



Internrevisjon
Helse Vest
Evaluering av arbeids-
planlegging i Helse Stavanger

Rapporttittel:	Arbeidsplanlegging i Helse Stavanger HF
Dato:	September 2010
Oppdragsgjevar:	Helse Vest RHF v/ revisjonskomiteen

Prosjektet er gjennomført av Deloitte AS.

Innhold

1. Innleiing	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	10
4. Føresetnader for gjennomføringa av MOT-prosjektet	12
4.1 Kultur og leing i samband med MOT-prosjektet	12
4.1.1 Revisjonskriterium	12
4.1.2 Observasjonar om kultur og leing	12
4.1.3 Vurderingar	13
4.2 Involvering og informasjon i samband med MOT-prosjektet	14
4.2.1 Revisjonskriterium	14
4.2.2 Observasjonar om samarbeid og involvering	14
4.2.3 Vurderingar	14
4.3 Prosjektarbeid, tid og ressursar	15
4.3.1 Revisjonskriterium	15
4.3.2 Observasjonar om prosjektarbeid, tid og ressursar	15
4.3.3 Vurderingar	16
5. Arbeidsplanleggingsprosessane	18
5.1 Aktivitetsplan og bemanningsplan (A1 og A2)	20
5.1.1 Revisjonskriterium	20
5.1.2 Observasjonar om korleis einingane nyttar aktivitets- og bemanningsplan	21
5.1.3 Observasjonar om input og verktøy for aktivitetsplan og bemanningsplan	22
5.1.4 Observasjonar om resultat av aktivitets- og bemanningsplan	24
5.1.5 Vurderingar knytt til aktivitetsplan og bemanningsplan	25
5.2 Arbeidsplan (A3)	26
5.2.1 Revisjonskriterium	27
5.2.2 Observasjonar om korleis einingane nyttar arbeidsplanen	27
5.2.3 Observasjonar om input og verktøy knytt til arbeidsplanen	29
5.2.4 Observasjonar om resultat av arbeidsplan	31
5.2.5 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	33
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	Vurdering av problemstillingane	38
6.2	Gevinstar for medarbeidarar.....	39
6.2.1	Observasjonar.....	39
6.2.2	Vurdering	41
6.3	Gevinstar for føretaket.....	41
6.3.1	Administrasjon (kriterium og observasjonar)	41
6.3.2	Plan og styring (kriterium og observasjonar).....	41
6.3.3	Reglar og overeinskomstar (kriterium og observasjonar)	45
6.3.4	Effektivitet (kriterium og observasjonar)	45
6.3.5	Vurderingar om gevinstar for føretaket.....	47
7.	Oppsummering og tilrådingar	48
7.1	Oppsummering	48
7.2	Tilrådingar	49

1. Innleiing

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. 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. Nokre av løysingane som MOT-prosjektet valde var identiske med løysingar som allereie var i bruk på Helse Stavanger, medan nokre element var nye og nokre innebar ei endring.

Gjennom arbeidsplanleggingsprosjektet ønskte ein å auke kvaliteten i møte med pasienten, få til ein meir livsfaseorientert personalpolitikk og utarbeide betre administrative prosessar og styringsinformasjon.

Helse Stavanger har meir enn 5500 tilsette og gir helsetenester til 320 000 menneske. Den største eininga ligg i Stavanger, men Helse Stavanger har og avdelingar, poliklinikkar, distriktopsykiatriske sentra (DPS) og ambulansestasjonar utanom Stavanger. Helse Stavanger har fem divisjonar: Kirurgisk -, Medisinsk -, Psykiatrisk -, Medisinsk service - og Intern servicedivisjon. Målt i talet på opphald er Stavanger Universitetssjukehus fjerde største sjukehus i Noreg.

¹ Prosjektet var på eit tidleg tidspunkt kalla delprosjekt ressursstyring.

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

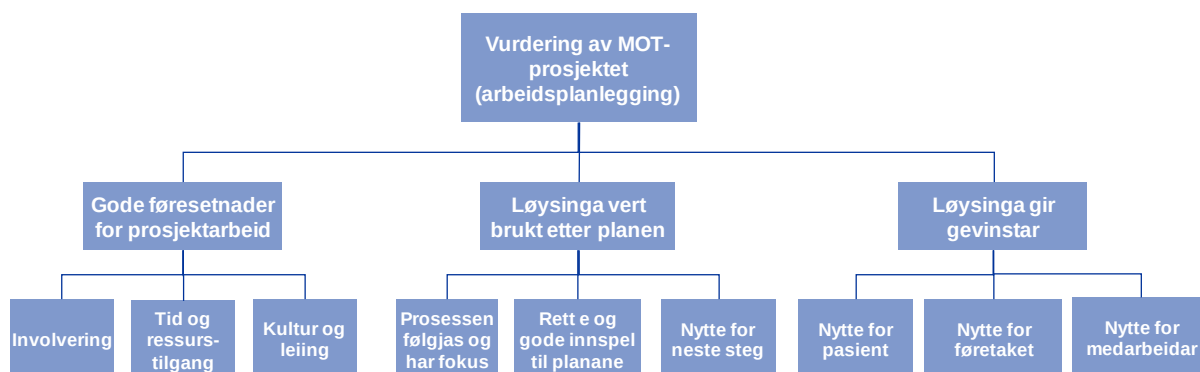
I internrevisjonen vert det skilt mellom implementeringsfasen, då MOT-prosjektet vart rulla ut i einingane, og status i dag, det vil seie tida etter implementeringa.

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, system for kompetansestyring og medarbeidaroppfølging og nytt løns- og personalsystem. 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 har vurdert arbeidsplanlegging i Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger HF.. 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 døgeret, men også einingar med enkel arbeidsplanlegging, få tilsette og dagarbeid.

Internrevisjonen har vurdert kva gevinstar MOT-prosjektet kan vise i høve til arbeidsplanlegging. Sjølv arbeidsplanleggingsprosjektet blei avslutta etter implementeringsfasen (2008), og hadde såleis ikkje prosjektstatus under internrevisjonen. Rutinar og utvikling av verktøyet er ein kontinuerlig prosess og etter prosjektfasen. Undersøkinga har vurdert resultat av prosjektet opp mot dei gevinstmåla som MOT-prosjektet sjølv sette. Desse måla var meint å gi nytte til pasientar, føretak og medarbeidarar.

3. Metode

Internrevisjonen har nytta tre typar metodar: 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 arbeidstidsbestemmelser ▪ Ledige vakter (vakante turnuslinjer) ▪ Tilsette utan arbeidsplan (i arbeidsplansystemet) ▪ 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) ▪ Retningslinjer for arbeidsplanlegging frå HF ▪ Systembeskrivingar (arbeidsplanleggingsprosess)

3.2 Spørjeundersøking

I slutten av mars sendte internrevisjonen ut eit spørjeskjema til operative leiarar i Helse Stavanger (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 dei nytta. Til saman 323 personar fekk spørsmåla og 196 personar svarte (svarprosent på 60,7 prosent). Svarprosentane er vist i tabellen under.

I tabellen 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.

Innan medisinsk service er det fleire leiarar som har svart enn det er einingar med eige avdelingsnummer. I slike tilfelle kan det vere egne leiarar for kvar spesialitet (radiolog, lege, etc.) eller egne skiftleiarar. Dersom fleire leiarar driv arbeidsplanlegging for den same gruppa, kan ein tilsett bli rekna fleire gongar i oversikta under. Dette er truleg tilfelle for medisinsk service.

Tabell 2: Respondentar fordelt på type eining

	Ikkje- medisinsk service	Medisinsk service	Pre- hospitale tenester	Psykisk helsever- n og rus	Somatikk og rehabilitering	Stab, støtte, forskning eller anna	Ikkje oppgitt	Totalt
Tal einingar med eige avdelingsnr	32	30	13	93	135	44		345
Tal leiarar på nivå 3,4 og 5	26	56	11	82	140	23		338
Av desse med e-post utan feilmelding	26	56	10	76	134	21		323
Av desse svara	11	22	5	29	56	12	61	196
Svarprosent								60,7 %

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 123 leiarar som også driv arbeidsplanlegging for fleire enn fem tilsette. I Helse Stavanger var det i same tidsrom 202 einingar der det vart lagt ned fem netto månadsverk eller meir. Også i dette høvet har undersøkinga fanga opp ca. 61 prosent av alle aktuelle einingar, sjå tabell 3.

Tabell 3: Svarprosent på einingar med meir enn fem månadsverk

	Ikkje- medisinsk service	Med. service	Pre- hospitale tenester	Psykisk helse og rus	Somatikk og re- habilitering	Stab, støtte, forskning eller anna	Ikkje oppgitt	Totalt
Tal einingar med eige avdelings- nummer og minst fem tilsette (netto månadsverk)	21	14	8	58	87	15		202
Svar frå leiar som driv arbeidsplanlegging for meir enn fem tilsette	10	18	5	28	52	9	1	123
Svarprosent	47,6 %	128,6 %	62,5 %	48,3 %	59,8 %	60,0 %		60,9 %
Tilsette på kartlagde einingar	256	775	205	771	1 585	144	40	3 776
Tal tilsette totalt (årsmelding 2008)								5 233
Svarprosent								72,2 %

Dei som har valt å svare i undersøkinga oppgjev å drive arbeidsplanlegging for til saman 3 776 tilsette.² Helse Stavanger har om lag 5200 tilsette. Etter denne måten å rekne på, dekker undersøkinga meir enn 70 prosent av dei tilsette i helseføretaket.

Svara fordeler seg mellom einingane etter omtrent same mønster som talet på tilsette (netto månadsverk) – med eitt unntak – at det er fleire svar og fleire tilsette i medisinsk service enn det som var venta.³ Med det atterhaldet, trur vi undersøkinga er representativ for Helse Stavanger.

² Ein av respondentane, som rapporterte eit usannsynleg høgt tal tilsette, vart teken ut. Ikkje alle har svart på spørsmålet.

³ 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.

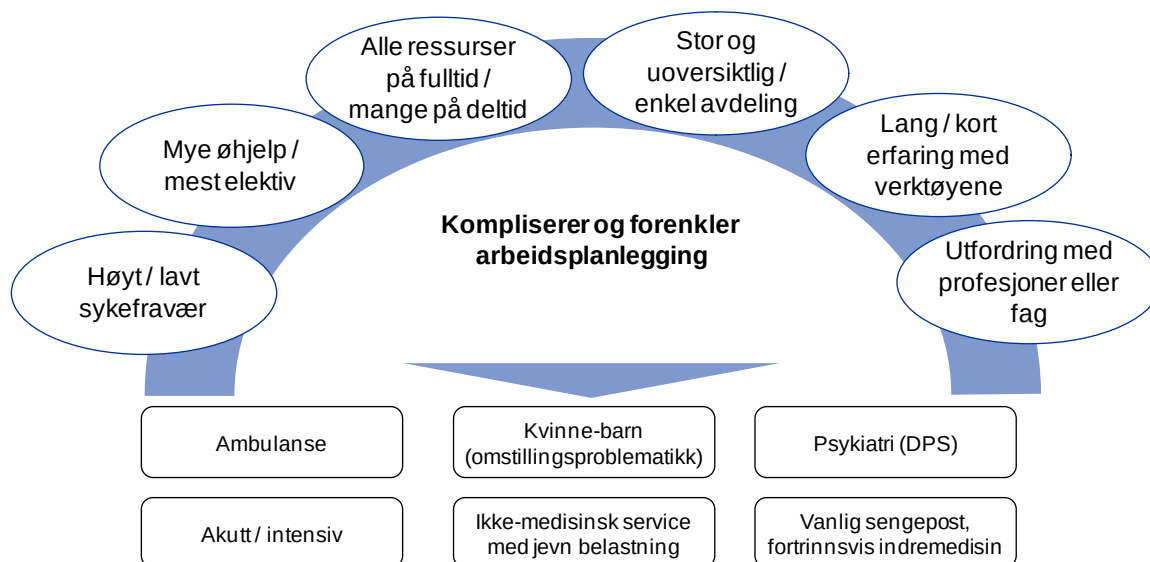
Tabell 4: fordeling av medarbeidarar i på einingar i utvalet og i heile Helse Stavanger

	Ikkje- medisinsk service	Medisinsk service	Pre- hospitale tenester	Psykisk helsevern og rus	Somatikk og re- habilitering	Stab, støtte, forskning eller anna	Ikkje oppgitt	Totalt
Fordeling av tilsette basert på netto månadsverk	8,1 %	8,8 %	3,3 %	25,2 %	49,3 %	5,3 %		100 %
Fordeling av svar i spørjeundersøkinga, ut frå tal på med- arbeidarar i dei einingane som svara	6,8 %	20,5 %	5,4 %	20,4 %	42,0 %	3,8 %	1,1 %	100 %

3.3 Intervju

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

Figur 2: Omsyn som gjer arbeidsplanlegging enklare eller vanskelegare



Leiarar og nokre tilsette ved følgjande einingar vart intervjuar:

- Ikkje-medisinsk internservice (kjøkken)
- Medisinsk serviceeining (røntgen)
- Kirurgisk sengepost
- Behandlargruppe (kirurgisk)
- Indremedisinsk sengepost
- Pre-hospitale tenester (ambulanse)
- Kvinne-barn (fødestue og sengepost)

I tillegg vart det gjennomført intervju med bemanningskoordinatorar og kontrollarar ved føretaket.

