



Internrevisjon Helse Vest

Evaluering av arbeids- planlegging i Helse Bergen

Rapporttittel: Evaluering av arbeidsplanlegging i Helse Bergen
Dato: Oktober 2010
Oppdragsgiver: Helse Vest RHF v/revisjonskomiteen

Prosjektet er gjennomført av Deloitte AS.

Innhald

1. Innleiing	4
1.1.1 MOT-prosjektet sitt delprosjekt om arbeidsplanlegging	4
1.1.2 Arbeidsplanlegging i Helse Bergen	4
2. Føremål og problemstillingar	5
2.1 Føremål for undersøkinga	5
2.2 Problemstillingar	5
2.3 Avgrensingar	5
3. Metode	7
3.1 Dokumentanalyse	7
3.2 Spørjeundersøking	7
3.3 Intervju	9
4. Føresetnader for gjennomføringa av MOT-prosjektet	11
4.1 Kultur og leiing i samband med MOT-prosjektet	11
4.1.1 Revisjonskriterium	11
4.1.2 Observasjonar om kultur og leiing	11
4.1.3 Vurderingar	12
4.2 Involvering og informasjon i samband med MOT-prosjektet	12
4.2.1 Revisjonskriterium	12
4.2.2 Observasjonar om samarbeid og involvering	13
4.2.3 Vurderingar	13
4.3 Prosjektarbeid, tid og ressursar	14
4.3.1 Revisjonskriterium	14
4.3.2 Observasjonar om prosjektarbeid, tid og ressursar	14
4.3.3 Vurderingar	17
5. Arbeidsplanleggingsprosessane	19
5.1 Aktivitetsplan og bemanningsplan (A1 og A2)	21
5.1.1 Revisjonskriterium	21
5.1.2 Observasjonar om korleis einingane nyttar aktivitets- og bemanningsplan	22
5.1.3 Observasjonar om input og verktøy for aktivitetsplan og bemanningsplan	23
5.1.4 Observasjonar om resultat av aktivitets- og bemanningsplan	25
5.1.5 Vurderingar knytt til aktivitetsplan og bemanningsplan	26
5.2 Arbeidsplan (A3)	26
5.2.1 Revisjonskriterium	26
5.2.2 Observasjonar om kva arbeidsplanar einingane lager	27
5.2.3 Observasjonar om korleis einingane nyttar arbeidsplanen	29
5.2.4 Observasjonar om input og verktøy knytt til arbeidsplanen	30
5.2.5 Observasjonar om resultat av arbeidsplan	32
5.2.6 Vurderingar knytt til arbeidsplanen	32
5.3 Dag-til-dag oppfølging og avvikshandtering (A4 og A5)	33

5.3.1	Revisjonskriterium	33
5.3.2	Observasjonar om korleis einingane driv dag-til-dag styring	34
5.3.3	Observasjonar om input og verktøy i dag-til-dag-styringa.....	34
5.3.4	Observasjonar om resultat av dag-til-dag-styring	35
5.3.5	Vurderingar av dag-til-dag-styringa	36
6.	Gevinstar	37
6.1	Gevinstar for pasient	38
6.1.1	Observasjonar og vurdering av problemstillingane	38
6.2	Gevinstar for medarbeidarar.....	39
6.2.1	Observasjonar.....	39
6.2.2	Vurdering	42
6.3	Gevinstar for føretaket.....	42
6.3.1	Administrasjon (kriterium og observasjonar)	42
6.3.2	Plan og styring (kriterium og observasjonar).....	43
6.3.3	Reglar og overeinskomstar (kriterium og observasjonar)	46
6.3.4	Effektivitet (kriterium og observasjonar)	47
6.3.5	Vurderingar om gevinstar for føretaket.....	48
7.	Oppsummering og tilrådingar	50
7.1	Oppsummering	50
7.2	Tilrådingar	51

1. Innleiing

1.1.1 MOT-prosjektet sitt delprosjekt om arbeidsplanlegging

Arbeidsplanlegginga i føretaka i Helse Vest vart lagt om i samband med gjennomføring av MOT-prosjektet (Medarbeidar Organisasjon Teknologi). Bakgrunnen for omlegginga var mellom anna ei medarbeidarundersøking frå 2003 som konkluderte med at arbeidsprosessane og teknologi som støtta arbeidsprosessane kunne bli betre. Samstundes gjekk det fram av undersøkinga at dei tilsette hadde eit ønske om å bidra til ei effektivisering og forbetring av prosessane.

*Arbeidsplanlegging*¹ er eit av fleire delprosjekt i MOT-prosjektet. Gjennom arbeidsplanleggingsprosjektet ønskte ein å auke kvaliteten i møte med pasienten, få til ein meir livsfaseorientert personalpolitikk og utarbeide betre administrative prosessar og styringsinformasjon.

Delprosjektet innebar at føretaka skulle etablere nye prosessar og organisatoriske løysningar for å styre bemanninga – og ei it-løysning for å støtte opp under prosessane. Mange av løysingane som MOT-prosjektet valde var svært like løysingar som allereie var i bruk i Helse Bergen, medan nokre element var nye og nokre innebar ei endring.

1.1.2 Arbeidsplanlegging i Helse Bergen

Helse Bergen har i alt om lag 9500 tilsette, om lag 7500 årsverk og eit budsjett på 7,2 milliardar kroner (2009). Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging har vore eit tema i Helse Bergen sidan midten av 1990-talet. Aktivitetsbasert arbeidsplanlegging er ein del av MOT-prosjektet, men arbeid med aktivitetsbasert arbeidsplanlegging i Helse Bergen skjer også uavhengig av MOT-prosjektet.

Frå 2005 til 2008 nytta Helse Bergen SP-Expert som planleggingssystem. Systemet hadde same innfallsvinkel til arbeidsplanlegging, men hadde mindre funksjonalitet og var mindre integrert med andre personalsystem. På tidspunktet då MOT-prosjektet starta implementeringa av nytt arbeidsplansystem frå GAT-Soft, var SP-Expert innført for heile pleiegruppa og delar av andre yrkesgrupper..

Gjennom 2009 har Helse Bergen arbeidd systematisk med å få kontroll på lønsutgifter, først og fremst gjennom å arbeide med bemanningsplaner.²

¹ Prosjektet var på eit tidleg tidspunkt kalla "delprosjekt ressursstyring".

² Dette kom fram i oppstartsmøte med personaldirektør og økonomidirektør i føretaket.

2. Føremål og problemstillingar

2.1 Føremål for undersøkinga

Føremålet med prosjektet er å undersøke i kva grad leiarar i helseføretaka gjennomfører tiltak og prosessar som er initiert gjennom prosjektet "Arbeidsplanlegging". Internrevisjonen skal og kome med forslag til tiltak for å sikre måloppnåing i prosjektet.

2.2 Problemstillingar

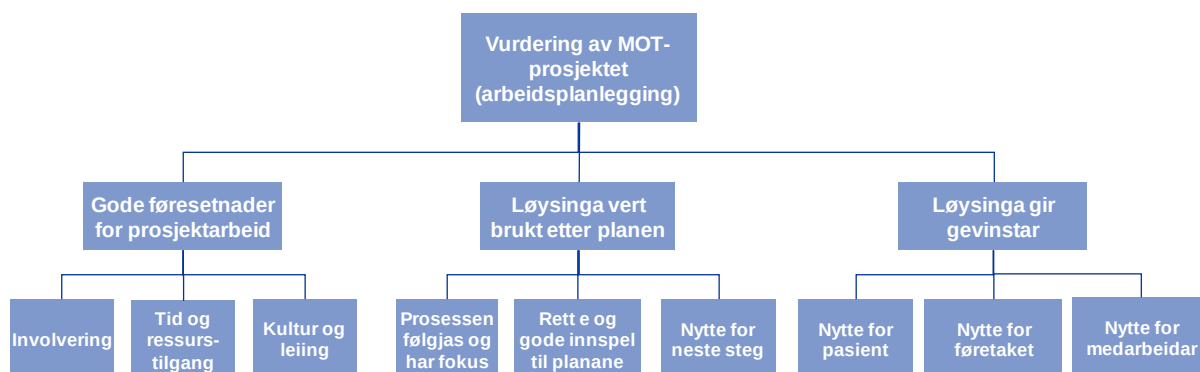
I internrevisjonen vert det skilt mellom implementeringsfasen, då MOT-prosjektet vart rulla ut i einingane, og status etter implementeringa.

Det er formulert tre hovudproblemstillingar i undersøkinga:

- I kva grad vart arbeidsplanleggingsprosjektet implementert på ein god måte?
- I kva grad blir løysinga brukt etter planen?
- I kva grad gjev løysinga gevinstar for føretaket?

Problemstillingane er vist i figuren under, og vil bli nærare spesifisert i revisjonskriterium under dei enkelte kapitla.

Figur 1: Design av undersøkinga



2.3 Avgrensingar

Internrevisjonen er avgrensa til dei elementa som låg i eit av delprosjekta i MOT-prosjektet: arbeidsplanlegging. Dei andre delprosjekta omhandla HMS, rutinar og system for rekruttering og bygge kompetanse og nytt lønssystem. Desse er ikkje tema for denne undersøkinga.

Revisjonen er avgrensa til å omhandle tida frå implementeringa av arbeidsplanleggingsprosjektet til våren 2010. Arbeidet i MOT-prosjektet før løysinga var på plass, til dømes bakgrunnen for prosjektet, forhandlingar med leverandørar og spesifisering av krav, har ikkje vore i fokus. Internrevisjonen går heller ikkje inn på planar for kva som skal skje med arbeidsplanleggingsrutinane i åra som kjem.

Undersøkinga ser på arbeidsplanlegging i dei operative avdelingane. Helse Vest IKT og Apoteka Vest er ikkje ein del av undersøkinga. I høve til sjukehusa, har undersøkinga sett på alle typar einingar – ikkje berre dei store einingane med vakt heile døgret, men også einingar med enkel arbeidsplanlegging, få tilsette og dagarbeid.

Internrevisjonen har vurdert kva gevinstar MOT-prosjektet kan vise i høve til arbeidsplanlegging. Prosjektperioden blei avslutta etter implementeringsfasen, men arbeidet med å forbetre systemet for arbeidsplanlegging fortsetter. Undersøkinga har vurdert resultat av prosjektet opp mot dei gevinstmåla som MOT-prosjektet sjølv sette anten dei blei nådd gjennom prosjektet eller i tida etter prosjektperioden. Desse måla var meint å gi nytte til pasientar, føretak og medarbeidarar.

3. Metode

Internrevisjonen har nytta tre typar kjelder: dokument, intervju og spørjeundersøking.

3.1 Dokumentanalyse

Internrevisjonen har sett på vedtak, prosesskjema og interne styrande dokument som er utarbeidd i samband med MOT-prosjektet. Desse blir brukt som bakgrunnsdata, revisjonskriterium og faktagrunnlag. Internrevisjonen har vurdert følgjande informasjon:

Tabell 1: Informasjon som har vore nytta av internrevisjonen

Rapportuttrekk om bruken av GAT (system for arbeidsplanlegging)	■ Påloggingar (bruken av systemet) ■ Varsel om brot på arbeidstidsordningar ■ Ledige vakter (vakante turnuslinjer) ■ Tilsette utan arbeidsplan (i GAT) ■ Om avdelinga har eit budsjett for ekstravakt, forskyvd tid og overtid å styre etter ■ Tidsmessig rapportering og godkjenning
Informasjon frå styringsdialogen mellom Helse Vest og føretaka	■ Utvikling over tid i – Sjukefråvær – Lønnskostnader – Timelønn for ekstravakter og overtid – Timer overtid og ekstravakt – Netto og brutto månadsverk
Rutinebeskrivingar, ambisjonar, retningslinjer	■ MOT-prosjektet sine ambisjonar (gevinstmål) ■ Systembeskrivingar (arbeidsplanleggingsprosess)

3.2 Spørjeundersøking

I slutten av mars sendte internrevisjonen ut eit spørjeskjema til operative leiarar i Helse Bergen (nivå 3, 4 og 5). Helseføretaket hadde på førehand fått spørsmåla til gjennomsyn. Leiarar blei bedt om å gjere greie for korleis arbeidsplanlegging skjer på deira eining, og kva verktøy som dei nytta. Til saman 494 personar fekk spørsmåla og 313 personar svarte (svarprosent på 63,4 prosent).

I tabell 2 har internrevisjonen fordelt einingar og leiarar på ulike grupper, til dømes pre-hospitale tenester eller psykisk helsevern og rus. Det er noko skjønn i denne inndelinga. Respondentane har sjølv gruppert seg til dei same kategoriane. Også i dette høvet er det skjønn involvert.

Tabell 2: Svarprosent på einingar med meir enn fem månadsverk

	Ikkje- medisinsk service	Medisinsk service	Pre- hospitale tenester	Psykisk helsevern og rus	Somatikk og re- habilitering	Stab, støtte, forskning eller anna	Totalt
Tal einingar med eige avdelingsnummer og minst fem tilsette (netto månadsverk)	59	25	7	73	144	51	359
Svar frå leiar som driv arbeidsplanlegging for meir enn fem tilsette	21	30	7	43	92	22	215
Svarprosent ³	36 %	120 %	100 %	59 %	64 %	43 %	60 %
Tilsette på kartlagde einingar	708	794	232	1311	2947	480	6472
Tal på tilsette totalt (netto månadsverk)	1109	759	242	1252	3380	768	7509
Prosent av tilsette representert i undersøkinga ⁴	• 64 %	• 105 %	• 96 %	• 105 %	• 87 %	• 62 %	• 86 %

Dei som har valt å svare i undersøkinga driv arbeidsplanlegging for til saman 6472 tilsette.⁵ Helse Bergen har, målt i månadsverk, 7509 tilsette.⁶ Etter denne måten å rekne på, dekkjer undersøkinga 86 prosent av dei tilsette i helseføretaket. Innan medisinsk service er det nokre fleire leiarar enn det er einingar med eige avdelingsnummer. I slike tilfelle kan det vere eigne leiarar for kvar spesialitet (radiolog, lege, etc.) eller eigne skiftleiarar. Dersom fleire leiarar driv arbeidsplanlegging for den same gruppa, kan ein tilsett bli rekna fleire gongar slik at talet på tilsette som er representert i undersøkinga blir høgare enn talet på tilsette i einingane.

Målgruppa for undersøkinga er dei som faktisk driv arbeidsplanlegging. Ikkje alle leiarar driv arbeidsplanlegging; nokre har mellomleiarar som handterer denne oppgåva. Andre har systemansvar eller leiaroppgåver utan mykje personalansvar. Blant dei som har svart, er det 215 leiarar som også driv arbeidsplanlegging for fleire enn fem tilsette. I Helse Bergen var det i same tidsrom 359 einingar der det vart lagt ned fem netto månadsverk eller meir. I dette høvet har undersøkinga fanga opp ca. 60 prosent av alle aktuelle einingar.

Innan psykisk helsevern og rus merker internrevisjonen seg at talet på leiarar som har svart er ein del lågare enn talet på einingar. Samstundes svarer leiarane for meir enn 100 % av dei tilsette (basert på månadsverk) i denne typen einingar. Dette kan skuldast at arbeidsplanlegginga er organisert slik at fleire leiarar planlegg for same gruppe. I tillegg er det tradisjonelt ein høg førekomst av deltidstilsette i denne typen einingar, noko som forklarar skilnaden mellom tal på tilsette basert på månadsverk og det høgere talet på tilsette som leiarane seier dei planlegg for.

Representativiteten i undersøkinga er jamt over god, særleg dersom ein ser på talet på tilsette som leiarane seier dei planlegge for. Det er to einingar som skil seg ut med noko mindre god representativitet: Ikkje-medisinsk service og stab/støtte. Her har berre 36 % og 43 % av leiarane svart. Det er likevel leiarar som har mykje ansvar for arbeidsplanlegging som har svart, og desse

³ Nokre einingar har fleire leiarar som driv med arbeidsplanlegging. På slike einingar kan talet på svar bli høgare enn talet på einingar og "svarprosenten" blir over 100.

⁴ Nokre einingar har fleire leiarar som driv med arbeidsplanlegging. Dersom dei svarar på vegne av dei same tilsette, kan same gruppe inngå i undersøkinga to gonger og "prosenten" blir over 100.

⁵ Fire av respondentane, som rapporterte eit usannsynleg høgt tal tilsette, vart teken ut. Ikkje alle har svart på spørsmålet.

⁶ Basert på tal på månadsverk som internrevisjonen har mottatt frå Helse Vest.

leiarane oppgir å ha ansvar for arbeidsplanlegging for høvesvis 64 og 62 % av dei tilsette.⁷ Med dette atterhaldet, trur vi undersøkinga er representativ for Helse Bergen. Dette vert også underbygd av tabell 3, kor vi kan sjå at fordelinga av tilsette på ulike typar einingar i spørjeundersøkinga er nokolunde lik som tala for netto månadsverk som internrevisjonen har mottatt frå Helse Vest RHF.

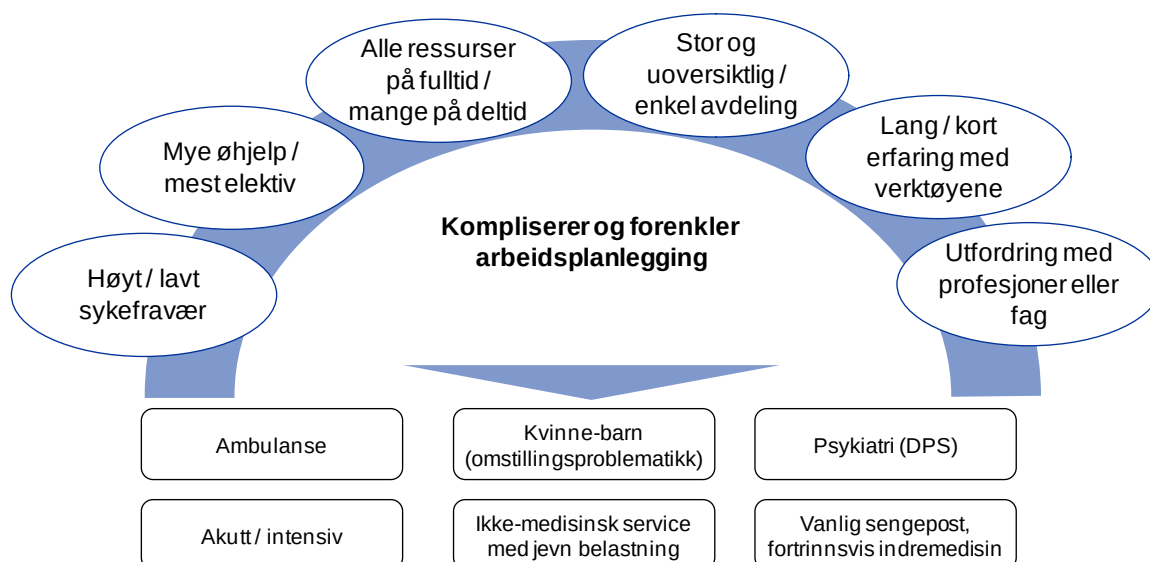
Tabell 3: Fordeling av medarbeidarar på einingar i utvalet og i heile Helse Bergen

	Ikkje-medisinsk service	Medisinsk service	Pre-hospitale tenester	Psykisk helsevern og rus	Somatikk og rehabilitering	Stab, støtte, forskning eller anna	Totalt
Tal på tilsette basert på netto månadsverk	1109	759	242	1252	3380	768	7509
Fordeling av tilsette basert på netto månadsverk	15 %	10 %	3 %	17 %	45 %	10 %	100 %
Tal på tilsette som er dekkja i spørjeundersøkinga	708	794	232	1311	2947	480	6472
Fordeling av svar i spørjeundersøkinga, ut frå tal på medarbeidarar i dei einingane som svara	11 %	12 %	4 %	20 %	46 %	7 %	100 %

3.3 Intervju

Leiarar i fleire einingar i Helse Bergen med ulike føresetnader for å drive arbeidsplanlegging er intervjuet. Dette omfattar leiarar frå einingar med døgn drift og stor variasjon i arbeidsmengda og leiarar frå einingar med relativt enkel arbeidsplanlegging (til dømes rekneskapsseksjonen). Figur 2 syner kva omsyn som kan gjere arbeidsplanlegging meir eller mindre komplisert.

