



## Internrevisjon

### Evaluering av arbeids- planlegging ved føretaka i Helse Vest - samlerapport

|                 |                                              |
|-----------------|----------------------------------------------|
| Rapporttittel:  | Arbeidsplanlegging ved føretaka i Helse Vest |
| Dato:           | Oktober 2010                                 |
| Oppdragsgjevar: | Helse Vest RHF v/ revisjonskomiteen          |

Prosjektet er gjennomført av Deloitte AS.

# Innhald

|                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Innleiing</b>                                                           | <b>4</b>  |
| 1.1 Føremål for undersøkinga                                                  | 4         |
| 1.2 Problemstillingar                                                         | 4         |
| 1.3 Avgrensingar                                                              | 5         |
| <b>2. Metode</b>                                                              | <b>6</b>  |
| 2.1 Dokumentanalyse                                                           | 6         |
| 2.2 Spørjeundersøking                                                         | 6         |
| 2.3 Intervju                                                                  | 8         |
| <b>3. Implementeringa av nytt system (MOT-prosjektet)</b>                     | <b>10</b> |
| 3.1 Bakgrunn                                                                  | 10        |
| 3.2 Kultur og leiing i samband med MOT-prosjektet                             | 10        |
| 3.2.1 Revisjonskriterium                                                      | 10        |
| 3.2.2 Observasjonar om kultur og leiing                                       | 10        |
| 3.2.3 Vurderingar                                                             | 11        |
| 3.3 Involvering og informasjon i samband med MOT-prosjektet                   | 12        |
| 3.3.1 Revisjonskriterium                                                      | 12        |
| 3.3.2 Observasjonar om samarbeid og involvering                               | 12        |
| 3.3.3 Vurderingar                                                             | 12        |
| 3.4 Prosjektarbeid, tid og ressursar                                          | 13        |
| 3.4.1 Revisjonskriterium                                                      | 13        |
| 3.4.2 Observasjonar om prosjektarbeid, tid og ressursar                       | 13        |
| 3.4.3 Vurderingar                                                             | 16        |
| <b>4. Arbeidsplanleggingsprosessane</b>                                       | <b>17</b> |
| 4.1 Aktivitetsplan og bemanningsplan (A1 og A2)                               | 19        |
| 4.1.1 Revisjonskriterium                                                      | 19        |
| 4.1.2 Observasjonar om korleis einingane nyttar aktivitets- og bemanningsplan | 20        |
| 4.1.3 Observasjonar om input og verktøy for aktivitetsplan og bemanningsplan  | 22        |
| 4.1.4 Observasjonar om resultat av aktivitets- og bemanningsplan              | 23        |
| 4.1.5 Vurderingar knytt til aktivitetsplan og bemanningsplan                  | 25        |
| 4.2 Arbeidsplan (A3)                                                          | 26        |
| 4.2.1 Revisjonskriterium                                                      | 27        |
| 4.2.2 Observasjonar om korleis einingane nyttar arbeidsplanen                 | 27        |
| 4.2.3 Observasjonar om input og verktøy knytt til arbeidsplanen               | 29        |
| 4.2.4 Observasjonar om resultat av arbeidsplan                                | 31        |
| 4.2.5 Vurderingar knytt til arbeidsplanen                                     | 33        |
| 4.3 Dag-til-dag-oppfølgning og avvikshandtering (A4 og A5)                    | 34        |
| 4.3.1 Revisjonskriterium                                                      | 34        |
| 4.3.2 Observasjonar om korleis einingane driv dag-til-dag-styring             | 35        |
| 4.3.3 Observasjonar om input og verktøy i dag-til-dag-styringa                | 35        |
| 4.3.4 Observasjonar om resultat av dag-til-dag-styring                        | 36        |
| 4.3.5 Vurderingar av dag-til-dag-styringa                                     | 37        |
| <b>5. Gevinstar</b>                                                           | <b>38</b> |

|           |                                                                |           |
|-----------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.1       | Gevinstar for pasient .....                                    | 39        |
| 5.1.1     | Vurdering av problemstillingane .....                          | 39        |
| 5.2       | Gevinstar for medarbeidarar.....                               | 40        |
| 5.2.1     | Observasjonar.....                                             | 40        |
| 5.2.2     | Vurdering .....                                                | 41        |
| 5.3       | Gevinstar for føretaket.....                                   | 42        |
| 5.3.1     | Meir effektiv administrasjon (kriterium og observasjonar)..... | 42        |
| 5.3.2     | Betre planarbeid og styring (kriterium og observasjonar) ..... | 42        |
| 5.3.3     | Reglar og overeinskomstar (kriterium og observasjonar) .....   | 44        |
| 5.3.4     | Effektivitet (kriterium og observasjonar) .....                | 45        |
| 5.3.5     | Vurderingar om gevinstar for Helse Vest .....                  | 48        |
| <b>6.</b> | <b>Oppsummering og tilrådingar .....</b>                       | <b>50</b> |
| 6.1       | Oppsummering .....                                             | 50        |
| 6.2       | Tilrådingar .....                                              | 51        |
| 6.2.1     | Læring og erfaringsoverføring ved implementering .....         | 52        |
| 6.2.2     | Funksjonar og løysingar i arbeidsplansystemet .....            | 52        |
| 6.2.3     | Arbeidsplanlegging på tvers og samarbeid .....                 | 53        |
| 6.2.4     | Arbeidsplanlegging og økonomistyring .....                     | 53        |
| 6.2.5     | Å gjere arbeidsplanprosessen meir aktivitetsbasert.....        | 53        |

# 1. Innleiing

Internrevisjonen har på oppdrag frå revisjonskomiteen i Helse Vest gjennomført eit revisjonsprosjekt knyta til arbeidsplanlegging i alle helseføretaka med unntak av Apoteka Vest HF. Det er utarbeidd ein rapport til kvart føretak. Samlerapporten er laga for å oppsummera gjennomgåande observasjonar og gi vurderingar og tilrådingar på overordna nivå. For meir detaljert informasjon viser vi til rapportane til føretaka.

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<sup>1</sup> 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. Gjennom arbeidsplanleggingsprosjektet ønskte ein å auke kvaliteten i møte med pasienten, få til ein meir livsfaseorientert personalpolitikk og utarbeide betre administrative prosessar og styringsinformasjon.

Nokre av føretaka hadde utvikla løysingar frå før som likna dei som MOT-prosjektet valde, medan nokre element var nye og nokre innebar ei endring. Helse Bergen HF starta med forsøk på aktivitetsbasert arbeidsplanlegging fleire år før MOT-prosjektet. Helse Førde HF har i ei årrekke hatt fast tilsette bemanningskonsulentar som gjev støtte til arbeidsplanlegging for einingane. Eit skifte frå timelister på papir til elektronisk registrering var nytt for alle føretaka.

## 1.1 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.

## 1.2 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:

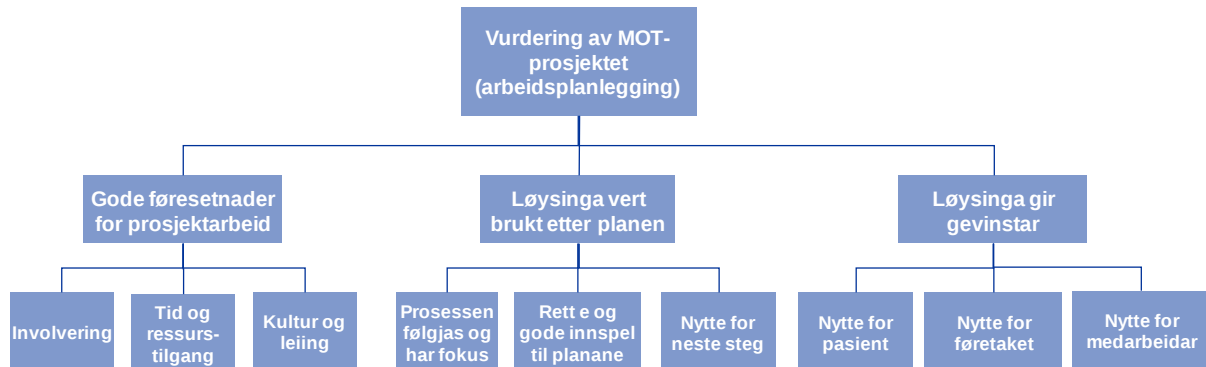
---

<sup>1</sup> Prosjektet var på eit tidleg tidspunkt kalla delprosjekt ressursstyring.

- 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**



### 1.3 Avgrensingar

Internrevisjonen er avgrensa til dei elementa som låg i eitt 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.

Internrevisjonen er og avgrensa til å omhandle tida frå implementeringa av arbeidsplanleggingsprosjektet<sup>2</sup> til våren 2010. Arbeidet i MOT-prosjektet før løysinga var på plass, har ikkje vore i fokus, og internrevisjonen har til dømes ikkje undersøkt bakgrunnen for prosjektet, forhandlingar med leverandørar og spesifisering av krav. Internrevisjonen har ikkje sett på arbeidet med å tilpasse arbeidsplansystemet til behova i Helse Vest, til dømes det å legge inn føringar frå 32 nasjonale tariffavtaler og eit stort tal lokale avtalar i systema for kvart føretak. 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. Undersøkinga har 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 og vurdert gevinstar frå MOT-prosjektet. Sjølv om arbeidsplanlegginga framleis var i utvikling på det tidspunktet internrevisjonen vart gjennomført, har undersøkinga 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.

<sup>2</sup> Sommaren 2007 skifta Helse Fonna og Helse Førde til nytt system. Helse Stavanger skifta system hausten 2007, og Helse Bergen byrja implementeringa i januar 2008. I Helse Bergen skjedde implementeringa gradvis. Dei siste einingane i Helse Bergen tok i bruk nytt arbeidsplansystem tidleg i 2010.

## 2. Metode

### 2.1 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

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Informasjon frå styringsdialogen mellom Helse Vest og føretaka</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Utvikling over tid i<ul style="list-style-type: none"><li>– Sjukefråvær</li><li>– Lønnskostnader</li><li>– Timelønn for ekstravakter og overtid</li><li>– Timar overtid og ekstravakt</li><li>– Netto og brutto månadsverk</li></ul></li></ul>                                                                                           |
| <b>Rutinebeskrivingar, ambisjonar, retningslinjer</b>                  | <ul style="list-style-type: none"><li>■ MOT-prosjektet sine ambisjonar (gevinstmål)</li><li>■ Retningslinjer for arbeidsplanlegging frå HF</li><li>■ Systembeskrivingar (arbeidsplanleggingsprosess)</li></ul>                                                                                                                                                                   |
| <b>Rapportuttrekk om bruken av GAT (system for arbeidsplanlegging)</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Påloggingar (bruken av systemet)</li><li>■ Brot på arbeidsmiljøloven</li><li>■ Ledige vakter (vakante turnuslinjer)</li><li>■ Tilsette utan arbeidsplan (i arbeidsplansystemet)</li><li>■ Om avdelinga har eit budsjett for ekstravakt, forskyvd tid og overtid å styre etter</li><li>■ Tidsmessig rapportering og godkjenning</li></ul> |

### 2.2 Spørjeundersøking

I slutten av mars sendte internrevisjonen ut eit elektronisk spørreskjema til operative leiarar i dei fire føretaka (leiarar på nivå 3, 4 og 5). Helseføretaka hadde på førehand fått spørsmåla til gjennomsyn. Leiarar blei bedt om å gjere greie for korleis arbeidsplanlegging skjer på deira eining, og kva verkøy dei nytta. Til saman 1101 personar fekk tilsendt spørreskjema og 706 personar svarte (samla svarprosent på 64 prosent). Svarprosentane på kvar av dei fire føretaka er vist i tabellen under.

**Tabell 2: Svarprosent på føretaka**

| Føretak         | Leiarar <sup>3</sup> | Svar | Svarprosent | Ruta ut <sup>4</sup> |
|-----------------|----------------------|------|-------------|----------------------|
| Helse Førde     | 126                  | 84   | 67 %        | 6                    |
| Helse Bergen    | 494                  | 313  | 63 %        | 11                   |
| Helse Stavanger | 322                  | 197  | 61 %        | 22                   |
| Helse Fonna     | 159                  | 112  | 70 %        | 6                    |
| Samla           | 1101                 | 706  | 64 %        | 45                   |

Respondentane har kryssa av for kva kategori eininga deira tilhører. Internrevisjonen nyttar denne grupperinga for å seie noko om ulik arbeidsplanlegging i til dømes prehospitale tenester eller psykisk helsevern. I kva grad respondentar frå ulike einingar er representative for heile føretaket er drøfta i rapportane om arbeidsplanlegging på dei føretaka det gjeld. I to høve er respondentane ikkje heilt representative for føretaka.

- I Helse Fonna er det overrepresentasjon av svar frå einingar som driv med ikkje-medisinsk service.
- I Helse Stavanger er det overrepresentasjon av svar frå einingar som driv med medisinsk-service.

Med dei to atterhalda, trur vi utvalet er representativt for føretaka i Helse Vest.

**Tabell 3: Respondentar fordelt på type eining**

| Type eining                                    | Helse Førde | Helse Bergen | Helse Fonna | Helse Stavanger | Samla  | Tal på svar |
|------------------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-----------------|--------|-------------|
| Somatisk behandling og diagnostikk på sjukehus | 45,9 %      | 34,9 %       | 31,1 %      | 38,2 %          | 36,4 % | 189         |
| Psykisk helsevern og rus                       | 13,1 %      | 18,5 %       | 24,4 %      | 22,1 %          | 19,8 % | 103         |
| Rehabilitering                                 | 6,6 %       | 6,5 %        | 3,3 %       | 2,9 %           | 5,0 %  | 26          |
| Pre-hospitale tenester                         | 4,9 %       | 3,0 %        | 3,3 %       | 3,7 %           | 3,5 %  | 18          |
| Ikkje-medisinsk service                        | 11,5 %      | 11,2 %       | 18,9 %      | 8,1 %           | 11,8 % | 61          |
| Medisinsk service                              | 11,5 %      | 14,2 %       | 8,9 %       | 16,2 %          | 13,5 % | 70          |

<sup>3</sup> Internrevisjonen har ynskja å nå dei som har ansvar for arbeidsplanlegginga. I Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger har internrevisjonen fått lister med e-post adresser til leiarar. Frå Helse Førde fekk internrevisjonen ei liste over GAT brukarar (dei med "tjukkklient"). For å få eit rett utval gjorde internrevisjonen nokre tilpassingar. Først har føretaka sjølve sett på listene og tatt ut ein del som ikkje er i målgruppa (til dømes faglige leiarar eller personar som ikkje har leiaransvar i Helse Førde). Internrevisjonen fjerna e-post som ga feilmelding – til dømes leiarar i permisjon. Den gruppa som var att fekk undersøkinga.

<sup>4</sup> Nokre av dei som svarta hadde verken personalansvar eller økonomiansvar. Desse vart ruta ut av undersøkinga.

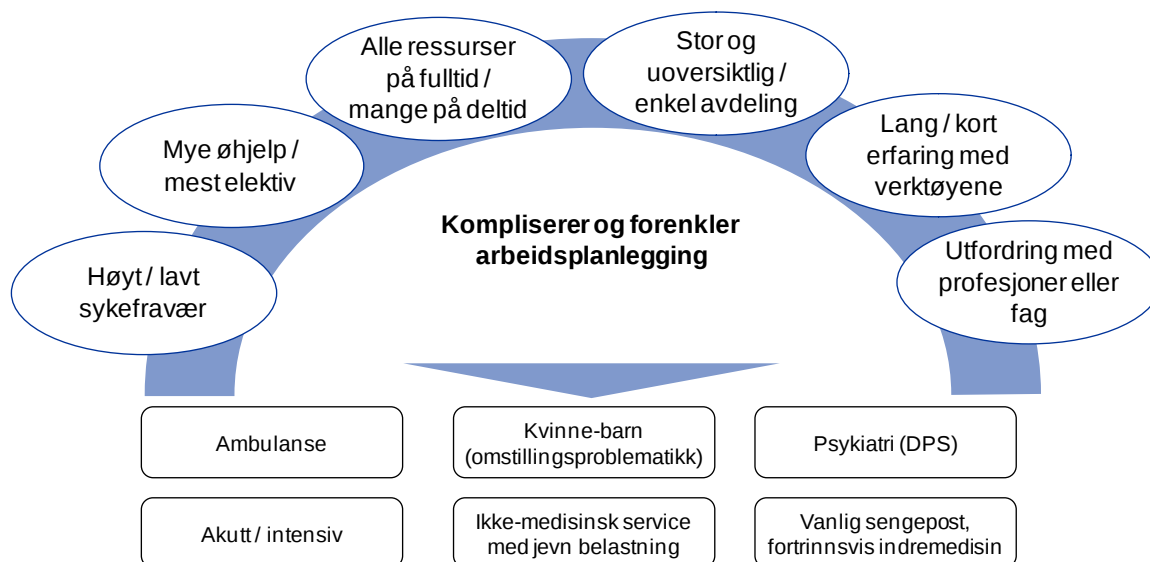
|                                          |       |        |        |       |         |     |
|------------------------------------------|-------|--------|--------|-------|---------|-----|
| Stab, støtte,<br>forskning eller<br>anna | 6,6 % | 11,6 % | 10,0 % | 8,8 % | 10,0 %  | 52  |
| Ikkje<br>informasjon om<br>type eining   |       |        |        |       |         | 187 |
| Tal på svar                              | 61    | 232    | 90     | 136   | 100,0 % | 706 |

Nokre av svara kjem frå leiarar som ikkje sjølv driv arbeidsplanlegging. Desse har fått færre spørsmål enn dei andre respondentane. Til saman har undersøkinga klart å fange opp leiarar som til saman driv arbeidsplanlegging for 16 835 tilsette.<sup>5</sup> Helseføretaka i undersøkinga har om lag 25 000 tilsette. Når vi reknar på denne måten, dekker undersøkinga arbeidsplanlegging for 67 prosent av dei tilsette.

