



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene

Dokument 3:12 (2014–2015)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 23 741 379 17 11

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen
www.fagbokforlaget.no/offpub

ISBN 978-82-8229-332-7

Forsideillustrasjon: 07 Oslo

Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene

Dokument 3:12 (2014–2015)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:12 (2014–2015) *Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene.*

Riksrevisjonen, 29. september 2015

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Innhold

1	Hovedfunn	7
2	Riksrevisjonens merknader	8
3	Riksrevisjonens anbefalinger	11
4	Departementets oppfølging	11
5	Riksrevisjonens sluttmerknad	12
Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden		15
Vedlegg 2: Statsrådets svar		19
Vedlegg 3: Rapport		23
1	Innledning	27
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	29
3	Revisjonskriterier	32
4	I hvilken grad er det forskjeller mellom sengeposter med hensyn til effektiv bruk av pleiepersonalet?	33
5	Hvordan bidrar styring av sengepostene til effektiv bruk av pleieressursene?	45
6	Vurderinger	66
7	Referanseliste	
Utbrett: Bakgrunn og mål for undersøkelsen. Funns og anbefalinger.		

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene

Målet med undersøkelsen har vært å belyse hvordan styringen bidrar til effektiv bruk av pleiepersonalet i helseforetakene, for å oppnå Stortingets forutsetning om effektiv ressursutnyttelse. Undersøkelsen omfatter seks kategorier av somatiske sengeposter (hjertemedisinske, lungemedisinske, generelle medisinske, ortopediske, gastrokirurgiske og generelle kirurgiske), i perioden fra og med 2013 til og med januar 2015.

Bakgrunnen for undersøkelsen er at det er indikasjoner på variasjoner mellom helseforetakene i hvor effektivt personalressursene brukes, og at det finnes lite informasjon om hva disse forskjellene skyldes. I 2015 er de samlede utgiftene til de regionale helseforetakene på mer enn 130 mrd. kroner. Lønnskostnadene utgjør ca. 70 prosent av driftskostnadene i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere og hjelpepleiere utgjør en stor andel av de 70 000 årsverkene ved de somatiske sykehusene. Effektiv bruk av pleiepersonalet har derfor stor betydning for om ressursene i helseforetakene utnyttes på en god måte.

Arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven og i tariffavtaler angir rammer for disponering av personalressursene. Riksrevisjonen har ikke undersøkt hvordan bestemmelsene i arbeidsmiljøloven og tariffavtaler påvirker helseforetakenes bruk av pleieressursene.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven), jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven), jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 9. juni 2015.

Departementet har i brev 7. august 2015 gitt kommentarer til rapporten.

Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev av 25. august 2015 til Helse og omsorgsdepartementet og statsrådets svar av 8. september 2015 følger som vedlegg.

1 Hovedfunn

- Helseforetakene kan bruke pleieressursene mer effektivt.
- Ledelsens styringsinformasjon gir ikke godt nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene.
- Planleggingen av bemanningen tilpasses ikke godt nok til variasjoner i pasientbelegget.
- Mer samarbeid mellom sengeposter kan gi mer effektiv bruk av pleieressursene.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Helseforetakene kan bruke pleieressursene mer effektivt

Blant de 77 sengepostene i utvalget er det store variasjoner i arbeidsproduktiviteten. Arbeidsproduktiviteten viser hvor mye pasientbehandling sengeposten har utført med de pleieressursene som er brukt. *Pleiepoeng per vakttime* er brukt som indikator på arbeidsproduktiviteten. Indikatoren tar hensyn til at sengepostene har pasienter med ulike behov for pleietjenester.

Det er store forskjeller i arbeidsproduktiviteten mellom sengeposter i samme kategori, det vil si mellom likeartede sengeposter. Dette betyr at arbeidsproduktiviteten avgjøres av andre faktorer enn hvilke pasientgrupper sengeposten behandler.

Mange av sengepostene med lav arbeidsproduktiviteten kan bli mer effektive. En stor del av disse postene er høyt bemannet sammenlignet med likeartede poster. Noen av sengepostene med lav arbeidsproduktiviteten er imidlertid bemannet med relativt få pleiere per seng. Disse har lav produktivitet fordi de har lang liggetid eller lav kapasitetsutnyttelse. Kortere liggetid ville gi flere pasienter behandling, og dermed økt arbeidsproduktiviteten. Samlet sett har sengeposter med høy arbeidsproduktiviteten sammenlignet med likeartede sengeposter som har lav arbeidsproduktiviteten, oftere

- færre pleiere per seng
- høyere kapasitetsutnyttelse
- kortere liggetid

Undersøkelsen indikerer at dette ikke kan forklares med at sengepostene med høy arbeidsproduktiviteten har pasienter med mindre behov for pleietjenester. Samtidig indikerer undersøkelsen at også de fleste postene med høy arbeidsproduktiviteten kan bli mer effektive.

Noe av forskjellene i arbeidsproduktiviteten mellom sengepostene kan skyldes at de har ulike oppgaver, organisering, registreringspraksis, og at de har pasienter med ulike behov for pleietjenester som ikke fanges opp av DRG-systemet. Sengeposter vil imidlertid gjennom hele året normalt ha samme organisering, oppgaver og registreringspraksis. De fleste sengepostene har et effektiviseringspotensial når de sammenlignes med seg selv over tid. Dersom alle sengepostene i 2013 hadde økt produktiviteten i de månedene de lå under sitt eget årsgjennomsnitt, opp til gjennomsnittsnivået, ville dette til sammen ha frigjort 5 prosent av vakttimene som disse postene brukte det året. Det beregnede effektiviseringspotensialet på sengepostene varierer mellom 2 og 15 prosent av postenes vakttimer. Riksrevisjonen mener derfor at de fleste sengepostene kan bruke pleieressursene mer effektivt, og på den måten enten frigjøre ressurser til andre formål, eller bidra til at flere pasienter får behandling raskere.

2.2 Ledelsens styringsinformasjon gir ikke godt nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene

Det er ulike forklaringer på at sengeposter har høy eller lav arbeidsproduktiviteten. Ledelsens kunnskap om disse årsakene er derfor viktig for at det skal kunne iverksettes riktige tiltak for å oppnå mer effektiv bruk av pleieressursene. Under halvparten av mellomlederne (sengepostledernes nærmeste leder) mener at de har god nok informasjon til å kunne vurdere om det er en effektiv bruk av personalet på sengepostene.

De fleste mellomlederne tar i stor grad utgangspunkt i økonomisk resultat, tidligere års budsjett og pasientbelegg når den økonomiske rammen til sengeposten blir

fastsatt. Samtidig har eller bruker mange mellomledere i liten grad informasjon om forholdet mellom bemanning og pasientbelegg (pleiefaktor), og informasjon om liggetider, selv om disse faktorene er viktige årsaker til forskjeller i arbeidsproduktivitet. Flere mellomledere for sengeposter med høy produktivitet enn de med lav produktivitet sammenligner pleiefaktoren på sine sengeposter over tid, når den økonomiske rammen for sengepostene fastsettes.

Informasjon om forskjeller mellom sengepostene i pasientenes pleiebehov, brukes i liten grad av de fleste mellomlederne når den økonomiske rammen til sengepostene skal fordeles. Dette skyldes delvis at de fleste postene ikke har noe verktøy for å måle pasientenes pleiebehov. I sammenligninger av sengepostenes bemanningsbehov benyttes derfor oftere informasjon om pleiere per seng, eller pleiere per pasient. Undersøkelsen viser at det er viktig å ta hensyn til behovet for pleietjenester hos pasientene, og ikke bare telle antall pasienter, når arbeidsproduktiviteten mellom sengeposter skal sammenlignes. Dette gjelder også ved vurdering av sengepostenes bemanningsbehov i budsjettarbeidet. Mange mellomledere bruker derfor ikke viktig informasjon som kunne identifisert sengepostens mulighet for forbedringer, i budsjettprosessen. Skjevheter i ressursfordelingen mellom sengeposter kan dermed bli ført videre fra år til år.

Et flertall av sengepostene i utvalget hadde underskudd i 2013. Mange av disse postene hadde også lav arbeidsproduktivitet, og kunne derfor ha redusert underskuddet ved mer effektiv bruk av pleieressursene. Likevel fikk mer enn halvparten av sengepostene med underskudd i 2013 vekst i budsjettene i 2014. Langt færre av postene som hadde overskudd eller økonomisk balanse i 2013, fikk vekst i budsjettene i 2014. Dette indikerer at økonomisk resultat vektlegges mer enn muligheten for mer effektiv drift ved fastsettelse av budsjettene.

I den økonomiske oppfølgingen forventer de fleste mellomlederne konkrete tiltak fra ledere for sengeposter med underskudd, mens det vanligvis ikke kreves av poster som holder budsjettet. Dette fører trolig til at mange av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet, men som holder budsjettet, ikke blir pålagt tiltak i den økonomiske oppfølgingen.

Riksrevisjonen understreker at ledelsen på ulike nivåer i helseforetakene må ha tilstrekkelig kunnskap om driften av virksomheten til å kunne skaffe seg innsikt i hva som fungerer godt, og hva som bør forbedres. Helseforetakenes styringssystemer bør gi kunnskap om hvilke faktorer som påvirker produktiviteten i den enkelte sengepost. Dette er etter Riksrevisjonens oppfatning grunnleggende for å kunne oppnå mer effektiv bruk av pleieressursene. Den informasjonen som brukes i mange helseforetak i styringen av sengeposter, viser ikke nødvendigvis hvor effektivt pleieressursene brukes. Lederne mangler derfor viktig informasjon til styring, kontroll og læring for å forbedre virksomheten. Riksrevisjonen mener at økt bruk av informasjon som kan vise muligheter for mer effektiv drift, kunne ha gitt en riktigere fordeling av budsjettet mellom kliniske enheter, og dermed grunnlag for å gi flere pasienter helsehjelp.

2.3 Planleggingen av bemanningen tilpasses ikke godt nok til variasjoner i pasientbelegget

Den økonomiske rammen som fastsettes i budsjettet, bestemmer de årsverkene som hver enkelt sengepostleder har til disposisjon i bemanningsplanleggingen. Ved mange sengeposter er det mulig å oppnå effektivisering ved å tilpasse bemanningen bedre til antall pasienter gjennom dagen, uka og året.

Mange sengeposter tilpasser ikke bemanningen til sesongsvingninger i pasientbelegget. Om lag 40 prosent av sengepostene økte bemanningen høsten 2013, selv om de hadde uendret eller lavere pasientbelegg enn i første kvartal. Videre planlegger 75 prosent av sengepostene med lik bemanning alle hverdagene i uka. Dette kan tas som uttrykk for at sengepostlederne vurderer at behovet for bemanning er det samme hver dag. Analyse av pasientdata for sengepostene viser at to av tre av disse postene likevel har systematisk variasjon i pasientbelegget gjennom uka.

Over halvparten av mellomlederne mener at det gjennomføres for få analyser av forholdet mellom pasientbelegg og bemanning (pleiefaktor) på sengepostene. Data om aktivitet og bemanning produseres i sykehusene gjennom daglig bruk av systemer for pasientadministrasjon og personalplanlegging. Data fra disse systemene tas imidlertid i liten grad ut og bearbeides til statistikk. Dette fører til at mange av sengepostlederne i sin bemanningsplanlegging i liten grad bruker informasjon som kan synliggjøre faste mønstre i pasientbelegget gjennom året, uka og døgnet. Bemanningsplanen settes ofte opp på grunnlag av forrige års eller forrige periodes plan.

Riksrevisjonen mener at planlegging av bemanning og styring av aktivitet er oppgaver som bør integreres med hverandre i så stor grad som mulig. Det finnes eksempler på helseforetak som har bistått enkelte sengeposter med å framskaffe statistikk som grunnlag for å anslå bemanningsbehovet. Ved disse enkeltpostene er det kartlagt både faste mønstre i pasientbelegget og historisk bruk av bemanningen. På bakgrunn av analysene av datamaterialet er det tatt beslutninger om å endre oppgaver, organisering eller bemanning. Riksrevisjonen mener derfor at mer langsiktighet og systematisk bruk av aktivitets- og bemanningsdata i mange sykehus kan bidra til å tilpasse bemanningen bedre til variasjoner i pasientbelegget. En mer aktivitetstilpasset bemanning vil føre til mer effektiv bruk av personalet, ved at den kan gi jevnere arbeidsbelastning for de ansatte og dermed bidra til bedre pasientbehandling.

Helseforetakene har hovedansvaret for at ledere på lavere nivåer har forutsetninger for å kunne utøve ledelse som gir effektiv bruk av personalressursene. Videre har de regionale helseforetakene ansvar for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på å oppnå en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Gode planleggingsverktøy og tilgang til relevant styringsinformasjon er forutsetninger for å kunne tilpasse bemanningen til aktiviteten. Noen helseforetak har kommet lengre enn andre i å utvikle metodikk, hjelpemidler og opplæring i å fastsette bemanningsbehovet. Riksrevisjonen mener at mange helseforetak kan oppnå en bedre bemanningsplanlegging dersom de tilegner seg erfaringer fra andre helseforetak.

