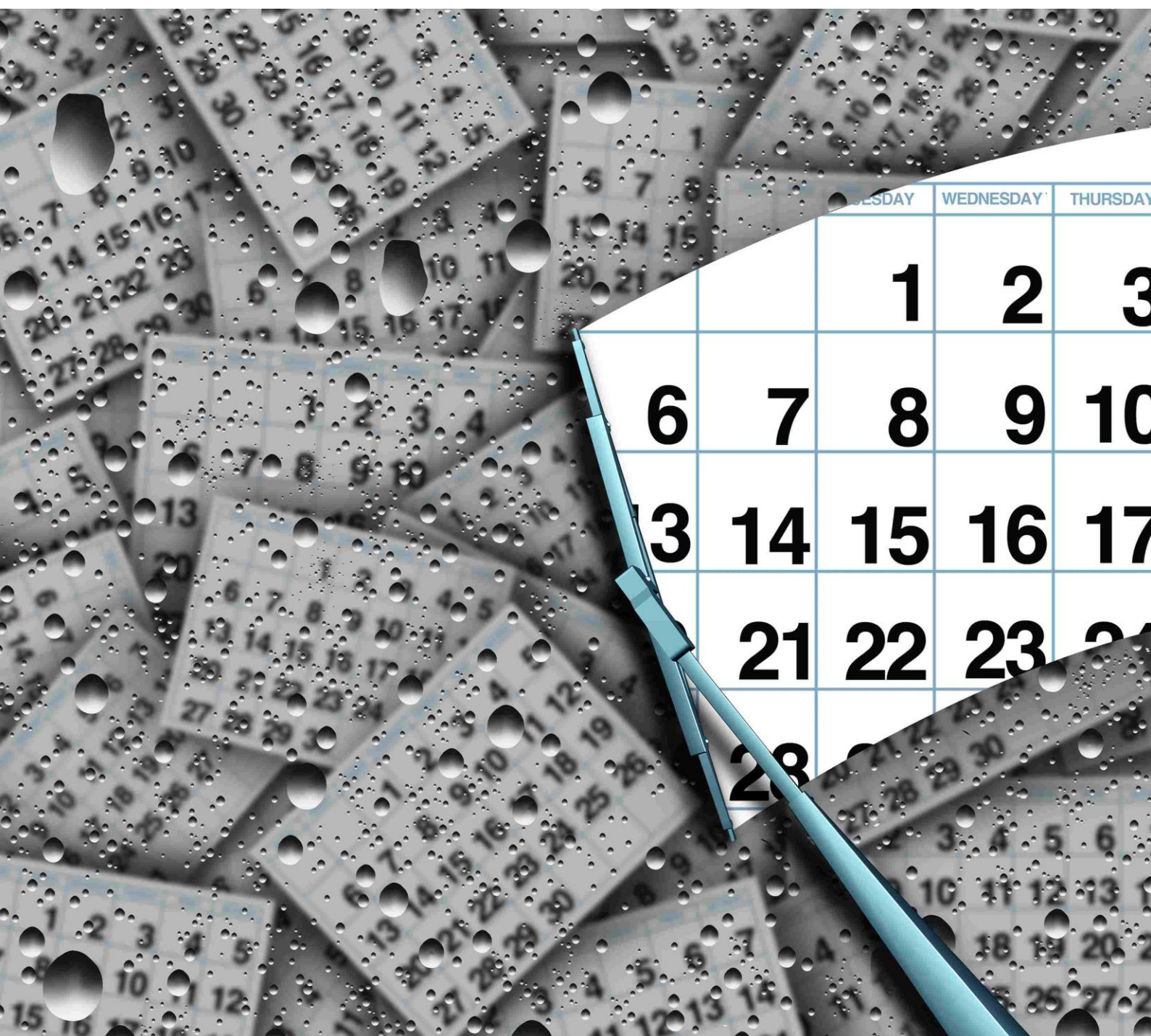


Internrevisjonen

AVANSERT OPPGÅVEPLANLEGGING

Helse Vest RHF, januar 2019



INNHALD

1	Samandrag	4
2	Innleiing	6
2.1	Bakgrunn, formål og problemstillingar	6
2.2	Revisjonskriterier og metode	7
2.3	Avgrensingar	7
2.4	Om internrevisjon	8
3	Prosjektfasen 2013-2017	9
3.1	Avansert oppgaveplanlegging - bakgrunn og formål	9
3.2	Kva er avansert oppgaveplanlegging?	10
3.3	Styringsmessig forankring av prosjektet	11
3.4	Prosjektorganisering	12
3.5	Meir om innhald og forventa nyttegevinstar	12
3.6	Overlevering til forvaltning/drift	13
3.7	Oppfølging frå RHF-et og i helseføretaka i driftsfasen	14
4	Revisjonsfunn på føretaksnivå	19
4.1	Merksemd og haldningar på leiarnivå i føretaka	19
4.2	Kor langt rapporterer føretaka at dei er komne?	19
4.3	Kva dei intervjuar meiner om konsekvensar av manglande gjennomføring	33
4.4	Kva dei intervjuar meiner må til for å sikre ei gjennomføring som føresett	33
5	Revisjonsfunn i fordjupingsområda	36
5.1	Valet av tre fordjupingsområde	36
5.2	Fordjupingsområde Ortopedi	36
5.3	Fordjupingsområde Kvinnekleinikken	41
5.4	Fordjupingsområde Psykisk helsevern	46
6	Vurderingar	52
6.1	I kva grad AOP er teken i bruk	52
6.2	Korleis planleggingsmetodikken har blitt teken i bruk	53
6.3	I kva grad oppgaveplanane blir gjennomført	54
6.4	Årsaker til at metodikken ikkje er gjennomført, konsekvensar av dette og tiltak for å motverke desse	55
7	Tilrådingar	58

1 SAMANDRAG

Avansert oppgåveplanlegging (AOP) er nemninga for dei grep ein har gjort i Helse Vest for å styrke føretaka si planlegging av tilgjengeleg arbeidskapasitet og kople det til planlegging av pasientbehandling. Ein har søkt gjere dette med bruk av tilgjengelege tekniske løysingar og stille krav til ein minimum planhorisont på 6 månader.

I grunngjevinga for det som var eit prosjekt frå 2012-2017, og som seinare er gått over i drift, vart det vist til behov for betre samordning av aktivitetar og ressursar, og ønske om å sikre god og heilskapleg pasientbehandling. AOP skulle bidra til å utnytte den kapasiteten ein allereie har.

Formålet med revisjonen har vore å undersøkje i kva grad føretaka har teke i bruk metodikken avansert oppgåveplanlegging, og korleis dei oppfyller dei regionale måla for gjennomføring og oppfølging. Det har òg låge i prosjektet å vurdere årsaker til eventuell manglande måloppnåing, og kva konsekvensar det kan ha for mellom anna gjennomføring av andre forbetringsprosjekt under Alle møter-paraplyen.

Metodisk har internrevisjonen gått gjennom relevante planar, dokument og statistikk, og vi har intervjuet leiarar og medarbeidarar på fleire nivå, både regionalt og i dei fire sjukehusføretaka.

Revisjonen viser at føretaka sjølve rapporterer at nær sagt alle fageiningar har tatt i bruk Avansert oppgåveplanlegging. Intervjua viser likevel at faktisk bruk varierer mykje både mellom og internt i føretaka. Dokumentasjon frå styringsverktøya som er utvikla av RHF-et underbyggjer inntrykket av at føretaka framleis ikkje er i mål med å ha gjennomført AOP som føreset.

Hovudkonklusjonen i denne revisjonsrapporten er at målet i styringsdokument 2018 om at planleggingshorisonten for alle einingar til ein kvar tid skal vere mellom 6 og 9 månader, ikkje ser ut til å ville bli oppfylt i overskødeleg framtid. Det aukar risikoen for ikkje å lukkast med dei store ambisjonane som ligg i Alle møter-programmet.

Tilrådinga vår er at alle føretaka intensiverer arbeidet med å innfri styringskrava for Avansert oppgåveplanlegging.

2 INNLEIING

2.1 Bakgrunn, formål og problemstillingar

Dette revisjonsprosjektet kom først inn i revisjonsplan 2017-2018, som vart vedteken av styret i Helse Vest 13.03.2017. I grunngjevinga var følgjande vektlagt:

«Avansert oppgåveplanlegging er ein metodikk for å utnytte den kapasiteten vi allereie har. Metodikken og bruk av GAT med overføring av data til mange andre system er eit sentralt element i «Alle møter»-programmet, og har som mål å skape føreseielegheit og ein god fordeling av oppgåver/vakter for medarbeidarane i Helse Vest. Det blir rapportert at nokre einingar har ein låg bruk av avansert oppgåveplanlegging, eller berre tilsynelatande utfører denne forma for oppgåveplanlegging. Prosjektet vil undersøkje dette nærmare.»

Mandatet for gjennomføring av prosjektet vart lagt fram i revisjonsutvalet i møte 07.02.2018. Det blei då vist til at avansert oppgåveplanlegging var eit av de første prosjekta som starta i det regionale Alle møter-programmet. Etter fem år som prosjekt, er denne planleggingsmetodikken innført i vanleg drift på alle sjukehusa i Helse Vest.

Formålet med revisjonen har vore å undersøkje i kva grad føretaka har teke i bruk metodikken *Avansert oppgåveplanlegging*, og korleis dei oppfyller dei regionale måla for gjennomføring og oppfølging.

Prosjektet har sett på dei følgjande **problemstillingane**:

- Korleis har føretaka teke i bruk denne planleggingsmetodikken?
 - Kva for planleggingshorisont legg føretaka til grunn?
 - Kor ofte vert planane revidert?
 - Kva for personellgrupper er omfatta av planlegginga?
 - Kva for oppgåver planlegg føretaka for?
 - Kor stor del av (arbeids)tida er planlagt med oppgåver?
 - Er planen gjort tilgjengeleg på føretaket sine intranettsider?
- I kva grad gjennomfører føretaka oppgåveplanane?
 - Korleis vert den faktiske tildelinga av pasientkontaktar gjort?
 - Er oppgåvene lagt inn i behandlarane sine Outlook-kalendrar?
 - Er det sider ved oppgåveplanlegginga som er utfordrande/problematisk?
 - I så fall, korleis vert dette handtert?
- Gitt at det vert avdekka manglar i gjennomføringa av den føresette planleggingsmetodikken,
 - Kva er årsakene til at metodikken eventuelt ikkje er gjennomført (for einskilde faggrupper)?
 - Kva vil eventuelt være konsekvensane dersom ikkje metodikken vert gjennomført?
- Kva for tiltak bør setjast i verk for å sikre ei gjennomføring som føresett?

2.2 Revisjonskriterier og metode

Revisjonskriterier er krav eller forventningar som brukast for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterier skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, til døme lovverk og styrevedtak. I dette prosjektet går kriteria fram av følgjande kjelder:

- Oppdragsdokument frå HOD (2015)
- Styringsdokument til helseføretaka i Helse Vest (fleire år)
- Prosjektdirektiv for Avansert oppgaveplanlegging (Helse Vest RHF) (2013)
- Prosjektdirektiv for programmet Alle Møter (Helse Vest RHF) (2013)
- Veileder for Avansert Oppgaveplanlegging i Helse Vest (2015)

Dei konkrete krava og forventningane som er utleidde frå desse dokumenta, og som er nytte som revisjonskriterier, blir forklart i teksten ut over i rapporten.

Metodisk er det nytta intervju, dokumentgransking samt samanlikningar (mot seg sjølv over tid og mot andre føretak).

I dei fire sjukehusføretaka har vi innhenta dokumentasjon og intervjuar informantar på føretaksnivå, samt innan tre fagområde som representantar frå klinikkane. Frå føretaksleiinga og stab har vi intervjuar administrerande direktør og dei lokale prosjektleiarane. Innan kvart av fordjupingsområda har vi intervjuar nivå 2-direktør, nivå 3-leiar, representant for behandlarane, og medarbeidar med ansvar for tildeling av pasientkontaktar. På RHF-nivå har vi hatt dialog med regional prosjektleiar, MOT-direktør og analyseininga. Samla har vi gjennomført 62 intervju med 65 personar.

For talmaterialet er primært helseføretaka nytta som kjelde. I tillegg har vi fått talmateriale frå RHF-et si personal- og organisasjonsavdeling og analyseininga.

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkelig grunnlag til å svare på prosjektets formål og problemstillingar.

2.3 Avgrensingar

Avansert oppgaveplanlegging (AOP) er eit delprosjekt i det regionale «Alle møter»-programmet. At AOP er på plass, er ein føresetnad for at fleire av dei andre delprosjekta i dette programmet let seg gjennomføre. Sjølv om det er ei nær samanheng mellom desse prosjekta, har vi avgrensa denne revisjonen til berre å gjelde det opphavlege prosjektet AOP.

I denne revisjonen har vi ikkje gjort målingar eller analysar av om planleggingsmetodikken som ligg i AOP har bidratt til ein høgare produktivitet eller meir effektiv bruk av behandlarressursane i helseføretaka. Det vil seie at vi har avgrensa oss bort frå det som Riksrevisjonen i 2018 har inkludert i sin selskapskontroll, nemlig å vurdere «[Effektiv bruk av legeressurser](#)». Målet med deira undersøking var å vurdere om helseføretaka si styring bidreg til ein effektiv bruk av legeressursane i den somatiske verksemda. Rapporten frå Riksrevisjonen vart offentleg etter arbeidet med denne revisjonsrapporten.

Internrevisjonen har ikkje undersøkt sjølve teknologien i arbeidsplansystemet eller integrasjonane mellom ulike system. Vi har heller ikkje sett på kva for systemkompetanse medarbeidarane som har vore involvert i prosjektet har.

Av kapasitetsomsyn har vi vore nøydde til å avgrense djupneundersøkinga i prosjektet vårt til tre fagområde (nivå 2 og 3). Etter forslag frå regional prosjektleiar vart Ortopedisk, Kvinneklinikken og Psykisk helsevern vald ut. Dei to fyrstnemnte av di det der vart sagt å vere stor variasjon mellom føretaka, sistnemnte grunna stor motstand i sektoren.

2.4 Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Det gjer vi i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon, slik dei er fastsett av [IIA](#). Les meir på nettsida til [Helse Vest](#).

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, kontroll og governance."

Denne rapporten er utarbeidd av internrevisorane Haakon Totland og Lene Lie. Ansvarleg for revisjonen er leiar for internrevisjonen, Bård Humberst.

3 PROSJEKTFASEN 2013-2017

3.1 Avansert oppgaveplanlegging - bakgrunn og formål

Føretaka i Helse Vest har ei rekkje mål for forbetring av pasientbehandlinga. Desse er basert på både eksterne krav og interne målsettingar. I spesialisthelsetenesta er kravet til presisjon i planlegginga stadig aukande. *Avansert oppgaveplanlegging* er eit omgrep Helse Vest har teke i bruk for å beskrive føretaka si prioriterte faglege planlegging og meir treffsikre og føreseielege pasientforløp ved hjelp av tilgjengelege tekniske løysingar.

Bakgrunnen for at Helse Vest RHF starta opp prosjektet *Avansert oppgaveplanlegging* går fram av innleiinga i prosjektdirektivet frå mai 2013. Der går det mellom anna fram at ei betre samordning av aktivitetar og ressursar var nødvendig for å sikre ei god og heilskapleg pasientbehandling. Ein viser til at god planlegging er ein føresetnad for å kunne yte god service og levere gode tenester til pasientane. Vidare vart det vist til at Helse Vest i lang tid har arbeidd med forbetring av arbeidstidsplanlegginga, og at vidareutvikling og tilpassingar av IKT-verktøy har underbygd dette arbeidet.

Avansert oppgaveplanlegging (AOP) vart organisert som eit delprosjekt under det regionale programmet *Alle møter*. AOP vart leia i tett dialog med programleiinga og programeigar, samt at enkelte avgjerder vart løfta til programstyret.

Figur 1 - Avansert oppgaveplanlegging sin plass i Alle møter-programmet



Innanfor AOP la ein tidleg opp til at det var aktiviteten for klinikarane (legar, psykologar) som skulle bli prioritert, men med ein uttalt målsetting om å utvide løysingane til andre tilsettgrupper. Likeins prioriterte ein ved oppstarten aktiviteten i poliklinikkane, men med utviding til operasjonar, postarbeid og andre oppgåver. Vi kjem nærare inn på det.

For legane skjedde arbeidstidsplanlegginga tidlegare i fleire parallelle prosessar. Arbeidsplanar vart registrert i personalsystemet GAT¹, medan detaljplanlegging av arbeidsoppgåver skjedde i eigne arbeidsverktøy (Excel, PowerPoint, Word etc.) på den einskilde eininga. Endringar ved fråvær, permisjonar og liknande kravde oppdateringar i fleire system (GAT, journalsystemet DIPS², Orbit, detaljplanleggingssystem).

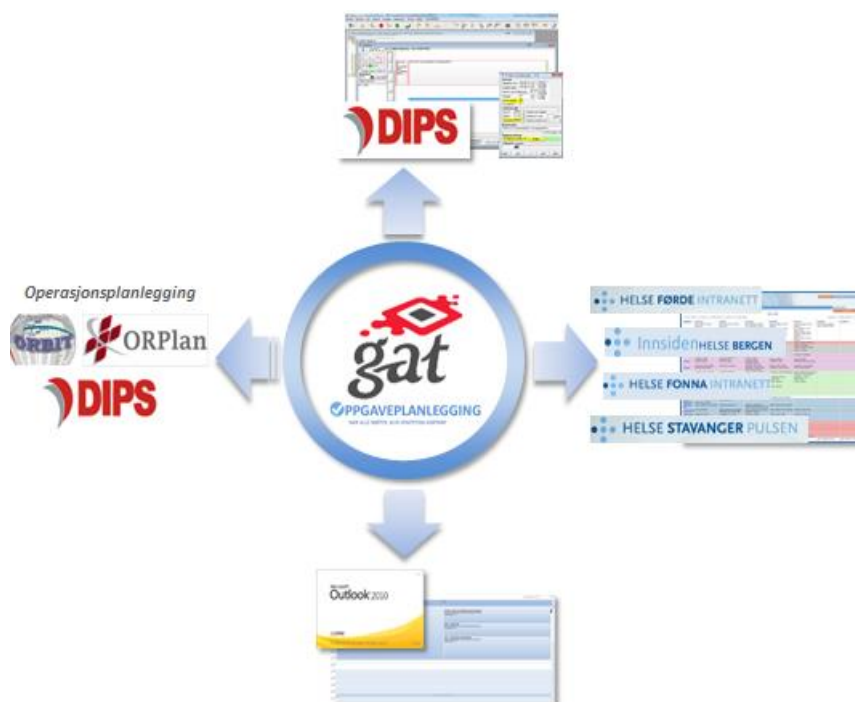
Ein grunntanke bak prosjektet var at bruk av dei manuelle arbeidsprosessane kompliserte ein heilskapleg, føreseieleg og gjennomgåande planleggingsprosess. Ved endringar måtte det tidlegare gjerast manuelle oppdateringar i fleire system. Dette gav meirarbeid og risiko for feilregistreringar eller manglande oppdateringar, og førte ofte til dag-til-dag-styring.

Prosjektet gjekk fram til våren 2017, og har etter det blitt overført til linja.

3.2 Kva er avansert oppgåveplanlegging?

Vi skal i dette kapitlet kort gjennomgå enkelte sider ved prosjektet, men skal her først kort forklare kva avansert oppgåveplanlegging er. Noko forenkla kan gangen i planleggingsprosessen beskrivast som illustrert i figuren og forklart i teksten under.

Figur 2 – Integrasjon mellom dei ulike systema i Avansert oppgåveplanlegging



¹ GAT er system for effektiv bemanningsplanlegging og personalstyring

² Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS) - System for elektronisk pasientjournal, timeplanlegging m.m.

All planlegging av oppgåvemønstre og arbeidsoppgåver skal gjerast i GAT. *Arbeidsplanen* viser den planlagde arbeidstida til kvar medarbeidar. Tilgjengeleg arbeidstid er grunnlaget for å kunne planlegge oppgåver. *Oppgåvevaktboka* viser dei arbeidsoppgåvene som medarbeidaren skal utføre ved eininga. Oppgåvetildeling vert gjort med bakgrunn i tilgjengeleg arbeidstid.

Oppgåveplanlegging kan gjerast både i arbeidsplan (før arbeidstida er iverksett) og i oppgåvevaktbok (etter at arbeidstida er iverksett). *Planleggingshorisonten* er kor langt fram i tid oppgåver er tildelt. Uavhengig av om arbeidsoppgåvene vert planlagt i arbeidsplan eller oppgåvevaktbok, vert dei overført til DIPS, der dei vert lagt i behandlaren si *DIPS-timebok* for poliklinikkontaktar. Med grunnlag i denne timeboka tildelar medarbeidar i merkantil funksjon *pasientkontaktar med fast oppmøtetid*. Tilsvarande overføring skjer til operasjonsplanleggingssystema (Orbit og ORPLAN).

Ein oversikt over dei tildelte oppgåvene vert publisert på *intranett*. Denne oversikten viser òg andre oppgåver, som vakt, ansvar for sengepost, kven som skal ha kirurgisk aktivitet, m.m.

Oppgaveoverføring frå GAT til DIPS medfører at alle endringar som vert gjort i GAT automatisk vert oppdatert i DIPS. Det same gjeld kopien av arbeidsplanen som ligg på intranettet. I tillegg har den einskilde behandlar høve til å opne opp for at oppgåvene vert eksportert til *Outlook-kalenderen* sin.

3.3 Styringsmessig forankring av prosjektet

Det var personal- og organisasjonsdirektør³ i Helse Vest RHF som stod som prosjekteigar for Avansert oppgåveplanlegging. Prosjektet hadde ei forankring i direktørmøter og i leiargruppa i Helse Vest RHF, samt i styringsdokument og styrevedtak.

Styret i Helse Vest RHF behandla i juni 2013 ei sak (077/13 B) om programområdet «Alle Møter»: Status for arbeidet som var satt i gang for å redusere talet på ikkje-møtte til poliklinikk i Helse Vest og det teoretiske handlingsrommet for å utnytte kapasiteten på best mogleg vis. Punkt 1 (av 3) i styret sitt vedtak var:

«Styret støttar det vidare arbeidet som skal sikre at fleire pasientar møter til planlagt time, og ber om at avansert oppgåveplanlegging blir nytta aktivt for å auke behandlingsskapasiteten og kvaliteten ved poliklinikkar i Helse Vest.»

