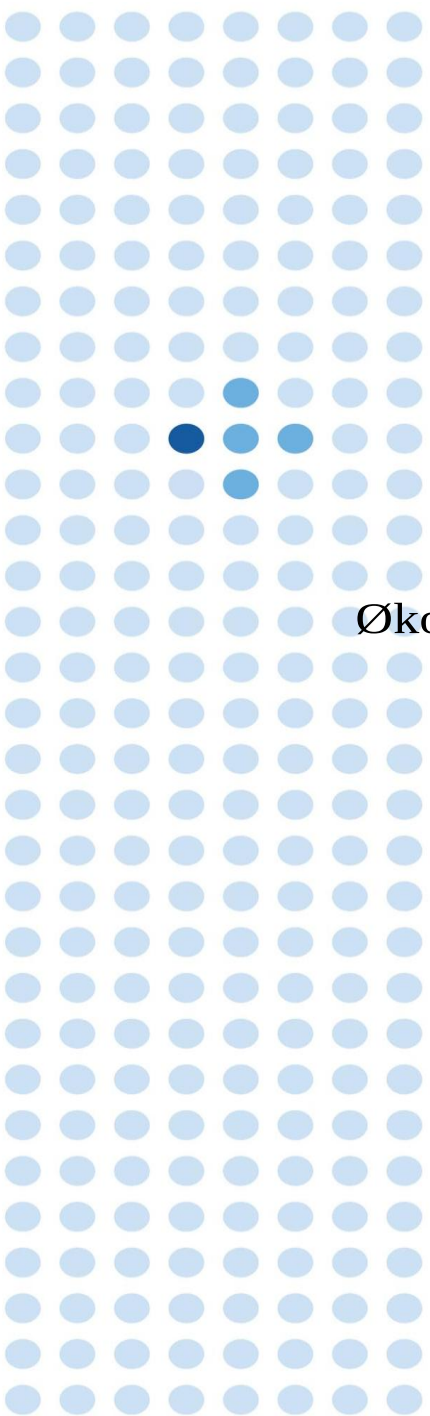




Internrevisjon Helse Vest RHF

Økonomistyring i Helse Stavanger HF



Rapporttittel: Økonomistyring i Helse Stavanger HF
Dato: Juni 2010
Oppdragsgjevar: Helse Vest RHF v/revisjonskomiteen

Prosjektet er gjennomført av Deloitte AS.

Innhald

0. Innleiing	5
0.1 Bakgrunn	5
0.2 Rammeverk	5
1. Føremål og problemstillingar	6
2. Metode	7
2.1 Dokumentanalyse	7
2.2 Spørjeundersøking.....	7
2.3 Intervju	8
2.4 Framstilling og kvalitetssikring av data	8
3. Revisjonskriterium	9
3.1 Teori	9
3.2 Styrande dokument frå HOD.....	9
3.3 Styrande dokument frå Helse Vest til helseføretaka	9
3.4 Omstillingstiltak	10
4. Data.....	11
4.1 Økonomiske resultat	11
4.2 Føresetnader for god økonomistyring	11
4.2.1 Styringsdialog, strategi og målstyring.....	11
4.2.2 System og rutinar.....	13
4.2.3 Kompetanse	15
4.2.4 Samhandling med og støtte frå controllar	16
4.2.5 Oppsummering føresetnader for god økonomistyring	17
4.3 Budsjettprosessen	18
4.3.1 Budsjettering	18
4.3.2 Budsjettansvar	18
4.3.3 Budsjettplanlegging.....	19
4.3.4 Budsjettkvalitet.....	19
4.3.5 Budsjettlojalitet	20
4.3.6 Insentiv og konsekvensar	21
4.3.7 Analyse, prognosar og rapportering	21
4.3.8 Oppsummering budsjettprosessen	23
4.4 Omstillings- og innsparingstiltak	25
4.4.1 Utveljing av omstillings- og innsparingstiltak	25
4.4.2 Planlegging og forankring av tiltaka	25
4.4.3 Realisme i tiltaka	26
4.4.4 Effekt av tiltaka	27
4.4.5 Oppsummering omstillings- og innsparingstiltak	29
4.5 Rapportering	31
4.5.1 Rapportering til Helse Vest RHF	31
4.5.2 Rapportering frå divisjonane til administrativ leing	31
4.6 Tiltak for å betre økonomistyringa i føretaket.....	32

5.	Vurderingar og forslag til tiltak.....	33
5.1	Føresetnadar for god økonomistyring	33
5.2	Budsjettprosessen	36
5.3	Rapportering	39
5.4	Omstillings- og innsparingstiltak	40

0. Innleiing

0.1 Bakgrunn

Internrevisjonen har på oppdrag frå revisjonskomiteen i Helse Vest RHF, gjennomført eit revisjonsprosjekt som omfattar økonomistyring i alle helseføretaka med unntak av Apoteka Vest HF.

Økonomistyring er eit viktig tema i Helse Vest og som revisjonskomiteen har ønskt å setje fokus på, og som komiteen vil følgje opp i dei ulike heleføretaka over tid. I revisjonsprosjektet er overordna økonomistyring, organisering og gjennomføring av controllerfunksjonen, samt arbeidet med omstillings- og innsparingstiltaka for 2009 undersøkt.

Prosjektet er gjennomført i perioden november 2009 til mai 2010, og resultata er presentert i rapportar for kvar av dei fire helseføretaka.

0.2 Rammeverk

Deloitte har utvikla et rammeverk for beste praksis knytt til økonomi- og verksemdstyring. Hovudkriteria for revisjonen byggjer på grunnelementa frå dette rammeverket.

Verksemd- og økonomistyring vert definert som dei aktivitetane ein utfører for å styre gjennomføringa av strategiar på ein best mulig måte.

Effektiv økonomistyring krev at leiinga har riktig og relevant styringsinformasjon, at overordna mål er konsistent brote ned på dei ulike nivåa i organisasjonen med tydelig definert ansvar og mynde, og at styringsprosessane er effektive og blir støtta av riktig bruk av teknologi. I tillegg inneber god verksemdstyring at ein klarer å etablere ein prestasjonskultur som motiverer dei tilsette på ein slik måte at dei har fokus på det som er viktig for verdiskapinga i organisasjonen.



1. Føremål og problemstillingar

Føremålet med prosjektet er å undersøke om helseføretaka har tilpassa økonomistyringa til sine økonomiske utfordringar og korleis dei har følgd opp tilrådingar etter gjennomførte revisjonar i 2007 og 2008.

Vi har formulert følgjande problemstillingar:

1. I kva grad har helseføretaka gjennomført endringar for å betra økonomistyringa?
 - a. I kva grad er det gjort endringar i organisering og samhandling?
 - b. I kva grad er det etablert tydelege mål og resultatkrav?
 - c. I kva grad reflekterer måla for 2010 dei strategiske føringane?
 - d. I kva grad er budsjettet for 2010 tilpassa aktivitetmessige prioriteringar?
 - e. I kva grad er tilgangen til styringsinformasjon betra?
 - f. I kva grad er økonomirapporteringa tilpassa informasjonsbehovet på dei ulike nivåa i føretaket?
 - g. I kva grad vart driftsaktivitetar følgd opp i 2009?
 - h. I kvar grad er mål på økonomiområdet risikovurdert?
 - i. I kva grad har føretaka tatt i bruk føretaksplanen som er utvikla i Helse Vest?
2. I kva grad er det tatt i bruk nye system, prosessar og rutinar som er av betydning for økonomistyringa?
 - a. I kva grad er vesentlege rutinar og prosessar dokumentert?
 - b. I kva grad er det kunnskap om nye system, prosessar og rutinar?
 - c. Vert system, prosessar og rutinar nytta som føreset?
3. I kva grad er styret og føretaksleiinga involvert i økonomistyrings- og forbetringstiltak
 - a. I kva grad er det etablert rutinar for økonomisk rapportering til styret?
 - b. I kva grad er funn frå revisjonane i 2008 og 2009 følgd opp?
 - c. I kva grad vert krav til økonomisk rapportering til RHFet følgd opp?

2. Metode

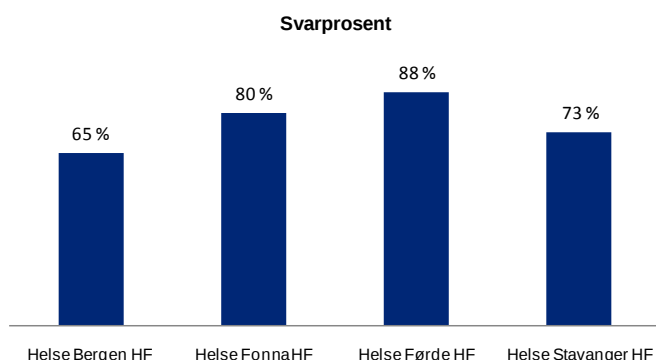
Kartlegginga er basert på data som er samla inn ved hjelp av dokumentanalyse, intervju og spørjeundersøking. Ei slik metodetriangulering vil i større grad enn ein enkelt metode fange sentrale deler ved økonomistyringa i helseføretaka og dermed gje grunnlag for ei meir heilskapeleg analyse og vurdering. Triangulering medverkar også til kvalitetssikring ved at ein kan samanlikne funn frå dei ulike tilnærmingane.

2.1 Dokumentanalyse

Dokumentanalysen omfattar materiale som kan gje informasjon om økonomistyringa, fullmaktstrukturar og omstillingstiltak i føretaka. Dokumentasjonen omfattar styrande dokumenter, reglement, instruksar og rutinar, rapportar, notat, møtereferat budsjett/rekneskap, statistikk, prognosar med meir.

2.2 Spørjeundersøking

Det er gjennomført ei spørjeundersøking som omfatta dei fire helseføretaka i Helse Vest. Til saman vart undersøkinga sendt ut til 978 leiarar og controllarar i føretaka.



Spørjeundersøkinga vart gjennomført i perioden 17. februar 2010 til 14. mars 2010, og totalt 692 personar svara på undersøkinga. Dette utgjer ein svarprosent for heile Helse Vest på 71 %. For Helse Stavanger HF svara til saman 196 personar noko som gjev ein svarprosent på 73%. Svara fordeler seg slik på dei ulike respondentgruppene i undersøkinga:

Stilling Helse Stavanger	Stillingar	Prosent
Leiarnivå 2	25	13 %
Leiarnivå 3	58	30 %
Leiarnivå 4	87	44 %
Controllar/ øk.stab	10	5 %
Anna	16	8 %
Sum	196	100 %

Leiarnivå 2 i Helse Stavanger er avdelingsdirektørar, klinikkdirektørar og divisjonsdirektørar. Under direktørane finn vi leiarnivå 3, avdelingsleiarar og leiarnivå 4, einingsleiarar.

I spørjeundersøkinga ser vi at det er langt fleire som har kryssa av for leiarnivå 2 enn det er stillingar på dette nivået. Årsaka til dette kan vere fleire, men mest sannsynleg har fleire leiarar kryssa for leiarnivå 2 i staden for 3. Dette gjer at ein må vere varsam med å samanlikne dei to leiarnivåa.

Talet på respondentar varierer frå spørsmål til spørsmål. Dette skuldast at oppfølgingsspørsmål er avhengig av kva respondentane har svara på føregåande spørsmål, i tillegg til at nokre respondentar har valt å hoppe over nokre av spørsmåla. Prosentane som er oppgitt er prosent av dei som har svara på spørsmålet.

2.3 Intervju

For å sikre eit meir kvalitativ informasjonsgrunnlag vart det gjennomført intervju med fire personar i Helse Stavanger HF. Revisjonen har intervjuet økonomi- og finansdirektør, økonomisjef, samt ein leiar frå nivå to og tre.

2.4 Framstilling og kvalitetssikring av data

I rapporten vert data frå spørjeundersøkinga, intervjuet og dokumenta presentert og vurdert. Revisjonen har ikkje funne det føremålstenleg å presentere alle funna frå spørjeundersøkinga.

Revisjonen har i si framstilling av data og i sine vurderingar hatt fokus på utfordringar knytt til økonomistyringa.

Helse Stavanger HF har hatt høve til å kome med merknader til rapporten i fleire omgongar. Alle intervju er verifisert av dei som er intervjuet. Berre informasjon frå verifiserte referat er nytta i rapporten. Heile rapporten med vurderingsdel er sendt administrerande direktør og økonomidirektør for verifisering og uttale.

3. Revisjonskriterium

Revisjonskriteria er vurderingskriterium som økonomistyringa vert vurdert i forhold til. Revisjonskriteria er utleia av autoritative kjelder slik som styrande dokumentasjon, internt reglement og instruksar, organisasjonsteori og beste praksis.

3.1 Teori

Hovudkriteria for denne undersøkinga er teori knytt til rammeverket presentert innleiingsvis. Vi vil fokusere på om grunnelementa for god økonomistyring er tilstades og korleis økonomiaktivitetane vert gjennomført.

3.2 Styrande dokument frå HOD

Helse og omsorgsdepartementet styrer dei regionale helseføretaka gjennom oppdragsdokumentet som blir formidla i føretaksmøtet. Eigar har i føretaksmøtet med Helse Vest RHF presisert at budsjettert aktivitet ikkje må overstiga nivået som er sett i oppdragsdokumentet. Helse Vest RHF skal innrette verksemda slik at resultatkrava i oppdragsdokumentet blir nådd.

