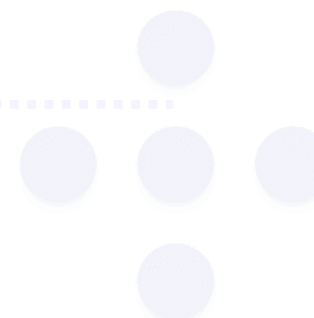


- **Konsernrevisjonen**
- **Rapport 11/2022**
- **Bemanningsplanlegging**
- **- planleggingshorisont og timetildeling**
- **Sykehuset Innlandet HF**

28. juni 2023



Innhold



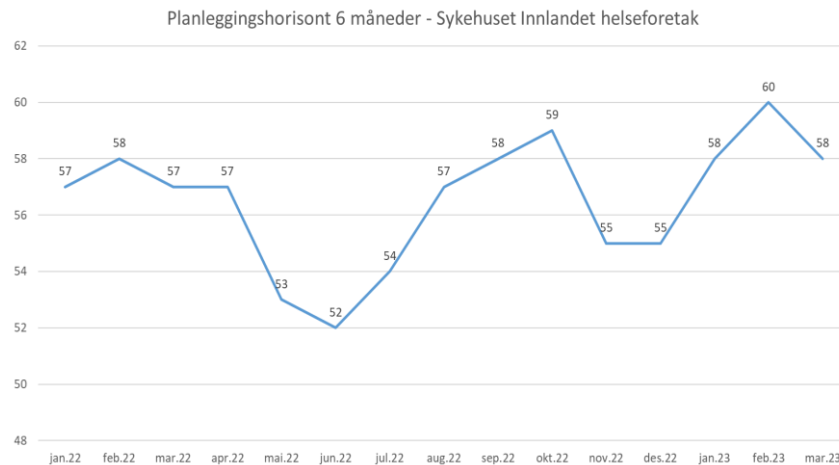
1. Bakgrunn og formål	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Formål og problemstillinger	4
1.3 Tilnærming	4
2. Konklusjoner	6
2.1 På tross av høy innsats for god drift er det nødvendig å utvikle bemanningsplanleggingen	6
✓ Mer langsiktig og koordinert oppgaveplanlegging vil forenkle timetildeling og gi økt forutsigbarhet for pasientene	6
✓ Planlegging av bemanningsbehovet må i større grad beregnes ut ifra pasientstrømmen	7
✓ Det bør legges til rette for at bemanningsplanlegging og ressursstyring praktiseres på en hensiktsmessig og ensartet måte i helseforetaket	8
3. Anbefalinger	10

1. Bakgrunn og formål

1.1 Bakgrunn

En stor del av aktiviteten som foregår på sykehusene er planlagt/elektiv helsehjelp. I den sammenheng er langsiktig timetildeling med dato og klokkeslett viktig for pasientenes forutsigbarhet og trygghetsfølelse. På denne bakgrunn ble det i 2015 stilt krav til helseforetak og sykehus om at pasienter skulle få eksakt timeavtale hvis planlagt helsehjelp skulle skje innen kommende seks måneder.

I Helse Sør-Øst har helseforetak og sykehus utfordringer med å nå målet for timetildeling seks måneder frem i tid. I mars 2023 lå resultatet for Helse Sør-Øst på 58 prosent. Figur 1 viser at Sykehuset Innlandet HF (SI), i en periode fra januar 2022 til mars 2023, oppnådde et resultat på mellom 52 og 60 prosent.



Figur 1: Andel pasienter tildelt eksakt time seks måneder frem i tid for Sykehuset Innlandet i perioden jan 2022 til mars 2023. Kilde: Power BI, tabell 13 planleggingshorisont pr. 30.04.2023

I Helse Sør-Øst viser resultatene at det er liten variasjon i måloppnåelse mellom helseforetak/sykehus. I tillegg er det en lik trend at det er en synkende andel tildelt time etter to måneder. Resultatene viser imidlertid relativt store forskjeller mellom avdelinger og fagområder innad det enkelte helseforetak/sykehus.

