



TAMPEREEN TEKNILLINEN YLIOPISTO
TAMPERE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

JANNE OKSLAHTI
TOIMINTOPERUSTEISEN KUSTANNUSLASKENTAJÄRJESTEL-
MÄN SUUNNITTELUPROSESSI SOSIAALI- JA TERVEYDEN-
HUOLTOALAN ORGANISAATIOSSA
Diplomityö

Tarkastaja: professori Petri Suomala
Tarkastaja ja aihe hyväksytty
Talouden ja rakentamisen
tiedekuntaneuvoston kokouksessa
8. kesäkuuta 2016

TIIVISTELMÄ

JANNE OKSLAHTI: Toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluprosessi sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioissa

Tampereen teknillinen yliopisto

Diplomityö, 94 sivua

Kesäkuu 2016

Tuotantotalouden koulutusohjelma

Pääaine: Teollisuustalous

Tarkastaja: professori Petri Suomala

Avainsanat: Toimintoperusteinen kustannuslaskenta, sosiaali- ja terveydenhuoltoala, kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluprosessi

Tulevan Sote-uudistuksen myötä Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla toimivat organisaatiot tarvitsevat entistä tarkempaa kustannustietoa palvelutuotantonsa kustannusrakenteista. Kustannusrakenteita voidaan selvittää toimintoperusteista kustannuslaskentaa hyödyntäen, jolloin eri palvelujen kustannusten muodostumisesta saadaan tarkempaa informaatiota toiminto- ja suoritekohtaisesti. Tämä diplomityö toteutettiin Porin perusturvakeskukselle osana vuonna 2014 aloitettua palveluiden tuotteistusprojektia. Työn tarkoituksena oli kehittää prosessimalli, jota noudattaen Porin perusturvakeskus voi jatkaa kustannuslaskentamallien muodostamista palvelukohtaisesti kohde kerrallaan. Työlle asetetut tutkimuskysymykset olivat seuraavat: Mitkä ovat toimintoperusteisen kustannuslaskennan suunnitteluprosessin keskeiset vaiheet sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioissa? Mitä menetelmiä prosessin eri vaiheiden toteutuksessa voidaan käyttää ja mitä asioita vaiheissa tulee huomioida?

Tutkimus koostuu teoriaosuudesta sekä empiirisestä työosuudesta. Teoriaosuudessa käsiteltiin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintolaskentakirjallisuutta ja pääpaino asetettiin suunnitteluprosessin mallin tutkimiselle. Empiirinen työosuus koostuu kolmesta osaprojektista, joissa suoritettiin toimintoperusteista kustannuslaskentaa kolmelle Porin perusturvakeskuksen palvelukokonaisuudelle. Osaprojektien kohteita olivat vanhuspalvelujen ympärivuorokautinen hoito, psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut sekä suun terveydenhuolto. Empiirisessä työosuudessa noudatettiin pääpiirteissään teoriaosuuden prosessimallia ja tehtiin havaintoja mallin soveltuvuudesta käytännössä.

Teoriaosuuden ja empiirisen työosuuden aikana tehtyjen havaintojen perusteella vastattiin työn tutkimuskysymyksiin muodostamalla prosessimalli toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän toteuttamiselle vaiheittain. Malli muokattiin soveltuvaksi Porin perusturvakeskuksen tarpeisiin. Mallissa kuvattiin prosessin tärkeimmät vaiheet sekä niiden toteuttamisessa käytettävät menetelmät ja niissä huomioitavat asiat. Prosessin keskeiset vaiheet olivat projektin aloittamiseen liittyvät toimenpiteet, laskentakohteiden määrittäminen, toimintojen määrittäminen, toimintojen ajankäytön selvittäminen, toimintolaskentamallin muodostaminen sekä tulosten analysointi. Prosessimallia noudattaen Porin perusturvakeskus voi jatkaa kustannuslaskentaprojektinsa toteuttamista. Mallia voidaan kehittää jatkossa täydentämällä mallissa kuvattuja menetelmiä palvelukohtaisesti.

ABSTRACT

JANNE OKSLAHTI: Design Process of an Activity-Based Costing System in a Social and Health Care Organization
Tampere University Of Technology
Master of Science Thesis, 94 pages
June 2016
Master's Degree Programme in Industrial Engineering and Management
Major: Industrial Engineering and Management
Examiner: Professor Petri Suomala

Keywords: Activity-based costing, social and health care, design process of a costing system

Due to the forthcoming social and health services reform, Finnish social and health care organizations are in need of more accurate cost information on the cost structures of their service production. Cost structures can be examined by utilizing activity-based costing, which produces more accurate information on the formation of the costs of activities and cost objects. This master's thesis was executed as part of the service productization project of Porin perusturvakeskus. The objective of this thesis was to develop a process model, which can be utilized by Porin perusturvakeskus to continue carrying out activity-based costing models for services one object at a time. There were two main research questions for the thesis: What are the main stages of the design process of an activity-based costing system in a social and health care organization? What methods can be utilized for implementing the main stages of the process and what issues should be considered?

The research consists of a theoretical section and an empirical section. In the theoretical section of the research activity-based costing literature on the social and health care industry was studied with the main focus set on the model of the design process. The empirical section consists of three subprojects, in which activity-based costing was implemented in three different service types of Porin perusturvakeskus. The objects for these three subprojects were the 24-hour care service for the elderly, the psychosocial residential services and the dental healthcare. The design process model discussed in the theoretical section was essentially followed in the empirical section and observations were made on the suitability of the model in practice.

Based on the observations made during the theoretical and the empirical sections, the research questions were answered by forming a process model for the design process of an activity-based costing system, which can be implemented in stages. The model was modified to be suitable for the needs of Porin perusturvakeskus. The model describes the main stages of the process including the methods used to implement them and issues to be considered. The main stages of the process were actions related to the start of the project, determination of the cost objects, determination of the activities, examining the time consumption of the activities, formation of the activity-based costing model and finally analysis of the results. By utilizing the process model Porin perusturvakeskus can continue carrying out its costing project. In the future the model presented in this thesis can be upgraded by adding different methods used to implement the stages of the process for different service types.

ALKUSANAT

Tämä diplomityö suoritettiin osana Porin perusturvakeskuksen vuonna 2014 aloittamaa kustannuslaskentaprojektia, jonka tarkoituksena oli palvelujen kustannusrakenteiden selvittäminen. Projektiin osallistuminen oli erittäin opettava kokemus, jonka aikana pääsin soveltamaan diplomi-insinöörin koulutukseni oppeja käytännön työssä.

Haluan kiittää Porin perusturvakeskuksen henkilökuntaa projektin aikaisesta yhteistyöstä. Erityiskiitoksen haluan antaa talouspäällikkö Ilkka Manniselle työn aikaisesta ohjauksesta. Haluan kiittää projektiin osallistumisesta myös vanhuspalvelujen päällikkö Pirjo Rehulaa, psykososiaalisten palvelujen päällikkö Matti Järvistä sekä johtavaa ylihammaslääkäri Pauliina Hietasaloa.

Haluan kiittää työn ohjaajana ja tarkastajana toiminutta professori Petri Suomalaa hyvistä neuvoista diplomityön suorittamisen aikana sekä työn tarkastamisesta.

Suurimman kiitoksen ansaitsevat vanhempani sekä ystäviäni tuesta opintojeni ja diplomityöni suorittamisen aikana.

Liedossa 13.6.2016

Janne Okslahti

SISÄLLYSLUETTELO

| | | |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. | JOHDANTO | 1 |
| 1.1 | Työn tausta | 1 |
| 1.2 | Työn tavoitteet, rajaukset ja tutkimuskysymys | 2 |
| 1.3 | Työn sisältö | 3 |
| 2. | TYÖN TEOREETTINEN TAUSTA | 5 |
| 2.1 | Toimintoperusteinen kustannuslaskenta | 5 |
| 2.1.1 | Toiminnot..... | 6 |
| 2.1.2 | Kustannusten kohdistaminen | 7 |
| 2.2 | Toimintoperusteinen kustannuslaskenta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla...8 | |
| 2.2.1 | Toimintoperusteisen kustannuslaskennan hyödyt sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla | 9 |
| 2.2.2 | Toimintoperusteisen kustannuslaskennan haasteet sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla | 10 |
| 2.2.3 | Palvelujen tuotteistaminen ja toimintoperusteinen kustannuslaskenta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla Suomessa | 11 |
| 2.3 | Toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluprosessi.... | 13 |
| 2.3.1 | Toimintolaskentajärjestelmän tavoitteiden määrittely | 14 |
| 2.3.2 | Järjestelmän suunnitteluryhmän valinta..... | 15 |
| 2.3.3 | Organisaation ominaisuuksien tunnistaminen | 16 |
| 2.3.4 | Toimintojen määrittäminen..... | 16 |
| 2.3.5 | Resurssiajuriin määrittäminen..... | 17 |
| 2.3.6 | Toimintojen kustannusaltaiden määrittäminen | 18 |
| 2.3.7 | Toimintoajuriin määrittäminen..... | 18 |
| 2.3.8 | Laskentakohteiden määrittäminen | 19 |
| 2.3.9 | Tuotteiden kustannusten ja perinteisten kustannusten vertaileminen | 19 |
| 2.3.10 | Järjestelmän implementointi | 19 |
| 3. | TUTKIMUSMENETELMÄT JA -AINEISTOT | 21 |
| 3.1 | Tutkimusote..... | 21 |
| 3.2 | Haastattelut..... | 21 |
| 3.3 | Kyselyt | 25 |
| 3.4 | Tietojärjestelmät..... | 27 |
| 3.5 | Raportit..... | 28 |
| 4. | TYÖN SUORITUS JA TULOSTEN TARKASTELU | 29 |
| 4.1 | Nykytilanne organisaatiossa..... | 29 |
| 4.1.1 | Porin perusturvakeskuksen toiminta | 29 |
| 4.1.2 | Perusturvakeskuksen organisaatio | 30 |
| 4.1.3 | Toimintoperusteisen kustannuslaskennan tarve..... | 31 |
| 4.2 | Työlle asetetut tavoitteet | 32 |
| 4.3 | Työn toteutuksen suunnittelu | 33 |

| | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.4 | Vanhuspalvelujen ympärivuorokautinen hoito | 34 |
| 4.4.1 | Projektin aloitus | 35 |
| 4.4.2 | Toimintojen määrittäminen | 36 |
| 4.4.3 | Laskentakohteiden määrittäminen..... | 39 |
| 4.4.4 | Työajanmittaukset..... | 40 |
| 4.4.5 | Toimintolaskentamallien muodostaminen | 46 |
| 4.5 | Psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut | 47 |
| 4.5.1 | Projektin aloitus | 48 |
| 4.5.2 | Toimintojen määrittäminen | 48 |
| 4.5.3 | Laskentakohteiden määrittäminen..... | 53 |
| 4.5.4 | Työajanmittaukset..... | 53 |
| 4.5.5 | Toimintolaskentamallien muodostaminen | 59 |
| 4.6 | Suun terveydenhuolto..... | 59 |
| 4.6.1 | Projektin aloitus | 60 |
| 4.6.2 | Toimintojen määrittäminen | 60 |
| 4.6.3 | Laskentakohteiden määrittäminen..... | 63 |
| 4.6.4 | Työajanmittaukset..... | 65 |
| 4.6.5 | Toimintolaskentamallien muodostaminen | 70 |
| 4.7 | Empiirisen työosuuden havainnot ja onnistumisen arviointi | 71 |
| 4.7.1 | Työn aloitus..... | 72 |
| 4.7.2 | Toimintojen määrittäminen | 73 |
| 4.7.3 | Laskentakohteiden määrittäminen..... | 73 |
| 4.7.4 | Työajanmittaukset..... | 74 |
| 4.7.5 | Toimintolaskentamallien muodostaminen | 75 |
| 5. | TOIMINTOLASKENTAJÄRJESTELMÄN SUUNNITTELUPROSESSI SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOALAN ORGANISAATIOSSA..... | 77 |
| 5.1 | Projektin aloitus..... | 79 |
| 5.2 | Laskentakohteiden määrittäminen..... | 80 |
| 5.3 | Toimintojen määrittäminen | 81 |
| 5.4 | Toimintojen ajankäytön selvittäminen | 82 |
| 5.5 | Toimintolaskentamallin muodostaminen | 85 |
| 5.6 | Tulosten analysointi | 86 |
| 6. | JOHTOPÄÄTÖKSET..... | 88 |
| 6.1 | Yleiset johtopäätökset | 88 |
| 6.2 | Kehitysehdotukset organisaatiolle ja jatkotutkimuskohteet | 89 |
| | LÄHTEET..... | 91 |

1. JOHDANTO

1.1 Työn tausta

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle on suunnitteilla Sote-uudistus, jonka myötä vastuu palvelujen järjestämisestä siirtyy 1.1.2019 kunnilta ja kuntayhtymiltä itsehallintoalueina toimiville maakunnille. Itsehallintoalueita perustetaan yhteensä 18, joista 15 järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut omalle alueelleen ja kolme muuta itsehallintoaluetta järjestävät palvelut toiseen itsehallintoalueeseen tukeutuen. Sote-uudistuksessa yksinkertaistetaan sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen monikanavaista rahoitusmallia sekä lisätään yksilön valinnanvapautta palvelujen tuottajan valinnassa. Palvelujen käyttäjä voi jatkossa valita itse palvelun tuottajan julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan väliltä. (Valtioneuvoston viestintäosasto 2015.) Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla toimivien organisaatioiden välinen kilpailu asiakkaista tulee todennäköisesti kiristymään, minkä seurauksena kustannustiedon rooli muodostuu yhä tärkeämmäksi.

Tämä diplomityö toteutettiin Porin perusturvakeskukselle, jonka tehtävänä on järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut Porin, Ulvilan ja Merikarvian asukkaille (Perusturvalautakunta 2013). Diplomityö toteutettiin osana Porin perusturvakeskuksessa vuonna 2014 aloitettua palvelujen tuotteistamisprojektia. Työssä käsitellään palvelujen tuotteistamisen yhtenä osa-alueena olevaa toimintoperusteista kustannuslaskentaa. Ongelmana organisaatioissa on ollut, ettei tuotettavien sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kustannusten muodostumista tunneta tarpeeksi hyvin. Ongelmaan pyritään vastaamaan suunnitteleamalla ja ottamalla käyttöön toimintoperusteinen kustannuslaskentajärjestelmä, jonka tavoitteena on selvittää organisaation tarjoamien palvelujen kustannusrakenteita ja antaa ajantasaista kustannusinformaatiota organisaation johdolle päätöksenteon tueksi.

Toimintoperusteista kustannuslaskentaa on sovellettu sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioissa 1990-luvulta asti. Kiinnostus toimintoperusteisen kustannuslaskennan hyödyntämiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla heräsi, kun teollisuudessa toimivaksi havaittua kustannuslaskentamenetelmää päätettiin alkaa soveltaa myös sairaaloissa. (Ramsey 1994; Lawson 2005.) Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla toimitoperusteista kustannuslaskentaa on sovellettu muun muassa eri kunnissa suoritettujen palvelujen tuotteistamisprojektien yhteydessä (Karinharju 2004; Hanninen & Rekonen 2010; Kuntaliitto 2015). Toimintoperusteisen kustannuslaskennan avulla sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatiot ovat pyrkineet parantamaan kustannustehokkuuttaan, tehostamaan resurssien hyödyntämistä sekä tunnistamaan kehityskohteita toiminnan tehostamista varten (Ramsey 1994; Lawson 2004).

Haasteena toimintoperusteisen kustannuslaskennan soveltamiselle on pidetty sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioiden kompleksisuutta ja palvelutarjonnan laajuutta (Cardinaels et al. 2003). Tästä syystä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla toimintolaskentajärjestelmien tulee olla riittävän tarkkoja ja monipuolisia. Järjestelmän suunnittelu, tarvittavan datan kerääminen ja järjestelmän käyttöönotto muodostavat pitkän prosessin, jonka kustannukset saattavat nousta korkeiksi. (Udpa 1995; Lawson 2005; Demeerec et al. 2009.)

1.2 Työn tavoitteet, rajaukset ja tutkimuskysymys

Tämän diplomityön tavoitteena on muodostaa Porin perusturvakeskukselle toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnittelussa ja siihen tarvittavan informaation keräämisessä käytettävän prosessin malli, jossa kuvataan prosessin keskeiset vaiheet ja niiden sisällöt. Prosessimallia tulee jatkossa voida käyttää viitekehyksenä koko organisaation laajuisesti toteutettavan kustannuslaskentajärjestelmän muodostamisessa. Mallia hyödyntämällä organisaatio voi jatkaa kohde kerrallaan kustannuslaskennan toteuttamista ja lopulta kustannuslaskentajärjestelmän tulee kattaa Porin perusturvakeskuksen koko toiminta.

Tämä työ rajataan käsittelemään ainoastaan palvelujen tuotteistamiseen liittyvää kustannuslaskentaa, eikä muihin tuotteistamisen osa-alueisiin, kuten tarkkojen tuotekuvausten ja laatukriteerien määrittelyyn oteta kantaa. Työssä ei tutkita, onko toimintoperusteinen kustannuslaskenta paras mahdollinen kustannuslaskentamenetelmä sovellettavaksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla, koska toimintoperusteisen kustannuslaskennan käyttö oli määritetty käytettäväksi menetelmäksi organisaation taholta. Työ rajataan yhä tarkemmin käsittelemään toimintoperusteisen kustannuslaskennan suunnitteluprosessia. Vaikka työn empiiristä osuutta toteutettaessa luotiin yksityiskohtaisia laskentamalleja eri yksiköille, tässä työssä ei käsitellä tarkasti laskennan teknisiä yksityiskohtia aiheen laajuuden vuoksi. Tutkimuksen pääpaino asetetaan järjestelmän suunnittelun eri vaiheiden ja niiden sisällön tarkastelulle.

Tavoitteiden ja rajausten perusteella työlle voidaan asettaa seuraavat tutkimuskysymykset:

- Mitkä ovat toimintoperusteisen kustannuslaskennan suunnitteluprosessin keskeiset vaiheet sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioissa?
- Mitä menetelmiä prosessin eri vaiheiden toteutuksessa voidaan käyttää ja mitä asioita vaiheissa tulee huomioida?

Työn tavoite pyritään toteuttamaan ja tutkimuskysymykseen vastaamaan suorittamalla aihetta käsittelevään kirjallisuuteen sekä empiirisen työosuuden havaintoihin perustuva tutkimus. Kirjallisuustutkimuksessa keskitytään sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintoperusteista kustannuslaskentaa käsittelevään kirjallisuuteen. Kirjallisuustutkimuksen

perusteella pyritään löytämään toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluun soveltuva viitekehys, jota sovelletaan empiirisessä työosuudessa. Työn empiirisessä osuudessa suoritetaan kolmeen osaprojektiin perustuva tutkimus, jonka aikana suoritetaan käytännössä kustannuslaskentamallien suunnittelu ja toteutus kolmelle eri palvelukokonaisuudelle Porin perusturvakeskuksessa. Osaprojektien kohteiksi valittiin kolme palvelukokonaisuutta: vanhuspalvelujen ympärivuorokautinen hoito, psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut sekä suun terveydenhuolto. Toimintoperusteisen kustannuslaskennan suunnitteluprosessin mallia pyritään kehittämään vaiheittain jokaisen osaprojektin aikana tehtyjen havaintojen perusteella. Lopputuloksena muodostetaan malli, jota hyödyntämällä organisaatio voi itse jatkaa kustannuslaskennan toteuttamista eri palvelualueilla.

1.3 Työn sisältö

Työ alkaa teoriaosuudella, jonka tarkoituksena on tutkia, mitä työn kannalta oleellisia sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintoperusteiseen kustannuslaskentaan liittyviä asioita alan kirjallisuudessa käsitellään. Teoriaosuus käsitellään luvussa 2. Luvun alussa käsitellään toimintoperusteisen kustannuslaskennan teoriaa. Tämän jälkeen tutkitaan tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintoperusteista kustannuslaskentaa sekä sen tarjoamia hyötyjä ja mahdollisia ongelmia. Tutkimusta jatketaan selvittämällä suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla suoritettujen kustannuslaskennan ominaisuuksia ja alalla käytettyjä menetelmiä toimintoperusteisen kustannuslaskennan hyödyntämiseksi. Seuraavaksi käsitellään työn tutkimuskysymyksen kannalta tärkeintä osuutta, eli toimintoperäisen kustannuslaskennan suunnitteluprosessia. Prosessi käsitellään vaiheittain, ja kirjallisuudesta pyritään löytämään prosessin jokaiseen vaiheeseen liittyvät oleelliset toimenpiteet.

Teoriaosuuden jälkeen luvussa 3 käsitellään tutkimuksessa hyödynnettyjä tutkimusmenetelmiä ja -aineistoa. Luvun alussa käsitellään työn tutkimusotetta. Tämän jälkeen käsitellään työn keskeisinä tutkimusmenetelminä käytettyjä menetelmiä, haastatteluja ja kyselyjä. Luvussa käsitellään myös työssä hyödynnettyä sekundääristä dataa, jonka lähteinä toimivat organisaatiossa käytössä olevat tietojärjestelmät sekä organisaatiossa tehdyt raportit.

Seuraavaksi luvussa 4 alkaa työn empiirisen osuuden käsittely. Luvun alussa esitellään Porin perusturvakeskuksen nykytilanne ja käsitellään empiirisen tutkimusosuuden alkuasetelmat sekä työn toteuttamisen suunnittelu. Seuraavaksi käsitellään erikseen empiirisessä työosuudessa suoritettujen kolme osaprojektia. Osaprojektien kohteina olivat vanhuspalvelujen ympärivuorokautinen hoito, psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut sekä suun terveydenhuolto. Näissä luvuissa käsitellään osaprojektien suorittamista sekä tehdään tehdään niistä havaintoja. Luvun 4 lopussa tehdään yhteenveto osaprojektien havainnoista, arvioidaan empiirisen työosuuden onnistumista ja tunnistetaan kehityskohteita.

Luvussa 5 vastataan työn tutkimuskysymykseen yhdistämällä luvun 2 teoriaosuuden ja luvun 4 empiirisen työosuuden havainnot ja muodostamalla malli toimintoperusteisen kustannuslaskentamallin suunnitteluprosessista Porin perusturvakeskuksen käytettäväksi. Luvussa jaotellaan prosessi perusvaiheisiin ja käsitellään jokainen vaihe erikseen. Luvun alussa esitetään prosessista yhteenvetona yksinkertaistettu malli, minkä jälkeen yksityiskohtia käsitellään tarkemmin. Luvussa muodostetaan kuvaukset vaiheiden sisältämistä toimenpiteistä ja asioista, jotka vaiheita suorittaessa tulee huomioida.

Lopuksi luvussa 6 esitetään työn yhteenveto ja johtopäätökset. Luvussa arvioidaan työn onnistumista ja käsitellään työn aikana tehtyjä havaintoja. Lopuksi organisaatiolle annetaan toimenpidesuosituksia ja esitetään ehdotuksia työn aikana havaituille jatkotutkimusta vaativille kohteille.

2. TYÖN TEOREETTINEN TAUSTA

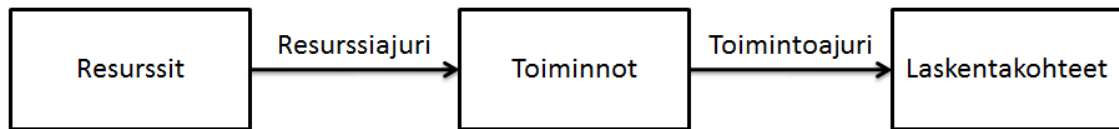
Tässä luvussa käsitellään työhön liittyvää sosiaali- ja terveydenhuoltoalan teoriaa sekä esitetään työn lähtökohdat kohdeorganisaatiossa. Aluksi luvussa esitetään toimintoperusteisen kustannuslaskennan periaate. Seuraavaksi käsitellään sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintolaskentaa sekä yleisesti, että tarkemmin Suomessa suoritettua sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintolaskentaa. Tämän jälkeen esitetään sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle soveltuva toimintolaskennan suunnitteluprosessi vaiheittain.

2.1 Toimintoperusteinen kustannuslaskenta

Toimintoperusteinen kustannuslaskenta eli toimintolaskenta sai alkunsa 1980-luvun loppupuolella, kun perinteistä kustannuslaskentaa alettiin kritisoida siihen liittyvien ongelmien takia (Haverila et al. 2005, s. 181; Kapić 2014). Perinteisen kustannuslaskennan ongelmana koettiin erityisesti, että välilliset kustannukset kohdistettiin tuotteille liian yksipuolisesti. Kritiikin pohjalta kehitettiin toimintoperusteinen kustannuslaskenta (Activity-Based Costing, ABC). (Haverila et al. 2005, s. 181.)

Toimintoperusteisen kustannuslaskennan periaatteena on noudattaa niin sanottua aiheuttamisperiaatetta (Kapić 2014). Lähtökohdana kustannusten kohdistamiselle toiminnoille ja tuotteille voidaan pitää sitä, että kaikki yrityksen kustannukset ovat tuotteiden aiheuttamia. Aiheuttamisperiaatteen mukaisesti tuotteiden sekä kustannusten välille pyritään etsimään looginen yhteys. (Neilimo et al. 2007 s. 143.)

Yrityksen toiminnot ovat toimintoperusteisessa kustannuslaskennassa tärkein huomion kohde (Kapić 2014). Toiminnolla tarkoitetaan yksittäistä asiakokonaisuutta, jolla yritys muuttaa panoksia tuotoksiksi, eli tuottaa tuotteita. Toimintojen suorittamiseen yritys tarvitsee resursseja ja resurssit aiheuttavat yritykselle kustannuksia. (Neilimo et al. 2007 s. 145.) Toimintoperusteisessa kustannuslaskennassa resurssien kustannukset kohdistetaan aluksi toiminnoille. Kustannusten kohdistamisessa resurssilta toiminnoille käytetään ensimmäisen tason kustannuskohdistinta eli resurssiajuria. (Haverila et al. 2005, s. 182.) Tämän jälkeen toimintojen kustannukset kohdistetaan laskentakohteille toimintoajureilla sen mukaan, miten laskentakohteet kuluttavat toiminnoista saatuja suoritteita (Neilimo et al. 2007 s. 145). Toimintoperusteisen kustannuslaskennan periaatetta havainnollistetaan kuvassa 2.1.



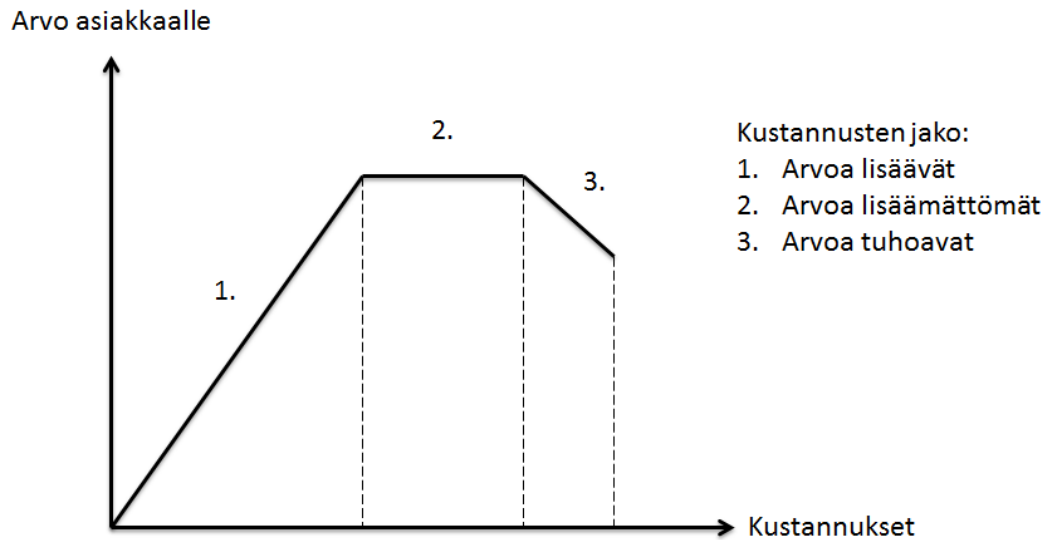
Kuva 2.1 Toimintoperusteisen kustannuslaskennan periaate (mukaillen Gupta et al. 2003).

2.1.1 Toiminnot

Toiminnoilla tarkoitetaan prosesseja tai toimenpiteitä, joiden avulla organisaatiossa tuotetaan tuotteita. Toimintojen määrittäminen toteutetaan toimintoanalyysillä, jossa tunnistetaan tärkeimmät toiminnot. Toimintoanalyysi suoritetaan Pareto-analyysillä 80/20-periaatteen mukaisesti, eli tunnistetaan toiminnot, joilla on suurin vaikutus tuotteiden toteuttamiseen. (Ramsey 1994.) Toimintoanalyysin yhteydessä voidaan kartoittaa myös toimintaprosessit, joista voidaan saada hyödyllistä tietoa yrityksen johtamisen tueksi ja toiminnan kehittämiseksi. Prosessit voidaan kartoittaa määrittämällä yrityksen toiminnot sekä niiden väliset suhteet, jolloin saadaan kokonaiskuva yrityksen toimintaprosessin tuotanto- ja palveluketjuista. (Neilimo et al. 2007 s. 149.)

Toiminnot voidaan jaotella kahteen pääryhmään: ensisijaisiin perustoimintoihin sekä toissijaisiin tukitoimintoihin. Perustoiminnot ovat niitä toimintoja, jotka vaikuttavat suoraan tuotteen valmistamiseen. Tukitoiminnot eivät ole kohdistettavissa suoraan tuotteelle, mutta ne tukevat perustoimintojen toteuttamista. Tukitoimintojen kustannukset kohdistetaan perustoiminnoille aiheuttamisperiaatteen mukaisesti, mikäli se on mahdollista. (Neilimo et al. 2007 s. 150.) Toiminnot voidaan luokitella myös hierarkkisesti organisaation eri toimintatasojen mukaan (Raz & Elnathan 1999). Toimintotasoja voivat olla järjestyksessä laajimmasta yksityiskohtaisimpaan esimerkiksi yritystason toiminnot, asiakastason toiminnot, tuotetason toiminnot, erätason toiminnot sekä yksikötason toiminnot. Eri hierarkiatasoilla oleville kustannuksille määritetään omat kohdistimensa. (Neilimo et al. 2007 s. 150.)

Toimintoanalyysin yhteydessä voidaan myös tunnistaa tarpeettomia toimintoja, jotka pyritään karsimaan pois (Haverila et al. 2005 s. 183). Toiminnot voidaan luokitella arvoa lisääviin, arvoa lisäämättömiin ja arvoa tuhoaviin toimintoihin sekä kustannuksiin. Arvoa lisääviä toimintoja ovat ne toiminnot, jotka antavat tuotteelle ominaisuuksia, joita asiakas arvostaa. Arvoa lisäämättömät toiminnot ja kustannukset eivät vaikuta tuotteen ominaisuuksiin asiakkaan kokemaan arvoa lisäten eikä vähentäen, kuten esimerkiksi tuotteen varastointi. Sen sijaan arvoa tuhoavat toiminnot ja kustannukset liittyvät tuotteen arvон heikentymiseen, kuten materiaalin pilaantuminen varastoinnissa. (Neilimo et al. 2007 s. 151–152.) Arvoa lisäävien, lisäämättömien ja tuhoavien kustannusten jakoa on havainnollistettu kuvassa 2.1.1.

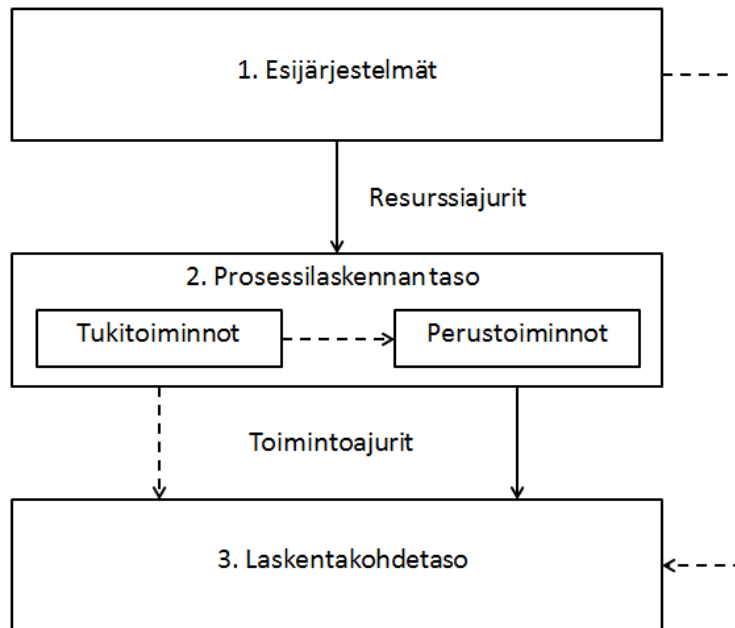


Kuva 2.1.1 Kustannukset ja arvo asiakkaalle (mukailten Neilimo et al. 2003, s. 151).

2.1.2 Kustannusten kohdistaminen

Toimintoperusteisessa kustannuslaskennassa kustannusten kohdistaminen toteutetaan kahdessa perusvaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa resurssien kustannukset kohdistetaan toiminnoille resurssien käytön perusteella. (Raz & Elnathan 1999.) Kustannusten kohdistamiseen käytetään kohdistimia eli ajureita. Ajurit määritetään tuotannon tekijän ja toiminnon välisen riippuvuussuhteen perusteella noudattaen aiheuttamisperiaatetta. Resurssista aiheutuvat kustannukset ovat yleensä peräisin ajan kulumisesta ja resurssin käytöstä. Kustannusten kohdistamiseen tarvittavaa informaatiota saadaan menolajipohjaisesta kirjanpidosta, kustannuslajipohjaisesta kustannuskirjanpidosta, tuotannon vaihe- ja tuoterakenteista, toiminnanohjausjärjestelmästä sekä henkilöstön ajankäytön jakaumatiedoista. (Neilimo et al. 2007 s. 152–153.)

Laskennan toisessa vaiheessa toimintojen kustannukset kohdistetaan laskentakohteille, joita voivat olla esimerkiksi tuotteet, asiakkaat tai palvelut (Raz & Elnathan 1999). Toimintojen kustannukset kohdistetaan laskentakohteille käyttäen toisen tason kustannusajureita eli toimintoajureita (Haverila et al. 2005 s. 182). Tukitoimintojen kustannukset voidaan tätä ennen kohdistaa perustoiminnoille, mikäli se on mahdollista. Jos tukitoimintojen kustannuksia ei voida kohdistaa aiheuttamisperiaatteen mukaisesti perustoiminnoille, ne tulee sisällyttää asiakas- tai tuotekatteisiin. (Neilimo et al. 2007 s. 153.) Toimintoperusteisen kustannuslaskennan etenemistä on havainnollistettu kuvassa 2.1.2.



Kuva 2.1.2 Toimintolaskennan eteneminen (mukaillen Neilimo et al. 2007 s. 152).

2.2 Toimintoperusteinen kustannuslaskenta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla

Lawsonin (2005) mukaan 1990-luvulla toimintoperusteinen kustannuslaskenta muodostui tärkeäksi johtamisen työkaluksi ja alkoi levitä teollisuusyrityksistä myös palveluyrityksiin. Tällöin myös sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla kiinnostuttiin toimintolaskennan soveltamisesta. Lääketieteellisen teknologian ja lääketieteen kehitys ovat aiheuttaneet terveydenhuoltoalalla kustannusten jatkuvaa kasvua. Cardinaelsin et al. (2003) mukaan kustannusten kasvamisen myötä sairaaloiden paineet tulla kustannustehokkaammiksi ovat edelleen kasvaneet, minkä takia ratkaisua ollaan lähdetty yhä useammin etsimään toimintolaskennasta. Perinteisten kustannuslaskentajärjestelmien tuottamaa kustannusinformaatiota on pidetty riittämättömänä uusiin haasteisiin, joten kiinnostus tarkempaa kustannusinformaatiota tarjoavia toimintolaskentajärjestelmiä kohtaan on kasvanut terveydenhuoltoalalla.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan kustannuslaskenta noudattaa pääpiirteissään samaa periaatetta kuin teollisuusyrityksissä, mutta sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioiden toimintolaskentajärjestelmät ovat usein monimutkaisempia. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla organisaation sisällä suoritetaan useita hyvin erilaisia prosesseja ja organisaation sisäiset yksiköt ovat toiminnaltaan erilaisia. (Popesko et al. 2011.) Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla kustannukset ovat usein myös vaihtelevampia kuin teollisuudessa, koska eri potilaiden hoitoon tarvitaan vaihteleva määrä resursseja. Siksi sosiaali- ja terveydenhuolto-

toialalla voidaan tarvita pidemmälle kehitettyä kustannuslaskentajärjestelmää, joka tuottaa tarkempaa tietoa. (Cardinaels et al. 2003.) Erona teollisuusyrityksiin on myös, että julkisilla sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioilla tavoitteena on maksimoida palvelujen määrä ja laatu käytettävissä olevien resurssien avulla, eikä voiton maksimointi (Pizzini 2006).

Lawsonin (2005) mukaan kustannuslaskentajärjestelmän tulee täyttää kolme vaatimusta: sen tulee edistää kustannustehokkuutta, maksimoida organisaation resurssienkäytön tehokkuus palvelujen johtamisessa sekä huomioida mahdollisuuksia operaatioiden jatkuvaan parantamiseen. Kustannuslaskentajärjestelmän tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää johtamisen tukena muun muassa toiminnan arvioinnissa, sopimusneuvotteluissa, budjetoinnissa sekä hinnoittelussa (Pizzini 2006). Cardinaelsin et al. (2003) mukaan toimintolaskentajärjestelmää voidaan hyödyntää myös laatuohjelmien tukena.