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 intervjuobjekta har verifisert.

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.⁴ 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 samanhengen mellom personalressursar, kostnader og resultat
- Planlegging knytt til aktivitet.

4.1.2 Observasjonar om kultur og leiing

I internrevisjonen si spørjeundersøking var det 101 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 (78%) av respondentane som har tatt stilling til problemstillinga, er einige eller delvis einige i at toppleiargruppa/divisjonsdirektørane støtta opp om endringsprosessane i MOT-prosjektet. Bare 6% er ueinige (sjå tabell 13.1 i vedlegget).

Dei fleste (88%) 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).

Dei fleste (85%) 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 rutineane (tabell 13.3 i vedlegget).

⁴ Dette står lista i prosjektpresentasjonen for delprosjekt "ressursstyring" på Helse Vest sine heimesider.

Desse svara viser at MOT-prosjektet hadde god forankring i leiinga, noko som også går fram av intervju med einingsleiarar.

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 71 % at MOT-prosjektet gjorde samanhengen mellom arbeidsplanlegging og kostnader tydeleg (tabell 78.2).

I spørjeundersøkinga var arbeidsplanleggingskultur eit tema. Leiarane har eit positivt inntrykk av viljen til å ta i eit tak i ein kritisk situasjon. I Helse Stavanger er 93% av leiarane einige eller delvis einige i at medarbeidarane gjer det som skal til når situasjonane krev det (tabell 76.8). Like mange oppfattar at dei tilsette er lojale mot kvarandre, og stiller opp når det er naudsynt å byte ei vakt (tabell 76.9). Samtidig er meir enn kvar fjerde leiar 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). Også intervjuar kjem det fram at det dei gjer i samband med arbeidsplanlegging ofte er ei vidareføring av vande måtar å tenkje arbeidsplanlegging på. Mellom anna blir det gitt uttrykk for at rammene for arbeidsplanlegginga gjennom året historisk har vore bestemt av sedvane og ei oppfatning av tal på stillingsheimlar. Det har vore forsøk på å endre tankegangen til einingsleiarar i retning av budsjett- og aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging, men dette området har framleis eit forbettringspotensial.

Arbeidsplanleggingskultur blant legar skil seg frå kulturen i pleiargruppa. Oppfatninga i intervjuar er at legane er fleksible og flinke til å stille opp når det er behov, men at dei ikkje er like positivt innstilte til sentrale rutinar og formalisering av arbeidsplanlegginga. Legegruppene har tradisjonelt hatt ein stor grad av sjølvstyre.

Oppsummert viser undersøkinga at arbeidsplanleggingskultur er ei utfordring for fleire einingar i Helse Stavanger.

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 Stavanger 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. Det er likevel ei utfordring for gjennomføringa av MOT-prosjektet at ein førebels ikkje i tilstrekkeleg grad har klart å omstille seg til ein kultur som ser samanhengen mellom personalressursar, kostnader og resultat.

Undersøkinga viser at utfordringane med å omstille organisasjonskulturen kan gjere det vanskeleg å drive aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging i fleire av einingane.

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 involvering.⁵

4.2.2 Observasjonar om samarbeid og involvering

I internrevisjonen si spørjeundersøking var det 101 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 64 % 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 stab, støtte, forskning og psykisk helsevern er over 80 % einig eller delvis einige i at det var eit godt samarbeid. I avdelingar som driv med somatisk behandling og diagnostikk, ikkje-medisinsk service og medisinsk service ligg delen einige og delvis einige på rundt 50%. Det er med andre ord ulik oppfatning av om samarbeidet var tilstrekkeleg godt.

Det kjem ikkje fram i intervju at det var særlege utfordringar knytt til å involvere dei tillitsvalde i implementeringa. Bemanningskoordinatorar fortel i intervju at dei tillitsvalde i stor utstrekning vart involvert i arbeidet med å legge inn dei første bemanningsplanane i arbeidsplanleggingssystemet.

34 % er heilt eller delvis ueinige i at medarbeidarane hadde tilstrekkeleg informasjon om nye rutinar i samband med MOT-prosjektet (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

4.2.3 Vurderingar

Det kjem ikkje fram opplysningar som tydar på at *samarbeid* mellom tillitsvalde, medarbeidarar og leiarar gjennomgåande har vore ei utfordring. Undersøkinga indikerer likevel at graden av samarbeid mellom aktørane har variert frå eining til eining, og at det i nokre einingar vert oppgitt at det i for liten grad har vore eit tilfredsstillande samarbeid.

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 ein del som gir uttrykk for at informasjonen i prosjektet kunne vore betre.

⁵ "Oppbygging av en kommunikasjonsplan som sikrar at medarbeidarar, tillitsvalde og leiarar opplever involvering."

4.3 Prosjektarbeid, tid og ressursar

4.3.1 Revisjonskriterium

Følgjande suksesskriterium i prosjektet var knytt til prosjektarbeid, tid og ressursar:⁶

- 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 starta sommaren 2007. Implementeringa 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. Implementeringa av arbeidsplansystemet på einingane gjekk fort. Helse Stavanger fekk på plass eit nytt arbeidsplanleggingssystem i løpet av nokre månader i 2007.

Det går fram av undersøkinga at arbeidsplanleggingsmodulen i MOT-prosjektet vart teke i bruk utan at all funksjonalitet var på plass. I intervju kjem det fram fleire problem. Mellom anna at systemet ikkje var tilrettelagt for organiseringa av arbeidsplanlegging for legar slik legane var vande med å planlegge. Nokre av problema, til dømes problem med at tilsette som skulle inn i arbeidsplanen ikkje låg i oversikta over medarbeidarar, skuldast arbeidet med kvalitetssikring av informasjon i register, som skjedde på same tid som implementeringa av arbeidsplanleggingssystem.

Det går fram av intervju at bemanningskoordinatorar og ansvarlege for prosjektet fortløpande følgde opp feil og manglar i systemet, og kontinuerleg kom med utbetningsoppmodingar for å få utvikla systemet slik at det var mest mogleg føremålstenleg for å få til ei god arbeidsplanlegging i Helse Stavanger.

Eit stort fleirtal av leiarane meiner dei mangla tid til opplæring, og særleg tid til å gjere planarbeid. Også i intervju fortel leiarar om knapp tid til planarbeid.

I intervju kjem det fram at prosessen med tilsetting av bemanningskoordinatorar til dels var prega av hastverk. Då bemanningskoordinatorane blei tilsett hadde ein enno ikkje full oversikt over kva denne rolla skulle nyttast til.

Når det gjeld opplæring kjem det fram i intervju at opplæringstilbodet kunne vore betre, mellom anna at det burde vore meir tilpassa dei ulike brukargruppene sine behov.⁷

I spørjeundersøkinga delte internrevisjonen problemstillingane inn i fleire tema for å sjå på føresetnadene for å ta nytt system og nye rutinar i bruk. Tabellen på neste side summerer opp vurderingane gitt av 101 leiarar som dreiv arbeidsplanlegging på den tida dei nye rutineane blei implementert, eller som var med i lokale prosjektgrupper i samband med MOT-prosjektet.

⁶ 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.

⁷ Til dømes tilsette med låg IKT-kompetanse, som til dels vert oppgitt å ikkje klare å nyttiggjere seg Min GAT.

Tabell 5: Leiurar si vurdering av føresetnader for å få på plass nytt arbeidsplanleggingssystem

Tema	Heilt eller delvis einig	Heilt eller delvis ueinig	Observasjon
Alle brukartilgangar og all programvare var på plass i tide for implementeringa (tabell 14.1)	27,8 %	61,3 %	Det er her ingen signifikante forskjellar mellom dei ulike einingane.
Løn vart rett kalkulert (tabell 14.2)	35,0 %	41,0 %	Det er her ingen signifikante forskjellar mellom dei ulike einingane.
Varslar om brot på AML-bestemmingane fungerte slik dei var meint (tabell 14.3)	52,0 %	32,0 %	
Alle tilsette på mi eining låg i oversikta, slik at eg kunne legge dei inn i arbeidsplanen (tabell 14.4)	50,5 %	39,6 %	
Alle naudsynte kodar var på plass i systemet, slik at eg kunne legge ein bemanningsplan på det detaljeringsnivået eg trong (tabell 14.5)	41,0 %	47,0 %	
Eg fekk tilstrekkeleg med tid og rettleiing, slik at eg kunne lære meg systemet (tabell 14.6)	38,0 %	56,0 %	Bare i medisinsk service einingar er eit fleirtal samde i at det var nok tid og rettleiing.
Dei tilsette fekk tilstrekkeleg opplæring, brukarrettleiing og støtte, slik at dei kunne nytte systemet til sitt føremål (tabell 14.7)	46,0 %	49,0 %	Psykisk helsevern skil seg ut positivt: berre 27 prosent er ueinige i at tilsette hadde nok støtte
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)	29,7 %	65,4 %	Psykisk helsevern skil seg ut positivt: 59 prosent er einige i at det var nok ressursar til planarbeid. Ved einingar knytt til somatikk og stab/støtte/forsking er 85% ikkje nøgd med ressurstilgangen.

4.3.3 Vurderingar

Helse Stavanger fortener ros for å ha lukkast i å få på plass eit nytt og omfattande arbeidsplanleggingssystem på kort tid. På den andre sida måtte føretaket i mange tilfelle ta i bruk eit system som mangla naudsynte element. Internrevisjonen vil peike på at mange einingar

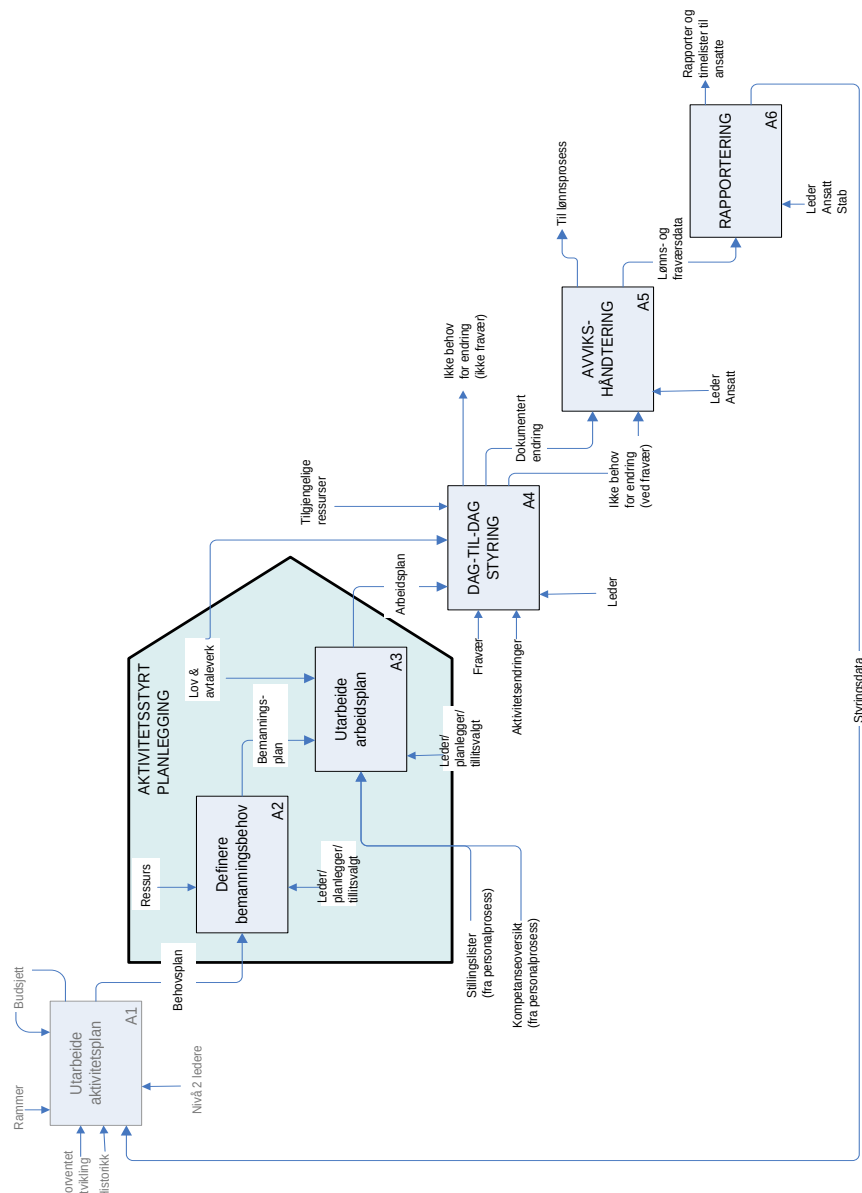
hadde knapp tid til førebuing, og at ein stor del svarer at dei tilsette ikkje fekk tilstrekkeleg opplæring. Sett i ettertid tyder dette på at avsetting av tid og ressursar kunne vore betre.

