
KOTISAIRAANHOITAJASTA TIIMINVETÄJÄKSI




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Valkeakoski 21.11.2012

Marjaana Seppälä



VALKEAKOSKI
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Marjaana Seppälä	Vuosi 2012
Työn nimi	Kotisairaanhoitajasta tiiminvetäjäksi	

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö perustuu Hämeenlinnan kaupungin kotihoidossa heidän kysymyksiin: "Kotihoidon ja kotisairaanhoidon yhdistyminen tiimeiksi. Miten yhdistyminen on tapahtunut? Miten koetaan? Miten pitäisi edetä?".

Opinnäytetyössä selvitettiin yksittäisen työntekijän näkökulmasta, miten hänen toimenkuvansa ja työtehtävänsä ovat muuttuneet kotisairaanhoidon ja kotihoidon yhdistyessä yhdeksi organisaatioksi, jolloin hänestä on tullut tiiminvetäjä oman toiminta-alueensa kotihoidon työntekijöille.

Tieto kerättiin ja analysoitiin narratiivisella tutkimusmenetelmällä. Opinnäytetyön aineisto saatiin tiiminvetäjänä toimivilta sairaanhoitajilta kirjallisina kertomuksina heidän kokemuksistaan yhdistyneessä kotihoidossa Hämeenlinnassa.

Kotihoito koostuu keskenään hyvin erilaisista tiimeistä. Tiiminvetäjien työ eri tiimeissä eroaa toisistaan suoritettavien tehtävien ja vastuiden osalta. He kokivat työnsä haastavana ja mielenkiintoisena. Sairaanhoitajuus on muuttunut asiantuntijan rooliksi ja tiimin toiminnasta vastaavaksi.

Opinnäytetyön perusteella tiiminvetäjien työtä tulee järjestää antamalla heille siihen varattua työaikaa ja toisaalta mahdollistaa sairaanhoidollisen osaamisen lisääminen koulutuksilla. Näillä toimenpiteillä tiiminvetäjät pystyvät kehittämään tiimiensä toimintaa.

Avainsanat Kotihoito, tiimityö, narratiivi

Sivut 33 s. + liitteet 2 s.

VALKEAKOSKI
Degree Programme in Nursing

Author	Marjaana Seppälä	Year 2012
Subject of Bachelor's thesis	From a Home Nurse to a Team Leader	

ABSTRACT

This thesis was based on the questions presented in the home care unit in the city of Hämeenlinna. These questions were: "Home services and home nursing connected as one team. How has connecting happened? How is it experienced? How to move on?"

This thesis aimed to find out how the job description and duties have changed, when home services and home nursing became one organization. This thesis was written from a single nurse's perspective, when she became the head of the team.

Empirical knowledge was gathered and analysis was made using narrative method. Team leaders in home care units wrote their experiences about the united home care in the city of Hämeenlinna.

Home care teams are quite dissimilar from each other. Assignments and responsibilities between team leaders vary a lot. They thought their work is challenging and interesting. Being a Registered General Nurse has changed in to the role of being an expert and operational leader of the team.

On the basis of this thesis it can be said, that team leaders need time to be the team leader and to do team leader missions. They need in-service training in developing nursing skills. These two subjects help team leaders to develop the actions of their teams.

Keywords Home care, team work, narrative

Pages 33 p. + appendices 2 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KOTIHOITO.....	2
2.1	Lainsäädäntö.....	2
2.2	Kotihoidon määritelmä.....	2
2.3	Yhdistetty kotihoito.....	4
2.3.1	Yhteistyön merkitys.....	4
2.3.2	Vaikutus asiakkaalle.....	5
3	KOTIHOITO HÄMEENLINNASSA.....	6
4	TIIMITYÖ.....	9
4.1	Tiimi ja tiiminvetäjä.....	9
4.2	Tiimivastaava Hämeenlinnassa.....	10
4.3	Kotihoidon tiimityö.....	11
4.4	Tiimin muodostuminen.....	13
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	15
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	16
6.1	Narratiivinen lähestymistapa.....	16
6.2	Aineiston keruu.....	17
6.3	Aineiston analyysi.....	17
6.4	Opinnäytetyön aikataulu.....	17
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	18
7.1	Tiiminvetäjät.....	18
7.2	Kotisairaanhoidajuus ennen tiimityötä.....	18
7.3	Sairaanhoidajana tiimissä.....	18
7.4	Tiiminvetäjänä toimiminen.....	20
7.4.1	Tiiminvetäjän työn sisältö.....	21
7.4.2	Työtyytyväisyyteen vaikuttavat asiat.....	22
7.5	Tiiminvetäjyyden arvostus.....	24
7.6	Tulevaisuus.....	24
7.7	Yhteenveto ja johtopäätökset.....	25
8	TYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	27
9	POHDINTA.....	27
	LÄHTEET.....	31
Liite 1	Kirje Hämeenlinnan kotihoidon tiiminvetäjille	
Liite 2	Webropol-kyselyn sisältö	

1 JOHDANTO

Ikäihmisten palvelut ja niiden järjestäminen ovat olleet julkisuudessa ja yleisen kiinnostuksen kohteena jo useiden vuosien ajan. Palvelut ovat muuttaneet luonnettaan yhteiskunnallisten muutosten ja päätöksenteon seurauksena. Koulutuksessa on tapahtunut muutos kodinhoitajan ja perushoitajan koulutuksen poistuessa, jolloin tilalle tuli lähihoitaja-nimike ja samalla koulutuksessa yhdistyi sosiaali- ja terveydenhuollon osaaminen.

Kunnallisten palveluiden tavoitteena on usein kustannustehokkuus, joka pyritään sovittamaan yleisesti hyväksytyihin tapoihin hoitaa lisääntyvää ikäihmisten ryhmää. Yksityisten- sekä kolmannen sektorin palveluiden käytöllä täydennetään yhä enemmän kunnallisten palveluiden käyttäjien hoivatarvetta. Samalla, kun palvelujen saajien palvelukokonaisuus muuttuu, on muuttunut myös palvelun tuottajien organisaatio ja sen työntekijöiden toimenkuva.

Hämeenlinnassa kotihoito on yhdistynyt viimeistään kuntaliitoksen yhteydessä 2009, mutta osassa liitoskuntia yhdistyminen oli tapahtunut jo aiemmin. Tätä taustaa vasten oli herännyt kysymys kotihoidon nykytilanteesta tiimityön osalta. Tämän työn lähtökohtana on esitetyt kysymykset: "Kotihoidon ja kotisairaanhoidon yhdistyminen tiimeiksi. Miten yhdistyminen on tapahtunut? Miten koetaan? Miten pitäisi edetä?". Tutkimuksen kohteeksi rajautui, miten kotihoidon tiiminvetäjänä toimivan sairaanhoitajan työ on muuttunut, kun organisaatio muuttuu ja itsenäisestä työn tekemisestä tulee yhteistyötä moniammatillisessa tiimissä. Lisäksi sairaanhoitajan vastuulla on tiimin vetäminen eikä vain sen jäsenenä toimiminen. Opinnäytetyössä haetaan vastausta kysymykseen, miten tiiminvetäjänä toimivan kotisairaanhoitajan työ on muuttunut hänen itsensä kokemana.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan niiden sairaanhoitajien työtä, jotka kuuluvat Hämeenlinnan kotihoitoon ja toimivat tiimivetoisinä. Työn ulkopuolelle jäävät muut kotihoidon sairaanhoitajat ja Akuutin kotihoidon työntekijät sekä Kauriala-Myllymäki alue. Työn tavoitteena on kerätä ja tuoda esiin kunkin työntekijän näkemys omasta työstään hänen itsensä kertomana ja kokemana.

Opinnäytetyössä käytetään rinnakkain ilmaisuja tiiminvetäjä ja tiimivas- taava sekä tiiminvetäjä alkuperäisen lähteen mukaan.

2 KOTIHOITO

2.1 Lainsäädäntö

Kotipalveluiden ja kotisairaanhoidon järjestämisestä määrätään Kansanterveyslaissa ja Sosiaalihuoltolaissa ja näihin lakeihin tehtiin lisäys vuonna 2004, jonka mukaan kotipalvelut ja kotisairaanhoido voidaan yhdistää osittain tai kokonaan kotihoidoksi. Yhdistettäessä muodostuva toimintayksikkö on joko sosiaali- tai terveydenhuoltolain mukainen riippuen siitä, kumman toimeenpanosta vastaavan toimielimen alainen se on. Tämä lisäys on määräaikainen ja se on tällä hetkellä voimassa vuoden 2014 loppuun (KT 14/2004 luku 2a). Kotihoidosta ei ole Suomen lainsäädännössä erillisiä määräyksiä, vaikka käsitettä käytetään yleisesti palveluja järjestettäessä (Hammar 2008, 24).

Kansanterveyslaki (66/1972 1:1§, 3:14§) määrittää kansanterveystyöksi yksilön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvan terveydenhoidon ja yksilön sairaanhoidon sekä niihin liittyvän toiminnan, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Tällaista toimintaa on esimerkiksi kunnan asukkaiden sairaanhoidon järjestäminen, johon luetaan lääkärin suorittamat tutkimukset ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus.

Sosiaalihuoltolaki (710/1982 3:17,19§) säätää, miten ja mitä sosiaalipalveluita kunnan on tuotettava. Yksi palveluista on kotipalvelu, jolla tarkoitetaan asumisen, henkilökohtaisen hoivan ja huolenpidon, lasten hoidon ja kasvatuksen, muun tavanomaisen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien sekä toimintojen suorittaminen tai avustaminen. Kotipalveluja määrätään annettavaksi mm. alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen edellä mainituista tehtävistä ja toiminnoista.

2.2 Kotihoidon määritelmä

Teija Hammar toteaa väitöskirjassaan kotihoidon määrittämisen vaikeaksi käsitteiden epäyhteneväisyyden ja puutteellisuuden vuoksi. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan ”*kotihoito on joukko erilaisia terveys- ja sosiaalipalveluja, jotka tuotetaan asiakkaille heidän kotonaan. Yhteen sovitettujen palvelujen tarkoitus on ehkäistä, hidastaa tai korvata väliaikais- tai pitkäaikaista laitoshoidoa*”. Määrittely voidaan tehdä myös toiminnan, sisällön tai toimijoiden mukaisesti. Toimintana kotihoidon tarkoitus on tukea kotona asumista ja parantaa ikääntyvän elämänlaatua. Asiakkaan avun ja palvelun tarve määrittää palvelun sisällön. Määrittellessä kotihoitoa organisaatioiden tai ammattiryhmien mukaan on kyse toimijoiden mukaisesta määrittelystä. Kunnilla on mahdollisuus järjestää velvollisuuksiinsa kuuluvat palvelut monin eri tavoin joko itse, muiden kuntien kanssa yhdessä ja/tai ostopalveluna yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. (Hammar 2008, 21–24.)

Hammarin kanssa samansuuntaisesti kotihoitoa ovat aiemmin määrittäneet Thome, Dykes ja Hallberg. Heidän mielestään kotihoito on jatkossa edelleen kasvavaa toimintaa ja sitä ilmiönä ja käsitteenä ei ole määritelty selkeästi. Heidän määrittelynsä perustuu palvelujen saajiin, toimintojen ja arviointien tekemiseen ja niiden vaikutukseen asiakkaan terveydentilaan ja elämänlaatuun. Edelleen he toteavat, että kotihoito on paitsi ammattihenkilöiden tekemää työtä asiakkaan kotona, niin samalla se korvaa laitoshoidon. (Thome ym. 2003. 860-872)

Sosiaali- ja terveysministeriö jakaa kotihoidon kotipalveluun, tukipalveluihin ja kotisairaanhoitoon. Kotipalvelu tukee ja auttaa asiakasta, joka sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi tarvitsee apua kotiinsa arkipäivän askareissaan ja henkilökohtaisissa toiminnoissa. Kotipalvelun työntekijöinä on kodinhoitajia ja kotiavustajia sekä lähihoitajia. Monissa kunnissa palvelut ovat ympärivuorokautisia ja niitä saa kaikkina päivinä. Tukipalvelut ovat kotipalvelua täydentäviä, kuten ateriapalvelut, kylvyet tai kuljetuspalvelu. Kotisairaanhoito puolestaan toimii asiakkaan kotona suorittamassa erilaisia lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimia esimerkiksi lääkityksen toteutus, näytteiden otto, asiakkaan voimien seuranta tai saattohoito. Omaisten tukeminen on osa kotisairaanhoitoa. Kotisairaanhoitajina työskentelee pääasiassa sairaanhoitajia. Kotipalveluiden asiakkaina ovat ikäihmiset, vammaiset ja sairaat sekä lapsiperheet sairaus- ja kriisitilanteissa. Kotipalvelusta ja kotihoidosta laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma jonka toteutumista seurataan ja tarkistetaan. Kotipalvelu on maksullista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Kotihoidon käsite pitää sisällään eri kunnissa erilaisia palveluita. Suppeasti toteutettuna kotihoito tapahtuu päiväaikaan kello 8–16 välillä ja se sisältää peruskotisairaanhoidon ja hoivan. Laajasti järjestettynä siihen voi kuulua ennakoivaa ja sairauksia ehkäisevää toimintaa, kuntoutusta, tehostettua kotihoitoa, saattohoitoa, sosiaalisten suhteiden ja verkostojen tukemista, jolloin yhteistyötä tehdään omaisten ja muiden alueellisten toimijoiden kanssa. Huolimatta monipuolisesta kotihoidosta ikäihmisten käytännön selviämiseen vaikuttaa eniten ympärivuorokautisen kotihoidon saatavuus. (Tepponen 2009, 191.)

Asiakkaan näkökulmasta kotihoito on tärkein kotona selviytymisen apu silloin, kun palveluntarve muodostuu usein toistuvista sairauksista, viikoittaisista hoito- ja palvelukäynneistä. Muita syitä ovat huonot ympäristötekijät, kuten liikuntaesteet ja –rajoitteet, jotka vaikeuttavat asiakkaan itsenäistä selviytymistä. Kotihoito ensisijaisena auttajana on vastuussa myös muun avun koordinoinnissa, niin omaisten kuin vapaaehtois- tai rinnakkaisavun suhteen. Kotihoito koetaan sen piirissä olevien asiakkaiden tärkeimpänä auttajana. Kotihoidon asiakkailta on vähemmän tarvetta tukipalveluihin, mutta paremmat mahdollisuudet saada niitä muihin vanhuksiin verrattuna. (Tepponen 2003, 95, 100–101.)

Kotihoito voi asiakkaan näkökulmasta olla sekava kokonaisuus, joka on pirstoutunut eri ammattiryhmien kesken jaettuihin tehtäviin. Osaa kotihoidon asiakkaan asioita hoitavista henkilöistä tämä ei välttämättä edes tapaa, vaan muut työntekijät hoitavat yhteydenpidon esimerkiksi lääkäriin. Yh-

teisen hoitovastuun toteutuminen voi olla ongelmallista sosiaali- ja terveydenhuollon välillä silloin, kun toiminnat ovat erillisiä. Tiedon kulku voi olla puutteellista ja tieto voi muuttua kunkin työntekijän koulutustaustasta johtuvan tulkinnan mukaan tai he painottavat eri asioita. Asiakas ei välttämättä tiedä, kuka on hänen asioistaan vastaava henkilö ja kenen puoleen hän ensisijaisesti voi kääntyä. (Eloranta, Arve & Routasalo 2009.)

2.3 Yhdistetty kotihoito

Kotihoidon yhdistymisen vaikutuksia on tutkittu eri näkökulmista. Lähestymistapana on ollut niin asiakas kuin työntekijä, organisaatio ja yhteiskunnalliset vaikutukset. Marja Tepposen tutkimuksen mukaan vuosien 2004–2007 välillä 30 prosenttia tutkituista 43 kunnasta uusi kotihoidon organisaatiotaan joko yhdistämällä tai eriyttämällä toimintoja. Tutkimuksessa tuli esiin, että integroimattomassa kotihoidossa omaiset ja työntekijät arvioivat laadun paremmaksi kuin integroidussa kotihoidossa, asiakkaat arvioivat päinvastoin. Tulos johtunee siitä, että suoritettavat tehtävät eroavat yhdistetyssä kotihoidossa aiemmasta. Työntekijöiden ajankäyttöä mitattaessa integroitu kotihoito oli organisoitu tehokkaammin joten asiakkaalle saatiin tuotettua enemmän palveluja pienemmin voimavaroin heikentämättä palvelun laatua asiakkaan arvioimana. (Tepponen 2009, 192–194.)

