

Dobrovolskaja, Elena
Stubbe, Endre Skjetnemark

Bacheloroppgave
ved Handelshøyskolen BI

- Kostnadsanalyse per sykehjemsbruker på Trondhjem Hospital og
Valentinlyst HV senter i år 2010 -

Innleveringsdato:
06.06.2012

Stuedsted:
BI Trondheim

Innholdsfortegnelse

INNHOLDSFORTEGNELSE	I
FORORD	III
SAMMENDRAG	IV
1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR OPPGAVEN.....	1
<i>Tabell 1.1: Befolkningsutvikling i Norge</i>	1
1.2 PROBLEMSTILLING	1
<i>Formål:</i>	2
1.3 BESKRIVELSE AV DET SOSIALE SYSTEMET I NØRGE.....	2
1.4 BESKRIVELSE AV ORGANISASJONENE.....	2
<i>Trondhjem Hospital</i>	2
<i>Valentinlyst HV senter</i>	3
<i>Generell informasjon</i>	4
1.5 VERDIKJEDE	4
<i>Figur 1.1: Verdiverksted hos sykehjemmene</i>	5
1.6 BEDRIFTSMÅL OG IDEOLOGI.....	6
2. METODE	7
2.1 METODE GENERELT	7
2.2 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE	9
2.3 OPPGAVENS DESIGN	9
2.4 RELIABILITET OG VALIDITET	10
2.5 VÅR DATAINNSAMLING.....	10
3. TEORI	11
3.1 VALG AV TEORI.....	11
<i>Tabell 3.1 ADL utregning fra Gerica hos Trondhjem Hospital</i>	13
3.2 FORMÅLET VED VALG AV ØKONOMISKE KALKYLER.....	14
3.3 HISTORIE: ABC-KALKYLER	15
3.4 SENTRALE BEGREPER	15
<i>Figur 3.1: Sentrale ABC-begreper, (Gjønnes og Tangen 2012)</i>	16
SENTRALE BEGREPER:.....	16
3.5 UTVIKLINGEN AV EN ABC-KALKYLE.....	20
<i>Tabell 3.2 Virksomhetens aktiviteter</i>	20
<i>Figur 3.2: Fordeling av indirekte kostnader til aktiviteter i trinn 1. (Gjønnes og Tangen 2012, 427)</i>	21
<i>Figur 3.3: Aktivitetskostnader som funksjon av grunnlegende og målbare kostnadsdrivere</i> 23	23

4. ØKONOMISK ANALYSE AV DATA.....	25
4.1 AVGRENSNINGER OG FORUTSETNINGER	25
<i>Figur: 4.1 Overordnet Kostnadsmodell.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabell 4.1: Overrelevante kostnadsdrivere,</i>	<i>28</i>
<i>Tabell 4.2: Totale Kostnader ved Trondhjem Hospital</i>	<i>44</i>
<i>Tabell 4.3: Totale kostnader ved Valentinlyst</i>	<i>49</i>
5. KONKLUSJON.....	50
<i>Tabell 5.1: Sammenlikning av kostnadene hos Trondhjem Hospital og Valentinlyst HV senter</i>	<i>50</i>
6. DRØFTING	51
UUTNYTTET KAPASITET	51
ETISKE PROBLEMER	52
KAPITALKOSTNADER	52
UTFORDRINGER OG ERFARINGER I PROSESSEN	52
KRITIKK AV VÅR OPPGAVE.....	53
KILDER.....	54
BØKER:	54
ELEKTRONISKE KILDER:.....	54
E-BØKER OG TIDSSKRIFTARTIKLER:	56
ANDRE:	57
FIGUR- OG TABELLISTE.....	58
VEDLEGGSLISTE.....	59

Forord

I forbindelse med avsluttende bachelorstudie i Økonomi og Administrasjon ved Handelshøyskolen BI har vi foretatt en analyse av to ulike sykehjem her i Trondheim.

Etter mye leting, fikk vi tilslutt en god dialog med utvalgte aktørene innen Helsevesenet og kommunens ansatte. Selve oppgaven er skrevet for å kunne gi oss en innsikt i bruk av aktivitetsbasert kostnadsanalyse, og kunne sette dette i praksis ved Trondhjem Hospital og Valentinlyst HV senter. Disse sykehjemmene hadde en forskjellig praksis når det gjaldt administrasjon og styre. Sykehjemmene ble valgt for deres likheter i form av antall pasienter. Dette ga oss da et godt utgangspunkt til å se på det rent økonomiske ved de ulike sykehjemmene, og lot oss konsentrere oss på tallene.

Oppbyggingen av oppgaven er lagt opp slik at vi først starter med en introduksjon, utdyping av metode, valg teori, anvendelse av teorien, resultater og drøftning. Det ble tatt noen forutsetninger i vår oppgave for å kunne forenkle deler av vår prosess.

Vi vil takke Sigrud Ingvaldsen ved Trondhjem Hospital og Roy Åge Østergård i Trondheim kommune for gode tilbakemeldinger og et godt samarbeid. I tillegg vil vi få takke vår fenomenale veileder gjennom hele året, Olav Lilleberg, som har gitt oss uvurderlig veiledning og kontinuerlige tidsfrister for å komme i mål med oppgaven. Og en takk til Svend Asle Eggen for hans gode informasjonskurs og en introduksjon til skriveprosessen.

Det har vært en nervepirrende og langsommelig prosess, som har ført til frustrasjon, irritasjon og glede. Etter å ha kommet i mål, er dette et resultat vi kan stå ved og forsvare.

Med denne oppgaven vil vi markere slutten på tre lærerike og spennende år ved Handelshøyskolen BI her i Trondheim.

Sammendrag

Problemstilling av vår oppgave er: ”Hva ble kostnadene for Trondhjem Hospital og Valentinlyst HS per sykehjemsbruker i år 2010”.

Dette temaet vil være interessant for samfunnet på grunnlag av stor økning i antall personer med høy alder og økning av kostnader ved omsorg av eldre.

For å svare på problemstilling arbeidet vi med regnskapene fra begge institusjoner ved hjelp av ABC analyse og brukte kvantitative metoder.

Vår resultat er: kostnadene per sykehjemsbruker i år 2010

For Trondhjem Hospital 608 911 kr.

For Valentinlyst HS 709 383 kr.

Vi synes at vi komme til riktig tall, pga økonomen Ole J. Storflor (generalsekretær i Lukas Stiftelsen, direktør for Eidsiva Omsorg i Oslo) sier at sykehjemspasient koster samfunnet ca. 500 000 kroner i år 2003.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Med en såpass økning i antall personer med høy alder, ”eldre bølgen”, over store deler av verden, og da spesielt i Norden innen de neste 10 årene, ser vi viktigheten av å få et overblikk over kostnadene rundt eldreomsorgen. I de senere årene har det blitt populært med såkalt ”cost of illness” studier ved omsorg av eldre.

Disse kan gi oss et godt bilde om hva som er i vente, og vi kan gjøre tiltak enten for å spare eller mulig effektivisere disse tjenestene.

	<i>1960</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>	<i>2025</i>
<i>Folkemengde i tusen (67+)</i>	<i>329</i>	<i>515</i>	<i>606</i>	<i>618</i>	<i>616</i>	<i>871</i>
<i>Prosent av hele befolkning</i>	<i>9,2</i>	<i>12,6</i>	<i>14,3</i>	<i>13,9</i>	<i>13,3</i>	<i>17,7</i>
<i>Folkemengde i tusen 80+</i>	<i>70</i>	<i>117</i>	<i>156</i>	<i>192</i>	<i>218</i>	<i>248</i>
<i>Prosent av alle fra 67 år og over</i>	<i>21</i>	<i>23</i>	<i>26</i>	<i>31</i>	<i>35</i>	<i>28</i>
<i>Prosent andel kvinner 67+</i>	<i>55</i>	<i>58</i>	<i>59</i>	<i>59</i>	<i>58</i>	<i>55</i>

Tabell 1.1: Befolkningsutvikling i Norge

(store norske leksikon: Eldreomsorg)

1.2 Problemstilling

”Hva ble kostnadene for Trondhjem Hospital og Valentinlyst HV senter per sykehjemsbruker i år 2010”

Vi har valgt å analysere to forskjellige sykehjem med ulike styreformer. Det ene er et privat sykehjem, som drives ved hjelp av et nonprofit-prinsipp og det andre er eid og drevet av Trondheim Kommune (statlig drift). Sykehjemmene vi har valgt, Trondhjems Hospital og Valentinlyst HV senter, er begge like med

tanke på areal og antall plasser. Vi har basert oss på kostnadsåret 2010, og har fått tak i de ulike regnskap og det vi mener er nødvendige regnskapstall.

Formål:

Hovedformålet med oppgaven er å se hva som skiller (om noe skiller) privat drift og statlig drift når det gjelder sykehjemskostnadene som oppstår. Her vil vi da lokalisere og skille ut kostnadseffektivitet og god bruk av ressurser. Gjennom en aktivitetsbasert kostnadskalkyle, vil vi prøve å vise så nøyaktig som mulig de ulike kostnadene forbundet med sykehjemsdrift hos de to aktørene. Vi vil også drøfte uutnyttet kapasitet (ledig kapasitet) til en viss grad, da et eller flere rom vil være ledige under ut- eller innflytning.

1.3 Beskrivelse av det sosiale systemet i Norge

Norge satser mer på offentlige omsorgstjenester til eldre enn noen av de andre landene i Europa, og i Norge har eldre omsorgen en utpreget offentlig profil. Dette fører med seg et stort offentlig engasjement, og det er små materielle forskjeller mellom de ulike typene av institusjoner, fra de rent kommunale til de private institusjonene. Folk er trygge på at de vil få hjelp, og har stor tillit til de som yter tjenestene. Selv om den norske offentlige eldreomsorgen er godt utbygd i Norge, er vi likevel ikke de fremste i Norden på dette. Danskene har for eksempel et bedre og mer utbredt hjemmetjenestetilbud og en mer utbredt privat drift av helsetjenester.

Noe av denne utviklingen kan komme av at i løpet av de 10 siste årene har interessen for å drive konkurranseutsetning av helsetjenester innen eldreomsorgen har stoppet opp, og det har omtrent blitt umulig for kommersielle aktører å gjøre den til en lønnsom forretning. Når vi da ser en økning i tilskudd til eldreomsorgen, vil fortsatt det meste gå til offentlig sektor.

(kjelvik, ssb)

1.4 Beskrivelse av organisasjonene

Trondhjem Hospital

Trondhjems Hospital er unik i Norsk historie, med kontinuerlig drift som sykehus og sykehjem siden 1277.

Trondhjems Hospital er en av Europas eldste sosiale institusjoner og ble grunnlagt av erkebiskop Jon Raude i andre halvdel av 1200-tallet. Magnus Lagabøte forærte

grunnen til stiftelsen i 1277. Hospitalet tok opp pasienter fra hele stiftet, og helt fram til 1600-tallet var huset stort sett forbeholdt folk som var spedalske eller hadde andre smittsomme sykdommer. Hospitalet har siden vært et hjem for fattige menn, senere for eldre av begge kjønn. Her har det også vært lasarett, fattighus og sinnsykeasyl.

Fra 1866 har Trondhjems Hospital fungert som alders- og sykehjem.

(Grankvist 2006)

Trondhjem Hospital er en selveiende stiftelse, og en betydelig institusjon som har eid og eier 20 store grunneiendommer i Trondheim. Trondheim hospital har en todelt drift med en eiendomsavdeling og en omsorgstjeneste.

Disse har da to ulike driftsregnskap som er delt opp i omsorgs- og eiendomsdel, der noe av kostnadene til omsorgstjenesten blir subsidiert av overskuddet i eiendomsdelen. I regnskapstallene vi skal arbeide med og analysere, er disse delt inn i fem ulike avdelinger: sykehjem, demens, omsorgsbolig, dagsenter og administrasjon med husøkonom og vaktmester.

Det totale antall brukere er på 134 stykker per dag, men kun 107 av disse er heldøgns plasser. Av disse, er 27 brukere på dagsentret, 38 brukere plassert på omsorgsboligene og 69 stykker på sykehjemmet. De på sykehjemmet er da delt inn igjen på nytt med generell sykehjemsplasser og en demensavdeling.

Av praktiske hensyn har vi valgt kun å konsentrere oss om sykehjemsdriften, da demensavdelingen har et veldig varierende ressursforbruk fra pasient til pasient. Disse har ikke nødvendigvis somatiske lidelser, og demens er en personlighetsforstyrrelse (demens ligger under psykiatrien). Og det kan da føre til en lav alder på selve pasienten som er innlagt på demensavdelingen, og at disse vil være der over en lengre tidsperiode sammenliknet med sykehjemmet.

Valentinlyst HV senter

Valentinlyst HV sentret har en liknende oppbygging med en egen omsorgsbolig, dagsenter og sykehjemsavdeling med demensavdeling. Det som er ulikt fra disse, er at Valentinlyst HV senteret ikke tar seg av alle støttefunksjonene som administrasjon og vaktmestertjenester, eller har noe de kan supplementere eventuelle kostnader med.

Generell informasjon

Private institusjoner i Norge har sine lovregulerte drifts- og samarbeidsavtaler med det offentlige, og egentlig er privat drift av sykehjemsinstitusjoner i tilfeller der kommunen har satt ut på anbud. Dette vil si, at selv om det er stemplet som en privat organisasjon, har begge sykehjemmene staten som eneste kunde.

På grunn av en ny Enkeltsromreform i 2006, ble det nødvendig med ombygginger hos Trondhjem Hospital og et nytt sykehjem i form av Valentinlyst Sykehjem. Reformen inneholder imidlertid flere gode kvaliteter for beboerne. Hvert rom skal ha eget bad og funksjonelle løsninger. I stede for store avdelinger, er det satset på små driftsenheter med 8-10 beboere, der fellesrom som daglig stue og kjøkken utgjør hjertet av boenhetene. Bogruppen er organisert på forskjellige måter, tilpasset de som bor der. Det er lagt vekt på at det skal være liten gjennomgangstrafikk mellom enhetene, og at det skal være direkte tilkomst til uteplasser fra fellesområdene. Uteplassene må tilby både sol og skygge.
(Andre Kilder)

Reformen skapte behov for nye sykehjem og sykehjems plasser som var i henhold til det nye lovverket, det ble derfor satt opp et nytt sykehjem på Valentinlyst. Og det ble gjort en omfattende renovering gjort i Trondhjems Hospital.

Hos begge helsesentrene er det også annen drift enn bare sykehjem, og disse er da delt inn i ulike avdelinger. Vi har kun valgt og konsentrert oss om sykehjemsdriften og de avdelingene som omhandler dette. Med disse betingelsene, får vi omtrent like mange sykehjems plasser og i utgangspunktet en lik kapitalkostnad. Det eneste som da skal skille dem er administrasjon, driftsmåte, ansatte og lokalisering.

1.5 Verdikjede

Hver bedrift skaper verdi for sine kunder og sine eiere, ved å utføre aktiviteter. Hvilke aktiviteter som utføres, danner et grunnlag i hvilke av de tre verdikonfigurasjonene de havner under. De tre ulike typene verdikonfigurasjoner heter verdikjede, verdiverksted og verdinettverk.

