatsausta tehdessä varmistaa, ettei kyseisestä aiheesta ole tehty samanlaista kirjallisuuskatsausta aiemmin tai toisella kielellä. Teimme alustavia kirjallisuushakuja, perehdyimme aiheeseemme ja tutkimme mitä aiheesta on jo aikaisemmin kirjoitettu. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 115.) Hyvä perehtyminen tutkimustaan toi meille tutkimuksen tekijöinä varmuuden siitä, minkä vuoksi aiheesta on tarpeellista tehdä tutkimus (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009,109). Buurtzorgin mallista löytyi hyvin vähän suomenkielistä tutkimusaineistoa, minkä vuoksi kirjallisuuskatsaus aiheesta oli eettisesti perusteltu, koska sen avulla voidaan koota informaatiota aiheesta. Tätä kirjallisuuskatsausta tul- laan hyödyntämään Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon -hankkeen materiaalina. Teimme työtämme koskien opinnäytetyösopimuksen Samkin kanssa. Sopimus tuki opinnäytetyömme eettisyyttä, koska siinä tuli ilmi, että otimme huomioon kaikki tarvittavat asiat työtä tehdessä (Arene 2020, 6). Lisäksi tiedostimme, että valmis työ on julkinen asiakirja ja sovimme, että työn tekijöiden nimet ovat aakkosjärjestyksessä, koska molemmat tekevät työtä tasavertaisina. Opinnäytetyön raporttia laadittaessa on käytetty huolellisesti läpi käytyä aineistoa ja raportti on laadittu rehellisesti jättämättä mitään pois.

Lisäksi opinnäytetyötä tehdessä on käytetty tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta, raportointi ja arviointimenetelmiä. (Arene 2020, 10.)

Ennen opinnäytetyön aloittamista työn tekijät perehtyivät valittuun tutkimusmenetelmään, koska luotettavuuden kannalta on tärkeää ymmärtää, miten työn eri vaiheet etenevät, jotta työn tekeminen on sujuvaa ja luotettavaa. Lisäksi opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että työssä on kaksi tekijää. Kun tekijöitä oli kaksi, oli myös kaksi erilaista näkökulmaa työn tekemiseen ja lisäksi mahdolliset virheet huomattiin helpommin. Kirjallisuushakua tehdessä käytettiin apuna koulun kirjaston informaattikkoa, mikä lisäsi myös opinnäytetyön luotettavuutta. Osa kirjallisuushaun tutkimuksista annettiin opinnäytetyötä ohjaavan opettajan luettavaksi, jolloin aineiston sopivuus kirjallisuuskatsaukseen varmistettiin. (Arene 2020, 6.)

Luotettavuutta lisäsi myös se, että koko ajan työtä tehdessä tehtiin laadun arviointia. Tutkimusten laadun arviointiin käytimme JBI-kriteeristöä, jonka avulla pystyttiin arvioimaan käytettävien tutkimusten laatua. Laadun arvioinnin perusteella käyttämiemme tutkimusten laatu oli pääsääntöisesti hyvä. Yksi kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista oli laadultaan hieman muita huonompi ja tiedostimme tämän vaikutuksen työn luotettavuuteen. Yhtään tutkimusta ei suljettu kuitenkaan pois matalien JBI-kriteeristön pisteiden vuoksi. Lisäksi opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että aineisto on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja tämän lisäksi työhön on lisätty taulukoita ja kuvia, jotka selkeyttävät ja tukevat opinnäytetyön vaiheiden etenemistä. (Arene 2020, 14–16.)

Arvioidessamme opinnäytetyön luotettavuutta otimme myös huomioon sen, että osa tutkimuksista oli englanninkielisiä, joka saattaa vaikuttaa luotettavuuteen mahdollisten käännösvirheiden vuoksi. Lisäksi valitut mukaanotto- ja poissulkukriteerit heikentävät luotettavuutta, koska kirjallisuuskatsauksesta jäi ulkopuolelle sellaiset tutkimukset, joista ei ollut koko tekstiä saatavilla. Käännösvirheiden lisäksi olemme huomioineet, että opinnäytetyön tekijöiden omat asenteet, odotukset ja ennakkoluulot ovat saattaneet vaikuttaa tutkittavaan asiaan. Lisäksi luotettavuutta saattaa heikentää, ettei työn tekijöillä ole aikaisempaa kokemusta kirjallisuuskatsauksen toteuttamisesta (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 297).