2.2.1 Toimintoperusteisen kustannuslaskennan hyödyt sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla

Toimintoperusteinen kustannuslaskenta tarjoaa johdolle perinteistä kustannuslaskentajärjestelmää tarkempaa kustannusinformaatiota. Kustannusten jakaminen toiminnoille auttaa johtoa ymmärtämään kustannusten muodostumista ja kustannusrakenteita tarkemmin. Toimintolaskennan avulla saadaan selville kustannusten ja toimintojen suorittamisen välinen suhde. Samalla voidaan analysoida kapasiteetin vaikutusta kustannuksiin sekä arvioida paremmin palvelujen tuottavuutta. (Popesko et al. 2011.) Toimintolaskentaa hyödyntävillä organisaatioilla tuottavuus on usein parempaa ja hallinnon kustannukset pienempiä (Pizzini 2006).

Goldbergin et al. (2011) mukaan toimintolaskennan käyttöönoton syynä on usein pyrkimys tehostaa organisaation toimintaa ja vähentää kustannuksia. Toimintolaskentaa voidaan hyödyntää yhdessä prosessientehostustekniikoiden kanssa, jolloin sekä kustannuksia että palvelujen laatua voidaan arvioida samanaikaisesti. Prosesseja voidaan standardoida ja tehostaa, jolloin tarpeetonta vaihtelua saadaan eliminoidua. Goldberg et al. (2011) huomauttaa, että palvelujen laatua ei tule kuitenkaan uhrata kustannusten vähentämisen takia.

Toimintolaskentaa saadaan parhaiten hyödynnettyä, kun se otetaan aktiiviseksi osaksi mukaan johtamista. Tällöin käytetään termiä Activity-Based Management (ABM). Toimintolaskentaa ei tulisi käyttää pelkkiin kustannusarvioihin, vaan hyödyntää myös laajemmin organisaation prosessien ja toimintojen johtamiseen. (Lawson 2005.)

2.2.2 Toimintoperusteisen kustannuslaskennan haasteet sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla

Lawsonin (2005) mukaan eräs tyypillisimmistä ongelmista toimintolaskennan hyödyntämisestä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on, että organisaation johto ei näe toimintolaskennan potentiaalia johtamiseen ja toiminnan parantamiseen liittyvänä järjestelmänä. Johto saattaa suhtautua toimintolaskentaan vain ohi menevänä laskuharjoituksena (Udpa 1996). Organisaation henkilöstö ei myöskään ole aina sitoutunut toimintolaskennan käyttöönottoon tarpeeksi vahvasti, mikä on johtanut järjestelmän käyttöönoton epäonnistumiseen. Uuden järjestelmän esittely voi myös aiheuttaa muutosvastarintaa henkilöstön keskuudessa. (Lawson 2005.)

Koska sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla toimivat organisaatiot ovat usein laajoja ja kompleksisia, on toimintolaskentajärjestelmän käyttöönotto hankalaa laajassa mittakaavassa. Toimivan järjestelmän suunnitteluun tarvitaan paljon aikaa ja suunnittelun kustannukset voivat kohota hyvin korkeiksi. (Lawson 2005; Demeerec et al. 2009.) Organisaatioiden laajuus ja niiden tarjoamien palvelujen erilaisuus tekevät myös tarvittavan datan keräämisestä erittäin työlästä (Lawson 2005).

Toimintolaskentajärjestelmän tarkkuuteen liittyy myös ongelmia. Jos järjestelmää ei päivitetä säännöllisesti, sen tuottama informaatio perustuu vanhentuneisiin tietoihin, mikä aiheuttaa laskentaan epätarkkuutta (Demeerec et al. 2009). Epätarkkuutta aiheuttavat myös liian yleisellä tasolla määritetyt toiminnot (Joon et al. 1997). Toisaalta jos toimintolaskentajärjestelmän tuottama informaatio on liian yksityiskohtaista, voi syntyä informaation ylikuormitusta. Kun järjestelmä tuottaa liian paljon yksityiskohtaista informaatiota, organisaation johdon saattaa olla hankala käyttää sitä tehokkaasti hyväkseen päätöksenteon tukena. (Pizzini 2006.)

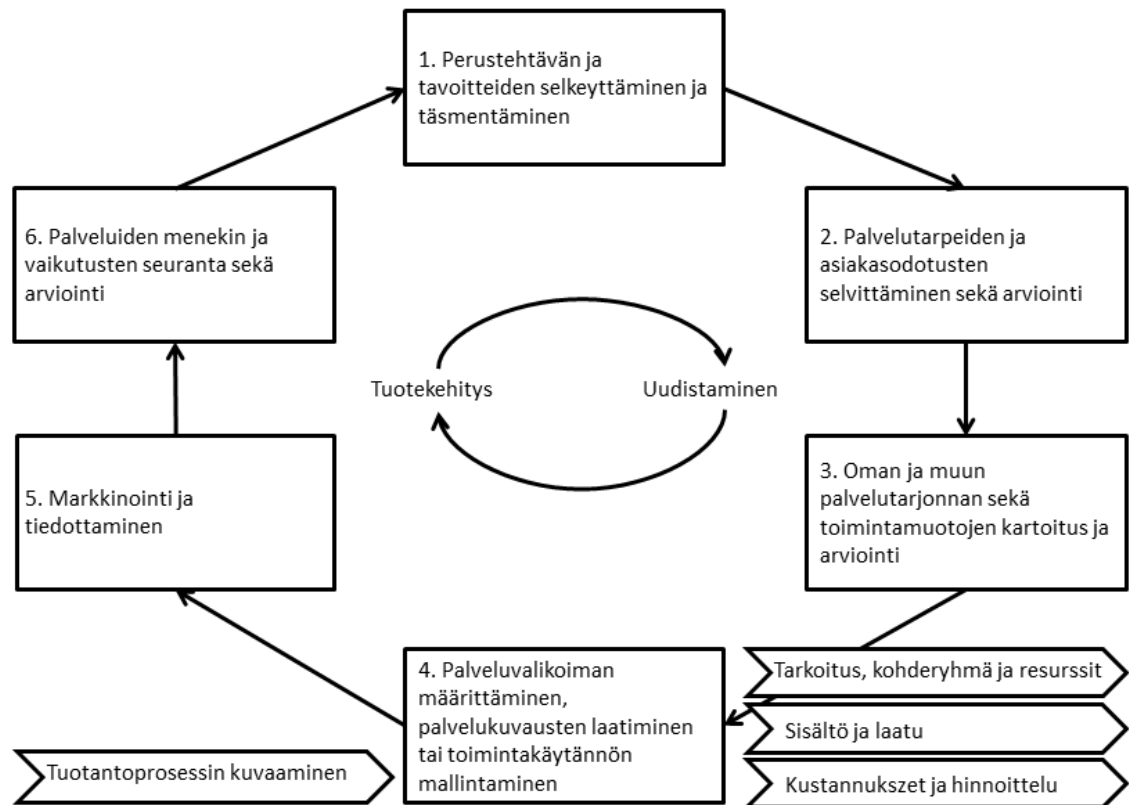
Toimintolaskentajärjestelmä edellyttää usein työajanmittausta vaiheessa, jossa halutaan selvittää miten suuri osuus työntekijöiden työajasta jakautuu eri toiminnoille. Työajanmittaukseen liittyy useita ongelmia. Työajanmittaus suoritetaan usein kertaluonteisesti, minkä takia työajanmittauksen ajankohtaan tulee kiinnittää huomiota. Työajanmittausjakson ajankohta on valittava siten, että se kuvaa mahdollisimman hyvin työpaikan normaalia tilannetta. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla tämä saattaa muodostua ongelmaksi, jos kyseessä on yksikkö, jonka toiminnassa on paljon vaihtelevuutta. Työajanmittausjakson kesto on myös määritettävä siten, että saadaan riittävän suuri otos käytetystä työajasta. Työajanmittaus on usein tehtävä siten, että työntekijät itse kirjaavat käyttämänsä työajan, jolloin he saattavat tietoisesti muokata eri toimintoihin käytettyä työaikaa suosivamman näköiseksi. Näin ollen työajanmittauksen tulokset eivät välttämättä kerro totuutta työajan käytön jakautumisesta. (Demeerec et al. 2009.)

2.2.3 Palvelujen tuotteistaminen ja toimintoperusteinen kustannuslaskenta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla Suomessa

Suomessa toimintolaskentaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla ollaan sovellettu muun muassa useissa kaupungeissa suoritettujen palvelujen tuotteistamisprojektien yhteydessä. Kuntaliiton (2015) mukaan palvelujen tuotteistamisella tarkoitetaan asiakkaille tarjottujen palvelujen profilointia, määrittelyä ja täsmentämistä. Palvelujen ohella tuotteistamisen kohteina voivat olla myös työkäytännöt tai toimintamallit. Tuotteistamisella tarkennetaan organisaation tuottamien palvelujen tarkoitusta, tavoitteita, kohderyhmää, sisältöjä, laatuvaatimuksia, palvelujen toteuttamiseen tarvittavia resursseja sekä kustannusten muodostumista. Tuotteistamisella pyritään saamaan organisaation koko palvelutarjonta helpommin hallittavaan muotoon ja kehittämään palveluja paremmin asiakkaan tarpeita vastaaviksi. Kuntaliiton (2015) mukaan palvelujen tuotteistaminen ja tarkempi määrittö hyödyllistä silloin, kun hankitaan tai myydään palveluja, arvioidaan palvelujen tuottamisen aiheuttamia kustannuksia ja määritetään palvelujen hintoja, halutaan tehdä toimintaa läpinäkyväksi asiakkaille ja kuntalaisille sekä silloin, kun kehitetään palveluja vastaamaan paremmin asiakkaiden odotuksia ja tarpeita.

Tuotteistamisessa käytetään kuvaustapana usein prosessikuvausta. Palveluille luodaan kirjalliset prosessikuvaukset, jotka sisältävät palvelujen sisällön määrittämisen, toiminnan etenemisen, henkilöstön suorittaman työn työvaiheet sekä niiden kestot ja töiden suoritusvastuun siirtyminen toiselle henkilölle. Prosessikuvaukset auttavat parantamaan palvelujen läpinäkyvyyttä ja tunnistamaan kehityskohteita, kun palvelujen laatua halutaan parantaa. (Kuntaliitto 2015.)

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen tuotteistamisessa on usein mukailtu Kuntaliiton 1990-luvun loppupuolella ja 2000-luvulla kehittämää tuotteistusprosessin mallia. Mallia on käytetty muun muassa vanhuspalvelujen, kuntoutuspalvelujen ja lastensuojelupalvelujen tuotteistuksissa. Tuotteistusprosessin malli koostuu kuudesta perusvaiheesta, jotka on esitetty kuvassa 2.2.3. (Kuntaliitto 2015.)



Kuva 2.2.3 Tuotteistusprosessin vaiheet (mukaillen Kuntaliitto 2015).

Karinharjun (2004) mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen onnistunut tuotteistaminen edellyttää sitoutumista, tuotteiden määrittelyä, laatukriteerien määrittelyä ja toimivaa kustannuslaskentajärjestelmää. Kustannuslaskentajärjestelmän luominen sekä resurssien käytön ja palvelujen kustannusrakenteen selvittäminen ovat usein keskeisessä osassa palvelujen tuotteistusprojekteissa. Palvelujen kustannusrakenteiden selvittämisessä on tuotteistusprojekteissa usein noudatettu aiheuttamisperiaatetta ja hyödynnetty toimintoperusteista kustannuslaskentaa. Toimintoperusteinen kustannuslaskenta sopii palvelujen tuotteistuksessa käytettäväksi kustannuslaskentamenetelmäksi, koska tuotteistuksessa kartoitetaan palvelujen tuottamisen edellyttämien työvaiheiden sisältöä, mikä soveltuu hyvin yhteen toimintoperusteisen kustannuslaskennan toimintoanalyysin kanssa. Palvelujen prosessikuvaukset ja toimintoanalyysi olisikin hyvä suorittaa samanaikaisesti. Karinharju (2004) esittää toimintolaskennan suunnitteluprosessin päävaiheiksi toimintoanalyysin, tuotteistuksen, kustannusanalyysin ja kustannusten kohdistamisen.

Karinharjun (2004) mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla oleellisia kustannustekijöitä ovat työvoimakustannukset, jotka sisältävät henkilöstön palkat, sosiaalikulut ja muut henkilöstökulut sekä kiinteät ja muut kustannukset, jotka sisältävät tilat ja laitteet, materiaalit, palvelujen ostot, yleiskulut, pääomakustannukset ja muut kustannukset. Tärkein resurssi sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on henkilöstö, koska toiminta on erittäin työvoimavaltaista. Suurin palvelujen kustannustekijä ovat työvoimakustannukset. Palvelun

kustannuksista suurin osa on arvioitavissa, kun tiedetään palvelujen toteuttamiseen tarvittava kokonaistuntimäärä sekä eri ammattihenkilöiden työtuntien kustannukset. Henkilöstön työaika jakautuu välittömään työaikaan (perustoiminnot), välilliseen työaikaan (tukitoiminnot) sekä palkalliseen poissaoloon. Henkilöstökustannusten kohdistamisessa on hyvä käyttää työajanseurantaa, jonka avulla saadaan selvitettyä henkilöstön työajankäytön jakauma eri toiminnoille. Mahdollisia menetelmiä työajanseurannan suorittamiseksi ovat esimerkiksi työntekijän subjektiiviseen arvioon perustuva ajankäytön arviointi tai tarkempi työajanseuranta päivittäin täytettävällä työajanseurantalomakkeella.

Edellä kuvatun yleisen Suomessa käytetyn tuotteistusmallin lisäksi palvelujen tuotteistus voi perustua myös kansainvälisesti käytettyyn Diagnosis Related Groups -tuotteistusmenetelmään (DRG). DRG on potilaiden ryhmittelymenetelmä, joka perustuu potilaiden diagnooseihin, heille tehtyihin hoitotoimenpiteisiin, ikään, sukupuoleen sekä poistumiseen sairaalasta. DRG-järjestelmää on käytetty lähinnä vuodeosastojen ja päiväkirurgian toiminnan kuvaamisissa sekä palvelujen tuotteistamisessa ja hinnoittelussa. DRG-tuotteistusta on käytetty Suomessa muun muassa Tampereella Hatanpään sairaalassa, Tampereen yliopistollisessa sairaalassa, Turun yliopistollisessa keskussairaalassa ja Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. (Valkama et al. 2009.)

2.3 Toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluprosessi

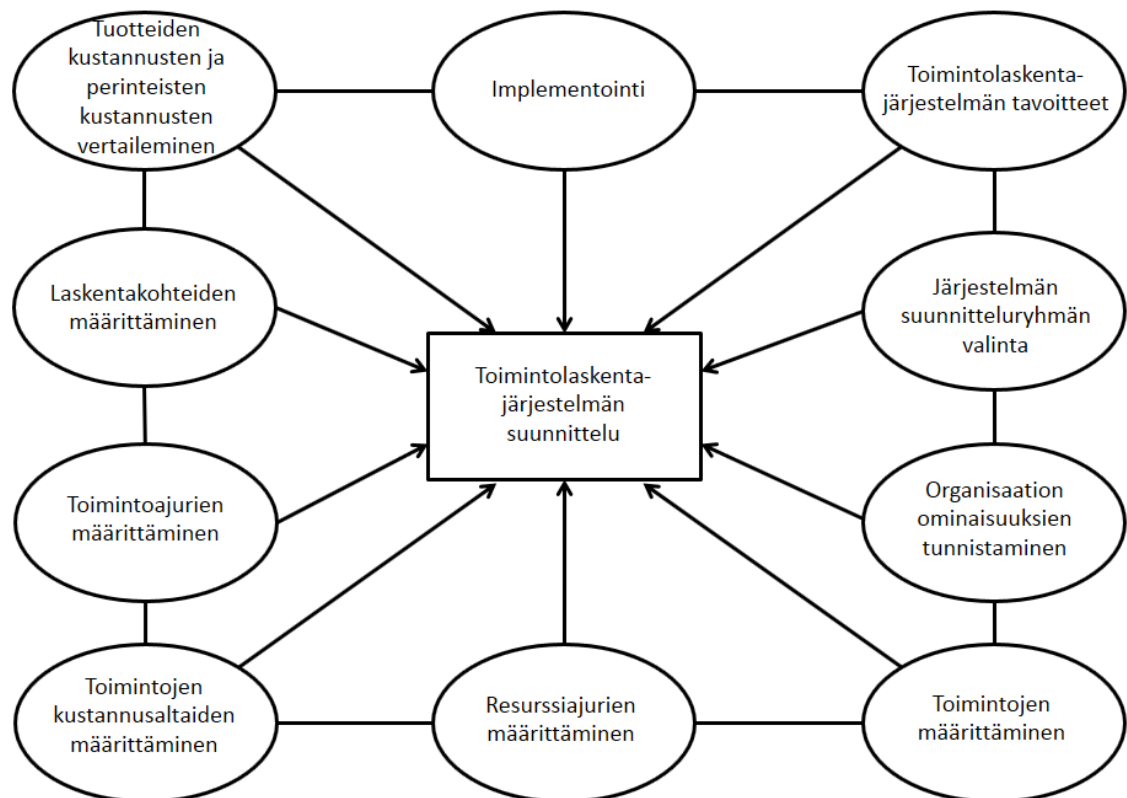
1990-luvun alkupuolelta asti kirjallisuudessa on käsitelty toimintoperusteisen kustannuslaskennan soveltamista sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla, mutta artikkelit ovat keskittyneet toimintolaskennan soveltamiseen organisaation sisällä ainoastaan yksittäisissä yksiköissä (Chan 1993 & Udpan 1996). Udpan (1996) kehittämän viitekehysten tarkoituksena on toimia mallina toimintoperusteisen kustannuslaskennan soveltamisessa koko organisaation laajuisesti. Udpan (1996) malli koostuu seitsemästä perusvaiheesta, jotka ovat:

1. Poikkifunktionaalisen suunnitteluryhmän muodostaminen
2. Case-tyyppien / DRG:n tunnistaminen analyysiä varten
3. Terveydenhuoltojärjestelmän profilointi
4. Toimintojen muodostaminen
5. Kustannusten muodostumisen analysointi kustannusajureiden avulla
6. Henkilöstön koulutus toimintolaskentajärjestelmän käytöstä
7. Datan sekä tulosten arviointi ja analysointi

Tässä luvussa käsitellään toimintolaskentajärjestelmän suunnitteluprosessin vaiheita käyttäen perustana Gunasekaranin (1999) mukaista yleistä toimintolaskentajärjestelmän suunnitteluprosessin viitekehystä ja liittämällä siihen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle ominaisia piirteitä toimialan kustannuslaskentaa käsittelevän kirjallisuuden perusteella. Mallia käytetään, koska sen vaiheet on jaoteltu tarkemmin, kuin Udpan (1996) mallissa.

Toimintolaskentajärjestelmän suunnitteluprosessi koostuu Gunasekaranin (1999) mukaan kymmenestä eri vaiheesta, jotka on esitetty kuvassa 2.3. Vaiheet ovat:

1. Toimintolaskentajärjestelmän tavoitteiden määrittely
2. Järjestelmän suunnitteluryhmän valinta
3. Organisaation ominaisuuksien tunnistaminen
4. Toimintojen määrittäminen
5. Resurssiajuriin määrittäminen
6. Toimintojen kustannusaltaiden määrittäminen
7. Toimintoajuriin määrittäminen
8. Laskentakohteiden määrittäminen
9. Tuotteiden kustannusten ja perinteisten kustannusten vertaileminen
10. Järjestelmän implementointi



Kuva 2.3 Kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluprosessi (mukaillen Gunasekaran 1999).

2.3.1 Toimintolaskentajärjestelmän tavoitteiden määrittely

Gunasekaranin (1999) mukaan toimintolaskentajärjestelmän suunnitteluprojektin tulee alkaa järjestelmän tavoitteiden määrittelyllä. Toimintolaskentajärjestelmän tavoitteiden tulee perustua organisaation strategiaan ja palvella sen tavoitteita. Cardinaelsin et al.

(2003) mukaan uuden kustannuslaskentajärjestelmän tavoitteiden asettamisen yhteydessä tulee myös tunnistaa nykyisen järjestelmän ongelmat, joihin uudella järjestelmällä halutaan saada muutos.

Pizzinin (2006) mukaan kustannuslaskentajärjestelmän suunnittelussa on huomioitava neljä kriittistä ominaisuutta: yksityiskohtien taso, kustannusten jaottelu ja luokittelu toiminnan perusteella, kustannusinformaation raportoinnin taajuus sekä varianssianalyysi. Yksityiskohtat määrittelevät järjestelmän yleisen tarkkuustason. Kustannusten luokitteluun tulee määrittää käytettävä metodologia, esimerkiksi jako kiinteisiin ja muuttuviin kustannuksiin, suoriin ja epäsuoriin kustannuksiin sekä hallittaviin aj hallitsemattomiin kustannuksiin. Kustannuslaskentajärjestelmälle on päätettävä taajuus, jolla järjestelmästä toimitetaan raportteja johdolle, jotta mahdollisia ongelmia ja mahdollisuuksia voidaan tunnistaa. Järjestelmän suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös varianssianalyysi, jolla selvitetään budjetoitujen ja toteutuneiden kustannusten ero ja yritetään löytää selitykset eroille.

Toimintolaskentajärjestelmän tavoitteena on usein saada tietoa todellisista kustannuksista ja sen avulla tunnistaa mahdollisia ongelmia sekä löytää niihin ratkaisuja sekä tehostaa organisaation prosesseja. Toimintolaskentajärjestelmä tulee suunnitella siten, että se mahdollistaa kehityskohteiden ja parannusmahdollisuuksien tunnistaminen jatkuvasti, eikä ainoastaan kertaluonteisesti. Toimiva kustannuslaskentajärjestelmä tarjoaa organisaation johdolle hyödyllistä informaatiota prosessien sisältämien toimintojen ja suoritteiden kustannuksista. Tätä informaatiota voidaan käyttää muun muassa prosessien arvioinnissa ja tehostamisessa, sopimusneuvotteluissa, budjetoinnissa, tuotteiden hinnoittelussa ja tuotteiden kannattavuuden arvioinnissa. (Gunasekaran 1999; Pizzini 2006.) Informaation avulla voidaan myös tarkastella kapasiteetin vaikutusta kustannusten muodostumiseen (Popesko et al. 2011).

2.3.2 Järjestelmän suunnitteluryhmän valinta

Tavoitteiden määrittämisen jälkeen valitaan kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluun osallistuva ryhmä. Suunnitteluryhmässä tulee olla mukana eri henkilöstöryhmien edustajia, koska henkilöstöryhmillä saattaa olla ristiriitaisia tavoitteita. Eri henkilöstöryhmille yhteinen strategia on oleellinen tekijä toimintolaskentaprojektin onnistumisen kannalta. (Arnaboldi et al. 2005.) Lawsonin (2004) mukaan eräs ongelma toimintolaskentajärjestelmän onnistuneessa käyttöönotossa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on ollut henkilöstön vastustus uutta järjestelmää kohtaan. Eri henkilöstöryhmät tulisi ottaa järjestelmän suunnittelussa huomioon heti alusta alkaen, koska he hyväksyvät uuden järjestelmän helpommin, jos he ovat olleet mukana sen suunnittelussa ja implementoinnissa (Udpa 1996; Lawson 2005).

Udpan (1996) mukaan toimintolaskentajärjestelmän suunnitteluun osallistuvaan ryhmään tulisi kuulua lääkäreitä, potilaiden hoidon suunnittelijoita, kirjanpitäjä, informaatiojärjestelmien ylläpitäjä, potilastietojärjestelmien asiantuntijoita tarpeen vaatiessa ulkopuolinen konsultti. Suunnitteluryhmän tulee säännöllisesti pitää kokouksia organisaation henkilökunnan, lääkäreiden ja organisaation johdon kanssa, jotta voitaisiin tunnistaa tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa toimintolaskentajärjestelmän implementointiin.

2.3.3 Organisaation ominaisuuksien tunnistaminen

Gunasekaranin (1999) mukaan toimintolaskentajärjestelmän suunnitteluryhmän muodostamisen jälkeen tulee kiinnittää huomiota organisaatioon liittyviin asioihin, koska toimintolaskentajärjestelmä vaikuttaa organisaation kaikkiin osa-alueisiin. Monia toimintolaskennan implementoinnin vaikutuksia ei kyetä kuitenkaan suoraan tunnistamaan, mutta vaikutusten ennakoinnin jättäminen väliin tästä syystä olisi haitallista järjestelmän hyödyntämisen kannalta.

Järjestelmän suunnittelun alussa on huomioitava eri yksiköiden ominaisuudet ja tunnistettava niiden väliset erot, esimerkiksi tarjottujen palvelujen lukumäärät ja kestot sekä asiakasryhmät, joille palveluita tarjotaan. Tässä vaiheessa on hyvä tunnistaa myös kiinteät kustannukset. (Gunasekaran 1999.) Udpan (1996) mukaan suunnitteluryhmän tulisi kiinnittää huomiota resurssien käyttöön, potilaiden hoidon laatuun, lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan väliseen kommunikointiin, informaatiojärjestelmien ominaisuuksiin ja prosessien parannuksiin. Organisaatiota analysoitaessa kohteet voidaan valita palvelujen ominaisuuksien perusteella. Näitä ominaisuuksia voivat olla esimerkiksi palvelujen volyyymi, taloudelliset vaikutukset, vaihtelu, laatu tai muut huomionarvoiset ominaisuudet, kuten uudet palvelut.

Udpan (1996) mukaan organisaation toimintaa ja ominaisuuksia analysoidessa olisi hyödyllistä suorittaa prosessikuvausten muodostamista ja analysointia. Prosessikuvaukset tulee toteuttaa koko organisaation laajuisesti. Prosessikuvauksissa esitetään potilaan hoidon valmisteluprosessit, hoidon aikaiset prosessit, ja potilaan kotouttamiseen liittyvät prosessit. Prosessikuvauksissa kuvataan kriittiset toiminnot ennakoitavassa ja kronologisessa järjestyksessä. Kuvausten luomiseen osallistuvat lääkärit, sairaanhoitajat, muu hoitoon liittyvä henkilökunta, laadunvalvojat ja muu henkilökunta. Prosessikuvauksia voidaan myöhemmin käyttää toimintanalyysin tukena ja resurssienkäytön arvioimisessa.

2.3.4 Toimintojen määrittäminen

Seuraava vaihe toimintolaskentajärjestelmän suunnittelussa on toimintojen tunnistaminen. Toiminnolla tarkoitetaan toimenpiteitä tai prosesseja, joista asiakkaalle tarjottu palvelu tai tuote muodostuu. Toimintojen määrittäminen on keskeisessä roolissa toimintolaskentajärjestelmän onnistumisen kannalta, joten se tulee tehdä huolella. Toimintojen

määrittäminen luo perustan toimintolaskentajärjestelmän rakenteelle ja määrittää sen laajuuden. (Gunasekaran 1999.) Toimintoja määritettäessä tulee ottaa huomioon, että niiden avulla hankittava informaatio on relevanttia (Popesko et al. 2011).

Ennen toimintojen määrittämistä tulee päättää järjestelmän yksityiskohtaisuuden taso. Toiminnot tulee määrittää riittävässä, muttei liian tarkassa tasossa, koska liian yksityiskohtaista informaatiota on hankala käsitellä varsinkin organisaation ollessa laaja ja kompleksinen. Myös liian suurpiirteinen ja suppea toimintojen määrittely on vaarallista, koska se ei anna tarpeeksi informaatiota päätöksenteon tueksi. (Gunasekaran 1999.) Joskus toimintojen määrää voidaan kontrolloida niputtamalla useita työtehtäviä saman toiminnon alle, mutta tällöin on olemassa riski, että ajurin tarkkuus kohdistaa kustannuksia tarkasti voi kärsiä (Udpa 1996). Sopiva toimintolaskentajärjestelmässä on usein noin 20 kappaletta. (Cooper et al. 1999.) Goldbergin et al. (2011) mukaan toimintojen määrittelyssä tulee keskittyä niihin toimintoihin, joiden vaikutus kustannuksiin on merkittävä. Toimintojen määrään ja yksityiskohtien tasoon vaikuttaa myös, millaista näkökulmaa toimintolaskennassa käytetään. Koko organisaation laajuisessa järjestelmässä toimintojen määrä ja tarkkuustaso on suppeampi kuin järjestelmässä, jossa organisaation eri yksiköitä käsitellään erikseen. (Popesko et al. 2011.)

Popeskon et al. (2011) mukaan toimintojen määrittämisen pääperiaatteet ovat sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioissa samat kuin teollisuudessa. Toimintojen määrittämisen tulee tapahtua systemaattisesti, jotta kaikki oleelliset toiminnot saadaan tunnistettua. Menetelminä toimintojen määrittämiseen voidaan käyttää vierailua organisaation eri osastoilla ja henkilökunnan haastatteleminen heidän tekemästään työstä. (Gunasekaran 1999.) Toimintoanalyysissä voidaan hyödyntää myös organisaatorakenteen, työpaikan sekä työvoimakustannusten analysointia (Popesko et al. 2011).

2.3.5 Resurssiajurien määrittäminen

Toimintojen tunnistamisen jälkeen määritetään primääriset kustannusajurit eli resurssiajurit. Kustannusajurilla tarkoitetaan tekijää, jolla on suora vaikutus kustannuksiin ja toiminnon suorittamiseen. Resurssisajurilla voidaan kohdistaa resurssit toiminnoille. (Gunasekaran 1999.) Kustannusajurit jäljittävät toiminnon aiheuttaman kustannuksen alkuperän, sekä vakiinnuttavat syyn ja seurauksen suhteen toimintolaskennassa (Stefano et al. 2013). Lopputuotteille laskettavien kustannusten tarkkuus riippuu pitkälti resurssiajureista, koska resurssiajureilla määritetään toimintojen kustannukset, jotka kohdistetaan myöhemmin lopputuotteille. (Gunasekaran 1999.)

Tyypillisiä kustannusajureita ovat esimerkiksi toimintoon käytetty aika työvoimakustannuksia kohdistettaessa, käytettyjen raaka-aineiden määrä materiaalikustannuksia määritettäessä sekä neliömetrit vuokran, lämmityksen ja muiden työtiloihin liittyvien kustannusten kohdistamisessa (Goldberg et al. 2011 & Popesko et al. 2011). Resurssiajureita

määrittäessä tulee suorittaa toimintojen yksityiskohtainen analyysi. Esimerkiksi työvoimakustannuksia kohdisttaessa tulee selvittää, miten paljon työaika työntekijät käyttävät eri toimintojen suorittamiseen. (Gunasekaran 1999.)

Käytetty työaika voidaan selvittää haastattelemalla työntekijöitä tai suorittamalla työajanmittaus (Gunasekaran 1999). Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla palvelujen suorittaminen on pitkälti työvoimapainoiteista ja menetelmänä toimintojen ajankäyttöön käytetään usein työajanmittausta. Työajanmittauksilla selvitetään välitön työaika (päätoiminnot), välillinen työaika (tukitoiminnot) sekä poissaoloihin käytetty aika. Työajanmittauksen toteuttamiseen voidaan käyttää esimerkiksi työntekijöiden subjektiivisia arvioita tai päivittäin täytettävää työajanseurantalomaketta. Ennen varsinaista työajanmittausta tulee järjestää pilottiprojekti, jossa työajanmittausta testataan käytännössä ja malliin tehdään tarvittaessa muutoksia pilottiprojektin havaintojen perusteella (Karinharju 2004.)

2.3.6 Toimintojen kustannusaltaiden määrittäminen

Varsinaisen kustannusten kohdistamisen ensimmäinen askel toimintolaskentajärjestelmässä on kustannusten jakaminen ajureiden avulla kustannusaltaisiin (Popesko et al. 2011). Kustannusaltaisiin kohdistetaan kokonaiskustannukset, jotka liittyvät tiettyyn toimintoon. Kaikki resurssiajurit, joilla kohdistetaan kustannuksia tietylle toiminnolle, muodostavat toiminnon kustannusaltaan. Kustannusaltaat muodostetaan tunnistamalla kaikki kustannukset, jotka liittyvät tiettyyn toimintoon. Mikäli useammat toiminnot käyttävät samoja resursseja, kohdistetaan toiminnoille tietty osuus kyseisistä resursseista toimintojen käyttämän resurssimäärän mukaan. (Gunasekaran 1999.)

2.3.7 Toimintoajurien määrittäminen

Toimintolaskennan toisessa kustannustenkohdistusvaiheessa toimintoajurit eli sekundääriset kustannusajurit määrittävät, millä taajuudella ja määrällisesti laskentakohteet käyttävät toimintoja. Toimintoajurit kohdistavat toimintojen kustannukset laskentakohteille. Ajuria määrittäessä tulee analysoida tarkkaan, mitkä tekijät ovat kustannusten todellisia aiheuttajia. Ajureita määrittäessä tulisi kiinnittää huomiota seuraaviin kriteereihin: ajurin tulee korreloida kustannusaltaan kustannusten tason kanssa, muuttujan tulisi olla mittavissa oleva ja yhdenmukainen, erilaisten ajurien määrä tulisi minimoida, ajurit tulisi valita siten, että niitä voidaan käyttää toiminnan parantamisessa ja ajureiden vaatiman informaation tulisi olla helposti kerättävissä. Kustannusten määrittämiseksi tarkasti tarvitaan riittävä määrä ajureita, mutta liian suuri ajurien määrä saattaa tehdä järjestelmästä liian monimutkaisen. (Gunasekaran 1999.)

Ajureiden määrittäminen oikein on tärkeää prosessien ja palvelujen parantamisen kannalta (Gunasekaran 1999). Udpan (1996) mukaan tyypillisiä toimintoajureita ovat usein suoritettavien palvelujen määrään tai potilasmäärään perustuvat ajurit. Ajurina voidaan käyttää myös palveluun käytettyä tuntimäärää.

2.3.8 Laskentakohteiden määrittäminen

Toimintolaskennassa laskentakohteet ovat niitä kohteita, joiden kustannuksia halutaan lopulta mitata. Laskentakohteet voivat olla esimerkiksi palveluita, tuotteita, asiakasta tai muita työn tuotoksia ja kohteita. (Gunasekaran 1999.) Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla laskentakohteeksi määritetään usein joko palvelutyyppejä tai potilas (Popesko et al. 2011). Laskentakohteet voivat olla myös hierarkkisia, jolloin lasketaan kustannukset sekä tuotteille, että asiakkaille. Usein paras tapa on käyttää laskentakohteena asiakkaalle tarjottua tuotetta tai palvelua. (Gunasekaran 1999.)

Kustannusten kohdistamisessa toimintoilta laskentakohteille tulee käyttää kohteille tarkasti määritettyjä ajureita. Tiettyjä kustannuksia, kuten toimitilojen vuokria, ei voida aina kohdistaa tarkasti ajureilla laskentakohteille, jolloin niille on määritettävä kohdistusperiaate muilla keinoilla. Jos laskentakohteeksi valitaan asiakas tai asiakasryhmä, voidaan vertailla eri asiakkaiden välistä kannattavuutta. (Gunasekaran 1999.)

2.3.9 Tuotteiden kustannusten ja perinteisten kustannusten vertaileminen

Kustannusten kohdistamisen jälkeen laskentakohteille laskettuja kustannuksia vertaillaan perinteisellä kustannuslaskentajärjestelmällä laskettuihin kustannuksiin. Lawsonin (2005) mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatiot, jotka hyödyntävät toimintolaskentaa, eivät usein käytä sitä ainoana kustannuslaskentajärjestelmänään, vaan soveltavat sen lisäksi perinteistä kustannuslaskentaa. Yhdistämällä toimintolaskenta ja perinteinen kustannuslaskentajärjestelmä organisaatiot voivat paremmin suunnitella ja hallita kustannuksiaan.

Toimintolaskennalla lasketut kustannukset saattavat olla korkeampia johtuen uuden järjestelmän myötä kasvaneista mittauskustannuksista. Uuden järjestelmän korkea yksityiskohtien taso saattaa vaikuttaa kasvaneisiin mittauskustannuksiin, koska monimutkaisen järjestelmän implementointi- ja ylläpitokustannukset voivat olla korkeita. Jos laskentakohteiden kustannukset kasvavat perinteiseen kustannuslaskentajärjestelmään verrattuna, tulee uuden järjestelmän suunnitteluvaiheet käydä uudelleen läpi. Järjestelmän kustannuksia voidaan pienentää vähentämällä yksityiskohtien tasoa, mutta se tekee järjestelmästä epätarkemman. Toimintolaskentajärjestelmä kannattaa implementoida, jos sen kustannukset ovat pienemmät tai yhtä suuret kuin perinteisen järjestelmän ja se tarjoaa tarkempaa informaatiota päätöksenteon tueksi. (Gunasekaran 1999.)

2.3.10 Järjestelmän implementointi

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatiot ovat usein hyvin kompleksisia ja toimintolaskentajärjestelmän käyttöönotto on vaativa prosessi, joka suoritetaan usein vaihteittain

(Cardienaels et al. 2004). Joonin et al. (1997) mukaan toimintolaskentajärjestelmän onnistunut implementointi edellyttää implementointisuunnitelmaa. Suunnitelma sisältää järjestelmän suunnittelupäätökset, jotka tehdään ennen implementoinnin aloittamista sekä askeleet, joita toimintolaskennan implementointi edellyttää.