Kotihoito on ensisijaisesti asiakkaan luona tapahtuvaa työtä. Johan Groop toteaa väitöstutkimuksessaan, että hoitajien ajasta jopa lähes puolet kuluu muualla tapahtuviin toimintoihin kuin asiakkaan luona. Syynä ajankäyttöön on useita; toimintojen ruuhkautuminen aamuun, välimatkat sekä asiakasmäärien vaihtelu suhteessa vakansseihin eri alueilla. (Hurri 2012. 12) Järvenpäässä tehdyn työajanseurannan yhteydessä tehtiin samansuuntainen havainto, jonka mukaan kotihoidon asiakkaan luona vietettiin 40 prosenttia työajasta. Uuden mobiiliteknologian ottaminen osaksi työtä on vaikuttanut käytännön työhön Järvenpäässä. Työn vaikuttavuus on lisääntynyt, kun kirjaaminen tehdään reaaliaikaisesti asiakkaan luona. Työpäivä voi alkaa ja loppua asiakaskäynnillä ja asiakkaan tiedot ovat aina kaikkien työntekijöiden saatavilla ja ajantasaiset. Hoitajat kokevat hallitsevansa työaikaansa paremmin, tehtävät jakaantuvat oikeudenmukaisemmin ja samaan aikaan sairaanhoitajan asiantuntijuus on korostunut. Tavoitteena on nostaa asiakkaan luona vietetty aika 60 prosenttiin työajasta. Oleellinen ero entiseen on se, että työntekijän poistuessa asiakkaan luota kaikki käyntiin liittyvät asiat on suoritettu loppuun ja voi keskittyä seuraavaan asiakkaaseen. (Palmu 2012. 26-29)

2.3.1. Yhteistyön merkitys

Pirkko Leppänen (2005) tutki Pro gradu -tutkimuksessaan kotihoidon organisoitapaja, osaamisen tarpeita ja moniammatillista yhteistyötä. Tavoitteena oli mm. selvittää kotihoidon henkilöstön ammatillista osaamistarvetta ja kuvata moniammatillisen yhteistyön toteutumista käytännössä sekä selvittää, onko kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyminen tuonut uusia toimintatapoja työhön. Tiimityön ja moniammatillisen yhteistyön kehittyminen vaatii aikaa ja kehittäminen pitää aloittaa jo organisaatioiden yhdistymistä suunniteltaessa.

Tutkimuksessa tuli esiin lääkinnällisen ja sairaanhoidollisen osaamisen korostuminen asiakkaiden monenlaisen avun tarpeen ja iän vuoksi. Ohjaaminen ja neuvonta muodostui osaksi työtä. Tiimityöskentely koettiin hyväksi malliksi tehdä työtä, jolloin yhdessä pystyttiin suunnittelemaan työtä ja jakamaan tietotaitoa. Tärkeäksi koettiin keskusteluyhteys, joka tiimipalaverissa saavutetaan, myös sähköinen asiakastietojärjestelmä paransi tiedonkulkua. Yhteistä toimipistettä ja fyysistä läheisyyttä pidettiin toiminnan kannalta oleellisena parannuksena. Moniammatillisen yhteistyön kerrottiin rikastuttavan ja hyödyntävän erilaisten erityisosaajien ammattitaitoa. Työ koettiin asiakaslähtöisemmäksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. Työntekijöiden mielestä tiimityöskentelyn etuna oli erityisesti vastuun jakaminen, tiedonkulun paraneminen ja eri työntekijöiden osaamista voidaan hyödyntää entistä tarkoituksenmukaisemmin ja paremmin. Tiimityötä pidettiin positiivisena tapana tehdä työtä. (Leppänen 2005, 59–85.)

Opinnäytetyössään ”Hoitajien kokemuksia yhdistyneestä kotihoidosta ja sen mukanaan tuomista muutoksista ja haasteista” Heli Pikkumarju (2004) tutki Valkeakoskella tapahtunutta kotihoidon yhdistymistä. Etukäteen kotisairaanhoitajien pelot kohdistuivat oman työn muutokseen kodinhoidolliseksi. Yhdistyneessä kotihoidossa kuitenkin kaikilla ammattiryhmillä sairaanhoidollisuus on lisääntynyt tehtävissä samalla kodinhoidollisten tehtävien vähentyessä. Kotisairaanhoitajat kokivat silti perushoidollisen työn lisääntyneen omalla kohdallaan. Merja Tepposen tutkimuksessa päädyttiin päivätyöskentelyyn; integroidussa kotihoidossa työntekijät käyttivät aikaa enemmän vanhusten hoivaan kuin lääkehoitoon ja hoitotoimenpiteisiin. Valkeakoskella omahoitajuus otettiin toiminnan osaksi ja se koettiin lähinnä myönteiseksi muutokseksi. Hoitajien kokemuksen mukaan yhteistyö lisääntyi muutoksen myötä ja vuorovaikutus parani. Yhteinen työtila paransi ja helpotti työn tekemistä lisäämällä tiedonkulkua ja konsultointia, helpottamalla töiden jakamista ja päällekkäisyyden välttämistä. (Pikkumarju 2004, 17–28; Tepponen 2009, 195.)

Ohjauksen ja neuvonnan koettiin lisääntyneen ja sitä pidettiin tärkeänä niin neuvoojien sairaanhoitajien, kuin sitä saavien lähi- ja kodinhoitajien taholla. Yhden käynnin periaatteella toimiessa työn kuormittavuus väheni. Eri ammattiryhmien välillä koettiin myös kilpailuhenkisyttä ja eriarvoisuutta hoitajien kertomana. Ongelmallisena pidettiin kirjaaminen erilleen kotisairaanhoitoon tai kotipalveluun, joka ylläpitää entistä kah-tiajakoa. Työnjaossa pitäisi huomioida kunkin työntekijän erityisosaaminen ja hyödyntää sitä ja siten myös lisätä työmotivaatiota ja työn haasteellisuutta. Työntekijöitä mietitytti kodinhoito- ja hyvinvointityön väheneminen asiakkaan kuntoutuksen ja selviämisen kannalta työn painottuessa sairaanhoidollisuuteen. (Pikkumarju 2004, 17–28, 31–35.)

2.3.2. Vaikutus asiakkaille

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä toteutettava kotihoito edistää hoitoon osallistuvien tahojen ymmärrystä asiakkaiden kokonaistilanteesta. Yhteistyö tehosti erityisesti tiedonkulkua ja yhteistä suunnittelua, mutta eri ammattiryhmien välinen kilpailutilanne voi heikentää ilmapiiriä ja siten yhteistyötä. Ikäihmisen omia voimavaroja ei aina tunnisteta ja hyödynnetä

parhaalla mahdollisella tavalla. Monet ikääntyvät haluavat selviytyä omin avuin mahdollisimman pitkään. He osallistuvat aktiivisesti niin kotona kuin kodin ulkopuolella erilaisiin harrastuksiin ja toimintoihin kykyjensä mukaan. Lähiomaiset ovat ikääntyvälle suuri apu käytännön asioissa ja henkisen hyvinvoinnin kannalta. Niillä, joilla lähiomaisyhteydet puuttuvat muodostuu terveydenhuollon työntekijöiden tuki entistä tärkeämmäksi. (Eloranta 2009, 35.)

Ikäihmiset kokevat erilaisia uhkia selviytymisessään. Heikentyvä terveys ja yksinäisyys ovat suurimpia uhkia kotona asumisessa. Kotihoidon käynnin ajankohta ei ole aina tiedossa, jolloin asiakas ei voi suunnitella ajankäyttöään ja tekemisiään kyseisenä päivänä. Liikuntakyvyn heikkenemisellä on iso rooli ikääntyvän elämässä. Liikkumisen heikentyessä asiakkaat jäävät kotiin ja siten heidän vapaa-ajan toimintoihin osallistumisensa vähenee ja sosiaaliset suhteet kärsivät. On tärkeää, ettei ikääntyvän osallistuminen aktiviteetteihin kodin ulkopuolella ole kiinni hänen toimintakyvystään sillä se lisää heidän tunnettaan oman elämän hallinnasta. Yksinäisyyden kokemukseen liittyy masentuneisuutta ja se voi olla seurausta läheisen menettämisestä. Tähän liittyy tarve jakaa ajatuksia, keskustella jonkun kanssa. (Eloranta 2009, 36, 57.)

”Asiakkaan kyky hallita arkea” kuvaa hyvin ikääntyvän omien voimavarojen hyödyntämistä hänen oman elämänsä hallinnassa. Tavoitteena kotihoitossa on asiakkaan mahdollisuus elää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Eri ammattiryhmien osallistuessa hoitoon voi tulla ristiriitoja siinä, mikä näkökulma on oikea asiakkaan avuntarvetta arvioitaessa. Asiakkaat ja terveydenhuollon henkilöstö arvioivat hyvin eri tavalla asiakkaan tilannetta. Kun kaikilla kotihoitoon osallistuvilla tahoilla on sama käsitys asiakkaan tilanteesta, ei ristiriitoja toiminnassa pitäisi olla eri toimijoiden kesken. Yhteistyö edellyttää myös toisten erityisalan osaamisen arvostamista ja tiedostamista. Toimiva vuoropuhelu, yhteinen potilastietojärjestelmä ja neuvottelut ovat tärkeitä yhteistyön toimivuudelle. (Eloranta 2009, 37–38, 57–58.)

3 KOTIHOITO HÄMEENLINNASSA

Hämeenlinnan Ikäihmistien lautakunta eli IKLA on laatinut kotihoidon kriteerit ja palvelujen sisällöstä ohjeistuksen, joka on ollut voimassa huhtikuusta 2010. Ohjeistuksen tarkoitus on taata tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu palveluja tarvitseville. Ohjeistus paitsi selvittää, mitä kotihoitoon kuuluu, niin rajaa joitakin asioita selkeästi sen ulkopuolelle hankittavaksi yksityisiltä palveluntuottajilta tai muilta tahoilta.

Hämeenlinnan kaupungin kotihoito muodostuu kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta, akuutista kotihoidosta, päivätoiminnasta sekä palveluasumisesta. Kotihoitoa on saatavilla kaikkina vuorokauden- ja viikonaikoina. Kotihoidon asiakkaaksi tullaan erityisen asiakasohjausyksikön kautta kun kyse on säännöllisestä tuen tarpeesta. Asiakasohjausyksikössä asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotisairaanhoidon asiakkaaksi tullaan lääkärin läheteellä ja hoitoon ottopäätöksen tekee aina lääkäri. Säännölliseksi ja jatkuvaksi hoidoksi määritellään yli kolme kuukautta kestävä

avun tarve. Alle kolme kuukautta kestävään tilapäiseen kotisairaanhoitoon tullaan asiakkaaksi sairaanhoitajan tai lääkärin arvioinnin perusteella. Äkilliseen kotihoidon tarpeeseen vastaa akuutti kotisairaanhoito esimerkiksi sairaalasta kotiutettaessa tai kun kotihoidon asiakkaana olevan henkilön terveydentilassa tapahtuu äkillinen muutos. Akuutti kotisairaanhoito on aina määräaikaista hoitoa kotona, joka korvaa sairaalassa annettavan hoidon. Hoitopäätöksen tekee lääkäri. (IKLA 2010.)

Kotihoito on tarkoitettu asiakkaille, jotka eivät selviydy itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujärjestelmien avulla arkielämän toiminnoista. Heidän hoitonsa ja huolenpitonsa vaatii erityistä ammattitaitoa. Sairaus, asumisolosuhteet tai omaisten puuttuminen ja jaksaminen voivat olla syitä avun tarpeelle. Kotihoidon palvelu käynnistyy arviointikäynnillä asiakkaan kotona kotihoidon palveluohjaajan tai alueen tiimin vetäjän toimesta. Työntekijä arvioi yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa palvelujen tarpeen käyttäen apunaan erilaisia mittauksia avuntarpeesta tai toimintakyvystä. Arvioinnissa otetaan huomioon myös muut palveluntuottajat, kuten yksityiset palvelut, vapaaehtoistyö ja lähipiirin mahdollisuus osallistua asiakkaan hoitoon. Tavoitteena on asiakkaan hoidon ja hoivan tarkoituksenmukainen toteutus. Palveluohjaaja tekee ehdotuksen palveluiden myöntämisestä tai hylkäämisestä arvioinnin pohjalta. Päätöksen palveluun ottamisesta tekee kotihoidon esimies ja palvelu perustuu kirjalliseen palvelu- ja hoitosuunnitelmaan, joka laaditaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Palvelu- ja hoitosuunnitelmassa määritellään palvelujen ja tuen tarve, tavoitteet sekä vastuutahot ja palvelujen määrä kuukaudessa. Palvelupäätös on useimmiten voimassa toistaiseksi, mutta se voi olla myös määräaikainen. Palvelu- ja hoitosuunnitelmat tarkistetaan säännöllisesti vähintään kerran vuodessa ja sen lisäksi tarpeen vaatiessa. Tavoitteiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti vähintään vuosittain. (IKLA 2010.)

Kotihoidon asiakkaan hoivan, huolenpidon tai sairaanhoidon tarve on toistuvaa eli päivittäistä tai useita kertoja viikossa. Asiakas hankkii itse palvelut muualta jos tarve on vähäisempää, kuten kerran viikossa tai harvemmin. Kuitenkin jos asiakas on oikeutettu toimeentulotukeen tai täyteen kansaneläkkeeseen eikä hänellä ole mahdollisuutta saada tarvitsemiaan palveluita muualta, hänellä on muistihäiriö tai mielenterveysongelmia joiden vuoksi lääkehoidon toteutuminen vaarantuu, hänen hoidostaan vastaa omaishoitaja on hän silloin oikeutettu kotihoitoon harkinnan mukaan kerran viikossa tai harvemmin. Tilapäinen kotihoidon asiakkuus muuttuu säännölliseksi kotihoidon asiakkuudeksi, kun se on kestänyt kolme kuukautta. (IKLA 2010.)

Kotihoitona ei anneta pelkkää siivousta, asiontipalvelua, vaatehuoltoa tai kotona tapahtuvaa saunotusta. Sairaanhoidolliset toimenpiteet kuuluvat kotihoitoon, kuten esimerkiksi lääkehoito ja sen seuranta, haavahoidot, avanhoidot, katetrointi ja terveydentilan seuranta. Pelkkää lääkehoitoa tai lääkejakelua tarvitseva asiakas ohjataan apteekkijakelun piiriin, mikäli sitä alueella on tarjolla. Laboratoriokokeet voidaan ottaa kotihoidon toimesta erityistilanteessa. (IKLA 2010.)

Kotihoitoasiakkaan tulee kyetä liikkumaan tai siirtymään apuvälineitä käyttäen yhden avustamana ja hän kykenee pääsääntöisesti syömään itse. Hoidon tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan jos säännöllinen ja jatkuva tarve on 4–5 käyntiä vuorokaudessa tai kotihoidon työtunteja kertyy yli 80 tuntia kuukaudessa. Kotihoito voidaan lopettaa, mikäli asiakas ei sitä halua tai sen toteuttaminen on mahdotonta asiakkaasta johtuvasta syystä. (IKLA 2010.)

Kotihoidon tehtäviin kuuluu asiakkaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen asiakkaan omilla välineillä. Ravitsemuksesta huolehditaan käyntien yhteydessä. Erityisesti kiinnitetään huomiota monipuoliseen ja terveelliseen ravintoon sekä riittävään nesteeseen saantiin. Asiakkaalle voidaan tilata ateriapalvelu jos hän ei pysty valmistamaan aterioitaan itse. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan tavanomaiset pyykit pestään käyntien yhteydessä asiakkaan pesukoneella, ellei muita vaihtoehtoja ole. Varsinainen siivousapu asiakkaan on hankittava muulla tapaa. Kotihoito huolehtii pienistä siistimisistä hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti: tiskit tiskataan, ruokailu- ja keittiön työtasot siistitään, vuode sijataan ja roskat vietään tarvittaessa, jääkaappi siistitään säännöllisesti, WC:n pesu suoritetaan kerran viikossa tai tarpeen mukaan. Kahden viikon välein imuroidaan asiakkaan käyttämät tilat, tv- ja ATK-laitteet puhdistetaan pölystä ja huolehditaan sähkölaitteiden paloturvallisuudesta. Palovaroin testataan säännöllisesti. (IKLA 2010.)