## 6.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Buurtzorgin mallia kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena oli, että kirjallisuuskatsaukseen koottua tietoa Buurtzorgin mallista voidaan hyödyntää materiaalina Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon hankkeessa. Tavoitteena oli koota selkeä ja helposti luettava kooste Buurtzorgin mallista, joka voidaan esitellä hankkeeseen osallistuville tahoille. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista ilmeni, että Buurtzorgin mallista on paljon hyviä kokemuksia useissa maissa, mutta lähes jokaisessa tutkimuksessa todettiin, että mallin käyttöönotto vaatisi isoja muutoksia maiden terveydenhuoltojärjestelmissä. Ongelmia tuottaisi myös palveluiden rikkinaisuus, sillä Suomessa on yksityisiä ja julkisia palvelun tarjoajia ja kotihoito ja kotisairaanhoito ovat omina kokonaisuuksinaan. Ongelmia organisaatiotasolla aiheuttaa esimerkiksi se, että Suomessa terveydenhoitopalvelut katetaan veroilla ja Hollannissa käytössä on erilaiset vakuutukset. (Suomen tietotoimiston www-sivut, 2019.)

Työntekijöiden näkökulmasta malli olisi pääosin toimiva ja hyvä vaihtoehto, mutta ongelmat malliin liittyen tulivat ilmi ylemmässä johdossa. Suomessakin mallia oli kehitetty hieman muokattuna, mutta tällöinkin oli todettu, että mallin käyttöönotto vaatisi suuria organisatorisia muutoksia. Mallin nähtiin kuitenkin parantaneen työtyytyväisyyttä ja kotihoidon työntekijöiden työhyvinvointia. (Drennan 2018; Surakka ym. 2020; Taskinen 2020.) Lisäksi monissa tutkimuksissa mainittiin, että malli voisi olla ratkaisu moniin nykyisiin ongelmiin kotihoidossa kuten esimerkiksi ajan puutteeseen ja kotihoidon vetovoimaisuuteen (Piirainen 2018, 38–39). Buurtzorgin malli ei sellaisenaan Suomessa toimisi, koska Hollannissa tiimi koostuu sairaanhoitajista ja Suomessa kotihoidossa on paljon lähihoitajia, jotka pääsääntöisesti hoitavat kotikäynnit. Malli voisi kuitenkin olla erittäin toimiva, kunhan se vain kehitettäisiin vastaamaan Suomen olosuhteita. (Huhtanen 2016; Surakka ym. 2020; Taskinen 2020.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tavoite saavutettiin. Kuitenkin mallista saatavilla oleva tutkimustieto oli vähäistä, mikä vaikutti sisäänottokriteerit täyttävien tutkimusten määrään. Tästä opinnäytetyöstä oli hyötyä, koska kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin tietoa itseohjautuvien tiimien toimivuudesta hoitotyössä. Opinnäytetyön avulla työn tekijät ja hanke saivat myös tietoa siitä, millä keinoin kotihoidon veto- ja pitovoimaisuutta voidaan parantaa ja ylläpitää. Lisää jatkotutkimuksia liittyen Buurtzorgin

malliin ja sen toimivuuteen tarvittaisiin kuitenkin runsaasti. Jatkossa olisi mielenkiintoista saada lisää tutkimustietoa mallin toimivuudesta erityisesti suomalaisessa kotihoidossa. Lisäksi olisi tärkeää saada tietoa siitä millaisia muutoksia konkreettisesti vaadittaisiin organisaatiotasolla suomalaisessa terveydenhuollossa, jotta malli voitaisiin ottaa käyttöön ja se olisi toimiva ratkaisu. Yksi jatkotutkimusehdotus olisi, millaiset valmiudet ja halukkuus valmistuvilla sairaanhoitajilla olisi työskennellä itseohjautuvissa kotihoidon tiimeissä. Lisäksi pitäisi tutkia myös nykyisten kotihoidon työntekijöiden valmiuksia siirtyä työskentelemään Buurtzorgin mallin mukaisesti.