For å gi eksakt time frem i tid forutsetter det at behandlernes oppgaver er planlagt med tilsvarende tidshorisont og tilstrekkelig detaljeringsnivå. På denne bakgrunn fikk helseforetakene også krav om minimum seks måneders løpende planleggingshorisont på bemanningen.

Når det gjelder å planlegge bemanningens oppgaver frem i tid inngår dette som en aktivitet i prosessen for bemanningsplanlegging og ressursstyring. Prosessen inneholder et sett med aktiviteter som gjennomføres i sykehusene for å oppnå tilstrekkelig bemanning og ressurser for de oppgavene som skal gjennomføres.

Det er gjennom ulike mekanismer forsøkt å skape oppmerksomhet og utvikle bemanningsplanlegging og ressursstyring i helseforetakene. Dette synliggjøres blant annet gjennom krav og føringer gitt i oppdragsdokumentet til helseforetakene. I tillegg er utfordringer belyst gjennom revisjoner fra konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF (2014-2015) og Riksrevisjonen (2019-2020). Videre gjennomførte Helse Sør-Øst RHF en kartlegging i 2020 av status på bemanningsplanlegging og ressursstyring i regionen. Kartleggingen viste følgende behov for å styrke arbeidet:

- sterkere lederfokus på arbeidstidsplanlegging
- bedre koordinering mellom faggrupper og enheter
- tettere kobling mellom aktivitet og bemanning

På denne bakgrunn besluttet styret i Helse Sør-Øst RHF november 2022 å etablere et regionalt prosjekt med det formål å utvikle et felles rammeverk for hvordan det skal arbeides med ressursstyring på de ulike nivåene i regionen.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonen har vært å undersøke om SI har etablert en hensiktsmessig bemanningsplanlegging som ivaretar kravene om seks måneders planleggingshorisont, samt et realistisk samsvar mellom aktivitetsbehov og bemanningskapasitet. Ut ifra dette er det definert følgende problemstillinger:

- Legger avdelingenes oppgaveplanlegging grunnlag for at pasienter får eksakt time minimum seks måneder frem i tid?
- Legger avdelingenes aktivitet- og bemanningsplaner grunnlag for en hensiktsmessig oppgaveplanlegging?

Sammenhengene mellom de ulike stegene i problemstillingene over er nærmere belyst i figur 2.

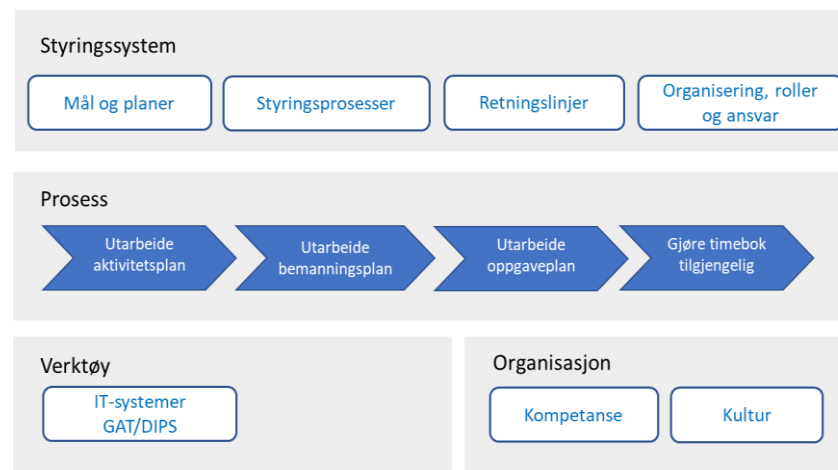
1.3 Tilnærming

Innfallsvinkel

Revisjonen har tatt utgangspunkt i sentrale aktiviteter knyttet til bemanningsplanlegging. Sentrale aktiviteter som her er belyst er utarbeidelse aktivitetsplan, bemanningsplan og oppgaveplan. Dette legger videre grunnlag for hvor langt frem i tid timebok i DIPS kan gjøres tilgjengelig for booking av pasienter. Ved siden av at revisjonen ser på avdelingenes praksis i bemanningsplanleggingen, vil vi også se på hvordan helseforetaket har tilrettelagt for dette arbeidet. Dette gjelder forhold rundt styringssystemet, verktøy og organisering. Figur 2 illustrerer prosessen knyttet til bemanningsplanlegging med sentrale faktorer.