Undersøkinga har synleggjort at dei ansvarlege for GAT i Helse Stavanger har stor fagleg kompetanse og oversikt over systemet, og har vist stor evne til kontinuierleg fokus og forbetningsarbeid.

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.

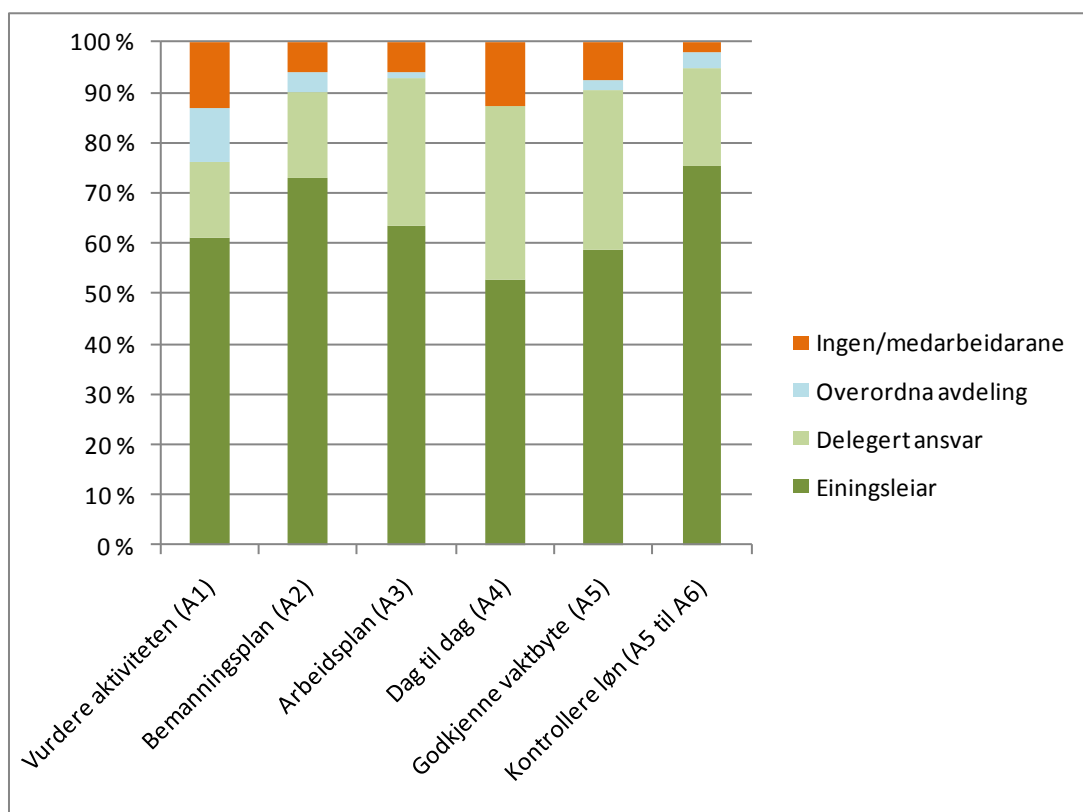
Figur: 3 Arbeidsplanleggingsprosessen slik han vart skissert av MOT-prosjektet



Det første trinnet i prosessen (A1) er å sjå på framtidig aktivitetsnivå 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 (76 %) driv arbeidsplanlegging for ei eining; eit mindretal (24 %) 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.

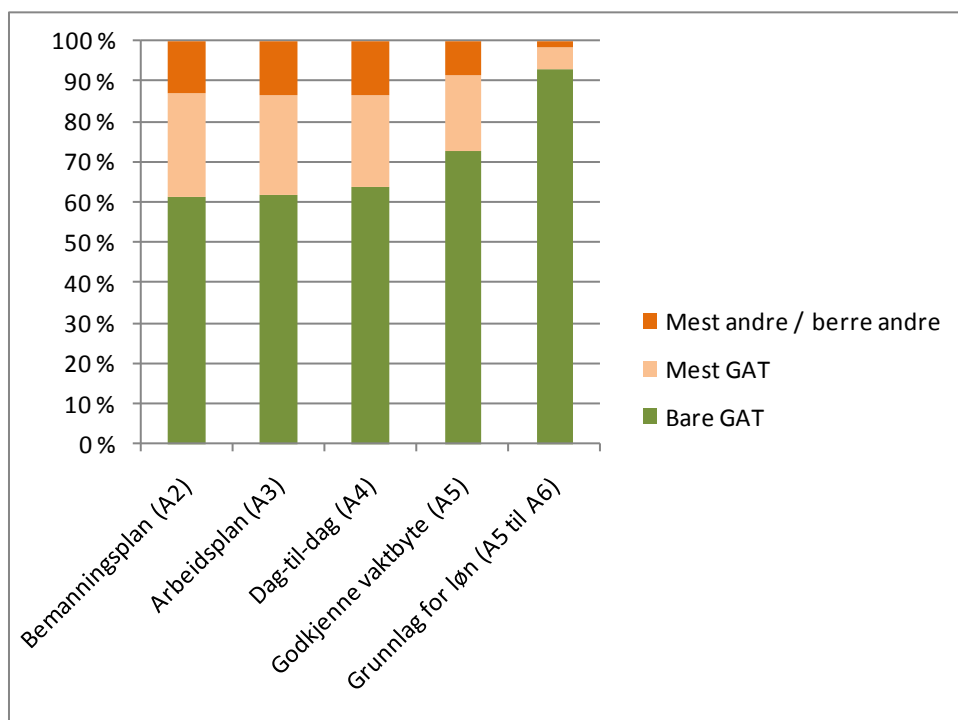
Figur 4: Kven handterer arbeidsplanlegging på einingane⁸



Eit anna hovudpunkt i undersøkinga har vore om leiarane brukar dei rutinar og system som Helse Vest har implementert. Figuren 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.

⁸ For bakgrunnstal, sjå tabell 18 og 19 i vedlegget.

Figur 5: Verktøy som vart nytta i arbeidsplanleggingsprosessane⁹



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 omskapte 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 18). 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

⁹ 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.

- Om leiar tar ansvar for bemanningsplan og aktivitetsplan
- Om bemanningsplanlegging vert gjort i GAT og er kopla med andre prosessar i arbeidsplanlegginga

5.1.2 Observasjonar om korleis einingane nyttar aktivitets- og bemanningsplan

Undersøkinga har sett på kven som lagar aktivitetsplan (A1). Dei fleste einingsleiarane (61,0 %) utarbeider aktivitetsplanen sjølv, aleine eller med støtte (tabell 18.1). Det er ikkje uvanleg eller unaturleg at slik planlegging skjer sentralt eller av overordna eining (11,0%), 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 (14,9%), men 13% 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, rehabilitering, ikkje-medisinsk service og stab/støtte/forsking, er det over 80 % av respondentane som oppgjev at einingsleiar sjølv legg aktivitetsplan. På einingar som driv somatisk behandling, diagnostikk og pre-hospitale tenester er det om lag 60 % som oppgjev at einingsleiar sjølv legg aktivitetsplan, medan det tilsvarande talet for medisinsk service er 24 %. Undersøkinga viser at det er for lite leiarfokus på aktivitetsplanen. Dersom ikkje eininga har klåre oppfatningar om kor mykje det er forventa at dei skal gjere, er det vanskeleg å legge ein forsvarleg bemanningsplan i neste steg. Ein forklaring som går igjen i intervjuet er at den vanlege budsjettprosessen ikkje er nært kopla med tenking om aktivitetsplan i einingane.

Undersøkinga har sett på kven som lagar bemanningsplan (A2). Bemanningsplan vert i større grad (73,0%) utarbeidd av leiarane (tabell 18.2 i vedlegget). Berre eit lite mindretal (5,9 %) oppgjev at dei ikkje har formelle rutinar eller at medarbeidarane handterer dette sjølv. Også her ser ein skilnader mellom ulike typar avdelingar. På einingar med oppgåver innan ikkje-medisinsk service, psykisk helsevern, stab/støtte/forsking, pre-hospitale tenester, rehabilitering og somatisk behandling, oppgjev over 75% av respondentane at bemanningsplanen blir lagt av einingsleiar, mens talet for medisinsk service er 59%. Når det gjeld bemanningsplan er det bare einingar med oppgåver innan psykisk helsevern som i betydeleg grad (11 %) ikkje har formelle rutinar eller lar medarbeidarane handtere oppgåva sjølve. Arbeidet med bemanningsplan er betre forankra hos leiarane enn arbeidet med aktivitetsplan.

Sjølv om arbeidet med bemanningsplan er forankra hos leiar, tyder svara frå leiarane på at bemanningsplan (og aktivitetsplan) ikkje alltid er fullgode verktøy for strategisk planlegging. Tabellen på neste side 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.

Tabell 6: Kva som får einingane til å endre bemanningsplanen¹⁰

Situasjon	Prosent som seier dei endrar bemanningsplanen på si eining
Vi endrar ikkje bemanningsplanen - den ligg fast	30,6%
Når eininga får nytt budsjett	18,4%
Når eininga får fleire eller færre tilsette	53,1%
Når det er på tide å lage ein ny arbeidsplan	53,1%
Dersom eininga får meir å gjere	40,8%
Dersom eininga får mindre å gjere	30,6%

Ut frå svara er det ikkje uvanleg at bemanningsplanen ligg uendra. Det er uvanleg å vurdere bemanningsplan i samband med nye budsjett eller når einingar får mindre å gjere. Den vanlegaste årsaka til å endre ein bemanningsplan, er at eininga skal sette opp ein ny arbeidsplan. Sagt på ein annan måte, i høve til bemanningsplan er det oftare praktiske omsyn enn føretaksstrategi som avgjer utfallet. Økonomiske omsyn spelar ei lita rolle i arbeidet med bemanningsplan.

Sjølv om tabellen over berre har informasjon frå einingar som driv behandling heile døgnet, trur internrevisjonen at biletet er det same på alle einingar. Også i intervju står bemanningsplanen fram som statisk: han ligg i grove trekk fast. Årsaka ligg i nokon utstrekning i at arbeidet med aktivitetsplan ikkje har naudsynt fokus, men det er også ei bevisst val å ikkje ta inn i bemanningsplanen konsekvensen av knappe ressursar.¹¹ Årsaka er dels uvilje mot å gi legitimitet til eit nivå på bemanninga som leiinga på sikt ikkje ynskjer – og dels at det er mindre vanskeleg å prioritere hardt etter at problema er eit faktum enn før problema oppstår.¹²

Aktivitetsplanane vert i stor grad styrt av aktiviteten og budsjetta året før. I intervju er det ikkje vanleg å høyre om tilfelle der økonomien styrer kor høg bemanninga skal vere. Det er meir vanleg å høyre at aktiviteten er eit resultat av talet på stillingar. I andre tilfelle er det utstyr og infrastruktur som i praksis gir eit aktivitetsnivå og ein bemanningsplan – til dømes talet på ambulansar og røntgenapparat 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 (A1). Det er starta eit arbeid for å laga rettleingar om god aktivitetsplanlegging.

¹⁰ Spørsmålet er berre stilt til einingar som driv med døgntkontinuerlig drift knytt til pasientbehandling. I Helse Stavanger har 49 einingar svara på spørsmåla. Sjå tabell 46.1.

¹¹ Eksempel: ei eining vil få meir å gjere i august enn i mars, men fordeler endå dei (knappe) ressursane jamt. Internrevisjonen har ikkje kompetanse til å avgjere om bemanninga i mars er forsvarleg, men det er ikkje tvil om at ein pasient i august blir handsama dårlegare enn den som kjem i mars.

¹² Det er vanskeleg for føretaket å nekta einingar å sette på fleire medarbeidarar enn budsjetta tillet når det er ekstra mykje å gjere, og dei tilsette har ganske høg toleranse for skipptak (sjå kapittel .1 og oppfatninga om medarbeidarane gjer det som skal til når situasjonen krev det i tabell 76.8).

Det er systemstøtte for å lage bemanningsplanar.

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 einingar (13,1%) lagar bemanningsplan utan å nytte GAT eller mest utan å nytte GAT. Å ikkje nytte arbeidsplanleggingssystemet er mest vanleg i einingar under stab, støtte og forskning (25%) og ikkje-medisinsk service (27%). I intervjuar har det ikkje kome fram informasjon om bruken av skuggesystem til å lage bemanningsplan, men i einingar med ein veldig enkel bemanningsplan er systemstøtte kanskje ikkje naudsynt. Bemanningsplanen blir i dei fleste tilhøve laga med dei verktøy og rutinar som MOT-prosjektet etablerte.

Internrevisjonen har spurt leiarane 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*¹³ for arbeidet med aktivitetsplan og budsjett, om dei *hadde* slik informasjon, og om dei *nytta* informasjonen. Svara ligg i tabellen under.