## 2.3 Intervju

Internrevisjonen har intervjuar leiarar på alle føretaka. Føremålet med desse intervjuar er å sjå på einingar med ulike føresetnader for å drive arbeidsplanlegging. 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



Internrevisjonen har snakka med ulike einingar for å få kartlagt arbeidsplanleggingsprosessen og spesielle tema for kvar type eining. 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.

<sup>5</sup> Ein av respondentane, som rapporterte eit usannsynleg høgt tal tilsette, vart teken ut. Ikkje alle har svart på spørsmålet.

På kvart føretak har internrevisjonen Intervjua

- Ein leiar for pre-hospitale tenester – til vanleg ein ambulansesjef. Særskilte tema har vore vaktordningar, AML-brot, rekruttering og kompetanse
- Ein leiar frå ei eining som driv ikkje-medisinsk internservice – til vanleg ein leiar frå kjøkken eller reinhald.<sup>6</sup> Særskilte tema har vore om arbeidsplanleggingssystemet er egna for vanleg dagarbeid og om tilsette med låg formell kompetanse nyttar dei nye rutinane
- Ein leiar frå ei eining der arbeidet varierer mykje – til vanleg ein leiar frå intensiveining eller akuttmottak. Særskilte tema har vore planlegging for vekslende aktivitet og samarbeid mellom ulike yrkesgrupper
- Minst ein leiar frå stor sengepost – til vanleg indremedisin men og kirurgiske sengeposter. Tema har vore arbeidsplanlegging i pleiargruppa, samhandling med legegruppa, dag-til-dag-styring.
- Ein leiar frå psykiatrien – til vanleg distriktpsykiatrisk senter<sup>7</sup> - med spørsmål om arbeidsplanleggingskultur i psykiatrien
- Minst ein leiar frå ei kvinne-barn eining – til vanleg ein fødeavdeling. I Helse Vest har mange av desse vore gjennom store endringar og særskilte tema har vore arbeidsplanlegging og økonomistyring

Føretaka har også gitt tilrådingar om særskilte einingar som kunne hjelpe internrevisjonen med å forstå breidda i arbeidsplanlegginga. I tillegg vart det gjennomført intervju med bemanningskoordinatorar og controllerar ved føretaka.

---

<sup>6</sup> Representantar frå ikkje-medisinske einingar har vorte intervjuet i alle føretaka bortsett frå Helse Førde.

<sup>7</sup> Berre to slike einingar vart intervjuet.

# 3. Implementeringa av nytt system (MOT-prosjektet)

MOT-prosjektet sette sjølv opp føresetnader for ei vellukka implementering. Revisjonskriteria er basert på desse føresetnadene eller suksesskriteria.<sup>8</sup> Suksesskriteria som prosjektet har identifisert, kan delast i tre: 1) kultur og leiing; 2) involvering av medarbeidarar, og 3) tilstrekkeleg tid og ressursar til prosjektarbeid.

## 3.1 Bakgrunn

MOT-prosjektet vaks fram i perioden 2003 til 2005. Frå 2005 til 2006 la prosjektgruppa for arbeidsplanlegging<sup>9</sup> konkrete planar for korleis arbeidsplanlegginga skulle skje og valde ein leverandør. I desember 2006 teikna Helse Vest ei kontrakt med leverandøren, som skulle levere nytt arbeidsplanleggingssystem. Frå det tidspunktet vart systemet raskt rulla ut i føretaksgruppa. I juli 2007 skifta Helse Fonna og Helse Førde til nytt system. I oktober 2007 skifta Helse Stavanger og i januar 2008 skifta Helse Bergen. Fokuset i undersøkinga er på helseføretaka og korleis dei tok systemet i bruk.

## 3.2 Kultur og leiing i samband med MOT-prosjektet

### 3.2.1 Revisjonskriterium

Tre av dei kriteria som MOT-prosjektet lista opp som føresetnader for suksess<sup>10</sup> heng saman med kultur og leiing:

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

### 3.2.2 Observasjonar om kultur og leiing

Internrevisjonen har stilt fleire spørsmål om kultur og leiing. Desse spørsmåla gikk til 389 leiarar 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).

---

<sup>8</sup> Desse står lista i prosjektpresentasjonen for delprosjekt "ressursstyring" på Helse Vest sine heimesider.

<sup>9</sup> På den tida vart delprosjektet kalla "Ressursstyring".

<sup>10</sup> Dette står lista i prosjektpresentasjonen for delprosjekt "ressursstyring" på Helse Vest sine heimesider.

I dei fire føretaka er dei fleste (85%) som har tatt stilling til problemstillinga einige eller delvis einige i at toppleiargruppa/divisjonsdirektørane støtta opp om endringsprosessane i MOT-prosjektet. Få er ueinige (sjå tabell 13.1 i vedlegget). I Helse Fonna og Helse Førde er det mange (ein tredel) som svarar "veit ikkje".

Langt dei fleste (95%) av dei som har tatt stilling er einige eller delvis einige i at toppleiargruppa var tydelege på at dei nye rutinane skulle nyttas (tabell 13.2 i vedlegget).

Langt dei fleste (96%) av dei som har tatt stilling til spørsmålet er einige eller delvis einige i at næraste leiar var tydeleg på at det ikkje skulle gjerast unntak frå dei nye rutinane (tabell 13.3 i vedlegget).

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 73 % at MOT-prosjektet gjorde samanhengen mellom arbeidsplanlegging og kostnader tydeleg (tabell 78.2). Helse Førde skil seg ut. Her er det fleire som er ueinige og fleire som svara at dei ikkje veit om samanhengen mellom arbeidsplanlegging og kostnader vart tydeleg. Helse Førde hadde allereie etablert eit arbeidsplanleggingssystem då MOT-prosjektet starta, og det var mindre som endra seg på dette føretaket enn på nokon av dei andre.

Arbeidsplanleggingskultur var eit tema i spørjeundersøkinga. Leiarane svarar at dei har eit positivt inntrykk av viljen til å ta i eit tak i ein kritisk situasjon. Samla sett er 92% av leiarane einige eller delvis einige i at medarbeidarane gjer det som skal til når situasjonane krev det (tabell 76.8). Fordelinga er om lag lik på alle føretaka. Leiarane (92%) oppfattar at dei tilsette er lojale mot kvarandre, og stiller opp når det er naudsynt å byte ei vakt (tabell 76.9). Denne haldninga er litt mindre tydeleg i stabs og støttefunksjonane (sjå tabell F76.8).

Når situasjonen krev det, viser undersøking at dei tilsette er fleksible. Samstundes er eit mindretal (om lag 20 %) 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. I Helse Førde og Helse Bergen, som har lengre erfaring med element av aktivitetsbasert arbeidsplanlegging, er leiarane meir optimistiske i vurderinga om det er opning for aktivitetsbasert arbeidsplanlegging. Det er noko variasjon i svara frå ulike typar einingar – til dømes er leiarar i psykisk helsevern meir positive til endringsvilja enn leiarar i ikkje-medisinsk service (sjå tabell F76.5).

Arbeidsplanleggingskultur blant legar skil seg frå kulturen i pleiargruppa. Oppfatninga i intervjuar med bemanningskoordinatorar, leiarar på pleieeiningar og representantar frå legegruppa 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.

### **3.2.3 Vurderingar**

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

Internrevisjonen meiner at det er positivt at undersøkinga viser at MOT-prosjektet hadde ei sterk forankring i leiinga i føretaka då prosjektet vart implementert. Dei som dreiv arbeidsplanlegging på det tidspunktet då nytt arbeidsplanleggingssystem vart implementert opplevde at leiinga sentralt og den nærmaste leiinga støtta prosjektet og var tydeleg på at det ikkje skulle gjerast unntak frå rutinane som prosjektet ville ha på plass.

Dei fleste einingane på dei ulike føretaka 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. På ein del einingar opplever leiarane at folk tviheld på vande måtar å gjere ting på. Internrevisjonen har merka seg at leiarar på dei føretaka som har lengst erfaring med element av aktivitetsbasert planlegging, også har det mest optimistiske synet på endingsvilja i organisasjonane.

### **3.3 Involvering og informasjon i samband med MOT-prosjektet**

#### **3.3.1 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<sup>11</sup>

#### **3.3.2 Observasjonar om samarbeid og involvering**

Av dei som svara på internrevisjonen si spørjeundersøking var det 389 personar som anten dreiv med arbeidsplanlegging på den tida da Helse Vest tok i bruk nytt system for arbeidsplanlegging 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 65% einige eller delvis einige i at det var eit tilstrekkeleg godt samarbeid med tilsette og tillitsvalde om dei nye rutinane (tabell 13.5 i vedlegget). 35 % var delvis ueinige eller ueinige. Det kjem ikkje fram i intervju at det var 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 leggje inn dei første bemanningsplanane i arbeidsplanleggingssystemet.

Blant dei operative leiarane på dei fire føretaka som dreiv arbeidsplanlegging både før og etter MOT-prosjektet, er 60 % heilt eller delvis einig i at medarbeidarane hadde tilstrekkeleg informasjon om nye rutinar i samband med MOT-prosjektet (tabell 13.4 i vedlegget).

#### **3.3.3 Vurderingar**

Internrevisjonen meiner at samarbeidet knytt til arbeidsplanleggingsprosjektet var tilstrekkeleg til å få på plass eit fungerande system for aktivitetsbasert arbeidsplanlegging.

Eit mindretal på 34 % av respondentane gir uttrykk for at informasjonen i prosjektet kunne ha vore betre. Sjølv om mykje informasjon vart lagt ut, var det ikkje alle som fekk dekt sin

---

<sup>11</sup> "Oppbygging av en kommunikasjonsplan som sikrar at medarbeidarar, tillitsvalde og leiarar opplever involvering." – frå prosjektpresentasjonen for delprosjekt "ressursstyring" på Helse Vest sine heimesider.

etterspurnad etter informasjon. Internrevisjonen trur ikkje det er realistisk at alle medarbeidarar får informasjon om alle sider i ei stor omlegging, men det er likevel eit mål å streve mot.

### 3.4 Prosjektarbeid, tid og ressursar

#### 3.4.1 Revisjonskriterium

Følgjande suksesskriterium i prosjektet var knytt til prosjektarbeid, tid og ressursar:<sup>12</sup>

- Avsetting av ressursar til implementering, opplæring og organisasjonsutvikling.

#### 3.4.2 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 arbeidsplansystem på einingane gjekk fort. Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde fekk på plass eit arbeidsplanleggingssystem i løpet av nokre månader i 2007. Helse Bergen valde å gjere implementeringa gradvis og brukte noko lengre tid til prosjektarbeid.

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 fantes ikkje system på den norske marknaden som kunne handtere alle krav frå MOT-prosjektet. Derfor valde Helse Vest å ta i bruk eit system samtidig som systemet vart vidareutvikla og tilpassa. Dette vart gjort for å sikre fullstendig integrasjon og opparbeide seg erfaring med systemet, før det vart godkjend.

Det går fram av intervju at bemanningskoordinatorar og ansvarlege for prosjektet fortløpande følgde opp opplevde feil og manglar. Dei kom og kontinuerleg med utbetningsoppmodingar for å få utvikla rutinar slik at det vart mest mogleg føremålstenleg for å få til ei god arbeidsplanlegging.

Eit fleirtal av leiarane meiner dei mangla tid til opplæring, og særleg tid til å gjere planarbeid (sjå tabell 4 under). Også i intervju fortel leiarar om knapp tid til planarbeid. 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. Til dømes har ein del medarbeidarar i ikkje-

---

<sup>12</sup> 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 noko omfattande evaluering eller reorientering i prosjektet.

medisinsk service låg datakompetanse og leiarar på einingane måtte gi mykje støtte til denne gruppa.

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 nedanfor summerer opp vurderingane gitt av leiarar i føretaka som dreiv arbeidsplanlegging på den tida dei nye rutineane blei implementert, eller som var med i lokale prosjektgrupper i samband med MOT-prosjektet.

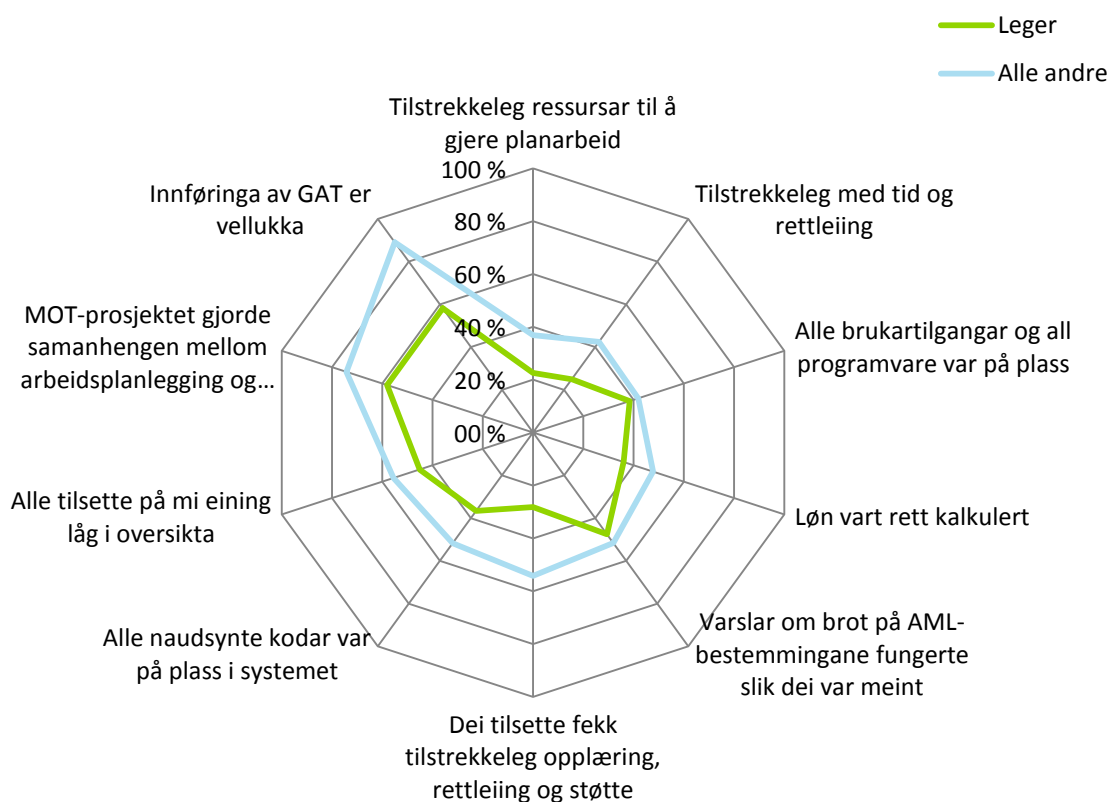
**Tabell 4: Leiarar si vurdering av føresetnader for å få på plass arbeidsplanleggingssystem**

| Tema                                                                                                                                              | Heilt / delvis enig | Heilt / delvis ueinig | Observasjon og variasjon                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alle brukartilgangar og all programvare var på plass i tide for implementeringa (tabell 14.1 og F14.1)                                            | 37,6 %              | 52,7 %                | Størst problem i Helse Stavanger, der til dømes berre 5 % er heilt einige i at brukartilgangar og mjukvare var på plass. Pre-hospitale tenester og ikkje-medisinsk service hadde størst utfordringar.                                                          |
| Løn vart rett kalkulert (tabell 14.2 og F14.2)                                                                                                    | 42,9 %              | 48,5 %                | Størst problem med løn i Bergen (57,5% var heilt eller delvis ueinige). Det er her ingen signifikante forskjellar mellom dei ulike føretaka. Somatikk, pre-hospitale tenester og medisinsk service fekk størst problem med å kalkulere rett løn (tabell F14.2) |
| Varslar om brot på AML-bestemmingane fungerte slik dei var meint (tabell 14.3 og F14.3)                                                           | 42,7 %              | 40,3 %                | Størst problem i Bergen (meir enn 50 prosent er helt eller delvis ueinige). I pre-hospitale tenester er ingen leiarar heilt nøgde uavhengig av føretak (tabell F14.3).                                                                                         |
| Alle tilsette på mi eining låg i oversikta, slik at eg kunne legge dei inn i arbeidsplanen (tabell 14.4 og F14.4)                                 | 50,4 %              | 41,9 %                | Størst problem i pre-hospitale tenester (sjå tabell F14.4)                                                                                                                                                                                                     |
| Alle naudsynte kodar var på plass i systemet, slik at eg kunne legge ein bemanningsplan på det detaljeringsnivået eg trong (tabell 14.5 og F14.6) | 45,2 %              | 44,5 %                | Størst problem i pre-hospitale tenester (sjå tabell F14.5)                                                                                                                                                                                                     |
| Eg fekk tilstrekkeleg med tid og rettleiing, slik at eg kunne lære meg systemet (tabell 14.6 og F14.6)                                            | 39,4 %              | 56,8 %                | Størst var utfordringa i Helse Fonna der 43,9 % frå Helse Fonna er heilt ueinige i at dei fekk tilstrekkeleg med tid og rettleiing for å lære systemet – mange er og delvis ueining.                                                                           |

|                                                                                                                                                |        |        |                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dei tilsette fekk tilstrekkeleg opplæring, brukarretteiing og støtte, slik at dei kunne nytte systemet til sitt føremål (tabell 14.7 og F14.7) | 50,1 % | 46,2 % | Andelen som opplevde tilstrekkeleg opplæring og støtte er høgast i Helse Førde og lågast i Helse Fonna. |
| 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 og F 14.8)   | 34,4 % | 61,8 % | Dei store føretaka (Helse Bergen og Helse Stavanger) er dei som oftast sakna tid til planarbeid.        |

Ei gruppe tilsette skil seg ut i si vurdering av føresetnadene for å få på plass nytt system for arbeidsplanlegging og det er dei som driv arbeidsplanlegging for legar / behandlarar. Leiarar i denne gruppa er meir kritiske til føresetnadene for å få på plass arbeidsplanleggingssystemet. Figuren under viser kor stor del av respondentane som driv arbeidsplanlegging for lege-/behandlingrgrupper, som er einige eller delvis einige i at føresetnadene var tilstades for å få på plass arbeidsplanleggingssystemet. I figuren ser ein korleis haldningane skil seg frå haldningane blant alle som har svara. Sjølv om legeggruppa var kritisk, er det eit klårt fleirtal og blant legar og behandlarar som meiner at innføringa av GAT var vellukka og gjorde samanhengen mellom arbeidsplanlegging og kostnader tydeleg.