Kun toimintolaskentajärjestelmä on saatu valmiiksi ja testattu ainakin yhdellä keskeisellä tuotteella, tulee järjestelmän suunnitteluryhmän esittää tulokset johdolle ja kertoa, miten uusi kustannuslaskentajärjestelmä eroaa vanhasta. Johdon vakuuttaminen uuden järjestelmän toimivuudesta on kriittinen tekijä onnistuneen implementoinnin kannalta. (Gunasekaran 1999.)

Implementointi edellyttää myös käyttäjäkoulutuksen järjestämistä. Järjestelmän käyttäjien tulee ymmärtää, millaista informaatiota järjestelmä tuottaa ja miten sitä voidaan hyödyntää. (Gunasekaran 1999.) Udpan (1996) mukaan implementointivaiheessa tulee järjestää kokouksia, joissa hallinnon henkilöstölle, sairaanhoitajille sekä lääkäreille esitetään toimintolaskentajärjestelmän periaate ja hyödyt. Kokouksissa kerrotaan projektin etenemisestä ja keskustellaan ongelmista, joita johto on havainnut. Kokousten tarkoitus on myös varmistaa, että järjestelmän suunnittelu ja implementointi ovat kunnossa sekä parantaa sitoutumista toimintolaskentaan.

3. TUTKIMUSMENETELMÄT JA -AINEISTOT

Tässä luvussa esitellään työssä käytettyjä tutkimusmenetelmiä ja -aineistoja. Aluksi esitellään työn suorittamisessa käytetty tutkimusote, jonka jälkeen käsitellään tarkemmin työssä sovellettuja tutkimusmenetelmiä sekä aineistoja.

3.1 Tutkimusote

Tutkimuksen tekijä liittyi 19.5.2014–31.12.2014 väliseksi ajaksi osaksi Porin perusturvakeskukseen organisaatiota hallinnon harjoittelijaksi. Tutkimus suoritettiin työskentelyn yhteydessä. Työn suorittamisessa käytettiin useita eri tutkimusmenetelmiä. Tutkimus perustui sekä primäärisiin, että sekundäärisiin menetelmiin ja tutkimuksen aikana kerättiin sekä kvalitatiivista, että kvantitatiivista dataa. Saundersin et al. (2009, s. 257–258) mukaan tutkimuksessa on hyvä käyttää primääristen sekä sekundääristen menetelmien yhdistelmää ja useimpiin tutkimuskysymyksiin vastaaminen edellyttää molempien datankeruutyypin käyttämistä.

Saundersin et al. (2009, s. 256) mukaan primäärinen data on uutta dataa, jota kerätään itse tiettyä tarkoitusta varten. Primäärisiä datankeruumenetelmiä käytettäessä tulee varmistaa, että kerättävä data auttaa vastaamaan tutkimuskysymykseen ja täyttää tutkimuksen tavoitteet, tutkimuksen hyödyt ovat suuremmat, kuin sen kustannukset ja että tutkijalla on oikeus datankeruuseen (Saunders et al. 2009, s. 272). Primäärisen datan keräämiseen käytettyjä menetelmiä ovat esimerkiksi havainnointi, haastattelut ja kyselyt (Saunders et al. 2009, s. 258).

Sekundäärisellä datalla tarkoitetaan sellaista dataa, joka on kerätty aiemmin joltain muuta tarkoitusta varten. Sekundäärinen data voi olla raakadataa tai käsiteltyä dataa. (Saunders et al. 2009, s. 256.) Saunders et al. (2009, s. 258–280) jakavat sekundäärisen datan kolmeen pääkategoriaan: dokumentoituun dataan, monilähteiseen dataan sekä kyselydataan. Relevantin sekundääridatan etsiminen sisältää kaksi vaihetta: ensin tulee varmistaa, että haluttua dataa on saatavilla sekundääridatana ja sen jälkeen etsitään tarkasti valittu data. Kun data on löydetty, tulee arvioida tarkkaan, soveltuuko se käytettäväksi omassa tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa käytettäviä sekundäärisen datan lähteitä olivat Porin perusturvakeskuksessa käytössä olevat tietojärjestelmät sekä raportit.

3.2 Haastattelut

Saundersin et al. (2009, s. 320–321) mukaan haastattelut ovat hyödyllinen tapa kerätä validia ja relevanttia tietoa tutkimukseen liittyen. Haastattelut voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: strukturoituun haastatteluun, puolistrukturoituun haastatteluun eli teema-

haastatteluun ja strukturoimattomaan haastatteluun. Strukturoidussa haastattelussa kysymykset on muodostettu kyselynomaisesti ja ne esitetään, kuten ne on kirjoitettu. Strukturoidulla haastattelulla kerätty data on kvantitatiivista. Puolistrukturoitu haastattelu perustuu haastattelurunkoon, jonka mukaan haastattelu etenee. Puolistrukturoitu haastattelu on kvalitatiivinen tiedonkeruumenetelmä, jonka tarkoituksena on saada vastauksia ennalta määritettyihin kysymyksiin, mutta haastattelun toteutus mukailee luonnollista keskustelua. Haastattelun luonteesta johtuen kysymysten järjestys saattaa vaihdella ja haastattelijä voi joutua esittämään lisäkysymyksiä aiheeseen liittyen. Strukturoimattomassa haastattelussa haastateltavalle annetaan mahdollisuus kertoa vapaasti tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Haastattelulla ei ole ennalta määritettyä runkoa, vaan se etenee vapaamuotoisesti.

Tutkimuksen yhteydessä suoritettiin useita haastatteluja. Tärkeänä vaiheena toimintolaskentamallin luomisessa ovat laskentakohteiden sekä toimintojen määrittelyt, jotka toteutettiin haastattelemalla henkilökuntaa. Haastatteluiden otanta määritettiin aluksi organisaatorakenteen mukaan. Ensimmäisiksi haastateltaviksi valittiin palvelualueiden johtajat, joiden kanssa luotiin alustavat suuntalinjat työn etenemiselle ja määritettiin alustava listaus toiminnoista ja laskentakohteista. Tämän jälkeen edettiin käyttämällä niin sanottua lumipallo-otantaa, jossa haastateltavaa pyydettiin nimeämään sopivia henkilöitä seuraavien haastatteluiden kohteiksi (Saunders et al. 2009, s. 240–241). Esimerkiksi vanhusten ympärivuorokautisen hoidon projektissa vanhushuoneiden johtaja nimesi kolmen sopivan yksikön johtajat haastateltaviksi. Yksiköiden johtajia pyydettiin tämän jälkeen ottamaan mukaan haastatteluihin päteviä hoitohenkilökunnan edustajia, jotta toimintojen määrittelyyn ja varsinkin toimintokuvausten laatimiseen saataisiin näkemystä käytännön työtä tekeviltä henkilöiltä. Haastatteluihin osallistuivat yksiköiden esimiehet sekä yksikössä työskenteleviä sairaanhoitajia ja lähihoitajia.

Haastattelumenetelmänä käytettiin strukturoimatonta haastattelua sekä puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tutkimuksen alussa suoritettiin strukturoimattomia haastatteluja, joissa Porin Perusturvakeskuksen palvelualueiden johtajat saivat vapaasti kertoa palvelualueidensa toiminnasta ja tämän jälkeen pohdittiin, miten työajanmittauksia ja muita kustannuslaskentajärjestelmän muodostamiseen liittyviä vaiheita kannattaisi lähteä suunnittelemaan. Varsinaisten kustannuslaskentamallien muodostamisen yhteydessä suoritettiin puolistrukturoituja teemahaastatteluja, joiden tarkoituksena oli selvittää toimintoperusteisessa kustannuslaskennassa tarvittavat toiminnot ja laskentakohteet. Haastattelun pohjaksi muodostettiin noin viisi pääkohtaa sisältävä haastattelurunko, jota hyödynnettiin haastattelun ohjaamisessa. Haastattelurungon tarkoituksena oli varmistaa, että kaikkiin tarvittaviin asioihin saadaan vastaus, mutta myös haastateltavan sivupoluille lähteminen mahdollistettiin. Haastattelut olivat sekä yksilö-, että ryhmähaastatteluja. Haastateltavien henkilöiden vastaukset tallennettiin tekemällä muistiinpanoja haastatteluiden yhteydessä.

Työn aikana suoritettuja haastatteluita käsitellään tarkemmin työn empiiristä osuutta käsittelevissä luvuissa 4.4, 4.5 ja 4.6. Työn tärkeimpien haastattelujen haastateltavat, ajankohdat sekä aihealueet on lueteltu seuraavassa listassa palvelualuekohtaisesti:

Vanhuspalvelujen ympärivuorokautinen hoito

Haastateltava: Pirjo Rehula, vanhuspalvelujen päällikkö

Aika: 25.6.2014, klo 11.00

Aiheet: Palvelualueen toimintaan tutustuminen, projektin tavoitteiden määrittäminen, alustavan toimintolistauksen pohtiminen, pilottiprojektin kohteiden valitseminen

Haastateltava: Katriina Virtanen, vanhuspalvelujen esimies, Liinaharjan vanhainkoti

Aika: 1.7.2014, klo 12.00

Aiheet: Yksikön toimintaan tutustuminen, projektin tavoitteiden kertominen, toimintojen määrittäminen, toimintojen kuvausten muodostaminen, työajanmittauksen toteutuksen suunnittelu

Haastateltava: Petri Jalonen, vanhuspalvelujen esimies, vanhusten pitkäaikaishoidon osasto 10

Aika: 7.7.2014, klo 12.00

Aiheet: Yksikön toimintaan tutustuminen, projektin tavoitteiden kertominen, toimintolistauksen tarkentaminen, toimintojen kuvausten tarkentaminen, työajanmittauksen toteutuksen suunnittelu

Haastateltava: Marianne Rajala, vanhuspalvelujen esimies, Puhurikoti

Aika: 9.7.2014, klo 12.00

Aiheet: Yksikön toimintaan tutustuminen, projektin tavoitteiden kertominen, toimintolistauksen tarkentaminen, toimintojen kuvausten tarkentaminen, laskentakohteiden määrittäminen, työajanmittauksen toteutuksen suunnittelu

Psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut

Haastateltava: Matti Järvinen, psykososiaalisten palvelujen päällikkö

Aika: 29.10.2014, klo 8.15

Aiheet: Palvelualueeseen tutustuminen, projektin tavoitteiden määrittäminen, laskentakohteiden alustava määrittäminen, toimintojen alustava määrittäminen

Haastateltavat: Matti Järvinen, psykososiaalisten palvelujen päällikkö
Helena Elmgren, esimies, Taiteilijankoti
Anneli Ruusulaakso, vastaava sairaanhoitaja, Veturi

Aika: 8.12.2014, klo 10.30

Aiheet: Laskentakohteiden määrittäminen, toimintojen määrittäminen, toimintojen kuvausten muodostaminen, työajamittausten toteutuksen suunnittelu

Suun terveydenhuolto

Haastateltava: Pauliina Hietasalo, johtava ylihammaslääkäri

Aika: 2.10.2014, klo 9.30

Aiheet: Palvelualueeseen tutustuminen, projektin tavoitteiden määrittäminen, käytettävien menetelmien valinta

Haastateltava: Pauliina Hietasalo, johtava ylihammaslääkäri

Aika: 8.10.2014 klo 9.30

- Aiheet: Laskentakohteiden alustava määrittäminen, toimintojen määrittäminen
- Haastateltava: Riitta Eskola, hammaslääkäri
- Aika: 15.10.2014 klo 13.30
- Aiheet: Toimintolistauksen tarkentaminen, toimintojen kuvausten luominen
- Haastateltava: Pauliina Hietasalo, johtava ylihammaslääkäri
- Aika: 19.11.2014 klo 12.00
- Aiheet: Toimintolistauksen ja toimintojen kuvausten viimeistely, laskentakohteiden valitseminen, työajanmittauksen toteutuksen suunnittelu

3.3 Kyselyt

Saundersin et al. (2009, s. 362–366) mukaan kysely sopii tutkimusmenetelmäksi tilanteessa, jossa tutkijalle on täysin selvää, mitä asioita tutkimuksella halutaan selvittää. Kyselyä voidaan käyttää, jos kysymykset ovat standardisoituja ja voidaan olla varmoja, että kaikki kyselyyn vastaavat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Saunders et al. suosittelevat, että kyselyjä sisältävässä tutkimuksessa käytettäisiin lisäksi myös muita tutkimusmenetelmiä. Kyselyä suunniteltaessa tulee ottaa huomioon viisi asiaa, joilla maksimoidaan kyselyn validiteetti ja reliabiliteetti: yksittäiset kysymykset tulee suunnitella huolellisesti, kyselyn ulkoasun tulee olla selkeä ja miellyttävä, kyselyn tarkoitus tulee selittää selkeästi, kyselyä tulee testata pilotilla ja kysely tulee suunnitella sekä toteuttaa hallitusti. Mahdollisia kyselytyyppejä ovat itsevastattavat tai haastattelijan toteuttamat kyselyt. Itsevastattavat kyselyt voivat olla internet- ja intranet-kyselyitä, postitettavia kyselyitä sekä tapahtumassa koottuja kyselyitä. Haastattelijan toteuttamia kyselyitä ovat puhelin-kyselyt ja strukturoidut haastattelut.

Toimintoperusteisen kustannuslaskentamallin luomiseen liittyi työajanmittauksia, joiden tarkoituksena oli selvittää, miten eri henkilöstöryhmien työaika jakautuu eri toiminnoille eri yksiköissä. Työajanmittaus toteutettiin itsevastattavan internetkyselyn muodossa. Tiedonkeruu suoritettiin tässä muodossa, koska työajanmittaukseen osallistui satoja henkilöitä ja kerättävä data eli toimintoihin käytetty työaika oli kvantitatiivista. Työajanmittauslomake toimi internetselaimessa, ja vastaajat saivat itse käydä kirjaamassa toiminto-

kohtaisesti käyttämänsä työajan. Työajanmittauskyselyn otantaan kuuluivat jokaisen projektiin osallistuneen yksikön henkilökunta. Työajanmittauksen toteuttamista käsitellään tarkemmin luvuissa 4.4, 4.5 ja 4.6. Seuraavassa listassa on lueteltu kaikki työhön liittyvien työajanmittausten ajankohdat palvelualueittain:

Vanhuspalvelujen ympärivuorokautinen hoito

Aika: 29.9.–12.10.2014

Kohteet: Liinaharjan vanhainkoti, Puhurikoti, pitkäaikaishoidon osasto 10

Aika: 3.11.–16.11.2014

Kohteet: Himmeli, Kullaankoto, Puutarhakoti

Aika: 10.11.–23.11.2014

Kohteet: Jokihelmi, Kiilarinteen palveluasunnot, Kiilarinteen vanhainkoti

Aika: 17.11.–30.11.2014

Kohteet: Kyläsaari, Jokiranta, Snällintupa, Mäntylinnan palveluasunnot, Mäntylinnan vanhainkoti

Aika: 24.11.–7.12.2014

Kohde: Liinaharjan vanhainkoti

Aika: 1.12.–14.12.2014

Kohteet: Pitkäaikaishoidon osastot 7, 8 ja 9

Psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut

3.5 Raportit

Työtä suoritettaessa käytettiin sekundäärisen datan lähteinä myös organisaation raportteja. Raportit kerättiin palvelualueiden johtajien kanssa käytyjen teemahaastattelujen yhteydessä.

Toimintoanalyysiä tehdessä hyödynnettiin muun muassa 2000-luvulla tehtyjä tuotteistusraportteja, jotka kuvasivat organisaatiossa aiemmin suoritettuja toimintolaskentaprojekteja (Lempiäinen 2004; Rosenqvist & Sookari 2005; Salakari & Lehtoranta 2006). Raportteja tarkastelemalla pyrittiin hankkimaan tietoa, miten toimintoperäistä kustannuslaskentaa on ennen suoritettu organisaatiossa, sekä etsimään vanhoista menetelmistä kehityskohteita. Työn aikana tutustuttiin myös hoitotyön oppaisiin, mikä auttoi ymmärtämään työn kohteina olevien palvelualueiden toimintaa. Työn suorituksen kannalta tärkeimpiä raportteja olivat seuraavat:

Karinharju, O.: Hyvinvointipalvelujen tuotteistaminen, Karhukuntien julkaisu 4/2004

Lempiäinen, H.: Karhukuntien perusterveydenhuollon tuotteistus, Karhukuntien julkaisu 3/2004

Rosenqvist, M. & Sookari, E.: Karhukuntien perusterveydenhuollon tuotteistus-hanke - Hammashuollon osaprojekti 2004–2005

Salakari, S. & Lehtoranta, H.: Vanhusten laitoshoidon tuotteistus, Karhukuntien julkaisu 3/2006

Porin perusturvakeskuksen toimintakertomus 2013

4. TYÖN SUORITUS JA TULOSTEN TARKASTELU

Tässä luvussa käsitellään työn empiirisen osuuden suorittamista. Empiirisen osuuden suorittamisessa mukailtiin teorialuvussa 2 esitettyä mallia. Käytännön työhön kuului kolme erillistä osaprojektia: vanhuspalvelujen ympärivuorokautinen hoito, psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut sekä suun terveydenhuolto. Tässä luvussa esitellään aluksi kohdeorganisaatio ja käsitellään osaprojektien toteutuksen suunnittelua, jonka jälkeen esitellään jokaisen osaprojektin kohteena oleva palvelukokonaisuus sekä käsitellään jokaisen osaprojektin suorittaminen vaiheittain. Päävaiheet osaprojektien suorittamisessa olivat projektin aloitus, toimintojen määrittäminen, laskentakohteiden määrittäminen, työajanmitaukset sekä kustannuslaskentamallien luominen.

4.1 Nykytilanne organisaatiossa

Tässä luvussa esitellään Porin perusturvakeskuksen toimintaa, organisaatiota sekä tutkimuksen suorittamisen kannalta oleellisia tietojärjestelmiä. Luvussa käsitellään myös, mitkä asiat organisaatiossa tekivät toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän kehittämisen tarpeelliseksi. Lopuksi esitetään työlle asetetut tavoitteet.

4.1.1 Porin perusturvakeskuksen toiminta

Porin Perusturvakeskuksen tehtävänä on järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut Porin, Ulvilan ja Merikarvian asukkaille sekä edistää yhteistoiminta-alueen asukkaiden terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia. Yhteistoiminta-alue koostuu kuudesta lähipalvelualueesta, joita ovat Luoteinen lähipalvelualue, Pohjois-Pori, Keski-Pori, Länsi-Pori, Itä-Pori sekä Ulvila. Asiakaspalvelujen palvelualueet ovat terveys- ja hyvinvointipalvelut, sosiaali- ja perhepalvelut, kuntoutus- ja sairaalapalvelut sekä vanhuspalvelut. Perusturvakeskuksen hallintopalvelujen, talouspalvelujen sekä henkilöstö- ja kehittämispalvelujen toteuttamisesta vastaa sisäisten palvelujen palvelualue. (Perusturvalautakunta 2013.)

Perusturvakeskuksen toiminta noudattaa Porin kaupunginvaltuuston hyväksymää strategiaa ja perusturvalautakunnan hyväksymää toimintaohjelmaa. Perusturvakeskuksen toimintaa ohjaa yhteistoimintasopimus, jonka mukaan palvelut tuotetaan asiakkaille lähipalveluina sekä hajautettuina palveluina. Yhteistoiminta-alueen kuntien kanssa talousarvion yhteydessä on laadittu perusturvakeskuksen kokonaistoimintaa ohjaava palvelusuunnitelma, jossa kuvataan lähipalvelut, yhteiset palvelut ja toimipisteet. (Porin perusturvakeskus: Toimintakertomus 2013.)

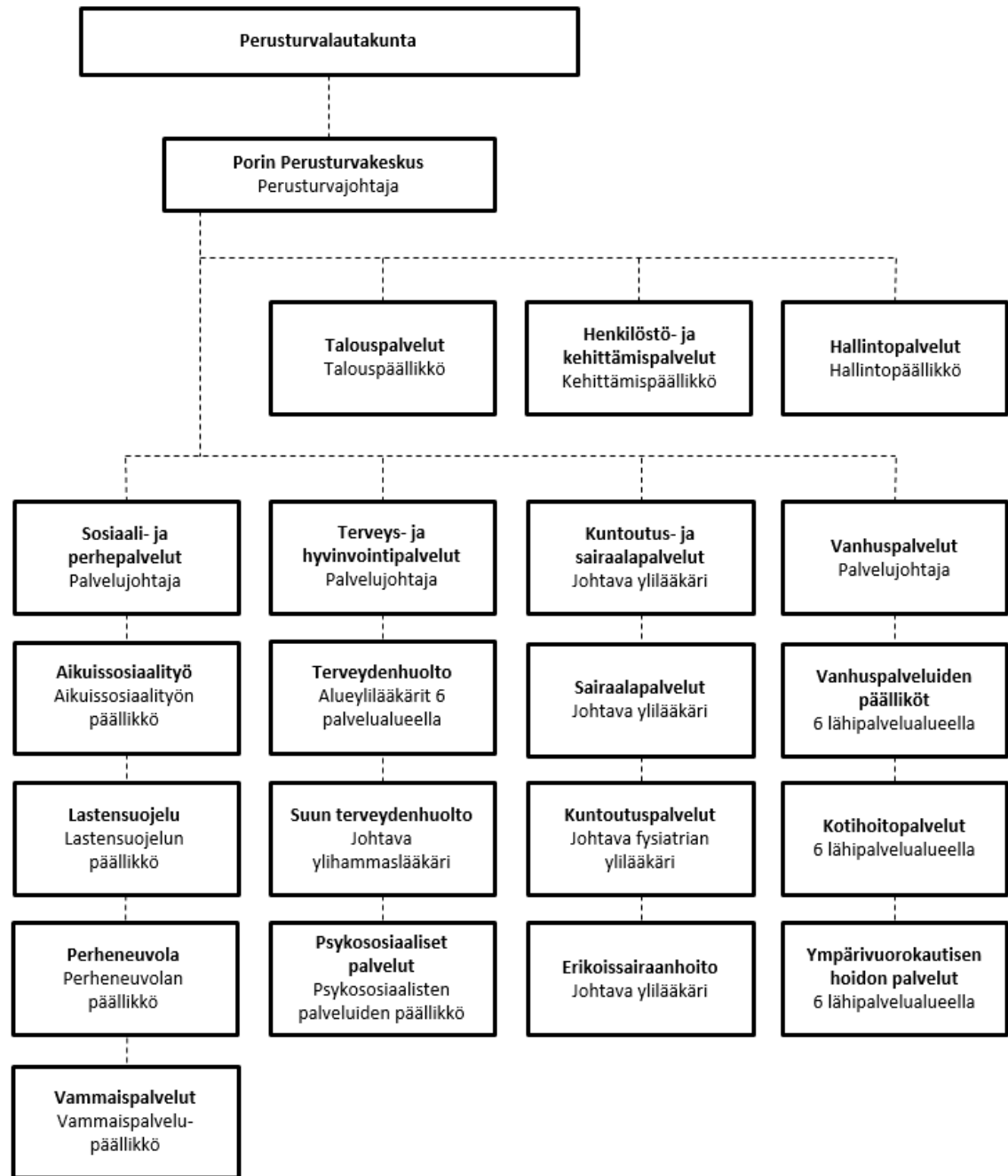
Perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueen kuuden lähipalvelualueen yhteenlaskettu väestöpohja on noin 100 000 asukasta. Jokaisella lähipalvelualueella on oma lähipalvelu-

keskus sekä muita lähipalvelupisteitä. Toimipisteitä yhteistoiminta-alueella on 130 kappaletta. Perusturvakeskus työllistää noin 2 600 henkilöä. Ammattinimikkeitä on noin 120 kappaletta. Ammattiryhmiä ovat muun muassa lääkärit, hammaslääkärit, fysioterapeutit, sosiaalialan ammattilaiset, terveydenhoitajat, sairaanhoitajat sekä perus- ja lähihoitajat. (Porin perusturvakeskus: Toimintakertomus 2013.)

4.1.2 Perusturvakeskuksen organisaatio

Porin Perusturvakeskuksen organisaatorakenne on esitetty kuvassa 4.1.2. Perusturvakeskuksen johtajana toimii perusturvajohtaja yhteistyössä toimialajohtajan kanssa. Sisäisten palvelujen vastuualue vastaa perusturvakeskuksen hallintopalvelujen, talouspalvelujen sekä henkilöstö- ja kehittämisspalvelujen järjestämisestä. Sisäiset palvelut luovat yleislinjaukset perusturvakeskuksen toiminnalle. (Porin perusturvakeskus: Toimintakertomus 2013.)

Perusturvakeskuksen asiakaspalvelujen palvelualueiden, eli sosiaali- ja perhepalvelujen, terveys- ja hyvinvointipalvelujen, vanhuspalvelujen sekä kuntoutus- ja sairaalapalvelujen johtajina toimivat perusturvajohtajan alaisuudessa toimivat palvelujohtajat. Heidän tehtävänä on vastata palvelualueensa toiminnallisten tavoitteiden toteutuksesta, henkilöstön riittävydestä sekä palvelualueen määrärahojen riittävydestä. Perusturvakeskuksen asiakaspalvelujen palvelualueet jakautuvat edelleen vastuualueisiin, vastuuyksiköihin sekä toimintayksiköihin, joita johtavat vastuualueiden päälliköt ja ylilääkärit, jotka toimivat palvelujohtajien alaisuudessa. (Porin perusturvakeskus: Toimintakertomus 2013.)



Kuva 4.1.2 Porin perusturvakeskuksen organisaatio (mukaiillen Porin perusturvakeskus: Toimintakertomus 2013).

4.1.3 Toimintoperusteisen kustannuslaskennan tarve

Porin perusturvassa aloitettiin vuonna 2014 projekti, jonka tarkoituksena on tuotteistaa luvussa 2.2.3 esitettyä palvelujen tuotteistamismenetelmää mukaiillen koko perusturvakeskuksen palvelutarjonta. Tuotteistamiseen oleellisesti liittyvä kustannuslaskenta päätettiin toteuttaa toimintoperusteisen kustannuslaskennan avulla. Kustannuslaskennan ta-

voitteeksi asetettiin perusturvakeskuksen oman palvelutuotannon palvelujen kustannusrakenteiden selvittäminen. Tuleva Sote-uudistus on eräs tekijä, jonka takia perusturvakeskuksessa tarvitaan ajantasaista tietoa palvelujen kustannusten muodostumisesta (Sosiaali- ja terveysministeriö (2015).

Perusturvakeskuksessa on aiemmin käytetty toimintolaskentaa kustannusrakenteiden selvittämiseen 2000-luvulla, mutta projektit olivat kertaluonteisia, eikä niiden tuloksia ole hyödynnetty (Lempiäinen 2004; Rosenqvist & Sookari 2005; Salakari & Lehtoranta 2006). Tällä kertaa toimintolaskennan tavoitteeksi asetettiin, että järjestelmä tulisi pysyvästi käytössä olevaksi ja päivitettäväksi tietokannaksi organisaation johdon tueksi päätöksentekoa varten.

Toimintoperusteisen kustannuslaskennan avulla saatavaa kustannusinformaatiota aiotaan myöhemmin hyödyntää palvelujen kustannusten muodostumista analysoimalla ja etsimällä niistä huomion arvoisia asioita. Palvelujen kustannuksia voidaan tarkastella esimerkiksi vertaamalla samankaltaisten palvelujen yksittäisiä kustannustekijöitä. Kustannusinformaatiota voidaan tulevaisuudessa hyödyntää toiminnan kehittämisessä. Kustannusrakenteiden analysoinnin avulla voidaan tunnistaa tekijöitä, joilla voitaisiin vaikuttaa palvelujen kustannuksiin. Kustannusinformaatiota tarvitaan myös, kun suunnitellaan, miten asiakkaita hoidetaan tulevaisuudessa. Kustannusinformaation avulla voidaan verrata oman palvelutuotannon ja yksityisten palveluntarjoajien palvelujen hintoja, mikä on hyödyllistä tehdessä päätöksiä muun muassa siitä, tuotetaanko palvelut itse vai ostetaanko osa palveluista muualta.

4.2 Työlle asetetut tavoitteet

Tämä diplomityö perustuu Porin perusturvakeskuksessa 19.5.2014–31.12.2014 hallinnon harjoittelijana suoritettuun työharjoitteluun, joka liittyi perusturvan palvelujen tuotteistamisprojektiin. Työn päätavoitteena oli tutkia, millainen toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluprosessi toimisi koko organisaation laajuisen toimintolaskennan toteuttamisen mallina. Tavoitteena oli luoda selkeä prosessimalli, jota mukailen organisaatio voisi luoda toimintolaskentamalleja palvelukokonaisuuksille. Työssä kehitettyä mallia voidaan myöhemmin hyödyntää laskentamallien luomisessa palvelualue kerrallaan, ja lopulta tavoitteena on saada luotua koko organisaation kaiken toiminnan kattava malli.

Mallin kehittämistä varten suoritettiin kolme osaprojektia. Projektien tavoite oli kehittää toimintolaskentamalli kolmelle palvelukokonaisuudelle: vanhusten ympärivuorokautiselle hoidolle, psykososiaalisten palvelujen asumispalveluille sekä suun terveydenhuololle. Osaprojektien kohteiden valintaperusteina oli aloittaa projekti yksinkertaisesta kokonaisuudesta, jollaiseksi vanhusten ympärivuorokautinen hoito ajateltiin. Toiseksi kohteeksi valittiin psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut, koska palvelun tyypissä oli

useita samankaltaisuuksia vanhuspalvelujen ympärivuorokautisen hoidon kanssa, ja halettiin kokeilla, voidaanko samaa mallia hyödyntää muunneltuna psykososiaalisten asumispalvelujen kustannusmallien luomisessa palvelualueen ominaisuudet huomioon ottaen. Kolmanneksi kohteeksi valittiin suun terveydenhuolto, koska kyseinen palvelualue eroaa kahdesta muusta osaprojektien kohteesta huomattavasti. Suun terveydenhuollossa esimerkiksi asiakkaalle tarjottavien palvelujen määrä on huomattavasti suurempi kuin asumispalveluissa, asiakaskäyntien määrä suurempi ja hoitajaksojen kesto lyhyempi. Osaprojektien suorittamista käsitellään luvuissa 4.4, 4.5 ja 4.6.

Työssä ei oteta erityisesti kantaa osaprojektien varsinaisen kustannuslaskennan tuloksiin ja laskentamallien teknisiin yksityiskohtiin, vaan tutkimuksen pääpaino asetetaan menetelmän kehittämiseksi. Lopullisten toimintolaskentamallien viimeistely jäi kaikissa osaprojekteissa keskeneräiseksi tiukan aikataulun asettamien rajoitteiden takia. Tarkoituksena on tunnistaa, mitkä ovat prosessin keskeiset vaiheet ja mitä huomion arvoisia seikkoja vaiheisiin liittyy.

4.3 Työn toteutuksen suunnittelu

Työn toteutuksen suunnittelu aloitettiin valitsemalla osaprojektien kohteet. Työn ensimmäiseksi kohteeksi valittiin vanhuspalvelujen ympärivuorokautinen hoito, koska asumispalvelut ovat luonteeltaan yksinkertaisia. Asumispalvelujen toteuttamisessa on suhteellisen vähän potilaskohtaista vaihtelua ja volyymit suuria. Seuraavaksi kohteeksi valittiin projektin edetessä psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut, koska ne olivat samankaltaisia kuin vanhuspalvelujen asumispalvelut ja osaprojektin toteuttamisessa voitiin hyödyntää samoja menetelmiä. Viimeiseksi kohteeksi valittiin projektin loppupuolella suun terveydenhuolto, koska se erosi palvelujen luonteeltaan selvästi kahdesta aikaisemmasta kohteesta.

Työn toteutuksen viitekehikseksi asetettiin Kuntaliiton (2015) tuotteistusmallin mukainen menetelmä (ks. luku 2.2.3). Projektissa käytettävä menetelmä erosi Kuntaliiton mallista siten, että projektissa keskitytään ainoastaan toimintoperusteiseen kustannuslaskentaan, eikä muihin tuotteistukseen liittyviin asioihin, kuten palvelujen laatuun ja tarkkojen prosessimallien luomiseen.

Osaprojektien toteuttamisen ensimmäiseksi vaiheeksi asetettiin projektin aloitukseen liittyvät toimenpiteet, kuten kohteena olevaan palvelualueeseen ja sen ominaisuuksiin sekä toimintaan tutustuminen haastatteleamalla palvelualueen ja eri yksiköiden johtoa ja henkilökuntaa sekä vieraillemalla yksiköissä. Haastatteluiden ja vierailujen yhteydessä yksiköiden johtajien kanssa keskusteltiin projektin tavoitteista ja toteuttamisesta.

Seuraavana vaiheena projektissa oli toimintojen määrittäminen. Toimintojen määrittämisen menetelmänä käytettiin yksiköiden johtajien ja henkilökunnan haastatteluja. Toimin-

not pyrittiin määrittämään noin kymmenen toiminnon tarkkuudella. Toimintojen määrittämisen yhteydessä luotiin mahdollisimman tarkat ja yksiselitteiset kuvaukset eri toimintojen sisällöistä.

Toimintojen määrittämisen jälkeen määritettiin laskentakohteet. Laskentakohteet valittiin sen mukaan, minkä kohteiden kustannukset haluttiin selvittää. Laskentakohteiksi valittiin asumispalvelujen osalta erityyppisten palvelujen asumisvuorokausi ja suun terveydenhuollossa eri hoitotoimenpiteet.

Toimintojen ja laskentakohteiden jälkeen aloitettiin projektin seuraava vaihe, työajanmittaukset. Työajanmittausjaksot suoritettiin yksiköissä eri aikoihin sillä perusteella, että työajanmittausjakson tuli kuvata parhaiten yksikön keskimääräistä toimintaa, eikä yksiköissä saanut olla käynnissä erikoistilannetta, kuten harjoittelijoiden koulutusta. Työajanmittauksen kestoksi määritettiin kaikkiin yksiköihin kaksi viikkoa.

Viimeisenä vaiheena oli varsinaisten laskentamallien muodostaminen. Laskentamallit muodostettiin Opiferus Toimintolaskenta Pro -ohjelmistoa hyödyntäen Porin perusturvakeskukseen organisaatorakenteen mukaiseen hierarkkiseen malliin, jonka alimmalla tasolla olivat kustannuspaikat, jotka sisälsivät laskentakohteet. Laskentamallit toteutettiin toimintoperusteisen kustannuslaskennan periaatetta noudattaen.

4.4 Vanhuspalvelujen ympärivuorokautinen hoito

Projektin ensimmäiseksi kohteeksi valittiin vanhuspalvelujen ympärivuorokautinen hoito, koska ympärivuorokautinen hoito katsottiin hyväksi lähtökohdaksi projektille sen suhteellisen yksinkertaisen sisällön takia verrattuna erikoispalveluihin. Toinen syy ympärivuorokautisen hoidon valintaan oli, että muissakin palvelualueissa, kuten esimerkiksi psykososiaalisissa palveluissa sekä sosiaali- ja perhepalveluissa, on samankaltaisia asumispalveluita. Tällöin vanhusten ympärivuorokautisen hoidon toimintolaskentamallin suunnitteluprosessia voidaan käyttää pohjana muidenkin asumispalvelujen kustannusmallien luomiselle.

Ympäri vuorokautista hoitoa tarjotaan henkilöille, joiden toimintakyky on huonontunut niin paljon, etteivät he kykene enää asumaan kotonaan edes runsaan kotihoitopalvelun avulla. Ympäri vuorokautinen hoito sisältää pääasiassa kahdentyyppisiä palveluita: tehostettua palveluasumista ja pitkäaikaishoitoa. Tehostetussa palveluasumisessa asiakkaat asuvat joko yhden tai kahden hengen vuokra-asunnoissa ja saavat tarpeidensa mukaista hoivaa, huolenpitoa ja palveluita ympärivuorokautisesti. (Tehostettu palveluasuminen.) Pitkäaikaishoitoa tarjotaan asiakkaille, jotka tarvitsevat tehostettua palveluasumista vaativampaa hoitoa. Porin perusturvakeskuksessa pitkäaikaishoitoa järjestetään vanhainkodeissa sekä pitkäaikaishoidon osastoilla. (Ympäri vuorokautinen hoito vanhainkodeissa ja pitkäaikaishoidon osastoilla.) Lisäksi osassa yksiköistä järjestetään lyhytaikaishoitoa, jossa asiakkaan asuminen yksikössä on väliaikaista.

Porin perusturvassa tehostettua palveluasumista tarjotaan yhdeksässä yksikössä: Puhurikoti, Kyläsaari, Puutarhakoti, Jokiranta, Kiilarinteen palveluasunnot, Mäntylinnan palveluasunnot, Snällintupa, Jokihelmi ja Himmeli. Pitkäaikaishoidon yksiköitä ovat Kullaankoto, Mäntylinnan vanhainkoti, Liinaharjan vanhainkoti sekä pitkäaikaishoidon osastot 7, 8, 9 ja 10. Lisäksi lyhytaikaishoitoa tarjotaan Jokihelmessä, Himmeliissä ja Liinaharjan vanhainkodissa.

4.4.1 Projektin aloitus

Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon kustannuslaskentaprojekti aloitettiin elokuussa 2014. Projektin alussa haastateltiin vanhuspalvelujen esimiestä ja keskusteltiin projektin tavoitteista sekä toteuttamisesta. Keskustelussa selvisi, että Porin perusturvakeskuksessa on aiemmin vuosina 2004–2006 tehty vastaavanlaista toimintolaskentaprojekteja liittyen palvelujen tuotteistamiseen, mutta projektit ovat jääneet kertaluonteisiksi, eikä niiden tuloksia ole hyödynnetty toiminnan kehittämisessä (Lempiäinen 2004; Salakari & Lehtoranta 2006). Uuden kustannuslaskentamallin yhdeksi tavoitteeksi asetettiin, että malli olisi helposti päivitettävissä, jotta sen avulla voitaisiin saada ajankohtaista tietoa palvelujen kustannuksista. Keskustelun aikana käytiin läpi vanhoja tuotteistusraportteja ja pohdittiin, miten niitä voitaisiin hyödyntää ja mitä halutaan tehdä toisin.