Dei mest autoritative krava går likevel fram av dei årlege styringsdokumenta til føretaka. Her finn vi at AOP er lagt inn gjennom fleire år, i dei siste åra med stigande forventning om måloppnåing:

- 2015: Helseføretaka skal medverke til å gjennomføre Avansert oppgåveplanlegging. Målet er at alle faggrupper skal planleggje sine oppgåver gjennom AOP.
- 2016: Helseføretaka skal medverke til å gjennomføre AOP for alle aktuelle yrkesgrupper.
- 2017: Helseføretaka skal vidareutvikle og forbetre planlegginga i AOP.

³ No Direktør medarbeidar, organisasjon og teknologi

- 2018: Helseføretaka skal vidareutvikle og forbetre planlegginga i AOP.
 - Sikre at planleggingshorisonten for alle einingar til ein kvar tid er mellom 6 og 9 månader.
 - Inkludere nye grupper medarbeidarar i oppgåveplanlegginga, i tillegg til behandlarar.
 - Bruken av tentative pasientkontaktar skal avviklast.

Vi kjem tilbake etter kvart til om krava er oppfylt. Først skal vi sei litt meir om sjølve prosjektet.

3.4 Prosjektorganisering

Prosjektet var leia av ei regional styringsgruppe, beståande av regional prosjekteigar og personal- og organisasjonsdirektørane i dei lokale helseføretaka. Styringsgruppa hadde mellom anna ansvaret for å godkjenne prosjektet sine resultat ved kvar milepæl, ta dei nødvendige avgjerdene i prosjektet, sørge for at prosjektet fekk tilført dei rette ressursane, og bidra til å forankre prosjektet sine leveransar i organisasjonen.

AOP var frå starten leia av ressurs tilknytt Helse Vest RHF med lokale delprosjektleiingar frå Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger (og Haraldsplass). Helse Vest IKT deltok med ekspertise på systema GAT og DIPS og integrasjon mellom desse.

Lokalt i helseføretaka var det dei lokale delprosjektleiingarane og prosjektdeltakarane som hadde ansvaret for kommunikasjon og opplæring i det einskilde føretaket. Dette omfatta alt frå informasjon på det lokale intranettet, til informasjonsmøter og opplæringsworkshops.

I prosjektperioden var rapportering av status på oppgåveplanlegging sentralt i føretaka si regelmessige rapportering til regional programleiar i Alle møter.

3.5 Meir om innhald og forventa nyttegevinstar

I følgje prosjektdirektivet for AOP-prosjektet⁴ var målet å oppnå «bedre flyt og planlegging av pasientbehandling gjennom standardisering og automatisering av dagens prosesser for planlegging av arbeidstid og oppgaver for leger og etter hvert andre grupper». Forventa nytteeffektar og gevinstar i organisasjonsprosjekta i føretaka omfatta:

- Funksjonelt planleggingsverktøy for arbeidstid og oppgaver:
 - Meir oppdaterte oversikter over disponible og planlagde ressursar
 - Frigi tid til operativ leiing for legeleiar
- Sikre tilgjengelegheit av informasjon:
 - Betre tilgjengelegheita til oppdatert oversikt over arbeidstid og oppgaver for både legeleiar, den enkelte lege og øvrige samarbeidspartnarar

⁴ Prosjektdirektiv Avansert Oppgaveplanlegging – mai 2013

- Automatisert bruk av oppgåveinformasjon frå GAT til opning av timebøker i DIPS/Orbit:
 - Mindre bruk av merkantilt personell til manuelle planleggingsoppgåver og kontrollaktivitetar
 - Betre planlegging av pasientbehandling

Det overordna programmet Alle møter har òg gjeve fleire premissar og føringar for delprosjektet AOP⁵. Det vart mellom anna lagt til grunn at god organisering av arbeidet ga meir tid til pasientane, og at AOP ga informasjonsdeling og høve til tildeling av direkte pasientkontakt. Vidare vart det framheva at målretta forarbeid med pasientretta planlegging i elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system var fellesnemnarar for dei einingane som hadde arbeidd effektivt for å redusere fristbrot og ventetider.

Prosjektgruppa for AOP, med representantar frå føretaka, utarbeidde ein rettleiar for prosjektet⁶ til støtte for leiarar, stabspersonell og andre før oppstart av AOP i føretaket. I tillegg inneheldt rettleiaren premissgjevande felles rutinar og beste praksis for gjennomføring og oppfølging av AOP. Mellom anna vart det understrekt kva for arbeidsoppgåver som måtte vere med i oppgåveplanlegginga: poliklinikk, operasjon, visitt, fordjuping (gjeld LIS-legar), vurdering av tilvisingar, og undervisning. I tillegg burde ein ta med oppgåver som administrativ tid, telefon tid og møter. Ein annan regional indikator var ein premiss om auka planleggingshorisont (med hovudfokus på tildeling av pasientkontaktar) ved at føretaka sluttar å bruke tentativ tildeling av pasientkontaktar, og planlegg oppgåver med minimum 6 månaders horisont.

Prosjekteigar har opplyst at ny funksjonalitet i GAT som vart utvikla, har gjeve moglegheit til å planlegge arbeidstid og arbeidsoppgåver i eitt planleggingssystem. Dette inneber at eventuelle endringar i arbeidsoppgåver berre skal oppdaterast ein gong i eitt system (GAT). Det er òg utvikla og teke i bruk løysingar for god synleggjering av informasjon for leiar (GAT), den einskilde legen/medarbeidaren (MinGAT) og samarbeidspartnarar (Outlook og intranett).

I samband med AOP-prosjektet er det med GAT som basissystem utvikla integrasjonar mot samarbeidande system, jamfør figur 2 ovanfor:

- GAT/DIPS. Oppgåver vert overført frå GAT til behandlaren sin timebok i DIPS. Alle endringar som vert gjort i GAT vert oppdatert i DIPS.
- GAT/operasjonsplanleggingssystema DIPS, Orbit og Orplan
- GAT/Outlook. Oppgåver, møter o.l. vert overført til behandlaren sin personlege kalender.
- GAT/Sharepoint. Eininga si oppgåveoversikt vil visast på avdelinga sine intranett-sider. Visninga er synleg for alle som har tilgang til intranett.

3.6 Overlevering til forvaltning/drift

Prosjektperioden vart markert avslutta 01.05.2017. I sluttrapporten til styringsgruppa (datert 09.05.2017) skreiv regional prosjekteigar mellom anna i oppsummeringa:

⁵ Prosjektdirektiv Alle Møter - september 2013

⁶ Veileder for Avansert Oppgaveplanlegging i Helse Vest – juni 2015 , og Kapittel 2 Praktisk veileder for oppgaveplanlegging – mai 2016. Godkjent av prosjekteigar.

«Prosjektet har i stor grad oppnådd sine mål, spesielt for de enhetene som har tatt i bruk avansert oppgaveplanlegging i henhold til de regionale retningslinjene.»

I sluttrapporten vart det erkjent at prosjektet hadde teke lenger tid enn berekna (planlagt ferdig i 2015; i Helse Bergen innan 01.07.2016). Her heitte det at noko skuldast at det var forseinkingar i integrasjonen mellom systemapplikasjonane GAT og DIPS. Den største forseinkinga gjaldt likevel å ferdigstille innføringa i føretaka. Ein måtte bruke meir tid enn berekna på å følge opp dei einingane som var kome i gang med AOP; i tillegg støtte ein på einingar som ikkje ønskte å starte med AOP, slik at prosjektet måtte bruke mykje tid på å få desse med.

Ein vurderte òg overleveringa til forvaltning/drift som lite komplisert. Det vart påpeika at oppgaveplanlegging - som anna arbeidsplanlegging - er eit leiaransvar, og at kvart føretak måtte sikre at leiarane fører vidare oppgaveplanlegging med tilstrekkeleg tidshorisont når prosjektet med sin prosjektoppfølgning vart avslutta.

3.7 Oppfølging frå RHF-et og i helseføretaka i driftsfasen

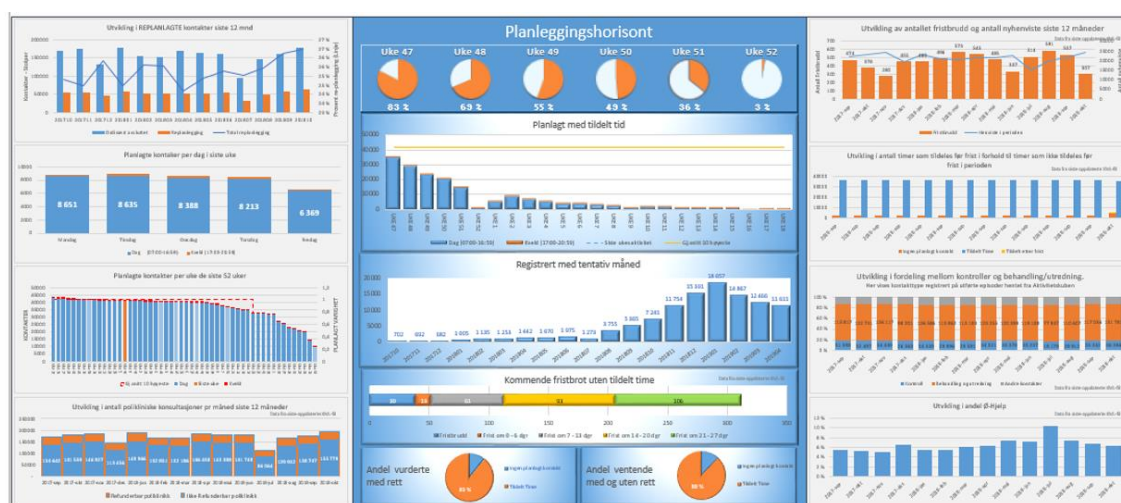
3.7.1 Rapport- og analyseverktøy

RHF-et har utvikla rapporterings- og analyseverktøy som vert nytta i oppfølginga av Alle Møter-programmet, som AOP inngår i. Vi har fått opplyst at desse verktøya òg er tilgjengelege for alle leiarnivåa i føretaka.

Her er ein oversikt over dei aktuelle verktøya, med ein kort presentasjon av kva for informasjon dei viser og kva føremål dei vert nytta til.

Alle figurane nedanfor er illustrert med data for Helse Vest samla. I alle verktøya kan ein ta ut informasjon på ulike einingsnivå; frå aggregert Helse Vest-nivå ned til dei ulike einingane i føretaka.

Figur 3 – Alle Møter Batteri per 19.11.2018



Kjelde: Helse Vest RHF – vedlegg til styresak 125/18

Alle Møter Batteri (figur 3) får kontinuerleg overført oppgåveinformasjon frå DIPS. Dette Excel-verktøyet viser ei rekkje styringsparametrar, mellom anna planleggingshorisont, planlagde pasientkontaktar (både med tildelt tid og med tentativ månad), utvikling i re-planlagde kontaktar dei siste 12 månadene, utvikling i talet på fristbrot og talet på nyttilviste pasientar dei siste 12 månadene.

Figur 4 – Styringsportalen

Planlegging og tildeling av timer perioden 1. januar 2018 – 31.12. 2019

HELSE VEST

Dato sist dataoppdatering: 10.11.2018

SELVBETJENING

Planlegging av pasientkontakter fordelt på seksjoner

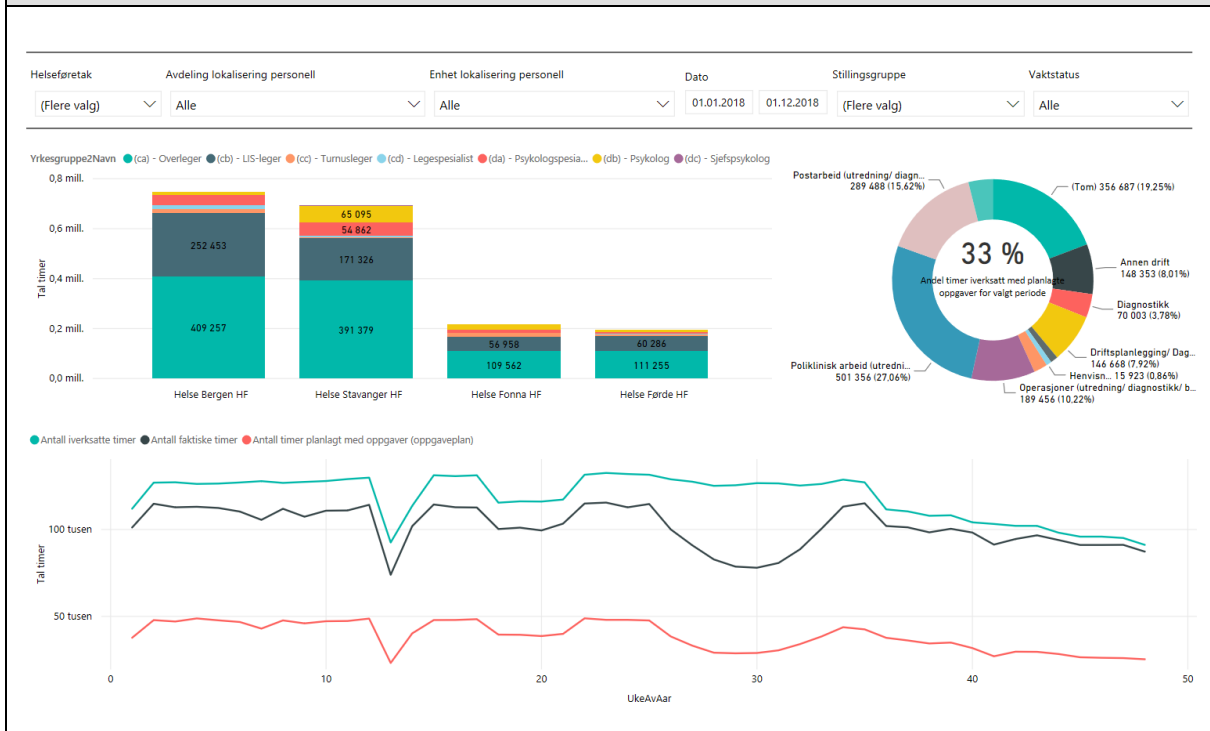


Kjelde: Helse Vest RHF – vedlegg til styresak 125/18

Rapporten i Styringsportalen (figur 4) viser alle gjennomførte pasientkontaktar i fortid, samt planlagde pasientkontaktar i framtid, fordelt på kontaktar med fastsett oppmøtetid og tentative kontaktar (utan fastsett tid)⁷. Forskjellen mellom den gule kurva og den mørkeblå kurva i figur 4 viser talet på pasientkontaktar som av ulike årsaker må re-planleggjast. Rapporten vert oppdatert dagleg.

⁷ Pasientaktiviteten er basert på organisasjonsstrukturen i ORFU og organisasjonseiningar på seksjonsnivå.

Figur 5 – Rapportportal Helse Vest (Power BI) (Uttak 09.01.2019)



Rapporten *Avansert Oppgaveplanlegging* i Rapportportalen (figur 5) er eit verktøy for visualisering av planlegginga av bemanninga i sjukehusa i Helse Vest. Det baserer seg på data frå GAT.

Talet inne i hjulet øvst til høgre i figuren viser kor stor del av tilgjengelege arbeidstimar det er planlagt oppgåver for; her 33 %. Sjølv hjulet viser den prosentvise fordelinga av dei oppgåvekategoriane det er planlagt for. I diagrammet nedst i figuren viser den svarte kurva kor mange arbeidstimar som totalt er tilgjengeleg til ein kvar tid, medan den røde kurva viser kor mange av desse timane det er planlagt oppgåver for. Differansen mellom dei to kurvane viser talet på arbeidstimar det ikkje er planlagt arbeidsoppgåver for. Figuren viser tal for lege- og psykologgrupper.

3.7.2 Bruken av styringsverktøya i RHF-et

Bruken av AOP inngår i RHF-leiinga si faste rapportering til RHF-styret. Sidan mai 2018 har dette vore ein del av den månadlege Rapportering frå verksemda. I det skriftlege saksframlegget er det faste rapporteringspunkt mellom anna om ventetider og fristbrot, der bruken av AOP vert kommentert.

I den same saka er det i tillegg ein fast, munnleg orientering om Alle Møter-programmet, som mellom anna inneheld ei oppdatering på status om planleggingshorisont, tildelte pasientkontaktar og bruken av tentative pasientkontaktar, visualisert med dokumentasjon hovudsakeleg frå Alle Møter-batteriet.

Alle tre verktøya vert òg nytta av RHF-et i oppfølginga av Alle Møter-programmet i føretaka. PO-avdelinga i RHF-et har jamlege møter med leiarar og fagmiljø i føretaka for å stimulere og leggje

til rette for auka planleggingsgrad og planleggingshorisont. RHF-et bistår dessutan gjennom å leggje til rette for vidareutvikling av systemverktøya.

3.7.3 Bruken av styringsverktøya i føretaka

Som nemnt ovanfor, har RHF-et opplyst at alle tre analyseverktøya er tilgjengelege for alle leiarnivåa i føretaka. Internrevisjonen har difor spurt leiarane på nivå 2 og 3 som vart intervjuet i denne revisjonen, om å fylle ut to enkle spørjeskjema. Vi spurte om deira kjennskap til og faktiske bruk av desse verktøya. Vi fekk svar frå 14 av 22. Dei to spørsmåla som vart stilt, og svarfordelinga på dei, går fram av tabellane nedanfor⁸.

Tabellen under viser at av dei 14 leiarane som svarte, bekrefta nesten alle at dei har tilgang til Alle Møter Batteri og Styringsportalen, medan 8 av 14 bekrefta tilgang til Rapportportalen.

Tabell 1 – Resultat av spørjeundersøking blant leiarar på nivå 2 og nivå 3 i føretaka

Spørsmål 1: Har du sjølv tilgang til desse verktøya (sett kryss)?

Verktøy	Ja	Nei	Veit ikkje
Alle Møter Batteri	12	1	1
Rapportportalen for AOP	8	4	2
Styringsportalen	11	1	2

Fire av leiarane – tre av dei på nivå 2 – svarte at dei brukar enten Alle Møter Batteri eller Styringsportalen «Mykje». Berre ein av leiarane (på nivå 3) som bekrefta å ha tilgang til verktøya, svarte at han ikkje brukar nokre av verktøya. Dei resterande brukar dei «Ein del» eller «Lite».

⁸ Vi veit ikkje om svarfordelinga hadde blitt systematisk annleis om alle hadde svart, eller dersom andre nivå 2 og 3-leiarar hadde blitt spurt. Vi tolkar difor tala indikativt.

Tabell 2 – Resultat av spørjeundersøking blant leiarar på nivå 2 og nivå 3 i føretaka

Spørsmål 2: Nyttar du sjølv desse verktøya i oppfølginga di av AOP (sett kryss)?

Verktøy	Mykje	Ein del	Lite	Nei
Alle Møter Batteri	1	4	6	3
Rapportportalen for AOP	0	6	2	6
Styringsportalen	3	5	1	5

På eit tilleggsspørsmål om moglege forbettringsforslag kommenterte fleire at verktøya fungerer bra og at dei framstår som oversiktlege og gode. Det vart òg sagt at verktøya og rapportane bør gjerast betre kjent, og at det er viktig at leiarane i føretaka får nødvendig opplæring. Berre éi tilbakemelding var av kritisk karakter: Batteriet har for mykje informasjon per side og vert difor vanskeleg å presentere for andre.

Etter kva vi har erfart vert ingen av rapport- og analyseverktøya referert til i føretaka sine rapporteringar overfor føretaksstyra.

I neste kapittel vil vi sjå nærare på korleis AOP er gjennomført i føretaka.

4 REVISJONSFUNN PÅ FØRETAKSNIVÅ

4.1 Merksemd og haldningar på leiarnivå i føretaka

I alle fire helseføretaka er det gjennomgåande at føretaksleiinga frå prosjektstart valde å byrje med dei einingane som viste størst interesse og motivasjon. På den måten ville ein oppnå å få suksesshistorier til motivasjon for andre einingar.

Då prosjektet vart avslutta i 2017 og ein gjekk over i driftsfasen, vart ansvaret lagt i linja, slik at nivå 2-direktørane fekk ansvaret for vidare gjennomføring i sine respektive klinikkar. Responsen frå nivå 2-direktørane blant informantane våre tyder på at det varierer – både mellom føretaka og mellom einingane i føretaka - i kor stor grad AOP har blitt implementert heilt fram til at ein tildeler kontaktar direkte for pasientar for den planperioden ein har planlagt for.

I alle helseføretaka har administrerande direktør framheva at ein har stor merksemd på gjennomføring av AOP. AD-ane har vore tydelege i leiargruppene på at AOP skal gjennomførast. Korleis dette av nivå 2-direktørane har blitt formidla vidare til – og oppfatta i – dei enkelte klinikkane og avdelingane, varierer.

Det er vårt inntrykk at nivå 2-direktørane gjennomgåande tek ansvar for at AOP, som ein god, nyttig, effektiviserande og naudsynt ny planleggingsmetodikk, skal takast i bruk i organisasjonen. Samstundes har fleire av dei overfor oss lagt vekt på at det i ein kunnskapsorganisasjon med høgt utdanna medarbeidarar er svært viktig korleis ein går fram for å få folk med seg i en så omfattande endringsprosess som dette i realiteten er. I denne balansegangen vert det av fleire av dei òg erkjent at dei sit med ansvaret for å sørge for ein raskare framdrift enn hittil i gjennomføringa i sine respektive klinikkar.

4.2 Kor langt rapporterer føretaka at dei er komne?

4.2.1 Talet på einingar som har tatt AOP i bruk

AOP-prosjektet har hatt som mål at alle fagområder skal planlegge sine oppgåver gjennom AOP. I høve overgangen til driftsfasen i 2017 rapporterte alle helseføretaka til RHF-et sin status for kor langt ein var komen med å innføre AOP i dei ulike einingane i helseføretaka. Dokumentasjonen (pr. 31.05.2017) vart innsendt av dei lokale prosjektleiarane i eit rapportskjema utarbeidd av regional prosjekteigar. Til denne revisjonen har vi innhenta oppdatert dokumentasjon frå føretaka pr. 31.08.2018, i same rapporteringsformat som vart nytta i 2017.