1. Verdikjede

Beskriver virksomheter som bedriver klassisk virksomhet. Der råvarer og komponenter blir enten produsert fra bunnen av, eller montert som et halvfabrikat. Dette er ikke relevant for vår oppgave

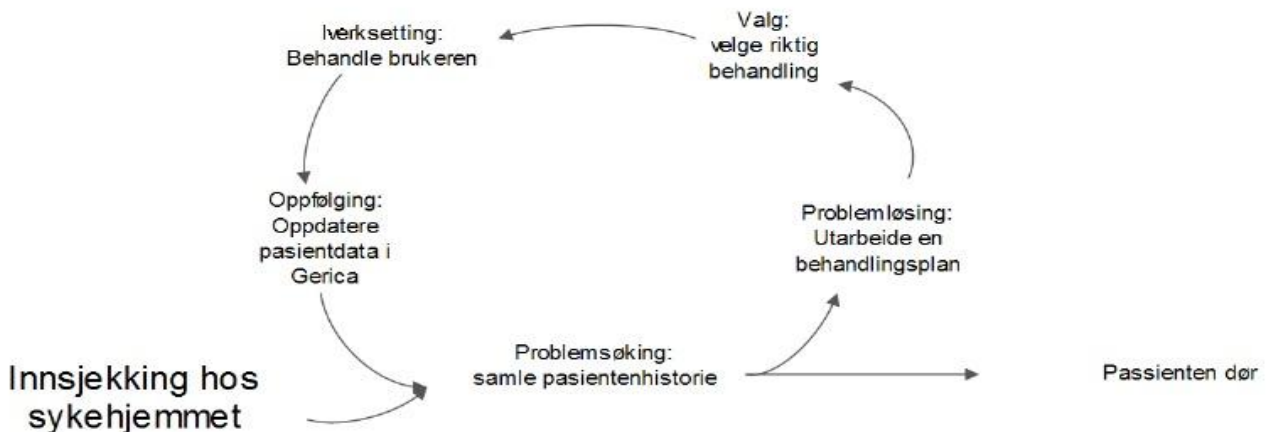
2. Verdinettverk

Dette er virksomheter som i jobber og har fokus på å koble ulike kunder sammen. Disse blir sett på som formidlingstjenester for aktører som vil formidle en tjeneste. Et eksempel på slike formidlingstjenester er bank, som tar inn og låner ut penger til forbrukere og bedrifter.

3. Verdiverksted

Dette er virksomheter som løser kunder sine problemer, og prøver å tilpasse sine aktiviteter for å imøtekomme disse problemene. I all hovedsak, driver de med problemløsning for brukeren.

(Løwemdahl, 2011)



Figur 1.1: Verdiverksted hos sykehjemmene

I denne modellen, ser vi at den består av fem primæraktiviteter. Disse skal vi ta for oss fortløpende, å vise hvordan disse blir utført i praksis. Dette er en rapport som går inn hver måned, og skal plukke opp noen forbedringer eller forverringer av pasientene og brukerne. Dette er så sensitiv informasjon, at sykehjemmene må ha egne sykepleiere med kurs og opplæring til å handtere slike

opplysninger. Ved Trondheim hospital er det kun to ansatte som er kvalifisert til å utføre en slik arbeidsoppgave. Her ser vi et eksempel oppsett på hvordan dette gjøres:

1. Problemsøking
Samler inn data fra legekantor og andre institusjoner som er lagt inn på Gerica. Omhandler for det meste situasjonen brukeren er i mentalt og fysisk.
2. Problemløsning
Disse mates da inn i et dataprogram (Generica) som utarbeider ulik data som blir brukt i kalkulasjonen av midler tilført sykehjemmene.
3. Valg
Som et produkt av problemløsningen og lovpålagte direktiver, blir det tatt et valg om og enten sende mer eller mindre ressurser ut til sykehjemmet for å kontrollere det økende/minkende behovet for pleie.
4. Iverksetting
Ressursene blir da satt ut i live, gjennom å skaffe nødvendig utstyr og personell
5. Oppfølging / Etterprøving
Prosessen startes på nytt igjen, for å kunne kompensere for eventuell bedring eller forværing av helsen til hver enkelt bruker.

1.6 Bedriftsmål og ideologi

Begge sykehjemmene har basert seg på like grunnleggende verdibegreper, og disse står i sentrum når de utfører de ulike tjenestene. Verdiene er at de skal vise omsorg, respekt, glede, ansvar, lojalitet og trygghet.

Som et overordnet mål har sykehjem i Norge en visjon om og:

- Bidra til å heve og sikre kvalitet og kompetanse relatert til gamle, med særlig vekt på sykehjemstjenestene
- Å løfte deler av geriatrisk omsorgsarbeid opp på et høyt faglig nivå som et bidrag til å heve omsorgsarbeidets faglige prestisje og bedre

rekrutteringen. Tanken er *ikke* å rekruttere folk til administrative funksjoner, men til praktisk virksomhet.

- Etablere et akademisk miljø på sykehjem for å stimulere til økt interesse for fagutvikling og forskning på praktiske spørsmål knyttet til fysisk, psykisk og sosial helse og funksjonsevne for beboerne i norske sykehjem
- Utvikle gode praksismiljøer for helsefaglige og medisinske studenter i grunn og videreutdanning, og gjennom dette å øke kompetansen knyttet til eldre og bedre rekrutteringen til eldreomsorgen.

(Grankvist 2006)

Hovedoppgaven til pleiere av alvorlige syke og omsorg av døende og deres pårørende er et sentralt gjøremål for slike institusjoner som Trondhjems Hospital og Valentinlyst HV sentret. Behandling og omsorg ved livets slutt utøves med basis i behandlings- og pleieprofesjonenes egne grunnverdier og i samsvar med institusjonenes og samfunnets verdigrunnlag. Idealet om den helhetlige omsorg omfatter fysiske, sosiale så vell som eksistensielle og åndelige behov. Selv om vår oppgave hovedsakelig tar for seg sykehjem, er dette noe som utøves både hos pleietrengende på sykehus og i hjemmebasert omsorg.

De fleste brukere som ankommer sykehjemmene er i en såpass dårlig forfatning, at man har som innstilling å bli der fram til man dør. Disse pleietrengende er svært avhengige av medisiner og menneskelig hjelp for å komme seg igjennom hver enkelt dag. Dette er med på å prege både kulturen og personalet på hver enkel institusjon.

(Eldreomsorg)

2. Metode

2.1 Metode generelt

Som en definisjon på metode har vi valgt å sitere Halvorsen -93, ”Metode er læren om de verktøy som kan benyttes for å samle inn informasjon” eller ”systematisk måte å undersøke virkeligheten på”. Og gjennom bruk av ulike metoder kan forbedre og skjerpe vår oppdagelsesevne slik at vi lettere ser:

- Årsak bak hendelsen
- Hvilke holdninger, interesser og meninger som ligger bak
- Kollektive/sosial struktur betydning for individer og gruppers meninger og handlinger

Ved å dele forskningsprosessen inn i fire faser, får vi et overblikk over hvordan man kan jobbe godt med datainnsamling og få et godt overblikk at man er på vei i riktig retning.

De fire fasene som inngår i prosessen er som følger:

1. Forberedelse

Man starter som regel prosjekter med et spørsmål eller et tema man ønsker og finne mer informasjon og kunnskap om. Dette er ikke spørsmål man stiller i dagliglivet, men et mer gjennomtenkt og reflektert spørsmål. Dette kalles da en problemstilling eller hypotese, og som en sentral del av å jobbe med problemstillinger er å sette seg godt inn i relevant faglig litteratur.

Den forberedende fasen inneholder også spørsmål som hvorfor man har valgt å gjennomføre undersøkelsen (undersøkelsens formål) og hva undersøkelsen kan bidra med. Selve problemstillingen skal ha et bestemt mål, men kan også inneholde relevante delmål som vil være gunstige eller nødvendige for å gjennomføre undersøkelsen.

2. Datainnsamling

Hvordan man har valgt å organisere og gjennomføre sin(-e) undersøkelse(-r) for å kunne finne svar på problemstillingen, kalles forskningsdesign. Og det finnes en tre ulike hovedtyper av forskningsdesign (se utfyllende informasjon under punkt 2.3).

3. Dataanalyse

Av de dataene som er samlet inn, må vi kunne trekke en slutning og konklusjon. Rådataen vi har samlet inn, vil nødvendigvis ikke gi et klart svar på vår problemstilling uten noen form for forklarende tekst (gjerne kvalitative data) og/eller ved hjelp av noen statsiske teknikker. Man bruker analysen til å tolke data man har funnet inn. Og ved data som baserer seg på et utvalg, vil man her ta høyde for usikkerhet. Dette kan gjøres da ved å bruke ulik slutningsstatistikk.

4. Rapportering

Som en oppsummering velger man å presentere de foregående delene i en skriftlig rapportering. Og disse har da spesielle konvensjoner for hvordan man setter opp og utformer slike undersøkende tekster. Når man har gjort egne undersøkelser og skal skrive en oppgave eller rapport, er det vanlig å bruke relevant litteratur, som igjen har sine regler og normer for å henvise og referere samt hvordan man setter opp en litteraturliste mot slutten av oppgaven.

2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvantitative eller kvalitative data. Hvilke innsamlingsmetode vi bør velge bestemt av informasjon vi trenger. Ved bruk av en metode får man en type data, ved bruk av annen får du en annen type data. Et hovedskille går her mellom kvantitative og kvalitative. Om man skal velge en kvalitativ eller kvantitativ metode vil i praksis bli bestemt av forskningsprosjektets problemstilling.

Kvalitativ metode brukes i problemstillinger som man ikke kan tallfeste eller knytte opp mot tall. Dette er som regel meninger, fortolkninger osv. Når man velger å bruke en kvalitativ metode, er selve teksten viktig for å gi en dypere innsikt og forståelse av problemet man har satt seg som mål. Her bruker man gjerne intervju, observasjon eller dokumentanalyse som metode for datainnsamling, og disse blir betegnet som ”myke data”.

Kvantitativ metode er da problemstillinger som gir målbare data i form av tall eller mengdetermer. Disse blir da tolket til et konkret tallsvar (som kalles ”harde data”), som enten er fasit eller kan tolkes videre i et tekstsvar. Som vi har valgt å bruke i vår oppgave.

2.3 Oppgavens design

Man har i hovedsak tre måter å kunne designe sitt prosjekt på, som baserer seg på hva man i praksis skal finne ut av, der man bruker:

- Eksplorativ (problemidentifiserende) design ved utvikling av nye perspektiv eller teorier innen et fagområde
- Kausale design brukes når man skal prøve å finne årsaksammenhenger mellom fenomener og hendelser.
- Deskriptivt (beskrivende) design handler om problemstillinger som omfatter ”hvem, hva, hvor og hvordan” og brukes når man skal finne sammenhenger mellom ulike variabler.

2.4 Reliabilitet og validitet

Reliabiliteten er kort beskrevet som hvor enkelt det vil være for andre å kopiere eller gjennomføre en lik undersøkelse med de samme utfallene. Det vil si, i hvilken grad resultatene man får er konsistente over en gitt tidsperiode. Dette kan da deles inn i tre underkategorier, eller spørsmål, vi kan stille oss når det gjelder reliabilitet. Der den første er i hvilken grad en måling, ved flere forsøk, blir den samme, stabiliteten av en måling over tid (standardavviket) og likheten av målinger innenfor en gitt tidsperiode. Man kan godt bruke den engelske oversettelsen på ordet (reliability), som betyr ”pålitelighet” for å oppsummere ordets betydning og helhet.

Validiteten til data handler først og fremst om hvor mye du kan stole på og ha lit til informasjonen som er samlet inn. Validitet handler også om man har målt det man faktisk satte seg som problem blir undersøkt, og man ikke sitter med en mengde unyttig data. Her er det da viktig og ha jobbet godt med utgangspunktet man har satt seg. Både for å avgrense mengden med behovet for data, men også for å være sikre på at vi finner riktig type data. Validitet deles også inn i tre underpunkter, begrepsvaliditet, intern validitet og ytre validitet, som hver for seg handler om ulike deler av en oppgaves problemstillinger.

2.5 Vår datainnsamling

All intern datainnsamling er skjedd i forbindelse med møter med økonomisk rådgiver i Trondheim kommune ved Roy Åge Østerås og driftsforvalter ved Trondheim Hospital ved Sigurd Ingvaldsen. Vi har da mottatt regnskapstall fra 2010 for enkeltavdeling hos Valentinlyst HV senter og hele omsorgsregnskapet hos Trondhjem Hospital.

Regnskapstallene viser kostnader og inntekter i henhold til norsk regnskapsstandard. Hos begge institusjonene har et anslag over hvor mye det vil koste dem å pleie en bruker, men ikke et eksakt tall. De har heller ingen sammenlikning mellom ulike sykehjem for å teste eventuelle effektivitets gap eller om det er en noenlunde lik kostnad.

Vi velger å se bort i fra en kvalitets del av driften, da denne er lovpålagt og vil variere fra de pasientenes pleiebehov og alvorlighet på sykdom. Som nevnt tidligere kan effektivitets gap argumenteres med en forskjell i pleie, men vi går da ut i fra et økonomisk prinsipp, der antall kroner er lik kvaliteten på pleie. Mange vil mene dette er kontroversielt, og kanskje ikke helt riktig av oss å gjøre. Men vi

har ingen muligheter til å gjøre noen omfattende undersøkelser på hvert enkelt sykehjem over trivsel til brukere og ansatte.

Henvisninger: (*Sander 2006 og Gripsrud 2011*)

3. Teori

3.1 Valg av teori

Da vi fikk utlevert regnskapstallene for de ulike sykehjemmene dukket det opp spørsmål angående hvilke teori som var mest logiske å bruke når det gjaldt kostnadene. Da sto vi mellom ABC-metoden og Felleskostnader (joint cost) og kostnadsallokering.

En hovedfaktor ved valg av teori baserer seg på den ferdige produserte tjenesten, og det leveres så komplekse og ulike tjenester at ved bruk av Felleskostnader (Joint Cost) og kostnadsallokering ville være veldig vanskelig. Vårt formål med å bruke ABC-analysen er å få knyttet ressursforbruket, både direkte- og indirekte kostnader, mot aktiviteten ”behandling” så enkelt og praktisk som mulig.

For å bevilge midler ut til hvert sykehjem, blir hver enkelt bruker gitt en sykdomsscore ut i fra en modell. Denne modellen, som blir målt ut i fra brukerens evne til å håndtere dagligdagse aktiviteter, gir en hvis sats for hvert poeng (jo høyere score, jo mer penger trengs det til pleie og omsorg). I utgangspunktet blir hvert år startet med en sum eller pot som skal vare hele året, men på grunn av usikkerheten som finnes når det er snakk om sykdom, blir dette budsjettet regulert to ganger i året.

På omsorgsboligen bor mennesker som er lite avhengig av hjelp og ekstraressurser, disse er noe mer selvstendige, og kan bare trenge oppfølging et par ganger i uken. Mange som bor på demensavdelingen, kan være meget friske fysisk. Men disse trenger store ressurser til dagliglivets oppgaver, og for å fungere i hverdagen. Dagenheten vil kun inneholde brukere på dagtid, og vill ikke kreve like stor bemanning og bruk av ressurser. De menneskene som oppholder seg på sykehjemmet bor der til livets slutt, og en gjennomsnittspasient har 7-9 sykdommer som varierer i alvorlighet.

Her bruker sykehjemmene en skala som måler dagliglivets aktiviteter (herav kalt ADL, av engelske Activities of daily living). Dette er et begrep som brukes innen helsevesenet for å definere hvor godt en bruker håndterer gjøremål frisk til daglig utfører uten problemer. Noen eksempler på dette kan være av- og påkledning, matlaging, spising, holde generell orden på eiendeler og personlig hygiene.

Denne type måling er nyttig når man skal kunne planlegge å vurdere hvilke pleietjenester en person eventuelt trenger. Det er en skala er fra 0 til 6, med punkter som perfekt helsesituasjon til død.

0. Ingen symptomer
1. Ingen signifikant funksjonshemming. Personer er i stand til å utføre alle vanlige aktiviteter trass i symptomene
2. Lett funksjonshemming. Personen er i stand til å ivareta egen livsførsel uten assistanse, men er ikke i stand til å utføre alle aktiviteter som før sykdomsdebut
3. Moderat funksjonshemming. Personen behøver noe hjelp, men kan gå uten assistanse
4. Moderat alvorlig funksjonshemming. Personen er ute av stand til å ivareta kroppslige behov uten assistanse, og ute av stand til å gå uten assistanse.
5. Alvorlig funksjonshemming. Krever konstant pleie, sengebundet, inkontinent
6. Død

(ADL wikipedia)

Ved våre sykehjem ligger gjennomsnittet på 3,87 poeng per pasient, noe som gjør at de som er innlagt har moderat til alvorlig funksjonshemming, og er i de fleste tilfeller ute av stand til å ivareta sitt daglige liv. Mye av det høye tallet, kan forklares med hvordan utviklingen i Norsk helsevesen har utartet seg. Da gjennomsnittsalderen på beboerne er 85-90 år. Med en så høy ADL, er gjennomsnittlig levetid på et sykehjem langt kortere enn før.

Variasjonen fra måned til måned vil vi vise lengre nede i tabellen over Trondhjem Hospital sin ADL oversikt for 2010.