Vanhuspalvelujen esimiehen kanssa päätettiin myös, että toimintolaskentamallia testataan ensin kolmella pilottikohteella, ennen kuin työajanmittaukset suoritetaan kaikissa yksiköissä. Pilottiprojektissa ilmenevien ongelmien ja muutosten jälkeen toimintolistausta ja mallin muita osia voidaan parantaa ennen laajamittaista soveltamista. Pilottiprojektin kohteiksi valittiin kolme yksikköä, jotka kattaisivat mahdollisimman hyvin vanhusten pitkäaikaishoidon eri hoitomuodot. Pilottikohteiksi valittiin Puhurikoti, jossa asiakkaille tarjottava palvelu on tehostettua palveluasumista, Liinaharjan vanhainkodin osasto 4, jossa palvelu on laitosmaista asumista sekä vanhusten pitkäaikaishoidon osasto 10, jonka asiakkaat tarvitsevat erityisen vaativaa ympärivuorokautista hoitoa.

Seuraavaksi käytiin tutustumassa pilottiprojektiin valittujen yksiköiden toimintaan. Toimintaan tutustuminen aloitettiin vierailemalla yksiköissä ja kiertämällä osastoilla. Osastoilla kiertelyn yhteydessä yksikköjen esimies ja työntekijät kertoivat yksiköiden toiminnasta ja yksiköissä työskentelevien lähi- sekä sairaanhoitajien työn sisällöstä. Tämän jälkeen yksikön esimiehille kerrottiin, mistä toimintolaskentaprojektissa on kyse ja keskusteltiin, millaisia odotuksia heillä on projektia kohtaan. Yksiköissä otettiin projekti hyvin vastaan ja varsinkin toimintojen määrittystä pidettiin hyödyllisenä. Yksiköiden esimiesten mukaan työntekijöiden suorittamien työtehtävien eli toimintojen listaus kirjallisessa muodossa olisi hyödyllistä, koska tällaisia kuvauksia työn sisällöstä ei vielä löytynyt. Toimintojen ja niiden sisällön kuvaukset olisivat hyödyllisiä esimerkiksi uusien työntekijöiden työhön perehdytyksessä. Lisäksi yksiköiden esimiehet olivat kiinnostuneita tulevien työ-

ajanmittausten tuloksista, koska ne kertoisivat työajankäytön jakautumisesta eri työtehtävien välillä ja antaisivat hyödyllistä materiaalia yksiköiden toiminnan kehittämistä varten.

4.4.2 Toimintojen määrittäminen

Seuraavaksi aloitettiin toimintojen määrittäminen. Tavoitteena oli määrittää yksi toimintolistaus, joka soveltuisi käytettäväksi kaikkien yksiköiden toimintolaskennassa. Yhdenmukainen toimintolistaus on tärkeää siksi, että toimintolaskentamallit ovat keskenään helposti vertailukelpoisia. Toimintolistaus saatiin käyttökelpoiseksi kaikissa yksiköissä siten, että toiminnot määriteltiin riittävän yleisellä tasolla. Yksiköiden toimintojen erot huomioitiin toimintojen kuvauksissa, joissa oli kerrottu yksityiskohtaisesti, mitä eri osatoimintoja päätoiminnot sisälsivät. Toimintojen kuvaukset pyrittiin määrittämään mahdollisimman kattavasti ja yksiselitteisesti ottaen huomioon erityisesti tulevat työajanmittaukset, joita varten toimintojen kuvaukset olivat erityisen tärkeitä.

Toiminnot määritettiin keskustelemalla pilottiprojektiin osallistuvien yksiköiden esimiesten ja sairaanhoitajien kanssa. Alustava toimintojen määrittäminen suoritettiin keskustelemalla Liinaharjan vanhainkodin henkilökunnan kanssa, jonka jälkeen alustavaa toimintolistausta täydennettiin Puhurikodin johtajan ja sairaanhoitajien kanssa. Toimintolistaus viimeisteltiin vanhusten pitkäaikaishoidon osasto 10:llä. Pilottiprojektin toimintolistauksen lopullinen versio hyväksyttiin lopuksi kaikkien kolmen yksikön esimiehillä. Pilottiprojektin jälkeen toimintolistan päätoimintoihin ei tehty muutoksia, mutta toimintojen kuvauksia tarkennettiin työntekijöiltä saadun palautteen perusteella.

Toimintojen määrittämisen aikana tarkasteltiin vuonna 2006 suoritettua toimintolaskenta-projektin toimintolistaa ja pohdittiin, voitaisiinko sitä hyödyntää uuden projektin toimintomäärittelyn pohjana. Toiminnot oli vanhassa toimintolaskentaprojektissa määritetty ja jäsenely puutteellisesti. Päätoiminnot eivät myöskään vastanneet enää täysin yksiköiden nykyistä toimintaa. Yksiköissä on edellisen toimintolaskentaprojektin jälkeen tapahtunut muutoksia, minkä takia toimintoanalyysi piti suorittaa uudestaan. Varsinainen hoitotyö on pysynyt pääosin samanlaisena, mutta esimerkiksi ateria-, puhtaus- ja kiinteistönhoitopalvelut on ulkoistettu Porin palveluliikelaitokselle, minkä takia huoltotehtävät eivät enää kuulu yksiköiden omille työntekijöille (Porin palveluliikelaitos).

Toiminnot jaettiin kahteen pääkategoriaan: päätoimintoihin ja tukitoimintoihin. Päätoiminnot ovat toimintoja, jotka vaikuttavat suoraan palvelun tuottamiseen. Tukitoimintoilla tarkoitetaan toimintoja, jotka vaikuttavat toiminnan ylläpitoon, mutta joiden osuutta yksittäisille lopputuotteille ei voida yksiselitteisesti määrittää. Tavoitteena oli määrittää 5–20 kappaletta toimintoja, jotta yksiköiden keskeiset toiminnot saataisiin määritettyä, mutta toimintojen määrä ei olisi liian suuri. Toimintojen määrä on tärkeää pitää kohtuullisena erityisesti työajanmittauksen kannalta, jottei työajanmittauspohja olisi

työntekijöille liian monimutkainen ja raskas käyttää. Pilottiprojektiin osallistuvien yksiköiden toimintolistauksessa päädyttiin viiteen päätoimintoon ja kolmeen tukitoimintoon. Päätoiminnoista suurimman, perushoidon ja hoivan sisälle jouduttiin sisällyttämään kaikki hoitotoimenpiteet, jotta toimintolistaus saatiin kaikkiin erityyppisiin yksiköihin sopivaksi. Jos tulevaisuudessa halutaan tarkempaa informaatiota yksittäisten hoitotoimenpiteiden osuuksista, on mahdollista jakaa perushoito ja hoiva pienempiin alakategorioihin ja suorittaa uusi työajannmittaus. Lopullinen versio vanhusten ympärivuorokautisen hoidon toimintolistauksesta ja toimintojen kuvauksista oli seuraavanlainen:

Päätoiminnot

Asiakkaan sijoitusprosessi

- Hakemuksen tekeminen ja asioiden selvittely palveluohjaajan kanssa
- Päätöksenteko paikasta

Hoidon suunnittelu ja kirjaaminen

- Asukkaan vastaanotto
- Tukihakemuksen tekeminen
- Raportointi, dokumentointi (Hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen ja päivittäminen)
- Päivittäinen kirjaaminen)
- Hoitopalaverit (Asukkaan tullessa yksikköön. Asukkaiden hoitoon liittyvät palaverit)
- Lähetteet
- Yhteydenpito omaisiin

Perushoito ja hoiva

- Hygienia
- Pukeminen / riisuminen
- Kuntoutus
- Ulkoilu
- Yhteistyö muihin hoitaviin tahoihin.
- Ateriat ja ravitsemus (Ruuan esivalmistelu (voileivät, kahvi, salaattit), ruuan haku, ruuan jakaminen, ruokavaunun kuljettaminen, ruokailun avustaminen, aterioiden tilaaminen, kahvin keittäminen)
- Hoitotoimenpiteet (Esim. haavahoito, pikamittarilla otetut näytteet, katetointi jne.)
- Laboratorionäytteiden ottaminen ja lähettäminen
- Yhteistyö lääkärin kanssa
- Erityistilanteet (Saattohoito)
- Yövalvonta

Lääkehoito

- Lääkelistojen / reseptien tarkistaminen
- Lääkkeiden tilaaminen
- Lääkkeiden haku
- Lääkkeiden jako
- Lääkemuutokset

Viriketoiminta

- Viriketilausten organisointi
- Asukkaiden kuljettaminen järjestettyihin tilaisuuksiin
- Avustaminen viriketilaustissa

Tukitoiminnot

Henkilökunnan ammattitaidon ylläpito

- Patarummun, sähköpostin ja ohjeiden lukeminen
- Koulutukset
- Osastopalaverit
- Sijaisten ja opiskelijoiden ohjaus ja perehdyttäminen, arviointi

Huoltotehtävät

- Pyykkihuolto (Asiakkaiden vaatteiden pesu)
- Tavaroiden tilaus ja vastaanotto
- Puhtaanapito (Siivous yms.)
- Asiointi (Saattaminen hammaslääkəriin, kauppareissut yms.)
- Jätehuolto
- Keittiötyöt (Astiahuolto)

Hallinto

- Sijaisten / työntekijöiden rekrytointi
- Työvuorojen suunnitteluun liittyvät tehtävät
- Sairaslomien myöntäminen
- Työpalaverit
- Laskujen käsittely
- Työsopimusten tekeminen
- Postitus
- Arkistointi
- ESS-toiminnot
- Maksupäätös (vuokrasopimus, Kelan hoitotuki)

4.4.3 Laskentakohteiden määrittäminen

Vuonna 2006 Porin perusturvakeskuksessa suoritettua vanhusten ympärivuorokautisen hoidon kustannuslaskentaprojektissa laskentakohteet oli jaoteltu useampaan osaan. Tehostettu palveluasuminen oli jaettu luokkiin Tehostettu 1, Tehostettu 2, Perus, Tehostettu sekä Erityisen tehostettu. Laitoshoito oli jaoteltu pitkäaikaishoitoon, lyhytaikaishoitoon sekä osavuorokautishoitoon. Yksiköiden esimiehet olivat kuitenkin sitä mieltä, että tällaista jaottelua ei käytännön toiminnassa käytetty, joten siitä voitiin luopua. Heidän mukaansa asiakkaalle tarjotun palvelun tyyppiä on hankalaa jaotella näin moneen osaan, koska palvelujen erottelu ei ole aina yksiselitteistä.

Laskentakohteet määriteltiin tällä kertaa yksinkertaisemmin kuin edellisessä projektissa. Laskentakohteeksi, jonka kustannukset haluttiin selvittää, määritettiin vanhusten ympärivuorokautisen hoidon hoitovuorokausi. Laskentakohteet jakautuivat eri yksiköissä tarjottavan palvelun tyyppin perusteella kolmeen osaan: tehostettuun palveluasumiseen, pitkäaikaishoitoon sekä lyhytaikaishoitoon. Laskentakohteet määriteltiin vanhuspalvelujen henkilöstön kanssa seuraavalla tavalla:

Tehostettu palveluasuminen

Ympäriavuorokautista palveluasumista, jota tarjotaan sellaisille vanhuksille, joiden toimintakyky on heikentynyt niin paljon, etteivät he kykene enää kotihoidon palvelujen avulla asumaan kotonaan. Tehostetussa palveluasumisessa asiakkaalle tarjotaan hänen tarvitsemaansa perushoitoa ja -hoivaa, huolenpitoa ja muita palveluita vuorokauden ympäri. Asiakkaat asuvat joko yhden tai kahden hengen asunnoissa, joista he maksavat kuukausittaisen vuokran. Asiakkaat maksavat myös käyttämistään palveluista.

Pitkäaikaishoito

Runsaasti tukea asumiseensa tarvitseville vanhuksille tarjottava laitosmainen ympärivuorokautinen hoito sekä asuin- ja hoivaympäristö. Pitkäaikaishoitoa tarjotaan henkilölle, jonka toimintakyky on heikentynyt niin paljon, ettei hänelle enää kyetä järjestämään hänen tarvitsemaansa ympärivuorokautista hoitoa kotonaan tai palveluasunnossa. Pitkäaikaishoito sisältää asiakkaalle tarjottavan täyden ylöspidon, joka kattaa perushoidon ja -hoivan, lääkkeet, puhtaanapidon, ruokahuollon, vaatetuksen, yövalvonnan, lääkärikierron ja asiakkaan sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut.

Lyhytaikaishoito

Tilapäistä tai säännöllistä hoitoa ja hoivaa tarvitseville vanhuksille järjestettävä väliaikainen hoito, jolla tuetaan vanhuksen kotona asumista ja kunnon ylläpitoa sekä arvioidaan vanhuksen terveyttä. Lyhytaikaishoidon tavoitteena on ehkäistä vanhuksen päätyminen pysyvästi pitkäaikaishoitoon. Lyhytaikaishoidolla tuetaan myös omaishoidossa vanhusta hoitavan omaisen jaksamista.

4.4.4 Työajanmittaukset

Työajanmittauksilla selvitettiin, miten henkilöstön työajankäyttö jakautuu eri toiminoille. Tavoitteena oli mitata erikseen jokaiselle määritetyille toiminnolle käytetty työaika, jolloin saadaan selville yksittäisten toimintojen osuus kokonaistyöajasta. Työajanmittausjakson kestoksi asetettiin kaksi viikkoa, jotta jakso olisi riittävän pitkä kuvaamaan yksikön keskimääräistä toimintaa. Työajanmittausjakson keston suunnittelussa otettiin huomioon henkilöstön mahdollinen turhautuminen työajan kirjaamiseen mittausjakson ollessa liian pitkä.

Työajanmittausjakson ajankohta valittiin siten, että se kuvaisi mahdollisimman hyvin yksikön normaalia toimintaa. Jakso ei saanut osua poikkeustilanteeseen, kuten esimerkiksi työharjoittelijoiden opastuksen aikaan, jolloin poikkeukselliset tehtävät vaikuttavat työntekijöiden ajankäyttöön verrattuna normaaliin tilanteeseen. Työajanmittausten tapahtuessa syksyllä myös syyslomakausi otettiin huomioon työajanmittausajankohtaa suunniteltaessa. Potilasmäärät ovat sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla myös yksi toimintaan merkittävästi vaikuttava tekijä, mutta vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa potilaiden vaihtuvuus on useimmiten tasaista, eikä siitä tullut ongelmaa työajanmittausjaksoa suunniteltaessa. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon työajanmittaukset suoritettiin poikkeustilanteet huomioiden eri aikoihin eri yksiköissä. Pilottiprojektiin liittyvät työajanmittaukset toteutettiin Liinaharjan vanhainkodin osasto 4:llä, vanhusten pitkäaikaishoidon osasto 10:llä sekä Puhurikodissa 29.9.2014–12.10.2014. Loput ympärivuorokautisen hoidon työajanmittaukset suoritettiin viidessä osassa: 3.11.2014–16.11.2014 Himmellisä, Kullaankodossa ja Puutarhakodissa, 10.11.2014–23.11.2014 Jokihelmessä, Kiilarinteen palveluasunnoissa ja Kiilarinteen vanhainkodissa, 17.11.2014–30.11.2014 Kyläsaarella, Jokirannassa, Snällintuvassa, Mäntylinnan palveluasunnoissa ja Mäntylinnan vanhainkodissa, 24.11.2014–7.12.2014 Liinaharjan vanhainkodin loppuilla osastoilla sekä 1.12.2014–14.12.2014 pitkäaikaishoidon osastoilla 7,8 ja 9.

Työajanmittaukseen osallistuivat kaikki työntekijät, joiden kustannukset ovat kyseisessä yksikössä ja joiden työpanos vaikutti määritettyjen toimintojen toteuttamiseen. Työajanmittauksessa mukana olleita henkilöryhmiä olivat yksikköjen esimiehet, sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä osastoapulaiset. Työajanmittaukseen ei otettu mukaan henkilöitä, jotka kävivät tekemässä työtään yksiköissä, mutta joiden palkkakustannukset olivat eri kustannuspaikalla, kuten esimerkiksi lääkärit ja viriketoiminnan ohjaajat. Työajanmittausten tuloksiin aiheutti epätarkkuutta myös, että osa sairaanhoitajista ja lähihoitajista tekivät työvuoroja ristiin eri yksiköissä.

Työajan kirjaaminen toteutettiin siten, että työntekijät mittasivat itse eri toimintoihin käyttämänsä aikaa ja kirjasivat sen sähköisesti internetistä löytyvälle työajanmittauspohjalle, joka on osa Opiferus Työajanmittaus -palvelua. Työaikaa kirjattiin työpäivän aikana työn ohessa paperiselle muistilapulle, josta käytetty työaika siirrettiin sähköiselle lomakkeelle, kun tuli sopiva hetki. Sopivaksi tarkkuudeksi työajan kirjaamiselle määritettiin 10

minuuttia. Yksiköissä, joissa asiakkaille tarjottiin useampaa kuin yhtä palvelua työajanmittauspohja oli hierarkkinen, eli ennen työajan kirjaamista työntekijä valitsi suoritteen, jolle työaikaa kirjataan. Suoritteita työajanmittauspohjassa olivat toimintolaskennalle määritetyt laskentakohteet, eli tehostettu palveluasuminen, pitkäaikaishoito ja lyhytaikaishoito. Useassa yksikössä tarjottiin ainoastaan yhtä palvelua, jolloin suoritetta ei tarvinnut erikseen valita. Sähköisen työajankirjauksen käyttö koettiin henkilöstön keskuudessa helpoksi. Kuvassa 4.4.4.1 on esitetty hierarkkisen työajanmittauspohjan näkymä Opiferus Työajanmittaus -palvelussa.

The screenshot shows the Opiferus Time Recording System interface. At the top, there are navigation buttons for 'Edellinen', 'Tänään', and 'Seuraava'. Below that, there are buttons for 'Uusi kirjaus', 'Muokkaa ja poista kirjauksia', and 'Näytä päiväyhteenveto'. The main area contains a table with columns for 'Toiminnot Näytä selite' and 'h:min'. The table lists various activities with their descriptions and recorded time in hours and minutes. At the bottom right, there are summary statistics for 'Kirjaus yhteensä' and 'Päivä yhteensä'.

| Toiminnot Näytä selite | h:min | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|
| Ei ryhmää | | |
| Asiakaan sijoitusprosessi Hakemuksen tekeminen ja asioiden selvittely palveluohjaajan kanssa. Päätöksenteko paikasta. | 0 | 0 |
| Hoidon suunnittelu ja kirjaaminen Asukkaan vastaanotto. Tukihakemuksen tekeminen. Raportointi, dokumentointi (Hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen ja päivittäminen. Päivittäminen kirjaaminen). Hoitopalaverit (Asukkaan tullessa yksikköön. Asukkaiden hoitoon liittyvät palaverit). Lähetteet. Yhteydenpito omaisiin. | 0 | 0 |
| Perushoito ja hoiva Hygienia. Pukeminen/riisuminen. Kuntoutus. Ulkoilu. Yhteistyö muihin hoitaviin tahoihin. Ateriat ja ravitsemus (Ruuun esivalmistelu (voileivät, kahvi, salaatti). Ruuan haku. Ruuan jakaminen. Ruokavaunun kuljettaminen. Ruokailun avustaminen. Aterioiden tilaaminen. Kahvin keittäminen.). Hoitotoimenpiteet (Esim. haavahoito, pikamittarilla otetut näytteet, katetrointi jne.). Laboratorionäytteiden ottaminen ja lähettäminen. Yhteistyö lääkärin kanssa. Erityistilanteet (Saattohoito). Yövalvonta. | 0 | 0 |
| Lääkehoito Lääkelistojen/reseptien tarkistaminen. Lääkkeiden tilaaminen. Lääkkeiden haku. Lääkkeiden jako. Lääkemuutokset. | 0 | 0 |
| Viriketoiminta Viriketilaisuuksien organisointi. Asukkaiden kuljettaminen järjestettyihin tilaisuuksiin. Avustaminen viriketilaisuuksissa. | 0 | 0 |
| Henkilökunnan ammattitaidon ylläpito Patarummun, sähköpostin ja ohjeiden lukeminen. Koulutukset. Osastopalaverit. Sijaintien ja opiskelijoiden ohjaus ja perehdyttäminen, arviointi. | 0 | 0 |
| Huoltotehtävät Pyykkihoidto (Asiakkaiden vaatteiden pesu). Tavaroiden tilaus ja vastaanotto. Puhtaanapito (Siivous yms.). Asiointi (Saattaminen hammaslääkäriin, kauppareissut yms.). Jätehuolto. Keittiötöyt (Astiahuolto). | 0 | 0 |
| Hallinto Sijaintien/työntekijöiden rekrytointi. Työvuorojen suunnitteluun liittyvät tehtävät. Sairaslomien myöntäminen. Työpalaverit. Laskujen käsittely. Työsopimusten tekeminen. Postitus. Arkistointi. ESS-toiminnot. Maksupäätös (Vuokrasopimus. Kelan hoitotuki). | 0 | 0 |
| | Kirjaus yhteensä | 0h 0min |
| | Päivä yhteensä | 6h 35min |

Kuva 4.4.4.1 Opiferus Työajanseuranta vanhusten ympärivuorokautisen hoidon työajanmittauksessa.

Ennen työajanmittauksia henkilöstöä ohjeistettiin työajan kirjaamisesta. Yksiköiden esimiehet olivat jo aikaisemmin kertoneet henkilöstölle tulevasta työajanmittauksesta, jolloin henkilöstöllä oli aikaa valmistautua työajanmittaukseen. Jokaisessa yksikössä käytiin ennen työajanmittausjakson alkua paikan päällä pitämässä ohjeistustilaisuus, jossa yksiköiden henkilökunnalle kerrottiin työajanmittauksen olevan osa Porin perusturvassa alkavaa kustannuslaskentaprojektia ja annettiin tarkat ohjeet työajan kirjaamisesta. Työntekijöiden kanssa käytiin läpi, mitä toiminnot tarkoittavat, mitä osatehtäviä ne sisältävät ja miten työajan kirjaaminen käytännössä toteutetaan. Työntekijöille annettiin myös kat-

tavat ohjeet työajanmittauspalvelun käytöstä kirjallisessa muodossa sekä työajanmittauksen järjestävän henkilön yhteystiedot kysymysten ja ongelmien varalta. Työntekijät saivat ohjeistustilaisuudessa esittää työajanmittausta koskevia kysymyksiä.

Eräs asia, joka herätti paljon kysymyksiä henkilökunnan keskuudessa oli työajan kirjaamisen tekeminen omalla nimellä, eikä anonymisti. Työntekijät pelkäsivät, että työajanmittauksesta saatuja tietoja käytetään yksittäisten työntekijöiden ajankäytön käyttämiseen ja irtisanomisiin. Työajan kirjaaminen suoritettiin työntekijän omalla nimellä johdon vaatimuksesta, vaikka toimintolaskennan kannalta yksittäisten työntekijöiden käyttämä työaika ei ole merkityksellistä, vaan tärkeintä oli tietää kirjauksia tekevän henkilön henkilöryhmä, jotta työajanmittauksen tuloksia voitaisiin käsitellä henkilöryhmittäin. Työajanmittauksen toteuttaminen työntekijöiden omalla nimellä voi heikentää työajanmittausten luotettavuutta, koska tällöin työntekijät saattavat manipuloida työajan kirjaamista näyttämään itselleen suotuisammalta.

Työajanmittausjakson alettua työajan kirjaamista voitiin tarkastella sähköisestä työajanmittauspalvelusta. Aluksi joillain työntekijöillä oli hankaluuksia työajan kirjaamisessa, koska osan työntekijöistä oli vaikea hahmottaa sähköisen työajankirjauslomakkeen käyttöä. Osa työntekijöistä esimerkiksi sekoitti tunnit ja minuutit, minkä takia tulokset vääristyivät aluksi huomattavasti. Tästä syystä on tärkeää valvoa, että työntekijöiden tekemät kirjaukset ovat realistisia. Valvontaa kuitenkin hankaloitti yksiköissä työskentelevien henkilöiden suuri määrä. Toinen havainto oli, että osa työntekijöistä kirjasi työaikaansa jakson alussa, muttei enää jakson loppupuolella. Osa työntekijöistä ei myöskään kirjannut työaikaansa lainkaan.

Työajanmittauksen päätyttyä tulokset koottiin henkilöstöryhmittäin, jolloin saatiin toimintolaskennan edellyttämä työajankäyttöjakauma. Työajanmittauksen tulosten tarkastelussa ei havaittu mitään merkittävästi yllättäviä seikkoja, eikä eri yksiköiden välillä ollut suuria eroja työajankäytön suhteen. Sairaanhoidajien sekä lähihoitajien työajasta suurin osa, yleensä noin 50–80 % kului toimintoon ”Perushoito ja hoiva”. Jatkossa kyseisen toiminnon sisältävät työtehtävät voidaan erotella, jos hoitotyön sisällöstä halutaan yksityiskohtaisempaa tietoa toiminnan kehittämistä varten. Toiminnolle ”Asiakkaan sijoitusprosessi” kertyi jakson aikana työaika hyvin vähän, osassa yksiköistä ei lainkaan. Toiminto kuitenkin sisällytettiin työajanmittaukseen, koska uuden asiakkaan tullessa yksikköön hänen sijoittamiseensa saattaa kulua useidenkin työntekijöiden lähes kaikki työaika usean päivän ajan. Siksi ”Asiakkaan sijoitusprosessin” puuttuminen useiden yksiköiden työajanmittauksen tuloksista saattaa vääristää työajanmittausten perusteella luotavia kustannusmalleja.

Taulukoissa 4.2.4.1, 4.2.4.2 ja 4.2.4.3 on esitetty esimerkit työajanmittauksen tuloksista. Taulukoissa on esitetty esimerkki jokaisesta suoritetyypistä, eli tehostetusta palveluasumisesta, pitkäaikaishoidosta ja lyhytaikaishoidosta. Taulukoissa kuvataan työntekijöiden

työajankäyttö mittausjakson aikana henkilöryhmittäin ja toimintokohtaisesti. Aika on esitetty kahden viikon mittausaikana kertyneinä tunteina ja ajankäytön jakautuminen toiminnolle prosentteina. Taulukossa 4.4.4.1 on esitetty Kyläsaaren (tehostettu palveluasuminen), taulukossa 4.4.4.2 Mäntylinnan vanhainkodin (pitkäaikaishoito) ja taulukossa 4.4.4.3 Himmelin (lyhytaikaishoito) työajanimittauksen tulokset.

Taulukko 4.4.4.1 Kyläsaaren työajanimittauksen tulokset (tehostettu palveluasuminen).

| Toiminto / Henkilöryhmä | Vanhuspalvelujen esimies | | Sairaanhoitaja | | Lähihoitaja | | Osastoapulainen | |
|--------------------------------------|--------------------------|---------|----------------|---------|-------------|---------|-----------------|---------|
| | h | % | h | % | h | % | h | % |
| Asiakkaan sijoitusprosessi | 0,67 h | 2,05 % | 0 h | 0 % | 1,17 h | 0,08 % | 0 h | 0 % |
| Hoidon suunnittelu ja kirjaaminen | 2,25 h | 6,89 % | 23,33 h | 14,46 % | 75,83 h | 5,75 % | 3,75 h | 5,47 % |
| Perushoito ja hoiva | 0,33 h | 1,01 % | 70,17 h | 43,49 % | 988,83 h | 74,98 % | 57 h | 83,21 % |
| Lääkehoito | 0 h | 0 % | 33,17 h | 20,56 % | 28,33 h | 2,15 % | 0 h | 0 % |
| Viriketoiminta | 3 h | 9,18 % | 1,25 h | 0,77 % | 26,42 h | 2,00 % | 0 h | 0 % |
| Henkilökunnan ammattitaidon ylläpito | 6,5 h | 19,90 % | 29,08 h | 18,02 % | 64,75 h | 4,91 % | 0 h | 0 % |
| Huoltotehtävät | 1,42 h | 4,35 % | 3,67 h | 2,27 % | 132,83 h | 10,07 % | 7,75 h | 11,31 % |
| Hallinto | 18,5 h | 56,63 % | 0,67 h | 0,42 % | 0,67 h | 0,05 % | 0 h | 0 % |

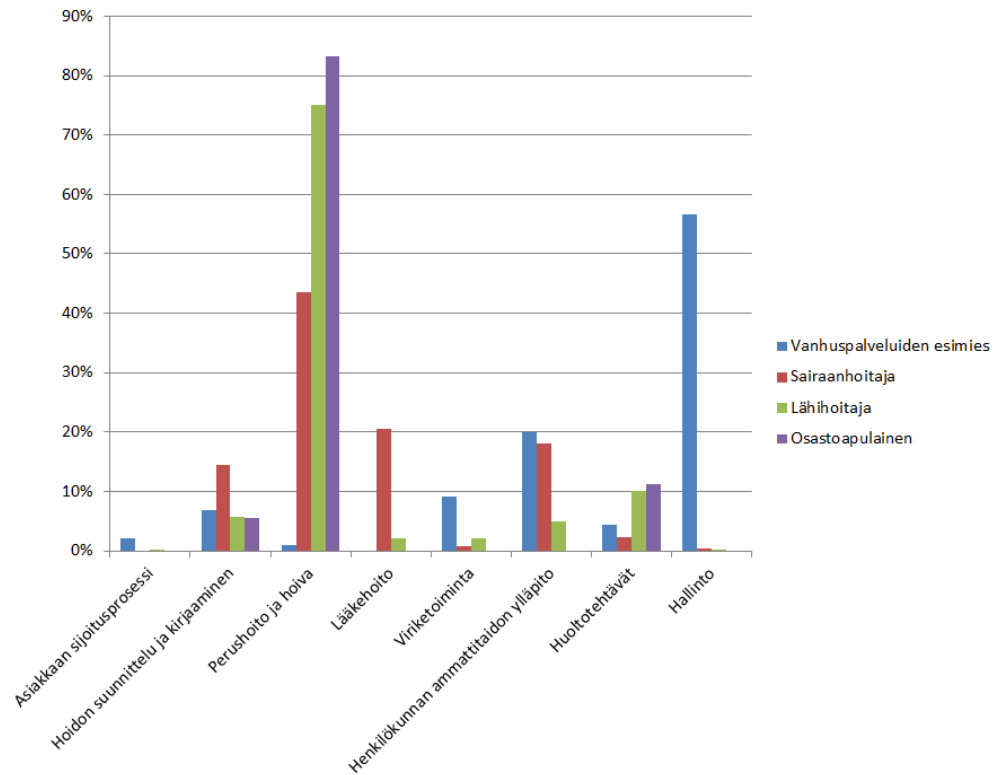
Taulukko 4.4.4.2 Mäntylinnan vanhainkodin työajanimittauksen tulokset (pitkäaikaishoito).

| Toiminto / Henkilöryhmä | Vanhuspalvelujen esimies | | Sairaanhoitaja | | Lähihoitaja | | Osastoapulainen | |
|--------------------------------------|--------------------------|---------|----------------|---------|-------------|---------|-----------------|---------|
| | h | % | h | % | h | % | h | % |
| Asiakkaan sijoitusprosessi | 0,5 h | 1,33 % | 1,75 h | 0,59 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Hoidon suunnittelu ja kirjaaminen | 2,83 h | 7,53 % | 41,5 h | 14,08 % | 64,17 h | 7,33 % | 13,33 h | 5,15 % |
| Perushoito ja hoiva | 4 h | 10,64 % | 172,92 h | 58,65 % | 751,33 h | 85,86 % | 224,25 h | 86,58 % |
| Lääkehoito | 0 h | 0,00 % | 55,08 h | 18,68 % | 5,92 h | 0,68 % | 0 h | 0,00 % |
| Viriketoiminta | 0 h | 0,00 % | 1 h | 0,34 % | 2,75 h | 0,31 % | 0 h | 0,00 % |
| Henkilökunnan ammattitaidon ylläpito | 6,5 h | 17,29 % | 17,08 h | 5,79 % | 32,42 h | 3,70 % | 1,5 h | 0,58 % |
| Huoltotehtävät | 0 h | 0,00 % | 3,92 h | 1,33 % | 17,83 h | 2,04 % | 19,92 h | 7,69 % |
| Hallinto | 23,75 h | 63,20 % | 1,58 h | 0,54 % | 0,67 h | 0,08 % | 0 h | 0,00 % |

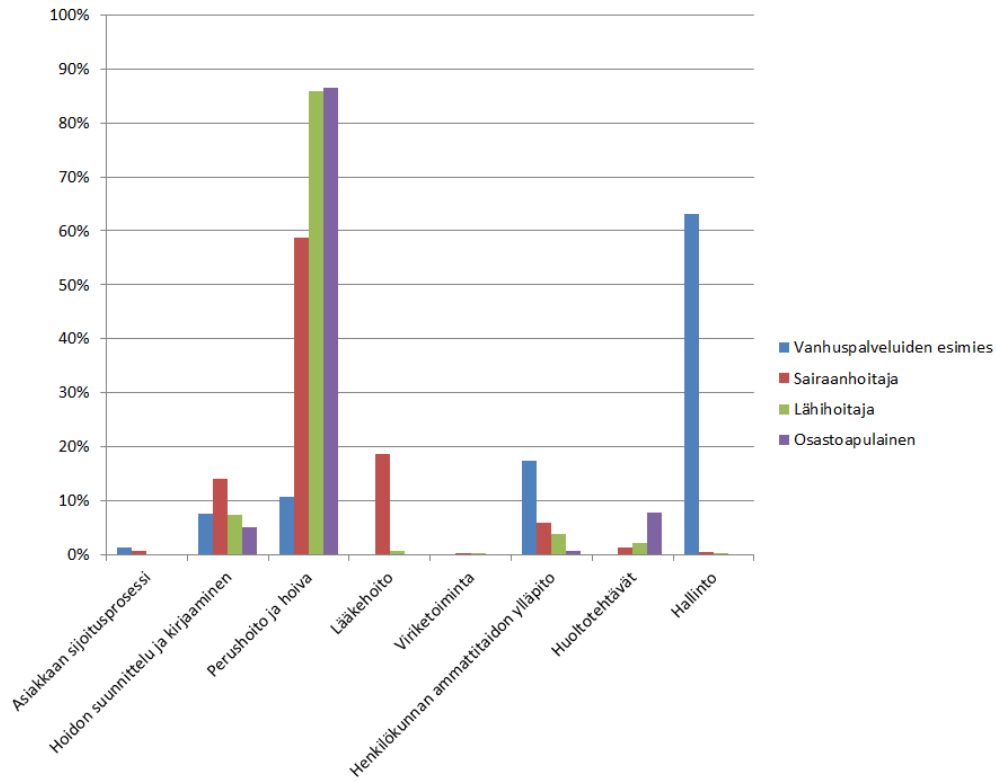
Taulukko 4.4.4.3 Himmelin työajanimittauksen tulokset (lyhytaikaishoito).

| Toiminto / Henkilöryhmä | Vanhuspalvelujen esimies | | Sairaanhoitaja | | Lähihoitaja | | Osastoapulainen | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------|----------------|---------|-------------|---------|-----------------|---------|
| | h | % | h | % | h | % | h | % |
| Asiakkaan sijoitusprosessi | 0 h | 0,00 % | 0,17 h | 0,05 % | 1 h | 0,11 % | 0 h | 0,00 % |
| Hoidon suunnittelu ja kirjaaminen | 0 h | 0,00 % | 117,67 h | 33,65 % | 41,97 h | 4,64 % | 1,83 h | 2,04 % |
| Perushoito ja hoiva | 0 h | 0,00 % | 166,5 h | 47,61 % | 594,17 h | 65,73 % | 67,67 h | 75,47 % |
| Lääkehoito | 0 h | 0,00 % | 62,17 h | 17,78 % | 9,25 h | 1,02 % | 0,67 h | 0,75 % |
| Viriketoiminta | 0 h | 0,00 % | 3,17 h | 0,91 % | 8,58 h | 0,95 % | 1,5 h | 1,67 % |
| Henkilökunnan ammattitaidon ylläpito | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 151,17 h | 16,72 % | 1 h | 1,12 % |
| Huoltotehtävät | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 94,83 h | 10,49 % | 16 h | 17,84 % |
| Hallinto | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 3 h | 0,33 % | 1 h | 1,12 % |

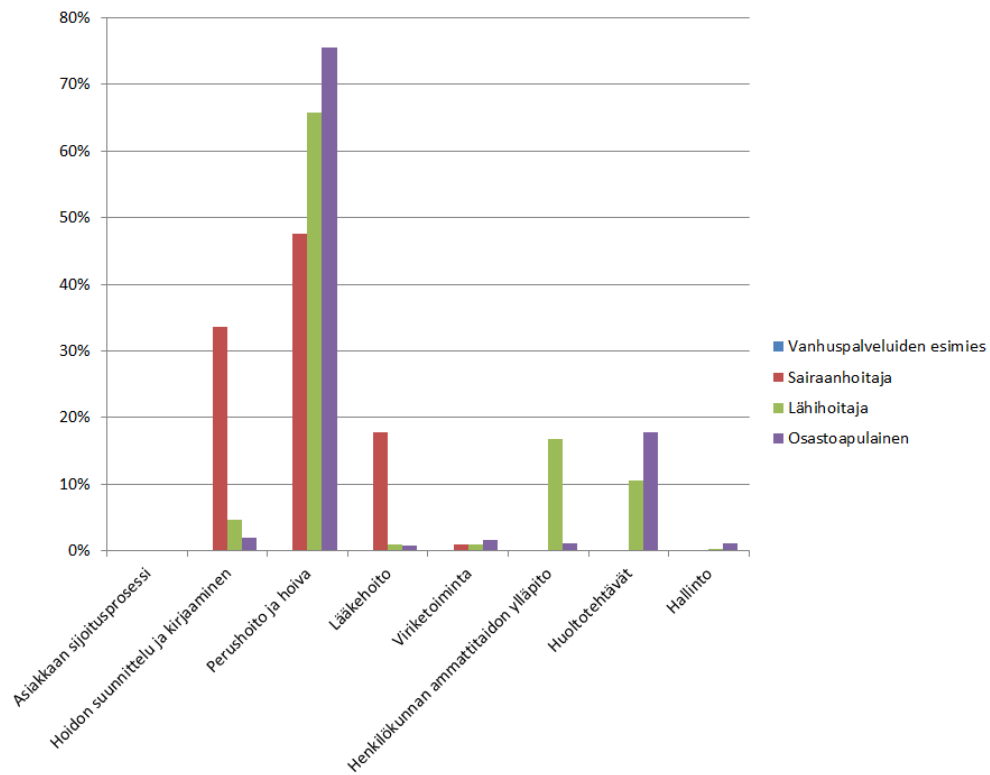
Työajankäytön jakaamaa on havainnollistettu kuvissa 4.4.4.2, 4.4.4.3 ja 4.4.4.4. Kuvassa 4.4.4.2 on esitetty Kyläsaaren, kuvassa 4.2.4.3 Mäntylinnan vanhainkodin ja kuvassa 4.4.4.4 Himmelin työajankäytön jakaumat suoritetta kohti henkilöstöryhmittäin.



