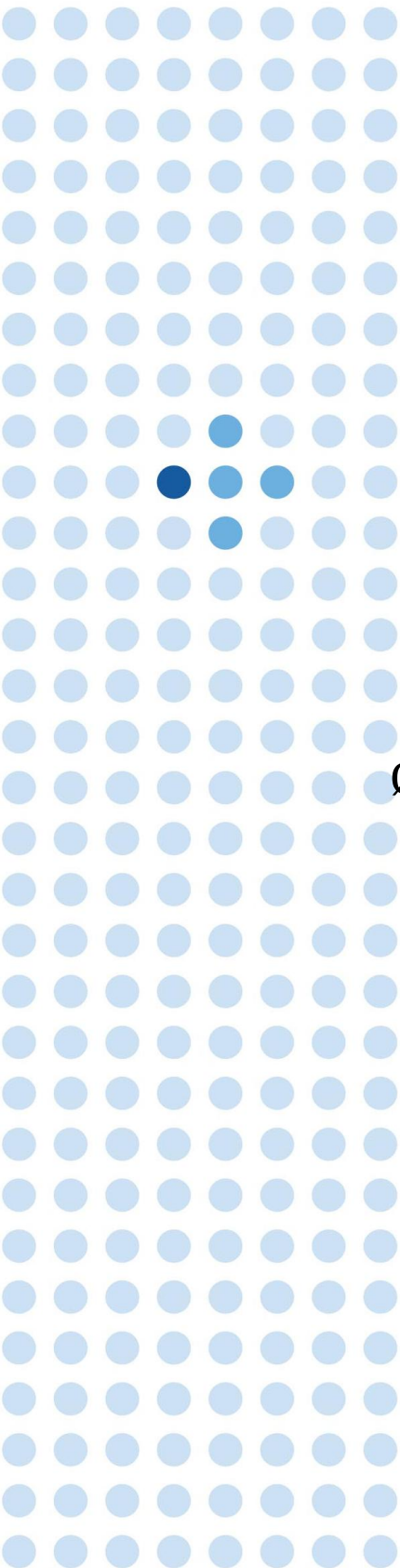




Internrevisjon Helse Vest RHF

Økonomistyring i Helse Bergen HF



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

Prosjektet er gjennomført av Deloitte AS

Innhald

0. Innleiing	4
0.1 Bakgrunn	4
0.2 Rammeverk	4
1. Føremål og problemstillingar	5
2. Metode	5
2.1 Dokumentanalyse	5
2.2 Spørjeundersøking.....	5
2.3 Intervju	6
2.4 Framstilling av data og verifisering.....	6
3. Revisjonskriterium	7
3.1 Teori	7
3.2 Styrande dokument frå HOD.....	7
3.3 Styrande dokument frå Helse Vest til helseføretaka	7
3.4 Omstillingstiltak	7
4. Data.....	9
4.1 Økonomiske resultat	9
4.2 Føresetnader for god økonomistyring	9
4.2.1 Styringsdialog, strategi og målstyring	9
4.2.2 System og rutinar.....	11
4.2.3 Kompetanse	13
4.2.4 Samhandling med og støtte frå controllar	14
4.2.5 Oppsummering føresetnader for god økonomistyring	16
4.3 Budsjett.....	17
4.3.1 Budsjettprosessen	17
4.3.2 Budsjettansvar	17
4.3.3 Budsjettplanlegging.....	18
4.3.4 Budsjettkvalitet.....	18
4.3.5 Budsjettlojalitet	19
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	24
4.4.1 Utveljing og gjennomføring av omstillings- og innsparingstiltak.....	24
4.4.2 Planlegging og forankring av tiltaka	25
4.4.3 Realistiske tiltak	25
4.4.4 Effekt av tiltaka	26
4.4.5 Oppsummering omstillings- og innsparingstiltaka.....	28
4.5 Rapportering	29
4.5.1 Rapportering til styret og Helse Vest	29
4.5.2 Rapportering frå divisjonane til administrativ leiing	29
4.6 Tiltak for å betre økonomistyringa i føretaket.....	30

5.	Vurderingar og forslag til tiltak.....	31
5.1	Føresetnadar for god økonomistyring	31
5.2	Budsjettprosessen	33
5.3	Rapportering	36
5.4	Omstillings- og innsparingstiltak	37

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 controllarfunksjonen, 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 kvart av dei fire helseføretaka.

0.2 Rammeverk

Deloitte har utvikla eit 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 mogleg 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 tydeleg definert ansvar og mynde, og at styringsprosessane er effektive og støtta av riktig bruk av teknologi. I tillegg inneber god verksemdstyring at ein klarer å etablere ein prestasjonskultur som motivere 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 aktivitetssmessige 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 kva 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 tilstyret?
 - b. I kva grad er funn frå 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.

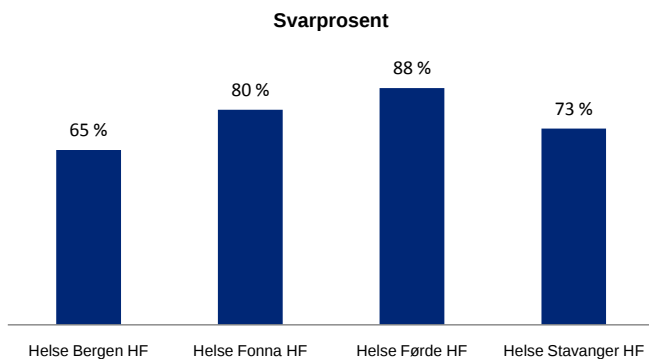
2.1 Dokumentanalyse

Dokumentanalysen omfattar informasjon som kan belyse økonomistyringa, fullmaktstrukturar og omstillingstiltak i føretaka. Dokumentasjonen vil omfatta styrande dokument, 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.

Undersøkinga vart gjennomført i perioden 17. februar til 14. mars 2010 og omlag 700 personar svara på undersøkinga. Dette utgjer ein svarprosent for heile Helse Vest på 71 %. For Helse Bergen HF svara til saman 345 personar noko som utgjer ein svarprosent på 65 %.



Tabellen under viser korleis svara fordeler seg på dei ulike leiarnivåa, controllargruppa og andre tilsette.

Stilling Helse Bergen HF	Antall	Prosent
Leiarnivå 2	46	13 %
Leiarnivå 3	180	52 %
Leiarnivå 4	71	21 %
Controllar/ øk.stab	23	7 %
Anna	25	7 %
Sum	345	100 %

Leiarnivå 2 i Helse Bergen er 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 det 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.

2.3 Intervju

For å sikre eit meir kvalitativt informasjonsgrunnlag vart det gjennomført intervju med fire personar i Helse Bergen HF. Vi intervjuar økonomi- og finansdirektøren, økonomisjef, samt ein leiar frå nivå to og tre.

2.4 Framstilling av data og verifisering

I rapporten vert data frå spørjeundersøkinga, intervjuar 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 Bergen HF har hatt høve til å kome med merknader til rapporten i fleire omgonger. Alle intervju er verifisert av dei som er intervjuar. Berre verifiserte referat vert 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 og kapasitetstal og - kostnader. Vidare pliktar styret 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 uforsvarlig låg.¹ Den årlege meldinga skal omfatte styrets plandokument for verksemda og styrets 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 at dokumentet skal leggje grunnlag 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 etablert.⁵

3.4 Omstillingstiltak⁶

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

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

² Vedtekter for Helseføretakene 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

⁶ Styringsdokument for helseføretaka – Generell del, kap 2.3

- 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 grunngevinga 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

4. Data

4.1 Økonomiske resultat

Helse Bergen HF hadde i 2009 eit justert resultatkrav på 12,9 millionar, og eit driftsoverskot på 92,9 millionar. Resultat etter finanspostar blei 52,6 millionar.⁷ Helse Bergen HF hadde eit negativt resultat etter finanspostar på 230,5 millionar i 2008⁸. Overskotet i 2009 har mellom anna samanheng med reduserte finanskostnader og ekstraordinære inntekter knytt til prisregulering av innsatsstyrt finansiering for 2008.

Dei viktigaste årsaka til dette er:

- Auka løyvingar frå Statsbudsjettet i høve til 2008 – mellom anna ny inntektsfordeling - kr. 128 mill.
- Lågare netto finanskostnader i 2009 enn i 2008, kr. 34 mill.
- Lågare vekst enn føresett i lønns-, pensjons- og personalkostnader, ca. kr. 50 mill. som indikerer at det har vore betre styring av dette området i 2009 enn tidlegare.
- Etterbetaling for prisreguleringar ISF frå 2008, kr. 17 mill.

4.2 Føresetnader for god økonomistyring

4.2.1 Styringsdialog, strategi og målstyring

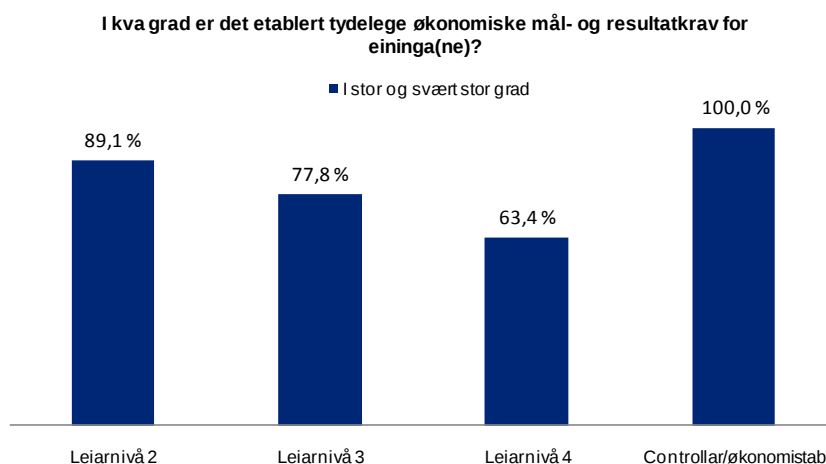
Strategidokumentet Helse 2020 er det viktigaste grunnlaget for prosessen med å utvikla strategidokument for Helse Bergen. Styringsdokumenta frå Helse Vest RHF til helseføretaka og styringsdokumentet til Helse Vest RHF frå Helsedepartementet danner rammene for strategi og budsjett. Dette utgjer bestillinga til økonomidirektør og administrerande direktør. Strategien vert i tillegg konkretisert og operasjonalisert via ulike grep, først og fremst i møte med einingane der både administrerande direktør og økonomidirektør deltar. Filosofien, slik økonomidirektøren uttrykker det i intervju, går ut på å bringe strategi og budsjettansvar ned til nivå 2 og gje økonomiske rammer som strategien vert operasjonalisert innanfor.

Mål- og resultatkrav

I spørjeundersøkinga svarar 78 % at det i svært stor eller i stor grad er etablert tydelege mål- og resultatkrav for einingane. Dette er ein auke på cirka 20 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. 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.

⁷ Helse Vest RHF, Styresak 006/10 B

⁸ http://www.helse-bergen.no/om_helse_bergen/aarsrapporter/2008/2008.htm



Figuren over viser at det kan vere grunnlag for å tydeleggjere mål- og resultatkrav til einingane, spesielt på leiarnivå 3 og 4.

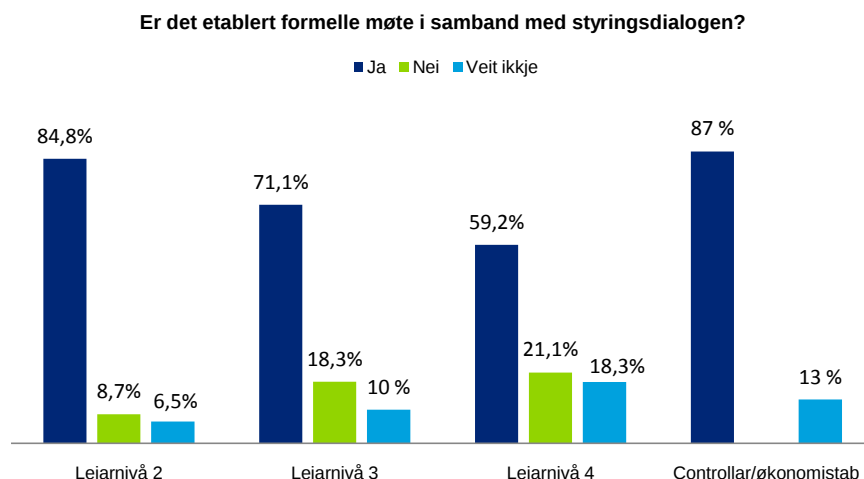
Det vert i intervju med einingsleiarane kommentert at budsjettbalanse er det overordna målet i økonomistyringa. Avdelinga har utover dette konkrete målsettingar knytt til kvalitetsindikatorar som epikrisetid, ventetid og fristbrot mm. Det vert opplyst i intervju at talfestinga av desse indikatorane er noko variabel.