**Figur 3: Vurdering av føresetnader for vellukka implementering av arbeidsplanleggingssystemet**



### **3.4.3 Vurderingar**

Felles for alle føretaka er at dei lukkast i å få på plass eit omfattande arbeidsplanleggingssystem på kort tid. På den andre sida måtte leiarane i mange tilfelle ta i bruk eit system dei opplevde hadde manglar i forhold til det dei var vande med og forventa. Sjå og Figur 3 over. Det er krevjande for organisasjonen å nytte eit system som ikkje er ferdig tilpassa.

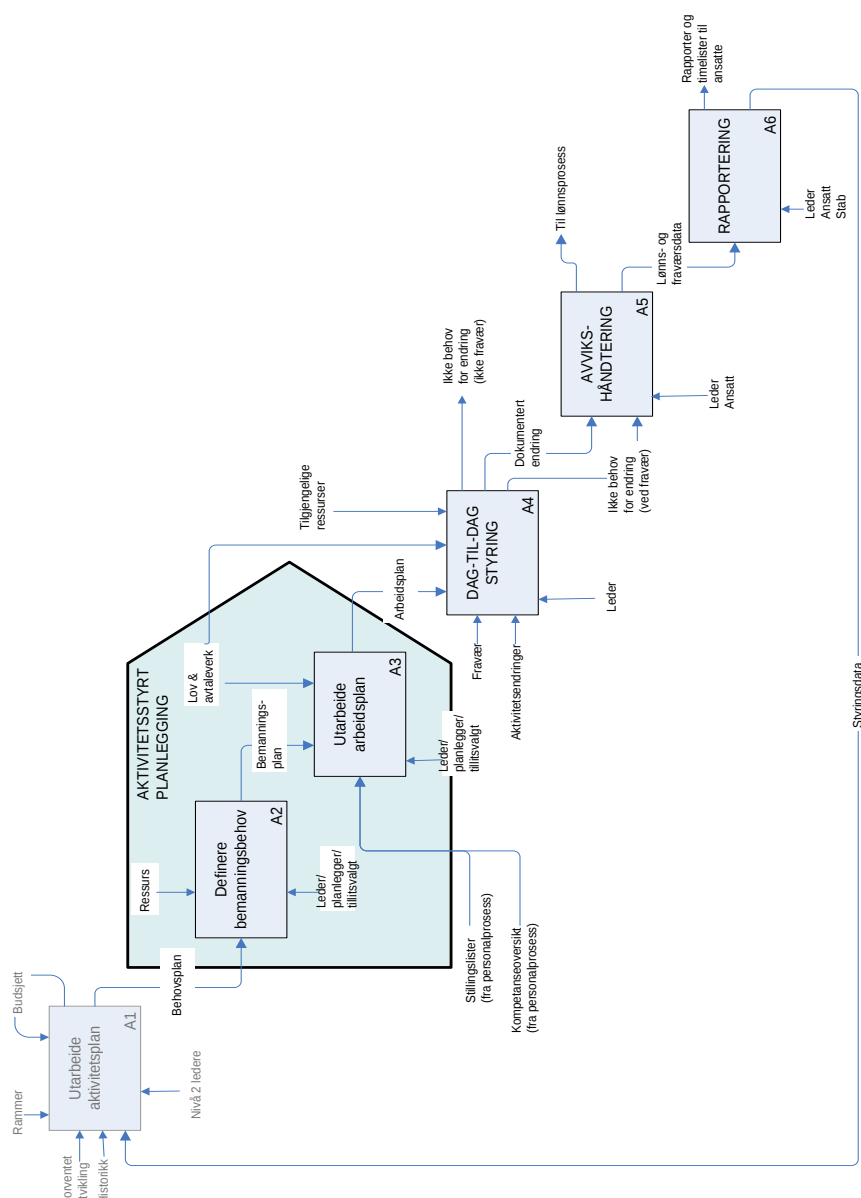
Internrevisjonen vil peike på at mange einingar hadde knapp tid til førebuing, at ressursane til å gjere planarbeid var knappe og at ein stor del svarer at dei tilsette ikkje fekk tilstrekkeleg opplæring.

Undersøkinga viser at dei ansvarlege for GAT på alle føretaka har lagt ned eit betydeleg arbeid og vist stor evne til kontinuerleg fokus og forbetringsarbeid.

## 4. 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 kostnadsnevjande, meir omsynsfull og gi rett kvalitet. Figuren under illustrerer ledda i arbeidsplanleggingsprosessen som er implementert i Helse Vest.

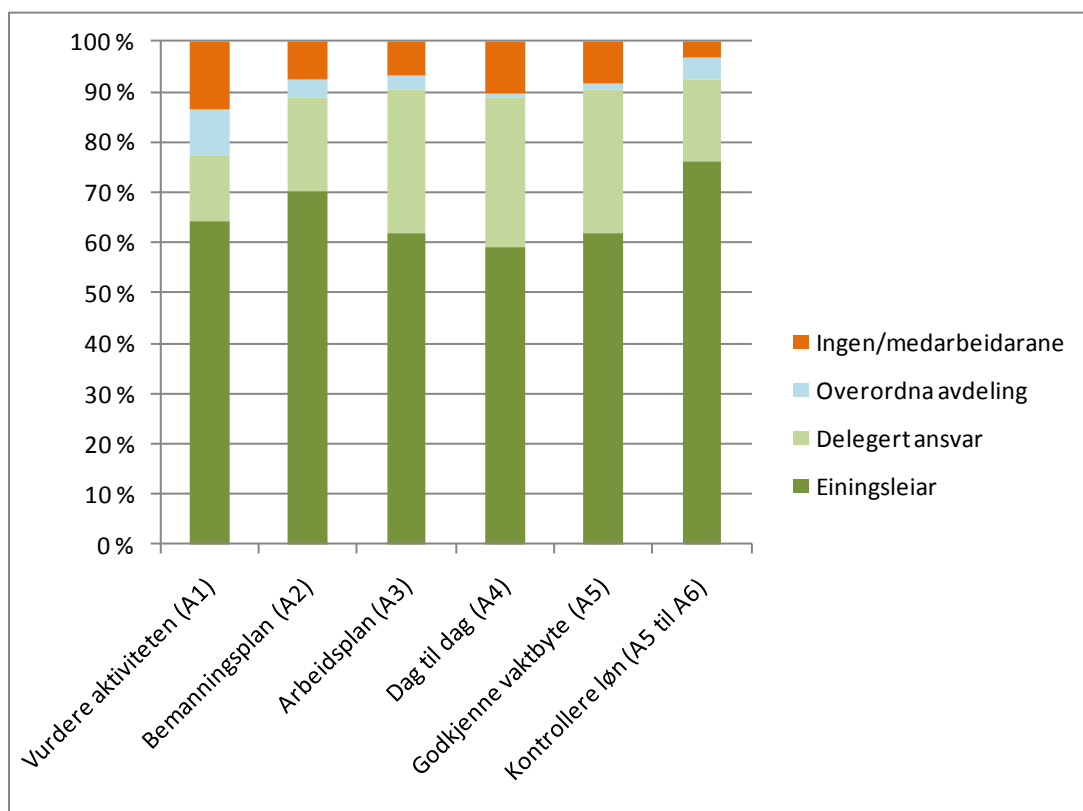
Figur: 4 Arbeidsplanleggingsprosessen slik han vart skissert av MOT-prosjektet



Det første trinnet i arbeidsplanleggingsprosessen (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 sjølv driv arbeidsplanlegging om å svare på spørsmål om arbeidsplanlegging. Dei fleste (77,2 %) driv arbeidsplanlegging for ei eining; eit mindretal (22,8 %) 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 arbeidsplanegging ei leiaroppgåve, både dei overordna vurderingane, men og den praktiske oppfølginga frå dag til dag og kontrolloppgåvene. Det er litt få einingar der leiaren sjølv er med på å legge aktivitetsplan.

**Figur 5: Kven handterer arbeidsplanlegging på einingane<sup>13</sup>**

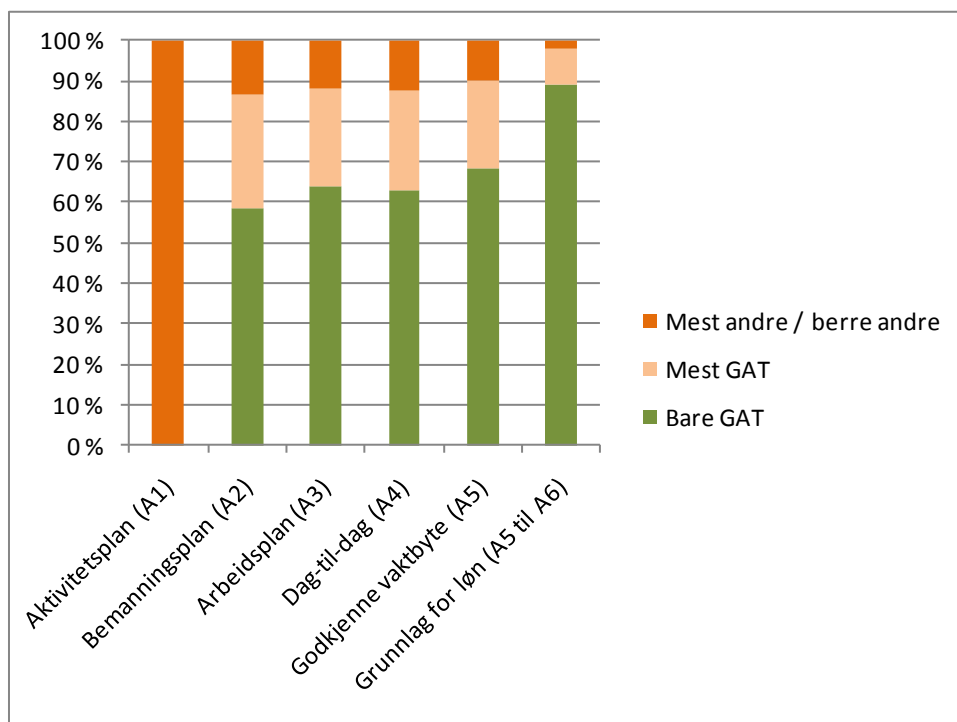


Eit anna hovudpunkt i undersøkinga har vore om leiarane brukar dei rutinar og system som Helse Vest har implementert. Figuren under viser kva leiarane svarar på spørsmål om kva verktøy som er i bruk. I dei fleste tilfelle nyttar einingane arbeidsplanleggingsverktøy som MOT-prosjektet fann

<sup>13</sup> For bakgrunnstal, sjå tabellane gruppe 18 og 19 i vedlegget.

fram til, men i ein del høve er det og andre eller alternative løysingar i bruk. GAT støttar ikkje arbeid med aktivitetsplan per mai 2010, og søyla ar lagt til som ein illustrasjon.<sup>14</sup>

**Figur 6: Verktøy som vart nytta i arbeidsplanleggingsprosessane<sup>15</sup>**



Enkelt sagt er GAT i bruk for alle oppgåver, men arbeidsplansystemet står sterkast i dei siste trinna i prosessen og har minst feste i planleggingsfasen som skal skje i starten av prosessen.

## 4.1 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 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.

### 4.1.1 Revisjonskriterium

Internrevisjonen har blitt bedt om å undersøkje om arbeidsplanlegginga skjer slik ho vart skissert av MOT-prosjektet (sjå prosesskisse på side 17). Den som lagar aktivitetsplan og

<sup>14</sup> Helse Vest har i august 2010 gjort greie for at utvida funksjonalitet er planlagt og på veg.

<sup>15</sup> 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 funksjonar for å handtere aktivitetsplanlegging per mai 2010.

bemanningsplan må ta mange omsyn. Kva som er rett og gale kan variere frå eining til eining. Internrevisjonen har på bakgrunn av prosjektskissa operasjonalisert desse omsyna i eit sett problemstillingar som er undersøkt:

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

#### **4.1.2 Observasjonar om korleis einingane nyttar aktivitets- og bemanningsplan**

Undersøkinga har sett på kven som lagar aktivitetsplan (A1). Dei fleste einingsleiarane (64,4 %) utarbeider aktivitetsplanen sjølv, aleine eller med støtte (tabell 18.1 i vedlegget). Det er ikkje uvanleg eller unaturleg at slik planlegging skjer sentralt eller av overordna eining (9,0%), men framleis står det att ein god del tilfelle der verken leiar eller overordna leiar driv aktivitetsplanlegging. Ofte er det ein medarbeidar som har fått delegert oppgåva (13%). 13,6 % svarar at eininga ikkje har formelle rutinar for å lage aktivitetsplan eller at medarbeidarane handterer oppgåva sjølv innanfor gitte rammer. Fordelinga er om lag den same på alle føretaka i undersøkinga.

Innfallsvinkelen til aktivitetsplanen (A1) er forskjellig på ulike typar avdelingar (sjå tabell F18.1 i vedlegget). På avdelingar som har oppgåver innan psykisk helsevern, rehabilitering, ikkje-medisinsk service og stab/støtte/forsking, er det over 80 % av leiarane som seiar at dei sjølv legg aktivitetsplan. På einingar som driv somatisk behandling og i støttefunksjonane, er det meir enn 70 prosent av leiarane som sjølve legg aktivitetsplan. Lågast er talet i støtteiningane (medisinsk og ikkje-medisinsk service), der det oftast skjer at einingane ikkje har utarbeidd rutinar for å planlegge aktiviteten.

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 aktivitetsplan i einingane.

Undersøkinga har sett på kven som lagar bemanningsplan (A2). Bemanningsplan vert i stor grad (70,3 %) utarbeidd av leiarane (tabell 18.2 i vedlegget). Berre eit lite mindretal (7,5 %) oppgjev at dei ikkje har formelle rutinar, eller at medarbeidarane handterer dette sjølv. Det er små skilnader mellom føretaka, men innfallsvinkelen er ulik på forskjellige typar avdelingar. I støtteiningane (medisinsk og ikkje-medisinsk service) og i pre-hospitale tenester er det vanleg å delegere arbeidet med bemanningsplanen (tabell F18.2). Det kan tyde på at leiar ikkje tenker at planen er avgjerande viktig for eininga. Det er uvanleg å ikkje ha formelle rutinar for bemanningsplan, men i einingar med oppgåver innan psykisk helsevern er det nokre (7,8 %) som svarar at eininga ikkje har formelle rutinar for bemanningsplan eller lar medarbeidarane handtere oppgåva sjølve.

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 under 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 5: Kva som får einingane til å endre bemanningsplanen<sup>16</sup>**

| Situasjon                                        | Prosent endrar bemanningsplanen på si eining |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Vi endrar ikkje bemanningsplanen - den ligg fast | 21,9 %                                       |
| Når eininga får nytt budsjett                    | 30,5 %                                       |
| Når eininga får fleire eller færre tilsette      | 31,6 %                                       |
| Når det er på tide å lage ein ny arbeidsplan     | 57,8 %                                       |
| 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 mest vanlege årsaka til å endre ein bemanningsplan, er at eininga skal sette opp ein ny arbeidsplan. 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 intervjuet 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 eit bevisst val å ikkje ta inn konsekvensen av knappe ressursar i bemanningsplanen. 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.

Aktivitetsplanane vert i stor grad styrt av aktiviteten og budsjetta året før. I intervjuet 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.