Kuva 4.4.4.2 Kyläsaaren henkilöstön työajan jakauma (tehostettu palveluasuminen)



Kuva 4.4.4.3 Mäntylinnan vanhainkodin henkilöstön työajan jakauma (pitkäaikaishoito)



Kuva 4.4.4.4 Himmelin henkilöstön työajankäytön jakauma (lyhytaikaishoito)

Kun kaikki vanhusten ympärivuorokautisen hoidon työajanimittaukset oli suoritettu, tuloksia arvioitiin vanhuspalvelujen esimiesten kokouksessa joulukuussa 2014. Kokouksessa käsiteltiin toimintojen jakaumia ja tulosten perusteella palveluille laskettuja yksikkökustannuksia. Tuloksissa ei havaittu mitään yllättäviä poikkeuksia, vaan ne noudattivat pääosin odotetun mukaista jakaumaa ja vaikuttivat realistisilta. Asiakkaan sijoitusprosessi -toiminnon työajankäyttö jäi työajanimittausjakson aikana useassa yksikössä hyvin vähäiseksi, mikä johtui siitä, että yksikköihin työajanimittausjakson aikana sijoitettujen uusien asiakkaiden määrä oli hyvin pieni. Yksiköiden väliset erot henkilöstöryhmien ja toimintojen ajankäytössä voitiin selittää yksiköiden erilaisilla painotuksilla. Esimerkiksi pitkäaikaishoidon hoitotyö on luonteeltaan intensiivisempää, kuin tehostetun palveluasumisen.

4.4.5 Toimintolaskentamallien muodostaminen

Kustannuslaskentamallien luomisessa käytettiin Opiferus Toimintolaskenta Pro -toimintolaskentaohjelmistoa. Mallien luominen aloitettiin muodostamalla ohjelmistoon Porin perusturvakeskuksen organisaatorakennetta noudattava hierarkkinen malli, jossa kuvataan organisaatio palvelualueittain, alueittain ja yksiköittäin. Alimmalla tasolla rakenteessa ovat kustannuspaikat, jotka kuvaavat usein yksiköitä.

Kustannusmallien rakenne noudatti toimintoperusteisen kustannuslaskennan periaatetta. Opiferus-ohjelmistossa kustannusmallit toteutettiin kolmessa vaiheessa, joita kuvasivat kulumoduuli, toimintomoduuli sekä laskentakohdemoduuli. Moduulien välillä kustannusten kohdistaminen suoritettiin määritettyjen ajurien avulla.

Kustannuspaikkakohtaisten kustannusmallien rakentaminen aloitettiin tuomalla Basware Financial Performance Management (FPM) -ohjelmistosta vanhusten ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden kustannukset Excel-muotoon. Kustannuksina käytettiin työn suoritusta edeltävän vuoden, eli vuoden 2013 toteutuneita kustannuksia. Excel-tiedostoista kustannukset tuotiin Opiferus-ohjelmiston kustannusmoduuliin. Suurin osa kustannuksista sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on usein henkilöstökustannuksia. Tästä syystä henkilöstökustannusten kohdistaminen aiheuttamisperiaatteen mukaisesti on tärkeää ja oikein valitut ajurit kriittisiä laskennan tulosten luotettavuuden kannalta. Henkilöstökustannukset kohdistettiin toiminnoille työajanimittauksista saatujen tietojen perusteella. Henkilöstökustannukset jaettiin henkilöryhmittäin huomioiden eri henkilöryhmiin kuuluvien työntekijöiden määrä ja keskimääräinen palkka, joka saatiin edellisen vuoden henkilöstöliitteestä.

Toimintojen kustannukset kohdistettiin edelleen toimintomoduulista laskentakohdemoduuliin. Laskentakohteina käytettiin vanhusten ympärivuorokautisen hoidon eri palvelumuotoja, jotka olivat tehostettu palveluasuminen, lyhytaikaishoito ja pitkäaikaishoito. Työajanimittauksissa toiminnoille käytetty työaika mitattiin suoraan myös laskentakohde-

kohtaisesti, joten laskentakohteisiin käytettyjen toimintojen osuus saatiin määritettyä työajanmittausten tulosten perusteella. Laskentakohteiden suoritemäärät saatiin Effica-järjestelmästä edellisen vuoden toteutuneiden hoitovuorokausien määrästä. Jakamalla laskentakohteille kohdistetut kustannukset suoritemäärällä saatiin laskettua laskentakohteille yksikkökustannukset.

Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden laskentamallit saatiin valmiiksi suoraan FPM:n tietojen ja työajanmittausten tulosten perusteella kohdistettavien kustannusten osalta. Laskentamalleihin tulee jatkossa lisätä vielä erilaiset vyörytettävät kustannukset, kuten lääkärikustannukset ja hallinnon kustannukset. Vyörytettävien kustannusten osuus eri yksiköille saattaa olla hankala määrittää, koska esimerkiksi hallinnon osuutta eri yksiköille saattaa olla vaikea määrittää johtuen siitä, ettei hallinnon osuutta voida suoraan mitata. Aiheuttamisperiaatteen mukaisesti nämä kustannukset tulee silti jonkinlaista menetelmää käyttäen jakaa eri yksiköille.

4.5 Psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut

Psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut valittiin toiseksi kohteeksi Porin perusturvan kustannuslaskentaprojektille, koska palvelujen sisällössä on paljon yhtäläisyyksiä vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa järjestettyihin asumispalveluihin. Ajatuksena oli, että ympärivuorokautisen hoidon kustannuslaskentamallin suunnittelun aikana opittuja asioita voitaisiin hyödyntää myös psykososiaalisten palvelujen asumispalvelujen kustannuslaskentamallin laatimisen pohjana.

Psykososiaaliset palvelut eli mielenterveys- ja päihdepalvelut on tarkoitettu Porin yhteistoiminta-alueen, eli Porin, Ulvilan, Merikarvian ja Lavian asukkaille. Psykososiaalisten palvelujen asumispalvelujen tarkoituksena on tukea asiakkaita itsenäisempää elämää kohti. Asiakkaat asuvat itsenäisesti palveluasumisyksiköissä sijaitsevilla asunnoilla ja ovat vuokrasuhteessa Porin perusturvakeskukseen. Asumispalveluyksiköissä työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia sekä sosiaalihoitajia. Lisäksi yksiköiden asiakkaille on käytettävissään toimintaterapeutin ja psykiatrin palvelut. (Veturi.)

Psykososiaalisten palvelujen asumispalveluita järjestetään kahdessa yksikössä, Taiteilijankodissa ja Palvelukoti Veturissa, jotka sijaitsevat Porin keskustan läheisyydessä. Taiteilijankoti on Porin perusturvakeskuksen ylläpitämä päihde- ja mielenterveyskuntoutujille tarkoitettu asumisyksikkö, jossa asiakkaille tarjotaan tuettua kuntoutusta. Yksikkö on jaettu kolmeen eri rapussa toimivaan osastoon, Kivi, Leino ja Linna. Yhteensä yksikössä on 72 asuntoa, joista kolme on harjoittelu- ja intervalliasuntoja. Taiteilijankodissa henkilökunta työskentelee yksikössä klo 8.00–20.00 välisenä aikana ja muuna aikana asukkaita palvelee turvapuhelinpäivystys. (Taiteilijankodin esite 2015.)

Palvelukoti Veturi on milelenterveys- ja päihdekuntoutujille suunnattu Porin perusturvakeskukseen ylläpitämä ympärivuorokautisen tehostetun palveluasumisen yksikkö (Kuntouttavat asumispalvelut). Yksikössä on kaksi osastoa, Resiina ja Raide. Resiina on tarkoitettu 18–36-vuotiaille asiakkaille ja siinä on 12 asuntoa (Resiina). Raide-osasto on suunnattu yli 35-vuotiaille asiakkaille ja sisältää 17 asuntoa. Molemmat yksiköt sisältävät tehostettujen palveluasuntojen lisäksi myös asumisen arviointi- ja intervalliasuntoja. (Raide.)

4.5.1 Projektin aloitus

Psykososiaalisten asumispalvelujen kustannuslaskentaprojekti aloitettiin marraskuun 2014 loppupuolella. Projekti alkoi samalla tavalla, kuin vanhuspalvelujen ympärivuorokautisen hoidon projektissa. Ensin keskusteltiin psykososiaalisten palvelujen johtajan kanssa, jolloin hänelle kerrottiin kustannuslaskentaprojektin tarkoituksesta ja hän esitteli samalla psykososiaalisten palvelujen toimintaa. Aloituskeskustelussa varsinkin toimintojen määrittämistä ja kuvauksia pidettiin yksikölle käyttökelpoisena. Psykososiaalisten asumispalvelujen toimintaan ei käyty tutustumassa paikan päällä kuten vanhuspalvelujen ympärivuorokautisessa hoidossa, koska aikataulu oli tällä kertaa erittäin tiukka.

Seuraavaksi joulukuun alussa järjestettyyn palaveriin osallistui molempien asumispalveluyksiköiden, Taiteilijankodin ja Palvelukoti Veturin henkilökuntaa. Paikalla oli yksiköiden esimiehet sekä yksi sairaanhoitaja kummastakin yksiköstä. Yksiköiden henkilökunta otti projektin hyvin vastaan ja pitivät varsinkin toimintojen määrittäystä ja kuvausta hyödyllisenä, koska vastaavaa kuvausta hoitohenkilökunnan työstä ei oltu vielä tehty psykososiaalisissa asumispalveluissa. Yksiköiden esimiehet esittivät toivomuksen, että tulevissa työajamittauksissa selvitettäisiin erikseen aamu-, ilta- ja yövuorojen erot työajankäytön suhteen.

4.5.2 Toimintojen määrittäminen

Psykososiaalisten palvelujen asumispalveluja ei ollut käsitelty vuosina 2004–2006 Porin perusturvakeskuksessa suoritetussa tuotteistusprojektissa, joten toimintomäärittelylle ei ollut olemassa aikaisempaa versiota. Palveluille ei myöskään ollut tehty prosessikuvausta, jota voitaisiin hyödyntää pohjana toimintojen määrittämiselle.

Psykososiaalisten asumispalvelujen toimintojen määrittäminen aloitettiin joulukuussa 2014 ja määrittämiseen osallistuivat psykososiaalisten palvelujen johtaja, Taiteilijankodin ja Palvelukoti Veturin esimiehet, sekä yksi sairaanhoitaja kummastakin yksiköstä. Heille kerrottiin toimintojen määrittämisen alussa, mikä on toimintojen määrittämisen tarkoitus ja heille esitettiin esimerkkinä vanhusten ympärivuorokautisen hoidon toimintolistaus ja toimintojen kuvaukset. Psykososiaalisten palvelujen henkilökunta kritisoi kyseistä toimintomäärittelyä liian epätarkaksi ja halusi tehdä tarkemman toimintomäärittely-

sen. Alustava listaus toiminnoista tehtiin kokouksessa, jonka jälkeen kokoukseen osallistuneet henkilöt veivät toimintolistauksen yksikköihinsä, joissa toimintojen jaottelua pohdittiin henkilökunnan kanssa. Yksiköissä laadittiin kuvaukset toimintojen sisältämistä osatoiminnoista. Tämän jälkeen molempien yksiköiden henkilökuntien tekemät lisäykset ja muutokset toimintolistaukseen yhdistettiin, ja lopullinen toimintolistaus valmistui joulukuun 2014 puolella välissä. Koska psykososiaalisissa asumispalveluissa on ainoastaan kaksi yksikköä, toimintojen määrittäminen etenemään huomattavasti nopeammin kuin vanhuspalvelujen asumispalveluissa.

Tavoitteena oli määrittää yksi toimintolistaus, joka sopii käytettäväksi molemmissa asumisyksiköissä. Toimintolistauksen tuli soveltua kaikkien niiden henkilöiden työhön, joiden palkkakustannukset ovat Taiteilijankodin ja palvelukoti Veturin kustannuspaikoilla. Yksiköissä työskentelevät henkilöryhmät ovat yksiköiden esimiehet, sairaanhoitajat, lähihoitajat ja sosiaaliohjaajat. Yksikköjen toiminnan väliset erot olivat hyvin pieniä, joten yhteisen toimintolistauksen määrittäminen ei aiheuttanut ongelmia. Tavoitteeksi toimintojen määrittämiselle oli asetettu, että toimintoja olisi yhteensä 10–20 kappaletta. Lopullinen versio toimintolistauksesta sisälsi yhteensä 14 toimintoa, joista 11 oli päätoimintoja ja 3 tukitoimintoja. Psykososiaalisten asumispalvelujen toimintolistauksen lopullinen versio oli seuraavanlainen:

Päätoiminnot

Asukkaaksi sijoittuminen omaan yksikköön sekä ne hakuprosessit, jotka eivät johda asukkaaksi tulemiseen

- Haastattelut (tarvittaessa useampi kerta/hakija, lisäksi puhelintiedustelut) Tietojen antaminen Veturista/Taiteilijankodista/yksityisistä asumispalveluista ja niiden toiminnoista sekä hakijalle sopivan asumismuodon etsiminen
- Asiakkaan tilanteen sekä tuen ja asumisen tarpeen arviointi
- Asukkaan informointi tarvittavista hakemuksista ja muista tarvittavista asiakirjoista (Veturin/Taiteilijankodin hakemus, ARA-hakemus, tulotiedot)
- Efficia-kirjausluvan pyytäminen
- Muuttoon liittyvät käytännön asiat
- Puhelimessa tehtävä työ- konsultoinnit, arviointi ja ohjaus ja jatkosta sopiminen
- Jalkautuminen osastoille, haastattelujen/arviointien tekeminen eri paikoissa

Asukkaaksi sijoittuminen yksityiseen palvelukotiin

- Yhteydenotto palveluntuottajaan ja paikkatilanteen selvittely
- Tiedon antaminen/ vaihtaminen yksityisille palveluntuottajalle

- Yksityisessä palvelukodissa olevien asiakkaiden kuntoutumisen, tuen ja asumisen tarpeiden seuranta ja kuntoutumisen polkujen miettiminen eteenpäin (kulkemiseen menevä aika, puhelut, palaverit paikan päällä, Tuva-mittarit)

Kuntoutumisen suunnittelu

- Asukkaan vastaanotto
- Kuntoutumissuunnitelmapalaverit (asukkaan tullessa yksikköön)

Perushoito, huolenpito sekä terveyden- ja sairaudenhoito

- Ohjaus, neuvonta ja tuki arkiaskareiden hoitamiseen kuten siivous, pyykin pesu, vaatehuolto, ruuan valmistus, raha- ja muiden päivittäisten asioiden hoito, hygieniasta ja asianmukaisesta vaatuksesta huolehtiminen jne.
- Ohjaus ja neuvonta kaikenlaiseen asiointiin liittyen ja tarvittaessa niissä avustaminen ja saattaminen (hammaslääkəriin, lääkeriin, kauppareissut yms.)
- Kuntoutumissuunnitelmapalaverit (suunnitelmia päivitettäessä)
- Asukkaan ohjaus ja tukeminen sairautensa itsehoitoon (esim. verensokeri- ja verenpainemittaukset, painokontrollit ym.) sekä näiden toteutumisen seuranta
- Psykoedukaation toteuttaminen (asukkaan tukeminen sairauden oireiden hallintaan ja sairauden hyväksymiseen)
- Ateriat ja ravitsemus. keittiövuorossa olevan asukkaan ohjaus (ruuan esivalmistelu (voileivät, kahvi, salaattit)
- Näytteidenottoaikojen tilaaminen, asukkaan ohjeistaminen (ravinnotta olemisesta, lääkkeiden ottamisesta)
- Mittarien käyttäminen
- psyykkiset mittarit (esim. TUVA, BDI)
- somaattiset mittarit (esim. minimal, RR, vs)
- Erityistilanteet (esim. asukkaan psyykkisen tai fyysisen voinnin huonontuessa hoivan lisääminen väliaikaisesti)
- Jatkuva ja säännöllinen terveyden ja hyvinvoinnin seuranta ja arviointi sekä tarvittaessa tilanteeseen puuttuminen ja tarvittavan sairaanhoidon järjestäminen
- Yöaikainen valvonta (ei erityistä toimintaa muuta kuin valvontatehtävä)

Lääkehoito

- Lääkelistojen tarkistaminen ja tarvittavien muutosten tekeminen sekä reseptien tarkistaminen
- Asukkaan ohjaus lääkkeidenjakotilanteissa
- Asukkaan ohjeistaminen lääkkeiden hakemisessa

- Asukkaan informointi lääkityksistä
- Lääkityksen oton varmistaminen

Kuntoutumisen tukeminen

- Yksikön sisäisten ryhmien organisointi, ohjaus ja asukkaiden motivointi
- Yhteistyössä asukkaan kanssa sopivan päivätoiminnan/työtoiminnan suunnittelu ja siihen motivointi
- Asukkaan tukeminen osallistumaan muiden julkisen sektorin toimijoiden ja kolmannen sektorin toimijoiden ryhmiin ja toimintoihin
- Sopivien ja mieleisten harraste-, opiskelu- ym. paikkojen etsiminen yhdessä asukkaan kanssa
- Terapialuonteiset yksilökeskustelut
- Asukkaan tukeminen oman elämänsä tavoitteiden löytämiseen motivoivan haastattelun keinoin
- Asiakkaan ohjaussuunnitelmien laatiminen
- Viikko-ohjelmien laatiminen

Asiakastyön kirjaaminen

- Hoito- ja kuntouttavan työn kirjaaminen, päivittäisten toimintojen asukas-kohtainen kirjaaminen, ajantasainen dokumentointi (lääkehoidon kirjaaminen)
- Kuntoutumissuunnitelmien ja niiden päivitysten kirjaaminen
- Asukashaastattelujen kirjaaminen
- Erillissopimusten, varoitusten yms. poikkeustilanteiden kirjaaminen

Verkostotyö

- Yhteistyö omaisten ja muun lähiverkoston kanssa
- Viranomaisyhteistyö (ml. konsultoinnit)
- Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa
- Yhteistyö yksityisten palveluntuottajien kanssa

Asumisen päättäminen

- Uuden asumismuodon/asunnon hakeminen
- Muuton järjestäminen ja siinä avustaminen
- Verkostotyö, tukiverkon järjestäminen, palaverit
- Kuntoutumissuunnitelman laatimiseen osallistuminen

Jalkautuva työ asumisyksiköistä kotiin ja muualle

- Tuen toteuttamiseen osallistuminen

Avokäynnit

- Asiakastyö

Tukitoiminnot

Henkilökunnan ammattitaidon ylläpito

- Koulutukset
- Työryhmäpalaverit
- Sijaisten ja opiskelijoiden ohjaus ja perehdyttäminen
- Toiminnan arviointi (itsearviointi, ulkoinen arviointi jne)
- Työnohjaus
- Ammattikirjallisuuden lukeminen
- Kehittämispäivät
- Vertaiskäynnit
- Kehityskeskustelut

Tukipalvelut

- Tavaroiden tilaus (esim. Ostista) ja vastaanotto
- Aterioiden tilaaminen (Mysli), tukkutilaukset, leipätilaukset
- Puhtaanapito (keittiön siivous)
- Keittiötyöt (astiahuolto)
- Ateriahuoltoon liittyvät valmistelutehtävät (aamupala, iltapala, päiväkahvi)
- Hälyttimien tarkistukset
- Muu tarvikkeiden hankinta

Hallinto

- Tilastointi
- Sijaisten/työntekijöiden rekrytointi
- Työvuorosunnittelu
- Toiminnan sisällön suunnittelu ja kehittäminen (esim. kehityspäivänä ja työryhmissä esitettyjen suunnitelmien kirjaaminen ja jatkokehittäminen, toiminnan tuloksellisuuden arviointi jne)
- Suunnitelmien laatiminen ja päivittäminen (lääkehoidon suunnitelma, turvallisuussuunnitelma, perehdytyskansio, omavalvontasuunnitelma yms.) sekä muiden toimijoiden suunnitelmatyöhön osallistuminen
- Vuosilomien suunnittelu
- Arkistointi
- Basware, laskujen hyväksyntä
- ESS-toiminnot (sairauslomat, työsopimukset, koulutusanomukset, työtodistukset))

- Vuokrasopimusten, hoitotukien, asumistukien, toimeentulotukien yms. hakeminen ja tekeminen sekä asukkaan avustaminen näissä
- Viranhaltijapäätösten tekeminen (ml. päätös asumispaikasta)
- Yksityisen palveluntuottajan toiminnan seuranta ja arviointi (käynnit, puhelut)
- Muiden kouluttaminen (esim effica-asiat,)

4.5.3 Laskentakohteiden määrittäminen

Psykososiaalisten asumispalvelujen laskentakohteiden määrittäminen tehtiin Taiteilijankodin ja palvelukoti Veturin henkilökunnan kanssa samaan aikaan kuin toimintolistaus. Laskentakohteet määritettiin eri tyyppisten asiakkaille tarjottujen palvelujen mukaisesti. Laskentakohteille ei määritetty erikseen kuvauksia tiukan aikataulun vuoksi. Laskentakohteet olivat seuraavat:

- Tehostettu kuntouttava palveluasuminen
- Tuettu kuntouttava palveluasuminen
- Asumisen arviointi
- Kriisiasuminen
- Intervalliasuminen
- Avokäynnit
- Jalkautuva työ asumisyksiköistä (kotiin ja muualle)

Laskentakohteiden määrittämisen yhteydessä päätettiin, että laskentakohteiden kustannukset lasketaan erikseen aamu-, ilt- ja yövuoroille. Vuorojen erottelun myötä laskentakohteista saadaan tarkempaa kustannusinformaatiota.

4.5.4 Työajanmittaukset

Psykososiaalisten asumispalvelujen työajanmittaukset oli alun perin tarkoitus toteuttaa vuoden 2014 puolella, mutta kiireellinen aikataulu ja yksiköiden henkilökunnan joululomakauden takia työajanmittaukset piti siirtää tammikuulle 2015. Kiireen vuoksi ei ehditty järjestää pilottiprojektia kuten vanhusten ympärivuorokautisen hoidon puolella, mutta työntekijöille annettiin mahdollisuus testata työajan kirjaamista ennen työajanmittauksen alkua. Varsinaisen työajanmittausjakson pituudeksi määritettiin kaksi viikkoa. Työajanmittaukseen osallistuvilla henkilöillä käytiin ennen työajanmittausta antamassa koulutus työajanmittauslomakkeen käyttöön ja kerrottiin toimintolaskentaprojektin tavoitteista. Henkilöstölle annettiin myös työajanmittausta koskeva saatekirje Työajanmittausjakso järjestettiin Veturissa 7.1.2015–21.1.2015 välisenä aikana. Taiteilijankodin työajanmittaus järjestettiin tämän diplomityön käytännön työosuuden loputtua, joten sen toteuttamista ja tuloksia ei käsitellä.

Työajanmittaus toteutettiin myös psykososiaalisissa asumispalveluissa internetistä löytyvällä Opiferus Työajanmittaus -palvelulla. Työajan kirjaamisen tarkkuudeksi määritettiin tällä kertaa viisi minuuttia. Työaika kirjattiin hierarkkisesti, eli työntekijät valitsivat ensin vuoron ja suoritteen, jolla työaika kirjataan ja tämän jälkeen työaika kirjattiin toiminoille suoritekohtaisesti. Työntekijöille annettiin muistiinpanojen tekemisen helpottamiseksi paperille tulostettu toimintolistaus, joka sisälsi toimintojen kuvaukset. Työntekijät kirjasivat lomakkeelle työaikaansa työvuoron aikana. Kuvassa 4.5.4.1 on esitetty työntekijöiden näkymä Opiferus Työajanmittaus -palvelussa.

| Taso | Nimi | h:min | |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|
| | Kirjaus yhteensä | 5 | 30 |
| | Tehostettu kuntouttava palveluasuminen | 4 | 30 |
| | Asukkaaksi sijoittuminen omaan yksikköön sekä ne hakuprosessit jotka eivät johda asukkaaksi tulemiseen | 0 | 0 |
| | Asukkaaksi sijoittuminen yksityiseen palvelukotiin | 0 | 0 |
| | Kuntoutumisen suunnittelu | 0 | 0 |
| | Perushoito, huolenpito sekä terveyden- ja sairaudenhoito | 3 | 20 |
| | Lääkehoito | 0 | 20 |
| | Kuntoutumisen tukeminen | 0 | 30 |
| | Asiakastyön kirjaaminen | 0 | 20 |
| | Verkostotyö | 0 | 0 |
| | Asumisen päätyminen | 0 | 0 |
| | Jalkautuva työ asumisyksiköistä kotiin ja muualle | 0 | 0 |
| | Avokäynnit | 0 | 0 |
| | Tuettu kuntouttava palveluasuminen | 0 | 0 |
| | Asukkaaksi sijoittuminen omaan yksikköön sekä ne hakuprosessit jotka eivät johda asukkaaksi tulemiseen | 0 | 0 |
| | Asukkaaksi sijoittuminen yksityiseen palvelukotiin | 0 | 0 |

Kuva 4.5.4.1 Opiferus Työajanseuranta psykososiaalisten palvelujen työajanmittauksessa.

Taulukossa 4.5.4.1 on esitetty palvelukoti Veturin aamuvuoron, taulukossa 4.5.4.2 ilta-
vuoron ja taulukossa 4.5.4.3 yövuoron työajanmittauksen tulokset henkilöstöryhmittäin.

Taulukko 4.5.4.1 *Palvelukoti Veturin aamuvuoron työajanmittauksen tulokset.*

| Toiminto / Henkilöryhmä | Lähihoitaja | | Sosiaaliohjaaja | | Sairaanhoitaja | |
|----------------------------------------------------------|-------------|---------|-----------------|---------|----------------|---------|
| | h | % | h | % | h | % |
| Asukkaaksi sijoittuminen omaan yksikköön | 0 h | 0,00 % | 1,42 h | 1,29 % | 5,42 h | 3,70 % |
| Asukkaaksi sijoittuminen yksityiseen palvelukotiin | 0 h | 0,00 % | 0,75 h | 0,68 % | 0,25 h | 0,17 % |
| Kuntoutumisen suunnittelu | 3,5 h | 1,17 % | 3,5 h | 3,17 % | 2,75 h | 1,87 % |
| Perushoito, huolenpito sekä terveyden- ja sairaudenhoito | 143,08 h | 48,03 % | 63,17 h | 57,29 % | 31,83 h | 21,70 % |
| Lääkehoito | 29,42 h | 9,88 % | 1,42 h | 1,29 % | 13,17 h | 8,98 % |
| Kuntoutumisen tukeminen | 25,42 h | 8,53 % | 12,75 h | 11,56 % | 12,42 h | 8,47 % |
| Asiakastyön kirjaaminen | 19,92 h | 6,69 % | 14,25 h | 12,92 % | 16,5 h | 11,25 % |
| Verkostotyö | 2,33 h | 0,78 % | 9,5 h | 8,62 % | 15,17 h | 10,34 % |
| Asumisen päättyminen | 1,5 h | 0,50 % | 3,5 h | 3,17 % | 3,83 h | 2,61 % |
| Jalkautuva työ asumisyksiköistä kotiin ja muualle | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 6,67 h | 4,55 % |
| Avokäynnit | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0,75 h | 0,51 % |
| Henkilökunnan ammattitaidon ylläpito | 51,75 h | 17,37 % | 0 h | 0,00 % | 16,5 h | 11,24 % |
| Tukipalvelut | 21 h | 7,05 % | 0 h | 0,00 % | 0,92 h | 0,63 % |
| Hallinto | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 20,5 h | 13,98 % |

Taulukko 4.5.4.2 *Palvelukoti Veturin iltavuoron työajanmittauksen tulokset.*

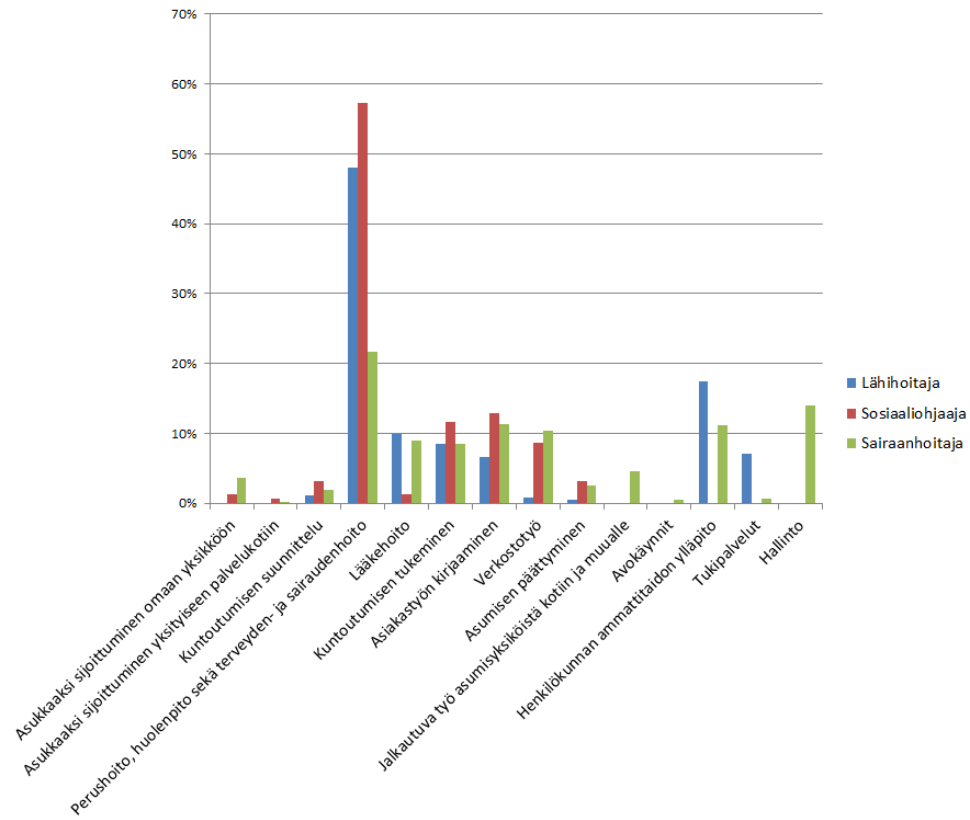
| Toiminto / Henkilöryhmä | Lähihoitaja | | Sosiaaliohjaaja | | Sairaanhoitaja | |
|----------------------------------------------------------|-------------|---------|-----------------|---------|----------------|--------|
| | h | % | h | % | h | % |
| Asukkaaksi sijoittuminen omaan yksikköön | 1,25 h | 0,61 % | 1,75 h | 1,71 % | 0 h | 0,00 % |
| Asukkaaksi sijoittuminen yksityiseen palvelukotiin | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Kuntoutumisen suunnittelu | 1,25 h | 0,61 % | 3,08 h | 3,01 % | 0 h | 0,00 % |
| Perushoito, huolenpito sekä terveyden- ja sairaudenhoito | 101,75 h | 49,65 % | 34,92 h | 34,12 % | 0 h | 0,00 % |
| Lääkehoito | 17,5 h | 8,54 % | 0,83 h | 0,81 % | 0 h | 0,00 % |
| Kuntoutumisen tukeminen | 21,75 h | 10,61 % | 14,25 h | 13,93 % | 0 h | 0,00 % |
| Asiakastyön kirjaaminen | 14,42 h | 7,04 % | 11,17 h | 10,92 % | 0 h | 0,00 % |
| Verkostotyö | 0,92 h | 0,45 % | 3,08 h | 3,01 % | 0 h | 0,00 % |
| Asumisen päättyminen | 0h | 0,00 % | 0,33 h | 0,32 % | 0 h | 0,00 % |

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|-----|--------|
| Jalkautuva työ asumisyksiköistä kotiin ja muualle | 0,75 | 0,37 % | 0,67 h | 0,65 % | 0 h | 0,00 % |
| Avokäynnit | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Henkilökunnan ammattitaidon ylläpito | 19,33 h | 9,43 % | 16,58 h | 16,20 % | 0 h | 0,00 % |
| Tukipalvelut | 26 h | 12,69 % | 11,67 h | 11,40 % | 0 h | 0,00 % |
| Hallinto | 0h | 0,00 % | 4 h | 3,91 % | 0 h | 0,00 % |

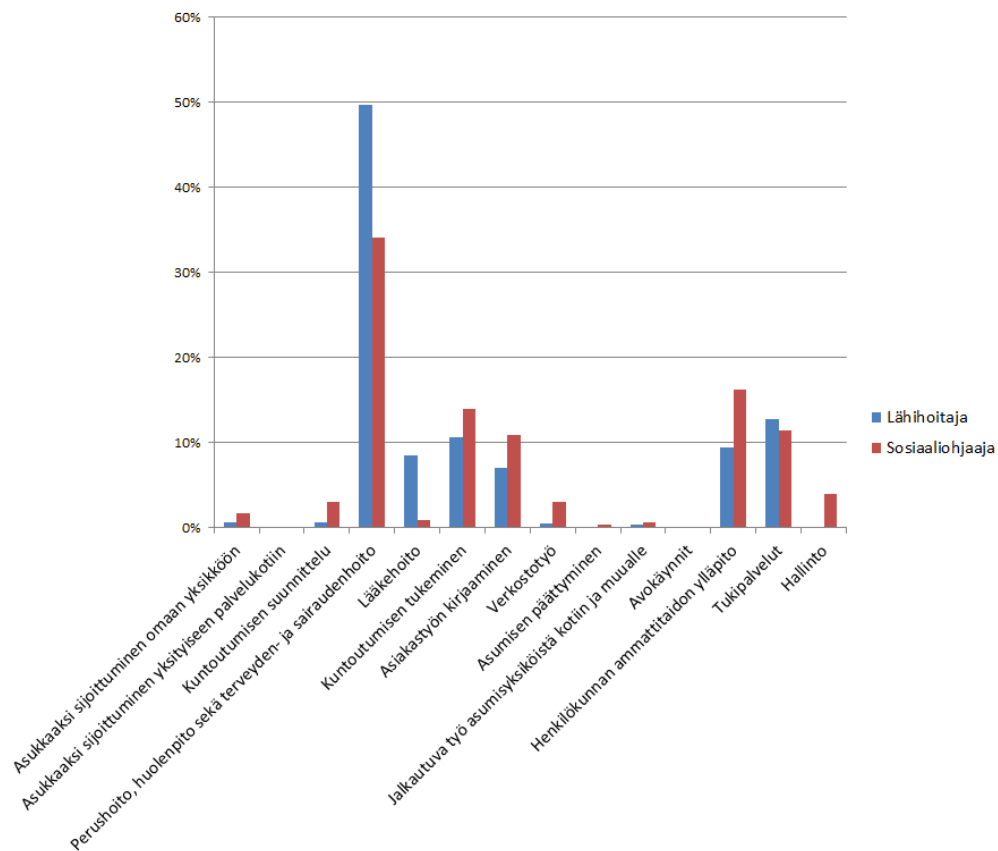
Taulukko 4.5.4.3 Palvelukoti Veturin yövuoron työajanmittauksen tulokset.

| Toiminto / Henkilöryhmä | Lähihoitaja | | Sosiaalihoitaja | | Sairaanhoitaja | |
|----------------------------------------------------------|-------------|---------|-----------------|--------|----------------|--------|
| | h | % | h | % | h | % |
| Asukkaaksi sijoittuminen omaan yksikköön | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Asukkaaksi sijoittuminen yksityiseen palvelukotiin | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Kuntoutumisen suunnittelu | 0,5 | 0,18 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Perushoito, huolenpito sekä terveyden- ja sairaudenhoito | 232,5 | 83,33 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Lääkehoito | 6,67 | 2,39 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Kuntoutumisen tukeminen | 5 | 1,79 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Asiakastyön kirjaaminen | 6,58 | 2,36 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Verkostotyö | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Asumisen päättyminen | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Jalkautuva työ asumisyksiköistä kotiin ja muualle | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Avokäynnit | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Henkilökunnan ammattitaidon ylläpito | 12,83 | 4,60 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Tukipalvelut | 14,92 | 5,35 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Hallinto | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |

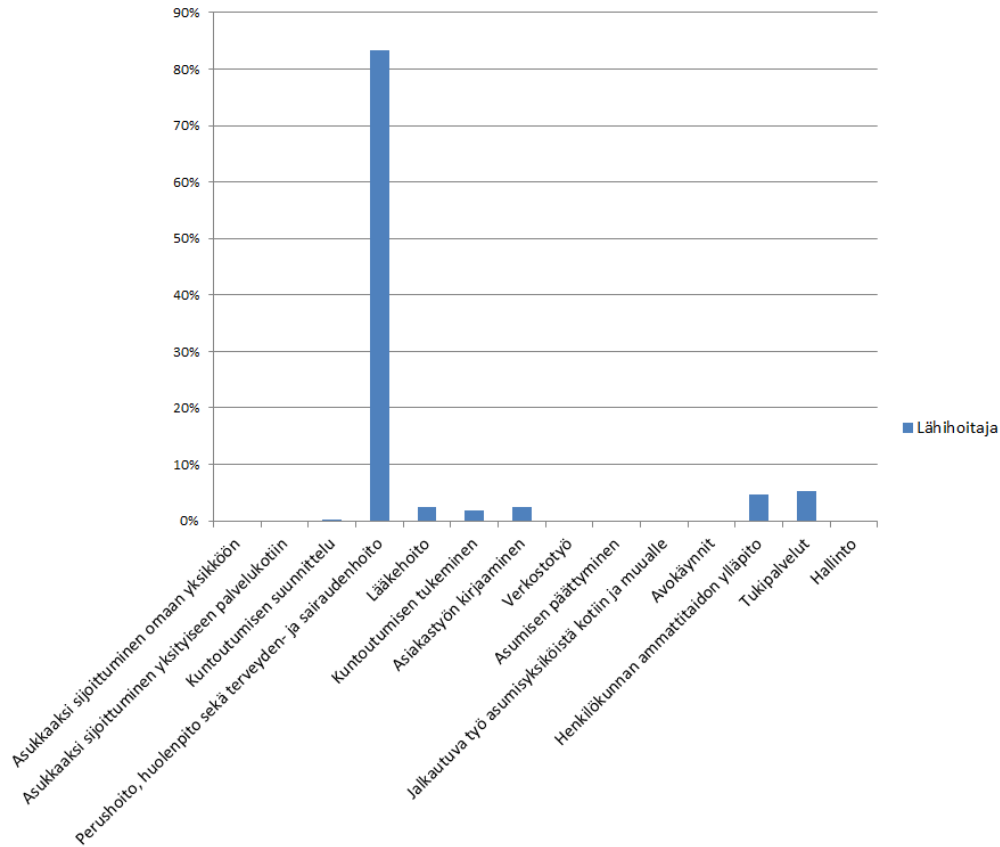
Kuvissa 4.5.4.2, 4.5.4.3 ja 4.5.4.4 on esitetty palvelukoti Veturin aamu-, ilta- ja yövuorojen työajanmittausten tuloksia havainnollistavat kuvaajat.