Styringsdialog

Styringsdokumentet til Helse Vest gjev informasjon om kva som er dei viktigaste oppgåvene for føretaket det komande året, kva aktivitetsnivå føretaket skal ha, kva økonomiske overføringar føretaket får og krav til rapportering til Helse Vest RHF i løpet av året. Leiinga i Helse-Bergen utarbeider eit budsjettsskriv som leiinga sender til alle einingane i føretaket etter å ha mottatt budsjettsskriv frå Helse Vest RHF tidleg på hausten.

Den overordna styringsdialogen i føretaket består av månadlege plenumsmøter med administrerande direktør, økonomidirektør, og alle nivå 2 og 3-leiarar til stades. På møtet vert både klinikken sitt resultat og resultata for kvar av einingane presentert.

I spørjeundersøkinga vert leiarane spurt om det er etablert formelle møte i samband med styringsdialogen, og dei fleste leiarane opplyser at det er etablert slike møte (71,1%). Grafen under viser at det for leiarnivå 4 i minst grad er etablert formelle møte (59 %), medan nesten 85 % av respondentane frå nivå 2 svarar at det er etablert formelle møte i samband med styringsdialogen.



Samanlikna med undersøkinga i 2008 er situasjonen meir eller mindre uendra for leiar nivå 2 og 3, medan det for leiarar på nivå 4 har vert ei auke på over 20 prosentpoeng som svarar at det er etablert formelle møte i samband med styringsdialogen.

Det går fram i intervju med leiar på nivå 2 at oppfølging frå økonomidirektør skjer med månadleg e-post med kommentarar på rapporten som er levert. Det vert peika på at dette er ei forbetring frå tidligare år kor ein i liten grad fekk direkte tilbakemelding på rapportane.

4.2.2 System og rutinar

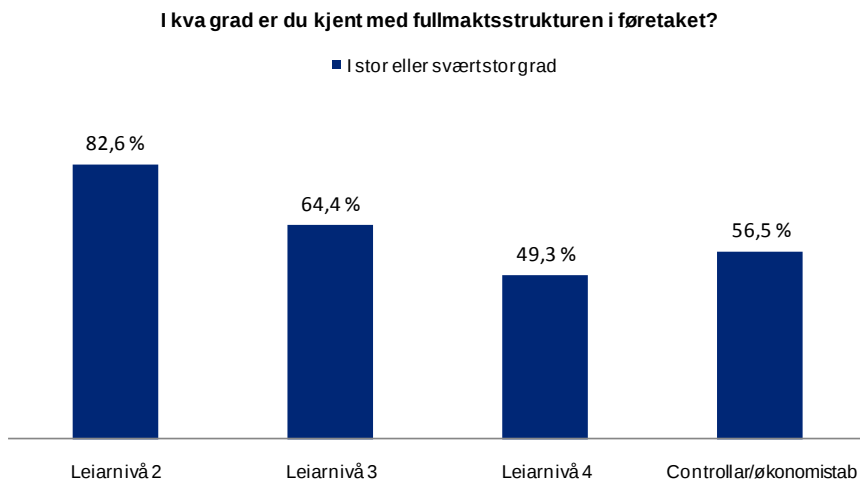
I spørjeundersøkinga kjem det fram at til saman 46,1 % av respondentane meiner at dei i stor eller svært stor grad har tilstrekkeleg med rutinar og retningslinjer for å utøve god økonomistyring. 39,1 % svarar i nokon grad, medan til saman 12,3 % svarar at dei i liten, svært liten eller ikkje i nokon grad har tilstrekkeleg med rutinar.



Samanliknar vi linjeleiarane med controllerane finn vi at controllerane i langt mindre grad meiner at dei har tilstrekkelege rutinar og retningslinjer for økonomistyring.

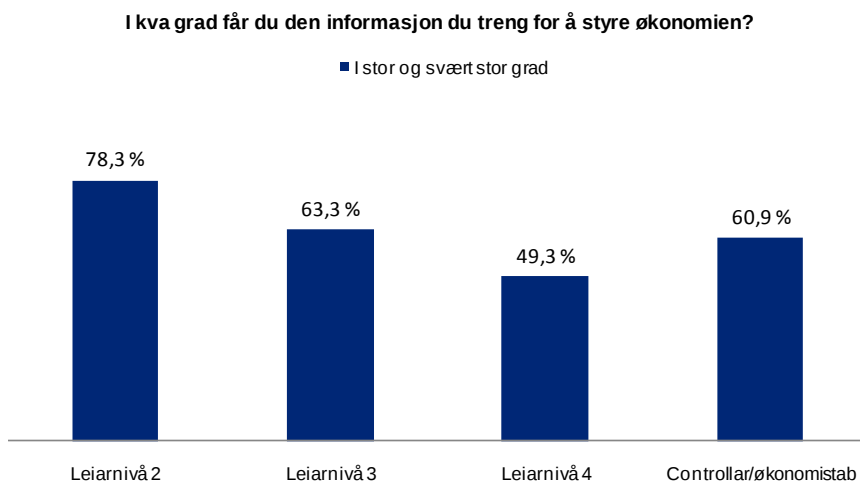
Fullmaktsstruktur

86,6 % av respondentane er i svært stor, i stor eller i nokon grad kjend med innhaldet i fullmaktstrukturen, medan 13,4 % av respondentane i liten grad, svært liten eller ikkje i nokon grad er kjend med fullmaktsstrukturen. Leiarar på nivå 4 og tilsette i økonomistaben er dei som i minst grad er kjend med fullmaktsstrukturen.



Systemstøtte og styringsinformasjon

For å holde oversikt over kostnader, aktivitet, bemanning med meir, nyttar føretaket forskjellige system for å få fram styringsinformasjon. På spørsmål om i kva grad dei får den informasjonen dei treng for å styre økonomien svarar 62,7 % av respondentane at dei i stor eller svært stor grad får den informasjonen dei treng. Dette er ei forbetring på 22,5 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. 28,9 % svarar i nokon grad, medan 8,6 % svarar at dei i liten grad, i svært liten grad eller ikkje i det heile får den informasjonen dei treng for å styre økonomien.



Ei samanlikning av leiarnivåa viser at leiarane på nivå 2 er dei som i størst grad meiner at dei får den informasjonen dei treng for å styre økonomien, medan leiarane på lågare nivå i mindre grad svarar at dei får den informasjonen dei treng for å styre økonomien.

På spørsmål om kvifor dei ikkje får den informasjonen dei treng svarar nokre respondentar at controllarar ikkje er tilstrekkeleg tilgjengeleg og at dei ikkje har tilstrekkeleg kompetanse til sjølv å hente ut naudsynt styringsinformasjon.

I intervju går fram at føretaksleiinga er nøgd med økonomistyringsverktøyet og at det inneheld tilfredsstillande statistisk informasjon og data om drifta.

Den administrative leiinga er positivt innstilt til den nye Sharepoint-løysinga som RHFet skal rulle ut i føretaka, og dei er spente på om det nye systemet klarar å levere like bra informasjon som systemet som Helse Bergen nyttar i dag. Helse Bergen ønskjer eit system som gjev lett tilgjengelege data for det enkelte nivå, og kor einingsleiarane har lett tilgang til nøkkellindikatorar, medan controllarar kan utarbeide meir omfattande analysar. Økonomidirektøren uttrykkar at han gjerne skulle vore meir involvert arbeidet med utviklinga av Sharepoint-løysinga, og hadde gjerne sett at RHFet hadde inkludert personar frå HFa i arbeidet i større grad.

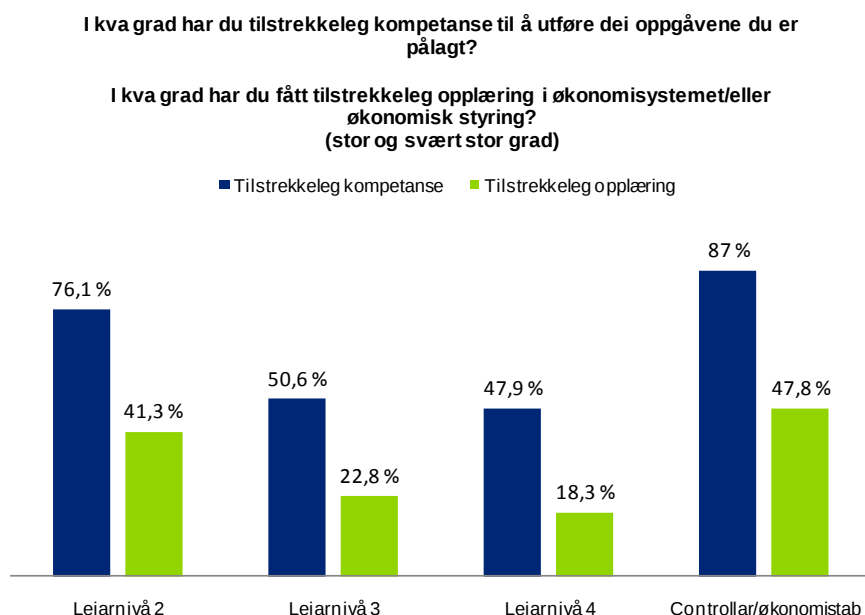
I spørjeundersøkinga vert det i liten grad kommentert at styringsinformasjonen ikkje er tilstrekkeleg. I undersøkinga frå 2008 meinte mange at dei sentrale systema ikkje i tilstrekkelig grad gjorde det mogleg å få fram god styringsinformasjon.

4.2.3 Kompetanse

Økonomidirektør nemner i intervju at føretaket har arbeidd med å utvikle kompetansen hos controllarane dei siste åra. Det er innført krav om at controllarar skal ha mastergrad eller liknande i økonomi. Det er vidare fokusert på at controllarane skal intensivere arbeidet mot einingane. Samspelet med nivå 2-leiarar skal bli betre, og føretaket arbeider med å oppnå betre kommunikasjon mellom controllarane og linjeleiarane. I tillegg skal analysekompetansen og analysekapasiteten aukast i controllarmiljøet. Grep som er gjort for å auke kapasiteten til analysearbeid har vore å ta vekk oppgåver av administrativ karakter frå stillingane. I intervju med leiarar på nivå 2 og 3 vert det gjevne uttrykk for at dei både har tilgang og tilstrekkeleg kompetanse til å hente ut informasjon frå rekneskapssystemet og webportalen.

Når det gjeld i kva grad respondentane har tilstrekkeleg kompetanse til å utføre dei oppgåvene ein er pålagt svarar til saman 57 % av respondentane at dei i stor eller svært stor grad har fått tilstrekkeleg opplæring. 36,8 % svarar dei i nokon grad har tilstrekkeleg kompetanse, medan berre 5 % svarar i liten eller svært liten grad.

Vi ser at det er forskjellar mellom leiarnivåa når det gjeld i kva grad dei svarar at dei har tilstrekkeleg kompetanse og opplæring. Leiarane på nivå 2 og controllarane har i større grad tilstrekkeleg kompetanse og opplæring i økonomistyringssystem enn leiarane på nivå 3 og 4.



Ut frå spørjeundersøkinga kjem det fram at nesten alle controllarane og økonomistab meiner at dei i stor eller svært stor grad har tilstrekkeleg kompetanse innan økonomistyring til å utføre dei oppgåvene dei er pålagt (20 av 23).