Figur 2: Omsyn som gjer arbeidsplanlegging enklare eller vanskelegare



⁷ Når svarprosenten er meir enn 100, kan det vere fleire grunnar til det. Anten kan skiljet mellom medisinsk service og behandling/diagnostikk vere uklårt for dei som svarar, eller så er det fleire leiarar som driv arbeidsplanlegging for den same gruppa tilsette. Ein tredje grunn kan vere at den skjønsmessige vurderinga av kategoriane som høvesvis internrevisjonen og respondentane har gjort, er ulik. Vidare kan mange einingar ha høg grad av deltidstilsette, noko som gjer at talet på tilsette blir høgare enn talet på månadsverk.

Intervjua har hovudsakleg vore gjennomført som gruppeintervju. Leiarar på ulike nivå ved følgjande type einingar vart intervjua:

- Ikkje-medisinsk internservice (rekneskapsseksjonen)
- Psykiatri (Björgvin DPS)
- Spesialisert eining innan ØH (hjerteavd. MIO)
- Indremedisinsk sengepost (gastrokirurgisk avdeling)
- Pre-hospitale tjenester (ambulanse), akuttmedisinsk seksjon
- Kvinne-barn (barneklubben)

I tillegg vart det gjennomført intervju med leiarar på ulike nivå frå Økonomi- og finansavdelinga og Personal- og organisasjonsavdelinga. Leiarane representerte mellom anna Fagsenter for administrative system, som har ansvaret for teknisk støtte for GAT, og Seksjon for ressursstyring, som har ansvaret for den strategiske delen av bemanningskoordinator- rolla.

Intervjua har i hovudsak tatt sikte på å forstå korleis einingane arbeider, kva situasjonar som er utfordrande, og kva støtte einingane har fått frå dei systema som kom på plass gjennom MOT-prosjektet (til dømes arbeidsplanleggingsverktøy frå GAT Soft AS). Etter kvar samtale vart det laga eit referat som vart sendt til intervjuobjekta for verifisering.

4. Føresetnader for gjennomføringa av MOT-prosjektet

MOT-prosjektet sette sjølv opp føresetnader for ei vellukka implementering. Revisjonskriteria er basert på desse føresetnadene eller suksesskriteria.⁸ Suksesskriteria som prosjektet har identifisert, kan delast i tre: kultur og leiing; involvering av medarbeidarar, og tilstrekkeleg tid og ressursar til prosjektarbeid.

I fortsetjinga er funn og vurdering skrive inn i same avsnitt. Samla vurderingar er oppsummert til slutt i dei respektive kapitla.

4.1 Kultur og leiing i samband med MOT-prosjektet

4.1.1 Revisjonskriterium

Tre av dei kriteria som MOT-prosjektet lista opp som føresetnader for suksess hang saman med kultur og leiing:

- Tydeleg forankring i leiinga
- Vidareutvikle ein kultur som ser samanhangen mellom personalressursar, kostnader og resultat
- Planlegging knytt til aktivitet

4.1.2 Observasjonar om kultur og leiing

I internrevisjonen si spørjeundersøking var det 187 personar som anten dreiv med arbeidsplanlegging på den tida da Helse Vest tok i bruk dei nye rutineane, eller var med i ei lokal prosjektgruppe i samband med MOT-prosjektet (tabell 4 i vedlegget). Desse har svart på spørsmål om kultur og leiing.

Dei fleste (77 %) av respondentane som har tatt stilling til problemstillinga, er einige eller delvis einige i at toppleiargruppa/divisjonsdirektørane støtta opp om endringsprosessane i MOT-prosjektet. Berre 10 % er ueinige (sjå tabell 13.1 i vedlegget).

Dei fleste (87%) av dei som har tatt stilling til spørsmålet er einige eller delvis einige i at toppleiargruppa var tydelege på at dei nye rutineane skulle nyttas (tabell 13.2 i vedlegget). Berre 5 % er ueinige.

⁸ Dette står lista i prosjektpresentasjonen for delprosjekt "ressursstyring" på Helse Vest sine heimesider mai 2010.

Dei fleste (81%) av dei som har tatt stilling til spørsmålet er einige eller delvis einige i at næraste leiar var tydeleg på at det ikkje skulle gjerast unntak frå dei nye rutinane (tabell 13.3 i vedlegget).

Desse svara viser at MOT-prosjektet hadde god forankring i leiinga. Det kjem likevel fram i intervju at det i starten av MOT-prosjektet var utfordringar knytt til å få leiarane til å frigi nok tid til å delta i endringsprosessane. Det vert vidare opplyst om at dette seinare løyste seg og at alle leiarane etter kvart vart opptatt av å implementere MOT-prosjektet sine nye rutinar.

Ein kostnadsfokusert og aktivitetsbasert kultur for arbeidsplanlegging er både ein føresetnad for MOT-prosjektet og eit resultat av MOT-prosjektet. Av dei leiarane som har ei oppfatning om resultatet av prosjektet, meiner 58 % at MOT-prosjektet gjorde samanhengen mellom arbeidsplanlegging og kostnader tydeleg (tabell 78.2). På det tidspunktet hadde Helse Bergen allereie arbeid med aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging i lang tid.

I spørjeundersøkinga var arbeidsplanleggingskultur eit tema. Det går fram av undersøkinga at leiarane har eit positivt inntrykk av dei tilsette sin vilje til å ta i eit tak i ein kritisk situasjon. I Helse Bergen er 90% av leiarane einige eller delvis einige i at medarbeidarane gjer det som skal til når situasjonane krev det (tabell 76.8). Blant leiarane er det 89 % som oppfattar at dei tilsette er lojale mot kvarandre, og stiller opp når det er naudsynt å byte ei vakt (tabell 76.9). Samstundes er 19 % av leiarane einig eller delvis einig i at "folk tviheld på vande måtar å gjere ting på, og det er nesten uråd å få til aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging" (tabell 76.5). Samstundes viser fleire av intervju at det skjer ein del taktisk tilpassing som skapar situasjonar der tilsette skaffar seg betre betalt, til dømes gjennom å vente lenge med å takke ja til vakter.

Alle føretak måtte endre noko på tankesettet i samband med MOT-prosjektet, men endringane var mindre i Helse Bergen enn på andre føretak. I fleire intervju går det fram at aktivitetsbasert arbeidsplanlegging ikkje vart sett på som spesielt nytt av dei som tidlegare hadde nytta SP-Expert, men leiarar og tilsette var ikkje naudsynleg sterkt medvitne om prinsippa til dagleg.

4.1.3 Vurderingar

Internrevisjonen meiner at det er positivt at undersøkinga viser at MOT-prosjektet hadde ei sterk forankring i leiinga i føretaket då prosjektet vart implementert. Leiinga støtta prosjektet og var tydeleg på at det ikkje skulle gjerast unntak frå rutinane som prosjektet ville ha på plass.

Helse Bergen har ein organisasjonskultur som er kjenneteikna av at dei tilsette er fleksible og stiller opp når det er behov for at dei gjer ein ekstra innsats. Internrevisjonen meiner å sjå teikn på at MOT-prosjektet og det tidlegare arbeidet med å omstille arbeidsplanleggingskulturen har gitt resultat. Helse Bergen har ein kultur for å sjå samanhengen mellom personalressursar, kostnader og resultat. I kapittel 6 kjem vi tilbake til spørsmålet om i kva grad gevinstar er eit resultat av MOT-prosjektet eller av tidlegare arbeid.

4.2 Involvering og informasjon i samband med MOT-prosjektet

4.2.1 Revisjonskriterium

To av suksesskriteria for MOT-prosjektet gjaldt føresetnader knytt til involvering:

- Godt samarbeid med dei tilsette sine representantar
- At medarbeidarar, tillitsvalde og leiarar opplever involvering⁹

4.2.2 Observasjonar om samarbeid og involvering

I intervju går det fram at det var opparbeida store forventningar til GAT i organisasjonen, og at desse ikkje blei møtt når GAT vart implementert. Nokre av forventningane har seinare blitt innfridd når systemet har blitt endra/betra. Det var varierende haldningar til nytt arbeidsplanleggingssystem når systemet vart innført, frå svært positive til svært negative.

I internrevisjonen si spørjeundersøking var det 187 personar som anten dreiv med arbeidsplanlegging på den tida da Helse Vest tok i bruk nytt system eller var med i ei lokal prosjektgruppe i samband med MOT-prosjektet (tabell 4 i vedlegget). Desse har svart på spørsmål om involvering.

Av alle respondentane som har ei meining om samarbeidet, er 55 % einige eller delvis einige i at det var eit tilstrekkeleg godt samarbeid med tilsette og tillitsvalde om dei nye rutineane (tabell 13.5 i vedlegget). Dersom ein ser nærare på svara er det forskjellar mellom avdelingane. I einingar med oppgåver innan medisinsk service og pre-hospitale tenester, er nærare 70 % einig eller delvis einig i at det var eit godt samarbeid. I avdelingar som driv med somatisk behandling og diagnostikk, psykisk helsevern, rehabilitering og stab/støtte, ligg delen einige og delvis einige på 50-57 %. Einingar innan ikkje-medisinsk service rapporterer om dårlegast samarbeid med 45 % som seier seg heilt eller delvis einig. Det er med andre ord ulik oppfatning av om samarbeidet var tilstrekkeleg godt.

Prosjektleiar for GAT fortel at tillitsvalde og verneombod har vore med i alle delprosjektgruppene. I tillegg blei det heldt jamlege møte med dei gruppene av tillitsvalde som ikkje var med i desse delprosjektgruppene. For legegruppa tok det litt tid før involvering ble aktualisert.

Det vert fortalt i intervju at dei tilsette opplevde prosessen som "rotete" gjennom heile 2008. Hos dei tilsette har GAT fått mykje av skylda for problem som i følge den lokale prosjektleiinga eigentleg skuldast andre system. Dei tilsette mista tilliten til at lønsslippen var korrekt, og i tillegg var det mykje mediestøy knytt til lønsutbetaling.

Blant leiarar som dreiv med arbeidsplanlegging då nytt system kom på plass, er 34 % heilt eller delvis ueinige i at medarbeidarane hadde tilstrekkeleg informasjon om nye rutinar (tabell 13.4 i vedlegget).

Opplæring er også ein faktor som er tett knytt til involvering av medarbeidarar. Opplæring vert drøfta i kapittel 4.3.2.

4.2.3 Vurderingar

Det kjem ikkje fram opplysningar som tydar på at *samarbeid* mellom tillitsvalde og leiarar var noko gjennomgåande problem på einingane, men det kan ha vore ei utfordring enkelte stader. Det kjem fram nokre indikasjonar på samarbeidsproblem knytt til føretaket og arbeidstakarorganisasjonane sentralt. Internrevisjonen ser det som positivt at tillitsvalde og verneombod har vore godt involvert i delprosjektgruppene.

⁹ "Oppbygging av en kommunikasjonsplan som sikrar at medarbeidarar, tillitsvalde og leiarar opplever involvering." Internrevisjonen har ikkje hatt grunnlag for å etterprøve om slik kommunikasjonsplan har sikra opplevinga av involvering.

Internrevisjonen meiner det er positivt at dei fleste respondentane og intervjuobjekta gjev uttrykk for at det var tilstrekkeleg *involvering* av tillitsvalde og medarbeidarar. Det er likevel mange som gir uttrykk for at informasjonen i prosjektet kunne vore betre.

4.3 Prosjektarbeid, tid og ressursar

4.3.1 Revisjonskriterium

Følgjande suksesskriterium i prosjektet var knytt til prosjektarbeid, tid og ressursar:¹⁰

- Avsetting av ressursar til implementering, opplæring og organisasjonsutvikling
-

4.3.2 Observasjonar om prosjektarbeid, tid og ressursar

MOT prosjektet starta i 2005 med eit omfattande arbeid for å lage krav og finne leverandørar. Sjølve kontrakten med leverandøren av nytt arbeidsplansystem vart signert i desember 2006. Implementeringa i 2008 skjedde samtidig med ei omlegging av lønssystemet og ei opprydding og kvalitetssikring av informasjonen i ulike register, til dømes AD-registeret som styrer autentisering, tilgang, autorasjon, med meir.

Nytt system blei tatt i bruk på dei fleste einingane frå januar 2008. Prosjektgruppa for implementeringa var ikkje fullt ut operativt før påsken 2008, og ikkje alle avdelingane tok i bruk GAT samtidig. Først i januar 2010 var implementeringa av GAT i heile Helse Bergen ferdig. Oppstartsproblem ved innføring av dei nye systema medverka til at innføringa tok lengre tid enn planlagt.. Det var viktig både for organisasjonane og føretaket å vere trygge på at dei nye systema hadde riktig informasjon og god kvalitet.

Både GAT og det nye lønssystemet blei satt i verk 1.1.2008. Utrullinga av Gat skjedde trinnvis i ulike avdelingar. Staben hadde gjort prioriteringar av kven som skal inn i GAT først, og mellom anna prioritert dei avdelingane som tidlegare nytta SPX og avdelingar kvar en forventa mest gevinst av systemet. Legane kom sist inn, i desember 2008. Hovudvekta av legane kom inn i GAT i samsvar med framdriftsplanen for prosjektet. I intervju går det fram at det er ei utfordring å få legane til å bruke moglegheitene i systemet fordi logikken i planlegginga ikkje tok utgangspunkt i arbeidstids- og avtaleordningane til legane. Det har vore utfordringar knytt til enkelte avdelingar med uvanlege arbeidstidsordningar og spesielle problemstillingar knytt til løn.

I spørjeundersøkinga delte internrevisjonen problemstillingane inn i fleire tema for å sjå på føresetnadene for å ta nytt system og nye rutinar i bruk. Desse går fram av tabellen på neste side.

¹⁰ Eit siste suksesskriterium for MOT-prosjektet var "fortløpande evaluering og reorientering av prosjekt". Internrevisjonen har sett på prosjektet i ein avgrensa periode, frå avgjerd om rutinar og system var tatt til dei var implementert. I denne fasen var det ikkje nokon omfattande evaluering eller reorientering i prosjektet.

Tabell 4: Vurdering av føresetnader for å få på plass nytt arbeidsplanleggingssystem

Tema	Heilt eller delvis enig	Heilt eller delvis ueinig	Observasjon om skilnader mellom ulike typar einingar
Alle brukartilgangar og all programvare var på plass i tide for implementeringa (tabell 14.1)	44 %	46 %	Nokre einingar er i stor grad ueinige: Pre-hospitale tenester (ingen einige, 83 % heilt eller delvis ueinige), ikkje-medisinsk service (62 %) og stab/støtte (57 %)
Løn vart rett kalkulert (tabell 14.2)	37 %	58 %	Pre-hospitale tenester skil seg ut i negativ retning med over 80 % som er ueinige i at løn vart rett kalkulert. Stab/støtte skil seg ut i positiv retning med 64 % som er einige i at løn vart rett kalkulert.
Varslar om brot på AML-bestemmingane fungerte slik dei var meint (tabell 14.3)	32 %	51 %	Pre-hospitale tenester skil seg ut ved at over 80 % er ueinige i at varsla fungerte slik dei var meint
Alle tilsette på mi eining låg i oversikta, slik at eg kunne legge dei inn i arbeidsplanen (tabell 14.4)	52 %	43 %	Pre-hospitale tenester skil seg ut ved at 100 % er ueinige i påstanden (33 % delvis ueinige, 67 % ueinige).
Alle naudsynte kodar var på plass i systemet, slik at eg kunne legge ein bemanningsplan på det detaljeringsnivået eg trong (tabell 14.5)	45 %	45 %	Ved pre-hospitale tenester er over 80 % ueinige i påstanden. 64 % ved ikkje-medisinsk service er ueinige
Eg fekk tilstrekkeleg med tid og rettleiing, slik at eg kunne lære meg systemet (tabell 14.6)	42 %	55 %	Stab/støtte skil seg ut med at om lag 70 % er einige i påstanden.
Dei tilsette fekk tilstrekkeleg opplæring, brukarrettleiing og støtte, slik at dei kunne nytte systemet til sitt føremål (tabell 14.7)	53 %	45 %	Pre-hospitale tenester skil seg positivt ut ved at 67 % seier dei er einige i påstanden. 72 % ved stab/støtte er einige. Ved ikkje-medisinsk service er det 59 % som er ueinige.
Det vart sett av tilstrekkeleg med ressursar til å gjere planarbeid, slik at vi kunne ta i bruk systemet i mi eining (tabell 14.8)	33 %	63 %	Ved pre-hospitale tenester seier 50 % at dei er einige. Ved stab/støtte seier 64 % at dei er einige. Ikkje-medisinsk service er minst positive, med 24 % som er einige.

Ikkje på nokon av kriteria kan Helse Bergen være nøgd. Eit fleirtal eller et stort mindretal meiner at naudsynt funksjonalitet og naudsynte føresetnader mangla då det nye systemet kom på plass. Dei føresetnadene som i minst grad var på plass, var ressursar til å gjere planarbeid, rett varsling ved AML-brot, og rett løn. Innføringa av lønssystem¹¹ var hefta med mange problem. Desse problema smitta og over på arbeidsplansystemet .

Det vert likevel forklart at ein del av påstandane om feil i løn truleg hadde bakgrunn i sterkt medvit i organisasjonen om at ein no skulle bytte system, og at dei tilsette difor var spesielt opptatt av å sjekke lønsslippen sin.

Det går fram av intervju at enkelte einingsleiarar brukte mykje tid det første halvåret på å sitte i telefonen, diskutere og legge inn endringsmeldingar og avtalar. Problema var større i Helse Bergen enn i andre føretak.¹²

¹¹ Same tid som GAT

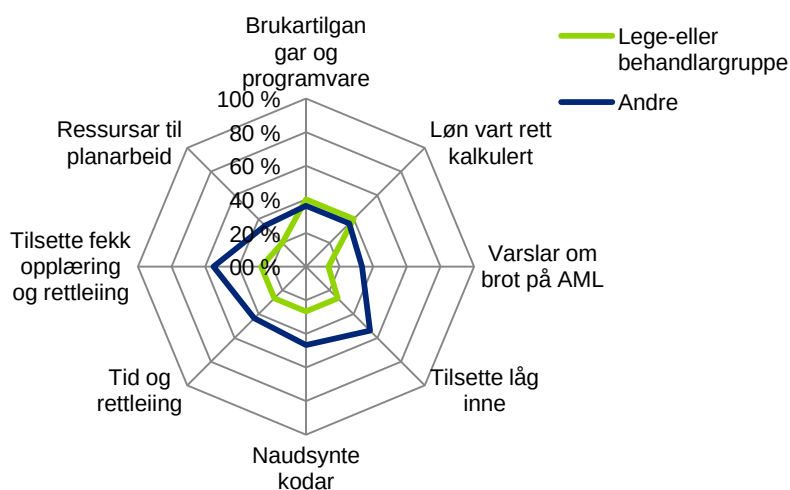
¹² Utrullinga i Helse Bergen kan ikkje på alle område samanliknast, mellom anna fordi Helse Bergen valde noko anna rutinar; føretaket er stort og måtte kapasitets- og volumsbegrensingar i lønssystemet.

I spørjeundersøkinga var det einingar som driv med pre-hospitale tenester som oftast opplevde at føresetnadene for å bruke arbeidsplansystemet ikkje var på plass. Intervju gjev same inntrykk. Intervjuobjekt fortel at per mars 2010 var arbeidsplansystemet ikkje tilpassa arbeidstidsordningane i ambulansetenesta.¹³ Nokon problem skuldast at delegeringa av mynde i ambulanseseksjonen er noko annleis enn for andre einingar og omlegginga i samband med MOT-prosjektet braut med dei etablerte kontrollrutinane.¹⁴ Ambulansetenesta har ei ordning med kvilande vakt – utrykking på kvilande vakt. Ein time kvilande vakt reknas ikkje som ein full time korkje i høve til arbeidsmiljølov eller utbetaling av løn. Dersom medarbeidarar rykker ut på kvilande vakt vert premissane endra, og det har vore ei utfordring å fange endringane opp i arbeidsplanlegginga. Ein konsekvens har vore for høg løn og at tenesta har mått fortsette med skuggesystem.¹⁵ I motsetnad til andre einingar, er oppfattinga i pre-hospitale tenester at dei ennå ikkje har like god kontroll som før på forbruk, budsjett og reell overtid..