Oppbygging av rapporten

Rapporten belyser først praksis rundt timetildeling og planleggingshorisont. Disse aktivitetene synliggjøres i de to siste stegene av prosessen i figur 2. Det vil si at aktivitetene «utarbeide oppgaveplan» og «gjøre timebok tilgjengelig»,



Figur 2: Steg i bemanningsplanlegging og tilgjengeliggjøring av timebok, samt sentrale faktorer som må ligge til grunn for at dette kan gjøres på en hensiktsmessig måte.

i praksis blir et startpunkt for revisjonen. Deretter belyses praksis for å beregne samsvar mellom aktivitet og bemanning. Dette er aktiviteter som synliggjøres av de to første stegene som fremgår av prosessen i figur 2. Til slutt belyser vi om helseforetaket har tilrettelagt for at arbeidet med bemanningsplanlegging, herunder ressursstyring, gjøres på en hensiktsmessig og enhetlig måte i helseforetaket.

I rapportens kapittel 2 fremgår konsernrevisjonens overordnede konklusjoner og vurderinger. De reviderte avdelingene presenteres samlet, men der det er vesentlige ulikheter mellom avdelingene omtales dette. I tillegg er det utarbeidet en mer detaljert beskrivelse av hva konklusjonene og vurderingene bygger på, som leveres primært som en egen leveranse til helseforetaket.

Omfang

Etter dialog med SI har revisjonen sett på praksis ved de medisinske avdelingene ved Lillehammer, Gjøvik, Hamar og Elverum. Hver av avdelingene hadde på undersøkelsestidspunktet fra 7000 til 9500 pasienter i påbegynte behandlingsforløp. Revisjonen har avgrenset seg til den polikliniske aktiviteten på generell medisin. Poliklinikkene er noe ulikt organisert, for eksempel ved at akuttfunksjonen enten ligger innunder eller er adskilt fra poliklinikken.

Avgrensninger

Krav og føringer for bemanningsplanlegging og ressursstyring er tett knyttet til regelverk og avtaleforhold som finnes i arbeidslivet. Konsernrevisjonen har ikke sett på etterlevelsen av disse kravene. Revisjonen omfatter videre ikke finansiell ressursstyring, eller ressursstyring knyttet til utstyr, teknologi eller arealer.

Bemanningsplanlegging og ressursstyring er også tett knyttet til anvendelse av kompetansen til medarbeidere. Vi har sett på hvordan tilgjengelig kompetanse anvendes inn i bemanningsplanleggingen, men ikke vurdert hvordan kompetansestyringen er satt i system i helseforetaket.

Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget som er lagt til grunn er relevante lover og forskrifter, mål angitt i oppdrag og bestilling (OBD), rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, samt sentrale retningslinjer og prosedyrer/rutiner.

Metode

Revisjonen er belyst metodisk ved bruk av intervju, dokumentgjennomgang, samt uttrekk og analyser fra styringsdata fra DIPS og GAT. Konsernrevisjonen har hatt samtaler med HR avdelingen i helseforetaket, samt avdelingsledere, seksjonsledere, leger, sykepleiere og merkantile som har en rolle knyttet til bemanningsplanlegging og booking av pasienter i avdelingene. Til sammen er det gjennomført samtaler med 24 personer i helseforetaket.

2. Konklusjoner

2.1 På tross av høy innsats for god drift er det nødvendig å utvikle bemanningsplanleggingen

De medisinske avdelingene i Sykehuset Innlandet HF leverer et betydelig volum av helsetjenester innenfor en rekke fagområder og har en sammensatt gruppe av helsepersonell. Avdelingene er ulikt organisert, men helsepersonellet disponeres til inneliggende pasienter og til pasienter som kommer inn akutt eller elektivt.