3.3 Styrande dokument frå Helse Vest til helseføretaka

Helseføretaka i Helse Vest RHF forpliktar seg til å utarbeide kvartalsvise rapportar og årlege meldingar til Helse Vest RHF. Den kvartalsvise rapporteringa skal mellom anna omfatte økonomisk status, resultat og forbruk i forhold til budsjett, effektivitetstal, kapasitetstal og -kostnader. Vidare pliktar HF-styra straks å melde frå til Helse Vest RHF ved vesentlege faktiske eller forventade budsjettoverskridingar, brot på lover og reglar, eller dersom eigenkapitalen blir eller kan forventade å bli uforsvarleg låg.¹ Den årlege meldinga skal omfatte plandokument for verksemda og styret sin rapport for føregåande år.²

Gjennom strategiplanen Helse 2020 har Helse Vest utvikla ein felles føretaksplan. Kvart helseføretak har eit sjølvstendig ansvar for at strategidokumentet blir gjort kjent i organisasjonen, og for at dokumentet blir lagt til grunn for dei vidare prosessane i kvart helseføretak.³ ”Helse Vest RHF vil i 2009 fortsetja den dialogen med helseføretaka som er etablert i forhold til økonomistyring og vil halde fram med oppfølgingsmøta mellom styreleiar og administrerande direktør i Helse Vest RHF og helseføretaka kvar månad.”⁴

Helse Vest har i samarbeid med helseføretaka utarbeidd retningslinjer for korleis ein skal organisere og gjennomføre risikostyring i helseføretaka. Det skal årleg definerast 6-8 overordna styringsmål som skal følgjast særskilt opp gjennom året. 4-6 av desse måla vil vere felles for heile føretaksgruppa og blir definert av Helse Vest RHF. Det einskilte helseføretak kan i tillegg definere 2-3 overordna verksemdspesifikke mål. Helseføretaka skal rapportere risiko som ein del av dei månadlege rapporteringsrutinane som allereie er etablert⁵

¹ Vedtekter for Helseforetakene i Helse Vest April 2005, § 13 (hentet fra vedtekter for Helse Bergen HF)

² Vedtekter for Helseforetakene i Helse Vest April 2005, § 13 (hentet fra vedtekter for Helse Bergen HF)

³ Styringsdokument for helseføretaka – Generell del, kap 1.2

⁴ Styringsdokument for helseføretaka – Generell del, kap 1.2

⁵ Styringsdokument for helseføretaka – Generell del, kap 2.2

3.4 Omstillingstiltak⁶

Styra i helseføretaka skal ha kontroll med at omstillingstiltaka er realistiske og konkrete. Helseføretaka skal:

- ha ein omstillingsplan med realistiske og konkrete tiltak som er nødvendige for å nå økonomisk balanse og sikre betre intern organisering
- sikre at omstillingstiltak som kan gje kostnadseffektiv og føremålseffektiv drift på lang sikt, blir prioriterte framfor kortsiktige eingongseffektar
- sikre at omstillingsplanen inneheld informasjon om grunngjevinga for og konsekvensane av omstillingstiltaka, og ein realistisk framdriftsplan
- sikre at det blir etablert rutinar for oppfølging slik at alternative tiltak kan bli sett i verk ved manglande gjennomføring eller realisering av planlagde omstillingstiltak
- ikkje nytte gevinstar ved sal av eigedom som omstillingstiltak

⁶ Styringsdokument for helseføretaka – Generell del, kap 2.3

4. Data

4.1 Økonomiske resultat

Helse Stavanger HF hadde i 2009 eit justert resultatkrav på 11,5 millionar⁷, og eit driftsunderskot på 51,8 millionar. Resultat etter finanspostar blei negativt med 84,1 millionar i 2009. Helse Stavanger HF hadde eit negativt resultat etter finanspostar på 149,2 millionar i 2008⁸.

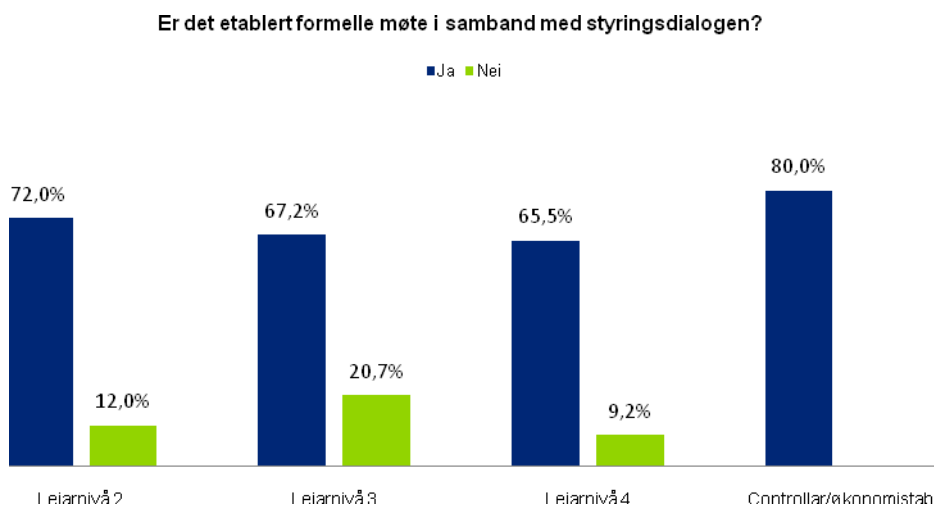
4.2 Føresetnader for god økonomistyring

4.2.1 Styringsdialog, strategi og målstyring

Styringsdialog

Den overordna styringsdialogen føregår i hovudsak ved at Helse Vest gjev føretaket styringssignal gjennom det årlege styringsdokumentet. Styringsdokumentet gjev informasjon om kva som er dei viktigaste oppgåvene for føretaket det komande året, kva aktivitetsnivå føretaket skal ha, kva økonomiske overføringer føretaket får, og krava til rapportering til Helse Vest RHF i løpet av året.

På spørsmål om det er ein formalisert styringsdialog mellom dei ulike einingane og deira overordna nivå svarer 65,1 % av leiarane at styringsdialogen er formalisert. 13,8 % svarer at den ikkje er formalisert, medan 21 % er usikre.



Grafen visar at graden av formalisering er større på høgare leiarnivå enn lågare, men det er gjennomgåande mindre grad av formalisering i styringsdialogen samanlikna med resultata i undersøkinga frå 2008. Då svara 74,1 % av leiarnivå 2 at det var etablert formelle møte, medan 67,4 % av leiarnivå 3 og 79,2 % av leiarnivå 4 svara at det var etablert slike møte. Det er om lag 14 prosentpoeng reduksjon i resultata for leiarnivå 4.

⁷ Helse Vest RHF, Styresak 006/10 B

⁸ <http://www.helse-stavanger.no/upload/Informasjonsavdelingen/SUSaarsrapport2008web.pdf>

I intervju kjem det fram at det er etablert ulike fora for styringsdialog og oppfølgingsmøte:

- Månadlege leiarmøte med administrativ leiing og klinikkdirektørar. Dersom det er naudsynt er også leiarar frå nivå 3 representert. På møtet vert resultatutviklinga i form av avvik frå budsjettet og status på tiltak gjennomgått.
- Månadlege avdelingsmøtar i divisjonane der klinikkdirektør, controllerar og alle einingsleiarar deltar. Ein har fokus på historisk utvikling, forventta utvikling og tiltak.
- I tillegg vert resultatutvikling og styringsinformasjon formidla i organisasjonen i allmøte som administrerande direktør gjennomfører om lag 4 gonger i året. På desse møta deltar leiarnivå 2 - 4.

Strategi

Strategiprosessen i føretaket er ein årleg prosess som vert gjennomført i samband med tildeling av budsjetttrammane. Strategiplanen for 2010 for Helse Stavanger er laga ut frå visjon og forretningsmål, og føretaket sørgjer for at strategiplanen Helse 2020 er forankra i denne. Administrerande direktør identifiserer i tillegg dei strategiske prioriteringane frå bestillardokumentet. Det vert i intervju gitt uttrykk for at strategiplanen for 2020 blir vurdert som grov og overordna, og at ein ikkje har hatt ein handlingsplan som var tilstrekkeleg målbar for 2009.

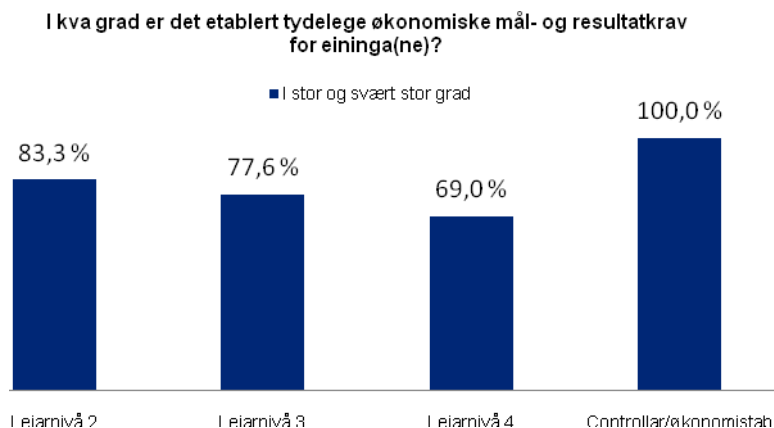
Divisjonane skal utvikle eigne mål og måle forhold som er viktige for divisjonen.

I intervju går det fram at administrasjonen ikkje har vore i dialog med divisjonane i høve til formalisering(?) av styringsinformasjon eller kva dei treng av indikatorar, men at ein no er i prosess for fastsetting av styringsinfo der divisjonane deltar.

Mål- og resultatkrav

Til saman 71,8 % meiner det er etablert tydelege mål- og resultatkrav for einingane. Dette er ein auke på 10 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. 6,2 % svarer at det i liten eller svært liten grad er etablert tydelege mål- og resultatkrav, medan tilsvarende tal i 2008 var 9,6 %.

Ser vi på forholdet mellom leiarnivåa finn vi at leiarnivå 2 i størst grad meiner at det er etablert tydelege mål- og resultatkrav for eininga. Figuren under viser at det er grunnlag for å tydeleggjere mål- og resultatkrav til einingane, spesielt på leiarnivå 4.

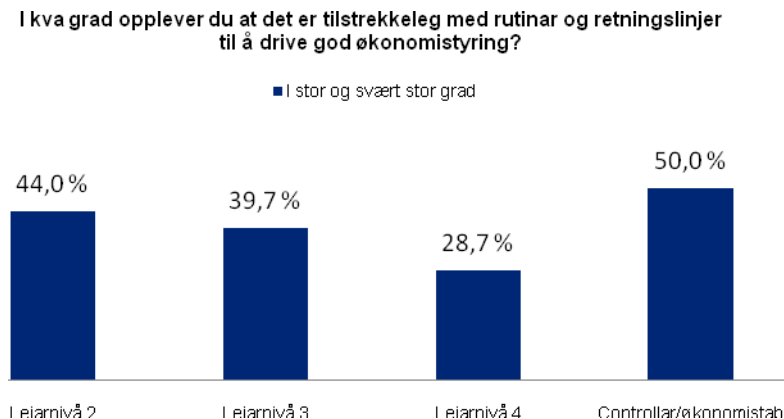


Økonomidirektør gav i intervju uttrykk for uvisse med omsyn til korleis strategi vert målt og følgt opp blant leiarar på lågare nivå. I intervju med ein avdelingsleiar går det fram at målsetjingane for avdelinga vert

fastsett i leiargruppa for divisjonen, og er hovudsakelig tiltak og mål knytt til økonomi og effektivitet. Avdelingsleiaren vert i medarbeidersamtalen vurdert i forhold til måloppnåing, men det får ikkje konsekvensar dersom målsetjingane ikkje vert nådd.

4.2.2 System og rutinar

I spørjeundersøkinga svarar til saman 35,6 % av respondentane at dei i stor eller svært stor grad har tilstrekkeleg med rutinar og retningslinjer for å utøve god økonomistyring. Dette er ei forbetring på 10,4 prosentpoeng frå 2008. 41,8 % svarer i nokon grad, medan 15,4 % svarer at dei i liten, svært liten grad eller ikkje i det heile har tilstrekkeleg med rutinar.



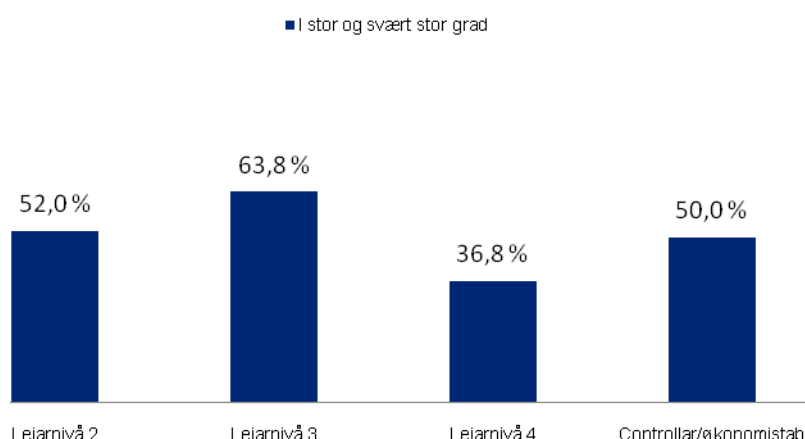
I intervju vert det gitt uttrykk for at retningslinjer og rutinar kunne vært betre dokumentert. Desse skal inngå i økonomihandboka som leiinga meiner ikkje er tilstrekkeleg oppdatert. Rutinane blir opplevd som gode i økonomiavdelinga, til dømes i høve til månadsavslutninga, men dei er i liten grad formalisert for linja. Dette kjem også fram av grafen at det på alle leiarnivå er under halvparten som meiner at det er tilstrekkeleg med rutinar. Eit intervjuobjekt peikar på at oppdatering av økonomihandboka er avhengig av Helse Vest, som ikkje har prioritert dette.