### 6.3 Oma ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessi on ollut työn tekijöille haastava, mutta opettavainen. Suurin haaste työtä tehdessä on ollut tekijöiden aikataulujen yhtensovittaminen, jonka vuoksi opinnäytetyön valmistuminen on pitkittynyt. Kirjallisuuskatsauksen analyysivaihe on ollut työn hankalin ja aikaa vievin prosessi, koska kirjallisuuskatsaus ja aineiston analysointi menetelminä ovat olleet työn tekijöille uusia ja aikaa on kulunut runsaasti niiden teoriaan perehtyessä. On kuitenkin ollut mielenkiintoista huomata, että tutkimuksista on muodostunut yhtenäinen kokonaisuus kirjallisuuskatsauksen edetessä. Vaikeata on ollut luottaa omiin kykyihin löytää oikeat ja ajantasaiset tutkimukset, jotka vastaavat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin ja, että kerätyn tiedon määrä on riittävä. Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut työn tekijöiden työyhteisötaitoja, lähdekriittisyyttä sekä paineensietokykyä. Työn tekeminen on tuonut työn tekijöille uudenlaista näkökulmaa kotihoidossa työskentelystä, sekä antanut paremman kuvan siitä, miten kotihoidon työskentelyä voitaisiin Suomessa kehittää enemmän itseohjautuvaksi. Lisäksi työn tilaajan toimesta, meille järjestettiin ystävällisesti tutustumispäivä kotihoitoon, jotta saimme käsityksen siitä, millaista työskentely siellä tällä hetkellä on. Kokemus oli silmiä avaava, koska tekijöillä ei ollut kovin paljoa aikaisempaa kokemusta kotihoidossa työskentelystä. Tämän tutustumispäivän myötä saimme hyvän kuvan siitä, miten kotihoidon nykyistä toimintamallia voitaisiin mahdollisuuksien mukaan mukauttaa vastaamaan Buurtzorgin mallin mukaista itseohjautuvaa työskentelytapaa.

## LÄHTEET

Arene. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 29.9.2021. <https://www.arene.fi/>

Buurtzorg. 2021. Welcome to Buurtzorg. Humanity over bureaucracy. Viitattu 13.9.2021. <https://www.buurtzorg.com/>

Drennan, V., Calestani, M., Ross, F., Saunders, M. & West, P. 2018. Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ open* 18, 1-6. Viitattu 29.9.2021. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021931

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud.p. Helsinki: Tammi.

Hotuksen www-sivut. 2018. Viitattu 8.4.2022. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Huhtanen, K. 2016. Itseorganisoitumiselle työtyytyväisyyttä kotihoitoon- Vantaan Koivukylän asiakassalkkumallin kokemuksia. YAMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 29.9.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201605178337>

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Sarja A51/2007

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4).

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-4. uud.p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lalani, M., Fernandes, J., Fradgley, R. Ogunsoola, C. & Marshall, M. 2019. Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *British journal of general practice* 69. Viitattu 29.9.2021. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X703385>

Piirainen, M. 2018. Kotihoidon laatu hoitohenkilökunnan arvioimana. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 12.5.2022. [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/19128/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20180244.pdf](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/19128/urn_nbn_fi_uef-20180244.pdf)

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. uud.p. Helsinki: Tammi

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print. Sarja A73/2015.

Suomen tietotoimiston www-sivut. 2019. Viitattu 12.5.2022. <https://stt.fi/>

Surakka, J., Burström, T., Jantunen, S., Jeglinsky-Kankainen, I., Piippo, J., Rosengren, Å., Ruotsalainen, S. & Sinervo, T. 2020. Itseohjautuvuus ikäihmisten palveluissa. Helsinki: Yrkeshögskolan Arcada Ab. Raportti 1/2020. Viitattu 29.9.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020100983669>

Taskinen, I. 2020- Esimies, älä jätä itseohjautuvaa työntekijää yksin: Itseohjautuvan työn johtaminen. Pro gradu – tutkielma. Vaasan yliopisto. Johtamisen yksikkö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202001172492>

Terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut. 2022. Muuttuvat vanhuspalvelut. Viitattu 21.4.2022. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut>

Terveyskylän www-sivut. 2019. Väestön ikääntyminen Suomessa. Viitattu 21.4.2022. <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/v%C3%A4est%C3%B6n-ik%C3%A4%C3%A4ntymisen-suomessa>

Tykkä, S. 2020. Puhalletaanko yhteen hiileen? Itseohjautuvuudesta kohti yhteisohjautuvuutta sote-organisaatioissa. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen ja kulttuurin tiedekunta. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202011268226>

Veto – ja pitovoimaa kotihoitoon hanke. 2020. Viestintäsuunnitelma.