På spørsmål om kva eininga manglar av kompetanse innanfor økonomistyring vert det av fleire trekt fram at avstanden til controllar er for stor. Det er også nokre respondentar som uttrykker at dei ikkje har tilstrekkeleg kompetanse, og at dei ønskjer opplæring i økonomistyringsverktøy og økonomistyringsprinsipp. Dette avvik i nokon grad med det som kom fram gjennom intervju, og underbygger at det er forskjell på kompetansenivået mellom nivå og einingane i føretaket.

4.2.4 Samhandling med og støtte frå controllar

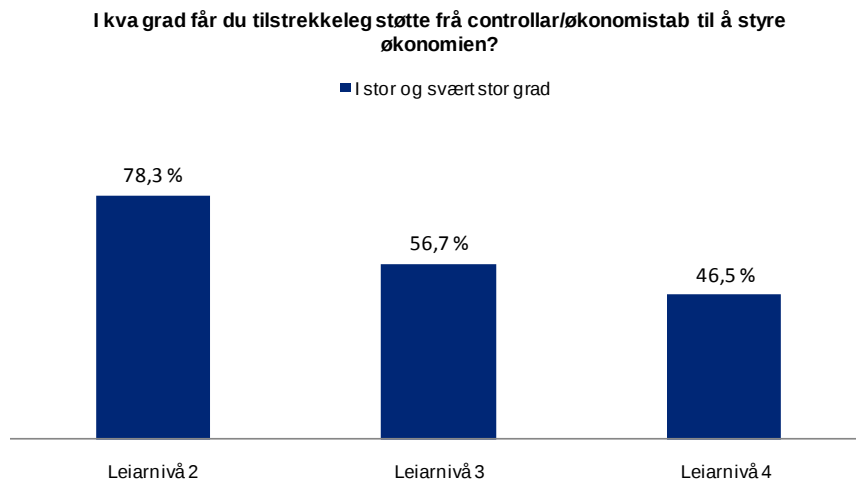
Controllarane i Helse Bergen er sentralt organisert, men jobbar lokalt i einingane. I intervju vert det opplyst at controllarane skal arbeide ute i einingane 70-80% av tida, men ha kontakt inn mot økonomiavdelinga ved å arbeide der resten av tida. Bakgrunnen for å ha ein sentralisert controllar-funksjon er å styrke fellesskapet i gruppa, skape eit godt fagleg miljø, redusere suboptimaliserande åtferd i avdelingane, bidra til å styrke kompetansenivået og ha ein arena kor controllarane kan lære av kvarandre og samkjøyre rutinane sine.

Frå ein nivå 2-leiar vert controllar skildra som ein svært viktig diskusjonspartnar som gjev verdifulle innspel i effektiviserings- og prioriteringssjøl. Intervjuobjektet uttalar at controllaren er den personen han brukar mest møtetid saman med. Controllar gjennomgår også resultatutviklinga saman med einingsleiaren. Dette er faste møte som vert gjennomført cirka ein gong i kvartalet og controllar kommuniserer tilbake informasjon frå møta til avdelingsdirektøren.

Eit intervjuobjekt gjev uttrykk for det kunne vert ønskeleg at controllar var meir aktiv i samband med opplæring og undervisning av dei tilsette, men trekk samstundes fram at dette også bør vere etter initiativ frå dei tilsette sjølv. Samarbeidet med controllar vert vurdert som veldig bra av linjeleiarane.

I spørjeundersøkinga blir det spurt om i kva grad linjeleiarane får tilstrekkeleg støtte frå controllarar og økonomistab. Her svarar 58,1 % av linjeleiarane at dei i svært stor eller stor grad får tilstrekkeleg støtte frå økonomistab. Dette er ein auke på omlag 13 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. 25,2 % av linjeleiarane seier at dei i nokon grad får tilstrekkelig støtte frå controllarane eller økonomistab. 15,3 % av linjeleiarane meiner at dei i liten grad, svært liten grad eller ikkje i det heile får tilstrekkeleg støtte frå

controllar/økonomistab til å styre økonomien. Dette er ein reduksjon på nesten 10 prosentpoeng frå undersøking i 2008.

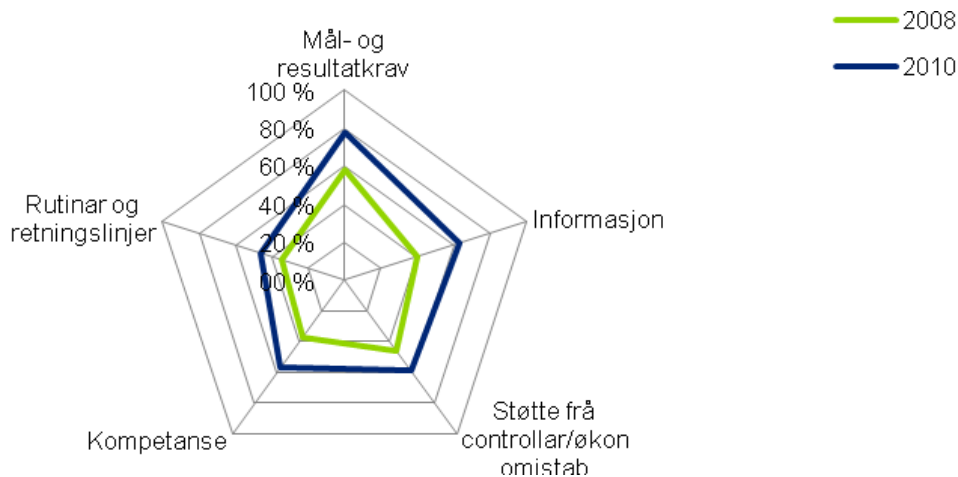


Av grafane går det fram at leiarar på nivå 3 og 4 svarar at dei i mindre grad får enn leiarar på nivå 2 får tilstrekkeleg støtte frå controllarar/ økonomistab. Årsaka til manglande støtte frå controllarane vert i spørjeundersøkinga mellom anna grunngjeve med at controllar ikkje har vore tilgjengeleg nok eller at eininga har vert utan controllar i periodar.

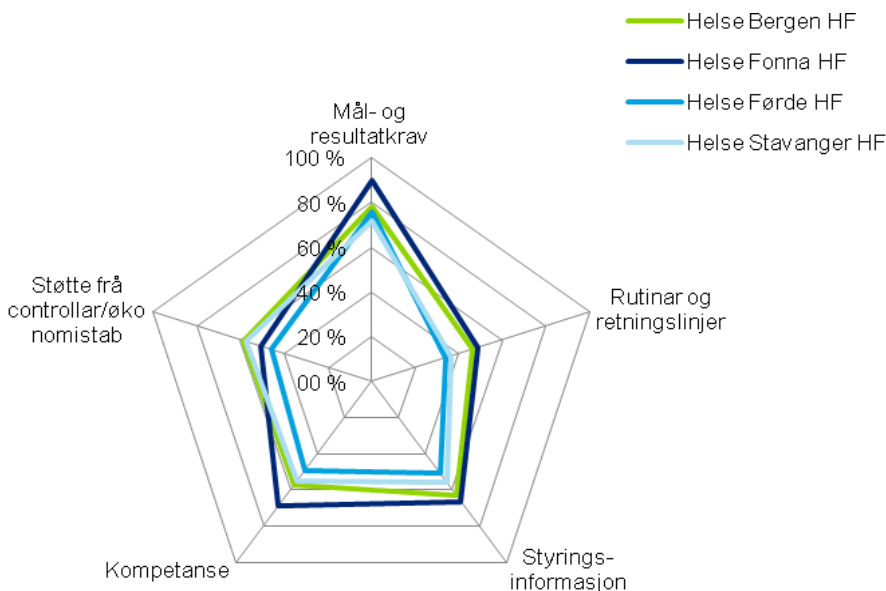
4.2.5 Oppsummering føresetnader for god økonomistyring

Dersom ein samanliknar Helse Bergen HF med dei andre føretaka på utvalde spørsmål frå spørjeundersøkinga får vi ei fordeling som vist i figuren under⁹. 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 svarar i stor og i svært stor grad på dei utvalde spørsmåla.

Helse Bergen går fram på samelege dimensjonar samanlikna med undersøkinga frå 2008.



Samanlikna med dei andre føretaka er Helse Bergen HF best med omsyn til støtte frå kontrollar og rutinar og retningslinjer. Helse Bergen HF er nest best på resterande kategoriar og viser ei god utvikling frå tidligare. Det er likevel rom for forbedring spesielt knytt til leiarar på 3. og 4. nivå.



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 Budsjett

4.3.1 Budsjettprosessen

Leiinga i Helse-Bergen utarbeider eit budsjettsskriv som vert sendt til alle einingane i føretaket etter at Helse Bergen har mottatt budsjettsskriv frå Helse Vest RHF tidlig på hausten. Skrivet til einingane skisserer framdriftsplan, målsettingar og premisser innan aktivitet og økonomi. Før dette har føretaksleiinga gjennomført ei 2-dagers-samling med leiarar på nivå 2 kor budsjettet per klinikk/divisjon vert drøfta.

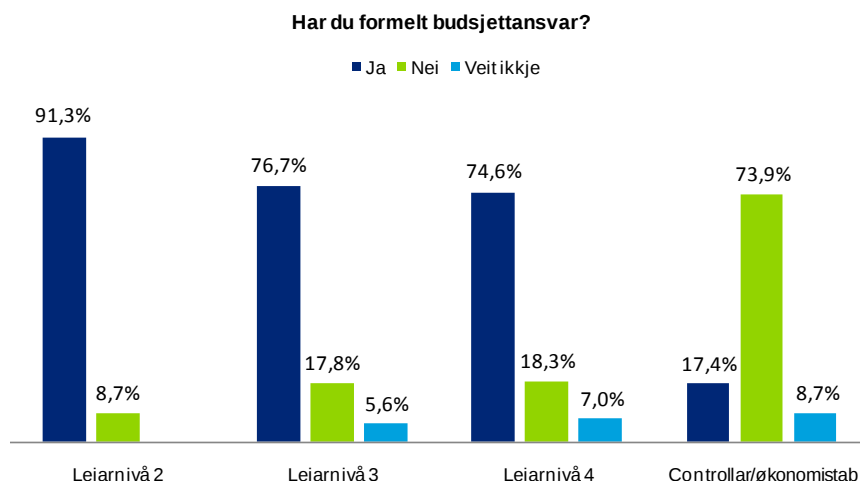
Leiinga legg få føringar for korleis klinikkane skal fordele budsjettet mellom dei ulike eingane i klinikken. Føretaksleiinga vurderer framover å gje nokre retningslinjer for korleis budsjettet skal byggjast opp gjennom dei ulike nivåa i organisasjonen. Økonomidirektør gjev uttrykk for at det er ei utfordring å vite på kva detaljnivå ein skal leggje slike føringar. Klinikken vert oppfordra til å byggje opp budsjettet nedanfrå. Det er utarbeidd ein eigen budsjettmodell i Excel for å ta hand om dette.

Leiarar på nivå 2 har jamlege møte med controllarane når budsjettarbeidet er i gong. Viktige premisser for budsjettet er mellom anna at personalkostnader i budsjettet skal vere i samsvar med gjeldande arbeidsplanar. Utgangspunktet for arbeidsplanane er eininga sine aktivitetsplanar. Det er fokus på at arbeids-/turnusplan vert utarbeidd innanfor tildelte budsjetttrammer. Einingane skal ikkje utarbeide ein turnus dei ikkje har budsjett til å dekke. Før budsjettet vert vedtatt vert alle avdelingsleiarar på leiarnivå 3 invitert til eit møte med controllar og klinikkdirektør kor dei får høve til å kome med sine innspel til budsjettet.

4.3.2 Budsjettansvar

Økonomileiinga oppfattar at spelet om budsjettmidlar er redusert dei siste åra. Årsaka er at føretaket har gitt einingsleiarane meir ansvar og at leiarane vert gjort ansvarlege for budsjettet. Det er i tillegg høgt fokus på prioriteringar. Dersom ei eining ikkje har budsjettmessig dekning til t.d. nye medikament til ei pasientgruppe, vert eininga oppfordra og pålagt til å dekke dette inn ved omprioriteringar innan eiga eining.