Kuva 4.5.4.2 Palvelukoti Veturin aamuvuoron työajanmittauksen tulos.



Kuva 4.5.4.3 Palvelukoti Veturin iltavuoron työajanmittauksen tulos.



Kuva 4.5.4.4 Palvelukoti Veturin yövuoron työajamittauksen tulos.

Taulukossa 4.5.4.4 on esitetty palvelukoti Veturin aamu-, ilt- ja yövuorojen työajankäyttö laskentakohteita eli suoritteita kohti. Mukana on myös tukitoimintoihin käytetty työaika, eli työajan osuus, jota ei ole kohdistettu laskentakohteille suoraan työajamittauksessa.

Taulukko 4.5.4.4 Palvelukoti Veturin työajan jakautuminen laskentakohteille.

| Laskentakohde / Työvuoro | Aamuvuoro | | Iltavuoro | | Yövuoro | |
|-----------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|----------|---------|
| | h | % | h | % | h | % |
| Tehostettu kuntouttava palveluasuminen | 443,5 h | 74,70 % | 206,42 h | 67,18 % | 251,25 h | 90,05 % |
| Tuettu kuntouttava palveluasuminen | 0 h | 0,00 % | 23,25 h | 7,57 % | 0 h | 0,00 % |
| Asumisen arviointi | 1 h | 0,17 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Kriisiasuminen | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Intervalliasuminen | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Avokäynnit | 2,42 h | 0,41 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Jalkautuva työ asumisyksiköistä (kotiin ja muualle) | 0,75 h | 0,13 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| (Tukitoiminnot) | 146 h | 24,59 % | 77,58 h | 25,25 % | 27,75 h | 9,95 % |

Työajanmittauksen tuloksia ei ehditty tarkastelemaan psykososiaalisten asumispalvelujen työntekijöiden kanssa työjakson loputtua, joten työajan jakautumisesta toiminnoille ei voida tehdä tulosten luotettavuutta koskevia havaintoja. Työajan jakautumisesta eri laskentakohteille voidaan kuitenkin havaita, että laskentakohteille ”Kriisiasuminen” ja ”Intervalliasuminen” ei kertynyt työajanmittausjakson aikana ollenkaan työaikaa. Tästä syystä kyseisille laskentakohteille ei toimintolaskennassa kerry lainkaan henkilöstökustannuksia, jos työajanmittauksen tuloksia käytetään suoraan kustannuslaskentamallien muodostamisessa.

4.5.5 Toimintolaskentamallien muodostaminen

Kustannuslaskentamalleja ei ehditty psykososiaalisten asumispalvelujen projektin aikana laskea, koska käytännön työosuus loppui ennen työajanmittauksen tulosten valmistamista. Laskentamallien luominen jäi organisaation suoritettavaksi työajanmittausten tulosten perusteella.

Pääpiirteissään psykososiaalisten asumispalvelujen kustannusmallien muodostamisessa voidaan noudattaa samoja periaatteita, kuin vanhuspalvelujen ympärivuorokautisessa hoidossa (ks. luku 4.4.5). Laskenta suoritetaan edelleen luomalla Opiferus Toimintolaskenta Pro -ohjelmistoon organisaatorankenteen mukainen malli, jossa ovat psykososiaalisten asumispalvelujen yksiköt. Kustannuksina laskennassa käytetään edellisen vuoden toteutuneita kustannuksia, jotka saadaan Basware FPM -ohjelmistosta. Suurin osa kustannuksista on henkilöstökustannuksia, joten käytetty työaika toimii henkilöstökustannusten ajurina kuluista toiminnoille. Käytetty työaika saadaan työajanimitteusten tuloksista henkilöstöryhmittäin. Suoritteiden eli eri tyyppisten palvelujen toteutuneet määrätiedot saadaan Effica-järjestelmästä. Erona vanhuspalvelujen malleihin psykososiaalisten asumispalvelujen kustannusmalleista saadaan tarkempaa kustannusinformaatiota, koska kustannukset kohdistetaan erikseen aamu-, ilta- ja yövuoroille.

Kustannusmallien tarkkuutta heikentää, että työajanimittausten tuloksissa kaikille laskentakohteille ei saatu ollenkaan työajankirjauksia. Ongelman voi ratkaista esimerkiksi määrittämällä palveluista vastaavan henkilökunnan kanssa, miten paljon työaikaa näiden palvelujen suorittamiseen normaalisti käytetään.

4.6 Suun terveydenhuolto

Toimintolaskentaprojektin kolmanneksi kohteeksi haluttiin ottaa mukaan kokonaisuus, joka eroaisi selvästi kahdesta aiemmasta kohteesta, eli vanhusten asumispalveluista ja psykososiaalisista asumispalveluista. Kolmanneksi kohteeksi valittiin suun terveydenhuolto, koska palvelukokonaisuus sisältää suuren määrän eri tyyppisiä palveluja, jotka ovat kestoltaan lyhyitä ja volyymitään suuria.

Suun terveydenhuollon tehtävänä on tuottaa suun terveyttä edistäviä, kuntouttavia ja korjaavia hammashoitopalveluita (Suun terveydenhuolto 2015). Porin perusturvan suun terveydenhuoltoa järjestetään yhteistoiminta-alueella yhteensä 17 hammashoitolayksikössä neljällä eri lähipalvelualueella. Porin lähipalvelualueella sijaitsee 12 yksikköä, Luoteisella lähipalvelualueella kaksi yksikköä, Ulvilan lähipalvelualueella kaksi yksikköä ja Lavian lähipalvelualueella yksi yksikkö. (Suun terveydenhuolto - Yhteystiedot.)

4.6.1 Projektin aloitus

Suun terveydenhuollon osaprojektin suunnittelu aloitettiin lokakuussa 2014. Projektin toteuttamiseen osallistuvien suunnitteluvaiheessa johtava ylihammaslääkäri sekä osastonhoitaja. Projekti aloitettiin käymällä tutustumassa Porin keskushammashoitolan toimintaan lokakuussa. Hammashoitolaan tutustumisen yhteydessä keskusteltiin johtavan ylihammaslääkärin ja osastonhoitajan kanssa toimintolaskentaprojektin toteuttamisesta sekä tavoitteista ja päätettiin projektin aikataulu suurpiirteisesti.

Keskustelun yhteydessä johtava ylihammaslääkäri kertoi, että Porin perusturvakeskuksessa oltiin vuonna 2005 tehty vastaavanlainen toimintolaskentaprojekti, mutta projektin tuloksia ei jälkikäteen hyödynnetty. (Rosenqvist et al. 2005.) Nyt tavoitteena oli kehittää samankaltainen toimintolaskentamalli päivitettyinä suun terveydenhuollon nykyiseen toimintaan sopivaksi.

4.6.2 Toimintojen määrittäminen

Suun terveydenhuollon toiminnot määritettiin johtavan ylihammaslääkärin ja Porin keskushammashoitolan osastonhoitajan kanssa käydyissä keskusteluissa marraskuun 2014 aikana. Toimintojen määrittämisen alussa käytiin läpi vuoden 2005 toimintolaskentaprojektin toimintolistaus ja pohdittiin, voidaanko toimintolistausta käyttää uuden toimintolistauksen pohjana ja mitä muutoksia siihen tulee tehdä.

Kyseisessä projektissa päätoiminnot, eli toimenpiteiden suorittamiseen suoraan vaikuttavat toiminnot vastasivat suurimmaksi osaksi myös hammashoitoloiden nykyistä toimintaa. Päätoimintoihin tehtiin kuitenkin muutamia muutoksia, esimerkiksi toiminnot ”Perushoito” ja ”Erikoishoito” yhdistettiin toiminnoksi ”Potilaan hoitotoimenpiteet”, toiminto ”Ennaltaehkäisevä hammashoito” poistettiin ja ”Välinehuolto”-toiminto siirrettiin tukitoimintoihin.

Vuoden 2005 projektissa tukitoiminnot oli jaoteltu liian yksityiskohtaisesti. Useat johtamiseen ja hallintoon liittyvät toiminnot oli listattu erikseen. Projektista laaditun raportin työajanmittausten tuloksia tarkastelemalla havaittiin, että tukitoimintojen yksityiskohtainen jako oli turhaa, koska yksittäisten tukitoimintojen työajan määrä oli hyvin pieni, eikä niin yksityiskohtainen informaatio ole hyödyllistä toimintolaskennan kannalta. Useita tukitoimintoja päädyttiin yhdistämään toiminnon ”Johtaminen ja hallinto” alle.

Kun pää- ja tukitoiminnot oli määritetty, kaikkien toimintojen kuvaukset käytiin myös läpi ja niihin tehtiin muutoksia, jotta ne kuvaisivat hammashoitoloiden nykyistä toimintaa. Toimintojen kuvauksien laatimisen tärkeänä kriteerinä pidettiin kuvausten yksiselitteisyyttä tulevia työajanmittauksia silmällä pitäen. Toimintojen ja kuvausten määrittämisen jälkeen toimintolistaus käytiin vielä läpi hammaslääkäreiden kanssa ja listausta päivitettiin toimintojen kuvausten osalta. Lopullinen toimintolistaus sisälsi yhteensä yhdeksän toimintoa, joista oli kuusi päätoimintoja ja kolme tukitoimintoja. Toimintolistauksen lopullinen versio oli seuraavanlainen:

Päätoiminnot

Asiakkaan yhteydenotto ja ajanvaraus

- Ajanvaraukseen liittyvät työtehtävät
- Asiakastietojen tarkastaminen
- Recall-listojen läpikäyminen
- Alle kouluikäisten/koululaisten listojen läpikäyminen
- Ajantulostus
- Kutsujen postitus
- Asiakkaan kutsujen postitus

Esivalmistelu ja asiakkaan vastaanottaminen

- Edellisten hoitotietojen tarkastaminen
- Asiakaspapereiden haku
- Esitietolomakkeen tarkastaminen
- Labratöiden valmistelu
- Päivän listan tulostus
- Hoitohenkilökunnan esivalmistelut (suojalasit, maskit, käsien pesu jne)
- Korttipyynnöt
- Asiakkaan ilmoittautuminen
- Keskustelu hoidosta
- Instrumenttien vaihto
- Potilasvaihto

Asiakkaan tarkastaminen ja hoitosuunnitelman tekeminen

- Asiakkaan tutkiminen
- Rtg-kuvien ottaminen
- Hoidon arvioiminen
- Recall-välin määrittäminen
- Hoitosuunnitelman ja statuksen teko
- Potilaan hoidon suunnittelu (potilas ei läsnä)

Potilaan hoitotoimenpiteet

- Rtg-tutkiminen
- Tutkimus
- Paikkaus
- Juurihoito
- Hampaan poisto
- Puudutus

Jatkotoimenpiteet ja hoidon päättäminen

- Hoitotoimenpiteiden selvitys ja seuraavan kerran suunnitelma
- Kotihoito-ohjeet
- Recall-välin määrittäminen
- Jatkohoitoon ohjaaminen
- Rtg-kuvien tulkitseminen
- Dokumenttien ja jäljennösten lähettäminen eteenpäin
- Arkistointi
- Kipsimallien valu tai hionta
- Puhelinneuvonta
- Toimenpiteen jälkeiset kotihoito-ohjeet

Hoitotietojen kirjaaminen

- Hoitokäyntiin liittyvien tietojen kirjaus
- Läheteiden tekeminen (lausunnot, reseptit, läheteet, kustannusarviot)
- Viestit huoltajille

Tukitoiminnot

Johtaminen ja hallinto

- Taloushallinto (Talousarvion valmistelu, laadinta ja seuranta, toimintaker-
tomuksen tekeminen, talouteen liittyvät tilastot, varastokirjanpito, ostolas-
kujen käsittely, varaston kuukausiraportti, inventaario)
- Henkilöstöhallinto (Esimiestehtävät, työvuorosunnittelu, rekrytointi, lo-
majärjestelyt, sijaisten hankinta, työsopimukset, tunti-ilmoitukset, työlo-
mat, sairauslomat, äitiyslomat, työlistojen suunnittelu, käsittely, hyväksy-
minen, huonelistojen tekeminen, palkka-asiat, työhyvinvointi, työajanseu-
rannan kirjaaminen)
- Kehittäminen (Tavoitteiden asettaminen ja tavoitteiden saavuttamisen
seuranta, hoitoprosessien kehittäminen, suunnittelutehtävät, laadun paran-
taminen, kehittäminen, projektit, kehityskeskustelut,)

- Hankinnat (Kilpailutukset, tarjouspyynnöt, ostopalvelut, laitehankinnat, kalustehankinnat, materiaalihankinnat)
- Koulutus ja perehdyttäminen (Sisäisen ja ulkoisen koulutuksen suunnittelu, perehdyttäminen, perehdytysmateriaalin suunnittelu ja päivitys, opiskelijoiden ohjaus, luentojen valmistelu ja pitäminen)
- Asiakkuuksien hallinta (hoitopääsyajat, potilasjonojen hallinta, potilas-palautteet, potilasinfot, asiakastytyväisyyskyselyt)
- Kokous- ja neuvottelutoiminta (Kokoukset, kokousten valmistelu, osastokokoukset, pöytäkirjat ja muistiot)
- Tilastointi, raportointi ja selvitykset (Tilastojen tekeminen, erilaiset selvitykset)
- Tietojärjestelmien hallinta (koulutus, käyttöönotto, tiedottaminen)
- Toimistotyöt ja laskuttaminen (Kopiointi, lomakkeiden suunnittelu, silpuri, arkistointi, postitus, lajittelu, myyntilaskutus, käteismaksujen hoitaminen, laskun ositus ja eräpäivän siirto)

Tilausten ja hankintojen hoitaminen

- Toimistotarvikkeiden, tarveaineiden ja välineiden tilaaminen
- Apteekkitilaukset
- Tilausten vastaanotto ja tarveaineiden järjestely
- Käyttöturvallisuustiedotteet
- Vaatetilaukset

Välinehuolto

- Instrumenttien välinehuolto (myös kulmakappaleet ja oikomisinstrumentit)
- Hoitoyksikön huolto ja ympäristön siivous (aamutoimet, iltatoimet, materiaali ja laatikoiden täyttö, laboratoriotöiden desinfiointi)
- Laitteiden huolto (autoklaavi, pesukone ja uä-laite jne)

4.6.3 Laskentakohteiden määrittäminen

Suun terveydenhuollon laskentakohteiden määrittämisen perustana käytettiin Kuntaliiton Sosiaali- ja terveystieteiden Suun terveydenhuollon ohjeellista vastaavuusluetteloa, josta löytyvät kaikki suun terveydenhuollossa suoritettavat toimenpiteet sekä asiakasmaksut (Kuntaliitto 2014). Laskentakohteiksi päätettiin johtavan ylihammaslääkärin ja osastonhoitajan kanssa käydyissä keskusteluissa vastaavuusluettelossa olevat toimenpiteet. Toimenpiteitä on kuitenkin satoja, joten johtava ylihammaslääkäri valitsi osastonhoitajan kanssa vastaavuusluettelosta vain yleisimmät toimenpiteet, jotka esiintyvät usein hammaslääkärin työssä. Harvinaiset toimenpiteet jätettiin laskentakohteista pois.

Projektiin mukaan valitut laskentakohteet eli hammashoidon toimenpiteet jaoteltiin vastaavuusluettelon mukaisiin pääryhmiin. Luettelosta valittiin yhteensä 33 toimenpidettä, jotka olivat seuraavat:

Suun ja hampaiston tutkimukset, terveystarkastukset ja työsuunnittelut

| | |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| SAA01 | Suun tutkimus, suppea; luokka 2, hammaslääkäri |
| SAA01E | Suun tutkimus, suppea; luokka 2, suuhygienisti |
| SAA02 | Suun perustutkimus; luokka 4 |
| SAB01 | Suuhygienistin tai hammashoitajan tekemä suun ja hampaiden terveystarkastus, suppea; luokka 2 |
| SAB02 | Suuhygienistin tai hammashoitajan tekemä suun ja hampaiden terveystarkastus; luokka 3 |
| SAD01 | Suun terveydenhuollon hoidon tarpeen arvio, perustaso; luokka 2 |
| SAD02 | Suun terveydenhuollon hoidon tarpeen arvio, laaja; luokka 4 |

Paikkaushoidot

| | |
|-------|-----------------------------------------------------|
| SFA10 | Yhden pinnan täyte; luokka 4 |
| SFA20 | Kahden pinnan täyte; luokka 6 |
| SFA30 | Kolmen tai useamman pinnan täyte; luokka 7 |
| SFA40 | Hammasterä tai hammaskruunu; luokka 8 |
| SFC01 | Paikkaushoidon tukitoimenpide; luokka 2 |
| SFC92 | Muu vaativa paikkaushoidon tukitoimenpide; luokka 3 |

Hampaan juurenhoido

| | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| SGA01 | Hampaan ensiapuluonteinen avaus; luokka 3 |
| SGA02 | Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus; luokka 4 |
| SGA03 | Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus; luokka 5 |
| SGA04 | Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus, erittäin vaativa; luokka 7 |
| SGA05 | Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus, erittäin vaativa ja pitkäkestoinen; luokka 8 |
| SGB10 | Hampaan juurentäyttö, 1-juurikanavainen hammas; luokka 3 |
| SGB20 | Hampaan juurentäyttö, 2-juurikanavainen hammas; luokka 5 |
| SGB30 | Muu vaativa juurentäyttö; luokka 7 |
| SGC00 | Hampaan juurikanavien lääkehoito; luokka 3 |

Hampaiston toimenpiteet

| | |
|-------|---------------------------------------------------|
| EBA00 | Hampaan poisto; luokka 4 |
| EBA05 | Vaativa hampaan poisto ilman leikkausta; luokka 7 |
| EB1AA | Hammusröntgen |

Ikenen ja hampaan kiinnityskudossairauksien hoito

| | |
|-------|---------------------------------------------------|
| SDA01 | Parodontologinen hoito, erittäin suppea; luokka 2 |
|-------|---------------------------------------------------|

| | |
|-------|------------------------------------------|
| SDA02 | Parodontologinen hoito, suppea; luokka 3 |
| SDA03 | Parodontologinen hoito; luokka 5 |

Suun terveyden edistäminen

| | |
|-------|---------------------------------------|
| SCA01 | Ehkäisevä suun terveydenhoito, suppea |
| SCA02 | Ehkäisevä suun terveydenhoito |
| SCA03 | Ehkäisevä suun terveydenhoito, laaja |

Anestesia, hengityksen tuki ja elvytys

| | |
|-------|--------------------------------|
| WX110 | Infiltraatiopuudutus; luokka 0 |
| WX290 | Muu johtopuudutus; luokka 0 |

4.6.4 Työajanmittaukset

Suun terveydenhuollon työajanmittauksen kestoksi määritettiin jälleen kaksi viikkoa. Työajanmittaus suoritettiin jälleen siten, että työntekijät kirjasivat itse käyttämänsä työajan toiminnoille Opiferus Työajanmittaus -palvelussa. Tarkkuudeksi työajan kirjaamiseen määritettiin viisi minuuttia. Työajanmittaukseen osallistuneita henkilöryhmiä olivat hammaslääkärit, hammashoitajat sekä suuhygienistit.

Työajanmittauksesta tiedotettiin kaikkien neljän lähipalvelualueen suun terveydenhuollon työntekijöille yhteisessä kokouksessa Porin perusturvakeskuksen hallintorakennuksessa marraskuun 2014 lopulla. Tilaisuudessa työntekijöille kerrottiin työajanmittausten liittyvän toimintolaskentaprojektiin ja ohjeistettiin työntekijöitä Opiferus Työajanmittaus -palvelun käytöstä. Työntekijöille jaettiin myös työajanmittausta koskeva saatekirje sekä ohjeet työajan kirjaamista varten. Työajanmittausjakso järjestettiin suun terveydenhuollossa 1.12.2014–14.12.2014.

Työajanmittauslomakkeen rakenne erosi vanhusten asumispalveluista ja psykososiaalisista asumispalveluista siten, että lomakkeen rakenne muodostui kolmesta eri tasosta. Työntekijöiden tuli ensin valita suoritteen pääkategoria, jonka jälkeen valittiin suorite ja lopuksi työaika kirjattiin suoritekohtaisesti toiminnoille. Kuvassa 4.6.4.1 on esitetty työntekijöiden näkökulma Opiferus Työajanmittaus -palvelussa.

| Taso | Nimi | h:min | |
|------|------------------------------------------------------------------------|-------|---|
| | Kirjaus yhteensä | 2 | 0 |
| | Suun ja hampaiston tutkimukset, terveystarkastukset ja työsuunnittelut | 0 | 0 |
| | Paikkaushoidot | 0 | 0 |
| | Yhden pinnan täyte; luokka 4 | 0 | 0 |
| | Asiakkaan yhteydenotto ja ajanvaraus | 0 | 0 |
| | Esivalmistelu ja asiakkaan vastaanottaminen | 0 | 0 |
| | Asiakkaan tarkastaminen ja hoitosuunnitelman tekeminen | 0 | 0 |
| | Potilaan hoitotoimenpiteet | 0 | 0 |
| | Jatkotoimenpiteet ja hoidon päättäminen | 0 | 0 |
| | Hoitotietojen kirjaaminen | 0 | 0 |
| | Kahden pinnan täyte; luokka 6 | 0 | 0 |
| | Kolmen tai useamman pinnan täyte; luokka 7 | 0 | 0 |
| | Hammasterä tai hammaskruunu; luokka 8 | 0 | 0 |
| | Paikkaushoidon tukitoimenpide; luokka 2 | 0 | 0 |
| | Muu vaativa paikkaushoidon tukitoimenpide; luokka 3 | 0 | 0 |
| | Hampaan juurenhoito | 0 | 0 |

Kuva 4.6.4.1 Opiferus Työajanseuranta suun terveydenhuollon työajanmittauksessa.

Suun terveyden työajanmittausjakson käynnistyttyä yhteyshenkilö sai henkilökunnalta useita yhteydenottoja koskien työajan kirjaamista sähköiselle työajanmittauslomakkeelle. Työntekijöiden mielestä työajanmittauslomake oli monimutkainen ja hankalasti käytettävä. Heidän mielestään kirjaamiseen meni myös liikaa aikaa heidän aikataulunsa ollessa muutenkin tiukka. Toinen ongelma oli, ettei henkilökunnalle aina ollut täysin selvää, mitä suoritetta he olivat tekemässä. Esimerkiksi kaikille hammaslääkäreille ei ollut selvillä suoritteen ”Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus” luokkien 4 ja 5 välinen ero, jolloin oli mahdollisuus, että samaa suoritetta tekevät hammaslääkärit kirjasivat työaikaa eri suoritteille työajanmittauspalvelussa. Väärille suoritteille kirjattu työaika aiheuttaa virheitä myöhemmin laskentakohteiden kustannuksia kohdistettaessa.

Suun terveydenhuollon työajanmittauksen tulokset on esitetty lähipalvelualueittain taulukoissa 4.6.4.1, 4.6.4.2, 4.6.4.3 ja 4.6.4.4. Taulukoissa on esitetty henkilöryhmien eri toimintoihin käyttämä aika sekä tunteina että prosentuaalisina osuuksina kokonaistyöajasta. Työajanmittausten tuloksia ei ehditty analysoida suun terveydenhuollon henkilökunnan kanssa, koska käytännön työosuus loppui pian työajanmittausjakson päättymisen jälkeen.

Taulukko 4.6.4.1 Porin suun terveydenhuollon työajanmittauksen tulokset.

| Toiminto / Henkilöryhmä | Hammashoitaja | | Hammaslääkäri | | Suuhygienisti | |
|--------------------------------------------------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|
| | h | % | h | % | h | % |
| Asiakkaan yhteydenotto ja ajanvaraus | 254,95 h | 20,85 % | 22,55 h | 2,93 % | 77,77 h | 3,48 % |
| Esivalmistelu ja asiakkaan vastaanottaminen | 180,25 h | 14,74 % | 56,96 h | 7,41 % | 430,32 h | 19,26 % |
| Asiakkaan tarkastaminen ja hoitosuunnitelman tekeminen | 28 h | 2,29 % | 54,25 h | 7,05 % | 487,93 h | 21,84 % |
| Potilaan hoitotoimenpiteet | 330,92 h | 27,06 % | 451,01 h | 58,65 % | 234,68 h | 10,51 % |
| Jatkotoimenpiteet ja hoidon päättäminen | 25,67 h | 2,10 % | 41,05 h | 5,34 % | 318,77 h | 14,27 % |
| Hoitotietojen kirjaaminen | 19,58 h | 1,60 % | 101,29 h | 13,17 % | 270,7 h | 12,12 % |
| Johtaminen ja hallinto | 39,75 h | 3,25 % | 41,42 h | 5,39 % | 5,25 h | 0,24 % |
| Tilausten ja hankintojen hoitaminen | 64,75 h | 5,29 % | 0,5 h | 0,07 % | 0,53 h | 0,02 % |
| Välinehuolto | 279,05 h | 22,82 % | 0 h | 0,00 % | 407,83 h | 18,26 % |

Taulukko 4.6.4.2 Ulvilan suun terveydenhuollon työajanmittauksen tulokset.

| Toiminto / Henkilöryhmä | Hammashoitaja | | Hammaslääkäri | | Suuhygienisti | |
|--------------------------------------------------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|
| | h | % | h | % | h | % |
| Asiakkaan yhteydenotto ja ajanvaraus | 88,75 h | 29,88 % | 0 h | 0,00 % | 2,93 h | 2,40 % |
| Esivalmistelu ja asiakkaan vastaanottaminen | 23 h | 7,74 % | 1,75 h | 2,09 % | 17,08 h | 13,99 % |
| Asiakkaan tarkastaminen ja hoitosuunnitelman tekeminen | 17,17 h | 5,78 % | 1,33 h | 1,58 % | 13,33 h | 10,91 % |
| Potilaan hoitotoimenpiteet | 65,5 h | 22,05 % | 62,17 h | 74,08 % | 48,2 h | 39,47 % |
| Jatkotoimenpiteet ja hoidon päättäminen | 19,08 h | 6,42 % | 0,75 h | 0,89 % | 11,67 h | 9,56 % |
| Hoitotietojen kirjaaminen | 5,75 h | 1,94 % | 17,92 h | 21,35 % | 5,17 h | 4,23 % |
| Johtaminen ja hallinto | 36,25 h | 12,21 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Tilausten ja hankintojen hoitaminen | 6,5 h | 2,19 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Välinehuolto | 35 h | 11,78 % | 0 h | 0,00 % | 23,75 h | 19,45 % |

Taulukko 4.6.4.3 Luoteisen lähipalvelualueen suun terveydenhuollon työajanmittauksen tulokset.

| Toiminto / Henkilöryhmä | Hammashoitaja | | Hammaslääkäri | | Suuhygienisti | |
|--------------------------------------------------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|
| | h | % | h | % | h | % |
| Asiakkaan yhteydenotto ja ajanvaraus | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Esivalmistelu ja asiakkaan vastaanottaminen | 4,58 h | 16,71 % | 4,5 h | 18,31 % | 9 h | 14,34 % |
| Asiakkaan tarkastaminen ja hoitosuunnitelman tekeminen | 0,25 h | 0,91 % | 0,58 h | 2,36 % | 0,42 h | 0,67 % |
| Potilaan hoitotoimenpiteet | 18 h | 65,67 % | 14,58 h | 59,32 % | 32,75 h | 52,19 % |

| | | | | | | |
|-----------------------------------------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|
| Jatkotoimenpiteet ja hoidon päättäminen | 0 h | 0,00 % | 0,42 h | 1,71 % | 8,41 h | 13,40 % |
| Hoitotietojen kirjaaminen | 4,58 h | 16,71 % | 4,5 h | 18,31 % | 0 h | 0,00 % |
| Johtaminen ja hallinto | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Tilausten ja hankintojen hoitaminen | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Välinehuolto | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 12,17 h | 19,39 % |

Taulukko 4.6.4.4 Lavian suun terveydenhuollon työajanmittauksen tulokset.

| Toiminto / Henkilöryhmä | Hammashoitaja | | Hammaslääkäri | | Suuhygienisti | |
|--------------------------------------------------------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|--------|
| Asiakkaan yhteydenotto ja ajanvaraus | 0 h | 0,00 % | 3,83 h | 14,02 % | 0 h | 0,00 % |
| Esivalmistelu ja asiakkaan vastaanottaminen | 0 h | 0,00 % | 1,58 h | 5,78 % | 0 h | 0,00 % |
| Asiakkaan tarkastaminen ja hoitosuunnitelman tekeminen | 0 h | 0,00 % | 1,33 h | 4,87 % | 0 h | 0,00 % |
| Potilaan hoitotoimenpiteet | 0 h | 0,00 % | 14,67 h | 53,70 % | 0 h | 0,00 % |
| Jatkotoimenpiteet ja hoidon päättäminen | 0 h | 0,00 % | 1,33 h | 4,87 % | 0 h | 0,00 % |
| Hoitotietojen kirjaaminen | 0 h | 0,00 % | 4,58 h | 16,76 % | 0 h | 0,00 % |
| Johtaminen ja hallinto | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Tilausten ja hankintojen hoitaminen | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Välinehuolto | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |

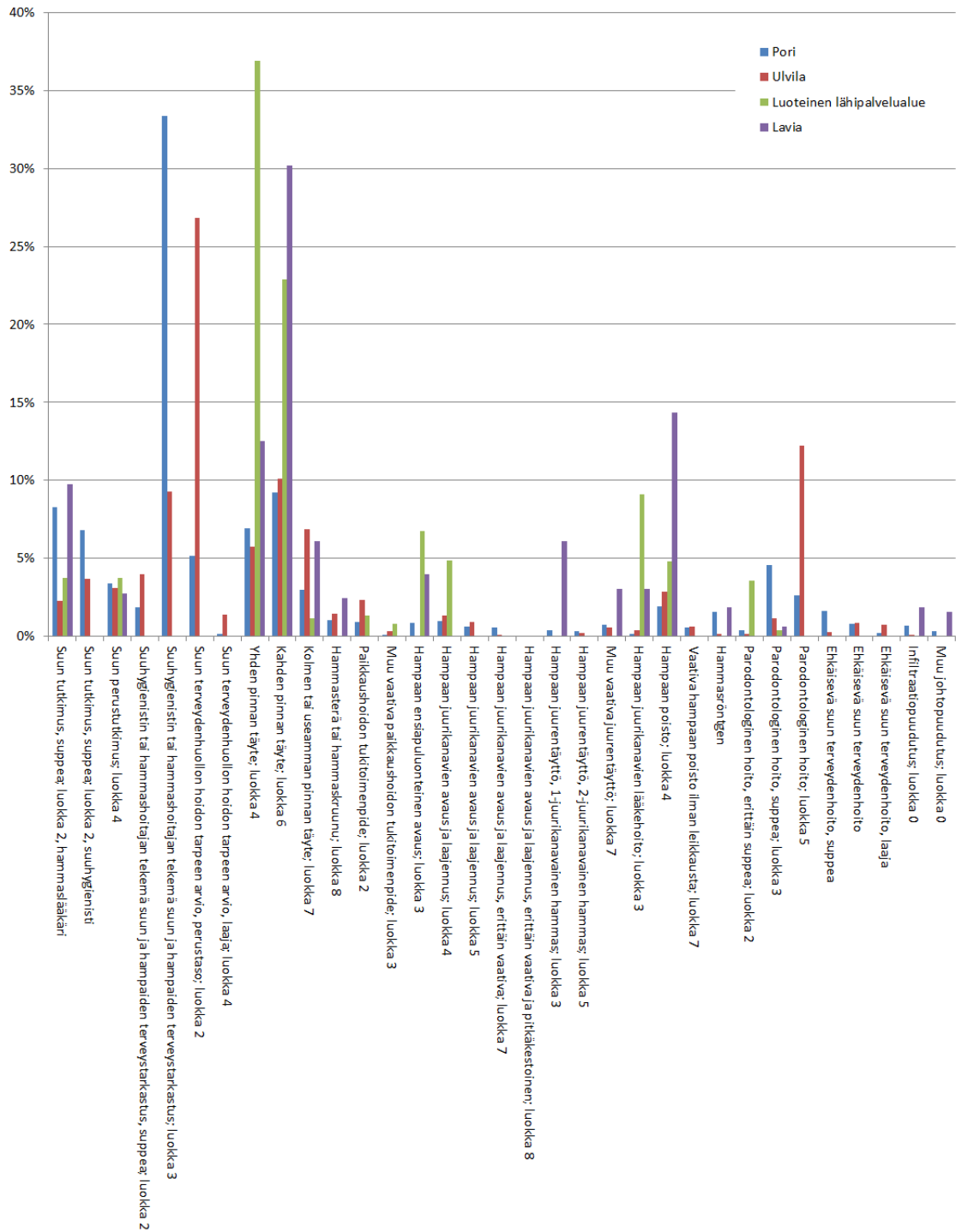
Taulukossa 4.6.4.5 on kuvattuna työajanmittauksessa mukana olleiden laskentakohteiden eli suoritteiden suorittamiseen käytetty aika lähipalvelualueittain ilmoitettuna tunteina ja prosentteina.