Ulkoilu- ja saattoapua voi saada jos siihen on mahdollisuus kotihoidon työtilanne huomioiden. Pääsääntöisesti saattoapu järjestetään omaisten, lähipiirin tai vapaaehtoistyön toimesta. Pankki, kauppa yms. asiointit hoitaa asiakas itse, hänen läheisensä tai muu soveltuva taho kuten kotihoidon kauppapalvelu tai edunvalvoja. Muita kotihoidon tehtäviä ovat postin haku, polttopuiden tuonti jos se on ainoa lämmitystapa ja asiakas itse huolehtii lämmittämisestä. Lemmikkien hoito ei ole kotihoidon tehtävä. (IKLA 2010.)

Iltaisin, öisin ja viikonloppuisin sekä juhlapyhinä kotihoito tekee vain välttämättömät tehtävät asiakkaan kotona selviytymisen kannalta. Mikäli omaiset hoitavat itse asiakkaan edellä mainittuina aikoina toivotaan, että siitä ilmoitetaan kotihoidolle etukäteen. Yöhoidon tehtäviä on mm. wc-asiointissa avustaminen vaipanvaihtoineen ja katetrointineen sekä asento-ohoidot painehaavaumien estämiseksi ja asiakkaan voimien seuraaminen. Ilta- ja yöhoidon toteuttamiseksi on kotihoidolla oltava avain asiakkaan asuntoon. (IKLA 2010.)

Tukipalveluita järjestetään erillisen kokonaisarvioinnin mukaisesti ja ne ovat asiakkaalle maksullisia. Kotiin kuljetetun ateriapalvelun edellytys on, ettei asiakas itse pysty valmistamaan tai lämmittämään ruokaa. Muita syitä ovat muistamattomuus, jolloin hän ei pysty huolehtimaan ruokailustaan tai hänellä on säännöllistä ateriointia edellyttävä sairaus kuten diabetes. Sauna- ja kylvetyspalvelut järjestetään palvelukeskuksessa, jos se on tarkoituksenmukaisinta ja/tai asiakkaan toiveen mukaista. Turvapuhelinpalvelu tukee kotona asumista. Päiväkeskustoiminnan tavoitteena on tukea asiakkaan kotona selviytymistä ja omaishoitajan jaksamista sekä korvata koti-

hoidon palveluita. Tilapäinen palveluasuminen tai intervallihoito on asiakkaan kotona selviytymisen tukimuoto kotihoidon asiakkaalle. Sen aikana voidaan arvioida asiakkaan toimintakykyä tai järjestää omaishoitajalle vapaata. (IKLA 2010.)

Akuutti kotihoitotiimi vastaa akuuttiin kotihoidon tarpeeseen. Tähän tiimiin kuuluu sairaanhoitaja, kotiutushoitajat, kotihoidon lähihoitajia, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä akuutti kotisairaanhoidon tiimi. Akuutti kotisairaanhoito on sairaalatasoista ja lyhytaikaista hoitoa asiakkaan asuinpaikassa. Hoitoa ovat mm. suonensisäinen lääkitys ja nesteytys sekä vaativat haavahoidot. Akuuttitilanteen lääkkeet sisältyvät käynnin hintaan. (IKLA 2010.)

4 TIIMITYÖ

4.1 Tiimi ja tiiminvetäjä

Tiimityötä käsittelevässä materiaalissa viitataan edelleen Katzenbachin ja Smithin määritelmään tiimityöstä vuodelta 1993: ”*Tiimi on pieni ryhmä ihmisiä, joilla on toisiaan täydentäviä taitoja, jotka ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään, yhteisiin suoritustavoitteisiin ja yhteiseen toimintamalliin ja jotka pitävät itseään yhteisvastuussa suorituksistaan*” (Katzenbach & Smith 1993, 59). Nykyisin uudemmissa tiimimäärittelyissä korostetaan erityisesti tiimin itseohjautuvuutta, yhteistä tavoitetta, yhteisvastuuta, yhteisesti sovittuja toimintatapoja ja pelisääntöjä, yhteistä päätöksentekoprosessia, jossa hyödynnetään optimaalisesti jäsenten osaamista (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 86–87).

Optimaalinen tiimin koko on 4–9 henkilöä. Kaksi henkilöä on lähinnä työpari, mutta kolme ihmistä voi jo muodostaa tiimin. Tiimissä voi olla yli kymmenen jäsentä, käytännössä näin suuri määrä on koettu hankalaksi tiimipalavereiden toimivuuden kannalta. (Mäkisalo 2003, 92-93.) Tiimin koko ei aina ole pysyvä, vaan se voidaan muodostaa ydinryhmästä, joka on pysyvä. Potilaan tilanteen mukaan tiimiin voi kuulua muita ammattiryhmiä hoidon toteuttamisen tarpeen mukaan. Tiimin pysyvyyteen vaikuttaa toimintayksikön luonne, asiakkaiden hoidon tarve ja henkilöstön vaihtuvuus. Opiskelijat ovat yksi vaihtuva ryhmä lähes kaikissa terveydenhuollon yksiköissä tehdessään työharjoittelua. Opiskelija on harjoittelunsa ajan tiimin jäsen ja tuo sen käyttöön uutta tietoa ja näkökulmia. Hänen esittämänsä kysymykset hyödyttävät tiimiä ja ovat merkityksellisiä. Taitava tiimi osaa hyödyntää opiskelijoiden erilaisia opiskeluun liittyviä tehtäviä. (Koivukoski & Palomäki 2009, 15, 26–27.)

Tiimityössä painottuu asioiden jakaminen ja vuoropuhelu, jotka lisäävät työyhteisön hyvinvointia ja työssä jaksamista. Tiimityössä työntekijä osallistuu työn kehittämiseen ja vaikuttaa oman työnsä suunnitteluun sekä toteutukseen. Tiimikokouksia järjestetään vähintään kuukausittain ja jokaisella niihin osallistuvalla on velvollisuus ja vastuu osallistua prosessiin ja tuoda mielipiteensä julki. Tehdyn päätöksen tulee olla sellainen, että jokainen työntekijä pystyy siihen sitoutumaan ja kunnioittamaan sitä. Uusi

työntekijä perehdytetään tiimin toimintaan nimeämällä siihen vastuuhenkilöt. Uudella tiimin jäsenellä on myös itsellään vastuu omasta perehtymisestä ja oppimisesta tiimityöhön. Työnohjauksessa koulutetun ohjaajan avulla tiimi etsii uutta syvempää yhteistä ymmärrystä dialogin avulla. (Koivukoski & Palomäki 2009, 10, 54–58, 107.)

Tiiminvetäjä tai tiimivastaava ei ole työyhteisön hierarkian mukaan määrättyvä asema, vaan tiimirooli. Tiiminvetäjän tehtävänä on toimia tiimissä koordinaattorina ja eteenpäin ohjaajana, mutta kuitenkin tasavertaisena muiden jäsenten kanssa. Tiiminvetäjän rooli on vaativa ja edellyttää monenlaista osaamista. Tiiminvetäjä voi vaihtua tai olla pysyvä rooli, mutta siihen valitun on itse haluttava sitä ja toisaalta se on muulta työyhteisöltä saatu luottamustehtävä. Tiiminvetäjä ei jää hyvässä tiimissä yksin, vaan tiimi toimii yhdessä. Tiiminvetäjä käsitettä voi kritisoida sen luomasta mielikuvasta muiden perässä vetämisestä. (Mäkisalo 2003, 106–107; Koivukoski & Palomäki 2009, 65–67.)

Työyhteisön jäsenet arvioivat itse osaamistaan ja ottavat vastuuta kehittymisestään. Tiiminvetäjän tehtäväksi jää mahdollistaa tämä kehittyminen. Tiiminvetäjä jakaa vastuuta eri toimijoiden välillä. (Koivukoski & Palomäki 2009, 11.) Johtajuus tiimityössä voidaan toteuttaa eri tavoin tiimin tehtävän, toimintaympäristön tai kehitysvaiheen mukaan. Tiimissä voi olla hyvin erilaisen koulutuksen saaneita jäseniä. Esimerkkinä esitetään tiimi, jossa vetäjänä on sairaanhoitaja ja siihen kuuluu muita sairaanhoitajia, lähihoitajia, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, farmaseutti, konsultoiva lääkäri ja psykologi. (Isoherranen ym. 2008, 141–142.)

4.2 Tiimivastaava Hämeenlinnassa

Hämeenlinnassa on määritelty Koti- ja asumispalvelun tiimin vastaavan sairaanhoitajan tehtäväkuva, jonka mukaisesti hän: ”toimii asiakaslähtöisesti asiakasta kunnioittaen kotihoidon arvojen ja kriteerien mukaisesti. Huolehtii asiakkaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista.” Työhön kuuluu sairaanhoidollisena asiantuntijana toimiminen tiimissä; ohjaus, opastus ja tiimin jäsenten neuvonta hoitotyöhön liittyvissä asioissa. Hän ylläpitää yhdessä tiimin kanssa työyhteisön määrittelemiä potilastyön arvoja ja laatua. Tiimivastaava ottaa vastaan näyttöjä, suunnittelee ja organisoi asiakaskäyntejä yhdessä tiimin kanssa sekä järjestää säännöllisesti tiimipalaverieita. (Hämeenlinnan kaupunki n.d.)

Asiantuntijuus muodostuu asiakkaan hoidon, hoivan ja palvelutarpeiden jatkuvasta seurannasta ja arvioinnista yhteistyössä omahoitajan kanssa. Asiakkaan hoito tapahtuu Käypä hoito-suositusten mukaisesti. Tiimivastaavalla on asiakkaan lääkinnällinen ja hoidollinen vastuu yhteistyössä lääkärin kanssa sisältäen lääkehoidon toteuttamisen ja lääkitystietojen ylläpidon. Lisäksi hän neuvoo ja ohjaa mm. sosiaalisten etuuksien ja palveluiden hakemisessa. Sairaanhoitajana hän huolehtii vaativat sairaanhoidolliset toimenpiteet. Tiimivastaava tekee yhteistyötä asiakkaan hoitoon osallistuvien eri tahojen kanssa mm. fysioterapia, sosiaalityö, sairaala, apteekki, päivätoimintayksiköt, kolmas sektori, akuutti kotihoito, kotihoidon esimiehet ja palveluohjaajat ja opiskelijanohjaus. (Hämeenlinnan kaupunki n.d.)

4.3 Kotihoidon tiimityö

Terveysthuollon haasteet muuttuvat ja kasvavat, uudet tilanteet muodostavat tarpeen arvioida työssä jaksamista ja kartoittaa henkilöstön tarpeita. Esimiehen on luotettava tiimin itseohjautuvuuteen, joka mahdollistaa kehittymisen jatkumisen keskustelun ja arvioinnin avulla koskien työtapoja, -aikoja sekä asioiden tärkeyttä. Oman työn arvostaminen lisää työn mielekkyyttä ja siihen sitoutumista. Kehityspalaverit ovat keskeisiä toiminnan edellytyksiä, mutta vuorotyötä tekevissä yksiköissä joudutaan miettimään muitakin ratkaisuja asioiden eteenpäin viemiseksi. Toimiva ratkaisu voi olla etukäteisvalmistelu, jonka tekee osa tiimin jäsenistä esim. parityöskentelynä. Tiimipalaverissa muut osallistuvat asian työstämiseen, tekevät päätökset ja sopivat arviointitavan. Tiimivastaavan on tiedettävä oman tiiminsä tilanne ja huomioitava, mitä asioita nostetaan käsiteltäväksi. Joskus hyvää keskustelua voi syntyä taukokeskusteluissa ja niistä taitava esimies tai tiimivastaava poimii asioita eteenpäin vietäväksi. Esimies työskentelee tiimivastaavan tukena. (Koivukoski & Palomäki 2009, 23–25.)

Tiiminvetäjälle varataan työaika suunnitteluun, valmisteluun ja kirjaamiseen. Tiiminvetäjän tehtäviin voi kuulua hoitotyön yksikössä esim. tiedon välittäminen, hoitotyön ja tiimitoiminnan kehittäminen, jäsenten motivointi ja innostaminen sekä työn erityispiirteiden huomioiminen. Isomman organisaation tiiminvetäjät voivat verkostoitua keskenään yhdenmukaisten toimintojen luomiseksi. (Koivukoski & Palomäki 2009, 69, 72.)

Janakkalassa kotihoito yhdistyi vuonna 2000. Yhdistymisestä tehtiin tutkimus, joka selvittää tiimityön kehittymistä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi. Perustehtävänä oli ikääntyvän kotona selviytymisen tukeminen ja mahdollistaminen hyvään kuolemaan asti. Yhteinen perustehtävä loi pohjan yhtenäiselle toimintakulttuurille. Työskentelyn arvoperustaksi määritettiin asiakaslähtöisyys, tasa-arvo ja yksilöllisyys. Kolmen vuoden kuluttua tiimit arvioivat toimintaansa asiakaslähtöisemmäksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. (Sanerma 2009, 170–171, 176.)

Alkuhaastattelussa projektin alussa tuli esiin myönteisiä ajatuksia ja odotuksia uudistuksesta. Työntekijät toivat esiin paljon kehittämistarpeita. Projektin lopussa tiimit eriytyivät omiksi yksiköikseen kotihoidon sisällä. Vastuuhoitajuus kehittyi ja se koettiin hyväksi niin asiakkaan kuin hoitajan kannalta. Toimivat palaverikäytännöt muodostuivat niin että tiimipalaveri pidettiin viikoittain ja asiakaspalavereja säännöllisesti. Tiimien toimintakäytännöt vakiintuivat ja siten työnjako muuttui sujuvammaksi. Tiimit kehittyivät eri tahtiin ja kehittämistehtävät olivat kunkin tiimin tarpeista lähteviä ja sen toimintaa tukevia. (Sanerma 2009, 195–198.)

Esimiehet muodostivat oman tiimin, johon kuului vanhustyön johtaja ja kotihoidon lähiesimiehet. Tiimin tehtävänä oli johtaa ja kehittää kotihoitoa. Tiimiorganisaation kehittämisen katsottiin edellyttävän sekä menetelmällistä, että työntekijälähtöistä johtamista. Menetelmäjohtajuudessa esimies hallitsee kehittämismenetelmiä ja soveltaa niitä, työntekijälähtöinen johtajuus toteutuu työntekijöiden näkemyksen pohjalta. (Sanerma 2009, 178.)

Hoitotyössä jaksamisen voimavaroina ja työkykyä ylläpitävinä tekijöinä työntekijät listasivat tutkimuksen alussa yksityiselämän, hyvän työyhteisön ja rakentavan vuorovaikutuksen. Työuupumusta aiheutti projektin aikana henkilöstön vaihtuvuus, epävarmuus tiimien pysyvyydestä, työtilojen ahtaus ja levottomuus. Työssä jaksaminen fyysisesti ja psyykkisesti koettiin erilailla prosessin edetessä. Osa koki tiimityön positiivisia seurauksia työn mielekkyyden, jaksamisen ja motivaation lisääntymistä samaan aikaan kun osalla jaksaminen huononi ja stressi lisääntyi. Työnohjaus koettiin hyvänä, samoin Tyky-toiminta. (Sanerma 2009, 187–189.)

Sairaanhoitajien työnkuva muuttui yhdistyneessä kotihoidossa. Sairaanhoitaja koettiin avainhenkilöksi, jolla on erityistä päätäntävaltaa tiimissä. Lähihoitajille siirrettiin hoidollisia tehtäviä ja sairaanhoitajan rooliksi tuli ohjata, konsultoida ja tukea: mentorin rooli. Sairaanhoitajat osallistuvat käytännön työssä kodinhoidollisiin töihin muiden tavoin. Koettiin, että sairaanhoitajan vastuulla on oikea työn jako ja asiakkaiden hoidon toteuttaminen kokonaisuudessaan. (Sanerma 2009, 208–209, 211.)