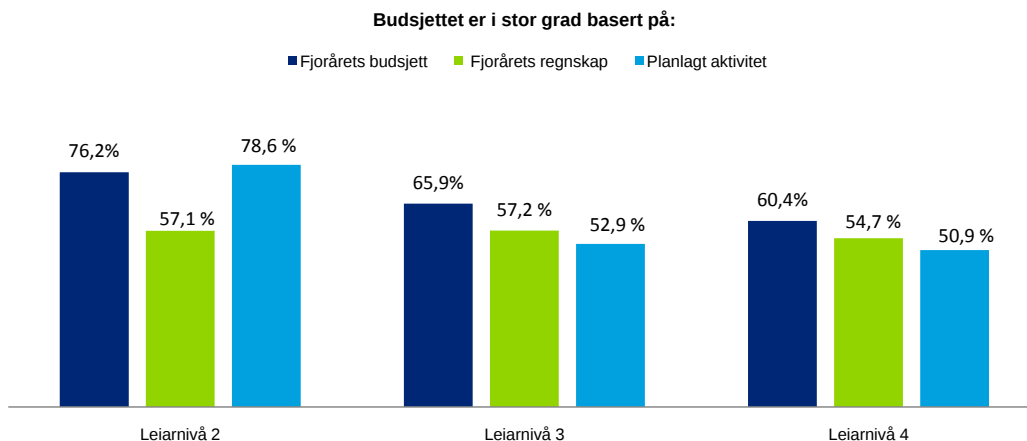
RHFet har i styringsdokumentet til HFa lagt føringar om at økonomi og budsjettansvar vert delegert nedover i organisasjonen. I spørjeundersøkinga svarar 73 % av leiarane at dei har formelt budsjettansvar. Fordelt på dei ulike leiarnivå får vi følgjande fordeling av budsjettansvar:



Av figuren over ser vi at budsjettansvar i føretaket i stor grad er delegert i tråd med styringsdokument frå Helse Vest.

4.3.3 Budsjettplanlegging

Leiarane si tilbakemelding om kva budsjettet er basert på viser at dette i hovudsak er: Fjorårets budsjett, fjorårets rekneskap og planlagt aktivitet. Vi ser av figuren under at leiarar på nivå 3 og 4 mindre grad meiner at budsjettet er basert på planlagt aktivitet.



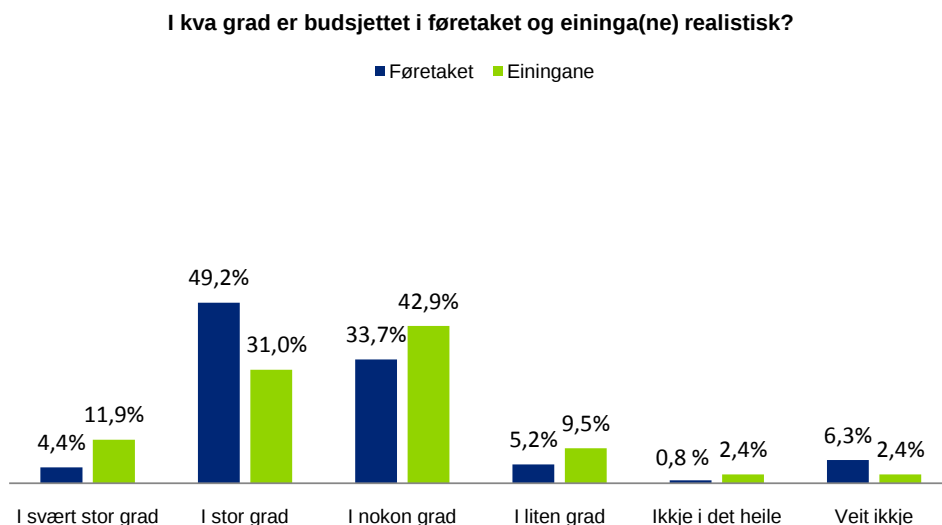
Til samanlikning viste undersøkinga i 2008 at budsjettet i hovudsak var basert på historiske tal og i mindre grad basert på framtidige planar.

Det kjem også fram i intervju at budsjettet i stor grad er ei vidareføring av budsjett føregåande år, med justeringar for pålagte og nødvendige endringar. Føretaket gjennomfører i budsjettprosessen ei to-dagarssamling med alle leiarar på nivå 2. Etter møtet vert budsjetttramma fordelt mellom klinikkane og ramma ligg i utgangspunktet fast.

4.3.4 Budsjettkvalitet

Når budsjettet er utarbeidd på grunnlag av historiske tal, kan det vere ei styringsmessig utfordring at budsjettet ikkje speglar den faktiske strategien, aktiviteten og arbeidsplanane som er lagt for budsjettåret.

Økonomidirektør trekk fram at spesielt fem av dei 28 einingane i føretaket har problem med å tilpassa seg dei rammene som vert tildelt. Utfordringa for føretaket er å finne eit godt nok grunnlag for å kunne gjere riktige omfordelingar av midlar.



I spørjeundersøkinga svarar over 50 % av respondentane at budsjettet i føretaket i stor eller svært stor grad er realistisk. Dette er ein auke på nærare 35 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. 33 % svarar at budsjettet i nokon grad er realistisk, medan 6 %, meiner at budsjettet i liten grad, i svært liten grad eller ikkje i det heile er realistisk. Samanliknar ein leiarnivåa meiner 69 % på nivå 2, 53 % på nivå 3 og 40 % på nivå 4 at budsjettet i stor eller svært stor grad er realistisk.

Budsjettet for einingane vert i noko større grad vurdert som realistisk. Til saman svarar 56,4 % at budsjettet for eininga i stor eller svært stor grad er realistisk. 38,9 % meiner det i nokon grad er realistisk, medan 12,7 % svarar i liten grad, svært liten grad eller ikkje i det heile. Det er små forskjellar mellom leiarnivåa knytt til spørsmål om realismen på budsjett i einingane.

Det vert i intervju med ein einingsleiar kommentert at ekstravakter er den vanlegaste årsaka til at budsjettet ikkje vert halde. Budsjettet er berekna på grunnlag av godkjende årsverk, og ein pott for ekstravakter. Dette gjer at einingane i stor grad styrar etter stillingsheimlar.

Av dei som vurderer budsjettet som lite realistisk vert det mellom anna kommentert at:

”Budsjettet tar ikke høyde for endringer i DRG- takster”,

”det er ikke helt samsvar mellom produksjonskrav og budsjetterte kostnader”,

”budsjettet tar i for liten grad hensyn til lønnsøkning”

”nye nasjonale oppgaver gjør at budsjettet ikke lenger er realistisk”

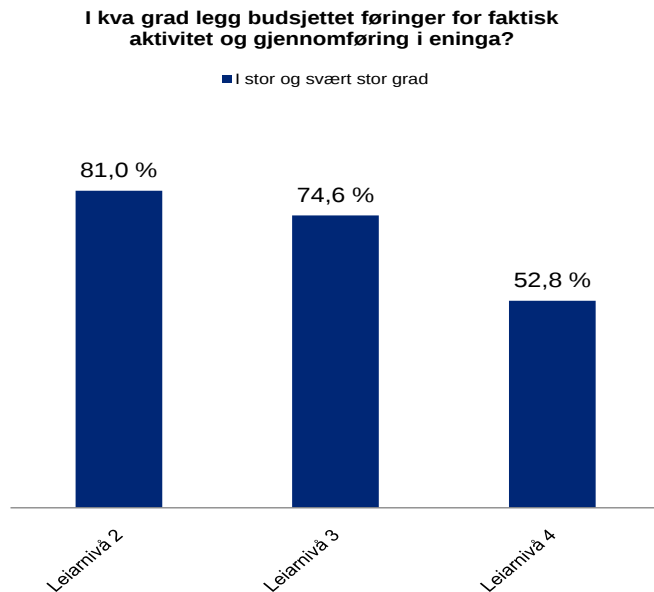
Det kjem også fram at respondentar meiner at budsjettprosessen for 2010 er forbetra:

”Mitt inntrykk er at det for første gang er god sammenheng mellom budsjett og aktivitet på sykehuset”

”Budsjettet for 2009 var ikke realistisk på lokalt nivå – ikke tatt høyde for planlagt aktivitet. Dette ble det imidlertid justert for i 2010 hvor budsjettet i mye større grad er realistisk i forhold til planlagt drift”

4.3.5 Budsjettlojalitet

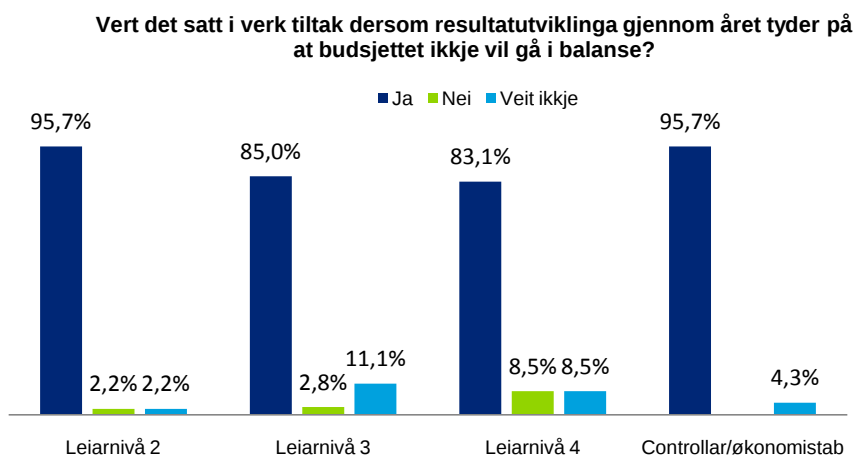
I spørjeundersøkinga svarar 71 % av respondentane at budsjettet i stor eller svært stor grad legg føringar for faktisk aktivitet og gjennomføring i eininga, medan 22,2 % svarar at budsjettet i nokon grad legg slike føringar.



Berre halvparten av nivå 4-leiarane meiner at budsjettet i stor eller svært stor grad legg føringar for faktisk aktivitet, noko som kan vitne om låg budsjettlojalitet nedover i organisasjonen.

Det vert vidare kommentert i intervju med leiar på nivå 3 at budsjettprosessen fungerer bra slik den er i dag, men at meir involvering i budsjettprosessen, hadde gjeve eit nærare forhold til budsjettet og meir eigarskap til det. Intervjuobjektet oppfattar ikkje at budsjettansvaret er tilstrekkeleg tydeleg. Det er gitt eit formelt budsjettansvar, men det mogleg å fråskrive seg deler av dette ansvaret med bakgrunn i at ein ikkje vert involvert i budsjettprosessen.

Økonomidirektør nemner at ein har sett ein tendens frå 2009 at dei einingane som har gått i balanse har brukt meir pengar på utstyrskjøp innafor driftsbudsjettet enn dei som hadde raude tal. Økonomidirektør meiner at dette er eit døme på at det vert styrt i høve til tildelt ramme på einingsnivå.



I spørjeundersøkinga svarar 87,2 % av respondentane at det vert sett i verk tiltak dersom resultatutviklinga gjennom året tyder på at budsjettet ikkje vil gå i balanse. På spørsmål om kva tiltak som vert sett i verk svarar eit fleirtal at eininga gjennomfører tiltak knytt til bemanning, som oppseiingar, tilsettingsstopp eller redusert bruk av vikarar. I tillegg vert innkjøpskontroll og reduksjon i kompetanseutvikling trekt fram som aktuelle tiltak.

Nesten alle controllarar og leiarar på nivå 2 svarar at det vert sett i verk tiltak dersom resultatutviklinga gjennom året tyder på at budsjettet ikkje vil gå i balanse.

Ein nivå 3 leiar seier i intervju at avdelinga må kome opp med tiltaka sjølv, og at desse vert diskutert i avdelingsmøta. Ut frå prognosen blir det sett i verk tiltak for å komme i balanse mot slutten av året. Tiltaka skulle ha kome meir i forkant enn kva tilfellet er i dag.