Denne type undersøkelser er en del av rapporteringen som inngår hver måned på et sykehjem. Og meningen med dette er å plukke opp forbedringer eller forverringer hos brukeren. Dette er sensitiv informasjon, og man trenger egne

sykepleiere med kurs og opplæring til og håndterer slike opplysninger. Ved f. eks Trondhjem Hospital er det kun to ansatte som er kvalifiserte til å utføre en slik arbeidsoppgave.

Her ser du et utdrag fra programmet Gerica som er et utrekningsverktøy som baserer seg på tall fra sykehjemmene for å regne ut budsjettet og behovet hos hvert enkelt sykehjem.

<i>Trondhjems Hospital</i>	<i>Jan</i>	<i>Feb</i>	<i>Mar</i>	<i>Apr</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>	<i>Jul</i>	<i>Aug</i>	<i>Sep</i>	<i>Okt</i>	<i>Nov</i>	<i>Des</i>
<i>Simpelt snitt</i>	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5	3,8	3,7	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8
<i>Snitt fysisk pleietyngde</i>	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,9	3,8	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
<i>Snitt kognitiv pleietyngde</i>	3,5	3,5	3,5	3,5	3,6	3,6	3,6	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7
<i>Budsjett timer pr uke pr bruker</i>	10,9	10,9	10,9	10,9	10,9	10,9	10,9	10,9	10,9	10,9	10,9	10,9
<i>Snitt timer, pr uke pr bruker</i>	10,4	10,3	10,5	10,5	10,5	10,9	10,7	11,0	10,9	11,1	11,1	11,1

Tabell 3.1 ADL utregning fra Gerica hos Trondhjem Hospital

Her ser vi at det reelle tallet (simpelt snitt) varierer veldig fra modellens begrunnelse og kognitiv pleietyngde. Dette er en mulig indikator for at vi jobber med mennesker, og det å sette et tall på hvor syk og trengende en bruker er vil være vanskelig. Erfaringsbegrunnede tall (kognitive) blir bare et estimat, som man vil ha som en rød tråd under budsjettperioden, men man må være innstilt på at det reelle tallet kan variere fra måned til måned.

Med en såpass stor variasjon hos pasientene og kun et begrenset antall ressurser i form av ansatte, vil det være en stor variasjon på kostnadene og antallet som kan behandles ved sykehjemmene. Dette gjør at vi velger å se helt bort fra felleskostnader (joint cost) og kostnadsallokering, fordi vårt ferdige produkt er så varierende og uforutsigbart.

Dette gjorde at vi naturlig falt på valget om en ABC – kalkyle, der vi kan bruke ulike kostnadsdrivere til hver enkelt kostnad, og ha en stor frihet når det gjelder de indirekte kostnadene som oppstår ved hvert sykehjem.

3.2 Formålet ved valg av økonomiske kalkyler

I denne delen av oppgaven vil vi presentere vårt metodevalg. Med et utgangspunkt i de økonomiske tallene fra 2010, og vi bruker disse som et beslutningsgrunnlag for valg av teori og utførelse av oppgave. Vi ser også at det er noen etiske problemer med og kun ha et økonomisk synspunkt, og vi har valgt å kommentere dette i slutten av oppgaven. Men vi har ikke valgt å legge for mye i mulige etiske dilemma som kan oppstå. Selve formålet med den økonomiske kalkylen er i hovedtrekk å gi oversikt og kjennskap til kostnadsstrukturen i de ulike sykehjemmene vi har tatt for oss. Og vi har tilegnet oss noe kunnskap angående drift, planlegging og utførelse av økonomiske tiltak når det gjelder sykehjemmenes ”daglige” drift. Ved at vår kalkyle har grunnlag i regnskap fra året 2010, vil vi ikke få så stor variasjon mellom kalkylen og tallene hentet fra regnskapet. Når vi bruker kalkyler for å måle kostnadseffektiviteten, er det tre kalkulasjonsmål vi kan velge mellom.

1. Produktrelaterte beslutninger

Dette inkluderer beslutninger som aksept av ordre, valg av produktmiks, produsere selv eller sette bort (såkalt outsourcing), valg av prisstruktur.

2. Kostnadskontroll

Kalkyler brukes også til å sammenlikne produktkostnader med andre innen samme type virksomhet eller mot seg selv over tid. Formålet med slik benchmarking er å oppnå økt kostnadseffektivitet ved å rette fokus på den produksjonen som foregår mer effektivt. I det offentlige legges det for eksempel stor vekt på å sammenligne hva tjenester koster å produsere på ulike steder, slik at enhetene skal kunne lære av hverandre.

3. Strukturering av ressursbruken

Med god kjennskap til kostnaden kan man vurdere ressursbruken opp mot hva man får igjen. Slik kostnad/nytte-vurdering er spesielt viktig i offentlig sektor, der profitt gjerne ikke måles på samme måte som i profittmaksimerende virksomhet. Eksempel på en kostnad/nytte-vurdering for tradisjonelle profittmaksimerende bedrifter er markedsføring. Her kan vi se for oss at markedsføring blir mer effektiv når bedriften kan se hvilke markedssegment som responderer best til hvilken markedsføring og følgelig kan satse pengene på rett sted.

(Bjørnenak 1996)

Som man ser i den tabellen, blir punkt to og tre dratt fram som viktige argument for å velge kalkyler for å få en økonomisk oversikt. Disse kan gi viktig informasjon og beslutningsvariabler til økonomisk styring. Dette er også viktig i henhold til vår problemstilling, med tanke på å se på mulige effektivitetsavvik.

3.3 Historie: ABC-kalkyler

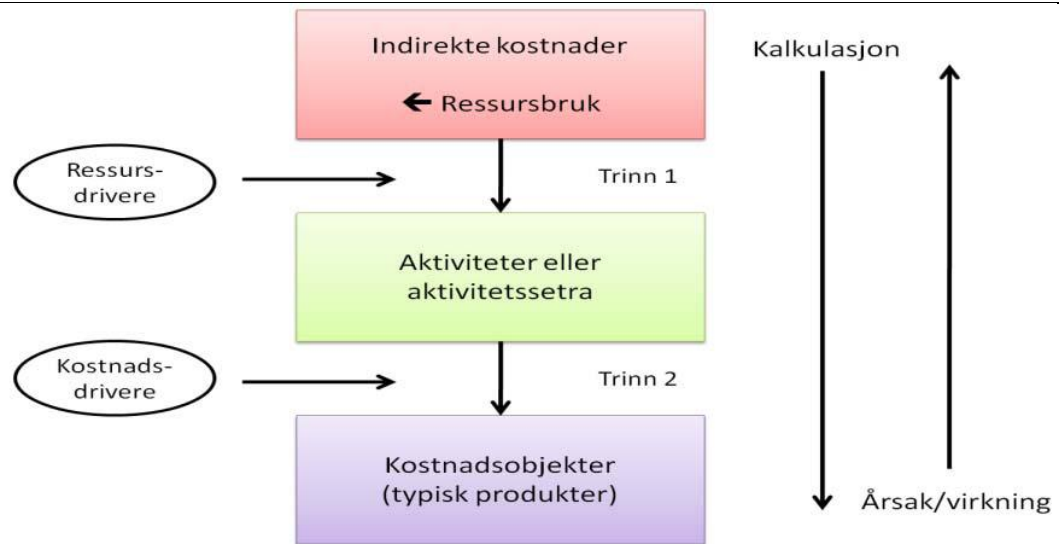
Aktivitetsbasert kalkulasjon kan føres tilbake til innovativ kalkulasjonspraksis hos enkelte amerikanske bedrifter som blant annet General Electric og John Deere på 1960-tallet. Selve konseptet ble ikke tatt i bruk før på midten og mot slutten av 1980-tallet da internasjonal konkurranse tydeliggjorde behovet for gode produktkalkyler, og den vanlige metoden med å allokere overheadkostnader (støttefunksjoner og relaterte tjenester) med prosentvise satser ikke lenger var tilstrekkelig. Mange av de da eksisterende bedrifter fikk problemer når de produserte ulike typer produkter. Disse kan ha mange likhetstrekk i form av råvarekostnader og arbeidstimer, men enkelte produkter kan trenge spesialutstyr og ekstra maskinkapasitet. Ved en prosentvis sats, vil det da de spesielle produktene bli subsidiert av produkter som er enklere å lage. Man får da en skjev kostnadsfordeling, og man kan ende opp å satse på et tapsprosjekt.

Siden den gang, har Robert Kaplan og Robin Cooper publisert flere artikler og bøker om akkurat dette, aktivitetsbasert kalkulasjon, som baserer seg på internasjonale casestudier av kalkulasjonspraksis i næringslivet. Den opprinnelige ABC-modellen fra 1986 har siden den gang blitt videreutviklet og revidert. Vi har da valgt å se på den seneste og reviderte utgaven av ABC, for dette er mer relevant i dagens samfunn, og da også vår oppgave.

(ABC – Historie)

3.4 Sentrale begreper

Vi velger å åpne med en figur fra boka Økonomi og Virksomhetsstyring, der det illustreres hvordan kostnader blir knyttet til det ferdige produktet eller tjeneste. Og videre hvordan kausalitetsprinsippet (årsak og virkningsforhold) fungerer på det endelige objektet.



Figur 3.1: Sentrale ABC-begreper, (Gjønnes og Tangen 2012)

Sentrale begreper:

Primæraktiviteter

(eller primærprosesser) er aktiviteter som er direkte med på å skape verdier i verdikjeden. Dette gjøres ved å tilføre prosessen merverdi, gjennom å videreforedle eller gjøre en tjeneste. Michael Porters generiske modell, inneholder fem overordnede aktiviteter som kan igjen deles inn i bedriftsspesifikke aktiviteter:

1. Inngående logistikk: Aktiviteter som går på råvarehåndtering og lagring, lagerstyring og returnering av varer.
2. Prosessering: Aktiviteter som transformerer råvarene om til sluttproduktet som er klar til levering.
3. Utgående logistikk: Aktiviteter som sørger for å ta vare på sluttproduktene til de er levert hos kunde.
4. Markedsføring og salg: Aktiviteter som sørger for blant annet markedsføring, prising og kanalrelasjoner.
5. Service: Aktiviteter som skal ivareta og/eller forbedre et produkt enten i form av installasjon hos kunde eller reparere et produkt som ikke fungerer slik det skulle. Dette er aktiviteter som blir foretatt etter salg har blitt gjennomført og blir derfor også kalt ettersalgsaktiviteter.

Sekundæraktiviteter

(eller sekundærprosesser) er i all hovedsak aktiviteter med hovedformål å være en støtteaktivitet til primæraktiviteten. Dette gjøres gjennom aktiviteter som ikke tilfører noen direkte verdi til selve prosessen, men som må være på plass for å sikre den daglige driften. Dette er eksempelvis kantine, økonomiavdelinger og markedsføring.

Porter har også satt opp en generisk verdikjede for de sekundære aktivitetene som skal gi et overfladisk blick på hva som trengs:

1. *Innkjøp*: Denne aktiviteten tar for seg alle støtteaktiviteter tilknyttet de primæraktivitetene som foretar innkjøp regelmessig eller uregelmessig. Aktivitetene under inngående logistikk for eksempel tar seg av kjøpene knyttet til råvarene, men innkjøpsavdelingen kan hjelpe til med å sørge for rutiner og tilrettelegging for kjøpene. Også primæraktivitetene hvor innkjøp ikke er en fast del av aktiviteten, men kan være nødvendig (for eksempel utskifting av gammelt utstyr), så vil innkjøpsavdelingen kunne bistå med assistanse med tanke på evaluering av alternativer.
2. *Teknologiutvikling*: Denne aktiviteten skal sørge for å utvikle bedriften videre ved hjelp av blant annet rutineimplementering. Ofte er denne aktiviteten delt inn i mindre enheter basert på hva bedriften produserer.
3. *HMS*: Denne aktiviteten tar for seg alle personalaktiviteter fra ansettelse til utvikling og lønn.
4. *Infrastruktur*: Denne aktiviteten tar for seg blant annet ledelsesaktiviteter, økonomianalyseaktiviteter og juridiske aktiviteter.

Kostnadsobjekter:

Ved å starte nederst på vår figur 2.1, ser vi at dette er hva vi allokere kostnadene til. Dette er enten en tjeneste eller et objekt, som utgjør en viktig rolle i kostnadsfordelingen. Det er KUN kostnader som er knyttet opp mot selve objektet, og vi følger objektet fra start til slutt. Det innebærer steg som tilfører verdi til objektet, og hva som har skjedd før eller etter er irrelevante for en slik kalkyle. I en produktkalkyle vil da det ferdige produktet være kostnadsobjekt og kunden vil være det i en kundekalkyle. I praksis, bestemmes kostnadsobjektet ut i fra problemstillingen stilt tidligere (enten som virksomhet eller skriftlig oppgave). I vår oppgave vil vi få en kundekalkyle, som fører til at pasienten (brukeren) av

helsetjenesten blir et kostnadsobjekt. Verdien sykehjemmene tilfører er daglig pleie, mat og det å bedre livskvaliteten. Teknisk sett blir dette vanskelig å måle, og penger brukt er ikke nødvendigvis synonymt med økt livskvalitet.

Aktiviteter og prosesser:

Aktivitet er en avgrenset arbeidsoppgave som foretaket gjentar over tid, og den består av en enkelthandling eller en gruppe av samhörige handlinger. Samhörige handlinger er mer knyttet opp mot produksjonsprosesser og videreforedling av ressurser, og er ikke knyttet like sterkt opp mot vår problemstilling og oppgave. Vi ser på ”Behandling” som en enkeltaktivitet, selv om den er noe variert ut i fra brukerens behov.

Fordele kostnader til aktiviteter

Som en del av trinn en i figuren, blir kostnadene som oppstår i et prosjekt eller produkt fordelt til enten hoved- eller støtteaktiviteter, enten direkte eller ved hjelp av fordelingsnøkler som vi velger å kalle kostnadsdriver.

Ressurser

Alle aktivitetene som tilfører objektet verdi er sett på som en ressurs, og omfatter materielle eiendeler (eiendeler og prosesser) og immaterielle eiendeler (som kompetanse, kunnskap, erfaring og ferdigheter) og danner grunnlaget for å gjennomføre de prosessene virksomheten trenger for å utvikle og gjennomføre verdiskapningen. Vi ser på penger som den avgjørende faktoren for ressurser, da dette innvirker på hvordan helheten av alle ressursene blir til. For å øke verdiskapning, både som materielle og immaterielle, trengs penger. Gjennom en riktig utføring, styring og kontroll av virksomhetens ressurser, vil ikke nødvendigvis bedriften maksimere profitt, da ressurser blir i stor grad påvirket av menneskelig vilje, verdier og handlinger.

Direkte og indirekte kostnader

Dette er kostnader i form av forbruken av ressurser, og er forbruken av råvarer og materiell, enten det er direkte råvare eller i form av lønn til ansatte. Disse er da de direkte kostnadene som går med på å gjennomføre verdiendringsprosessen til objektet. Indirekte kostnader bruker andre ressurser for

å tilføre sin verdi til prosjektet gjennom virksomhetens aktiviteter, som for eksempel administrasjon, og andre tilleggstenester som vedlikehold.

Indirekte kostnader blir fordelt til kostnadsobjektet i en totrinns prosess.

- *Trinn en*: først fordeles de ulike kostnadene til de ulike tilhørende aktiviteter.
- *Trinn to*: deretter fordeles disse aktivitetskostnadene til kostnadsobjektet.

Noen aktiviteter og kostnader forholder seg ikke kausalt til kostnadsobjektet, og slike kostnader blir ikke fordelt til objektet, disse er vist i figur 3.1 som ressursdrivere og kostnadsdrivere.

Felleskostnader

Kostnaden som påløper bedriften når de bruker interne tjenester eller støttetjenester. Disse avdelingene har som formål å bedrive støtteaktiviteter til produktprosessen. Et eksempel på dette kan være regnskapsavdeling, administrasjon og støtteaktiviteter knyttet opp mot kunder, IT etc.

Ressursdrivere

Ressursdrivere er med på å fordele kostnadene knyttet til trinn en, og er forklart i ellipsen på figur 3.1. Ressursdrivere har som mål å kunne fange opp hvordan aktiviteten bruker sine ressurser i prosessen, og er et mengde mål for ressursforbruket. Ressursdrivere skal også synliggjøre hva hvert enkelt produkt bruker, både av direkte og indirekte ressursbruk. Noen eksempel på dette er; areal (kvadratmeter), arbeidstimer og antall årsverk som brukes i et produkt.