Inndelinga i einingar er gjort av det einskilde føretaket. Ein gjennomgang viser at dei oppgitte einingane gjennomgåande er knytt til pasientbehandling, men internrevisjonen har ikkje gått djupare ned i korleis dette er definert. Vi ser tydeleg at føretaka har rapportert inn ulike aggregerte organisasjonsnivå. (Helse Bergen har rapportert på nivå 2-einingar, medan dei andre føretaka hovudsakeleg har rapportert på nivå 3-einingar.) RHF-et har opplyst at ein her la vekt på at føretaka skulle rapportere på eit format som var hensiktsmessig for deira eiga oppfølging.

Med grunnlag i føretaka sine innrapporterte tal viser tabellane 1 og 2 nedanfor kor utstrakt bruken av AOP er i føretaka sine einingar, og endringa som har skjedd i bruken i året som er gått sidan ein gjekk over frå prosjekt til drift.

Tabell 3 – Einingar pr. føretak som brukar Avansert oppgaveplanlegging (AOP), Pr. 31.05.2017

Føretak	Einingar		
	Totalt	I drift med AOP	Ikkje ferdig med innføring
Helse Stavanger	75	67	8
Helse Fonna	54	52	2
Helse Bergen	22	11	11
Helse Førde	31	31	0
Totalt	182	161	21

Kjelde: Helseføretaka

Tabellen over viser innrapporteringa i 2017. Den viser at ved prosjektet si avslutning hadde 161 av 182 einingar teke AOP i bruk, mens 21 fortsatt var undervegs. Tabellen under viser tilsvarende tal for 2018 då 168 av 176 var i drift med AOP, mens 8 enno ikkje var ferdige.

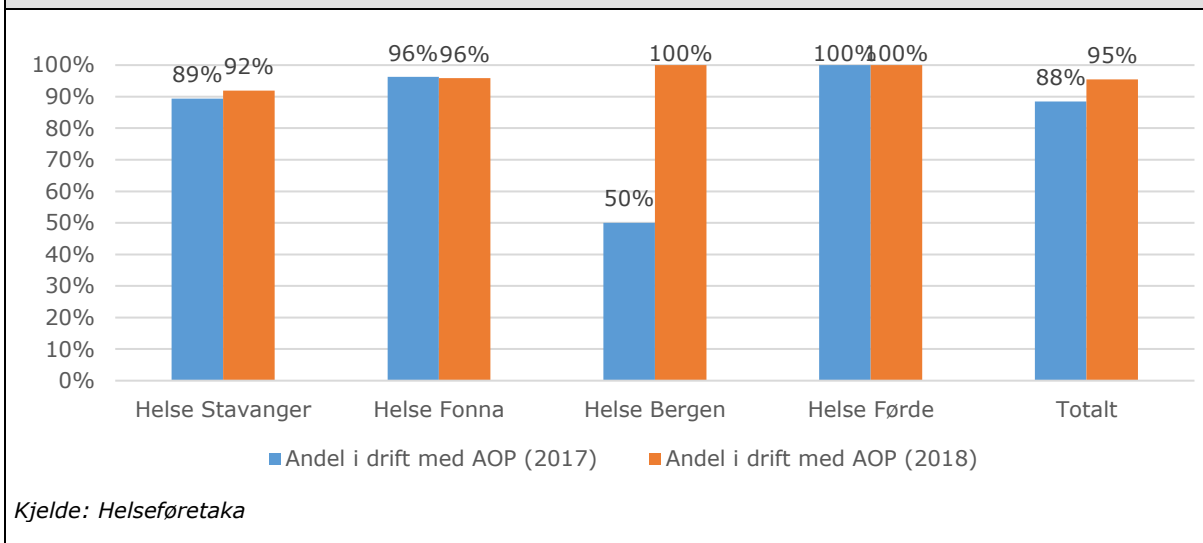
Tabell 4 – Einingar pr. føretak som brukar Avansert oppgaveplanlegging (AOP), Pr. 31.08.2018

Føretak	Einingar		
	Totalt	I drift med AOP	Ikkje ferdig med innføring
Helse Stavanger	74	68	6
Helse Fonna	49	47	2
Helse Bergen	22	22	0
Helse Førde	31	31	0
Totalt	176	168	8

Kjelde: Helseføretaka

Ved overgangen frå prosjekt til drift i 2017 rapporterte føretaka såleis inn at 88 % av dei oppgitte einingane var i drift med AOP. 15 månader inn i driftsfasen rapporterte dei at 95 % av einingane var i drift. Dette går visuelt fram av figuren under kor talgrunnlaget er det same som i tabellane ovanfor.

Figur 6 – Andel einingar rapportert å vere i drift med AOP i 2017 og 2018.



Dersom ein legg tala frå dei innrapporterte einingane til grunn, kan ein konkludere med at innføringa av AOP i helseføretaka sine einingar har vore ein suksess. Tilsynelatande står ein berre att med 8 einingar - av totalt 176 - som enno ikkje er ferdige med innføringa.

Men rapporteringsformatet som vart nytta mellom føretaka og RHF-et etterlet mykje uklårheit på fleire punkt:

- Sidan rapportmottakar ikkje på førehand har definert til dømes kva for organisasjonsnivå «Navn på enhet» skal hentast frå, kan ein ikkje følgje opp einingane og skaffe seg nødvendig oversikt over kva for einingar (og fagområder) som er «I drift med AOP», og kven som er «Ikkje ferdig med innføring». Resultatet er at det er innrapportert ei blanding av einingar frå nivå 2 (som Helse Bergen har valt) og nivå 3. Vi har ikkje undersøkt om det òg kan finnast nivå 4-einingar i oversikta.
- Det går ikkje fram av rapportane i kor stor grad det innan dei einingane som er rapportert å ha teke AOP i bruk, er einingar på eit lågare organisasjonsnivå som ikkje har teke systematikken i bruk. To dømer på at dette er tilfellet:
 - Kvinneklubben i Helse Stavanger er rapportert inn som «I drift med AOP». I realiteten gjeld det to av tre einingar i klubben, kom det fram i intervjuet.
 - Helse Bergen har opplyst at når opplæring er gitt, det tekniske er lagt til rette og AOP «til ein viss grad» er teke i bruk (til dømes i 3 av 5 avdelingar), har føretaket rapportert at vedkomande nivå 2-eining er i drift.

Dermed kan ein ikkje med nødvendig klårheit vite kva for realitet tala i kolonnane for «I drift med AOP» og «Ikkje ferdig med innføring» i tabell 2 eigentleg gjev uttrykk for.

Tilbakemeldingane i intervjuet viser i alle føretaka eit meir nyansert bilete enn den skriftlege rapporteringa. Som tidlegare nemnt, har vi undersøkt tre fagområder, og vi kjem tilbake til våre observasjonar frå dei i neste kapittel.

Etter regional prosjekteigar si vurdering er det meir hensiktsmessig å nytte «fagområde» som format for rapportering, sidan dette omgrepet har eit meir eintydig innhald som gir betre

oversikt i oppfølginga. Den same uklarheita om den faktiske stoda i føretaka som er beskrive ovanfor, er bakgrunnen for at prosjekteigar i 2018 opna prosjektet att. Prosjektleiinga i RHF-et har sidan lagt ned ein betydeleg innsats i ulike fagmiljø i føretaka, mellom anna i form av informasjonsmøter og leiarsamlingar. Det er òg gjennomført ytterlegare opplæring av GAT-ressursar, helsesekretærar med fleire som tiltak for å betre gjennomføringa av AOP.

4.2.2 Planleggingshorisont

AOP krev ikkje berre at alle fagområde eller einingar skal nytte AOP. I tillegg ligg det inne ein forventning, og frå 2018 eit krav i styringsdokumenta frå Helse Vest RHF, om at planleggingshorisonten for alle einingar til ein kvar tid skal vere mellom 6 og 9 månadar.

I prosjektevalueringa i 2017 vart føretaka spurt om kva for planleggingshorisont dei ulike einingane deira har, og vi har spurt om det same per 31.8.2018. Svara går fram av tabellen under.

Tabell 5 – Einingar i drift med AOP som har ein planleggingshorisont over 6 månader, 2017 og 2018.

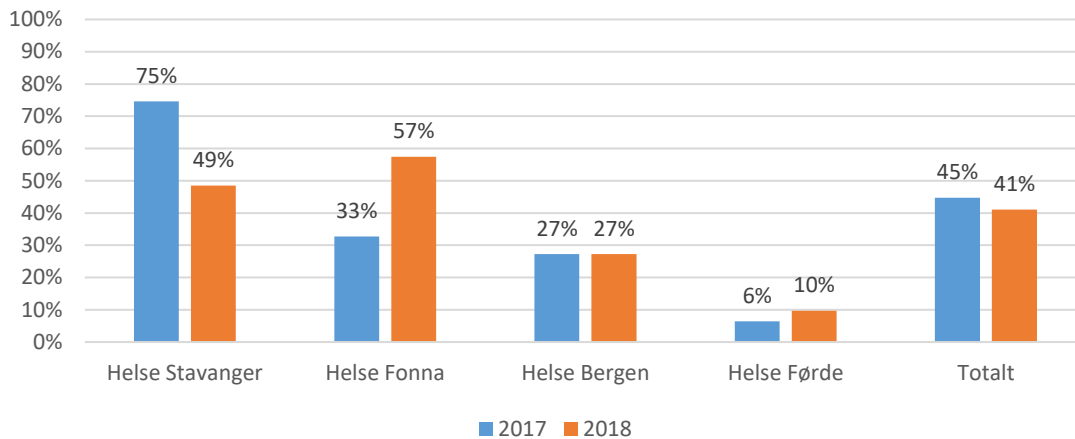
Føretak	Einingar i drift med AOP og planleggingshorisont > 6 mnd.	
	2017	2018
Helse Stavanger	50	33
Helse Fonna	17	27
Helse Bergen	3	6
Helse Førde	2	3
Totalt	72	69

Kjelde: Helseføretaka

Vi ser at færre einingar i Stavanger har ein slik planleggingshorisont i 2018 samanlikna med året før, mens tala har gått opp i dei andre føretaka. Samla sett ligg talet einingar som oppfyller kravet frå Helse Vest på om lag det same i 2018 som i 2017.

Figuren under illustrerer utviklinga. Den tar utgangspunkt i talet på einingar som har tatt AOP i bruk, og viser kor mange av dei som planlegg med lengre tidshorisont enn 6 månader. Vi ser stor variasjon mellom føretaka, og at andelen er nokolunde den same i 2018 som i 2017, litt i overkant av 40 %. Samla sett er det under halvparten av einingane som svarer ut dette kravet frå Helse Vest.

Figur 7 – Einingar i drift med AOP som har ein planhorisont over 6 månader, 2017 og 2018.



I intervjuet i føretaka fekk vi bekrefta at det er skilnader i planleggingshorisonten mellom fagområde og mellom behandlarnivå. Informantane frå alle føretaka og dei fleste fagområda gav gjennomgåande uttrykk for ei oppfatning av at det er enklare å langtidsplanlegge for ein overlege enn for ein LIS-lege⁹. Dette vart forklart med at systemverktøyet i AOP krev at namnet på den einskilde behandlaren er lagt inn i GAT. LIS-legane sine arbeidsforhold i dei einskilde einingane er av avgrensa varigheit, og namnet på ny LIS-lege vert ikkje kjent for eininga før relativt kort tid før tiltreding i stillinga. Mange av informantane våre gav uttrykk for at dette var ein sterkt medverkande årsak til at eininga deira ikkje har klart å ha ein lang nok planleggingshorisont. Prosjekteigar i RHF-et avviser ei slik forklaring.

Fleira av informantane peikte på at dersom ein planlegg for langt fram i tid, gjev dette ein negativ effekt, ved at det medfører ein større grad av nødvendig re-planlegging. På den andre sida vert ein mindre sårbar for endringar når ein planlegg langt fram, og belastninga på merkantilt personale blir med det òg mindre. Ved Ortopedisk avdeling i Helse Stavanger vart 6 – 8 månaders planleggingshorisont sagt å vere det optimale.

4.2.3 Planleggingshorisont «til ein kvar tid»

I Styringsdokument 2018 vart kravet om 6-9 månader planhorisont spissa til at planleggingshorisonten «for alle einingar *til ein kvar tid* er mellom 6 og 9 månader» (vår utheving).

Sjølv om det ikkje er uttrykkeleg sagt i rapporteringsskjemaet, tilseier inntrykket vårt frå intervjuet i dei tre fordjupingsområda at føretaka har rapportert inn den maksimale planleggingshorisonten einingane har nytta når arbeidsplan og oppgårevaktbok vert utarbeidd i GAT. Den reelle minimumshorisonten (jf. «til ein kvar tid») vil då vere ein del kortare, og dermed endå lengre frå målet enn rapporteringa frå føretaka viser.

⁹ LIS = lege i spesialisering.

Det går ikkje fram av føretaka sine innsendte rapporteringsskjema kor ofte dei reviderar oppgaveplanane sine. Difor har vi ikkje dokumentasjon på kor stor differanse det er mellom den (brutto) planleggingshorisonten føretaka har oppgeve, og den minimumshorisonten som er att når dei forlengjer (eller oppdaterer) planane sine for ein ny periode.

Tilbakemeldingane frå informantane våre viser òg ein stor variasjon i kva for rutinar dei einiskilde einingane nyttar. Mange viser til halvårsplanar (for haust og vår), med særskilte planar for ferieavviklingsperioden om sommaren og for avviklinga av jule- og nyttårshøgtida.

4.2.4 *Dag-til-dag-styring*

Dag-til-dag-styringa er den aktiviteten som må gjerast i ein iverksett oppgaveplan som følge av uføresette hendingar og omstende som inntreff på kort varsel, og som mellom anna omfattar akutt sjukdom og anna fråvær som krev umedelbar re-planlegging. Ei av målsettingane ved prosjektstart var at AOP skulle bidra til å redusere behovet for re-planlegging.

Informantane i dette revisjonsprosjektet gjer uttrykk for at re-planlegging (til dømes som følge av LIS-legar som kjem og går) gjer mindre arbeid enn tentative pasientkontaktar. Innan fagområdet Ortopedisk sa leiaren i eitt av føretaka at han ved fråvær brukar GAT til å handtere dei nødvendige endringane. Han la til at han vanskeleg ville klart det utan, og at GAT òg vil vise om ein til dømes har for lite ressursar tilgjengeleg. I eit anna føretak uttalte tilsvarande nivå 3-leiar at utan AOP hadde dei tapt å få ein totaloversikt over arbeidsoppgåver og behandlarar, både innan planlegginga og dag-til-dag-styringa.

Fleire av informantane trakk fram at det er ein balansegang mellom å planleggje med «for lang» planleggingshorisont (som vil kunne medføre fleire nødvendige re-planleggingar), og med for kort horisont (som gjev mindre føreseielegheit med stressande re-planleggingar og ekstraarbeid som resultat i dag-til-dag-styringa).

4.2.5 *Personellgrupper som er omfatta*

Det vart frå prosjektstart (i prosjektdirektivet) lagt til grunn at AOP skulle omfatte planlegging av arbeidstid og oppgåver for behandlarar, og etter kvart andre grupper medarbeidarar. I det årlege styringsdokumentet til kvart av føretaka har den same føresetnaden fleire gonger vorte gjenteke og ytterlegare konkretisert: I 2016 var målet å gjennomføre AOP for alle aktuelle yrkesgrupper; i 2018 er det målsett å inkludere nye grupper medarbeidarar i oppgaveplanlegginga, i tillegg til behandlarar.

Vi har ikkje sett dokumentasjon frå føretaka som viser at dei nyttar AOP for vidare grupper av medarbeidarar enn behandlarar (hovudsakleg legar og psykologar, men òg jordmødrer, sjukepleiarar, med fleire). I intervjuar har informantane våre hovudsakleg omfatta oppgaveplanar for legar og psykologar.

4.2.6 *Oppgåver det vert planlagt for*

Det er i prosjekttreleiaran lagt føringar for kva for arbeidsoppgåver som må vere med i oppgaveplanlegginga (poliklinikk, operasjon, visitt, fordjuping (gjeld LIS-legar), vurdering av

tilvisingar, og undervisning), og kva for oppgåver som i tillegg bør vere med (administrativ tid, telefontid og møter). Prosjekteigar sendte i oktober 2016 ut til alle føretaka ein oversikt over 10 kategoriar arbeidsoppgåver som ein ønskte brukt i AOP. I rapporterings- og analyseverktøyet i Styringsportalen kan ein få oversikt over føretaka sin planleggingsaktivitet, fordelt på kategoriane som er nytta. Fleire av informantane våre gav uttrykk for at dei i planlegginga si oppretta dei kategoriane av arbeidsoppgåver på det detaljeringsnivået som dei lokalt vurderte som mest tenleg.

På generelt grunnlag er det vanskeleg å etterprøve prosjekttreileiaren sin autoritet som reell premissgjevar gjennom heile prosjektperioden. Med unnatak av det reviderte kapittel 2 som kom i 2016, er det ikkje gjort revideringar av treileiaren som følgje av utviklinga og erfaringane i prosjektgjennomføringa. I intervjuet er internrevisjonen gjort kjent med at slike erfaringar har vore drøfta mellom lokal og regional prosjektleiing munnleg, og skriftleg i epost-vekslingar.

4.2.7 *Kor stor del av arbeidstida som er omfatta av AOP*

Tilbakemeldingane i intervjuet viser at det varierer ein del kor stor del av arbeidstida som er omfatta av AOP i dei ulike einingane. Det er ein uttalt føresetnad frå prosjekteigar (meldt til føretaka i epost i oktober 2016) at alle aktuelle arbeidsoppgåver skal kategoriserast.

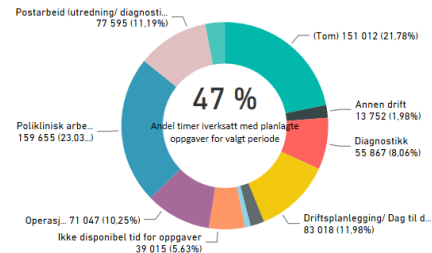
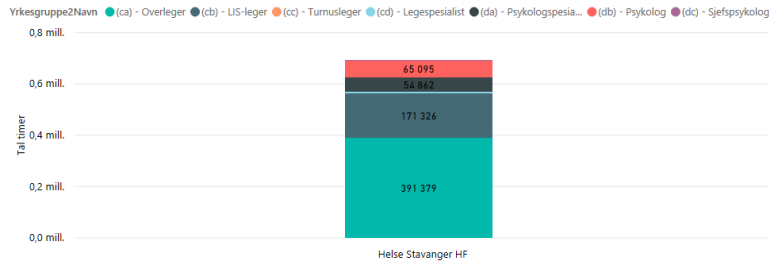
Rapportportalen for AOP gjev ein oversikt over kor stor del av tilgjengelege arbeidstimer som er planlagt med arbeidsoppgåver. Denne oversikten vert oppdatert kontinuerleg. For dei fire helseføretaka i Helse Vest samla er planleggingsgraden framleis (pr. desember 2018) ikkje høgare enn 33 % (sjå figur 5 i avsnitt 3.7.1). På føretaksnivå varierer planleggingsgraden frå 47 % (Helse Stavanger) til 26 % (Helse Bergen).

Figur 8 under viser situasjonen pr. desember 2018 for kvart av føretaka:

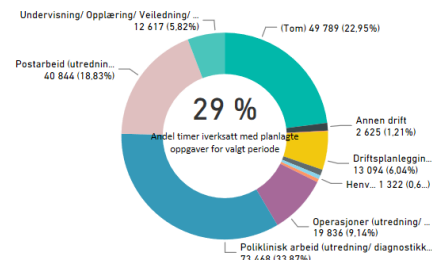
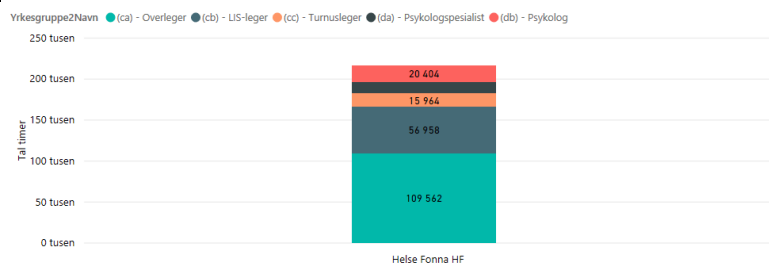
- Søylediagrammet til venstre viser planlagde timar fordelt på lege- og psykologgrupper
- Sirkelen til høgre viser planleggingsprosent totalt (andel timar iverksett med planlagde oppgåver) og kva for oppgåvekategoriar som er planlagt.