4.3.6 Insentiv og konsekvensar

I intervju blir det opplyst at det ikkje er etablert insentivordningar som eit ledd i å oppnå budsjettbalanse. Helse Bergen vurderer å endre på denne praksisen, og gje noko tilbake til dei som går i balanse, slik at einingane til dømes kan bruke dette til investeringar.

4.3.7 Analyse, prognosar og rapportering

Analysearbeid

Det blir utarbeidd ei standardisert analyse i føretaket. Grunnlaget er den månadlege rapporten som føretaksleiinga har utarbeidd. Denne malen konkretiserer kva områder og tema einingane skal rapportere. Dette kan f.eks. vere risikobilete, bruk av overtid, utvikling i årsverk, utvikling i avdelingsopphald vs. utvikling i DRG-poeng (utvikling i DRG-indeks) mm.

Frå 2008 er det gjennomført ei analyse av kostnadseffektivitet og avvik, totalt for føretaket og for dei forskjellige einingane. Dette har også blitt kopla saman med analysar av ei rekkje helsefaglege kvalitetsindikatorar som t.d. ventetid, fristbrot, liggetid m.m. Analysane vert brukt i arbeidet med å sikre ei best mogleg allokering av ressursane mellom einingane i Helse Bergen.

I tillegg utarbeider controllarane analysar for avdelingane etter ønskje og behov. I intervju vart det trekt fram at føretaket har styrka økonomistøttefunksjonen med kompetanse og analysekapasitet, både blant controllarane og i linjeleiinga.

Prognosar

Prognosen tilsvavar budsjettet ved byrjinga av året. Einingane justerer prognosane sine etter endra aktivitetsforventingar og andre faktorar. Dersom eininga har vedteke ein tiltaksplan vert dei rapporterte prognosane basert på at dei berekna økonomiske effektane av tiltaka. Etter at prognosane vert sendt frå einingane til leiinga vert dei bearbeidd før dei vert sendt vidare til styret i føretaket og Helse Vest RHF.

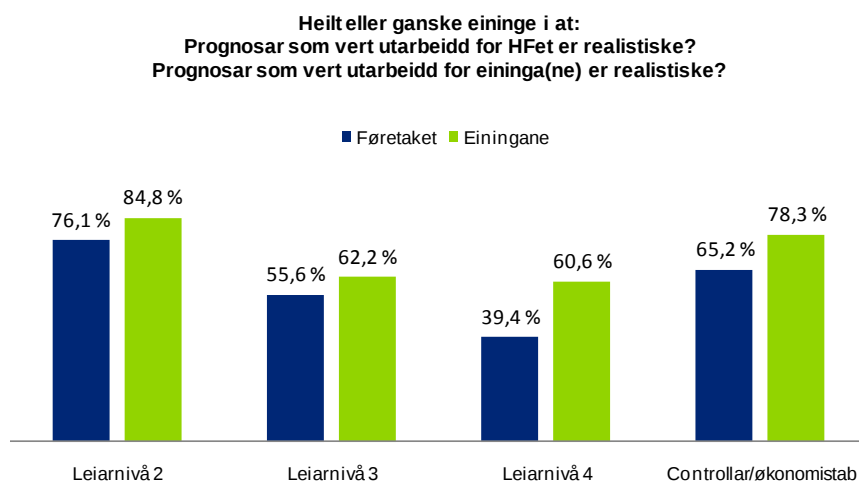
På spørsmål om korleis prognosar vert brukt og rapportert i linja, svarar eit intervjuobjekt på nivå 2 at føretaket opererer med klinikkbarometer som gjev prognosar på inntekter. I tillegg har dei ein prognosedel i budsjettet, og kan sjå korleis det vil slå ut på årsbasis. Fokus er korleis ein til ei kvar tid ligg an i forhold til budsjettet. Gjennomgangen av prognosen vert av intervjuobjektet oppfatta som svært nyttig. Det har ført til auka fokus på prognosar og korleis einingane vil ende opp 31.12 og at ein styrer drifta etter det.

Økonomileiinga har noko avgrensa oversikt over kva som er grunnlaget for prognosane nedover i einingane. På spørsmål om kva som er dei største utfordringane ved berekning av prognosar svarar økonomileiinga at det er ei utfordring for leiinga å vite kva som er riktige prognosar, og kva som er ei meir ”politisk ” eller ”taktisk” prognose. HFet har opplevd utfordringar knytt til at einingar med budsjettbalanse rapporterer pessimistiske prognosar. Nokre klinikkleiarar delegerer ansvaret for prognosane til controllarar.

I spørjeundersøkinga vert respondentane spurt om prognosane som vert utarbeidd for HFet og einingane er realistiske.

55,4 % av dei spurde er ganske eller heilt einig i at prognosane for føretaket er realistiske. Dette er ei auke på heile 33 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008.

67,2 % av respondentane er ganske eller heilt einig i at prognosane for einingane er realistiske, noko som er ei auke på 23,1 prosentpoeng frå undersøkinga frå 2008.

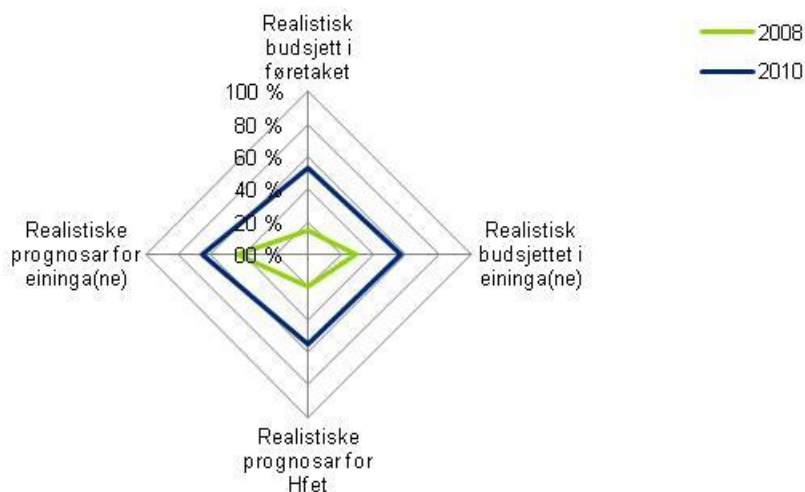


Leiarane på nivå 2 oppfattar prognosane for føretaket og eininga som meir realistiske enn leiarar på nivå 3 og nivå 4.

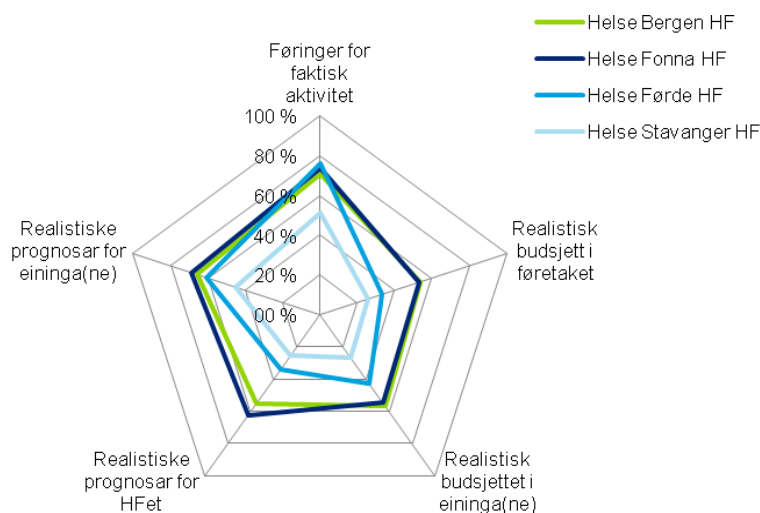
4.3.8 Oppsummering budsjettprosessen

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

Føretaket viser ei god utvikling frå undersøkinga i 2008. Mykje av grunnen til den positive utviklinga kan forklarast med at eit fleirtal av einingane og føretaket som heilskap ikkje gikk i balanse då undersøkinga vart gjennomført i 2008. Det er likevel rom for forbedring spesielt knytt til involvering av leiarar på nivå 3 og 4.



Samanlikna med dei andre føretaka er Helse Bergen HF best med omsyn til realismen i budsjettet for føretaket og einingane. Helse Bergen HF er nest best på resterande dimensjonane.



¹⁰ Følgjande spørsmål er inkludert i diagrammet: (1) I kva grad legg budsjettet føringer for faktisk aktivitet og gjennomføring i eninga?, (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?

4.4 Omstillings- og innsparingstiltak

Helse Bergen har i 2009 gjennomført ein omfattande omstillingsprosess med ein rekkje tiltak i føretaket. Økonomidirektør opplyste at omstillingstiltaket knytt til lønskutt på 3 % har vorte følgt opp og gjennomført i nesten alle einingane. Det har i tillegg lenge vore arbeidd med å operasjonalisere krava i prioriteringsforskrifta. Føretaket har dessutan klart å leggje om frå døgnpasientar til dagopphald og poliklinisk behandling. I 2009 har føretaket registrert ei utflating knytt til akutt hjelp. Det har vert ei utfordring å bruke ledig ØH-kapasitet til elektiv behandling.

Opphавеleg budsjettert effekt av tiltaka for 2009 var omlag kr. 105 millionar, medan faktisk effekt av tiltaka var nesten kr 100 mill. Dette tilsvarar ein realiseringsgrad på 94 %.

For budsjettåret 2010 har føretaket berre vedteke tiltak på einingar som ikkje gjekk i balanse i 2009. Dette skal vere ein av fordelane ved å gå i økonomisk balanse.

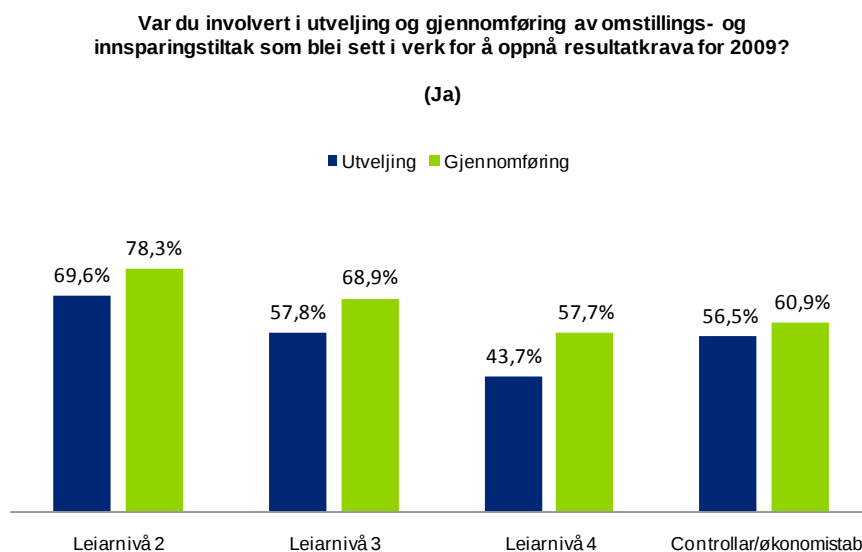
Ein leiar på nivå 2 opplyser i intervju at han er redd for at innsparingar knytt til bemanning skal føra til auke i sjukefråværet fordi tiltaka slit på dei tilsette. Avdelinga har vore nøydd til å ta inn vikarar ved høgt sjukefråvær. Avdelingsdirektøren har fullmakt til å ta inn vikarar frå dag til dag, men kan ikkje tilsetje personell utan godkjenning frå viseadministrerende direktør. Intervjuobjektet gjev uttrykk for at han ønskjer seg større mynde, og synes styringa er for detaljert i dag. På grunn av ressursituasjonen har einingsleiaren no fått gjennomslag for å tilsetje vikarar på 6-månadsbasis.

4.4.1 Utveljing og gjennomføring av omstillings- og innsparingstiltak

På spørsmål om respondentane har vore involvert i utveljing av omstillings- og innsparingstiltak svarar 56,9 % av dei spurde at dei var involvert. Dette er om lag 5 prosentpoeng færre samanlikna med undersøkinga frå 2008.