Sairaanhoitajan osaamista ja toimenkuvaa on tutkinut myös Marjo Lestinen opinnäytetyössään Jyväskylän kaupungin kotihoidossa. Sairaanhoitaja toimii usein osastotyössä vuoronsa vastaavana, samoin tiimityössä ajatellaan sairaanhoitajan toimivan tiimivetäjänä. Kotihoidossa työ on muuttunut sairaanhoidollisemmaksi, jolloin on luonnollista, että tiimin vastaavana toimii sairaanhoidollisen koulutuksen saanut henkilö. Sairaanhoitajan vastuulle tiimissä kuuluu hoitotyöstä vastaaminen. Tiimivastaavan työhön kuuluu myös muita tehtäviä, kuten tiedotusta ja palaverien ohjaus asiakkaiden asioita käsiteltäessä. Opinnäytetyössään Lestinen viittaa Partasen ja Wiklundin julkaisuun, jossa todetaan, että tiimivastaavan tehtävään hoitoalalla vaikuttavat alan ominaispiirteet: psyykkisesti ja fyysisesti raskas työ, avuntarpeen kohtaaminen jatkuvana ja vaitiolovelvollisuus. Tiimivastaava vastaa töiden sujuvuudesta ja viestien kulkemisesta. Tiimivastaavan tehtäväksi koettiin myös positiivisen ja reilun hengen luomisen tiimin jäsenten välille. (Lestinen 2009, 48–49.)

Sairaanhoitaja ei Jyväskylässä toimi välttämättä omissa tiimissään tiimivastaavana, mutta hän vastaa silti kaikesta oman tiiminsä hoidollisesta työn toteuttamisesta. Kliininen ja teoreettinen osaaminen koetaan tärkeimpinä sairaanhoitajan osaamisen tehtävinä ja ne myös näkyvät konkreettisesti jokapäiväisessä työssä. Kotihoidon muut työntekijät tapaavat asiakkaan useammin kuin sairaanhoitaja, jolle kuitenkin jää vastuu hoidon jatkuvuudesta ja toteutustavasta. Sairaanhoitajat kokevatkin vastuu tiimeissä suureksi ja lisäksi he tuntevat olevansa vastuussa myös lähi- ja kodinhoitajista. Tiedon kulku asiakkaan voinnin muutoksista ajoissa koetaan tärkeäksi eri ammattiryhmien välillä. (Lestinen 2009, 49–50.)

Raija Tenkanen kehitti kotihoidon ideaalimallin oman tutkimuksensa perusteella. Mallin periaatteena on hoidon prosessinomaisuus, asiakkaan ja tämän omaisen osallistuminen aktiivisesti hoidon suunnittelussa sekä arvioinnissa. Prosessin kaikissa vaiheissa määritellään vastuuhenkilö ja vastuutyöryhmä asiakaskohtaisesti. Työryhmä arvioi asiakkaan hoidon tarpeen tilanteen muuttuessa ja apua järjestetään sen mukaisesti. Moniamma-

tillinen työtapa edellyttää organisointia aikataulujen ja vastuunjaon osalta sekä vuorovaikutusta eri ammattiryhmien välillä. Asiakkaiden ja omaisten osallistuminen voi synnyttää ristiriitoja, joiden ratkaiseminen edellyttää työntekijältä ohjaus- ja neuvottelutaitoja. Näkyvänä erona aiempaan oli toimintamallissa ydinryhmän kokoontuminen vanhuksen kotona suunnitellussa hänen tarvitsemiaan palveluja. Samalla työntekijät oppivat toisten ammattiryhmien työstä ja moniammatillisuus kehittyi. Hoito- ja palvelusuunnitelma on työryhmän keskeisin työväline, joka toimii myös tiedonlähteenä eri tilanteissa. Kotihoidon toteutus vaatii jatkuvaa seurantaa, jossa työryhmän eri jäsenten kiinteä yhteistyö vanhuksen kanssa on oleellinen osa. Hyvä työntekijöiden välinen yhteistyö lisäsi vanhuksen turvallisuuden tunnetta. (Tenkanen 2003,183–184, 193 ja Tenkanen 2004.)

Ongelmana pidetään sitä, ettei sairaanhoitajan lähiesimiehellä ole välttämättä sairaanhoidollista koulutusta antamassa hoidollista näkemystä ja tietoa. Näissä tilanteissa vastuu päätöksistä jää sairaanhoitajalle. (Lestinen 2009, 50.)

4.4 Tiimin muodostuminen

Raimo Pitkänen viittaa kirjassaan ”Johtamisen suurenmoinen keveys” (2010) erilaisiin Meredith Belbinin teorioihin omien käsitystensä pohjana. Keskinkertaisista osaajista rakennettu tiimi, jonka jäsenet ovat erilaisia, mutta siitä huolimatta heillä on kyky toimia yhdessä tavoitteellisesti, saavuttaa parempia tuloksia kuin huippuosaajien tiimi. Tiimin jäsenet voidaan jakaa erilaisiin rooleihin ominaisuuksiensa mukaan. Erilaisuus tuo tiimiin myös ongelmia silloin, kun erilaiset persoonat eivät ymmärrä toisiaan. Jos tiimi pystyy ymmärtämään, sekä hyväksymään, että hyödyntämään jäsentensä erilaisuutta muodostuu siitä tiimin voimavara. (Pitkänen 2010, 113–117.) Yleisin tiimityyppi on pysyvä tiimi, jonka vastuualue ja perustarkoitus säilyvät ja sen toiminta on rakennettu toistaiseksi pysyvien toimintaprosessien varaan (Skyttä 2005, 58–59).

Lähtökohtana tiimityölle on yhteinen määritelty tavoite, jonka tiimin jäsenet kokevat yhteiseksi ja omakseen, sekä tiimin ja organisaation tavoitteeksi. Tavoite tulee olla mitattavissa sovitulla mittarilla ja tiimin jäsenillä on oltava tosiasiallinen mahdollisuus vaikuttaa tulokseen. Yksilötyöhön tottunut työntekijä ei aiemmin välttämättä pohtinut oman työpanoksen osuutta suuressa kokonaisuudessa. Tiimissä työntekijöillä on yhteisvastuu työn tuloksesta. (Huusko 2007, 82–86.) Hoitotyössä tiimi muodostuu työyhteisön henkilökunnasta työryhmäksi, jolla on potilaan hoitamisesta yhteinen tavoite ja näkemys. Hoitotyön tiimi on työväline perustehtävän toteuttamiseksi. Tiimityö on pohja yksilövastuiselle hoitotyölle. Kun tiimin toimintaa rakennetaan eettisistä lähtökohdista, muodostuu arvoajattelusta ja keskustelusta osa arkipäivän toimintaa. (Koivukoski & Palomäki 2009, 15,19.)

Ryhmien muodostumisessa on huomattu tietyt neljä kehitysvaihetta, joista ensimmäinen on ryhmän muodostaminen, toisena kuohuntavaihe, kolmantena normien kehittäminen- ja kehittämisenvaihe ja viimeisenä tehokkaan suorituskäytön vaihe. Tiimin rakentuessa on huomioitava, ettei ryh-

mää voi pakottaa eri kehitysvaiheisiin tai nopeuttaa tätä prosessia, myös muutokset ryhmän jäsenissä hidastavat tiimin toimintaa. Tiimi vaatii kehittyäkseen aikaa ja tukea organisaationsa johdolta. (Huusko 2007, 48–49, 80.)

Antti Skyttä (2005) kuvaa tiimiytymisen alkuvaiheessa ihmisiä joukoksi, jolla ei ole mitään yhteistä. Joukosta kasvaa huipputiimi seuraavien kypsymisvaiheiden kautta

- Joukko, jonka tunnusmerkkeinä on varautuneisuus, sulkeutuneisuus, vähän keskinäistä vuorovaikutusta, johtaja käskee.
- Klikit, jotka taistelevat keskenään, pinnalla negatiivisia asioita kuten selän takana puhuminen.
- Ryhmä jolla on myönteinen ilmapiiri, ollaan ”yhtä suurta perhettä”, sisäinen me-henki leimaa toimintaa, johtaja on tasaveroinen tukija
- Tiimi. Kyetään käsittelemään ristiriitoja, ryhmässä on avoimuutta, empatiaa, kuunnellaan toisia. Toiminta on asiakaslähtöistä. Tiimin sisäinen johtajuus muodostuu.
- Huipputiimi on itseohjautuva, sitoutunut, joustava, tiimin tarkoitus ohjaa toimintaa ja kaikilla on vastuu toiminnasta.

Tiimin kypsymisprosessin alkuvaiheen aikana sen tulos laskee tilapäisesti. Muutosvastarinnan määrää arvioidaan suhteessa muutoksen nopeuteen. Kaikissa prosesseissa tulee kohta, jossa eteneminen pysähtyy. Prosessi voi pysähtyä kokonaan tai osin ja silloin voidaan palata joko aiempaan vaiheeseen tai äärimmillään aloitetaan koko prosessi alusta. Joka tapauksessa edistymisen pysähtymisen syy selvitetään ja käsitellään. (Skyttä 2005,111–121.)

Raimo Pitkänen (2010) kirjoittaa Tuckmanin kehitysmallista, jossa Forming-vaiheessa ryhmän jäsenten odotukset ovat korkealla ja ajatukset erilaisia ja tästä seuraa ”myrskyä”. Tässä vaiheessa ollaan kohteliaita, muodollisia ja huomio on tehtävässä, etenemistapaa pohditaan, vaarana on juuttua sääntöjen tekemiseen. Seuraavassa vaiheessa ns. Storming-vaiheessa tiimi voi hajota tai se voi selvittää erilaisuuden ymmärtämisen ja hyväksymisen avulla. Norming-vaiheessa tiimi alkaa suojella itseään ja klikkiytymisvaara on suuri. Tiimillä voi olla omia ihmissuhdenormeja ja arvoja. Monet ammattiryhmät ovat jääneet tähän vaiheeseen suojelemaan omaa tehtävää. Performing-vaiheessa tiimin sisäinen luottamus, räväkkä huumori sekä leikinlasku ovat ominaisia piirteitä valtavan suorituskyvyn ohella. Tällöin säännöt unohtuvat ja päämäärä ohjaa toimintaa, asiakasta arvostetaan ja kaikki on mahdollista. Storming ja Performing ovat tehtäväkeskeisiä vaiheita ja keskivaiheet ihmiskeskeisiä. Malliin kuuluu vielä Adjourning-vaihe, hajaantuminen tai hyvästely, tällöin tiimi joko lopettaa toimintansa tai saa uuden tehtävän. (Pitkänen 2010, 120–123.)

Sanerman (2009) Janakkalan kunnan kotihoidon yhdistymisprosessia kuvaavassa tutkimuksessa tulee hyvin esiin tiimiytymisen teorioiden eri vaiheet käytännössä, kun prosessia kuvataan säännöllisin väliajoin. Tiedonkulkua eri asiantuntijoiden ja työntekijöiden välillä parani tiimiytymisen ja yhteisten työtilojen myötä. Työryhmä toi turvaa, aikaisempi tiimien välinen kilpailu väistyi yhteistyön tieltä. Työrauhan ja ilmapiirin koettiin pa-

rantuneen alkuvaiheen käymistilan ja ”kyräilyn” jälkeen yhteenkuuluvuuden tunteeksi. Asiakaspalautte tuki käsitystä toimivasta yhteistyöstä työntekijöiden välillä. Työntekijät kuvasivat prosessia rankaksi ja voimia vieväksi. Lopussa toimintaa arvioitiin pääosin positiivisesti ja kotihoidon tiimityö tunnettiin myös eri yhteistyötahojen kesken, jolloin asiakkaat ohjautuivat tarkoituksenmukaisesti palveluihin. Tiimityön käynnistyessä tehtäväroolit olivat keskeisemmät kuin tiimiroolit. Aiemmin tiimityötä tehneet kokivat uudessa tiimissä toimimisen luontevaksi ja itsenäisemmin työskennelleet sairaanhoitajat vieraammaksi. Prosessin edetessä toimintatavasta pidettiin ja se monipuolisti työnkuvaa. Työnjako ja tasapuolinen työpanos olivat tiimin jäsenille tärkeitä. (Sanerma 2009, 180–186.)

Muutokset aiheuttavat aina muutosvastarintaa. Tiimiytymisprosessin aikataulu edellyttää usein nopeaa etenemistä, mutta alkuvaiheessa aikataulun tulee olla joustava sitoutumisen aikaansaamiseksi. Tiimiytymisprosessin aikataulu yksittäisen tiimin käynnistämiseksi on noin puoli vuotta, suuremmissa projekteissa vuoden. Muutosvastarinnan kohtaamisen edellytys on myönteinen ilmapiiri jossa epäilykset ja pelot uskalletaan tuoda esiin ilman pelkoa negatiivisista seurauksista. (Skyttä 2005,46–49.)

Kotihoidon organisaation muutoksen alussa työntekijöiden odotukset liittyivät työn helpottumiseen päällekkäisten töiden poistuessa ja resurssien tarkoituksenmukaisena käyttönä. Oman työn kehittämistä oltiin kiinnostuneita, vaikka siihen ei haluttu suuria muutoksia. Pelkoina tuli esiin uuden kotihoito-nimikkeen herättämiä ajatuksia kuten kotisairaanhoidon näkyminen ja arvostuksen lasku ja käytännön tehtävien muuttuminen kodinhoidolliseksi. Muutosvastarintaa esiintyi, mutta se ei haitannut prosessin etenemistä. Työntekijät kokivat myös arviointitaitojen kehittyneen ja tiimien itsenäisyyden lisääntyneen, toisen työtä arvostettiin. Sitoutuminen projektiin ja kehittämistehtävät auttoivat vaikeidenkin asioiden käsittelyssä pakottamalla keskusteluun. (Sanerma 2009, 189–192, 196, 200.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata yksittäisen työntekijän näkökulmasta, miten hänen toimenkuvansa ja työtehtävänsä ovat muuttuneet kotisairaanhoidon ja kotihoidon yhdistyessä yhdeksi organisaatioksi, jolloin hänestä on tullut tiiminvetäjä oman toiminta-alueensa kotihoidon työntekijöille. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa tiiminvetäjien työstä heidän itsensä kertomana. Työ antaa vastaukset kysymyksiin:

1. Miten tiiminvetäjänä toimivat sairaanhoitajat kokevat työnsä?
2. Mitä tiiminvetäjänä toimiminen on arjen työssä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Narratiivinen lähestymistapa

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohteena on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa, tiedon lähde on ihminen itse. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 160–164.)

Tässä opinnäytetyössä selvitetään tietyn ammattiryhmän omaa kokemusta työssä tapahtuneesta muutoksesta. Tiedon lähde on työntekijä itse ja hänen kokemuksensa. Narratiivisessa tutkimuksessa on kysymys kertomusten analyysistä. Narratiivi on suomeksi kertomus, tarina tai tapahtumien kulku. Tässä työssä kohderyhmän kertomukset toimivat tiedon tuottajina ja välittäjinä. (Hirsijärvi ym. 2010, 218–220.) Narratiivinen aineisto voi olla niin puhuttua kuin kirjoitettua ja myös ei-kirjallista viestintää (Syrjäläinen, Eronen & Värri 2007, 17). Narratiivinen tutkimusprosessi koostuu tutkittavan ilmiön määrittelystä ja analysoinnista, tutkimuksen tarkoituksen ja -ongelman nimeämisestä, aineiston keruusta ja analyysistä sekä johdopäätösten tekemisestä (Vuokila-Oikonen, Janhonen & Nikkonen 2001, 89).

Tutkimuksessa kysymyksen asettelu ohjaa vastausta. ”*Jos valitsee lähestymistavaksi ihmisen ongelman tai sairauden ja kysyy siitä, saa vastaukseksi ihmisen sairauden tai ongelman. Jos sen sijaan on kiinnostunut ihmisestä ja ihmisen kertomuksesta, saa vastaukseksi ihmisen kertomuksen ja mikäli sairaus tai ongelma on merkittävässä osassa ihmisen kertomuksessa, hän kertoo myös sen*”. Narratiivinen lähestymistapa on perusteltua silloin, kun tutkimusta tehdään siinä ympäristössä, missä tutkittava ilmiö tapahtuu. Lähtökohtana on, että tieto on luonteeltaan kertomuksellista. (Vuokila-Oikonen ym. 2001, 84–85.)