Tabell 7: Informasjon til arbeidet med budsjett og aktivitetsplan¹⁴. Tal på respondentar

	Slik informasjon er nyttig	Vi hadde slik informasjon	Vi nytta slik informasjon
Informasjon frå GAT om sjukefråvær	26	25	19
Informasjon frå GAT om kor mye ekstravakt og overtid som var nødvendig	18	22	18
Informasjon frå GAT om fordeling av ferie i fjor	22	26	15
Budsjettssimulatoren i GAT for å sjå samanhengen mellom lønnskostnader og den bemanninga vi ønskjer	23	12	8
Informasjon frå pasientadministrative system om kva tid på døgneret og kva tid på året som aktiviteten var høg	24	17	6

Svara tyder på at mange ønskjer å simulere bemanningskostnad (60,5%), men få har klart å dra nytte av slik funksjonalitet (21,1%).

Eit anna område som skil seg ut er i kva grad einingane klarer å nytte informasjon om kva tid på døgneret og kva tid på året som aktiviteten var høg. Mange (61,5%) seier slik informasjon er nyttig, men det var ikkje vanleg å ha slik informasjon, og svært få (15,4%) nytta slik informasjon. Når

¹³ Uavhengig av om dei hadde slik informasjon eller ikkje

¹⁴ For talgrunnlag, sjå tabell 40.1 til og med 40.5. Utvalet er dei som driver arbeidsplanlegging på einingar med pasientar heile døgneret. Mellom 38 og 48 personar har svart.

mange meiner informasjonen er nyttig, men få tek han i bruk, ligg utfordringa truleg i å gjere informasjonen tilgjengeleg og anvendeleg.

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 leiarar ved einingar med pasientbehandling heile døgret om dei tok imot innspel frå andre einingar i arbeidet med aktivitetsplan. Det er ikkje mange (31,3%) som seier at dei fekk innspel frå andre einingar – enda færre av leiarane (14,0%) meiner dei fekk gi innspel til arbeidet på andre einingar (tabell 41.2 og 41.3 i vedlegget). I Helse Stavanger 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.

Det varierer i kva grad dei som driv arbeidsplanlegging meiner at bemanningskoordinatorane forstår eininga sitt behov, og i kva grad dei hentar inn bemanningskoordinatorar for å hjelpe til med bemanningsplanlegginga.

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 58 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). Mindre enn ein av fire er einig eller delvis einig i at budsjett er rettferdige (sjå tabell 42.2). Under halvparten av respondentane er einig eller delvis einig i at arbeidet med aktivitetsplanen sikra tilstrekkelige ressursar til å ha ei forsvarlig grunnbemanning. På einingar som driv somatisk behandling og diagnostikk er 73 % av respondentane ueinige eller delvis ueinige i at arbeidet med aktivitetsplan sikra forsvarleg grunnbemanninga (tabell 42.3).

Om leiarane er pessimistiske til om planarbeidet kan sikre gode rammar, er dei til gjengjeld positive til at planlegging kan gi betre praktisk arbeidsplanlegging. På viktige område meiner leiarane dei får hjelp av bemanningsplanen i det vidare arbeidet. Tabellen på neste side gir fleire detaljar. Utvalet er berre leiarar på einingar med pasientbehandling.

Tabell 8: Leiarars vurdering av føresetnader for å få på plass eit nytt arbeidsplanleggingssystem

Tema	Heilt eller delvis einig	Heilt eller delvis ueinig	Observasjon
Bemanningsplan gjer det enklare å lage ein arbeidsplan med rett kompetanse (tabell 48.1)	75,5%	20,4%	Eit 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)	85,7%	10,2%	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)	81,7%	12,2%	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)	69,5%	22,4%	Mange, 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)	50,0%	48,0%	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)	36,0%	62,0%	Kontrollspørsmål om bemanningsplan kan nyttast – to av tre 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 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.

Det er ikkje tilfredsstillande at fleire leiarar ikkje tar del i aktivitetsplanlegging. I følgje prosjektskissa til MOT-prosjektet er aktivitetsplan ein føresetnad for god arbeidsplanlegging vidare.

Det er ein del teikn på at bemanningsplanen ofte ligg fast og at einingane for sjeldan utfordrar seg sjølve på om bemanninga er rett i høve til aktivitet og budsjett. Økonomiske omsyn har etter revisjonen si meining ei for lita rolle i arbeidet med bemanningsplan. Undersøkinga viser at leiarane seier at dei ofte er ukomfortable med den budsjettramma dei skal planlegge innafor. Helseføretaket må syte for at det vert ein kultur som sikrar ei realistisk planlegging som tek vare på samanhengen mellom mål, ressursar og virkemiddel. Internrevisjonen finn det positivt at

leiarane meiner at bemanningsplanen er til hjelp i å lage praktisk arbeidsplan og fordele medarbeidarar til vakter.

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 sørge for at det vert meir vanleg å hente innspel frå andre einingar enn si eiga i arbeidet med aktivitetsplan.

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 sjølvagde. Dersom eininga har dagarbeid, 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.

I utvalet – og i Helse Stavanger samla – er det eit stort tal ulike arbeidstidsordningar, men det er få som bruker ordningar som gjer det enkelt å drive aktivitetsbasert arbeidsplanlegging: kalenderplan eller repeterande arbeidsplan med opningar for tilpassa plan (ønskjeturnus).

Tabell 9: Kjenneteikn for arbeidstidsordninga på einingane

	Dag-arbeid	Dag-arbeid + vakt-ordning	Arbeidsplan som rullerer	Repeterande arbeidsplan med opning for tilpassa plan	Kalenderplan (rullerer ikkje)	Skift-arbeid	Sum
Ikkje-medisinsk service	4	3	6	1	0	0	14
Medisinsk service	5	10	6	4	0	0	25
Pre-hospitale tenester	0	2	2	0	0	2	6
Psykisk helsevern og rus	12	4	14	1	1	2	34
Somatikk og rehabilitering	14	16	20	8	0	4	62
Stab, støtte, forskning	6	3	3	1	0	0	13
Totalt	41	38	51	15	1	8	154

På einingar med repeterande turnus, 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).

Sjølv om mange har ein arbeidsplan som gjer at dei kan framskrive arbeidstida si langt fram, publiserer ikkje Helse Stavanger vaktplanen langt fram i tid. Det er uvanleg med færre enn tre

planperiodar og mange lagar seks eller fleire arbeidsplanar i løpet av eit år.¹⁵ Langt dei fleste einingane lagar egne 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 (tabell 57.4). Feriane forklarar med andre ord mye av arbeidsplanlegginga. Det er uvanleg at einingar lagar egne arbeidsplanar for å handtere periodar med høg (tabell 57.5) eller låg pågang (tabell 57.6).

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 18). 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 korleis einingane nyttar arbeidsplanen

I Helse Stavanger er det i hovudsak operativ leiar som sjølv lagar arbeidsplan – sjå tabell nedanfor. Undersøkinga gir ikkje noko grunnlag for å seie noko om dei få tilfella der leiaren ikkje er direkte engasjert, bortsett frå eit par som forklarar at arbeidsplanen er enkel og organiseringa uformell.

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

Svaralternativ	Svar	Prosent
Einingsleiar gjer dette sjølv (aleine eller med støtte)	97	63,4 %
Einingsleiar har delegert dette	45	29,4 %
Dette vert gjort sentralt eller av overordna avdeling	2	1,3 %
Dette har vi ikkje nokre formelle rutinar for	2	1,3 %
Medarbeidarane handterer oppgåva sjølv innanfor gitte rammer	7	4,6 %

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

Ein god del leiarar har delegert arbeidet med arbeidsplanen. Grunnane til å delegere er kartlagde i undersøkinga. Leiarane er bedt om å si seg eining eller ueining i om:

¹⁵ Jamfør tabell 54, "Kor ofte får medarbeidarane på di eining vite kven som skal vere på jobb til kva tid (arbeidsplan)? Mange (40,2%) svarar seks gonger i året eller oftare, men det kan vere at spørsmålet er misforstått slik at svara også gjeld byter og endringar i vaktplan (sjølv om arbeidsplanen låg fast).

- Arbeidsplanlegginga er så fastlagd at ho er blitt ei rutineoppgåve som ikkje bør vere ein del av leiaren sine arbeidsoppgåver (34,4 prosent heilt eller delvis einig), sjå tabell 20.4
- AML-reglar og tariffavtalar er kompliserte, det er betre å delegere arbeidet med å lage arbeidsplan til nokon som kan reglane (41,3 heilt 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 (52,8% heilt eller delvis einig), sjå tabell 20.1
- Arbeidsplanlegging tar så mye tid at leiaren må delegere slike arbeidsoppgåver (62,9% heilt eller delvis einig), sjå tabell 20.3

Sagt på ein annan måte: av ulike årsaker til ikkje å gjere arbeidsplanlegging sjølv, er tidsbruken viktigast, følgd av systemet (IKT), regelverket for arbeidslivet. Det er få som meiner arbeidsplanlegging er ei rein rutine. Blant leiarar i Helse Stavanger er det få som er ueinig i at arbeidsplanlegging er eit viktig styringsverktøy og at leiar må ha ansvaret for oppgåva, sjå tabell 20.5.

I mange tilfelle er grunnlaget for arbeidsplanen ein repeterande turnus eller reint dagarbeid. Da er basisen lagt frå før. Likevel er prosessen arbeidskrevjande. Tabellen under viser kor mykje tid dei ansvarlege på ei avdeling trong for å lage ein arbeidsplan. Det er stort sprik utvalet – det går med alt frå ein dag eller mindre til fleire veker. Einingar med dagarbeid bruker kortare tid enn einingar med ulike former for repeterande turnus. Talet på tilsette med kalenderplan er så lite at denne gruppa ikkje er tatt med i tabellen.¹⁶

Tabell 11: Tidsbruk for alle involvert i å lage arbeidsplan i høve til arbeidstidsordning

	Dagarbeid	Dagarbeid kombinert med vaktordningar	Skiftarbeid	Repeterande arbeidsplan	Rullerande arbeidsplan med tilpassing
Ein dag eller mindre	10	5			1
Ein til to dagar	4	6		5	3
To til tre dagar	3	8	1	7	1
Fire til fem dagar	1	3	3	3	
Ei veke	1	5	2	4	1
Ei til to veker	1			5	2
To veker eller meir	1	1		3	1
Ikkje svar	25	13	3	24	4
Totalt	45	52	9	51	15

Ikkje uventa tek det lenger tid for store einingar enn for små einingar (sjå tabell under). Den typiske (median) tidsbruken for å lage ein arbeidsplan er to til tre dagar, men blant store einingar (ofte med repeterande arbeidsplan) er det mange som trong betydeleg meir tid – ei veke eller meir.

Tabell 12: Tidsbruk knytt til det å lage arbeidsplan – store og små einingar

	Færre enn 20 medarbeidarar	Fleire enn 20 medarbeidarar
Ein dag eller mindre	12	3
Ein til to dagar	8	6

¹⁶ Eit mindre tal leiarar har svart at deira eining har fleire typar arbeidstidsordning, til dømes både repeterande turnus og dagarbeid. Dette er tatt med i fleire kolonnar i tabellen.

To til tre dagar	6	10
Fire til fem dagar	2	8
Ei veke	4	7
Ei til to veker	1	4
To veker eller meir		4
Ikkje svar	34	27
Totalt	67	69

5.2.3 Observasjonar om input og verktøy knytt til arbeidsplanen

Helse Vest har tatt i bruk programvare frå GAT for arbeidsplanlegging. Å bruke dette arbeidsplanleggingssystemet er obligatorisk, og utan at det ligg noko informasjon i systemet er det knapt mogleg å få utbetalt variabel løn i Helse Stavanger. 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.

Tabell 13: Verktøy i bruk for å lage arbeidsplan / turnus

Alternativ	Tal	Prosent
Berre GAT	87	61,7 %
GAT mest, men også andre	35	24,8 %
Mest andre, GAT når vi må	9	6,4 %
Berre andre verktøy	10	7,1 %
Totalt	141	100,0 %

Lista under er ei oppsummering frå spørjeundersøkinga av grunngevingar som er nytta for ikkje å bruke GAT (aleine). Mange av argumenta er knytt til behandlargrupper (legar, psykologar eller liknande). Følgjande er gitt som årsaker til ikkje å nytte GAT:

- At eininga har laga skreddarsydde tilstadelister som passer akkurat til stabens vaktplan og arbeidsstad
- At GAT er for knytt til skiftarbeid og kontroll med skiftarbeid – til pleiargruppa og ikkje til legegruppa
- At legegruppa vert styrt mest etter oppgåver som fordelast ut frå kompetanse
- At einingar har eit enkelt arbeidsplansystem i Word er betre til å halde orden på ferie og særskilt friveke
- At [arbeids]bankstatus i Gat er ikkje er korrekt og er ikkje uoversiktleg med omsyn til totalt ferieuttak
- At ferieplanlegging levert i Dash [sic] blir uoversiktlig og vert heller gjort på papirskjema.
- At arbeidslister også må førast på papir fordi det er lang ventetid frå tilsetjing til nyttilsette er registrert i GAT.
- At manuelle system er enklare å drifte og meir fleksible
- At legar har egne vaktplanar som dei ynskjer å få på papir slik at dei slepp å gå ofte inn i GAT
- At det tek for lang tid å gå inn på verktøyet, ikkje nok maskiner, ikkje nok kontorplass rundt omkring

- Papir/ regneark system som kan skrivast ut og diskuterast - det endelige resultat vert så lagt inn i GAT
- At vakt- og arbeidsplanar for legar skjer i samanheng med fordelinga av konkrete arbeidsoppgåver og at dette ikkje kan gjerast i GAT i dag.