På spørsmål om ein var involvert i gjennomføringa av omstillings- og innsparingstiltak for å oppnå resultatkrava for 2009, svara 67,1 % av dei spurde at dei var involvert i dette.

Til saman 71 % av respondentane svarar at eininga har gjennomført omstillings- og innsparingstiltak for 2009. Av desse er det 35,9 % som svarar at tilsette i eininga i stor eller svært stor grad var involvert i utveljing av tiltak. 20 % vart i liten eller svært liten grad involvert, medan 35 % vart involvert i nokon grad. Om lag 6 % vart ikkje involvert i det heile.

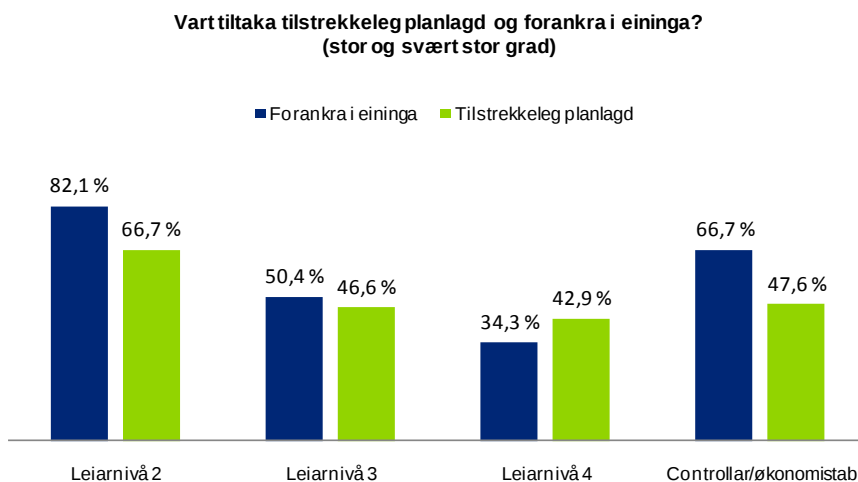


Av figuren over ser ein at leiarnivå 2 er meir involvert i utveljing og gjennomføring av innsparingstiltak enn dei andre leiarane. Berre omlag halvparten av controllarane og tilsette i økonomistaben var involvert i utveljing av innsparingstiltak, noko som kan tyde på at controllarane ikkje i tilstrekkeleg grad har ein rolle utfordrarar til klinikk- og divisjonsdirektørane på dette området.

4.4.2 Planlegging og forankring av tiltaka

Om lag 48,8 % av respondentane svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad var tilstrekkeleg planlagd. 36,7 % svarar at tiltaka var tilstrekkeleg planlagd i nokon grad, medan 10 % 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 vellykka implementering av tiltaka er at dei er godt forankra i organisasjonen. I spørjeundersøkinga svarar om lag 55,6 % av dei spurde at tiltaka i stor eller svært stor grad var forankra i eininga. 28,5 % av respondentane svarar at tiltaka var forankra i nokon grad, medan 8,8 % svara at tiltaka i liten eller svært liten grad var forankra. Av dei spurde er det 2,1 % som meiner tiltaka ikkje var forankra i det heile

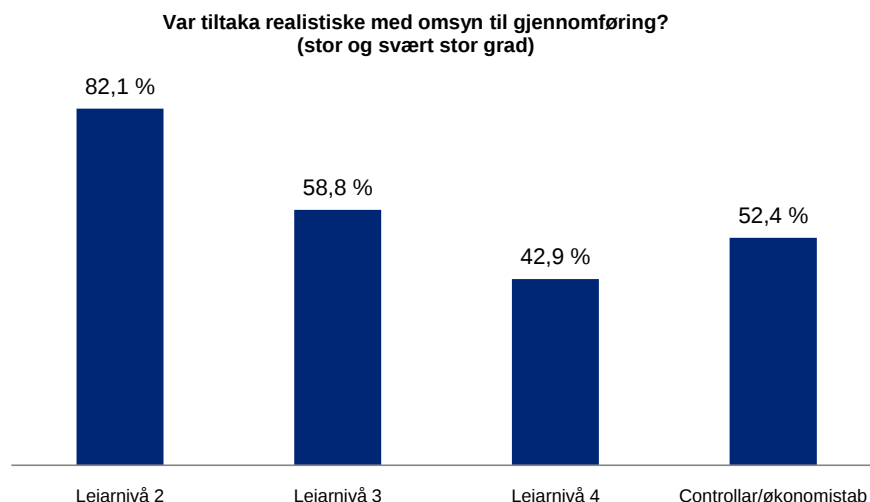


Figuren over viser at det er store forskjellar i svara mellom leiarnivåa på spørsmålet om tiltaka er tilstrekkeleg forankra og planlagd i eininga. Medan 82,1 % av leiarnivå 2 meiner at tiltaka i svært stor eller stor grad var forankra i eininga, meiner berre 34,3 % på leiarnivå 4 det same. Dette kan tyde på at forankring og planlegging som vert initiert av leiarane på nivå 2 ikkje vert kommunisert godt nok nedover i organisasjonen.

4.4.3 Realistiske tiltak

På spørsmål om tiltaka var realistiske med omsyn til gjennomføring, går det fram av undersøkinga at til saman 61,1 % av dei spurde svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad var realistiske å gjennomføre. Om lag 28 % meiner tiltaka i nokon grad var realistiske, medan 6,3 % meiner dei i liten eller svært liten grad var realistiske.

På spørsmål om innsparingseffekten av tiltaka er det ikkje store skilnader i svara frå spørsmålet over. Om lag 58 % svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad var realistiske med omsyn til innsparingseffekt, medan 5 % meiner tiltaka i liten eller svært liten grad var realistiske i denne samanhengen. 30,8 % svarar at tiltaka i nokon grad var realistiske med omsyn til innsparingseffekt, medan 4,6 % er usikre.

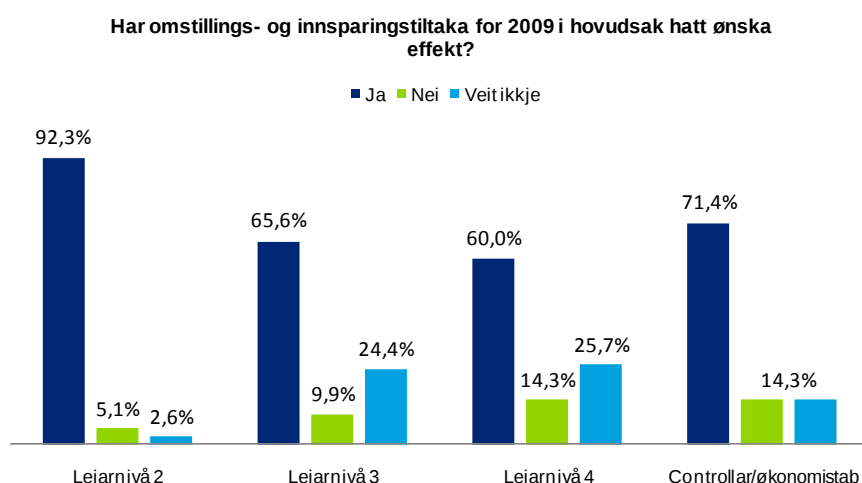


Figuren over viser at leiarar på nivå 3 og 4 er mindre einige i at tiltaka som har vore gjennomført er realistiske med omsyn til gjennomføring og innsparingseffekt, enn leiarane på nivå 2.

4.4.4 Effekt av tiltaka

På spørsmål om i kva grad dei rette tiltaka er valt ut for å oppnå resultatkrava svarar om lag halvparten i stor eller svært stor grad. Dette er ein auke på nesten 15 prosentpoeng samanlikna med undersøkinga frå 2008. 6,7 % svarar at tiltaka som er valt ut i liten eller svært liten grad er dei rette, medan 10,5 % er usikre. Av respondentane er det 32,6 % som svarar at ein i nokon grad har valt ut dei rette tiltaka.

Av respondentane som har vert involvert i omstillingstiltak svarar 9,5 prosent at tiltaka ikkje har hatt ønska effekt. Dette vert mellom anna grunngjeve med at det var sett urealistiske mål. Andre gjev uttrykk for at negative konsekvensar av tiltaka har redusert den samla innsparingseffekten i form av auka sjukefråvær og tap av kompetanse.



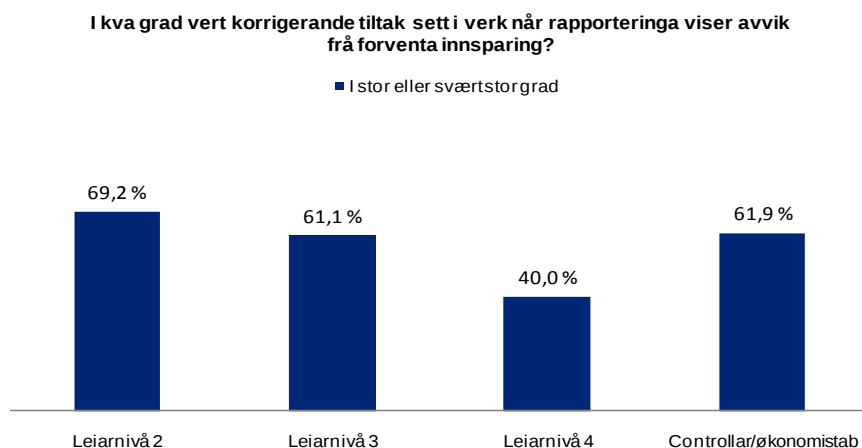
Ei samanlikning mellom leiarnivåa viser at leiarnivå 2 i større grad enn leiarnivå 3, leiarnivå 4 og kontrollargruppa, oppfatar at tiltaka har gjeve ønska effekt. Ein fjerdedel av leiarane på nivå 3 og 4 svarte veit ikkje på spørsmålet. Ei årsak til dette resultatet kan vere at realiseringa av tiltaka og den samla effekten av tiltaka for føretaket ikkje vert formidla nedover i organisasjonen.

Til saman 42,3 % kjenner til omstillings- og innsparingstiltak som har hatt negative utilsikta effektar. Dette er ein reduksjon på 7,4 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. Det er om lag 23 % som svarar at dei er usikre på om tiltaka har hatt utilsikta negative effektar.

Av dei som kjenner til tiltak som har hatt negative utilsikta effektar, knyter dette seg hovudsakeleg til negative effektar for personell og arbeidsforhold. Heile 65,3 % svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad har hatt negative konsekvensar for personell og arbeidsforhold. 31,2 % svarar at tiltaka har hatt negativ innverknad på aktivitet. 18,5 svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad har negativ innverknad på pasientrettar. Dette er ein reduksjon på 10 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. 13,6 % meiner at tiltaka har verka negativt inn på økonomien i føretaket. Både på aktivitet, pasientrettar og økonomi kan ein registrere ei betring på om lag 10 prosentpoeng frå 2008.



I spørjeundersøkinga går det fram at 59,7 % av respondentane meiner nye korrigierende tiltak vert sett i verk i stor eller svært stor grad når rapporteringa viser avvik frå forventa innsparing. 25,7 % svarar at nye tiltak vert i gangsett i nokon grad, medan berre 5,4 % svarar at korrigierende tiltak vert sett i gong i liten grad, svært liten grad eller ikkje i det heile. 9,1 % av respondentane er usikre.