Revisjonen viser at reviderte avdelinger har oppmerksomhet på å imøtekomme kravene for timetildeling og bemanningsplanlegging. Enkelte avdelinger har kommet noe lenger enn andre i dette arbeidet. Samtidig er det langt igjen før avdelingene når mål og krav for timetildeling.

En konsekvens av kortsiktig planlegging, er at avdelingene legger ned uforholdsmessig mye arbeid i drift av poliklinikkene. Driften blir mer kortsiktig og bærer mer preg av - dag til dag styring - for å få fylt opp tilgjengelige timer på poliklinikken. Revisjonen viser at dette er svært ressurskrevende og øker risikoen for redusert pasientsikkerhet, mindre hensiktsmessig utnyttelse av ressursene, samt slitasje på ansatte.

Vi vurderer at det er ulike og sammensatte årsaker til at målene knyttet til timetildeling og planleggingshorisont ikke nås. På bakgrunn av funnene i revisjonen konkluderer vi med at det, på tross av høy innsats for god drift, er nødvendig å utvikle bemanningsplanleggingen både for helseforetaket som helhet og i de reviderte avdelingene. Konklusjonen bygger på følgende vurderinger:

- Mer langsiktig og koordinert oppgaveplanlegging vil forenkle timetildeling og gi økt forutsigbarhet for pasientene
- Planlegging av bemanningsbehovet må i større grad beregnes ut ifra pasientstrømmen
- Det bør legges til rette for at bemanningsplanlegging og ressursstyring praktiseres på en hensiktsmessig og ensartet måte i helseforetaket

Mer langsiktig og koordinert oppgaveplanlegging vil forenkle timetildeling og gi økt forutsigbarhet for pasientene

Revisjonen viser at poliklinikkene i varierende grad gir pasientene timetildeling i tråd med føringene. Et uttrekk over planlagte avtaler seks måneder frem i tid, viser at poliklinikken med lavest måloppnåelse kun hadde tildelt eksakt time til 24 % av pasientene, mens poliklinikken med høyest måloppnåelse lå på 63 %. Videre viste gjennomgangen at det var variasjon i hvor langt frem i tid eksakt time var gitt. Dette varierte fra en måned til seks måneder.

De av pasientene som ikke får en eksakt time får i stedet en tentativ dato. Dette gjøres i utstrakt grad både for nyhenviste og for pasienter som har startet helsehjelpen. Pasienter som får en tentativ dato kommer på ventelisten og ikke på oppmøtelisten som de med eksakt time gjør. Flere av disse får eksakt time på kort varsel.

Ved siden av at utstrakt bruk av tentativ dato gir uforutsigbarhet for pasientene, fører det også til administrativt merarbeid i poliklinikkene:

- det må sendes flere brev, samtidig som mange pasienter ringer og etterspør informasjon om timetildeling
- ventelisten blir unødvendig stor og vanskelig å håndtere

Dette merarbeidet forsterkes ytterligere ved at poliklinikkene i tillegg har lange ventetider, mange fristbrudd, samt forsinkelser for pasienter som allerede har startet et forløp og skal inn til en ny time (etterslep). Revisjonen viser videre at disse utfordringene går utover andre ordinære pasient-administrative oppgaver som nedprioriteres. Dette gir risiko for redusert pasientsikkerhet, samt unødig slitasje og fravær på personell.

En sentral forutsetning for å gi timeavtaler minimum seks måneder frem i tid, er at oppgavene til behandlingspersonellet er planlagt like langt frem i tid.

Dette på bakgrunn av at arbeids-/oppgaveplan legger grunnlag for oppsett av timebøkene på poliklinikken og derav mulighet for timetildeling.

