



**PIRKANMAAN
AMMATTIKORKEAKOULU**

**KOTIHOIDON HENKILÖSTÖN NÄKÖKULMIA TILAAJA-
TUOTTAJAMALLIN ALKUVAIHEESTA**

Laura Mäkivirta

Opinnäytetyö
Syyskuu 2009
Sosiaalialan koulutusohjelma
Palveluohjauksen ja sosiaalityön vaihtoehtoi-
set ammattiopinnot
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma
Palveluohjauksen ja sosiaalityön vaihtoehtoiset ammattiopinnot

MÄKIVIRTA, LAURA:
Kotihoidon henkilöstön näkökulmia tilaaja-tuottajamallin alkuvaiheesta

Opinnäytetyö 47 s., liitteet 7 s.
Syyskuu 2009

Opinnäytetyön tarkoitus on tuoda esiin kotihoidon henkilöstön näkemyksiä Tampereen kaupungin tilaaja-tuottajamallista ja sen aiheuttamista muutoksista kotihoidossa. Opinnäytetyössä kiinnitetään huomiota myös asiakkaan näkökulmaan sekä muutoksiin henkilöstön työn perustehtävissä. Tilaaja-tuottajamalli on Tampereen kotihoidossa uusi toimintatapa järjestää palvelut.

Opinnäytetyössä on käytetty laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto on kerätty sähköpostitse lähetetyillä kyselylomakkeilla ja analysoitu käyttäen analyysimenetelmänä aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Viitekehyksenä opinnäytetyössä on tilaaja-tuottajamallin mukainen toimintatapa sosiaali- ja terveyssektorilla.

Opinnäytetyön tuloksina selvisi, että kotihoidon henkilöstön työn perustehtävät eivät ole merkittävästi muuttuneet tilaaja-tuottajamalliin siirtymisen jälkeen, mutta organisaation suuremman linjan muutokset aiheuttavat vielä hämmennystä. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna muutokset ovat aiheuttaneet epäselvyyttä erityisesti siinä, kuka nyt asiakkaan asiaa hoitaa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voi vetää johtopäätöksen, että tilaaja-tuottajamalli on vielä niin uusi toimintatapa kotihoidossa, että epäselvyydet näyttäisivät liittyvän uuden mallin jalkautumiseen. Kun tilaaja-tuottajamallin mukaiset toimintatavat selkiintyvät ja vakiintuvat, selkenee se henkilöstölle ja oletettavasti myös asiakkaille. Jatkotutkimukselle voisi olla aihetta, kun tilaaja-tuottajamalli on kunnolla asettunut Tampereen kotihoidon organisaatioon. Tällöin voisi tutkia asiakastyytyvää ja tehdä vertailututkimuksen henkilöstön näkemyksistä ennen ja jälkeen tilaaja-tuottajamallia.

Asiasanat: Tilaaja-tuottajamalli, kotihoito, kunta, palvelu.

ABSTRACT

Pirkanmaa University of Applied Sciences
Degree Programme in Case Management and Social Work

MÄKIVIRTA, LAURA:

Home care personnel's viewpoints about the order-producer model's first phase

Bachelor's thesis 47 pages

Number of attachment pages 7

September 2009

The purpose of this Bachelor's thesis is to examine home care personnel's opinions about the order-producer model and its changes in Tampere home care. The study also investigates the customers' viewpoints and the changes made in the personnel's work arrangements. Order-producer model is a new organizational process in the Tampere system of home care.

A qualitative method was used in this thesis. The material has been collected with the help of a questionnaire which addressed questions to the personnel of home care. The results of the respondents were analyzed using a content-based method. The frame of reference in this study is the order-producer model method in the social and healthcare system.

According to the results, home care personnel's assignments did not change outstandingly after the city had shifted to the order-producer model, but the bigger line changes in the organization could still inflict confusion. The outcomes demonstrate that changes have also produced ambiguities especially on the matter of responsibilities sharing between the personnel.

Overall, the study shows that the order-producer model is still a new way of action in home care. The ambiguities seem to be connected with the new model becoming stable and finding its recognition in Tampere. When the new ways of action have been applied, they will become clearer for the personnel too and also for the customers. A further study would be important to examine customer satisfaction and to make a comparative analysis between the situations before and after the commencement of order-producer model.

Keywords: order-producer model, home care, municipality, service.

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 5 |
| 2 UUSIA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMISTAPOJA | 7 |
| 2.1 Kasvavien menopaineiden kautta kohti tilaaja- tuottajamallia | 7 |
| 2.2 Tilaaja-tuottajamallin mukaiset toimijat terveyspalveluissa..... | 10 |
| 2.3 Kotihoito palvelutuotteena | 12 |
| 2.4 Tilaaja-tuottajamallin soveltaminen Tampereella..... | 13 |
| 2.5 Tilaajan ja tuottajan roolit Tampereen kotihoidossa | 14 |
| 3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN | 16 |
| 3.1 Tiedonhankinta ja tutkimusaineisto | 16 |
| 3.2 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi | 17 |
| 3.3 Aineiston analysoiminen..... | 18 |
| 3.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys | 20 |
| 4 TUTKIMUSTULOKSET | 23 |
| 4.1 Kotihoidon henkilöstön tehtävät ennen ja jälkeen tilaaja-tuottajamallia..... | 23 |
| 4.2 Asiakasnäkökulma kotihoidon palveluihin henkilöstön kokemana..... | 24 |
| 4.3 Asiakasnäkökulma tarkasteltuna SWOT – analyysin kautta | 27 |
| 4.4 Tilaaja-tuottajamallin vaikutuksia johtamiseen ja resurssien kohdentamiseen | 29 |
| 4.5. Muutoksien ennakointi työtehtäviin seuraavan kolmen vuoden aikana | 31 |
| 4.6. Kehittämisajatukset vastaajien näkökulmasta | 32 |
| 5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA | 34 |
| 5.1 Tulosten pohdinta sekä jatkotutkimuksen aiheet | 34 |
| LÄHTEET..... | 37 |
| LIITTEET | 40 |

1 JOHDANTO

1990 – luvun alun laman vuoksi sosiaali- ja terveyspalveluja jouduttiin supistamaan ja vanhuspolitiikan tavoitteet jäivät vain tavoitteiksi vailla toteutusta. Yhteiskunnallisessa ilmapiirissä vallitsi tällöin ideologinen muutos jonka myötä yhteiskuntapolitiikassa keskeisiksi tekijöiksi nostettiin tehokkuus ja taloudellisuus. (Tenkanen 2003, 19–21.) Nämä tekijät vaikuttavat edelleen kuntien talouden ohjauksessa, ja kun jälleen 2000 – luvulla on maailmanlaajuisestikin ajautettu heikkoon taloudelliseen tilanteeseen, kunnat ovat alkaneet suunnittelemaan markkinaohjautuneempia talouden strategioita kontrolloidakseen kasvavia menojaan.

Myös Tampereen kaupunki on reagoinut näihin kasvaviin menopaineisiin ja siirtynyt toteuttamaan tilaaja-tuottajamallia vuodesta 2007 alkaen. Malli on uusi ja ehkä vielä hakemassa paikkaansa Tampereella. Kiinnostuin selvittämään mitä mieltä kotihoidon henkilöstö on tilaaja-tuottajamallista ja millaisia ajatuksia se on nostattanut. Opinnäytetyöni tavoitteena oli saada tietoa Tampereen kotihoidon henkilöstön työn perustehtävissä ja asiakasprosessissa tapahtuneista muutoksista kaupungin siirryttyä järjestämään sosiaali- ja terveysalan palvelut tilaaja-tuottajamallin mukaisella strategialla. Henkilöstöllä tarkoitan opinnäytetyössäni kotihoidon asiakasohjaajia, lähipalvelualueiden esimiehiä sekä palveluesimiehiä.

Valitsin tämän aiheen, sillä tilaaja-tuottaja malli on tällä hetkellä ajankohtainen ja se kiinnostaa minua niin sosiaalialan ammattikorkeakouluopintojen kuin kunnallistalouden yliopisto-opintojenikin kannalta. Kerätessäni aineistoa opinnäytettä varten ja perehtyessäni kotihoidon organisaatioon, huomasin, että aihevalintani on myös haastava varsinkin siitä syystä, että tilaaja-tuottajatoimintatapa on suhteellisen uusi poliittisen ja taloudellisen ohjauksen väline myös Tampereella eikä se välttämättä ole vielä vakiintunut lopulliseen muotoonsa.

Opinnäytetyöni tehtävinä on selvittää

1. Miten kotihoidon asiakasohjaajien, palveluesimiesten sekä esimiesten työn perustehtävät ovat muuttuneet kaupungin siirryttyä palveluiden järjestämisessä tilaaja-tuottajamalliin sekä

2. Miten tilaaja-tuottajamallin käyttöönoton aiheuttamat muutokset ovat vaikuttaneet asiakastyöhön Tampereen kaupungin kotihoidossa.

Opinnäytetyöni tarkoitus on kyselyn tuottamien vastausten avulla nostaa esiin keskeisiä teemoja tilaaja-tuottaja toimintatapaan liittyen kotihoidossa ja pohtia mallin yleisiä tavoitteita ja niiden toteutumista Tampereen kotihoidossa. Tampereen kaupunki toteutti tilaaja-tuottajamallin pilottihankkeen vuonna 2005. Tämän pilottivaiheen aikana kaikki toimialat suunnittelivat omaa sovellustansa mallista. Vuodesta 2007 alkaen tilaaja-tuottajamallia on ryhdytty soveltamaan koko kaupungissa. (Tampereen kaupungin toimintamallin uudistusprosessin jatkaminen – peruslinjaukset ja aikataulu, 2003.)

2 UUSIA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMISTAPOJA

2.1 Kasvavien menopaineiden kautta kohti tilaaja- tuottajamallia

Perinteisesti kunnat ovat tuottaneet palvelunsa hierarkkisen toimintatavan mukaan, mikä tarkoittaa sitä että palvelut järjestetään kunnan omana tuotantona (Kallio, Meklin, Rajala, Saastamoinen & Tammi 2006, 19). 1990 – luvun lamavuosista alkaen kunnalliseen palvelutuotantoon on kohdistunut lisääntyvästi paineita joiden vuoksi kunnilla on ollut vaikeuksia selvittää tehtävistään (Kallio ym. 2006, 11).

Menopaineiden vuoksi kuntien on täytynyt reagoida palvelutuotannon rahoitusongelmiin. 1990 – luvulla rahoitusongelmiin on pyritty vastaamaan lyhyen tähtäimen suunnitelmilla, kuten lomautuksilla, mutta pysyviin ratkaisuihin tällaisin keinoin ei ole päästy. Akuutein tilanne on ollut sosiaali- ja terveyspalveluissa sillä nämä muodostavat kunnan taloudessa suurimman menoerän. (Kallio ym. 2006, 13.) Kuntien tulot, joista verot muodostavat suurimman tuloerän, eivät kuitenkaan ole kasvaneet menojen tahdissa (Kallio ym. 2006, 11).

2000 – luvulle tultaessa kuntien talous kriisiytyi. Kuntien talousongelmat kasvoivat lopulta niin suuriksi, että hallitus käynnisti vuoden 2005 keväällä kunta- ja palvelurakennemuutoksen, eli niin kutsutun Paras – hankkeen. Välittömänä syynä hankkeen käynnistämiseksi oli kuntien talouden heikentyminen terveydenhoitomenojen erittäin nopean kasvun vuoksi. Erityisenä uhkana tällaisessa tilanteessa oli se, että kunnat eivät enää pystyisi järjestämään lain velvoittamia peruspalveluja kuntalaisille. Peruspalveluilla tarkoitetaan tässä hankkeen yhteydessä kaikkia erityislainsäädäntöön perustuvia kuntien järjestämis- ja rahoitusvastuulla olevia peruspalveluja. (Rönkkö 2007, 101.)