Figur 8 – Oversikt over planleggingsgrad i AOP på føretaksnivå for tidsrommet 01.01-01.12.2018

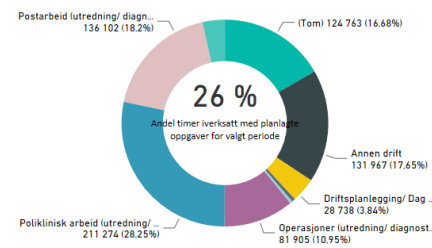
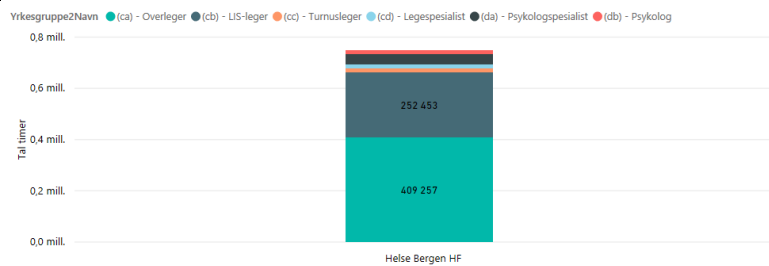
Helse Stavanger



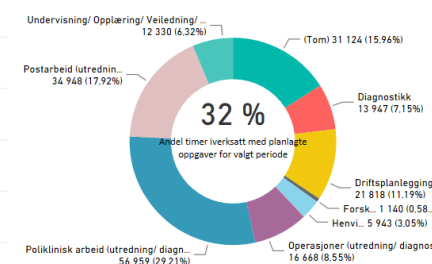
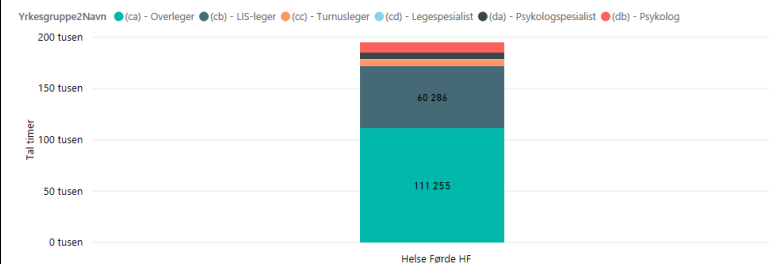
Helse Fonna



Helse Bergen



Helse Førde

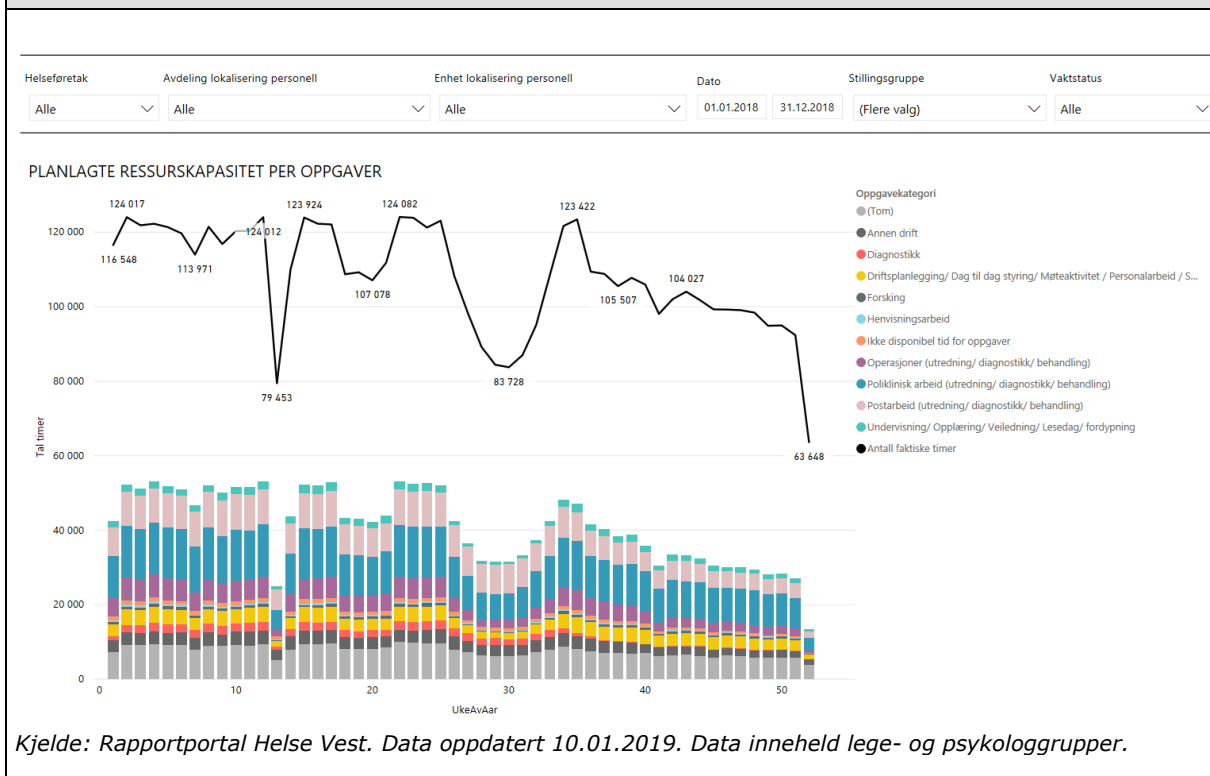


Kjelde: Rapportportal Helse Vest – Avansert oppgaveplanlegging. Data oppdatert 10.01.2019

Dei styringsmessige krava til gjennomføring av AOP legg i hovudsak til grunn at føretaka skal ha ein planleggingsgrad som ligg tettast mogleg opp mot summen av tilgjengeleg kapasitet, ein planleggingshorisont i tråd med overordna krav og at tildeling av pasientkontaktar skjer utan bruk av tentativ tid.

Figur 5 (jf. punkt 3.7.1 ovanfor) illustrerer planlagt ressurskapasitet fordelt på oppgåvekategoriar, og samtidig den store delen av tilgjengeleg kapasitet som det ikkje er planlagt for. Tal både frå Rapportportalen (Dashboard AOP) og Alle Møter Batteriet viser i tillegg at planleggingshorisonten for gjennomføring av arbeidsoppgåvene framleis er for kort.

Figur 9 – Oversikt over planlagt ressurskapasitet for 2018



I si månedlege «Rapportering frå verksemda» til RHF-styret 11.12.2018 (sak 125/18) framhevar RHF-et at det i helseforetaka i regionen framleis er ein betydeleg bruk av tentative pasientkontaktar, som avgrensar moglegheitene for å utnytte god fagleg kapasitet. Det vert sagt at gjennomføring av avansert oppgåveplanlegging og etterleving av arbeidsprosessar for tildeling av pasientkontaktar er heilt avgjerande for god utnytting av fagleg kapasitet. At ein ikkje er kome så langt i gjennomføringa som føresett, meiner RHF-et skuldast at føretaka ikkje har vist tilstrekkeleg gjennomføringskraft for dei tiltaka som er satt i verk gjennom Alle Møter-programmet.

4.2.8 Tilgjengelegheit på intranett

Det er ein del av systemintegrasjonen i AOP at einingane sin oppgåveoversikt skal visast på eininga sine intranettsider. Visninga vil vere ein kopi av oppgåvevaktboka i GAT. Prosjekteigar har lagt til grunn at alle einingar skal ha ei slik visning, og dei kan sjølv velje eitt av seks ulike visningsalternativ.

Både i 2017 og 2018 rapporterte føretaka kor mange av einingane deira som har delt oppgåveplanane sine på intranettet. Det store fleirtalet av dei i alle føretaka gjer dette. I 2017 var det 40 av 159 einingar som ikkje viste oppgåveplanane på intranett; i 2018 var dette talet 33 av 166. Størsteparten av desse er einingar innan psykisk helsevern.

4.2.9 Tildeling av pasientkontaktar i høve til gjeldande oppgåveplan/timebok

Føretaka har rapportert at alle einingane som brukar AOP òg brukar integrasjonen mellom GAT og DIPS (så sant det er aktuelt for dei å tildele pasientkontaktar i DIPS). Det inneber at opplysningane i oppgåveplanen frå GAT ligg til grunn for timeboka i DIPS, som er grunnlaget for tildeling av pasientkontaktar med oppmøtetid. I intervjuet vart det likevel opplyst at fødeavdelinga (som er ei av tre einingar i Kvinneklinikken) i Helse Stavanger ikkje har teke AOP i bruk. Dei brukar GAT, men brukar ikkje integrasjonen mot DIPS ved tildeling av pasientkontaktar. Helse Bergen har opplyst at fleire av deira einingar nyttar integrasjonen på overlegar, men at dei på LIS-legane har upersonlege timebøker, som gjer at integrasjonen mot DIPS ikkje har effekt.

4.2.10 Behandlarane sin bruk av Outlook-kalenderen til AOP

I motsetnad til dei andre systemintegrasjonane i AOP, er integrasjonen mellom GAT og behandlarane sin eigen Outlook-kalender gjort frivillig, jf. prosjekttettleiaren punkt 2.7.2, der det heiter: «I MinGAT kan man synkronisere egen kalender mot Outlook.» Vi har fått opplyst frå føretaka at prosjekteigarar her eigentleg ynskter ei automatisk løysing som skulle vere obligatorisk for alle, men at lokale prosjektleiarar vart fram med synet om at dersom ordninga vart gjort frivillig, ville ein vite at dei behandlarane som sjølv opna opp for slik synkronisering hadde gjort eit bevisst, positivt val om det.

I rapporteringsskjemaet om bruken av AOP vart føretaka spurte om kor mange av behandlarane som overfører oppgåver til Outlook. Helse Bergen og Helse Førde svarte begge «Antall ukjent». Helse Stavanger oppgav i august 2018 at ca. 25 % av behandlarane gjer dette, mens ca. 23 % av behandlarane i Helse Fonna gjer det same.

I intervjuet kom det fram til dels svært ulike haldningar frå informantane våre. Dei som var vane med å bruke Outlook, såg nytteverdien av å få alle AOP-oppgåvene integrert i Outlook-kalenderen sin. Møteinnkallingar var òg dei fleste fortrulege med å få i Outlook. Nokre motførestillingar gjaldt at Outlook-kalenderen ville bli for uoversiktleg dersom AOP-oppgåvene kom på toppen av dei andre gjøremåla der; andre som vart nemnt var at arbeidsdagen ville sjå meir «låst» ut enn kva som var realiteten.

Andre motførestillingar kom frå behandlarar som ikkje har mobiltelefon frå arbeidsgjevar, og som difor berre ville hatt tilgang til Outlook-kalenderen sin på ein stasjonær PC i arbeidstida. Dei såg ikkje nokon reell nytte i å ta i bruk Outlook-funksjonen. Helse Stavanger har opplyst at medarbeidarar kan få jobb-Outlook på sin private mobiltelefon dersom føretaket godkjenner det, og at nokre medarbeidarar har takka ja til denne løysinga.

4.2.11 Bruk av tentative pasientkontaktar i planlegginga

Heilt frå prosjektstart (jf. prosjekttettleiaren frå 2015) har det vore eit uttalt regionalt mål at føretaka skal auke planleggingshorisonten sin med hovudfokus på tildeling av pasientkontaktar med oppmøtetid, og at dei skal slutte å bruke tildeling av tentative pasientkontaktar. I Styringsdokument 2018 er det òg framheva at bruken av tentative pasientkontaktar skal

avviklast (jf. kap. 3 Helsefaglege styringsmål, side 6). Dette kravet har sin bakgrunn i krav frå departementet framsett i styringsdialogen mellom HOD og dei fire RHF-a¹⁰.

På vår oppmoding har føretaka rapportert kva omfang bruken av tentative pasientkontaktar framleis har. Tabellen nedanfor viser status pr. 31.08.2018. Her går det fram at det i dei fire helseføretaka i Helse Vest på dette tidspunktet var planlagt ca. 176.000 pasientkontaktar utan fastsett oppmøtetidspunkt. For ca. 30.000 av desse – 17 % - var det tentative tidsestimatet passert, utan at pasientkontakten er registrert som avslutta.

Tabell 6 – Tentative pasientkontaktar pr. føretak 31.08.2018¹¹

Føretak	Tentative pasientkontaktar			
	Passert tentativ tid	Ikkje passert tentativ tid	Sum tentative pasientkontaktar	% passert tentativ tid av sum tentative kontaktar
Helse Stavanger	7 770	35 219	42 989	18
Helse Fonna	6 866	17 694	24 560	28
Helse Bergen	13 480	75 522	89 002	15
Helse Førde	2 371	17 130	19 501	12
Sum Helse Vest	30 487	145 565	176 052	17

Kjelde: Analyse og styringsinformasjon, Helse Vest RHF

Tabellen viser at tentative pasientkontaktar framleis vert nytta i alle fire føretaka.

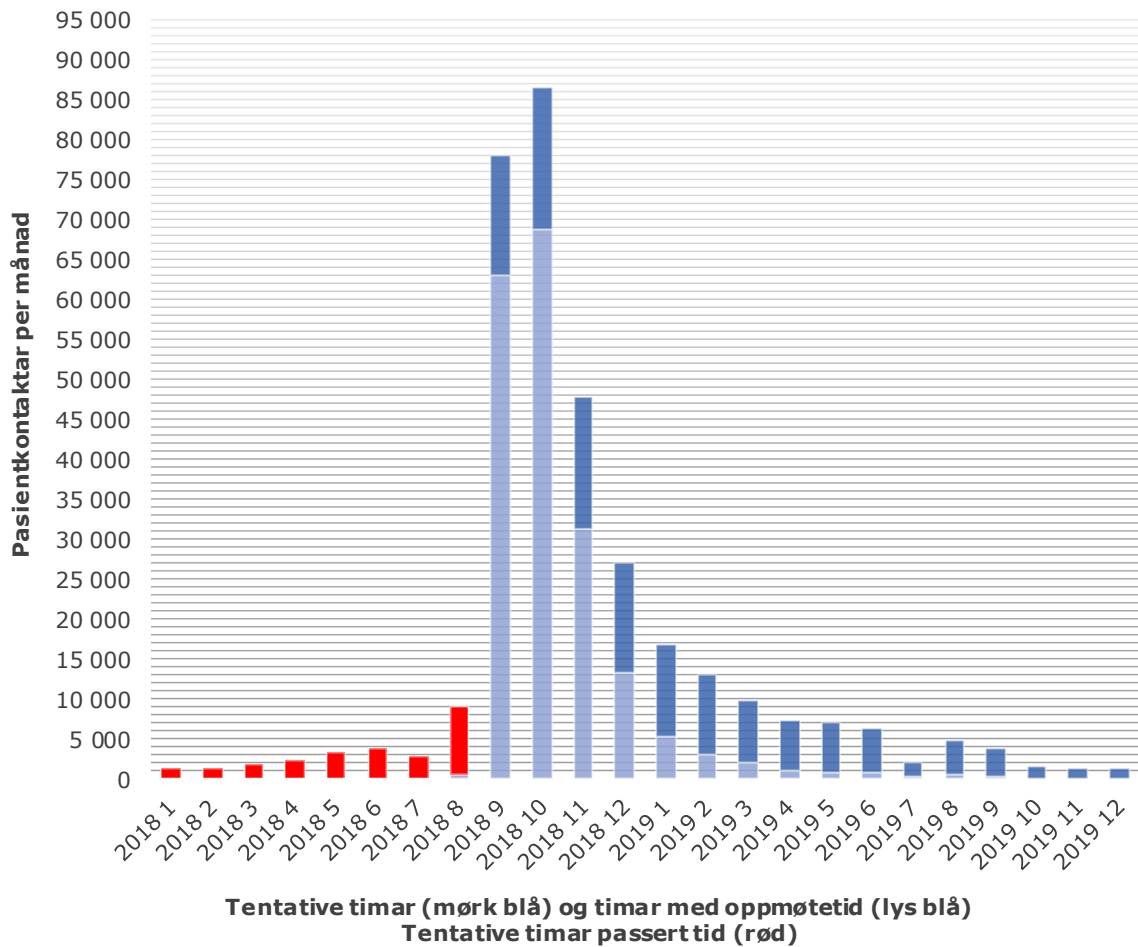
Figur 10 nedanfor viser fordelinga av planlagde pasientkontaktar i tid. Figuren, som er eit augeblikksbilete pr. 31.08.2018, viser at det vert planlagt flest pasientkontaktar i den andre månaden fram i tid. I den fyrste månaden utgjer dei tentative timane 19 % av alle planlagde pasientkontaktar, deretter stig prosentdelen og allereie frå den fjerde månaden fram i tid utgjer dei meir enn halvparten av alle planlagde pasientkontaktar. Etter det vi har fått opplyst er forma på denne «bølga» over fordelinga av tentative pasientkontaktar i tid vedvarande.

Figuren viser at det største volumet av tentative kontaktar vert tildelt i dei nærmaste månadene fram i tid. Dette er eit tidsperspektiv som ligg innanfor det regionale kravet om å vere omfatta av planleggingshorisonten «til ein kvar tid», og samtidig innanfor det tidsrommet der einingane som regel har oversikt over kva for LIS-legar (og vikarlegar) dei har tilgjengeleg.

¹⁰ Jf. omtale i [felles brev frå RHF-a til HOD 15.11.2015](#) om oppfølging av tilleggskdokument til Oppdragsdokument 2015 – utarbeiding av prosessindikator for «praksis for timetildeling (endring fra tentativ timetildeling til konkret tildelt time ved vurdering av henvisning)».

¹¹ I Styringsportalen skil ein mellom omgrepa pasientkontaktar med oppmøtetid (som er planlagde pasientkontaktar der oppmøtetidspunkt er fastsett i DIPS) og tentative pasientkontaktar (som er planlagte pasientkontaktar der oppmøtetidspunkt ikkje er konkret fastsett, men berre førebels angjeve med til dømes «november 2018»).

Figur 10 – Oversikt pr. 31.08.2018 over planlagte pasientkontakter i Helse Vest for 2018 og 2019



Kjelde: Analyse og styringsinformasjon, Helse Vest RHF. Tala er eit øyeblikksbilde henta ut 15.09.2018.

Når det gjeld tildeling av pasientkontakter lenger fram i tid enn dei 6 – 9 månadene føretaka er pålagt å planleggje for, har vi fått opplyst frå RHF-et at det frå 01.10.2018 er innført ei nyordning med omsyn til korleis føretaka skal gå fram i høve til pasientkontakter lenger fram i tid enn 9 månader utan å nytte tentative kontakter. Denne rutinen omfattar pasientar med namngjevne kroniske lidningar. I kva grad rutinen vil omfatte pasienttimane med denne lange tidshorisonten som i dag vert ført som tentative, er usikkert.

Som årsaker til bruken av tentative pasientkontakter generelt, har informantane våre i hovudsak trekt fram desse tre forklaringane:

- Det er vanskeleg å tildele pasientkontakter med fast oppmøtetid til LIS-legar langt fram i tid, før LIS-legen er tilsett og den nødvendige informasjonen er lagt inn i GAT-systemet.
- Jo meir ein fyller opp timebøkene fram i tid med pasientkontakter med fastsett oppmøtetid, desto meir truleg er det at ein må re-planlegge som følgje av at ein må gje plass til augeblikkeleg hjelp-kontakter eller prioriterte kontakter for å unngå fristbrot.
- Ein er generelt noko skeptisk (eller utrygg) i høve til å planlegge med fast tildelte pasientkontakter langt fram i tid.

Den opplevde utfordringa med at medarbeidarinformasjon må vere registrert i GAT, er av fleire informantar oppgjeve å vere ei viktig årsak til at planleggingshorisonten for tildeling av pasientkontaktar med oppmøtetid i mange einingar er kortare enn dei regionale måla tilseier, og til at desse einingane i staden planlegg med tentative kontaktar. Prosjekteigar har opplyst at ein slik opplevd årsakssamanheng ikkje er reell.

Dokumentasjon viser at det tidleg i prosjektet vart utarbeidd ei løysing på denne utfordringa. I rettleiaren for AOP (2016-utgåva punkt 2.5.1.3) har RHF-et beskrive ein rutine¹² for dei høva der det er vanskeleg å tildele pasientkontakt med oppmøtetid til pasienten fordi ein ikkje veit namnet på ressursen som skal behandle han. Vikarlegar og LIS-legar er uttrykkeleg nemnt som slike høve. Det namnet ein har gjeve denne fiktive ressursen, til dømes «Poliklinikk 1», vil då visast som behandlar i innkallingsbrevet. Så fort den reelle ressursen er på plass, skal avdelinga etter rutinen flytte dei aktuelle pasientane over i den reelle timeboka.

Informantar har opplyst at det er ein del uklarheiter og motførestillingar forbunde med å ta denne rutinen i bruk. Mellom anna er det anført at dei tekniske løysingane for dette er tidkrevjande, og at det er risiko for feil når ein tek ut data frå GAT. Det er opplyst at Helse Fonna og Helse Førde i liten grad har oppretta fiktive ressursar, men brukar dei ikkje; Helse Stavanger og Helse Bergen skal ikkje ha nytta løysinga.

Ortopedisk avdeling i Stavanger har opplyst at dei har løyst «LIS-problemet» på sin eigen alternative måte, ved at dei i planlegginga og i innkallingsbrevet til pasienten nytta noverande LIS-lege sin ressurs og timebok inntil den nye ressursen er registrert i GAT. På den måten vert dei ikkje hindra i å oppretthalde ein tilstrekkeleg lang planleggingshorisont, vart det sagt.

Den andre forklaringa frå fleire av informantane våre - om at timebøkene ville «bryte saman» dersom ein «fyller dei opp» langt fram i tid med pasientkontaktar med fast oppmøtetid - vart overfor oss tilbakevist av informantar frå Ortopedisk avdeling i Helse Stavanger. Dei har lukkast i å ha ein jamn, lang planleggingshorisont. Ein av faktorane som gjer dette mogleg, fekk vi opplyst, er at dei i planlegginga si held attende plass til så mange ledige pasientkontaktar som erfaringstala deira tilseier er nødvendig. På den måten vert behovet for re-planlegging av pasientkontaktar halde nede på eit handterbart nivå, vart det sagt. Denne oppfatninga vert bekrefta av prosjekteigar i RHF-et. Analyseverktøya viser erfaringstal på ø-hjelpkontaktar til ein kvar tid; å berekne volumet på desse pasientkontaktane fram i tid kan difor gjerast med stor grad av føreseielegheit.

For 17 % av dei tentative pasientkontaktane var tidsestimatet passert – i figur 10 vist med raude søyler. Forklaringa på dette kan dels vere at pasientkontakten reelt sett er avslutta, utan at han er registrert som avslutta i DIPS; dels kan det vere at pasienten framleis ventar på å få tildelt ny kontakt med oppmøtetid. I revisjonen vår har vi ikkje undersøkt desse samanhengane nærare.

Gjennomgangen av dei tre fordjupningsområda ortopedi, kvinneklinikken og psykisk helsevern viser at bruken av tentative pasientkontaktar varierer mellom føretaka innanfor desse fagområda. I kapitla 5.2 – 5.4 nedanfor viser oversikter frå Styringsportalen over planlagde pasientkontaktar i DIPS (for tidsrommet 01.01 – 30.09.2019) at innan ortopedi skil Helse Bergen og Helse Førde seg ut med ein høg grad av tentative pasientkontaktar; innan kvinneklinikken

¹² Rutine for oppretting av fiktiv ressurs i GAT/DIPS

har Helse Førde ein spesielt høg førekomst av slike kontaktar i høve til pasientkontaktar med fastsett oppmøtetid.

4.2.12 Utviklinga av talet på polikliniske konsultasjonar

Det har vore eit uttalt mål med AOP at det er i poliklinikkar (og for dagbehandling) at metodikken først skulle blir innført, sidan det er der volumet av pasientkontaktar er høgast. Vi har sett på utviklinga av polikliniske konsultasjonar i perioden 2015-2017.

Tabell 7 nedanfor viser at volumet har stige år for år. SSB si framskriving av behovet for polikliniske konsultasjonar¹³ viser at denne auken vil halde fram. Dette tidsrommet er samanfallande med prosjektperioden for AOP. Korkje dokumentasjonen frå føretaka eller informasjonen frå informantane våre har gjeve oss eit generelt grunnlag for å konkludere med at denne auken i konsultasjonar er ein direkte gevinst av AOP.