Vi ser av figur 3 på neste side at legane i mindre grad enn dei andre gruppene opplyser at føresetnadane var på plass. Legane var ennå mindre nøgde med føresetnadene enn andre grupper, særleg på tre område:

- Berre 10 % er einige i at varslar om brot på AML fungerte slik det var meint. Berre 20 % av legane meiner at det vart sett av tilstrekkeleg ressursar til planarbeid
- Få meiner legegruppa har nok opplæring i arbeidsplansystemet.

Figur 3: Vurdering av føresetnader for å få på plass nytt arbeidsplanleggingssystem. Behandlarar og andre¹⁶



¹³ Prehospitale tenester blei intervjuet to gonger, i mars og juni. På spørsmål om kvifor problema ser ut til å ha vore større i Helse Bergen enn andre stader, vert det peikt på at prehospitale tenester i Helse Bergen har god økonomikompetanse og ein praksis med å styre veldig bevisst etter ulike postar i budsjettet. Når postane viser uventa avvik har eininga lagt ned mykje arbeid i å finne ut kvifor.

¹⁴ Problema skuldast mellom anna feilinnstillingar i GAT som det ikkje er mogleg for Akuttemedisinskseksjon å etterprøve sidan dei ligger i eit oppsett dei ikkje har tilgang til.

¹⁵ I ambulansetenesta er det vanleg med ein kombinasjon av aktiv vakt (ofte dag og kveld) og kvilande vakt (sein kveld og natt). På kvilande vakt skal tre timer på vakt reknas som ein time i aktiv teneste og gi løn for ein time. Når ambulansarbeidarar rykker ut på kvilande vakt skal kompensasjonen auke, utan at det automatisk får konsekvensar for korleis timar reknas i høve til arbeidsmiljølova.

¹⁶ Figuren viser kor mange prosent av høvesvis lege/behandlargruppe og andre grupper som til saman har svart "einig" eller "delvis enig" i at føresetnadene var på plass.

Helse Bergen har implementert "bemanningskoordinatorrolla" på ein noko annan måte enn andre føretak. Ansvar for støtte for arbeidsplanlegging i GAT er delt på fleire einingar:

- *Fagsenter for administrative system* i Økonomi- og finansavdelinga har ansvar for brukarstøtte og systemadministrasjon for GAT og andre administrative system.
- *Seksjon for ressursstyring* i Personal- og organisasjonsavdelinga fungerer som støtte for leiarar i høve til planlegging og styring. Sommaren 2009 var det omorganisert seks årsverk og seksjonen vart etablert
- I tillegg har *Arbeidsgjevarseksjonen* ansvar for arbeidsmiljølova og avtaleverk.

I intervju vert det gitt uttrykk for ulike meiningar om opplæringa, alt frå dårleg til tilfredsstillande. Det vert fortalt at GAT-teknikarane ved fagsenter for støttetjenester har vore flinke til å hjelpe, men at dei områdeleiarane som var sist ut i opplæringa har fått betre opplæring enn dei første. Det vert gitt uttrykk for at GAT er eit komplisert system, og at det er mykje som må lærast for å få oversikt over systemet.

4.3.3 Vurderingar

Helse Bergen har lukkast med å få på plass et stort og komplisert system for arbeidsplanlegging på ganske kort tid. Ikkje alt gjekk enkelt.

Å innføre fleire nye system samstundes gir ei auka kompleksitet som krevjar lang planlegging og høg profesjonalitet frå leverandør og prosjektorganisasjon. Planlegginga av implementeringa har ikkje vore omfatta av internrevisjonen si undersøking, men Helse Vest og Helse Bergen bør ha erfaringa i minne for programarbeid i framtida.

I Helse Bergen har innføringa av GAT blitt ekstra krevjande sidan prosessen skjedde på same tid som innføringa av løns- og personalsystem. Sjølv om det har vore ein del støy rundt prosessen, tydar undersøkinga på at Helse Bergen etter eit lengre arbeid har klart å lande prosjektet på ein god måte.

Føretaket måtte i mange tilfelle ta i bruk eit system som mangla naudsynte element. Sett i ettertid tyder dette på at avsetting av tid og ressursar kunne vore betre. Samanlikna med andre føretak opplever internrevisjonen å høyre om fleire feil og manglar knytt til implementeringa. Samstundes var vilja til å drive aktivitetsbasert arbeidsplanlegging, og kompetansen til dei involverte, like høg i Helse Bergen som på andre føretak. Årsaka til dei ekstra problema skuldast truleg:

- At Helse Bergen er ei stor eining med høg kompleksitet og mange særskilte funksjonar
- At Helse Bergen valde ein del eigne løysingar som ikkje hadde vore prøvd i MOT-prosjektet og på andre einingar – ofte i samband med nytt system for løn
- At implementeringa i Helse Bergen er nyare enn på andre føretak og at problem som vart gløymde eller løyst andre stader framleis er aktuelle i Helse Bergen

Internrevisjonen meiner at delinga av bemanningskoordinatorrolla i ein strategisk del og ein del med systemadministrasjon og brukarstøtte er med på å tydeleggjere at arbeidsplanlegging er ein strategisk prosess.

Det er utfordrande å lage eit system som fungerer godt for grupper med så vidt forskjellige arbeidstidsordningar som legar, prehospitale tenester og sjukepleiarar i turnus. Problemet med at føresetnadene ikkje var godt nok på plass kunne ha vore større dersom Helse Bergen hadde

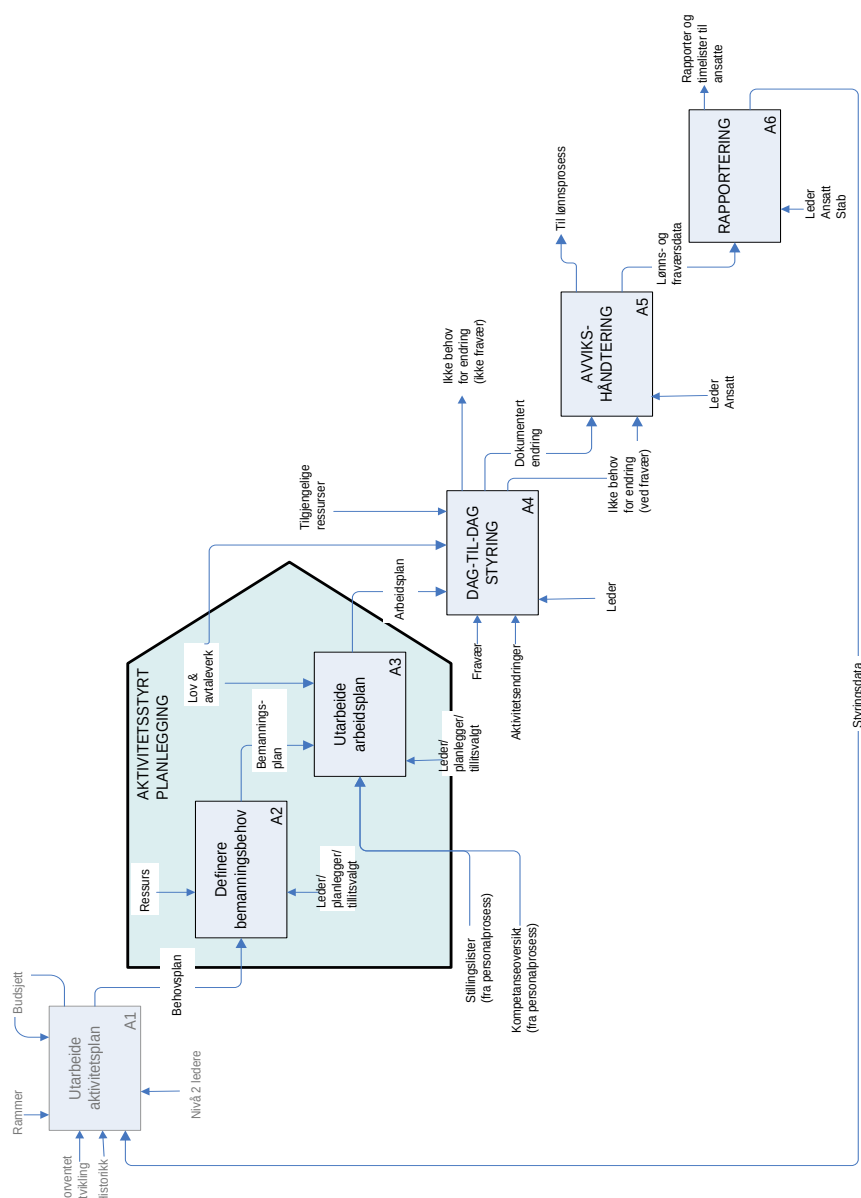
implementert alle einingar samtidig. Å implementere stegvis var truleg eit klokt val med bakgrunn i dei problema føretaket var gjennom.

Misnøya i prehospitale tenester er så sterk at føretaket bør sjå særskilt på korleis desse einingane kan få hjelp med sine utfordringar.

5. Arbeidsplanleggingsprosessane

Arbeidsplanleggingsprosessen er ei rad med aktivitetar frå det tidspunktet nokon tenker gjennom kor mykje det blir å gjere i tida som kjem, til alle medarbeidarar har fått betaling for utført arbeid. I ein eller annen forstand skjer det arbeidsplanlegging på alle einingar. Tanken bak arbeidsplanlegging i MOT-prosjektet var å gjere eit betre arbeid tidleg i prosessen (planlegging) slik at styringa frå dag til dag skulle bli enklare, mindre kostnadskrevjande, meir omsynsfull og gi rett kvalitet. Figuren under illustrerer ledda i arbeidsplanleggingsprosessen som er implementert i Helse Vest.

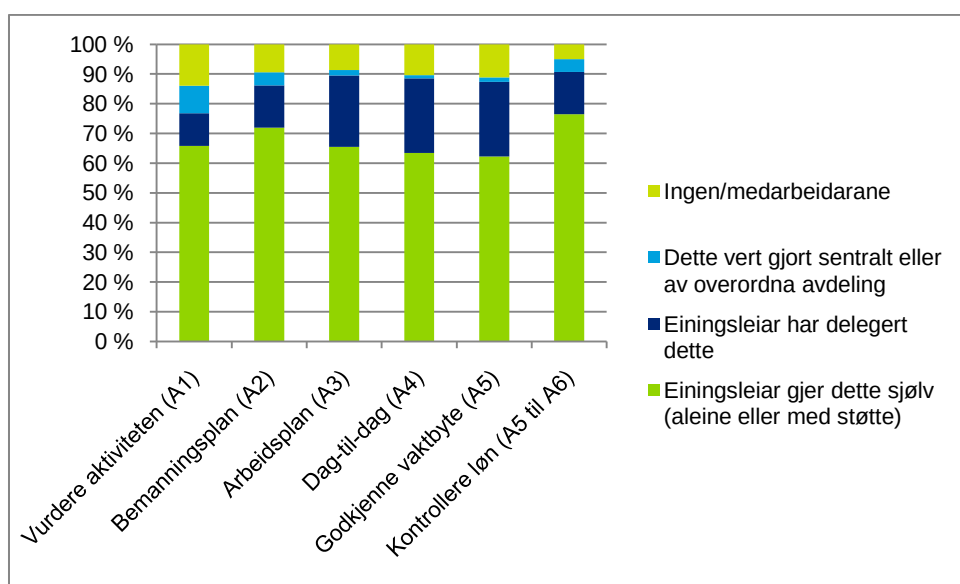
Figur 4: Arbeidsplanleggingsprosessen slik han vart skissert av MOT-prosjektet



Dei første trinna i prosessen er å sjå på framtidig aktivitetsnivå (A1) og lage ein bemanningsplan for eininga (A2). Bemanningsplanen viser kva slags kompetanse som skal vere til stades til vanleg. Denne planen legg grunnlag for arbeidsplanen (A3) der det står kven som skal vere på vakt til kva tid. Frå dag til dag kan det hende at arbeidsplanen må endrast (A4), til dømes for å løyse problem knytt til fråvær eller uvanleg høg aktivitet. Slike endringar blir avvik som må følgjast opp (A5) i høve til løn og godkjenning (førespurnader om overtid, godkjenning av vaktbyte, etc.)

Internrevisjonen bad leiarar som sjølve driv arbeidsplanlegging om å svare på spørsmål om arbeidsplanlegging. Dei fleste (82 %) driv arbeidsplanlegging for ei eining; eit mindretal (18 %) driv arbeidsplanlegging for fleire einingar (tabell 6 i vedlegget). Alle leiarar har blitt bedne om å forklare korleis arbeidsplanlegging vert gjort på si eining. Svara kjem fram i figuren under. I langt dei fleste tilfelle er arbeidsplanlegging ei leiaroppgåve, både dei overordna vurderingane, men og den praktiske oppfølginga frå dag til dag og kontrolloppgåvene.

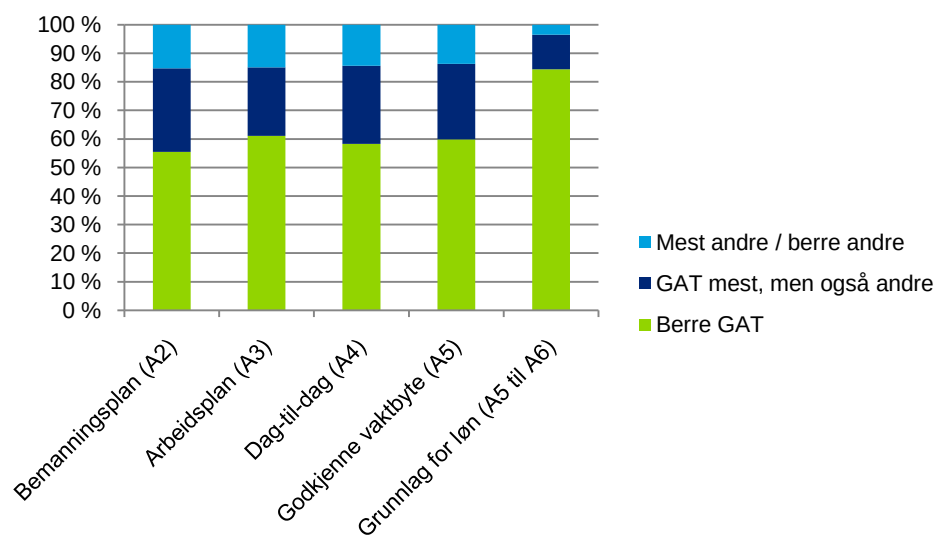
Figur 5: Kven handterer arbeidsplanlegging på einingane¹⁷



Eit anna hovudpunkt i undersøkinga har vore om leiarane brukar dei rutinar og system som Helse Vest har implementert. Figur 6 på neste side viser kva leiarane svarar på spørsmål om kva verktøy som er i bruk. I dei fleste tilfelle nyttar einingane arbeidsplanleggingsverktøy som MOT-prosjektet fant fram til, men i ein del høve er det og andre eller alternative løysingar i bruk. Det er berre i prosessen med å lage eit grunnlag for løn kor det i liten grad (4 %) er slik at det vert nytta andre løysingar.

¹⁷ For bakgrunnstal, sjå tabell 18 og 19 i vedlegget.

Figur 6: Verktøy som vert nytta i arbeidsplanleggingsprosessane¹⁸



5.1 Aktivitetsplan og bemanningsplan (A1 og A2)

Aktivitetsplan og bemanningsplan er dei første aktivitetane i arbeidsplanleggingsprosessen. Ein god prosess betyr å starte med ein gjennomgang av kor mykje det blir å gjere og kor store ressursar som eininga kan bruke. Avgjerdene om kva eininga skal gjere blir omskapt til ein bemanningsplan som fortel kor mange menneske med ulik kompetanse som til ei kvar tid må vere på jobb i eininga – utan at ressursane er namngjevne.

5.1.1 Revisjonskriterium

Internrevisjonen har blitt bedt om å undersøkje om arbeidsplanlegginga skjer slik ho vart skissert av MOT-prosjektet (sjå prosesskisse på side 19). Den som lagar aktivitetsplan og bemanningsplan må ta mange omsyn. Kva som er rett og galt kan variere frå eining til eining. Internrevisjonen har på bakgrunn av prosjektskissa operasjonalisert desse omsyna i eit sett problemstillingar som er undersøkt:

- Om eininga nyttar tilgjengeleg informasjon om aktiviteten i tida som kjem
- Om eininga planlegg innanfor dei avgrensingane som budsjettet gir
- Om bemanninga er eit medvete val og ikkje berre basert på vanetenking
- Om bemanningsplan endrar seg når aktiviteten endrar seg
- Om leiar tar ansvar for bemanningsplan og aktivitetsplan
- Om bemanningsplanlegging vert gjort i GAT og er kopla med andre prosessar i arbeidsplanlegginga

¹⁸ For bakgrunnstal, sjå tabell 23.1, 24.1, 25.1, 26.1 og 27.1 i vedlegget. Aktivitetsplan (A1) var ikkje med i spørsmålsstillinga fordi GAT har ikkje funksjonalitet for å handtere aktivitetsplanlegging per mars 2010.

5.1.2 Observasjonar om korleis einingane nyttar aktivitets- og bemanningsplan

I spørjeundersøkinga har det blitt kartlagd kven som lagar aktivitetsplan (A1). Dei fleste einingsleiarane (66 %) utarbeider aktivitetsplanen sjølv, aleine eller med støtte (tabell 18.1). Det er ikkje uvanleg at slik planlegging skjer sentralt eller av overordna eining (9 %), men framleis står det att ein god del tilfelle der verken leiar eller leiars leiar driv aktivitetsplanlegging. Ofte er det ein medarbeidar som har fått delegert oppgåva (11%), men til saman 14 % svarar og at eininga ikkje har formelle rutinar for dette eller at medarbeidarane handterer oppgåva sjølv innanfor gitte rammer. På dette spørsmålet ser ein skilnader mellom ulike typar avdelingar. På avdelingar som har oppgåver innan psykisk helsevern, somatisk behandling, rehabilitering, og stab/støtte/forsking, er det mellom 69 og 85 % av respondentane som meiner at einingsleiar sjølv legg aktivitetsplan. På einingar innanfor ikkje-medisinsk service, medisinsk service, rus og prehospitale tenester er det mellom 47 og 54 % som seier at einingsleiar sjølv legg aktivitetsplan. Stab/støtte skil seg ut med at heile 23 % oppgir at dei ikkje har formelle rutinar eller at medarbeidarane sjølv handterer denne oppgåva.¹⁹ Desse einingane har i hovudsak dagarbeidstid.

Oppsummert viser undersøkinga at det er varierende leiarfokus på aktivitetsplanen. Intervju indikerer at dette kan henge saman med at for nokre einingar varierer ikkje aktiviteten noko særleg frå år til år. Internrevisjonen har i fleire intervju spurt spørsmål om eininga har forsøkt å føreseie periodevise svingingar i aktivitet. Mange fortel at dei har gjort forsøk på å føreseie slike svingingar, men at det er vanskeleg i praksis. Det å nytte aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging på ein seksjon med mykje ø-hjelp vert omtalt som veldig vanskelig. Representantar frå ein seksjon fortel at dei aldri har klart å finne eit eintydig mønster for tider på døgnet, vekedagar eller månader i løpet av eit år, og at dei til ei kvar tid må ha ei minimumsbemanning. Seksjonen må difor rekne med full drift i arbeidsplanlegginga. Det er også vanskeleg å planlegge for svingingane når ein ikkje har kalenderplan (meir om dette i kapittel 5.2).

Det går fram av intervju at rammene for arbeidsplanlegginga gjennom året tidlegare har vore bestemt av sedvane og ei oppfatning av tal på stillingsheimlar, men at ein slik tankegang meir eller mindre er borte no.