Tulevaisuutta ajatellen vuoteen 2010 mennessä kunnat otaksuvat että muun muassa vanhusten kotipalveluissa ja asumispalveluissa yksityinen ja kolmas sektori ovat lisänneet osuuttaan palvelujen tuottajina (Lundström, 2003, 65). Kunnilla on kuitenkin edelleen vastuu peruspalvelujen järjestämisestä, vaikka kunnat eivät itse palvelua tuottaisikaan.

Markkinasuuntautuneet toimintatavat talouden ohjauksessa ja suunnittelussa ovat yleistyneet kuntasektorilla, ja hierarkkisesta toimintatavasta on siirrytty markkinaehtoisempiin menetelmiin (Kallio ym. 2006, 14). Tavoitteena on näin ratkaista talouden ongelmat. Juntunen ja Leinonen (2007, 39) kirjoittavatkin, että kunnat ovat toimineet yhdessä järjestääkseen ja suunnitellakseen vaadittavat palvelut. Kuntien rooli on muuttunut palvelujen tuottajasta palvelujen järjestäjäksi tai valvojaksi, sitä mukaa kun kunnat ovat alkaneet järjestää palvelujaan markkinaehtoisin menetelmin (Juntunen & Leinonen 2007, 39).

Kuntien yksiköitä on alettu muuttaa tilaajiksi ja tuottajiksi, jotka käyvät kauppaa keskenään (Kallio, ym. 2006, 14). Tuotteistamalla palvelut pyritään saamaan näkyväksi se, minne rahalliset resurssit todella kuluvat. Tilaajan ja tuottajan roolien selkeyttämisen kautta tavoitteena on myös saada eri toimijoiden työ näkyväksi. Briitta Koskiaho (2008, 167) kirjoittaa, että vielä vuonna 1992 ajatus kunnallisten palveluiden yksityistämisestä tuntui hänestä vieraalta ajatukselta. Miten sosiaali- ja terveyssektorin palveluja voitaisiin tuottaa taloudellinen hyöty mielessä, kuten mitä tahansa yritystoiminnan tuotteita?

Julkisen hallinnon uudistamisessa Suomi on ollut ulkomaisessa NMP- mallikoulussa. Koskiaho (2008, 179) siteeraa Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtaja Jari Mäki-Runsaan (2007) perusteluja tilaaja-tuottajamallin soveltamiselle, ja kirjoittaa että ne ovat suoraan NMP- opista. Periaatteita ovat mm. seuraavat:

1. Toiminnan läpinäkyväksi tekeminen,
2. Palvelujen tuotteistaminen, jolla tavoitellaan prosessien hallintaa,
3. Palvelun laadun ja hinnan tasapainon saavuttaminen, johon pyritään mm. kilpailutuksen avulla,
4. Palveluverkon ja strategisen kumppanuuden kehittäminen, sekä se, että
5. Asiakkaille tulee enemmän valinnan varaa. (Koskiaho 2008, 179–180.)

Eräsaari (2006, 91) kritisoi New Public Management toimintatapaa artikkelissaan toden muun muassa, että julkinen sektori muuttuu entistä joustamattommaksi ja huonommin palvelevaksi kun keksityn yksityisen sääntöjä aletaan tuoda julkiselle puolelle. Eräsaari kirjoittaa NPM: n peruseriaatteen olevan se, että yksityinen on julkista pa-

rempaa, tämän vuoksi yksityisen periaatteita yritetään tuoda julkiselle puolelle. Eräsaari esittää esimerkkejä Suomessa mm. Helsingissä ja Espoossa tehdyistä palvelujen järjestämistapojen muutoksista, jotka on tehty NMP – hengessä ja jotka ovat olleet toimimattomia etenkin kuntalaisen eli palvelun tarvitsijan ja käyttäjän näkökulmasta. Eräsaari (2006, 91) toteaaakin että kuntalaiset tarvitsevat paremman oikeusturvan kun julkisen sektorin tehtäviä siirretään uusiin organisaatioihin tai kilpailutetaan.

Norjassa vanhusten kotihoidossa on siirrytty tilaaja-tuottajamalliin. Vaikka NPM- mallin on tarkoitus vähentää byrokratiaa, se todellisuudessa lisää sitä; vaaditun paperityön ja sopimusten lisääntyessä muutoksiin vanhusten tilanteissa ei pystytä reagoimaan välttämättä yhtä nopeasti kuin aiemmin. (Eräsaari 2006, 93.)

Monista positiivisista seikoista huolimatta, tilaaja-tuottajamalli on siis saanut myös huomattavasti kritiikkiä osakseen. Koskiahon (2008, 181) kritisoi tilaaja-tuottajamallia kirjoittamalla mallin tuottamasta läpinäkyvyydestä. Koskiahon ihmettelee mitä toimintojen tekeminen läpinäkyvämmäksi todella tarkoittaa ja huomauttaa, että mallin mukana areenalle tulee uusia toimijoita, joita julkinen sektori ei voi täysin säädellä. Lisäksi näillä muilla toimijoilla voi olla erilaisia kiinnostuksen kohteita ja päämääriä kuin kunnan toimijoilla.

Koskiahon (2008, 181) tiivistääkin, että julkisen sektorin oma läpinäkyvyys saattaa kyllä parantua jossain määrin, mutta se mitä yksityiset palveluntuottajat tekevät jää kunnalle ainakin osittain tuntemattomaksi ja läpinäkymättömäksi. Englannissa kyseinen ongelma on pakottanut valtion valvontakoneiston rakentamisen ja jatkuvan tarkkailun, mikä taas on nostanut valtion kustannukset suuriksi. (Koskiahon 2008, 181.)

Eloranta (1996, 49) nostaa kritiikiksi mallin markkinaperusteisen ohjautumistavan, jonka kautta kunnalliset luottamushenkilöt mielletäänkin yrityksen hallinnoksi. Luottamushenkilöiden tehtävä taas on edustaa kuntalaisia, mutta jos kehitys etenee kohti kuntayritystä ja kuntalaiset muuttuvat asiakkaiksi, myös edustuksellisen demokratian luonne muuttuu olennaisesti (Eloranta, 1996, 49).

Edustuksellinen demokratia tarkoittaa nimenomaan sitä, että kansalaiset voivat vaikuttaa päätöksentekoon valitsemiensa edustajien kautta (Siitonen, P. 2007, 245). Eloranta

(1996, 49) kirjoittaa, että tällaisessa tapauksessa, kun kunnan luottamushenkilöt ajatellaan yrityksen hallinnoksi, yrityksen omistajan roolissa toimivien aiempien luottamushenkilöiden intressi onkin yrityksen hyvän eikä kuntalaisten hyvän edistäminen.

Lisäksi Eloranta (1996, 51) esittää, että näennäismarkkinoiden luominen voi kestää pitkään ja aiheuttaa kustannuksia kunnalle, näin ollen kustannukset saattavat alussa kohota. Kuntaorganisaatiossa on myös hankala erottaa toisistaan tilaajat ja tuottajat. Eloranta (1996, 51) kirjoittaa, että kunta saattaa helposti ajautua tilanteeseen, jossa tilaajalla ei ole kosketusta käytännön toimintaan. Muun muassa päätöksentekoväylien pidentyminen ja monimutkaistuminen on eräs monista tilaaja-tuottajamallin ongelmista (Eloranta 1996, 54).

Kovalainen ja Österberg-Högstedt (2008, 45) mainitsevat tutkimuksessaan käyneen ilmi, että kilpailutukseen liittyviä negatiivisia seikkoja ovat ainakin seuraavat; kilpailutus vaatii paljon työtä kuntasektorilla, hintataso saattaa nousta kilpailutuksen myötä ja valvonnan hallinta vaikeutuu. Lisäksi Kovalaisen ja Österberg-Högstedtin tutkimuksesta nousi esiin, että palvelun tuottajia on vähän eikä aitoa kilpailua tämän vuoksi synny.

2.2 Tilaaja-tuottajamallin mukaiset toimijat terveyspalveluissa

Kun tilaaja-tuottajamallia sovelletaan terveydenhuollossa, toimeksiantajia ovat ne, jotka mm. määrittelevät tavoitteet, valitsevat niitä toteuttavat palvelutyypit sekä osoittavat niihin tarvittavat resurssit. Suomalaisessa terveydenhuollossa toimeksiantajia ovat kunnat, joiden tehtävänä on määrittellä kuntalaisten tarvitsemat palvelut ja osoittaa niihin tarvittavat resurssit. (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006, 15.)

Lillrankin ja Haukkapää-Haaran (2006, 15) mukaan tilaajana terveyspalveluissa toimii henkilö, organisaatio tai yksikkö, jolle toimeksiantaja on tehtävän osoittanut. Tilaaja arvioi, kilpailuttaa sekä tekee tilauksia ja valvoo niiden noudattamista. Tilaajan toimenkuvaan kuuluu myös sovittaa yhteen toimeksiantajan määrittämät tavoitteet, käytettävissä olevat resurssit sekä saatavilla olevat palvelut siten, että terveystaloudelliset prioriteetit tulevat huomioituiksi. Myös vaihtoehtoisten toimenpiteiden kustannusvaikuttavuus on huomioitava. (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006, 15.)

Palvelun tuottajan tehtävä on päättää miten tilaajan kanssa sovitut palvelut tuotetaan. Tuottaja vastaa palvelun laadusta asiakkaalle ja tilaajalle. (Kuopila et al. Suomen Kuntaliitto 2007, 10.) Lillrankin ja Haukkapää-Haaran (2006, 15) mukaan tuottajaorganisaatioiden tärkeimpiä tehtäviä ovat muun muassa tuotannollinen tehokkuus, markkinaorientoituneisuus sekä oikeus päättää omalla toiminnalla ansaitun hyvän tuloksen käytöstä. Palveluiden tuottajat voivat olla kunnan organisaatiossa toimivia sisäisiä yksiköitä tai sitten ulkoisia yksiköitä, kuten kuntayhtymiä tai esimerkiksi yksityisiä yrityksiä (Kuopila et al. Suomen Kuntaliitto 2007, 10-11).

Palveluiden tuottamista ohjataan tilaajan ja tuottajan välisellä sopimuksella. Sopimuksessa konkretisoituu toimijoiden vastuunjako. Sopimuksessa määritetään mm. palvelun sisältö ja palvelutuotteiden hinta, laatu sekä määrä. Sopimuksella on muitakin tehtäviä; sillä määritellään lisäksi muun muassa kyseisen palvelun asiakkaat, palvelumaksujen suuruus, tuloksellisuuden kriteerit sekä arviointitavat. (Kuopila et al. Suomen Kuntaliitto 2007, 13.)

Kuopilan ym. (2007, 13) mukaan tuotteistamisessa on kyse siitä, että koko yksikön toiminta jäsennetään asiakkaan käyttämiksi palvelukokonaisuuksiksi eli tuotteiksi. Tuote voi siis olla palvelu, tavara tai näiden yhdistelmä. Näennäismarkkinoilla tai kvasimarkkinoilla tarkoitetaan tilannetta, jossa luodaan markkinaolosuhteet julkisen sektorin sisälle. Tilaaja-tuottaja toimintatapa on tapa toteuttaa näennäismarkkinat. Näennäismarkkinoilla kaikki palveluntarjoajat eivät ole voittoa tavoittelevia yrityksiä.

Näennäismarkkinoiden tavoite on tehostaa toimintaa hyödyntämällä kilpailutilanteeseen liittyviä kannustimia. (Kuopila ym. 2007, 12.) Kritiikkiä kilpailuttamiseen on kohdistettu mm. siitä syystä, että se voisi olla uhka suomalaiselle hyvinvointimallille, lisäksi se yhdistetään helposti yksityistämiseen. Monipuolinen palvelutuotanto tulisi kuitenkin nähdä voimavarana, joka vahvistaa kunnallista palvelutuotantoa. Kunnalla tulee olla kilpailupoliittinen strategia, joka on välttämätön palvelujen kokonaisvaltaisen kehittämisen kannalta. (Lundström, 2003, 23.)