Grunnane til ikkje å nytte arbeidsplanleggingssystemet er dels knytt til at systemet manglar ein eller annan detaljert funksjon, dels at systemet kan vere tungvint for nokre formål. Det er i legegruppa at det er flest motsegn mot GAT og det er i denne gruppa det oftast har valt å stase på andre system for å planlegge arbeidet. I materialet frå spørjeundersøkinga er det 16 svar frå behandlargrupper / legegrupper. Blant dei som har forklart kva slags verktøy dei nyttar for arbeidsplanlegging er det slik at halvdelen berre brukar GAT (eller GAT saman med andre verktøy) – den andre halvdelen bruker berre andre verktøy (eller GAT når dei må). For legegruppa er det ikkje uvanleg å meine at verktøyet er laga for pleiegruppa og *derfor* ikkje passer for leger.

I følgje intervjuet er det og leger i leiarposisjon som meiner – ikkje berre at arbeidsplanleggingssystemet kan nyttast – men at det er gevinstar knytt til å nytte til dette:

- I store einingar er det naudsynt med oversikt – den som har ansvaret treng og å vite kven som er på jobb og at nokon er på jobb
- Legen bør kunne få vite på førehand kor han skal arbeide
- Leiar treng den type samla oversikt som arbeidsplanleggingssystemet gir for å kunne grunngi kor langt ressursane rekk

Ut over legane er det mange leiarar som manglar ein eller annan oversikt som er naudsynt for å lage arbeidsplanen, til dømes oversikt over fagbrev i ambulansen, systemkompetanse blant radiografar, eller system for å ha ein kjønnsbalanse på kvar vakt (eit tilfelle i psykisk helsevern).¹⁷

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

- Tilsetteoversikt (74,4 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare) – sjå tabell 63.1
- Oversikt over ønske frå medarbeidarar (73 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare) – sjå tabell 63.6
- Oversikt over avvik mellom bemanningsplan og faktisk plan (47,5 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare) – sjå tabell 63.7
- Det å kunne kopiere informasjon inn i dei nye planane (50,0 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare) – sjå tabell 63.8

I Helse Stavanger er organiseringa på lågaste nivå slik at tilsette har leiarar og kollegaer med same oppgåve eller same profesjon (postvert rapporterer til kjøkken, legar til legar, ambulansearbeidar til ambulansesjef). Arbeidsplanlegginga skjer mellom kollegaer og same type ressursar må sjåast i samanheng. Det er uvanleg med arbeidsplanlegging på tvers av einingar. Fordi mykje samhandling er rutine er det ikkje alltid naudsynt å sjå arbeidsplanane i samanheng, men det er og tilfelle på regelrett sløsing med ressursar, til dømes pleiarar som går på jobb på poliklinikk sjølv om legen er på kurs.

¹⁷ Kompetanseplanen var enda ikkje integrert med arbeidsplansystemet i april 2010, I høve til planane i Helse Vest (styresak mai 2010) blir integrasjonen mellom arbeidsplan og kompetanse nå slått på. Kompetanseplanen vart ikkje lagt inn frå starten fordi planane først måtte bli lagt i ein samtale mellom leiarar og medarbeidarar.

5.2.4 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 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). Dei einingane som behandlar pasientar varierer ikkje arbeidsinnsatsen meir enn andre; kjøkken, reinhald og vaskeri seier i større utstrekning at dei tar bemanninga opp og ned enn kva tilfellet er i til dømes psykiatrien. Mange einingar har jamt høg aktivitet, eller så uføreseieleg aktivitet at det er vanskeleg å planlegge. Slike tilhøve kan ikkje forklare variasjonen mellom til dømes somatikk og psykiatri og serviceeiningar. Dei einingane som behandlar pasientar varierer i liten grad aktiviteten.

Tabell 14: Talet på leiarar som er einige eller ueinige i at talet på ressursar i arbeidsplanen varierer frå veke til veke ut frå overslaga om aktiviteten

	Einig	Delvis einig	Delvis ueinig	Ueinig	Veit ikkje	Tal einige / tal ueinige
Ikkje-medisinsk service (Reinhald, vaskeri, kjøkken, teknisk, og liknande)	1	3		5		80,00 %
Medisinsk service (Lab, røntgen, patologi, etc.)	1	5	2	7	2	66,67 %
Pre-hospitale tenester	1			2	1	50,00 %
Psykisk helsevern og rus	2	2	3	13	2	23,53 %
Somatikk og rehabilitering	7	8	3	22	3	59,26 %
Stab, støtte, forskning eller anna	1	1	1	3	2	50,00 %
Totalt	14	20	9	56	13	52,31 %

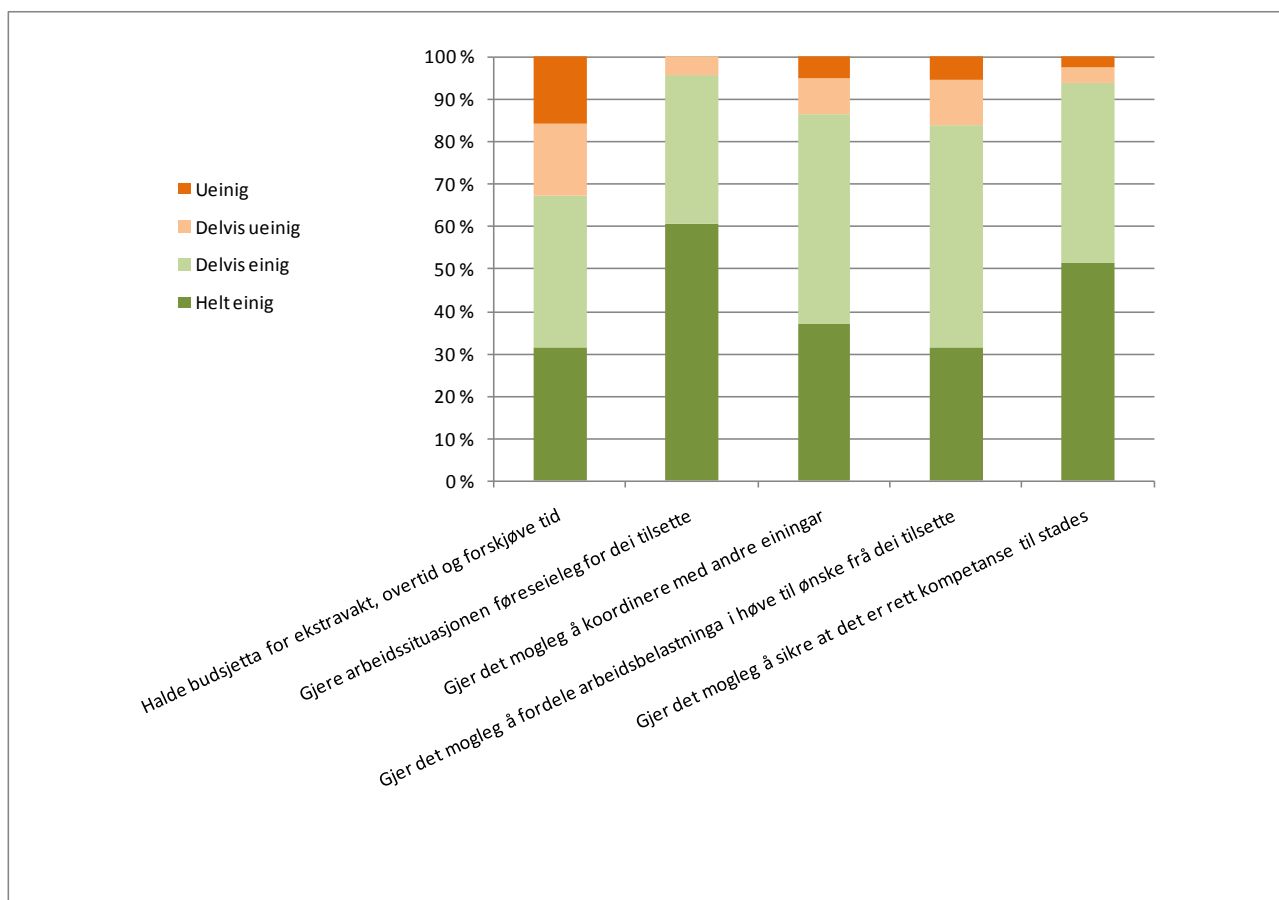
Det er ikkje vanleg å lage seg egne arbeidsplanar for periodar med høg eller låg aktivitet (sjå tabell 57.5 og 57.6).

Leiarar i Helse Stavanger har blitt bedne om å ta stilling til ein serie påstandar om kalenderplan, med andre ord ein plan der vaktene ikkje følgjer eit mønster som er gitt på førehand (repeterande arbeidsplan), men der leiar har større handlingsrom. Slike ordingar er ikkje i vanleg bruk i Helse Stavanger og langt dei fleste vel ikkje å svare på spørsmåla (sjå tabell 53.1 til og med 53.7). Den type arbeidsplanlegging som gjer føretaka mest fleksibilitet er ikkje i vanleg bruk i Helse Stavanger per mars 2010.

Når leiarar blir bedne om å vurdere fordelar og ulemper med kalenderplan, er det eit fleirtal av dei som svarar positive til kalenderplan. Det mest eintydige argumentet er at kalenderplanen gjer det enklare å dekkje inn planlagd fråvær, til dømes feriar og kurs (tabell 53.3) og at det blir enklare å ta omsyn til ønske frå dei tilsette (tabell 53.4). Blant dei få som tar stilling til nytta av kalenderplan, har fleirtalet tru på nytten av kalenderplan.

Leiarane sjølve meiner at arbeidsplanane fungerer godt i nesten alle høve. Nesten alle er heilt eller delvis einig i at dei tilsette har ei føreseieleg arbeidssituasjon. Oppfatninga er at det er mogleg å fordele arbeidsbelastninga i høve til ønske får dei tilsette, finn rett kompetanse og koordinere med andre einingar. Om lag ein av tre er heilt eller delvis ueinig i at arbeidsplanen gjer det mogleg å halde budsjetta for ekstravakt, overtid og forskyvd tid.

Figur 6: Kva nytte einingane har av arbeidsplanen



Leiarar i Helse Stavanger ser sjølv nytten av arbeidsplanen på ei rad ulike område, mest i høve til medarbeidarar og kompetanse. Størst skepsis er det til påstanden om at arbeidsplanlegging kan halde nede bruken av ekstravakt, overtid og forskyvd tid.

5.2.5 Vurderingar knytt til arbeidsplanen

Internrevisjonen ser det som positivt at dei fleste leiarane i Helse Stavanger engasjerer seg i arbeidsplanlegginga, og at arbeidsplan vert lagt i tråd med føresetnadene i MOT-prosjektet.

Langt dei fleste nyttar dei verktøya MOT-prosjektet har tatt fram for å lage arbeidsplan, men unntaka er etter internrevisjonens meining framleis ganske mange. Mange leiarar har hatt nytte av ulike element i arbeidsplanleggingssystemet (tilsetteoversikt, oversikt over ønskje frå medarbeidarar, etc.) Leiarar i Helse Stavanger ser nytten av arbeidsplanen på ei rad ulike område, mest i høve til medarbeidarar og kompetanse.

Internrevisjonen meiner det vil vere føremålstenleg at føretaksleiinga set i verk tiltak slik at det vert gjennomført arbeidsplanlegging på tvers av einingar der dette er tenleg.

Dei einingane som behandlar pasientar varierer ikkje arbeidsinnsatsen meir enn andre einingar. Dette kan tyde på eit uutnytta potensial for større grad av aktivsstyring i arbeidsplanlegginga i desse einingane.

Internrevisjonen meiner det kan vere føremålstenleg at føretaksleiinga set i verk tiltak slik at det vert gjennomført arbeidsplanlegging på tvers av einingar der dette er tenleg. Dette tiltaket er og naudsynt når ulike yrkesgrupper som skal arbeide tett saman (til dømes legar og pleiarar) er organisert i eigne einingar med eigen leier og eiga arbeidsplanlegging. Det er då naudsynt å sjå arbeidsplanane til de ulike grupper i samanheng.