Fullmaktsstruktur

Revisjonen fekk i 2008 framlagt ein skriftleg fullmaktsstruktur frå september 2003. Føretaket var då i ferd med å utarbeide ein ny fullmaktsstruktur og denne var på tidspunktet for årets revisjon i ein revisjons- og utrullingsprosess.

Av respondentane i undersøkinga svara 46,4 % at dei i stor eller svært stor grad er kjent med innhaldet i fullmaktstrukturen, ein reduksjon på om lag 5,5 prosentpoeng frå 2008. 33,5 % svara at dei i nokon grad er kjent med fullmaktsstrukturen, medan 11,9 % svarer i liten eller svært liten grad. 7,2 % oppgjev at dei ikkje kjenner til fullmaktstrukturen i det heile. Det er leiarar på nivå 4 som i minst grad kjenner til fullmaktsstrukturen.

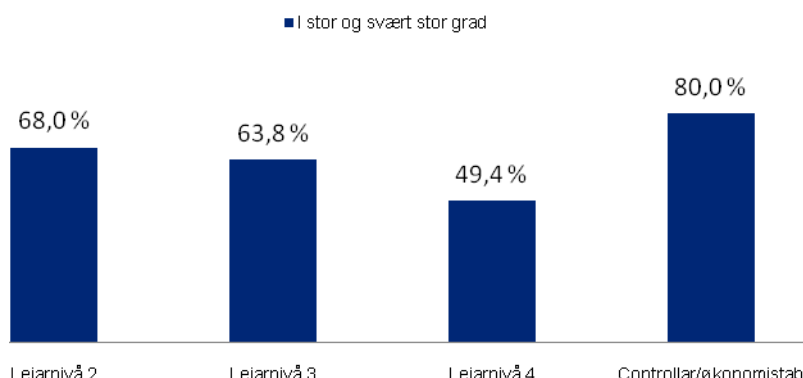
I kva grad er du kjent med fullmaktsstrukturen i føretaket?



Systemstøtte og styringsinformasjon

For å halde oversikt over kostnader, aktivitet, bemanning med meir, nyttar føretaket fleire system for å få fram styringsinformasjon. På spørsmål om i kva grad ein får den informasjonen ein treng for å styre økonomien, svarar 55,4 % av respondentane at dei i stor eller svært stor grad får den informasjonen dei treng. Dette er ein auke på 12,7 prosentpoeng frå undersøkinga frå 2008. Vidare svarar 28,7 % i nokon grad, mot 40 % i 2008. 11,3 % meiner at dei i liten eller svært liten grad får den informasjonen dei treng for å styre økonomien, medan om lag 15 % svara det same i 2008.

I kva grad får du den informasjon du treng for å styre økonomien?



På spørsmål om kvifor dei ikkje får den informasjonen dei treng, svarar fleire mellom anna at dei ikkje deltar i møte der det blir gitt slik informasjon. Nokre nemner også at dei manglar opplæring i korleis dei skal hente ut informasjon. I undersøkinga frå 2008 går det også fram at økonomisystema er vanskelege å bruka og at dei har for lite opplæring i systema.

Føretaket har fått mange ulike system dei siste 5 åra, og i intervju med økonomisjef vert det gitt uttrykk for at det er utfordrande å finne gode svar på korleis ein skal strukturere informasjonen for å få ei føremålsteneleg styring. Ein linjeleiar uttrykker i intervju at styringsinformasjonen som er tilgjengeleg for underliggjande nivå er lite pedagogisk tilrettelagt, detaljert og for historisk orientert. Av grafen kjem det fram at dei lågaste leiarnivåa er dei som i størst grad saknar styringsinformasjon.

Frå intervjuar går det fram at GAT som styringsverktøy blir opplevd noko komplisert, men at dei som har lært seg systemet opplever det som bra.

4.2.3 Kompetanse

Til saman 54,7 % av leiarane meiner dei i stor eller svært stor grad har tilstrekkeleg kompetanse, ein auke på om lag 10 prosentpoeng frå 2008. Om lag 37 % meiner dei i nokon grad har tilstrekkeleg kompetanse til å utføre oppgåvene dei er pålagt, medan til saman 6,1 % svarer at dei i liten eller svært liten grad har tilstrekkeleg økonomistyringskompetanse.

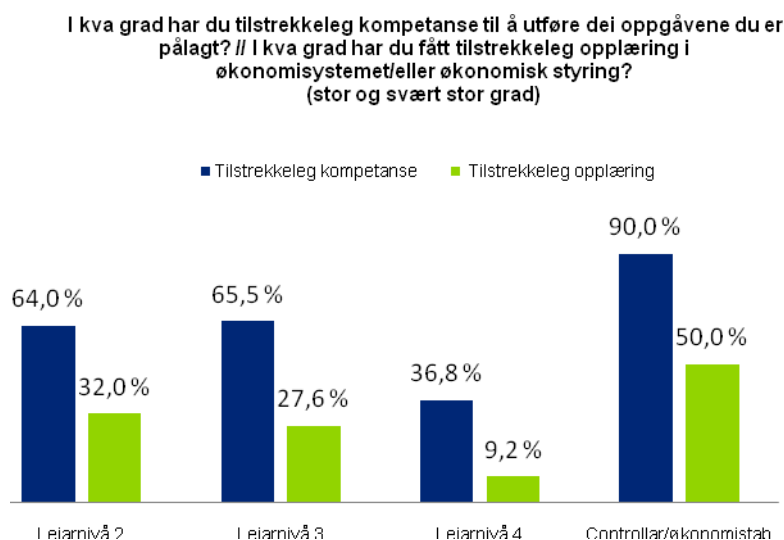
Økonomi- og finansdirektør gjev i intervju uttrykk for at controllarene har tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse til å sikre god økonomistyring sjølv om 2008 var eit svært krevjande år med stor utskifting av arbeidsstokken. Delar av 2009 har også gått med til opplæring, noko som har medført lågare controllarkapasitet.

Når det gjeld i kva grad respondentane har fått tilstrekkeleg opplæring i økonomisystem og/ eller innan økonomisk styring svarer til saman 20,2 % av respondentane at dei i stor eller svært stor grad har fått tilstrekkeleg opplæring. 39,4 % svarer dei i nokon grad har tilstrekkeleg kompetanse, medan 32,6 % svarer i liten eller svært liten grad. Frå undersøkinga går det fram at på leiarnivå 4 oppfattar at dei i stor eller svært stor grad har fått tilstrekkeleg opplæring, og få har svara i nokon grad.

Vi ser at det er forskjellar mellom leiarnivåa når det gjeld i kva grad dei opplever at dei har tilstrekkeleg kompetanse. 64 % av leiarane på nivå 2 meiner at dei i stor eller svært stor grad har tilstrekkeleg kompetanse til å utføre oppgåvene sine, ein auke på 10 prosentpoeng samanlikna med undersøkinga i 2008. 65,5 % av leiarane på nivå 3 svarar også dei har tilstrekkeleg kompetanse, ei forbetring på heile 20 prosentpoeng. Det er framleis eit potensial for linjeleiarar på nivå 4.

Det er berre halvparten av controllarane som oppgjev at dei har fått tilstrekkeleg opplæring sjølv om fleirtalet vurderer eigen kompetanse som tilstrekkeleg. Leiinga gjev uttrykk for at dette har samband med at føretaket har tilsett fleire nye controllarar og at ein må rekne med ei opplæringstid på 2 år.

Frå undersøkinga går det fram at fleire respondentar mellom anna saknar meir opplæring i økonomistyring generelt, og fleire gjev uttrykk for at programvaren som vert nytta kompliserer økonomistyringa.. I tillegg vert det også i denne undersøkinga opplyst om at føretaket ikkje har tilstrekkeleg kompetanse knytt til økonomiske analyser.



I intervju med administrativ leiing går det fram at ein ikkje har god oversikt over om linjeleiarar har tilstrekkeleg kompetanse. Det vert opplyst at Helse Stavanger gjennomfører frivillige basisprogram for leiarar på nivå 3 og 4 med tema innan innkjøp og økonomi.

4.2.4 Samhandling med og støtte frå controllarar

Controllarane i føretaket er organisert som ei eining i økonomiavdelinga, og økonomisjef uttrykker i intervju at denne organiseringa blir opplevd som den mest føremålstenelege. Dette vert grunngeve med at dette sikrar at controllarane ikkje mister det føretaksovergripande perspektivet og sin faglege kritiske distanse. Økonomisjef opplever også at dei oppnår eit betre fagmiljø på denne måten.

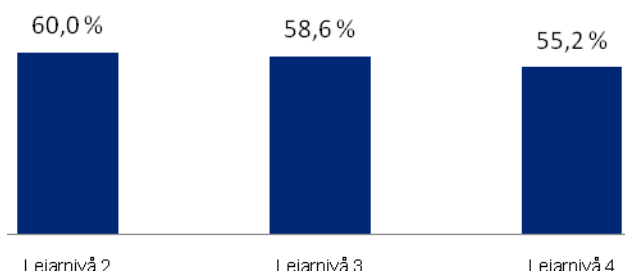
I intervju vert det også opplyst at administrasjonen utfordrar divisjonsdirektørane på kva oppgåver dei nyttar controllarar til. Divisjonsdirektør kan bestemme nokre av arbeidsoppgåvene og prioriteringane til controllar, men administrasjonen er opptatt av at arbeidet ikkje skal vere administrasjonsoppgåver for divisjonsdirektøren.

I spørjeundersøkinga blir linjeleiarane spurt om i kva grad dei får tilstrekkeleg støtte frå controllarar og økonomistab til å styre økonomien. 57,4 % svarar at dei i stor eller svært stor grad får tilstrekkeleg støtte frå controllarar og økonomistab, ein auke på heile 24,5 prosentpoeng frå 2008, medan 24,9 % svarar dei i nokon grad får tilstrekkelig støtte. 11,3 % av linjeleiarane meiner dei i liten eller svært liten grad får tilstrekkeleg støtte frå controllar/ økonomistab til å styre økonomien. Til samanlikning svara 17,5 prosent dei i liten eller svært liten grad fekk tilstrekkeleg støtte i 2008. Av respondentane svarer 3% at dei ikkje får støtte i det heile.

Årsaka til manglande støtte vert i undersøkinga grunngeve med at det er lite kontakt med eller ikkje gjennomført møte med controllar. Andre peikar også i år på at controllarane i for liten grad har kjennskap til drifta og utfordringane i eininga.

I kva grad får du tilstrekkeleg støtte frå controllar/økonomistab til å styre økonomien?

■ I stor og svært stor grad

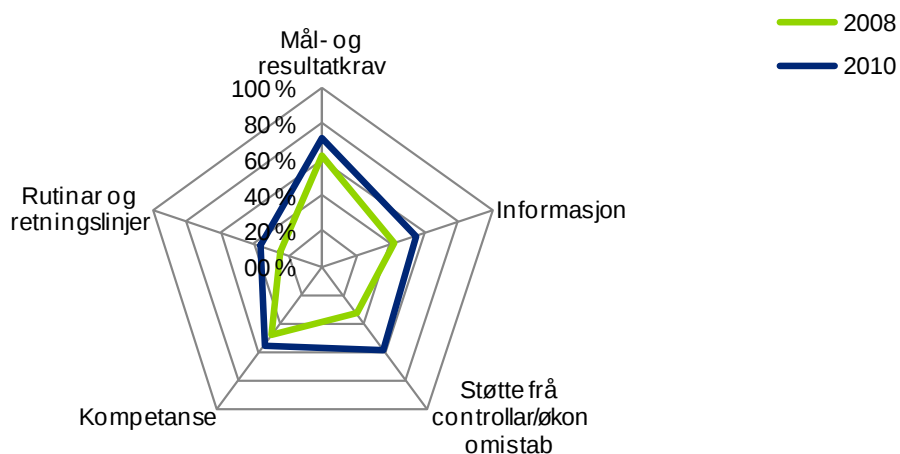


Av grafen kan ein sjå at det ikkje er store forskjellar mellom leiarliv når det gjeld kor fornøgde dei er med støtta frå controllarane. I dei generelle kommentarane i spørjeundersøkinga gjev mange uttrykk for at samarbeidet med controllarane er blitt nærare og tettare. Vidare går det fram i intervju med ein linjeleiar at controllarane har fått ei forståing for drifta og oppnådd ein legitimitet ute i einingane. Bruk av controllar skaper breiare involvering for økonomistyring i einingane, og i tillegg har rapportane blitt betre og meir forståelege. Intervjuobjektet peikar på at controllar utfordrar synspunkt/oppfatningar i einingane, og at det er viktig at controllar kjem utanfrå divisjonen.