Undersøkinga har sett på kven som lagar bemanningsplan (A2). Bemanningsplan vert i noko større grad (72 %) utarbeidd av leiarane (tabell 18.2 i vedlegget). Det er 9 % av leiarane som oppgjev at dei ikkje har formelle rutinar eller at medarbeidarane handterer dette sjølv. Også her ser ein skilnader mellom ulike typar avdelingar. På dei fleste einingane oppgjev over 80 % av respondentane at bemanningsplanen blir lagt av einingsleiar. Unntaka er prehospitale tenester med 71 %, medisinsk service med 56 % og ikkje-medisinsk service med 52 %. Det er bare einingar med oppgåver innan stab/støtte som i betydeleg grad (14 %) ikkje har formelle rutinar eller lar medarbeidarane handtere oppgåva sjølve. Arbeidet med bemanningsplan er altså betre forankra hos leiarane enn arbeidet med aktivitetsplan.

Tabell 5 fortel i kva tilfelle einingane lagar ein bemanningsplan (anten i GAT eller på anna vis). Svara er frå einingar som har drift heile døgnet knytt til pasientbehandling.

¹⁹ 25 % av respondentane ved einingar med oppgåver innanfor rus har også svart dette, men talet tilsvarer berre ein respondent av dei som har svart på spørsmålet (fire).

Tabell 5: Kva som får einingane til å endre bemanningsplanen²⁰

Situasjon	Prosent som oppgir å lage ein ny bemanningsplan i følgjande tilfelle
• Vi endrar ikkje bemanningsplanen - den ligg fast	• 17 %
• Når eininga får nytt budsjett	• 40 %
• Når eininga får fleire eller færre tilsette	• 30 %
• Når det er på tide å lage ein ny arbeidsplan	• 62 %
• Dersom eininga får meir å gjere	• 42 %
• Dersom eininga får mindre å gjere	• 36 %

Godt under halvparten endrar bemanningsplanen dersom eininga får endra aktivitet,²¹ nytt budsjett, eller endra tal på tilsette. Utan å fordjupe seg i type tilfelle, meiner internrevisjonen at bemanningsplanlegginga sett frå utsida ser noko statistisk ut. Vi ser at den vanlegaste årsaka til å endre ein bemanningsplan, er at eininga skal sette opp ein ny arbeidsplan (62 %).²²

Oppsummert verker planlegginga ganske statistisk sjølv om berre 17 % oppgir at bemanningsplanen ligg fast.

I intervjuet går det fram at det hovudsakleg er budsjetttrammene som legg føringar om kor høg bemanninga skal vere, sjølv om det også er nokre som framleis følgjer ein logikk om "stillingsheimlar". I andre tilfelle er det utstyr og infrastruktur som i praksis gir eit aktivitetsnivå og ein bemanningsplan – til dømes talet på ambulansar som treng bemanning.

5.1.3 Observasjonar om input og verktøy for aktivitetsplan og bemanningsplan

MOT-prosjektet har ikkje enno fått på plass felles systemstøtte for aktivitetsplanlegging, men det er systemstøtte for å lage arbeidsplanar og i nokon grad bemanningsplanar. MOT-prosjektet har hatt ein dialog med leverandøren av programvare for å tilpasse systemstøtta betre til føretaka sine behov.

I mars 2010 nytta langt dei fleste GAT til å lage bemanningsplan, av og til med støtte frå andre verktøy (for detaljar, sjå tabell 23.1). Nokre (15 %) lagar bemanningsplan utan å nytte GAT eller nyttar hovudsakleg andre verktøy. Å nytte GAT i mindre grad er mest vanleg i einingar som har

²⁰ Spørsmålet er berre stilt til einingar som driv med døgntkontinuerlig drift knytt til pasientbehandling. I Helse Bergen har 78 respondentar svart på spørsmålet. Sjå tabell 46.1.

²¹ Det kan tenkjast at nokre av respondentane som har svart har kortvarige periodar med endra aktivitet og at det såleis ikkje er rekningsssvarande å endre bemanningsplanen.

²² Det skal vere samsvar mellom arbeidsplan og bemanningsplan. På den måten er det bra at leiarar endrar bemanningsplanen, men helst skal det vere arbeidsplanen som skal rette seg etter bemanningsplan og ikkje omvendt.

oppgåver innan medisinsk og ikkje-medisinsk service, og prehospitala tenester²³. I intervjuar har det kome fram lite informasjon om bruken av skuggesystem til å lage bemanningsplan, men i einingar med ein veldig enkel bemanningsplan er systemstøtte kanskje ikkje naudsynt. Oppsummert viser undersøkinga at bemanningsplanen i dei fleste tilhøve blir laga med dei verktøy og rutinar som MOT-prosjektet etablerte.

Internrevisjonen har spurt respondentar på einingar med pasientbehandling heile døgnet spørsmål knytt til spesifikke typar informasjon som kan nyttast som input til budsjett og aktivitetsplan. Dei vart spurt om informasjonen er *nyttig*²⁴ for arbeidet med aktivitetsplan og budsjett, om dei *hadde* slik informasjon, og om dei *nytta* informasjonen. Svara ligg i tabell 6.

Tabell 6: Informasjon til arbeidet med budsjett og aktivitetsplan²⁵. Tal på respondentar

	Vi hadde slik informasjon	Vi nytta slik informasjon	Slik informasjon er nyttig
Informasjon frå GAT om sjukefråvær	32	26	47
Informasjon frå GAT om kor mye ekstravakt og overtid som var nødvendig	24	22	40
Informasjon frå GAT om fordelinga av ferie i fjor	26	31	44
Budsjettsimulatoren i GAT for å sjå samanhengen mellom lønskostnader og den bemanninga vi ønskjer	7	16	52
Informasjon frå pasientadministrative system om kva tid på døgnet og kva tid på året som aktiviteten var høg	13	13	45

Tabellen viser at mange meiner at det er nyttig å simulere samanheng mellom ønska bemanning og kostnad, men få seier dei nytta slik informasjon, og enda færre hadde tilgang til slikt. Noko liknande ser vi for informasjon om kva tid på døgnet og kva tid på året som aktiviteten var høg. Svært mange seier slik informasjon er nyttig, men det var ikkje vanleg å ha slik informasjon, og svært få nytta slik informasjon. Det ligg utfordringar både i å gjere informasjonen tilgjengeleg og i å gjere han anvendeleg. Her fungerer seksjon for ressursstyring som støtte for leiarar.

Behandling av pasientar skjer ofte i eit samarbeid med andre einingar. I arbeidet med aktivitetsplan og bemanningsplan kan det vere nyttig å få innspel frå andre einingar for å sjå aktiviteten i samanheng. Internrevisjonen har spurd respondentar ved einingar med pasientbehandling heile døgnet om dei tok imot innspel frå andre einingar og avdelingar i arbeidet med aktivitetsplan. Det er ikkje mange (26 %) som seier at dei fekk innspel frå andre einingar og avdelingar – enda færre av leiarane (19 %) meiner dei fekk gi innspel til arbeidet på andre einingar (tabell 41.2 og 41.3 i vedlegget). I Helse Bergen er det ikkje vanleg å hente innspel frå andre einingar i arbeidet med aktivitetsplan, og det er ein tendens til å meine at eiga eining i større grad enn andre einingar tar i mot innspel.

²³ Innan prehospitala tenester svarte 29 % at dei berre nytta GAT, medan tilsvarende tal er 36 % og 34 % for høvesvis ikkje-medisinsk og medisinsk service.

²⁴ Uavhengig av om dei hadde slik informasjon eller ikkje

²⁵ For talgrunnlag, sjå tabell 40.1 til og med 40.5. Utvalet er dei som driver arbeidsplanlegging på einingar med pasientar heile døgnet. Mellom 38 og 48 personar har svart.

Av leiarane seier 68 % at kontrollar eller økonomifunksjonen tok del i arbeidet med aktivitetsplan og budsjett for 2010 (tabell 41.4 i vedlegget), og 69 % seier at dei tilsette ga tilstrekkeleg informasjon om planlagd fråvær (tabell 41.1).

5.1.4 Observasjonar om resultat av aktivitets- og bemanningsplan

Internrevisjonen bad respondentar ta stilling til påstandar om budsjettet for 2010. Av dei som har tatt stilling til påstanden er

- Et fleirtal (64 prosent) einige eller delvis einige i at budsjettet for 2010 ble realistisk fordi det ble nytta reell informasjon frå arbeidsplanlegginga (tabell 42.1 i vedlegget).
- Respondentane er delt på midten i spørsmålet om arbeidet med aktivitetsplan gjorde dei trygge på at fordelinga av ressursar på føretaket (budsjett) er rettferdige (sjå tabell 42.2).
- Eit fleirtal (62 %) er einig eller delvis einig i at arbeidet med aktivitetsplanen sikra tilstrekkelige ressursar til å ha ei "forsvarlig grunnbemanning" (tabell 42.3).

Internrevisjonen tolkar svara slik at respondentane er noko pessimistiske til om einingane har fått gode økonomiske rammar. Spørsmåla i undersøkinga skil ikkje mellom dei som meiner dei samla ressursane ikkje strekker til og dei som kanskje meiner at planprosessen ikkje var god. Det er små skilnader på svara frå leiarar i ulike typar einingar – til dømes psykisk helsevern eller prehospitale tenester.

Om leiarane ikkje er trygge på dei økonomiske rammene, er dei til gjengjeld sikre på at planlegging kan gi betre praktisk arbeidsplanlegging. På viktige område meiner eit stort fleirtal at dei får hjelp av bemanningsplanen i det vidare arbeidet. Tabellen gir fleire detaljar. Utvalet er berre respondentar på einingar med pasientbehandling.

Tabell 7: Leiarars vurdering av påstandar knytt til bemanningsplanen og input for arbeidsplanen

• Tema	• Heilt eller delvis einig	• Heilt eller delvis ueinig	• Observasjon
• Bemanningsplan gjer det enklare å lage ein arbeidsplan med rett kompetanse (tabell 48.1)	• 94 %	• 6 %	• Eit stort fleirtal meiner bemanningsplan er nyttig for å kontrollere kompetanse.
• Bemanningsplan gjer det enklare å lage ein arbeidsplan med tilstrekkeleg mange på jobb (tabell 48.2)	• 95 %	• 4 %	• Eit stort fleirtal meiner bemanningsplan er nyttig for å tenke gjennom kor mange som skal vere på arbeid.
• Bemanningsplan gjer det enklare å ha medarbeidarar på jobb til rett tid på døgeret (tabell 48.3)	• 87 %	• 11 %	• Eit stort fleirtal meiner bemanningsplan er nyttig for å tenke når på døgeret medarbeidarar skal jobbe.
• Bemanningsplan gjer det enklare å ha nok medarbeidarar på jobb på dei vekedagane då aktiviteten er høg (tabell 48.4)	• 83 %	• 12 %	• Eit stort fleirtal, men færre enn på spørsmåla over, seier bemanningsplan er nyttig for å variere mellom vekedagar.
• Eg kjenner aktiviteten så godt at bemanningsplan ikkje er naudsynt - eg kan gå rett til arbeidsplanlegginga (tabell 48.5)	• 41 %	• 58 %	• Kontrollspørsmål om bemanningsplan er naudsynt – i halvparten av tilfella seier respondentane at planen ikkje er naudsynt.
• I praksis er eg heilt bunden av vanar og etablert praksis – bemanningsplanen gir seg sjølv (tabell 48.6)	• 22 %	• 76 %	• Kontrollspørsmål om bemanningsplan kan nyttast – tre av fire meiner dei har fridom til å gjere tilpassingar.

5.1.5 Vurderingar knytt til aktivitetsplan og bemanningsplan

Internrevisjonen vurderer det som positivt at arbeidet med aktivitetsplan i dei fleste tilfella er godt forankra i leiinga på einingane, men meiner likevel at det ikkje er tilfredsstillande at fleire leiarar ikkje tar del i aktivitetsplanlegging. I følgje prosjektskissa til MOT-prosjektet er aktivitetsplan ein føresetnad for god arbeidsplanlegging vidare. Dette må også gjelde for einingar innan stab/støtte.

Vidare vurderar internrevisjonen det som positivt at intervju tydar på at fleire einingar har gjort forsøk på å føreseie svingingar i aktivitetsnivå. Internrevisjonen meiner at planlegginga likevel jamt over framleis synast å vere for statisk.

Internrevisjonen vurderer det som positivt at arbeidet med bemanningsplan er godt forankra i leiinga på einingane. Vidare viser undersøkinga at bemanningsplanen i dei fleste tilfella vert laga med dei verktøy og rutinar som MOT-prosjektet etablerte, og at eit av suksesskriteria for prosjektet såleis er oppfylt. Undersøkinga indikerer også at einingar i Helse Bergen langt på vei aksepterar at rammene for arbeidsplanlegging er satt av budsjettet, og har eit aktivt forhold til desse rammene.

Vi ser at føretaket har utfordringar når det gjeld å gjere input til aktivitetsplan tilgjengeleg og synleggjere at han er anvendeleg. Arbeidet med aktivitetsplan kan ha eit forbettringspotensial ved at einingane får betre verktøy for og krav til å sjå på historisk aktivitet og simulere budsjett. Helseføretaket kan også tene på å sørgje for at det vert meir vanleg å hente innspel frå andre einingar enn si eiga i arbeidet med aktivitetsplan.

Internrevisjonen finn det positivt at respondentane meiner at bemanningsplanen er eit godt verktøy til ei rekke funksjonar.

5.2 Arbeidsplan (A3)

Arbeidsplanen er eit oppsett som fortel kven som skal vere på jobb til ei kvar tid. Nokre einingar har arbeidsplanar som er enkle, på grensa til det sjølvsgade. Dersom eininga har dagararbeid, stengde dører i ferier og høgtider og medarbeidarar i full stilling, blir planen lik kvar dag. Di meir helgearbeid, kveldsarbeid, nattearbeid, samansatt kompetanse, små stillingsbrøkar og tilrettelagt arbeidstid, desto vanskeligare (og viktigare) blir arbeidsplanlegginga.

5.2.1 Revisjonskriterium

Internrevisjonen har blitt bedt om å undersøke om arbeidsplanlegginga skjer slik ho vart skissert av MOT-prosjektet (sjå prosesskisse på side 19). Den som lagar arbeidsplanen må ta mange omsyn. Kva som er rett og galt kan variere frå eining til eining. Internrevisjonen har operasjonalisert desse omsyna i eit sett problemstillingar som er undersøkt.

- Om det faktisk vert lagd ein arbeidsplan
- Om leiar lagar arbeidsplan eller at den som lagar arbeidsplan har leiarfokus (samanhengar og totalitet)
- Om arbeidsplanen vert laga i GAT i tråd med prosessane som MOT-prosjektet stadfesta
- Om arbeidsplanen tar opp i seg ambisjonen om å variere belastning i tråd med aktivitet
- Om arbeidsplanane er sameina med budsjettet for eininga

5.2.2 Observasjonar om kva arbeidsplanar einingane lager

I utvalet er det eit stort tal ulike arbeidstidsordningar. Den vanlegaste ordninga er repeterande arbeidsplan.

Tabell 8: Kjenneteikn for arbeidstidsordninga på einingane

	Dag-arbeid	Dag-arbeid + vaktordning	Arbeidsplan som rullerer	Repeterande arbeidsplan med opning for tilpassa plan	Kalenderplan (rullerer ikkje)	Skift arbeid	Anna
Ikkje-medisinsk service	9	9	13	1	2	0	0
Medisinsk service	18	11	8	6	8	1	2
Prehospitale tenester	0	2	5	2	1	1	0
Psykisk helsevern og rus	0	0	0	0	0	1	2
Somatikk og rehabilitering	0	0	0	0	0	0	4
Stab, støtte, forskning	16	3	4	1	0	1	1
Totalt	43	25	30	10	11	4	9

På einingar med ulike typar repeterande turnus,²⁶ har langt dei fleste ein turnus som går over 5-6 veker eller ein turnus som går over 9-12 veker (jamfør tabell 56 i vedlegget).

I intervju vert det gitt uttrykk for at det er relativt vanleg å nytte "hjelpeturnusar", altså arbeidsplanar som er tilpassa ein spesiell periode. Langt dei fleste einingane (55 - 59 %) lagar eigne arbeidsplanar i samband med ferie om sommaren (tabell 57.1) til påske (tabell 57.3) og rundt jul og nyttår (tabell 57.2). Mange har og eigen arbeidsplan for mai månad, sjølv om det er like vanleg å ikkje ha det (tabell 57.4). Feriane forklarar med andre ord mye av arbeidsplanlegginga. Det er uvanleg at einingar lagar eigne arbeidsplanar i periodar av året då eininga har høg (tabell 57.5) eller låg pågang (tabell 57.6). I intervju går det fram at mange leiargar meiner det ikkje er mogleg å føreseie kva periodar på året det er høg og låg pågang.

I perioden 2002-2009 nytta Helse Bergen i stor grad kalenderplanar, med andre ord ein plan der det ikkje er eit statisk og rullerande mønster, men der eininga brukar fast tilsette for å dekkje inn planlagd fråvære og føreseielege svingingar i aktiviteten. Ein god utnytting av kalenderplan krev at kalenderplanen ikkje vert endra. Det var difor tilrådd²⁷ frå Helse Vest si side at kalenderplanen burde vore delt i fire delar over året.

Intervjuobjekta meiner kalenderplanar var ein stor fordel for arbeidsplanlegginga. Etter implementeringa av MOT-prosjektet nytta føretaket GAT i kombinasjon med kalenderplanar, noko som skal ha gjort planlegginga enda betre.

Det er endring i arbeidsmiljølova etter at MOT-prosjektet starta. Før som nå skal føretaka og tillitsvalde saman legge arbeidsplanar dersom dei tilsette arbeider til ulike tider på døgnet.²⁸

²⁶ Respondentar som har kryssa av for "rullerande arbeidsplan", "rullerande arbeidsplan med opning for tilpassa plan ("ønsketturnus")", og "skiftarbeid (lik fordeling på dag, kveld og natt)". Til saman 112 respondentar

²⁷ Presentasjon frå møte mellom Helse Vest RHF og Helse Bergen, 20. november 2008.

²⁸ Lovteksten (§10-3) "Dersom arbeidstakerne arbeider til ulike tider på døgnet, skal det utarbeides en arbeidsplan som viser hvilke uker, dager og tider den enkelte arbeidstaker skal arbeide. Arbeidsplanen skal utarbeides i samarbeid med

Dersom arbeidstida varierer, blir den samla arbeidsmengda over tid gjennomsnittsberegna. Før endringa var arbeidstilsynet ankeinstans dersom partane ikkje vart einige, og arbeidstilsynet avgjorde om planane var satt opp i samsvar med lov. Etter endringa, er føretaket nøydd til å få tillitsvalde med på arbeidsplanane. Ei viktig årsak til at kalenderplan ikkje er i meir utstrakt bruk, er at sentrale tillitsvalde ikkje lenger ønskjer å godkjenne denne typen planer. I spørjeundersøkinga ser vi at det berre er nokre få som seier at eininga har kalenderplan. Intervjuobjekt karakteriserer dette i ulike vendingar, mellom anna som "eit skritt tilbake". Slik dei ser det gjer kalenderplanar det lettare å drive aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging.

Respondentane har blitt bedne om å ta stilling til ein serie påstandar om kalenderplan. Det er 224 respondentar som har svart på desse spørsmåla. Blant dei som meiner at påstandane er aktuelle for dei og som har tatt stilling til spørsmålet, er eit fleirtal positive til kalenderplan.²⁹ Mellom anna svarer 90 % at dei ville nytta kalenderplan om dei tilsette sine organisasjonar hadde tillete det. Det er 85 % som svarer at dei tilsette på eininga ønskjer kalenderplan. Berre 7 % meiner at kalenderplan aukar belastninga på dei tilsette. Elles er dei sidene ved kalenderplan som flest seier seg einige i at kalenderplanen gjer det enklare å dekkje inn planlagd fråvær og at det blir enklare å ta omsyn til ønske frå dei tilsette.