2.4 Mer samarbeid mellom sengeposter kan gi mer effektiv bruk av pleieressursene

I den daglige styringen av sengepostene må det tas beslutninger for å håndtere avvik fra forventet aktivitet eller bemanning, for å ha riktig bemanning på dager med høyt sykefravær eller høyt eller lavt pasientbelegg. Undersøkelsen viser at samarbeid mellom sengeposter eller mellom sengepost og poliklinikk i den daglige driften bidrar til mer effektiv bruk av pleieressursene, uavhengig av størrelsen på sykehuset og andre organisatoriske forhold. Et slikt samarbeid kan omfatte flytting av pasienter eller midlertidig utveksling av personale for å håndtere sykefravær eller uforutsett variasjon i pasientbelegget. Det er et klart skille mellom sengeposter med høy og lav produktivitet i om de har etablert et slikt samarbeid. Fire av fem sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har samarbeid med andre enheter på hverdager, mens under halvparten (39 prosent) av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet har det.

Det har ikke vært tradisjon for at ansatte i en sengepost også kan jobbe vakter på andre sengeposter, men det har blitt mer vanlig. Behovet for spesialisert kompetanse kan gjøre det vanskelig for en sykepleier å utføre oppgaver på ulike sengeposter. Samtidig er det flere eksempler på sengeposter der sykepleiere, med noe opplæring, utfører mindre spesialiserte arbeidsoppgaver på andre sengeposter. Samarbeid, i form av at ansatte kan flytte mellom sengepostene, kan også bidra til at kunnskap og erfaringer overføres mellom sengeposter, og dermed til forbedringer av driften.

Rundt 40 prosent av sengepostene har faste daglige møter med andre sengeposter, der de vurderer omdisponering av personale hele eller deler av dagen. Sengepostene som har mer formalisert samarbeid, utveksler personale oftere enn andre sengeposter. Nesten to av tre ledere i sengeposter med høy produktivitet har faste møter med andre enheter hver dag, mens bare hver fjerde leder i gruppen av sengeposter med lav arbeidsproduktivitet har slike møter. Sengepostene med høy arbeidsproduktivitet kjennetegnes derfor både av at de i større grad samarbeider med andre sengeposter, og av at samarbeidet er mer formalisert.

Helseforetakene må ha en organisering som bidrar til effektiv bruk av personalet som helhet. Sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har i mange tilfeller gjennomført tiltak, eller de har en organisering og rutiner, som legger til rette for mer effektiv bruk av pleiepersonalet. Riksrevisjonen mener at samarbeid mellom kliniske enheter er et viktig virkemiddel for å få dette til, og konstaterer at mange sengeposter nå ikke utnytter dette.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

- Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene bør sørge for at styringsindikatorer, som kan belyse om sengeposter bruker pleieressursene effektivt, finnes og brukes. Indikatorene bør være egnet til å sammenligne sengeposter på tvers innen og mellom helseforetak.
- Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene bør sørge for at erfaringer fra sengeposter med høy arbeidsproduktivitet overføres til andre sengeposter.
- De regionale helseforetakene bør fortsette arbeidet med å sikre at ledere på ulike nivåer i helseforetakene har nødvendig kompetanse, hjelpemidler og styringsinformasjon for å oppnå effektiv bruk av pleiepersonalet. Helseforetakene bør i større grad gjøre bruk av allerede tilgjengelige aktivitetsdata i bemanningsplanleggingen.
- Helseforetakene bør legge til rette for mer samarbeid mellom kliniske enheter, for å bidra til en samlet sett mer effektiv bruk av pleieressursene.

4 Departementets oppfølging

Statsråden mener at Riksrevisjonens merknader og anbefalinger om helseforetakenes styring av pleieressurser vil være et godt bidrag i den videre styringen av spesialisthelsetjenesten. Resultatene fra undersøkelsen vil også kunne gi de regionale helseforetakene og helseforetakene nyttig kunnskap om problemstillingene som er belyst. Statsråden opplyser at Riksrevisjonens rapport vil bli gjort kjent blant helseforetakene.

Videre peker statsråden på at god ledelse, planlegging og styring av personalressursene er grunnleggende for at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal kunne yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester.

Statsråden opplyser at de regionale helseforetakene arbeider med aktivitetsbasert bemannings- og ressursplanlegging, og at de samarbeider for å få dette til på en bedre måte. Det vises til at det er variasjon i hvor langt de undersøkte sengepostene har kommet i dette arbeidet, og at resultatene fra undersøkelsen vil kunne gi de regionale helseforetakene og helseforetakene nyttig supplerende kunnskap i deres utviklingsarbeid. Statsråden vil følge opp de pågående arbeidene i styringsdialogen med de regionale helseforetakene, og gjennom den følge opp at disse på egnet måte utarbeider styringsinformasjon.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 22. september 2015

Per-Kristian Foss

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Beate Heieren Hundhammer

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Björg Selås

Vedlegg 1

Riksrevisjonens brev til statsråden



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Børre Fylling 22241214
Vår dato 25.08.2015
Deres dato
Vår referanse 2014/00499-158
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

STATSRÅD BENT HØIE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene

Vedlagt følger utkast til Dokument 3:x (2014-2015) Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene.

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 9. juni 2015 og på departementets svar 6. august 2015. Departementets merknad er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dokumentet til Stortinget.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: 8. september 2015.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg

Utkast til Dokument 3:X (2014-2015) Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene.

Vedlegg 2

Statsrådets svar



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet jf. § 5.2

Deres ref
2015/00499-158

Vår ref
13/5127-

Dato
08.09.2015

Vedrørende riksrevisjonens undersøkelse av styring med pleieressursene i helseforetakene

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 25. august 2015. Riksrevisjonens merknader og anbefalinger knyttet til helseforetakenes styring av pleieressurser vil være et godt bidrag i den videre styringen av spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal sørge for, og yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning (jf. helseforetaksloven § 1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a). Grunnleggende i dette arbeidet er å ha god ledelse, planlegging og styring av bruken av personalressursene, noe som utgjør en stor andel av de samlede driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten.

Riksrevisjonen har i undersøkelsen reist aktuelle problemstillinger som vil være nyttige bidrag til sykehusenes utviklingsarbeid, også på avdelings- og postnivå, i arbeidet med å analysere, planlegge og styre bemanningen opp mot variasjoner i aktivitetsbehov. Resultatene fra undersøkelsen vil kunne gi de regionale helseforetakene og helseforetakene nyttig supplerende kunnskap når det gjelder problemstillingene som er reist.

Undersøkelsen viser at aktiv styring av pleieressursene på sengepostene gjennom bedre bemanningsplanlegging og samarbeid mellom ulike sengeposter, vil kunne øke effektiviteten og arbeidsproduktiviteten. Jeg er kjent med at alle de regionale helseforetakene arbeider med aktivitetsbasert bemannings- og ressursplanlegging. Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er variasjon i hvor langt de undersøkte sengepostene har kommet i dette arbeidet.

I undersøkelsen trekkes betydningen av ledelsens kunnskap, verktøy og styringsinformasjon frem som sentrale faktorer for å få til en mer effektiv bruk av pleiepersonalet. Videre at

forskjellen i arbeidsproduktiviteten mellom sengepostene kan skyldes at de har ulike oppgaver, organisering, registreringspraksis, og at de har pasienter med ulike behov for tjenester som ikke fanges opp av DRG-systemet. Riksrevisjonen viser også til at sykehusene må koble bemanningsplanlegging opp mot aktivitet og variasjoner i pasientbelegget. Dette er et arbeid som pågår i de fleste sykehusene i dag, og de regionale helseforetakene samarbeider for å få dette til på en enda bedre måte.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at de sengepostene som har høy produktivitet også i større grad samarbeider med andre sengeposter for å håndtere både sykefravær blant medarbeiderne og uforutsett variasjon i pasientbelegget. Riksrevisjonen anbefaler at sengeposter med lav produktivitet og liten grad av samarbeid med andre sengeposter, bør lære av sengeposter som har mer effektiv bruk av pleieressursene og et formalisert samarbeid med andre sengeposter.

Jeg vil følge opp de pågående arbeidene i styringsdialogen med de regionale helseforetakene, og gjennom den følge opp overfor de regionale helseforetakene på egnet måte at disse utarbeider styringsinformasjon og at blant annet variasjon i pasientbelegget blir et godt grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene. Jeg vil videre se til at Riksrevisjonens rapport blir gjort kjent ute blant helseforetakene.

Med hilsen

Bent Høie

Vedlegg 3

**Rapport: Riksrevisjonens
undersøkelse av styring av
pleieressursene i helseforetakene**

Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks, og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.

Innhold

1	Innledning	27
1.1	Bakgrunn	27
1.2	Mål og problemstillinger	27
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	29
2.1	Metode for å belyse effektiv bruk av pleiepersonalet	29
2.2	Metoder for å belyse styring i helseforetakene	31
3	Revisjonskriterier	32
3.1	Krav til god ressursutnyttelse	32
3.2	Krav til god styring	32
4	I hvilken grad er det forskjeller mellom sengeposter med hensyn til effektiv bruk av pleiepersonalet?	33
4.1	I hvilken grad er det forskjeller i arbeidsproduktiviteten mellom sengeposter?	33
4.2	I hvilken grad er det mulig å bruke pleieressursene mer effektivt?	35
4.3	Hva kan forklare forskjeller i arbeidsproduktiviteten?	36
4.4	I hvilken grad tilpasses bemanningen variasjoner i antall pasienter på sengepostene?	41
4.4.1	I hvilken grad er bemanningen tilpasset variasjoner i antall pasienter gjennom året?	41
4.4.2	I hvilken grad tilpasses bemanningen variasjoner i antall pasienter gjennom uka?	42
4.4.3	I hvilken grad tilpasses bemanningen variasjoner i pasientbelegg i løpet av dagvakt?	44
5	Hvordan bidrar styring av sengepostene til effektiv bruk av pleieressursene?	45
5.1	I hvilken grad bidrar bemanningsplanleggingen til at bemanningen tilpasses aktiviteten?	45
5.2	I hvilken grad samarbeider sengepostene for å tilpasse bemanningen til variasjoner i pasientbelegg i den daglige driften?	50
5.2.1	I hvilken grad er det samarbeid med andre kliniske enheter på hverdager?	50
5.2.2	I hvilken grad er det samarbeid med andre kliniske enheter i helger?	53
5.3	I hvilken grad bidrar oppfølgingen av og ressursfordelingen mellom sengeposter til mer effektiv bruk av pleiepersonalet?	54
5.3.1	Hvordan bidrar ressursfordelingen mellom sengepostene til effektiv bruk av personalressursene?	54
5.3.2	Hvordan bidrar oppfølgingen av sengepostene til effektiv bruk av personalressursene?	56
5.4	I hvilken grad understøtter organiseringen av sengepostene effektiv bruk av personalet?	57
5.4.1	Størrelse på sengeposten	57
5.4.2	Organisering av pleiepersonalet i en egen sykepleierenhet	57
5.4.3	Bemanningsenhet	58
5.4.4	Lettpost	59

5.4.5	Organisering av poliklinikken	59
5.5	Hvilke andre virkemidler brukes for å oppnå mer effektiv bruk av personalet?	60
5.5.1	Standardiserte behandlingsforløp	60
5.5.2	Overføring av oppgaver mellom faggrupper (oppgaveglidning)	60
5.5.3	Samhandling mellom faggrupper	60
5.5.4	Overlappingstid	61
5.5.5	Arbeidsplan og hensynet til medarbeidertilfredshet	62
5.6	Oppsummering	62
6	Vurderinger	66
6.1	Helseforetakene kan bruke pleieressursene mer effektivt	66
6.2	Bedre styring kan bidra til mer effektiv bruk av pleiepersonalet	67
6.2.1	Ledelsens styringsinformasjon gir ikke godt nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene	67
6.2.2	Planleggingen av bemanningen tilpasses ikke godt nok til variasjoner i pasientbelegget	68
6.2.3	Mer samarbeid mellom sengeposter kan gi mer effektiv bruk av pleieressursene	69
6.2.4	Oppsummering	70
7	Referanseliste	71

Tabelloversikt

Tabell 1	Sengeposter med lav arbeidsproduktivitet og resultater på produktivitetskomponentene	38
Tabell 2	Sengeposter med høy arbeidsproduktivitet og resultater på produktivitetskomponentene	40
Tabell 3	Endringer i antall pleiere og pasienter på sengepostene fra første kvartal til høsten	42
Tabell 4	Sammenhengen mellom frekvens på helgevakter, behov for ansatte og gjennomsnittlig stillingsprosent for en sengepost med 12 helgevakter	53
Tabell 5	Sammenheng mellom økonomisk resultat i 2013 og budsjett i 2014	55
Tabell 6	Overlappingstidens lengde	62
Tabell 7	Kjennetegn ved sengepostene, og forskjeller mellom sengeposter med høy og lav produktivitet	63