2.3 Kotihoito palvelutuotteena

Tenkanen (2003, 13) kirjoittaa kotihoidon olevan uusi käsite hyvinvointipalvelujen kentässä, jossa sosiaali- ja terveystalvet on tavanomaisesti erotettu toisistaan ja tuotettu eri hallintokuntien alaisuudessa. Tenkanen (2003, 13) siteeraa Rintalaa (1995, 152–154) ja toteaa kotipalvelun sekä kotisairaanhoidon kehittyneen Suomessa toisistaan erillään, selventäen että kummankin tehtäväkentässä on toiminut oman alansa asiantuntijuutta edustavat työntekijät. Vanhusten kotipalvelussa ovat perinteisesti työskennelleet kodinhoitajat sekä kotiavustajat ja sosiaali- ja terveydenhuollon perustutkintoa koskevan uudistuksen jälkeen lähihoitajat. Kotisairaanhoidosta sen sijaan ovat vastanneet terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat. (Tenkanen 2003, 13 siteeraa Mäkistä ym. 1997, 34–36.) Tenkasen (2003, 13) mukaan useimmissa kunnissa on kotisairaanhoido ja kotipalvelu yhdistetty kotihoidoksi osana sosiaali- ja terveystoimen yhdistämistä.

Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen julkaisussa (1993, 70) kotihoito määritellään sellaisiksi tuotteiksi, jotka annetaan kotona pääosan vuorokaudestaan asuville asiakkaille, joiden tarkoituksena on tukea kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Maailman terveysjärjestö, WHO, on määritellyt kotihoidon joukoksi erilaisia terveys- ja sosiaalipalveluja, jotka tuotetaan asiakkaalle hänen kotonaan. Näiden yhteen sovitettujen palvelujen on tarkoitus hidastaa, ehkäistä tai korvata pitkäaikaista tai väliaikaista laitoshoidoa. (Hammar 2008, 21.) Tenkasen (2003, 13) mukaan kotihoito – nimitystä käytetään koti- ja kotisairaanhoidopalvelujen sekä tukipalvelujen kokonaisuudesta.

Hammar (2008, 22) kirjoittaa, että kotihoidoa voidaan määritellä monesta eri näkökulmasta; toiminnan, sisällön tai toimijoiden kautta. Kun kotihoito määritellään toiminnan kautta, on kotihoidon tarkoitus parantaa asiakkaan elämänlaatua ja tukea kotona asumista. Henkilön avun ja palveluiden tarve taas määrittää kotihoidon sisältöä.

Kotihoidoa voidaan määritellä myös toimijoiden näkökulmasta käsin. Toimijoita ovat organisaatiot, niiden alayksiköt ja ammattiryhmät. Laki määrää, että kuntien on järjestettävä kotihoidon palvelut kuntalaisille. Kunta voi järjestää palvelut omana toimintana, yhteistyössä toisen kunnan kanssa tai ostopalveluina kolmannelta sektorilta tai yksityisiltä yritysiltä. (Hammar 2008, 22.)

Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta (1998, 263) kirjoittavat, että Suomessa on 1970- luvulla vakiintunut käsite vanhuspolitiikka. Tällä käsitteellä tarkoitetaan toimia joilla koetetaan parantaa ikääntyneiden ihmisten aseman parantamiseen, tarpeiden tyydyttämiseen ja hyvinvoinnin edistämiseen suunnattuja tavoitteita, toimintalinjoja sekä yksittäisiä toimia. Koskinen ym. (1998, 263) täsmentävät, että suomalaista vanhuspolitiikkaa ovat toteuttaneet pääasiassa kunnat ja valtio, mutta nytemmin myös järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat toteuttavat vanhuspolitiikkaa etenevässä määrin. Tästä voi päätellä että myös siis kotihoidon palvelut ovat osa kunnan toteuttamaa vanhuspolitiikkaa.

Kunnat itse päättävät lainsäädännön rajoissa miten vanhuskysymys ratkaistaan ja vanhuspolitiikkaa toteutetaan. Väestön ikääntyessä ja kuntien taloudellisten voimavarojen heikentyessä strategisen suunnittelun merkitys on noussut keskeiseksi vanhuspolitiikan osalta. Suunnittelun kautta etsitään uusia vanhuspalvelujen kehittämissuunnitelmia sekä selvitetään ja arvioidaan näiden linjojen toteuttamiskelpoisuutta. (Koskinen ym. 1998, 270.)

Tampereen kaupungin kotisivulla (Tampereen kaupungin kotisivu, vanhuspalvelut, 2009) kotihoidon palveluja määritellään seuraavasti: ”Kotihoidon avulla asiakas selviytyy päivittäisistä toiminnoista: kotihoidon työntekijät auttavat niin peseytymisessä, pukautumisessa, aterioiden valmistuksessa ja vaatehuollossa kuin sairaanhoidollisissa ja terveydenhoidollisissa asioissa. Palvelua voidaan tarvittaessa antaa monta kertaa päivässä, öisin ja viikonvaihteissa.” Tampereella kotihoidon palveluja säännöllisesti tarvitseville laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma. Tässä arvioidaan asiakkaan palvelutarve, jonka perusteella määräytyy kotihoidosta perittävä kuukausimaksu. (Tampereen kaupungin kotihoito, 2009.)

2.4 Tilaaja-tuottajamallin soveltaminen Tampereella

Vuonna 2001 Tampereen kaupunki hyväksyi ”Kaikem paree Tampere” – kaupunkistrategian (Kaikem paree Tampere. Tampereen tasapainoinen kaupunkistrategia 2001–2012). Siirtyminen tilaaja-tuottajamalliin on tapahtunut asteittain, vuonna 2004 uusittiin muun muassa lautakuntarakennetta sekä organisoitiin joitain palveluyksiköitä liikelaitoksiksi. Palveluja myös tuotteistettiin jo vuonna 2004. (Kallio ym. 2006, 64.) Vuonna

2007 Tampere siirtyi kokonaan tilaaja-tuottajamalliin sekä pormestarimalliin. (Tampereen kaupungin toimintamalli, 2007, Liite 3.)

Vuoden 2009 aikana kaupunkistrategiaa uudistetaan jälleen ja strategia laaditaan vuosille 2009–2020. Tilaaja-tuottajamallin avulla muun muassa uudistetaan poliittista ohjausjärjestelmää sekä pyritään tekemään tuote eli asiakkaan saama palvelu näkyvämmäksi. Lisäksi mallin avulla pyritään uudistamaan kaupungin omaa palvelutuotantoa sekä lisäämään yksityisen palvelutuotannon osuutta kunnallisissa palveluissa. Tilaajalautakunnat vastaavat palvelujen tilaamisesta. Tilaajalautakuntia on Tampereella kuusi. Tilaaja arvioi palvelun tarpeen ja hankkii tarvittavat palvelut. Esimerkiksi ikäihmisten palvelujen lautakunta toimii Tampereella vanhusten palvelujen tilaajalautakuntana. Tampereella sovellettavassa tilaaja-tuottajamallissa tilaajalautakunnat on muodostettu asiakaslähteisesti, huomioiden asiakkaiden erilaiset elämäntilanteet. Tampereen mallissa tuottajat keskittyvät palvelujen tarjoamiseen sekä palvelutuotteiden kehittämiseen ja toiminnan tehostamiseen. Kaikki palvelut tuotteistetaan eli määritetään hinta ja laatu. (Tampereen kaupungin toimintamalli, 2007.)

2.5 Tilaajan ja tuottajan roolit Tampereen kotihoidossa

Tampereen kotihoidon palveluksessa olevista työntekijöistä osa työskentelee tilaajan ja osa tuottajan puolella. Kotihoidon asiakkaan palvelun tarpeen arviointi siirtyi tuotannosta tilaajalle 1.11.2008, joten kotihoidon organisaatiossa on tapahtunut uudistuksia vielä juuri ennen tämän opinnäytetyön aloittamista. Kotihoidon asiakasohjaajat työskentelevät asiakasohjauspäällikön sekä tilaajapäällikön alaisuudessa. Asiakasohjaajia työskentelee Tampereen kotihoidossa yhteensä 19. Tampereen kaupunki on jaettu lähipalvelualueisiin joita on 22. Jokaisella lähipalvelualueella on oma asiakasohjaajansa. Kotihoidon esimiehet vastaavat lähipalvelualueen toiminnasta. Kotihoidon esimiehiä on yhteensä 23. Kotihoidon palvelut asiakas tilaa asiakasohjausyksiköstä oman alueensa asiakasohjaajalta. (Taimi 2009, 3.)

Asiakasohjausyksikön tehtäviä on mm. arvioida asiakkaan palvelutarve sekä hankkia asiakkaalle sopiva palvelu ja hoito. Oleellista on, että asiakasohjausyksikössä valvotaan

myös sitä, että asiakkaan saama palvelu on laadukasta. Palvelun tuottajana toimii tällöin kaupungin kotihoito, yksityinen palveluntuottaja tai kolmas sektori. Lähipalvelualueet on lisäksi jaettu viiteen suurempaan kokonaisuuteen ja jokaisella alueella toimii palveluesimies. Palveluesimiehiä kotihoidossa työskentelee siis yhteensä viisi. (Taimi 2009, 3.)

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tiedonhankinta ja tutkimusaineisto

Tutkimukseni on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kyselylomaketta tutkimustani varten aloin luonnostella tammikuussa 2009. Luin tilaaja-tuottaja malliin liittyvää kirjallisuutta sekä tutustuin Tampereen kotihoidon organisaatioon joka ei ollut minulle ennestään tuttu. Kotihoidon organisaatiosta ja siinä tapahtuneista muutoksista minulle kertoi kotihoidon asiakasohjaaja, jonka tapasin siksi, että saisin lisää pohjatietoa tutkimukseni kyselylomakkeiden luonnostelua varten. Maaliskuussa 2009 lähetin kyselylomakkeet viidelle palveluesimiehelle, kahdellekymmenellekolmelle esimiehelle sekä yhdeksälletoista asiakasohjaajalle. Vastausaikaa annoin kolme viikkoa.

Koska vastauksia tuli hyvin vähän, laitoin sähköpostin jossa muistutin tutkimuksestani ja toivoin mahdollisimman monen vastaavan. Lopputuloksena sain yhteensä kaksitoista vastausta. Vastaajista neljä toimii kotihoidon asiakasohjaajana ja kahdeksan on kotihoidon esimiestä. Palveluesimiehistä ei vastannut yksikään. Tarkoitukseni oli, että mikäli vastauksista kertyvä aineisto jää liian suppeaksi tutkimukseni kannalta, pyrin lisäksi haastattelemaan kahta kotihoidon päällikköä. Vaikka vastauksia tuli vähän suhteessa lähetettyjen kyselyjen määrään, syntyi aineistoa tarpeeksi tämän laadullisen tutkimuksen onnistumisen kannalta. Tästä syystä päädyin tyytymään saamaani aineistoon ilman haastatteluja. Vastaukset joita sain, olivat selkeitä ja tarpeeksi laajoja, jotta pystyin nostamaan esiin tutkimukseni kannalta keskeisiä teemoja ja huomaamaan yhteneväisyyksiä vastaajien kokemusten kesken.

3.2 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Kyselyn vastaukset analysoin käyttäen menetelmänä sisällönanalyysia. Tuomi ja Sarajärvi (2006, 105) määrittelevät sisällönanalyysia muun muassa siten, että sen avulla koetetaan saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysilla järjestetään ja luokitellaan kerätty aineisto johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 105.) Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, ja Tuomi ja Sarajärvi (2006, 93) korostavatkin, että lähes kaikki laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat juuri sisällönanalyysiin tavalla tai toisella. Vielä tarkemmin määriteltynä analyysimenetelmäni oli lähinnä aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Tuomi ja Sarajärvi (2006, 110) kirjoittavat Milesin ja Hubermanin (1984) kuvaavan aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysia prosessiksi jossa on kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen, ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Pelkistämisen tarkoitus on karsia kirjoitetusta aineistosta tutkimukselle epäolennainen tieto pois. Seuraavassa vaiheessa eli ryhmittelyssä aineistosta nostetut alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja samalla etsitään yhteneväisyyksiä tai/ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 110–112.)