Frå ei av einingane i undersøkinga vår, Ortopedisk avdeling i Helse Stavanger, ligg det likevel føre relevante erfaringstal. I følgje dåverande avdelingssjef opplevde dei at avdelinga med den førre planleggingsmetodikken (Excel) hadde «nådd taket» for kapasitetspotensialet. Etter å ha innført AOP fullt ut erfarte dei frå 2014 til 2016 ein ytterlegare auke i talet på ordinært avslutta pasientkontaktar. Overfor internrevisjonen vart det uttalt at denne auken har nær samanheng med bruken av planleggingsmetodikken AOP.

Tabell 7 – Polikliniske konsultasjonar pr. føretak 2015 – 2018

Føretak	2015	2016	2017	2018 (pr. 2. tertial)
Helse Stavanger	451 844	471 305	482 820	327 436
Helse Fonna	125 107	216 708	234 982	155 583
Helse Bergen	497 053	508 586	539 208	332 570
Helse Førde	165 060	166 580	170 306	106 509
Sum Helse Vest	1 239 064	1 363 179	1 427 336	922 100

Kjelde: Helseføretaka

¹ Helse Fonna Somatikk. Tall frå Psykisk helsevern ligg ikkje føre for 2015.

¹³ Jf. Meld. ST. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), kapittel 4.1

4.3 Kva dei intervjuar meiner om konsekvensar av manglande gjennomføring

Frå fleire av informantane våre har det vore trekt fram at nokre av dei einingane som enno ikkje har kome i gang med AOP likevel har ein høg produktivitet med god måloppnåing. Som eit døme på dette vart Kysthospitalet på Hagavik¹⁴ trekt fram av ein nivå 2-leiar i Helse Bergen.

Hagavik er eit lite sjukehus med få legar, som gjer det lettare å ha oversikt og kontroll. Analysebatteriet deira viser til dømes at dei har god planlegging fram i tid, og høg score på dei regionale måleparametra – betre enn tilsvarende einingar i Helse Bergen. Dei meldar at dei - sjølv utan AOP - har kontroll på legefråvær, og tek omsyn til fagområde, medisinsk hastegrad, kompleksitet og varigheit av konsultasjon. Isolert sett vil gevinsten ved gjennomføring av AOP hos dei vere mindre enn for einingar som frå før ikkje har ein god struktur og kontroll på drifta. Likevel ser leiinga der at deira gode, lokale løysing på noko sikt må vike. Den regionale fellesløysinga er nødvendig for å kunne innføre dei ulike elementa – til dømes «Mitt timevalg» - i Alle møter-programmet. «Då kan nok ikkje vi lenger skreddarsy tilbodet til pasientane våre», vart Hagavik-leiaren referert på.

Dette dømet synest å vere illustrerande for synet til dei fleste av leiarinformantane våre. På kort sikt vil konsekvensane av ikkje å gjennomføre AOP i ei eining variere i høve til kor gode system, rutinar og kontroll dei har med dei gamle arbeidsprosessane. Men på lengre sikt vil konsekvensane uansett verte store og uhaldbart negative, vart det erkjent, fordi AOP er ei nødvendig «byggjestein» som er nødvendig for å kunne gjennomføre dei andre viktige delprosjekta som ligg i Alle møter-programmet. Alle informantane våre legg difor vekt på at det er både riktig og nødvendig at AOP vert fullt ut gjennomført etter føresetnadene.

I verksemdsrapporteringa til RHF-styret i juni 2018 (styresak 070/18) trakk RHF-et fram at den korte planleggingshorisonten og kulturen for bruk av tentative pasientkontaktar som framleis er til stades, «medfører høg re-planlegging og utfordringar for både pasientar og sjukehusa si evne til god og optimal bruk av dei samla ressursane».

4.4 Kva dei intervjuar meiner må til for å sikre ei gjennomføring som føresett

I intervjuar har det kome fram ei utbreidd erkjenning – spesielt blant nivå 2-leiarane – at planleggingshorisonten tidlegare var for kort og for tilfeldig.

Fleire av informantane våre blant nivå 2-leiarane trakk fram at legegruppa tradisjonelt liker å ha styring og oversikt over arbeidstida si sjølv. Dei ynskjer å kunne dra på eit kurs utan å måtte planlegge mange månader i førevegen, vart det mellom anna sagt. AOP er ein inngripande endring i legane sin måte å tenkje på; difor er «innsalget» - det pedagogiske elementet – så viktig for å lukkast.

Fleire av informantane våre har òg uttalt at organisasjonsutviklingselementet er den viktigaste suksessfaktoren i dette prosjektet: det må ei kulturendring til i einingane og blant behandlarane for at ein skal få AOP til å fungere som tiltenkt. Fleire av leiarane har vore opptekne av verdien av å fokusere på historiene til avdelingar som har fått det til, og at det kan gje motivasjon til dei som strever med å få til ei vellukka implementering av AOP. Innan psykisk helsevern beskriv

¹⁴ Dei private, ideelle institusjonane i regionen er ikkje omfatta av denne revisjonen.

både leiarar og behandlarar ei eksisterande haldning av at omsynet til behandlarane sin personlege autonomi stod sterkt; leiarane erkjente at det her difor er avgjerande at dei er tydelege på at AOP skal implementerast og gjennomførast fullt ut .

Leiarar på fleire nivå i alle føretaka har framheva overfor oss at AOP er eit leiaransvar og at leiarane (på alle nivå) er den mest kritiske faktoren for å sikre ei god gjennomføring. Alle føretaksleiingane har gjeve klare meldingar om at AOP skal gjennomførast etter dei regionale føresetnadene.

Det er stor semje blant nivå 2-leiarane om at det er leiar som må ta ansvar viss ein skal lukkast med AOP. Det går mykje på haldningar og kultur og på kunnskap om systema og det å bygge ei forståing av kvifor det er fornuftig å gjere det slik. Fleire av nivå 2-leiarane har erfaring med at det har vore lettare å selje budskapet inn til seksjonsleiarane enn til den enkelte behandlar. Det blei sagt at det ikkje finst gode argument for ikkje å ta i bruk AOP, men at det griper inn i kulturen. Dette er noko av årsaken til at mange av leiarane har møtt motstand i starten, og det blir sagt at ein trur at dette vil gå seg til når behandlarane ser nytten av å planlegge med lengre horisont.

Fleire av AD-ane framheva i intervjuet viktigheita av å ha gode suksesshistoriar, og å bruke desse aktivt i å motivere andre einingar. Den historia som vart aller mest trekt fram overfor oss, gjeld Ortopedisk avdeling i Helse Stavanger. Vi er kjent med at erfaringane deira er delte ved mange høve både lokalt og regionalt. På den bakgrunnen nyttar vi her den same historia som «beste praksis»-døme.

Dåverande avdelingsleiar (og noverande nivå 2-leiar), har overfor oss uttalt at han innleiingsvis var svært skeptisk då han fyrste gong fekk presentert AOP. Etter kvart snudde haldninga hans, og han fekk med seg avdelinga si på ein omfattande endringsprosess med godt resultat. Overfor oss har han beskrive at han som (dåverande) nivå 3-leiar tok følgjande grep som han fann nødvendige for å lukkast:

- Som planleggingsansvarleg må ein setje seg grundig inn i GAT som planleggingsverktøy; bruk føretaket sin GAT-ansvarlege for nødvendig teknisk systemhjelp. Det er avgjerande at leiaren er trygg nok på at systematikken fungerer til både å gjennomføre han, motivere eigne behandlarar til å sjå at AOP er eit verktøy til beste for fellesskapet, og møte eventuelle faglege og/eller kulturelle motargument frå skeptiske behandlarar i eiga eining.
- Når ein er klar til å setje i verk den nye systematikken, må ein samtidig «brenne alle bruar» - legge vekk alle gamle hjelpemiddel (til dømes Excel-filar) og satse 100 % på det nye verktøyet.
- Få gjennomslag i organisasjonen for nødvendige nye, felles «spelereglar» for planlegging og gjennomføring av fråvær, utdanningspermisjonar m.m. Hold strengt fast på desse, særleg i innføringsfasen inntil den nye kulturen er ålmeint innarbeidd.
- Ver innstilt på at innføringa krev mykje arbeid, særleg i starten. Sørg for kontinuerleg systemstøtte, slik at uføresette hendingar kan taklast og overvinnast.

Fleire av informantane gav uttrykk for at eit viktig suksesskriterium for å lukkast med AOP er at dei tekniske løysingane vert forbetra. I føretaka opplever ein tekniske utfordringar som gjer at ein finn det tungvint å bruke systema. Døme på dette som vart nemnt:

- LIS-problematikken (at ein ikkje tidleg nok har ein person med arbeidstid å planlegge oppgåver på)
- Arbeidsoppgåver forsvinn når arbeidsplanar/arbeidstid vert endra – særleg problematisk ved lang planleggingshorisont
- Komplisert å flytte mange oppgåver frå ein medarbeidar til ein annan
- Oppgåver vert planlagt på bemanning, men ein ønskjer òg å kunne planlegge bemanning på oppgåver

Informantane anerkjente det pågåande arbeidet på regionalt nivå for å forbetre brukarvennlegheita og dei tekniske løysingane. Det er likevel framleis behov for meir vidareutvikling, vart det sagt. Samstundes erkjenner ein at føretaka sjølve òg har forbettringspotensial med omsyn til å sikre at medarbeidarane har god teknisk kompetanse i oppgåveplanlegging.

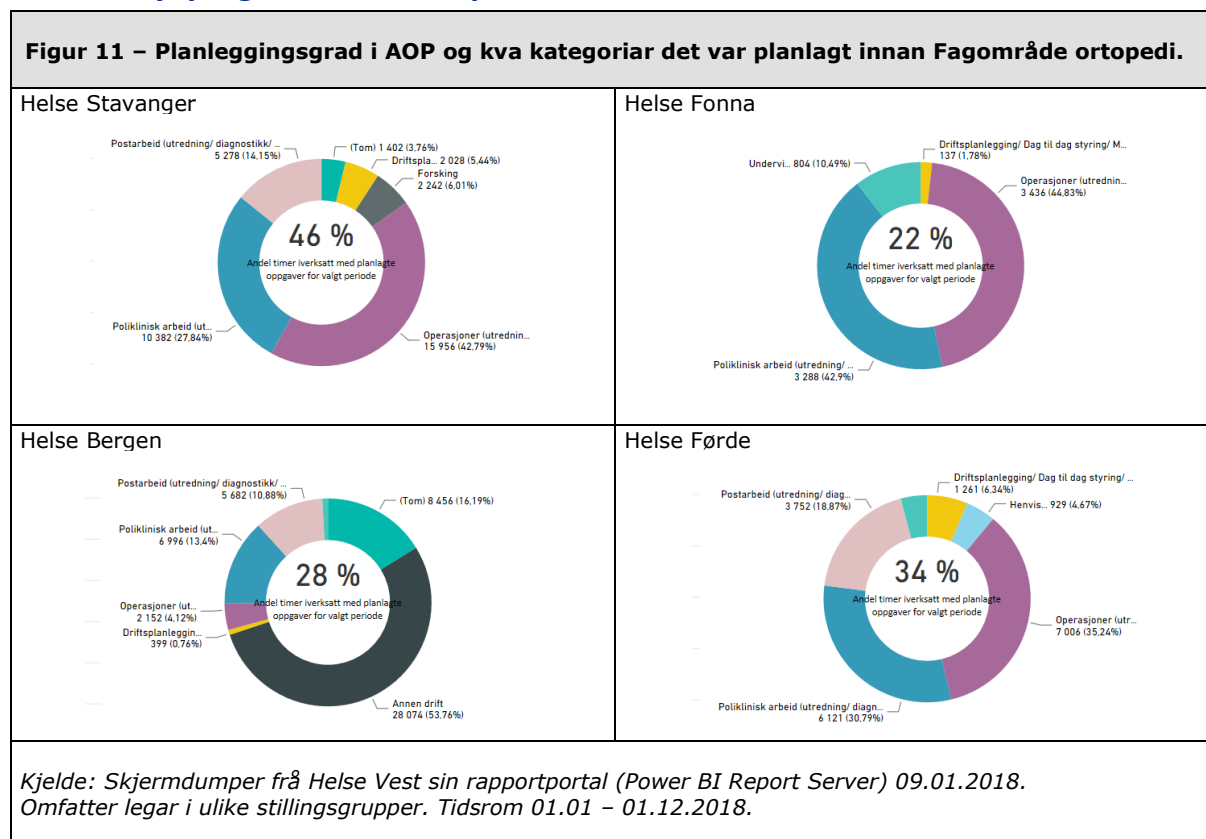
5 REVISJONSFUNN I FORDJUPINGSOMRÅDA

5.1 Valet av tre fordjupingsområde

Som nemnt har alle føretaka tatt AOP-metodikken i bruk, og innan kvart føretak er variasjonane store. Det same gjeld på tvers av føretaka. Etter råd frå prosjektleiar for AOP i RHF-et blei tre fagområde i kvart føretak vald ut for intervju og fordjuping: Ortopedisk, Kvinneklinikken og Psykisk helsevern. Dette blei gjort fordi dei representerer ulike fagområde som har kome ulikt langt i planlegginga, og nettopp fordi variasjonane her er store.

Vi skal i dette kapittelet ta for oss fordjupingsområda og sjå på likskap og skilnader på tvers av føretaka. Figurillustrasjonane har vi hente ut av rapportportalen. Tala i tabellane er føretaka sine egne tal som dei har rapportert inn til internrevisjonen. Vidare har vi fokusert på hovudtrekk av det som kom fram i intervju.

5.2 Fordjupingsområde Ortopedi



Figur 11 viser planleggingsgrad og –fordeling innan fagområdet ortopedi i dei fire føretaka, slik dette kjem fram i Rapportportalen.

Av dei tre fordjupingsområda vi har valt ut, er Ortopedisk avdeling den eininga som har kome lengst i gjennomføringa.

Det blei likevel sagt at det generelt er tungt å innføre nye verktøy og rutinar, og at AOP ikkje har vore noko unntak. Å få legane til å langtidsplanlegge har blitt opplevd som ei utfordring hos alle. Nivå 2-leiarane i dei ortopediske einingane opplever at det har vore stor merksemd rundt AOP frå føretaksleiinga. I overgang til driftsfasen fekk nivå 2-direktørane ansvaret for å gjennomføre AOP i sine respektive klinikkar.

Tabell 8 under viser kva føretaka rapporterer om bruken av AOP innanfor dei ortopediske einingane. Første kolonne viser talet på behandlarar i kvart føretak. Det går ikkje fram av rapporten om det oppgitte talet refererer til summen av behandlarar i avdelinga, eller om det refererer til talet på behandlarar som faktisk har teke AOP i bruk (i den grad det måtte vere avvik mellom dei).

Tabell 8 – Avansert oppgaveplanlegging Ortopedisk – pr. september 2018

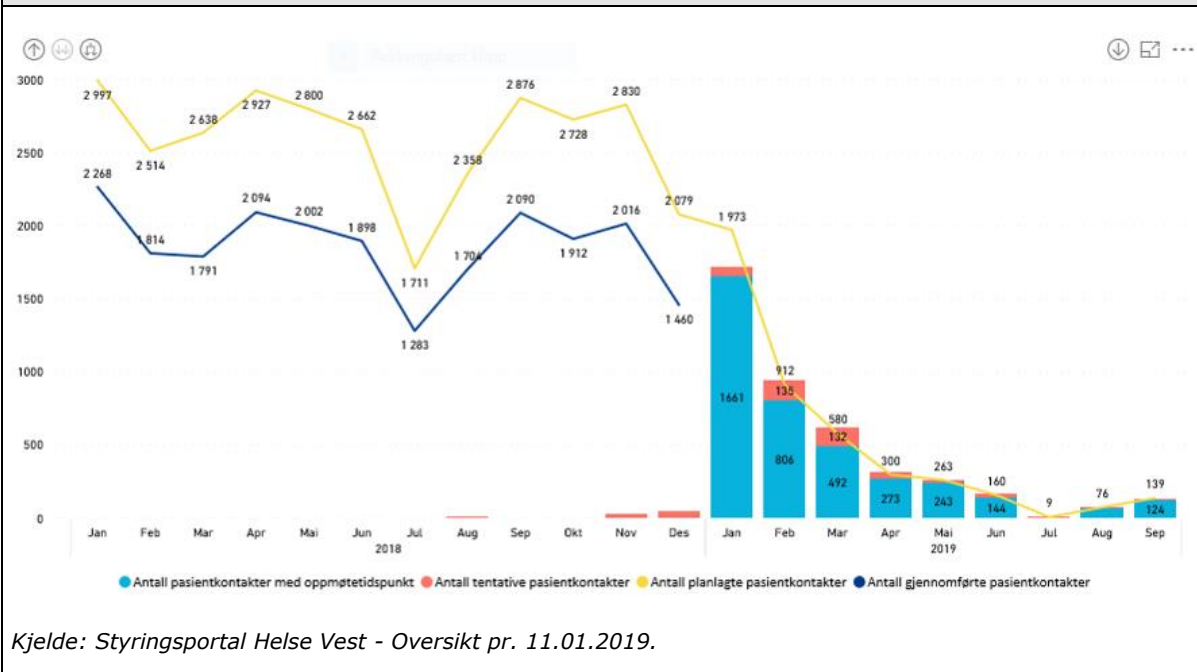
Namn på eining	Behandlarar i eininga	Planleggings-horisont	Oppdateringshyppigheit	Overfører oppgåver til Outlook
Stavanger	42	6 mnd	Ca. 2 g pr. år	13
Fonna	14	>6 mnd	Poliklinikk på hausten ut påfølgjande år, operasjonar m.m. fortløpande. Endringar undervegs.	2
Bergen	91	3-6 mnd	Hovudsakeleg 1 g. årleg	Tal ukjend
Førde	20	3-6 mnd	1-2 g pr. år	Tal ukjend

Kjelde: Helseføretaka

Andre kolonne viser at Helse Stavanger og Helse Fonna rapporterer å ha ein planhorisont innanfor det regionale kravet, mens Helse Bergen og Helse Førde ligg under kravet om planhorisont på 6-9 månader. Vidare ser vi at ingen av einingane har ein kontinuerlig oppdatering av planane. Outlook synest ikkje å vere i framtredande bruk.

5.2.1 Helse Stavanger

Figur 12 – Oversikt over planlagde pasientkontakter i DIPS i Helse Stavanger, Ortopedisk avdeling, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019



Ortopedisk i Helse Stavanger opplevde stadige fristbrot og lange ventetider, men valde fleire gongar å utsetje oppstart av AOP, fordi dei var skeptiske. Eit møte med prosjekteigar frå RHF-et gjorde at dei våren 2015 likevel kom i gang. Fleire eksterne kjelder framhevar i ettertid at denne avdelinga er eit døme på vellukka gjennomføring til etterleving for andre.

Planleggingshorisonten er på 6-8 månader, og dei planlegg langt fram òg for LIS-legane. Det blir sagt at dersom ein planlegg med lang horisont, blir ein mindre sårbar for endringar, og belastninga på merkantilt personale blir òg mindre. Dei har innført 8 vekers meldefrist for planlagt fråvær. Planlegginga av arbeidstida i AOP er ganske detaljert, og stort sett heile arbeidstida er planlagt med oppgåver, særleg for overlegane, fekk vi opplyst. Til samanlikning viser tal frå Rapportportalen at for tidsrommet januar - november 2018 hadde Ortopedisk avdeling ei samla planleggingsgrad på 46 %.

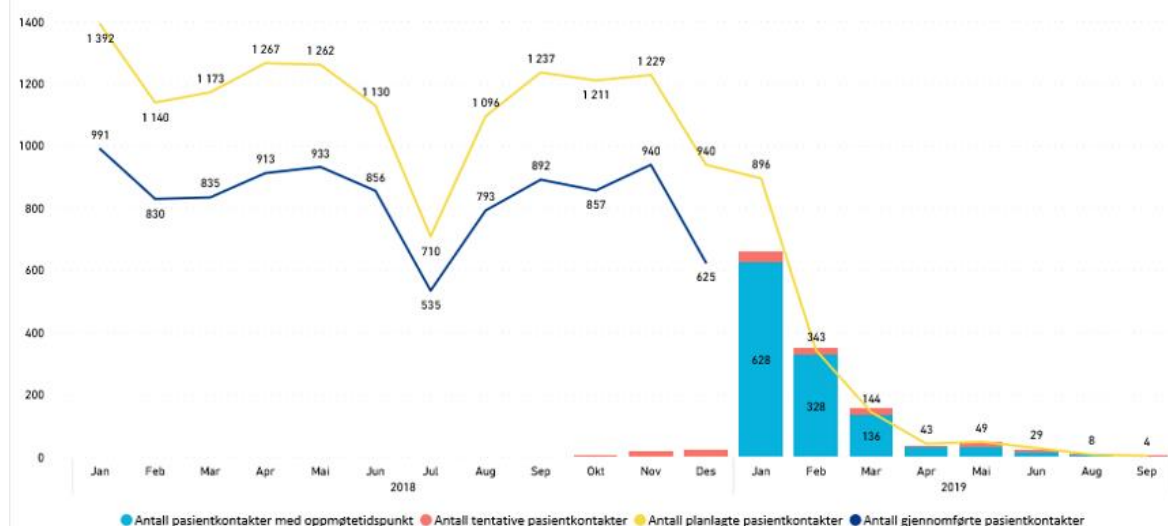
Som vi skreiv i avsnittet om tentative pasientkontaktar opplyser Ortopedisk avdeling i Stavanger at dei løysar «LIS-problemet» ved at dei i planlegginga og i innkallingsbrevet til pasienten nyttar noverande LIS-lege sin ressurs og timebok inntil den nye ressursen vert registrert i GAT. På den måten vert dei ikkje hindra i å oppretthalde ein tilstrekkeleg lang planleggingshorisont.

Sjølv legg dei vekt på at ein vellukka gjennomføring av AOP¹⁵ byggjer på at avdelingssjef må ta det fulle og heile ansvaret i innkjøringsfasen; når systemet er oppe og går kan ein overlata dag til dag-styringa til ein kontorleiar. Dersom ein har dedikerte og dyktige sekretærer, kan mykje overlatast til dei. Ei viss mengd re-planlegging må ein ta høgd for; det vil uansett vere mindre belastande enn å ha ein kort planleggingshorisont.