I samband med undersøkinga intervjuet internrevisjonen eit lite utval leiarar på alle føretaka. I desse intervjuet var det uvanleg å høre om gode rutinar for å lage aktivitetsplan og bemanningsplan, mellom anna fordi rammene låg fast, til dømes:

- Aktiviteten på eit kjøkken vert styrt av kor mykje einingane bestiller
- Kor mykje nokre einingar kan gjere, er styrt av kor mange legeheimlar eininga kan få
- Aktiviteten på ei medisinsk-service eining er styrt av kor mykje utstyr eininga har
- Bemanningsplanen for ei legegruppe er forhandla fram gjennom tenesteplanen og leiar på eininga har ikkje fridom til å endre denne

<sup>16</sup> Spørsmålet er berre stilt til einingar som driv med døgkontinuerlig drift knytt til pasientbehandling. 187 einingar har svara på spørsmåla. Sjå tabell 46.1.

Inntrykket frå intervjuet er at aktivitetsplan og bemanningsplan kan vere mindre gjennomarbeidd og djuptgåande enn svara i spørjeundersøkinga gir inntrykk av. Ein god aktivitetsstyrer arbeidsplanlegging fordrar at klinikkleiarar må ta ansvar for at det er samanheng mellom aktivitetsplan og bemanningsplan, og at det ikkje er historisk praksis aleine som styrer i budsjettprosessane.

#### 4.1.3 Observasjonar om input og verktøy for aktivitetsplan og bemanningsplan

MOT-prosjektet har ikkje fått på plass felles arbeidsprosessar for å støtte aktivitetsplanlegging (A1). Det er starta eit arbeid for å laga rettleiingar om god aktivitetsplanlegging.

Det er systemstøtte for å lage bemanningsplanar (A2). MOT-prosjektet arbeider med å tilpasse systemstøtta betre til føretaka sine behov.

I mars 2010 nytta langt dei fleste GAT til å lage bemanningsplan, av og til med støtte frå andre verktøy (for detaljar, sjå tabell 23.1). Nokre einingar (13,2 %) lagar bemanningsplan utan å nytte GAT eller mest utan å nytte GAT. Arbeidsplanleggingssystemet er meir i bruk i nokre typar einingar enn i andre. Sterkast fotfeste har systemet i psykisk helsevern, minst bruk av bemanningsplan finn vi i stabseiningane og i medisinske serviceeininger (sjå tabell F23.1). I intervjuet 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 høve 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*<sup>17</sup> for arbeidet med aktivitetsplan og budsjett, om dei *hadde* slik informasjon, og om dei *nytta* informasjonen. Tabellen under viser ein samanheng mellom talet på respondentar som finn ulik informasjon nyttig og kor mange som faktisk nytta informasjonen.

Tabell 6: Informasjon til arbeidet med budsjett og aktivitetsplan.<sup>18</sup> Tal på respondentar

|                                                                          | Slik informasjon er nyttig | Vi hadde slik informasjon | Vi nytta slik informasjon |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Informasjon frå GAT om sjukefråvær                                       | 108                        | 78                        | 66                        |
| Informasjon frå GAT om kor mykje ekstravakt og overtid som var nødvendig | 94                         | 59                        | 63                        |

<sup>17</sup> Uavhengig av om dei hadde slik informasjon eller ikkje

<sup>18</sup> For talgrunnlag, sjå tabell 40.1 til og med 40.5. Utvalet er dei som driver arbeidsplanlegging på einingar med pasientar heile døgnet. Mellom 159 og 189 personar har svart.

|                                                                                                               |     |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|
| Informasjon frå GAT om fordelinga av ferie i fjor                                                             | 93  | 73 | 79 |
| Budsjettsimulatoren i GAT for å sjå samanhengen mellom lønskostnader og den bemanninga vi ønskjer             | 117 | 25 | 37 |
| Informasjon frå pasientadministrative system om kva tid på døgeret og kva tid på året som aktiviteten var høg | 111 | 41 | 28 |

Svara tyder på at mange ønskjer å simulere bemanningskostnad (72,2 %), men at få har klart å dra nytte av slik funksjonalitet (22,8 %).

Eit anna område som skil seg ut er i kva grad einingane klarer å nytte informasjon om kva tid på døgeret og kva tid på året som aktiviteten var høg. Mange (69,8 %) seier slik informasjon er nyttig, men det var ikkje vanleg å ha slik informasjon, og svært få (17,6 %) nytta slik informasjon. Når 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 samheng. Internrevisjonen har spurd leiarar ved einingar med pasientbehandling heile døgeret om dei tok imot innspel frå andre einingar i arbeidet med aktivitetsplan. Det er ikkje mange (29,9 %) som seier at dei fekk innspel frå andre einingar – enda færre av leiarane (19,9 %) meiner dei fekk gi innspel til arbeidet på andre einingar (tabell 41.2 og 41.3 i vedlegget). Ikkje på noko føretak er det 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. I Helse Fonna er det fleire leiarar enn på dei andre føretaka som seiar dei får og gir innspel på tvers av einingar i samband med arbeidsplanlegginga.

#### 4.1.4 Observasjonar om resultat av aktivitets- og bemanningsplan

Internrevisjonen bad respondentar ta stilling til påstandar om budsjettet for 2010 og koplinga til arbeidsplanlegging.

- Av dei som har tatt stilling til påstanden er 66,7 % einige eller delvis einige i at budsjettet for 2010 ble *realistisk* fordi det ble nytta reell informasjon frå arbeidsplanlegginga (tabell 42.1 i vedlegget) – jo større føretak desto mindre tru på at arbeidsplanlegging gav realistisk budsjett.
- Av dei som har tatt stilling til påstanden er 39,4 % einig eller delvis einig i at budsjett er *rettferdige* (sjå tabell 42.2) på grunn av arbeidet med aktivitetsplan. Minst tru på rettferda i budsjetta er det i Helse Stavanger der berre ein av fire er heilt eller delvis einige i dette.
- Litt over halvparten (54,2 %) av respondentane er einig eller delvis einig i at arbeidet med aktivitetsplanen *sikra tilstrekkelige* ressursar til å ha "ei forsvarlig grunnbemanning". Helse Førde skil seg positivt ut der heile 68,2 % av respondentane er einige eller delvis einige i denne påstanden. Helse Stavanger skil seg ut med at berre 39,2 prosent er einige eller delvis einige (sjå tabell 42.3)

Forskjellane mellom dei ulike føretaka er ganske store i synet på om aktivitetsplanlegging gav realistiske, tilstrekkelege og rettferdige budsjett. Helse Stavanger har vanskeleg økonomi og svarar meir pessimistisk enn dei andre føretaka på alle spørsmåla over. Helse Fonna som etter ei vanskeleg omstilling gjekk i balanse i 2009, svarar ofte meir positivt enn dei andre, men også Helse Førde har tru på at arbeidsplanlegging gav gode resultat.

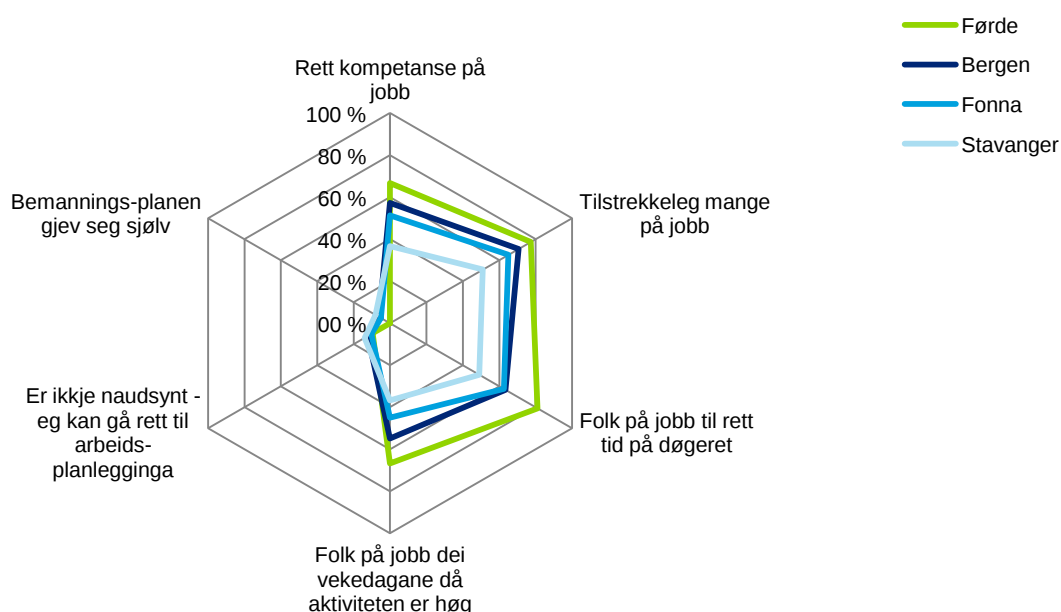
Leiarane på dei ulike føretaka har ulikt syn på om planarbeidet kan sikre realistiske, rettferdige og tilstrekkelege budsjett. Dei er til gjengjeld positive til at planlegging kan gi betre praktisk arbeidsplanlegging. På viktige område meiner leiarane dei får hjelp av bemanningsplanen i det vidare arbeidet. Tabellen gir fleire detaljar. Utvalet er berre leiarar på einingar med pasientbehandling.

**Tabell 7: Leiarar si vurdering av føresetnader for å få på plass 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)                                  | 89,5 %                   | 9,5 %                     | Eit stort fleirtal meiner bemanningsplan er nyttig for å kontrollere kompetanse.                                                                                                                                    |
| Bemanningsplan gjer det enklare å lage ein arbeidsplan med tilstrekkeleg mange på jobb (tabell 48.2)                      | 92,2 %                   | 6,2 %                     | Eit stort fleirtal meiner bemanningsplan er nyttig for å tenke gjennom kor mange som skal vere på arbeid.<br>I Helse Førde er det ingen som er delvis eller heilt ueinige i denne påstanden                         |
| Bemanningsplan gjer det enklare å ha medarbeidarar på jobb til rett tid på døgeret (tabell 48.3)                          | 87 %                     | 9,4 %                     | Eit stort fleirtal meiner bemanningsplan er nyttig for å tenke når på døgeret medarbeidarar skal jobbe.<br>Også til denne påstanden er det ingen av respondentane frå Helse Førde som er delvis eller heilt ueinige |
| Bemanningsplan gjer det enklare å ha nok medarbeidarar på jobb på dei vekedagane då aktiviteten er høg (tabell 48.4)      | 81,8 %                   | 13,6 %                    | Mange, men færre enn på spørsmåla over, seier bemanningsplan er nyttig for å variere mellom vekedagar.<br>Helse Førde skil seg positivt ut også her ved at berre ein respondent er delvis ueinig i denne påstanden  |
| Eg kjenner aktiviteten så godt at bemanningsplan ikkje er naudsynt - eg kan gå rett til arbeidsplanlegginga (tabell 48.5) | 40,3 %                   | 57,6 %                    | I under halvparten av tilfella seier respondentane at planen ikkje er naudsynt. I Helse Stavanger er det noko fleire som meiner dei kan hoppe over bemanningsplanen.                                                |
| I praksis er eg heilt bunden av vanar og etablert praksis – bemanningsplanen gir seg sjølv (tabell 48.6)                  | 25 %                     | 72,9 %                    | Berre ein av fire respondentar føler seg bundne av vanar og etablert praksis.<br>Ein stort fleirtal i Helse Førde (80 % ueinige i påstanden) seier dei ikkje er bundne av vanar og praksis                          |

Figuren under viser kor stor del av leiarane på dei fire føretaka som svarer "einig" då dei vart spurde om bemanningsplanen gjorde det enklare å nå ulike mål. Leiarar i Helse Førde har mest tru på nytta av arbeidsplanlegging, leiarar i Helse Bergen har nest mest tru på arbeidsplanlegging. Det er færrest som er "einig" i desse påstandane i Helse Stavanger. Dersom vi tar med dei som er "delvis einig" blir forskjellane mindre.

**Figur 7: Vurderingar av nytta av arbeidsplanlegging**



#### 4.1.5 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.

Ein del av leiarane tar ikkje del i aktivitetsplanlegging. Det er uheldig. I følgje MOT-prosjektet si eige prosesskisse 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 internrevisjonen si meining ei for lita rolle i arbeidet med bemanningsplan. Undersøkinga viser at leiarane oppgjev at dei ofte er ukomfortable med den budsjetttramma dei skal planlegge innanfor. Helseføretaka må syte for at det vert ein kultur som sikrar ei realistisk planlegging som tek vare på samanhengen mellom mål, ressursar og virkemiddel. Det er forskjellar mellom føretaka. Helse Fonna skil seg ut med ein større vilje til å ta opp spørsmål om samsvar mellom budsjettet og bemanning, og erfaringane frå dette føretaket kan gi gevinstar for Helse Vest.

Internrevisjonen finn det positivt at leiarane meiner at bemanningsplanen er til hjelp når det gjeld å lage ein 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 (erfaring) og simulere budsjett. Helseføretaka 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.

Internrevisjonen trur haldningane til nytta av bemanningsplan er eit uttrykk for haldningar til aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging i det heile. Leiarar i Helse Førde har mest tru på nytta av arbeidsplanlegging, leiarar i Helse Bergen har nest mest tru på arbeidsplanlegging. Dei same føretaka har jobba lenge og systematisk med element av aktivitetsbasert arbeidsplanlegging.

## 4.2 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 sjølvsgde. 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 vanskelegare (og viktigare) blir arbeidsplanlegginga fordi behovet for systemstøtte veks.

I Helse Vest er det eit stort tal ulike arbeidstidsordningar. Den ordninga som gjer det mest enkelt å drive aktivitetsbasert arbeidsplanlegging (kalenderplan) er berre i utstrakt bruk i Helse Førde, og på ein del einingar i Helse Bergen. Repeterande arbeidsplan med opning for tilpassa plan (ønskjeturnus) er meir utbreidd, men på alle føretaka er det mest vanlege å ha ein statisk og repeterande arbeidsplan.

**Tabell 8: Kjenneteikn for arbeidstidsordninga på einingane<sup>19</sup>**

|                                                                      | Helse Førde | Helse Bergen | Helse Fonna | Helse Stavanger | Samla |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-----------------|-------|
| Dagarbeid                                                            | 26 %        | 40 %         | 34 %        | 35 %            | 36 %  |
| Dagarbeid kombinert med vaktordningar                                | 19 %        | 24 %         | 27 %        | 30 %            | 26 %  |
| Rullerande arbeidsplan                                               | 36 %        | 41 %         | 34 %        | 39 %            | 39 %  |
| Rullerande arbeidsplan med opning for tilpassa plan ("ønskjeturnus") | 24 %        | 14 %         | 22 %        | 12 %            | 16 %  |
| Kalenderplan (ikkje rullerande)                                      | 19 %        | 11 %         | 6 %         | 1 %             | 8 %   |
| Skiftarbeid (lik fordeling på dag, kveld og natt)                    | 3 %         | 2 %          | 8 %         | 7 %             | 4 %   |
| Anna                                                                 | 3 %         | 4 %          | 8 %         | 4 %             | 5 %   |
| Totalt                                                               | 131 %       | 135 %        | 139 %       | 127 %           | 133 % |

<sup>19</sup> Sjå tabell 52. Fordi einingane kan ha medarbeidarar med ulike arbeidsordningar, til dømes pleiarar med repeterande arbeidsplan og fysioterapeutar med dagarbeid, så blir det fleire arbeidstidsordningar enn einingar og summen blir høgare enn 100%.

Lengda på repeterande arbeidsplanar er ulik på ulike einingar. I somatikken har nesten to av tre ein turnus på 9-12 veker, psykisk helsevern og einingar som driv med ikkje-medisinsk service har ofte ein turnus på 5-6 veker (jamfør tabell F56 i vedlegget).

Sjølv om mange har ein arbeidsplan som gjer at dei kan framskrive arbeidstida si langt fram, er ikkje arbeidsordninga offisiell før føretaket legg ut arbeidsplanen for neste planperiode. Det er uvanleg med færre enn tre planperiodar og nokre lagar seks eller fleire arbeidsplanar i løpet av eit år. Det er små skilnader mellom ulike typar einingar, men føretaka har ulik policy. Til dømes er det vanleg med fleire planperiodar i Helse Stavanger enn til dømes i Helse Bergen.<sup>20</sup> Langt dei fleste einingane lagar eigne arbeidsplanar i samband med ferie om sommaren (tabell 57.1) til påske (tabell 57.3) og rundt jul og nyttår (tabell 57.2). Mange har og eigen arbeidsplan for mai månad (tabell 57.4). Feriane forklarar med andre ord mykje av arbeidsplanlegginga. Det er uvanleg at einingar lagar eigne arbeidsplanar for å handtere periodar med høg (tabell 57.5) eller låg pågang (tabell 57.6).

Arbeidsplanen i psykisk helsevern skil seg noko ut frå somatikk. Psykisk helsevern gjer sjeldnare tilpassingar i høve til ferier og høgtider (tabell F57.1 til F57.3) og i høve til somatikken er det enda sjeldnare å gjere endringar på grunn av høg eller låg aktivitet (tabell F57.5 og F57.6).