Revisjonen viser at det er en relativ kort planleggingshorisont på bemanningen som er årsaken til at det ikke gis eksakte timer til pasientene frem i tid. Ved undersøkelsestidspunktet varierte bemanningsplanleggingen mellom avdelingene fra kun 2-4 uker til maksimalt 2-3 måneder frem i tid. En av de merkantile uttaler det slik:

Det hadde vært en drøm med tre måneder planleggingshorisont

Årsakene til kort planleggingshorisont er sammensatte og muligens noe historisk betinget. Det vises ofte til utfordringer som:

- kortsiktig tidshorisont på kurs/videreutdanning for legene har begrenset mulighetene for langtidsplanlegging
- ønske om autonomi – fleksibilitet til å styre egen tid
- manglende forståelse av hvilken betydning planleggingshorisont har for driften og annet personell
- manglende koordinering av samlet behandlingspersonell

En annen årsak til kort planleggingshorisont, er basert på tidligere erfaringer i avdelingene. I tillegg til normale driftsendringer, erfarte avdelinger at leger hadde anledning til å endre planlagt oppmøte, med påfølgende behov for replanlegging. Dette er svært ressurskrevende ettersom oppsett av nye timebøker i DIPS innebærer en rekke manuelle arbeidsprosesser. Det vises videre til at replanlegging forsterker seg i perioder med rekrutteringsproblemer. Da må avdelingene redusere kapasiteten på poliklinikken for å prioritere bemanningen til andre enheter.

Til tross for ulike utfordringer og manuelle arbeidsprosesser, viser gjennomgangen at enkelte avdelinger har iverksatt tiltak for å komme nærmere målet på seks måneder planleggingshorisont. Disse avdelingene har dedikerte personer som har fått ansvaret for å planlegge og koordinere alt

behandlingspersonell, samt utstyr, rom m.v. I stedet for å benytte modul for oppgaveplanlegging i GAT, har avdelingene laget egne Excel løsninger til dette formålet. Planleggingshorisonten i disse avdelingene har økt til tre måneder. Unntaket er i perioder hvor det har vært store rekrutterings/bemanningsutfordringer. Koordineringen har også ført til bedre utnyttelse av samlede ressurser ved ferieavvikling. I tillegg har det gitt bedre samordning av ulikt bemanningspersonell.

I de to andre avdelingene er det også utarbeidet egne verktøy for oppgaveplanlegging, men arbeidet er i mindre grad koordinert. Arbeidet er her mer fordelt på det enkelte fagområde og ulike grupper behandlingspersonell. Det vises til dette er årsaken til at de ikke har klart å få en mer enhetlig, samt langvarig og stabil planleggingshorisont.

Planlegging av bemanningsbehovet må i større grad beregnes ut ifra pasientstrømmen

Revisjonen viser at planlagte polikliniske timer ikke er tilpasset pasientvolum og behov for helsetjenester innenfor flere diagnosegrupper. Dette gir ulike følger i poliklinikkene:

- lange ventelister, mange fristbrudd og mange passerte pasientkontakter
- økte kostnader til overtid, innleie av vikarer og kjøp av eksterne helsetjenester
- økt administrativt arbeid, AML-brudd og slitasje på ansatte
- fraviker nasjonale faglige veiledere - tilpasser antall og hyppighet kontroller i forhold til tilgjengelig kapasitet

Punktene ovenfor gir risiko for kvalitet- og pasientsikkerhet, samt at man ikke klarer å levere pålagte helsetjenester innenfor tildelte økonomiske rammer.

Revisjonen viser at avdelingene har iverksatt enkelte kortsiktige og langsiktige forbedringstiltak for å imøtekomme kapasitetsutfordringer på poliklinikkene. Blant annet har koordineringen av behandlingspersonellet i enkelte avdelinger ført til økt fleksibilitet og bedre utnyttelse av samlede bemanningsressurser (og rom og utstyr). Det er videre iverksatt tiltak hvor en har endret oppgavefordeling mellom ulike yrkesgrupper. Dette for å utnytte tilgjengelige

ressurser på best mulig måte. I tillegg er det arbeidet noe med økt standardisering av forløp med det formål å effektivisere og/eller redusere eventuell overbehandling. Avdelingene viser samtidig til at det er stort potensial for forbedringer innenfor disse områdene.

Vi vurderer at flere av forbedringstiltakene som er igangsatt i avdelingene er hensiktsmessige for å imøtekomme enkelte av utfordringene som avdelingene står i. Vi vurderer samtidig at denne type enkelttiltak ikke er tilstrekkelige og like treffsikre for å kunne løse utfordringsbildet på en optimal måte. Vår vurdering baseres på sentrale svakheter ved avdelingenes ressursstyring.