Tuomen ja Sarajärven (2006, 114) mukaan abstrahointivaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tämän valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Myös ryhmittely on osa abstrahointiprosessia. Abstrahoinnin tarkoituksena on että alkuperäisistä kielellisistä ilmauksista edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 114.) Näitä periaatteita noudattaen ja soveltaen lähdin analysoimaan aineistoani.

3.3 Aineiston analysoiminen

Seuraavaksi esitän tiivistetysti miten muodostin luokat ja niiden kautta määrittävät teoreettiset käsitteet tutkimusaineiston pohjalta. Asiakkaan näkökulmaa käsittelevien kysymysten pohjalta nousi esiin seuraavat luokat:

1. Epävarmuus tai huoli siitä, kehen olla yhteydessä,
2. Asiakkaan kokema, muutosten aiheuttama, yleinen epätietoisuus,
3. Huoli siitä välittyvätkö kaikki asiakkaan tarpeet tilaajalle tarpeeksi hyvin.

Näiden luokkien pohjalta muodostin seuraavan teoreettisen käsitteen:

Huoli asiakkaan asemasta muutosten keskellä.

Kustannustietoisuuden lisääntymistä käsittelevien kysymysten pohjalta nostin seuraavat luokat analysointivaiheessa:

1. Korvamerkityt rahat ja määrärahat yleensäkin lisäävät turvallisuuden ja varmuuden tunnetta.
2. Huoli kustannusten noususta siitä syystä, että palveluja ostetaan oman tuotannon ulkopuolelta.
3. Suositusten mukaisten työtuntimäärien noudattaminen.
4. Kilpailutuksen aiheuttama paine.

Näiden luokkien kautta muodostin seuraavat teoreettiset käsitteet:

1. Rahallisten resurssien kontrolloimisen tuoma turvallisuuden tunne sekä luottamus resursseja ohjaaviin tahoihin.
2. Stressiä tuottava kilpailutus

Johtamiskäytäntöjen muutosta koskevista vastauksista kehkeytyi seuraavat luokat:

1. Esimiehellä aikaisempaa enemmän aikaa olla läsnä,
2. Työkäytäntöjen muuttumisesta johtuva stressi asiakasohjaajien kokemana ja näistä yhteenvedona teoreettinen käsite:

1. Esimiehen työhön varattu aikaa tarpeeksi mutta työkäytäntöjen muuttuminen aiheuttaa painetta asiakasohjaajille.

Taulukko 1. havainnollistaa muodostamani luokat sekä teoreettiset käsitteet.

TAULUKKO 1. Yhteenvedo aineiston analysoimisesta

| | |
|---|---|
| <p>Asiakkaan näkökulma</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Epävarmuus tai huoli siitä, kehen olla yhteydessä 2. Asiakkaan kokemaa yleinen epävarmuus 3. Huoli asiakkaan tarpeiden välittymisestä tilaajalle | <p>Teoreettinen käsite</p> <p>Huoli asiakkaan asemasta muutosten keskellä.</p> |
| <p>Kustannustietoisuuden lisääntyminen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Määrärahat tuovat turvallisuuden tunteen 2. Huoli kustannusten noususta 3. Suositusten mukaisten työtuntimäärien noudattaminen 4. Kilpailutuksen aiheuttama paine | <p>Teoreettinen käsite</p> <p>Rahallisten resurssien kontrolloimisen tuoma turvallisuuden tunne sekä luottamus resursseja ohjaaviin tahoihin.</p> <p>Stressiä tuottava kilpailutus</p> |
| <p>Johtamiskäytäntöjen muutos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esimiehellä aikaisempaa enemmän aikaa olla läsnä 2. Työkäytäntöjen muuttumisesta johtuva stressi asiakasohjaajien kokemana | <p>Teoreettinen käsite</p> <p>Esimiehen työhön varattu aikaa tarpeeksi mutta työkäytäntöjen muuttuminen aiheuttaa painetta asiakasohjaajille.</p> |

3.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksessani mainitsen välillä vastaajien määrän tiettyyn mielipiteeseen liittyen. Jotta yhdenkään vastaajan henkilöllisyys ei kävisi tutkimuksessa ilmi tai olisi pääteltävissä, kirjoitan toisinaan myös epätäsmällisemmin vastaajien mielipiteiden määrästä. Tutkimusaineistoni on pieni ja tutkimus kvalitatiivinen, joten nämä seikat asettavat tiettyjä rajoitteita työlleni, mutta samalla myös avaavat useita näkökulmia, joita kvantitatiivinen tutkimus ei ehkä pystyisi avaamaan.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäisi, jos voisin mainita tarkat vastausten määrät kuhunkin kysymykseen, mutta eettisyyden nimissä en voi niin tehdä. Eskola ja Suoranta (1998, 20) kirjoittavat teoksessaan, että laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on tietynlaista vapautta. Näin tutkijalla on myös mahdollisuus joustavasti suunnitella ja toteuttaa tutkimuksensa. Eskola ja Suoranta (1998, 20) korostavat myös, että laadullisen tutkimuksen ollessa kyseessä tutkijalta vaaditaan tutkimuksellista mielikuvitusta, esimerkkinä kirjoitustapaan liittyvät ratkaisut.

Tutkimusta tehdessäni huomasin laadullisen tutkimusotteen asettavan yllättävän suuria haasteita. Vaikka kvalitatiivinen tutkimus voi olla ehkä kvantitatiivista tutkimusta joustavampi, voi aiheessa pysyminen ja aiheen rajaaminen olla vaativaa. Haasteena on asettaa rajat, joiden sisällä pysyä. Mielestäni aineiston analysoiminen oli myös haastavaa, huolimatta siitä miten paljon luin kirjallisuutta ja perehdyin sisällönanalyysiin menetelmänä. Eskola ja Suoranta (1998, 209) kirjoittavatkin: ”Erityisesti kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja näin ottamaan yhtä aikaa kantaa sekä analyysin kattavuuteen että tekemänsä työn luotettavuuteen”.

Kujala vertailee (2007, 21) kirjoitetun ja suullisen kertomuksen eroja aineiston keruussa ja toteaa että kirjoitettu kertomus saattaa muodostua tietyksi tarinatyyppiä. Kujala esittää esimerkin opettajasta, joka on kokenut paljon vastoinkäymisiä urallaan eikä tästä syystä näe tulevaisuuttakaan valoisana vaikka on jäämässä eläkkeelle. Kujala kirjoittaa, että kertojat (tai vastaajat) saattavat pysyä tietyssä ja valitussa kerronnan genressä.

Tietyissä genressä pysyminen voisi vaikuttaa myös tämän opinnäytetyön vastauksissa. Laadullisen tutkimuksen ollessa kyseessä vastauksiin heijastuvat vastaajien omat henki-

lökohtaiset kokemukset ja tuntemukset aiheeseen liittyen. Vastaukset ovat siis vastaajien subjektiivisia tulkintoja ja kokemuksia, eivät aina objektiivisia tosiasioita, eikä mitään oikeaa tai väärää objektiivista tosiasiaa voi kaikkiin tämän tutkimuksen kysymyksiin osoittaakaan.

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2004, 26–27) määrittelevät teoksessaan tutkimuksen eettiset vaatimukset. Kirjoittajat huomauttavat että jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimusta suunnitteleva muun muassa pohtii kannattaako valita vai välttää muodinmukaisia aiheita; valitaanko aihe joka ei ole tärkeä, mutta jota koskeva tutkimus on helposti toteutettavissa.

Omaan aihevalintaan vaikutti luonnollisesti ensinnäkin se, että tutkimus tulee koskemaan sosiaalialaa. Toinen vaikuttava seikka oli kiinnostukseni kunnallistaloutta ja tilaaja-tuottaja toimintatapaa kohtaan. Koska kotihoidon organisaatioon liittyivät nämä molemmat seikat, ja sain tutkimusluvan, lähdin mielenkiinnolla selvittelemään tilaaja-tuottaja toimintatavan ensi askelia Tampereen kotihoidossa.

Toisena eettisenä vaatimuksena Hirsjärvi ym. (2004, 26–27) määrittävät, että ”Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu on selvitystä vaativa tehtävä”. Tässä tulee tutkijan miettiä, millaista tietoa ihmisille annetaan ja miten heidän suostumus hankitaan sekä sisältykö tutkimuksen osallistumiseen riskejä (Hirsjärvi ym. 2004, 26–27). Kolmanneksi eettiseksi vaatimukseksi Hirsjärvi ym. (2004, 27) nostavat hyvin oleellisen seikan, eli sen, että tutkimustyössä tulee välttää epärehellisyyttä kaikissa tutkimuksen osavaiheissa. Tämä tarkoittaa Hirsjärven ym. (2004, 27) mukaan muun muassa sitä, että toisten tekstejä ei saa plagioida, tuloksia ei sepitetä eikä myöskään kaunistella.

Pyrin noudattamaan yllä mainittuja periaatteita mahdollisimman tarkasti tutkimusta tehdessäni. Kun lähetin kyselyt kotihoidon henkilöstölle, mietin tarkkaan sanamuotoja, joilla ilmaista millainen tutkimus on kyseessä ja mitä mahdollinen vastaaminen merkitsee. Korostin, että yhdenkään vastaajan henkilöllisyys ei tule tutkimuksessa julki. Jotta lainauksista ei tule plagiointia, olen perehtynyt kirjallisuuteen ja merkinnyt tarkkaan mitkä osat tästä opinnäytetyöstä ovat lainattua tekstiä ja mikä taas omaa ajatuksen juoksuani. Lähteitä olen pyrkinyt käyttämään kattavasti, mutta koska tämä on ensimmäinen tutkimukseni, tietysti parantamisen varaa löytyy. Kokeneempi tutkija olisi voinut esi-

merkiksi käyttää toisenlaista tapaa analysoida aineisto tai jotain muuta keinoa kerätä vastaukset.

Kyselylomakkeessa (Liite 1.) kysyin kotihoidon henkilöstöltä yhteensä 14 kysymystä ja lisäksi pyysin kehittämisehdotuksia. Aineistoa analysoidessani huomasin, että osaan kysymyksistä oli tullut selkeästi enemmän vastauksia kuin toisiin. Aineiston analysointivaiheessa muodostin luokat kysymysten pohjalta, joihin sain eniten vastauksia ja kannottoja. Jos kaikki työntekijät, joille kyselyn lähetin, olisivat vastanneet jokaiseen kysymykseen, luulen että tutkimusaineistoni olisi voinut muodostua liian laajaksi käsitellä ainakin näin kokemattomalle tutkijalle. Tutkimuksen luottavuutta pohtiessani mietin myös miksi suuri osa kyselyn saaneista jätti vastaamatta. Olisivatko tulokset olleet kovin erilaiset jos juuri nämä, jotka jättivät vastaamatta, olisivatkin vastanneet?

4 TUTKIMUSTULOKSET

4.1 Kotihoidon henkilöstön tehtävät ennen ja jälkeen tilaaja-tuottajamallia

Seuraavan kuvion (Taulukko 2.) kautta pyysin vastaajia määrittelemään tehtäväänsä kotihoidon asiakasprosessissa ja työnsä perustehtäviä sekä ennen tilaaja-tuottajamallia, että sen käyttöönoton jälkeen. Kuvio on sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu vuodelta 2007 ja siinä kuvataan sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön työtehtävien suositusta. Kuten jo aiemmin mainitsin, kyselyihin vastasi neljä kotihoidon asiakasohjaajaa ja kahdeksan kotihoidon esimiestä. Palveluesimiehet eivät vastanneet.

TAULUKKO 2.

| Asian vireilletulo | Palvelutarpeen arviointi | Palvelusuunnitelma | Päätökset, toimenpiteet ja palvelut | Vaikutusten arviointi | Asiakkuuden päättäminen |
|--------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|--------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------|

(Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2007:14
Helsinki 2007 Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus)

Asiakasohjaajat kuvasivat tehtäväänsä ennen tilaaja-tuottajamalliin siirtymistä muun muassa seuraavasti: Ennen tilaaja-tuottajamalliin siirtymistä asiakasprosessin kaikki vaiheet kuuluivat toimenkuvaan. Osa asiakasohjaajista kertoi toimineensa tiiminvetäjänä. Tiiminvetäjinä toimineiden asiakasohjaajien toimenkuvaan kuului myös henkilöstöhallinto.