#### 4.2.1 Revisjonskriterium

Internrevisjonen har blitt bedt om å undersøke om arbeidsplanlegginga skjer slik ho vart skissert av MOT-prosjektet (sjå prosesskisse på side 17). Den som lagar arbeidsplanen må ta mange omsyn. Kva som er rett og gale 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

#### 4.2.2 Observasjonar om korleis einingane nyttar arbeidsplanen

I Helse Vest er det i hovudsak operativ leiar som sjølv lagar arbeidsplan – sjå tabell nedanfor (basert på tabell 18.3 i vedlegget). Det er ikkje unaturleg om leiar på ei stor eining delegerer dag-til-dag styringa.

**Tabell 9: 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) | 366  | 62,0 %  |
| Einingsleiar har delegert dette                         | 167  | 28,3 %  |
| Dette vert gjort sentralt eller av overordna avdeling   | 16   | 2,7 %   |

<sup>20</sup> Jamfør tabell 54, "Kor ofte får medarbeidarane på di eining vite kven som skal vere på jobb til kva tid (arbeidsplan)?" Det kan vere at spørsmålet er forstått slik at man svarar kor ofte det skjer byter og endringar i vaktplanen. Vaktplanen er ei oppdatert versjon av arbeidsplanen der byter, fråvere og anna er fanga opp.

|                                                              |    |       |
|--------------------------------------------------------------|----|-------|
| Dette har vi ikkje nokre formelle rutinar for                | 14 | 2,4 % |
| Medarbeidarane handterer oppgåva sjølv innanfor gitte rammer | 27 | 4,6 % |

Undersøkinga viser at leiarar sjølv engasjerer seg i arbeidsplanlegginga, og at denne oppgåva vert gjort i samsvar med føresetnadene i MOT-prosjektet. Berre i psykisk helsevern og i stabseiningar er det fleire som ikkje har formelle rutinar, eller let medarbeidarane sjølve handtere dag-til-dag-styringa (tabell F18.3).

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

- Arbeidsplanlegginga er så fastlagd at ho er blitt ei rutineoppgåve som ikkje bør vere ein del av leiaren sine arbeidsoppgåver (28,9 % 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 (39,5 % 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 (40,1 % heilt eller delvis einig), sjå tabell 20.1
- Arbeidsplanlegging tar så mykje tid at leiaren må delegere slike arbeidsoppgåver (51,8 % heilt eller delvis einig), sjå tabell 20.3

Av ulike årsaker til ikkje å gjere arbeidsplanlegging sjølv, er tidsbruken viktigast, følgd av systemet (IKT), og regelverket for arbeidslivet. Det er relativt få som meiner arbeidsplanlegging er ei rein rutine. Blant leiarar i Helse Vest er det få som er ueinige i at arbeidsplanlegging er eit viktig styringsverktøy og at leiar må ha ansvaret for oppgåva, sjå tabell 20.5 i vedlegget. Desse observasjonane gjeld for alle føretak og alle typar einingar.

I mange tilfelle er grunnlaget for arbeidsplanen ein repeterande turnus eller reint dagarbeid. Da er basisen lagt frå før. Likevel er prosessen arbeidskrevjande. Den typiske (median) tidsbruken for å lage ein arbeidsplan er tre dagar. Blant store einingar (ofte med drift heile døgnet) er det mange som trong betydeleg meir tid – ei veke eller meir (sjå tabellen under). Det er ikkje store skilnader mellom ulike typar einingar, bortsett frå i einingar som driv med stab, støtte og forskning – der går det raskt å legge arbeidsplan (sjå tabell F55).

**Tabell 10: Tidsbruk knytt til det å lage arbeidsplan – store og små einingar<sup>21</sup>**

|                        | Færre enn 20 medarbeidarar | Fleire enn 20 medarbeidarar |
|------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Mindre enn to dagar    | 54 %                       | 15 %                        |
| To til tre dagar       | 19 %                       | 18 %                        |
| Fire dagar til ei veke | 19 %                       | 27 %                        |
| Ei veke eller meir     | 9 %                        | 40 %                        |
| Sum                    | 100 %                      | 100 %                       |

<sup>21</sup> Tala er basert på spørsmål om kor mange tilsette respondenten driv arbeidsplanlegginga for, kopla med svar på kor lang tid dei nyttar for å lage planen.

#### 4.2.3 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 på nokon av føretaka. 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 11: Verktøy i bruk for å lage arbeidsplan / turnus

| Alternativ                | Tal | Prosent |
|---------------------------|-----|---------|
| Berre GAT                 | 337 | 63,9 %  |
| GAT mest, men også andre  | 127 | 24,1 %  |
| Mest andre, GAT når vi må | 35  | 6,6 %   |
| Berre andre verktøy       | 28  | 5,3 %   |
| Totalt                    | 527 | 100,0 % |

Gjennom spørjeundersøkinga og i intervju har leiarar gjort greie for problem med å bruke GAT (aleine). Det er to typar argument: at arbeidsplanlegginga er så enkel at systemet ikkje er naudsynt og at arbeidsplanlegginga er så komplisert at systemet ikkje strekker til. Dette er vanlege ønske som leiarane meiner at systemet ikkje alltid kan møte:

**Samla planlegging av oppgåver og arbeidsstad.** I fleire legegrupper er det ikkje uvanleg å fordele oppgåver og pasientar kort tid på førehand, og arbeidsstaden blir ein konsekvens av desse oppgåvene. GAT kan på denne bakgrunn bli oppfatta som ekstraregistrering og meirarbeid. Mange legar meiner at dagens utgåve av arbeidsplansystemet ikkje er velegna for legegruppe.<sup>22</sup>

**Frikople det å vere tilsett og det å ha ei arbeidsoppgåve i planen.** Arbeidsplansystemet fungerer best når eininga planlegg med å bruke egne tilsette som ikkje har andre oppgåver. Problem oppstår når einingane skal planlegge til dømes for medarbeidarar som enno ikkje er tilsett, eller er tilsett fleire stader, eller har verksemdar i verksemda (frivillig kveldspoliklinikk). Ofte blir det laga egne oversikter for å handtere slike utfordringar.

**Funksjonar for å fange inn spesiell kompetanse eller arbeidsordningar.** Der einingane framleis nyttar eigenutvikla system, seier dei av og til at årsaka er å sikre at ein spesiell kompetanse eller kvalitet er på plass.<sup>23</sup> Ei anna årsak er ønske om å logge tilsette som kjem og går ofte (planlegging for timar, ikkje heile skift) eller enkelt å planlegge for grupper med spesielle vaktordningar.

<sup>22</sup> Nytt av betre planlegging av legeressursane var eit tema i prosjektrapporten "Rapport om ventetidshandtering i Helse Vest , 29. mars 2010". I følge GAT-Soft (telefon 1. juli 2010) får nye utgåver av arbeidsplanleggingssystemet meir funksjonalitet som gjer det enklare å planlegge arbeidstid, arbeidsstad og oppgåver i same verktøy. Det kan vere grunn til å notere seg at målet med aktivitetsstyrd planlegging er å ha rett person på rett plass til rett tid. Det krev planlegging på førehand og må inkludere alle yrkesgrupper. Det inneber at legeressursane må sjåast i samanheng med andre ressursar som er viktige for pasientbehandlninga.

<sup>23</sup> 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.

**Å kommunisere like godt som eit stykke papir.** Det å lage enkle oppsett er eit ønske, og kanskje ein føresetnad i nokre situasjonar. Arbeidsplanen skal fungere for legar som går frå eining til eining og for tilsette utan PC eller nettilgangar. På papir er det og enkelt for å dele, diskutere og legge planar. Dei tilsette kan nytte fargar, skrive kommentarar og stryke ut slik at nytt og gammalt står side om side. I nokre høve er det nok å kladde på utskrifter frå arbeidsplansystemet, men då er det lett å gå vekk frå prinsippet om at den utgåva som ligg i systemet er den rette.

**Å lage eit system som er enkelt for dei som har ein veldig enkel arbeidssituasjon.** Mange av dei som ikkje nyttar systemet fullt ut har arbeid berre på dagtid utan bruk av overtid, enkle og oversiktelege einingar, arbeidsfordeling som er rein rutine på små einingar. I slike høve blir arbeidsplanen passiv og styringa i praksis uformell eller basert på ei papirliste.

Misnøye med arbeidsplansystemet har vore sterkest i legegruppa, men og leiarar i legegruppa ser nytte av betre oversikt og systematisk arbeidsplanlegging. Det er legar i leiarposisjon som meiner – ikkje berre at arbeidsplanleggingssystemet kan nyttast – men at det er gevinstar knytt til å nytte 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

Einingar som har behov som ikkje vert dekkja av arbeidsplansystemet (GAT) er nok og freista til å irritere seg ekstra over ulike systemtekniske problem: lang responstid, tung terskel for å ta systemet i bruk, dårlig logikk for å gjere byter, etc. Dette er reelle problem. I intervju oppfattar internrevisjonen likevel at tilsette som har erfaring frå andre generelle arbeidsplansystem er godt nøgde med det nye. Gjennom det heile er det mange leiarar som har hatt nytte av ulike element i arbeidsplanleggingssystemet:

- Tilsetteoversikt (73,6 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare) – sjå tabell 63.1
- Oversikt over ønske frå medarbeidarar (69,4 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare) – sjå tabell 63.6
- Oversikt over avvik mellom bemanningsplan og faktisk plan (46,7 % 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 (47,2 % seier at dette i stor eller middels grad har gjort arbeidet enklare) – sjå tabell 63.8

I alle føretaka 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 at ulike grupper ikkje klarar utnytte tida si godt fordi dei treng samordning med ei anna gruppe.

#### 4.2.4 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) I tillegg er det slik at dei einingane som behandlar pasientar ikkje varierer 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 (tabell F64.1). Mange einingar har jamt høg aktivitet, eller så uføreseieleg aktivitet at det er vanskeleg å planlegge, men ut frå spørjeundersøkinga aleine tydar det at serviceeiningane gjer meir for å tilpasse seg ulikt behov enn dei einingane som har pasienten hos seg.

**Tabell 12: 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<br>einig | Delvis<br>ueinig | Ueinig | Veit<br>ikkje | Sum    |
|----------------------------|-------|-----------------|------------------|--------|---------------|--------|
| Somatikk / rehabilitering  | 12,8% | 18,6%           | 13,8%            | 48,4%  | 6,4%          | 100,0% |
| Psykisk helsevern og rus   | 8,0%  | 17,2%           | 9,2%             | 54,0%  | 11,5%         | 100,0% |
| Pre-hospitale tenester     | 6,3%  |                 | 25,0%            | 62,5%  | 6,3%          | 100,0% |
| Ikkje-medisinsk service    | 8,2%  | 24,5%           | 18,4%            | 38,8%  | 10,2%         | 100,0% |
| Medisinsk service          | 16,7% | 26,7%           | 6,7%             | 40,0%  | 10,0%         | 100,0% |
| Stab, forskning eller anna | 13,5% | 8,1%            | 10,8%            | 43,2%  | 24,3%         | 100,0% |
| Snitt                      | 11,7% | 18,5%           | 12,6%            | 47,4%  | 9,8%          | 100,0% |

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

Leiarar i Helse Vest 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 spelerom. Slike ordningar har vore i vanleg bruk i Helse Førde og Helse Bergen. I Helse Fonna og Helse Stavanger er det ganske mange som vel å ikkje svare på spørsmåla (sjå tabell 53.1 til og med 53.7).

Når leiarar blir bedne om å vurdere fordelar og ulemper med kalenderplan, er det eit svært stort fleirtal som er positive til kalenderplan. Leiarane er eintydige på 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) og at det blir enklare å ha høg bemanning i periodar

då det er mykje å gjere (tabell 53.2). Kalenderplan har brei støtte i alle typar einingar med unntak for stab og støtte, der dei fleste leiarar meiner at slike ordningar ikkje er aktuelle (sjå tabell F53.1 til og med F53.7).

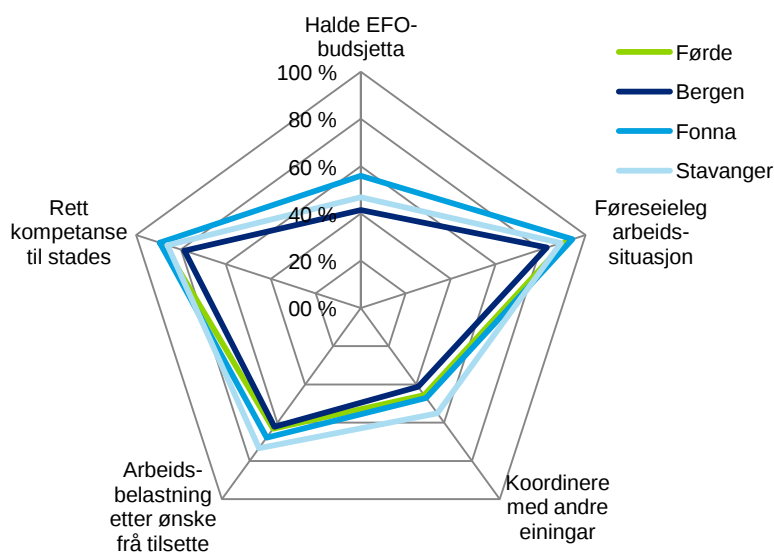
**Tabell 13: Påstandar om kalenderplan samanlikna med repeterande arbeidsplan: Andel av dei som har tatt stilling som er einig eller heilt einig**

| Tabell (vedlegg) | Påstand                                                                                         | Helse Førde | Helse Bergen | Helse Fonna | Helse Stavanger | Gjennomsnitt |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|-------------|-----------------|--------------|
| 53.1             | Kalenderplan gjer det enklare å planlegge slik at ulike einingar og yrkesgrupper kan samarbeide | 84,6 %      | 84,8 %       | 80,6 %      | 51,1 %          | 78,2 %       |
| 53.2             | Kalenderplan gjer det enklare å ha høg bemanning i periodar då det er mykje å gjere             | 95,2 %      | 88,0 %       | 71,1 %      | 60,0 %          | 82,2 %       |
| 53.3             | Kalenderplan gjer det enklare å dekkje inn planlagd fråvær, til dømes feriar og kurs            | 89,6 %      | 90,2 %       | 81,8 %      | 66,7 %          | 84,6 %       |
| 53.4             | Kalenderplan gjer det mogeleg å ta omsyn til ønske frå dei tilsette                             | 89,6 %      | 94,4 %       | 83,7 %      | 69,1 %          | 87,6 %       |
| 53.5             | Eg ville brukt kalenderplan dersom dei tilsette sine organisasjonar hadde tillate det.          | 92,9 %      | 90,1 %       | 86,7 %      | 55,3 %          | 84,9 %       |
| 53.6             | Dei tilsette på mi eining ønskjer kalenderplan                                                  | 84,1 %      | 84,9 %       | 78,9 %      | 50,0 %          | 79,2 %       |
| 53.7             | Kalenderplan aukar arbeidsbelastninga på dei tilsette                                           | 8,7 %       | 7,2 %        | 20,8 %      | 31,3 %          | 12,1 %       |

Ei endring i arbeidsmiljølova etter at MOT-prosjektet starta, har gjort kalenderplan mindre vanleg i bruk. Dersom arbeidstida varierer slik at den samla arbeidsmengda over tid vert gjennomsnittsberekna, så skal føretaket drøfte arbeidsplanen med tillitsvalde. Internrevisor har fått opplyst at arbeidstakarorganisasjonane ikkje lenger ønskjer å godkjenne kalenderplanar og at kalenderplanar nesten ikkje er i bruk.

Mange leiarar meiner at arbeidsplanane i hovudsak fungerer godt. 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 for dei tilsette og finne rett kompetanse. På nokre felt fungerer arbeidsplanen litt mindre bra. På alle føretak er det ein del som ikkje seier seg einige i at arbeidsplanen gjer det mogleg å koordinere med andre einingar –medisinske service-einingar har til dømes ei slik utfordring (sjå tabell F65.3). I tillegg er det om lag 30 prosent som ikkje er einige i at arbeidsplanen gjer det mogleg å halde budsjetta for ekstravakt, overtid og forskyvd tid. Helse Førde skil seg ut (føretaket har ikkje implementert EFO-budsjett). Figuren under viser kor stor del av leiarane på dei ulike føretaka som er einige eller delvis einige i ei rad påstandar om område der arbeidsplanen gjer situasjonen enklare. Leiarar i Helse Vest ser sjølv nytten av arbeidsplanen på fleire 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.

Figur 8: Nytte ei av arbeidsplanen<sup>24</sup>



#### 4.2.5 Vurderingar knytt til arbeidsplanen

Internrevisjonen ser det som positivt at leiarane i Helse Vest langt på veg 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. I dei situasjonane som ligg best til rette for arbeidsplanleggingsverktøy, vert desse med få unntak nytta. Utfordringa vidare er å etablere verktøya betre i legegruppa og i grupper som berre delvis har tatt verktøya i bruk.

<sup>24</sup> For bakgrunn, sjå tabell 65.1 til og med 65.5 i vedlegget. Figuren viser andel einig eller delvis einig.

Mange leiarar i Helse Vest har hatt god nytte av ulike element i arbeidsplanleggingssystemet (tilsetteoversikt, oversikt over ønskje frå medarbeidarar, etc.). Dei elementa som fungerer best er dei som skal sikre at einingane tar vare på eigne medarbeidarar og kompetanse. Leiarane er mindre sikre på at arbeidsplansystemet samordnar innsatsen på ulike einingar og i ulike yrkesgrupper – eller at den samla ressursbruken ikkje blir for høg.