Figuroversikt

Figur 1	Pleiepoeng per vakttime etter kategori sengepost. Rangert innenfor hver kategori	33
Figur 2	Effektiveringspotensial for en utvalgt sengepost	35
Figur 3	Komponenter som kan forklare forskjeller i arbeidsproduktivitet	36
Figur 4	Gjennomsnittlig antall pasienter og pleiere på vakt på en utvalgt sengepost på hverdager	43
Figur 5	I hvilken grad brukes følgende informasjon i planleggingen av hvor mange som skal være på vakt?	45
Figur 6	Kjenner sengepostledere til om det er en veileder i arbeidsplanlegging på sykehuset?	47
Figur 7	Har sengeposten samarbeid med andre enheter for å håndtere sykefravær eller uforutsett variasjon i pasientbelegg?	50
Figur 8	Er det faste daglige møter med andre sengeposter der det blir vurdert omdisponering av personale hele eller deler av dagen, eller flytting av pasienter?	51
Figur 9	Hvor stor andel av lederne for sengepostene gjennomfører hver uke eller oftere ulike tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning på dagtid på hverdager?	52
Figur 10	Hvilken informasjon brukes i fastsettelse av den økonomiske rammen til sengeposten?	54

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Indikatoren pleiepoeng per vakttime	34
Faktaboks 2	Produktivitetskomponenter	37
Faktaboks 3	BRASSE-metodikk i Helse Sør-Øst	48
Faktaboks 4	Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging i Helse Bergen	49
Faktaboks 5	Oppfølging av to sengeposter i samme avdeling	57
Faktaboks 6	Bemanningsenhet og frie timer	59

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Utgiftene til de regionale helseforetakene i spesialisthelsetjenesten er i 2015 mer enn 130 mrd. kroner.¹ Lønnskostnadene utgjør ca. 70 prosent av de samlede driftskostnadene i den somatiske spesialisthelsetjenesten.² Effektiv bruk av personalet har dermed avgjørende betydning for om ressursene i helseforetakene utnyttes på en god måte.

Helsedirektoratets årlige Samdata-rapport om spesialisthelsetjenesten indikerer at det er store variasjoner mellom helseforetakene i hvor effektivt personalressursene brukes. Samdata-rapporten for 2013 viser at det er store forskjeller mellom helseforetakene i arbeidsproduktiviteten målt i *lønnskostnader per DRG-poeng*.³ De seks helseforetakene med lavest arbeidsproduktivitet har et kostnadsnivå som er minst 25 prosent høyere per produserte DRG-poeng, enn helseforetaket med høyest arbeidsproduktivitet.

Samdata-rapporten gir begrenset informasjon om i hvilken grad et høyt eller lavt kostnadsnivå i det enkelte helseforetak skyldes eksterne rammebetingelser eller ineffektiv/effektiv drift. Med eksterne rammebetingelser menes faktorer som det enkelte helseforetak ikke kan styre, men som kan påvirke kostnadsnivået. Samdata-rapporten gir derfor ikke tilstrekkelig informasjon til ledelsen i helseforetakene til å kunne identifisere muligheter for mer effektiv bruk av personalressursene.

I 2013 ble det brukt rundt 70 000 årsverk ved de somatiske sykehusene. Leger utgjorde 15 prosent, sykepleiere 39 prosent, annet helsepersonale 20 prosent og annet personale 25 prosent. Hjelpepleiere inngår i gruppen annet helsepersonale. Sykepleiere og hjelpepleiere utgjør dermed en stor andel av de 70 000 årsverkene ved de somatiske sykehusene. Effektiv bruk av pleiepersonalet har derfor avgjørende betydning for om de totale ressursene i helseforetakene utnyttes effektivt.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at bevilgningene til spesialisthelsetjenesten disponeres på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til de forutsatte resultatene.⁴ De regionale helseforetakene har ansvar for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.⁵

1.2 Mål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å belyse hvordan styringen bidrar til effektiv bruk av pleiepersonalet i helseforetakene, for å oppnå Stortingets forutsetning om effektiv ressursutnyttelse.

1 Saldert budsjett for 2015.

2 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013.

3 DRG-poeng (DRG – diagnoserelaterte grupper) er et aktivitetsmål på pasientbehandlingen. DRG-systemet gjør det mulig å sammenligne sykehus, uavhengig av forskjeller i hvilke pasientgrupper de ulike sykehusene behandler.

4 *Bevilgningsreglementet* §§ 9 og 10.

5 Vedtekter for regionale helseforetak § 6.

Undersøkelsen har to problemstillinger:

- 1 I hvilken grad kan helseforetakene bruke pleieressursene mer effektivt?
- 2 Hvordan bidrar styring av sengepostene til effektiv bruk av pleiepersonalet?

De fleste sykepleiere og hjelpepleiere jobber på en sengepost. Sengeposter er derfor valgt som utgangspunkt for å belyse problemstillingene i undersøkelsen. Sengepostene driver primært med pleie av pasienter, og de er oftest betjent døgntkontinuerlig sju dager i uka.

I undersøkelsen er *styring* brukt både om beslutninger og aktiviteter som finner sted på sengepostnivå i sykehuset, og om beslutninger og aktiviteter som finner sted på et høyere nivå i sykehuset, og som påvirker flere enheter. Styring av sengepostene omfatter derfor både bemanningsplanlegging, rutiner og organisering i den daglige driften, og overordnede beslutninger om organisering, ressursfordeling og oppfølging av sengepostene.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

For å vurdere effektiv bruk av pleiepersonalet og hvordan styring i helseforetakene bidrar til effektiv bruk av pleiepersonalet, er det i undersøkelsen tatt utgangspunkt i et utvalg sengeposter.

Organisatorisk er sengepostene underlagt sine respektive avdelinger etter medisinsk spesialitet. Ved de større sykehusene er sengepostene spesialisert ved at det for eksempel er en egen sengepost for hjertemedisin. I de mindre sykehusene samles pasienter fra flere fagområder i generelle medisinske og kirurgiske sengeposter.

Utvalget inkluderer følgende kategorier sengeposter:

- hjertemedisinske
- lungemedisinske
- generelle medisinske
- ortopediske
- gastrokirurgiske
- generelle kirurgiske

Disse kategoriene er valgt med bakgrunn i tre kriterier. Utvalget omfatter både medisinske og kirurgiske poster, pasientgrupper som behandles i de fleste sykehus, og sengeposter som i størst mulig grad er sammenlignbare på tvers av sykehus. Det legges til grunn at en undersøkelse i et utvalg sengeposter kan være godt egnet til erfaringsoverføring til andre kategorier sengeposter.

Arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven og i tariffavtaler angir rammer for disponering av personalressursene. Riksrevisjonen har ikke undersøkt hvordan bestemmelsene i arbeidsmiljøloven og tariffavtaler påvirker helseforetakenes bruk av pleieressursene.

2.1 Metode for å belyse effektiv bruk av pleiepersonalet

Arbeidsproduktivitet gir et mål på hvor effektiv bruken av pleiepersonalet er, og viser forholdet mellom produsert mengde og arbeidsinnsats. Når arbeidsproduktiviteten i sengeposter skal sammenlignes på en rettferdig måte, er det viktig å ikke bare telle antall pasienter, men også ta hensyn til at sengepostene kan ha pasienter med ulikt behov for pleietjenester. De fleste sengepostene i undersøkelsen har imidlertid ikke noe verktøy for å måle pasientenes pleiebehov. Derfor brukes informasjon fra DRG-systemet til å beregne forskjeller i arbeidsproduktivitet.

Registerdata fra 2013 er innhentet fra 77 somatiske sengeposter i 29 sykehus i 13 helseforetak.⁶ Det er innhentet tall fra pasientjournalssystemet (DIPS) og personalplanleggingssystemet (Gat). Fra DIPS er det brukt data om pasientstrømmer inn og ut av de utvalgte sengepostene. Dette gir grunnlag for å beregne antall behandlede pasienter i 2013. Fra Gat er det brukt data om ansattes vakter. Dette gir grunnlag for å beregne antall ansatte per vakt og antall vakttimer per døgn. Det er indikasjoner på at

6 Helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF (HMN), Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN), Finnmarkssykehuset HF og Oslo universitetssykehus HF (OUS) er ikke med i utvalget. HMN har andre datasystemer enn de andre tre foretaksgruppene. Data fra UNN og Finnmarkssykehuset kom for sent, og data fra OUS kunne ikke framskaffes.

det er ulikheter i registreringspraksis i bruken av disse systemene.⁷ Dette er det ikke korrigert for.

For å få mer informasjon om hver enkelt pasient (DRG-opplysninger og innleggelses hastegrad), er hvert enkelt pasientopphold som er registrert i DIPS koblet med det aktuelle sykehusoppholdet som er registrert i Norsk pasientregister.⁸ For å gjøre sengepostene mest mulig sammenlignbare, er det i analysene tatt hensyn til at de har pasienter med forskjellige DRG-er.⁹ Pasienter som er plassert i samme DRG-gruppe, skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye behandlingsressurser.

Det koblede datasettet (DIPS, Gat og Norsk pasientregister) er brukt til å analysere variasjoner i arbeidsproduktiviteten mellom sengepostene. Indikatoren *pleiepoeng per vakttime* er brukt til å beregne arbeidsproduktiviteten til sengepostene. Pleievakttimer er beregnet som summen av timer som sykepleiere, hjelpepleiere og annet pleiepersonale har arbeidet i løpet av året.¹⁰ Beregningen av en pasients pleiepoeng tar utgangspunkt i pasientens DRG, og består av kostnadskomponentene *direkte pleie* og *grunnkostnad* i pasientens DRG (se faktaboks 1).

Datasettet er også brukt som utgangspunkt for å finne årsaker til forskjeller i arbeidsproduktiviteten. Dette er gjort ved å splitte indikatoren i fire komponenter: dimensjonering, kapasitetsutnyttelse, behov for pleietjenester og liggetid. Hver av disse komponentene kan gi informasjon om hvorfor sengeposter framstår som mer eller mindre produktive.¹¹

For å beregne effektiviseringspotensialet for sengepostene som inngår i analysen, er det tatt utgangspunkt i den gjennomsnittlige produktiviteten for den enkelte sengepost i 2013. Det er beregnet hvor mange vakttimer som kunne vært frigjort til andre formål dersom sengepostene hadde økt produktiviteten opp til sitt eget gjennomsnitt i de månedene de har lavere produktivitet enn gjennomsnittet.

Effektiv bruk av pleiepersonalet omfatter mer enn økt produktivitet. Bedre tilpasning av pleiere til variasjoner i aktivitet vil ikke nødvendigvis i seg selv øke produktiviteten, men vil bidra til mer effektiv bruk av personalet ved at det kan gi jevnere arbeidsbelastning for de ansatte, og dermed bidra til bedre pasientbehandling. De koblede dataene er derfor også brukt som utgangspunkt for å belyse effektiv bruk av pleieressursene ved å undersøke i hvilken grad bemanningen tilpasses variasjoner i pasientbelegget – gjennom både dagen, uka og året. I disse analysene sammenlignes antall pasienter med antall pleiere på dagvakt, definert som mellom kl. 7 og kl. 16. Antall pasienter er beregnet som gjennomsnittlig antall pasienter som lå på sengeposten hver enkelt time i løpet av dagvakt. Bemanningen måles ved å telle hvor mange ansatte som har vært på vakt i mer enn tre timer i løpet av dagvakt.¹² Et mindretall av sengepostene har innført vakter som i varighet eller starttidspunkt avviker fra standardvaktene (alternative vakter). For disse sengepostene ville antall vakttimer gitt bedre grunnlag enn antall vakter til å vurdere om bemanningen tilpasses variasjoner i aktiviteten.

7 Dette kan blant annet være ulik registreringspraksis ved overføring av pasienter mellom sengeposter. Videre er tid brukt på opplæring inkludert som vanlige vakttimer i data fra Gat.

8 95 prosent av oppholdene i DIPS-data ble koblet med NPR-data. De gjenværende 5 prosent av oppholdene ble gitt sengepostens gjennomsnittsverdi på variabelen *korrvekt*, som brukes som utgangspunkt for å beregne pleiepoeng.

9 Se faktaboks 1 for nærmere beskrivelse av hvordan dette er brukt i undersøkelsen.

10 Gruppen *annet pleiepersonale* omfatter blant annet studenter, assistenter og personell som er registrert i Gat som "annet behandlingpersonell".

11 Se faktaboks 2 for nærmere beskrivelse av komponentene.

12 Telling av antall vakter framfor vakttimer er valgt fordi dette er i tråd med hvordan pleiefaktor vanligvis beregnes. I tillegg viser spørreundersøkelsen at få sengeposter bruker kortere vakter enn standardvakt.