Narratiivisessa lähestymistavassa todellisuus rakentuu ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, tietomme todellisuudesta on kehittyvä kertomus, joka muokkaantuu ja tarkentuu jatkuvasti. Yhden ainoan objektiivisen totuuden sijaan on monia todellisuuksia. Narratiivisen tutkimuksen tarkoituksena on todentuntu, joka ei perustu väitelauseisiin vaan tarinaan. Narratiivi sisältää tyypillisesti takautuvaan kronologisen juonirakenteen, jossa niillä on alku-kohta, keskikohta ja päätös. Narratiivissa kertojan tarina tulee esiin ja kertomusten ainutlaatuiset merkitykset tulevat esiin. Tutkimuksen teema sitoo eri tarinat kokonaisuudeksi. (Puusa & Juuti 2010, 196–199; Vuokila-Oikonen ym. 2001, 105.)

Ihmiset refleктоivat kokemiaan tapahtumia toisten kanssa erilaisissa elämän käännekohtissa, kuten uramuutoksissa tai työelämän muutoksissa. Nämä elämän käännekohdat ovat erityisen otollisia narratiivisen tiedon tuottamiselle haastaessaan yksilön identiteetin uudelleen arviointiin ja työstämiseen. Narratiivi on siten käyttökelpoinen tapa tutkia ja hankkia tietoa organisaatiomuutoksissa. (Puusa & Juuti 2010, 202–204.)

6.2 Aineiston keruu

Hämeenlinna on jaettu kotihoidossa kolmeen maantieteelliseen palvelu-alueeseen: Ydin-Hämeen, Keskusta Kalvolan sekä Läntinen hoito ja hoiva. Tiiminvetäjiä näillä alueilla oli yhteensä 12 vakinaista kotisairaanhoidajaa kyselyn toteuttamisen aikaan, joista 11 vastasi kyselyyn. Tiedon keruu tapahtui verkkopohjaisena kyselynä, jolle oli annettu avustavia teemoja kahden tutkimustehtävän mukaan (Liite 2), kukin vastaaja vastasi siihen itselleen sopivana aikana ja itselleen sopivalla tavalla kirjoittaen. (Hirsijärvi ym. 2010, 209.)

Aineiston keruun haasteena oli saada vastaajat innostumaan asiasta ja kertomaan työstään. Tiiminvetäjän täytyi olla motivoitunut ja kokea kirjoittaminen mielekkäänä tapana kertoa omasta työstään. Verkkopohjaisen kyselyn heikkoutena voidaan pitää sitä, että ei voida varmistaa vastaajan rehellisyyttä ja kuinka vakavasti hän tehtävään suhtautuu. (Hirsijärvi ym. 2010, 195–197.) Vastaajien motivointiin käytettiin informatiivista saatekirjelmää (Liite 1) kullekin työntekijälle, jota kysely koskee. Tämän opinnäytetyön tekijä vei kirjeet kuhunkin toimipisteeseen henkilökohtaisen kontaktin saamiseksi ja siten lisätäkseen vastaajien motivaatiota.

6.3 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on kertoa tutkimuksen kohteen kokemuksesta. Analyysi on siten aineistolähtöinen eikä sille anneta etukäteen merkityksiä teorioiden pohjalta. Tutkimuksen tekijän on pelkistettävä ja valikoitava aineistoa, joten lopputulos on tekijän konstruktio, rakennelma. (Puusa & Juuti 2011, 202–203.) Narratiivisen tutkimuksen analyysi on usein vapaamuotoinen ja se määräytyy tutkittavan ilmiön, kohteen, ongelman ja toteuttamistavan mukaan (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 94).

Kyselyllä saatu kirjallinen aineisto jaettiin siitä nousevien teemojen mukaisesti omiin kategorioihinsa, joista muodostui opinnäytetyön tulosten osikot. Eri kategorioista haettiin vastausta tutkimustehtävän mukaisiin kysymyksiin. Näkökulmana pidettiin tiiminvetäjänä toimivien sairaanhoitajien oma näkemys sellaisenaan kuin he sen itse olivat kertoneet. Tämän työn tarkoitus ei ole arvioida kunkin mielipiteen oikeellisuutta tai todenperäisyyttä. Samankaltaisten vastausten lukumäärällä ei ole merkitystä lopputuloksessa, eikä sitä ole arvioitu, vaan jokainen kertomus on itsessään merkityksellinen.

6.4 Opinnäytetyön aikataulu

Tutkimuksen teoriaosuus valmistui pääosin 2012 kesäkuussa. Tutkimuslupa saatiin heinäkuussa. Työ perustuu kohderyhmälle tehtävään kyselyyn, joka suoritettiin Webpropol-verkkokyselynä elo-syyskuun aikana, viimeiset vastaukset saapuivat lokakuun alussa (LIITE 2). Ennen kyselyyn vastaamista opinnäytetyön tekijä kävi henkilökohtaisesti esittelemässä opinnäytetyön idean ja herättämässä yhteistyötä tiiminvetäjien luona yksilöllisesti.

sesti sovittuina aikoina. Vastausten analyysiin varattiin aikaa lokakuun puoliväliin asti jolloin opinnäytetyö valmistui.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Tiiminvetäjät

Ennen tiiminvetäjäksi tuloaan Hämeenlinnaisten tiiminvetäjien työhistoriat eroavat toisistaan. Sairaanhoitajan työtä tiiminvetäjät ovat tehneet kauan, jopa kaksikymmentä vuotta. Tiiminvetäjällä voi olla aiempaa työkokemusta eri kuntien kotihoidosta, kotisairaanhoidosta tai muista sairaanhoitajan tehtävistä esim. sairaalassa. Osalla on kokemusta myös erilaisista ammattitehtävistä, kuten lähihoitajana tai tiiminvetäjyyteen rinnastettavissa vastuullisissa tehtävissä toimimisesta ennen nykyistä työtä.

Osa sairaanhoitajista on työskennellyt pitkään kotisairaanhoidossa ennen tiiminvetäjyyttään ja osa on tullut suoraan tiiminvetäjäksi. Tiiminvetäjyys voi myös olla rooli, johon työntekijä ei ole itse hakeutunut vaan ”*tiiminvetäjät laitettiin kyselemättä uuteen rooliinsa*”, joku sai asemansa häviämällä arvonnassa. Tiiminvetäjänä kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista useimmat ovat toimineet työssään kolmesta viiteen vuotta ja/tai heti tiimityömallin tulosta työpisteeseensä.

7.2 Kotisairaanhoitajuus ennen tiimityötä

Kotisairaanhoitajana työn koettiin olleen enemmän asiakastyötä verrattuna nykyiseen työhön ”*ennen menttiin tekemään kaikille, jotka soittivat ja pyysivät ja olivat ikäihmisiä*”. Työ oli asiakkaan kohtaamista ja hänen asioidensa hoitamista, asiakkaan luona tehtiin enemmän erilaisia asioita. Kotisairaanhoitajan työ sisälsi pääsääntöisesti lääkejakoja ja erilaisia sairaanhoidollisia toimenpiteitä, kuten tikinpoisto, verikokeiden hakuja ja injektioiden antamista.

Lähiesimies oli peruskoulutukseltaan sairaanhoitaja ja työtä tehtiin terveyskeskuslääkärin ”alaisuudessa”. Toimipaikka oli usein terveysasemalla. Tiedot käynneistä laitettiin ylös lyhyesti. Sairaanhoitajuus työssä oli aina ollut samanlaista. Kokemus työn yksinäisyydestä ja yhteistyöstä hajaantuu eri vastaajien kesken. Toisen työ kotisairaanhoitajana oli yksintyöskentelyä samaan aikaan, kun toisaalla yhteistyötä tehtiin kotihoidon hoitajien kanssa jo ennen yhdistymistä.

7.3 Sairaanhoitajana tiimissä

Sairaanhoitajan työ on muuttunut ”*yksintyöskentelystä kimppahommiin sekä hyvässä että pahassa*”. Yhdistyminen yhteiseksi kotihoidon tiimiksi on ollut järkevä ratkaisu ja tiimissä toimiminen on mielekäs työtapana. Tiimissä työskentelyn etuna on kokemus yhteisestä laadukkaasta hoitotyön tekemisestä, sekä jatkuva vuorovaikutus tiimin eri jäsenten kesken. ”*Onhan mi-*

nulla nyt ympärillä työyhteisö, jonka kanssa yhdessä pohtia asioita. Aiemmin tein työtä yksin”.

Tiimissä työskentelyssä jokaisen sen jäsenen panos on tärkeä. Silloin voi korostua se, että kaikki tiimin jäsenet eivät ehkä ole yhtä motivoituneita tai ammattitaitoisia. Henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat tiimin toimivuuteen etenkin, jos yhteistyö ei suju, silloin korostuu oma henkilökohtainen näkemys työtovereista: *”Valitettavasti kaikki eivät ole yhtä mukavia ja yhteistyökykyisiä työtovereita kuin toiset”.* Oman osaamisen käyttämisessä käytännön tehtävissä on ollut yllätyksenä se, ettei pistoluvan omaavat lähihoitajat halua hoitaa injektioita tai ottaa verikokeita, vaan ne voivat jäädä sairaanhoitajan tehtäväksi. Tiimin jäsenet saattavat sen sijaan ottaa itse erityisiä tehtäviä itselleen: *”Tiimissäni on myös selvästi tietyllä lailla erikoistuneita hoitajia, toiset pitävät haavanhoidosta ja toiset mielenterveysasiakkaista”.*

Kun tiimit ja sairaanhoitaja työskentelevät samoissa tiloissa on helppo kysyä puolin ja toisin asioita. Asiat hoituvat kitkattomasti ja nopeasti, tieto kulkee, kun kaikki ovat samoissa tiloissa. *”Siellä ei tiimiä näkynyt koko päivänä samoissa tiloissa, koin itseni hyvin yksinäiseksi ja avuttomaksi - ei ollut ketään keltä kysyä eikä ketään kenen kanssa jutella”.* Konsultointi voi yhtä hyvin olla lähihoitajien tiedon jakamista sairaanhoitajalle. Yhteisissä aamupalavereissa pohditaan asioita yhdessä ja tieto välittyy toisille työntekijöille.

Yhteiset tilat koetaan tärkeinä, mutta työrauhaa kaivataan toimistoille. Tiloissa on joskus hyvin äänekkästä ja rauhatonta. Omiin töihin keskittyminen häiriintyy, jolloin kuluu aikaa enemmän, kuin jos tehtäviin pystyisi keskittymään kunnolla. *”Väsyn siihen, että koko ajan työ keskeytetään ja kysytään jotakin, johon pitäisi aina olla skarppina vastaamassa” ja ”oma työ on usein hyvin katkonaista kun aina joku tulee kysymään jotain tai puhelin soi (kuten nytkin tätä kirjoittaessa)”.*

Sairaanhoitajien välinen yhteistyö on riippuvaista tiimin rakenteesta. Jos tiimissä on useampi sairaanhoitaja, voivat he tukeutua toisiinsa ja jakaa kokemuksiaan. Sairaanhoitajien yhteistapaamiset ovat jääneet pois ja niiden mahdollistama ammatillinen kasvu, kokemusten jakaminen ja yhtenäisen toiminnan mallin luominen puuttuu nykyisin. Nykyiset tiiminvetäjien tapaamiset eivät ole sama asia. Koulutukset liittyvät useimmiten kirjallisiin tehtäviin eikä sairaanhoidollista ja terveyteen liittyvää koulutusta ole saatavilla. Sairanhoidollisen vastuun koetaan silti kasvaneen entisestään, joten sen alueen osaamisen pitäisi olla vankkaa.

Sairaanhoitajuuden näkökulmasta työ on muuttunut asiantuntijan rooliin, jota konsultoidaan erilaisissa tilanteissa, joissa tiimin hoitajat kokevat ettei oma ammattitaito riitä tai tarvitessaan tukea ja vahvistusta omalle osaamiselleen. Työaika kuluu muiden työntekijöiden ohjaamiseen ja neuvomiseen. Konkreettinen työtehtävän muutos on ollut annosjakeluun siirtyminen lääkehoidossa, jolloin lääkkeiden jakaminen asiakkaan luona on vähentynyt. Asiakkaat kotonaan ovat aiempaa huonompikuntoisia ja siten iho-ongelmia ja haavoja on paljon hoidettavana. Tehtäviin kuuluu myös

osaamista, johon sairaanhoitaja ei välttämättä ole paras ammattilainen kuten ”sosiaalityö”. Koskaan ei tiedä, mitä työssä tulee vastaan, silloin ”*On osattava selvittää asioita, vaikka itsellä ei ole aavistustakaan mistä tietoa ja apua voisi saada*”. Voimavarakartoitus, hoito- ja palvelusuunnitelmien tekeminen ja päivittäminen vievät aikaa. Erilaisten tukien hakemukset tulevat kotihoidon kautta ja kotihoidon vastuulla on, että asiakkaalle on haettu tuet, joihin hän on oikeutettu. Kotihoito tekee taksikortti- ja hoitotukihakemukset, järjestää asiakkaan tukipalveluiden piiriin (päivätoiminta, turvapuhelin, ystäväpalvelu jne.). Ennen sosiaalietuuksien yms. hakeminen oli asiakkaan ja omaisten vastuulla.

Asiakaskunnassa tapahtuu muutoksia melko vähän vuoden mittaisessa tarkastelujaksossa. Vaihtelua työhön tulee tilapäisistä kotihoidon asiakkaista, vaikka heidän osuutensa on laskenut uusien palvelukriteerien myötä. Tiikinpoistot, verikokeet ja injektiot muilta, kuin kotihoidon tiimin omilta asiakkaita on jäänyt pois. Näitä palveluja tilapäisesti tarvitsevat hakevat palvelunsa terveysasemiltaan. Kaikki tiiminvetäjät eivät kaipaa vaihtelua vakinaiisiin työtehtäviinsä. ”*Kotihoito vaatii sopeutumiskykyä erilaisiin tilanteisiin niin kotona asiakkaiden luona kuin työpaikalla, sitä yhtä ja samaa työnteko täällä ei ole*”. Asiakkaat olivat ennen ikäihmisiä, nyt asiakaina on enenevästi mielenterveyskuntoutujia ja päihdeasiakkaita.

7.4 Tiiminvetäjänä toimiminen

Toimistotyöhön kuluu aikaa aiempaa enemmän. Osa muutoksesta johtuu tiiminvetäjän roolista ja osa työn muuttumisesta yleensä. ”*Tiiminvetäjyyden myötä kirjallisia tehtäviä ja toimistotyötä on tullut hurjasti lisää*”. Paperityöt vievät aikaa jatkuvasti enenevässä määrin, samalla työstä on tullut samalla ns. näkymätöntä työtä aiempaan nähden. ”*Tiiminvetäjänä joudun tekemään paljon ns. sosiaalihoitajan töitä, esim. hakemaan vanhuksille hoitotuet, kuljetuspalveluhakemukset ym. kelan etuuksia, kartoittamaan palvelutarpeita uusille asiakkaille, avustamaan pitkäaikaispaikkahakemusten täyttämässä*”. Kaiken kaikkiaan iso osa tiiminvetäjän ajasta menee toimistolla kirjaamiseen, suunnitteluun ja asiakkaiden asioiden hoitamiseen.

Lähiesimiehen ollessa fyysisesti muualla kuin kotihoidon yhteydessä on tiiminvetäjä se, johon tiimi tukeutuu. Samoissa fyysisissä tiloissa oleva lähiesimies koetaan hyvänä; häntä on helppo lähestyä, hän tukee henkilökuntaansa ja on tiiviisti mukana toiminnassa. Lähiesimiehellä on suuri rooli työssä jaksamisen tukemisessa koko tiimin osalta, lähiesimiehen puuttuva tuki jättää ”*tyhjän päälle*”. Tiiminvetäjän yhteistyö esimiehen kanssa sisältää esimerkiksi miehityksen ja toiminnan suunnittelua, sijais- tarpeeseen reagoimista. Lähiesimies on hallinnollisista asioista huolehtiva, ei niinkään sairaanhoidollisista. Tiimivastaava toimii esimiehen sijaisena. ”*Käytännössä koen että olen mukana vähän kaikessa...*”. Tiiminvetäjien työkuva koetaan sekavana ja eri alueilla esimies näkee tiiminvetäjän roolin erilaisena ja odottaa eri asioita. Tiiminvetäjillä itsellään on myös erilaiset käsitykset tehtävästään. Osalla työnkuva on murroksessa ja uutta roolia luodaan yhteistyössä esimiehen ja tiimin kanssa.