Tärkeimmiksi perustehtävikseen ennen mallia asiakasohjaajat määrittivät mm. palvelutarpeen arvioinnin, palvelu- ja hoitosuunnitelmien tekemisen, asiakkaiden laadukkaasta hoidosta huolehtimisen sekä palvelujen järjestämisen. Tilaaja-tuottajamalliin siirtymisen jälkeen toimenkuvia määriteltiin seuraavasti: edelleen keskeinen tehtävä on asiakkaiden palvelutarpeen arviointi sekä palvelujen järjestäminen. Myös laadun seuranta sekä arviointi kuuluvat tehtäviin ja ostopalvelusta ostetaan tarvittava kotihoito. Tavoite on mahdollistaa asiakkaan kotona asuminen.

Kotihoidon esimiehet kuvasivat työnsä perustehtäviään suurelta osin samalla tavoin kuin asiakasohjaajatkin; palveluprosessin jokainen vaihe oli kuulunut työtehtäviin. Kuten asiakasohjaajienkin kohdalla, myös tiiminvetäjinä toimineiden esimiesten työhön oli

kuulunut henkilöstöhallintoa. Kotihoidon esimiesten nykyisiä tehtäviä vastaajat määrittelivät muun muassa siten, että tehtäviin kuuluu tilausten vastaanotto asiakasohjaajilta sekä alueen resurssien tarkastelu ja pohtiminen miltä osin asiakkaan tarpeisiin kyetään vastaamaan, ja vaatiiko palvelu- ja hoitosuunnitelma muutosta. Monet esimiehistä määrittivät yhdeksi perustehtäväkseen yhteistyön asiakasohjaajien kanssa.

4.2 Asiakasnäkökulma kotihoidon palveluihin henkilöstön kokemana

Kotihoidon henkilöstöstä useat vastaajat kokivat, että tilaaja-tuottajamalliin siirtymisen jälkeen asiakkailta on ollut hankaluuksia ymmärtää, kenelle soittaa mistäkin asiasta. Kuusi vastaajaa kahdestatoista koki, että asiakkaiden keskuudessa on tällä hetkellä yleistä epätietoisuus siitä, kuka juuri hänen asiaansa hoitaa.

Asiakas vähän hukassa, että kehen ottaa yhteyttä missäkin tilanteessa. (Kotihoidon esimies)

Pallo hukassa kelle soittaa. (Kotihoidon asiakasohjaaja)

Malliin siirtymisen jälkeen kriteerit, joiden mukaan palvelua saa, osa vastaajista (neljä henkilöä) koki asiakkaita ajatellen tasapuoliseksi, osa (kaksi vastaajaa) koki kriteerit ehkä liian tiukoiksi. Toisaalta taas se, että mietitään tarkasti, kuka saa mitäkin palvelua nähtiin positiivisena seikkana (kaksi vastaajaa).

Tasavertaisuus siinä mielin että kaikki saavat tai eivät palveluita samoin kriteerein. (Kotihoidon asiakasohjaaja)

Tampereen kaupungin kotihoidon kriteerien kautta määritetään se, kenelle kotihoidon palveluja annetaan. ”Kriteerien avulla kotihoidon palveluja kohdennetaan henkilöille, jotka alentuneen toimintakykynsä vuoksi tarvitsevat eniten tukea kotona selviytymisessä”(Tampereen kaupungin kotihoito, 2009, Liite 2.). Lähtökohtana palvelujen järjestämiselle on asiakkaiden tasavertainen kohtelu riippumatta siitä millä asuinalueella ihminen asuu. Valtuustokauden tavoitteeksi mainitaan kotihoidon keskiössä olevat yli 85 – vuotiaat henkilöt. (Tampereen kaupungin kotihoidon kriteerit, 2007.)

Asiakkaan näkökulmaa ajatellen negatiivisena asiana mainittiin työntekijöiden vaihtuvuus sekä hoidon pirstaloituminen, joka johtuu palveluntuottajien runsaasta määrästä (viisi vastaajaa).

Paljon eri palveluiden tuottajia. (Kotihoidon esimies)

Ostopalveluna tuotettujen palvelujen tuottajien tiheä vaihtuminen. (Kotihoidon esimies)

Positiivisena nähtiin se, että kotihoidon linjat ovat yhtenäistyneet (kaksi vastaajaa), mutta toisaalta huolena nähtiin palveluprosessin sujumuuden hidastuminen varsinkin asiakasta ajatellen (kolme vastaajaa). Kuitenkin koettiin myös että

Palvelujen saatavuus parani. (Kotihoidon esimies)

Yhtenä muutoksena ja myös huolena nousi seitsemästä vastauksesta esiin se, että asiakkaalle entuudestaan tuttu henkilö ”hävisi byrokratian pyörteisiin”. Huolena tämä ilmaistiin muun muassa siitä syystä, että asiakkaan entuudestaan tuntenut ihminen tiesi myös hänen tarpeensa. Vastauksista kävi kuitenkin myös ilmi, että omahoitajan rooli asiakasta ajatellen oli vahvistunut omahoitajamalliin siirtymisen myötä. Muutoksena mainittiin ostopalveluna tuotettujen palvelujen tuottajien tiheä vaihtuminen. Asiakkaiden omaisten palautteesta oli käynyt ilmi, että he kokivat nyt kotihoidon toiminnan monimutkaisena.

Vastauksista nousi esiin tilaaja-tuottajamallin tavoitteena olevan tuloksellisuuden ja tehokkuuden vaikutus palveluiden laatuun ja aikaan. Aikakysymys ilmeni muun muassa vastaajien pohtiessa asiakkaiden fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden välitymistä tilaajalle. Osasta vastauksista kävi ilmi, että varsinkin asiakkaan sosiaaliset tarpeet eivät välttämättä välity kunnolla tilaajalle muun muassa medikalisoitumisen vuoksi (→kiinnitetään huomiota fyysiseen puoleen ja sairauksiin), sekä kotikäyntiajan lyhydestä johtuen.

Kotikäynti antaa jonkinlaisen kuvan ja käsityksen, mutta käynti on lyhyt ja asiakkaat pystyvät skarppaamaan käynnin aikana. (Kotihoidon esimies)

Vastauksista nousi esiin huoli siitä, että vaikeimmin esille tulevat asiat saattavat jäädä kartoituskäynnillä huomaamatta. Lisäksi eräs vastaaja mainitsi, että

Asiakkaan asioita ei sen jälkeen seurata kuten ennen vaan keskitytään jo uusiin tapauksiin. (Kotihoidon esimies)

Tämä huomio liittyi asiakkaan tarpeiden välittymiseen tilaajalle ja koski erityisesti psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden välittymistä.

4.3 Asiakasnäkökulma tarkasteltuna SWOT – analyysin kautta

Salminen (2004, 121) kertoo teoksessaan miten organisaation heikkouksia ja vahvuuksia voidaan etsiä erilaisten analyysimenetelmien avulla. Eräs julkisellakin sektorilla käytetty analyysimenetelmä on SWOT – analyysi, joka on strategisen suunnittelun apuväline. SWOT – analyysillä pyritään määrittämään organisaation vahvuudet (Strengths), heikkoudet (Weaknesses), mahdollisuudet (Opportunities) ja uhat (Threats). (Salminen 2004, 121.)

Salminen (2004, 122) kirjoittaa, että tällä analyysimenetelmällä voidaan arvioida mm. strategioiden valintaa tai organisaation sisäistä toimintaa. SWOT – analyysi kuvataan usein nelikenttänä, johon tarkasteltavat ulottuvuudet sijoitetaan. Salminen (2004, 122) korostaa, että SWOT sopii tiettyyn ajankohtaan ja se on epähistoriallinen ja välineellinen tarkastelukeino. Tilaaja-tuottajamallin toimivuutta Tampereen kaupungin kotihoidossa asiakasnäkökulmasta voi tarkastella SWOT – nelikenttä analyysin avulla. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Asiakasnäkökulman tarkastelu SWOT – kuvion kautta

| | |
|---|--|
| <p>Vahvuudet</p> <p>Omahoitajan rooli vahvistunut</p> <p>Kotihoidon linjat yhtenäistyneet</p> <p>Kotihoidon kriteerit tasapuoliset</p> | <p>Heikkoudet</p> <p>Kotihoidon kriteerit liian tiukat</p> <p>Palveluprosessin sujuvuuden hidastuminen</p> <p>Asiakkaan sosiaaliset tarpeet eivät välttämättä välity tilaajalle</p> |
| <p>Mahdollisuudet</p> <p>Mietitään kenelle mitäkin palvelua</p> <p>Omahoitajan roolin vahvistuminen</p> | <p>Uhat</p> <p>Epätietoisuus asiakkaiden keskuudessa sekä kotihoidon toiminnan kokeminen monimutkaisena</p> <p>Hoidon pirstaloituminen</p> <p>Työntekijöiden vaihtuvuus</p> |

Muodostin Taulukko 3. henkilöstön antamien vastausten perusteella ja se kuvaa vastausajankohdan mukaisia mielipiteitä ja kokemuksia kotihoidon palvelujen toimivuudesta asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna, joten sitä ei voi pitää minkäänlaisena yleispätevänä yhteenvetona mallin toimivuudesta kotihoidossa.

Avatakseni kuitenkin hieman SWOT – analyysini perusteita, listaan tähän miksi sijoitin uhat, mahdollisuudet, heikkoudet ja vahvuudet kuvioon tietyllä tavalla. Vahvuudet ovat tietenkin mallin toimivia osia, hyväksi jo havaittuja ja asiakkaan positiivisina kokemia. Esimerkiksi tasapuoliset kotihoidon kriteerit sekä yhtenäiset linjat takaavat kaikille saman kohtelun ja palvelun määräytymisperusteet. Omahoitajan vahvistunut rooli voidaan kaikesti nähdä turvallisuutta lisäävänä tekijänä asiakkaan näkökulmasta.

Mahdollisuuksia tarkastelemalla huomaa, että omahoitajan vahvistunut rooli voi olla tulevaisuudessakin positiivinen seikka. Myös se, että mietitään tarkkaan millaista palvelua annetaan ja kenelle, lisää asiakkaan hyvinvointia ja kohdentaa palvelun oikein myös tulevaisuudessa.

Heikkoutena mainittiin palveluprosessin sujuvuuden hidastuminen, sekä se, että asiakkaan sosiaaliset tarpeet eivät välttämättä välitykään tilaajalle. Myös kriteerit nähtiin liian tiukoiksi joidenkin vastausten mukaan. Nämä kaikki kolme seikkaa voivat muodostua pitkälläkin tähtämellä mallin heikkouksiksi, ellei niihin puututa, tai ellei toiminta selkene tilaaja-tuottajamallin jalkauduttua lopulliseen muotoonsa kyseisessä organisaatiossa. Voihan olla, että vaikka palveluprosessin sujuvuuden on koettu kärsineen viime aikoina, se tulee jatkossa tehokkaammaksi osien loksahdettua paikoilleen ja henkilöstön toimenkuvien selkiytyttyä entisestään.

Uhkana tilaaja-tuottajamallin toimivuudelle kotihoidossa saattaa olla mm. asiakkaan kokemus epä tietoisuus siitä kuka hänen asiaansa hoitaa. Katsoin tämän uhaksi asiakkaan hyvinvoinnin kannalta. Uhkana sen voisi nähdä myös siten, että mikäli asiakas kokee kotihoidon palvelut liian monimutkaisiksi, saattaisi hän tukeutua yksityisen sektorin palveluihin. Kun kotihoidon uusi toimintatapa selkiytyy asiakkaille, uhka poistuu, tai jos se ei selkiydy, se jää mallin heikkoudeksi. Myös työntekijöiden tiheä vaihtuminen ja hoidon jakautuminen monelle eri palveluntuottajalle voi aiheuttaa asiakkaille stressiä ja

olla siten uhka niin asiakkaan hyvinvoinnille kuin kotihoidon palvelujen suosimisellekin.