Kostnadsdrivere

Kostnadsdrivere skal hjelpe til å kalkulere aktivitetens relative forbruk, og er et ytelsesmål. Dette ytelsesmålet trenger ikke nødvendigvis å være en grunnleggende årsaks variable, men må være sterkt korrelatert og knyttet mot denne. De ulike kostnadsdriverne bør og skal ikke ha en korrelasjon seg imellom for å sikre en god og så riktig som mulig kalkyle.

(Gjønnes og Tangen 2012)

3.5 Utviklingen av en ABC-kalkyle

Man kan videre fordele de to trinnene inn i fire faser for å kunne utføre en kalkyle. Der trinn en blir knyttet opp mot 1. Identifisere virksomhetens aktiviteter og 2. Fordele kostnader til aktivitetene. Og trinn to 3. Identifisere egnede kostnadsdrivere (gode fordelingsnøkler) og 4. Fordele kostnader til produktet eller andre kostnadsobjekt.

For å kunne gi et mer komplett bilde, vil vi forklare litt nærmere hva disse stegene innebærer.

1. Identifisere virksomhetens aktiviteter

Dette er gjerne aktiviteter som er avgrenset og gjentakende arbeidsoppgaver, og antallet av ulike aktiviteter kan være betydelig (spesielt i større virksomheter). Hvis vi skal beskrive virksomheten i en ABC-modell og analysere dette, vil det være en viktig faktor at detaljgraden er overfladisk og ikke for høy. Ved en for avansert modell, vil de neste stegene i prosessen svært kompliserte utføre, og modellen blir fort uhåndterlig og ressurskrevende å drifte. Dette kan være motsigende i et såpass sterkt IT-samfunn vi lever i, og bedrifter som kan og har muligheten til å investere store summer kan virkelig få utnyttet denne type analyse.

Hovedprosess	Eksempel på aktiviteter
Direkte Kostnader	Direkte lønn og forbruksvarer
Husøkonom	Utarbeider og drifter lønningssystemer
Vaktmester	Vedlikehold av bygg og uteareal
Administrasjon	Lede og drifte sykehjemmet på et administrativt nivå
Rekvisita og materiell	Reparasjoner, omgivelser og annet
Kapitalkostnad	Renter og avdrag, vedlikeholdsfond,

Tabell 3.2 Virksomhetens aktiviteter

Vi ser at hver prosess kan deles opp i aktiviteter, og videre inn i mer detaljerte underaktiviteter av mer ensartede handlinger. Det er et praktisk spørsmål om hvor mange aktiviteter som bør inngå i en ABC-modell, med andre ord, hvor detaljert vil vi at modellen skal være.

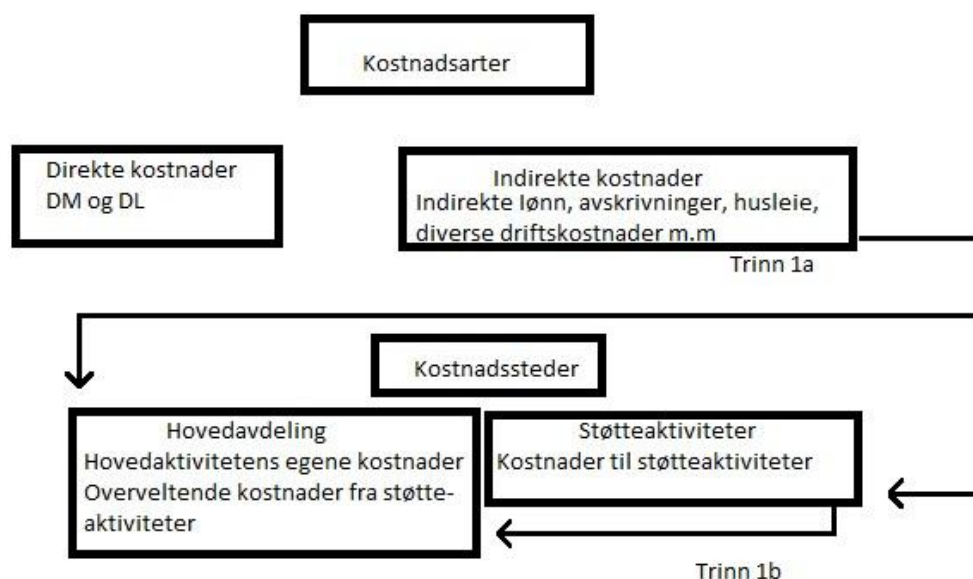
2. Fordele kostnader til aktivitetene

Kostnadsfordelingen i trinn 1 i figuren blir fordelt, enten direkte eller ved hjelp av fordelingsnøkler (også kalt ressursdrivere), til hoved- og støtteaktivitetene ved objektet. Her er det veldig viktig å kunne være konsekvent ved å se på selve produktet eller tjenesten som kostnadsobjekt i ABC modellen, og at de indirekte kostnadene er indirekte med hensyn til produktet.

Her er det da viktig å skille mellom kostnader som er indirekte hos produktet, og kanskje direkte når det gjelder aktiviteter.

Som en metode for datainnsamling for å fordele indirekte kostnader med hensyn til aktiviteten, kan det være lurt å gjøre intervjuer, se på rapporter og andre typer undersøkelser hvor arbeiderne anslår sin egen tidsbruk på aktiviteten. Dette for å få reelle tall, og ikke bare et anslag. For eksempel, kan en prosess være anslått av administrasjonen å ta 30 minutter og i realiteten bruker hver arbeider 40 minutter. Da vil ikke en kalkyle basert på tall fra administrasjonen gi et riktig kostnadsbilde av situasjonen.

Fordeling av indirekte kostnader til aktiviteter i trinn 1



Figur 3.2: Fordeling av indirekte kostnader til aktiviteter i trinn 1.
(Gjønnnes og Tangen 2012, 427)

I en bedrift eller virksomhet forholder hovedaktiviteten seg til hovedprosessen, mens støtteprosessen er aktiviteter som er knyttet til ledelse og styring, administrasjon, vedlikehold og IT.

I trinn 1 av kostnadsfordelingen, fra figur 2.1, fordeles først de indirekte kostnadene til bedriftens hoved og støtteaktiviteter basert på aktivistenes forbruk av de underliggende ressursene. Men, ved figur to, tar vi et nærmere blikk på hva som skjer videre. Her ser vi at i del 1 er den samme som tidligere, og del 2 ser vi at støtteaktiviteters kostnad blir fordelt tilbake til hovedaktiviteten. Dette gjøres ved hjelp av kausalitetsprinsippet, for å fordele riktig bruk av kostnader til hovedaktiviteten.

3. Identifisere egnede kostnadsdrivere

Skal man kunne gjøre et godt arbeid når man skal kalkulere ved hjelp av ABC-metoden, er det vesentlig at man velger gode og passende kostnadsdrivere. Dette er avgjørende for en fungerende modellering som skal fungere til kostnadsanalyse og kostnadskontroll gjennom aktivitetsstyring. I ABC-prosessen skilles det mellom tre ulike grupper:

- Frekvensbaserte kostnadsdrivere:

Disse kostnadsdriverne måler antall ganger en aktivitet gjennomføres i en bestemt periode. Denne type drivere kan benyttes hvis selve aktiviteten er noenlunde ensartede, og vil ta i bruk ca. de samme type og mengde ressurser hver gang den utføres. Denne type kostnadsdrivere er de som er enkle å jobbe med, og disse er minst arbeids- og ressurskrevende.

- Tidsbaserte kostnadsdrivere

Denne typen kostnadsdrivere baserer seg på målte tider det tar å utføre den bestemte aktiviteten, og trenger ikke være avhengige av at aktivitetene er lik i ressursbehov og arbeidstimer. Denne type kostnadsdrivere egner seg ved bedrifter som driver med ulike produkter eller svært tilpassede produkter ut i fra kundens spesifikasjoner, der både tid og ressursbruk kan variere drastisk.

- Ressursbruksbaserte kostnadsdrivere

Ved bruk av denne kostnadsdriveren ressursforbruket målt gjennom observasjon/rapportering når aktiviteten gjennomføres. Ressursbruksbaserte kostnadsdrivere er velegnet i situasjoner hvor de forskjellige kostnadsobjektene ressursbruk varierer betraktelig. I disse situasjonene kan man konkret anslå de totale kostnadene knyttet med hver type aktivitetsgjennomføring. Denne type

kostnadsdrivere er den mest tid og ressurskrevende av disse tre

kostnadsdrivertypene som man kan velge mellom. Men til gjengjeld, vil man få en mer konkret kalkyle.

Det er vanskelig å måle ideelle kostnadsdrivere som faktisk forklarer variasjon i aktivitetskostnadene på lang sikt. Derfor er det u hensiktsmessig å bruke disse typer kostnadsdrivere.



Figur 3.3: Aktivitetskostnader som funksjon av grunnleggende og målbare kostnadsdrivere

Når vi bruker ABC-analyse må vi passe på at de valgte drivere inneholder to egenskaper:

Den første egenskapen er en høy forklaringsgrad, R^2 = forklart variasjon / total variasjon. Det betyr at variasjon i kostnadsdrivere forklarer store deler av variasjonen i antall kostnadsdriverenheter på lang sikt.

For at aktivitetskostnadene skal fordeles til objektet på en hensiktsmessig måte, er det mulig og enkelt å måle kostnadsobjektene (typisk produktene og kundene) forbruk av kostnadsdriverenheter.

En videreutvikling av ABC kalles ABM (activity-based management) på fagspråket. Med informasjonen vi har fra ABC, danner dette grunnlaget ABM trenger for å oppnå en kostnadsreduksjon og bedret kundetilfredshet gjennom det å kunne drive med aktivitetsstyring. Hvis dette er hensikten, bør man inkludere ytterligere to egenskaper til de allerede eksisterende.

Driveren burde være en av hovedårsakene til aktivitetens kostnadsvariasjon. Og i slike tilfeller kan man være uheldig å fjerne symptomene, ikke årsaken til kostnadene.

Når man velger kostnadsdrivere, bør disse i mest mulig grad være så uavhengige fra hverandre som mulig. Ved sterkt korreallerte kostnadsdrivere i en aktivitet til en annen, vil dette gjøre det vanskelig å kunne fatte en god beslutning, siden de kostnadmessige konsekvensene er for kompliserte til å kalkulere og kartlegge.

Fordele kostnader til produktet eller andre kostnadsobjekt

Aktivitetssats det er kostnader per kostnadsdriverenhet eller kostnad per kapasitet enhet. Aktivitetssats beregner vi etter at kostnadsdriver er valgt.

Aktivitetssats = Indirekte kostnader / kostnadsdrivere

Den tilgjengelige, praktiske kapasiteten er nevnevolumet i brøken. Denne skal fange opp per kostnadsdriveren kan håndtere i en periode. Når vi legger rasjonell drift til grunn og tar hensikt til periodisk vedlikehold og oppgraderinger.

Struktur og kompleksitet er en grunnleggende årsak for at man skal skifte fra tradisjonelle kalkyler til en ABC-kalkyle.

Selv om den totale kostnaden ved en høy produksjon er mye høyere enn ved en lav produksjon, skjer dette på grunn av at enkelte aktiviteter utføres hver gang man produserer en enhet. Dette kan være direkte materialkostnader eller kostnaden en ekstra enhet fører på støttefunksjonen.

De fleste virksomheters totale kostnad er en funksjon eller et bilde av produksjonsvolum og virksomhetens struktur. Her ser vi at jo mer kompliserte strukturer det er hos den enkelte bedrift, jo høyere blir kostnadsnivået når produksjonsforholdene er like. Ved å ha en god verdikjedebeskrivelse kan man i stor grad synliggjøre strukturene på prosess og aktivitetsnivå, men her må man være oppmerksom på at disse forholdene er immaterielle, og i stor grad usynlige.

Den totale kostnaden en virksomhet har, kan forklares gjennom måten man velger å organisere Porters tidligere nevnte generiske verdikjede. Kalkulasjonens oppgave blir da å fordele slike strukturkostnader til objektet etter en årsaks-/virkningsprinsipp som er avhengige av gode fordelingsnøkler. Ved å bruke ABC-modellen har vi allerede disse i form av kostnadsdrivere.

I 1990 ble ABC modellen revidert til ny versjon, da den ble utsatt for kritikk av modellens selvkostinnretning. Denne forklarte virksomhetens kostnadsstruktur identifiserer relevante kostnader og gi god beslutningsstøtte.

Denne modellen baserte seg på at tilgjengelig kapasitet er tilsvarende ledig kapasitet og utnyttet kapasitet. Denne versjonen inneholdt også et aktivitetshierarki

4. Økonomisk analyse av data

4.1 Avgrensninger og forutsetninger

- De ulike helsesentrene har da ulike avdelinger som er forskjellige fra senter til senter, vi har da snevret inn vår oppgav til å kun omhandle sykehjemmet og den daglige driften rundt det.
- Det vil være logisk å sammenlikne de ulike sykehjemmene for å kunne uttale seg noe om en effektiv og god drift på hver enkelt post.
- Vi har valgt å konsentrere oss om Trondheim Hospital i starten, på grunn av arbeidsmengden og praktiske grunner. Her er det flere poster og et mer innviklet regnskap. Hos Valentinlyst HV senter, er de fleste kostnadene allerede fordelt på avdelinger. Disse vil da bli målt opp mot hverandre, og hvor vi finner et avvik vil vi først og fremst se på bakgrunnen for tallet før vi konkluderer med et effektivitets gap.

Vi skal bruke regnskapstall fra 2010, og disse har ikke en fordeling av indirekte kostnader. Vi har da valgt å bruke en skjønnsmessig inndeling, som er den mest brukte.

Fire ulike måter å fordele kostnader på:

1. *Skjønnsmessig inndeling*: dette er da den mest brukte kostnadsfordeleren, og inneholder alle kostnadene i kontoplanen. Og blir der angitt som fast eller variabel kostnad.
2. *Høy- /lavmetoden*: Dette er en veldig enkel men ikke teoretisk måte å fordele kostnadene på. Den avleder en fast og en variabel kostnadsandel, med utgangspunkt i to observasjoner
3. *Regresjonsanalyse*: Er en veldig teoretisk måte å fordele kostnadene på, og baserer seg på mange ulike observasjoner. Avleder også en fast og en

variabel kostnadsdel med grunnlag i de ulike observasjonene som er gjort og kostnader ved ulike kostnadsnivåer.

4. *Ingeniørmodellen*: Gjør et anslag om hva kostnadene bør være dersom produksjonen er rasjonell. Og finner hva som er en akseptabel kostnad. Denne brukes som regel ved ny oppstartede foretak og prosjekt.

Vi har da valgt å finne totalkostnaden for hele avdelingen, og deretter valgt å dele på virkelig antall eller budsjettert antall pasienter.

Hos Trondheim Hospital inneholder disse fem avdelinger: omsorgsboliger, demensavdeling, dag-enhet, sykehjem og administrasjon med husøkonom og vaktmestertjeneste. Av disse, må vi fordele administrasjonskostnader (konto Husøk 0330, Admin 0310 og Vaktmester 0340, *se vedlegg 1*) på en fornuftig og reel måte, samt noen felleskostnader, konto 0000.

Vi skal da benytte aktivitetsbasert kalkulasjon for å fordele de indirekte kostnadene knyttet til avdelingen.

Disse må da få et godt fordelingsgrunnlag, som baserer seg på bruken av de ulike tjenestene. Vi har tatt forutsetninger om at alle administrative kostnader (husøkonom, administrasjon og vaktmester) er indirekte faste kostnader, på kort sikt. Men på lengre sikt, vil dette bli direkte variable kostnader, på grunn av at de er så knyttet til driften. For eksempel en økning i antall pasienter, vil få en økning i areal og ansatte, og dette må kompenseres i resultatet til husøkonom, administrasjon og vaktmester.

Vi har først valgt å se på lønnskostnadene hos hver enkelt avdeling å disse blir fordelt ganske enkelt. Når vi går over på andre kostnader, vil vi heller se på hver enkelt utgiftspost, å fordele ut i fra hva vi synes er logisk. Vi velger å se på lønnskostnadene som en helhet, og ikke fordele hver enkelt post. Disse vil ikke ha noen andre kostnads drivere eller fordelingsmåte enn det vi har satt på felleskostnadene. Vi har da valgt å vurdere ut i fra aktivitet om det er volum-, aktivitetsbasert eller andre former for fordelingsgrunnlag i vår vektlegging av kostnadsdrivere.