Tabell 9: Påstandar om kalenderplan

Påstand	Einig/ delvis enig	Ueinig/ delvis ueinig
Kalenderplan gjer det enklare å planlegge slik at ulike einingar og yrkesgrupper kan samarbeide (tabell 53.1 i vedlegget)	85 %	15 %
Kalenderplan gjer det enklare å ha høg bemanning i periodar då det er mye å gjere (tabell 53.2)	88 %	12 %
Kalenderplan gjer det enklare å dekkje inn planlagd fråvær, til dømes feriar og kurs (tabell 53.3)	90 %	10 %
Kalenderplan gjer det mogeleg å ta omsyn til ønske frå dei tilsette (tabell 53.4)	94 %	6 %
Eg ville brukt kalenderplan dersom dei tilsette sine organisasjonar hadde tillate det (tabell 53.5)	90 %	10 %
Dei tilsette på mi eining ønskjer kalenderplan (tabell 53.6)	85 %	15 %
Kalenderplan aukar arbeidsbelastninga på dei tilsette (tabell 53.7)	7 %	93 %

Utan kalenderplan må mange einingar handtere planlagt fråvære i ein hjelpeturnus. Erfaringa til intervjuobjekt frå Helse Bergen er at det å legge planlagt fråvær inn i hjelpeturnusar inneber meir arbeid, mindre fleksibilitet og høgare kostnad enn kalenderplanlegging. Det er problematisk å styre med repeterande turnus frå sesong til sesong, spesielt ved elektive postar. Intervjuobjekt fortel også at med kalenderplan var det lettare å legge inn kompetansebygging (fagdagar og annan kompetanseheving). No må eininga bruke overtid for å tilpasse slike dagar.

I fleire intervju går det fram at arbeidsplanlegging i Helse Bergen i mange einingar er sterkt påverka av forhandlingar med arbeidstakarorganisasjonane.

arbeidstakernes tillitsvalgte. Dersom ikke annet fremgår av tariffavtale, skal arbeidsplanen drøftes med arbeidstakernes tillitsvalgte så tidlig som mulig og senest to uker før iverksettelsen. Arbeidsplanen skal være lett tilgjengelig for arbeidstakerne.”
²⁹ Mellom 22 og 33 % svarer at påstandane ikkje er aktuelle for dei. Vidare er det mellom 4 og 17 % som svarer "veit ikkje" på påstandane. For detaljer, sjå tabell 53.1 til og med 53.7

5.2.3 Observasjonar om korleis einingane nyttar arbeidsplanen

I Helse Bergen er det i hovudsak operativ leiar som sjølv lagar arbeidsplan, eller oppgåva er delegert av leiar – sjå tabell nedanfor.

Tabell 10: Kven utformar oppsett med kven som skal vere på jobb til kva tid (arbeidsplan)?³⁰

Svaralternativ	Prosent
Einingsleiar gjer dette sjølv (aleine eller med støtte)	66 %
Einingsleiar har delegert dette	24 %
Dette vert gjort sentralt eller av overordna avdeling	2 %
Dette har vi ikkje nokre formelle rutinar for	3 %
Medarbeidarane handterer oppgåva sjølv innanfor gitte rammer	6 %

Undersøkinga viser at leiarar sjølv engasjerer seg i arbeidsplanlegginga, og at denne oppgåva vert gjort i samsvar med føresetnadene i MOT-prosjektet.

Blant leiarane seier 83 % at dei er einig eller delvis einig i at arbeidsplanlegging er eit viktig styringsverktøy der dei som leiarar må ha ansvaret for oppgåva (sjå tabell 20.5).

Ein god del leiarar har delegert arbeidet med arbeidsplanen. Dette kan ha samanheng med følgjande moment, som respondentar er bedne om å ta stilling til (i fallande rekkefølge etter kor mange som er einige):

- Arbeidsplanlegging tar så mykje tid at leiaren må delegere slike arbeidsoppgåver: 43 % einig eller delvis einig, sjå tabell 20.3.
- AML-reglar og tariffavtalar er kompliserte, det er betre å delegere arbeidet med å lage arbeidsplan til nokon som kan reglane: 33 % einig eller delvis einig, sjå tabell 20.2.
- GAT er komplisert i bruk, det er betre å delegere arbeidet med å lage arbeidsplan til ein flink systembrukar: 27 % einig eller delvis einig, sjå tabell 20.1.
- Arbeidsplanlegginga er så fastlagd at ho er blitt ei rutineoppgåve som ikkje bør vere ein del av leiaren sine arbeidsoppgåver: 27 % einig eller delvis einig, sjå tabell 20.4.

Sagt på ein annan måte: Av ulike årsaker til ikkje å gjere arbeidsplanlegging sjølv, er tidsbruken viktigast, følgd av regelverket for arbeidslivet.

Ikkje uventa tek det lenger tid å lage arbeidsplanar for store einingar enn for små einingar (sjå tabell på neste side). Mens den typiske (typetal) tidsbruken for å lage ein arbeidsplan er to til tre dagar for små einingar, er den blant store einingar (ofte med repeterande arbeidsplan) betydeleg høgare: Den typiske tidsbruken (for meir enn ein av tre) er på to veker eller meir i einingar med over 20 tilsette. Totalt 35 personar har oppgitt at dei ansvarlege bruker to veker eller meir til saman på å lage arbeidsplan (sjå tabell 55 i vedlegg for samla tal).

³⁰ Tabell 18.1 i vedlegget.

Tabell 11: Tidsbruk knytt til det å lage arbeidsplan – store og små einingar

Tidsbruk på arbeidsplan	5-20 tilsette 21 + tilsette	
Ein dag eller mindre	27 %	5 %
Ein til to dagar	10 %	5 %
To til tre dagar	18 %	12 %
Fire til fem dagar	10 %	10 %
Ei veke	5 %	11 %
Ei til to veker	5 %	14 %
To veker eller meir	6 %	35 %
Veit ikkje	19 %	8 %

5.2.4 Observasjonar om input og verktøy knytt til arbeidsplanen

Helse Vest har tatt i bruk programvare frå GAT for arbeidsplanlegging. Å bruke GAT er obligatorisk, og utan at det ligg noko informasjon i GAT er det knapt mogleg å få utbetalt variabel løn i Helse Bergen. Dette er likevel ikkje heilt dekkande for bildet. I spørjeundersøkinga svarer ein del at det er andre system i bruk ved sidan av GAT, eller jamvel i staden for GAT. Langt dei fleste nyttar dei verktøya MOT-prosjektet har tatt fram for å lage arbeidsplan, men unntaka er framleis ganske mange. Til saman 14 % nyttar mest andre verktøy eller berre andre verktøy enn GAT. På spørsmål til desse respondentane om å utdjupe kva system som er i bruk og kvifor eininga nyttar andre verktøy, svarer fleire respondentar at dei nyttar enklare system på papir, i Word eller i Excel som gir dei betre oversikt. Andre grunnar til å ikkje å nytte GAT er dels knytt til at systemet manglar ein eller annan detaljert funksjon, dels at systemet kan vere tungvint for nokre formål.

Tabell 12: Verktøy i bruk for å lage arbeidsplan / turnus³¹

	Tal	Prosent
Berre GAT	143	61 %
GAT mest, men også andre	56	24 %
Mest andre, GAT når vi må	19	8 %
Berre andre verktøy	16	7 %

³¹ Tabell 24.1 i vedlegget

Tabell 13: Verktøy i bruk for å lage arbeidsplan / turnus, fordelt på kategoriar av einingar

	Døgnpost	Poli- klinikk	Akutt- mottak/eining med konstant overvaking av pasientar	Lege- eller behandlar- gruppe	Stab/støtte/ anna	Gjennom- snitt
Berre GAT	80 %	57 %	86 %	39 %	61 %	69 %
GAT mest, men også andre	16 %	24 %	14 %	11 %	17 %	17 %
Mest andre, GAT når vi må	3 %	14 %	0 %	33 %	11 %	9 %
Berre andre verktøy	1 %	5 %	0 %	17 %	11 %	5 %
N	73	37	21	18	18	167

Av tabellen over ser vi at det er i lege/behandlargruppa det er færrest som brukar GAT. 17 % av respondentane i frå lege/behandlargruppa bruker berre andre verktøy, medan 33 % bruker mest andre verktøy og GAT når dei må. Vi ser at poliklinikkane også er ein type eining som skil seg ut med låg del som svarer at dei berre bruker GAT.

Blant dei som er intervjuar finn vi likevel leger i leiarposisjon som meiner at det er store gevinstar knytt til å nytte GAT. Dette kan vere til dømes gevinstar knytt til betre kontroll på bemanninga, føreseielege planar, og betre nærvere i dag-til-dag-styringa. Det vert fortalt at GAT også kan vere med på å synleggjere at det er for få ressursar.

Gjennom det heile er det mange respondentar som har hatt nytte av ulike element i arbeidsplanleggingssystemet:

- Tilsetteoversikt (75 % av dei som har tatt stilling til påstanden seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare - sjå tabell 63.1)
- Oversikt over ønske frå medarbeidarar (71 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare - sjå tabell 63.6)
- Varsling om brot på lov og avtalar (71 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare – sjå tabell 63.5)
- Det å kunne kopiere informasjon inn i dei nye planane (58 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare – sjå tabell 63.8)
- Oversikt over avvik mellom bemanningsplan og faktisk plan (54 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare - sjå tabell 63.7)

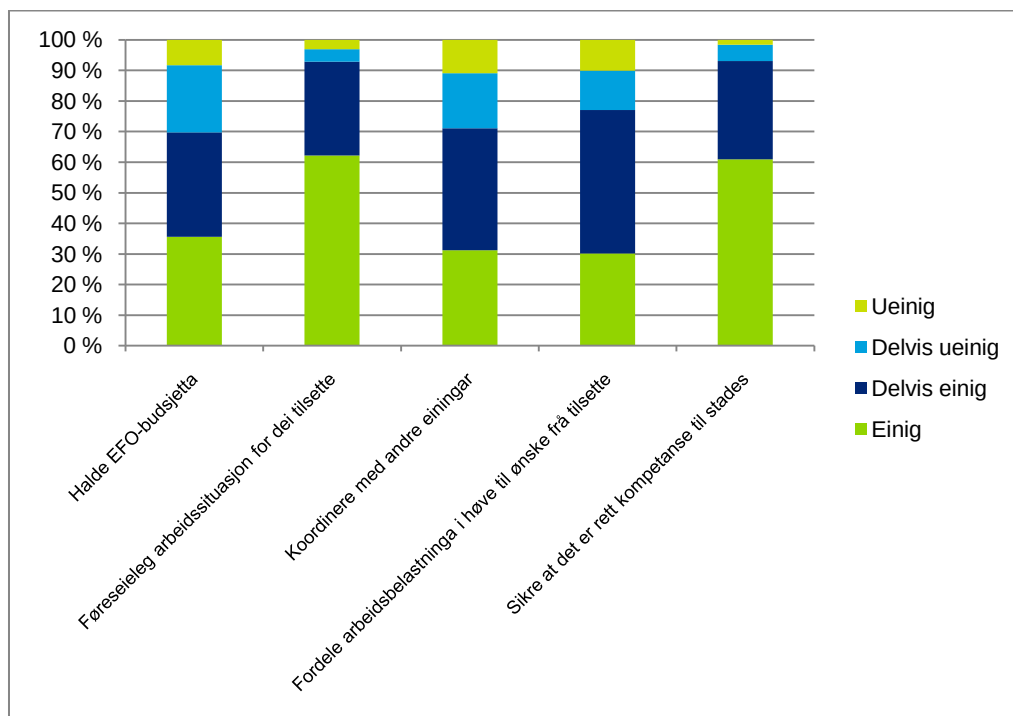
I intervju går det fram at kompetanseoversikt vil kunne bli nyttig når dei blir lagt inn. I april 2010 var kompetanseplanen enda ikkje integrert med arbeidsplansystemet. I høve til planane i Helse Vest³² blir integrasjonen mellom arbeidsplan og kompetanse nå slått på. Kompetanseplanen vart ikkje lagt inn frå starten fordi kompetanse først måtte bli kartlagt i ein samtale mellom leiarar og medarbeidarar.

³² Styresak mai 2010

5.2.5 Observasjonar om resultat av arbeidsplan

Helse Vest har som ambisjon at arbeidsplanlegginga skal vere aktivitetsbasert – at aktiviteten skal styre arbeidsplanlegginga. Undersøkinga har spurt om talet på ressursar i arbeidsplanen varierer frå veke til veke ut frå overslag om aktivitet. Det er langt fleire som seier at det ikkje er slik variasjon enn dei som seier at det er slik variasjon (tabell 64.1). Som vi såg tidlegare er det ikkje vanleg å lage seg eigne arbeidsplanar for periodar med høg eller låg aktivitet (sjå tabell 57.5 og 57.6). Dette kan henge saman med at det er mange som meiner eininga har vanskeleg for å kunne føreseie høg og låg aktivitet.

Figur 7: Kva nytte einingane har av arbeidsplanen



Respondentane meiner sjølv dei har ein arbeidsplan som er nyttig på ei rad ulike område, mest i høve til medarbeidarar og kompetanse. Størst skepsis er det til påstandane om at arbeidsplanane kan halde bruken av ekstravakt, overtid og forskyvd tid innafor det som er budsjettert, og til at arbeidsplanen kan gjere det mogleg å koordinere med andre einingar. I Helse Bergen fortel intervjuobjekt i varierende grad om arbeidsplanlegging på tvers av einingar.

5.2.6 Vurderingar knytt til arbeidsplanen

Internrevisjonen ser det som positivt at dei fleste arbeidsplanane vert laga av leiar eller av ein som leiar har delegert oppgåva til. Dei fleste meiner arbeidsplanar er eit viktig styringsverktøy som leiar må ha ansvaret for. Internrevisjonen vurderer det som positivt at det er stor leiarfokus på arbeidsplanlegginga.

Det vert brukt mykje tid på å lage arbeidsplanar, særleg i store einingar, og internrevisjonen meiner difor det kan vere tenleg om føretaket vurderer å i større grad gi dei store einingane ekstern støtte i dette arbeidet.

For å oppnå aktivitetsbasert planlegging vil følgjande forhold slå positivt ut:

- Ha fleire medarbeidarar på jobb når det er meir å gjere, utan å ty til innleie
- Koordinere innsatsen på ei eining med innsatsen på andre einingar
- Koordinere innsatsen frå ei yrkesgruppe med innsatsen frå andre yrkesgrupper
- Klare å samordne slik at tilsette i ordinære stillingar kan dekke inn planlagd fråvær, til dømes i samband med kurs eller av sosiale årsaker

Mange leiarar meiner at desse utfordringane vert betre løyst med kalenderplan enn med repeterande arbeidsplanar. .

Langt dei fleste nyttar dei verktøya MOT-prosjektet har tatt fram for å lage arbeidsplan, men etter internrevisjonens meining er det framleis for mange som nyttar støttesystem i tillegg eller jamvel i staden for GAT. Talet på slike avvik er ikkje større i Helse Bergen enn i andre føretak. I samlrapporten frå internrevisjonen er det gjort greie for årsaker til at einingane ikkje alltid nyttar GAT og forslag til tiltak for å gjere systemet betre egna for dei gruppene som har problem med arbeidsplansystemet i dag. Til liks med andre føretak har Helse Bergen ei utfordring i å synleggjere nytta av GAT.

Mange leiarar har hatt nytte av ulike element i arbeidsplanleggingssystemet (tilsetteoversikt, oversikt over ønskje frå medarbeidarar, etc.) Internrevisjonen meiner det framleis er eit viktig potensial knytt til å synleggjere at kostnadsberekning av arbeidsplanen er viktig og nyttig. Dette vil vere viktig for å nå målet om at arbeidsplanane skal vere sameina med budsjettet for eininga.

Det er positivt at respondentane sjølv meiner dei har ein arbeidsplan som er nyttig på ei rad ulike område. Leiarane seier dei klarer å operasjonalisere arbeidsplanar som tar omsyn til medarbeidarar og kompetanse. Dei største problema er å operasjonalisere arbeidsplanar som bygrenser bruken av ekstravakt, forskyvd tid og overtid (EFO). Det er og ei utfordring å samordne arbeidsplanar mellom einingar. Dette kan etter internrevisjonen si meining tyde på eit uutnytta potensial for å skape betre samhandling både på tvers av einingar og mellom einingar og økonomifunksjonen i føretaket.

Intervjudata viser at arbeidstakarorganisasjonane si rolle i arbeidsplanlegginga kan vere ei potensiell utfordring når det gjeld å drive aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging i fleire av einingane.

5.3 Dag-til-dag oppfølging og avvikshandtering (A4 og A5)

Etter at arbeidsplanen er klar, må einingane handtere avvik som oppstår frå dag til dag. Denne aktiviteten vil vere knytt til endringar i aktivitet, ikkje-planlagd fråvær og innkalling av ekstravakter.

5.3.1 Revisjonskriterium

Internrevisjonen har blitt bedt om å undersøke om arbeidsplanlegginga skjer slik ho vart skissert av MOT-prosjektet (sjå prosesskisse på side 19). Den som handterer arbeidsplanlegging i kvardagen må ta mange omsyn, og kva som er rett og galt kan variere frå eining til eining. Internrevisjonen har operasjonalisert omsyna i eit sett problemstillingar som er undersøkt.

- Om dag-til-dag-styring vert gjort
- Om leiarar har eit fokus på dag-til-dag-styring
- Om det vert gjort gjennom GAT og dei rutine MOT-prosjektet etablerte
- Om det gir eit grunnlag for å variere belastning utifrå aktivitet
- Om dag-til-dag-styringa er i samsvar med budsjett

5.3.2 Observasjonar om korleis einingane driv dag-til-dag styring

Dag-til-dag-styringa inneber å ta avgjerder om mellom anna å forskyve arbeidstid, dekkje inn sjukefråvær, eller late vere å dekkje inn slike vakter.

I spørjeundersøkinga er det 64 % av respondentane som seier at det er einingsleiar som åleine eller med støtte handterer dag-til-dag endringar. På einingane er det 25 % som oppgjev at einingsleiar har delegert dette ansvaret, medan resten forklarar at det ikkje er formelle rutinar for dette, eller at medarbeidarane sjølve handterer denne oppgåva (tabell 19.1 i vedlegget). Einingar med oppgåver innan rusbehandling skil seg ut ved at ein av fire svarer at dei ikkje har formelle rutinar for dette. Prehospitale tenester skil seg ut ved at alle svarer at dette anten er eit direkte eller delegert leiaransvar eller at det vert handtert sentralt.

I Helse Bergen seier 62 % av leiarane at einingsleiar åleine eller med støtte godkjenner vaktbyte. Det er 25 % av respondentane som seier at dette ansvaret er delegert og 2 % seier at det vert gjort sentralt av overordna avdeling, medan resten forklarar at det ikkje er formelle rutinar for dette, eller at medarbeidarane sjølve handterer denne oppgåva (tabell 19.2). Inntrykket frå undersøkinga er at det er tilstrekkeleg leiarfokus på dag-til-dag-styring.

I spørjeundersøkinga er det stor variasjon i kor lang tid respondentane oppgir at dei brukar på dag-til-dag-styringa. Om lag 42 % oppgir at dei ansvarlege ved avdelinga brukar frå mindre enn to timar av ei vanleg arbeidsveke på dag-til-dag-styring (tabell 69 i datavedlegget). Om lag 16 % oppgjev at dei ansvarlege brukar mellom fire og åtte timar, og 16 % oppgjev at dei brukar ti eller fleire timar. For mange er dag-til-dag-styring ein arbeidskrevjande aktivitet.

Det vert opna for frivillige vaktbyte blant dei tilsette. I intervju gir dei fleste uttrykk for at dei tilsette kan byte fritt med andre tilsette i same kompetansegruppe når dei sjølv ønskjer det. Dei som er intervjuar er eintydige på at frivillige byte ikkje skal gi uttelling i form av meir tilleggsbetaling enn dei ville fått utan bytet.

Det kjem fram i intervju at det ofte er vanskeleg å hente inn personell frå andre avdelingar. Dette er mellom anna knytt til kompetansekrav for arbeidet som skal utførast, skilnader mellom rutinane i avdelingane og i nokre tilfelle manglande fleksibilitet hjå personalet. Intervjuobjekt frå ei eining som har arbeidd mykje med kulturbygging over lang tid, fortel at dei no lukkast i å flytte tilsette frå eining til eining innanfor ein klinikk, avhengig av behov og kva som er mogleg å frigi av ressursar. Dette vert omtalt som eit resultat av eit langsiktig og konkret arbeid i tråd med dei nye krava til arbeidsplanleggingsprosessane.