¹⁵ Sjå òg omtalen i avsnitt 4.4, ovanfor

5.2.2 Helse Fonna

Figur 13 – Oversikt over planlagte pasientkontakter i DIPS i Helse Fonna, Ortopedisk avdeling, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019



Kjelde: Styringsportal Helse Vest - Oversikt pr. 11.01.2019.

Helse Fonna rapporterer ein planleggingshorisont på minimum 6 månader. I intervju blir vi fortalt at den på det lågaste kan være nede i 3 månader. Dei erkjenner at det er nødvendig med langtidsplanlegging, men at 9 månaders horisont har vore eit stridstema. Legestaben er stabil og dei har lite turnover.

Vi får opplyst at tentative pasientkontakter blir nytta der det er snakk om kontakt for kontroll langt fram i tid og der pasienten ringer inn og avbestiller kontakten. Om lag 100 % av arbeidstida til overlegane er sagt å vere planlagt for. Til samanlikning viser tal frå Rapportportalen at for tidsrommet januar - november 2018 hadde avdelinga ei samla planleggingsgrad på 22 %.

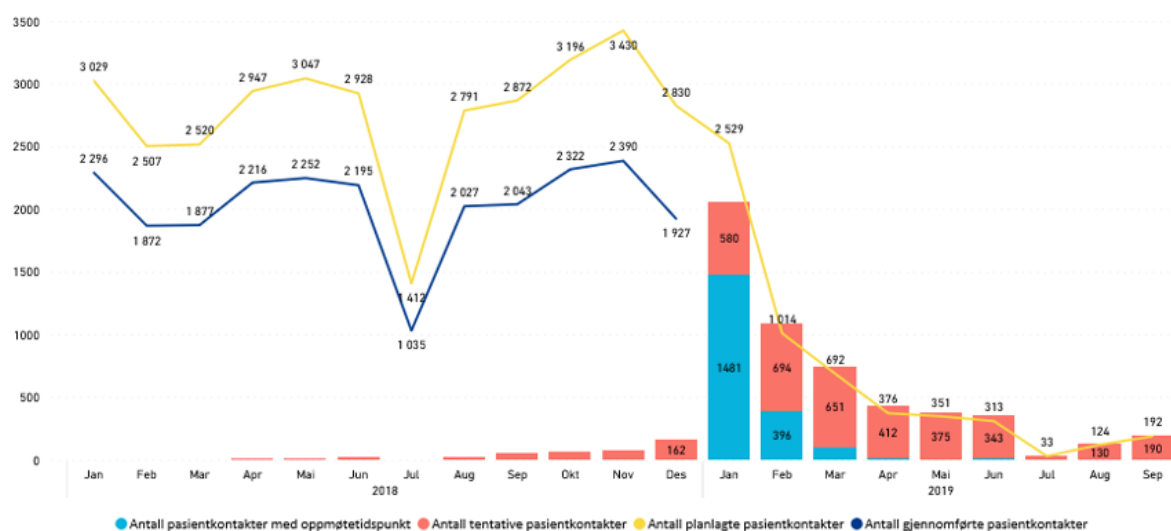
Det blir sagt at noko av det viktigaste for å lukkast er å ha gode merkantile ressursar som kan systemet. Vidare bør alle stillingar være besett eller det bør være ein plan for innleie av vikarar. Dei har lite tentative pasientkontakter.

5.2.3 Helse Bergen

Ved ortopedisk i Helse Bergen får vi opplyst at planleggingshorisonten er på omlag 4 månader, men at målet er å komme opp på 6 månader. Dei har to planar: Ein overlegeplan som går ut året og ein LIS-legeplan som går i sin eigen revideringssyklus. Overlegane har alltid ein plan for 6 månader av gangen. Vi har ikkje fått opplyst kor stor del av arbeidstida som er planlagt med oppgåver, men at ein viss kapasitet vert halde ledig for å sikre nødvendig fleksibilitet for å gje plass til tilvisingar med høg hastegrad. Blant LIS-legane er det ein del bytte av vaktar. Bergen har innført 6-vekersfrist for å melde kurs, og det har letta planlegginga.

Tal frå Rapportportalen viser at for tidsrommet januar - november 2018 hadde avdelinga ei samla planleggingsgrad på 28 %.

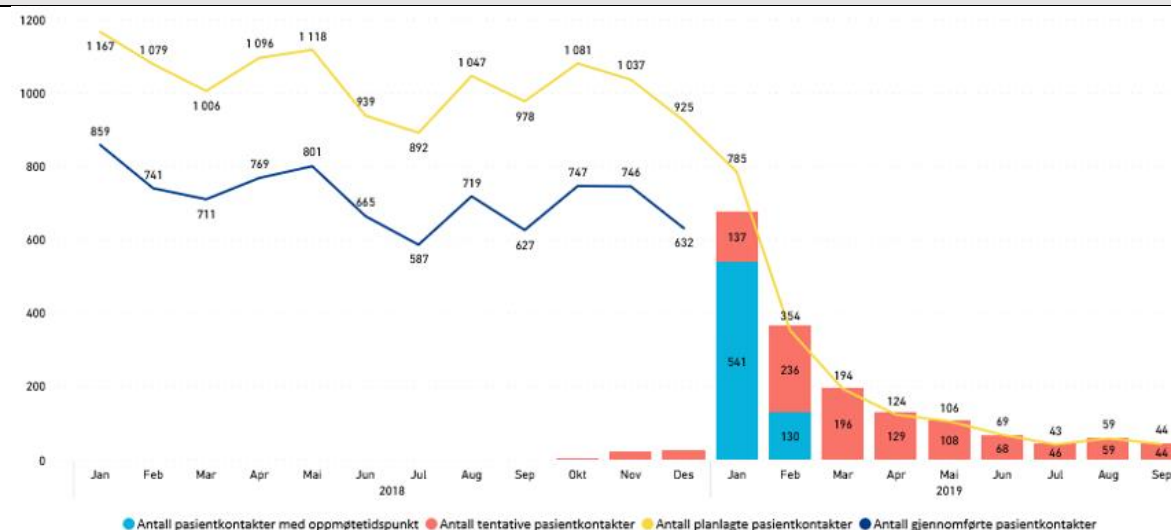
Figur 14 – Oversikt over planlagte pasientkontaktar i DIPS i Helse Bergen, OT fagmedisinsk avdeling, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019



Kjelde: Styringsportal Helse Vest - Oversikt pr. 11.01.2019..

5.2.4 Helse Førde

Figur 15 – Oversikt over planlagte pasientkontaktar i DIPS i Helse Førde, Kirurgisk avdeling, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019



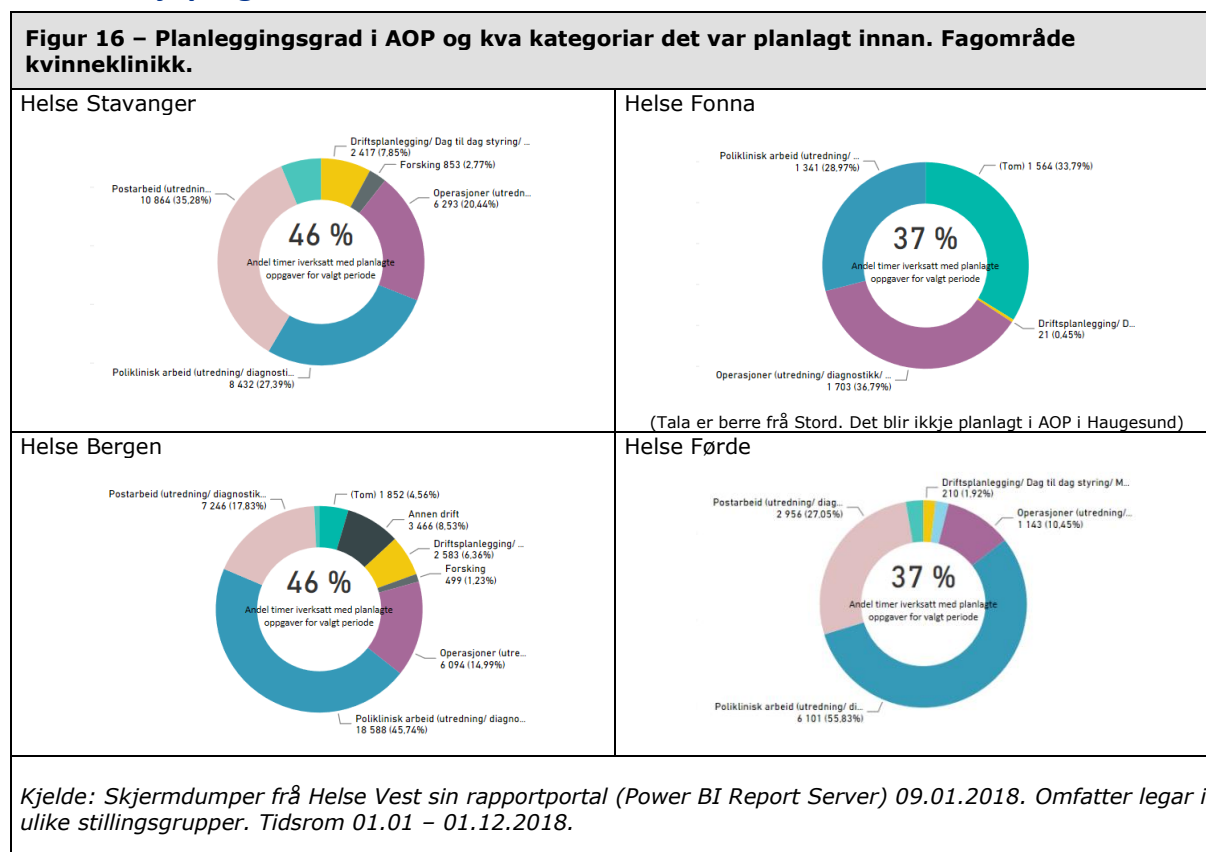
Kjelde: Styringsportal Helse Vest - Oversikt pr. 11.01.2019.

I Helse Førde erkjenner dei at det er heilt nødvendig å bli betre på langtidsplanlegging. I den skriftlege rapporteringa er det meldt inn at denne eininga har ein planleggingshorisont på 3 – 6 månader; i intervju presiserer informantane våre at Ortopedisk på det jamne har ein planleggingshorisont på 3 månader, altså i nedste del av denne skalaen. Dessutan kan reell planleggingshorisont kome heilt ned i 2 veker ettersom planane berre blir reviderte 1-2 gonger i året.

Kor stor del av arbeidstida det vert planlagt for, varierer. Planleggingsprosenten er generelt høgast for overlegane.

Tal frå Rapportportalen viser at for tidsrommet januar - november 2018 hadde avdelinga ei samla planleggingsgrad på 34 %. Avdelinga opplyser at dei framleis nyttar Excel i operasjonsplanlegginga for å få ei oversikt langt fram i tid.

5.3 Fordjupingsområde Kvinneklirikken



Figur 16 viser planleggingsgrad og –fordeling innan fagområdet Kvinneklirikken i føretaka, slik dette kjem fram i Rapportportalen.

Kvinneklirikkanane har merka auka merksemd rundt AOP og eit sterkt signal om at det skal gjennomførast. Det blir vist til at oppgåveplanlegginga er ein viktig byggestein i heile pasientlogistikken.

Tabellen under viser dei same indikatorane som for Ortopedisk ovanfor. Her ser vi at ingen av einingane når kravet om ein planhorisont over 6 månader – i Fonna er ikkje Haugesund i gong i

det heile. Ikkje for nokon av føretaka bidrar planfrekvensen til at ein kan oppnå det regionale kravet, og også her er bruken av Outlook liten eller ukjend.

Tabell 9 – Avansert oppgaveplanlegging Kvinneklinikken – pr. september 2018

Namn på eining	Behandlarar i eininga	Planleggings-horisont	Oppdaterings-hypigheit	Overfører oppgåver til Outlook
Stavanger	47	4 mnd	Ca. 2 g pr. år	11
Fonna	16	Planlegg ikkje i AOP	-	-
Bergen	53	3-6 mnd	Hovudsakeleg 1 g. årleg	Tal ukjend
Førde	15	1-3 mnd	OL: 1-4 g pr.år LIS: 1-2 g pr år	Tal ukjend

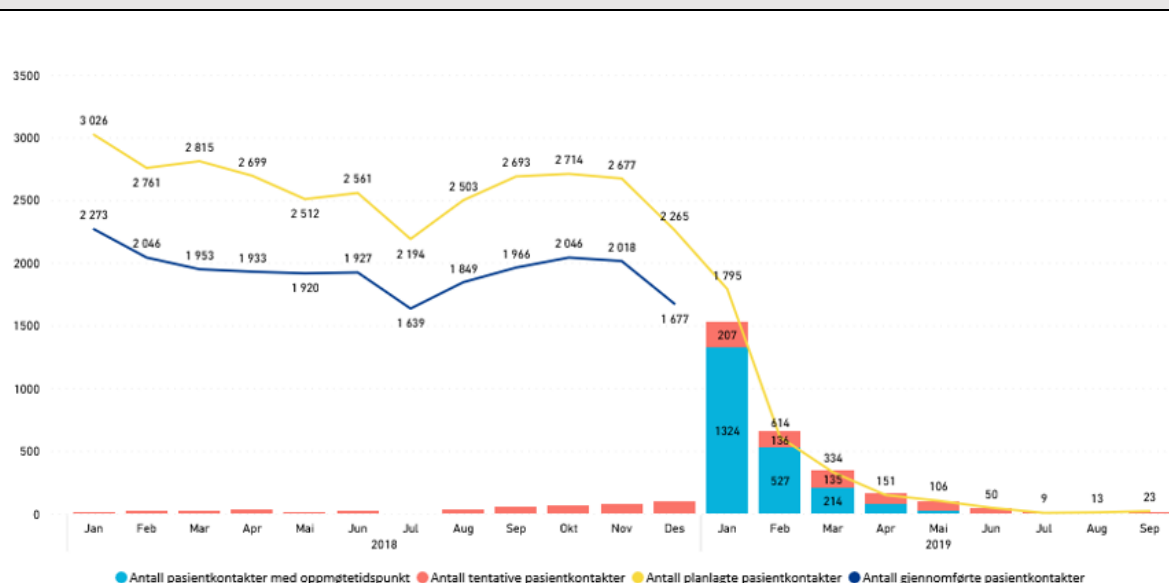
Kjelde: Helseføretaka

Ein forklaring som går igjen, er at det er vanskeleg å planlegge langt fram for LIS-legane og ein fare for auke i talet på re-planleggingar. Dersom AOP skal implementerast for fullt, må det gje ein gevinst og det må være tilstrekkeleg med reservekapasitet/auka bemanning, understrekar informantane våre.

Vi skal under sjå nærare på kva forklaringa var i dei fire helseføretaka.

5.3.1 Helse Stavanger

Figur 17 – Oversikt over planlagde pasientkontaktar i DIPS i Helse Stavanger, Avd. kvinneklinikken, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019



Kjelde: Styringsportal Helse Vest - Oversikt pr. 11.01.2019.

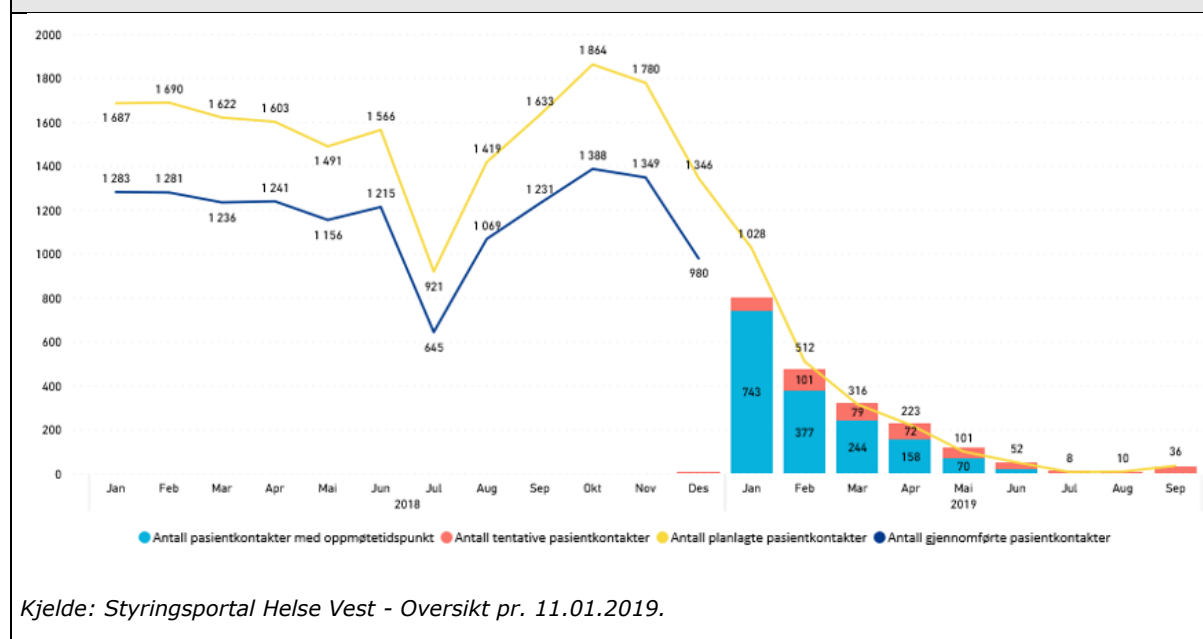
Klinikkleiinga framhevar at ein legg vekt på å ha ein planleggingshorisont på meir enn 6 månader. Dette har ein ikkje klart å oppnå, hovudsakeleg grunna mykje fråvær blant legane. Mange av dei har små barn; dette vert trekt fram som ei medverkande årsak til gjennomgåande høgt korttidsfråvær som i praksis resulterer i underbemanning og mykje re-planlegging. Planane går vanlegvis 3 månader fram i tid, vert det sagt i intervju; i den skriftlege rapporteringa er det oppgjeve 4 månader. Hyppige skifter av LIS-leger utfordrar systemet for langtidsplanlegging, sidan ein må ha namn i GAT for å få det til, vart det òg sagt. På gynekologisk avdeling nyttar dei seksjonsoverlegen si timebok i DIPS der det på tildelingstidspunktet er usikkerheit om kva lege som skal ta pasienten. Sidan vert pasienttimane tildelt den enkelte legen.

Fødeavdelinga, som er ei av tre einingar innan Kvinneklinikken, har ikkje tatt i bruk AOP. Sjølv om dei bruker GAT, får vi opplyst at DIPS-integrasjonen manglar i deira planlegging.

Tal frå Rapportportalen viser at for tidsrommet januar - november 2018 hadde avdelinga ei samla planleggingsgrad på 46 %.

5.3.2 Helse Fonna

Figur 18 – Oversikt over planlagte pasientkontakter i DIPS i Helse Fonna, Kvinneavdelinga, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019



Gynekologisk seksjon i Helse Fonna nyttar Excel (SharePoint) som sitt planleggingsverktøy. Dei registrerer òg i GAT, vert det sagt, sjølv om dei ikkje nyttar denne registreringa i den vidare planlegginga. Det vert òg sagt at dei finn det lite hensiktsmessig å lage planar for langt fram i tid, då dette vil føre til for mange endringar. Dei tildelar kontakter til pasientane i DIPS minst eit halvt år fram i tid, utan å leggje inn behandlar.

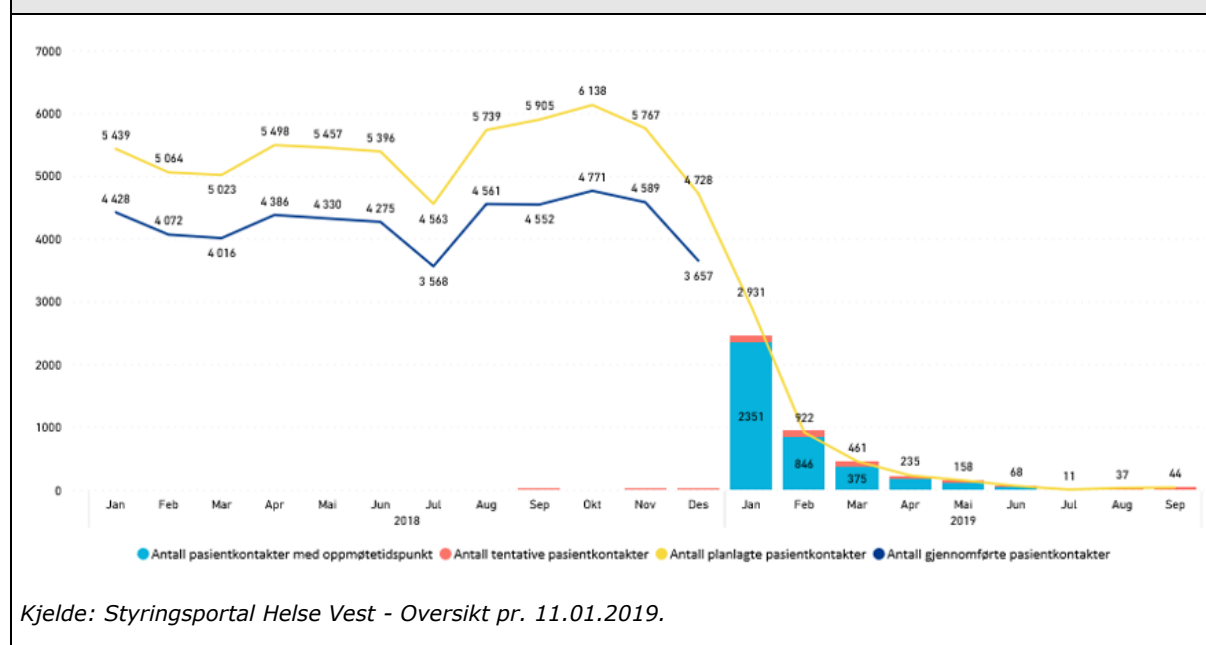
Fonna har slite med å rekruttere legar til gynekologisk, mellom anna på grunn av hyppige helgevakter (2 av 3 helger), og har opplevd ein «flukt» til Stavanger og Bergen. Det vert sagt at dei berre har ein planleggingshorisont på 3-4 veker fram i tid grunna mange endringar og for få legar. Underbemanning, høg vaktbelastning og mykje internt bytte av vaktar, samt drift 24 timer

i døgnet, vert oppgitt som forklaring på kvifor avdelinga ikkje har starta med AOP. I tillegg meiner dei at desse tilhøva krev ein smidighet som AOP-systemet ikkje legg opp til.