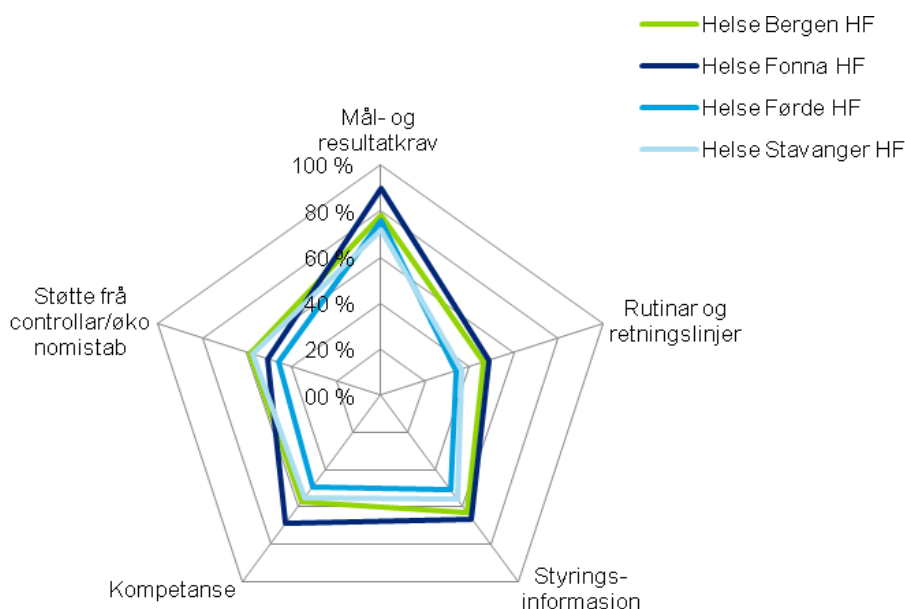
4.2.5 Oppsummering føresetnader for god økonomistyring

Dersom vi samanliknar Helse Stavanger HF med dei andre føretaka på utvalde spørsmål frå spørjeundersøkinga får vi ei fordeling som vist i figuren under⁹. Den vertikale aksens viser ein prosentvis skala frå 0 til 100 %. Plasseringa av dimensjonane på aksens er berekna ved å legge saman prosentdelen av dei som svarer i stor og i svært stor grad på dei utvalde spørsmåla.

Samanlikna med resultatane frå 2008 viser Helse Stavanger framgang i samelege dimensjonar. Spesielt dei implementerte tiltaka i høve til organisering av kontrollarar har gitt god effekt.



Samanlikna med dei andre føretaka er Helse Stavanger HF nest best med omsyn til støtte frå kontrollar og rutinar og retningslinjer, ein forbetring på heile 24,5 % frå undersøkinga i 2008. Figuren viser og at Helse Stavanger har eit potensial i samelege kategoriar, sjølv om dei viser god framgang i samhandling med kontrollar. System og rutinar peikar seg ut som særleg utfordrande for føretaket, og det er urovekkande at berre 50 % av kontrollarane og 52 % av leiarnivå 2 svarar at dei får tilstrekkeleg informasjon til å styre økonomien.



⁹ Følgjande spørsmål er inkludert i diagrammet: (1) I kva grad er det etablert tydelege mål- og resultatkrav for eininga(ne)? (2) I kva grad opplev du at det eksisterer tilstrekkeleg med rutinar og retningslinjer til å drive god økonomistyring? (3) I kva grad får du den informasjon du treng for å styre økonomien? (4) I kva grad har du tilstrekkeleg kompetanse til å utføre dei oppgåvene du er pålagt? (5) I kva grad får du tilstrekkeleg støtte frå kontrollar/økonomistab til å styre økonomien?

4.3 Budsjettprosessen

4.3.1 Budsjettering

Det praktiske arbeidet med budsjettet i divisjonane føregår frå september til desember, og tar utgangspunkt i tildelt ramme frå Helse Vest. Føretaksleiinga, saman med økonomi fordelar ramma til dei ulike divisjonane. Administrerande direktør fattar endeleg avgjerd i samråd med toppleiargruppa.

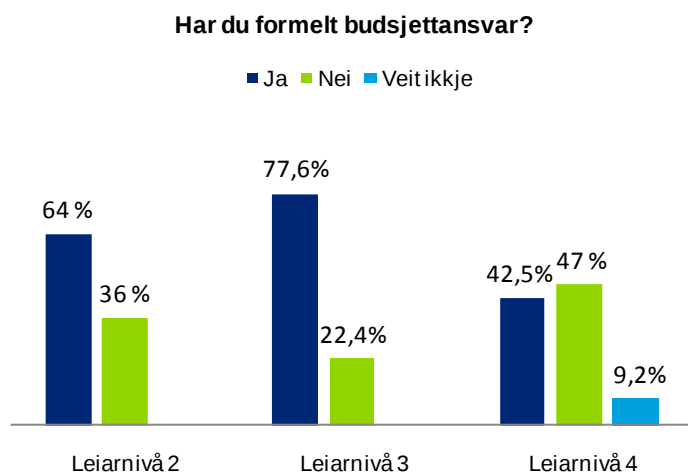
Det går fram i intervju at denne prosessen har vært prega av forhandlingar framfor aktivitetssmessige prioriteringar, men at ein no har utarbeidd klarare retningslinjer for korleis budsjettet skal utformast og kva premisser som skal leggjast til grunn. Etter at budsjettamma er vedteken, vert budsjettet bygd opp nedanfrå i alle divisjonar og einingar. Klinikkdirrektørane si rolle er å formidle leiinga sine føringar for budsjettprosessen, og eventuelt gå i forhandlingar som følgje av større endringar i behov.

Økonomi akkumulerer dei detaljerte budsjetta frå dei ulike einingane, og måler mot dei tildelte rammene. Økonomisjefen opplyser at det ikkje er uvanleg at budsjettet er større enn rammene, og forslag til reduksjonar i form av tiltak må utarbeidast i dei respektive klinikkane.

Administrerande direktør har vore klar på at målet om økonomisk balanse er absolutt og at drifta må innrettast i tråd med dei rammene som er gitt. Kvar divisjonsdirektør må presentere sitt budsjett og konkrete tiltaksom er innarbeidd i budsjettet, for føretaksleiinga og for styret, og vil på den måten forplikte seg på budsjettet med tilhørande tiltak.

4.3.2 Budsjettansvar

Av dei spurde i spørjeundersøkinga svarer 51,8 % av leiarane at dei har formelt budsjettansvar. Til samanlikning svara heile 81,4 % dei hadde formelt budsjettansvar i 2008, ei reduksjon på om lag 30 prosentpoeng. Fordelt på dei ulike leiarnivå får vi følgjande fordeling av budsjettansvar:

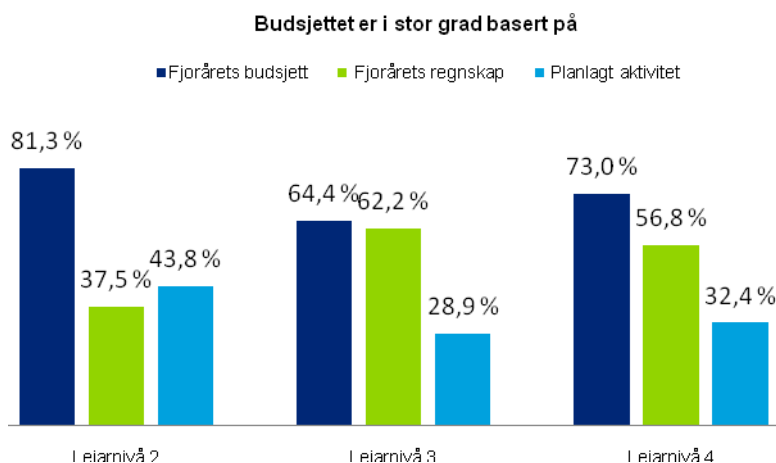


I intervju med økonomisjef går det fram at budsjettansvaret er delegert til lågaste organisatoriske nivå i føretaket. Av figuren over ser vi at det er store ulikheiter mellom dei ulike leiarnivåa, og at berre om lag 40 % av leiarar på nivå 4 seier dei har formelt budsjettansvar. Dette indikerer at budsjettmynde i praksis ikkje vert delegert til alle linjeleiarar på ein tilstrekkeleg formalisert måte. Ein del respondentar har som tidlegare nemnt svart feil på kva leiarnivå dei høre til, da det vert opplyst at det er betydeleg fleire som seier nivå 2 enn det faktisk er stillingar på dette nivået.

4.3.3 Budsjettplanlegging

I intervju med økonomi- og finansdirektør går det fram at fordeling av budsjetttrammane er basert på strategi og planar, målsetjingar, prioriteringar i bestillardokumentet eller statsbudsjettet, endringar i organisasjonen, og i interne prioriteringar.

Figuren under tydar på at respondentane har ei anna oppfatning, og den viser at fjorårets budsjett i stor grad vart lagt til grunn for budsjetthandsaminga i 2009. Dette vert også stadfesta i intervju med linjeleiarar. Ei årsak til dette kan vere at det er små endringar frå år til år, og at ein derfor ikkje oppfattar at nye moment vert vektlagt i budsjettplanlegginga.

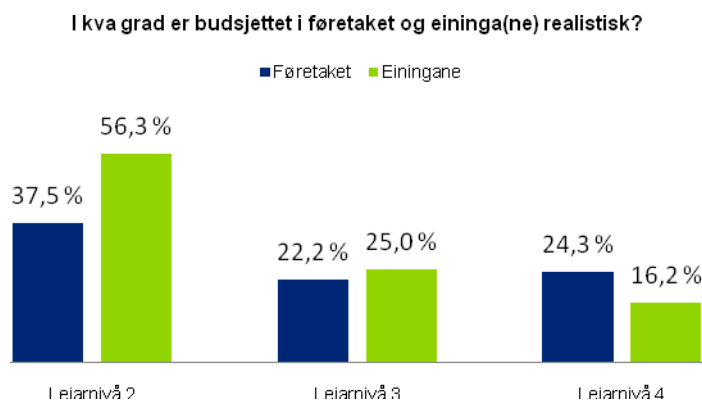


4.3.4 Budsjettkvalitet

På spørsmål om budsjettet i føretaket er realistisk, svarer 26 % i stor eller svært stor grad, medan 57 % oppfattar budsjettet i nokon grad som realistisk. Dette representerar ein auke på høvesvis 19 og 28,1 prosentpoeng frå 2008. Den relativt låge prosentdelen kan skuldast at respondentane meiner budsjettet ikkje er tilstrekkeleg i forhold til det dei meiner er nødvendige ressursar, og at budsjettet derfor vert sett på som urealistisk.

Til saman 12 % opplever budsjettet som urealistisk. Dette vert i undersøkinga mellom anna grunngitt med at kravet til drift og planlagt aktivitet ikkje er tilpassa budsjettet. Særleg vert det peika på bemanningsutfordringar gjer det vanskeleg å kunne gjennomføra ei kostnadseffektiv drift. Fleire peikar også på eksterne faktorar som pasientstraum og variasjon i inntektsgrunnlaget som følgje av takstendringar, som ei utfordring.

Til saman 27 % svarar at budsjettet for eininga i stor eller svært stor grad er realistisk og 56 % svarar i nokon grad, ein auke på om lag 7 og 23 prosentpoeng samanlikna med undersøkinga i 2008. Det går fram at langt færre på lågare nivå oppfattar budsjettet som realistisk.

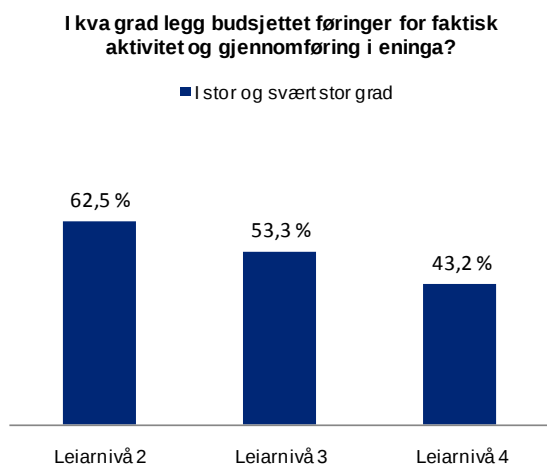


I intervju opplyser økonomisjefen at Helse Stavanger HF i 2009 gjennomførte gruppearbeid med medlemmer frå ulike nivå i divisjonane for å komme med innspel til fordeling av budsjettet.

Gruppearbeidet var et initiativ frå leiinga, og økonomisjefen gjev i intervju uttrykk for at prosessen med gruppearbeid førte til at innspela frå gruppene vart opplevd som meir realistiske sjølv om divisjonane ønskte meir. Leiinga opplever at prosessen også har skapt ei større forankring til budsjettet. Dette vert også stadfesta i intervju med representantar frå linjeleiinga som gjev uttrykk for at budsjettprosessen i 2009 fungerte betre, og at møta kan føra til auka kontakt mellom avdelingane. Vidare vart det trekt fram at gruppearbeidet og dialog har gjeve meir aksept for einingane sine utfordringar og rom for justeringar av ramma.

4.3.5 Budsjettlojalitet

Til saman 52 % svarar at budsjettet i svært stor eller stor grad er førande for aktivitet og gjennomføring i einingane. Til samanlikning svara 42,1 % at budsjettet er styrande for driftsrelaterte avgjersler i einingane i 2008. 33 % svarar at budsjettet i nokon grad er styrande, medan 14 % svarar at budsjettet i liten eller svært liten grad legg føringar for aktiviteten i eininga. Det er ein klar trend at leiarar på lågare nivå ikkje i like stor grad opplever budsjettet som førande for faktisk aktivitet.



I intervju med ein representant frå linja vert det peika på at den største utfordringa i budsjettoppfølginga er at einingsleiarar ikkje tilpasser drifta til budsjettet.. Det går også fram av grafen at det er flest frå leiarnivå 3 og 4 som svarar at budsjettet i liten eller ingen grad legg føringar for aktivitet og gjennomføring.

I spørjeundersøkinga svarar fleirtalet av dei spurde (78,4 %) at det vert sett i verk tiltak dersom resultatutviklinga gjennom året tyder på at budsjettet ikkje vil gå i balanse. I intervju vert det opplyst at handtering av avvik er blitt eit hovudfokus etter at ny administrerende direktør byrja i 2009. Det er den enkelte leiar sitt ansvar å følge opp avvika.