4.4 Tilaaja-tuottajamallin vaikutuksia johtamiseen ja resurssien kohdentamiseen

Kotihoidon esimiesten vastauksista ilmeni, että asiakkaille on jouduttu ostamaan palveluja oman tuotannon ulkopuolelta, jolloin kustannukset nousevat. Kotihoidon omassa tuotannossa taas pyritään kolmen vastaajan mukaan kiinnittämään huomiota siihen, että työskentely on tehokasta. Positiivisena seikkana mainittiin, että nyt seurataan suosituksen mukaisia työtunteja. Kustannustietoisuutta on lisännyt ainakin kolmen vastaajan mukaan myös se, että rahat ovat korvamerkittyjä ja määrärahojen kanssa ollaan nyt jatkuvasti tekemisissä. Kotihoidon esimiehillä on käytössään tuotannon rahat.

Rahat on tarkemmin eritelty ja meillä on tuotannon rahat käytössä. Nykytilanteesta johtuen rahasta paljon keskustellaan ja säästötoimista – –
(Kotihoidon esimies)

Vastauksista nousi esiin huoli siitä, ovatko yksityisen sektorin tuottajat tehokkaampia ja kilpailutus saattaa lisätä tätä huolta sekä aiheuttaa stressiä. Kolmesta vastauksesta käy ilmi, että olennaista on miettiä työajan käyttöä suhteessa kustannuksiin. Kaksi vastaajaa nosti esiin kokemuksensa siitä, että asiakasohjaajien ja korkeampien tahojen välinen tiedonkulku voisi olla parempaa. He kokivat, että korkeammat tahot tekevät heidän työhönsä liittyvät sopimukset heitä kuulematta. Tuottavuuden mainittiin lisääntyneen ja sen myötä kotihoidon toimintakin vastaa paremmin esitettyjä kriteerejä. Eräs vastaaja puolestaan näki, että kotihoidon kriteerit eivät aina täyty. Pääsääntöisesti vastaajat kuitenkin kokivat, että kustannustietoisuus oli lisääntynyt mallin käyttöönoton myötä.

Erittäin paljon, nyt ollaan määrärahojen kanssa koko ajan tekemisissä.
(Kotihoidon asiakasohjaaja)

Suurin osa vastaajista (10) oli sitä mieltä, että resursseja ei kohdenneta sinne minne kuuluisi tai ne kohdennetaan tapauskohtaisesti oikein. Tätä mieltä olivat kaikki asiakasohjaajat. Perusteluina osa vastaajista esitti muun muassa, että esimiehen on vaikea arvioida kokonaisresurssien käyttöä, sillä esimiehet vastaavat asiakasohjaajilta tulleisiin tilauksiin, mutta yksityisiltä tilattavasta avusta tai asiakkaiden kunnosta ei ole tarkkaa tietoa. Moni vastaus oli perustelematta. Kuitenkin osasta vastauksista nousi esille ajatus,

että ilta- ja viikonlopputyöhön voisi kohdentaa resursseja muun muassa siitä syystä, että kyseisille ajankohdille palveluja joudutaan ostamaan paljon oman tuotannon ulkopuolelta. Myös seuraavanlainen ajatus esitettiin:

Ei kohdenneta. Palvelutarpeen arviointiin ja palveluohjaukseen on resursoitu aivan liian vähän henkilökuntaa. (Kotihoidon asiakasohjaaja)

Palautetta vastaajilta tuli siitä, että tilaajan olisi hyvä selvittää resurssien eri kohdentamisvaihtoehtoja paremmin. Palvelutarpeen arviointiin ja palveluohjaukseen voitaisiin lisäksi resursoida enemmän henkilökuntaa. Vastauksista käy ilmi, että kotihoidossa on asiakasryhmiä, jotka eivät varsinaisesti kuulu kotihoidon avun piiriin. Näille ihmisille tulisi järjestää apu muuta kautta. Tällaisina asiakasryhminä mainittiin ainakin päihdeongelmaiset. Osa vastaajista perusteli resurssien kohdentamista tai parantamisen varaa siinä mallin uutuudella:

Ei vielä täysin (kohdenneta); Alkuhässäkästä (mm. laskutusotkuista) johtuen – – Homma hoituu pikku hiljaa. (Kotihoidon asiakasohjaaja)

Kysyessäni johtamiskäytäntöjen muutoksesta henkilöstön arkipäivässä, useiden asiakasohjaajien vastauksista nousi esiin seuraavia seikkoja: uuden mallin käyttöönoton jälkeen pelisäännöt ovat tietyllä tapaa sopimatta ja työntekijät tarvitsisivat enemmän tukea. Kaikki vastaukset huomioiden kolmesta vastauksesta kävi ilmi, että johtajuudessa voisi olla parantamisen varaa. Muun muassa johtamista nähtiin olevan liian monessa portaassa ja esimiehen koettiin vieraantuneen kenttätöystä.

Viisi vastaajaa kirjoitti siitä, miten henkilöstö kokee epävarmuutta ja stressiä työkäytäntöjen muuttumisen myötä. Muutosten koettiin lisäävän ahdistusta sekä epätietoisuutta henkilöstön keskuudessa. Vastaajat olivat huomanneet sairaslomia olevan paljon. Viisi vastaajaa, joista kaikki kotihoidon esimiehiä, kokivat että tilaaja-tuottajamallin käyttöönoton myötä on ollut enemmän aikaa työntekijöille, ”aikaa olla läsnä”.

Omahoitajien vastuun ja työmäärän koettiin (kaksi vastaajaa) lisääntyneen malliin siirtymisen jälkeen, sillä heillä on nyt velvollisuutena ilmoittaa asiakkaan asioista asiakasohjaukseen, tämän tehtävän hoitaminen taas oli kuulunut aiemmin tiiminvetäjän vastualueisiin.

4.5. Muutoksien ennakointi työtehtäviin seuraavan kolmen vuoden aikana

Vastaajien oli melko vaikea tällä hetkellä arvioida tulevia muutoksia, osa ei osannut arvioida lainkaan. Perusteluina esitettiin mm. että muutoksia on vaikea ennustaa, sillä organisaatiouudistuksesta on kulunut vasta vähän aikaa. Ainakin seuraavia seikkoja ja odotuksia nostettiin kuitenkin esiin: kunnallisen kotihoidon kilpailukykyisenä pitämistä sekä paluuta siihen että toiminta taas muuttuu yhtenäisemmäksi myös asiakkaan kannalta. Osa vastaajista pohti toimitaanko kolmen vuoden kuluttua enää lainkaan tilaaja-tuottaja mallin puitteissa. Eräs vastaaja arvioi kotihoidon esimiesten määrän vähenevän kun palveluja ulkoistetaan ja myös mahdollisesta paluusta entiseen esitettiin odotuksia.

Asiakasohjaajat olettivat mm. seuraavia muutoksia: työskentely yksityisen sektorin toimijoiden kanssa tulee lisääntymään, lisäksi esitettiin toive, että sairaan- ja terveydenhoitoon panostettaisiin enemmän, sillä sairaanhoitajien ammattitaidosta on pulaa. Toisaalta joku vastaajista mainitsi, että asiakkaiden mielenterveys- ja alkoholiongelmat vaativat työntekijöiltä paljon aikaa perehtyä kunnolla asiakkaan tilanteeseen, näin ollen asiakasohjaajia on liian vähän palvelualueiden kokoon nähden. Positiivisena odotuksena kävi ilmi, että odotettavissa voisi olla tulosvastuullisuuden lisääntymistä sekä palvelujen tarkkaa priorisointia. Myös prosessiorganisaatio nähtiin hyvänä vaihtoehtona laitoshuololle ja palvelun arveltiin paranevan.

4.6. Kehittämisajatukset vastaajien näkökulmasta

Tässä muutamia kehittämisajatuksia joita vastaajat nostivat esiin tilaaja-tuottajamallin toteuttamiseen kotihoidossa.

Pienemmät asiakasohjauspiirit jotta homma pysyisi hallinnassa – –. (Kotihoidon asiakasohjaaja)

Esitettiin toive, josko vanhustyöhön voisi saada omat sosiaalityöntekijät ja heidän määräänsä olisi hyvä lisätä. Myös omaa päivystysasemaa ikäihmisille ehdotettiin. Eräs vastaaja ehdotti että käyttöön otettaisiin kirjalliset kriteerit ja pisteytys siitä mitä palveluja asiakkaan on mahdollisuus saada kotihoidosta. Työntekijöiden pysyvyyteen tulisi vastaajien mielestä kiinnittää huomiota. Kansion tekemistä asiakkaille ehdotettiin. Kansioon kerättäisiin kaikki tieto eri palvelujen tuottajista ja heidän yhteystiedoistaan. Mielestäni tämä on hyvä ajatus nimenomaan asiakasta ajatellen ja vastaaja kirjoittikin, että sopisi hyvin päättötyöksi jollekulle opiskelijalle. Lisäksi asiakasohjaukseen toivottiin yhtenäisiä ohjeita, että kaikki asiakkaat saisivat samanlaista palvelua. Vastaaja toivoi mm.:

Selkeästi sovitut palvelut ja käytettävissä oleva aika. (Kotihoidon esimies)

Työaikaa kommentoitiin mm. siten, että sitä tulisi voida siirtää suhteellisen nopeasti sinne missä on eniten tarvetta. Asiakkaita koettiin palvelevan eniten se, että hoitajat tulisivat samasta paikasta eikä hoitoa hajautettaisi eri toimijoille. Myös seuraavanlainen kehitysajatus esitettiin:

– – asiakasohjaajien mahdollisuuksia tehokkaampaan asiakkaan ensiarvi-oon pitäisi kehittää. (Kotihoidon esimies)

Selkeyttä ja ohjeistusta enemmän siinä, kehen otetaan missäkin tilanteessa yhteyttä. Tällä hetkellä – – tieto kulkee turhan monen instanssin kautta. Myös työntekijät ovat hämmentyneitä, aina ei tunnu olevan ihan selvää, kuka mitäkin ruutua hoitaa. (Kotihoidon asiakasohjaaja)

Esitettiin ajatus, että asiakasohjaaja voisi käydä jo pitkään hoidossa olleiden luona kartoitus- ja palvelujen esittely kierroksella. Tästä hyötyisi asiakas, sillä hänelle voisi löytyä uusia palvelumuotoja jotka vastaisivat paremmin hänen tämän hetken tilanteeseensa.

Esim. mielenterveyskuntoutujat ja päihdeasiakkaat jotka on otettu silloin avun piiriin kun heille ei ollut muuta kuin peruskotihoitoa tarjolla. (Kotihoidon esimies)

Lisäksi ehdotettiin, että tuotantoon henkilöstöressurssien ohjaukseen voisi antaa enemmän työnantajaa hyödyttäviä työvälineitä, esimerkkeinä mainittiin nopeampi uudelleen-sijoittaminen ja irtisanomiset.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

5.1 Tulosten pohdinta sekä jatkotutkimuksen aiheet

Muutosvastarinta tilaaja-tuottajamallia kohtaan saattaa aiheuttaa stressiä ja riittämättömyyden tunteita. Uuden mallin jalkautuminen vie aikaa ja epäselvyys todennäköisesti lisää epävarmuuden tunnetta henkilöstön keskuudessa. Myös se, että sairaslomia on paljon, voisi liittyä muutosten aiheuttamaan stressiin, toisaalta kyse voi yhtä hyvin olla yksinkertaisesti sattumasta.

Kerttulan (2009, 60) mukaan uuden vaihtoehtoisen kulttuurin sekä toimintatavan luomiselle on sitä paremmat lähtökohdat, mitä paremmin vanha kulttuuri tunnetaan. Ehkä kotihoidossakin tämän uusi toimintamalli jalkautuu suhteellisen nopeasti, jos vanha toimintakulttuuri on ollut työntekijöille selkeä. Toisaalta se ei takaa sitä että uusi tai vanha toimintakulttuuri olisi asiakkaiden näkökulmasta selkeä.