7.4.1. Tiiminvetäjän työn sisältö

Tiiminvetäjä käy keskustelua erilaisten yhteistyökumppaneiden kanssa asiakkaan asioihin liittyen (esim. omaisten, lääkärien, hoitajien, apuvälineyksikön, hoitotarvikejakelun, yhteishoitajan, kotiutushoitajan, akuutin kotihoidon, akuutin kotisairaanhoidon, fysioterapian, kauppapalvelun, sosiaalityöntekijän, palveluohjauksen, yksityisten palveluntuottajien, vapaaehtoistoimijoiden, keskussairaalan osastojen, terveystieteiden osastojen, vanhainkotien, päivätoiminnan, erityisvastaanottojen, sairaala-apteekki). ”*Ohjelmoin lääkärin määräykset eteenpäin, ohjaan tiimille lääkemuutokset, varaan ajat labraan ja rtg ym. tutkimuksiin*”. Tehtävänä on myös ollut kartoittaa 75- ja 80-vuotiaiden tulevia palvelutarpeita ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä. Ennaltaehkäisevä toiminta ja sairaanhoitajan asiantuntijuuden käyttäminen lisääntyy muutoinkin koko ajan kenttätöiden vähentyessä.

Työ kaikkineen on itsenäistä ja järjestelmällistä suunnittelua vaativaa asiakastyötä, haasteiden kohtaamista ja ylittämistä. Tiiminvetäjän vastuulla voi olla tiimin toiminnan järjestäminen, kuten työlistan/ajanvarauskirjan teko ja/tai tehtävien jako eli kuka menee kenenkin asiakkaan luo viikko-ohjelman mukaisesti. Tiimien välillä on joissakin paikoissa tilanteen mukaan auttamista yli tiimirajojen ja työtehtävien järjestelyä tehdään tiimien kesken tiiminvetäjän ohjauksessa. Asiakkaan etu on aina ensisijainen tavoite. Hyväksi koetaan se, että voi tukeutua toisiin hoitajiin ja lääkäriin, puhelinkontakti on helppo ottaa. Vastakohtana ovat alueet, joilla lääkäriillä ei ole riittävästi resursseja kotihoidon asiakkaiden hoitamiseen tai vaihtuvuus on suuri. Lääkärin kielitaito ja käytettävien tietokoneohjelmien käytötaito voi rajoittaa hänen toimintaansa, jolloin asioita hoidetaan pääosin sairaanhoitajan havaintojen, arvioiden ja tutkimusten perusteella. Sairaanhoitajia koulutetaan toimenpiteisiin, jotka aiemmin olivat perusterveydenhuollon lääkärin tehtäviä. Epävarmassa tilanteessa ei silti kannata koskaan jäädä pelkäämään omien arvelujen varaan.

Muun tiimin toiminnan kontrollointi, asioiden jatkuvuuden seuranta on osa tiiminvetäjän työtä. Turhauttavaa on, kun asioista sovitaan ja silti sopimusten mukaan ei toimita. Tiimiin kuuluvien hoitajien koulutustaso ja työtausta vaihtelee, jolloin tiiminvetäjän panosta työn sujuvuuteen tarvitaan eri tavoin neuvojana ja tukijana. Käytännön töihin opastaminen on tiimivastaavalle kuuluvaa, esim. hoidollisten toimenpiteiden opettamista, pistoslupien näyttöjen vastaanottamista. Omahoitajuuksien jakaminen tarkoituksenmukaisesti ja sitä kautta lähihoitajien vastuun ottaminen asiakkaasta vaikuttaa tiiminvetäjän työn kuormittavuuteen. Nykyinen pyrkimys siirtää sairaanhoitajalle kuuluneita tehtäviä lähihoitajille heidän ammattitaitonsa puitteissa koetaan hyvänä.

Tiiminvetäjän rooliin kuuluu muiden tiiminjäsenten auttaminen myös kirjallisissa töissä. Työhön kuuluu tiimin ohjaaminen, opetus ja tukeminen. Vastuuta tulee koko ajan lisää. Samaan aikaan omat sairaanhoitajan työkuvaan kuuluvat työt jäävät odottamaan. Tiiminvetäjästä on tullut ”*Joka paikan höylä, jolta vaaditaan osaamista joka puolelta*”. Sairaanhoitolliset tehtävät tuntuvat usein olevan pieni osa työpäivästä. Tiiminvetäjät arvioivat kriittisesti itseään ja toimintaansa ”*Ehkä vikaa on itsessänikin, olen lii-*

an kiltti, en osaa riittävästi delegoida ja sanoa ei” tai ”työ on myös paljon delegointia, työtehtävien jakamista ja vastuun jakamista”.

Omaisien selviytymistä kotonaan miettivät ottavat nykyisin suoraan yhteydessä tiiminvetäjään. Häneltä tiedustellaan mahdollisuutta päästä kotihoidon piiriin, hoidon kriteerejä, millaisia palveluja luvataan tai kuinka monta tuntia palveluja voi saada. Kyselyjen määrä on kasvamassa. Tiiminvetäjien näkökulmasta kotihoidon ohjaajalta on siirtynyt paljon työtä tiimivas-
taavalle ja palveluohjauksen toimivuus ei kaikkialla ole riittävä.

Tiiminvetäjällä ei kaikkialla ole omia asiakkaita. Häntä kuitenkin velvoitetaan olemaan vastuussa ja tuntevan kaikki tiiminsä asiakkaat. Tiimin koosta ja asiakkaiden määrästä riippuen tiiminvetäjä ja sairaanhoitaja voivat käytännössä jakaa vastuuta, työnjako on toimiva tapa. Silloin kun tiimivastaava on tiimin ainoa sairaanhoitaja, muodostuu näkemys vanhuksen selviytymisestä kotona vähintään kuukausittaisten tai harvemmin, ehkä vain muutaman kerran vuodessa tehtävillä kotikäynneillä. Vastuu tiimin ainoana tai tiimistä vastaavana sairaanhoitajana on vaativaa. Tiiminvetäjä arvioi tehtävien kotihoiton käyntien määrää ja vaikuttaa niiden vähentämiseen tai lisäämiseen. Osalla tiiminvetäjistä on asiakkaita, joilla kotihoito ei käy muutoin, nämä asiakkaat voisivat tiiminvetäjien mielestä siirtyä yhteisiksi tiimin kanssa. Joka tapauksessa tiiminvetäjä tuntee ja kantaa vastuuta alueensa asiakkaista ja pyrkii valvomaan, että kaikki saavat hyvää ja asianmukaista tarvitsemaansa hoitoa. Asiakkaat pitäisi tuntea hyvin, jotta osaa arvioida terveydellistä tilannetta ja tehdä akuutisti päätöksiä tarpeen vaatiessa.

7.4.2. Työtyytyväisyyteen vaikuttavat asiat

Tyytyväisyyttä tiiminvetäjän roolissa lisäisi se, että aikaa olisi selkeästi varattu tiiminvetäjän töihin. Riittävä aika tiiminvetäjän tehtäviin voisi olla yksi päivä viikossa, jolloin voisi täysipainoisesti keskittyä toiminnan kehittämiseen ja suunnitteluun. *”Toivon pystyväni yhdessä tiimin kanssa kehittämään tiimin toimintaa hoidollisesti toimivaksi ja laadukkaaksi. Toivon pystyväni omalta osalta kehittämään ja tukemaan hoidollista osaamista.”* Tiimipalavereihin pitäisi olla enemmän aikaa sekä niiden suunnitteluun. Muutoinkin *”Aikaa tuntuu useimmiten olevan liian vähän, mitään kovin innovatiivista ja uutta ei kyllä pysty miettimään ja kehittämään kun tuntuu että aina on jotain tekemättä ja papereita kertyy pöydälle”*. Tiimit voivat toivoa tiimipalavereita viikoittain, mutta käytännössä niitä pystytään järjestämään harvemmin, ehkä vain kuukausittain. *”Tiimipalavereissa käsitellään kaikkia yleisiä asioita esim: koulutukset, lomat, opiskelija asiat, tiimin yhteiset säännöt ja muutokset/kehitettävät asiat. Lisäksi puhumme asiakkaiden voinnista, palvelujen tarpeesta jne. Pohdimme yhdessä ratkaisuja.”* Omalta tiimiltä saatu tuki ja kokemus tiimin toimivuudesta luo positiivisen ilmapiirin. Tulevaisuuden muutokset ja haasteet eivät pelota tai rasita, kun tiimi toimii; jokainen ottaa vastuuta ja tekee työnsä hyvin.

Tiimien sisällä on pyrkimys välttää päällekkäisiä asiakaskäyntejä. *”Useimmiten tunnen niissäkin itseni häviäjäksi kun ”kuivittelen” asiakkaai-*

ta sh:n käynneillä kun pitäisi käydä katsomassa vointia hoidollisesta näkökulmasta tuntuu että kaikkia aika menee muuhun ja käynneistä tulee huomattavasti pidempiä kuin olisi pelkkä sairaanhoidollinen käynti tai pelkkä kodinhoidollinen käynti, osa tärkeistä oireista voi jäädä huomaamatta. Toisaalta tässä hyvänä puolena se että tunnen asiakkaani huomattavasti paremmin kuin aiemmin varsinkin sen suhteen miten liikkuvat, hoitavat ruokailut ym.”. Konkreettinen hoitotyö on edelleen tärkeää tiiminvetäjinä toimiville ja siitä pidetään. ”Pidän enemmän kenttätyöstä, työ on kuitenkin haasteellista ja minulle sopivaa työtä”.

Työrauhaa tiiminvetäjät kaipaavat erityisesti silloin, kun toiminta keskittyy yhteisiin toimistotiloihin. Vaikka yhteiset toimitilat ovat muutoin hyvä asia, niin oma työhuone takaisi paremmat työskentelyolosuhteet tai kun tilat olisi jaettu muutoin toiminnallisesti. Tiimin asiantuntijana ja tukijana toimiessa oma työ keskeytyy useita kertoja päivässä jo erilaisten konsultointien johdosta, jolloin työn laatu heikkenee ja työn rikkonaisuus vaikuttaa omaan jaksamiseen.

Henkisesti rasittavaa on joutua tiiminvetäjänä puuttumaan esimerkiksi oikeudenmukaiseen työnjakoon tai toimimaan välien selvittelijänä lähihoitajien asioissa. Raskaana ja monimutkaisena koetaan byrokratian kanssa taisteleminen ”*Vaikka meillä hoitajilla on tietty tunne/kutina, että pidemmän päälle asiakkaan kotona selviytyminen ei onnistu tai että jotain on tekeillä*”. Ambulanssit eivät halua kuljettaa asiakasta tai häntä voi olla hankala saada sairaalahoitoon. Laitoshoitopaikkojen vähenemisen myötä pitkäaikaishoitopaikkoihin hakeminen on ”*Työn ja tuskan takana*”, intervallijaksoja ja varsinkin akuutteja jaksoja on vaikea saada asiakkaille. Asiakkaat eivät aina ole samaa mieltä työntekijöiden kanssa vaan ”*Asiakkaat osaavat olla jääräpäisiä ja kieltäytyvät lähtemästä mihinkään, vaikka me hoitajat näemme, että seura voisi virkistää*”. Lääkäritilanne vaihtelee ja se haittaa tarvittavien lääkärintlausuntojen saamista ja muutoinkin hoidon jatkuvuus ei aina toteudu. ”*Yläpuolelta*” tulevat määräykset ja ohjeet koetaan ajoittain kuormittavina eikä niiden merkitystä aina ymmärretä.

Kotihoitoalueiden ja tiimien resurssien jakautuminen on jossain määrin pidetty epärealistisena: ”*Niiden vuoksi ei kuitenkaan pitäisi katkeroitua vaan tehdä voitavansa ja nukkua yönsä hyvin*”. Kaikissa tiimeissä ei ole riittävästi sellaisia lähihoitajia, jotka voisivat ja haluaisivat osaltaan ottaa vastuulle tällä hetkellä sairaanhoitajille kuuluvista tehtävistä kuten lääkkeenjako ja haavahoidot. Osassa tiimejä tiiminvetäjä on ainoa sairaanhoitaja, toisissa on työparina sairaanhoitaja, jossakin tiimivastaavia on useampi samalla alueella. Tiimien koot vaihtelevat eri alueilla kaupungin sisällä ja tiiminvetäjälle voi kuulua yksi tai kaksi tiimiä, tiimin sijaan tulee kokemus isosta joukosta varsinaisen tiimin sijaan.

Tiiminvetäjänä toimimista kuvataan hyvin eri tavoin tunnepohjalta. ”*Koen saavani riittävästi arvostusta ja tukea omalta tiimiltäni, tunnen kuuluvani joukkoon, töihin on mukava tulla*”. Toisen kokemus tiiminvetäjänä toimimisesta voi olla haasteellinen tai stressaava ja työpäivän jälkeen päällimmäisenä on riittämättömyyden tunne. Työasiat ovat mielessä vapaa-ajalla kotona, yölläkin ja mietityttää kauanko työssä yleensä jaksaa. Tiiminvetä-

jänä koetaan, että asiantuntijuuden ja osaamisen on oltava monipuolista ja vankkaa: ”*On tiedettävä monenlaisista sairauksista, tietokoneen käytöstä, ihmissuhdetaidoista, loogisesta ajattelusta: monia asioita osattava yhdistää johonkin toiseen ja pitää osata ottaa hyvin monia asioita huomioon. Tämän kirjoituksen ja näiden ajatusten jälkeen tulee mieleen, että kuinka mä olen tässä työssä näinkin kauan pärjännyt ?!*”. Parhaassa tapauksessa asiat sujuvat hyvin: ”*Meidän tiimimme on hyvin itseohjautuva, joten tiimivastaavan suuriin saappaisiin on ollut helppoa astua*”.

7.5 Tiiminvetäjyyden arvostus

Kotihoidon ja tiiminvetäjän työn arvostus on vastaajille tärkeää työssä jaksamisessa, saatu palaute palkitsee. ”*Koen tekeväni tosi arvokasta työtä ja positiivinen palaute saa minut siinä jatkamaan*”. Arvokasta palautetta työssä jaksamisen kannalta saadaan asiakkailta ja heidän omaisiltaan. Työlle kaivataan silti arvostusta työnantajalta, yhteiskunnalta ja muilta ammattiryhmiltä. ”*Toivoisin insinöörien tietävän, että sairaanhoitajat tekevät vähintään yhtä vastuullista ja ammattitaitoa vaativaa työtä, mutta saamme siitä vähemmän palkkaa, tämä oli VITSI, mutta siinäkin on totuuden siemen*”.

Palkkauksessa ei huomioida vastuun määrää eri tehtävissä, vaan tiimin sairaanhoitaja ja tiiminvetäjä saavat samaa palkkaa. Rahan koetaan määrittävän kotihoitotyötä muutenkin paljon eikä vain palkkausasiana. Lisäksi kotihoidon työkenttää ei tunneta esimerkiksi sairaaloissa riittävästi, jolloin asiakkaan asioiden hoitaminen siirroissa kodin ja sairaalan välillä aiheuttaa turhaa työtä ja puhelinsoittoja. Kotihoito käsitteenä ei ole tuttu lähikään kaikille tahoille, jotka osallistuvat asiakkaiden hoitoon tilapäisesti.

Tiiminvetäjän työn arvostaminen tulisi näkyä myös siihen varattuna aikana. Koetaan, että tiiminvetäjän on tehtävä käytännössä samat työt kuin muutkin ja sen lisäksi tiiminvetäjän tehtävät. Selkeästi määritetty aika viikoittain tiiminvetäjyyteen osoittaisi työn merkityksellisyyttä ja tärkeyttä työnantajan näkökulmasta. ”*Hullua on että tiiminvetäjyyttä pitää hoitaa kaiken muun työn ohella, ikään kuin se ei veisi aikaa lainkaan*”. Työtä arvioidaan tehdyllä näkyvällä työllä: ”*Kuitenkin kytätään ainoastaan kotikäyntien määrää*”.

7.6 Tulevaisuus

Konkreettisen tapahtuneen ison organisaatiomuutoksen lisäksi tiiminvetäjien työ muuttuu ja kehittyy koko ajan lisää. Tulee tunne jatkuvasta muutoksesta, joka tuo epävarmuutta. ”*Olen aina pitänyt työstäni ja pidän edelleen vaikka muutoksiakin on vuosien varrella tullut - osa huonompaan ja osa parempaan suuntaan*”. Tiiminvetäjät pohtivat työtään paitsi menneestä ja nykyisestä näkökulmasta niin myös tulevaisuuden odotusten kautta. Työn ei odoteta jatkuvan samanlaisena, vaan muutokset ovat edelleen tulevaisuutta. Ideoita ja ajatuksia työn kehittämiseksi tuli esiin vastausten lomassa. Asiakkaan asioiden hoitaminen olisi entistä sujuvampaa jos koti-

hoito ja terveyskeskus yhdistettäisiin hallinnollisesti, asiakkaathan ovat suurelta osin samoja.