På spørsmålet om kva for tiltak som vert sett i gang, er det fleire som opplyser at stillingar blir halde vakante, innleie av vikarar redusert og at investeringar blir utsett. Redusert aktivitet eller gjennomgang av planlagt aktivitet vert også nemnt. Eit fåtal nemner tettare dialog, oppfølging frå nærmaste leiar eller samarbeid med andre einingar.

4.3.6 Insentiv og konsekvensar

I intervju med økonomi- og finansdirektør vert det kommentert at det ikkje blir gjennomført spesielle sanksjonar ved budsjettoverskriding, men at ein no har etablert ein ordning der einingar med positivt resultat får behalde 5 % av overskotet.

På spørsmål om det er etablert insentiv for å nå budsjett, svarar 15,9 % av respondentane at det vert gitt insentiv eller påskønning for eininga for å nå budsjettet. 18,5 % er usikre, medan 65,6 % svarer dei ikkje vert gitt insentiv. Av insentiv svarar fleirtalet av respondentar at avdelinga får behalde ein del av overskotet til neste års budsjett. Det går fram at nokre er usikre på kor mykje ein får behalde, og korleis ein kan nytta slike midlar.

I intervju med representantar frå linjeleiinga peikar dei på at insentivordningar kan oppfattast problematisk på grunn av store forskjellar mellom einingar som gjer at økonomisk balanse ikkje berre er eit spørsmål om god eller dårleg styring i einingane.

4.3.7 Analyse, prognosar og rapportering

Analysearbeid

I intervju med administrativ leiding gjev fleire uttrykk for at det vert nytta for lite tid til analyser. Å bruke meir tid på analysar av investeringar vert sett på som ei hovudutfordring. Dette vert grunngjeve med at det nokre gonger vert kjøpt inn nye apparat som skal erstatte utskiftingsmodent utstyr, samtidig som det gamle utstyret likevel vert brukt lenger.

Fleire gjev uttrykk for at det er vanskeleg for enkelte leiarar å halde fokus på overordna og viktige kostnadsdrivarar. Dette vert grunngitt med at seksjonsleiarar ofte er detaljfokuserte, og at ProClarity inneheld detaljar som gjer det vanskelig å sjå dei store linjene.

Økonomi- og finansdirektør opplyser at resultatet i einingane vert synliggjort i organisasjonen gjennom felles økonomisystem og som kan nyttast som samanlikningsgrunnlag. I tillegg kommuniserer økonomidirektør i toppleiar møta resultata i dei einskilte divisjonane.

I revisjonen frå 2008 vart det i eit av intervju kommentert at ein ønskjer meir bruk av interne og eksterne samanlikningar for å kunne danne eit grunnlag for å vurdere kva som er riktig nivå på ressursar og aktivitetar m.m. Dette vart også kommentert i denne spørjeundersøkinga.

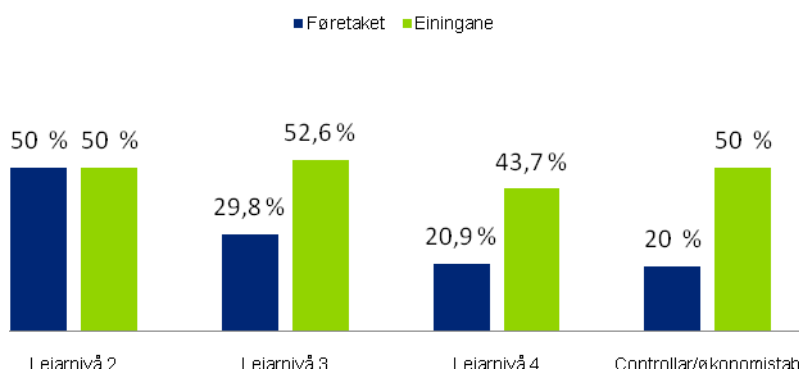
Prognosar

Helse Stavanger har verktøy til å lage detaljerte prognosar, men det blir berre utarbeidd ei overordna prognose i forhold til balansekravet for Helse Stavanger. Prognosen som vert utarbeidd har utfallsrommet ”best”, ”medium” og ”worst”.

I intervju med administrativ leiding blir det oppgitt at prognosen vert oppdatert kvar månad. Dette vert gjort i samband med oppfølgingsmøte med administrerende direktør og klinikkdirektørar. Det vart i tillegg rapportert ein prognose til Helse Vest som var lik budsjett for heile 2009.

Spørjeundersøkinga visar at prognosane for føretaket vert sett på som meir realistiske samanlikna med spørjeundersøkinga i 2008. Om lag 26 % av dei spurde er ganske eller heilt einige i at prognosane for føretaket er realistiske. Dette er ein auke på om lag 10 prosentpoeng.

Heilt eller ganske einige i at:
 Prognosar som vert utarbeidd for HFet er realistiske?
 Prognosar som vert utarbeidd for eininga(ne) er realistiske?

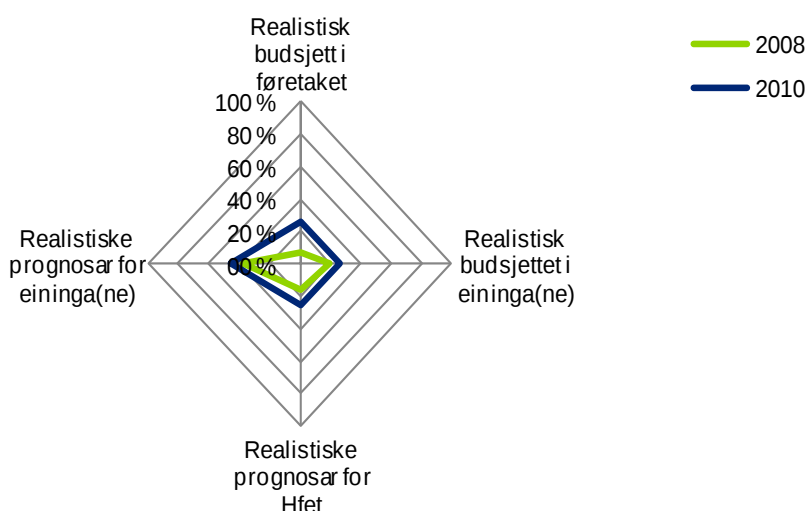


For einingane er 45,3 % ganske eller heilt einige i at prognosane er realistiske, ein auke på 8,5 prosentpoeng frå 2008. Av grafen over er det særleg prognosane for føretaket som leiarar på lågare nivå oppfattar som mindre realistiske.

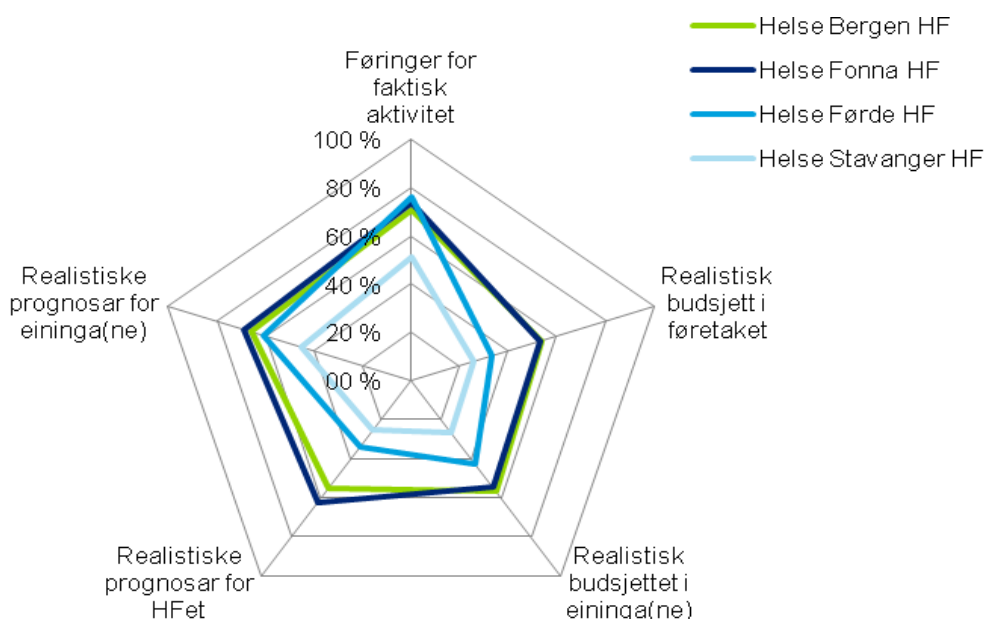
4.3.8 Oppsummering budsjettprosessen

I figuren under samanliknar vi dei ulike føretaka på nokre utvalde dimensjonar med omsyn til økonomistyringsaktivitetar¹⁰. Den vertikale aksen viser ein prosentvis skala frå 0 til 100 %. Plasseringa av dimensjonane på aksen er berekna ved å legge saman prosentdelen av dei som svarer i stor og i svært stor grad, og dei som svarer ganske og heilt eining. Undersøkinga i 2008 inkluderte ikkje alle spørsmåla som var med i undersøkinga i 2010.

Samanlikna med posisjonen i undersøkinga i 2008 svarar respondentane i større grad at budsjett og prognosar på føretaksnivå er meir realistiske, medan det er liten endring for oppfatninga i einingane.



Figurane under viser at Helse Stavanger HF framleis har eit stort potensial, trass i at dei har vist framgang samanlikna med undersøkinga i 2008. At Helse Stavanger kjem dårleg ut samanlikna med dei andre føretaka kan skuldast låg budsjettlojalitet og/eller ha samband med at Helse Stavanger ikkje går i balanse og at budsjett og prognosar difor ikkje vert sett på som realistiske. Årsaka til dette kan være fleire, men undersøkinga har avdekt at mange leiarar svarar at dei ikkje har budsjettmynde eller ikkje veit om dei har budsjettmynde, sjølv om leiinga har delegert budsjettmynde til alle nivå.



¹⁰ Følgjande spørsmål er inkludert i diagrammet: (1) I kva grad legg budsjettet føringar for faktisk aktivitet og gjennomføring i eininga?, (2) I kva grad er budsjettet i føretaket realistisk?, (3) I kva grad er budsjettet i eininga(ne) realistisk?, (4) I kva grad er prognosane for føretaket realistiske?, (5) I kva grad er prognosane for eininga realistiske?

På spørsmål om korleis økonomistyringa kan forbeholdt det i intervju med administrativ leiing mellom anna nemnt etablering av målekort og at ein kan ta i bruk tilgjengeleg informasjon på ein betre måte. Det vert også peika på at styringa i stor grad er basert på finansielle tal og har fokus på avvik. Dette får støtte i intervju med linjeleiarar som gjev uttrykk for at leiinga er resultat- og avviks fokusert, og at dei kan ha noko meir fokus på faktorar som kan forklara den økonomiske utviklinga.

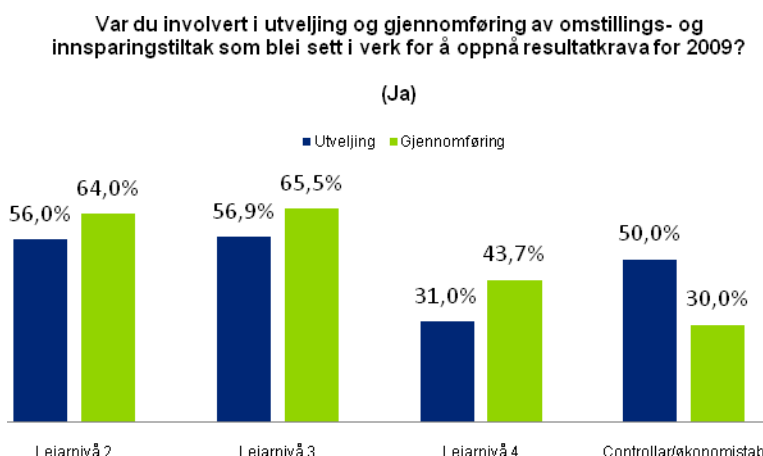
Vidare går det fram at det er ei utfordring at einingsleiarar ikkje i tilstrekkeleg grad tenker heilskapleg og ser utover eiga avdeling. Det vert også frå fleire hald peika på viktigheita av å definere kva tilbod som er godt nok på grunn av at mange har svært høge ambisjonar. Dette gjeld til dømes bruk av materiell og type behandling pasientane får.

4.4 Omstillings- og innsparingstiltak

Opphavleg budsjettert effekt av tiltaka for 2009 var omlag 178 millionar, medan faktisk effekt av tiltaka var omlag 64,3 millionar. Dette tilsvarar ein realiseringsgrad på 36 %.

4.4.1 Utveljing av omstillings- og innsparingstiltak

Av dei spurde i undersøkinga svarar 41 % at dei var involvert i utveljinga av omstillings- og innsparingstiltaka for 2009. Dette er om lag 10 prosentpoeng færre samanlikna med undersøkinga frå 2008. Omlag halvparten svarar at dei var involvert i gjennomføringa av omstillings- og innsparingstiltaka for å oppnå resultatkrava for 2009. Linjeleiarar på nivå fire er i mindre grad involvert i utveljing og gjennomføring av tiltaka enn leiarar på nivå to og tre. Berre 50 % av controllarane er involvert i utveljing av tiltaka.