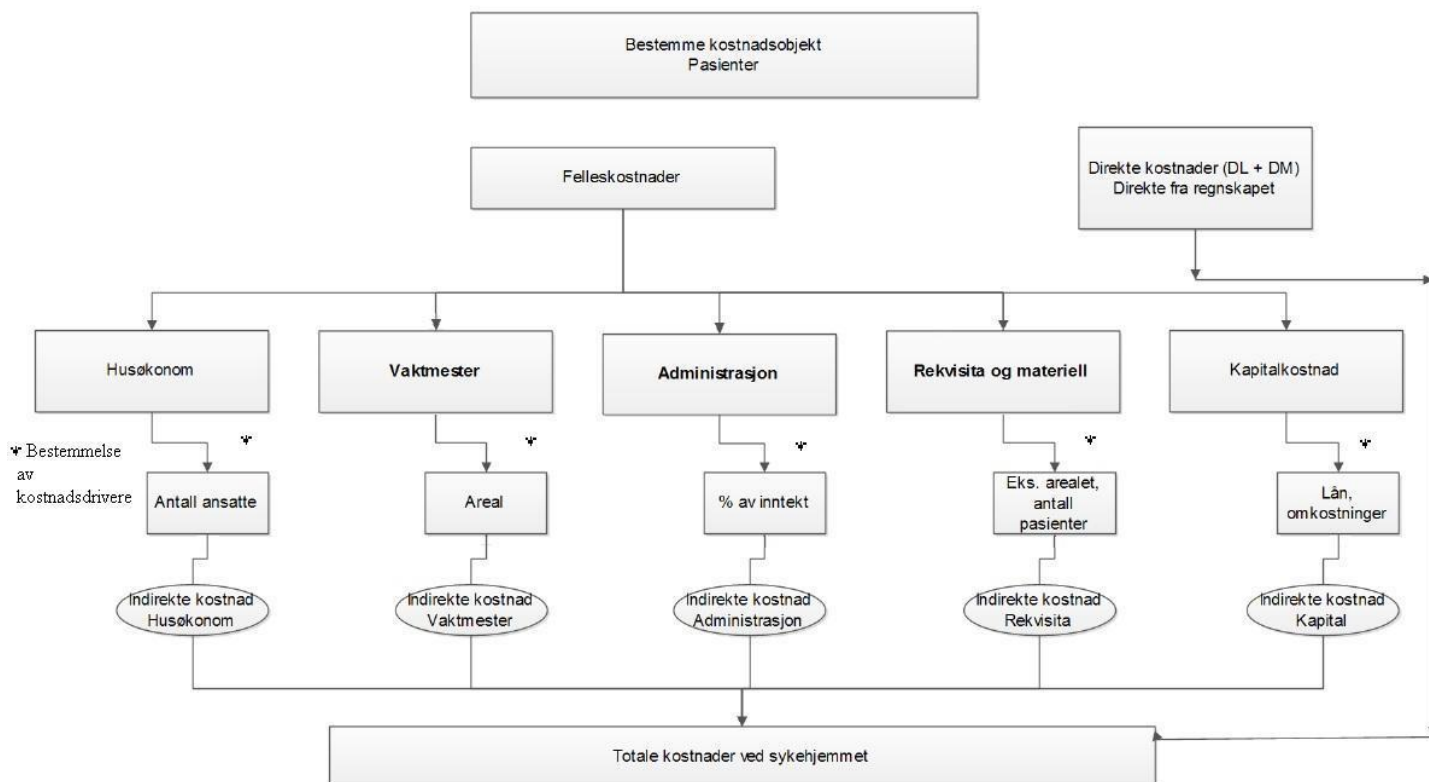
Ved fordeling av vaktmestertjenestene har vi valgt to ulike typer kostnadsdrivere, for å sette disse opp mot hverandre å finne ut hvilken som er mest logiske. Dette er en utrekning av felleskostnadene ut i fra totalareal og en ut i fra antall pasienter. Her vil vi se om ordningen ”kr per pasient” vil være noe forskjellig fra ”kr per areal som bruker har”.

Husøkonomens hovedoppgave er lønn, derfor har vi valgt å se på antall ansatte som en kostnadsdriver.

Det er også noen felleskostnader som kun er knyttet til enkelte avdelinger, for eksempel lærlinger.

Rekkefølgen i kostnadsanalysen:

Ved utarbeidelse av vår økonomiske analyse ønsker vi først å starte med en overordnet modell som viser de totale kostnadene ved sykehjemsavdelingene.



Figur: 4.1 Overordnet Kostnadsmodell

Dette vil da gi oss en god oversikt over reelle kostnader ved hver institusjon, og kunne gi oss gode svar på hvilken poster som utpeker seg opp mot hverandre. Vi vil bruke den samme modellen for begge institusjonene, for å kunne lettere sette oss inn i hvert enkelt regnskap og for å gjøre vårt eget etterarbeid, samt konklusjonen, mer oversiktlig og lettlest.

Etter møte med leder ved Trondheim sykehjem, Sigurd Ingvaldsen, fikk vi resultatene og regnskapet for 2010. Dette har vi da omgjort til en ABC-analyse, der vi har inndelt de ulike postene og tilført felleskostnadene som oppsto ved drift.

Først valgte vi å dele opp posten Felles (0000) etter ABC-metoden. Disse ble da gitt egne kostnadsdrivere ut i fra intervjuer og logisk tenkning. Da fikk vi de ulike aktivitetssatsene som vi mente var relevante for deres drift, og støttefunksjonene som må til for å drive sykehjemmet.

De ulike kostnadsdriverne er i hovedsak basert på areal og brukere, og derfor mest relevante til fire avdelinger, omsorgsboliger i Kongens gate 72, Bokollektiv, Dagenhet og Sykehjem.

	Brukere	Areal (kvm)	Årsverk	Arbeidstakere
Kongensgate 72 (Post 0280)	38	Irrelevant	Irrelevant	Irrelevant
Bokollektiv (Post 0260)	19	Irrelevant (665)*	Irrelevant	Irrelevant
Dagenhet (Post 0270)	27	Irrelevant	Irrelevant	Irrelevant
Sykehjem	50	3514	59,43	95
SUM:	134	8919	110	220

Tabell 4.1: Overrelevante kostnadsdrivere,

**inkl noe av fellesarealet hos sykehjemmet*

Her er da basisinformasjonen vi velger å bruke til vår ABC-analyse, og for å kunne fordele kostnadene på en så tilnærmet lik aktivitetsbasert. Disse vil da bli våre primære kostnadsdrivere i oppgaven.

Men, noen av våre kostnader skal også fordeles ut på støttefunksjonene Husøkonom (post 0330), Administrasjon (post 0310) og Vaktmester (post 0340). Selv om vi flytter noen av felleskostnadene over til vaktmester, vil ikke denne kostnaden øke, på grunn av at dette er regulert med en egen sats hos kommunen. Det vil si at vi ikke kan være helt sikre på om denne kostnaden er estimert på en riktig måte, eller en gjennomsnittsum. Mye av kostnaden hos Vaktmester forsvinner også med tanke på salg av tjenester fra Trondhjems Hospital sin side. Disse vil da bli videre brukt til å regne ut hvor store kostnader Sykehjemmet vil generere ut i fra et års drift. Vaktmesterkostnadene utgjør 600 000,- se Trondhjem Hospital, avregning husleie 2010.

Interne Forutsetninger

Trondhjem Hospital har da en felles lønnspost, som da skal dekke lønnskostnader som dukker opp utenom de vanlige sykepleierne som går under direkte lønn. Disse er relativt små i den store sammenhengen og vil for det meste være indirekte kostnader knyttet opp mot driften.

Utstyr; Dette er utstyr som går med i driften av sykehjem, bokollektiv og omsorgsboliger. Da faller det naturlig å fordele disse ved antall brukere (107stk, omsorgsbolig 38stk, Bokollektiv 19stk og sykehjem 50stk)

Aktivitets kostnad: Utstyr 139 204,-	Kostnadsdriver: Antall brukere	Aktivitets sats: 139 204,-/107 = 1301,-
--	-----------------------------------	---

$1301 * 50 = \underline{\underline{65050,-}}$ og overføres til direkte material

Aviser/Tidsskrifter/faglitteratur; Denne utgiften blir skjønnsmessig kostnadsført, og kun overført til administrasjon. Dette for å gjøre det enkelt, å disse vil da bli viderefordelt når vi skal dele opp Administrasjonskostnadene til omsorg, demens, sykehjem og dagsenter. **Totalt overført: 22 976,-**

Telefon; Dette ser vi også på som en administrasjonskostnad, og vi har valgt å kostnadsføre denne der. Dette vil komme tilbake til Sykehjems-driften, i form av en administrasjonskostnad. **Totalt overført: 129 341,-**

Trykking; Denne er feilført og vi flytter den til Reproduksjon, **Totalt overført: 380,-**

Papirrekvisita; (74 295) Her har vi også valgt en prosentvis tilnærming på hvor stor andel hver avdeling vil få i kostnader. Ut i fra samtaler med Trondhjems Hospital, har vi funnet ut at 80% av dette er kostnader knyttet opp mot Administrasjon. (vi har da valgt å fordele disse videre inn i Husøkonom, administrasjon og vaktmester)

	Papir	74295
Omsorgsbolig	4 %	2971,8
Bokollektiv	4 %	2971,8
Dagsenter	2 %	1485,9
Sykehjem	10 %	7429,5
Husøkonom	39 %	28975,05
Administrasjon	39 %	28975,05
vaktmester	2 %	1485,9
<u>SUM</u>		<u>74295</u>

Porto; Denne kostnaden er valgt og fordelt ved hjelp av prosent ut fra en logisk slutning vi selv har tatt. Ut i fra vår oppfatning, har vi valgt å dele dem inn i prosentvise satser, der vi velger å bruke $\frac{1}{4}$ av portokostnadene hos husøkonom (Dette fordi her sendes det ut lønnslipper). Videre, har vi valgt å gi en stor del kostnad til sykehjemmet, dagsenter, omsorgsbolig og bokollektiv, med tanke på kommunikasjon mellom sykehus og andre institusjoner som skal bedre hverdagen til beboere, ut i fra hvor mange brukere som tilhører hver avdeling.

	<u>Porto 22072</u>	
Omsorgsbolig	15 %	3310,5
Bokollektiv	8 %	1765,6
Dagsenter	10 %	2207
Sykehjem	21 %	4634,7
Husøkonom	25 %	5517,5
Administrasjon	18 %	3972,6
Vaktmester	3 %	662,1

Reproduksjon: Dette er i hovedsak en administrasjonskostnad.

Totalt overført 83 467,-

Reklame og annonser: Disse fikk vi beskjed om å fordele likt på alle avdelinger.

Dette var da den mest logiske måten å fordele kostnaden på.

Aktivitets kostnad:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
Rekl. og ann. 12 990,-	Antall avdelinger	12990,-*0,2 = 2598,-

2598,- overføres til indirekte kostnader

Reklame*		
Omsorgsbolig	20 %	2598
Bokollektiv	20 %	2598
Dagsenter	20 %	2598
Sykehjem	20 %	2598
Husøkonom		974,25
Administrasjon		974,25
Vaktmester	20 %	649,5

**Her ble vi nødt til og skjønsmessig dele kostnaden videre*

Elektrisk Kraft: Feilføring, overført til databehandling, 32 887,-

Rengjøring Leid hjelp: Overføre til rengjøringsmiddel, 4042

Rengjøringsmiddel: Her har vi valgt å bruke en funksjon av arealet som kostnadsdrivere, ut i fra intervju med Trondhjems Hospital fant vi ut at et personlig rom vaskes en gang i uken, og fellesareal vaskes annenhver dag. Vi har da prøvd å finne en funksjon som skal kunne dele opp disse kostnadene best mulig.

Av det totale arealet på Trondhjem Hospitals sykehjem, er 3745kvm (107 brukere, og lovfestet 35KVM pr bruker) enkeltrom. Vi går ut i fra at resterende er et fellesareal. Som en utledning av tidligere tekst og utrekning (hvert rom vaskes 1 gang pr uke, og annenhver dag på fellesareal 3,5 ganger pr uke), får vi 5174 KVM med fellesareal som vaskes ca. annenhver dag.

		Totalt på Trondhjem Hospital	Sykehjem
KVM bolig	(107*35)	3745	2415
KVM fellesareal		5174	1764
KVM reelt vasket	(bolig)	3745	2415
	(felles)	18109	6174
KVM Pr. uke	Totalt	21854	8589

**KVM
pr år
(52uker)** **1136408** **446628**

Ut i fra dette, får vi en kostnadsdriver for renhold, rengjøringsmidler og andre arealrelaterte kostnader. Det er mye som kan være feil med denne utrekningen, men grovt sett

Aktivitets kostnad: Reng. Middel 245.651+4042	Kostnadsdriver: Areal, utrekning	Aktivitets sats: 249693,-/113 6408 = 0,22
---	-------------------------------------	---

$0,22 * 446\ 628 = \underline{\underline{98\ 258,16,- \text{ overført til renholds kostnader}}}$

Vask av tøy: Her har vi valgt å bruke antall heldøgnbrukere på sykehjemsdelen som kostnadsdriver.

Aktivitets kostnad: Vask av tøy 185 008,-	Kostnadsdriver: Antall heldøgns brukere	Aktivitets sats: 185.008,-/69 = 2681,2
---	--	--

$2681,2 * 50 = \underline{\underline{134\ 060, \text{ overføres til indirekte kostnader}}}$

Plast og papir: Her er det snakk om utstyr til heldøgns pasienter, og derfor har vi også her brukt dette som kostnadsdriver. (eks. bleier, tørkepapir, etc.)

Aktivitets kostnad: Plast og papir 653 856,-	Kostnadsdriver: Antall heldøgns brukere	Aktivitets sats: 653 856,-/69 = 9476,2
--	--	--

$9476,2 * 50 = \underline{\underline{473\ 810, \text{ overføres til direkte material}}}$

Andre utgifter lys og brensel: Dette er basert ut i fra arealet som hver enkelt avdeling opptar. Totalarealet: 8919KVM, og av dette er sykehjemmet 4179KVM

Aktivitets kostnad: Andre utg. lys 31 584,-	Kostnadsdriver: Total areal	Aktivitets sats: 31 584,-/8919 = 3,5*
---	--------------------------------	---

(46,9%). Da blir den kostnaden for sykehjemmet (inkludert bokkollektivet) 14798,69,-. Dette blir videre fordelt per bruker for sykehjemmet (50) og Bokkollektivet (19).

*Kostnader til sykehjem: $(14798,69/69 * 50)$ **10723,- og overføres til energikostnader**

Andre avgifter og forsikring: Her fordelte vi på totale brukere av hele sentret.

Aktivitets kostnad: Plast og papir 16437,-	Kostnadsdriver: Antall brukere	Aktivitets sats: 16437,-/107= 153,6
--	-----------------------------------	---

153,6 * 50 = 7680,- overføres til indirekte kostnader

Reise og diett godtgjørelse: **Flyttet til kontingenter, 2985,-**

Matvarer: Dette er når sykehjemmet går over sitt planlagte matbudsjett, å betales inn. Dette er ingen direkte utgift som skal kostnadsføres.

Klær / sko / vernematerialet: (227.954) Kun i bruk på heldøgnsentret, og blir fordelt deretter

Aktivitets kostnad: K/S/V 227954,-	Kostnadsdriver: Antall heldøgns brukere	Aktivitets sats: 227954,-/69= 3303,7
--	--	--

$3303,7 * 50 =$ **165 185,- overføres til direkte kostnader**

Medisiner: Dette er en feilført kostnadspost, så vi har rettet den opp. Etter dette, er kostnaden fordelt på heldøgnsbrukere.

Medisiner	16336
Medisiner overført til Sykehjem	12000
Vaksiner til ansatte	4336

Aktivitets kostnad: K/S/V 4336,-	Kostnadsdriver: Antall heldøgns bruker	Aktivitets sats: 4336,-/69= 68,84
--	---	---

$68,84 * 50 =$ **3442,- å overføres til direkte material**

Service/kjøkkenutstyr: Dette blir brukt til alle som får mat på Trondhjem Hospital, og blir fordelt ut i fra brukere.