Tiiminvetäjäyys muuttuu enemmän tiimityön ohjaamiseen ja rutiinomainen käynnit vähenevät. Sairaanhoitaja käy asiakkaan luona vain tarvittaessa ja vastuuta siirretään lähihoitajille entistä enemmän. Lähihoitajaopiskelijoiden opintojen perusteella tiiminvetäjät näkevät, että tulevaisuudessa sairaanhoitajan tehtävät siirtyvät enemmän koko kotihoidon tehtäviksi. Tässä mietityttää vanhojen työntekijöiden halu ja osaaminen suhteessa uusiin hoitajiin, jotka luultavasti haluavat hyödyntää saamaansa koulutusta laaja-alaisesti. Tässä kehityksessä sairaanhoitajien työ muuttuu edelleen hallinnollisemmaksi ja ohjaavaksi asiantuntijaksi. Silloin tiimityön tärkeys korostuu ja yhteiset toimitilat ovat entistä merkityksellisemmät.

7.7 Yhteenvedo ja johtopäätökset

Hammar (2008) sekä Thome, Dykes ja Hallberg (2003) pitävät kotihoidon määrittelyä tärkeänä toiminnan asianmukaisen järjestämisen kannalta. Hämeenlinnassa kotihoito on määritetty selkeästi Ikäihmisten lautakunnan IKLA:n toimesta ja tiiminvetäjien toimenkuva on kirjattu selkeästi Koti- ja asumispalvelun tiimin vastaavan sairaanhoitajan tehtäväkuvaan.

Tiiminvetäjien vastuulla on asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinta yhteistyössä asiakkaan ja eri yhteistyötahojen kanssa, kaikille asiakkaille laaditaan ko. suunnitelmat. Tepponen (2003) pitääkin kotihoitoa tärkeimpänä eri toimijoiden yhteistyön koordinoijana kotihoidon asiakkaan kannalta. Toimiva yhteistyö asiakkaan palvelukokonaisuuden tuottajien välillä ja tieto hänen asioistaan vastaavasta henkilöstä tai tiimistä selkeyttää kotihoidon asiakkaan palvelukokonaisuutta. Näin vältetään Elorannan, Arven ja Routsalon (2009) esittämät ongelmat palvelukokonaisuuden sekavuudesta. Tässä on kuitenkin alueellisia eroja tiiminvetäjien kertomusten välillä yhteistyön toimivuudessa etenkin lääkäripalveluissa. Lestinen (2009) kertoo Jyväskylässä sairaanhoitajan olevan tiimissään vastuullisena kaikkien asiakkaiden hoidollisen työn toteuttamisesta, vaikka eivät toimisi tiiminvetäjänä tai tapaisi asiakasta yhtä usein, kuin muu kotihoitotiimi. Hämeenlinnassa tiiminvetäjä on aina sairaanhoitaja ja toisinaan myös alueen ainoa sairaanhoitaja. Vastuu asiakkaista on samanlainen tiiminvetäjillä kuin Jyväskylässä sairaanhoitajilla, tiimiltä saatava tieto koetaan siksi tärkeäksi.

Ajankäytön jakaantuminen asiakaskäyntien ja toimistotyön välillä koetaan hankalana ja tiiminvetäjäyteen ei ole riittävästi aikaa. Tiiminvetäjien kokemus asiakastyöhön käytettävästä ajasta asiakkaan luona on samansuuntainen Johan Groopin (Hurri 2012) tutkimuksen kanssa. Asiakaskäyntien jälkeen toimistolla kirjaamien koetaan hankalana asioiden muistamisen, huomioiden tekemisen, reaaliaikaisen tiedon saamisen ja ajankäytön kannalta. Oman haasteensa kirjaamiseen aiheuttaa toimiston työrauha tai sen puuttuminen. Asiakastyön kirjaamisen haaste on samansuuntainen, kuin Järvenpäässä (Palmu 2012), jossa siihen on löydetty toimiva ratkaisu. Sannerman (2009) mukaan työuupumusta aiheuttaa mm. työtilojen ahtaus ja levottomuus, mistä Hämeenlinnalaiset tiiminvetäjät myös kertovat.

Yhdistyneessä kotihoidossa yhteistyö kotihoidon eri ammattiryhmien välillä on tiivistynyt asiakkaan eduksi yhteisten toimitilojen ja organisaation myötä. Sairaanhoidollisuus lisääntyy koko ajan kotihoidossa asiakaskunnan ikääntymisen myötä. Leppäsen (2005) tekemässä tutkimuksessa päädyttiin samaan tulokseen. Tiimityö koettiin positiivisena tapana tehdä työtä. Eloranta (2009) toteaa saman, kuin tiiminvetäjät tässä opinnäytetyössä: ristiriidat toiminnassa vältetään, kun kaikilla on sama käsitys asiakkaan tilanteesta ja siten avun tarpeesta.

Kotihoidon tiiminvetäjien työ muuttuu aina enemmän toimistotyöksi asiakaskäyntien sijaan. Sairaanhoitajuuden näkökulmasta työn muutos on ollut sairaanhoidollisempaan suuntaan yhdistetyssä kotihoidossa. Janakkalassa (Sanerma 2009) ja Valkeakoskella (Pikkuharju 2004) on siten työnkuvan muutos ollut samansuuntainen kuin Hämeenlinnassa. Näissä kunnissa sairaanhoitajan rooli muuttui asiantuntijaksi ja mentoriksi tiimin jäsenille. Lestinen (2009) päätyy samaan tulokseen Jyväskylässä toteutetussa tutkimuksessa ja toteaa lisäksi, että työ on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta. Tiimivastaavana toimimisen kuormittavuudesta kertovat myös Hämeenlinnan tiimivastaavat. Tepposen (2009) tekemässä tutkimuksessa päädyttiin päinvastaiseen tulokseen työn painotuksessa hoivatyön lisääntyessä lääkehoidon ja hoitotoimenpiteiden sijaan kotihoidon yhdistyessä.

Hämeenlinnassa tiimien väliset erot toiminnassa olivat selkeitä. Osa tiimeistä on itseohjautuvia ja osassa tiiminvetäjä vastaa isolta osin tiimin toiminnasta. Isoherrasen, Rekolan ja Nurmisen (2008) tapaan tiiminvetäjät korostivat yhteisvastuuta, yhteisiä toimintatapoja ja pelisääntöjä sekä tiimin jäsenten erityisosaamisen käyttämistä, myös itseohjautuvuutta arvotettiin tai sitä kaivattiin, ellei sitä ollut.

Tiimin kokoa pidettiin tiiminvetäjien kesken merkityksellisenä tiimin toimivuudelle. Liian isoa tiimiä ei enää pidetty toimivana ja mielekkäänä. Koivukoski ja Palomäki (2009) pitävät toimivana tiimin kokona 4-9 henkilöä ja sitä suurempaa ryhmää hankalana toimivuuden kannalta etenkin tiimipalaverien suhteen. Tiimipalavereita tiiminvetäjät kertoivat järjestävänsä tiheimmillään viikoittain ja ainakin kerran kuussa, niiden järjestämiseen ei koeta olevan riittävästi resursseja. Kuitenkin Koivukoski ja Palomäki pitävät kerran kuussa järjestettävää tiimipalaveria riittävänä tiimin toiminnalle. Tiimivastaavan ei heidän mukaansa tarvitse valmistella kaikkia asioita palaveriin vaan vastuuta voidaan jakaa.

Hämeenlinnassa tiiminvetäjät ovat saaneet asemansa eri tavoin. Koivukoski ja Palomäki (2009) sekä Mäkisalo (2003) pitävät tiiminvetäjäksi valittavan omaa halua ja tahtoa ensisijaisena vaatimuksena. Edelleen tiiminvetäjä ei jää hyvässä tiimissä yksin vaan tiimi toimii yhdessä. Tiiminvetäjät kertovat niin toimivasta yhteistyöstä kuin sen puutteistakin. Kukaan ei silti kokenut toimivansa kokonaan yksin ilman tiimin tukea, vaikka tiimin antama tuki vaihteli. Oman työn arvostaminen ja tiimiin luottaminen tulevat esiin myös tiiminvetäjien kertomuksissa.

Tiiminvetäjälle tulee varata työaika tiiminvetäjän tehtäviin ja tiiminvetäjät voivat verkostoitua keskenään suuremmissa organisaatioissa (Koivukoski & Palomäki 2009). Tiiminvetäjät kokivat tarvitsevansa nimenomaan nimettyä työaika tiiminvetäjyyteen ja kaipasivat yhteistyötä niin sairaanhoitajien kuin tiiminvetäjien välillä. Työnjako ja tasapuolisuus olivat tiimin jäsenille tärkeitä Sanerman (2009) tutkimuksen mukaan, kuten myös Hämeenlinnalaisille tiiminvetäjille. Tiiminvetäjät kaipaavat tasapuolisuutta niin tiiminvetäjänä kuin sairaanhoitajana toimimiseen. He myös suorittavat tiimin jäsenien välistä tehtävien jakoa.

8 TYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tämän opinnäytetyön tulosten luotettavuutta on vaikea arvioida. Tuloksiin vaikuttaa kerätyn aineiston laatu ja määrä, joten eri kyselykerralla voidaan saada erilaisia vastuksia. Tutkimus on siten helposti toistettavissa, mutta sen tulokset voivat erota suuresti. Tällä tavoin suoritettuna työn validius eli pätevyys on kuitenkin hyvä, sillä tutkimuksen kohde ja aineiston lähde on sama. (Hirsijärvi ym. 2010, 231–232.) Puusan ja Juutin mukaan laadullisessa tutkimuksessa on tilaa moniäänisyydelle, joka lisää tietoa, mutta jossa siitä huolimatta ei ole mahdollista saavuttaa lopullista totuutta. Edelleen ilmiöitä, joissa on kyse ihmisen käyttäytymisestä, ei voida selittää matemaattisilla kaavoilla. Heidän mukaansa laadulliseen tutkimukseen ei sovi sinällään reliabiliteetti tai validiteetti käsitteinä arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta, vaan tutkimuksessa on pyrittävä totuudellisuuteen. (Puusa & Juuti 2011, 31, 135.)

Kirjallisuuden mukaan narratiivisen tutkimuksen aineisto on tyypillisesti pieni ja kohteena ovat arat ilmiöt. Tutkimusaineisto muodostuu haavoittuvista ihmisistä. Kerättävä aineisto säilytetään ja sitä käytetään asianmukaisesti ja se hävitetään työn valmistumisen jälkeen. Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti säilytetään koko prosessin ajan. Tämän työn tutkimusaineisto on kerätty tiiminvetäjiltä, joiden määrä on verrattain pieni. Vastaajien anonymiteetin säilyttämiseksi tulokset muotoillaan niin, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tässä opinnäytetyössä noudatetaan edellä mainittuja periaatteita. (Vuokila-Oikonen ym. 2001, 93.)

9 POHDINTA

Tiiminvetäjien kertomukset työstään vastaavat sisällöltään hyvin teoriaosuuden taustatietoa. Teoria ja kysely tukevat toisiaan ja vahvistavat siten tiedon luotettavuutta objektiivisesti arvioituna. Keskenään arvioituna vastaukset antoivat enimmäkseen samansuuntaisia tietoja ja täydensivät toisiaan, mutta myös eri tiimien väliset erot tulivat esiin joissakin kohdissa täysin päinvastaisina toimintoina tai kokemuksina.

Tiimin tuki on kaikille tiiminvetäjille tärkeä. Ilman toimivaa yhteistyötä tiimin kanssa ei tiiminvetäjänä toimiminen onnistu. Tällöin tiiminvetäjä jää erilliseksi osaksi kantamaan vastuuta täysin yksin. Tiiminvetäjyyteen sisältyy jo itsessään asemana paljon vastuuta ja kun siihen lisätään sairaanhoidollinen vastuu, korostuu yhteistyön merkitys edelleen. Tiimivas-

taavan on kyettävä luottamaan tiimiinsä ja heiltä samaansa ajantasaiseen ja tarkoituksenmukaiseen tietoon. Erilaisissa toimintamalleissa korostui joko toimiva vastuunjako tiimin kesken tai tiiminvetäjän kokemus vastuun kantamisen kohtuuttomuudesta yksin. Riippumatta toimintamallista asiakaskunnan koko vaikutti melko suoraan tiiminvetäjän kokemukseen siitä, kuinka hyvin hän pystyy kokonaisvaltaisesti vastaamaan alueensa asiakkaiden tarpeista. Kriittisesti arvioitiin sitä, kuinka hyvin asiakkaiden tilanne tiedetään todellisuudessa ja kyetäänkö sitä arvioimaan kyllin nopeasti.

Tiiminvetäjät kokevat vastuuta paitsi asiakkaista niin myös tiimistään. Oma tiimiä halutaan kehittää ja sen toimintaa tukea monin eri tavoin. Tiiminvetäjät pitävät selkeästi työstään sairaanhoitajana, sitä ei pidetä tärkeämpänä eikä myöskään vähempiarvoisena kuin tiiminvetäjänä toimimisesta. Työn monipuolisuus koetaan hyvänä, kunhan vain kaikelle on varattu riittävästi aikaa. Käytettävissä oleva työaika korostui vastauksissa nimenomaan tiiminvetäjyyden näkökulmasta. Muihin tehtäviin varataan aikaa ensisijaisesti ja tiiminvetäjän tehtävät jäävät taka-alalle. Vastuu asiakkaista ja konkreettisesta sairaanhoitajan työstä pidetään ensisijaisena. Ajankäyttöä arvioidaan kotikäynneillä ja sitä tiiminvetäjät kritisoivat, koska työstä iso osa on muuta, kuin asiakkaan luona tapahtuvaa työtä. Kirjaaminen on ”välttämätön paha”. Jälkeenpäin kirjatessa unohtuu oleellisia asioita.

Sairaanhoitajuudestaan tiiminvetäjät kertoivat runsaasti ja arvioivat muutoksia työssään sen suhteen. Sairaanhoitajan identiteetti on vahva, tiiminvetäjänä toimiminen vaikuttaa olevan tällä hetkellä enemmänkin toissijainen rooli, vaikka muutosta odotetaan ja toivotaan tapahtuvan juuri tiiminvetäjän roolissa. Ns. huonoa omaatuntoa koettiin selkeämmin tiiminvetäjänä työskentelyssä. Työ- tai asiakasmäärää ei sinällään kritisoitu tai organisaation odotuksia työlle vaan nimenomaan ajan puutetta tehdä kaikki asiat. Harvoin käytettiin ilmaisuja, joissa sairaanhoitajan tai tiiminvetäjän roolit sekoittuivat vaan niitä pidettiin erillisinä näkökulmina. Yleisesti tiiminvetäjänä halutaan toimia, vaikka rooliin olisi päädytty alun perin vastentahtoisesti. Arvostusta tiiminvetäjyydelle kaivattiin erityisesti siihen varattuna työaikana ja toissijaisena nousi palkkaus. Kotihoidon kokonaisuutta pidettiin usein liian huonosti tunnettuna toimintana eri yhteistyötahoilla, mutta siitä huolimatta omaa työtä arvostetaan ja se koetaan tärkeäksi.

Omaa työtä arvioitiin osittain huumorin varjolla, mutta takana oli myös runsaasti aiempaa syvällistä pohdintaa. Tarve kertoa ja jakaa kokemusta työstä on olemassa, ennakkotapaamisissa lähes poikkeuksetta tiiminvetäjät kertoivat työstään käyttäen termiä ”purkaus” vaikka samaan aikaan välittyi oman työn arvostus ja siinä viihtyminen. Kirjoittaessa tiiminvetäjille tuli myös uusia omia oivalluksia. Yhteistyötä tiiminvetäjien ja sairaanhoitajien kesken kaivattiin. Nykyisistä yhteistyökäytännöistä ei mainittu oikeastaan lainkaan. Tämän perusteella yhteistyötä tulisi kehittää eri tiimien välillä. Keskusteluyhteys mahdollistaa oman työn arviointia ja peilaamista toisiin tiimeihin sekä antaa tilaisuuden luoda yhtenäisiä hyviä toimintamalleja. Oman työn kehittäminen edelleen on osa tiimityötä ja siihen ollaan halukkaita.