2.2 Metoder for å belyse styring i helseforetakene

Hvordan styring påvirker effektiv bruk av pleiepersonalet, er belyst gjennom en spørreundersøkelse blant helseforetakene og intervjuer med sengepostledere, deres overordnede ledere og administrasjonen¹³ i fire helseforetak. I tillegg er budsjetterte og regnskapsførte kostnader hentet inn fra helseforetakene.

Det er sendt ut spørreskjema til lederne for 143 sengeposter i 2014. Svarprosenten var 73, og alle helseforetakene er representert. I tillegg ble det sendt ut et spørreskjema til deres nærmeste leder, og her var svarprosenten 80. Formålet med spørreundersøkelsene var å finne faktorer ved styringen som kjennetegner sengeposter som synes å ha mer effektiv bruk av pleiepersonalet enn andre. Sentrale temaer i spørreundersøkelsene var overordnet organisering og løsninger for å oppnå effektiv bruk av personalet, bemannings- og arbeidsplanlegging og budsjettoppfølging. For 61 sengeposter er det både innhentet registerdata, beregnet produktivitet og innhentet svar fra sengepostlederen gjennom spørreundersøkelsen.

Dataene fra spørreundersøkelsen er analysert ved en beskrivende analyse (frekvensanalyse) der ulike spørsmål er koblet mot hverandre. For de 61 postene der det foreligger både produktivitetsmål og spørredata, ble disse koblet.¹⁴ Formålet var å belyse om ulike tiltak, egenskaper eller arbeidsformer på sengepostene samvarierer med, og påvirker, produktiviteten. Dette er gjort gjennom frekvensanalyse, korrelasjonsanalyse og regresjonsanalyse.¹⁵

Intervjuer i fire helseforetak har vært en kilde til grundigere forståelse av hvilke faktorer som kjennetegner styringen i de sengepostene som oppnår effektiv bruk av personalet, og til hvordan helseforetakene styrer for å oppnå effektiv drift. Det er gjennomført 32 intervjuer med ledere på flere nivåer og sentrale personer i HR-avdelinger og økonomienheter.

Temaene i intervjuundersøkelsen har vært overordnet organisering og løsninger for å oppnå effektiv bruk av personalet, bemannings- og arbeidsplanlegging, budsjettoppfølging, HR-styringsdata og -analyse. Følgende fire helseforetak er representert i intervjuundersøkelsen:

- Helse Bergen HF (Haukeland universitetssjukehus – medisin)
- Sykehuset Innlandet HF (Sykehuset Lillehammer – medisin)
- Sørlandet sykehus HF (Sykehuset i Arendal – kirurgi)
- Sykehuset Telemark HF (Skien sykehus – kirurgi)

I undersøkelsen ble det opprettet en referansegruppe med representanter fra klinisk virksomhet i sykehusene, de regionale helseforetakene og forskere. Gruppen har gitt råd i planleggingen og gjennomføringen av undersøkelsen.

13 I administrasjonen er sentrale personer i HR-avdelinger og økonomienheter intervjuet.

14 12 av de 61 postene er klassifisert som gjennomsnittlig produktive. 26 av de 61 postene er klassifisert som å ha høy produktivitet, og 23 av 61 har lav produktivitet. Der det refereres til høy og lav produktivitet i kombinasjon med spørredata, er N derfor henholdsvis 26 og 23. Der det ikke skilles mellom kategoriene, refereres det til samtlige 105 sengepostledere som har besvart spørreundersøkelsen.

15 Frekvensanalysen belyser forskjeller mellom grupper. Korrelasjonsanalysen tester om forskjellene er statistisk signifikante. I regresjonsanalysen er formålet å belyse om enkelttiltak påvirker (har en selvstendig effekt på) produktiviteten.

3 Revisjonskriterier

3.1 Krav til god ressursutnyttelse

Et av hovedmålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.¹⁶ Med god ressursutnyttelse siktes det til graden av måloppnåelse i forhold til ressursinnsatsen. Et tiltak betegnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis målet nås med lavere omkostninger i form av anvendt tid, personalinnsats, utgifter, uheldige bivirkninger mv.¹⁷

Ettersom etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, er det et mål å behandle flere, samtidig som ventetider skal reduseres og kvaliteten i behandlingen skal styrkes. Det er derfor behov for omstillinger i sykehussektoren for å redusere ventetider, bedre kvaliteten og oppnå mer effektiv ressursbruk.¹⁸

3.2 Krav til god styring

Helseforetaket må ha en organisering som bidrar til effektiv bruk av personalet som helhet. *Lov om helseforetak* § 28 omhandler styrets oppgaver. I merknadene til § 28 framgår det at styret må sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.¹⁹

God styring innebærer at helseforetakene må etablere en internkontroll som bidrar til at fastsatte mål og resultatkrav oppnås. Internkontrollen skal bidra til at

- ressursbruken er effektiv
- virksomheten drives i samsvar med lover og regler
- virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag

Den øverste ledelsen i helseforetakene har et overordnet ansvar for oppfølging og kontroll med egen virksomhet. Ledelsen skal systematisk overvåke og vurdere internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten. Det innebærer blant annet at ledelsen må ha tilstrekkelig innsikt i hva som fungerer bra, og hva som bør forbedres, og at ledelsen setter i verk nødvendige forbedringstiltak ved behov. Helseforetakenes styringssystemer bør sammen med statistikk, analyser og andre relevante systemer belyse om virksomheten drives effektivt. Helseforetakene må etablere systematiske prosesser for å sette mål, prioritere oppgaver, fordele ressurser og bruke informasjon til styring, kontroll og læring for å forbedre virksomheten.

Det legges til grunn at helseforetaket må etablere en internkontroll som gir rimelig sikkerhet for at ledere i sene postene har forutsetninger for å utøve ledelse som gir effektiv bruk av personalet. Dette omfatter blant annet gode planleggingsverktøy og tilgang på styringsdata.

Helseregionene og sykehusene skal legge til rette for opplæring og oppfølging, slik at ledere på alle nivåer har nødvendig kompetanse og støtte til å ivareta sitt lederansvar.²⁰

16 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1 punkt 4.

17 Ot.prp. nr. 10 (1998–99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

18 Prop. 1 S (2013–2014) for Helse- og omsorgsdepartementet.

19 Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m.

20 Prop. 1 S (2013–2014) for Helse- og omsorgsdepartementet.

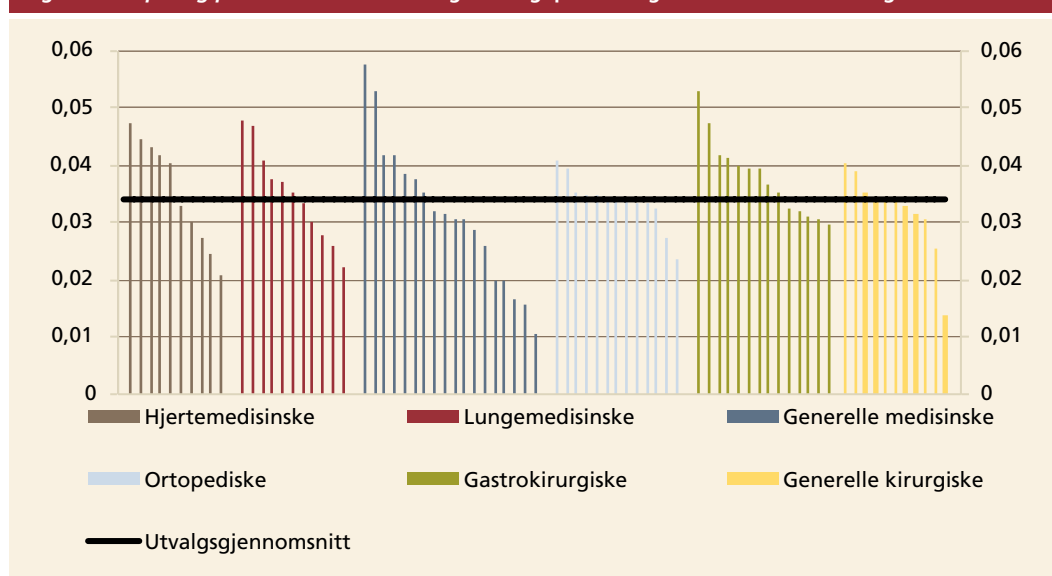
4 I hvilken grad er det forskjeller mellom sengeposter med hensyn til effektiv bruk av pleiepersonalet?

4.1 I hvilken grad er det forskjeller i arbeidsproduktiviteten mellom sengeposter?

Arbeidsproduktiviteten viser forholdet mellom produsert mengde og arbeidsinnsats, og gir et mål på hvor effektiv bruken av pleiepersonalet er. I undersøkelsen er *pleiepoeng per vakttime* brukt som indikator på arbeidsproduktiviteten. Denne tar hensyn til at sengepostene har pasienter med ulike behov for pleietjenester og ulik liggetid, ved at hvert enkelt pasientopphold korrigeres for den DRG-en pasienten er gruppert i, se faktaboks 1. Indikatoren gir dermed et uttrykk for hvor mye pasientbehandling sengeposten har utført med de pleieressursene som er brukt.

Figur 1 rangerer sengepostene innenfor samme kategori, der *pleiepoeng per vakttime* brukes som indikator. Gjennomsnittlig arbeidsproduktiviteten for sengepostene i hele utvalget er markert med svart strek.

Figur 1 Pleiepoeng per vakttime etter kategori sengepost. Rangert innenfor hver kategori. N = 77



Kilde: Registerdata fra helseforetakene og NPR

Figuren viser at det er stor variasjon i arbeidsproduktiviteten mellom sengepostene i utvalget. Videre viser figuren at det også er stor variasjon i arbeidsproduktiviteten mellom sengeposter som behandler samme pasientgruppe (likeartede sengeposter). I alle kategoriene sengeposter er det poster med både høy og lav arbeidsproduktiviteten.²¹ Dette indikerer at forskjeller mellom pasientgruppene i liten grad forklarer om en post er produktiv eller ikke, og at mange sengeposter derfor har mulighet for å bli mer effektive.

Beregningene viser at det i snitt likevel produseres flere pleiepoeng per vakttime i noen sengepostkategorier enn andre. Samlet sett har de hjertemedisinske, lungemedisinske og gastrokirurgiske sengepostene høyest arbeidsproduktiviteten.

21 Sengepostene er rangert etter arbeidsproduktiviteten innenfor hver kategori (dvs. at hjertemedisinske poster sammenlignes med hverandre, lungemedisinske med hverandre, osv.). De er deretter delt i tre grupper, med utgangspunkt i medianen høy (29 sengeposter), middels (17 poster) og lav (29 poster) produktiviteten.

De ortopediske og de generelle medisinske og kirurgiske sengepostene har lavest arbeidsproduktivitet.

Beregningene viser at flertallet av helseforetakene har sengeposter med både høyere og lavere arbeidsproduktivitet enn gjennomsnittet.²² Videre viser beregningene at relativt mange sengeposter i små sykehus har lav arbeidsproduktivitet. Samtidig er det også sengeposter ved små sykehus som har høy arbeidsproduktivitet.²³

Faktaboks 1 Indikatoren *pleiepoeng per vakttime*

Antall pleiepoeng til en pasient i undersøkelsen omfatter kostnadskomponentandelene *grunnkostnad* og *direkte pleie* i DRG-vekten. I beregningen av antall pleiepoeng tas det derfor hensyn til at pasienter både har ulik forventet liggetid (som reflekteres i begge komponentene), og ulike behov for pleie-tjenester (som reflekteres i komponenten direkte pleie). * Pleiepoeng til en sengepost i undersøkelsen er summen av pleiepoengene til alle pasientene som er behandlet på sengeposten i løpet av året.

DRG (diagnoserelaterte grupper) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av sykehusenes aktivitet og pasientsammensetning. Hver enkelt DRG representerer både medisinsk og økonomisk informasjon. Pasienter som grupperes til den samme DRG-en, skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser. Dette gjør det mulig å sammenligne sykehus.

Hver enkelt DRG har en *kostnadsvekt* som uttrykker forholdet mellom gjennomsnittskostnaden for denne DRG-en, og gjennomsnittet for alle DRG-er. Noen pasienter i en DRG vil være mindre ressurskrevende å behandle enn det gjennomsnittet i en DRG koster, mens andre pasienter er mer ressurskrevende.

Kostnadsvekten for en DRG fastsettes på grunnlag av ni komponenter: grunn-, direkte pleie-, intensiv-, operasjons-, stråle-, røntgen-, laboratorie-, cytostatika- og implantatkostnad.

Lønnskostnader til pleiepersonale er lagt til de to komponentene *grunnkostnad* og *direkte pleie*. DRG-vekten for hver pasient er justert for i størst mulig grad å kunne se bort fra kostnader ved behandlingen som ikke genereres på sengeposten.