Taulukko 2. Kirjallisuushaku

Tietokanta	Hakulauseke	Muut hakukriteerit	Tulokset	Valitut
Google Scholar	Buurtzorg AND (kotihoito OR kotihoidon OR kotihoitoa OR kotisairaanhoito OR kotisairaanhoidon OR kotisairaanhoitoa) -opinnäytetyö		25	3
Samk Finna	Buurtzorg AND (“home care” OR “Home Health Nursing” OR “Home Nursing”)	Full text	74	2
EBSCOhost CINAHL	Buurtzorg AND (“home care” OR “Home Health Nursing” OR “Home Nursing”)	Full text	1	0
PubMed	Buurtzorg AND (“home care” OR “Home Health Nursing” OR “Home Nursing”)	Full text	7	0
Theseus	Buurtzorg AND (kotihoi* OR kotisairaanhoi*)	ylempi amk	24	1

Taulukko 3. Mukaan valitut aineistot

Numero	Tekijä(t), otsikko, vuosi, maa	Tutkimusmenetelmä osallistuneet	Keskeiset tulokset	JB1
1.	Surakka, J., Burström, T., Jantunen, S., Jeglinsky-Kankainen, I., Piippo, J., Rosengren, Å., Ruotsalainen, S. & Sinervo, T. Itseohjautuvuus ikäihmisten palveluissa. 2020. Suomi.	Osa materiaalista kerätty haastattelemalla, haastatteluihin osallistui 11 työntekijää. Osa materiaalista kerätty kyselyllä, johon vastasi 121.	Itseohjautuvuudella suomalaisessa palvelujärjestelmässä myönteisiä tuloksia, mutta lähinnä palveluasumisessa, eikä niinkään kotihoitossa. Tulokset osoittivat myös, että kun tiimin jäsenet olivat itse saaneet vaikuttaa oman työnsä organisointiin, olivat he myös tyytyväisempiä työhönsä ja tiimityöskentelyyn.	9
2.	Tykkä, S. Puhalletaanko yhteen hiileen? : Itseohjautuvuudesta kohti yhteisöohjautuvuutta sote-organisaatioissa. 2020. Suomi.	Paperinen kyselylomake, johon vastasi 148 työntekijää.	Työntekijöiden asenteet olivat yleensä positiivisia itse- ja yhteisöohjautuvuutta kohtaan. Tiimityön esteiksi osoittautuivat tiimin liian suuri koko ja ongelmat vuorovaikutuksessa sekä vastuun epätasainen jakautuminen. Johdon asenteet muutostilanteissa eivät aina tukeet työntekijöitä.	9
3.	Taskinen, I. Esimies, älä jätä itseohjautuvaa työntekijää yksin: Itseohjautuvan työn johtaminen. 2020. Suomi.	Käyttänyt verkosta löytyviä keskusteluita ja muita materiaaleja hyödykseen.	Itseohjautuva organisaatio tarvitsee tukirakenteita, prosesseja ja koordinoimista. Myös haasteita nousi esille ja merkittävimpinä haasteina itseohjautuvuuteen siirtyessä tutkimuksen mukaan nähdään vastuun jakautuminen käytännössä, suunnan hukuttaminen, konfliktitilanteet ja valtatyhjiöiden täyttäminen sekä työssä jakaminen	9
4.	Drennan, V., Calestani, M., Ross, F., Saunders, M. & West, P. Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. 2018. Iso-Britannia.	monimenetelmällinen tutkimus, johon osallistui 24 työntekijää.	mukautettu Buurtzorgin malli lisäsi hoitotyöntekijöiden tyytyväisyyttä työhön. Ongelmana: itseohjautuvien tiimien konseptia on vaikea soveltaa hierarkkiseen terveydenhuollon organisaatioon. Mukautetulla Buurtzorgin mallilla on potentiaalia tuoda esiin yhteisön huolenaiheita liittyen potilaisiin, hoitajiin ja henkilökuntaan. Vaaditaan kuitenkin lisää pidempiaikaista tutkimusta liittyen aiheeseen, jotta vaikutukset saadaan selville.	8
5.	Lalani, M., Fernandes, J., Fradgley, R. Ogunzola, C. & Marshall, M. Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. 2019. Iso-Britannia.	Haastattelu, johon osallistui 23 työntekijää.	Positiivisia kokemuksia potilailta, koska palvelujen saatavuus oli parempaa, hoito oli jatkuvampaa ja potilaiden luona vietettiin enemmän aikaa. Tutkimuksen tuloksina nostettiin esille myös, että joitain Buurtzorgin mallin ominaisuuksia oli vaikea toteuttaa sellaisenaan, koska terveysjärjestelmä Isossa - Britanniassa on hyvin erilainen verrattuna Alankomaihin.	8
6.	Huhtanen, K. Itseorganisoitumiselle työtyytyväisyyttä kotihoitoon- Vantaan Koivukylän asiakassalkkumallin kokemuksia. 2016. Suomi.	Ryhmähaastattelu, johon osallistui 5 kotihoidon työntekijää.	Itseorganisoituvien tiimien perustuva työskentelymalli ratkaisisi useita tämänhetkisiä kotihoitoa vaivaavia ongelmia.	5