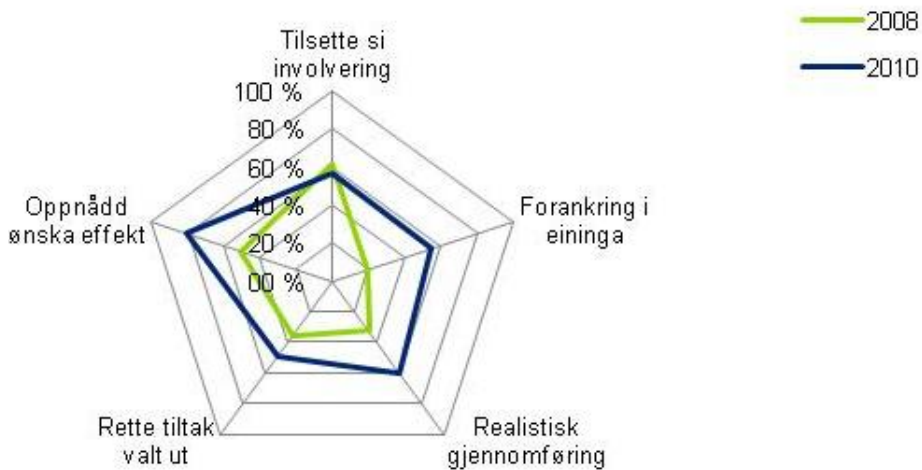


Ut frå tabellen over ser ein at leiarane på nivå 4 i mindre grad enn dei andre leiarane svarar at det i stor eller svært stor grad vert sett i verk tiltak når rapporteringa viser avvik frå forventa innsparing. Dette kan mellom anna skuldast at dei i mindre grad er involvert i arbeidet med å velja ut tiltak.

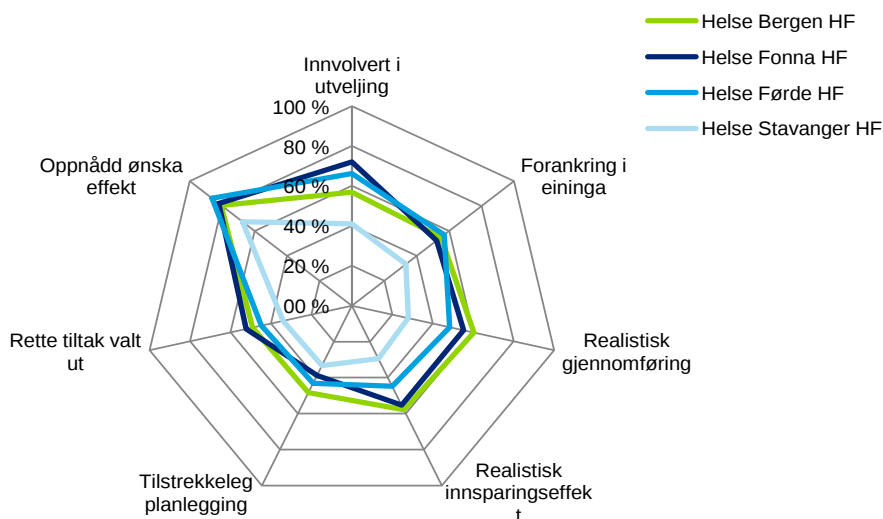
4.4.5 Oppsummering omstillings- og innsparingstiltaka

I figuren under samanliknar vi dei ulike føretaka på nokre utvalde dimensjonar med omsyn til omstillings- og innsparingstiltaka¹¹. Den vertikale aksa viser ein prosentvis skala frå 0 til 100 %. Plasseringa av dimensjonane på aksa er berekna ved å legge saman prosentdelen av dei som svarar i stor og i svært stor grad på dei utvalde spørsmåla og dei som svarar heilt og ganske eining. 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. Dette gjeld spesielt for leiarar på nivå 3 og 4.



Samanlikna med dei andre føretaka er Helse Bergen HF best med omsyn til gjennomføring av tiltak, tilstrekkeleg planlegging, og grad av realistisk innsparingseffekt og gjennomføring. Helse Bergen HF er nest best på resterande kategoriar. Det største potensialet synes å vere betre involvering av leiarane i prosessen med å velje ut tiltak.



¹¹Følgjande 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?

4.5 Rapportering

4.5.1 Rapportering til styret og Helse Vest

Føretaksleiinga rapporterer til styret i Helse Bergen ein gong i månaden. Grunnlaget for rapporteringa er verksemdsrapporten. I denne rapporten vert status for leiarnivå 2 rapportert, og kvar eining vert omtalt med bakgrunn i månadsrapportane frå einingane til leiinga. Det vert i tillegg rapportert månadleg til Helse Vest RHF. Denne rapporten vert ikkje vurdert som eit eigna verktøy for intern oppfølging og intern styring, og vert difor ikkje nytta til det føremålet. RHFet gjennomgår og analyserer rapportane opp mot mellom anna tala i ProClarity, og gjev tilbakemelding og kjem med oppfølgjande spørsmål som Helse Bergen må svare på. Det vert opplyst i intervju med leiinga i Helse Bergen at RHFet i blant finn moment av interesse som føretaket ikkje var klar over på førehand.

Samstundes gjev økonomidirektør uttrykk for at det ville verke positivt om økonomimiljøet i RHFet fekk auka innsikt og kompetanse om verksemda i føretaket, og slik kan sjå dei samla utfordringane for Helse Bergen betre i samanheng. Intervjuobjektet gjev uttrykk for at dei gjerne kunne tenkt seg nærare kontakt med RHFet.

4.5.2 Rapportering frå divisjonane til administrativ leiing

Kvar månad rapporterer einingane status på økonomi og avviksanalysar, aktivitet og bemanning, samt tiltak, i standardiserte rapporter til administrerende direktør. Malen er utvikla av økonomiavdelinga. Fokuset i rapporten vert endra noko frå månad til månad etter kva leiinga ønskjer informasjon om. Rapporten inneheld i stor grad overordna informasjon, og seier lite om kva som skjer nedover i organisasjonen.

Controllarane og einingsleiarane jobbar saman om rapporten, og leiinga opplever at det er god involvering og prioritering av arbeidet med rapporten. Økonomidirektøren og sentrale medarbeidarar går gjennom rapportane og gjer samanlikningar mot rekneskapen. Økonomiavdelinga gjev deretter tilbakemelding til einingane, og i nokre tilfelle ber ein også om eit møte med einingsleiarar.

Økonomirapportane som revisjonen har gjennomgått inneheld rekneskap og budsjett hittil i år, årsprognosar, samt avvik. Rapportane er på frå 2 til 6 sider avhengig av kor mykje som er kommentert. Rekneskapet vert presentert overordna med følgjande tre rekneskapslinjer: Driftsinntekt, driftskostnad og driftsresultat.

Alle avvik vert forklart, både for inntektssida, for driftskostnadar og i forhold til årsprognosen. Det varierer korleis ein har valt å presentere prognosen. I eit tilfelle vert berre den samla prognosen for klinikken kommentert og føresetnadane grunngjeve, medan det i andre tilfelle i tillegg er kommentarar knytt til kvar inntekts- og kostnadsart. Sjukefråvær vert berre rapportert i ein av dei tre rapportane revisjonen har gjennomgått. Kommentrarane til avvika på årsprognosen vert i ein av rapportane i enkelte samanhengar knytt opp mot relevante tiltak. Det vert også gjort ei vurdering av usikkerheit knytt til prognosen, og i nokre tilfelle også for dei ulike prognoseelementa.

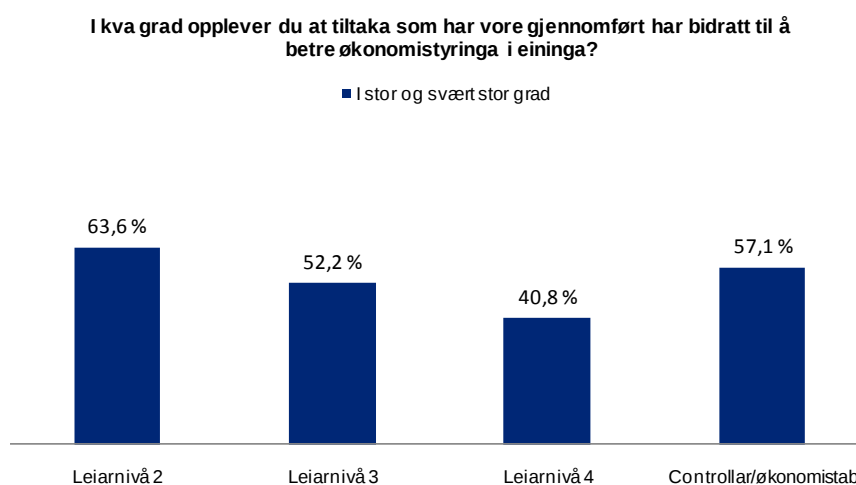
Aktivitet vert presentert i samband med prognose for DRG-poeng i to av rapportane. Desse inneheld DRG-poeng og avdelingsopphald. Aktivitet blir presentert detaljert for alle einingane i klinikken, men vert ikkje samanstillt med prognosane. Prognosane vert rapportert som mengde eller totaltid, og vesentlege avvik vert kommentert og forklart.

Einingane skal i rapporten også kommentere status på gjennomføring av tiltakspakken. I ein rapport vert alle tiltak presentert i ein tabell med omtale av tiltaka, krav til effekt og status/ risiko. I tillegg vert framdrift kommentert. I to andre rapportar vert status berre kommentert, og nokre parameter, som krav til måloppnåing og status/ risiko, vert i nokre tilfeller tatt med.

4.6 Tiltak for å betre økonomistyringa i føretaket

Fleirtalet (78,5 %) av respondentane svarar at det sett i verk tiltak for å betre økonomistyringa det siste året. På spørsmål om kva tiltak dette er, svarar mange respondentar at controllar-funksjonen er styrka det siste året. I tillegg vert det kommentert at det er auka fokus på dei underliggande einingane frå føretaksleiinga si side og at linjeleiarane er meir involvert i økonomistyringa enn tidlegare. Enkelte respondentar vektlegg at styringsinformasjonen har blitt meir tilgjengeleg og at opplæringa av linjeleiarane knytt til styringssystema har vorte intensivert.

Av respondentane i undersøkinga er det 52,9 % som i stor eller svært stor grad opplever at tiltaka som har vore gjennomført har bidrege til å betre økonomistyringa. 35,1 % svarar at tiltaka i nokon grad har hatt ein positiv effekt, medan 7,6 svarar at tiltaka i liten grad, svært liten grad eller ikkje i det heile har bidrege til å forbetre økonomistyringa.



Figuren over viser at leiarane på nivå 2 i større grad enn leiarane på nivå 3 og 4 svarar at tiltaka som har vore gjennomført har bidrege til å betre økonomistyringa i einingane.

Av respondentane i utvalet er det 20,6 % som kjenner til tilrådingane frå den førre revisjonsrapporten om økonomistyring i føretaket, medan 10 % er usikre. I intervju med økonomidirektør informerte han at rapporten frå internrevisjonen vert følgt grundig opp. Helse Bergen gjorde mellom anna ei oppfølging av internrevisjonen i juni 2009. Ein del av tiltaka som blei tilrådd i rapporten er no gjennomført. Tiltak i internrevisjonsrapporten som foretaket har hatt fokus på er mellom anna:

- Reorganisering av controllar-funksjonen
- Kompetansenivået på controllarane
- At kravspesifikasjon er følgt opp
- Rapporteringsverktøyet som skal integrerast med RHFet

Tidligere internrevisjonar har også vore nytta som eit underlag i leiarsamanheng. Økonomidirektør opplyser at han ville brukt rapporten meir om ein hadde hatt betre tid, spesielt med tanke på kommunikasjonen mot controllarar og einingsleiarar.

5. Vurderingar og forslag til tiltak

▽ 2008

▼ 2010

5.1 Føresetnader for god økonomistyring

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
1. Styringsdialog, strategi og målstyring  Låg Høg	- Fleirtalet meiner at det er etablert klare økonomiske mål- og resultatkrav i eininga. Dette er ein auke frå 2008. - Det kan vere grunnlag for å tydeleggjere mål- og resultatkrav til einingane, spesielt på leiarnivå 3 og 4. - Leiinga legg tydelege føringar for styringsdialogen gjennom mal for rapportering frå 2. nivå. Det er i mindre grad lagt føringar for korleis rapportering og målstyring vert utøvd nedover i linjeorganisasjonen. - Målstyringa for einingane er i stor grad basert på absolutte mål, slik dei framkommer som disponeringar i budsjettet.	- Manglande føringar frå administrasjonen til linjeleiinga på lågare nivå knytt til fastsetting av mål kan føre til at strategi og målstyring 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 i budsjettet 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. - Ei balansert tilnærming til målstyring viser korleis aktivitet, økonomi og kvalitet heng saman i føretaket.	- I større grad etablere formelle føringar og etablere malar for kva mål einingane nedover i organisasjonen skal rapportere på. - Etablere relative prestasjonsmål som viser forholdet mellom nytta ressursar, kvalitet og aktivitet i einingane. - Leggje til rette for gode og involverande diskusjonar rundt forholda mellom økonomi, kvalitet og aktivitet i fastsettinga av måla.