Palomäki (1994, 44) kirjoittaa teettäneensä vuonna 1992 kyselytutkimuksen, jossa arvioi kotihoidon tuen merkitystä kuntien vanhustenhuollossa. Palomäki (1994, 57) toteaa että tutkimuksensa perusteella kuntien panostaminen kotihoidon tuen kehittämiseen vaikutti olevan heikkoa ja kirjoittaa, että 20 kunnassa kotihoidon tuen kehittämisen esteenä on ollut määrärahojen niukkuus.

Suurten ikäluokkien vanheneminen ja maailmanlaajuinen heikko taloudellinen tilanne asettavat entisestään haasteita kuntien päättävälle elimille. Mistä kuluja voisi leikata, jotta kukaan kuntalainen ei kärsi siksi, että hänelle olennaista etuutta leikataan tai palveluja vähennetään? Saamistani vastauksista ilmeni, että kotihoidon kriteerit määrittävät melko hyvin sen, kuka mitäkin palvelua saa. Osa vastaajista kuitenkin piti kriteereitä liian tiukkoina.

Palomäen (1994, 58) tutkimuksen mukaan kotihoidon tuen kehittämisajatuksena useat vastaajat olivat maininneet tuen oikean kohdentamisen jatkossa. Vastauksista ilmeni, että koska resurssit ovat niukat, on tärkeää kontrolloida kenelle tukea myönnetään. Lu-

kiessani palomäen yli kymmenen vuoden takaisia tutkimustuloksia, aloin pohtia, ovatko ajat sittemmin muuttuneet. Vaikka Palomäen tutkimus koski kotihoidon tukea vanhustenhuollossa (nykyinen omaishoidon tuki) voisi tästä soveltaa yhden jatkotutkimuksen aiheen; ovatko perusteet kotihoidon palvelujen saamiselle tai saamatta jäämiselle tarpeeksi tarkoin määritetyt esimerkiksi Tampereella?

1990 – luvulla lama asetti rajoitteita ja haasteita myös kunnallisille palveluille. Nyt ei tilanne maailmanlaajuisesta taloudellisesta näkökulmasta katsottuna ole kovin paljon parempi. Lisäksi, kuten aiemmin mainitsin, saamistani vastauksista kävi ilmi, että tarkoin määritellyistä kotihoidon kriteereistä huolimatta kotihoidon tuen piirissä on sinne kuulumattomia asiakasryhmiä kuten päihdeongelmaiset. Eräs jatkotutkimuksen aihe voisi olla tutkia, kohdentuvatko kotihoidon palvelut juuri oikeille henkilöille vai onko palvelujen piirissä sinne kuulumattomia, ja jos on, niin mikä osa asiakkaista. Lisäksi olisi hyödyllistä selvittää, minkä palvelun piiriin nämä kotihoitoon kuulumattomat asiakkaat sitten tulisi ohjata. Onko jonkin kotihoidon palvelujen piiriin kuulumattoman asiakasryhmän edustajia enemmän kuin muiden sinne kuulumattomien?

Jatkotutkimukselle voisi olla aihetta muutaman vuoden kuluttua, kun tilaaja-tuottajamalli on kunnolla asettunut ja tullut tutuksi niin asiakkaille kuin työntekijöille. Tällöin voisi tutkia mm. asiakastyytyväisyyttä ja tehdä vertailututkimus ennen ja jälkeen tilaaja-tuottajamallin siirtymisen piiriin kotihoidossa. Olisi hyödyllistä selvittää kokevatko asiakkaat kotihoidon toiminnan edelleen monimutkaisena parin vuoden jälkeen vai onko se vain alkuhälinästä johtuvaa ja ehkä muutosvastarintaan liittyvää. Mielenkiintoista olisi myös tutkia resurssien kohdentumista ja tilaaja-tuottajamallille olennaista tehokkuusajattelua; onko kotihoidon toiminta parin vuoden kuluttua kustannustehokkaampaa ja palvelujen laatu säilynyt entisellään tai parantunut?

Tutkimustuloksia analysoidessani aloin pohtia, olisinko voinut määritellä tarkemmin johtamiskäytäntöjen muutoksen; tarkoitinko suhdetta omaan esimieheen? Vai johtamiskäytäntöjen muutos itsensä kokemana jos vastaaja itse on esimies. Myös kysymys resurssien kohdentamisesta olisi voinut olla tarkempi. Vastaajille saattoi jäädä epäselväksi tarkoitinko rahallisten vai henkilöstöresurssien kohdentamista vai kenties molempia. Kysymys oli siis tulkinnanvarainen. Vastauksista saattoi päätellä että suurin osa tulkitsi kysymyksen koskevan taloudellisia resursseja ja koki että niitä ei kohdenneta tällä het-

kellä oikein. Kovin paljon perusteluja vastauksille ei kuitenkaan annettu, lukuun ottamatta näkökulmaa jonka mukaan viikonloppu- ja iltatyöhön tulisi resursoida enemmän. Jatkotutkimusaiheen saisi tästäkin; Kohdennetaanko kotihoidon käytettävissä olevat taloudelliset tai / ja henkilöstö resurssit oikein, kehittämisajatuksia siitä mihin ne tulisi kohdentaa. Eräs syy siihen, ettei resursseja vielä täysin kohdenneta oikein, saattaa johtua alkuvaiheen muutoksista, voi viedä aikaa löytää juuri oikea ja tehokkain tapa toimia mallin puitteissa. Myös vastauksista nousi esiin sama ajatus. Muun muassa asiakkaiden omaisten palautteesta oli käynyt ilmi, että he kokivat nyt toiminnan monimutkaisena. Kun uusi toimintamalli vakiintuu, selkenee se myös asiakkaille ja muille tahoille, mutta tämä vie oman aikansa.

Kuten aiemmin mainitsin, Eräsaari (2006, 91) huomauttaa artikkelissaan kuntalaisten tarvitsevan paremman oikeusturvan silloin kun julkisen sektorin tehtäviä siirretään uusiin organisaatioihin tai niitä kilpailutetaan. Tämä ajatus lienee sovellettavissa myös kotihoidon organisaatioon. Itse olen jäävi kommentoimaan kuntalaisten oikeusturvasta tai sen riittämättömyydestä sillä en ole siihen tarpeeksi perehtynyt ottaakseni kantaa asiaan, mutta Eräsaari nostaa mielestäni tärkeän seikan esille.

Narikka (2008, 46) kirjoittaa, että Suomessa tilaaja-tuottajamallia on niin teknisellä sektorilla kuin palvelutuotannossakin, mutta mallien vaihtelevuudesta johtuen niistä saadut kokemukset eivät ole selkeästi arvioitavissa. Tilaaja-tuottajatoimintatapa vaihtelee siis organisaation ja kunnan tarpeen mukaan eikä yhtä ainoaa toimintatapaa toteuttaa mallia olekaan. Saamistani vastauksista selvisi, että tilaaja-tuottajatoimintatapa hakee vielä muotoaan kotihoidossa ja henkilökunta odottaa mallin selkiintyvän entisestään. Tämä tutkimustulos oli odotettavissakin. Asiakasnäkökulmaa kysyessäni sain vastauksia joita en osannut ennakoida. Henkilökunta näyttäisi olevan hyvin perillä asiakkaiden kokemuksista ja tuntemuksista liittyen uuteen toimintatapaan. Positiivista oli huomata henkilöstön aito huoli asiakkaiden asemasta ja tiedostuksesta muutosten keskellä.

Henkilöstön työn perustehtävissä ei näyttäisi tapahtuneen ainakaan suuria muutoksia kaupungin siirrettyä tilaaja-tuottajamalliin. Osa vastaajista kuitenkin koki jonkinlaista epäselvyyttä uusiin käytäntöihin liittyen. Luulen että nämäkin asiat selkiintyvät ajan kuluessa ja mallin muokkautuessa juuri Tampereen kotihoitoon sopivaksi.

LÄHTEET

- Eloranta, J. 1996. Tilaaja-tuottajamallin miinat ja mahdollisuudet. Mietteitä kuntien palvelujen tuottamisesta. Kunta-alan ammattiliiton julkaisusarja 1-1996. Turenki: Jaarli Oy.
- Eräsaari, L. 2006. New Public Management on julkisen sektorin vääryyksien isä. Teoksessa Helne, T. & Laatu, M. (toim.) Vääryyskirja. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 91, 93. Kustantaja: Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO –mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Stakes tutkimuksia 179. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Juntunen, P. & Leinonen J. 2007. Exploring Finnish Local and Regional Administration – Some Current Perspectives. University of Lapland Publications in the Social Sciences B. Research reports 51. Rovaniemi: University of Lapland Printing Centre.
- Kaikem pree Tampere. Tampereen tasapainoinen kaupunkistrategia 2001–2012
- Kallio, O., Meklin, P., Rajala, T., Saastamoinen, S. & Tammi, J. 2006. Kaupungit tilaajina ja tuottajina. Kokemuksia ja näkemyksiä Jyväskylän, Tampereen ja Turun toimintamallien uudistushankkeista. Kunnallistutkimuksia. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Kerttula, K. 2009. Valta ja muutos. Ylimmän johdon tulkinta vallan ilmenemisestä organisaation strategisessa muutosprosessissa. Jyväskylä studies in business and economics 78. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Keskustelu kotihoidon asiakasohjaajan kanssa 12.3.2009.
- Koskiahho, B. 2008. Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Tampere: Vastapaino.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto- Centralförbundet för de gamlas väl ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kovalainen, A. & Österberg-Högstedt, J. 2008. Sopimisen mekanismit sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kunnallisan alan kehittämistäitiön Kunnat ja kilpailu –sarjan julkaisu nro 3. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Kujala, T. 2007. Kerronnallinen tutkimus opettajien ikääntymisestä. Teoksessa Syrjäläinen, E., Eronen, A. & Värri, V.-M. (toim) Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print.

Kuopila, A., et al. Suomen Kuntaliitto. 2007. Tilaaaja-tuottaja-toimintatapa – ideasta käytäntöön. Näin me sen teimme: Jyväskylä, Oulu, Raisio ja Rovaniemi. 1. painos. Helsinki: Hakapaino Oy.

Lillrank, P. & Haukkapää-Haara, P. 2006. Terveystuottajan tilaaaja-tuottaja-malli. Kauppa- ja teollisuusministeriön julkaisu, julkaisusarja: KTM rahoitetut tutkimukset 1/2006. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Lundström, I (toim.), Suomen Kuntaliitto. 2003. Parasta palvelua. Selvitys kuntapalvelujen järjestämisen vaihtoehdoista. Praksis – Tiedosta toimeen nro 9. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Narikka, J. 2008. Sosiaali- ja terveystuottajien järjestäminen ja hankinta. Tietosanoma. Tallinna: AS Pakett.

Palomäki, T.1994. Vanhusten kotihoidon tukijärjestelmä – kuntien käytännöt ja kehittämissuunnitelmat. Teoksessa Sipilä, J. (toim.) Rakkaudesta, velvollisuudesta ja rahasta. Kotihoidon tuki ja sen merkitys eri osapuolille. Hyvinvoinnin tukiverkostot julkaisu- ja 4/ 1994. Sosiaaliturvan keskusliitto. Helsinki: Hakapaino Oy, 44, 57–58.

Rönkkö, P. 2007. Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta vuosisadan uudistus. Teoksessa Anttiroiko, A.-V., Haveri, A., Karhu, V., Ryytänen, A. & Siitonen, P. (toim.) Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Kunnallistutkimuksia. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print. 3. uudistettu painos, 100–101.

Salminen, A. 2004. Julkisen toiminnan johtaminen. Hallintotieteen perusteet. Helsinki: Edita Prima Oy.

Siitonen, P. 2007. Osallistuminen osana demokratiaa. Teoksessa Anttiroiko, A.-V., Haveri, A., Karhu, V., Ryytänen, A. & Siitonen, P. (toim.) Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Kunnallistutkimuksia. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print. 3. uudistettu painos, 245.