Taulukko 4.6.4.5 Laskentakohteille työajanmittauksessa kertynyt aika.

| Suorite / Lähipalvelualue | Pori | | Ulvila | | Luoteinen lähipalvelualue | | Lavia | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|----------|---------|---------------------------|---------|--------|---------|
| Suun tutkimus, suppea; luokka 2, hammaslääkäri | 285,61 h | 8,27 % | 9,17 h | 2,28 % | 3,83 h | 3,73 % | 2,67 h | 9,76 % |
| Suun tutkimus, suppea; luokka 2, suuhygienisti | 234,95 h | 6,80 % | 14,83 h | 3,69 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Suun perustutkimus; luokka 4 | 117,25 h | 3,39 % | 12,33 h | 3,07 % | 3,83 h | 3,73 % | 0,75 h | 2,74 % |
| Suuhygienistin tai hammashoitajan tekemä suun ja hampaiden terveystarkastus, suppea; luokka 2 | 64,08 h | 1,85 % | 15,87 h | 3,95 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Suuhygienistin tai hammashoitajan tekemä suun ja hampaiden terveystarkastus; luokka 3 | 1153,73 h | 33,39 % | 37,18 h | 9,26 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Suun terveydenhuollon hoidon tarpeen arvio, perustaso; luokka 2 | 179,08 h | 5,18 % | 107,67 h | 26,81 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Suun terveydenhuollon hoidon tarpeen arvio, laaja; luokka 4 | 5,17 h | 0,15 % | 5,5 h | 1,37 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Yhden pinnan täyte; luokka 4 | 238,26 h | 6,90 % | 23,08 h | 5,75 % | 37,83 h | 36,88 % | 3,42 h | 12,50 % |
| Kahden pinnan täyte; luokka 6 | 317,73 h | 9,20 % | 40,67 h | 10,13 % | 23,5 h | 22,91 % | 8,25 h | 30,16 % |
| Kolmen tai useamman pinnan täyte; luokka 7 | 101,96 h | 2,95 % | 27,5 h | 6,85 % | 1,17 h | 1,14 % | 1,67 h | 6,11 % |
| Hammasterä tai hammaskruunu; luokka 8 | 34,78 h | 1,01 % | 5,83 h | 1,45 % | 0 h | 0,00 % | 0,67 h | 2,45 % |

| | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|---------|---------|--------|--------|--------|---------|
| Paikkaushoidon tukitoimenpide; luokka 2 | 31,92 h | 0,92 % | 9,42 h | 2,35 % | 1,33 h | 1,30 % | 0 h | 0,00 % |
| Muu vaativa paikkaushoidon tukitoimenpide; luokka 3 | 3,08 h | 0,09 % | 1,42 h | 0,35 % | 0,83 h | 0,81 % | 0 h | 0,00 % |
| Hampaan ensiapuluonteinen avaus; luokka 3 | 29,25 h | 0,85 % | 0 h | 0,00 % | 6,92 h | 6,75 % | 1,08 h | 3,95 % |
| Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus; luokka 4 | 33,75 h | 0,98 % | 5,25 h | 1,31 % | 5 h | 4,87 % | 0 h | 0,00 % |
| Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus; luokka 5 | 20,97 h | 0,61 % | 3,75 h | 0,93 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus, erittäin vaativa; luokka 7 | 18,67 h | 0,54 % | 0,33 h | 0,08 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus, erittäin vaativa ja pitkäkestoinen; luokka 8 | 2 h | 0,06 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Hampaan juurentäyttö, 1-juurikanavainen hammas; luokka 3 | 13,08 h | 0,38 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % | 1,67 h | 6,11 % |
| Hampaan juurentäyttö, 2-juurikanavainen hammas; luokka 5 | 12,17 h | 0,35 % | 0,83 h | 0,21 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Muu vaativa juurentäyttö; luokka 7 | 26,25 h | 0,76 % | 2,33 h | 0,58 % | 0 h | 0,00 % | 0,83 h | 3,03 % |
| Hampaan juurikanavien lääkehoito; luokka 3 | 4,08 h | 0,12 % | 1,58 h | 0,39 % | 9,33 h | 9,10 % | 0,83 h | 3,03 % |
| Hampaan poisto; luokka 4 | 66,43 h | 1,92 % | 11,58 h | 2,88 % | 4,92 h | 4,80 % | 3,92 h | 14,33 % |
| Vaativa hampaan poisto ilman leikkausta; luokka 7 | 18,92 h | 0,55 % | 2,5 h | 0,62 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Hammasröntgen | 53,77 h | 1,56 % | 0,58 h | 0,14 % | 0 h | 0,00 % | 0,5 h | 1,83 % |
| Parodontologinen hoito, erittäin suppea; luokka 2 | 13 h | 0,38 % | 0,58 h | 0,14 % | 3,67 h | 3,58 % | 0 h | 0,00 % |
| Parodontologinen hoito, suppea; luokka 3 | 158,42 h | 4,59 % | 4,57 h | 1,14 % | 0,42 h | 0,41 % | 0,17 h | 0,62 % |
| Parodontologinen hoito; luokka 5 | 90,58 h | 2,62 % | 49,02 h | 12,21 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Ehkäisevä suun terveydenhoito, suppea | 56,33 h | 1,63 % | 1,07 h | 0,27 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Ehkäisevä suun terveydenhoito | 27,83 h | 0,81 % | 3,43 h | 0,85 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Ehkäisevä suun terveydenhoito, laaja | 7,12 h | 0,21 % | 3 h | 0,75 % | 0 h | 0,00 % | 0 h | 0,00 % |
| Infiltraatiopuudutus; luokka 0 | 24,25 h | 0,70 % | 0,42 h | 0,10 % | 0 h | 0,00 % | 0,5 h | 1,83 % |
| Muu johtopuudutus; luokka 0 | 10,67 h | 0,31 % | 0,25 h | 0,06 % | 0 h | 0,00 % | 0,42 h | 1,54 % |

Kuvassa 4.6.4.2 on esitetty suun terveydenhuollossa suoritteille kertyneen ajan prosentuaalinen aika lähipalvelualueiden kokonaistyöajasta.



Kuva 4.6.4.2 Suoritteille työajamittauksessa kertyneen ajan jakauma.

4.6.5 Toimitolaskentamallien muodostaminen

Suun terveydenhuollon kustannuslaskentamalleja ei ehditty muodostaa kiireellisen aikataulun vuoksi, vaan ne jäivät organisaation tehtäväksi. Johdon vaatimuksesta työajamit-

taus piti suorittaa vuoden 2014 loppuun mennessä, minkä takia työajanmittauksen suunnittelu suoritettiin liian kiireellisellä aikataululla. Työajanmittauksen toteutus jäi tästä syystä puutteelliseksi ja työajanmittauksen tuloksia hyödyntämällä muodostetuista kustannuslaskentamalleista tulisi virheellisiä.

Suoritettujen työajanmittausten tulokset eivät anna riittävän tarkkaa informaatiota luotettavien kustannusmallien muodostamiseen. Työajanmittaukseen otettiin suun terveydenhuollon johdon vaatimuksesta laskentakohteista vain osa asiakkaille tarjottavista palveluista. Jos yksiköiden kaikki kustannukset kohdistetaan vain tälle osuudelle palveluista, työajanmittauksessa mukana olleiden palvelujen kustannukset ovat liian korkeita ja vastaavasti laskennan ulkopuolelle jätettyjen palvelujen kustannukset eivät tule lasketuiksi ollenkaan. Ratkaisuna yksiköiden kustannuksista tulisi ottaa mukaan ainoastaan se osuus, jonka laskennassa mukana olevat palvelut aiheuttavat, mutta ongelmaksi muodostuisi aiheuttamisperiaatetta noudattavan osuuden määrittäminen.

Toinen ongelma työajanmittausten tuloksissa on, ettei mittauksissa selvitetty peruuttamatta ja käyttämättä jätettyjen vastaanottoaikojen osuutta työajasta. Suun terveydenhuollon johdon haastatteluiden perusteella käyttämättä jätettyjä vastaanottoaikoja esiintyy paljon, joten niiden osuus työajasta ja niiden aiheuttamat kustannukset tulisi myös selvittää.

Suun terveydenhuollon projekti herätti epäilyksiä perinteisen työajanmittauksen soveltuvuudesta toimintojen ajankäytön selvittämiseksi kohteissa, jotka sisältävät suuren määrän erilaisia palveluita. Kahden viikon mittainen työajanmittausjakso ei välttämättä anna tarpeeksi informaatiota kuvaamaan koko vuoden keskimääräistä työajankäyttöä ja kaikille laskentakohteille ei välttämättä jakson aikana kerry ollenkaan työaikaa. Kustannuslaskentamallien tulosten realistisuuden kannalta tällaisissa palveluissa voisi olla järkevämpää käyttää jotain vaihtoehtoista menetelmää. Vaihtoehtoisena menetelmänä kustannuslaskentamallien luomiselle olisi esimerkiksi palvelujen toimintokohtaisen työajan määrittäminen työntekijöiden haastatteluiden perusteella. Kokeneet työntekijät voisivat pohtia laskentakohdekohtaisesti niiden suorittamiseen liittyvien toimintojen osuutta kokonaisuudesta. Toiminnoille voitaisiin määrittää esimerkiksi kertoimet, jotka kuvaisivat niiden osuutta ajankäytöstä.

4.7 Empiirisen työosuuden havainnot ja onnistumisen arviointi

Tässä luvussa analysoidaan vanhuspalvelujen ympärivuorokautisen hoidon, psykososiaalisten palvelujen asumispalvelujen sekä suun terveydenhuollon osaprojektien onnistumista ja käsitellään niiden suorittamisen aikana tehtyjä havaintoja. Luvussa tehdään yhteenveto empiirisen työosuuden havainnoista vaihe kerrallaan ja tunnistetaan mahdollisia kehityskohteita.

4.7.1 Työn aloitus

Työn alussa toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluun osallistuvan ryhmän valinta onnistui hyvin. Järjestelmän tavoitteet asetti organisaation talouspäällikkö sekä palvelualueiden johtajat ja varsinaisen suunnittelutyön suoritti diplomityön tekijä. Työn projektien toteuttamiseen osallistuivat palvelujen asiantuntijoina myös yksiköiden esimiehet sekä muu henkilökunta.

Työn alussa koko projektin tavoitteiden määrittelyyn olisi pitänyt kiinnittää enemmän huomiota ja se olisi pitänyt toteuttaa selkeämmin. Projektin kohteiksi valittiin alussa ainoastaan vanhusten ympärivuorokautinen hoito ja muut kohteet, psykososiaalisten palvelujen asumispalvelut ja suun terveydenhuolto, päätettiin ottaa mukaan vasta empiirisen työosuuden puolessa välissä. Empiirisen työosuuden sekä osaprojektien aikataulun määrittäminen toteutettiin myös puutteellisesti. Projektien kohteiden toteuttamiselle ei asetettu selkeitä määräaikoja ja loppua kohden kohteiden laskentamallien toteuttamiseen oli käytössä liian vähän aikaa. Projektien toteuttamista olisi helpottanut selkeä tavoitteiden määrittely heti alussa sekä suuntaa antavan realistisen aikataulun päättäminen.

Työn aikana suoritettu samankaltaisten palvelukokonaisuuksien tunnistaminen osoittautui hyväksi lähtökohdaksi toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän kohteiden valitsemiselle, koska samankaltaiset palvelut saatiin koottua usealta palvelualueelta. Samankaltaisten palvelujen kustannuslaskennan toteuttaminen samanaikaisesti on loogista, koska tällöin voidaan keskittyä yksittäisten palvelujen kustannuslaskennan lisäksi palvelujen vertailtavuuteen. Samankaltaisten palvelujen kustannuslaskennan suorittamisessa yhtäaikaan säästetään myös aikaa. Tämä huomattiin työn aikana psykososiaalisten asumispalvelujen toimintolaskentamallia muodostaessa, kun vanhuspalvelujen toimintolaskentamallin luomisessa käytettyä mallia voitiin soveltaa pienin muutoksin. Myös selvästi kahdesta muusta kohteesta eroavan palvelukokonaisuuden, suun terveydenhuollon ottaminen mukaan työhön oli onnistunut ratkaisu siinä mielessä, että saatiin erilaista näkökulmaa toimintolaskentaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatiossa, joka sisältää useita hyvin erilaisia palvelutyyppisiä.

Työn aloittamisessa olisi hyvä arvioida myös projektien aiheuttamaa työmäärää. Kolmen suuren kokonaisuuden toteuttaminen seitsemän kuukauden aikana ja osittain samanaikaisesti osoittautui liian suureksi työmääräksi yhdelle henkilölle. Työn määrää olisi voinut arvioida esimerkiksi organisaatiossa aikaisemmin toteutettujen kustannuslaskentaprojektien perusteella. Nyt osaprojektien toteuttaminen jäi osittain keskeneräiseksi, koska varsinaiseen kustannuslaskentamallien muodostamiseen ei jäänyt riittävästi aikaa. Kohteiden määrää karsimalla työ oltaisiin voitu suorittaa huolellisemmin ja tulokset olisivat olleet parempia, mutta organisaation johdon vaatimuksesta kaikki kolme laajaa palvelukokonaisuutta piti sisällyttää projektiin.

4.7.2 Toimintojen määrittäminen

Toimintojen määrittäminen onnistui jokaisessa kolmessa osaprojektissa hyvin ja oli projektin vähiten ongelmia sisältänyt vaihe. Toimintojen määrittämisessä suoritettujen teema-haastattelujen osoittautuivat toimivaksi menetelmäksi. Yksiköiden henkilökunta osasi kuvailla työnsä vaiheet erittäin selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Toimintolistauksen vaiheittainen kehittäminen ja täydennys eri yksiköiden henkilökunnan kanssa suoritetuissa haastatteluissa auttoi täsmentämään toimintojen kuvauksia ja varmistamaan, että toiminnot on kattavasti määritetty. Toimintojen määrittämiseen käytetty aika lyheni huomattavasti työn edetessä, kun haastatteluihin muodostui rutiini.

Organisaatiossa aikaisemmin suoritettujen toimintolaskentaprojektien raportteihin tutustuminen oli myös hyödyllistä toimintoja määrittäessä. Raportteja tarkastellessa voitiin pohtia, voidaanko samoja menetelmiä käyttää edelleen ja mitä muutoksia niihin tulee tehdä. Raporteissa olleita toimintolistauksia tarkastellessa havaittiin, että ne oli osittain epäloogisesti ja puutteellisesti muodostettu. Toimintojen määrittäminen pyrittiin tekemään tällä kertaa paremmin ja vanhoja toimintolistauksia ei käytetty toimintojen määrittämisen pohjana.

Toimintojen tarkkuustason määrittäminen onnistui kaikissa kolmessa osaprojektissa melko hyvin. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon työajanmittauksessa henkilöstön työajasta suurin osa, noin 40–80 % kului perushoittoon ja hoivaan, minkä takia kyseinen toiminto oltaisiin voitu jakaa useampaan osaan tarkemman työajankäyttöinformaation saamiseksi. Psykososiaalisten asumispalvelujen ja suun terveydenhuollon työajanmittausten tulosten perusteella toimintojen määrittelyä tarkastellessa tarkkuustaso todettiin riittäväksi. Suoritettujen työajanmittausten ja tulosten analysoinnin perusteella sopiva määrä toiminnoille on noin 10–15 kappaletta.

Vaikka toimintoperusteisen kustannuslaskennan toteuttamiseksi riittää pelkkä listaus henkilöstön suorittaman työn sisältämistä toiminnoista, olisi samalla hyödyllistä luoda kattavammat prosessikaaviot työn kulusta. Työtä suoritettaessa prosessikaavioita ei luotu, koska työn tavoitteiden asettamisen yhteydessä niiden käyttöä ei pohdittu. Prosessikaavioita voitaisiin myöhemmin käyttää esimerkiksi yksiköiden toiminnan tehokkuutta parantaessa, toimintaa uudistaessa ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Toimintojen määrittelyn yhteydessä prosessikaavioita luominen olisi onnistunut helposti, koska toimintolistausta muodostettaessa yksiköiden toiminta analysoidaan muutenkin.

4.7.3 Laskentakohteiden määrittäminen

Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon osaprojektissa laskentakohteet määritettiin vasta toimintojen määrittämisen jälkeen. Toimintojen pohtiminen olisi kuitenkin ollut helpompaa, jos laskentakohteet oltaisiin määritetty ennen toimintoanalyysiä, koska laskentakoh-

teita voidaan pitää syynä toimintojen suorittamiseen. Psykososiaalisten palvelujen osaprojektin aikana laskentakohteet määritettiin toimintoanalyysin yhteydessä, mikä auttoi toimintoanalyysiin osallistuvaa henkilökuntaa hahmottamaan tehtäväänsä. Myöhemmin laskentamalleja muodostettaessa havaittiin, että tässä vaiheessa olisi pitänyt myös pohtia ajureita, eikä jättää tätä vaihetta vasta laskentamallien muodostamisen yhteyteen.

Laskentakohteiden määrittäminen oli helppoa sekä vanhusten ympärivuorokautisen hoidon, että psykososiaalisten asumispalvelujen projekteissa, koska laskentakohteet määriteltiin suoraan yksiköissä tarjottavien palvelujen mukaisesti. Yksinkertaisten ja vähän erilaisia suoritteita sisältävien palvelujen toimintolaskentamalleja muodostaessa samaa menetelmää voidaan käyttää myös jatkossa, ellei haluta tarkempaa kustannusinformaatiota tietystä palvelujen osista.

Suun terveydenhuollon projektissa laskentakohteiden määrittäminen ei onnistunut tarpeeksi hyvin. Laskentakohteiksi valittiin 33 yleisintä toimenpidettä ja harvinaisemmat toimenpiteet jätettiin laskentamallin ulkopuolelle. Tästä syystä laskentakohteet eivät vastanneet täysin koko palvelutarjontaa, vaan kattoivat siitä ainoastaan osan. Laskentaan mukaan valitut toimenpiteet kattavat suurimman osan yksiköiden toiminnasta, mutteivät kaikkea. Tämä virhe aiheuttaa myöhemmin vääristymää laskentamalleja muodostaessa, jos kaikki suun terveydenhuollon kustannukset jaetaan vain osalle yksiköissä suoritettavista toimenpiteistä.

4.7.4 Työajanmittaukset

Toimintojen suorittamiseen käytetyn työajan jakautumisen määrittäminen oikein on erittäin tärkeää, koska sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla suurin osa kustannuksista aiheutuu työvoimakustannuksista. Siksi toimintoperusteisen kustannuslaskennan aiheuttamisperiaatteen noudattaminen edellyttää työajan tarkan jakauman selvittämistä toiminnoille. Jakauman muodostamiseen käytettiin kaikissa kolmessa osaprojektissa työajanmittausta. Työajanmittaukset olivat projektin työläin ja aikaavievin vaihe yksikköjen suuren määrän takia. Työajanmittausten suorittamista hankaloitti, ettei työajanmittausjaksoa voitu suorittaa samaan aikaan kaikissa yksiköissä, koska yksiköissä saattoi olla käynnissä erikoistilanteita, kuten esimerkiksi opiskelijoiden perehdyttämistä työharjoitteluun. Työajanmittausjakso tuli suorittaa aikana, jolloin yksiköiden toiminta oli mahdollisimman lähellä normaalia toimintaa.

Työajanmittausjakson pituudeksi asetettiin kaikissa osaprojekteissa kaksi viikkoa. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon työajanmittauksiin jakson pituus oli riittävä, koska yksiköissä työ noudattaa päivästä toiseen pitkälti samaa kaavaa ja vaihtelua on vähän. Sen sijaan psykososiaalisten asumispalvelujen työajanmittaukseen jakson kesto ei ollut riittävä, koska kaikkiin suoritteisiin ei saatu kirjauksia jakson aikana. Myös suun terveydenhuollon työajanmittauksessa kahden viikon aika ei välttämättä riittänyt kuvaamaan

hyvin koko vuoden keskimääräistä tilannetta suoritteiden suuren lukumäärän takia. Työajanmittausjaksoa ei kuitenkaan voi tehdä liian pitkäksi, koska henkilökunnalla ei usein riitä motivaatiota liian pitkiin työajanmittausjaksoihin. Jo kahden viikon aikana havaittiin, että jakson loppupuolella osa henkilökunnasta ei enää tehnyt työajan kirjaamista. Tästä syystä työajan kirjaamista tulisikin valvoa mittausjakson aikana. Samalla voitaisiin myös havaita muita virheitä ja arvioida kirjausten realistisuutta. Esimerkiksi vanhuspalvelujen ympärivuorokautisen hoidon työajanmittaukseen osallistuneista työntekijöistä osalla menivät tunnit ja minuutit sekaisin, minkä takia kirjaukset olivat virheellisiä.

Työajanmittausten tulosten luotettavuuden kannalta työajankirjausmenetelmän tulisi olla työntekijöille mahdollisimman yksinkertainen ja yksiselitteinen. Vanhuspalvelujen ympärivuorokautisen hoidon työajanmittauksessa onnistuttiin laatimaan hyvin yksinkertainen työajanmittauslomake, jonka käytön työntekijät omaksuivat helposti. Suun terveydenhuollossa työajanmittauslomake oli huomattavasti monimutkaisempi suoritteiden määrän takia, ja henkilökunnalta tuli useita valituksia lomakkeen hankaluudesta. Työajanmittaukset olisi myös hyvä suorittaa anonymisti tulosten manipuloinnin riskin vähentämiseksi. Nyt työajanmittaukset toteutettiin johdon vaatimuksesta työntekijöiden omilla nimillä.

Suun terveydenhuollon työajanmittauksen yhteydessä havaittiin, että normaali työajanmittaus ei ole välttämättä paras tapa selvittää työajan jakautumista, jos yksikössä on todella suuri palveluvalikoima. Ongelmia syntyi muun muassa siitä, että kaikille laskentakohteille ei työajanmittausjakson aikana saatu ollenkaan kirjauksia työajasta. Kahdessa ensimmäisessä osaprojektissa käytetyn työajanmittausmallin sijaan voidaan käyttää jotain vaihtoehtoista tapaa. Työntekijät voivat esimerkiksi itse määrittää palvelukohtaisesti, miten paljon aikaa keskimäärin tarvitaan eri toiminnoille.

4.7.5 Toimintolaskentamallien muodostaminen

Varsinaisten kustannuslaskentamallien muodostamiselle oli käytännön työosuudessa varattu liian vähän aikaa. Ainoastaan vanhusten ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden mallit saatiin muodostettua pääpiirteissään, ja psykososiaalisten asumispalvelujen sekä suun terveydenhuollon laskentamallien muodostaminen jäi kokonaan organisaation itse tehtäväksi. Kustannuslaskentamallien muodostamiseen olisi pitänyt varata huomattavasti enemmän aikaa aikataulua suunniteltaessa.

Laskentamalleja muodostettaessa käytettiin toimintoperusteisen kustannuslaskennan periaatetta, eli kustannukset kohdistettiin ensin resurssiajuriin perusteella toiminnoille, joilta kustannukset kohdistettiin laskentakohteille. Mallien luominen onnistui melko hyvin, mutta oikeudenmukaisten kustannusajuriin määrittämiseen olisi tullut kiinnittää huomiota jo projektin aikaisemmissa vaiheissa, kuten toimintojen ja laskentakohteiden määrittämisen yhteydessä.

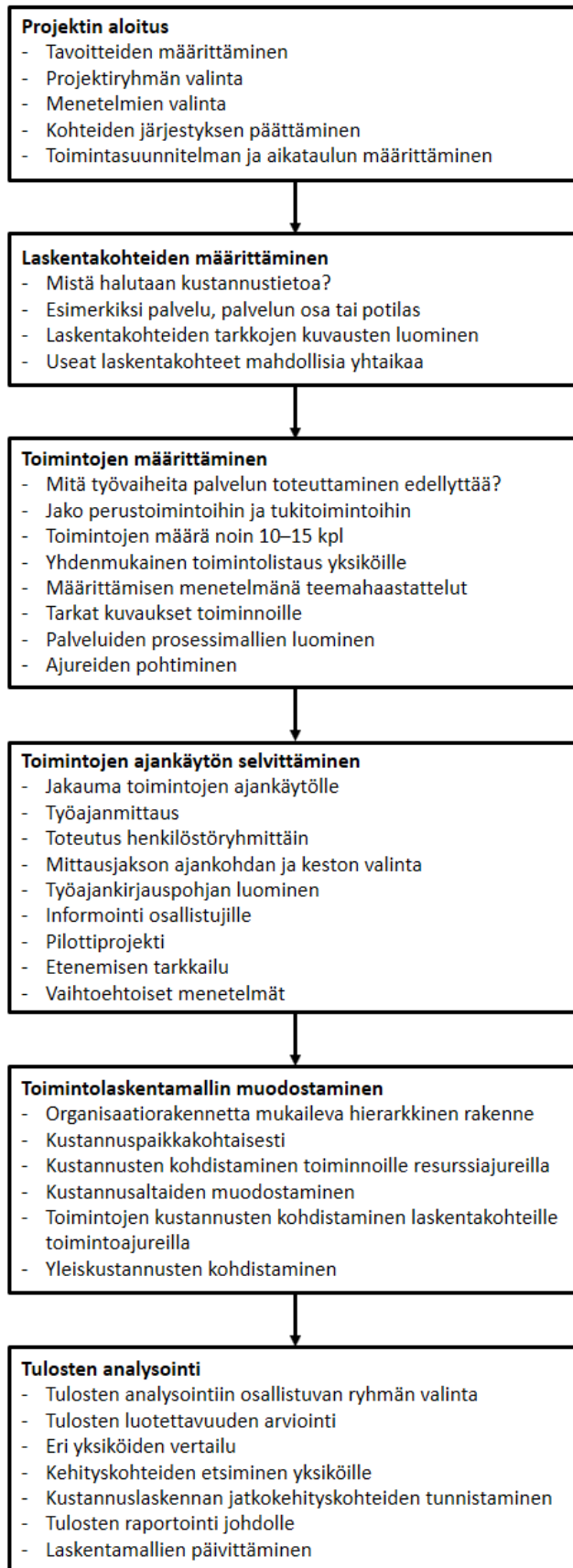
Kaikista luoduista laskentamalleista jäi työn aikana puuttumaan vyörytettävien kustannusten, kuten hallinnon kustannusten ja lääkärikustannusten kohdistaminen. Aiheuttamisperiaatteen mukaan osa näistä kustannuksista tulee kohdistaa laskentakohteille, mutta ongelmana on vyörytettävien kustannusten oikeudenmukaisen osuuden määrittäminen. Esimerkiksi hallinnon kustannuksilla ei ole olemassa suoraa määrällistä riippuvuussuhdetta palveluille, mutta osa hallinnon kustannuksista on kohdistettava palveluille, koska palvelujen tuottaminen vaatii hallintoa. Vyörytettävien kustannusten jättäminen pois laskentamallista aiheuttaa vääristymää laskentakohteiden kustannuksissa.

Suun terveydenhuollon laskentamallia ei työn lopussa ehditty muodostamaan, mutta työn aikana kerätyillä tiedoilla laskennasta tulisi epätarkkaa. Suun terveydenhuollon mallin vaatimuksiksi asetettiin 33 yleisimmän palvelun kustannusten selvittäminen ja loput palvelut jätettiin laskennan ulkopuolelle. Kustannusmallia muodostaessa syntyy epätarkkuutta, jos kaikki yksiköiden kustannukset kohdistetaan vain projektiin valituille palveluille. Tällöin laskentaan mukaan valituille palveluille kohdistuu liikaa kustannuksia ja loppuille palveluille ei ollenkaan. Jos kustannukset halutaan kohdistaa aiheuttamisperiaatteen mukaisesti projektiin valituille palveluille, syntyy ongelmia, kun pitäisi määrittää, miten suuri osa kustannuksista otetaan mukaan kustannuslaskentamalliin. Suun terveydenhuollon projektin virheiden takia projektin huolellisen suunnittelun tärkeys ennen projektin toteutusta korostui.

5. TOIMINTOLASKENTAJÄRJESTELMÄN SUUNNITTELUPROSESSI SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOALAN ORGANISAATIOSSA

Tässä luvussa esitetään ratkaisu työlle asetettuun tavoitteeseen luoda sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatiolle malli prosessista, jonka avulla voidaan yksikkö kerrallaan muodostaa toimintoperäiseen kustannuslaskentaan perustuvia kustannuslaskentamalleja. Luvussa esitettävä malli perustuu luvun 2 teoriaosuuden sekä luvussa 4 kuvatun empiirisen työosuuden perusteella tehtyihin havaintoihin. Mallin perusrakenteena on pidetty luvussa 2.3 esitettyä yleistä toimintoperusteisen kustannuslaskentamallin suunnitteluprosessin viitekehystä. Empiirisen työosuuden aikana tehtyjen havaintojen perusteella viitekehukseen on tehty muutoksia, joiden avulla viitekehystä on muokattu sopivaksi kohdeorganisaation tarpeisiin. Seuraavaksi esitetään yhteenveto suunnitteluprosessin kulusta, minkä jälkeen suunnitteluprosessi käsitellään vaiheittain ja esitetään, mitä toimenpiteitä ja huomioitavia seikkoja prosessin eri vaiheiden toteuttaminen edellyttää.

Toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluprosessin keskeisiksi vaiheiksi valittiin projektin aloitukseen liittyvät toimenpiteet, laskentakohteiden määrittäminen, toimintojen määrittäminen, toimintojen ajankäytön selvittäminen, toimintolaskentamallin muodostaminen sekä tulosten analysointi. Jaottelu perustuu käytännön työosuuden ja kirjallisuuden perusteella tunnistettuihin loogisiin kokonaisuuksiin. Vaikka prosessi on jaettu osiin, eivät eri osat ole toisistaan irrallisia kokonaisuuksia, vaan liittyvät ja vaikuttavat toisiinsa. Vaiheiden järjestys ei myöskään välttämättä noudata mallissa esitettyä järjestystä, vaan laskentamalleja suunnitellessa saatetaan joutua palaamaan aiempiin vaiheisiin tai suorittaa toimenpiteitä eri järjestyksessä. Toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnittelun etenemistä havainnollistava malli on esitetty kuvassa 5. Prosessin vaiheet kuvataan tarkemmin seuraavissa luvuissa.



Kuva 5 Toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluprosessin vaiheet.

5.1 Projektin aloitus

Toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluprosessin tulee alkaa tavoitteiden määrittämisellä. Projektin tavoitteiden on tuettava organisaation toimintastrategiaa. Tavoitteiden asettamisen tulee alkaa päättämällä, millaista tietoa järjestelmän halutaan tuottavan ja mihin tarkoituksiin tietoa aiotaan käyttää. Toimintoperusteinen kustannuslaskenta ei tarjoa ainoastaan kustannusinformaatiota, vaan myös muuta johdolle hyödyllistä informaatiota. Järjestelmä auttaa ymmärtämään organisaation tarjoamien palvelujen kustannusrakenteiden muodostumista sekä tarjoaa informaatiota eri työvaiheiden kestoista. Järjestelmän tuottamaa informaatiota voidaan käyttää hyödyksi muun muassa toiminnan kehittämisessä ja tehostamisessa sekä oman palvelutarjonnan vertailussa kilpailijoihin. Projektin tavoitteiden asettaminen tulee tehdä huolellisesti, koska tavoitteet määrittelevät järjestelmän rakennetta ja huonosti suunniteltua järjestelmää on vaikea muuttaa myöhemmin. Tavoitteita määrittäessä tulee myös päättää, millä tarkkuustasolla kustannusinformaatiota halutaan.

Projektin alussa tulee valita projektista vastuussa oleva ryhmä. Aluksi tavoitteiden määrittämisen yhteydessä mukana tulee olla organisaation johtaja, talouspäällikkö ja palvelualueiden johtajat. Varsinaisen projektin toteuttamista varten tarvitaan kustannuslaskennan osaja, joka vastaa varsinaisen laskentajärjestelmän suunnittelusta. Projektin alussa järjestettävissä kokouksissa eri osapuolet voivat esittää laskentajärjestelmälle omat vaatimuksensa, joiden perusteella järjestelmän toteuttamista aletaan suunnitella. Myöhemmissä vaiheissa mukaan projektin toteuttamiseen tarvitaan kohteena olevien yksikköjen johtajia ja henkilökuntaa.

Projektiryhmän tulee päättää, millaisilla menetelmillä kustannuslaskentaa aletaan suunnitella ja millaisilla menetelmillä laskentaa tarvittavaa dataa kerätään. Aluksi on hyvä kartoittaa valmiiksi olemassa olevat tiedot, joita projektissa voidaan käyttää. Projektissa tarvittavaa dataa voidaan kerätä muun muassa potilastietojärjestelmistä, taloushallinnon tietojärjestelmistä ja erilaisista raporteista. Toimintolaskennan suorittamista käytännössä tulee suunnitella ja valita laskentajärjestelmän rakentamiseen käytettävä ohjelmisto.

Vaiheittain suoritettavan projektin toteuttamiselle on päätettävä looginen järjestys. Eräs toimiva lähtökohta on käydä aluksi projektiryhmän kesken läpi organisaation koko palvelutarjonta ja tunnistaa palvelutarjonnasta samankaltaiset palvelut. Samankaltaisia palveluita voidaan etsiä sekä palvelualueiden sisältä, että eri palvelualueiden välillä. Tällöin voidaan muodostaa kokonaisuuksia, joiden kustannuslaskentamallien luomisessa voidaan käyttää samanlaisia menetelmiä. Eri palvelualueiden palvelut voidaan jaotella tällä tavoin kokonaisuuksiin, jotka eivät välttämättä noudata palvelualueiden rajoja. Esimerkiksi usealla palvelualueella järjestettävät asumispalvelut ovat perusrakenteeltaan hyvin samankaltaisia, jolloin niiden kustannuslaskentamallit kannattaa luoda samanaikaisesti. Loogisten kokonaisuuksien avulla projektit voidaan suorittaa nopeammin, koska käytettäviä menetelmiä ei tarvitse jokaisen palvelualueen sisällä määrittää uudelleen. Samankaltaisista

palveluista saadaan tällä menetelmällä myös vertailukelpoisia keskenään. Projektin toteuttamisjärjestyksessä ensimmäisiksi on luontevaa valita selkeästi määriteltyjä palveluita, joiden toteutuksessa ei ole paljon vaihtelua eri potilaiden välillä. Tämän jälkeen voidaan siirtyä monimutkaisempien palvelukokonaisuuksien kustannuslaskennan toteuttamiseen.

Tavoitteiden asettamisen yhteydessä on hyvä luoda toimintasuunnitelma ja määrittää alustava aikataulu projektille. Aikataulun päättämisessä tulee ottaa huomioon projektin toteuttamiseen käytettävissä olevan työvoiman määrä. Laskentamalleja varten tarvittavan informaation keräämiseen saattaa kulu runsaasti aikaa varsinkin palveluissa, joita toteuttavat useat eri yksiköt. Aikatauluja voidaan myöhemmin tarkentaa, mutta projektin etenemisen kannalta alustavan aikataulun määrittäminen on tärkeää.

5.2 Laskentakohteiden määrittäminen

Toimintojen ja laskentakohteiden määrittäminen on yksi kriittisimmistä vaiheista projektin onnistumisen kannalta ja ne määrittelevät, millaista informaatiota ja mistä kohteista laskentajärjestelmä antaa. Laskentakohteiden määrittäminen esitetään useasti toimintolaskentaa käsittelevässä kirjallisuudessa toimintojen määrittämisen jälkeen tapahtuvaksi vaiheeksi, mutta käytännössä laskentakohteiden määrittäminen ennen toimintoja on osoittautunut järkevämmäksi. Laskentakohteet ovat syy toimintojen suorittamiselle, joten niiden tunnistaminen ennen niiden toteuttamisen edellyttämien toimintojen määrittämistä on luontevaa.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla laskentakohteena on usein palvelu tai palvelun osa. Laskentakohteet valitaan sen perusteella, minkä kohteiden kustannuksista halutaan tietoa. Yksinkertaisimmissa järjestelmissä laskentakohteeksi on määritetty kokonainen palvelu, mutta yksityiskohtaisempaa kustannusinformaatiota saadaan, kun laskentakohteeksi määritetään tietty selkeästi erottuva palvelun osa. Palvelujen osia voidaan käyttää laskentakohteina, jos palvelu on moduloitavissa ja sen eri osien sisällöstä voidaan laatia tarkat kuvaukset. Tarkkuutta laskentaan saadaan myös ottamalla eri työvuorot huomioon laskentamallissa. Laskentakohteita voivat olla esimerkiksi hoitopäivät, tukipalvelut ja potilasryhmät. Ideaalitulanteessa kustannuslaskenta antaisi tietoa joka potilaan kustannuksista erikseen, mutta sosiaali- ja terveydenhuoltoalan palveluissa esiintyy usein paljon potilas-kohtaista vaihtelua, mikä tekisi potilaskohtaisesta kustannuslaskennasta erittäin raskasta. Eräs tapa saada tarpeeksi tarkkaa kustannustietoa on jakaa potilaat tietyin perustein potilasryhmiin, joiden hoitotoimenpiteet ovat samankaltaisia.

Palveluista voidaan muodostaa myös useita erilaisia laskentakohteita yhtäaikaan. Palveluita voi olla hyödyllistä tarkastella erilaisten laskentakohteiden avulla esimerkiksi tilanteissa, joissa palveluista halutaan tietoa moneen käyttötarkoitukseen. Palveluita voidaan esimerkiksi vertailla kilpailijoiden palveluihin valitsemalla laskentakohteet samankaltaisiksi

kuin kiplailijoiden palvelut, joihin niitä vertaillaan. Samasta palvelusta voidaan muodostaa myös esimerkiksi oman toiminnan arviointiin ja kehittämiseen soveltuvia laskentakohteita eri perustein.

5.3 Toimintojen määrittäminen

Toimintojen määrittäminen on yksi toimintoperusteisen kustannuslaskennan tärkeimmistä vaiheista. Toimintojen määrittäminen tulee suorittaa laskentakohteiden määrittämisen yhteydessä tai välittömästi sen jälkeen. Toimintojen määrittämisen tarkoituksena on kuvata yksikön koko toiminnan työvaiheet, joita palvelujen toteuttaminen edellyttää. Toimintoperusteisella kustannuslaskennalla saadaan tietoa toimintojen kestoista ja niiden aiheuttamista kustannuksista. Toiminnot tulee jakaa perus- eli päätoimintoihin ja tukitoimintoihin. Päätoimintoihin sisältyvät työvaiheet, jotka vaikuttavat suoraan palvelujen toteuttamiseen ja tukitoimintoihin työtehtävät, joita ei suoraan voida kohdistaa tietyille palveluille, mutta joita yksikön toiminnan ylläpito edellyttää, kuten esimerkiksi hallinnolliset tehtävät. Toimintojen määrittämisessä on tärkeää noudattaa aiheuttamisperiaatetta.

Toimintojen määrä riippuu siitä, millä tarkkuudella palvelujen kustannusrakennetta halutaan selvittää. Sopiva tarkkuus toimintojen määrittämisessä on usein noin 10–15 kappaletta toimintoja, joilla yksikön koko toiminta kuvataan. Liian suuri toimintojen määrä saattaa tuottaa liikaa informaatiota, jolloin sen hyödyntäminen voi olla hankalaa. Vastavasti liian karkealla tasolla määritetyt toiminnot voivat tehdä kustannuslaskennasta epätarkkaa, eikä laskenta tuota tarvittavaa informaatiomäärää. Joskus toimintoja voidaan joutua niputtamaan yhteen niiden määrän vähentämiseksi, jotteivät työajanmittaus ja kustannusmallien luominen muodostuisi liian raskaaksi. Toimintojen niputtaminen tulisi ottaa huomioon, että erilaisia toimintoja yhdistäessä saattaa olla vaikeaa löytää ajuria, jolla kustannukset voidaan aiheuttamisperusteen mukaisesti kohdistaa toiminnoille. Toimintojen yhdistäminen heikentää kustannusmallien tarkkuutta ja aiheuttaa virhettä laskennan tuloksiin.