Aktivitets kostnad:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
Service/kjøkken 48185,-	Antall brukere	48185,-/107= 450,33

$450,33 * 50 = \underline{\underline{22\ 516,35,-}}$ å overføres til direkte material

Tekstiler: Dette er kun en kostnad som kommer på Heldøgnsentret pga eget budsjett for dette under omsorgsboligen. Selv om administrasjon har noe (svært lite) har vi valgt og kun kostnadsføre dette opp mot sykehjemmet. Da dette er de eneste som skal ta denne utgiften.

Aktivitets kostnad:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
Service/kjøkken 25223,-	Antall heldøgns brukere	25223,-/69= 365,6

$365,6 * 50 = \underline{\underline{18\ 280,-}}$ å overføres til indirekte kostnader

Medisinsk rekvisita: Dette er kun kostnader som tilfaller sykehjemmet og vi bruker brukere som kostnadsdriver.

Aktivitets kostnad:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
Med. rekvisita 331309,-	Antall heldøgns brukere	331309,-/69= 4801,6

$4801,6 * 50 = \underline{\underline{240\ 080,-}}$ å overføres til direkte material

Andre driftsmaterialer: Denne kostnaden blir fordelt på totale antall brukere, etter som denne dekker diverse utgifter forbundet med driften over hele Trondhjem Hospitals brukere.

Aktivitets kostnader:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
Andre drifts 105886,-	Antall brukere	105886,-/107 = 989,6

$989,6 * 50 = \underline{\underline{49\ 480,-}}$ å overføres til indirekte kostnader

Databehandling: Dette er en kostnad som faller til alle brukere av Trondhjem Hospital, og inkludert feilføring er denne posten på 254738,-*. Dette fordeles da i de ulike avdelingene ut i fra antall brukere.

* $221\ 851 + 32\ 887 = 254\ 738,-$

Aktivitets kostnader:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
Data 254738,-	Antall brukere	254738,-/107 = 2380,7

$2380,7 * 50 = \underline{\underline{119\ 035,-}}$ overføres til indirekte kostnader

Kontingenter og kursavgift: Dette er kostnader som ikke er faste fra år til år, å vil derfor ikke være med i vår kalkyle.

Transportutgifter: De andre avdelingene har adskilte budsjetter for å dekke dette. Derfor fordeles de på antall heldøgnsbrukere. Dette er penger som brukes til å kjøre pasientene til og fra bopel til sykehuset.

Aktivitets kostnad:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
Transportutgifter 51433,-	Antall heldøgns brukere	51433,-/69 = 745,4

$745,4 * 50 = \underline{\underline{37270,- \text{ overføres til direkte kostnader}}}$

Spesialundersøkelse: (50122) Undersøkelser som foretas på sykehuset, og dette gjelder de mest syke. Vi har da tatt et valg, og konkludert med at disse er som regel innlagte på sykehjem og demensavdelingen.

Aktivitets kostnad:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
SU. 50122,-	Antall heldøgns brukere	50122,-/69 = 726,4

$726,4 * 50 = \underline{\underline{36\ 320,- \text{ å overføres til direkte kostnader}}}$

Andre kjøpte tjenester: (146188) Feilføring fra regnskapet, noe av kostnadene er ikke reelle. Resten velger vi å sette på Administrasjonskostnad.

Andre kjøpte tjenester:	146188
Revisjon:	<u>100000</u>
Regnskapstjenester som ikke er gjeldene (feilført):	46188

De gjenværende 100 000,- overføres til administrasjon

Vedlikehold utstyr: (8898) Kostnader som oppstår ved daglig drift. Reparasjoner og vedlikehold ved daglig slitasje og drift på sykehjemmet.

Aktivitets kostnad:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
Vedlikehold 8898,-	Antall heldøgnsbrukere	8898,-/69 = 129,-

$129 * 50 = \underline{\underline{6450,- \text{ til direkte material}}}$

Bensin: (1426) Overført til vaktmester

Velferdstiltak brukere: (140141) Kostnadsdriver er alle brukere, på grunn av at pengene går til underholdning av disse. NB! Selv om dette er frivillig, velger vi å fordele kostnadene på alle. Det kan være medisinske eller andre grunner til at brukere ikke velger å delta på slike arrangement, men dette tar vi ikke hensyn til.

Aktivitets kostnad:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
Velferd B. 140141,-	Antall brukere	140141,-/107 = 1310,-

$1310 * 50 = \underline{\underline{65\ 500,- \text{ til direkte material}}}$

Andre Driftsutgifter: (146505) En felleskonto for annen underholdning(NRK lisens, pianostemming), drift (møtevirksomhet med mer.) og ting (gebyrer og avgifter) som ikke passer ved de andre postene. Blir ført som felles for alle 107 brukere. NB! Dette er kanskje vår største feilfaktor, men vi velger å fordele disse kostnadene likt.

Aktivitets kostnader:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
Adriftsutg. 146505,-	Antall heldøgnsbrukere	146505,-/107 = 1369,2,-

$1369,2 * 50 = \underline{\underline{68\ 450,- \text{ til direkte material}}}$

Stipend: (9000) styrker, dette er en variabel kostnad som blir forskjellig fra år til år. Og har ingen direkte innvirkning på driften, og overføres ikke.

Velferdstiltak ansatte: (202392) Antall ansatte som kostnadsdriver, som går til et bedre arbeidsmiljø (består av gratis lunsj, julebord etc.). Av de 220 antall ansatte, er 95 knyttet til driften ved sykehjemmet.

Aktivitets kostnad:	Kostnadsdriver:	Aktivitets sats:
VelferdstiltakA 202392,-	Antall ansatte	202392,-/220 = 920,-

$920 * 95 = \underline{\underline{87\ 400,- \text{ overføres til indirekte kostnader}}}$

Støttefunksjoner: Disse aktivitetsatsene i tillegg til lønnskostnader, danner de kostnadene knyttet opp til drift av Trondhjems Hospital sine støtteaktiviteter. Dette vil vi da fordele ut på de ulike avdelingene med noe av de basisansatte og ut i fra regulativlønn.

Nå skal vi regne ut kostnader knyttet opp mot husøkonom (post 0330), og her har vi summert lønnskostnader og andre kostnader som er hentet inn fra felleskost.

Lønnskostnader	2003260,-
Styrehonorar	21 042,- (1avdeling)
AFP	18270,- (2årsverk)
Arbeidsgiveravgift	402,- (2årsverk)
Papirrekvisitta	28975,-
Porto	5517,5,-
Reklame og annonse	974,5,-
Velferdstiltak	1840,- (2årsverk)
<u>Sum:</u>	<u>2080281,-</u>

Aktivitets kostnad	Kostnadsdriver	Aktivitetssats
Husøkonom 2080281.-	Antall ansatte: 220	Kostnad per ansatt: 9456.-

Kostnadene som faller på sykehjemmet fra Husøkonomen vil da bli 95(ansatte) * 9456,- = **898303,2,-**.

Andre støttetjenester som utføres er administrasjon. Dette er en avdeling vi har brukt til å dytte kostnader som har med den daglige driften å gjøre, men i all hovedsak blir til av Administrasjonsfunksjonen. Denne har vi valgt å bruke regulativlønn som kostnadsdriver.

Administrasjonskostnader

Lønnskostnader	1576267
Styrehonorar	21042 (1avdeling)
AFP	13702,5 (1,5årsverk)
Arbeidsgiveravgift	301,5 (1,5årsverk)
Aviser/tidsskrift/faglitteratur	22976
Telefon	129341
Papirrekvisitta	28975
Porto	3972,5
Telefongodtgjørelse	3000
Reproduksjon	83467
Reklame og annonser	974,5
Andre kjøpte tjenester	100000

SUM: 1984019

Som en hjelperegning har vi summert Regulativlønn (første linje i regnskap 2010)

i alle relevante avdelinger (alle avdelinger med brukere):

8768085
 4367291
 1312597
 11506887
25954860

Aktivitet	Kostnadsdriver	Aktivitetssats
Administrasjon 1984019.-	Regulativlønn (25954860)	Kostnad per kr regulativlønn: 0,07,-

Av de totale administrasjonskostnadene, vil **879599,5,-** (0,07,- * 11506887) være generert fra drift fra sykehjemmet.

Totalt er det ansatt to vaktmestere med fulltidsstilling og ekstra bemanning om sommeren. Disse er ikke spesifikt ansatt til sykehjemmet, men har også andre arbeidsoppgaver som ikke er knyttet til drift av sykehjem.

Det trengs ikke å regne på vaktmesterkostnader, grunnet en fast aktivitetssats allerede gitt fra kommunen. Denne kostnaden er da vist til i ”Trondhjems hospital, avregning husleie 2010”. Postene Utenomhusarealer – lønn(100.000) og Vaktmester for ettersyn(500.000) danner grunnlaget for våre kostnader.

Renholdskostnadene knyttet opp mot driften er gitt til 2 146 560 (Fra vedlegg hospital trh sykehjem kongens gt 72), men dette er også inkludert demensavdelingen. Vi har tatt de samme forbeholdene her, som ved rengjøringsmidler å vasker de private rommene en gang i uken og fellesarealet 3,5 ganger i uken (hver annen dag).

KVM bolig	(50 rom*35m ²)	1750
KVM fellesareal*	(4179–1750-665)	1764
<i>(tall hentet fra tabell 3.1)</i>		
KVM reelt vasket	(bolig)	1750
	(felles, 1764*3,5)	6174

*totalt fellesareal inkl demensavdelingen.

SUM vaskeareal: 8589 (1750+6174+665)

Ut av dette, har vi valgt å fordele fellesarealet ut i fra bruker og får da et vaskeareal på 6224kvm tilhørende sykehjemmet.

*Hjelperegning: $(6174 / 69 * 50) + 1750 = 6224$*

De totale vaskekostnadene til sykehjemmet vil da være $(2146560 / 8589 * 6224) + 98\,258,16 = \underline{\underline{1\,653\,736,16}}$

Maten brukerne får vil bli tilberedt i et stort felleskjøkken som kommunen drifter og eier. Disse kostnadene er allerede fastsatt til satser som allerede er bestemt.

Dette skal dekke både tilvirkningskostnader og transportkostnader som omhandler maten. Denne kommer på 80,- per dag hos en bruker.

Vi vil da få en kostnad på $80 * 365 * 50 = \underline{\underline{1\,460\,000,-}}$

Disse utrekningene danner grunnlaget for totalkostnaden ved drift av sykehjemmet, samt de direkte lønns og materialkostnadene som oppstår.

Under post nummer 0350 i regnskapet finner vi kostnader knyttet direkte til sykehjemmet, dette inkluderer telefongodtgjørelse, medisiner og andre driftsmaterialer.

Kostnader til Trondhjem Hospital:

Lønnskostnader

Regulativlønn	11 506 887
Feriepengertill	2 107 478
fravær ref. ber	754 295
vakante lønnsmidler	397 351
fravær, ikke ref.	437 269
kvelds-, nattillegg	1 540 046
Helligdagstillegg	732 542
Forskjøvet arbeidstid	20 474
Lørdags, søndagstill.	752 324
Ekstrahjelp	251 946
Overtid	105 250
Ferievikar	723 523
Arb. givers andel	
forsikring	57 312
Forsikring	122 595
Pensjon KLP	672 017
Pensjon TKP	800 168
Lærling	114 667
AFP*	542 619
Arb. giver avgift	11 939
Arbeidsgiveravgift	2 713 482
Ref. feriepenge	109 276
refusjon sykepenge	1 944 245
Andre overfør. Fra	
komm	21 600
Overføring andre	90 811

SUM: **22 198 252**

Direkte materialkostnader

Kostnad	Sats	Driver	Kostnad til sykehjemmet
Utstyr	1301	50	65050
Papirrekvisita			7429,5
Porto			4634,7
Plast og papir	9477,2	50	473860
Klær,sko,værnemat.	3303,7	50	165185
Medisiner Felles	68,84	50	3442
Service/kjøkken	450,33	50	22516,5
Medisinsk			
Rekvisita	4801,6	50	240080
Transportutgifter	745,4	50	37270
Spesialundersøkelse	726,4	50	36320
Vedlikehold av uts.	129	50	6450
Velferdstiltak			
bruker	1310	50	65500
Andre Driftsutgifter	1369,2	50	68460
Medisiner			301645
Telefongodtgjørelse			3000
Andre Driftsmateriale			1568

SUM**1502411****Indirekte kostnader**

Kostnad	Sats	Driver	Kostnad til sykehjemmet
Reklame og ann.	2598	1	2598
Vask av tøy	2681,2	50	134060
Avg. Og forsikring	153,6	50	7680
Tekstiler	365,6	50	18280
Databehandling	2380,7	50	119035
Velferdstiltak			
ansatte	920	95	87400
Styrehonorar	21042	1	21042

SUM**390095**

Energikostnader i 2010 hos Trondheim Hospital:

Energikostnader (felles)	1 825 213,-
Energikostnader pr KVM	204,50,-
<i>Tall hentet fra vedlegg: Avregning husleie</i>	
Energikostnader Sykehjem	619713,-
Lys og brensel	10723
<u>Sum</u>	<u>630 436,-</u>

Vi har da en kostnad på Trondhjem Hospitals drift for en enkelt bruker på
608556,3,- kr.

Vi har valgt å ta med dette i oppgaven, fordi dette var noe Trondhjem Hospital,
ved Sigurd Ingvaldsen, var interessert i å vite.

Videre vil vi regne ut kapitalkostnader og vedlikeholdskostnader, og disse er
allerede oppgitt i ”Avregning Husleie”. Vi har bare regnet ut andelen til
Sykehjemsdriften:

Trondhjem hospital

Vedlikeholdskostnader		Kommentar	
Kommunale avgifter	195848	Hvert år	
Forsikringer	178717	Hvert år	
Luftbehandlingsanlegg	20724	Korrigert*	6908
		Noen lyspærer blir ødelagt hvert år, derfor avskrives ikke dette	
Gruppeskift lyspærer	20000		
Varslingsanlegg	147750	Korrigert*	29550
Vann- og sanitæranlegg	149367	Korrigert*	14936,7
Elektrisk anlegg	46091	Litt blir gjort hvert år, avskrives ikke	
Brannsikring	58091	Hvert år	
Heisanlegg	136801	Korrigert*	27360,2
		Vi kan ikke si at dette er noe som avskrives eller ikke, kostnadsfører hele beløpet	
Diverse	107881		

**Antar at dette avskrives over flere år*

<u>SUM:</u>	<u>685383,-</u>
Kostnad per kvm	76,84526,-
<u>Kostnad Sykehjem</u>	<u>232707,5,-</u>

Kapitalkostnader

Kapitalkostnader avdrag	3 605 252,-
Kapitalkostnader renter	3 866 482,-

<u>SUM</u>	<u>7 471 734,-</u>
-------------------	---------------------------

(tallene hentet fra Trondhjems Hospital avregning husleie)

Kostnad per KVM	838,-
Kostnad Sykehjem	2 944 732,- *

**Pris pr KVM * Totalareal sykehjem minus demensavdelingen (838,-*(4179-665))*

Som en oppsummering av alle kostnader knyttet til Trondhjem Hospital har vi vedlagt denne tabellen for og oversiktlig kunne se hva hver enkelt post koster.

	Kostnad
Direkte Lønn	22 198 252
Direkte Material	1 502 411
Indirekte Kostnader*	390 095
Administrasjon	879 599,5
Husøkonom	898 303,2
Vaktmester	600 000
Renhold	1 653 736,16
Mat	1 460 000
Energi	630 436
Vedlikeholdskostnader (redigert)	232 707,5
Kapitalkostnader	2 944 732
<u>SUM</u>	<u>33 390 272,36</u>

Tabell 4.2: Totale Kostnader ved Trondhjem Hospital

Dette gir oss en total kostnad på: **33 390 272,-**

Og kostnad per bruker: **667 805,5,-**

Nå følger en utredning angående kostnadene ved Valentinlyst HVsenter. Denne utredningen ble også gjort med utskrifter fra regnskapstallene for 2010, som ble gitt til oss av Trondheim Kommune ved Roy Åge Østerås. Disse tallene var noe enklere enn ved Trondhjem Hospital, og var knyttet direkte opp mot selve sykehjemsdriften (se vedlegg Valentinlyst HVsenter). Dette gjorde vårt arbeid mye enklere, samt vi bygger videre på erfaringer gjort under tidligere utredninger. Selv om vi fikk utlevert mer informasjon, som inkluderte budsjetterte kostnader, tar vi ikke hensyn til disse. Da disse ikke er like relevante som de reelle tallene som ble gitt.