Taimi, K. 16.1.2009. Kotihoidon asiakasohjaus. Tampere.

Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystuottajien.1993 Vanhustenhuollon kehittäminen -periaatteet ja toimintaohjelma. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystuottajien julkaisu 1. Tampere: Tampereen kaupungin painatuskeskus.

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta Universitatis Lapponiensis 62. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tampereen kaupungin kotisivu, vanhuspalvelut, päivitetty 28.08.2009, Julkaistu 20.10.2003. Luettu 10.8.2009.
www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/vanhuspalvelut.html

Tampereen kaupungin kotihoito, päivitetty 05.08.2009, Julkaistu 27.07.2004. Luettu 28.8.2009. www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/vanhuspalvelut/kotihoito.html

Tampereen kaupungin kotihoidon kriteerit. Hyvinvointipalvelut. 7.3.2007. Luettu 12.7.2009. www.tampere.fi/tiedostot/5nP1mBhqN/kotihoidonkriteerit.pdf

Tampereen kaupungin toimintamallin uudistusprosessin jatkaminen – peruslinjaukset ja aikataulu, 25.11.2003. Luettu 14.7.2009.
www.tampere.fi/tiedostot/519mXdqeZ/toimintamalli031125.pdf

Tampereen kaupungin toimintamalli. Tampereen kaupungin konsernihallinto/viestintäyksikkö.2007. Luettu 4.8.2009.
www.tampere.fi/tiedostot/5pC90zg1b/toimintamalli.pdf

LIITTEET

- Liite 1 Kysely kotihoidon henkilöstölle
- Liite 2 Tampereen kotihoidon kriteerit
- Liite 3 Tampereen kaupungin organisaatiokaavio

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on saada tietoa kotihoidon työntekijöiden toimenkuvissa ja asiakasprosessissa tapahtuneista muutoksista kaupungin siirryttyä järjestämään sosiaali- ja terveysalan palvelut tilaaja-tuottajamallin mukaisella strategialla.

Tiedän, että antamiani tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua tai tarvittaessa arkistoidaan suostumukseni mukaan. Henkilötietoni eivät tule muiden kuin tutkijan tietoon.
Suostun osallistumaan tutkimukseen.

KYSELYLOMAKE

1. Ikäsi, laita rasti sopivan vaihtoehdon kohdalle.

Alle 25 vuotta

25 – 34 v.

35 – 44 v.

45 – 54 v.

55 – 64 v.

2. Koulutustaustasi

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, mikä?

Sosiaali- terveysalan opistotutkinto, mikä?

Sosiaali- ja terveysalan amk-tutkinto, mikä?

Jokin muu tutkinto, mikä?

3. Ammattinimikkeesi kotihoidossa

4. Miten kauan olet työskennellyt Tampereen kaupungilla kotihoidossa?

ASIAKASPROSESSI YDINPROSESSINA

TAULUKKO 2.

| Asian vireilletulo | Palvelutarpeen arviointi | Palvelusuunnitelma | Päätökset, toimenpiteet ja palvelut | Vaikutusten arviointi | Asiakkuuden päättäminen |
|--------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|--------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------|

(Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:14
Helsinki 2007 Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus)

5. Yläpuolella on kuvio jossa kuvataan asiakasprosessi sosiaalihuollossa ja sosiaalipalveluissa. Millainen tehtävä Sinulla työntekijänä oli kotihoidon asiakasprosessissa ennen tilaaja-tuottajamallia?

6. Mitkä olivat tärkeimmät perustehtäväsi?

7. Millainen tehtävä Sinulla on nyt kotihoidon asiakasprosessissa?

8. Mitkä ovat tärkeimmät perustehtäväsi nyt?

9. Millaisia muutoksia ennakoit työtehtäviisi tulevan seuraavan kolmen vuoden aikana?

10. Millaisia muutoksia palveluihin syntyi asiakkaan näkökulmasta ajateltuna, kun kaupunki siirtyi tilaaja-tuottajamalliin kotihoidossa?

Mainitse mielestäsi kolme eniten asiakasta koskettavaa muutosta.

- 1.
- 2.
- 3.

11. Miten hyvin asiakkaiden fyysiset / psyykkiset / sosiaaliset tarpeet välittyvät tilaajalle? Valitse sopivin alla olevista neljästä vaihtoehdosta ja rastita se kunkin tarpeen kohdalla.

| | Fyysiset tarpeet | Psyykkiset tarpeet | Sosiaaliset tarpeet |
|-------------------|------------------|--------------------|---------------------|
| Erittäin hyvin | | | |
| Melko hyvin | | | |
| Melko heikosti | | | |
| Erittäin heikosti | | | |
| En osaa sanoa | | | |

Perustele näkemyksesi lyhyesti.

12. Miten kustannustietoisuus näkemyksesi mukaan on lisääntynyt kotihoidossa tilaaja-tuottajamallin käyttöönoton myötä?

13. Kohdennetaanko resurssit mielestäsi nyt juuri sinne minne pitääkin?

14. Kertoisitko lyhyesti, miten johtamiskäytäntöjen muutos näkyy kotihoidossa henkilöstön arkipäivässä?

15. Toivon, että kirjoitat muutamia kehittämisajatuksiasi tilaaja-tuottajamallin toteuttamiseen kotihoidossa asiakkaan näkökulmaa ajatellen.

Kiitos vastauksistasi ja antamistasi tiedoista!

1. Kriteerien tarkoitus

Kotihoidon kriteerien tarkoitus on selkiyttää palvelujen kohdentamista kotihoitoa tarvitseville aikuisille tamperelaisille. Palvelujen järjestämisen lähtökohtana on asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu asuinalueesta riippumatta. Kriteerien avulla kohdennetaan kotihoidon palveluja henkilöille, jotka alentuneen toimintakykynsä vuoksi tarvitsevat eniten tukea kotona selviytymisessä. Valtuustokauden tavoitteena kotihoidon keskiössä ovat yli 85-vuotiaat. Laitoksista kotiutuvat kaupunkilaiset joutuvat odottamaan kotihoidon palveluja eli 'jonottamaan kotiin'.

2. Hoidon kriteerit

Kotihoitoon voidaan ottaa asiakas,

- jonka toimintakyky on selkeästi alentunut. Asiakas tarvitsee apua päivittäisissä perustoiminnoissa, joita ovat ruokailut, peseytyminen, wc-käynnit, pukeutuminen ja muu perushoito sekä lääkehoidon toteutus.
- joka tarvitsee sairauksiensa tai alentuneen toimintakykynsä vuoksi sairaanhoitoa eikä kykene käyttämään kodin ulkopuolisia terveystalvikkeita.
- joka on omaistensa hoidossa. Omaiset tarvitsevat tekemänsä hoitotyön ja oman jaksamisensa tueksi kotihoitoa. Kotihoito voi ohjata asiakkaan vaihtoehtoisiin toimintoihin kuten päivätoimintaan ja erityisesti päiväkeskukseen.
- joka on ollut sairaalahoidossa ja jonka kotona selviytymisen edellytykset on selvitetty hoitoneuvottelussa ennen kotiutumista.
- joka on kotisairaalan potilas, jonka hoito kotona järjestetään yhteistyössä kotihoidon kanssa. Asiakkaan sairaanhoidollinen hoitovastuu on kotisairaallalla.

3. Hyvä kotihoito toteutuu, jos...

- asiakas ja häntä edustava henkilö sekä kotihoidon työntekijät sopivat noudattavansa yhdessä laadittua palvelu- ja hoitosuunnitelmaa.
- asiakkaan asuinolosuhteet vastaavat hänen tarpeitaan ja tukevat kotona selviytymistä sekä asiakas haluaa asua kotona edelleen.
- asiakas käyttää hoidon kannalta olennaisia apuvälineitä kuten sairaala-sänky, nostolaitteet jne. Apuvälineiden käytöllä taataan asiakkaan ja kotihoidon työntekijöiden työturvallisuus hoitotilanteissa.

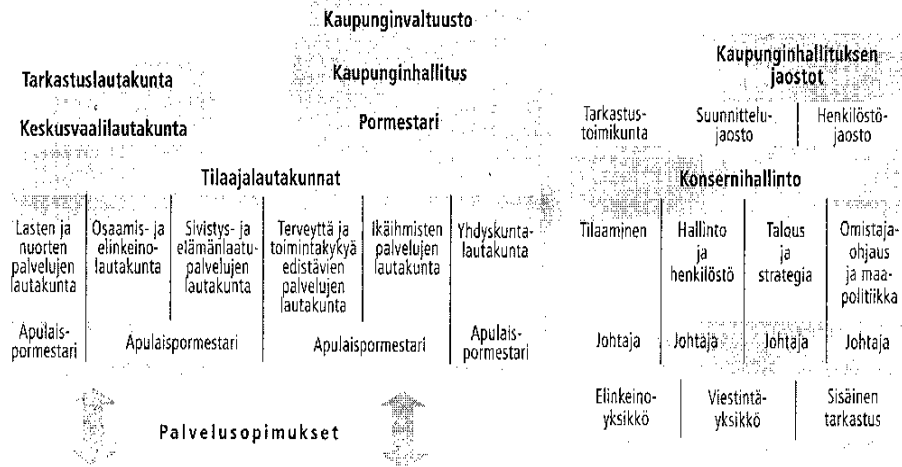
Lisäksi tarvittaessa selvitetään asiakkaan mahdollisuudet hankkia täydentäviä omahoitettavia lisäpalveluita, jos hoitoneuvottelussa tai palvelu- ja hoitosuunnitelmaa laadittaessa todetaan yhdessä niiden tarve tai varmistetaan asiakkaan halukkuus ostaa lisäpalveluita.

4. Kotihoidon palveluja voidaan harkita lopetettavaksi, jos...

- asiakas ei halua tai toistuvasti ei ota vastaan palvelua.
- asiakkaan aggressiivista käyttäytymistä ei saada hallintaan tai jos hän ei suostu yhteistyöhön vaikka ymmärtäisi yhteistyön merkityksen oman hoitonsa kannalta.
- kotihoidon työntekijöiden koskemattomuutta ei voida turvata. Tarvittaessa käynneille mukaan otetaan turvamies.

Kotihoidon lopettaminen on äärimmäinen toimenpide. Palvelujen lopettamisesta on tehtävä aina päätös, josta asiakas voi halutessaan tehdä oikaisuvaatimuksen lautakunnalle. Ennen palvelujen lopettamista asiakasta tai hänen laillista edustajaansa on kuultava. Palvelut lopetettaessa asiakkaan hoito varmistetaan jollakin muulla tavalla.

ORGANISAATORAKENNE 2007



| Hyvinvointipalvelut | | | | | | | Palvelu-keskukset | Yhdyskunta-tuotanto | Sisäiset liikelaitokset | Ulköiset liikelaitokset | |
|--|-------------|---------------------|---|------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Sosiaali- ja terveyspalv. palvelutuotantojohtaja | | | Sivistyspalvelut palvelutuotantojohtaja | | | | Talouhallinnon palvelukeskus | Suunnittelu-palvelut | Viran-omais-palvelut | Tilakeskus (johtokunta) | Sähkölaitos (johtokunta) |
| Avopalvelut | Laitoshoito | Erikoissairaanhoito | Päivähoito ja perusopetus | Toisen asteen koulutus | Kulttuuri- ja vapaa-aiikapalvelut | Sara Hildénin taidemuseo | TAMK | | | Tietotekniikka-keskus (jk) | Liikennelaitos (jk) |
| jk | jk | jk | jk | jk | jk | jk | hall | johtokunta | Auto- ja kone-keskus (jk) | Tampereen Vesi (jk) | |
| | | | | | | | | Tampereen katu- ja vihertuotanto | Tampereen Ateria (jk) | Tampereen Työterveys (jk) | |
| | | | | | | | | | Tampereen Logistikka (jk) | Aluepelastuslaitos | |

Kehittämisyksikkö