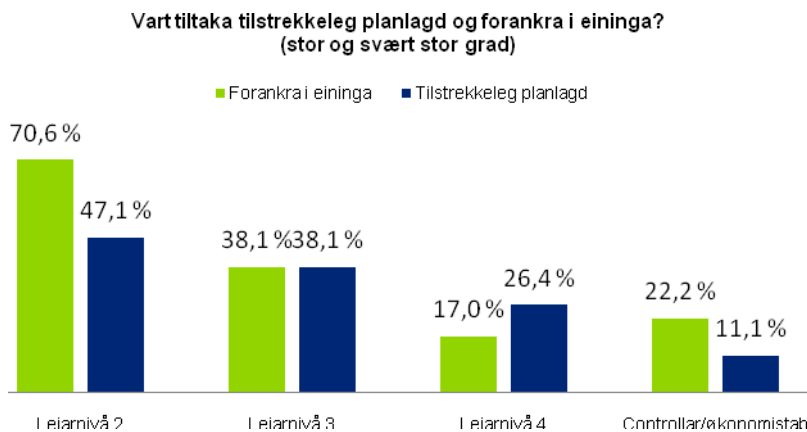
Til saman 66,2 % av respondentane svarar at eininga har gjennomført omstillings- og innsparingstiltak for 2009. Av desse er det 22,1 % som opplyser at tilsette i eininga i stor eller svært stor grad er involvert ved utveljing av tiltak. Heile 30 % var i liten eller svært liten grad involvert, medan 36,2 % var involvert i nokon grad. Om lag 8 % var ikkje involvert i det heile.

I intervju med administrativ leiding vert det opplyst at utveljing og oppfølging av omstillingstiltaka for 2009 vart gjort i avdelingane, og brote ned til minimum leiarnivå tre. Alle leiarnivå og tillitsvalte får koma med forslag til tiltak, og det er den enkelte leiar som er ansvarlig for oppfølginga. Den økonomiske effekten av tiltaka blir berekna og vert målt ut frå rekneskapen, og det er økonomiavdelinga som gjennomfører målinga.

4.4.2 Planlegging og forankring av tiltaka

Om lag 34 % av respondentane meiner tiltaka i stor eller svært stor grad var tilstrekkeleg planlagd. 39,4 % svarar i nokon grad, medan 15,7 % av dei spurde meiner tiltaka i liten eller svært liten grad var tilstrekkeleg planlagd. Av dei spurde er det 9,4 % som er usikre.

Eit viktig kriterium for ei vellykka implementering av tiltaka er at dei er godt forankra i føretaket. I spørjeundersøkinga går det fram at om lag 34 % av dei spurde svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad var forankra i eininga. 35,4 % av respondentane svarar at tiltaka var forankra i nokon grad medan 18,1 % svara at tiltaka i liten eller svært liten grad var forankra. Av dei spurde er det 2,4 % som meiner tiltaka ikkje var forankra i det heile. Til samanlikning svara berre 15,8 % av dei spurde i undersøkinga frå 2008 at dei tilsette støttar tiltaka i einingane i stor eller svært stor grad. Heile 26,3 % svara at dei tilsette støttar tiltaka i liten eller svært liten grad, og 4,2 % svara ikkje i det heile.



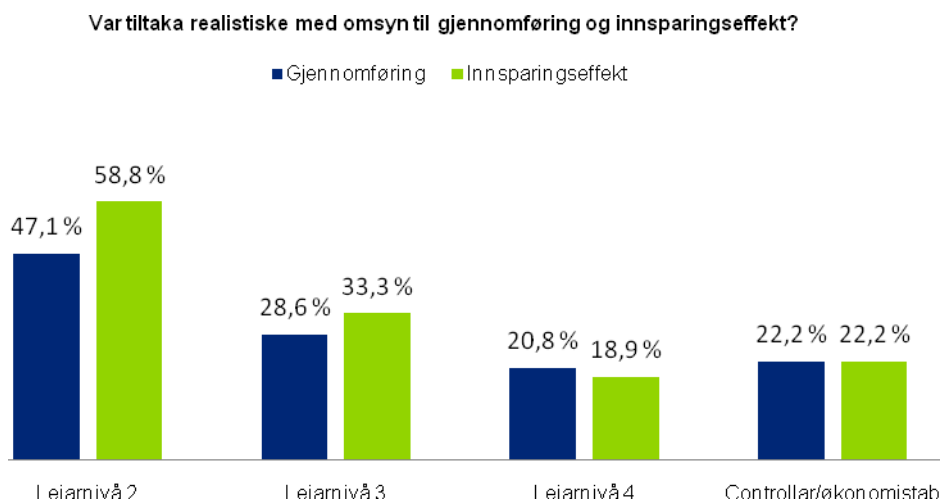
I intervju med administrativ leining vert det gitt uttrykk for at gjennomføring og oppfølging av tiltak ikkje har vore like grundig i 2009 som i 2008. Dette vert grunngjeve med at mange tiltak blir tatt ut og at nye kjem til undervegs. Leiinga opplever at tiltaka for 2010 er betre forankra i organisasjonen, og meiner at dette har samanheng med alle divisjonsdirektørane måtte presentere sine budsjett og tiltak i styremøte. Dette kjem også fram av grafen ovanfor. Det er framleis utfordringar på lågare nivå med omsyn til planlegging og forankring av tiltaka.

I intervju går det fram at hovudutfordringa i arbeidet med omstillings- og innsparingstiltak er å få med dei riktige risikoområda og få forventa effekt av tiltaka.

Tiltaka har tidligare vore utarbeidd i etterkant av budsjettet, men administrasjonen trur det gjev meir eigarskap om det vert gjort som del av budsjettprosessen. Det blir gjeve uttrykk for at det kan vere utfordrande å finne rette tiltak på eit så tidleg tidspunkt.

4.4.3 Realisme i tiltaka

Det går fram av undersøkinga at til saman 28,3 % av dei spurde opplever at tiltaka i stor eller svært stor grad var realistiske å gjennomføra. Dette er ein auke på om lag 16 prosentpoeng samanlikna med undersøkinga i 2008. Om lag 44 % meiner tiltaka i nokon grad var realistiske, medan 18,1% meiner dei i liten eller svært liten grad var realistiske med omsyn til gjennomføringa. 8,7 % av respondentane er usikre.



På spørsmål om korleis tiltaka vert oppfatta med omsyn til innsparingseffekt er det ikkje stor skilnad frå svara på spørsmålet over. Om lag 30 % av dei som har gjennomført tiltak i si eining svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad var realistiske med omsyn til innsparingseffekt, medan 17,3 % meiner tiltaka i liten eller svært liten grad var

4.4.4 Effekt av tiltaka

Av respondentane som har vert involvert i omstillingstiltak svarer 34,7 % at dei rette tiltaka i stor eller svært stor grad er valt ut. Dette er ein auke på om lag 14 prosentpoeng samanlikna med undersøkinga frå 2008. 11,8 % svarer at tiltaka som er valt ut i liten eller svært liten grad er dei rette for å oppnå resultatkrava, medan 13,4 % er usikre. Av respondentane er det 39,4 % som svarar at ein i nokon grad har valt ut dei rette tiltaka.

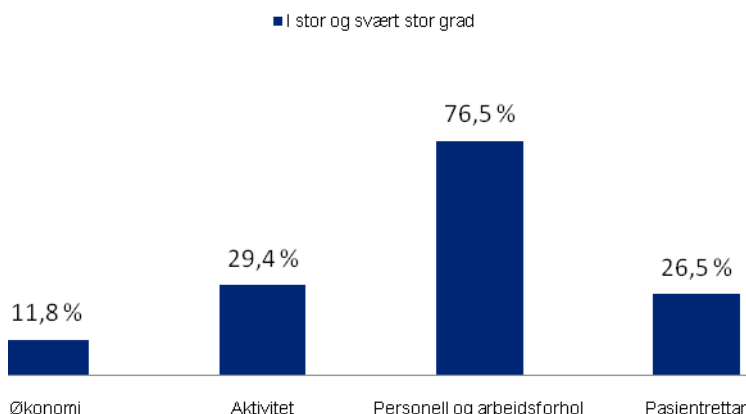
Halvparten av respondentane svarer i undersøkinga at innsparingstiltaka for 2009 i hovudsak har hatt ønska effekt, medan heile 32 % er usikre.

Av dei som meiner tiltaka ikkje har hatt ønska effekt (18 %), vert dette mellom anna grunngjeve med at tiltaka ikkje er tilstrekkeleg konkrete og målbare. Andre gjev uttrykk for at toppleinga ikkje har god nok operasjonell styring og planlegging av kva type medisinsk og administrativt utstyr som er nødvendig å kjøpe inn. Det vert også nemnt at det er store prisskilnad på metodeval for kirurgiske prosedyrar, utan at dei økonomiske effektane vert målt eller styrt.

Til saman 26,8 % kjenner til omstillings- og innsparingstiltak som har hatt negative utilsikta effektar, medan om lag 34 % er usikre. I 2008 svara 33,3 % dei kjende til negative utilsikta effektar. Ser vi på dei ulike nivå er det ein svak trend at fleire på lågare nivå opplever negative utilsikta effektar som følge av tiltaka.

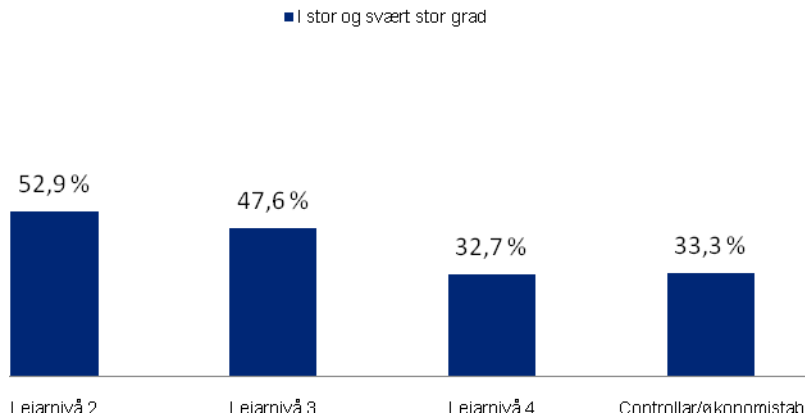
Av dei som meiner at tiltaka har hatt negative utilsikta effektar er det negative effektar for personell og arbeidsforhold som er den faktoren som heilt klart er mest framtrедande. Heile 76,5 % av dei som kjenner til negative utilsikta effektar av tiltaka meiner at tiltaka i stor eller svært stor grad har hatt negative konsekvensar for personell og arbeidsforhold. 29,4 % svarar at tiltaka har hatt negativ innverknad på aktivitet, og 26,5 % meiner at tiltaka i stor eller svært stor grad har negativ innverknad på pasientrettar. Berre 11,8 % meiner at tiltaka har verka negativt inn på økonomi i føretaket. Både for aktivitet, pasientrettar og økonomi kan ein sjå ei forbetring på om lag 10 prosentpoeng frå 2008.

I kva grad har omsstillings - og innsparingstiltaka for 2009 hatt negative utilsikta effekter med omsyn til:



I spørjeundersøkinga går det fram at 39,6 % av respondentane meiner nye korrigerande tiltak i stor eller svært stor grad vert sett i verk når rapporteringa viser avvik frå forventa innsparing. 41% svarar at nye tiltak vert i gangsett i nokon grad, medan berre 6,3 % svarar at korrigerande tiltak vert sett i gang i liten eller svært liten grad. 12,4 % av respondentane er usikre. Til samanlikning svara til saman 27,9 % i undersøkinga frå 2008 at korrigerande tiltak vert sett i verk i stor eller svært stor grad dersom rapporteringa viser avvik.

I kva grad vert korrigerande tiltak sett i verk når rapporteringa viser avvik frå forventa innsparing?

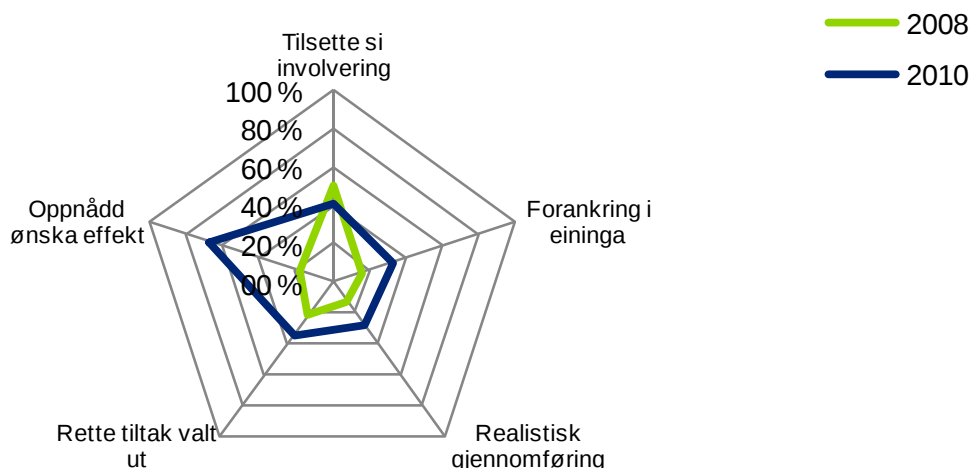


Av dei som meiner korrigerande tiltak ikkje vert sett i verk, vert det i undersøkinga gitt uttrykk for at det er mangel på styring og leiing, at ein ikkje kan sei opp tilsette eller at det er medisinsk uforsvarleg med fleire tiltak.