* Metoden for å fordele kostnadskomponenten *direkte pleie* mellom DRG-er oppdateres ikke årlig, og vil derfor ikke fange opp konsekvenser av eventuelle senere endringer i behandlingsmetoder for pleiebehov.

Kilde: Helsedirektoratet

Sengepostene behandler pasienter med ulike hastegrader.²⁴ I omlag to av tre poster er andelen pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp) over 70 prosent. Mange av disse sengepostene har nesten bare ø-hjelpspasienter. Kun én post har mindre enn 40 prosent ø-hjelp. Flere respondenter i intervjuundersøkelsen trekker fram at en stor andel ø-hjelpspasienter er en utfordring i planleggingen av driften i sengeposten.

Analyser av registerdata viser at det ikke er noen sammenheng mellom andel ø-hjelpspasienter og arbeidsproduktivitet i en sengepost.²⁵ Blant de arbeidsproduktive sengepostene er det poster med både høy og lavere andel ø-hjelpspasienter. Analysene indikerer dermed at arbeidsproduktiviteten i en sengepost ikke avgjøres av andelen pasienter med behov for ø-hjelp.

22 Alle sengepostene ved Sykehuset i Vestfold HF og Akershus universitetssykehus HF som er med i utvalget, er i gruppen av sengeposter med høy arbeidsproduktivitet.

23 Sykehus med færre enn 1000 årsverk er definert som små sykehus.

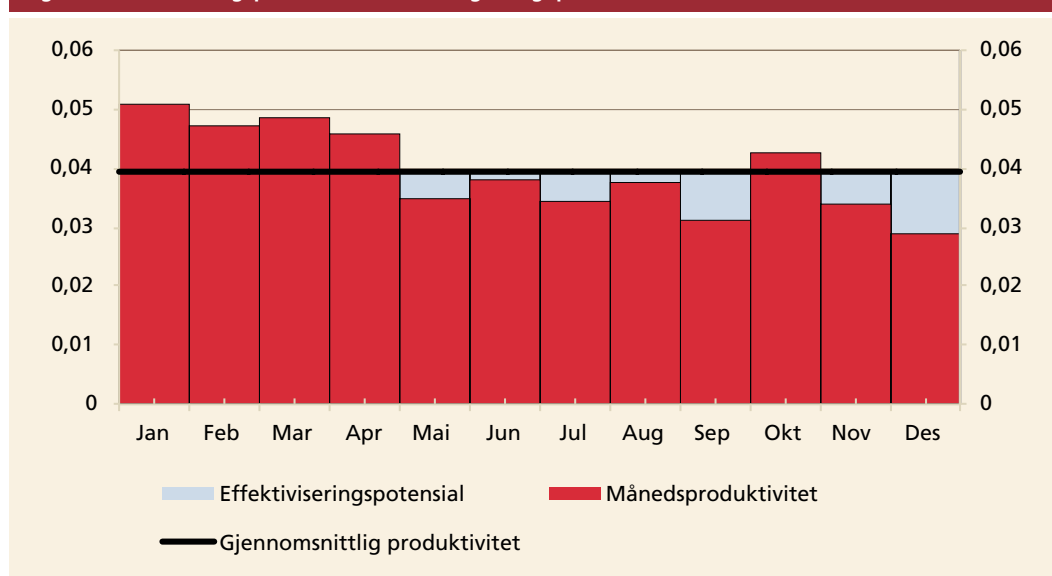
24 I undersøkelsen skiller det mellom planlagte behandlinger (pasienter som har stått på venteliste), og øyeblikkelig hjelp.

25 Korrelasjonen mellom arbeidsproduktivitet og andel ø-hjelp er -0,05. Korrelasjonen mellom *rangeringen* av produktivitet og andel ø-hjelp er 0,01. Ingen av disse er statistisk signifikante sammenhenger.

4.2 I hvilken grad er det mulig å bruke pleieressursene mer effektivt?

Noen forskjeller mellom sengepostene i arbeidsproduktivitet kan skyldes at de har ulike oppgaver, organisering og registrering, og at de har pasienter med ulike behov for pleietjenester som ikke fanges opp av DRG-systemet. Det er imidlertid rimelig å anta at den enkelte sengepost gjennom hele året vil ha samme organisering, oppgaver og ha pasienter med tilnærmet samme behov for pleietjenester. Med denne forutsetningen kan den enkelte sengepost, ved hjelp av beregninger av produktivitet for hver måned i løpet av året, sammenlignes med seg selv. Det er beregnet hvor mange vakttimer som kunne vært frigjort dersom alle sengepostene hadde økt produktiviteten i de månedene de ligger under sitt årsgjennomsnitt opp til dette nivået. Figur 2 illustrerer effektiviseringspotensialet for én av sengepostene i undersøkelsen.

Figur 2 Effektiviseringspotensial for en utvalgt sengepost



Kilde: Registerdata fra helseforetakene og NPR

Figuren viser at produktiviteten målt i pleiepoeng per vakttime (røde søyler) varierer fra måned til måned. Den svarte linjen representerer gjennomsnittlig arbeidsproduktivitet for sengeposten i 2013. I de månedene der produktiviteten er lavere enn gjennomsnittsproduktiviteten, det vil si der røde søyler ligger under svart linje, er det et effektiviseringspotensial. Det blå arealet under den svarte linjen indikerer merforbruk av vakttimer i måneder der produktiviteten er lav. Dersom denne sengeposten hadde klart å øke produktiviteten i de månedene den ligger under sitt eget årsgjennomsnitt, opp til gjennomsnittsnivået, ville denne produktivitetsøkningen kunne frigjort 4909 vakttimer i året for denne sengeposten. Dette tilsvarer 8 prosent av totalt antall vakttimer.

Tilsvarende beregning er gjennomført for alle sengepostene i undersøkelsen. Dersom alle sengepostene hadde økt produktiviteten i de månedene de ligger under sitt eget årsgjennomsnitt, opp til gjennomsnittsnivået, ville denne produktivitetsøkningen ha tilsvart 5 prosent av alle postenes vakttimer.²⁶ Det beregnede effektiviseringspotensialet i sengepostene varierer imidlertid mellom 2 og 15 prosent. For å identifisere effektiviseringspotensialet i den enkelte sengepost kreves mer detaljerte analyser.

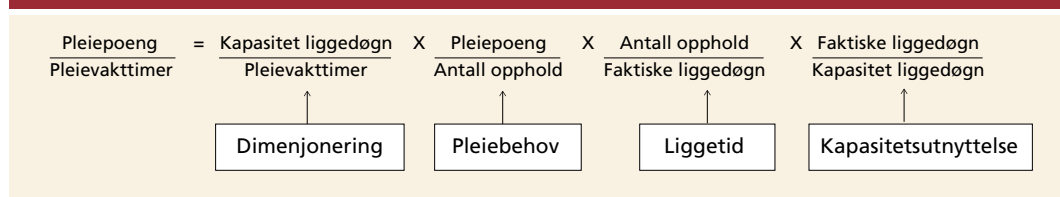
²⁶ Beregninger viser at dersom alle sengepostene i alle månedene hadde vært like produktiv som i sin mest produktive måned, ville denne økningen i sum ha tilsvart 18 prosent av vakttimene.

4.3 Hva kan forklare forskjeller i arbeidsproduktiviteten?

Indikatoren *pleiepoeng per vakttime* viser hvor mye pasientbehandling sengeposten har utført med de pleieressursene som er brukt. Indikatoren gir imidlertid ikke i seg selv informasjon om årsaker til høy eller lav produktivitet.

I undersøkelsen er det brukt en modell der produktivetsmålet (pleiepoeng per vakttime) er splittet i faktorer (*komponenter*) som gir mulige forklaringer på hvorfor en sengepost har lav eller høy produktivitet, jf. figur 3.²⁷

Figur 3 Komponenter som kan forklare forskjeller i arbeidsproduktiviteten



Den første komponenten i modellen, *dimensjonering*, viser hvor høyt sengeposten er bemannet i forhold til antall senger. Den andre komponenten, *pleiebehov*, gir et uttrykk for hvor stort behov for pleietjenester pasienter på sengeposten har, i forhold til andre poster. Den tredje komponenten, *liggetid*, reflekterer den gjennomsnittlige liggetiden på posten. Den siste komponenten, *kapasitetsutnyttelse*, er et uttrykk for gjennomsnittlig pasientbelegg på posten. Faktaboks 2 gir en nærmere beskrivelse av disse komponentene.



Sykepleiere kan ha en hektisk hverdag, men undersøkelsen viser at det er stor variasjon i hvor mye pasientbehandling sengepostene utfører med de pleieressursene de har.

Foto: Eirill Wiik/NTB Scanpix

27 Basert på en modell fra *Økonomi og helse. Perspektiver på styring* (2008). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Faktaboks 2 Produktivitetskomponenter

Dimensjonering: Kapasitet liggedøgn / antall vakttimer. Dimensjonering viser hvordan bemanningen er tilpasset sengekapasiteten. Færre vakttimer vil gjøre brøken større. Kapasitet liggedøgn beregnes ved å multiplisere antall senger på posten med 365.* Antall vakttimer beregnes ved å summere alle vakttimer i løpet av året. Isolert sett vil arbeidsproduktiviteten øke jo færre vakter det er per seng. I tabellene 1 og 2 indikerer grønn farge en relativt lav bemanning sammenlignet med likeartede poster.

Pleiebehov: Pleiepoeng / antall pasienter. Pleiebehov viser pasientenes (gjennomsnittlige) behov for pleietjenester. Stort behov for pleietjenester vil si at pasientene som behandles på posten, relativt sett har høye DRG-vekter. Isolert sett vil arbeidsproduktiviteten øke jo høyere gjennomsnittlig behov pasientene har for pleietjenester. Denne komponenten kan sengepostene ikke påvirke, men den vil likevel ha betydning for postens produktivitet. Grønn farge i tabellene 1 og 2 indikerer dermed at sengeposten har pasienter med gjennomsnittlig mer behov for pleietjenester sammenlignet med likeartede sengeposter.

Liggetid: Antall pasientopphold / faktiske liggedøgn. Liggetid uttrykker hvor lenge pasientene i gjennomsnitt ligger på sengeposten. Brøken er større dess kortere liggetid. Isolert sett vil lavere gjennomsnittlig liggetid føre til høyere arbeidsproduktivitet. Kortere liggetid kan øke produktiviteten ved at flere pasienter kan behandles på posten. I tabellene 1 og 2 indikerer derfor grønn farge en kort gjennomsnittlig liggetid sammenlignet med likeartede poster.

Kapasitetsutnyttelse: Faktisk antall liggedøgn / kapasitet liggedøgn. Kapasitetsutnyttelse viser forholdet mellom pasientbelegg og sengekapasitet, det vil si beleggsprosenten. Komponentene viser dermed også i hvilken grad senger står ubrukt. En sengepost kan ha høyere antall liggedøgn enn sengekapasiteten. Dette kan skje når sengeposten har korridorpasienter. Høy kapasitetsutnyttelse vil si at det er relativt sett mange senger i bruk. Isolert sett øker arbeidsproduktiviteten jo bedre kapasiteten utnyttes. I tabellene 1 og 2 indikerer altså grønn farge en relativt høy kapasitetsutnyttelse sammenlignet med likeartede poster.

* Alle sengepostene i utvalget er bemannet syv dager i uka. I en nærmere analyse må man likevel ta hensyn til at postene kan justere sengekapasiteten avhengig av variasjon i planlagt aktivitet (helger, sommerferie osv).

Tabell 1 viser hvordan komponentene henger sammen med produktiviteten i sengepostene med lav arbeidsproduktivitet.²⁸ Sengepostene sammenlignes for hver av komponentene med poster i samme kategori (likeartede sengeposter).²⁹ Grønn farge viser at posten har høyere verdi på komponenten enn likeartede sengeposter, noe som bidrar positivt til produktiviteten. Rød farge viser at posten har en verdi på komponenten som er lavere enn likeartede poster, og dermed bidrar negativt til produktiviteten. Gul farge viser at posten har middels verdi på komponenten.³⁰

28 Sengepostene er rangert etter arbeidsproduktivitet innenfor hver kategori sengepost. De er deretter delt i tre grupper: høy (29 sengeposter), middels (19 poster) og lav (29 poster) produktivitet. Postene er delt inn likt på alle de fire komponentene.