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

Under iverksetjinga av arbeidsplanane er det naudsynt å følge opp endringar som skjer på dag-til-dag basis og å handtere avvik som oppstår. Denne aktiviteten vil vere knytt til endringar i aktivitet, ikkje-planlagd frávær 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 18). Den som lagar aktivitetsplan og bemanningsplan 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 dag-til-dag-styring vert gjort
- Om leiarar har eit fokus på dag-til-dag-styring
- Om det vert gjort gjennom GAT og dei rutinane 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 sjukefrávær, eller late vere å dekkje inn slike vakter. Ein av leiarane som vart intervjua gir uttrykk for at dette er økonomisk sett den vanskelegaste oppgåva i arbeidsplanlegginga. Det er til tider vanskeleg å dekkje opp frávær, og det er ofte store kostnader forbunde med dette, slik som bruk av vikarbyrå eller 100 % tillegg for forskyvd vakt.

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.

EFO-budsjett utgjer i snitt mellom 10 og 15 % av budsjetta i Helse Stavanger. Økonomiavdelinga har gjeve avdelingane nye tal, der EFO er trekt frå totalbudsjettet. Det som er att, skal vere budsjettet som skal nyttast i den faste bemanninga.

Ansvar for dag-til-dag-styringa kan organiserast på ulike måtar. I intervju går det fram at for ein avdelingane ruller ansvar for dag-til-dag-styringa mellom avdelingssjukepleiarane for dei tre underavdelingane. Noko av dag-til-dag-styringa vert også overlete til vaktleiar. Til dømes kan vaktleiar ha ansvar for å skaffe vikarar i helgene. I spørjeundersøkinga er det 53 % av respondentane som seier at det er einingsleiar som åleine eller med støtte handterer dag-til-dag endringar. 35 % 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). Det er ikkje signifikante forskjellar mellom dei utlike einingane i så høve. Vidare er det 59 % som oppgjev at einingsleiar åleine eller med støtte godkjenner vaktbyte. 32 % av respondentane 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.

Det vert opna for frivillige vaktbyte blant dei tilsette. I intervjuar gir fleire leiarar uttrykk for at dei tilsette kan byte dersom dei sjølv ynskjer det, men at det ikkje skal gi uttøling i form av meir tilleggsbetaling enn dei ville fått utan bytet.

Det er stor variasjon frå periode til periode i kor stort behov det er for ekstravakter. Det er viktig å tenke både på kostnader og kompetansekrav ved innhenting av ekstravakter og byte av vakter.

I spørjeundersøkinga er det stor variasjon i kor lang tid respondentane oppgjev at dei brukar på dag-til-dag-styringa. Av dei som har gjort seg opp ei meining om dette spørsmålet, oppgjev om lag 52 % at dei ansvarlege ved avdelinga brukar frå mindre enn ein time til to timar av ei vanleg arbeidsveke på dag-til-dag-styring (tabell 69 i datavedlegget). Om lag 34 % oppgjev at dei ansvarlege brukar mellom fire og åtte timar (14 % oppgjev at dei brukar lenger tid enn dette). For mange er dag-til-dag styring ein arbeidskrevjande aktivitet.

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 64 % at dei ikkje nyttar andre system enn GAT til dag-til-dag-styring (tabell 25.1). Det er 73 % av respondentane som oppgjev at dei nyttar GAT og ikkje andre verktøy for godkjenning av vaktbyte (tabell 26.1) og 93 % svarer at dei nyttar GAT og ikkje andre verktøy for å lage grunnlag for utbetaling av løn (tabell 27.1).

Det er 29 % av respondentane som oppgjev at dei nyttar GAT i samband med andre verktøy for å drive dag-til-dag-styring. Når det gjeld vaktbyte og det å lage grunnlag for utbetaling av løn, er det høvesvis 24 % og 6% som svarar at dei nyttar GAT i samband med andre verktøy. Eit lite mindretal (7 %, 7 % og 4 %) gir uttrykk for at dei ikkje nyttar GAT i det heile til desse oppgåvene. I hovudsak nyttar Helse Stavanger verktøy og rutinar som MOT-prosjektet etablerte i dag-til-dag styringa.

Når dei respondentane som ikkje nyttar GAT til dag-til-dag-styring skal grunngi dette, kjem det opp ulike forklaringar. Blant desse er:

- Papir- eller Excel-system er meir fleksible å bruke
- Tidlegare system er godt innarbeidd
- GAT responderer for seint
- Einingane og arbeidsoppgåvene er så enkle og krev så lite oppfølging at det ikkje er rekningsssvarande å ta i bruk GAT.
- GAT klarer møter ikkje dei spesielle behova ein har for prosessane (t.d. for planlegging av turnuslegar si tid)

Det kjem fram i intervju at MOT-prosjektet og arbeidsplanleggingssystemet ikkje innebar eit nytt ansvar for leiarane, men at det først og fremst rydda opp i systema. GAT gjorde mange

skuggesystem overflødige, og tok i motsetnad til desse systema omsyn til EFO-budsjett og arbeidstidsføresegnene i arbeidsmiljøloven.

Nokre leiarar gir uttrykk for at dei fleste tilsette brukar Min GAT i stor grad, men det kjem fram at det er stor variasjon i dette. Ved intern service anslær leiarane at meir enn halvparten av dei tilsette ikkje nyttar systemet. Det er stor variasjon mellom dei tilsette innan den enkelte avdelinga. Nokre følgjer nært med på GAT, medan andre går inn berre når dei får beskjed om det. Det vert peika på at forskjellar i bruk av systemet, og at dette kan ha samanheng med datakunne og alder.

Det kjem fram i intervju at det er ulik praksis i bruken av EFO-budsjett. Enkelte styrer i liten grad etter EFO-budsjett, medan andre ofte nyttar budsjettet. På spørsmål i spørjeundersøkinga om kva funksjonar som vert nytta i GAT, oppgjev 67 % av respondentane at periodiserte EFO-budsjett vert nytta. Om lag like mange (69 %) oppgjev at dei brukar informasjon i GAT om lønnsnivå for overtid/ekstravakt, medan det er 87 % av respondentane som svarer at dei nyttar varslingsom brot på lov og avtalar og 90 % som svarer at dei nyttar oversikt over ønske frå medarbeidarar. Tabell 63.3 til og med 63.6 i tabellvedlegget gir meir informasjon. Om lag 20 % av dei som nyttar EFO-budsjett og 24 % av dei som nyttar informasjon om lønnsnivå oppgjev at desse verktøya i stor grad har gjort dag-til-dag-styringa enklare. Dei tilsvarande tala for varslingsom brot på lov og avtalar og oversikt over ønske er høvesvis 41 % og 58 % (tabell 70.1 til og med 70.6). Verktøya som blei implementert i samband med MOT-prosjektet har ei rad funksjonar som leiarar i Helse Stavanger nyttar med hell i dag-til-dag-styringa.

For å få tak i tilsette til ekstravakt nyttar leiarane både telefon og SMS-funksjonane i arbeidsplanleggingssystemet. Ein av leiarane som vart intervjuet gir uttrykk for at det er nyttig at systemet gir oversikt over kostnadene ved byte, for å unngå høge kostnader. Ein av dei som vart intervjuet forklarar at det er eit problem at dei tilsette ikkje kan svare direkte til mobilen til den som har sendt SMS-meldinga utan å nytte ein lang kode. Fleire av dei som vart intervjuet understreka at det var eit problem at systemet har dårleg responstid, og at dette gjer at enkle operasjonar i dag-til-dag-styringa blir for tidkrevjande. Ein del teknisk funksjonalitet for dag-til-dag styring er stadig ikkje optimal.

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 15 prosent meiner at dei tilsette i liten grad er nøgd eller ikkje i det heile. Om lag like mange seier at dei i liten grad, eller ikkje i det heile, held budsjetta for ekstravakt, forskyvd tid og overtid (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 intervjuet kjem det fram at arbeidsplanleggingssystemet gir ein meirkunnskap om arbeidstidsføresegner, driftsomsyn og EFO-budsjett som gjer at leiarane vert stilt overfor val som dei ikkje tok stilling til før.

Det er enkelte som gir uttrykk for at ein brukar litt mindre tid på den praktiske dag-til-dag-styringa enn før, sjølv om det for mange kan verke som ein bruker meir tid. Dette er fordi mykje av det som tidlegare vart gjort utanfor datasystem no er teke med i GAT, og fordi ein kanskje nyttar meir tid på leiaroppgåver og mindre tid til praktisk brannsløkking.

Internrevisjonen har bede leiarar på einingar med pasientbehandling heile døgeret om å greie ut om konsekvensane når aktiviteten er uvanlig høg. Svara er summert opp i tabellen under.

Tabell 15: 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)	24,0%	36,0%
Vi omprioriterer slik at arbeid som ikkje hastar kan ligge (tabell 68.2)	56,0%	40,0%
Vi bruker ekstravakt, forskyvd arbeidstid og overtid slik at vi får fleire medarbeidarar til å ta unna aktiviteten (tabell 68.3)	56,0%	46,0%
Vi tyr til innleie av folk frå eksternt vikarbyrå (tabell 68.4)	22,0%	78,0%
Medarbeidarar frå andre einingar gir støtte (tabell 68.6)	8,2%	91,8%

Utan mykje informasjon om einingane og deira situasjon er det uråd å seie om det til dømes er rett å nytte innleie. At pasientar i ein del tilfelle vil oppleve auka ventetid er og naturleg. Få einingar opplever å få støtte frå andre einingar når dei har høg aktivitet. Det er langt vanlegare med innleie. Eit anna poeng er at ganske mange (40%) sjeldan eller aldri omprioriterer slik at arbeid som ikkje hastar kan.

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 Stavanger nyttar i hovudsak verktøy og rutinar som MOT-prosjektet etablerte i dag-til-dag styringa. Verktøya som blei implementert i samband med MOT-prosjektet har ei rad funksjonar som leiarar i Helse Stavanger 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.

Det er eit potensial for vidare forbetring av dag-til-dag-styringa, sidan ein del teknisk funksjonalitet stadig ikkje er optimal. Responstida er til dømes lang når systemet vert brukt.

Internrevisjonen meiner føretaksleiinga bør sikre dynamikk i dag-til-dag-styringa gjennom å sørgje for at einingar som får høg aktivitet kan sikrast støtte frå andre einingar når dei har behov for det.

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 7: Nyttmodell slik han vart skissert av MOT-prosjektet¹⁸

	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)
Foretak	•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

Internrevisjonen har ikkje informasjon om at det er andre mål for Helse Stavanger enn dei som er skissert i prosjektet.

Vi har i liten grad funne informasjon som er lett å bruke om korleis Helse Stavanger scorar på desse kriteria før MOT prosjektet vart starta. Difor har 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 driver arbeidsplanlegging no og som dreiv arbeidsplanlegging i tida før MOT-prosjektet, til saman 100 personar i utvalet.

¹⁸ Her frå dokumentet "Prosjektleveranse for delgruppe ressursplanlegging" som er publisert på Helse Vest si heimeside, <http://www.helse-vest.no/sw21726.asp>

Internrevisjonen bad leiarar i Helse Stavanger om å svare på om innføringa av GAT (arbeidsplanleggingssystemet) var vellukka. Av dei som svarte er 79,9 % heilt eller delvis einig (tabell 78.1). Blant leiarane er 53,2 % einige eller delvis einige i at MOT-prosjektet gjorde samanhengen mellom arbeidsplanlegging og kostnader tydeleg (tabell 78.2). Majoriteten i Helse Stavanger 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 Vurdering av problemstillingane

Leiarar for arbeidsplanlegging i Helse Stavanger, både før og etter dei nye rutinane vart innført, har svart på nokre påstandar om gevinst for pasienten. Svara er summert opp i tabellen nedanfor.

Gevinst / revisjonskriterium	Heilt eller delvis einig	Heilt eller delvis ueinig
Betre føresetnad for å setje "rett person på rett plass" (tabell 79.7)	40,5%	50,6%
Det er lettare for eininga mi å ta unna meir pasientretta arbeid (tabell 79.4)	11,4%	69,6%
Ventetida er blitt kortare (tabell 79.5)	9,1%	58,5%

Den gjennomsnittlege ventetida for "ordinært avvikla" i somatikken fall kraftig i Helse Stavanger mellom 2006 og 2009.¹⁹ Internrevisjonen kan ikkje dokumentere samheng mellom MOT-prosjektet og auka kapasitet i Helse Stavanger. Derimot er det fleire som seier at endra arbeidsplanlegging kan ha gjeve betre kvalitet gjennom "rett person på rett plass", men slik effekt er vanskeleg å måle presist og objektivt.

¹⁹ Norsk Pasientregister, *Ventetider og pasientrettigheter 2009*, vedlegg 7, tabell 6 (side 58), publisert mars 2010.

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 muligheit til kompetanseutvikling

6.2.1 Observasjonar

Leiarar med ansvar for arbeidsplanlegging i Helse Stavanger, både før og etter dei nye rutinane vart innført, har svare på nokre påstandar om gevinst for medarbeidarane. Svara er summert opp i tabellen på neste side.