5.3.3 Observasjonar om input og verktøy i dag-til-dag-styringa

I spørjeundersøkinga vart det stilt spørsmål om kva verktøy som vert nytta for å drive med dag-til-dag-styring, godkjenne vaktbyte og lage eit grunnlag for å betale ut løn. I undersøkinga oppgjev 58 % at dei ikkje nyttar andre system enn GAT til dag-til-dag-styring (tabell 25.1). Det er 60 % av respondentane som oppgjev at dei utelukkande nyttar GAT for godkjenning av vaktbyte (tabell 26.1) og 85 % svarer at dei utelukkande nyttar GAT for å lage grunnlag for utbetaling av løn (tabell 27.1).

Det er 27 % av respondentane som oppgjev at dei nyttar GAT i kombinasjon med andre verktøy for å drive dag-til-dag-styring.³³ Når det gjeld vaktbyte og det å lage grunnlag for utbetaling av

³³ Dag-til-dag styring handlar om meir enn bemanning. Leiarar har og ansvar for dag til dag styring av aktivitet, og grunnlaget for behov for endring i bemanning kan stamme frå endringar i aktivitet som ikkje handterast i GAT.

løn, er det høvesvis 27 % og 12 % som svarar at dei nyttar GAT i kombinasjon med andre verktøy. Eit lite mindretal (6 %, 5 % og 1 %) gir uttrykk for at dei ikkje nyttar GAT i det heile til desse oppgåvene. I hovudsak nyttar Helse Bergen verktøy og rutinar som MOT-prosjektet etablerte i dag-til-dag-styringa, men det er altså nokre unntak.

Respondentane som ikkje nyttar GAT til dag-til-dag-styring (15 respondentar) og dei som nyttar hovudsakleg andre system, men GAT når dei må (19 respondentar), vart bedne om å grunngi kvifor. Det kom opp i hovudsak fire forklaringar:

- Tidlegare system er godt innarbeidde
- Einingane og arbeidsoppgåvene er så enkle og krev så lite oppfølging at det ikkje er rekningsssvarande å ta i bruk GAT (t.d. berre dagarbeid måndag til fredag).
- GAT er ueigna for den gruppa respondenten planlegg for
- GAT gir ikkje god nok oversikt

Arbeidsplanleggingssystemet har ein del funksjonalitet som skal gjere dag-til-dag styringa enklare. Dei fleste av desse verktøya er godt etablert i Helse Bergen. Det kjem fram i spørjeundersøkinga at 73 % nyttar informasjon i GAT om lønnsnivå for overtid/ekstravakt, medan 87 % av respondentane nyttar varsling om brot på lov og avtalar og 90 % nyttar oversikt over ønske frå medarbeidarar. Om lag halvparten av respondentane nyttar SMS-funksjonen i GAT.

Verktøy knytt til EFO (ekstravakt, forskyvd vakt og overtid) er dei verktøya som respondentane i minst grad nyttar og har hatt nytte av. 55 % nyttar funksjonen i GAT for korleis eininga ligg an i høve til EFO-budsjett. Nokre intervjuobjekt fortel at grunnen til at EFO-budsjettet i GAT ikkje vert brukt, er at eininga har god kontroll med kostnadene og nært samarbeid med kontrollarar. Det kjem fram i intervju at det er ulik praksis i bruken av EFO-budsjett. Enkelte har ikkje eige EFO-budsjett, andre styrer i liten grad etter EFO-budsjett, medan andre ofte nyttar budsjettet. Rapportar viser at det i 2009 var i alt 181 einingar som hadde EFO-budsjett, medan 416 einingar ikkje hadde det. Berre 25 % av dei som nyttar periodiserte EFO-budsjett og 33 % av dei som nyttar informasjon om lønnsnivå oppgir at desse verktøya i stor eller nokon grad har gjort arbeidet med arbeidsplanlegging (i dette tilfellet dag-til-dag-styring) enklare. På den andre sida svarer langt dei fleste at dei held EFO-budsjetta (meir om dette under kapittel 5.3.4).

Tabell 63.3 til og med 63.6 i tabellvedlegget, og 70.1 til 70.6 gir meir informasjon om bruk og nytte av funksjonane.

5.3.4 Observasjonar om resultat av dag-til-dag-styring

Det viktigaste resultatet i dag-til-dag-styring er at eininga faktisk fungerer etter intensjonane. Inntrykket frå spørjeundersøkinga er at langt dei fleste klarar å nytte medarbeidarar med rett kompetanse til å dekke inn vaktene (tabell 72.1). Det er og det viktigaste. Langt på veg svarar leiarane og at dei tilsette er nøgde med belastninga (tabell 72.3) sjølv om eit mindretal på om lag 10 prosent meiner at dei tilsette i liten grad eller ikkje i det heile er nøgd. Det er 7 % som svarar at eininga i liten grad, eller ikkje i det heile, held budsjetta for ekstravakt, forskyvd tid og overtid (sjå tabell 72.2). Leiarane går i stor grad god for at det er rett kompetanse på vakt. I dei fleste tilfelle seier dei og at dag-til-dag-styringa klarer å ta omsyn til medarbeidarar og budsjett.

I intervju med Personal- og organisasjonsavdelinga går det fram at tilbakemeldingar no som systemet har vore i drift ei stund er at avdelingar som har hatt døgnkontinuerleg drift på pleiesida,

har fått betre dag-til-dag-styring gjennom GAT. Avdelingar som har jamn dagtidsbelastning og lite varierende aktivitet ser ikkje nytten i same grad.

Internrevisjonen har bede respondentar på einingar med pasientbehandling heile døgeret om å greie ut om konsekvensane når aktiviteten er uvanlig høg. Svara er summert opp i tabell 14 på neste side.

Tabell 14: Leiarars vurdering av kva som skjer når aktiviteten er høg

Tema	Ofte eller kvar gong	Sjeldan eller aldri
Ventetida aukar for dei som vi skal hjelpe (tabell 68.1)	19 %	74 %
Vi omprioriterer slik at arbeid som ikkje hastar kan ligge (tabell 68.2)	35 %	61 %
Vi bruker ekstravakt, forskyvd arbeidstid og overtid slik at vi får fleire medarbeidarar til å ta unna aktiviteten (tabell 68.3)	37 %	62 %
Vi tyr til innleie av folk frå eksternt vikarbyrå (tabell 68.4)	14 %	85 %
Vi har beredskap for å ta hand om det som kjem og arbeider hardt (tabell 68.5)	43 %	55 %
Medarbeidarar frå andre einingar gir støtte (tabell 68.6)	11 %	88 %

Få einingar opplever å få støtte frå andre einingar når dei har høg aktivitet. Det er noko vanlegare med innleie frå eksternt vikarbyrå, men Helse Bergen har også i liten grad innleie. For ein av fem einingar skjer det ofte eller kvar gong at ventetida aukar. Det vanlegaste er å arbeide hardare, og å nytte ekstravakt, forskyvd arbeidstid og overtid eller å omprioritere, men det er verd å merke seg at det er over halvparten som seier dei sjeldan eller aldri nyttar desse moglegheitene. Det er også verd å merke seg at mange (61%) sjeldan eller aldri omprioriterer slik at arbeid som ikkje hastar kan ligge.

5.3.5 Vurderingar av dag-til-dag-styringa

Undersøkinga viser at det er stor leiarfokus på dag-til-dag-styringa, noko internrevisjonen vurderer som positivt. Helse Bergen nyttar i hovudsak verktøy og rutinar som MOT-prosjektet etablerte i dag-til-dag-styringa, men det er framleis mange unntak.

Verktøya som blei implementert i samband med MOT-prosjektet har fleire funksjonar som leiarar i Helse Bergen nyttar med hell i dag-til-dag-styringa. Leiarane går i stor grad god for at det er rett kompetanse på vakt. I dei fleste tilfelle seier dei og at dag-til-dag-styringa klarer å ta omsyn til medarbeidarar og budsjett.

Internrevisjonen meiner føretaksleiinga bør sikre dynamikk i dag-til-dag-styringa gjennom å sørge for at einingar som får høg aktivitet kan sikrast støtte frå andre einingar når dei har behov for det. I tillegg bør føretaket sjå nærare på kvifor ein så stor del av einingane ikkje omprioriterer slik at arbeid som ikkje hastar kan ligge når aktiviteten er uvanleg høg.

6. Gevinstar

MOT-prosjektet skisserer ei rekkje moglege gevinstar av betre arbeidsplanlegging. Desse gevinstane vart delt inn i nytteområde: nytte for pasientar, nytte for tilsette og nytte for føretak. Figuren nedanfor er henta frå ein presentasjon av prosjektet.

Figur 8: Nyttmodell slik han vart skissert av MOT-prosjektet³⁴

	Aktivitetsstyrt planlegging	Dag-til-dag styring	Avviks-håndtering	Rapportering
Pasienter	•Bedre planlagt kompetanse-sammensetning av personalet •Økt behandlingsskapasitet	•Bedre faktisk kompetanse-sammensetning av personalet •Redusert ventetid i behandlingsskjeden		
Ansatte	•Økt trygghet i arbeidssituasjonen •Lovlige planer •Bedre mulighet til kompetanseutvikling •Bedre fordeling av arbeidsbelastning •Enklere å realisere livsfaseorientert personalpolitikk	•Økt trygghet i arbeidssituasjonen •Bedre fordeling av merarbeid •Bedre fordeling av arbeidsbelastning	•Rett utbetaling	•Bedre oversikt over arbeidstid og fravær (elektronisk lønsslipp, timelister og fraværsoversikt)
Føretak	•Effektivisering av planleggingsprosess •Lovlige planer •Bedre bruk av personalressursene (3% av lønnsbudsjett) •Rett praktisering av ferieavvikling •Konsistens i planprosess mellom budsjett, plan og aktivitet	•Bedre bruk av personalressursene (3% av lønnsbudsjett) •Rett bruk av innleie •Tilgjengelig styringsinformasjon •Mindre tidsbruk til vikarinnkalling	•Reduserte kostnader knyttet til lønshåndtering •Rett utbetaling •Rett fraværsregistrering og -kontering	•Enklere distribusjon av kvitteringslister og lønsslipper •Bedre styringsdata •Ikke dobbelt registrering av lønns- og fraværdata

Helse Bergen hadde allereie då MOT-prosjektet blei innført liknande system (SP-Expert) og ein tradisjon for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging. Representantar frå Helse Bergen fortel at Helse Bergen meinte at føretaket allereie hadde henta ut gevinstar gjennom lang tids arbeid med aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging. Fleire av intervjuobjekta gir uttrykk for at dei meiner at det er lite gevinstrealiseringspotensiale i å bytte system. Ein av dei seier det slik: "GAT er eit betre verktøy enn SP-Expert, og dette kan gi effektar, men ikkje eit stort hopp slik som viss ein ikkje hadde hatt planleggingsverktøy i utgangspunktet."

³⁴ Her frå dokumentet "Prosjektleveranse for delgruppe ressursplanlegging" som er publisert på Helse Vest si heimeside, <http://www.helse-vest.no/sw21726.asp>.

MOT-prosjektet sitt bidrag til auka fokuset på aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging kan likevel ha hatt effekt gjennom å forsterke det arbeidet som Helse Bergen har gjort med å få ein tydelegare samanheng mellom aktivitet og ressursar. I intervju har aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging blitt omtalt som "en god ide som få er ueinige i", men det har blitt presisert at praksis likevel varierar.

Vi har i liten grad funne informasjon som er lett å bruke om korleis Helse Bergen skåra på desse kriteria før MOT-prosjektet vart starta. Internrevisjonen kartlagt leiarane sine subjektive oppfatningar om korleis arbeidet er blitt påverka av nye rutinar og ny programvare for arbeidsplanlegging. Spørsmål om dette har gått til leiarar som driv arbeidsplanlegging no. Til saman 123 personar i utvalet har svart på spørsmåla.

Internrevisjonen bad respondentane om å svare på om innføringa av GAT (det elektroniske arbeidsplanleggingssystemet) var vellukka. Av dei som svarte er 79 % heilt eller delvis einig (tabell 78.1). Blant leiarane er 58 % einige eller delvis einige i at MOT-prosjektet gjorde samanhengen mellom arbeidsplanlegging og kostnader tydeleg (tabell 78.2). Med tanke på at Helse Bergen allereie har hatt ein tradisjon for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging kan dette tolkast som delen som seier at MOT-prosjektet har hatt ein ytterlegare effekt, og dette er såleis ein høg prosentdel. Majoriteten i Helse Bergen oppfattar at arbeidsplanleggingsdelen av MOT-prosjektet var vellukka i generelle termar.

6.1 Gevinstar for pasient

MOT-prosjektet meinte at arbeidsplanleggingsprosjektet ville hjelpe pasienten på to måtar: Samansetninga av kompetanse skulle bli betre, og kapasiteten i behandlingsskjeda skulle auke. Prosjektet sette seg fire mål som internrevisjonen har nytta som revisjonskriterium:

- Auka behandlingsskapasitet
- Redusert ventetid i behandlingsskjeda
- Betre faktisk kompetansesamansetting av personalet
- Betre planlagt kompetansesamansetting av personalet

6.1.1 Observasjonar og vurdering av problemstillingane

Respondentane har svart på nokre påstandar om gevinst for pasienten. Svara er summert opp i tabellen nedanfor.

Tabell 15: Gevinstar for pasient

Gevinst / revisjonskriterium	Heilt eller delvis einig	Heilt eller delvis ueinig
Betre føresetnad for å setje "rett person på rett plass" (tabell 79.7)	41 %	46 %
Det er lettare for eininga mi å ta unna meir pasientretta arbeid (tabell 79.4)	18 %	63 %
Ventetida er blitt kortare (tabell 79.5)	8 %	56 %

Vi ser av tabellen at det er få som meiner ventetida har blitt kortare som ei følgje av arbeidsplanlegginga.³⁵ Om lag ein av fem seier seg einig i påstanden om at eininga har fått lettare for å ta unna pasientretta aktivitet som ei følgje av arbeidsplanlegginga.³⁶ Det kan såleis tenkast at MOT-prosjektet har vore med på å gi auka kapasitet i Helse Bergen, som ein av fleire faktorar saman med andre omstillingstiltak. Revisjonen har ikkje grunnlag for å slå dette fast sikkert. Meir tydelege funn er det dersom ein ser på talet som svarer at endra arbeidsplanlegging kan ha gjeve betre kvalitet gjennom "rett person på rett plass". Blant leiarar som dreiv arbeidsplanlegging før og etter MOT-prosjektet er det 41 % som seier seg einige i at MOT-prosjektet ga betre føresetnader for å få rett person på rett plass.

6.2 Gevinstar for medarbeidarar

MOT-prosjektet meinte at arbeidsplanleggingsprosjektet ville hjelpe medarbeidarane på tre måtar: ved kompetanseutvikling, betre arbeidsbelastning og betre oversikt over arbeidssituasjonen. Prosjektet sette åtte mål som internrevisjonen har nytta som revisjonskriterium.

Informasjon og kontroll:

- Betre oversikt over arbeidstid og fråvær (elektronisk lønnsslipp, timelister og fråværsversikt)
- Rett utbetaling

Arbeidsbelastning:

- Enklare å realisere livsfaseorientert personalpolitikk
- Auka tryggleik i arbeidssituasjonen
- Lovlige planar
- Betre fordeling av meirarbeid
- Betre fordeling av arbeidsbelastning

Betre moglegheit til kompetanseutvikling

6.2.1 Observasjonar

Leiarar med ansvar for arbeidsplanlegging har svart på nokre påstandar om gevinst for medarbeidarane. Svara er summert opp i tabell 16 på neste side.

³⁵ I praksis har ventetida vore konstant i Helse Bergen. Gjennomsnittleg ventetid for "ordinært avvika" i somatikken i Helse Bergen var 66 dagar i 2006, 67dagar i 2007, 69 dagar i 2008 og 70 dagar i 2009. Kjelde: Norsk Pasientregister, *Ventetider og pasientrettigheter 2009*, vedlegg 7, tabell 6 (side 58), publisert mars 2010.

³⁶ Dette kan henge saman med at talet på nyttilviste truleg har auka i perioden. Det ligg berre føre tal på regionalt nivå. Talet på nyttilviste i Helse Vest RHF har auka med 26 % frå 2007 til 2009.

Tabell 16: Gevinstar for tilsette

Gevinst / revisjonskriterium	Heilt eller delvis	
	Heilt eller delvis einig	Heilt eller delvis ueinig
Eininga har fått meir tid til kompetanseutvikling (tabell 79.1)	14 %	77 %
Auka fokus på livsfaseorientert arbeidsplanlegging (tabell 79.6)	27 %	56 %
Tillitsvalde har fått meir innverknad og betre oversikt (tabell 79.8)	56 %	24 %
Vi klarer (betre) å ta omsyn til individuelle ynskjer (tabell 79.9)	60 %	31 %
Medarbeidarane får meir og enklare tilgjengeleg informasjon om sin arbeidsplan (tabell 79.10)	72 %	20 %

I følgje leiarane er den tydelegaste gevinsten at medarbeidarane har fått meir og enklare tilgjengeleg informasjon om sin arbeidsplan. Dette er i tråd med kva som vert fortalt når internrevisjonen har stilt opne spørsmål i intervju om kva som i størst grad har endra seg i positiv retning i samband med MOT-prosjektet. I det arbeidsplanleggingssystemet som vart brukt før MOT-prosjektet hadde ikkje tilsette sjølv tilgang, noko dei no har fått i "Min GAT".³⁷

Både i spørjeundersøking og intervju seier mange at tillitsvalde har fått meir innverknad og betre oversikt.

Leiarar i Helse Bergen meiner i liten grad einige i at dei har fått betre kapasitet – heller ikkje til kompetanseutvikling. Berre 14 prosent av leiarane meiner arbeidsplanlegginga har gitt ein slik effekt, mens 77 prosent er heilt eller delvis ueining. Dei delane av MOT-prosjektet som er mest relevante for kompetanse, altså delprosjekt Kompetanse med mellom anna arbeid med Kompetanseportalen, har ikkje vore dekkja av denne undersøkinga.

Korkje intervju eller spørjeundersøkinga har avdekka noko endring i fokus på livsfaseorientert arbeidsplanlegging. Derimot meiner leiarane at det har skjedd ei omlegging som gjer det enklare å ta omsyn til individuelle ønskjer (60 % er einige eller delvis einige i den påstanden).³⁸ Leiarane meiner dei nye systema er gode verktøy for å fordele arbeidsbelastninga på ein tenleg måte. Unnataket er legegruppa som seier systemet ikkje alltid passer med deira vaktordningar.

Av intervju kjem det fram at det i ein tidleg fase av prosjektet var ein del mistydingar og feil knytt til løn. Intervjuobjekta gav ikkje uttrykk for at det var spesielle problem per mars 2010. Det vert peikt på at det i Helse Bergen har vore ein god del problem knytt til lønskøyting gjennom heile 2008 og særleg i starten. Intervjuobjekt frå lønsavdelinga meiner at kvaliteten på grunnlaget for løn allereie i første halvår 2008 var høgare enn siste halvår 2007. Ein gevinst av MOT-prosjektet var ifølgje intervjuobjektet at ein fekk retta opp mange feil som hadde vore i alle år og som ingen hadde merkt før.

Det er eit uttalt mål å ha lovlege planar, med andre ord planar som ikkje legg opp til AML-brot. I arbeidsplanleggingssystemet er det rutinar som varslar dersom det blir lagt ein arbeidsplan som ikkje er lovleg eller om dag-til-dag styring generere brot. I intervju og rapportar har det ikkje komme fram informasjon som tyder på noko vesentleg omfang av ulovlege arbeidsplanar i Helse

³⁷ I intervju kjem det likevel fram at for nokre tilsette har det vore ei utfordring at dei ikkje har god nok IKT-kompetanse til å nyttiggjere seg GAT fullt ut.

³⁸ I gjennomgangen av nytta av arbeidsplan, sjå kapittel 5.2, er det meir informasjon om same tema.

Bergen.³⁹ Dei systembaserte kontrollane fangar opp alle typar brot, til dømes for mange timer arbeid per veke eller per år, for lite kvile mellom vakter, eller arbeid to søndagar på rad. I Helse Bergen utgjorde i 2009 talet på brot 1,35 % av talet på vakter totalt. Systema varslar om eit nokså stort tal på brot som ei følgje av daglege avgjerder, til dømes når kollegaer bytter vakt eller jobbar overtid.⁴⁰ Systemrapportar frå GAT syner at 15 % av AML-brota skuldast ulike typar byter.⁴¹

Som nemnt i kapittel 5.3 om dag-til-dag-styring er det få innvendingar mot å la ein medarbeidar bytte til seg vakt to søndagar på rad dersom dei tilsette ønskjer eit slikt bytte.