29 Dvs. at hjertemedisinske poster sammenlignes med hverandre, lungemedisinske med hverandre, osv.

30 Sengepostene i hvert helseforetak er tilfeldig nummerert i undersøkelsen (post 1, post 2, osv.).

Tabell 1 Sengeposter med lav arbeidsproduktivitet og resultater på produktivetskomponentene

Sengepost	Dimensjonering	Pleiebehov	Liggetid	Kapasitets- utnyttelse
Sykehuset Innlandet – post 9				
Helse Bergen – post 1				
Helse Stavanger post 1				
Sykehuset Innlandet – post 4				
Helse Førde – post 2				
Helse Fonna – post 1				
Sørlandet sykehus – post 6				
Helse Førde – post 5				
Vestre Viken – post 5				
Helse Stavanger – post 4				
Vestre Viken – post 1				
Helse Stavanger – post 5				
Nordlandssykehuset – post 4				
Helse Stavanger – post 6				
Vestre Viken – post 7				
Vestre Viken – post 8				
Helse Bergen – post 5				
Nordlandssykehuset – post 5				
Helse Stavanger – post 7				
Sykehuset Telemark – post 5				
Sørlandet sykehus – post 2				
Sykehuset Innlandet post 11				
Nordlandssykehuset – post 1				
Sykehuset Telemark – post 2				
Helse Fonna – post 2				
Sykehuset Innlandet – post 12				
Helse Førde – post 1				
Helse Viken – post 2				
Helse Førde – post 3				
Sum grønne	8	10	3	7
Sum gule	6	6	9	7
Sum røde	15	13	17	15

Kilde: Registerdata fra helseforetakene og NPR

Tabellen viser at rundt halvparten (15 av 29) av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet er høyt bemannet (dimensjonering – rød), sammenlignet med likeartede poster. Bare 4 av disse 15 sengepostene har pasienter med større behov for pleie-tjenester enn likeartede sengeposter. 11 av postene er med andre ord ikke høyt bemannet fordi de har pasienter med stort behov for pleietjenester.

Åtte av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet bemanner sengeposten med relativt få pleiere per seng (dimensjonering – grønn). Disse har lav produktivitet fordi de har lang liggetid og/eller lav kapasitetsutnyttelse.

Den gjennomsnittlige liggetiden er relativt lang i over halvparten (17 av 29) av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet (liggetid – rød). Tabell 1 indikerer at for halvparten av disse postene kan den lange liggetiden skyldes at de har pasienter med relativt stort behov for pleietjenester (pleiebehov – grønn). En nærmere analyse viser imidlertid at når det tas hensyn til hvilke typer pasienter (DRG-er) som behandles ved sengepostene, har de fleste postene med lav produktivitet lang liggetid.³¹ Nærmere analyser viser også at sengeposter med lang liggetid ikke har flere utskrivningsklare pasienter enn poster med kort liggetid. Kortere liggetid kunne i de fleste av disse sengepostene gitt høyere arbeidsproduktivitet, enten ved at flere pasienter kunne fått behandling, eller ved at bemanningen kunne vært redusert som følge av lavere pasientbelegg.

Videre viser tabell 1 at halvparten av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet har lav kapasitetsutnyttelse (kapasitetsutnyttelse – rød). Åtte av disse er likevel bemannet med mange pleiere per seng. Tabell 2 viser hvordan komponentene henger sammen med produktiviteten i sengepostene med høy arbeidsproduktivitet.



Pleiefaktor har betydning for at en sengepost drives effektivt. God samhandling med andre avdelinger og fagprofesjoner kan også bidra til kortere liggetider, høyere kapasitetsutnyttelse – og dermed effektiv drift.

Foto: Roger hardy/Samfoto/NTBscanpix

31 Det er beregnet gjennomsnittlig liggetid for hele utvalget innen hver enkelt DRG. Basert på disse gjennomsnittene og pasientenes DRG-er, er det beregnet hvor mange liggedøgn hver enkelt post ville hatt dersom alle pasientene lå like lenge som gjennomsnittet for sin DRG. Dette tallet er sammenlignet med faktisk antall liggedøgn på posten.

Tabell 2 Sengeposter med høy arbeidsproduktivitet og resultater på produktivetskomponentene

Sengepost	Dimensjonering	Pleiebehov	Liggetid	Kapasitets- utnyttelse
Helse Bergen – post 2				
Sykehuset Innlandet – post 3				
Sykehuset i Vestfold – post 3				
Nordlandssykehuset – post 3				
Sykehuset i Vestfold – post 2				
Sykehuset Innlandet - post 1				
Sykehuset Telemark – post 3				
Helse Førde – post 4				
Sykehuset Innlandet – post 5				
Helse Fonna – post 3				
Sykehuset Innlandet – post 2				
Sykehuset Innlandet – post 8				
Sykehuset Innlandet – post 10				
Sykehuset Telemark – post 6				
Sykehuset Østfold – post 3				
Sørlandet sykehus – post 10				
Ahus – post 1				
Sykehuset Telemark – post 4				
Sørlandet sykehus – post 7				
Helgelandssykehuset – post 2				
Nordlandssykehuset – post 7				
Nordlandssykehuset – post 6				
Ahus – post 2				
Sykehuset Innlandet – post 6				
Sørlandet sykehus – post 5				
Sørlandet sykehus –post 9				
Ahus – post 3				
Veste Viken – post 3				
Helse Stavanger – post 2				
Sum grønne	15	13	14	13
Sum gule	9	7	12	10
Sum røde	5	9	3	9

Kilde: Registerdata fra helseforetakene og NPR

Tabellen viser at om lag halvparten av sengepostene med høy arbeidsproduktivitet (15 av 29) har lav bemanning i forhold til antall senger (dimensjonering – grønn), sammenlignet med likeartede sengeposter. Halvparten av disse (8 av 15) har pasienter med likt eller større behov for pleietjenester enn likeartede sengeposter (pleiebehov – gul eller grønn). Det er dermed ikke slik at disse postene har lav bemanning fordi de har pasienter med lite behov for pleietjenester.

Fem av sengepostene med høy arbeidsproduktivitet er bemannet med mange pleiere per seng (dimensjonering – rød). Fire av disse har pasienter med like stort eller større behov for pleietjenester enn likeartede sengeposter (pleiebehov – gul eller grønn). Den høye bemanningen på disse sengepostene kan derfor skyldes at de behandler pasienter med stort pleiebehov.

Rundt halvparten av sengepostene med høy arbeidsproduktivitet har kortere liggetider enn likeartede sengeposter (liggetid – grønn). Bare tre sengeposter har lengre liggetid enn likeartede sengeposter (liggetid – rød). Videre viser tabell 2 at 13 av sengepostene med høy arbeidsproduktivitet har høy kapasitetsutnyttelse, mens bare seks av sengepostene har lav kapasitetsutnyttelse.

Tabell 2 viser at det er ulike forklaringer på at sengeposter har høy arbeidsproduktivitet. Tabellen indikerer at mange av sengepostene med høy produktivitet også kan bli mer effektive, enten gjennom lavere bemanning, kortere liggetid eller høyere kapasitetsutnyttelse.

Samlet sett viser tabellene 1 og 2 at sengeposter med høy arbeidsproduktivitet oftere enn sengeposter med lav arbeidsproduktivitet har

- færre pleiere per seng
- høyere kapasitetsutnyttelse
- pasienter med større behov for pleietjenester
- kortere liggetid

Tabellene viser samtidig at det er flere forklaringer på at sengeposter har høy eller lav arbeidsproduktivitet. De viser også hvor det finnes effektiviseringsmuligheter for den enkelte sengepost. Slik informasjon kan være viktig som grunnlag for forbedrings tiltak.

4.4 I hvilken grad tilpasses bemanningen variasjoner i antall pasienter på sengepostene?

4.4.1 I hvilken grad er bemanningen tilpasset variasjoner i antall pasienter gjennom året?

I undersøkelsen er gjennomsnittlig pasientbelegg per dag og gjennomsnittlig antall pleiere på dagvakt på hverdager sammenlignet i to perioder i løpet av året. Undersøkelsen viser at et flertall av sengepostene (60 prosent) har tilnærmet samme pasientbelegg i perioden januar–mars (heretter: første kvartal) og september–november (høst).³² 40 prosent av sengepostene har endring i pasientbelegg fra første kvartal til høsten som i omfang tilsier behov for forskjellig nivå på bemanningen i de to periodene.³³

Tabell 3 viser hvordan postene fordeler seg etter om de hadde økt, tilnærmet uendret eller lavere gjennomsnittlig pasientbelegg på høsten sammenlignet med første kvartal. Videre er hver av de tre gruppene sengeposter delt inn i om de hadde økt, tilnærmet uendret eller færre gjennomsnittlig antall pleievakter på dagvakt på høsten sammenlignet med første kvartal.

32 Periodene er valgt fordi dette er perioder med færrest ferie- og helligdager.

33 Dvs. at endringen i snittbelegget per dag er høyere enn sengepostens pleiefaktor (antall pasienter per pleier). For eksempel: Dersom pleiefaktoren er to pasienter per pleier, kreves det en økning i to pasienter per dag fra første kvartal til høsten for å kvalifisere som en signifikant økning. En økning på én pasient i snitt vil ikke være å betrakte som en signifikant økning fordi det ikke tilsier at bemanningen skal økes.

Tabell 3 Endringer i antall pleiere og pasienter på sengepostene fra første kvartal til høsten. N = 77

		Endring i antall pleiere		
		Reduksjon	Uendret	Økning
Endring i pasientbelegg	Økning	1	4	5
	Uendret	4	21	21
	Reduksjon	2	10	9
	Sum	7	35	35

Kilde: Registerdata fra helseforetakene og NPR

For sengepostene i de grønne feltene er bemanningen tilpasset endringen i pasientbelegg. Det store flertallet av postene i grønn kategori hadde et tilnærmet stabilt pasientbelegg og uendret antall pleiere på jobb.

Tabellen viser at 35 poster hadde et høyere antall pleiere på vakt på høsten enn i første kvartal. De fleste av disse postene hadde tilnærmet likt (21 av 35) eller lavere pasientbelegg (9 av 35) på høsten enn i første kvartal. Disse postene hadde derfor færre pasienter per pleier på høsten enn første kvartal.

Flere respondenter i intervjuundersøkelsen mener at det i bemanningsplanleggingen er vanskelig å ta hensyn til sesongvariasjoner i pasientbelegget fordi det ikke fullt ut er mulig å forutsi sesongsvingninger. Influensasesongen starter for eksempel ikke på samme tidspunkt hvert år. Andre respondenter mener at det likevel bør være mulig å ta høyde for forutsigbare sesongsvingninger i planlegging av bemanningen.

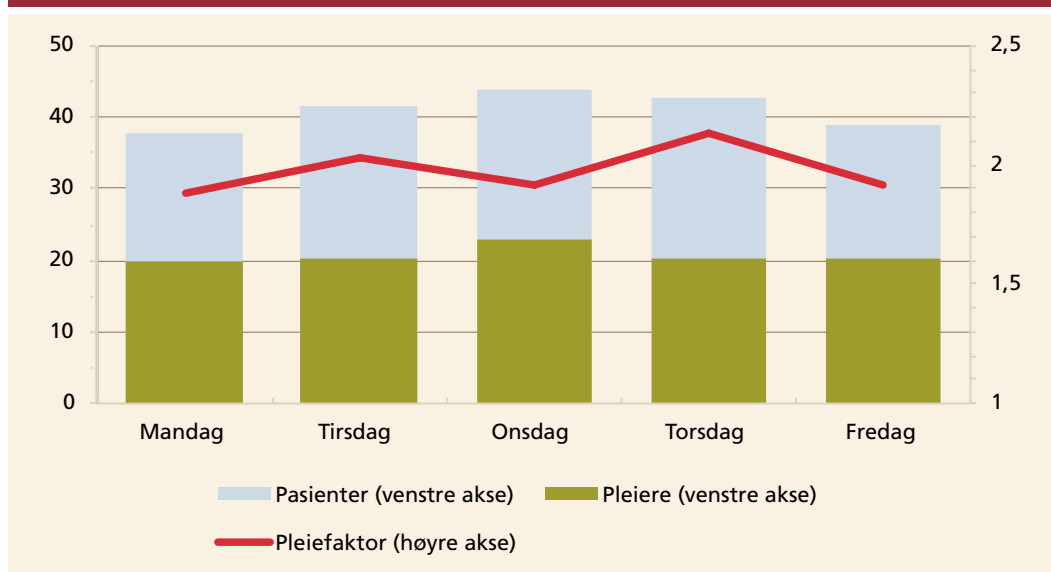
Av de 39 medisinske sengepostene i utvalget hadde bare én post høyere pasientbelegg på høsten enn i første kvartal. Likevel økte 40 prosent av de medisinske postene bemanningen på høsten. Blant de kirurgiske postene var det like vanlig med økning som nedgang i pasientbelegg på postene. Hver tredje post (12 av 38) endret bemanningen i tråd med endringer i pasientbelegget.

4.4.2 I hvilken grad tilpasses bemanningen variasjoner i antall pasienter gjennom uka?

Tre av fire sengepostledere svarer at de planlegger med like mange pleiere på dagvakt hver dag på ukedagene (mandag–fredag). Dette kan tas som uttrykk for at sengepostlederne vurderer at behovet for bemanning ikke er større noen dager enn andre dager av uka.

Figur 4 viser gjennomsnittlig antall pasienter (blå søyler) og pleiere (grønne søyler) mandag–fredag på en utvalgt kirurgisk sengepost. Indikatoren *pleiefaktor* viser forholdet mellom *antall pasienter* og *antall pleiere* (*pasienter per pleier*), og er markert med rød linje i figuren.