Gevinst / revisjonskriterium	Heilt eller delvis einig	Helt eller delvis ueinig
Eininga har fått meir tid til kompetanseutvikling (tabell 79.1)	13,9%	78,7%
Auka fokus på livsfaseorientert arbeidsplanlegging (tabell 79.6)	36,7%	58,5%
Vi klarer (betre) å ta omsyn til individuelle ynskjer (tabell 79.9)	70,9%	24%
Medarbeidarane får meir og enklare tilgjengeleg informasjon om sin arbeidsplan (tabell 79.10)	78,4%	17,8%
Tillitsvalde har fått meir innverknad og betre oversikt (tabell 79.8)	59,5%	29,2%

Til liks med vurderingane om nytte for pasient (i kapittel 6.1), er leiarar i Helse Stavanger i liten grad einige i at dei har fått betre kapasitet – heller ikkje til kompetanseutvikling. Dei delane av MOT-prosjektet som er mest relevante for kompetanse har ikkje vore dekkja av denne undersøkinga, til dømes arbeidet med kompetanseportal.

Korkje intervjuar eller spørjeundersøkinga har avdekkja 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 (70,9% er einige eller delvis einige i den påstanden). I gjennomgangen av nytta av arbeidsplan, sjå kapittel 5.2.4, er det meir informasjon om same tema. Desse spørsmåla blei også stilt til leiarar som berre har erfaring med arbeidsplanlegging etter omlegginga. Svara er eintydige: Leiarane meiner dei nye systema er gode verktøy for å fordele arbeidsbelastninga på ein tenleg måte. Unnataket er legegruppa som ofte har utfordringar med å få systemet til å passe for sine vaktordningar.

I intervjuar har internrevisjonen stilt opne spørsmål om kva som i størst grad har endra seg i positiv retning i samband med MOT-prosjektet. Mange har svart at einingane og medarbeidarane har fått langt betre oversikt. Den same oppfatninga deler leiarar som dreiv arbeidsplanlegging. Medarbeidarane har fått meir og enklare tilgjengeleg informasjon om sin arbeidsplan. Også tillitsvalde har fått betre oversikt og meir innverknad.

Av intervjuar kom 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. Endringa frå papirbaserte lister til elektronisk kontroll, må ha ført til ei meir riktig lønsutbetaling sjølv om det ikkje er gjort studiar som samanliknar omfanget av feil før og etter nytt system.

6.2.2 Vurdering

Internrevisjonen merker seg som positivt at fleire av dei planlagde gevinstane for medarbeidarar er 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. 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 har endringa frå papirbaserte lister til elektronisk kontroll, truleg ført til ei meir riktig lønsutbetaling

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

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 lønnskantor)
- Enklare distribusjon av kvitteringslister og lønsslipper
- Ikkje dobbelt registrering av lønns- og fråværsdata
- Rett fråværsregistrering og –kontering

Fleire av dei gevinstane i høve til administrasjon var det naturleg å forvente, mellom anna at distribusjon av kvitteringslister og lønsslippar er blitt enklare fordi alt skjer elektronisk. Sidan skuggesystem er lite i bruk i høve til lønn (sjå figur på side 20) er det lite omfang av dobbeltregistrering. Unntaka er truleg mest vanleg i nokre legegrupper i Helse Stavanger som ikkje nyttar arbeidsplansystemet for å handtere fastløn.) Fråværsregistrering blir og meir systematisk følgt opp i og med at nesten all arbeidsplanlegging skjer GAT.

MOT-prosjektet meinte også at det ville bli mogleg å redusera ressursane på lønnskantoret. Lønnskantoret har ikkje fått lågare kostnader. Innføringa av nytt lønssystem i same periode og auka innsats med refusjonar har vært nemnt som moglege forklaringar. Internrevisjonen har ikkje gått nærare inn på dette og har såleis ikkje grunnlag for å konkludere på om målet er nådd.

6.3.2 Plan og styring (kriterium og observasjonar)

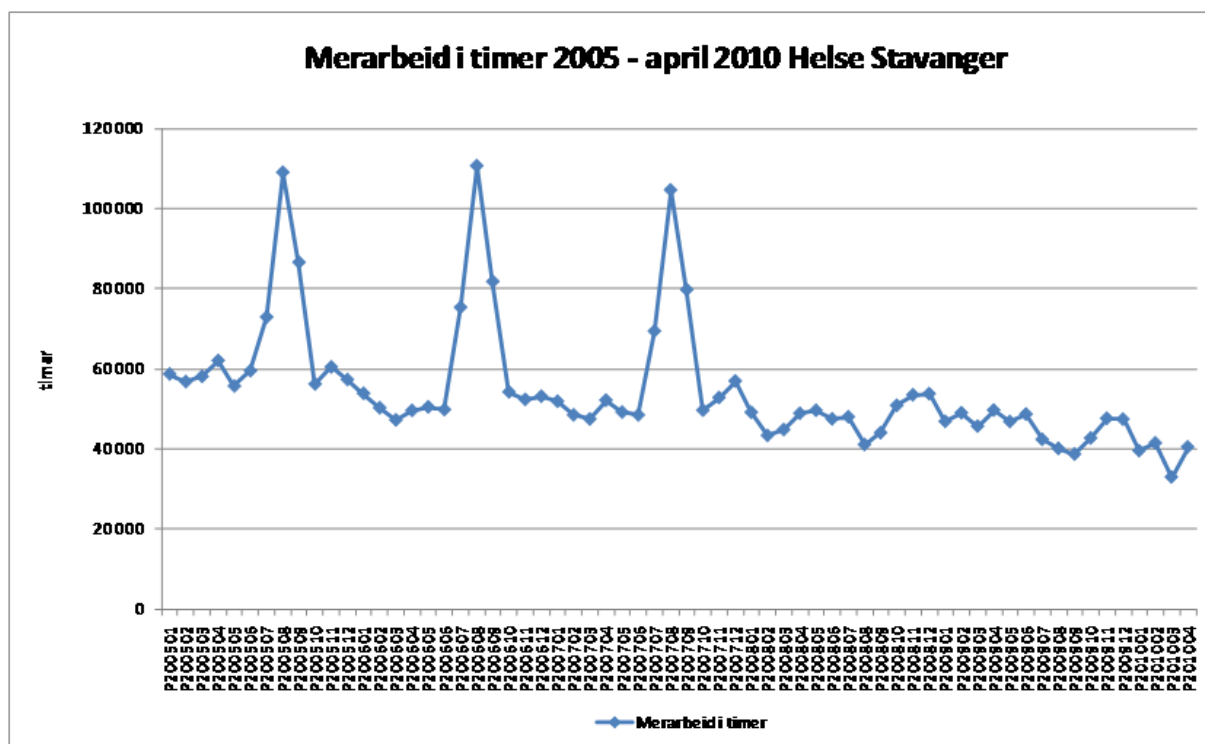
MOT-prosjektet sette fire gevinstmål knytt til overordna planlegging og styring. Internrevisjonen har nytta desse som revisjonskriterium:

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

Funna på dette området er samansette. Helse Stavanger har tydeleg fått meir styringsinformasjon, noko som har samanheng med at omfanget av planlegging og kontroll har auka. Tabellen under viser at mange leiarar seier dei nå løyser kontrolloppgåver og planleggingsoppgåver som tidlegare ikkje vart handtert.

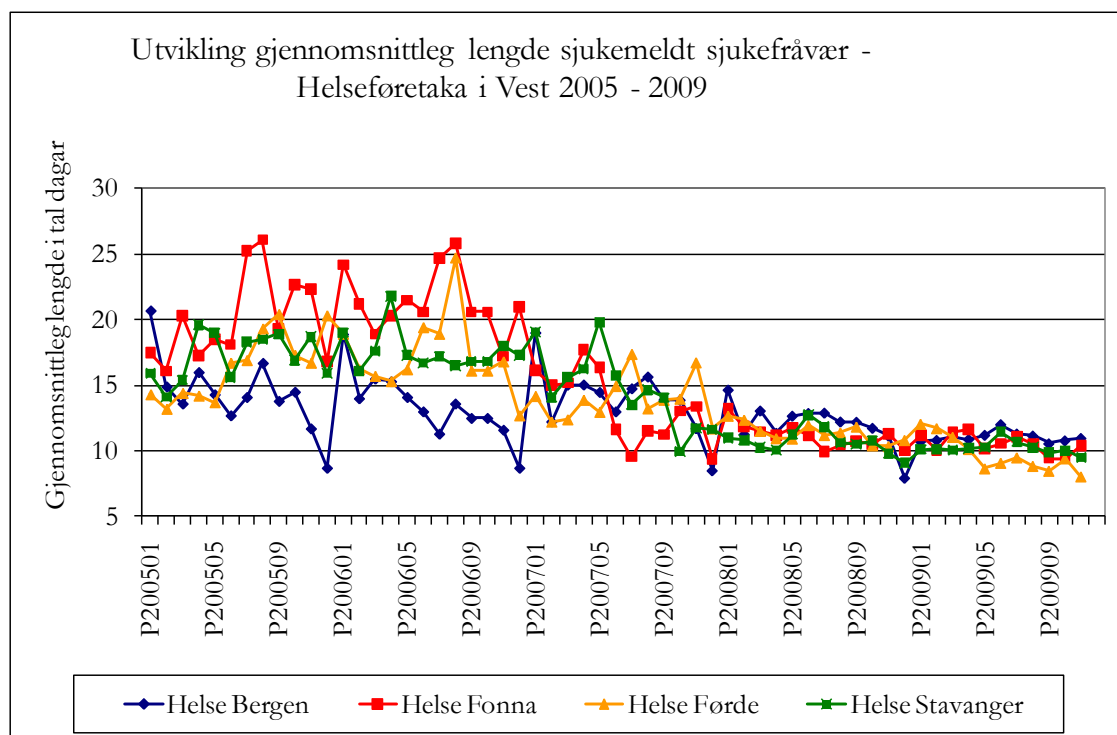
Påstand	I stor grad / i nokon grad	I liten grad / ikkje i det heile
Leiarane måtte ta tak i kontrolloppgåver som før ikkje vart handtert (tabell 12.1)	59,0%	36,0%
Leiarane måtte ta tak i planlegging som før ikkje vart gjort (tabell 12.2)	43,0%	53,0%

Undersøkinga omfattar ei stor mengde uttrekk frå "Lønns- og personalkuben" per desember 2009, men det er vanskeleg å gjera gode analyser av uttrekka. Undersøkinga indikerer likevel at kvaliteten på data om medarbeidartilhøve har betra seg. I datasett frå før arbeidsplanleggingssystemet vart tatt i bruk var det nokre store svingingar som tyder på ujamn rapportering. Til dømes vart timelister levert inn med ujamne mellomrom. Frå og med 2009 er informasjonen i rapporter om arbeidsmengde, fråvær, kostnad per time og andre viktige styringsvariablar betre, sidan slik informasjon vart registrert kontinuerlig. Figuren på neste side viser kor mange timer meirarbeid som blei registrert i kvar månad mellom 2005 og april 2010. Før 2008 kom det 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 stabilt, kanskje svakt fallande.



Figuren under viser lengda på sjukefråvær med sjukemelding ved helseføretaka og at gjennomsnittleg lengde har gått ned.

Figur 7: Uttrekk frå løns- og personalkuben om lengda på sjukemeldt sjukefråvær²⁰



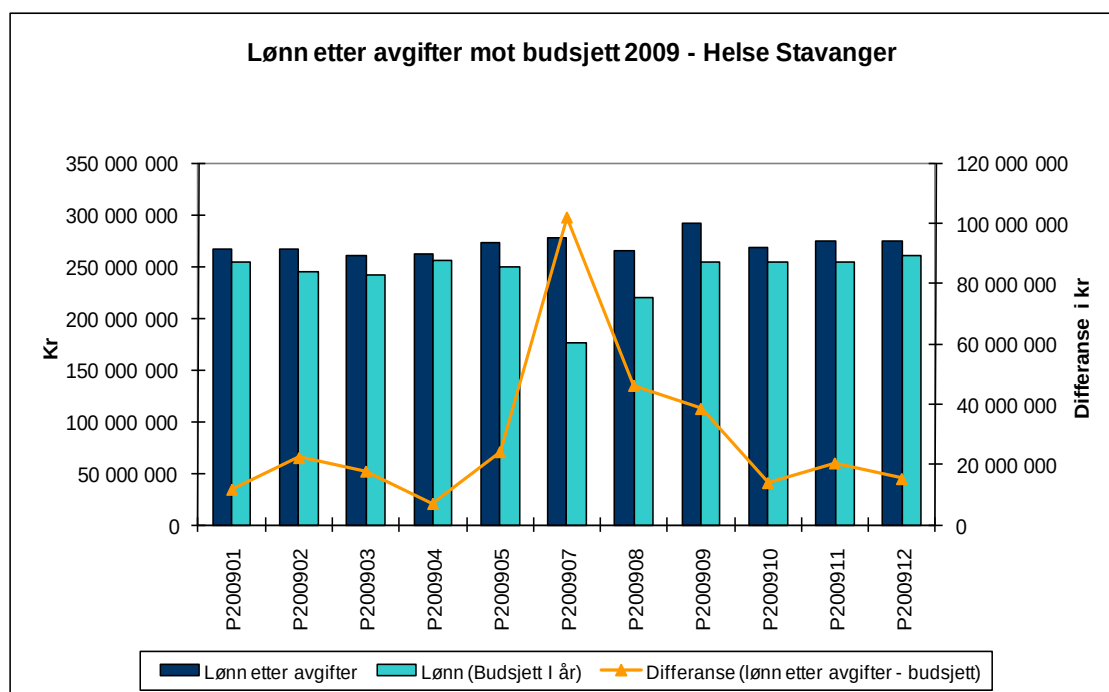
²⁰ Lønns og personalkuben, uttrekk gjort frå Helse Vest RHF per desember 2009.