Lähiesimies on tärkeä. Tiiminvetäjät haluavat saada tukea ja ohjausta esimieheltään. Lähiesimies myös tietää tiimin tilanteen ja voi reagoida siihen tarvittavilla toimenpiteillä. Tällä hetkellä esimiestä ei varsinaisesti ole kailkilla lainkaan tai se on enemmän muodollinen. Hyvää ja toimivaa esimies-suhdetta arvostetaan. Toimiva yhteistyö ja yhteinen käsitys tiiminvetäjän työstä on ensisijainen koko tiimin kehitykselle ja sen vetäjän mahdollisuudelle hoitaa tehtävänsä vastuullisesti. Sairaanhoidollisen asiantuntijuuden kehittyminen edelleen edellyttää osaamisen päivittämistä ja selkeää käsitystä kunkin toimijan roolista tiimissä. Varsin sekavalta kuulostaa tiimi, jossa samalla nimikkeellä toimivat työntekijät tekevät täysin erilaisia tehtäviä. Sen sijaan tiimien erilaisuus keskenään ei välttämättä ole huono asia, jos tiimi toimii tarkoituksenmukaisesti. Mahdollisuus luoda täysin samanlaisia tiimejä, jotka toimisivat täysin samoin, ei ole eikä se ole edes tavoiteltava itseisarvo. Tietoisuus tiimien erilaisuudesta on olemassa ja se hyväksytään, mutta itselle saatetaan toivoa samankaltaisia resursseja tai toimintamalleja.

Yhteenvetona voi todeta, että Hämeenlinnassa kotihoito on hyvin erilaisista tiimeistä koostuva. Tiimien jäsenten koulutus/ammattiryhmät, toiminta ja työskentelytavat eroavat toisistaan monella tapaa. Tiimin toiminnan kannalta ei teorioiden mukaan ole oleellista mikään näistä seikoista. Periaatteiltaan ja tavoitteiltaan määritetty yhdenmukainen toiminta on toimivin ratkaisu, kun puhutaan monen alueen ja tiimin toiminnasta saman hallinnon alaisena. Toiminnan kehittäminen edelleen yhtenäisenä kotihoitona eri tiimien sijaan toisi asiakaskunnalle yhtenäiset palvelut samoin toteutettuina tasapuolisesti, työntekijät kokisivat työskentelevänsä samanarvoisissa tehtävissä ja toimenkuvat olisivat perusteltuja. Hyvää toimintatapaa etsiessä eri tiimien työskentelytavoista voitaisiin löytää hyviä ratkaisuja yhteiseksi tavoitteeksi. Tällä hetkellä tiimeissä odotellaan tulevaa ja mitä se pitää sisällään. Muutos on ollut pitkäaikaista ja sen nähdään edelleen jatkuvan. Muutokseen ei olla motivoituneita, ellei tiedetä sen tavoitetta ja merkitystä oman työn kannalta. Muutosta muutoksen vuoksi tai tiimin ulkopuolelta määrättyä ohjeena ei nähdä välttämättömänä, ellei sen vaikutusta omaan työhön mielletä positiivisena.

Tämä opinnäytetyö antaa varsin kattavan kuvan tiiminvetäjinä toimivien sairaanhoitajien kokemuksista työstään heidän itsensä kertomana. He kuvaavat tehtäviään ja työtään laajasti. Opinnäytetyölle asetettu tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä saavutetaan. Kysely on varsin kattava, kun siihen osallistui yksitoista alueen kahdestatoista tiiminvetäjästä. Vastausinnokkuus perustuu tämän opinnäytetyön tekijän näkökulmasta kahteen asiaan: tiiminvetäjillä oli halu ja tarve kertoa työstään ja kyselyn vieminen henkilökohtaisesti sitoutti tiiminvetäjät osallistumaan. Aiheen valintaa ei kritisoitu tapaamisissa, vaan sitä pidettiin tärkeänä, lähinnä kyselyyn osallistuvien määrää olisi laajennettu koko henkilöstöön. Annettu kahden viikon vastausaika oli hyvä, sillä lähes kaikki vastasivat jälkimmäisellä viikolla. Kaikki eivät kuitenkaan vastanneet annetussa vastausajassa. Määräajan umpeuduttua lähetettiin tiiminvetäjille muistutussähköposti, jossa oli linkki Webropol-kyselyyn. Tämän jälkeen vastauksia tuli nopeasti. Tästä voi päätellä että nettikyselyn heikkous oli linkin monimutkainen osoite. Lisäksi kahdella vastaajalla oli hankaluuksia joko yhteyden saamisessa kyse-

lyyn tai vastauksen lähettämisessä. Kirjoittaminen koettiin etukäteen jos-sain määrin hankalana tapana antaa tietoa, haastattelua pidettiin parempa-na. Saadut vastaukset olivat niiden lukijan näkökulmasta harkittuja ja asiaa oli selvästi mietitty. Vastausten pituus vaihteli eikä kukaan täydentänyt vastaustaan myöhemmin.

Jatkotutkimusaihe tuli tiiminvetäjiltä itseltään; vastaava kysely kaikille työyhteisön jäsenille. Yleisesti esitettiin oletus, ettei ”ylemmillä tahoilla” ole konkreettista tietoa kotihoidon kentän tilanteesta ja työstä. Opinnäyte-työn tulosten perusteella lisäselvitystä kaipaa kotihoidossa käytetyn työ-ajan kartoittaminen. Se selvittäisi työajan käytön tarkoituksenmukaisuu-den työntekijän ja työtehtävien suorittamisen näkökulmasta. Saataisiin tie-to siitä, mikä olisi riittävä aika tiiminvetäjän tehtävien suorittamiseen. He-rää myös mielenkiinto mobiiliteknologian vaikutuksesta työn sisältöön Järvenpään tapaan. Tiiminvetäjät esittivät hieman näkemyksiään ja odo-tuksiaan tulevaisuuden suhteen, mutta niiden kartoitus tarkemmin auttaisi tiimien kehittämisessä.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoista. Monipuolisen teoriaosuuden keräämiseksi luettavaa kertyi paljon. Toisinaan teoriatiedon saanti eri näkökulmista on ollut haastavaa ja oleellisen asian valikoiminen on pohdituttanut. Itse kyselyosuuden tullessa ajankohtaiseksi ja tiiminvetä-jien luona käynnit olivat merkityksellisiä. Tapaaminen ja kontaktin luomi-nen, keskustelu antoivat käsitystä työn taustoista ja siitä ympäristöstä mis-sä tutkittava toiminta tapahtuu, ymmärrys aiheesta lisääntyi. Vastausten lukeminen ja työstäminen valmiiksi kokonaisuuksiksi oli työläs vaihe. Työn lähtökohtana oli pitää kertomukset niiden kertojien tarinoina, huo-lehtia, ettei tarinasta tule työn tekijän tulkintaa. Päädyttyäessä esittämään kertomukset sellaisenaan absoluuttisena totuutena siitä aiheutui joitakin ristiriitoja tarinaan, mutta samalla se lisää työn totuudellisuutta eikä vä-hennä kerätyn tiedon arvoa. Valittiin linjaus, että jokainen kertomus on yhtä tärkeä, merkityksellinen ja siten esitettyjen asioiden toistojen määräl-lä ei ole merkitystä kokemukseen perustuvan tiedon keräämisessä. Anonymiteetin säilyttäminen toisinaan yksityiskohtaisten kirjoitusten pe-rusteella oli vaativaa. Aihepiirinä tiiminvetäjien työn kokeminen on ollut oivallinen opinnäytetyön aihe, oma kiinnostus on pysynyt yllä ja siten työ on itse vienyt itseään eteenpäin.

Tämän opinnäytetyön merkitystä sen tekoon osallistuneille ja aiheen alku-peräiselle esittäjätaholle on vaikea arvioida. Teoriatietoa voi jokainen luki-ja hyödyntää omien taitojen kehittämisessä varsinkin hoidollisessa tiimis-sä. Kerätyn uuden tiedon avulla saa hyvän käsityksen kotihoidon tilantees-ta tiiminvetäjien näkökulmasta ja siten työ palvelee alkuperäisen idean an-tanutta tahoja Hämeenlinnan kotihoidon kehittämisessä.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uud. p. Tampere: Osuus-
kunta Vastapaino.
- Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home
through social and health care collaboration. Turun yliopisto. Hoitotieteet.
Väitöskirja.
- Eloranta, S., Arve, S. & Routasalo, P., 2009. Sosiaali- ja terveyshuollon
yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 3/2009, 135–145.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja koti-
tumisessa – kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä
PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tampereen yli-
opisto. Lääketieteet. Väitöskirja.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja Kirjoita. 15.-16. p.
Helsinki: Tammi.
- Hurri, S. 2012. Kotihoidon kiireeseen löytyi lääkkeitä. *Sairaanhoitajalehti*
9/2012, 12.
- Huusko, L. 2007. Työpaikkana tiimi: Miten tiimi kasvaa vastuuseen?.
Helsinki: Edita.
- Hämeenlinnan kaupunki. n.d. Koti- ja asumispalvelun tiimin vastaavan
sairaanhoitajan tehtäväkuva. Viitattu 14.9.2012.
- Hämeenlinnan kaupunki. Ikäihmisten palvelut. Viitattu 6.11.2011.
www.hameenlinna.fi/ikaihmissen_palvelut/Kotihoito.
- IKLA 15.3.2010. Hämeenlinnan kotihoidon kriteerit ja palvelujen sisältö
1.4.2010 alkaen. viitattu 20.3.2012.
www.hameenlinna.fi/pages/43554/Kotihoidon%20kriteerit.pdf
- Isoherranen, K. 2004. Moniammatillinen yhteistyö. 1. p. Helsinki: WSOY.
- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä –
moniammatillinen yhteistyö. 1. p. Helsinki: WSOY.
- Kansanterveyslaki 66/1972. 28.1.1972.
- Kansanterveyslaki 14/2004.
- Katzenbach, J. & Smith, D. 2009. Tiimit ja tuloksekas yritys. 5.p. Helsin-
ki: WSOY.
- Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki:
Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Laki sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta lisäys 2a 30.12.2004
Leppänen, P. 2005. Moniammatillista hoitoa kotona- Tutkimus kotihoidon organisointitavoista, osaamisen tarpeista ja moniammatillisesta yhteistyöstä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Pro Gradu -tutkielma.

Lestinen, M. 2009. Sairaanhoitajan toimenkuva ja osaaminen Jyväskylän kaupungin kotihoidossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme. Helsinki: Tammi.

Palmu, T. 2012. Mobiiliteknologia muuttaa kotihoitoa. Sairaanhoitajalehti 9/2012, 26–29.

Pikkuharju, H. 2004. Hoitajien kokemuksia yhdistyneestä kotihoidosta ja sen mukanaan tuomista muutoksista ja haasteista. HAMK. Opinnäytetyö.

Pitkänen, R. 2010. Johtamisen suurenmoinen keveys. Helsinki: Infor.

Puusa, A & Juuti, P. 2011. Metenelmäviidakon raivaajat, perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. JTO Johtamistaidon opisto.

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla, Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoiton yhdistymisestä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteet. Väitöskirja.

Skyttä, A. 2005. Tiimitys ja sen läpivienti: matkalla kohti matalampia organisaatioita. 3. p. Vantaa: Innotiimi Oy.

Sosiaalihuoltolaki 710/1982. 17.9.1982.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. n.d. Kotihoito. Viitattu 16.11.2011.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Syrjäläinen, E., Eronen A. & Värri V. 2007. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: University press.

Tenkanen, R., 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteet. Väitöskirja.

Tenkanen, R. 2004. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Gerontologia 1/2004, 32–34.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Väitöskirja.

Tepponen, P. 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Väitöskirja.

Thome, B., Dykes, A. & Hallberg, I. 2003. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of clinical nursing*. Vol 12. pp 860-872

Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY, 81–115.

Hämeenlinnan kotihoidon tiiminvetäjille

Olen HAMK:n sairaanhoidon-opiskelija ja teen opinnäytetyötäni Hämeenlinnan kotihoidosta. Työni idean lähtökohtana on Hämeenlinnan kaupungin antama opinnäytetyön tutkimusaihe: "Kotihoidon ja kotisairaanhoidon yhdistyminen tiimeiksi. Miten yhdistyminen on tapahtunut? Miten koetaan? Miten pitäisi edetä?". Tavoitteenani on selvittää yksittäisen työntekijän näkökulmasta miten hänen toimenkuvansa ja työtehtävänsä ovat muuttuneet kotisairaanhoidon ja kotihoidon yhdistyessä yhdeksi organisaatioksi jolloin hänestä on tullut tiiminvetäjä oman toiminta-alueensa kotihoidon työntekijöille.

Narratiivisen tutkimuksen tarkoituksena on todentuntu, joka ei perustu väitelauseisiin vaan tarinaan. Näiden tarinoiden kertojiksi tarvitsen teitä kaikkia jotka toimitte tiiminvetäjinä. Pyydän teitä kirjoittamaan työstänne niin kuin sen itse koette ja mitä ajatuksia se herättää, miten se on muuttunut verrattuna aikaan ennen muutosta, millaiseksi se on muuttumassa, mitä on tämänhetkinen sairaanhoitajuus kotihoidossa varsinkin tiiminvetäjän näkökulmasta.

Kirjoittamasi tarinan ei tarvitse olla kaunokirjallinen tuotos, pääasia on, että sinä kerrot itsellesi luontevalla tavalla miten työsi koet. Kirjoitelmasi pituus ei ole oleellinen vaan ”päivittäisen” työn kokemuksen kerääminen. Ranskalainen viiva, lentävä lause – ihan mikä vain on yhtä arvokas! Kertomuksesi kirjoitat kätevästi omalla tietokoneellasi Webropol-raporttina netissä silloin kun sinulla on aikaa, mielellään seuraavan kahden viikon aikana.

Osoitteessa <https://www.webpolsurveys.com/S/3210A0A7E4D403D8.par> olet suoraaan kyselyn alussa. Aluksi on muutama taustakysymys ja sitten voit vapaasti kirjoittaa. Kirjoitustilaa on useampi sivu innokkaalle kirjoittajalle. Jos et halua kertoa nimeäsi vastauksessasi niin voit kirjata vastaustunnuksen jonka avulla pystyn seuraamaan vastauksia. Voit vastata tarvittaessa kolme kertaa jos joudut keskeyttämään tai haluat vielä lisätä jotakin.

Kaikki tieto, mitä kerään työhöni jää vain omaan käyttööni ja työn valmistuttua materiaali hävitetään asianmukaisesti. Kenenkään yksittäisen kirjoittajan henkilöllisyys ei tule työssä esiin eikä ole tunnistettavissa.

Vastaustunnus: *tiiminvetäjälle annettu tunnus esim. A1, A2 jne.*

Marjaana Seppälä
marjaana.seppala@student.hamk.fi
P: 040-58 33 238

Opinnäytetyön ohjaajana:
Päivi Sanerma
paivi.sanerma@hamk.fi
P: 03-646 74 31

Webropol-kyselyn tiedot:

Vastaajan taustatiedot:

- Vastaajan tiedot: vastaustunnukseksi tai nimesi, yhteystiedot
- Kuinka pitkään olet toiminut tiiminvetäjänä ja/tai kotisairaanhoidossa?

Esimerkiksi näistä asioista toivon sinun kertovan (apukysymyksiä ennen vapaan tekstin kirjoittamiseen varattua tilaa):

- Miten sairaanhoitajuus on muuttunut omassa työssäsi?
- Oma kokemuksesi työstäsi?
- Konkreettiset työtehtävien muutokset, millaista työsi on nyt?
- Mihin suuntaan työsi on menossa?
- Mikä työssäsi on paremmin tai huonommin kuin ennen?
- Millaisia ajatuksia työsi sinussa herättää?
- Mitä tahtoisit kaikkien tietävän työstäsi?
- Ihan mitä vain haluat minulle kertoa!!

Saanko ottaa sinuun yhteyttä tarvittaessa jos haluan tarkentaa tai täsmentää jotakin kertomaasi?

- Paras tapa ja aika ottaa yhteyttä
- En halua, että minuun otetaan yhteyttä