Figur 4 Gjennomsnittlig antall pasienter og pleiere på vakt på en utvalgt sengepost på hverdager



Kilde: Registerdata fra helseforetakene og NPR

Figuren viser et klart mønster i pasientbelegget gjennom uka på denne sengeposten. Antall pasienter øker fra mandag til onsdag, før det avtar igjen mot fredag. Videre viser figuren at bemanningen øker på onsdagen i tråd med et økt belegg. De andre dagene er bemanningen lik. Variasjonen i pasientbelegget i kombinasjon med flat bemanning gjør at det er flere pasienter per pleier (høyere pleiefaktor) tirsdag og torsdag enn de andre dagene i uka.

Nærmere analyser viser at denne ukeprofilen er relativt forutsigbar. I de ukene det er flere pasienter enn normalt på mandag, er det også svært ofte flere pasienter enn normalt de andre dagene i samme uke. Ved denne posten er det altså sjelden at ukeprofilen ikke er slik som i figur 4. Forutsatt at arbeidsoppgavene knyttet til pasientene er lik gjennom hele uka, indikerer dette at en jevnere pleiefaktor kunne vært oppnådd ved å justere bemanningen ned mandag og fredag, og å justere den opp tirsdag og torsdag.

Tilsvarende beregninger er gjort for alle postene i utvalget. Resultatene viser at tre av fire poster i utvalget hadde én eller flere dager i uka der det var systematisk færre pasienter på posten enn andre dager i 2013.³⁴ Det store flertallet av disse postene i utvalget har færre pasienter mandag og/eller fredag.

Analysen viser videre at det er like vanlig for medisinske poster å ha en ukeprofil med systematisk varierende pasientbelegg som det er for kirurgiske poster. Det er imidlertid en tydelig forskjell i formen på profilen: Mens kirurgiske poster ofte har høyest belegg midt i uka (tirsdag–torsdag), som i eksemplet over, har medisinske poster høyest belegg tidlig i uka (mandag–onsdag).

Mange av postene har en relativt høy andel øyeblikkelig hjelp-pasienter. Flere respondenter i intervjuundersøkelsen mener at variasjonen i pasientbelegget derfor er tilfeldig og uforutsigbar, og det planlegges med lik bemanning alle hverdager i uka for å ha beredskap for å ta imot ø-hjelpspasienter. I de tilfellene der det er systematiske forskjeller i pasientbelegget i løpet av uka, vil imidlertid flat bemanning medføre

34 Systematisk vil si minst 35 uker i året.

systematiske forskjeller i pasienter per pleier og dermed ulik arbeidsbelastning for de ansatte de ulike dagene i uka.

4.4.3 I hvilken grad tilpasses bemanningen variasjoner i pasientbelegg i løpet av dagvakten?

I sykehusene er det vanlig å dele døgnet i tre vakter, for eksempel dagvakt (kl. 07.30–15.30), kveldsvakt (kl. 15.00–22.30) og nattevakt (kl. 22.00–08.00). På dagvakter er det i de fleste sengepostene normalt like mange ansatte på vakt hele vekten. Samtidig er det slik at de fleste pasientene kommer til sengepostene tidlig på dagen, mens utskriving av pasienter skjer senere på dagen. Antall pasienter som er på sengepostene, vil derfor vanligvis variere gjennom dagvakten.

Analysen av registerdata viser at de fleste sengepostene har flere pasienter midt på dagvakten (kl. 10–13) enn tidlig på dagvakten (kl. 7–9) og på slutten av dagvakten (kl. 14–16). Tilnærmet alle sengepostene har også flere pasienter tidlig på dagvakten (kl. 7–9) enn på slutten av dagvakten (kl. 14–16) de fleste hverdagene i året.³⁵

På de fleste sengepostene er forskjellene i pasientbelegg mellom tidlig og sent på dagvakten relativt små. I om lag én av fem sengeposter er imidlertid pasientbelegget ofte så mye høyere tidlig på dagvakten enn på slutten av dagvakten at dette kunne tilsi lavere bemanning på slutten av dagvakten.³⁶

I en vurdering av bemanningsbehovet både gjennom uka og dagen må det legges til grunn at antallet pasienter ikke alene er avgjørende. Eksempelvis vil det være merarbeid i forbindelse med utskriving av pasienter, noe som ofte vil skje på slutten av dagvakten. Om morgenen vil det på den andre siden være merarbeid i forbindelse med morgenstell. For å finne riktig bemanningsbehov i den enkelte sengepost, kreves det mer detaljerte analyser.

³⁵ Mer enn 200 av 261 hverdager i året. Ved de fleste sengepostene gjelder dette nærmere 250 dager.

³⁶ Med dette menes at forskjellen i gjennomsnittlig pasientbelegg er større enn pleiefaktoren på morgenen. For eksempel: Dersom det er to pasienter per pleier (pleiefaktor = 2) på morgenen, og det er minst to pasienter færre sent på dagvakten, tilsier dette forskjellig bemanning på morgen og sent på dagvakten.

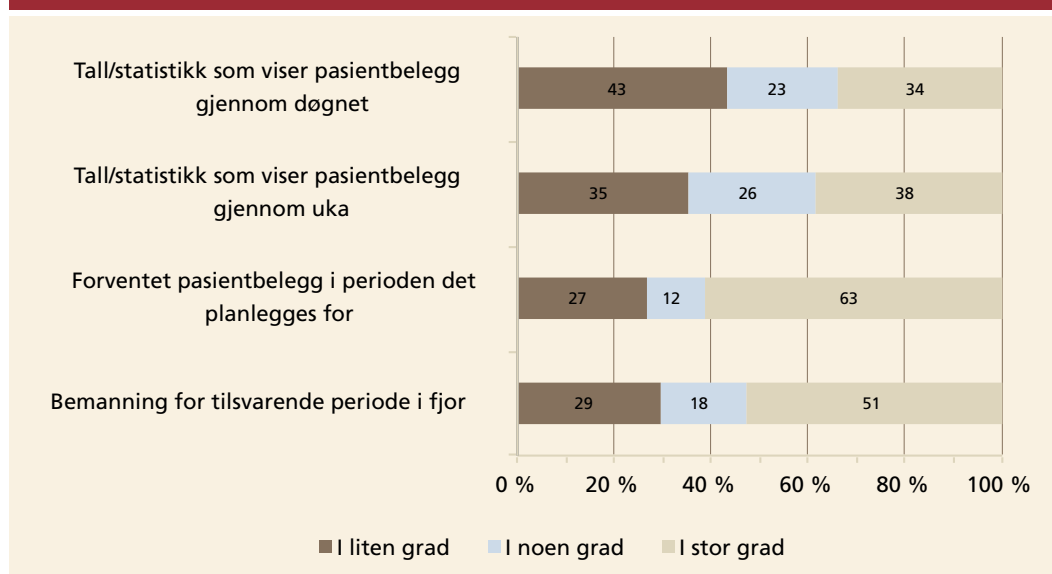
5 Hvordan bidrar styring av sengepostene til effektiv bruk av pleieressursene?

5.1 I hvilken grad bidrar bemanningsplanleggingen til at bemanningen tilpasses aktiviteten?

God bemannings- og arbeidsplanlegging danner grunnlaget for gode pasientforløp og effektiv bruk av pleieressursene. Med *bemanningsplan* menes *hvor mange* ansatte som skal være til stede på hver vakt. Med utgangspunkt i bemanningsplanen utarbeides *arbeidsplanen*, som viser *hvilke ansatte* som er satt opp på ulike vakter. Leder for sengepostene har ansvaret for å sette opp bemannings- og arbeidsplanen.

I spørreundersøkelsen ble lederne spurt om de mente at arbeidsplanen i tilstrekkelig grad var tilpasset variasjoner i antall pasienter og pleiebehov. Mer enn hver tredje leder av sengepostene og 40 prosent av mellomlederne er enige i påstanden. Samtidig er det omtrent like mange ledere som er uenige i dette. Figur 5 viser hvilken type informasjon sengepostlederne legger til grunn i bemanningsplanleggingen.

Figur 5 I hvilken grad brukes følgende informasjon i planleggingen av hvor mange som skal være på vakt? N = 100



Kilde: Spørreundersøkelse

Figuren viser at over halvparten av lederne for sengepostene svarer at de i stor grad bruker informasjon om *forventet* pasientbelegg i perioden og bemanningen for tilsvarende periode i fjor når de planlegger hvor mange som skal være på vakt. Færre ledere bruker historisk statistikk som viser pasientbelegget gjennom uka og døgnet. Ved sengeposter med lav produktivitet brukes det i planleggingen i noe større grad informasjon om bemanningen for tilsvarende periode året før enn ved sengeposter med høy produktivitet. Konsekvensen av ikke å bruke historiske data som grunnlag i planleggingen kan være at leder ikke får god nok oversikt over systematiske variasjoner i pasientbelegget, og dermed at bemanningen ikke tilpasses pasientbelegget.

Intervjuundersøkelsen viser at mange sengepostledere har begrenset tilgang til styringsinformasjon som viser forholdet mellom pasientbelegg og bemanning.

Det vanlige er at bemanningsplaner settes opp på grunnlag av forrige års eller forrige periodes plan, og justeres for eventuelle forventede endringer i driften.

Data om aktivitet og bemanning produseres i sykehusene med daglig bruk av systemer for pasientadministrasjon (DIPS) og personalplanlegging (Gat). Intervjuundersøkelsen viser at data fra disse systemene i liten grad tas ut og bearbeides til statistikk for å kartlegge systematiske variasjoner i aktiviteten gjennom året, uka og døgnet, som grunnlag for bemanningsplanleggingen.

Spørreundersøkelsen viser at et flertall av sengepostene planlegger med lik bemanning alle hverdagene i uka. Nærmere analyser av registerdata viser samtidig at to av tre sengeposter som planlegger med lik bemanning, har systematisk variasjon i pasientbelegget gjennom uka. Antallet pasienter avgjør ikke alene bemanningsbehovet i en sengepost. Undersøkelsen indikerer likevel at ved mer bruk av statistikk kunne flere sengeposter ha utarbeidet bemanningsplaner som var bedre tilpasset bemanningsbehovet for de ulike ukedagene.³⁷

På mange sengeposter varierer pasientbelegget gjennom dagvaktene på hverdager, jf. punkt 4.4.3. Samtidig planlegges det vanligvis med like mange ansatte på vakt gjennom hele dagvaktene. Spørreundersøkelsen viser at hver tredje sengepost har innført vakter som i varighet eller starttidspunkt avviker fra standardvaktene (*alternative vakter*). Noen av disse bruker slike vakter for å skyve vakttimer mot den delen av dagvaktene med høyest belegg. Lederne mener at dette bidrar til mer effektiv bruk av pleieressursene. I mange tilfeller brukes imidlertid alternative vakter for å imøtekomme ansattes ønsker om å samkjøre jobb og fritid. Analysen av registerdata indikerer at flere sengeposter kunne vurdert ulik bemanning gjennom dagvaktene for å tilpasse bemanningen bedre til pasientbelegget. Bare halvparten av lederne for sengeposter som ikke bruker alternative vakter, har diskutert å innføre slike vakter med sin nærmeste leder.

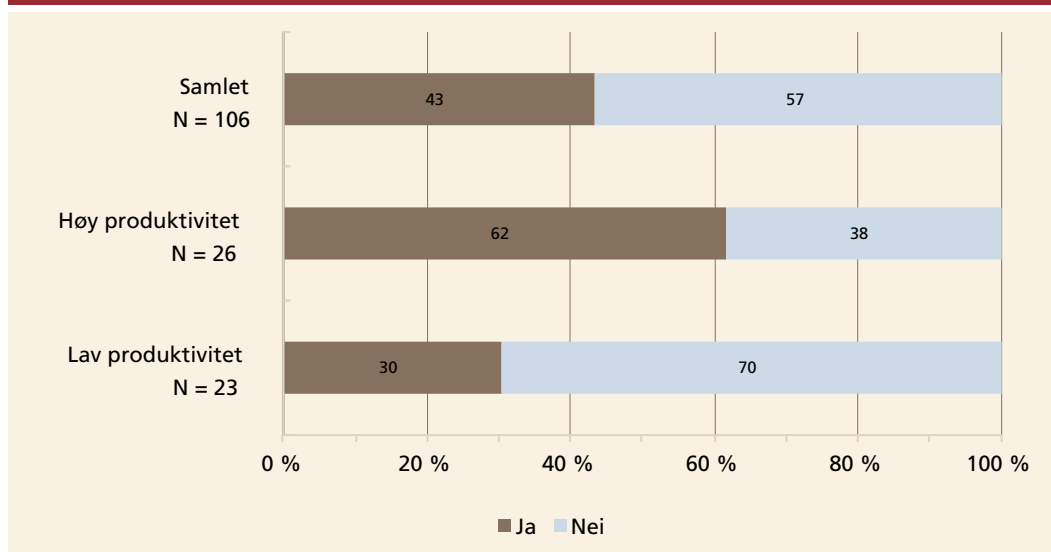
Å utarbeide en bemannings- og arbeidsplan som ivaretar både pasientenes, de ansattes og sykehusets behov og interesser, krever blant annet kunnskap om generell ledelse, bruk av dataverktøy, lover, avtaler og logistikk. Spørreundersøkelsen viser at over halvparten av sengepostlederne mener at de har fått tilstrekkelig opplæring i bemanningsplanlegging, mens hver fjerde leder mener de ikke har fått dette. Noen flere ledere for sengeposter med høy arbeidsproduktivitet mener de har fått tilstrekkelig opplæring (61 prosent) enn ledere for sengeposter med lav arbeidsproduktivitet (48 prosent).