I spørjeundersøkinga (tabell 73) svarar 30 prosent at det er fleire brot enn før og berre 14 prosent svarer at det er blitt færre brot. Respondentane meiner på den andre sida at arbeidet deira med arbeidsplanlegging har blitt enklare med varslinga av brot på lov og avtalar (sjå tabell 63.5). Årsaka til den høge prosenten som seier det har blitt fleire brot er truleg auka medvit om AML-brot, og betre rapportar som viser brot som tidlegare ikkje kom fram. I intervju, mellom anna med Personal- og organisasjonsavdelinga går det fram at ein totalt sett har fått betre oversikt over AML-brot no etter implementeringa av GAT, og at kvaliteten på rapportane over ekstraarbeid som utløyser AML-brot, er langt betre i dag enn før.

I mange intervju går det fram at omfanget av AML-brot er ein god del lågare enn statistikken seier, sidan ikkje alle avtalar (til dømes individuelle avtalar om dispensasjonar) er lagt inn og sidan byte på initiativ frå den tilsette sjølv også kan utløyse brot. Den kalibreringa av AML-varslinga i GAT som Helse Bergen valde, gjorde at tala på varslar om AML-brot vart høgt.

I rapport frå ei arbeidsgruppe som har arbeidd spesifikt med AML-brot i Helse Bergen kjem det fram meir informasjon.⁴² Oppsummert viste rapporten følgjande årsaker til det høge talet på AML-brot:

- Manglande kompetanse i GAT⁴³
- Manglande kompetanse i arbeidsmiljølovgivinga⁴⁴
- Regelmessig bruk av meirarbeid⁴⁵
- Ulike feil i oppsettet i GAT⁴⁶
- Brukarfeil⁴⁷
- Ulike typar avtalar som anten ikkje var lagt inn rett, ikkje lagt inn i det heile, eller som leiar ikkje kjende til moglegskapen for⁴⁸
- Byter initiert av tilsette vert av mange leiarar sett på som greitt sjølv om det utløyser AML-brot⁴⁹

³⁹ I rapport frå GAT hadde Helse Bergen 256 brudd med forklaringa "normalvakt" i løpet av 1,8 millionar vakter – 0,01 % av alle normalvakter blei rekna som eit brot med dei kriteria som ligg i GAT-systemet for Helse Bergen.

⁴⁰ Alle brot er registrerte med ei årsakskode. Om lag halvparten av brota har ei årsakskode knytte til overtid og 21 % har årsakskode "ekstravakt".

⁴¹ Byter mellom tilsette og "byte med avdelinga".

⁴² *Handlingsplan. Rapport vedrørende AML-brot i Helse Bergen*, Bergen 18.12.2009

⁴³ Ibid. punkt 3.5.2 og 4. (0). / 4.1.

⁴⁴ Ibid. punkt 3.5.2, 3.6.2 og 4.1

⁴⁵ Ibid. punkt 3.4.2

⁴⁶ Ibid. Både feil som vart retta opp våren 2009 og som enno ikkje var retta opp i desember 2009. Sjå punkt 3.6.1 og punkt 3.6.2

⁴⁷ Ibid. Til dømes rekkefølgja på endringar når ein byter vakt. Sjå punkt 3.6.1

⁴⁸ Ibid. Sjå til dømes kapittel 3.6.2 og 3.7.2 i rapporten

⁴⁹ 5 av 7 intervju leiarar gir i rapporten uttrykk for at dei stort sett godkjenner slike byter, jf. punkt 3.8.2 s. 11 i rapporten.

Føretaket har vedtatt ein handlingsplan for å få ned talet på reelle og ikkje-reelle AML-brot i føretaket. Personaldirektør opplyser om at tiltaka er under iverksetting, og at det er satt i gang eller planlagt aktivitet knytt til tiltaka.⁵⁰

6.2.2 Vurdering

Internrevisjonen merker seg at ei rekke av måla om gevinstar for medarbeidarar ser ut til å vere oppnådd gjennom arbeidsplanleggingsprosjektet. Leiarane meiner at det på ei rekkje område har skjedd ei omlegging som gjer det enklare å ta omsyn til individuelle ønskjer, noko som vil gjere at ein får ein betre (ikkje naudsynleg jamnare) fordeling av meirarbeid og arbeidsbelastning. Vidare har medarbeidarane fått meir og enklare tilgjengeleg informasjon om sin arbeidsplan. Dei nye systema har gode verktøy for å fordele arbeidsbelastning på ein tenleg måte. Vidare tydar intervju på at det no har blitt meir riktig lønsutbetaling i føretaket som heilskap.⁵¹

Undersøkinga gir ikkje grunnlag til å dra konklusjonar om det er blitt meir rom for kompetanseutvikling eller livsfaseorientert arbeidsplanlegging.

Internrevisjonen vurderer det som positivt at omfanget av ulovlege arbeidsplanar i Helse Bergen er lite og at det er auka medvit om AML-brot. Det er også positivt at styringsinformasjonen om brot har vorte langt betre, og at det vert arbeidd med å korrigere feil i varslingssystemet. Det er framleis forbettringspotensial knytt til at trong for justeringar i den daglege drifta utløyser ein del AML-brot.

6.3 Gevinstar for føretaket

MOT-prosjektet meinte at arbeidsplanleggingsprosjektet ville hjelpe føretaka på fire måtar: meir effektiv administrasjon, betre planarbeid og styring, betre evne til å følgje reglar og avtalar, og meir effektiv ressursbruk. Prosjektet sette til saman 14 mål som internrevisjonen har nytta som revisjonskriterium.

6.3.1 Administrasjon (kriterium og observasjonar)

MOT-prosjektet sette fire gevinstmål som er knytt til betre og meir effektiv administrasjon av lønsprosessen. Internrevisjonen har nytta desse som revisjonskriterium.

- Reduserte kostnader knytt til lønshandtering (30-40 % av lønnskostnader lønnskontor)
- Enklare distribusjon av kvitteringslister og lønnslipper
- Ikkje dobbelt registrering av lønns- og fråværsdata
- Rett fråværsregistrering og –kontering

Sidan skuggesystem er lite i bruk i høve til løn (sjå figur på side 21) er det lite omfang av dobbeltregistrering. Fråværsregistrering blir truleg også meir systematisk følgt opp i og med at nesten all arbeidsplanlegging skjer i GAT. Intervjudata indikerer at munnlege førespurnader no er på vei ut og at dei fleste byter og tildelingar av ekstravakt skjer elektronisk, noko som vil føre til at det har blitt rettare informasjon om kven som er på jobb til ei kvar tid. I intervju går det fram at

⁵⁰ E-post frå personaldirektøren til internrevisor 3. juni 2010

⁵¹ AMK oppgir sjølv å vere eit unntak.

dobbelt- og trippelarbeid med mange skjema som går inn og ut, langsomt men sikkert har forsvunne etter som arbeidsplanleggings- og lønsprosessane har blitt betre.

MOT-prosjektet meinte også at det ville bli mogleg å redusera ressursane på lønkontoret. Leiar for rekneskapsseksjonen opplys om at ressursar brukt til lønnskjøring har auka etter innføring av Agresso (og Gat). Dette skuldast mellom anna at seksjonen har overtatt oppgåver innan lønnskjøring som tidlegare vart kjøpt eksternt. Målet om mindre ressursar til lønnskjøring er altså ikkje nådd, men det er vanskeleg å vurdere om målet ville blitt nådd om seksjonen ikkje hadde fått nye oppgåver.

Rutinane for registrering av nytilsette vert oppgitt som eit problem som fører til mykje meirarbeid.⁵² Det vert også forklart at det er vanskeleg å komme gjennom til brukarstøtte for lønn og GAT, og at intervjuobjekt difor bruker mykje tid på slike prosessar. Prehospitale tenester i Helse Bergen har til dømes brukt mykje tid på slik dialog.

I samband med MOT-prosjektet har det blitt innført elektroniske lønsslippar som lønssystemet genererer og som vert lagt på "Min Gat".

6.3.2 Plan og styring (kriterium og observasjonar)

MOT-prosjektet sette fire gevinstmål knytt til overordna planlegging og styring. Internrevisjonen har nytta desse som revisjonskriterium:

- Tilgjengelig styringsinformasjon
- Betre styringsdata
- Konsistens i planprosess mellom budsjett, plan og aktivitet
- Effektivisering av planleggingsprosess

Intervjudata indikerer at Helse Bergen har fått meir styringsinformasjon, og ikkje minst betre styringsinformasjon. Tabell 17 viser at mange leiarar seier dei nå løyser kontrolloppgåver og planleggingsoppgåver som tidlegare ikkje vart handtert. Vi ser at det er fleire som seier at leiarane har fått nye kontrolloppgåver enn det er som seier at leiarane har fått nye planleggingsoppgåver.

Tabell 17: Nye oppgåver for leiarane innan planlegging og styring

Påstand	I stor grad i nokon grad	I liten grad / ikkje i det heile
Leiarane måtte ta tak i kontrolloppgåver som før ikkje vart handtert (tabell 12.1)	53 %	39 %
Leiarane måtte ta tak i planlegging som før ikkje vart gjort (tabell 12.2)	40 %	56 %

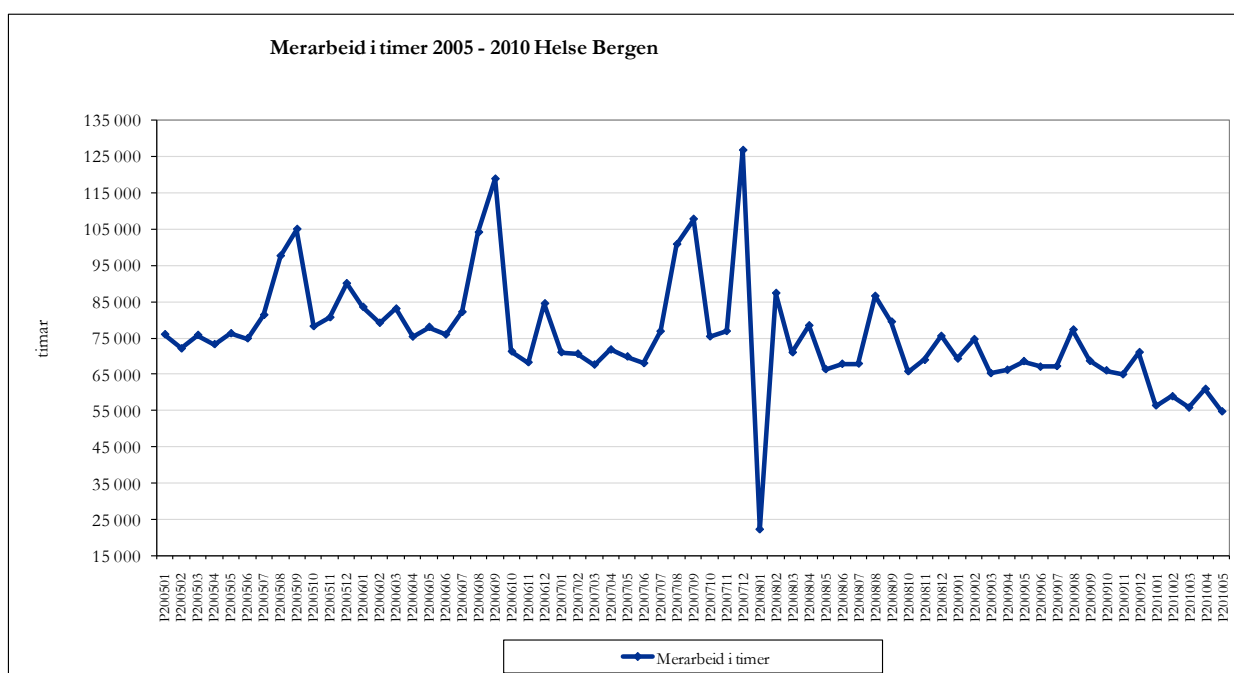
⁵² Helse Vest RHF opplyser om at MOT-prosjektet har forsøkt å få fortgang i implementering av personalportalen slik at leiarar blir meir uavhengig av å få oppgåver løyst i lønsseksjonen.

Undersøkinga omfattar ei stor mengde uttrekk frå "Lønns- og personalkuben" per desember 2009, men det har vore vanskeleg å diskutere uttrekka med fagfolk i Helse Bergen. Som på andre føretak er det ikkje nokon stor nærleik til denne styringsinformasjonen i Helse Bergen.

Undersøkinga indikerer at kvaliteten på data om medarbeidartilhøve har betra seg i samband med MOT-prosjektet. I datasett frå før arbeidsplanleggingssystemet vart tatt i bruk var det nokre store svingingar som tyder på ujamn rapportering. Dette kunne mellom anna skuldast at timelister tidlegare vart levert inn med lange etterslep (til dømes ein til jul og ein til sommaren). Frå og med midten av 2008/begynnelsen av 2009 tydar informasjonen i rapporter om arbeidsmengde, fråvær, kostnad per time og andre viktige styringsvariablar på at rapporteringa har blitt betre og jamnare.

Figuren under viser kor mange timer meirarbeid som blei registrert i kvar månad mellom 2005 og 2010. Før 2008 kom det truleg mykje timelister i periodar; etter 2007 er dei store svingingane borte, og det heng truleg saman med jamn og god rapportering. Omfanget av meirarbeid er svakt fallande. I dei andre føretaka har omfanget av meirarbeid minka i større grad. Intervjuobjekt frå Personal- og organisasjonsavdelinga og Økonomi- og finansavdelinga trekk fram som ein mogleg forklaringsfaktor at aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging ikkje var noe nytt i Bergen i samband med MOT-prosjektet. Mellom anna hadde fleire avdelingar allereie ein EFO-oversikt lenge før MOT. Det er difor grunn til å tru at delar av denne effekten allereie var tatt ut.

Figur 9: Meirarbeid i timar i Helse Bergen 2005-2010⁵³

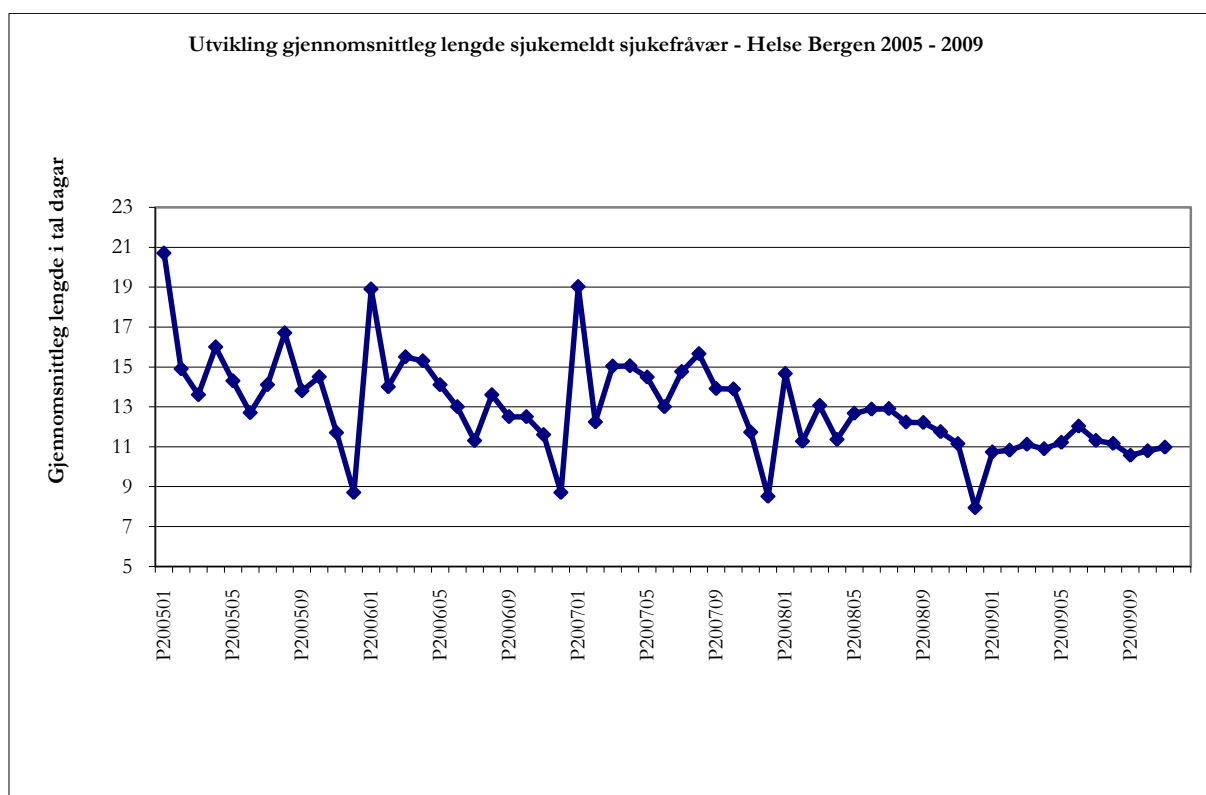


Figuren på neste side viser lengda på sjukefråvær med sjukemelding ved helseføretaka. Gjennomsnittleg lengde er blitt kortare, utan at dette har relevans i høve måla i arbeidsplanleggingsprosjektet. Det viktige er at dei store svingingane er borte, noko som truleg heng saman med jamn og god rapportering. Frå føretaksleiinga sitt hald vert det presisert at

⁵³ Lønns og personalkuben, uttrekk gjort frå Helse Vest RHF per desember 2009. Personaldirektør i Helse Vest RHF minner i samband med dette at det i desember 2007 vart gjennomført ein opprydding i Helse Bergen før dei gjekk over til nye system. Det var titusenvis av gamle timar som kom fram frå skuffer og skap. Det hald fram i delar av 2008.

sidan føretaket nytta anna IKT-system før 2008 er ikkje desse tala samanliknbare før og etter 2008. Det vert opplyst om at registreringspraksis har vore varierende.

Figur 10: Utrekk frå løns- og personalkuben om lengda på sjukemeldt sjukefråvær⁵⁴



Respondentane i spørjeundersøkinga seier at tilgangen på data er blitt betre. I tabellen under ser vi at 63 % er einige eller delvis einige i at oversikta over lønskostnadar er betre, medan 25 % er heilt eller delvis ueinig. Samstundes er respondentane delt på midten når det gjeld om oversikten over kapasitet ved eininga og arbeidsbelastning per tilsette har blitt betre, og om det har blitt enklare å planlegge ferie.