Toimintolistausta määritettäessä tietyille palvelulle on listauksesta tehtävä yhteensopiva kaikkien kyseistä palvelua tuottavien yksiköiden kanssa. Yhdenmukainen toimintolistaus mahdollistaa yksiköiden vertailun keskenään. Yhdenmukaisen toimintolistauksen laatiminen saattaa olla hankalaa, jos samaa palvelua tuottavien yksiköiden toiminnassa on eroja. Toimintolistauksen haasteena voi olla myös yksiköiden sisäiset erot esimerkiksi eri potilasryhmien tai yksiköiden välillä.

Toimintojen määrittämisen menetelmäksi sopivat teemahaastattelut. Haastateltaviksi voidaan valita organisaatorakenteen mukaan ensin palvelualueen johtaja, jonka kanssa asetetaan kustannuslaskennalle yleisiä tavoitteita. Tämän jälkeen haastatellaan kohteena olevan palvelun toteuttamisesta vastaavien yksiköiden esimiehiä sekä henkilökuntaa. Haastatteluiden tarkoituksena on aluksi kertoa haastateltaville projektin tarkoituksesta ja tä-

män jälkeen pohtia heidän kanssaan, millaisia toimintoja henkilökunnan työtehtäviin kuuluu. On tärkeää, että toimintolistaus kattaa koko yksikön kaikkien henkilöstöryhmien työn. Toimintojen määrittämisen tulee tapahtua vaiheittaisena prosessina, jossa toimintolistaa kehitetään käymällä tekemässä haastatteluja useissa eri yksiköissä. Haastatteluja olisi hyvä suorittaa ainakin noin kolmen yksikön henkilökuntien kanssa. Tarvittaessa yksiköiden henkilökunta voi tehdä määrittästyötä myös itsenäisesti.

Toimintojen määrittämisen yhteydessä eri toiminnoille on tehtävä yksityiskohtaiset ja yksiselitteiset kuvaukset toimintojen sisältämistä alatoiminnoista, eli yksittäisen toiminnon sisältämistä toimenpiteistä. Tarkat toimintojen kuvaukset ovat välttämättömiä, jos henkilöstön työajan jakautumista eri toiminnoille selvitetään käyttäen työajanmittausta. Työajanmittauksessa epäselvät toimintokuvaukset voivat johtaa siihen, että henkilökunta kirjaa työaikaa väärille toiminnoille, mikä aiheuttaa virhettä kustannuslaskennan tuloksiin. Toimintolistauksen ja kuvausten laatiminen on hyödyllistä myös yksiköiden henkilökunnalle, koska aina yksiköissä ei ole tehty kirjallista kuvausta työntekijöiden työtehtävistä. Kirjallisilla työtehtävien kuvauksilla voidaan siirtää yksiköissä olevaa hiljaista tietoa kirjoitettuun muotoon, jolloin sitä voidaan käyttää koko yksikön hyväksi ja esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

Toimintojen ja niiden kuvausten määrittämisen yhteydessä olisi hyödyllistä luoda myös prosessimalleja työtehtävistä, koska työn sisältöä analysoidaan muutenkin. Prosessimallit auttavat hahmottamaan yksiköiden toimintaa paremmin ja niitä voidaan käyttää jatkossa myös esimerkiksi toiminnan arvioinnissa ja laadun parantamisessa.

Resurssi- ja toimintoajureita tulee myös pohtia jo toimintojen määrittämisen yhteydessä. Ajurit tulee määrittää aiheuttamisperiaatetta noudattaen, eli niiden tulee kohdistaa kustannuksia resursseilta toiminnoille ja toiminnoilta resursseille vain todellisen käytön perusteella. Aiheuttamisperiaatteen mukaisten ajureiden löytäminen saattaa olla hankala tapauksissa, joissa toiminto on liian laajasti määritetty ja sisältää useita erityyppisiä toimenpiteitä.

5.4 Toimintojen ajankäytön selvittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioissa palvelujen tuottaminen on usein hyvin työvoimapainotteista, ja suurin osa kustannuksista on henkilöstökustannuksia. Siksi henkilöstön työajan jakautuminen toiminnoille on selvitettävä. Kustannusmallien muodostamista varten on selvitettävä laskentakohdekohtaisesti, miten käytetty työaika jakautuu palvelujen suorittamiseen tarvittaville toiminnoille.

Työajankäyttöä voidaan selvittää erilaisin keinoin, mutta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle hyvin soveltuva ja usein käytetty menetelmä on työajanmittauksen suorittaminen. Työajanmittauksen periaate on, että henkilöstön työskentelyä seurataan tietyn ajanjakson

verran ja samalla mitataan eri toimintoihin käytettävää työaika joko ulkopuolisen työajanmittaajan tai henkilöstön itsensä kirjaamana. Työajanmittausta voidaan alkaa valmistella, kun laskentakohteet sekä toiminnot kuvauksineen on määritetty.

Työajanmittauksella ei pyritä saamaan tietoa yksittäisen työntekijän toimintojen suoritamiseen käyttämästä työajasta, vaan henkilöstöryhmien. Työajanmittaus tulee toteuttaa henkilöstöryhmittäin, jotta kustannustietoa saataisiin jokaisesta henkilöstöryhmästä erikseen. Tavoitteena on saada jokaiselle henkilöstöryhmälle jakauma heidän toiminnoille käyttämästään työajasta, jotta henkilöstökustannukset voidaan kohdistaa aiheuttamisperiaatteen mukaisesti. Työajanmittaukseen valitaan kaikki henkilöstöryhmät, joiden kustannukset sisältyvät yksikön kustannuksiin. Useissa tapauksissa yksiköissä käytetään myös ulkopuolista työvoimaa, kuten huoltopalveluja ja lääkärikiertoja, mutta niiden kustannukset kohdistetaan eri periaattein, eikä heitä siksi sisällytetä yksikössä suoritettavaan työajanmittaukseen.

Seuraavaksi tulee valita sopiva ajankohta työajanmittauksen suorittamista varten. Työajanmittausjakson tulee sijoittua sellaiseen ajankohtaan, joka kuvaa mahdollisimman hyvin yksikön keskimääräistä toimintaa. Mittausjakson aikana yksikössä ei saa olla käynnissä poikkeustilanne normaalista toiminnasta, kuten esimerkiksi työharjoittelijoiden perehdyttäminen tai lomakausi. Myös potilasmäärät vaikuttavat paljon yksiköiden toimintaan, mutta potilasmäärien vaihtelua saattaa olla vaikea ennakoida etukäteen. Mikäli työajanmittaus on toteutettu poikkeuksellisen ajanjaksona, myöhemmin luotavien kustannusmallien toiminnoille kohdistettavat kustannukset vääristyvät. Ajankohdan lisäksi työajanmittausjakson kestolla on merkitystä tuloksiin. Usein tarvittava otos työajan käytöstä saadaan kahden viikon pituisella työajanmittausjaksolla. Työajanmittauksen ollessa tätä lyhyempi ei välttämättä saada tarpeeksi kattavaa otosta työajasta, mutta jakson ollessa liian pitkä henkilöstön motivaatio työajan kirjaamiseen laskee, mikä voi aiheuttaa vääristymää tuloksiin.

Työajanmittausta varten luodaan kirjauspohja, jolle työaika kirjataan. Paras tapa kirjaamiseen on, että työntekijät kirjaavat itse toiminnoille käyttämänsä työaika. Työajan kirjaamiseen tarvittava kirjauslomake voidaan tehdä sähköisessä muodossa, jolloin työntekijät kirjaavat itse toimintokohtaisesti käyttämänsä työajan. Sähköisen kirjauslomakkeen käyttö helpottaa työajanmittausdatan käsittelyä, koska data on suoraan käsiteltävissä muodossa. Työajankirjauslomakkeen tulee sisältää listan toiminnoidta sekä niiden yksityiskohtaiset kuvaukset. Jos yksikössä tuotetaan useampaa kuin yhtä palvelua, on työajankirjauslomake hyvä toteuttaa hierarkkisessa muodossa, jossa työaika kirjataan suoraan laskentakohdekohtaisesti toiminnoille. Työajankirjaus voidaan suorittaa myös potilaskohtaisesti, jos laskentakohteeksi on valittu yksittäiset potilaat. Sähköisen työajankirjauslomakkeen lisäksi henkilöstölle tulee jakaa lomakkeiden paperiset versiot, jolle työaika voidaan kirjata työnteon yhteydessä. Paperisen version käyttö on henkilöstölle nopeampaa ja vähentää kirjausten virheitä, koska käytetty työaika voidaan kirjata muistiin välittömästi. Tulokset voidaan myöhemmin siirtää sähköiseen muotoon. Työajanmittaus

on hyvä toteuttaa anonymisti, koska työntekijöiden omilla nimillä toteutettu työajanmittaus saattaa aiheuttaa kirjausten manipulointia. Vaikka työntekijöille kerrotaankin, että työajanmittauksella ei ole tarkoitus arvioida yksittäisiä työntekijöitä, on yleistä, että he muokkaavat kirjauksia näyttämään itselleen edullisilta.

Kirjauslomakkeen luomisen jälkeen henkilöstöä tulee informoida tulevasta työajanmittausjaksosta. Työajanmittauksen toteuttamisesta tulee laatia henkilöstölle selkeät ohjeet sekä saatekirje tulevaa työajanmittausjaksoa koskien. Henkilöstölle tulee luoda selkeät ohjeet työajan kirjaamisesta ja heille tulee kertoa, miksi työajanmittaus suoritetaan. Ohjeisiin tulee liittää myös työajanmittauksesta vastuussa olevan yhteyshenkilön yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä ja ongelmia varten. Yksiköiden henkilöstöille tulee myös järjestää koulutustilaisuus, jossa heille kerrotaan mistä työajanmittauksessa on kyse ja annetaan mahdollisuus testata työajankirjausta. Tilaisuudessa tulee myös jakaa henkilöstölle työajankirjauspohja tutkittavaksi ja vastata heidän esittämiinsä kysymyksiin.

Ennen varsinaisen työajanmittausjakson aloittamista tulee suorittaa pilottiprojekti, jonka tarkoituksena on testata työajanmittausmenetelmän toimivuutta ja korjata menetelmän mahdolliset virheet. Pilottiprojekti voi olla kestoltaan varsinaista työajanmittausjaksoa lyhyempi ja se voidaan toteuttaa valituissa testikohteissa, eikä sitä tarvitse välttämättä suorittaa jokaisessa työajanmittaukseen osallistuvassa yksikössä. Pilottiprojektin aikana työajanmittaukseen osallistuvat henkilöt voivat tehdä parannusehdotuksia ja tunnistaa menetelmän mahdollisia ongelmia. Pilottiprojektin havaintojen ja palautteen perusteella menetelmää voidaan parantaa ennen varsinaista työajanmittausjaksoa.

Kun työajanmittausjakso aloitetaan, tulee työajanmittauksesta vastuussa olevan henkilön tarkkailla työajan kirjausten etenemistä. Jos työajan kirjaaminen toteutetaan sähköisellä internetin kautta toimivalla lomakkeella, voidaan kirjauksia tarkastella yksikön, henkilöstöryhmän ja yksittäisen työntekijän tasolla. Kirjausten realistisuutta tulee arvioida, koska sähköistä kirjauslomaketta käyttäessä työntekijöillä saattavat mennä esimerkiksi tunnit ja minuutit sekaisin. Myös päivittäisten kirjausten määrää suhteessa yksikön henkilömäärään tulee tarkastella mittausjakson edetessä. Usein varsinkin mittausjakson loppua kohden työntekijät saattavat kyllästyä työajan kirjaamiseen ja jättää kirjaukset tekemättä. Työajanmittausjakson loputtua kirjausten tulokset tulee koota ja niiden realistisuutta arvioida ennen laskentamallien muodostamista.

Työajanmittauksen sijaan joskus voi olla parempi käyttää jotain vaihtoehtoista menetelmää toimintojen ajankäyttöjakauman selvittämiseksi. Työajanmittaus ei välttämättä sovellu menetelmäksi esimerkiksi silloin, kun yksikössä tuotetaan kymmeniä tai satoja eri palveluita, kuten suun terveydenhuollossa. Palvelujen suuri määrä voi johtaa helposti väärityneisiin työajanmittauksen perusteella laskettuihin kustannuksiin, koska työajanmittausjakson aikana ei välttämättä toteuteta kaikkia palveluita. Työajanmittausjakson ajallinen kesto saattaa myös aiheuttaa ongelmia, jos palvelun työtehtävissä esiintyy merkit-

tävää vaihtelua kausittain, asiakaskohtaisesti tai työn luonteesta johtuen. Tällöin toimintojen suhteellisten osuuksien selvittämiseen voidaan käyttää esimerkiksi työtä tekevien ammattilaisten kanssa määritettyjä toimintokohtaisia painotuskertoimia, joiden avulla laskentakohteille saadaan muodostettua toimintokohtaiset ajankäyttöjakaumat.

5.5 Toimintolaskentamallin muodostaminen

Koska tavoitteena on muodostaa koko organisaation laajuinen laskentamalli, laskentamallien luominen tulee aloittaa organisaatorakennetta mukailevan pohjan rakentamisella käytettävään ohjelmistoon, jolla toimintolaskenta toteutetaan käytännössä. Hierarkkinen rakenne muodostetaan aluksi jaottelemalla kokonaisuudet joko palvelualueiden tai maantieteellisten alueiden perusteella. Alimmalla tasolla mallissa ovat kustannuspaikat, jotka kuvaavat usein yksiköitä tai osastoja. Kustannuspaikat sisältävät laskentakohteet, joiden kustannukset halutaan selvittää.

Varsinainen toimintolaskenta voidaan suorittaa kustannuspaikkakohtaisesti, kun kustannuspaikan kaikki tarvittavat tiedot on saatu selvitettyä. Ennen laskennan aloittamista työajanmittausten tulee olla suoritettu, toteutuneet kustannukset ja tuotettujen palvelujen sekä laskentakohteiden toteutuneet määrät selvitetty ja tarvittavat kustannusajurit tunnistettu.

Toimintoperusteisen kustannuslaskennan ensimmäisessä vaiheessa kustannukset kohdistetaan toiminnoille. Kustannuksina laskennan alussa voidaan käyttää edellisen vuoden toteutuneita kustannuksia, jotka saadaan tuotua tilikohtaisesti taloushallinnon tietojärjestelmistä. Kustannukset kohdistetaan toiminnoille aiheuttamisperiaatteen mukaisia ajureita käyttäen. Koska suurin osa kustannuksista sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on usein työvoimakustannuksia, tulee huomiota kiinnittää erityisesti työvoimakustannusten resurssiajureihin. Tyypillisenä ajurina työvoimakustannuksille käytetään toimintokohtaisesti toteutunutta työajan jakaumaa, joka saadaan selvitettyä työajanmittausten tulosten perusteella.

Kustannukset voidaan kohdistaa toiminnoille tilikohtaisesti. Tämä tapa on helppo toteuttaa, koska kustannustiedot saadaan suoraan tilikohtaisesti taloushallinnon tietojärjestelmistä, mutta menetelmä saattaa aiheuttaa epätarkkuutta kustannusten kohdistamisessa toiminnoille. Toinen vaihtoehto on muodostaa kustannusaltaita, jotka kuvaavat selkeämmin, mitkä kustannukset ovat kyseessä.

Toimintoperusteisen kustannuslaskennan toisessa vaiheessa toimintojen kustannukset kohdistetaan laskentakohteille. Kustannusten kohdistamiseen valitaan sopivat toimintoajurit. Toimintoajureina voidaan käyttää esimerkiksi laskentakohteina olevien palvelujen tai palvelun osien suorittamiseen käytettyä tuntimäärää tai suoritteiden määrää. Suo-

ritteiden määrätiedot saadaan tietojärjestelmiin tallennetuista määrätiedoista. Laskennassa käytettävien määrätietojen tulee olla samalta aikajaksolta kuin kustannustietojen, esimerkiksi edelliseltä vuodelta.

Kustannuksia kohdistettaessa tulee kohdistaa myös yleiskustannukset laskentakohteille. Yleiskustannuksia ovat esimerkiksi hallinnon kustannukset, joille ei välttämättä löydy yksiselitteistä kohdistusperiaatetta, jonka mukaan ne voidaan kohdistaa käytön perusteella ja aiheuttamisperiaatetta noudattaen laskentakohteille. Näiden kustannusten kohdistamiseen tulee päättää jokin periaate, kuten esimerkiksi kustannusten kohdistaminen eri yksiköille potilasmäärän mukaan tai yhtä suuren osuuden kohdistaminen jokaiselle yksikölle.

5.6 Tulosten analysointi

Projektin edetessä sen eri vaiheiden edistymistä sekä tuloksia tulee arvioida ja analysoida niiden luotettavuutta. Tuloksia on analysoitava mieluiten jokaisen yksikön laskentamallin valmistuttua, mutta vähintään sitten, kun kaikkien tiettyä palvelua tuottavien yksiköiden mallit on saatu valmiiksi. Laskentamallien tuloksia voidaan arvioida esimerkiksi palvelualueen esimiesten kokouksissa. Toimintolaskentamallien tulosten analysointiin tulee valita ryhmä, joka osallistuu tulosten arviointiin. Ryhmään kuuluvat laskentamallien muodostamisesta vastuussa oleva henkilö, organisaation talouspäällikkö, palvelualueen johtaja sekä yksiköiden esimiehet.

Palvelualueiden yksiköiden laskentamalleja voidaan vertailla keskenään, kun samaa palvelua tuottavien yksiköiden laskentamallit ovat valmistuneet. Yksiköiden laskentamalleja vertaillessa voidaan tehdä huomioita ja tunnistaa eroja muun muassa yksiköiden toimintojen ajankäytön, kustannusten jakautumisen ja yksikkökustannusten välillä. Tuloksia käsiteltäessä on pohdittava mistä eri yksikköjen väliset erot johtuvat ja etsittävä potentiaalisia kehityskohteita. Tulosten analyysin perusteella voidaan suunnitella esimerkiksi yksikköjen toiminnan tehostamista. Laskentamalleja ja yksiköiden eroja tarkastellessa tulee ottaa huomioon erot yksiköiden toiminnassa ja ymmärrettävä palvelujen sisältö, eikä päätöksiä tule tehdä pelkkien numeroiden perusteella. Tästä syystä yksiköiden esimiesten mukana oleminen tulosten tarkastelussa on erittäin tärkeää.

Tulosten analysoinnin yhteydessä voidaan tunnistaa toimintolaskentaan liittyviä jatkokehityskohteita. Mahdollisia kehityskohteita voivat olla esimerkiksi tarkennukset toimintojen jaottelussa, tarkempien resurssi- ja toimintoajureiden määrittäminen, kustannusaltaiden muodostaminen, kustannusten tarkentaminen ja tarkkojen prosessimallien muodostaminen. Lisäksi voidaan pohtia, voidaanko toimintolaskentamalleja hyödyntää organisaation muissa projekteissa, kuten laadunparannusohjelmissa. Samalla voidaan kehittää ja tarkentaa myös toimintolaskentamallien suunnitteluprosessia ja siinä käytettyjä menetelmiä.

Laskentajärjestelmälle tulee määrittää taajuus, jolla sen tuloksia raportoidaan johdolle. Raportointi tulee suorittaa säännöllisin väliajoin. Raportteja tuloksista tarvitaan vähintään vuosittain, mutta tarvittaessa raportteja voidaan tehdä myös useammin. Kustannusmallien tietoja tulee myös päivittää säännöllisin väliajoin, jotta tiedot pysyvät ajantasaisina. Tietojen päivittäminen tulee suorittaa ainakin vuosittain, kun vuoden toteutuneet kustannukset sekä laskentakohteiden määrätiedot ovat selvillä. Rakenteellisia päivityksiä malleihin tulee tehdä, kun yksiköissä tapahtuu merkittäviä uudistuksia, joiden seurauksena yksiköiden toiminta muuttuu. Tällaisia muutoksia voivat olla esimerkiksi organisaatiomuutokset, henkilöstömäärän muutokset, toimintaympäristön muutokset tai uudet hoitomenetelmät. Tällöin on suoritettava uudestaan toimintojen ja laskentakohteiden analyysi ja suoritettava uusi työajanmittaus.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Yleiset johtopäätökset

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatiossa uuden kustannuslaskentajärjestelmän suunnittelu ja käyttöönotto on laaja prosessi, jossa on edettävä vaihe kerrallaan. Palvelutarjonnan laajuus, toiminnan kompleksisuus sekä palvelujen toteuttamisessa ilmenevä potilaskohtainen vaihtelu tekevät toimintoperusteisen kustannuslaskennan soveltamisesta haastavaa. Tarkkojen kustannusmallien luominen on usein vaikeaa, minkä takia laskennan tarkkuustasosta saatetaan tiettyjen palvelujen kohdalla joutua tinkimään. Tästä huolimatta suurpiirteisenkin toimintoperusteisen kustannuslaskennan avulla saadaan organisaation johdon käyttöön parempaa informaatiota palvelujen kustannusrakenteista, kuin perinteisellä kustannuslaskennalla.

Työn tarkoituksena oli muodostaa Porin perusturvakeskukselle malli prosessista, jota hyödyntäen organisaatio voi toteuttaa toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän käyttöönoton palvelukokonaisuus kerrallaan. Työn teoriaosuuden sekä empiirisen työosuuden perusteella vastattiin työn tutkimuskysymyksiin, jotka liittyivät sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla toimivan organisaation toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnitteluprosessin tärkeimpien vaiheiden ja niiden toteuttamiseen käytettävien menetelmien sekä huomioitavien asioiden tunnistamiseen. Tutkimuksen perusteella prosessin tärkeimmät vaiheet ovat projektin aloittamiseen liittyvät toimenpiteet, laskentakohteiden määrittäminen, toimintojen määrittäminen, toimintojen ajankäytön selvittäminen, toimintolaskentamallin muodostaminen sekä tulosten analysointi.

Empiirinen työosuus suoritettiin pääpiirteissään noudattamalla työn teoriaosuudessa kuvattua sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintolaskentakirjallisuuden perustuvaa prosessimallia. Empiirisen työosuuden suorittamisen yhteydessä havaittiin kuitenkin, että osa projektin vaiheista kannattaa suorittaa kirjallisuuden malleihin nähden eri järjestyksessä. Esimerkiksi laskentakohteiden määrittäminen osoittautui käytännössä loogisemmaksi suorittaa ennen toimintoanalyysiä. Lisäksi havaittiin, ettei kirjallisuuden prosessimalleissa ollut kuvattu vaiheiden sisältöjä ja niiden toteuttamiseen käytettäviä menetelmiä kovinkaan yksityiskohtaisesti, mikä on ymmärrettävää toimialan organisaatioiden monipuolisuuden takia. Tämän työn empiirisen työosuuden havaintojen perusteella tarkennettiin teoriaosuudessa esitettyä prosessimallia ja sen yksityiskohtia paremmin Porin perusturvakeskuksen käyttöön soveltuvaksi.

Tässä työssä kehitettyä mallia voidaan soveltaa palveluiden kustannusmallien suunnittelussa pääpiirteissään, mutta käytettävät menetelmät tulee aina valita palvelukohtaisesti. Työn empiiristä osuutta toteutettaessa havaittiin, että yhden palvelutyypin kustannuslaskentamallin toteuttamisessa käytettävät menetelmät eivät välttämättä sellaisenaan sovellu

muihin palveluihin. Kahdessa ensimmäisessä osaprojektissa, vanhuspalvelujen ympäri-vuorokautisessa hoidossa sekä psykososiaalisten palvelujen asumispalveluissa voitiin soveltaa samoja menetelmiä palvelujen yhdenmukaisuuden ansiosta. Suun terveydenhuol- lon osaprojektissa havaittiin, ettei esimerkiksi edellisissä osaprojekteissa käytetty työ- ajanmittaus toimintojen ajankäytön selvittämisessä ollut paras mahdollinen menetelmä laskentakohteiden suuren määrän takia. Ongelmilta oltaisiin välttytty, jos palvelukokonai- suuteen tutustumiseen ja laskennan toteutuksen suunnitteluun olisi ollut käytettävissä enemmän aikaa. Siksi onkin erittäin tärkeää, että laskentamallin suunnittelija on muodos- tanut riittävän kattavan kokonaiskuvan kohteena olevasta palvelukokonaisuudesta ja va- litsee parhaat mahdolliset menetelmät kustannusmallin suunnittelua ja toteuttamista var- ten.

6.2 Kehitysehdotukset organisaatiolle ja jatkotutkimuskohteet

Toimintoperusteisen kustannuslaskentajärjestelmän suunnittelussa projektin tavoitteiden tarkka määrittäminen sekä projektin toteuttamisen huolellinen suunnittelu ovat kriittisim- piä vaiheita projektin onnistumisen kannalta. Organisaation tulee määrittää jatkossa tar- kemmin, mitä tarkoitusta varten järjestelmä halutaan kehittää, millaista informaatiota sen halutaan tuottavan ja miten informaatiota aiotaan hyödyntää.

Projektin tavoitteiden perusteella tulee luoda tarkka toimintasuunnitelma, jota noudatta- malla projektia viedään jatkossa eteenpäin. Toimintasuunnitelmaan kuuluvat loogisesti määritetty järjestys projektin kohteiden toteuttamisesta sekä realistisesti suunniteltu alus- tava aikataulu. Porin perusturvakeskuksen palvelutarjonta sisältää suuren määrän erilaisia palveluja, mutta tiettyjen palvelujen välillä voidaan löytää yhdenmukaisuuksia eri palve- lualueilla. Organisaation tulee käydä läpi koko palvelutarjontansa ja tunnistaa eri palve- lualueilta samankaltaiset palvelut, jolloin näiden kohteiden kustannuslaskentaprojektit voidaan suorittaa helposti samaan aikaan. Kohteina olevien palvelujen kustannusmallien toteuttamisen järjestys kannattaa määrittää siten, että projektissa edetään yksinkertaisista ja suurivolyymisistä palveluista monimutkaisempiin ja enemmän potilaskohtaista vaihte- lua sisältäviin palveluihin. Tämän työn pohjalta organisaation kannattaa seuraavaksi to- teuttaa laskentamallien luominen sosiaali- ja perhepalvelujen asumispalveluille, koska niissä on yhtäläisyyksiä tässä työssä käsiteltyjen asumispalvelujen kanssa.

Organisaation tulee kustannuslaskentamalleja suunnitellessa kiinnittää erityisesti huo- miota laskentakohteiden määrittämiseen. Suurivolyymisillä palveluilla laskentakohteeksi kannattaa usein määrittää joko palvelu kokonaisuutena tai tarkemmin osiin jaettuna, mutta paljon potilaskohtaista vaihtelua sisältävien palvelujen kohdalla sopivampi lasken- takohde voi olla esimerkiksi potilasryhmä. Jako potilasryhmiin voidaan suorittaa potilai- den ominaisuuksien, tarvittavan hoidon määrän, hoitotoimenpiteiden tyyppin tai palvelun keston perusteella. Tarvittaessa voidaan käyttää useampia eri perustein määritettyjä las- kentakohteita samanaikaisesti.

Toimintoanalyysin yhteydessä organisaation tulee jatkossa luoda palvelujen toteuttamista kuvaavat prosessimallit. Prosessimallien luominen ei vaadi paljon ylimääräistä vaivannäköä, mutta siitä voidaan saada monia hyötyjä. Prosessimallit auttavat havainnollistamaan palvelujen tuottamisen rakenteita ja mahdollistavat paremman ymmärryksen kohteena olevasta palvelusta. Prosessimalleja voidaan kustannuslaskennan lisäksi hyödyntää organisaatiossa myös laajemmin, esimerkiksi toiminnan tehostamisessa ja kehittämisessä sekä uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Laskentamallien tietojen päivitys tulee suorittaa tasaisin väliajoin. Laskentajärjestelmästä saatava kustannusinformaatio on sitä ajantasaisempaa, mitä useammin tiedot päivitetään. Tiedot tulee kuitenkin päivittää vähintään vuosittain, kun vuoden toteutuneet kustannukset sekä palvelujen toteutuneet määrät on selvitetty. Uusia työajanmittauksia ei tarvita vuosittain, ellei kohteena olevan yksikön toiminnassa ole tapahtunut merkittäviä muutoksia.

Tässä työssä kehitetty toimintolaskentajärjestelmän suunnitteluprosessin malli toimii hyvin suurivolyymisillä palveluilla. Jatkotutkimusta tarvitaan kuitenkin niin sanottujen erikoispalvelujen osalta, joissa laskentakohteet eivät välttämättä ole yhdenmukaisia, vaan rakenteeltaan kompleksisia ja sisältävät paljon potilaskohtaista vaihtelua. Ennen näiden palvelujen kustannusmallien muodostamista tulee tunnistaa parhaat mahdolliset menetelmät tarvittavan informaation keräämiseen.

Varsinaisten laskentamallien teknisiä yksityiskohtia ei käsitelty tässä työssä aiheen rajaamiseksi. Jatkossa organisaation tulee myös käsitellä laskennan yksityiskohtia ja tutkia esimerkiksi kustannusajureita tarkemmin, kuin tässä työssä käsiteltyjen kohteiden yhteydessä. Myös tarkemmin määritettyjen kustannusaltaiden käyttöä toimintokohtaisten kustannusten kohdistamisessa tulee jatkossa harkita.

LÄHTEET

Arnaboldi, M. & Lapsley, I. (2005). Activity Based Costing In Healthcare: A UK Case Study, *Research In Healthcare Financial Management*, Vol. 10(1), pp. 61–75.

Basware (2013). Basware Financial Performance Management, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 14.9.2015): <http://www.basware.fi/sites/default/files/upload/factsheet-financial-performance-management.pdf?fst=32>.

Cardinaels, E., Roodhooft, F. & van Herck, G. (2004). Drivers of cost system development in hospitals: results of a survey, *Health Policy*, Vol. 69(2), pp. 239–252.

Chan, Y.C.L. (1993). Improving hospital cost accounting with activity-based costing, *Health Care Management Review*, Vol. 18(1), pp. 71 – 77.

Cooper, R. & Slagmulder, R. (1999) Activity-Based Cost Management System Architecture, *Strategic Finance*, Vol. 81(4), pp. 12–14.

Demeerec, N., Stouthuysena, K. & Roodhooft, F. (2009). Time-driven activity-based costing in an outpatient clinic environment: Development, relevance and managerial impact, *Health Policy*, Vol. 92(2-3), pp. 296–304.

Goldberg M.J. & Kosinski L. (2011). Activity-Based Costing and Management in a Hospital-Based GI Unit, *Practice Management: Opportunities And Challenges, Clinical Gastroenterology And Hepatology*, 2011(9), pp. 947–949.

Gunasekaran, A. (1999). A framework for the design and audit of an activity-based costing system, *Managerial Auditing Journal*, Vol. 14(3), pp. 118–127.

Gupta, M. & Galloway, K. (2003). Activity-based costing/management and its implications for operations management, *Technovation*, Vol. 23(2), pp. 131–138.

Hammashoito - Yhteystiedot, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 3.8.2015): <http://www.pori.fi/perusturva/suunterveys/yhteystiedot.html>.

Hanninen T. & Rekonen R. (2010). Tuotteistaminen ja kustannuslaskenta - Kouvolan kaupunki, 70 s.

Haverila M.J., Uusi-Rauva E., Kouri I. & Miettinen, A. (2005). *Teollisuustalous*, Infacs Oy, 5. painos, Tampere 2005, 510 s.

Joon J.N. & Kleiner B.H. (1997). How to implement activity-based costing, *Logistics Information Management*, Vol. 10(2), pp. 68–72.

Kapić, J. (2014). Activity Based Costing – ABC, Business Consultant / Poslovni Konsultant, Vol. 6(32), pp. 9–16.

Karinharju, O. (2004). Hyvinvointipalvelujen tuotteistaminen, Karhukuntien julkaisuja 4/2004, Porin kaupungin painatuskeskus, 2004.

Kuntaliitto (2014). Suun terveydenhuollon ohjeellinvastaavuusluettelo 1.1.2014 alkaen, Päivitetty versio 12.5.2014, Saatavissa (viitattu 5.6.2015): http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/asiakasmaksut-talous-rahoitus/asiakasmaksut/suunasiakasmaksut/Documents/Suun_terveydenhuollon_ohjeellinen_vastaavuusluettelo_2014_korjattu12052014.pdf.

Kuntaliitto (2015). Tuotteistus on määrittelyä, tarkentamista ja kehittämistä, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 23.8.2015): <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sotekehittamisty/tootteistusmalli/Sivut/default.aspx>.

Kuntouttavat asumispalvelut, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 15.7.2015): <https://www.pori.fi/perusturva/psykososiaaliset/asuminen.html>.

Lawson, R.A. (2005). The Use of Activity Based Costing in the Healthcare Industry: 1994 vs. 2004, Research In Healthcare Financial Management, Vol. 10(1), pp. 77–94.

Lempiäinen, H. (2004). Karhukuntien perusterveydenhuollon tuotteistus, Karhukuntien julkaisuja 3/2004, Porin kaupungin painatuskeskus, Pori, 81 s.

Neilimo, K. & Uusi-Rauva, E. (2007). Johdon laskentatoimi, Edita Prima Oy, Helsinki, 366 s.

Perusturvalautakunta (2013). Porin perusturvakeskus: Toimintasääntö. 13 s. Saatavissa (viitattu 12.6.2015): https://www.pori.fi/material/attachments/hallintokunnat/perusturva/Mi3QnqSzh/YTA_toimintasaanto_ltk160113.pdf.

Popesko, B. & Novák, P. (2011). Application of ABC Method in Hospital Management, Recent Researches in Economics and Management Transformation

Porin Palveluliikelaitos, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 10.6.2015): <http://www.pori.fi/porinpalveluliikelaitos.html>.

Porin perusturvakeskuksen toimintakertomus 2013, Porin perusturvakeskus, 21 s.

Raide, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 15.7.2015): <https://www.pori.fi/perusturva/psykososiaaliset/asuminen/veturi/raide.html>.

Ramsey, R.H. (1994). Activity-Based Costing for Hospitals, Hospital & Health Services Administration, Vol. 39(3), pp. 385–396.

Raz T. & Elnathan D. (1999). Activity-based costing for projects, *International Journal of Project Management*, Vol. 17(1), pp. 61–67.

Resiina, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 15.7.2015): <https://www.pori.fi/perusturva/psykososiaaliset/asuminen/veturi/resiina.html>.

Rosenqvist, M. & Sookari, E. (2005). Karhukuntien perusterveydenhuollon tuotteistus-hanke - Hammashuollon osaprojekti 2004 – 2005, *Karhukuntien julkaisuja 2/2005*, Porin kaupungin painatuskeskus, 2005, 32 s.

Salakari, S. & Lehtoranta, H. (2006). Vanhusten laitoshoidon tuotteistus, *Karhukuntien julkaisuja 3/2006*, Porin kaupungin painatuskeskus, Pori, 2006, 21 s.

Saunders, M. Lewis, P. Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students*, Harlow, Pearson Education Limited, 614 s.

Softwave: Ominaisuudet, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 12.9.2015): <http://www.softwave.fi/node/43>.

Softwave: Opiferus Työajanmittaus, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 12.9.2015): <http://www.softwave.fi/fi/tyoajanmittaus/ty%C3%B6ajanmittaus>.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2015). Sote-uudistus, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 1.10.2015): <http://stm.fi/sote-uudistus>.

Stefano, N.M. & Filho, N.C. (2013). Activity-based costing in services: literature bibliometric review, *SpringerPlus* 2013, 2:80. Saatavissa (viitattu 24.8.2015): <http://www.springerplus.com/content/2/1/80>.

Suun terveydenhuolto (2015), verkkosivu. Saatavissa (viitattu 3.8.2015): <http://www.pori.fi/perusturva/suunterveys.html>.

Taiteilijankodin esite (2015). Saatavissa (viitattu 4.6.2015): http://www.pori.fi/material/attachments/perusturva/asiakirjat/5u0eKpu7w/taiteilijankodin_esite.pdf.

Tehostettu palveluasuminen, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 10.6.2015): <http://www.pori.fi/perusturva/vanhuspalvelut/LOL5gPVjL.html>.

Tieto (2015), verkkosivu. Saatavissa (viitattu 12.9.2015): <http://www.tieto.fi/toimialat/sosiaali-ja-terveydenhuolto/julkisen-terveydenhuollon-tietojarjestelmat>.

Udpa, S. (1996). Activity-based costing for hospitals, *Health Care Management Review*, Vol. 21(3), pp. 83–96.

Veturi, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 15.7.2015): <https://www.pori.fi/perusturva/psykososiaaliset/asuminen/veturi.html>.

Ympäri vuorokautinen hoito vanhainkodeissa ja pitkäaikaishoidon osastoilla, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 10.6.2015): <http://www.pori.fi/perusturva/vanhuspalvelut/vanhusten-pitkaaikaishoito.html>.

Valkama, K., Paavilainen, J., Väihinpää, J. & Myllärniemi, J. (2009). Hatanpään sairaalan palvelujen tuotteistaminen, Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 4/2009, Juvenes Print Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere, 2009, 53 s.

Valtioneuvoston viestintäosasto (2015). Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista, verkkosivu. Saatavissa (viitattu 21.3.2016): http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616.