Dette regnskapet er såpass detaljert, og kostnadene er inneholder ikke andre avdelinger. Dette gjør at vi ikke får brukt noen form ABC-modell for å

Banktjenester (115 000,-) – Dette er en administrasjonskostnad knyttet opp mot betalinger.

Annonse og reklame (11 000,-) – Utlysning av stillinger.

Transport (70 000,-) – Transport av brukere til og fra sykehus/sykehjem.

Energi (1 344 000,-) – Strøm, brensel og andre energikostnader.

Forsikrings utg. (71 000) – Forsikringskostnader.

Avgifter og gebyr (26 000) -

Kjøp og finansielle tjenester (154 000,-) – Kjøpte finansielle tjenester.

Medisinsk utstyr (17 000,-) – Utstyr som ikke dekkes av Medisinsk forbruksmateriell, for eksempel glass.

Leie operasjonell (42 000,-) – leie av hjelpeutstyr fra Hjelpemiddelsentralen.

Vedlikehold av bygg (54 000,-) – skifte av lyspærer, dette er kostnader ved vedlikehold som ikke dekkes av Trondheim Eiendom.

Material til vedlikehold (8000,-) – knyttet til Vedlikehold.

Serviceavtaler (42 000,-) – Drift, vedlikehold av IT tjenester (HEMIT).

Renhold, vaskeri (390 000,-) – Vask og renhold av uniform.

Konsulenttjenester (171 000,-) – andre tjenester utført av andre enn sykehjemmet, leger og andre avdelinger innen Trondheim kommune.

Direkte materialkostnader

Medisinsk forbruksmateriell	580 000
Medikamenter	311 000
Transport	70 000
Medisinsk Utstyr	17 000
Leie operasjonell	42 000
Renhold, vaskeri	390 000
Konsulenttjenester	171 000
<u>SUM</u>	<u>1 581 000</u>

Administrasjonskostnader

Kontormateriell	26 000
Banktjenester	115 000
Drift	700 000
Forvaltning	900 000
<u>SUM</u>	<u>1 741 000</u>

Indirekte kostnader

Samlepost annet forbruk	367 000
Annonse og reklame	11 000
Forsikrings utg	70 000
Avgifter og gebyr	26 000
Serviceavtaler	42 000
Renhold	390 000
<u>SUM</u>	<u>906 000</u>

Vedlikeholdskostnader

Vedlikehold og bygg	54 000
Materialer til vedl.	8 000
Det ble gjort vedlikehold på bygget for 1,5 millioner kroner. Dette har vi valgt å avskrive til en periode over tre år, da dette er for å oppholde slitasje og utbedringer sykehjemmet.	
1,5 millioner / 3 år	500 000
<u>SUM</u>	<u>562 000</u>

Renhold og Vaskeri

Renholds kostnader	2 800 000
<u>SUM</u>	<u>2 800 000</u>

Energikostnader

Energikostnader	1 344 000
<u>SUM</u>	<u>1 344 000</u>

Nå skal vi regne kapitalkostnaden ved Valentinlyst sykehjem, som vi sa før var bygningen bygd i 2006 og den kostet 77,5 millioner. Ved å ha en lineær avskrivning over en periode på 25 år.

- Får vi dagens verdi inkludert tomter 94,2 millioner ($77,5 * 1,05^4$).
- Avskrivningene over restlevetiden 3,77 ($94,2 / 25$)
- Realrente på kapitalbinding 5.652.104,- ($0,06 * 94,2$)
- SUM: renter + avskrivninger; 9 422 104,- ($3\ 770\ 000 + 5\ 652\ 104$)

Kapitalkostnader:

Forutsetninger

Tilvirkningskost 2006	77,5 mill
Inflasjonsmål	6 %
Levetid	25år

Valentinlyst bygde i 2006 et helt nytt sykehjem til en verdi av:	77,5 mill.
I år 2010, har vi estimert verdien av byggingene til: ($77,5 * 1,06^4$)	97,84 mill.
vi går ut i fra en avskrivning over 25år, vil den årlige avskrivningen bli:	3,91 mill.
Vi tar forutsetninger om at realrenten pr 2010 er tilsvarende 6%	
Da vil vi få et realrentebeløp på: ($97,84 * 0,06$)	5,65 mill
Rente + avskrivninger blir da (kapitalkostnader):	9,42 mill.
Totalt per bruker	<u>163 070,-</u>

Vi har for enkelhets skyld satt opp en tabell for å oppsummere kostnadene:

Totale kostnader ved Valentinlyst HV senter	
Direkte Lønnskostnader	31 186 000
Direkte Materialkostnader	1 581 000
Indirekte kostnader	906 000
Administrasjon, Drift og forvaltning	1 741 000
Renholds kostnader	2 800 000
Vaktmester	691 000
Vedlikehold	562 000
Energi	1 344 000
Kapitalkostnader	9 784 196
Mat	1 752 000
<u>SUM</u>	<u>52 437 196</u>

Tabell 4.3: Totale kostnader ved Valentinlyst

5. Konklusjon

I vår analyse kommer vi fram til at det er kun kapitalkostnader, lønnskostnader og renhold som skaper variasjon i kostnaden.

Kostnad	Trh. Hospital	Valentinlyst	Trh. Hospital pr bruker	Valentinlyst per bruker	Differanse per bruker	Trh. Hospital % av tot. kost	Valentinlyst % a Kost
Direkte lønn	22 198 252	31 186 000	443 965	519 766,7	-75802	66,4812	59,5753
Direkte Material	1 502 411	1 581 000	30 048	26 350	3698	4,4995	3,0202
Indirekte Kostnader	390 095	906 000	7 802	15 100	-7298	1,1682	1,7307
Adminis- trasjon	1 777 902	1 741 000	35 558	29 016,7	6542	5,3246	3,3258
Renhold	1 653 736	2 800 000	33 074	46 666,7	-13592	4,9527	5,348
Energi	630 436	1 344 000	12 609	22 400	-9791	1,8880	2,5674
Vedlikehold	232 707,7	562 000	4 655	9 366,7	-4711	0,6969	1,073
Mat	1 460 000	1 752 000	29200	29200		4,3725	3,3468
Vaktmester	600 000	691 000	12000	11516,6		1,7969	1,32
SUM: u. kap. kost	30 445 539	42 563 000	608 911	709 383,33	-100 472		
Kap. Kostnader	2 944 732	9 784 196	58 895	163 070	104 175	8,819132	18,6909
SUM	<u>33 390 271</u>	<u>52 347 196</u>	<u>667 805,</u> <u>42</u>	<u>872 453,27</u>	<u>-204 648</u>	<u>100</u>	<u>100</u>

Tabell 5.1: Sammenlikning av kostnadene hos Trondhjem Hospital og Valentinlyst HV senter

Som vi ser på sum kostnader per bruker uten kapitalkostnader, er det forskjell i effektiviteten per bruker. Trondhjem hospital 608 911 og Valentinlyst helsesenter 709 383, og en forskjell på 100 472. Som vi ser fra tabellen, skyldes 75 % av dette en differanse i lønnskostnader. Totalkapitalen blir da enda større, og den totale kapitalkostnaden per bruker er nesten tre ganger større hos

Valentinlyst enn hos Trondhjem Hospital. Vi har valgt å tolke dette ut i fra at Valentinlyst ble bygget opp fra grunnen av (til en kostnad på 77,5 millioner), mens Trondhjem Hospital kun gjorde en utbedring av allerede eksisterende bygg (det kostet bare 25 millioner i forhold) i år 2006. Vi vil heller ikke estimere en mulig markedsverdi, da vi ikke har tilstrekkelig med data for å kunne foreta en slik kalkulasjon.

Lønnskostnader er hovedgrunnlaget for vår vurdering av et effektivitetsgap mellom de to ulike sykehjemmene. Og, ut i fra vår kalkyle driver Trondhjem hospital mer effektivt krone for krone sett fra et økonomisk ståsted.

Økonomen Ole J. Storflor har lang erfaring fra institusjonsdrift og ideelle organisasjoner. Han var generalsekretær i Lukas Stiftelsen i 12 år og senere direktør for Eidsiva Omsorg i Oslo før han i desember 2003 tok over som forstander ved Trondheims Hospital. Hans utregning i 2003, kom frem til at en sykehjemsplass kostet da 500 000,- kr per år. Ved et inflasjonsmål på 6%, ville vi fått en kostnad på ca. 750 000,- kr per år i 2010 ($500.000 * 1,06^7$). Vi ser ut fra våre kalkyler at vi har holdt oss under dette, og vi har valgt å diskutere dette videre under kritikk til vår oppgave.

6. Drøfting

Uutnyttet kapasitet

Fra Trondheim kommune fikk vi opplysninger om at 55 personer ventet på sykehjemsplass, men som var under et annet tilbud frem til det ble en ledig plass. Vi fikk opplysninger at hver måned er budsjettet et overskudd på antall plasser, på gjennomsnittlig 6,6 i løpet av 2010. Dette oppstår ikke på grunn av mangler på mennesker som trenger en sykehjemsplass, men på grunn av driftsmessig opphold. Dette skyldes at ved endt opphold, vil de etterlatte trenge en viss periode til å hente avdødes gjenstander. Det vil også kreve en periode fra man får beskjed om å flytte inn, til man faktisk har kommet seg på plass.

Ved både Trondhjem Hospital og Valentinlyst senter, vil det da ikke være en direkte ledig kapasitet, men man vil aldri klare å etterfylle nye pasienter. På sykehjemmet er det fire avdelinger med til sammen 38 langtidsplasser og 12 korttidsplasser. Og på korttidsplasser er den en gjennomstrømming på tre til fire uker per pasient. Det vil da ta noen dager for å kunne skifte beboere, en

omstillingsperiode, der den gamle bunkeren og hans eiendeler flyttes ut og en ny bruker flytter inn.

Hver av de 38 boligene er en liten leilighet der den enkelte har innredet et hjem etter eget ønske, og mange har tatt med seg innbo fra sin forrige ordinære bolig. Det vil ta lengre tid ved et dødsfall, med tanke på tiden det vil ta og få den gamle brukeren ut og en ny bruker inn. Som man ser i verdiverkstedet figur 1.1, vil den første og siste primæraktiviteten ta opp ressurser i form av et mindre ledig rom, men vil ikke ha noen store økonomiske innvirkninger.

Etiske problemer

Med en økonomisk innstilling ser vi kun på det rent tallmessige ved hvert sykehjem, og ikke på de menneskelige behovene. Dette kan være vi ikke fokuserer nok på det moralske, men vi har valgt å fokusere på det økonomiske. Hvis vi skulle måle dette, ville det vært et brudd på vår problemstilling og en helt ny oppgave.

Man kan argumentere ved at det utføres bedre pleie. ikke bare å gi plass for å bo, skifte klær og gi medikamenter, men også oppmerksomhet, verdighet, fellesskap og et bedre alternativ enn å være hjemme.

Ved Trondhjem Hospital, har de også frivillige som kommer og istandsetter aktiviteter, som for eksempel dansekvelder, gudstjeneste, sang og musikk etc., til de beboende. Dette kan vi ikke måle ut fra vår kalkyle, da dette ikke genererer noen kostnader.

Kapitalkostnader

Ved å bruke inflasjonsmål for å finne verdien på bygningen og tomten hos Valentinlyst senter, å dette ville ikke være en reell alternativkostnad. Det vil også være enkelte ombyggningskostnader, og vi har ikke tatt hensyn til slitasje og lignende. Her ble det prøvd å gå mer i dybden, men det ble ikke funnet noen historisk like prosjekter eller noen konkrete svar fra byggavdelinger.

Utfordringer og erfaringer i prosessen

Ved at en av deltagerne på vår oppgave har fire års praktisk erfaring ved ulike sykehjem (inkludert fagbrev som hjelpepleier), hadde vi et ganske godt utgangspunkt for å sette oss inn i og forstå prosessen som trengs ved pleie av

eldre. Derfor fikk vi også en helhetsforståelse av den praktiske og daglige driften i sykehjemmene.

Selv om dette ga oss et godt grunnlag før skriveprosessen, er det mye nytt som har kommet de siste årene innenfor helsesektor, så avklaringer angående begreper og beregninger var noe som vi måtte sette oss godt inn i. Samt det å kunne finne de gode kostnadsdriverne til hver aktivitet er noe som både var trøblete og vanskelig, der vi har gått flere runder innad i gruppa og både hentet råd og tips fra de involverte fra Trondhjems Hospital, Trondheim Kommune og veileder.

Ved vår oppgave kan man godt si at regnskapene er todelt i form av et omfattende regnskap hos Trondhem Hospital, med alle avdelinger. Men hos Valentinlyst HV senter er enkelhet i form av et oversiktlig regnskap. Men, til gjengjeld er det ingen gode tall hos Valentinlyst på deres kapitalkostnader, noe som var i tallene fra Trondhjems Hospital. Noe som var en nøtt å knekke.

Kritikk av vår oppgave

Til tross for at vi fikk en så forskjellige kapitalkostnader og lønnskostnader, har vi valgt å sette lit til vår kalkyle. Og med de forutsetningene vi har valgt er denne riktig. Men, skulle vi kunne avdekke om dette var en tendens hos Trondhem Hospital og driver mer effektivt, ville vi ha behov for å utføre den samme utregningen på flere regnskapsår enn det som er gjort.

Ved å bruke tidligere estimerer (gjort av Storflor i 2003), ser vi at utregningene våre ligger noe under nåverdien på disse tallene (750.000 – 709.000). Dette tolker vi som en direkte indikator på at vi burde bruke flere regnskapsår for å kunne estimere de riktige kostnadene. Ved og kun å se på et år, vil vi ikke kunne overføre tidligere investeringer eller vedlikeholdskostnader som er ment å vare i mer enn ett år.

Kilder

Bøker:

Bjørnenak T. 1996. Kalkyler for økonomisk styring; Praktisk økonomi og styring nr2. Cappelen Akademiske Forlag. I teksten

I teksten (Bjørnenak 1996)

Svein H. Gjønnnes og Tor Tangenes. 2012. Økonomi og virksomhetsstyring, fagbokforlaget

I teksten (Gjønnnes og Tangen 2012)

Løwemdahl Bente R. og Fred E. Wenstøp. 2011. 3 utgave. Grunnbok i strategi .CAPPELEN DAMM AS

I teksten (Løwemdahl, 2011)

Grankvist, Rolf. 2006. Nidaros Kirkes spital 1277 – 2006. Tapir akademisk forlag.

I teksten (Grankvist 2006)

Gripsrud, Geir, Olsson, Ulf Henning og Silkoset, Ragnhild. 2011. Metode og dataanalyse. Høyskoleforlaget

I teksten (Gripsrud 2011)

Sander, Kjetil. 2006. ”Markedsforskning med utgangspunkt i samfunnsvitenskapelige metoder”. Kunnskapssenter.com

I teksten (sander 2006)

Elektroniske kilder:

Linnea Rådgivning. 2008. “Activity Based Costing (ABC) og Activity Based Managment (ABM)”

<http://www.linnearad.no/oekonomi/kunnskap/activity-based-costing>

Hentet: 10.01.12

Store medisinske leksikon, I Store norske leksikon. «Eldreomsorg»

http://snl.no/.sml_artikkel/eldreomsorg

Hentet: 11.01.12

Hesselberg, Kari, Knudsen, Unni Helene, Tøndevold, Anne. 13.05.2009.

Eldreomsorgen i Norge - Helt utilstrekkelig eller best i verden?

<http://www.ks.no/tema/Helse-og-omsorg/Eldreomsorg/EldreomsorgenSINTEF/>

I teksten (Eldreomsorgen i Norge)

Hentet: 11.01.12

Huseby, Beate M. og Paulsen, Bård. 2009. Eldreomsorg.

http://www.ks.no/PageFiles/5223/084006_Rapport_Eldreomsorgen.pdf

side 15 og 23 - 25

I teksten (Eldreomsorg)

Hentet: 12.01.2012

Kjelvik, Julie. 2011. Mindre del av utgiftene går til de eldre.