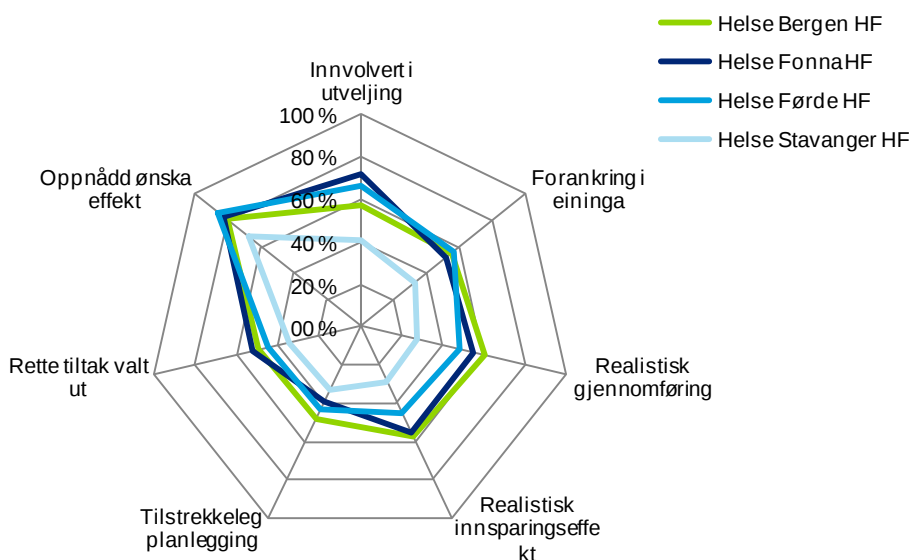
4.4.5 Oppsummering omstillings- og innsparingstiltak

I figuren under samanliknar vi dei ulike føretaka på nokre utvalde dimensjonar med omsyn til omstillings- og innsparingstiltak¹¹. Den vertikale aksen viser ein prosentvis skala frå 0 til 100 %. Plasseringa av dimensjonane på aksen er berekna ved å legge saman prosentdelen av dei som svarer i stor og i svært stor grad på dei utvalde spørsmåla og dei som svarer heilt og ganske einig. I tillegg har vi inkludert dei som har svart ja på spørsmål om tiltaka har hatt ønska effekt. Undersøkinga i 2008 inkluderte ikkje alle spørsmåla som var med i undersøkinga i 2010.

Føretaket viser framgang i fleire av dimensjonane, men færre linjeleiarar er involvert i utveljinga av tiltak samanlikna med 2008. Helse Stavanger manglar også gode system og rutinar for å følgje opp dei tiltaka som har vorte satt i verk.



Samanlikninga mellom føretaka viser at Helse Stavanger HF har størst potensial på samelege dimensjonar. Berre halvparten av controllarane er involvert i utveljing av tiltak, samstundes som dei i minst grad svarar at tiltaka er godt forankra i dei ulike einingane. Controllar har ein viktig rolle i å kvalitetssikre tiltak og syte for at dei er forankra.



¹¹ Følgjande spørsmål er inkludert i diagrammet: (1) Var du involvert i utveljing av omstillings- og innsparingstiltak som blei sett i verk for å oppnå resultatkrava for 2009?, (2) Var tiltaka forankra i eininga?, (3) Var tiltaka realistiske med omsyn til gjennomføring?, (4) Var tiltaka realistiske med omsyn til innsparingseffekt?, (5) Vart tiltaka tilstrekkeleg planlagd?, (6) Vart dei rette tiltaka valt ut for å oppnå resultatkrava?, (7) Har omstillings- og innsparingstiltaka for 2009 i hovudsak hatt ønska effekt?

I kommentarane frå undersøkinga går det fram at dei tiltaka som vert i verksett ofte er knytt til midlertidige innsparingar som å halde stillingar vakante, som igjen kan medføre auka bruk av vikarar. Det er få tiltak som omhandlar strukturelle endringar på tvers av føretaket eller som har medført at ein faktisk reduserer aktiviteten.

4.5 Rapportering

4.5.1 Rapportering til Helse Vest RHF

Det vert rapportert til Helse Vest RHF etter ei fast rutine, og det er ei målsetjing å rapportere mest mogleg effektivt. Helse Stavanger nyttar ikkje rapporten som går til Helse Vest i si interne styring. Rapporten blir utarbeidd av controllarar, og økonomisjefen si oppgåve er å kvalitetssikre rapporten. Økonomifunksjonen ved Helse Stavanger oppfattar at Helse Vest etter kvart vil hente ut meir data sjølv.

Helse Stavanger nyttar ikkje målekortet eller anna form for målstyring i rapporteringa, men rapporterar helsefaglege indikatorar i tillegg til økonomidata. Døme på indikatorar som vert rapportert til Helse Vest er ventetider, DRG-poeng, polikliniske konsultasjonar m.m.

4.5.2 Rapportering frå divisjonane til administrativ leiing

I intervju går det fram at det foreløpig berre er økonomiske data som vert rapportert til administrerende direktør.

Til dei formelle møta mellom leiinga og klinikkdirektørar vert det i forkant utarbeidd ein økonomirapport. Det blir opplyst at mal for rapporten vert utarbeidd av økonomiavdelinga, men at divisjonane fyller ut kommentarfelt og tiltaksplan. I praksis vil controllar utarbeide talgrunnlaget og divisjonsdirektøren bidrar med sine innspel. Fokus i rapporten er på økonomi og aktivitet, og i liten grad på kvalitet. Det blir gjeve uttrykk for at rapporten gjev eit godt bilete av den økonomiske situasjonen og at detaljnivået er bra. Vesentlege rekneskapspostar vert brote ned og nærare forklart i rapportennoko som har gjort det mogleg å avdekka avvik, til dømes mellom avdelingar eller innan kostnadsartar.

Det vert i intervju med administrativ leiing sagt at eigarskapen til rapporten varierer, og at divisjonsdirektør i nokre tilfeller ikkje tar del i utarbeidinga. Eit eksempel på økonomirapport som revisjonen har fått tilgang til, inneheld rekneskap og budsjett for perioden og hittil i år, samt avvik og kommentarar. Rapporten er på ei side og rekneskapet er spesifisert på polikliniske inntekter, DRG-inntekter, rammetilskot og andre inntekter. For kostnader er varekostnad, løn, andre driftskostnader, avskrivningar og finanspostar spesifisert. I tillegg kjem eventuelle interne føringar.

I kommentarar til rapporten vert årsaka til avvik forklart. Tiltak i form av aktivitetar for å auke inntekter og redusere vare- og lønskostnader vert angitt under i eigne felt, men inneheld ikkje ei kvantifisering av tiltaka eller opplysningar om ansvarleg person for gjennomføring. Prognosar og anna styringsinformasjon er ikkje ein del av rapporten, men det vert opplyst at fleire divisjonar utarbeider meir informasjon til bruk i leiarmøtet.

I etterkant av møta med divisjonane vert det utarbeidd et referat til styret i Helse Stavanger. Ein gjennomgang av referatet frå møta 18., 20., og 22. november viser at det er stort fokus på årsaker til budsjettavvika i dei ulike divisjonane. Det vert også utarbeidd ei overordna prognose for divisjonen. Prognosane vert risikovurdert etter kategoriane; ”worst”, ”medium” og ”best”.

I tillegg til den formelle rapporteringa frå divisjonane, vert det kvar veke rapportert helsefaglege indikatorar til toppleiarmøtet som fagdirektør er ansvarleg for å utarbeide og rapportere.

I høve rapportering frå einingane i klinikkane vert det i intervju med ein representant frå leiarnivå 3 opplyst at det ikkje finst ein formell rapportmal til bruk i avdelinga. Difor har avdelinga sjølv utarbeidd ein rapport som vert brukt.

Rapporten revisjonen har fått tilgang til inneheld overordna rekneskap, budsjett, prognose, månadsverk og tal for aktivitet. Leiarane får tilsendt rapporten i forkant av leiarmøte i avdelinga for å gje sine kommentarar

til resultat og prognosar, og dei må i leiarmøte presentere sine utfordringar. Sjølv om det er få kommentarar i rapporten, meiner intervjuobjektet at seksjonsleiarane stort sett er godt førebudd til leiarmøtet.

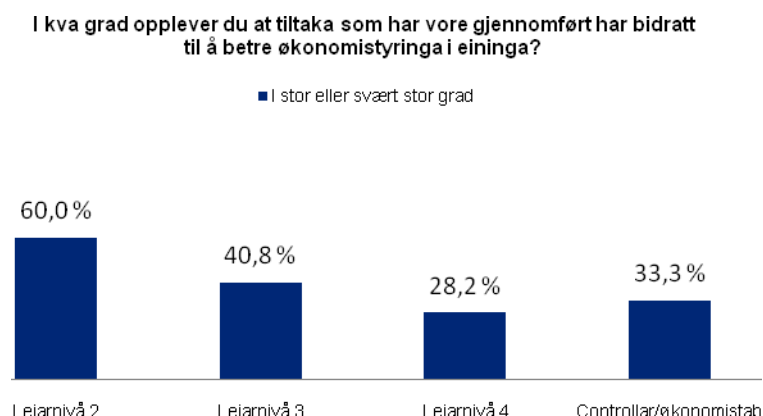
Intervjuobjektet gjev uttrykk for at felles rapportering er meir forpliktande og gjev læring på tvers av seksjonane. Ei oppsummering med dei viktigaste utfordringane vert i etterkant sendt til divisjonsdirektør.

4.6 Tiltak for å betre økonomistyringa i føretaket

Fleirtalet (80%) er einige i at det er sett i verk tiltak for å betre økonomistyringa det siste året.

Mange gjev også uttrykk for at dei har fått tettare oppfølging og tilbakemelding i regelmessige møte, noko som har positiv verknad på økonomistyringa. Av andre tiltak vert det nemnt tydligare fullmaktstruktur og presisering av ansvar for økonomistyringa.

Det vert også nemnt at det er vanskeleg å å nytta dei elektroniske systema, og at ei avdeling med nesten konstant overbelegg må ta i bruk dyre løysningar som følgje av låg bemanning. Det er svært få som nemner kompetanseutvikling som eit gjennomført tiltak.



Av respondentane i undersøkinga er det 36,6 % som i stor eller svært stor grad opplever at tiltaka som har vore gjennomført har bidrege til å betre økonomistyringa. 46,2 % opplever at tiltaka i nokon grad har hatt ein positiv effekt, medan 11,6 % svarar at tiltaka i liten eller svært liten grad har bidrege til å forbetre økonomistyringa.

21,8 % av respondentane i utvalet kjenner til anbefalingane frå den forrige revisjonsrapporten om økonomistyring i føretaka, medan om lag 11 % er usikre. Ein representant frå administrativ leiing opplyser at funna frå revisjonane i 2008 og 2009 er følgt opp, men at oppfølginga kunne hatt meir kraft og kontroll.

5. Vurderingar og forslag til tiltak

▽ 2008
▼ 2010

5.1 Føresetnadar for god økonomistyring

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Mulige tiltak
1. Styringsdialog, strategi og målstyring  Låg Høg	- Mål og resultatkrav er mindre tydelege på lågare leiarnivå, men fleire meiner mål- og resultatkrava er meir tydelege samanlikna med undersøkinga i 2008. - Administrasjonen har ikkje lagt formelle føringar for fastsetting av mål og rapportering av måla i dei ulike divisjonane. Ein er nå i ein prosess for fastsetting av styringsinfo der divisjonane deltar	- Manglande føringar frå administrasjonen til linjeleiinga knytt til fastsetting av mål kan føre til at strategi og målstyring i føretaket ikkje vert konsistent. - Når det ikkje er tilstrekkeleg tydelege mål- og resultatkrav nedover i linja er det vanskeleg for einingane å sette i verk målretta tiltak, samt å avdekke avvik. - Dei fastsette måla er i stor grad knytt til budsjettet, og viser ikkje kor effektiv einingane nyttar dei tildelte ressursane eller nivået på kvaliteten dei skal levere. Dette er ikkje i samsvar med retningslinjene slik det går fram av oppdragsdokumentet frå Helse Vest RHF.	- Etablere formelle føringar for kva mål einingane skal rapportere på. - Leggje til rette for involverande diskusjonar rundt forholda mellom økonomi, kvalitet og aktivitet i fastsettinga av måla. - Etablere relative prestasjonsmål som viser forholdet mellom nytta ressursar, kvalitet og aktivitet i einingane.

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Mulige tiltak
2. System og rutinar  Låg Høg	- Om lag berre 50% av leiarnivå 2 og controllarar oppgjev at dei får fær naudsynt styringsinformasjon. Dette er ei forbetring frå 2008, men Helse Stavanger har framleis et potensial samanlikna med dei andre føretaka i Helse Vest. Blant dei som meiner at dei ikkje har tilstrekkeleg styringsinformasjon vert det trekt fram at det er manglande kunnskap i å bruke styringssystema. - Kommentarane i undersøkinga og intervju tydar på at Helse Stavanger nyttar fleire styringssystem, og som er vanskelege å forstå. - Rutinane er ikkje tilstrekkeleg formalisert og oppdatert for å drive god økonomistyring, særskilt for klinisk pasientretta einingar. - Helse Stavanger er i ein utrullingsprosess knytt til ny fullmaktsstruktur. Under halvparten av respondentane er kjend med innhaldet i fullmaktsstrukturen, spesielt på leiarnivå 4.	- Det er viktig at leiarar og controllarar har tilgang til, og kan bruke økonomidata for at dei skal føle et ansvar for økonomistyringa. Dersom kunnskapen om korleis ein hentar ut og nyttar økonomidata ikkje er tilstrekkeleg, vil dette kunne medføre at leiarar ikkje veit konsekvensen av eigne avgjerder eller forbruk i eininga. - Omfattande eller komplekse styringssystem krev høg kompetanse og tilstrekkeleg tid for å kunne nytte seg av styringsinformasjonen. Dette kan vidare medføre at linjeleiarar vert meir avhengige av controllar. - Desentralisering av økonomiansvar krev tydelege retningslinjer og rutinar på økonomiområdet. Manglande retningslinjer aukar risikoen for svikt i økonomistyringa. - Manglande kjennskap til kva ansvar og fullmakter som ligg til leiarstillinga medfører ein fare for brot på fullmakter.	- Syte for at det er tilstrekkeleg kunnskap og kompetanse i linja til å nytte seg av styringsinformasjonen. - Syte for at styringsinformasjonen vert framstilt på ein enklare måte for linjeleiarar. - Tydeleggjere kva styringsinformasjon som er den viktigaste og kva informasjon som skal følgjast opp. - Tydeleg definere kven som har ansvar for å framskaffe informasjon og korleis. - Oppdatere økonomihandboka og gjere den tilgjengeleg for alle med økonomiansvar. - Syte for at fullmaktsstrukturen vert kjend i hos leiarar på alle nivå i utrulling av ny struktur.