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
2. System og rutinar  Låg Høg	- Det vert gitt uttrykk for at styringsinformasjonen i hovudsak er tilstrekkeleg, ei vesentleg forbetring frå 2008, men at tilgangen ikkje er optimal. Undersøkinga tydar på at dette skuldast manglande kunnskap og kompetanse i å nytte styringsverktøya. - Controllarar meiner at dei i liten grad har tilstrekkelege rutinar og retningslinjer for økonomistyring - System og rutinar vert oppfatta som gradvis mindre optimale desto lågare leiarnivå respondentane er på. - Fleirtalet av respondentane er kjend med innhaldet i fullmaktsstrukturen. Av desse er leiarnivå 4 og økonomistab minst kjende med fullmaktstrukturen.	- 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 vet konsekvensen av eigne avgjerder eller forbruk i eininga. - Kompliserte styringsverktøy krev høg kompetanse og tilstrekkeleg tid for å kunne nytte seg av informasjonen. Samstundes vil manglande rutinar for økonomisk styring gjere leiarar meir avhengig av støtte frå controllar.	- 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. - Oppdatere rutinar og gjere dei tilgjengeleg for alle med økonomiansvar. - Syte for at fullmaktsstrukturen vert kjend hos leiarar på lågare linjenivå og hos controllarar.
3. Økonomistyringskompetanse  Låg Høg	- Kompetansen til controllarar er styrka, og det er innført krav om at alle controllarane skal ha mastergrad eller liknande i økonomi. - Det er lågare økonomi- og systemkompetanse på nivå tre og fire. - Undersøkinga tyder på at fleirtalet av linjeleiarane på nivå tre og fire ynskjar meir opplæring, til dømes innan økonomistyring og styringsverktøy.	- Manglande kompetanse i linja kan medføre svikt i økonomistyringa ettersom økonomiansvar i aukande grad vert delegert nedover i linja. - Manglande kompetanse på lågare leiarnivå kan redusere kvalitet på styringsinformasjon som vert rapportert til overordna nivå. - Ved lågare økonomistyringskompetanse i linja vert det desto viktigare at controllarane tar ei aktiv rolle som støttespelar for linjeleiarane.	- Kartlegge kompetanse- og opplæringsbehov i linja. - Gjennomføre obligatorisk opplæring i økonomistyring og bruk av økonomisystema for linjeleiarar med budsjettansvar. - Tilpasse omfanget av controllarstøtte til kompetansenivået i einingane.

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
4. Samhandling mellom linje og stab  Låg Høg	- Controllarane har vorte meir tilgjengelege for linjeleiarane samanlikna med 2008. - Ein fjerdedel av linjeleiarane på nivå 4 meiner dei ikkje har tilstrekkeleg tilgang til controllarar. - Den største utfordringa er manglande kapasitet hos controllarane.	Låg tilgang til controllar aukar behovet for opplæring og tilrettelegging av system og rutinar. Samstundes vil lågare kunnskap og manglande tilgang til system gjere at linjeleiarar vert meir avhengige av controllar.	- Syte for at linjeleiarar får meir bistand frå controllarar eller at dei har tilstrekkeleg kompetanse og innsikt til å styre økonomien meir sjølvstendig. - Utvikle, standardisere og systematisere det faste controllerarbeidet slik at det vert frigjort kapasitet til dialog og analyse. - Sikre at controllar har ein god dialog og er delaktig i formaliserte møter med linjeleiarane.

5.2 Budsjettprosessen

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
5. Budsjettmynde  Låg Høg	- I all hovudsak er budsjettmynde delegert til leiarar på nivå 2, 3 og 4. - Om lag ein av fire leiarar på nivå 3 og 4 svarar at dei ikkje har eller er usikre på om dei har 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.	- Tydeliggjere budsjettmynde i stillingsbeskrivingane. - Syte for at alle linjeleiarar på nivå tre og fire er kjend med om dei har budsjettmynde - Sette tydelegare krav til rapportering frå alle med budsjettmynde, også nedover i organisasjonen.

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
6. Budsjettering  Låg Høg	- Føretaksbudsjettet vert i stor grad oppfatta meir realistisk enn det vart gjort i undersøkinga i 2008, noko som kan sjåast i samanheng med at Helse Bergen går i balanse. - Føretaksleiinga legg få føringar i kva grad linjeleiarar på lågare nivå vert involvert i budsjettprosessen. Undersøkinga tyder på at dette i særskilt grad gjeld nivå fire. - Leiarane på nivå 2 oppfattar at budsjettet i større grad er basert på aktivitet enn på fjorårets budsjett og rekneskap. For leiarar på nivå 3 og 4 er det budsjett og rekneskap for førre år som i størst grad vert oppfatta som bestemmande for årets budsjett. - Budsjettet legg føringar for faktisk aktivitet i einingane, men budsjettlojaliteten er lågare for lågare linjenivå i organisasjonen. Leiarnivå fire skil seg ut ved at nær halvparten meiner at budsjettet i mindre grad legg føringar for aktivitet. - Det ikkje er etablert insentivordningar knytt til budsjettoppnåing	- Bred involvering 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. - Grundige analysar av samanheng mellom aktivitet, bemanning og økonomi kan skape betre grunnlag for omfordeling og utvikling av verksemda gjennom budsjettprosessen.	- Gjennomføre breiare involveringa i budsjettprosessen, mellom anna etterspørre prosessar og arenaer for dialog kor leiarar frå alle nivå deltek. - Gjennomføre samanlikningar internt mellom einingane og med einingar i andre foretak for å finne fram til realistisk kostnadsnivå. - I større grad bryte ned kostnadselement i kostnadsdrivarar (t.d. aktivitet og pleiefaktor.) i oppbygginga av budsjettet. - Syte for at linjeleiarar med budsjettansvar også må rapportere til neste leiarnivå. - Vurdere om det er hensiktsmessig å ta i bruk sterkare insentiv knytt til budsjettoppnåing

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
7. Analyser og prognoser  Låg Høg	- Budsjettavvik har vorte nærare vurdert ved å gjennomføre kostnadseffektivitetsanalysar. - Leiinga har noko avgrensa oversikt over kva som er grunnlaget for prognosane i einingane. - Leiinga har utfordringar med å vite om prognosane er taktisk sett. - Undersøkinga viser at prognosane for føretaket vert oppfatta meir realistiske enn oppfatninga i 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. - Systematisk diskusjon av endring i prognoser gjev meir fokus på tiltak og strategi for å møte dei endra føresetnadane. - Prognoser rapportert til føretaksleiinga bør vere splitta på dei viktigaste kostnads- og inntektsartar for å gi verdi for leiinga.	- Vidareutvikle analysar som sikrar at alle einingar vert analysert og målt på relative kostnadsindikator. Desse kan nyttast aktivt i budsjett og oppfølgingsarbeid. - Etablere prognosar ned til lågaste nivå med budsjettansvar for dei viktigaste kostnads- og inntektsdrivarane.

5.3 Rapportering

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
8. Innhald i rapporteringa  Låg Høg	- Rekneskapet vert rapportert på eit overordna nivå; driftsinntekt, driftskostnader og resultat. - Helse Bergen har eit høgt fokus på rapportering av prognosar på klinikknivå. - Rapportering av prognosane er varierende med omsyn til detaljeringsnivå og presentasjonsform.	- Eit høgt fokus på prognosar i den månadlege rapporteringa gjer at einingane har ein framoverskuande tilnærming til sin økonomiske tilstand. Dette gjer at einingane kan sette i verk nødvendige tiltak i tide. - Føretaket bør ha ein balansert tilnærming til rapporteringa som tydeleg viser korleis aktivitet, økonomi og kvalitet heng saman i føretaket.	- Risiko bør vurderast og presenterast for alle større tiltak - Status for tiltak bør spesifiserast og kvantifiserast og det burde vere grunnleggjande kvifor ein ikkje har valt å gjennomføre tiltak. - Tiltaka bør ha ein frist for når dei skal vere realisert, korleis målinga skal utførast og kven som er ansvarlig i eininga. - Vurdere om budsjett og rekneskapsdata i verksemdsrapporten skal vere meir spesifisert på dei viktigaste kostnads- og inntektsartane, til dømes lønskostnader. - Balansere innhaldet i økonomirapporteringa mellom økonomi, aktivitet og kvalitet. - Inkludere relative målsetjingar for kostnadseffektivitet i rapportane.

5.4 Omstillings- og innsparingstiltak

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Molege tiltak
9. Utveljing av tiltak  Låg Høg	• Over halvparten av dei spurde i undersøkinga var med på utveljing av tiltaka. • Linjeleiarar på lågare nivå vert mindre involvert knytt til utveljing og gjennomføring av tiltaka. Vidare vert tiltaka i mindre grad forankra og planlagd på lågare leiarnivå. • Ein relativt låg del av controllarane er involvert i utveljing og gjennomføring av tiltaka.	• 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. • Tiltak som ikkje er tilstrekkeleg konkretisert og som det ikkje er mogleg å måle effekten av kan vere vanskeleg å følge opp å sikre støtte til. • Controllar har ein viktig rolle med å kvalitetssikre tiltaka, samt berekne og rapportere effektar av tiltaka i etterkant.	• Syte for at linjeleiarar på lågare nivå deltar i utveljing og gjennomføring av tiltak. • Gjere enkeltleiarar ansvarlig for utveljing og gjennomføring av tiltaka. • Alle tiltak må konkretiserast og det må vere klart korleis effektar skal periodiserast og målast. • Syte for at controllar har ein formell rolle i utveljing og kvalitetssikring av tiltak.

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Molege tiltak
10. Gjennomføring og oppfølging av tiltak  Låg Høg	- Helse Bergen har i 2009 gjennomført eit omstillingstiltak knytt til lønskutt på 3 %, som har vorte følgt opp og gjennomført i nesten alle einingane. - Fleirtalet på alle einingsnivå som har vert involvert i omstillingstiltak meiner at tiltaka har hatt ynskja effekt. - Helse Bergen har ein faktisk realiseringsgrad på 94 % ut frå tiltaksrapporteringa til RHFet, den høgaste av alle føretaka i Helse Vest. - Ein av fire linjeleiarar på nivå 3 og 4 veit ikkje om omstilling og innsparingstiltaka har hatt ønska effekt. - Av linjeleiarar på nivå 4 er det berre 40 % som meiner nye tiltak vert sett i verk (i stor grad) dersom rapporteringa viser avvik frå forventa innsparing.	- 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 som ein er mest sikker på at vil gjeve ønska effekt bli innrapportert. Dette kan også skuldast mangel på kommunikasjon på kva som er forventning til tiltak og tilbakemeldinga som vert gitt til linjeorganisasjonen. - Manglande tilbakemelding på tiltak kan medføre manglande motivasjon ved gjennomføring av tiltak i framtida.	- Syte for at tilsette som er involvert i tiltaksprosessen får tilbakemelding om kva effekt tiltaka har gitt. - Kartlegge korleis tiltaka får påverknad for andre kostnader, til dømes samanhengen mellom vakante stillingar og økte vikarkostnader

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Molege tiltak
11. Negative utilsikta effektar av tiltak  Låg Høg	• Under halvparten meiner at tiltaka har hatt negative utilsikta effektar, som er ein reduksjon samanlikna med undersøkinga i 2008. • Fleirtalet meiner at tiltaka har verka negativt inn på personell og arbeidsforhold, mellom anna knytt til arbeidsmiljø og sjukefråvær. • Færre opplev negative utilsikta effektar knytt til pasientrettar, økonomi og aktivitet.	• 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.	• Gjøre ei heilskapeleg risikovurdering av tiltaka, og vurdere konsekvens og sannsyn knytt til negative utilsikta effektar. • Inkludere linjeleinga 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