Gjennomgangen viser at det liten grad utarbeides aktivitetsplaner og bemanningsplaner i tråd med føringene for god ressursstyring. Det vil her si at poliklinikkene i varierende grad analyserer forventet aktivitet og ser dette opp mot behovet for bemanning for de ulike faggruppene. Dette fører til at aktivitetsbehov og bemanning (herunder kompetanse) ikke er avstemt og synliggjort.

Revisjonen viser at planlagt aktivitet på poliklinikkene i stedet skjer med utgangspunkt i historiske forhold og tilgjengelig bemanning - og mindre grad ut i fra det reelle behovet. Dette innebærer risiko for at budsjetteringen ikke blir realistisk, og dermed mindre egnet som styringsverktøy. Konsekvensen er manglende synliggjøring av eventuell under- eller overkapasitet innenfor ulike fagområder. Vi vurderer at dette kan være en viktig årsak til dagens utfordringer i driften på poliklinikkene. Utfordringene forsterkes av at det er vanskeligheter med å rekruttere spesialister til fastsatte hjemler innenfor enkelte fagområder, samt beholde LISer etter ferdig utdanning.

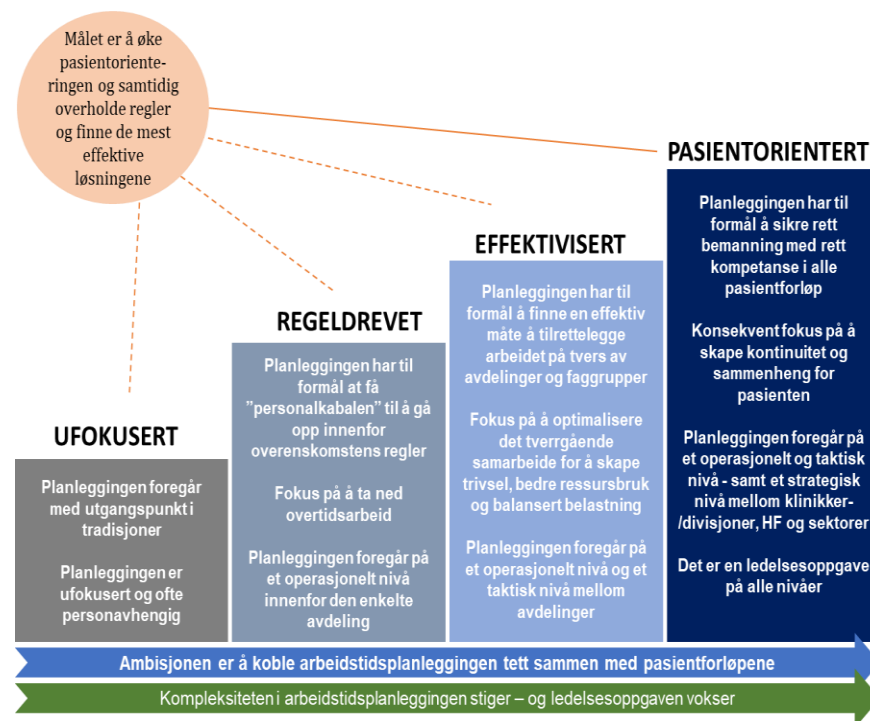
Det bør legges til rette for at bemanningsplanlegging og ressursstyring praktiseres på en hensiktsmessig og ensartet måte i helseforetaket

Revisjonen viser at avdelingene har varierende oppmerksomhet på bemanningsplanlegging og ressursstyring, og at arbeidet gjøres på forskjellige måter. Gjennomgangen viser blant annet at:

- det utarbeides og brukes ulike verktøy til oppgaveplanlegging
- arbeidet er ulikt organisert og ansvarssatt

- kompetansen på temaet varierer
- avhengig av enkeltpersoner

Status på arbeidet med bemanningsplanlegging og ressursstyring i sykehus illustreres ofte ut i fra en modenhetsmodell med fire steg (se figur 3). Ut ifra våre observasjoner, vurderer vi at enkelte av de undersøkte avdelingene har påbegynt et arbeid som beveger seg inn på elementer i steg 3 (effektivisert). De øvrige avdelingene vurderer vi imidlertid fortsatt ligger innenfor steg 1 og 2 i modellen.