Her manglar vi fullstendige data frå Rapportportalen, sidan gynekologisk seksjon i Haugesund ikkje planlegg i GAT. Talet frå Stord er ei planleggingsgrad på 37 %.

5.3.3 Helse Bergen

Figur 19 – Oversikt over planlagde pasientkontakter i DIPS i Helse Bergen, Kvinneklinikken, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019

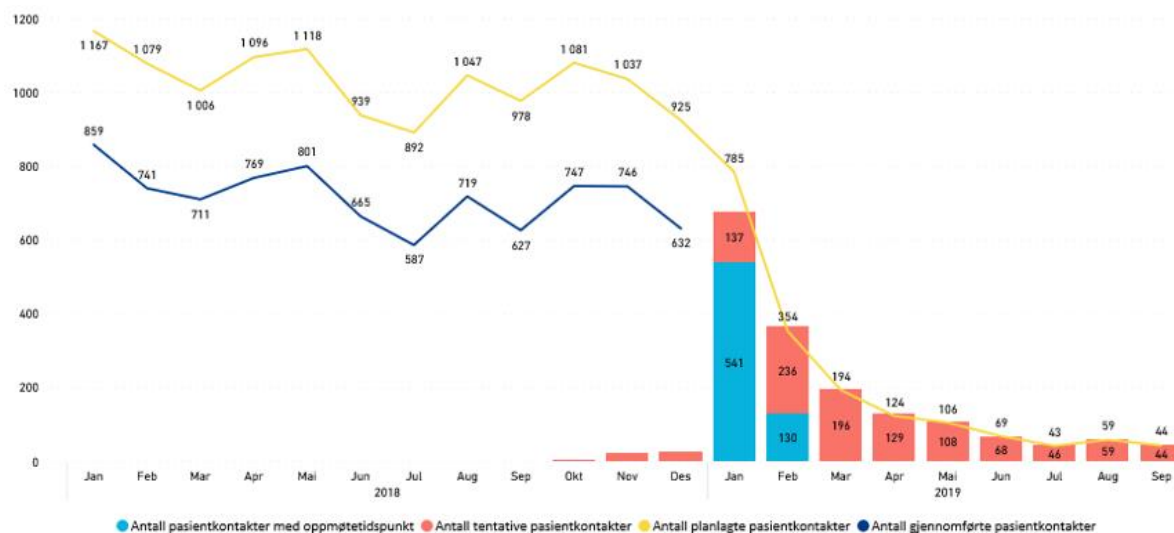


Helse Bergen rapporterer skriftleg at Kvinneklinikken har ein planleggingshorisont på 3-6 månader. I intervju uttalar informantane våre at denne horisonten er på 2-3 månader. 6 månader blir vurdert som vanskeleg på grunn av stor gjennomtrekk av LIS-legar. Gynekologisk seksjon klarer det. Det blir brukt mykje tid på planlegging, både langtidsplanlegging og dag-til-dag planlegging. Poliklinikkane har høg andel av pasientar som har fått tildelt kontakt med kort planleggingshorisont, og dei fleste pasientane er berre innom avdelinga denne eine gongen.

Tal frå Rapportportalen viser at for tidsrommet januar - november 2018 hadde avdelinga ei samla planleggingsgrad på 46 %.

5.3.4 Helse Førde

Figur 20 – Oversikt over planlagde pasientkontakter i DIPS i Helse Førde, Kvinneklivnikken, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019



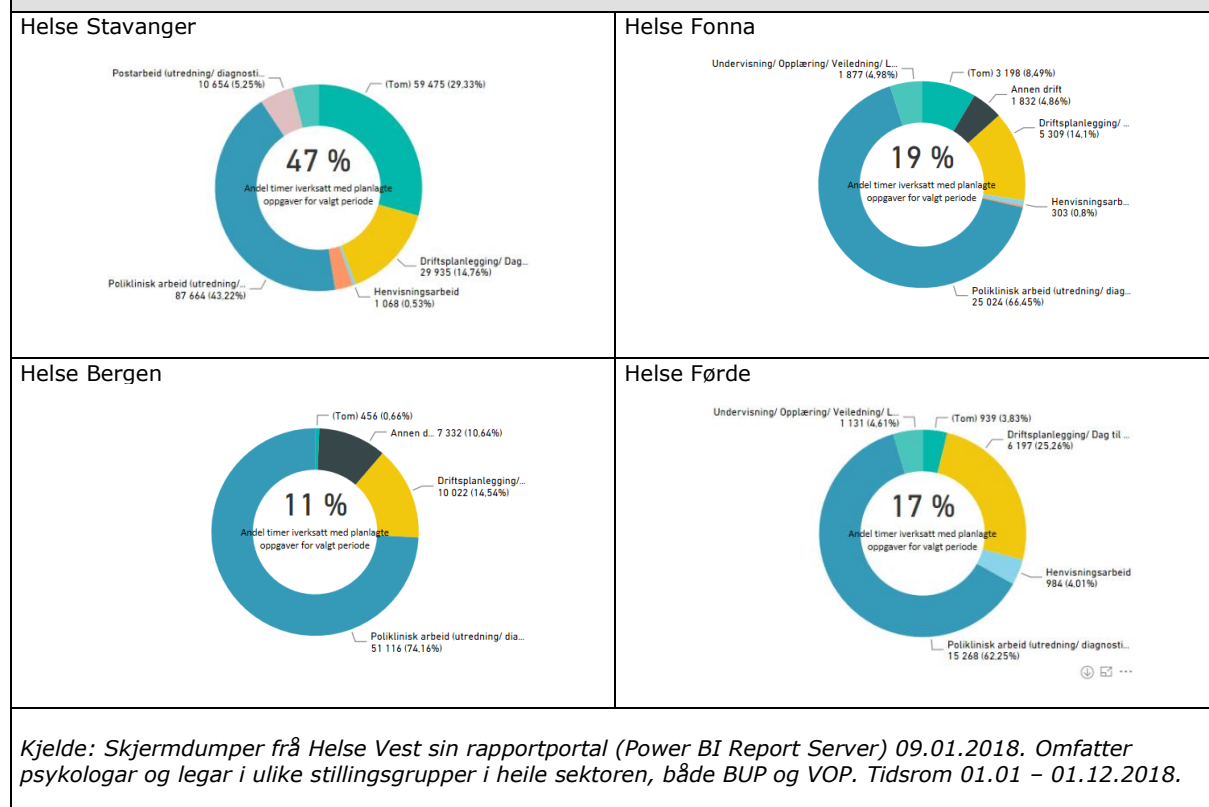
Kjelde: Styringsportal Helse Vest - Oversikt pr. 11.01.2019.

Planleggingshorisonten i Helse Førde er på rundt 3 månader, får vi opplyst av fleire informantar i intervjuet. I den skriftlege rapporteringa har eininga kryssa av for svaralternativet 1-3 månader. Innan avdelinga har det danna seg ei forståing av at 3-6 månader er den mest optimale planleggingshorisonten; ved lengre horisont er ein redd for auka re-planlegging. Det blir sagt at AOP er tidkrevjande, men at det gir ein god totaloversikt.

Tal frå Rapportportalen viser at for tidsrommet januar - november 2018 hadde avdelinga ei samla planleggingsgrad på 37 %.

5.4 Fordjupingsområde Psykisk helsevern

Figur 21 – Planleggingsgrad i AOP og kva kategoriar det var planlagt innan Fagområde psykisk helsevern



Psykisk helsevern er det fagområdet (av dei tre vi har sett nærare på) som har kome kortast med å implementere og fullt ut gjennomføre AOP.

Figur 21 viser planleggingsgrad og –fordeling innan fagområdet Psykisk helsevern for vaksne i dei fire føretaka, slik dette kjem fram i Rapportportalen.

Tabellen under viser, som dei to førre tilbakemeldingane frå føretaka, kva dei har rapportert inn om innføring av AOP innan psykisk helsevern. Merk at ein her har oppgitt heile divisjonen/klinikken og dermed eit stort tal behandlarar. Variasjonen i faktisk bruk kjem lite fram i tabellen.

Tabell 10 – Avansert oppgåveplanlegging Psykisk helsevern – pr. september 2018

Føretak *)	Behandlarar i eininga	Planleggings-horisont	Oppdaterings-hyppigheit	Overfører oppgåver til Outlook
Stavanger	361	3,5 - 12 mnd	Ca. 2 g pr. år	8
Fonna	191	>6 mnd	På hausten ut påfølgjande år. Endringar undervegs.	50
Bergen	373	Planlegg ikkje i AOP		-
Førde	129	>6 mnd	1-2 g pr. år	Tal ukjend

Kjelde: Helseføretaka

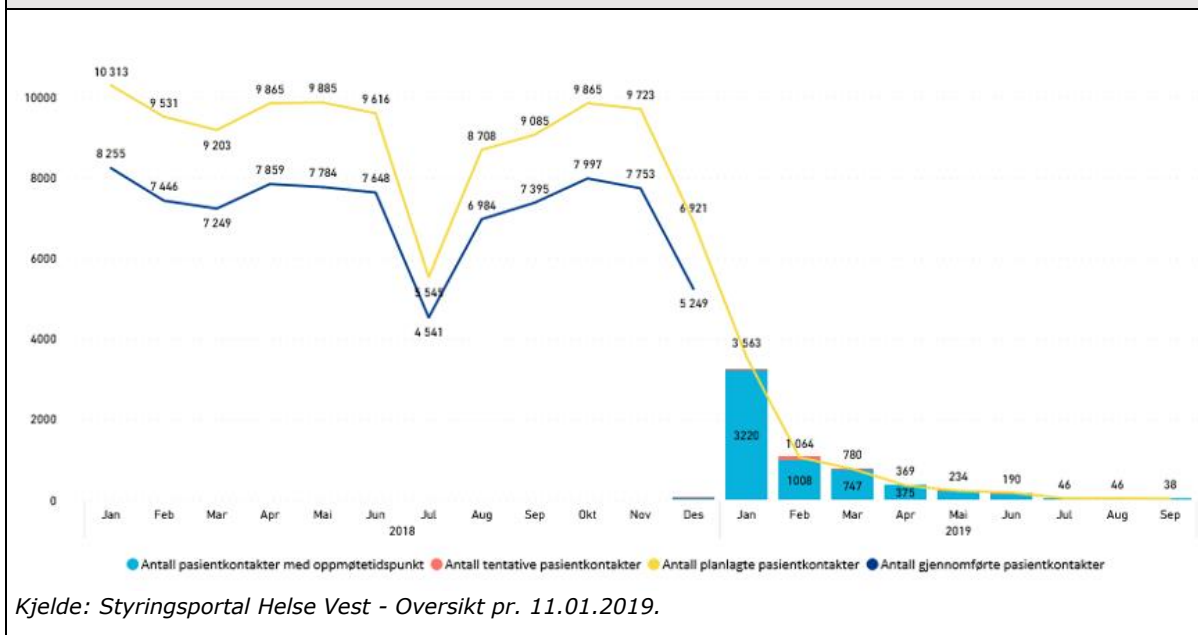
*) Som følge av at Helse Bergen har oppgjeve eitt felles tal for heile divisjon psykisk helsevern, har vi for samanlikninga si skuld gjort den same summeringa i dei andre føretaka sine tal.

Det generelle inntrykket frå intervjuet i alle føretaka er at AOP i denne sektoren ikkje er blitt skikkelig forankra nede i organisasjonen. Fleire av informantane våre frå dette fagområdet har uttalt at «systemet passer best inn i somatiske einingar, og til nøds på poliklinikkar i psykiatrien». Dette har mellom anna vore grunngeve med at AOP-systematikken ikkje gjer planlegginga deira meir effektiv. Kulturelle haldningar blant behandlarane om ein uttalt fagleg nødvendighet av å styre sin eigen arbeidsdag («personleg fagleg autonomi»), synest òg å spele sterkt inn her.

I tillegg er det fleire nivå 3-leiarar i psykiatrien (særleg i Bergen og Stavanger) som har oppfatta AOP meir som et tilbod enn noko dei *skal* ta i bruk. Dette kan vere med å forklare kvifor dette fagområdet heng etter. For å lukkas med AOP er det viktig at medarbeidarane forstår kvifor dette er nødvendig, og at dei òg ser nytta av å ta AOP i bruk.

5.4.1 Helse Stavanger

Figur 22 – Oversikt over planlagte pasientkontakter i DIPS i Helse Stavanger, Klinikk psykisk helsevern voksne, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019



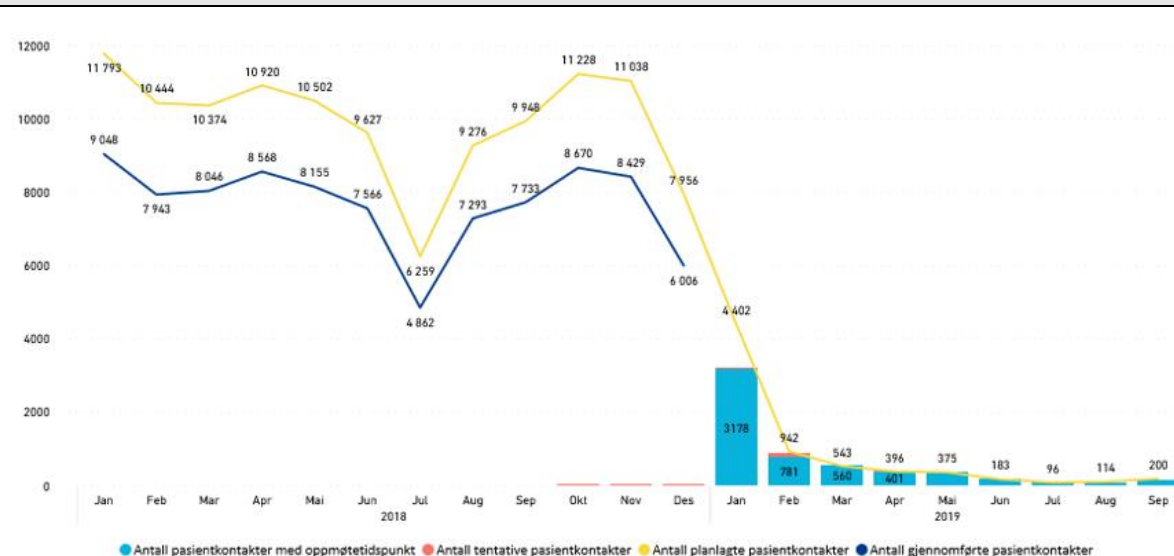
I intervjuet får vi opplyst at innan psykisk helsevern er det BUP-ane som er kome lengst, og at dei planlegg ganske godt i AOP. Nivå 2-leiar har prioritert innføring på poliklinikkane. DPS-leiar opplyser at AOP ikkje er forankra nede i organisasjonen, og at status difor er mykje motstand blant behandlarane i systemet. Mykje av denne kjem dels av mangel på kunnskap om viktigheita av – og moglegheitene i – denne systematikken, vert det sagt; dels skuldast den òg ein behandlarkultur som tradisjonelt har styrt seg sjølv.

Utfordringa er å få behandlarane til å sjå nytteverdien av AOP. DPS-a har innført AOP for poliklinikkane, men ikkje for sengepostane. Dei sett i verk planane for 6 månader av gongen, men sett ikkje i verk ny plan før ny 6 månaders periode nærmar seg. Stavanger DPS strever med tildeling av pasientkontakter grunna mange tilvisingar. Behandlarane bruker konsekvent DIPS som sin kalender, ikkje berre til pasientavtalar.

Tal frå Rapportportalen viser at for tidsrommet januar - november 2018 hadde klinikk psykisk helsevern for vaksne ei samla planleggingsgrad på 47 %.

5.4.2 Helse Fonna

Figur 23 – Oversikt over planlagde pasientkontakter i DIPS i Helse Fonna, Klinikk for psykisk helsevern, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019



Kjelde: Styringsportal Helse Vest - Oversikt pr. 11.01.2019.

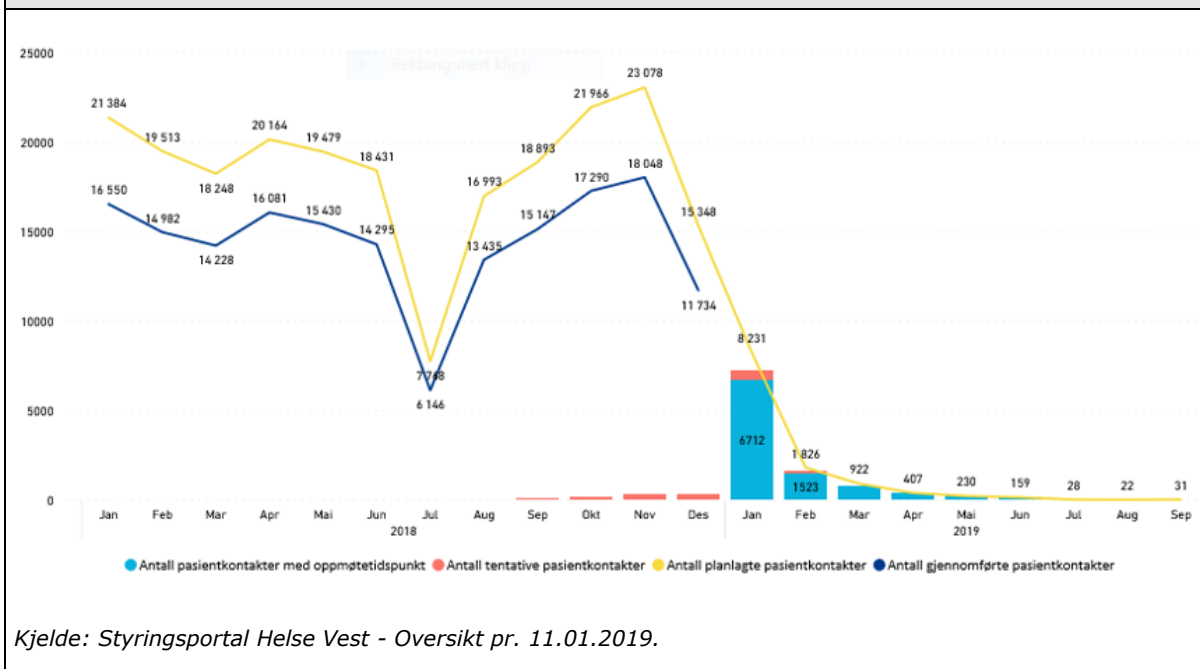
Nivå 2-leiar i Helse Fonna opplyser at det over lang tid har vore eit stort fokus i organisasjonen på at AOP skal gjennomførast, men at hovudutfordringa har vore ein stor motstand i deler av organisasjonen. Denne skuldast i første rekke behandlarane sin faglege autonomi i høve til eigen timebok. Andre spør seg om ein i sektoren tenkjer for mykje på behandlarane sin bekvemlegeheit på bekostning av potensialet for ytterlegare effektivisering gjennom AOP.

Føretaket rapporterer inn at dei har minst 6 månader planleggingshorisont, men at dei likevel har utfordringar knytt til planlegginga. Der AOP fungerer best er der pasientplanlegginga er lagt til merkantile, som til dømes i BUP Haugesund. I DPS-a tildeler som regel merkantilt personell første pasientkontakt, medan oppfølgingskontakter vert tildelt av behandlar sjølv (eller av merkantil medarbeidar etter anvising av behandlar).

Tal frå Rapportportalen viser at for tidsrommet januar - november 2018 hadde klinikk for psykisk helsevern ei samla planleggingsgrad på 19 %.

5.4.3 Helse Bergen

Figur 24 – Oversikt over planlagde pasientkontakter i DIPS i Helse Bergen, Divisjon psykisk helsevern, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019

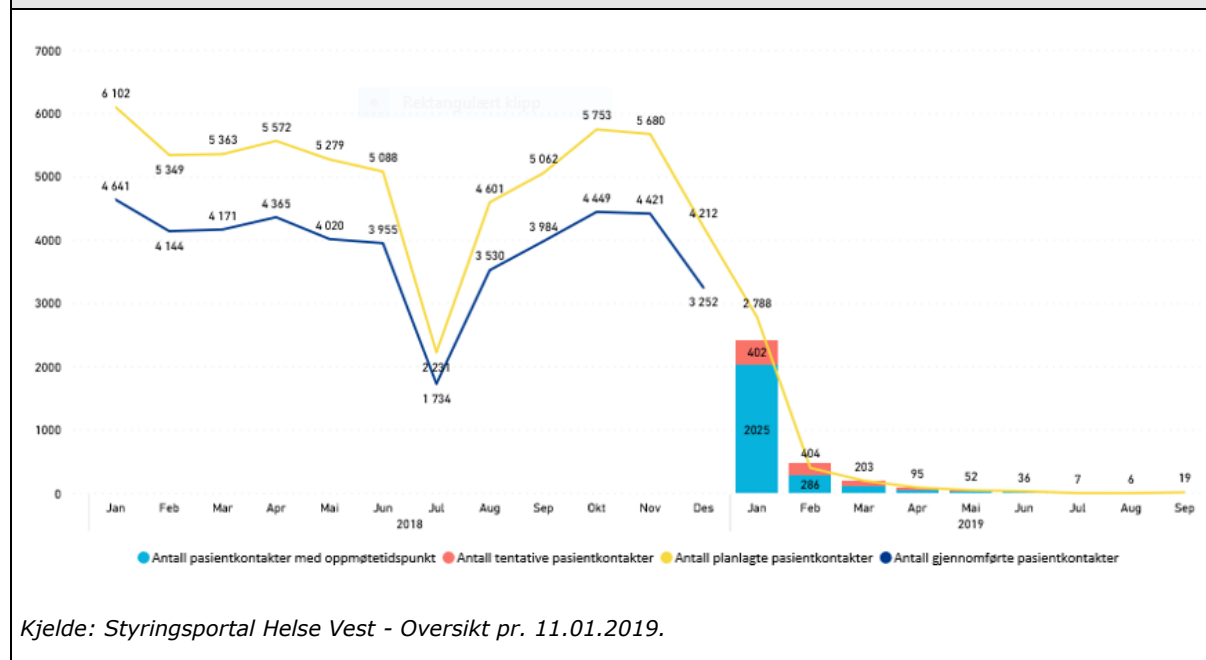


Vi får opplyst at Helse Bergen framleis er i ein prosjektfase. Ein er kome i gang med AOP i to av DPS-a, blir det sagt, der systematikken er blitt prøvd ut i 3 av 11 seksjonar. Her planlegg dei ca. 3 månader fram i tid, men uttalar samtidig at dei slit med å sjå at AOP er eit hensiktsmessig verktøy. På spesialklinikane med sengeposter har AOP hittil vore vurdert som lite hensiktsmessig, blir det sagt. I intervjuar legg divisjonsleiar vekt på at det viktigaste no er å få AOP til å fungere i dei desentraliserte einingane, og deretter fortsette i klinikane.