Også leiarar som med oppgåver knytt til arbeidsplanlegging seier i undersøkinga at tilgangen på data er blitt betre, til dømes oversikt over arbeidsbelastning per tilsett og lønnskostnader. Meir enn 80 prosent er einige eller delvis einige i at oversikta over lønnskostnader er betre, og berre 10,1 prosent er heilt eller delvis ueinig – sjå tabellen under.

Nytte / revisjonskriterium	Heilt eller delvis einig	Heilt eller delvis ueinig
Betre oversikt over kapasitet ved eininga og arbeidsbelastning per tilsett (tabell 79.2)	55,7%	32,9%
Betre oversikt over lønnskostnadane (tabell 79.11)	81,0%	10,1%

MOT-prosjektet hadde som mål å få til ”konsistens i planprosess mellom budsjett, plan og aktivitet”. I revisjonen si vurdering av aktivitetsplan og bemanningsplan går det fram at desse prosessane er meir basert på etablert praksis enn strategiske (sjå vurderinga i kapittel 5.1.5). Målet om konsistens i planprosessen er altså ikkje nådd. Figuren under er ein indikasjon på det same. Kvar månad i 2009 brukte Helse Stavanger meir til løn enn det som var budsjettet. Dette viser at bemanningsplanen og arbeidsplanen ikkje var konsistente med budsjettet.

Figur 8: Budsjett for løn og faktisk løn, Helse Stavanger 2009²¹



²¹ "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.

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 planer
- Rett utbetaling

Som nemnt i tidlegare avsnitt vil ein overgang frå papirbaserte lister til elektronisk kontroll normalt føre til meir riktig lønsutbetaling.

Lovlege planar (å ikkje ha AML-brot) er eit uttalt mål. I arbeidsplanleggingssystemet er det rutinar som varslar dersom det blir lagt ein arbeidsplan som ikkje er lovleg. 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. Intervju og rapportar tyder på at omfanget av ulovlege arbeidsplanar i Helse Stavanger er veldig lite.²² Derimot varslar systema om eit stort tal brot som ei følgje av daglege avgjerder, til dømes når kollegaer bytter vakt eller jobbar overtid.²³

I undersøkinga (tabell 73) svarar dei fleste at det er like mange brot eller at dei ikkje veit om det er fleire eller færre brot. Likevel svarar 19,2 prosent at det er fleire brot og berre 12,3 prosent at det er blitt færre brot, sjølv om leiarane meiner dei har fått betre verktøy for å avdekke AML-brot (sjå tabell 63.5). Årsaka er truleg auka medvit om AML-brot og ein streng definisjon av brot. Helse Stavanger har langt betre oversikt i dag over ekstraarbeid som utløyser AML-brot.

Intervjua gjer nokre haldepunkt for å forstå kvifor det blir AML-brot og kvifor einingane i nokre høve ikkje hindrar AML-brot. I nokre tilfelle er mangel på medarbeidarar årsaka til AML-brot. Bytte blant medarbeidarar kan gje AML-brot, og desse brota blir ikkje hindra av einingane. Blant operative leiarar i Helse Stavanger 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 høve til AML-brot på sjukehus er sinnelagsetikken blant medarbeidarane sterkare enn reglane. Brot som ikkje er til skade for nokon, og til nytte for medarbeidar eller pasient, blir sjeldan møtt med sanksjoner frå leiar.

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 lønsbudsjett)
- Rett bruk av innleie
- Rett praktisering av ferieavvikling
- Mindre tidsbruk til vikarinnkalling

²² I rapport frå GAT hadde Helse Stavanger 143 brot med forklaringa "normalvakt" i løpet av 1,3 millionar vakter – 0,01% av alle normalvakter blei rekna som eit brot med dei kriteria som ligg i GAT-systemet for Helse Stavanger.

²³ Talet er høgt, men ikkje i høve til det samla talet på vaktar i Helse Stavanger. Alle brot er registrerte med ei årsakskode. Om lag halvparten av brota har ei årsakskode knytte til overtid og 18% har årsakskode "ekstravakt". I høve til uttrykking på vakt (14,3 % av brota) kan systemet registrere AML-brot sjølv om det ikkje har skjedd noko brot i den tydinga som lova har.

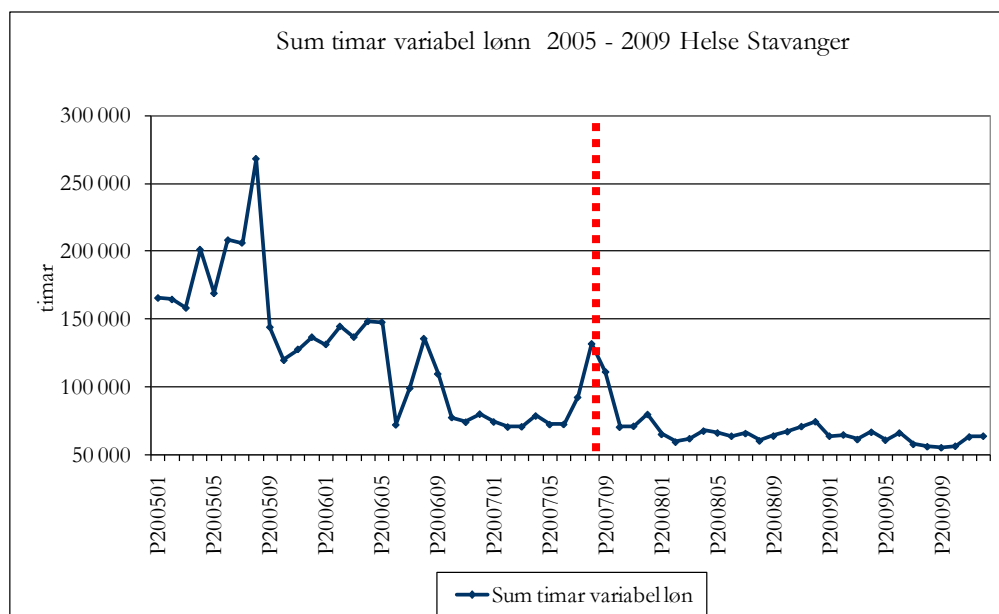
Målet for MOT-prosjektet var mindre tidsbruk til vikarinnkalling (dag-til-dag). Einingane har fått betre verktøy for å handtere vikarinnkalling og andre grep for raskt å skaffe ekstra arbeidskraft (sjå kapittel om dag-til-dag-styring). I intervjuar seier leiarar at dei har fått betre verktøy enn før til å finne vikarar; det synes som om tidsbruken til vikarinnkalling har minka, men praktisk arbeidsplanlegging tar oftast lenger tid enn før. Av dei som svarar seier 63 % av respondentane at dei brukar meir tid på "praktisk arbeidsplanlegging" i dag samanlikna med tida før arbeidsplanleggingssystemet vart innført. Når desse blir bedt om å svare kor mykje meir tid eininga brukar per veke, er det typiske svaret (median) fem timar meir. Berre 12,6 prosent meiner dei bruker mindre tid enn før, og for denne gruppa er det typiske svaret (median) ein time (tabell 34, 35 og 36 i vedlegget).

Årsaka til at arbeidsplanlegginga tar meir tid kan vere at oppgåver som før vart løyst sentralt no er lagt på einingane og 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).

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. Revisjonen har difor ikkje hatt noko grunnlag for å vurdere i kva grad målet om rett praktisering av ferieavvikling er nådd. I spørjeundersøkinga er det eit stort mindretal 29,5% som er "delvis einige" i at dei tilsette "i praksis sjølv kan avgjere når dei tar ut ferie" (tabell 76.1). Få er einige og mange er 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. Figuren på neste side viser utviklinga i timar variabel løn for Helse Stavanger.

Figur 9: Sum timer variabel løn 2005-2009²⁴



²⁴ Uttrekk frå lønns- og personalkuba i Helse Vest, uttrekk per desember 2009, formidla til internrevisjonen frå Helse Vest RHF.

Figuren viser i grove trekk at bruken av variabel løn ligg fast i Helse Stavanger på eit lågare nivå enn før nytt system vart implementert. Bildet er det same både for overtid og meirarbeid. 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). Innleie i form av overtid og meirarbeid frå eigne tilsette ser ut til å ligge stabilt, og oppfatninga er i dei tilfella at einingane i Helse Stavanger er tilbakehaldne med å godkjenne ekstravakt og overtid (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 lønsoppgjer, 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 i høve til gjennomsnittsberekning av arbeidsplanar; manglande godkjenningar frå arbeidstakarorganisasjonar kan redusere moglegheitene for effektiv 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 Stavanger fått meir relevant styringsinformasjon, og kvaliteten på data har blitt betre. Distribusjon av 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 riktig lønsutbetaling.

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 eigne tilsette synes å ligge stabilt på eit lågare nivå en før MOT-prosjektet.

Internrevisjonen vurderer det som positivt at omfanget av ulovlege arbeidsplanar i Helse Stavanger er veldig lite og at det er auka medvit om AML-brot. Det er framleis forbettringspotensial knytt til at trong for justeringar i den daglege drifta utløyser ein del AML-brot.

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 Stavanger var vellukka. Til liks med leiarane i dei andre føretaka i Helse Vest, lukkast einingane i Helse Stavanger å få på plass et 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 dels til hjelp. Løysinga hadde framleis manglar då den vart implementert, men det vart gjort eit iherdig arbeid for å rette opp problem og manglar.

Undersøkinga viser at dei fleste operative leiarane i Helse Stavanger 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 (om lag halvparten) stadig at verktøya er ueigna for deira verksemdar og nokre mindre einingar kan meine at systema tar for mykje tid.

Dei praktiske elementa i arbeidsplanleggingssystemet fungerer godt i Helse Stavanger, til dømes kontroll med løn, verktøy for dag til dag styring, rapportar og liknande. Utfordringa for Helse Stavanger ligg etter internrevisjonen si mening i å bruke arbeidsplanlegging som eit strategisk verktøy. For ofte blir bemanningsplanen (og aktivitetsplanen) ein måte å grunngi den arbeidsinnsatsen eininga har tenkt å legge ned. Internrevisjonen meiner å sjå teikn på at det oftare er praktiske omsyn enn føretaksstrategi som avgjer korleis bemanningsplanen vert lagt.

Leiarar i Helse Stavanger kan bli flinkare til å samarbeide om arbeidsplanlegging og støtte andre einingar når det er mykje å gjere. Det gjenstår eit arbeid med å få ulike einingars arbeidsplanar til å spele saman. Helse Stavanger har spesialiserte einingar: Ofte er legane organisert som ei eiga gruppe, sjukepleiarar i ei anna gruppe, støttefunksjonar i ei tredje gruppe. Desse gruppene arbeidar saman – men det er rutinar og faste mønstre som styrer samhandlinga. 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.

I høve til gevinstmåla, er mange av desse nådd. Helse Stavanger 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 Stavanger har fått betre kapasitet som ein følgje av systema for arbeidsplanlegging: korkje meir tid til kompetanseutvikling, kortare ventetid, lågare kostnader eller anna. Slike gevinstar heng ofte saman med strategisk arbeidsplanlegging og det står att å få ein samanheng mellom

(aktivitets)planar, budsjett og bemanning. I for mange tilhøve manglar denne koplinga. Basert på innspel frå andre helseføretak i Helse Vest kan det vil vere tenleg å legge til rette for bruk av kalenderplanar i større grad i arbeidsplanlegginga i Helse Stavanger.

7.2 Tilrådingar

SAMARBEID OG ERFARINGSOVERFØRING

- Føretaket bør styrke samarbeidet 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.
- Basert på erfaringar og innspel frå andre helseføretak i Helse Vest, bør Helse Stavanger vurdere å legge til rette for auka bruk av kalenderplan.
- Det bør etablerast møteplassar for erfaringsoverføring for å utvikle rutinar 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 ARBEIDSPLANLEGGINGSSYSTEMET

- 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. Dette 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 leiarinvolving i planleggingsprosessane.
- Føretaket bør vurdere korleis bruk av eksternt innleie kan ha like tett oppfølging som ekstravakt og overtid – personalportalen kan bidra til slik oppfølging (jamfør styringsdokument for 2010).

- Føretaket bør aktivt følge 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

PROSJEKTARBEID

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

RAMMENE FOR ARBEIDSPPLANLEGGING

Fleire viktige mål i MOT-prosjektet krev at arbeidsplanlegginga vert nytta til å auke kapasiteten på einingane. Helse Stavanger 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