Taulukko 4. Esimerkki aineiston analyysin vaiheista

Alkuperäinen teksti	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>”Tiimissä on korkeintaan kaksitoista sairaanhoitajaa, ja tiimit ovat itseohjautuvia kokonaisuuksia. Tiimit määrittelevät parhaan lähestymistavan ilman esimiehen osallistumista. Ongelmatilanteita varten tiimeillä on valmentajia. He eivät puutu tiimien työhön, mutta auttavat tarvittaessa ratkomaan ristiriitoja tai muita murheita. (Surakka, Burström, Jantunen, Jeglinsky-Kankainen, Piippo, Rosengren, Ruotsalainen &amp; Sinervo 2020, 15.) (1)”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 sairaanhoitajan itseohjautuvat tiimit (1) s.15.</li> <li>- 10–12:n hoitajan tiimejä (2) s.17-18</li> <li>- 12 hengen itsenäiset tiimit (3) s.8-9</li> <li>- 8-12 hengen tiimit (6) s. 15</li> <li>- Tiimimäinen lähestymistapa (6) s. 15</li> </ul>	TIIMI	TIIMITYÖ	TIIMITYÖHÖN PERUSTUVA HOITOMALLI
<p>“Sairaanhoitajat pystyvät hoitamaan työnsä siten, että kotihoidon asiakkaat voivat säilyttää itsenäisyytensä. Organisaatiolla ei ole lainkaan keskijohtoa, vaan sairaanhoitajat päättävät työstään itse. (Surakka, Burström, Jantunen, Jeglinsky-Kankainen, Piippo, Rosengren, Ruotsalainen &amp; Sinervo 2020, 14.) (1.)”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tiimeillä valmentajia (1) s.15.</li> <li>- valmentajat auttavat ratkomaan ristiriitoja ja murheita (1) s.15</li> <li>- tiimeillä valmentajia (3) s. 8-9</li> <li>- valmentajat auttavat ratkaisemaan ongelmia (3)</li> </ul>	VALMENTAJA		
<p>”Perustivat uuden Buurtzorgin hoitomallin, jossa työskentelee 10–12:n hoitajan tiimejä. (Tykkä 2020, 17-18.) (2)”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ei lainkaan esihenkilöä (2) s.17-18.</li> <li>- Esimiehiä ei ole (6) s. 15</li> <li>- Organisaatiolla ei keskijohtoa (1) s.14.</li> </ul>	KESKI JOHTO	ITSEOHJAUTUVUUS	
<p>”Kahdentoista hengen itsenäiset tiimit ovat vastuussa noin kuudestakymmenestä potilaasta. Tiimeillä on lisäksi valmentajia, jotka auttavat ratkaisemaan ongelmia. Vuonna 2015 700 tiimillä oli 15 valmentajaa. (Taskinen 2020, 8-9.) (3)”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- säilytetään asiakkaiden itsenäisyys (1) s.14.</li> <li>- tiimit ovat täysin itsenäisiä toimijoita kaikissa suhteissa (6) s. 13</li> <li>- itseorganisoidun tiimityön malli tukee hoitajien itsenäistä työskentelyä (6) s. 15</li> <li>- tiimit hoitajien itsensä johtamia (6) s. 14-15</li> </ul>	ITSENÄISYYS		
<p>”Buurtzorgin organisaatio koostuu itsenäisistä alueellisista tiimeistä, joissa on 8-12 hoitajaa. Varsinaisia esimiehiä ei ole, vaan tiimi päättää kaikesta tiimin toimintaan liittyvästä, rekrytoinneista hankintoihin ja asiakkaaksi ottamisesta laskutukseen. (Huhtanen 2016, 15.) (6)”</p>				
<p>”Buurtzorgissa tiimimäinen lähestymistapa mahdollistaa sen, että asiakkaan paras on hoidon keskiössä ja parhaiten juuri hänen selviytymistään tukevat ratkaisut tulevat käyttöön. (Huhtanen 2016, 15.) (6)”</p>				
<p>”Toimintaperiaate on alusta saakka ollut se, että tiimit tuntevat oman toimintansa ja ympäristönsä ja ovat täysin itsenäisiä toimijoita kaikissa suhteissa. Yritys pohjaa toimintansa asiakaskeskeiseen, fasilitoivaan ja asiakkaan itsenäistä toimintakykyä ja itsemääräämisoikeutta ylläpitävään hoitoon. (Huhtanen 2016, 13.) (6)”</p>				