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

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

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

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 særleg naudsynt når ulike yrkesgrupper som skal arbeide tett saman (til dømes legar og pleiarar) er organisert i kvar si eining med eigen leier eiga arbeidsplanlegging.

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

### **4.3 Dag-til-dag-oppfølgning og avvikshandtering (A4 og A5)**

Etter at arbeidsplanen er lagt, er det naudsynt å følgje 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 fråvær og innkalling av ekstravakter.

#### **4.3.1 Revisjonskriterium**

Internrevisjonen har blitt bedt om å undersøke om arbeidsplanlegginga skjer slik ho vart skissert av MOT-prosjektet (sjå prosesskisse på side 17). Den som driv dag-til-dag-styring må ta mange omsyn. Kva som er rett og gale 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

#### 4.3.2 Observasjonar om korleis einingane driv dag-til-dag-styring

Dag-til-dag-styringa inneber å ta avgjerder om mellom anna å forskyve arbeidstid, dekkje inn sjukefråvær, eller late vere å dekkje inn slike vakter. Kompetansekrav, skilnader mellom rutinane i avdelingane og i nokre tilfelle manglande fleksibilitet hjå personalet gjer at det til tider er vanskeleg å dekkje opp fråvær og at det kan vere store kostnader forbunde med innleie.

Einingar som har arbeid i fleire skift, må ofte dele ansvaret for dag-til-dag-styringa til fleire vaktleiarar. Likevel, i spørjeundersøkinga er det mange leiarar som sjølve er engasjerte i dag-til-dag-styring (sjå tabell 19.1 og F19.1). Størst del av einingar der dag-til-dag-styringa er delegert finn vi i Helse Fonna og i einingar for ikkje-medisinsk service. Inntrykket frå undersøkinga er at det er tilstrekkeleg leiarfokus på dag-til-dag-styring.

Frivillige vaktbyte blant tilsette er vanleg på mange einingar. I intervjuar går det fram at det er vanleg at leiarar tillet byte. I enkelte tilfeller medfører dette at tilsette jobbar to søndagar på rad som arbeidsmiljøloven ikkje tillet. Det er ulik policy blant leiarar om dei tillet frivillige byte som gjev høgare godtgjersle.

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 halvparten 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 35 % oppgjev at dei ansvarlege brukar mellom to og åtte timar (15 % oppgjev at dei brukar lenger tid enn dette). For mange er dag-til-dag-styring ein arbeidskrevjande aktivitet, særleg i eining for pre-hospitale tenester der så mykje som 72 % av respondentane svarer at dei bruker meir enn fire timar på dag-til-dag endringar og få bruker mindre enn to timar (tabell F69).

#### 4.3.3 Observasjonar om input og verktøy i dag-til-dag-styringa

Internrevisjonen har undersøkt 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 spørjeundersøkinga oppgjev 63 % at dei ikkje nyttar andre system enn GAT til dag-til-dag-styring (tabell 25.1) og 68 % av respondentane oppgjev at dei utelukkande nyttar GAT for godkjenning av vaktbyte (tabell 26.1) - 89 % svarer at dei utelukkande nyttar GAT for å lage grunnlag for utbetaling av løn (tabell 27.1). Arbeidsplanleggingssystemet (GAT) har eit sterkare fotfeste i dag-til-dag-styring enn i andre delar av arbeidsplanlegginga. Likevel er det ein del einingar som ikkje fullt ut har nytte av arbeidsplansystemet. Dei respondentane som ikkje nyttar GAT til dag-til-dag-styring har ulike sakh:

**Veggtavler og papir er naudsynt for å få oversyn.** Ein rad einingar tyr til ulike veggtavler og papirløysingar slik at tilsette raskt kan sjå kva endringar som har skjedd utan å gå inn i arbeidsplansystemet. Papir kan og nyttast for å ta og gi meldingar. Desse styrkane er enklast å sjå der tilgangen til GAT er vanskeleg på grunn av få datamaskinar og lang responstid i systemet.

**På tilstrekkeleg enkle einingar, blir styringa uformell.** Slike einingar fordeler oppgåver og handterer uføresette hendingar med få og enkle rutinar på eit rekneark eller eit papir.

**Dei som ikkje nyttar GAT for å lage arbeidsplan, nyttar ofte ikkje GAT for å styre frå dag til dag.** Ein del legar har utskrifter av vaktplanen som dei nyttar for å notere fråvere og oppgåver.

**Nokre einingar har framleis spesiallaga system**, til dømes Merida i medisinsk tekniske einingar, Orbit for kompetanse på operasjon, eller eigenutvikla rutinar på ulikt format – til dømes eit regneark.

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. 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 kunnskap om data og alder.

GAT har ei rad funksjonar for å gjere den daglege arbeidsplanlegginga enklare. Mest brukt er varslinga av AML-brot og "Min GAT" – eit verktøy for å melde i frå om ønskjer, byter, etc. Dei som nyttar desse elementa seier ofte at dei i stor eller middels grad gjer arbeidet med arbeidsplanlegging enklare (sjå tabell 63.5, 63.6, F63.5 og F63.6). Bruken og nytta er om lag like høg på alle føretak og alle typar einingar.

Arbeidsplanleggingssystemet har og funksjonar for å sjå på forbruket av ekstravakt, forskyvd tid og overtid. Det er ikkje alle einingar som har fått eit EFO-budsjett, og det er ikkje alle som nyttar desse elementa (så tabell 63.3). Oppfølginga av EFO-budsjett er i mest vanleg bruk i Helse Fonna. Det kjem fram i intervju at det er ulik praksis i bruken av EFO-budsjett. Nokre einingar styrer i liten grad etter EFO-budsjetta, medan andre legg stor vekt på å halde desse budsjetta. Om lag 26 % av dei som nyttar EFO-budsjett oppgjev at det i stor grad har gjort dag-til-dag-styringa enklare (tabell 70.5).

For å få tak i tilsette til ekstravakt nyttar leiarane både telefon og SMS-funksjonane i arbeidsplanleggingssystemet. Fleire av dei som vart intervjuja 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.

#### **4.3.4 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). Om lag 10 % seier at deira eining 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 intervju kjem det fram at arbeidsplanleggingssystemet gir ein meirkunnskap om arbeidstidføresegner, driftsomsyn og EFO-budsjett som gjer at leiarane vert stilt overfor val som dei ikkje tok stilling til før. Nokre leiarar seier at dei 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 brannslukking.

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 14: Leiarar si 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)                                                                         | 22 %                 | 38,2 %              |
| Vi omprioriterer slik at arbeid som ikkje hastar kan ligge (tabell 68.2)                                                         | 44,1 %               | 15 %                |
| Vi bruker ekstravakt, forskyvd arbeidstid og overtid slik at vi får fleire medarbeidarar til å ta unna aktiviteten (tabell 68.3) | 47,6 %               | 15,5 %              |
| Vi tyr til innleie av folk frå eksternt vikarbyrå (tabell 68.4)                                                                  | 13,0 %               | 62 %                |
| Folk frå andre einingar gir støtte (tabell 68.6)                                                                                 | 9,4 %                | 52,6 %              |

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. Situasjonen er ganske lik på alle føretaka. Samanlikna med dei andre føretaka er leiarar i Helse Bergen litt meir atterhaldne med å bruke ekstravakt, forskyvd arbeidstid og overtid.<sup>25</sup>

#### **4.3.5 Vurderingar av dag-til-dag-styringa**

Undersøkinga viser at det er stor leiarfokus på dag-til-dag-styringa. Føretaka 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 Vest 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 funksjonar stadig ikkje er optimal. Responstida er til dømes lang når systemet vert brukt. Internrevisjonen meiner det er mogleg å betre dag-til-dag-styringa slik at einingar som får høg aktivitet oftare kan hente støtte frå andre einingar med lik kompetanse.

I høve til budsjettstyringa er praksis ulik på føretaka. Nokre einingar er tilbakehaldne med å bruke ekstraarbeid og variabel løn – andre brukar variabel løn meir, men har høgt fokus på kva tida kostar. Den siste løysinga, som til dømes vert nytta på mange einingar i Helse Fonna, er mest fleksibel.

---

<sup>25</sup> Rapportar frå Lønns- og personalkuba gjer same inntrykk – i siste del av 2009 var andelen variabel løn i Helse Bergen på litt over 6 prosent – lågare enn snittet i Helse Vest.

## 5. 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 9: Nyttmodell slik han vart skissert av MOT-prosjektet<sup>26</sup>

|                  | Aktivitetsstyrt planlegging                                                                                                                                                                                                                                                                             | Dag-til-dag styring                                                                                                                                                                                                               | Avviks-håndtering                                                                                                                                                           | Rapportering                                                                                                                                                                                         |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pasienter</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Bedre planlagt kompetanse-sammensetning av personalet</li> <li>•Økt behandlingsskapasitet</li> </ul>                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Bedre faktisk kompetanse-sammensetning av personalet</li> <li>•Redusert ventetid i behandlingsskjeden</li> </ul>                                                                          |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Ansatte</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Økt trygghet i arbeidssituasjonen</li> <li>•Lovlige planer</li> <li>•Bedre mulighet til kompetanseutvikling</li> <li>•Bedre fordeling av arbeidsbelastning</li> <li>•Enklere å realisere livsfaseorientert personalpolitikk</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Økt trygghet i arbeidssituasjonen</li> <li>•Bedre fordeling av merarbeid</li> <li>•Bedre fordeling av arbeidsbelastning</li> </ul>                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Rett utbetaling</li> </ul>                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Bedre oversikt over arbeidstid og fravær (elektronisk lønsslipp, timelister og fraværsoversikt)</li> </ul>                                                   |
| <b>Føretak</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Effektivisering av planleggingsprosess</li> <li>•Lovlige planer</li> <li>•Bedre bruk av personalressursene (3% av lønnsbudsjett)</li> <li>•Rett praktisering av ferieavvikling</li> <li>•Konsistens i planprosess mellom budsjett, plan og aktivitet</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Bedre bruk av personalressursene (3% av lønnsbudsjett)</li> <li>•Rett bruk av innleie</li> <li>•Tilgjengelig styringsinformasjon</li> <li>•Mindre tidsbruk til vikarinnkalling</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Reduserte kostnader knyttet til lønshåndtering</li> <li>•Rett utbetaling</li> <li>•Rett fraværregistrering og -kontering</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Enklere distribusjon av kvitteringslister og lønsslipper</li> <li>•Bedre styringsdata</li> <li>•Ikke dobbelt registrering av lønns- og fraværdata</li> </ul> |

Internrevisjonen har ikkje funne mykje informasjon som er lett å bruke om korleis einingane i Helse Vest scora på desse kriteria før MOT prosjektet vart starta.<sup>27</sup> 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 driv arbeidsplanlegging no og som dreiv arbeidsplanlegging i tida før MOT-prosjektet – om lag 285 personar.

<sup>26</sup> Her frå dokumentet "Prosjektleveranse for delgruppe ressursplanlegging" som er publisert på Helse Vest si heimeside, <http://www.helse-vest.no/sw21726.asp>

<sup>27</sup> Nokre mål er vanskelege å sette tall på, til dømes kor "livsfaseorientert" personalpolitikken er. Andre er gevinstar er det mulig å måle, men det er få tal på nivået før MOT-prosjektet starta, til dømes talet på "lovlege planar" eller "rett utbetaling". Det at slik styringsinformasjon er blitt vanleg nå, er eit funn i seg sjølv.

Internrevisjonen bad leiarar i Helse Vest om å svare på om innføringa av GAT (arbeidsplanleggingssystemet) var vellukka. Av dei som svarte er 83,2 % heilt eller delvis einig (tabell 78.1). Blant leiarane er 53,6 % einige eller delvis einige i at MOT-prosjektet gjorde samanhengen mellom arbeidsplanlegging og kostnader tydeleg (tabell 78.2), men mange (26,4%) svarar og veit ikkje. Dei fleste leiarar seier med andre ord at arbeidsplanleggingsdelen av MOT-prosjektet var vellukka i generelle termar. Haldningane er omtrent dei same i alle typar einingar og på alle føretak. Leiarar i Helse Fonna meiner litt oftare at innføringa var vellukka, leiarar i Helse Stavanger meiner litt sjeldnare at innføringa var vellukka. I Helse Førde er det noko færre enn på dei andre føretaka som meiner at samanhengen mellom arbeidsplanlegging og kostnader er blitt tydelegare enn før.

## 5.1 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

### 5.1.1 Vurdering av problemstillingane

Leiarar i Helse Vest som dreiv arbeidsplanlegging 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.

Tabell 15: Oppfatningar om gevinst for pasient

| Gevinst / revisjonskriterium                                                   | Heilt eller delvis einig | Heilt eller delvis ueinig |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Betre føresetnad for å setje "rett person på rett plass" (tabell 79.7)         | 43,3 %                   | 43,3 %                    |
| Det er lettare for eininga mi å ta unna meir pasientretta arbeid (tabell 79.4) | 16,8 %                   | 62,2 %                    |
| Ventetida er blitt kortare (tabell 79.5)                                       | 7,7 %                    | 53,2 %                    |

Det er ikkje store forskjellar mellom føretaka. Leiarar i Helse Fonna meiner oftare at dei nå klarer å sette rett person på rett plass. Leiarar i Helse Førde seier litt oftare at dei klarer å ta unna meir pasientretta arbeid. Likevel, skilnadene er små i synet på kva gevinstar pasientane fekk.

Det er få leiarar som er einige eller delvis einige i at nye system og rutinar for arbeidsplanlegging har gitt kortare ventetid. Dette sjølv om den gjennomsnittlege ventetida frå 2008 til 2009 fell på dei fleste sjukehusa i Helse Vest. Derimot er det fleire som seier at endra arbeidsplanlegging kan ha gjeve betre kvalitet gjennom "rett person på rett plass".

## 5.2 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 lønsslipp, timelister og fråværsversikt)
- Rett utbetaling

Arbeidsbelastning:

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

Betre muligheit til kompetanseutvikling

### 5.2.1 Observasjonar

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

Tabell 16: Oppfatningar om gevinst for medarbeidarar

| Gevinst / revisjonskriterium                                     | Heilt eller delvis enig | Heilt eller delvis ueinig |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Eininga har fått meir tid til kompetanseutvikling (tabell 79.1)  | 13,6 %                  | 76,2 %                    |
| Auka fokus på livsfaseorientert arbeidsplanlegging (tabell 79.6) | 30,2 %                  | 48,5 %                    |

|                                                                                               |        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| Vi klarer (betre) å ta omsyn til individuelle ynskjer (tabell 79.9)                           | 66,6 % | 25,9 % |
| Medarbeidarane får meir og enklare tilgjengeleg informasjon om sin arbeidsplan (tabell 79.10) | 78,7 % | 15,3 % |
| Tillitsvalde har fått meir innverknad og betre oversikt (tabell 79.8)                         | 58,6 % | 21,8 % |

Til liks med vurderingane om nytte for pasient (i kapittel 5.1), er leiarar i Helse Vest 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 avdekka noko klar endring i fokus på livsfaseorientert arbeidsplanlegging. Derimot meiner leiarane at det har skjedd ei omlegging som gjer det enklare å ta omsyn til individuelle ønske (66,6 % er einige eller delvis einige i den påstanden). Også i drøftinga av kva nytte einingane hadde av arbeidsplan (4.2.4) er inntrykket det same. Leiarane meiner at dei nye systema er gode verktøy for å fordele arbeidsbelastninga på ein tenleg måte. Det største 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 tidspunkt for utbetaling av løn, i hovudsak i Helse Bergen. Intervjuobjekta gav ikkje uttrykk for at det var spesielle problem per april 2010. Endringa frå papirbaserte lister til elektronisk kontroll, har trulig ført til ei meir riktig lønsutbetaling sjølv om det ikkje er gjort studiar som samanliknar omfanget av feil før og etter nytt system.

## 5.2.2 Vurdering

Internrevisjonen merkar seg som positivt at fleire av dei planlagde gevinstane for medarbeidarar er oppnådd gjennom arbeidsplanleggingsprosjektet. Leiarane meiner at det har skjedd ei omlegging som gjer det enklare å ta omsyn til individuelle ønske. 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 meir riktig lønsutbetaling.

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

### 5.3 Gevinstar for føretaket

MOT-prosjektet meinte at arbeidsplanleggingsprosjektet ville hjelpe føretaka på fire måtar: 1) gjennom meir effektiv administrasjon, 2) gjennom betre planarbeid og styring, 3) gjennom betre evne til å følgje reglar og avtalar, og 4) gjennom meir effektiv ressursbruk. Prosjektet sette til saman 14 mål som internrevisjonen har nytta som revisjonskriterium.

#### 5.3.1 Meir effektiv 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 gevinstane over er blitt nådd. Distribusjon av kvitteringslister og lønsslipper er blitt elektronisk og da er også distribusjonen blitt enklare. Sidan skuggesystem er lite i bruk i høve til løn (sjå figur på side 19) er det lite omfang av dobbeltregistrering. Unntaka er truleg mest vanleg i nokre legeggrupper som ikkje nyttar arbeidsplansystemet for å handtere all løn. Fråværsregistrering blir meir systematisk følgt opp i og med at nesten all arbeidsplanlegging skjer GAT.