<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/05/>

I teksten (Kjelvik, SSB)

Hentet: 12.01.2012

Trondheim Kommune. Desember 2006. Ressurser følger brukere i sykehjem.

<http://www.trondheim.kommune.no/content/1117620169/Rapport>

19.01.2012

Syed Sajid. 2010. Activity based costing: A case study.

<http://www.slideshare.net/sajidsfa/activitybased-costing-a-case-study>

I teksten (ABC – Historie)

Hentet: Februar, 2012

Wikipedia, Activities of daily living og Dagliglivets aktiviteter.

http://en.wikipedia.org/wiki/Activities_of_daily_living

http://no.wikipedia.org/wiki/Dagliglivets_aktiviteter

I teksten (ADL wikipedia)

Hentet: Februar, 2012

Sander, Kjetil. 2004. Feilkilder ved kvantitative undersøkelser.

http://hjernebark.wikispot.org/Artikkel:_Kjetil_Sander_om_feilkilder_ved_kvantitative_unders%C3%B8kelser

Hentet: 30.05.2012

Sander, Kjetil. 2004. Hva er en metode?

<http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2484/1/Hva-er-en-metode/Hva-er-en-metode.html>

Hentet: 30.05.2012

Sander, Kjetil. 2004. Hva er et forskningsdesign?

<http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2510/1/Hva-er-et-forskningsdesign/Hva-er-et-forskningsdesign.html>

Hentet: 30.05.2012

Wikispot, Forskningsdesign.

<http://hjernebark.wikispot.org/forskningsdesign>

Hentet: 30.05.2012

Lydersen, Trine. Kvalitativ og kvantitativ metode

http://www.slidefinder.net/k/kvalitativ_kvantitativ_metode_trine_lydersen/metode_kvantitativogkvalitativ/9756326

30.05.2012

E-bøker og tidsskriftartikler:

Bjørnenak, Trond. Februar 2003. «Strategisk økonomistyring - en oversikt». *Magma nr2, 2003.*

<http://www.magma.no/strategisk-oekonomistyring-en-oversikt>

I teksten: (Bjørnenak, 2003)

Ottesen, Lars, Øyen, Alf H. og Hæhre, Reidar. Juli 2008. Økonomi og Ledelse.

<http://server02.dotminded.com/dotminded/data/magazine/614236/>

I teksten (Ottesen, 2008)

Golafshani Nahid. 2003. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. The Qualitative Report Volume 8 Number 4 December 2003 597-607
<http://peoplelearn.homestead.com/medhome/qualitative/reliab.validity.pdf>

Hentet: 30.05.2012

Gripsrud, Geir, Olsson, Ulf Henniong og Silkoset, Ragnhild. 2011. Metode og dataanalyse. Høyskoleforlaget

I teksten (Gripsrud 2011)

Andre:

NOU 30:1984 ”Pleie for alvorlig syke og døende mennesker”

NOU 2/1999: ”livshjelp; behandling, pleie og omorg for uhelbredlig syke og døende”

Stortingsmelding 28/1999 ”Innhald og kvalitet i omsorgstenesten, omsorg 2000”

Stortingsmelding 45/2002 ”betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene”

I teksten (Andre kilder), da alle er referert i samme avsnitt.

Figur- og tabelliste

Tabell 1.1 Befolkningsutvikling i Norge	s.1
Figur 1.1 Verdikjede (verdiverksted) hos sykehjemmene	s.5
Tabell 3.1 ADL utregning fra Gerica hos Trondhjem Hospital	s.13
Figur 3.1 Sentrale ABC-begreper (Gjønnnes og Tangen, 426)	s.16
Tabell 3.2 Virksomhetens aktiviteter	s. 20
Figur 3.2 Fordeling av indirekte kostnader til aktiviteter i trinn 1. (Gjønnnes og Tanges 2012, 427)	s. 21
Figur 3.3 Aktivitetskostnader som funksjon av grunnleggende og målbare kostnadsdrivere	s. 23
Figur 4.1 Overordnet Kostnadsmodell	s. 27
Tabell 4.1 Over relevante kostnadsdrivere	s. 28
Tabell 4.2 Totale Kostnader ved Trondhjem Hospital	s. 44
Tabell 4.3 Totale kostnader ved Valentinlyst	s. 49
Tabell 5.1 Sammenlikning av kostnadene hos Trondhjem Hospital og Valentinlyst HV senter	s. 50

Vedleggsliste

Vedlegg 1: Regnskapstall fra Trondhjem Hospital

Vedlegg 2: Utvalgt data fra Trondhjem Hospital

Vedlegg 3: Regnskapstall fra Valentinlyst HV senter (2 – sider)

Vedlegg 1

Semestrale sykehusplanen

REGNSKAP	0000	0280	0260	0270	0350	0330	0310	0340		
2010	Felles	<i>inngår i utsk. lgt. 72</i>	<i>denon. avd. Bolokolektiv</i>	Dagenhet	Sykehjem	Husok	Admin	Vaktmester		AVD. SYKEHJEM
Regulativlønn		8 768 085	4 367 291	1 312 597	11 506 887	1 622 987	1 755 475	908 448		30 243 770
Feriepengetill	3 230	1 611 392	881 159	190 055	2 107 478	241 803	225 371	122 668		5 383 156
Fravær, ref. ber.		394 566	494 007	65 861	754 285	32 319	0	0		1 741 048
Vakante lønsmidler		224 640	164 659	22 411	397 351	134 812	6 987	0		950 860
Fravær, ikke ref		510 063	302 392	23 797	437 269	7 925	0	0		1 281 446
Styreonorar	126 250	0	0	3 750	0	0	0	0		130 000
Kvelds- nattillegg	162	1 089 975	788 240	0	1 540 046	0	0	0		3 418 423
Helligdagstillegg		575 190	291 750	0	732 542	3 078	0	0		1 602 560
Førskjøvet arbeidstid		26 994	30 096	1 077	20 474	0	0	0		78 641
Lærlinger	344 000	0	0	0	0	0	0	0		344 000
Lørdags/søndagstil	420	546 675	296 315	0	752 324	0	12 000	0		1 607 934
Uniformstillegg				1 500	0	0	0	0		1 500
Ekstrahjelp	12 570	363 865	38 185	7 936	251 946	32 229	36 696	0		743 427
		12 700	0	0	0	0	0	0		12 700
Overtid	13 766	230 650	69 033	6 970	105 250	0	0	3 073		428 742
Ferievikar		511 871	353 706	86 176	723 523	60 546	0	0		1 735 822
Arb givers andel forsikr		40 806	22 917	5 157	57 312	7 247	5 638	3 595		142 673
Opplæring og utv. Fond	23 010	0	0	0	0	0	0	0		23 010
Forsikring		84 421	51 534	7 048	122 595	12 773	7 928	5 139		291 438
Pensjon KLP		492 137	100 710	24 622	672 017	0	119 007	0		1 408 493
AFP	1 004 830	0	0	0	0	0	0	0		1 004 830
Pensjon TKP	364	600 683	422 858	111 406	800 168	155 125	70 120	79 392		2 240 116
Arbeidsdagavgift	22 104	1 967 133	1 110 704	253 128	2 713 482	304 468	312 572	135 888		6 819 479
LØNN	1 550 706	18 052 046	9 785 556	2 123 491	23 694 959	2 615 312	2 551 794	1 258 204	0	61 632 068
Utstyr	139 204									139 204
Bygn massig vedlikeh										0
Vaktmester for ettersyn										0
Materialer vedlikehold										0
Luftbehandling	123 186									123 186
Gruppeskift lys										0
Varslingsanlegg										0
Vann og sanitet										0
El-anlegg										0
Brannsikringsanlegg										0
Heisnlegg										0
Diverse vedlikehold										0
Vinterdrift										0
Gromaral										0
Aviser/tidsskrift/fag	22 976									22 976
Telefon	129 341									129 341
Trykking	380									380
Papir/teksiista	74 295									74 295
Porto	22 070									22 070
Telefonoppløsning					3 000		3 000			6 000
Reproduksjonsante	83 467									83 467
Div. kontorutgifter	0									0
Elektrisk kraft	32 887									32 887
Rengjøringsmidler	245 651									245 651
Rengjøring leiet hjelp	4 042									4 042
Vask av toy	185 008									185 008
Blyst og manir	653 856									653 856

BTH 9503 Bacheloroppgave – Økonomistyring og investeringsanalyse 06.06.2012

Andre utg. lys/brensel	31 584									31 584
Hus og garasjeleie	0									0
Husforsikring										0
Komm. eiendomsavgift										0
Andre avgifter/forsikr.	16 437									16 437
Reise og diett/godtgj	2 985									2 985
Bilgodtgjørelse							250			250
Matvarer	1 069									1 069
Klær/sko/vernematr.	227 954									227 954
Medsiner	16 336	76 761	107 067		289 645					489 809
Servise/kjøkkenutstyr	48 185									48 185
Tekstiler	25 223	1 988								27 211
Med. rekvisita	331 309									331 309
Andre driftsmatr.	105 886		721		1 568					108 175
Konsulentonorar	100 000									100 000
Databehandling	221 851									221 851
Kontigenter	109 323									109 323
Repr. møteutgifter										0
Annonser/reklame	12 990									12 990
Kursavgift	242 923									242 923
Andre kjøpte adm.tjen	0									0
Transportutgifter	51 433			632 821						684 254
Spesialundersøkelse	50 122									50 122
Andre kjøpte tjenester	146 188									146 188
Vedlikehold utstyr	8 898									8 898
Vedlikehold bil	0									0
Vedlikehold inventar	0									0
Bensin, diesel	1 426						4 312			5 738
Tap kontanter, fordring	0									0
Velferdstiltak brukere	140 141									140 141
Andre driftsutgifter	146 505		534							147 039
Stipend	9 000									9 000
Velferdstiltak ansatte	202 392									202 392
Renter og låneomkost.	0									0
Gebyrer	0									0
Morarenter	0									0
SUM Drift	3 966 523	78 749	108 322	632 821	294 213	0	3 000	4 562	0	5 088 190
SUM UTGIFTER	5 517 229	18 130 795	9 893 878	2 756 312	23 989 172	2 615 312	2 554 794	1 262 766	0	66 720 258
Catering, avg.plikt.										0
Varesalg avg.fritt	35 427									35 427
Avg.pl. omsetn av tjen						62 837	106 900	75 850		245 587
Avg.fri omstn. av tjen.						453 500	823 000	421 500		1 698 000
Catering, kantine avgfri										0
Husleie/lokalleie	301 156									301 156
Grunnleie, festeavg										0
Ref. feriepenger		71 158	19 039	5 564	109 276	11 384	1 119	6 123		223 663
Refusjon sykepenger		2 427 463	748 823	66 568	1 944 245	84 331	37 508	131 452		5 440 390
Statstilskudd										0
Fylkestilskudd										0
Rammetilskudd	56 916 830							600 000		57 516 830
Andre overfor fra komm	4 528	93 561	7 200	710 606	21 600					837 495
Overføringer andre	365 179		10 000		90 811		10 000	167 523		643 513
Renteinntekter	238 505									238 505
SUM INNTEKTER	57 861 625	2 592 182	785 062	782 738	2 165 932	612 052	978 527	1 402 448		67 180 566
REGNSKAP	-52 344 396	15 538 613	9 108 816	1 973 574	21 823 240	2 003 260	1 576 267	-139 682	0	-460 308

Vedlegg 2

BudsjettPlasser	69
SnittAvdelinger	3
ÅrsverkHjemmetjeneste	
NattIkkeFunksjonsnivå	10,0
EkstraMerkantileÅrsverk	1
StyrerÅrsverk	0,5
Renhold	2 146 560
ArealRenhold	8 431
<i>Annonsetillegg</i>	14 308
<i>Uniformer</i>	132 913
<i>Ref TRH, pakke utg</i>	85 000
<i>Lønnskompensasjon, kapittel 4</i>	307 000
<i>Lønnskompensasjon kap 4, korreksjon</i>	
<i>TRH 4 fortetningsplasser fra 1.mars ut året</i>	967 000
<i>Frikjøp prosjekt Spigset</i>	
<i>Ekstra bruker Laugsand</i>	
<i>Brukere fra Persaunet H&V-senter</i>	
<i>Undervisningsmidler Havsteinekra</i>	
<i>Reduksjon nattårsverk Katterem</i>	
<i>Pleietyngdekorrigerings, 2. halvår</i>	104 000
<i>Lønnskompensasjon, kapittel 3</i>	
<i>Lønnskompensasjon, kapittel 4 lokale tillegg</i>	
<i>Lønnskompensasjon, kapittel 5 lokale oppgjør</i>	
<i>SumKorrigeringer</i>	<i>1 610 221</i>
PlasserGericca	62
SumAntallÅrsverkFørKorrigerings	59,43
TimerBrukerUke	10,91
ÅrsverkPleietyngde	20,90
ÅrsverklIkkeAvhFunksjonsnivå	21,20
AndreÅrsverk	4,76
MerkantileÅrsverk	1,26
KostnadDag	22 508 310
KostnadNatt	6 269 920
KostnadMerkantil	566 040
KostnadEkstraMerkantil	430 080
KostnadStyrer	353 000
KostnadAndre	2 544 741
Medisiner	1 179 725
AnnenDrift	1 268 524
SumAnsvar	38 877 121

Vedlegg 3

VALENTINLYST HV SENTER sykehjemsdelen 2010		Regnskap/2010	Rev.budsjett/2010	Avvik/2010
Bevilgningsart		* 1.000 NOK	* 1.000 NOK	* 1.000 NOK
1	Driftsregnskap	32 281	32 062	-219
1DR	Driftsresultat	32 280	32 062	-218
1DU	Driftsutgifter	37 939	35 158	-2 781
10	Lønn og sos utgifter	33 072	33 622	550
1010	Fast lønn	22 516	22 423	-93
1020	Lønn til vikarer	3 844	4 145	301
1030	Lønn til ekstrahjelp	334	205	-129
1040	Overtidslønn	86		-86
1050	Annen lønn og trekkp	17		-17
1090	Pensjonsinnskudd og	2 417	2 780	363
1099	Arbeidsgiveravgift	3 857	4 069	212
11-2	Kjøp av varer/tjen	4 012	1 417	-2 595
1100	Kontormateriell	26		-26
1105	Undervisningsmaterie			
1110	Medisinsk forbruksma	580		-580
1114	Medikamenter	311		-311
1115	Matvarer	36		-36
1120	Samlepost annet forb	367		-367
1130	Post, banktjenester,	115		-115
1140	Annonse, reklame, in	11		-11
1150	Opplæring og kurs	87		-87
1160	Utg/godtgj. reiser,	4		-4
1170	Transport/drift av e	70		-70
1180	Energi	1 344	1 389	45
1185	Forsikringer og utgi	71	28	-43
1190	Leie av lokaler og g	0		-0
1195	Avgifter, gebyrer, l	26		-26
1200	Kjøp og finansiell l	154		-154
1209	Medisinsk utstyr	17		-17
1210	Kjøp, leie og leasin	86		-86
1220	Leie (operasjonell l	42		-42
1230	Vedlikehold og bygge	54		-54
1240	Serviceavtaler og re	42		-42
1250	Materialer til vedli	8		-8
1260	Renhold, vaskeri- og	390		-390
1270	Konsulenttjenester	171		-171
1290	Internkjøp			
14	Overføringer	855	119	-736
1429	Merverdiavgift som g	855	213	-642

BTH 9503 Bacheloroppgave – Økonomistyring og investeringsanalyse 06.06.2012

1490	Reserverte bevilgn.		-94	-94
1DI	Driftsinntekter	-5 659	-3096	2 563
16	Salgsinntekter	-2 524	-2 030	494
1620	Annet salg varer/tje	-103		103
1650	Annet avgiftspliktig	-1		1
1690	Fordelte utgifter	-2 420	-2 030	390
17	Refusjoner	-3 135	-1066	2 069
1700	Refusjon fra staten	-241		241
1710	Sykelønnsrefusjon	-1 885	-853	1 032
1729	Kompensasjon mva pål	-855	-213	642
1790	Internsalg	-154		154
1FR	Finansresultat	1		-1
1FU	Finansutgifter	1		-1
15	Finansutgifter	1		-1
1500	Renteutgifter, provi	1		-1
1FU	Finansutgifter	1		-1
15	Finansutgifter	1		-1
1500	Renteutgifter, provi	1		-1