Figur 3: Illustrasjon av modenhet i bemanningsplanleggingen og ressursstyringen. Delt inn i fire modenhetsnivåer, fra ufokuset som lavest modenhet til pasientorientert som høyest. Kilde: Region Hovedstaden, Danmark.

Ut i fra dette vurderer vi det gjenstår et betydelig arbeid før avdelingenes bemanningsplanlegging og ressursstyring når opp mot det som karakteriseres som pasient- og ansattorientert. Dette ikke er en særskilt utfordring for avdelinger i Sykehuset Innlandet. Den regionale kartleggingen utført av Helse Sør-Øst RHF i 2020, konkluderte med at det var en positiv utvikling knyttet til bemanningsplanlegging og ressursstyring, men at det fortsatt var et stort forbedringspotensial i helseforetaksgruppen.

Konsernrevisjonen vurderer at det er flere årsaker til at modenheten i SI ikke har kommet lengre enn hva dagens praksis viser. Hovedårsaken er at det ikke er tilrettelagt for helhetlig og hensiktsmessig bemanningsplanlegging og ressursstyring i SI. Vurderingen baserer seg på følgende observasjoner:

- styringssignaler og føringer er uklare
- krav til kompetanse er ikke tydeliggjort
- opplæring er ikke obligatorisk og kjent
- ansvar er ikke tilstrekkelig angitt
- informasjon blir i varierende grad anvendt til oppfølging
- manglende systemintegrasjon krever flere manuelle prosesser

3. Anbefalinger

Revisjonen viser at avdelingene har oppmerksomhet på bemanningsplanlegging og ressursstyring. Enkelte avdelinger er mer modne enn andre, men det er potensial for forbedring i alle reviderte avdelinger. Etter vår vurdering vil utfordringene som er belyst i reviderte avdelinger med stor sannsynlig også være de samme for andre avdelinger i Sykehuset Innlandet. Ut i fra dette har vi følgende anbefalinger til SI:

- Det bør legges til rette for en enhetlig og effektiv bemanningsplanlegging og ressursstyring gjennom tydeligere føringer kombinert med påkrevde kompetansetiltak, felles verktøy og nødvendig styringsinformasjon.
- Det bør i større grad tas i bruk analyser av aktivitetsgrunnlag som grunnlag for mer realistisk bemanningsplanlegging.
- Lederoppfølging av planleggingshorisont for bemanning og timetildeling bør forsterkes.

Anbefalingene bør ses i sammenheng med SIs planlagte innføring av ny regional standard for toveis integrasjon GAT/DIPS. Dette er et regionalt prosjekt som skal legge til rette for at langtidsplanlegging blir enklere gjennom økt automatisering. Det er konsernrevisjonens forståelse at erfaringene fra helseforetakene som har tatt i bruk integrasjonen, er svært positive. Innføringen har blant annet bidratt til mer effektiv timetildeling, lengre planleggingshorisont, fjernet manuelle arbeidsprosesser, bedre styringsinformasjon og bedre utnyttelse av samlet behandlingspersonell. I tillegg vises det til at de ulike personalgruppene er fornøyde ved at de har fått bedre oversikt og fleksibilitet vedrørende arbeidstid. Det vises samtidig til at innføringen er omfattende og må ses som et organisasjonsutviklingsprosjekt ved at 80 % av innføringen er knyttet til arbeidsprosessforbedring og kun 20 % til den tekniske integrasjonen.

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst RHF bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: Februar-mai 2023

Virksomhet: Sykehuset Innlandet HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Hans Petter Eide (oppdragsleder)
- Marianne Enger (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Sykehuset Innlandet HF
- Administrerende direktør i Sykehuset Innlandet HF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>