MOT-prosjektet meinte at det ville bli mogleg å redusera ressursane på lønnskantor. Målet om lågare kostnader på lønnskantor er ikkje nådd på alle føretaka. Innføringa av nytt lønssystem i same periode og auka innsats med refusjonar har vore nemnt som moglege forklaringar.

#### 5.3.2 Betre planarbeid 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 Vest har 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. Prosjektet gav størst endring i Helse Fonna og minst endring i Helse Førde (for detaljar, sjå tabellane i vedlegget).

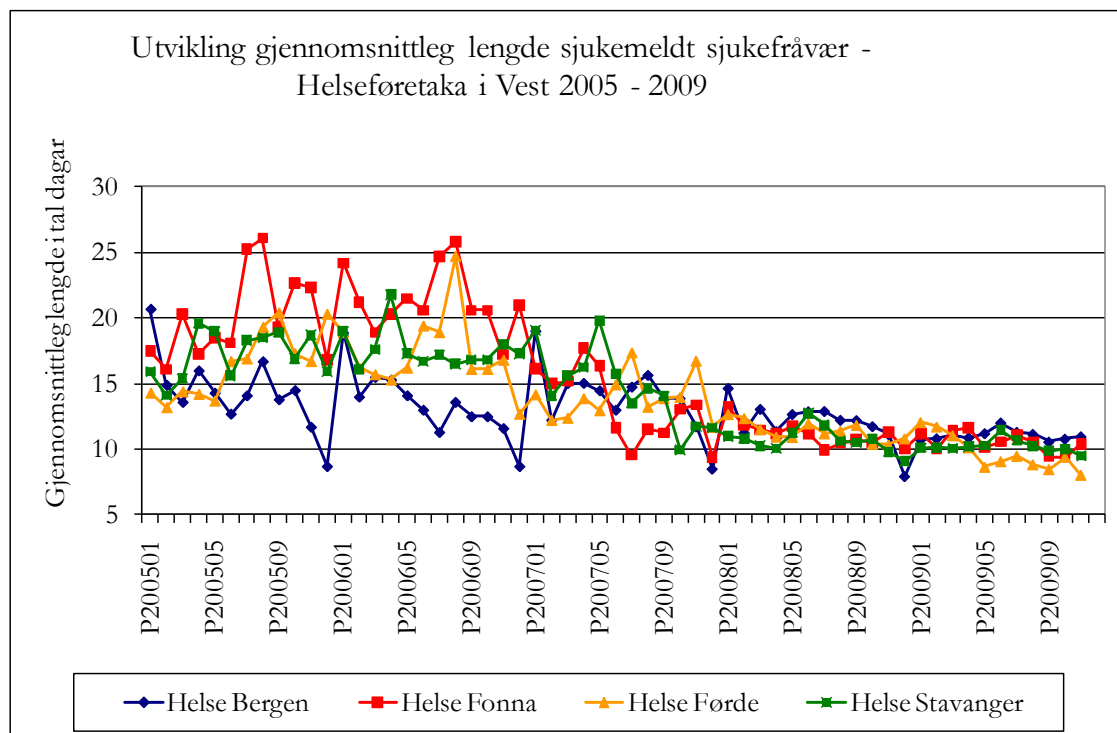
Tabell 17: Vurdering av endringer i samband med MOT-prosjektet

| 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) | 55,7%                      | 36,6%                            |
| Leiarane måtte ta tak i planlegging som før ikkje vart gjort (tabell 12.2)         | 32,6%                      | 52,4%                            |

Undersøkinga indikerer at kvaliteten på data om medarbeidartilhøve har betra seg. I datasett frå før arbeidsplanleggingssystemet vart tatt i bruk var det 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, mellom anna fordi slik informasjon vart registrert kontinuerlig.

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

Figur 10: Utrekk frå løns- og personalkuben om lengda på sjukemeldt sjukefråvær<sup>28</sup>



<sup>28</sup> Lønns og personalkuben, uttrekk gjort frå Helse Vest RHF per desember 2009.

På meir generelt grunnlag er tilgangen til data og kvaliteten på styringsdata blitt betre. Også leiarar med oppgåver knytt til arbeidsplanlegging seier i undersøkinga at tilgangen på data er blitt betre, til dømes oversikt over arbeidsbelastning per tilsett og lønskostnader. Nesten 70 prosent er einige eller delvis einige i at oversikta over lønskostnader er betre, og berre 13,8 prosent er heilt eller delvis ueinig – sjå tabellen under. Leiarar i Helse Bergen og Helse Førde er litt mindre imponert over endringane enn leiarar på dei andre føretaka.

**Tabell 18: I kva grad har eininga lukkast med å realisere gevinstar gjennom ny programvare og nye rutinar**

| Nytte / revisjonskriterium                                                               | Heilt eller delvis<br>einig | Heilt eller delvis<br>ueinig |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Betre oversikt over kapasitet ved eininga og arbeidsbelastning per tilsett (tabell 79.2) | 51,4%                       | 36,4%                        |
| Betre oversikt over lønskostnadane (tabell 79.11)                                        | 69,7%                       | 13,8%                        |

MOT-prosjektet hadde som mål å få til ”konsistens i planprosess mellom budsjett, plan og aktivitet”. I internrevisjonen si vurdering av aktivitetsplan og bemanningsplan går det fram at desse prosessane ofte er meir prega av praktiske tilpassingar enn av strategiske vurderingar (sjå kapittel 4.1.5). Målet om konsistens i planprosessen er altså ikkje nådd fullt ut.

### 5.3.3 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. Også bemanningskoordinatorane på helseføretaka meiner at det er blitt færre feil i lønsutbetalinga enn før.

Lovlege planar (å ikkje ha AML-brot) er eit uttalt mål. I undersøkinga frå internrevisjonen (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 24,4 prosent at det er fleire brot og berre 14,2 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. Føretaka har langt betre oversikt i dag over ekstraarbeid som utløyser AML-brot.

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 timar 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 Vest er lite.<sup>29</sup> Derimot varslar systema om eit stort tal brot som ei følgje av daglege avgjerder, til dømes når kollegaer byter vakt eller jobbar overtid.

Helsepersonell kan måtte jobbe ut over reglane i arbeidsmiljølova for å redde liv og helse, men det er og andre årsaker til at arbeidsplanleggingssystemet registrer ein del AML-brot. I fleire intervju går det fram at omfanget av AML-brot er ein god del lågare enn statistikken seier fordi ein del individuelle avtalar om dispensasjon ikkje ligg inne i systemet. I tida rett etter implementeringa av GAT var det og gjort val i oppsettet som gjorde at tala på AML-brot vart høgare enn det som var reelt. Helse Bergen har analysert årsakene til AML-brot i ein rapport.<sup>30</sup> Oppsummert viste rapporten følgjande årsaker til det høge talet på AML-brot:

- Manglande kompetanse i GAT
- Manglande kompetanse i arbeidsmiljølovgivinga
- Regelmessig bruk av meirarbeid
- Val i oppsettet av løysinga
- Brukarfeil
- Ulike typar avtalar som anten ikkje var lagt inn rett, ikkje lagt inn i det heile, eller som leiar ikkje kjende til moglegheita for
- Byte initiert av tilsette vert av mange leiarar sett på som greitt sjølv om det utløyser AML-brot

Intervjua som internrevisjonen gjorde gir nokre haldepunkt for å forstå kvifor det blir AML-brot og kvifor einingane i nokre høve ikkje hindrar AML-brot. Bytte av vaktar blant medarbeidarar er ei vanleg kjelde til AML-brot, og desse brota blir ofte ikkje hindra av einingane.

#### **5.3.4 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:

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

Eit mål for MOT-prosjektet var mindre tidsbruk til vikarinnkalling (dag-til-dag). Einingane har fått fleire verktøy for å handtere vikarinnkalling og andre grep for raskt å skaffe ekstra arbeidskraft (sjå kapittel om dag-til-dag-styring). I intervjua 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) fire og ein halv time meir. Berre 12,6 prosent meiner dei bruker mindre tid enn før, og for denne gruppa er det typiske svaret (median)

---

<sup>29</sup> På alle føretaka er andelen brot med forklaringa "normalvakt" låg. I 2009 var det noen få hundre slike brot – ca 0,01% av alle normalvakter blei rekna som eit brot med dei kriteria som ligg i GAT-systemet.

<sup>30</sup> *Handlingsplan. Rapport vedrørende AML-brot i Helse Bergen. Bergen 18.12.2009*

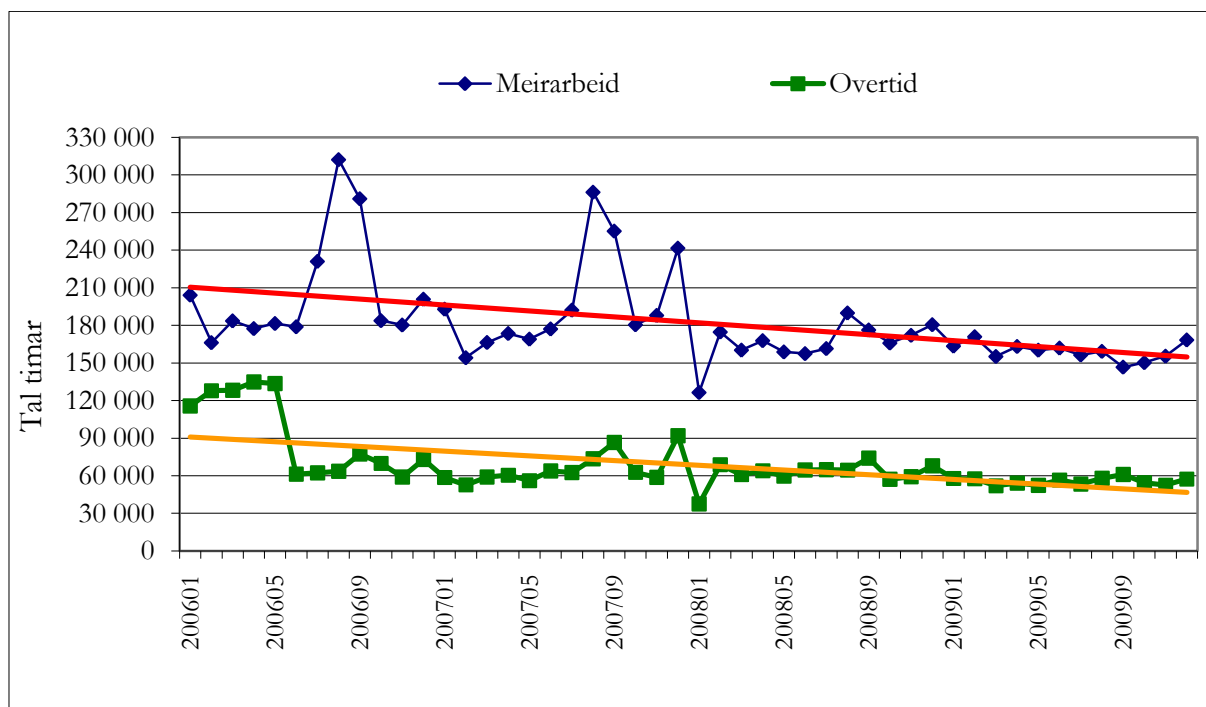
ein og ein halv time. Svara frå Helse Førde skil seg ut: i Helse Førde er det langt fleire som brukar mindre tid enn før på praktisk arbeidsplanlegging (sjå tabell 34 i vedlegget).

Årsaka til at arbeidsplanlegginga dei fleste stader 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. Internrevisjonen har difor ikkje hatt noko grunnlag for å vurdere i kva grad målet om rett praktisering av ferieavvikling er nådd. I spørjeundersøkinga er det 26,5% som er "delvis einige" i at dei tilsette "i praksis sjølv kan avgjere når dei tar ut ferie" (tabell 76.2). Få er einige og mange er ueinige. Det er nokre forskjellar mellom ulike typar einingar, til dømes er det ikkje uvanleg (37,3%) at leiarar i psykisk helsevern meiner at dei tilsette i praksis sjølve vel når dei tar ut ferie (sjå tabell F76.2).

MOT-prosjektet ville ha "rett bruk av innleie".<sup>31</sup> 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 under viser utviklinga i timar variabel løn for føretaksgruppa Helse Vest. Figuren viser i grove trekk at bruken av variabel løn ligg fast i Helse Vest på eit lågare nivå enn før nytt system vart implementert. Bildet er det same både for overtid og meirarbeid. Over ein periode på fire år frå starten av 2006 fall bruken av variabel løn i Helse Vest. Nivået i 2009 var ein million timar lågare enn nivået i 2006 (eller om lag 90 000 timar færre timar kvar månad).

**Figur 11: Utvikling i bruk av variabel løn - føretaksgruppa Helse Vest**<sup>32</sup>



<sup>31</sup> Sitert frå gevinstmål i MOT-prosjektet.

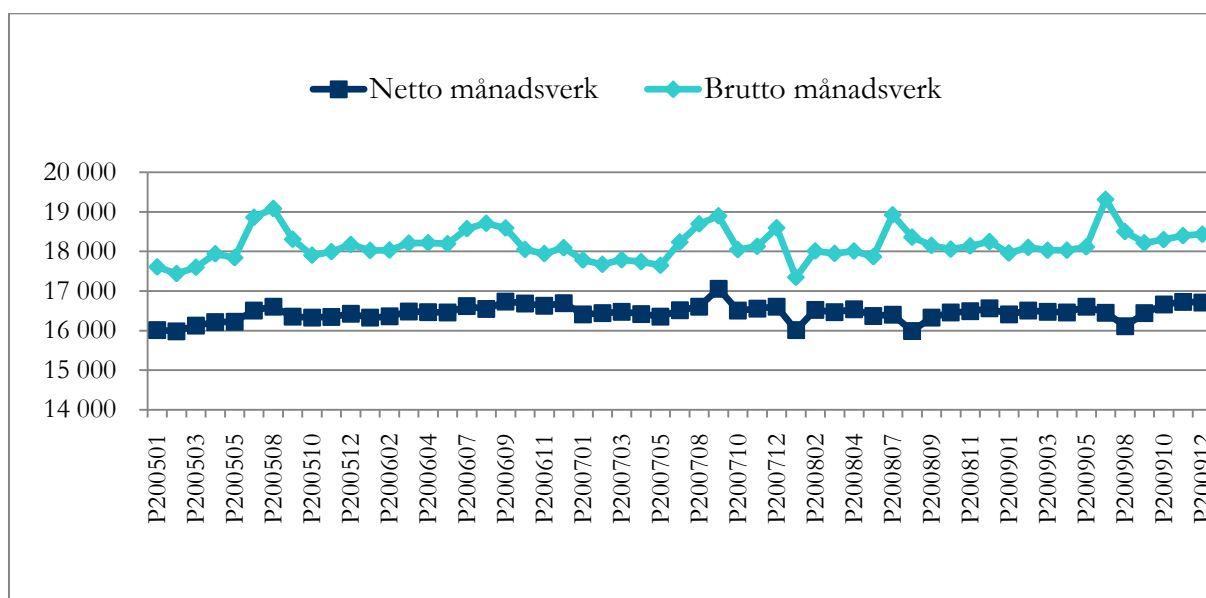
<sup>32</sup> Uttrekk frå lønns- og personalkuben, Helse Vest RHF, per desember 2009.

Inntrykket frå intervju 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). Med unntak av Helse Førde, har einingane oftast rutinar på plass som gjer det mogleg å føre jamt ettersyn med bruken av innleie i form av overtid og meirarbeid.

Innleie frå vikarbyrå er ikkje med i oversikta over variable løn (figur 11). Internrevisjonen har ikkje hatt tilgang til nokon oversikt over talet på timer. I den store samanhengen, er omfanget av slik innleie lite. I snitt bruker Helse Vest 13 millionar kroner per månad på eksterne vikarar og omtrent 1 milliard kroner på lønn til egne tilsette (2009). Det har vært ei markert auke i innleiekostnader frå 121 millionar kroner i 2007 til 154 millionar kroner i 2008, men auka var langt lågare enn auka i lønsomkostningane.

I same periode som bruken av variabel løn gikk ned, har den samla arbeidsinnsatsen på føretaka vore jamn (sjå figur 12 under). Arbeidstimar som før utløyste variabel løn har blitt avløyst av arbeidstimar med vanleg (fast) løn. I same periode har produksjonen på føretaka auka.<sup>33</sup> Det tyder på betre arbeidsproduktivitet. Forklaringa kan vere samansett: leing, investering i utstyr og nye prosedyrar, men også betre arbeidsplanlegging. Denne undersøkinga gjer ikkje eintydige svar.