Tal frå Rapportportalen viser at det innan divisjon psykisk helsevern for vaksne for tidsrommet januar - november 2018 berre var ein planleggingsgrad i AOP på 11 %.

5.4.4 Helse Førde

Figur 25 – Oversikt over planlagte pasientkontakter i DIPS i Helse Førde, Psykisk helsevern, i tidsrommet 01.01.2018 – 30.09.2019



I Helse Førde opplyser informantane våre at AOP er i bruk berre på poliklinikk. I oppgaveplanane legg ein inn faste møter; dessutan legg sekretærene alltid inn i DIPS første konsultasjon. Vidare pasientkontakter blir lagt inn i timebok av behandlar eller av sekretær. Nivå 2-leiar har som målsetting framover at behandlarane i mindre grad styrar timebøkene sine sjølv, og legg vekt på at det viktigaste kriteriet for å lukkast med full gjennomføring av AOP, er at alle medarbeidarar får ei forståing av kvifor verktøyet er nødvendig. Planleggingshorisonten blir i intervju oppgitt til å vere opp imot eit år, med revidering slik at ein aldri kjem ned under 6 månaders horisont.

Tal frå Rapportportalen viser at for tidsrommet januar - november 2018 hadde sektoren ein samla planleggingsgrad på 17 %.

6 VURDERINGAR

6.1 I kva grad AOP er teken i bruk

Som nemnt i førre kapitlet viser innrapporterte tal frå føretaka at Avansert oppgaveplanlegging (AOP) er teke i bruk i alle føretaka, og i dei aller fleste einingane i kvart av føretaka.

Kva dette talmaterialet angår, valte vi i dette revisjonsprosjektet å leggje til grunn det rapporteringsformatet som prosjektleiinga sjølv nytta i samband med prosjektavslutninga i mai 2017, og innhenta frå føretaka oppdaterte tal pr. 2. tertial 2018. Gjennomgangen av tala i førre kapitlet viser etter vår vurdering at dette rapporteringsformatet åleine ikkje har vore spesifikt nok til å gje ein tilstrekkeleg påliteleg og detaljert oversikt over i kva grad AOP er teken i bruk i einingane i føretaka.

Vi er kjend med at Styringsportalen er i kontinuerleg utvikling som regionalt rapporterings- og styringsverktøy, og etter vår vurdering vil det vere naturleg at ein gjennom dette verktøyet i fortsetjinga kan ta ut rapportar med ein fullstendig oversikt som gjev eit påliteleg grunnlag for oppfølging og analysar.

Det rapporterte talmaterialet har langt på veg blitt bekrefta i tilbakemeldingane vi har fått gjennom intervjuar med representantar både frå føretaksleiingane og frå dei tre fagområda vi såg nærare på i denne revisjonen. Likevel har intervjuar avdekkja at det faktiske biletet er noko meir nyansert enn kva dei innrapporterte tala gjev uttrykk for. Fleire einingar (mellom anna fødeavdelinga i Helse Stavanger, samt fleire einingar innan psykisk helsevern i Helse Stavanger, og i særdeleshett i Helse Bergen) er opplyst til oss ikkje å vere i drift med AOP. I dei innsendte rapporteringsskjema er ingen av desse einingane ført opp som «enheter som ikke er ferdig med innføring av oppgaveplanlegging», slik skjemaet legg opp til.

I lys av dette stiller vi oss noko undrande til at Helse Vest RHF i Årleg melding for 2016 rapporterte at «Alle avdelingar har no fått opplæring og innført avansert oppgaveplanlegging.»¹⁶ Det går ikkje fram kva for aggregert einingsnivå ein siktar til med omgrepet som er nytta («avdeling»).

Når regional prosjektleiar i ettertid har gjenopna prosjektet, må dette sjåast i lys av at dei forbetra analyse- og rapporteringsverktøya ein i mellomtida har utvikla og teke i bruk, viser eit mykje meir differensiert bilete.

I RHF-et sin månadlege «Rapportering frå verksemda» til styret, har ein fleire gongar gitt uttrykk for at føretaka etter deira meining «ikkje har vist tilstrekkeleg gjennomføringskraft for dei tiltaka som er sett i verk gjennom Alle Møter-programmet». Under intervjurunden vår i føretaka vart den same erkjenninga uttala overfor oss frå fleire av nivå 2-leiarane. Vi deler såleis RHF-leiinga si vurdering på dette punktet.

¹⁶ Jf. Årlig melding for Helse Vest RHF til Helse- og Omsorgsdepartementet, Punkt 4.2 Andre aktuelle saker i 2016 - Programområdet «Alle møter» side 72.

6.2 Korleis planleggingsmetodikken har blitt teken i bruk

Inntrykket vårt frå intervjuet er at nivå 2-direktørane gjennomgåande tek ansvar for at AOP skal implementerast som føreset i heile organisasjonen, og at nivå 3-leiarane i dei einingane vi har undersøkt gjer det same. Innan psykisk helsevern (i Helse Bergen og til dels i Helse Stavanger) er inntrykket noko meir nyansert. Dette kjem vi tilbake til nedanfor i punkt 6.4.

I alle føretaka har ein sett ein auke i planleggingshorisonten det siste året. Både intervjuet og dei innrapporterte tala frå føretaka viser likevel at det framleis står att mykje innsats før dei regionale føresetnadene og måla med AOP er oppnådd. Tala fortel at berre drygt 40 % av einingane som er omfatta av føretaka si rapportering oppfyller det regionale kravet om ein planleggingshorisont på minst 6 månader. Dersom ein tek høgd for kva for horisont som reelt sett gjeld mykje av tida, er prosentdelen truleg endå mykje lågare.

Mange einingar reviderar/oppdaterer ikkje planane hyppig nok eller tidleg nok. Dette synest etter vår vurdering å vere den viktigaste årsaken til at planleggingshorisonten deira i stor grad er kortare enn dei «til ein kvar tid» 6 månadene som i dei regionale retningslinjene er føreset som eit minimum. I prosjektdirektivet for AOP står det at ein såg føre seg at alle personellgrupper skal ta i bruk avansert oppgaveplanlegging. Inntrykket vårt er at det foreløpig i all hovudsak er legar og andre som er definert som behandlarar som har tatt metodikken bruk.

I styringsdokumenta til helseføretaka har det sidan 2015 vore uttalt – med ulike formuleringar – at føretaka skal «vidareutvikle og forbetre planlegginga i AOP» og «medverke til å gjennomføre AOP for alle aktuelle yrkesgrupper», i tillegg til behandlarar. Informantane våre har hovudsakleg vore legar, samt medarbeidarar i merkantile funksjonar. Vår vurdering av informasjonen frå dei er at det i alle føretaka står mykje att før ein har oppfylt målet om å inkludere «alle aktuelle yrkesgrupper» utanom behandlarane.

Føretaka har i rapporteringsskjemaet bekrefta at dei aller fleste einingane legg oppgaveoversiktane sine ut på intranett, kor dei ligg tilgjengeleg for alle som har tilgang der. (12 % av einingane – dei fleste innan psykisk helsevern - svarar at dei ikkje gjer dette; i tillegg gjer to av klinikkane i Helse Bergen det «delvis».) Vårt inntrykk frå intervjuet er at desse oversiktane blir nytta aktivt, ikkje minst av behandlarane i eininga, som nyttar dei som «oppslagstavle» om eiga arbeidstid og eigne arbeidsoppgåver.

Både dokumentasjonen frå føretaka og opplysningar frå informantane våre bekreftar at integrasjonen med Outlook i liten grad blir nytta av behandlarane. Etter vår vurdering er det fleire årsaker til dette. Ordninga er foreløpig frivillig. Mange av behandlarane er ikkje vane med å nytte Outlook, vart det sagt til oss. Fleire av informantane våre gav uttrykk for at dei ikkje ser hensikta med å ta funksjonen i bruk, fordi det ville innebære «endå eit verktøy å forhalde seg til». Informantane våre opplyste i intervjuet at dei færraste behandlarane i føretaka har mobiltelefon eller heime-PC frå arbeidsgivar; dette forhindrar dei frå å ha tilgang til Outlook utanom arbeidsstaden. Etter vår oppfatning er dette ein praktisk faktor som har stor tyngd i behandlarane si vurdering av Outlook som eit potensielt tenleg personleg verktøy. Dersom RHF-et vil gjere det obligatorisk for alle å nytte Outlook som ein integrert del av oppgaveplanlegginga, er det etter vår vurdering nødvendig å vurdere korleis ein legg til rette for dette overfor alle medarbeidarar som er involverte i AOP.

6.3 I kva grad oppgaveplanane blir gjennomført

Hensikta med AOP er at føretaka skal tildele kontaktar («pasienttimar») til pasientar og planlegge den elektive aktiviteten sin. Oppgaveplanane i seg sjølve gjev berre meining dersom føretaka faktisk tildeler kontaktar til pasientar for den aktuelle planleggingsperioden. Dersom ein ikkje tildeler pasientkontaktar som tiltenkt i dei regionale retningslinjene, er det berre delar av prosessen som er teken i bruk. Det er difor viktig at ein i vurderinga ser på heilskapen mellom desse retningslinjene og den lokale gjennomføringa av oppgaveplanlegginga.

Eit sentralt regionalt mål er at bruken av tentative pasientkontaktar skal avviklast. Talmaterialet føretaka sjølv har framskaffa, totalt ca. 176.000 registrerte tentative kontaktar, viser at det framleis må ein stor innsats til for å nå dette målet. Som vi gjorde greie for i punkt 4.2.10 ovanfor, vart det under intervju formidla til oss frå informantane i føretaka ei brei oppfatning av at det i praksis er svært utfordrande å klare å kome bort frå tildeling av tentative pasientkontaktar. For mange av dei synest denne utfordringa å vere ein viktig årsak til at dei heller ikkje maktar å gjennomføre ein så lang planleggingshorisont som er føresett.

Etter vår oppfatning er det her behov for at RHF-et tek initiativ overfor føretaka til å få klargjort situasjonen, både kva gjeld lokale oppfatningar av administrative hindringar og eventuelle begrensningar i dei tekniske systema, for å sikre at alle einingar heretter kan jobbe ut ifrå ein avklart og omforeint prosedyre.

Dokumentasjonen frå føretaka viser at talet på polikliniske pasientkontaktar har gått opp kvart år sidan 2015. Talmaterialet gjev ikkje eit generelt grunnlag for å kunne slå fast at denne auken kan tilskrивast bruken av AOP. Leiinga for Ortopedisk klinikk i Helse Stavanger la i intervju fram tilsvarende tal frå eiga eining, og konkluderte i følgje sin eigen analyse med at det for deira del fanst ein slik samanheng. Etter vår vurdering tilseier ein dokumentert auke i polikliniske pasientkontaktar over tid uansett at bruken av ein planleggingsmetodikk som AOP blir stadig meir påkravd i framtida.

Når det gjeld utfordringane med dag-til-dag-styringa, er eit visst volum av re-planlegging ikkje til å unngå i ein aktiv plan. Vår vurdering er likevel at dei einingane som har ein kort planleggingshorisont òg opplever dei største utfordringane med dag-til-dag styringa. Dei einingane som har ein lang planleggingshorisont - nær eller i tråd med dei regionale retningslinjene – og som sørgjer for at endringar i planen vert oppdatere fortlaupande, opplever ein heilt annan oversikt og tryggleik.

6.4 Årsaker til at metodikken ikkje er gjennomført, konsekvensar av dette og tiltak for å motverke desse

Internrevisjonen har i dette prosjektet ikkje vurdert sjølve prosjektorganiseringa. Vi er kjent med at RHF-et tidlegare i 2018 har fått gjennomført ei ekstern evaluering av gjennomføringa av heile Alle møter-programmet, og viser i så måte til denne. Vi vil likevel leggje til at informantane våre i alle føretaka har framheva at prosjekteigar og prosjektleiar frå RHF-et i heile prosjektfasen – og vidare inn i driftsfasen – har hatt omfattande kontakt med både leiarar og medarbeidarar lokalt i føretaka for å informere, motivere og støtte dei lokale organisasjonane, og for å vere pådrivar for implementering og gjennomføring av AOP. Dette har føretaka opplevd som svært positivt. Vi finn dessutan at det ikkje synest å vere forhold ved prosjektet eller prosjektorganiseringa som forklarar kvifor dei måla som ligg i AOP ikkje er oppnådd.

Kulturelle haldningar er etter vår vurdering den mest utfordrande faktoren i høve til å implementere og gjennomføre fullt ut AOP. Denne planleggingsmetodikken vil for dei fleste innebære ei stor og djuptgripande endring i tilvant arbeidsmåte, ved at dei må planlegge oppgåver og fråvær 6 – 9 månader fram i tid, inklusive å tildele alle pasientkontaktar med fast oppmøtetid med ein gong. I denne endringsprosessen er organisasjonsutviklingselementet ein viktig faktor. Det er ikkje lett å endre ein innarbeidd kultur i ein organisasjon. Der medarbeidarane ser planlegginga som eit nyttig, verdifullt og nødvendig verktøy for å synleggjere kva eininga har å gjere og for å få oppgåvene gjort, er det likevel lettare å lukkast.

AOP er eit leiaransvar, og leiaren er den mest kritiske faktoren for å sikre ei god gjennomføring. Mange medarbeidarar er vane med stor personleg fridom i eigen arbeidsdag. Vårt inntrykk frå intervjuet i føretaka er at der leiarane (både på nivå 2 og nivå 3) ikkje har vist tilstrekkeleg handlekraft til å ta dei grepa som er nødvendige for å sikre ei god implementering og måloppnåing i eigen organisasjon, har ein heller ikkje kome dit. Som ein av informantane våre formulerte det overfor oss: Det verkar som om ein tenkjer for mykje på behandlarane sin motvilje og bekvemmelegheit på bekostning av potencialet for meir stabil og føreseieleg drift gjennom AOP, som igjen vil gje høgare kapasitet og betre verdiskaping. Ei anna medverkande årsak til mangelfull gjennomføring, er etter vår vurdering òg at leiarane ute i einingane ikkje har fått (eller sjølv har skaffa seg) nok innsikt og trygghet i GAT, som er det sentrale systemverktøyet i AOP.

Tilsvarande er det vår vurdering at dei einingane der leiar har tatt grep om AOP og sørga for at dei regionale retningslinjene for gjennomføring og mål blir følgt, er dei som har oppnådd best resultat.

Det er viktig at dei tekniske systemløysingane understøttar og legg til rette for oppgaveplanlegginga på optimalt vis. Tilbakemeldingane frå brukarane i føretaka viser at ein framleis opplever ein viss frustrasjon over det som vert skildra som begrensingar og tungvinte funksjonar. Vi finn det positivt at det på regionalt nivå går føre seg arbeid med vidare forbetringar av brukarvennlegheit og tekniske løysingar. Det er viktig at dette arbeidet får tilstrekkeleg merksemd òg i framtida.

AOP er ein del av Alle Møter programmet, og det finst andre element i Alle Møter som føreset at AOP er fullt innført. Vår vurdering er at konsekvensane for andre delprosjekt i dette programmet difor kan bli mange og alvorlege dersom AOP ikkje er på plass i den grad og til den tid som er føresett.

Psykisk helsevern er det fagområdet (av fordjupingsområda) som har kome minst på veg med implementering og gjennomføring av AOP. Det er òg den divisjonen/eininga kor ein har møtt størst motstand – særleg blant behandlarane. Dette har truleg si bakgrunn i fleire forhold, mellom anna graden av leiar si merksemd og at behandlarane held fast på sin «faglege autonomi» (kultur for å styre sin eigen arbeidsdag). Inntrykket vårt er at mange av behandlarane ikkje ser hensikta med AOP og følgjeleg meiner at AOP ikkje gjer jobben deira meir effektiv.

Etter vår vurdering er det alvorleg dersom behandlarane i denne sektoren meiner at dei er i ei særstilling i høve til at ingen andre skal ha innsikt i – og innverknad på - kva for oppgåver dei har planlagt i arbeidstida si. Til dømes er det innan sektoren mykje tverrgående samhandling med andre aktørar og med pasientane. I tillegg vil pakkeforløpet for psykisk helsevern som skal innførast bli svært krevjande. Vi vurderer difor dette som det viktigaste innsatsområdet for leiinga i denne sektoren å gripe fatt i.

Tal som føretaka skriftleg har rapportert til RHF-et (spesielt om planleggingshorisont), avviker i nokon grad frå opplysningar vi har fått munnleg gjennom intervju. Dei tala som er rapportert inn viser i mange høve eit meir positivt bilete enn kva som vart sagt til oss i intervju med informantar frå dei tre fordjupingsområda. Vi trur dette skuldast at føretaka har gitt oss omtrentlege anslag eller at tala vi har fått tilsendt viser maksimal planleggingshorisont.

Analyse- og rapporteringsverktøya i Alle Møter Batteri, Rapportportalen og Styringsportalen gjev kvar på sin måte ein god oversikt over status både for planleggingshorisont og planleggingsgrad. For begge parametrane dokumenterer desse verktøya at alle føretaka framleis har mykje å gå på før ein oppfyller styringsmåla som er sett. Spørjeundersøkinga vår blant nokre av leiarane på nivå 2 og nivå 3 i føretaka viser at dei allereie i nokon grad nyttar verktøya i oppfølginga si. Etter vår vurdering er det viktig at desse styringsverktøya endå meir systematisk vert nytta lokalt i innsatsen for å oppnå målet med AOP: å bidra til meir stabil og føreseieleg drift, som igjen gjev auka kapasitet og betre verdiskaping.

Ortopedisk avdeling i Helse Stavanger er eit døme på ei avdeling som har teke AOP i bruk for fullt. Dei har ein planleggingshorisont på 6-8 månader og har heller ikkje erfart det som eit stort problem å planlegge langt fram for LIS-legene. Dette meiner vi viser at det er fullt mogleg å gjennomføre AOP og nå dei måla som er sett, dersom ein gjer dei grepa som er nødvendige og som er lagt til grunn frå prosjekteigar si side. Avdelinga er allereie hyppig trekt fram – både lokalt og regionalt - som eit klårt døme på «beste praksis». Vi gjer difor det same, og vil tilrå at ein både regionalt og lokalt òg i fortsettinga endå meir aktivt brukar denne og tilsvarande einingar som døme for andre til motivasjon og etterfølging.

Basert på inntrykket vi sit att med etter tilbakemeldingane frå informantane våre i alle føretaka, samt erfaringane Ortopedisk avdeling i Helse Stavanger har formidla etter sin prosess, har vi identifisert følgjande faktorar som synest å vere nødvendige og gode for å sikre ei gjennomføring som føreset:

- Føretaksleiinga må tydeleg formidle viktigheita av at alle einingar i heile føretaket implementerer og gjennomfører AOP til alle måla er nådd. «Alle skal med!»
- Suksesshistoriar («beste praksis») må formidlast ut i organisasjonen av «eigarane». Det vil motivere andre til innsats å få høyre at 1) AOP verkar, og 2) Alle er i stand til å lukkast.

- Nivå 3-leiarane, som vil vere ansvarleg for gjennomføring i eininga si, må få nødvendig opplæring og støtte i GAT til at dei vert trygge nok på at systematikken fungerer til 1) å gjennomføre implementeringa av systematikken, 2) motivere eigne behandlarar til å sjå at AOP er eit verktøy til beste for fellesskapet, og 3) møte eventuelle faglege og/eller kulturelle motargument frå skeptiske behandlarar i eiga eining.
- Nivå 3-leiar må formidle til behandlarane sine kva for praktiske og kulturelle felles «spillereglar» som må gjelde i eininga (t.d. om planlagt fråvær, kurs, og liknande.).
- Regional prosjekteigar må vurdere og ta stilling til om AOP-systematikken skal vere «One size fits all», eller om den regionale prosjektleinga og føretaka i fellesskap kan vurdere om det kan vere tenleg med ein viss fleksibilitet/tilpassingar til dømes i mindre einingar og innan psykisk helsevern.

Etter vår oppfatning er det viktig at kvar einskild eining ikkje berre fokuserer på kor stor – eller eventuelt kor liten – den konkrete gevinsten ved å gjennomføre AOP vil vere for deira eiga eining isolert sett. Ein må i tillegg fokusere på heilskapen for føretaket og for pasienten. Rett nok grip AOP inn i eksisterande (og tilvande) arbeidsprosessar. Likevel må det vere leiinga si oppgåve – saman med medarbeidarane – å beskrive korleis verksemda skal drivast. Dette kan ikkje vere ei individuell øving.

AOP er ein planleggingsmetodikk som er eit godt verktøy, og ein viktig og nødvendig byggestein for andre framtidsretta delløysingar i det omfattande Alle møter-programmet. Innføring av planlagde og framtidige digitale løysingar for pasientane vil ikkje vere mogleg utan at AOP vert gjennomført fullt ut.

7 TILRÅDINGAR

Formålet med revisjonen har vore å undersøkje i kva grad føretaka har teke i bruk metodikken avansert oppgåveplanlegging, og korleis dei oppfyller dei regionale måla for gjennomføring og oppfølging.

Revisjonen viser at føretaka sjølve rapporterer at nær sagt alle fageiningar har tatt i bruk Avansert oppgåveplanlegging. Intervjua viser likevel at faktisk bruk varierer mykje både mellom og internt i føretaka. Dokumentasjon frå styringsverktøya som er utvikla av RHF-et underbyggjer inntrykket av at føretaka framleis ikkje er i mål med å ha gjennomført AOP som føresett.

Hovudkonklusjonen i denne revisjonsrapporten er at målet i styringsdokument 2018 om at planleggingshorisonten for alle einingar til ein kvar tid skal vere mellom 6 og 9 månader, ikkje ser ut til å ville bli oppfylt i overskodesleg framtid. Det aukar risikoen for ikkje å lukkast med dei store ambisjonane som ligg i Alle møter-programmet.

Tilrådinga vår er at alle føretaka intensiverer arbeidet med å innfri styringskrava for Avansert oppgåveplanlegging.

Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