Tabell 18: Oversikt og kontroll

Nytte / revisjonskriterium	Heilt eller delvis enig	Heilt eller delvis ueinig
Betre oversikt over kapasitet ved eininga og arbeidsbelastning per tilsett (tabell 79.2)	44 %	45 %
Betre oversikt over lønskostnadane (tabell 79.11)	63 %	25 %
Enklare å planlegge ferie (tabell 79.3)	47 %	44 %

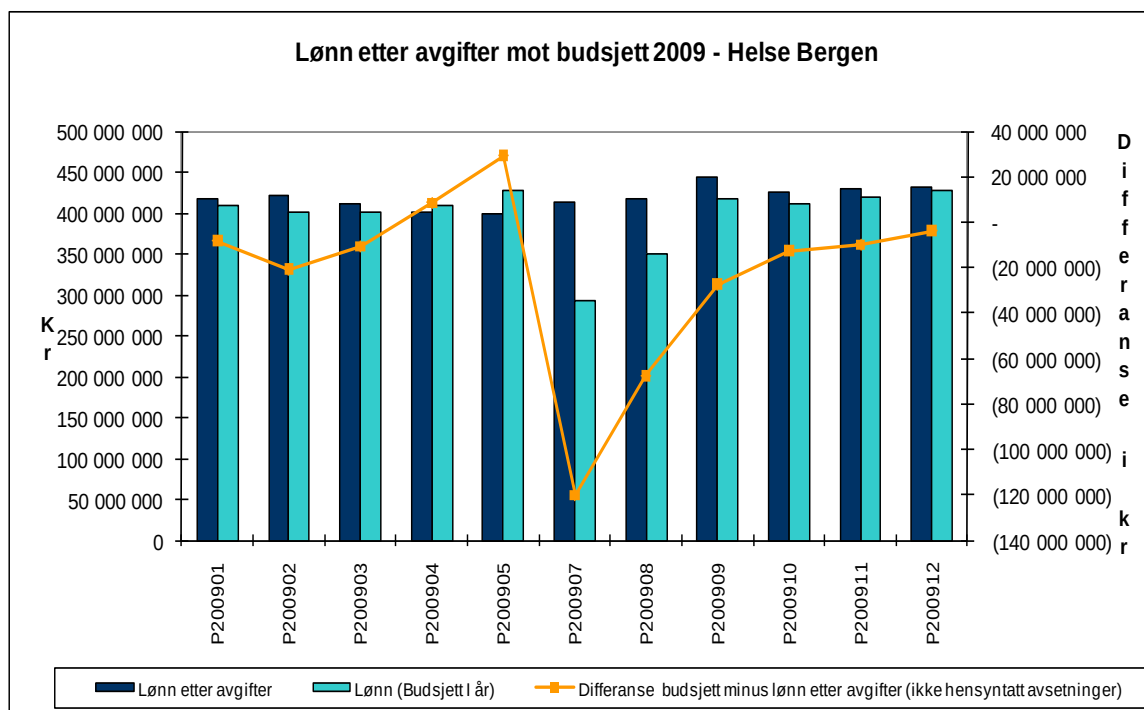
MOT-prosjektet hadde som mål å få til "konsistens i planprosess mellom budsjett, plan og aktivitet". Internrevisjonen har ikkje omfattande data som kan fortelje om målet om effektivisering

⁵⁴ Lønns og personalkuben, uttrekk gjort frå Helse Vest RHF per desember 2009.

av planprosessen har blitt nådd. Kommentarsvar i spørjeundersøkinga tyder på at planprosessen for nokre einingar tar lengre tid, men det er vanskeleg å slå fast om det er samsvar mellom tidsbruken og kvaliteten på planane.

Internrevisjonen peika på at arbeidet med aktivitetsplan og bemanningsplan ikkje alltid hadde naudsynt fokus og at bemanningsplanar kunne ha vore meir dynamiske (sjå avsnitt 5.1.5). Figuren under er ein annan indikasjon på at målet om konsistens i planprosessen ikkje er nådd. Kvar månad i 2009, med unntak av april og mai, brukte Helse Bergen meir til løn enn det som var budsjettert.⁵⁵ Figuren viser at bemanningsplanane og arbeidsplanane i sum ikkje var konsistente med budsjetta. Dersom alle arbeidsplanar er knytte til bemanningsplan og alle bemanningsplanar til et budsjett, skal det ikkje vere systematiske avvik mellom budsjett for løn og faktisk løn.

Figur 11: Budsjett for løn og faktisk løn, Helse Bergen 2009⁵⁶



6.3.3 Reglar og overeinskomstar (kriterium og observasjonar)

MOT-prosjektet sette to gevinstmål knytt til overordna planlegging og styring. Internrevisjonen har nytta desse som revisjonskriterium:

- Lovlige planar
- Rett utbetaling

⁵⁵ Spesielt stort er avviket i sommarferien, noko som til dels skuldast oppretting av ei feilkjøring frå mai. KLP-trekket vart ikkje trukke som planlagt i mai. Etter avtale med tillitsvalde vart det difor gjort dobbelt trekk i juni. Dette tilsvarer 2 % for alle arbeidstakarane.

⁵⁶ "Analyser lønn – lønnskjøring per desember 2010" – rapport mottatt frå Helse Vest RHF basert på uttrekk frå lønns og personalkuben samt økonomikuben. Uttrekket er frå 12. februar 2010 med data per desember 2009.

Begge desse måla er behandla i detalj i kapittel 6.2 om gevinstar for medarbeidarar. Oppsummert viste undersøkinga at målet om rett utbetaling langt på vei er nådd, med at det framleis er forbettringspotensial knytt til å ha lovlege planar og lovleg dag til dag styring.

6.3.4 Effektivitet (kriterium og observasjonar)

Effektivitet er å gjere det same med mindre ressursar eller meir med same ressursar. MOT-prosjektet sette fire gevinstmål knytt til effektivitet. Internrevisjonen har nytta desse som revisjonskriterium:

- Betre bruk av personalressursane (3 % av lønnsbudsjett)
- Rett bruk av innleie
- Rett praktisering av ferieavvikling
- Mindre tidsbruk til vikarinnkalling

Eit mål for MOT-prosjektet var mindre tidsbruk til vikarinnkalling (dag-til-dag). Einingane har fått betre verktøy for å handtere vikarinnkalling og andre grep for raskt å skaffe ekstra arbeidskraft (sjå kapittel om dag-til-dag-styring). I intervju seier leiarar at dei har fått gode verktøy til å finne vikarar. Praktisk arbeidsplanlegging tar likevel oftast lenger tid enn før. Av dei som svarar seier 52 % av respondentane at eininga brukar meir tid på "praktisk arbeidsplanlegging" i dag samanlikna med tida før GAT vart innført. Dei som brukar meir tid no, oppgir gjennomsnittleg at eininga brukar om lag 8 timar meir per veke (medianverdien er 6 timar). Berre 18 % meiner eininga brukar mindre tid enn før, og gjennomsnittleg innsparing i tid blant dei som brukar mindre tid no, er om lag 3 timar (medianverdien er 1 time). (sjå tabell 34, 35 og 36 i vedlegget)

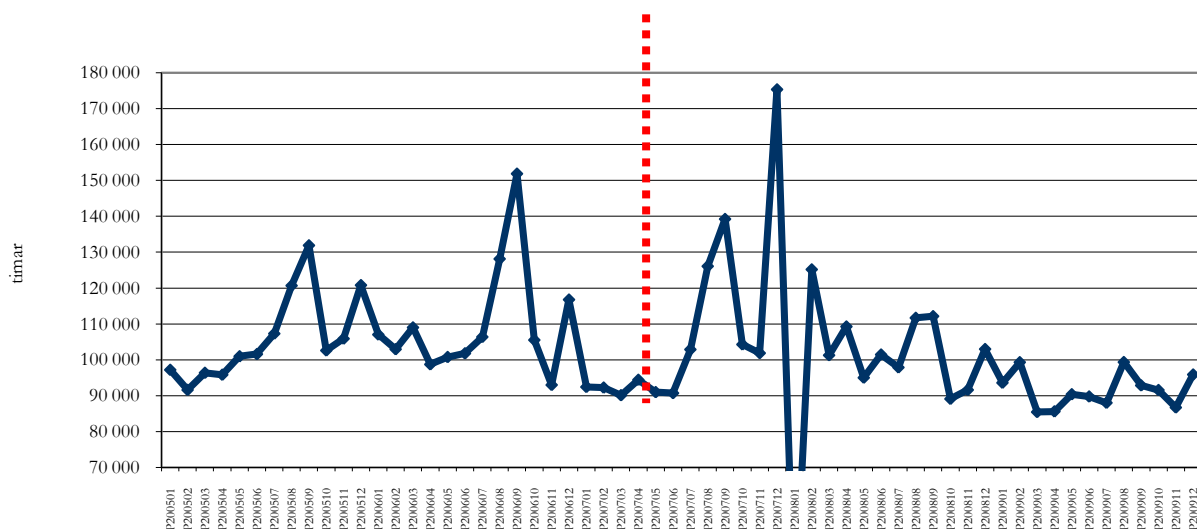
Årsaka til at arbeidsplanlegginga tar meir tid kan vere at leiaren har eit større formelt ansvar for handteringa av personale (sjå tabell 12.2 og 12.3) samtidig som få meiner dei har fått meir støtte til å "handtere personalspørsmål" (tabell 12.5).

I intervju går det fram at det no er oppretta vikarsenter som skal ta over arbeidsgjevaransvaret for alle tilsette som er reine timehjelpar. Ifølgje styringssignal skal eksterne vikarar berre inn via vikarsenteret. Det er meint at vikarsenteret skal kunne bygge opp ein pool med visse typar kompetanse som dei ser er mykje etterspurd. Full utnytting av potensialet i vikarsenteret krev at kompetanseoppbygging vert satt i system, sidan ein ikkje kan flytte tilsette over for å likeverdig fylle eit fråvær på ei avdeling dei ikkje har vore på før.

Internrevisjonen har forstått at betre planlegging av ferieavvikling ikkje var blant dei første måla som MOT-prosjektet tok tak i, men at slike tiltak vil kome frå 2010. Internrevisjonen har difor ikkje hatt noko grunnlag for å vurdera i kva grad målet om rett praktisering av ferieavvikling er nådd. I spørjeundersøkinga er det eit stort mindretal på 29 % som er einige eller delvis einige i at dei tilsette "i praksis sjølv kan avgjere når dei tar ut ferie" (tabell 76.1). Om lag to av tre er (heilt eller delvis) ueinige.

MOT-prosjektet ville ha rett bruk av innleie. Fokuset dei siste åra har vore å få ned bruken av innleie. Den vanlege forståinga av dette omgrepet i Helse Vest er at innleie også inkluderer innleie frå eigne tilsette (ekstravakter og overtid). Utviklinga i slik innleie ser vi i tala for variabel løn. Figur 12 på neste side viser utviklinga i timar variabel løn for Helse Bergen.

Figur 12: Sum timer variable løn 2005-2009 i Helse Bergen⁵⁷



Figuren viser i grove trekk at bruken av variabel løn ligg fast i Helse Bergen på eit lågare nivå enn før nytt system vart implementert. Det kan også sjå ut som om bruken er på veg nedover. Bildet er det same både for overtid og meirarbeid. Det store hoppet med etterfølgjande korreksjon er desember 2007 og januar 2008, tidspunktet kor GAT og Agresso vart implementert. Inntrykket frå intervjuet er at einingane i ulik grad er oppteken av å styre i tråd med EFO-budsjett (tabell 63.3 i spørjeundersøkinga om nytta av EFO-budsjett gjev same inntrykk). Rapportar viser at innleie i form av overtid og meirarbeid frå eigne tilsette har vore svært varierende og til dels høgt gjennom 2008 og første halvdel av 2009, men at det frå juli 2009 av ser ut til å ha flata ut på eit nokså lågt nivå. Det er her verd å nemne at eit stort fleirtal seier seg ueinige i ein påstand om at "grunnlønna er så låg at alle fortener nokre timar overtid og ekstravakt" (sjå tabell 76.1).

MOT-prosjektet hadde som mål at betre arbeidsplanlegging skulle auke arbeidseffektiviteten med 3%. Dette målet har det ikkje vore mogleg for internrevisjonen å etterprøve. MOT-prosjektet fell saman i tid med lønsoppgjør, endringar i overeinskomstar og aktivitet. Samtidig som helseføretaka tok i bruk nye rutinar for arbeidsplanlegging, kom det og eit nytt system for løn. I den tida prosjektet har vart, har arbeidsmiljølova blitt endra slik at arbeidstakarorganisasjonar kan blokkere fleksibel arbeidsplanlegging. Internrevisjonen har ikkje funne nokon metode som gjer det mogleg å anslå korleis arbeidsplanlegginga åleine har påverka dei samla personalkostnadane.

6.3.5 Vurderingar om gevinstar for føretaket

Arbeidsplanleggingsprosjektet har ført til ei rekkje gevinstar. Mellom anna har Helse Bergen fått meir relevant styringsinformasjon, og kvaliteten på data har blitt betre. Distribusjon av

⁵⁷ Uttrekk frå lønns- og personalkuba i Helse Vest, uttrekk per desember 2009, formidla til internrevisjonen frå Helse Vest RHF.

kvitteringslister og lønsslippar er blitt enklare, det er lite omfang av dobbeltregistrering, og fråværsregistrering blir meir systematisk følgt opp. Endring frå papirbaserte lister til elektronisk kontroll har truleg gitt meir riktige lønsutbetalingar.

Tidsbruken til vikarinnkalling synes å ha minka, men praktisk arbeidsplanlegging tar truleg lenger tid enn før. Innleie av timar i form av overtid og meirarbeid frå egne tilsette synes å ligge stabilt på eit lågare nivå enn før MOT-prosjektet.

Det er ikkje mogleg på bakgrunn av tilgjengelege data å anslå korleis arbeidsplanlegging isolert sett har påverka dei samla personalkostnadane eller arbeidseffektiviteten.

7. Oppsummering og tilrådingar

7.1 Oppsummering

Majoriteten av dei som har svart i spørjeundersøkinga oppfattar at arbeidsplanleggingsdelen av MOT-prosjektet i Helse Bergen var vellukka. Til liks med leiarar på dei andre føretaka i Helse Vest, lukkast einingane i Helse Bergen å få på plass eit nytt og komplekst system.

Undersøkinga synleggjer at MOT-prosjektet har lukkast med å få på plass nytt system og nye verktøy for arbeidsplanlegging, blant anna fordi prosjektet har hatt støtte frå leiarar og stor tyngde frå Helse Vest RHF. På einingane som tok systemet i bruk var eksisterande kultur for arbeidsplanlegging til hjelp. Løysinga hadde framleis noko manglar då den vart implementert, men det meste av dette har retta seg.

Undersøkinga viser at dei fleste operative leiarane i Helse Bergen er nøgde med dei verktøya dei har fått til arbeidsplanlegging. Dei einingane som har den vanskelegaste arbeidsplanlegginga (døgnskcontinuerlig drift) meiner å ha fått god støtte og god oversikt og det er mange eksempel på problem som det no er enklare å løyse enn før. På den anna side meiner mange av behandlereiningane stadig at verktøya er lite eigna for deira verksemdar og nokre mindre einingar kan meine at systema tar for mykje tid.

Dei praktiske elementa i arbeidsplanleggingssystemet fungerer godt i Helse Bergen, til dømes kontroll med løn, verktøy for dag til dag styring, rapportar og liknande.

Leiarar i Helse Bergen kan bli flinkare til å samarbeide om arbeidsplanlegging og støtte andre einingar når det er mykje å gjere. Arbeidsplanlegging bør vere eit verktøy for samarbeid slik at pasientflyten blir bra eller slik at ei eining har kapasitet til å avlaste ei anna eining. Med arbeidsplanlegging for større grupper er det mogleg å få endå fleire gevinstar.

Undersøkinga viser at dei fleste ser det som negativt at det ikkje lenger vert nytta kalenderplanar i føretaket fordi auka nytte av kalenderplanar vil gjere det enklare å variere belastning i tråd med aktivitet. Internrevisjonen gjer merksam på at arbeidstakarorganisasjonane ikkje er intervjuar i samband med rapporten.

I høve til gevinstmåla, er mange av desse nådd. Helse Bergen har meir og betre styringsinformasjon enn før. Kontrollen med lønsutbetaling er betre og arbeidsbelastninga er truleg betre enn ho var. Undersøkinga gjev indikasjonar på at medarbeidarane har ein meir føreseieleg arbeidssituasjon. Det er ikkje nokon pålitelege indikatorar som viser at Helse Bergen har fått betre kapasitet som ein følge av systema for arbeidsplanlegging: korkje meir tid til kompetanseutvikling, kortare ventetid, lågare kostnader eller anna. Slike gevinstar heng ofte saman med strategisk arbeidsplanlegging. I intervju har aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging blitt omtalt som "en god ide som få er ueinige i", men det har blitt presisert at praksis likevel varierar. Det er framleis eit potensial for å få sterkare samanheng mellom (aktivitets)planar,

budsjett og bemanning. For å kunne få fullt utbytte av arbeidsplanleggingssystem og –rutinar, syner undersøkinga at det vil vere tenleg å nytte kalenderplanar i større grad i arbeidsplanlegginga i Helse Bergen.

7.2 Tilrådingar

SAMARBEID OG ERFARINGSOVERFØRING

- Føretaket bør styrke samarbeide i arbeidsplanlegginga. Dette gjeld både det å hente innspel frå andre einingar i arbeidet med aktivitetsplan, og det å lage arbeidsplan på tvers av einingane.
- Når yrkesgrupper som arbeider tett saman (til dømes legar og pleiarar) er organisert i egne grupper med eigen leiar og eiga arbeidsplanlegging, er det naudsynt å sjå arbeidsplanane til dei ulike grupper i samanheng.
- Føretaket bør styrke prosessen knytt til aktivitetsplanen slik at einingane får ei betre forståing for samanhengen mellom aktivitet, budsjett og bemanning.
- Føretaket bør vurdere å legge til rette for auka bruk av kalenderplan.
- Det bør etablerast møteplassar for erfaringsoverføring for å utvikle rutiner for god arbeidsplanlegging

FUNKSJONALITET

- Føretaket bør vurdere om det er mogleg å gjere GAT sin funksjon for budsjettssimulering enklare å nytte for einingane, til dømes gjennom meir opplæring eller teknisk tilpassing. Vidare bør føretaket vurdere korleis einingane kan få enklare tilgang på informasjon om historisk aktivitet og aktivitet i tida som kjem gjennom til dømes rapportar, rådgjeving, informasjon og støtte.
- I samband med at integrasjonen mellom arbeidsplan og kompetanse blir gjennomført, bør føretaket vurdere kva moglegheiter som finnst for å lette oppgåva med å sikre at rett kompetanse er på plass.
- I samband med at ny versjon av GAT blir rulla ut, bør føretaket nytte høvet til å synleggjere for legegruppa korleis arbeidsplanlegging kan fange opp praktiske behov, og nytta av å kunne dokumentere forsvarleg bemanning i eit samla system.

BRUK AV ARBEIDSPANLEGGINGSSYSTEMET

- For å sikre at planlegginga vert aktivitetsbasert bør føretaket vurdere å gi sterkare signal til einingsleiarane om at dei skal sjå til tidlegare faktisk aktivitet, eventuell endring i oppgåver og liknande når dei legg budsjett og planar. Føretaket bør også vurdere å sette krav til at leiarane simulerer budsjett i utarbeidinga av planane.
- Føretaket bør vurdere om det er teneleg med krav om tettare oppfølging av EFO-budsjett, som også omfattar rapporteringsrutinar ved overskriding av budsjetta, vil kunne gjere samanhengen mellom personell, kostnader og planlegging tydelegare.
- Føretaket bør aktivt følgje opp dei einingane der leiarane tek liten del i arbeidsplanlegginga, og vurdere om det er teneleg med klåre krav til leiarinvolvering i planleggingsprosessane.
- Føretaket bør aktivt følgje opp dei einingane der det vert nytta alternative system, og ha ein dialog om kva som er til hinder for å nytte MOT-prosjektet sine verktøy og korleis ein kan leggje til rette for at einingane går over til desse verktøya.

- Føretaket bør vurdere å gi meir målretta opplæring i bruk av systemet, tilpassa dei ulike einingane sine utfordringar.
- Føretaket bør vurdere korleis bruk av ekstern innleie kan ha like tett oppfølging som ekstravakt og overtid – personalportalen kan bidra til slik oppfølging (jfr. styringsdokument 2010).
-

PROSJEKTARBEID

- Ved innføring av nye løysingar, slik som GAT, bør Helse Bergen ta omsyn til at einingane får tilstrekkeleg med tid og ressursar for å førebu seg på overgangen.

RAMMANE FOR ARBEIDSPANLEGGING

Fleire viktige mål i MOT-prosjektet krev at arbeidsplanlegginga vert nytta til å auke kapasiteten på einingane. Helse Bergen bør sjå, ikkje berre på korleis arbeidsplanlegginga vert satt i system, men og på struktur og styringsrett (rammene som arbeidsplanlegginga skjer innafor).

- Der det finst poliklinikk (berre dagarbeid) og sengepost (døgnarbeid) som nyttar same kompetanse, kan føretaket vurdere om det er teneleg å knytte alle tilsette til sengeposten slik at fleire kan dele på vakter kveld og helg.
- Der arbeidet i løpet av dagen har ein topp, kan føretaket vurdere om det er teneleg å bruke mellomvakter, ikkje låse seg til at alle skal begynne morgon, ettermiddag eller kveld
- Der einingane treng beredskap for uvanlege tilfeller, kan føretaket vurdere om den ekstra kapasiteten bør ligge på kvar einskilt eining eller også komme frå tilsette i vakt på andre einingar