**Figur 12: Brutto og netto månadsverk Helseføretaka i Vest, 2005 - 2009<sup>34</sup>**



Ei god analyse av aktivitetsbasert arbeidsplanlegging bør halde mengda arbeid opp mot mengda arbeidskraft. Slike analyser er vanleg å gjere for pleiarar for å sjå på kva tid medarbeidarar er på jobb og på kva tid det er pasientar på einingane. (Ei meir avansert analyse ser på talet på pleiarar og pleietyngde på pasientane.) Då arbeidsplanleggingsprosjektet starta, var slike analyser med

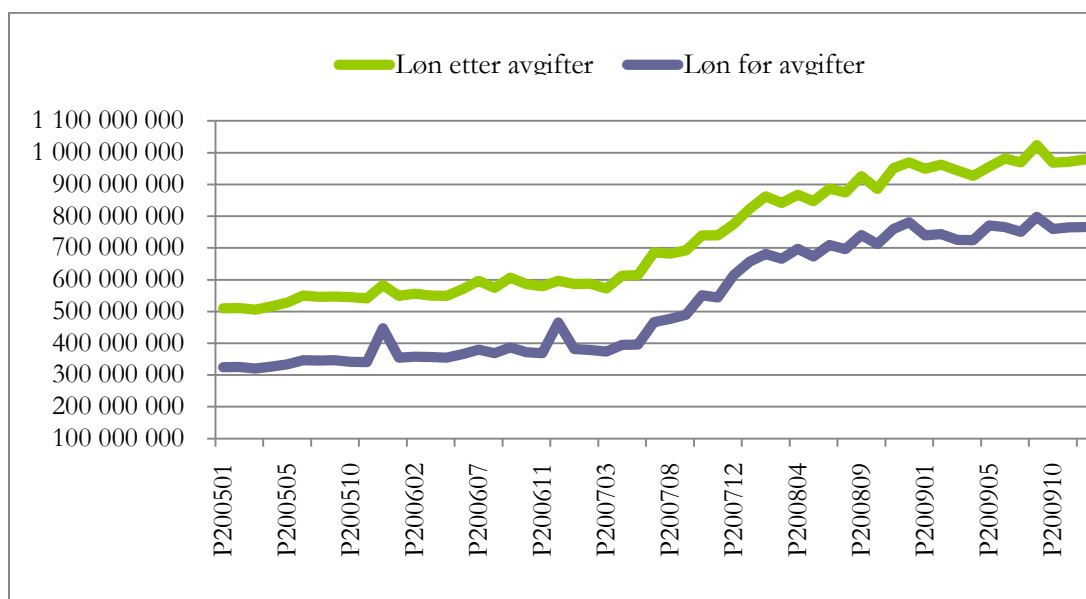
<sup>33</sup> Det er ikkje råd å lage samla framstillingar om all produksjonen. I somatikken er talet på DRG-poeng gått noko opp frå 2007 til 2009. I psykisk helsevern aukar dei fleste typar pasienthandsaming. Samdata rapportane (fram til og med 2008) og NPR-kuba (fram til første kvartal 2010) gjer gode indikasjonar.

<sup>34</sup> Uttrekk frå lønns- og personalkuben, Helse Vest RHF, per desember 2009

på å grunngje gevinstane av betre arbeidsplanlegging.<sup>35</sup> Internrevisjonen har spurt føretaka om slike analyser, men så vidt vi kan sjå er det ikkje laga den typen samanstillingar i noko omfang.

Internrevisjonen registrerar at lønsutbetalingane steig kraftig dei siste åra. Lønskostnadane har auka kraftig sjølv om talet på månadsverk låg fast og talet på timar variabel løn gjekk ned. Internrevisjonen har ikkje analysert dette nærare, men er gjort merksam på at det er ei vridning mot høgare kompetanse hos dei tilsette i føretaka.

**Figur 13: Løn per måned før og etter avgifter 2005 - 2009 - Føretaksgruppa Helse Vest**



### 5.3.5 Vurderingar om gevinstar for Helse Vest

Arbeidsplanleggingsprosjektet har ført til fleire gevinstar. Mellom anna har Helse Vest RHF og føretaka fått meir relevant styringsinformasjon og kvaliteten på data om medarbeidartilhøve 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 riktige lønsutbetalingar.

Tidsbruken til vikarinnkalling synes å ha minka, men praktisk arbeidsplanlegging tar truleg lenger tid enn før. Per mai 2010 er det for tidleg å vurdere om ferieavviklinga har blitt betre som ei følgje av MOT-prosjektet.

Internrevisjonen vurderer det som positivt at omfanget av ulovlege arbeidsplanar i Helse Vest er 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.

Over fleire år har det samla talet på arbeidstimar i Helse Vest vore stabilt medan bruken av innleie har gått ned. Meir arbeid vart utført innanfor ramane av ordinær arbeidstid og ordinær

<sup>35</sup> Sjå " Prosjektleveranse for delgruppe ressursplanlegging" som er publisert på Helse Vest si heimeside, <http://www.helse-vest.no/sw21726.asp>

(fast) løn. Innleie av timar i form av overtid og meirarbeid frå eigne tilsette ligg stabilt på eit lågare nivå enn før MOT-prosjektet. Samstundes har lønskostnadane auka sterkt. Det er ei påminning om kor verdifull arbeidskrafta er og om behovet for at ho vart nytta med omtanke.

## 6. Oppsummering og tilrådingar

### 6.1 Oppsummering

Ein stor majoritet av dei som har svara på spørjeundersøkinga oppfattar at arbeidsplanleggingsdelen av MOT-prosjektet i Helse Vest var vellukka. Det gjeld for alle føretak og for alle typar einingar.

Undersøkinga synleggjer at MOT-prosjektet har lukkast med å få på plass system og verktøy for arbeidsplanlegging, blant anna fordi prosjektet har hatt støtte frå leiarar og stor tyngd frå Helse Vest RHF. Løysinga hadde framleis ikkje full ønska funksjonalitet då den vart implementert, men det vart gjort eit iherdig arbeid for å rette opp problem. Det er sider ved kulturen på føretaka som er til hjelp i arbeidsplanlegginga, til dømes ei brei vilje til å stille opp for andre når situasjonen krev det. Det er og sider ved kulturen på føretaka som gjer arbeidsplanlegging mindre fleksibel, til dømes ei sterk tilknytning til etablert praksis.

GAT er i bruk for dei fleste oppgåver unnateke aktivitetsplan, men arbeidsplansystemet står sterkast i dei siste trinna i prosessen og har minst feste i planleggingsfasen som skal skje i starten av prosessen. I større eller mindre grad er det ei utfordring for alle føretaka å bruke arbeidsplanlegging som eit strategisk verktøy. Internrevisjonen meiner å sjå teikn på at det oftare er praktiske omsyn enn føretaksstrategi som avgjer korleis bemanningsplanen vert lagt.

Undersøkinga viser at dei fleste operative leiarane i Helse Vest er nøgde med dei verktøya dei har fått til arbeidsplanlegging. Dei einingane som har den vanskelegaste arbeidsplanlegginga (døgntkontinuerlig 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) at verktøya er lite eigna for deira verksemdar og nokre mindre einingar kan meine at systema tar for mykje tid.

Mange av dei praktiske elementa i arbeidsplanleggingssystemet fungerer godt, til dømes kontroll med løn, verktøy for dag til dag styring, rapportar og liknande.

På alle føretaka er det ei utfordring at einingane legg arbeidsplanar som ikkje er koordinert med andre einingar. Alle føretak og alle typar einingar 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 arbeidsplanane i ulike einingar til å spele saman. Organiseringa i heile føretaksgruppa er slik at sjukehusa har spesialiserte einingar: Som ein hovudregel er legane organisert som ei eiga gruppe, sjukepleiarar i ei anna gruppe, støttefunksjonar i ei tredje gruppe. Desse gruppene arbeider saman – men det er rutinar og faste mønster som styrer samhandlinga. Arbeidsplanlegging bør vere eit verktøy for samarbeid slik at pasientflyten blir god. Med arbeidsplanlegging for større grupper er det mogleg å få endå fleire gevinstar.

I høve til gevinstmåla, er fleire av desse nådd. Leiarane 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 fått ein meir føreseieleg arbeidssituasjon.

Mange leiarar meiner at kalenderplan er betre med omsyn til å laga effektive arbeidsplanar enn repeterande arbeidsplanar. Endring i arbeidsmiljølova inneber at dersom arbeidstida varierer slik at den samla arbeidsmengda over tid vert gjennomsnittsberekna, så skal føretaket drøfte arbeidsplanen med tillitsvalde. Internrevisor har fått opplyst at arbeidstakarorganisasjonane ikkje lenger ønskjer å godkjenne kalenderplanar. Det har gjort kalenderplan mindre vanleg/uvanleg i bruk.

Eit viktig mål med MOT-prosjektet var betre kapasitet som ein følgje av systema for arbeidsplanlegging. I undersøkinga gir ikkje leiarane uttrykk for at arbeidsplanlegginga har gitt auka kapasitet. Det til tross for at det er indikasjonar på at produksjon er auka utan at bemanning er auka.

Då Helse Vest etablerte nytt system for arbeidsplanlegging, blei systemet satt opp ganske likt på dei fire føretaka. Mange einingar har nå to til tre års erfaring med bruken av systemet. Nokre føretak har lengre erfaring med element av aktivitetsbasert arbeidsplanlegging. Alle føretaka har i dag noko å lære bort til føretaksgruppa.

- Helse Fonna har kome langt med å endre haldningane i aktivitetsplanlegginga. Før jobba einingane med ein premiss om at dei kunne bruke alle sine "godkjente" stillingar; nå ser einingane også til budsjettet og vurderer kor mange medarbeidarar det er rom for å ha på eininga.
- Helse Førde har ein sterk kultur for aktivitetsplanlegging og bemanningsplan – inkludert nytta av å lage bemanningsplan før arbeidsplan.
- Helse Bergen har møtt problem på ulike felt, men har arbeidd systematisk for å rette opp problema. Når talet på varslingar om AML-brot vart høgt, gjekk føretaket til botn i hendingane, retta opp feil varsel og fann tiltak for å handtere reelle problem.
- Helse Stavanger har hatt ein dialog med legegruppa slik at fleire enn før ser nytta av arbeidsplanlegging og slik at innvendingar mot arbeidsplansystemet blir fanga opp og forsøkt handtert.

Internrevisjonen sitt inntrykk er at alle føretaka har lukkast med å bygge seg eit miljø for å støtte aktivitetsbasert arbeidsplanlegging. Nokon har bemanningskonsulentar sentralt, andre har koordinatorar i divisjonane.

## 6.2 Tilrådingar

Når det gjeld tilrådingar til føretaka, viser internrevisjonen til rapport til det einskilte føretak.

Internrevisjonen har tre generelle tilrådingar

- Helseføretaka bør halde fram med kulturbyggingsarbeid slik at medarbeidarane tar eigarskap til prosessen knytt til effektiv og aktivitetsbasert arbeidsplanlegging
- Føretaka bør aktivt følgje opp dei einingane der leiarane tek for liten del i arbeidsplanlegginga, og stille klåre krav til leiarinvolvering i planleggingsprosessane.
- Helse Vest bør vurdere å etablere fleire møteplassar der einingar på ulike føretak, men med like utfordringar i arbeidsplanlegginga, kan utveksle erfaringar.

### 6.2.1 Læring og erfaringsoverføring ved implementering

I samband med at det nye arbeidsplanleggingssystemet kom på plass, er det nokre erfaringar som det er grunn til å ta med i framtida.

- Det er nesten ikkje råd å overvurdere behovet for informasjon – MOT-prosjektet gav mykje informasjon og endå meir informasjon ville gjort prosjektet endå betre.

Mange einingar opplevde at medarbeidarar mangla tilgangar, at medarbeidarar ikkje låg inne i systemet, manglande kunnskap om systemet, at AML-varslinga var satt opp på gal måte, at variabel løn vart forsinka utbetalt (Bergen), og ulike mindre problem.

- Flest moglege problem, bør avklarast/ rettas opp, til dømes ved driftstesting, før implementering.

For mange einingar var det nok å ta i bruk eit nytt it-system. Det vart for lite tid til å planlegge for betre rutinar og prosesser for å gjere arbeidsplanlegginga aktivitetsbasert.

- Ein bør søke å sette av tilstrekkeleg tid til å legge om arbeidsprosessar.

Det er vanskeleg å følgje opp kor godt einingane klarar å variere arbeidsinnsatsen i samsvar med belegget og om dei når dei planlagde gevinstane av betre arbeidsplanlegging.

- Ein bør etablere rutinar og målesystem som gjer det enkelt å følgje gevinstar samanlikna med situasjonen før prosjektet.

### 6.2.2 Funksjonar og løysingar i arbeidsplansystemet

Sjølv om arbeidsplansystemet er i bruk for mange føremål, er det ein del funksjonar som brukarane enno ikkje er fullt ut nøgde med.

- Føretaka bør aktivt følgje opp dei einingane der det vert nytta alternative system og sørgje for 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.
- Helse Vest bør undersøkje kvifor responstida i arbeidsplansystemet er lang på mange stader og prioritere tiltak som kan korte ned på responstida (tida det tar å løyse ei oppgåve i GAT). Eit raskare system gjer det enklare å få med grupper som i dag meier dei klarer seg utan GAT.<sup>36</sup>
- I høve til arbeidet med aktivitetsplan, manglar einingane støtte. Internrevisjonen har fått opplyst at det blir utarbeidd rettleiing for god aktivitetsplanlegging. Det bør vidare vurderast korleis føretaka kan sikra at einingane nyttar tilgjengeleg informasjon og at det er støtte i verktøy for å sjå på historisk aktivitet og simulere budsjett.
- I samband med at integrasjonen mellom arbeidsplan og kompetanse blir gjennomført, bør føretaket gjere merksam på korleis denne kan lette arbeidsplanlegginga slik at leiarar enklare kan sjå at rett kompetanse er på plass.
- I samband med at ny versjon av arbeidsplansystemet blir rulla ut, bør føretaket vurdere å nytte høvet til å vise korleis arbeidsplanlegging har fanga opp praktiske behov for legegruppa og nytta av å kunne dokumentere forsvareleg bemanning i eit samla system.

---

<sup>36</sup> Helse Vest opplyste i august 2010 at dei planlegg ei gjennomgang av responstida i samband med oppgraderinger hausten 2010.

Einingane brukar i dag mykje tid på å handtere alle konsekvensar for arbeidsplanen når tilsette går opp eller ned i stillingsbrøk. Internrevisjonen har fått opplyst av bruk av Personalportalen vil lette dette arbeidet.

### **6.2.3 Arbeidsplanlegging på tvers og samarbeid**

Internrevisjonen meiner at føretaksleiinga bør setje i verk tiltak slik at det vert gjennomført arbeidsplanlegging på tvers av einingar og yrkesgrupper der dette er tenleg.

- Einingar som har mykje dialog om pasientar bør og konsultere kvarandre om arbeidsplan og bemanningsplan. Det kan og vere naudsynt 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

Det kan vere grunn til å sjå nærare på rammene som arbeidsplanlegginga skjer innanfor og fordelinga av oppgåver mellom einingane. Til dømes bør føretaka

- Vurdere om den ekstra kapasiteten som skal til for å gi beredskap for uvanlege tilfeller også kan komme frå andre einingar på sjukehuset
- Vurdere om fleire einingar bør ha ei kombinasjon av oppgåver som hastar og oppgåver som ikkje hastar slik at konsekvensane av høg aktivitet på ei eining blir mindre
- Vurdere om det er rom for fortsett å ha egne tilsette på poliklinikk (berre dagarbeid) der det finst ein sengepost som nyttar same kompetanse (døgnarbeid).

### **6.2.4 Arbeidsplanlegging og økonomistyring**

Fleire einingar har bemanningsplanar og arbeidsplanar som ikkje er tilpassa rammene som eininga får gjennom budsjettet.

- Prosessen knytt til aktivitetsplanen bør styrkast, slik at einingane får ei betre forståing for samanhengen mellom aktivitet, budsjett og bemanning og legg planar i tråd med dei føresetnadene som helseføretaket må følge.
- Det bør vurderast om det bør setjast krav til at leiarane simulerer budsjett i utarbeidinga av planane.
- Føretaka bør vurdere om krav om tettare oppfølging av EFO-budsjett, som også omfattar rapporteringsrutinar ved overskriding av budsjetta, vil kunne gjere samanhengen mellom personell, kostnader og planlegging tydelegare.
- Føretaka bør vurdere om bruk av ekstern innleie bør ha like tett oppfølging som ekstravakt og overtid. Personalportalen kan bidra til slik oppfølging (jamfør styringsdokument for 2010).

### **6.2.5 Å gjere arbeidsplanprosessen meir aktivitetsbasert**

GAT er i bruk for mange oppgåver knytt til arbeidsplanlegging, men systemet står sterkt i dei siste trinna i prosessen og har minst feste i planleggingsfase som skal skje i starten av prosessen. Det er enklare å nytte arbeidskrafta godt dersom planane tar høgde for svingingar i aktivitet på førehand og ikkje i etterkant gjennom dag-til-dag-styring.

- For å sikre at planlegginga vert aktivitetsbasert bør det gjerast tydeleg for einingsleiarane at dei skal sjå til den historiske aktiviteten (erfaring) når dei legg budsjett og planar.

MOT-prosjektet skal bidra til å sikre at det er nok medarbeidarar med rett kompetanse til å handsame pasientar – og at det ikkje er fleire på arbeid enn det som er naudsynt. Denne målsettinga kan vere vanskelig å nå om føretaka brukar arbeidsplanar som er statiske og repeterande. Det er då ein fare for at bemanninga blir for høg i nokre periodar og for låg i andre periodar.

- Føretaka bør vurdere å legge til rette for auka bruk av kalenderplan.