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Mulige tiltak
3. Økonomistyringskompetanse  Låg Høg	- Fleire linjeleiarar svarar dei har tilstrekkeleg kompetanse samanlikna med undersøkinga i 2008. - Få linjeleiarar oppgjer å ha fått tilstrekkeleg opplæring knytt til økonomistyring og økonomisystem. - Leiinga i Helse Stavanger har manglande oversikt over kompetansebehovet i linje-organisasjonen. - Helse Stavanger har eit frivillig opplæringsprogram med tema som økonomi for linjeleiarane.	- Manglande kompetanse i linja kan medføre svikt i økonomistyringa når økonomiansvar er delegert nedover i linja. - Manglande kompetanse på lågare leiarnivå kan også redusere kvalitet på styringsinformasjon som vert rapportert til overordna nivå. - Manglande kompetanse kan føre til at styringssystema vert oppfatta som vanskelege å bruke. - Ved lågare økonomistyringskompetanse i linja vert det desto viktigare at controllarane tar ei aktiv rolle som støttespelar for linjeleiarane.	- Kartlegge kompetanse- og opplæringsbehov - Gjennomføre obligatorisk opplæring i økonomistyring og bruk av økonomisystema for linjeleiarar med budsjettansvar. - Tilpasse omfanget av controllarstøtte til kompetansenivået i einingane.
4. Samhandling mellom linje og stab  Låg Høg	- Fleirtalet på alle linjenivå svarar dei får tilstrekkeleg støtte frå controllar. Dette er ei markant forbetring samanlikna med undersøkinga i 2008. - Helse Stavanger kjem nesten best ut samanlikna med dei andre helseføretaka i Helse Vest på spørsmål om dei i tilstrekkeleg grad får støtte frå controllar. - Nokre respondentar saknar formelle møte med controllar	Føretaket har vist god framgang på dette området.	Sikre at controllar er delaktig i formaliserte møte med linjeleiarane.

5.2 Budsjettprosessen

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Mulige tiltak
5. Budsjettmynde  Låg Høg	- Budsjettmynde er ikkje tilstrekkelig delegert på dei ulike leiarnivåa. - Samanlikna med undersøkinga i 2008 er det om lag 30 % færre som oppgjer dei har formelt budsjettmynde.	- Erfaring frå andre helseføretak tydar på at Helse Stavanger har eit lågt tal på nivå-2-leiarar med budsjettansvar. Det er viktig at det er samsvar mellom ansvar og budsjettmynde i eit føretak slik at leiarar med mynde til å gjere disponeringar også blir haldt økonomisk ansvarleg. - Mangel på budsjettansvar hos leiarar på høgt nivå vil ofte medføre at budsjettet heller ikkje har fokus hos leiarar på lågare nivå.	- Tydeliggjere budsjettansvar i stillingsbeskrivinga. - Sette krav til rapportering frå alle med budsjettmynde, også nedover i organisasjonen. - I større grad lage retningslinjer for involvering av nivå 3 og 4-leiarar i budsjettprosessen.

6. Budsjettering



- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Budsjettet vert bygt nedanifrå og opp i alle einingar, medan budsjetttramma vert kommunisert frå leiinga. I samband med budsjettarbeidet vert det gjennomført gruppearbeid med medlemmer frå ulike nivå i divisjonane for å kome med innspel til fordeling av budsjetttramma. • Undersøkinga tydar på at Helse Stavanger har låg budsjettlojalitet, og har samanlikna med dei andre helseføretaka det største forbettringspotensialet med omsyn til budsjettering. • Budsjettet vert oppfatta som ei vidareføring av fjorårets budsjett. • Om lag ein fjerdedel oppfattar budsjettet, både i føretaket og i einingane, som realistisk. • Det er klart færre på lågare linjenivå som oppfattar at budsjettet legg føringar for faktisk aktivitet i einingane. • Leiinga oppgjer at avdelingar får behalde 5 prosent av overskotet. Likevel er det ei overvekt av linjeleiarane om oppfattar at einingane ikkje vert gitt incentiv til å overhalde budsjettet. | <ul style="list-style-type: none"> • Bred involvering fører til at budsjettet vert oppfatta som meir realistisk. Dette skaper forståing for føretaket som resultateining og reduserer suboptimaliserande åtferd. • Ved å budsjettere etter kostnadsdrivarar framfor absolute tal, vert årsak-verknads-samanhengar mellom aktivitet, kvalitet og økonomi synleggjort, og muliggjer betre og meir heilskaplege analysar. • Ved å budsjettere etter aktivitet skaper ein også i større grad eit felles språk i budsjetteringsprosessen da aktivitet kan være enklare å relatere seg til enn finansielle tal for linjeleiarar. • Ein diskusjon av underliggjande kostnadsdrivarar og samanhengen mellom aktivitet og kvalitet gjev ein realitetssjekk i forhold til at budsjettet faktisk er realistisk. Utfallet av slike diskusjonar er ofte betre forståing av føretaket sine utfordringar og gjer det vanskelegare for linjeleiarar å fråskrive seg budsjettansvaret. I tillegg vil ein slik diskusjon gi betre innsikt i om aktivitetsnivået er for høgt gitt dei tildelte midlane, eller om fordelinga mellom dei ulike einingane ikkje er tilstrekkeleg god. | <ul style="list-style-type: none"> • Vidareføre den brede involveringa i budsjettprosessen, mellom anna gruppearbeidet, og mellom ulike einingar. • Gjennomføre samanlikningar internt mellom einingane for å finne fram til realistisk kostnadsnivå. • I større grad bryte ned kostnadselement i kostnadsdrivarar (t.d. aktivitet og pleiefaktor.) i oppbygginga av budsjettet. • Kommunisere incentiv som vert brukt i budsjettprosessen betre mot linjeleiarane. |
|---|---|---|

7. Analyser og prognoser  Låg Høg	• Undersøkinga tydar på at føretaket nyttar liten tid til analysar av forklarande faktorar i forhold til avviksrapportering. • Det er berre overordna prognose for om rekneskapet går i balanse som er formalisert. • Føretaket rapporterer ein eigen prognose til Helse Vest RHF som gjennom 2009 var lik budsjettet. • Samanlikna med dei andre føretaka vert prognosane oppfatta som minst realistiske tross i ei forbetring frå undersøkinga i 2008.	• Relative indikatorar, som visar kostnadseffektivitet, gir eit betre grunnlag for å forstå den økonomiske situasjonen i einingane, enn absolutte indikatorar som avvik frå budsjett. • Manglande prognosar kan medføre at ein ikkje avdekkjer budsjettavvik tidlig nok til at ein kan korrigere kursen, samstundes som fokus i rapporteringa og møte ligg på historisk avvik og ikkje framtidig utvikling. • Systematisk diskusjon av endring i prognoser gjev meir fokus på tiltak og strategi for å møte dei endra føresetnadane.	• Nærare analysere budsjettavvik ved å gjennomføre kostnads-effektivitetsanalysar. • Etablere prognosar ned til lågaste nivå med budsjettansvar for dei viktigaste kostnads- og inntektsdrivarane. • Rapportere same prognose til Helse Vest RHFet som den føretaket nyttar internt.
--	---	--	--

5.3 Rapportering

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Mulige tiltak
8. Innhald i rapporteringa  Låg Høg	- Rapporteringa frå klinikkdirktørar til føretaksleiinga er svært overordna, og viser ikkje resultat i ulike einingar. - Tiltak er ikkje kvantifisert, målt eller risikovurdert. - Rapporten inneheld budsjett- og rekneskapsdata og er avvikorientert. Prognosar er ikkje ein formalisert del av rapporten. - Faglege indikatorar vert kvar veke rapportert frå fagdirektør til toppleiar møtet i tillegg til den formelle økonomirapporten.	- For overordna rapportering kan føre til at ein mister fokus på dei drivarane som gjer størst utslag for økonomien. - Manglande fokus på prognosar i den månadlege rapporteringa gjer at einingane ikkje har ein framoverskuande tilnærming til økonomiske analysar. - Føretaket bør ha ei balansert tilnærming til rapporteringa som tydeleg viser korleis aktivitet, økonomi og kvalitet heng saman i føretaket.	- Konkretisere og kvantifisere tiltak i rapporten. - Synleggjere ansvarlege for gjennomføring av tiltak i rapporten. - Risiko bør vurderast og presenterast for alle større tiltak - Samanstille budsjett og rekneskap med prognosar. Forklaring bør i større grad være fokusert på endring i prognose frå førre rapportering og ikkje berre avvik frå rekneskapet. - Balansere innhaldet i økonomirapporteringa mellom økonomi, aktivitet og kvalitet. - Inkludere relative målsetjingar for kostnadseffektivitet i rapportane.

5.4 Omstillings- og innsparingstiltak

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Mulige tiltak
9. Utveljing av tiltak  Låg Høg	- Under halvparten av dei spurde i undersøkinga var med på utveljing av tiltaka. Det er ein reduksjon frå undersøkinga i 2008. - Berre 50% av controllarane er involvert i utveljing av tiltak og Helse Stavanger har det største potensialet samanlikna med dei andre helseføretaka. - Eit fleirtal opplyser at tiltaka manglar forankring i eininga hos dei tilsette, og er ikkje tilstrekkeleg planlagde. - Berre ein tredel av respondentane meiner at tiltaka er realistiske.	- For at tiltaka skal gjennomførast med støtte frå dei tilsette er det viktig å sikre involverande prosessar på tvers i føretaket, spesielt på lågare nivå. - Controllar har ein viktig rolle med å kvalitetssikre tiltaka, samt berekne og rapportere effektar av tiltaka i etterkant.	- Syte for at controllar har ein formell rolle i utveljing og kvalitetssikring av tiltak. - Gjere enkeltleiarar ansvarlege for utveljing og gjennomføring av tiltaka.

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Mulige tiltak
10. Gjennomføring og oppfølging av tiltak  Låg Høg	- Undersøkinga tydar på at tiltaka ikkje vert tilstrekkeleg følgt opp og fullført, før nye tiltak vert satt i verk. - Helse Stavanger har ein realiseringsgrad på 75 % ut frå tiltaksrapporteringa til RHFet, medan halvparten av respondentane i spørjeundersøkinga uttrykker at tiltaka har hatt ynskja effekt. - Realiseringsgraden er nest lågast av helseføretaka i Helse Vest, men føretaket har likevel hatt ei stor forbetring knytt til oppnåing av tiltak samanlikna med 2008.	- Manglande oppfølging og tilbakemelding på tiltak kan medføre manglande motivasjon ved gjennomføring av tiltak i framtida. - Avviket mellom realiseringsgrad til RHFet og respondentane si oppfatning kan tyde på at tiltaksrapporteringa til RHFet ikkje fangar opp det fullstendige biletet knytt til effekt av tiltaka. - Dersom lista for å innrapportere tiltak er høg, vil berre dei tiltaka ein er mest sikker på gjev ønskja effekt bli innrapportert. Dette kan også skyldast mangel på kommunikasjon på kva som er forventning til tiltak og tilbakemeldinga som vert gitt til linjeorganisasjonen. - Oppfølging av større tiltak i eigne prosjekt synes å vere ei god tilnærming i andre føretak	- Syte for at tilsete som er involvert i tiltaksprosessen får tilbakemelding om kva effekt tiltaka har gitt. - Kartlegge korleis tiltaka får påverknad for andre kostnadar, til dømes samanhengen mellom vakante stillingar og økte vikarkostnadar - Gjøre tiltaksoppfølging til ein formalisert del av rapporteringa til neste leiarnivå. - Syte for ein systematisk oppfølging av tiltaka til dei er gjennomført.

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Mulige tiltak
11. Negative utilsikta effektar av tiltak  Låg Høg	• Av einingane som har gjennomført innsparingstiltak svarar omlag ein fjerdedel av linjeleiarane at tiltaka har hatt negative utilsikta effektar. • Av desse meiner fleirtalet at tiltaka har verka negativt inn på personell og arbeidsforhold.	• Mangel på heilskapleg vurdering av tiltaka kan føre til at det oppstår utilsikta negative effektar. • Manglande diskusjon av ambisjonsnivået for økonomi, aktivitet og bemanning ved fastsetting av tiltak kan føre til at effektane vert sett på som negative. • Slitasje på personell og arbeidsmiljø kan medføre redusert produktivitet og kvalitet, og økt sjukefråvær som igjen kan ha negative økonomiske konsekvensar.	• Gjøre ei heilskapeleg risikovurdering av tiltaka, og vurdere konsekvens og sannsyn knytt til negative utilsikta effektar. • Inkludere linjeleiinga for dei tiltaka som peikar seg ut med høg risiko og konsekvens. • Vurdere tiltak som i større grad tar sikte for å optimalisere ressursbruk mellom einingane