Intervjuundersøkelsen viser at det er forskjeller i innholdet i opplæringen. I noen sykehus består opplæringen hovedsakelig i innføring i teknisk bruk av bemanningsplanleggingssystemet (Gat), mens det i andre sykehus legges større vekt på prosessen med å definere bemanningsbehovet.

Veiledere og sjekklister kan også være til hjelp når bemannings- og arbeidsplaner skal utarbeides.

37 Beregninger av registerdata viser at sengeposter som planlegger med varierende bemanning gjennom uka, i hovedsak også har systematisk variasjon i pasientbelegg gjennom uka.

Figur 6 Kjenner sengepostledere til om det er en veileder i arbeidsplanlegging på sykehuset? N = 106*



* Kategorien "Samlet" omfatter alle 106 respondenter som har besvart spørreundersøkelsen. Kategorien "Høy produktivitet" refererer til de 26 av 31 sengeposter med høyest produktivitet som har besvart spørreundersøkelsen. Tilsvarende er det 23 av 31 poster i gruppen "Lav produktivitet" som har besvart spørreundersøkelsen.

Kilde: Spørreundersøkelse

Figur 6 viser at et flertall av sengepostlederne i spørreundersøkelsen ikke kjenner til om det finnes en veileder i arbeids- og bemanningsplanlegging ved sykehuset.

Det er imidlertid forskjeller mellom sengeposter med henholdsvis høy og lav arbeidsproduktivitet. Flere ledere for sengeposter med høy arbeidsproduktivitet kjenner til en veileder i bemanningsplanlegging, sammenlignet med ledere for poster med lav produktivitet. Nesten to av tre ledere av sengeposter med høy arbeidsproduktivitet kjenner til at det er en veileder på sykehuset. På sengeposter med lav arbeidsproduktivitet kjenner færre enn hver tredje leder til en slik veileder. Dette tyder på at slike veiledere og god opplæring kan være viktig for å øke oppmerksomheten om ressursbruken, og gjennom det oppnå høyere produktivitet.

Intervjuundersøkelsen viser at noen helseforetak har kommet lenger enn andre helseforetak i å utvikle metodikk for bemanningsplanlegging. Ledere for HR-enheter og ressursstyringsenheter som er intervjuet, peker på at god bemanningsplanlegging krever at ledelsen har oversikt over sengepostens aktiviteter og pleieressursenes kompetanse, og at de aksepterer sengepostens økonomiske ramme. For å fastsette bemanningsbehovet kan bruk av historisk statistikk over pasientbelegg og bemanning gjennom året, uka og døgnet avdekke systematiske variasjoner, og dermed danne grunnlag for bemanning som er bedre tilpasset pasientbelegget.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Vest opplyser i intervju at de har utviklet metoder og hjelpemidler til bruk i arbeidet med å forbedre styringen av personalressursene. Tilnærmingen de to RHF-ene har valgt, er noe ulik. I Helse Sør-Øst er det utviklet prosjektmetodikk for å finne fram til forbedringer i organisering og rutiner. Se faktaboks 3 om Helse Sør-Østs metodikk for å forbedre ressursstyringen.

Faktaboks 3 BRASSE-metodikk i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har utviklet en egen metodikk – Bedre ressursstyring, arbeidstidsplanlegging, styring, systemer og endringsledelse (BRASSE) – til bruk for å forbedre ressursstyringen i sykehusene. BRASSE er blant annet brukt i utvalgte enheter i Sykehuset Vestfold og Sykehuset Innlandet.

Metodikken i BRASSE legger vekt på

- involvering av ledere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten
- dialog på tvers av yrkesgrupper
- grundig analyse av nå-situasjon
- søken etter forbedringsområder

Målet er å identifisere forbedringsområder og tiltak på grunnlag av driftsanalyser som inneholder

- beskrivelse av pasienttilbud
- beskrivelse av bemanning
- beskrivelse av aktivitet
- informasjon om budsjett

Ønskede gevinster er bedre pasienttilbud, høyere medarbeidertilfredshet, økt produktivitet, riktigere bruk av penger og felles forståelse av driften.

Ved Sykehuset Innlandet ble det i undersøkelsen vist til et prosjekt gjennomført i en sengepost med denne metodikken. Dette prosjektet har resultert i konkrete forbedringstiltak, blant annet reorganisering av samarbeidet mellom to sengeposter og oppgavefordeling i poliklinikken, og innføring av alternative vakter.

Kilde: Helse Sør-Øst

Helse Vest RHF har arbeidet med å gjøre styringsdata tilgjengelig for ledere, og å utvikle hjelpemidler i bemanningsplanleggingen. Helse Bergen bruker en metodikk for bemanningsplanlegging som bygger på data og analyser av de ulike elementene i planleggingen. En av sengepostene i intervjuundersøkelsen ved dette helseforetaket har brukt denne metodikken i bemanningsplanleggingen, og deler nå året inn i tre planperioder ut fra forventet pasientbelegg. Posten planlegger med høyere bemanning i perioden fra november til mars, når pasientbelegget historisk sett er høyest, og lavere i andre perioder av året.³⁸ Se faktaboks 4 om Helse Bergens metodikk for bemanningsplanlegging.

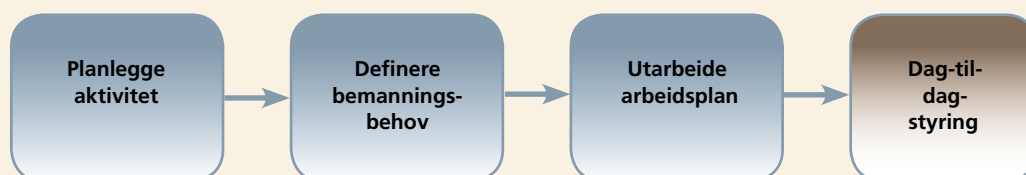
Helse- og omsorgsdepartementet mener at det er krevende å dele året inn i ulike perioder med høyere arbeidstidsuttak i en periode for å ha et lavere arbeidstidsuttak i andre perioder. Departementet viser til at det er mulig å inngå avtaler for gjennomsnittsberegning av arbeidstiden med varighet på inntil ett år. Innenfor en gjennomsnittlig arbeidstid er det likevel et avgrenset handlingsrom til høyt uttak i en periode og lavere i en annen periode.³⁹

38 Dette oppnås blant annet ved gjennomsnittsberegning av arbeidstiden gjennom året. Det vil si at de ansatte arbeider noen flere timer per uke i perioder med høy aktivitet og noen færre timer per uke i perioder med lav aktivitet. På denne måten blir arbeidsbelastningen jevnere gjennom året, til fordel for både pasientene og arbeidsmiljøet.

39 Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen 6. august 2015.

Faktaboks 4 Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging i Helse Bergen

Helse Bergen har utviklet en metodikk for aktivitetsstyrt bemanning til bruk for de lederne i foretaket som har ansvar for planlegging av aktivitet og bemanning. Metodikken er inndelt i fire steg:



Kilde: Helse Bergen

I første steg kartlegges historisk aktivitet, for å se om det er systematiske variasjoner i aktiviteten gjennom året, uka og døgnet. Aktivitetsanalysen leder fram til en oversikt over forutsigbare aktiviteter som regelmessig finner sted i løpet av et døgn, en uke eller et år. Oversikten skal ta hensyn til historiske aktivitetsvariasjoner, kjente endringer i pasientvolum og eventuelle endringer i enhetens tjenestetilbud. I Helse Bergen kan lederne be om bistand til å framskaffe bearbejdede data over historisk aktivitet. Delvis er dette også gjort direkte tilgjengelig for lederne. Det pågår nå et arbeid i regionen for å gjøre data enklere tilgjengelig gjennom standardiserte løsninger.

I andre steg defineres bemanningsbehovet, der hensikten er å sikre at virksomhetens personalressurser planlegges innenfor gitte rammer og i samsvar med de aktivitetene og oppgavene som skal utføres. I Helse Bergen er det også utviklet en "kalkulator" basert på historisk bruk av ekstrapersonale, til bruk i arbeidet med å sette opp bemanningsplanen. Kalkulatoren brukes som grunnlag for å vurdere muligheter for å overføre variabel lønn til fast lønn.

I tredje steg utarbeides arbeidsplanen, som viser planlagt arbeidstid og fritid for alle ansatte, i tråd med lov- og avtaleverket. Arbeidsplanen er leders verktøy for å sikre at enheten har rett bemanning og kompetanse til enhver tid.

Dag-til-dag-styringen er den løpende oppfølgingen av bemanning, aktiviteter og oppgaver. Dette innebærer alle løpende beslutninger om hvordan personale disponeres. Her håndteres blant annet avvik i forhold til planlagt aktivitet eller bemanning, for eksempel å sikre bemanning på dager med høyt sykefravær eller høyt pasientbelegg.

Kilde: Helse Bergen



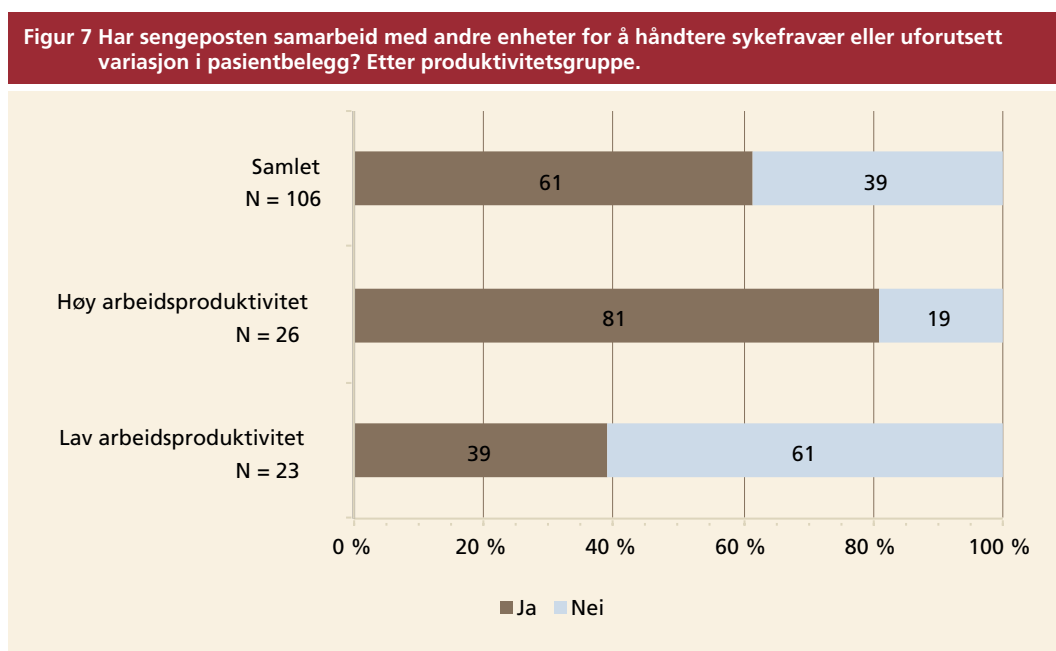
Bemanningsplanlegging er en krevende oppgave. Foto: Bjørn Rørslett/Samfoto/NTB Scanpix

5.2 I hvilken grad samarbeider sengepostene for å tilpasse bemanningen til variasjoner i pasientbelegg i den daglige driften?

5.2.1 I hvilken grad er det samarbeid med andre kliniske enheter på hverdager?

Et flertall av mellomlederne svarer i spørreundersøkelsen at det er innført en rutine der sengepostene daglig vurderer omdisponering av personale eller flytting av pasienter. Flere mellomledere for sengeposter med høy produktivitet svarer at sengepostene har innført en slik rutine, enn mellomledere for sengeposter med lav produktivitet.

I spørreundersøkelsen ble lederne for sengepostene spurt om de har et samarbeid med andre enheter⁴⁰ for å håndtere sykefravær eller uforutsett variasjon i pasientbelegg på hverdager, jf. figur 7.



Figur 7 viser at et flertall av sengepostene samarbeider med andre kliniske enheter i den daglige driften. Samarbeidet innebærer for eksempel flytting av pasienter eller utveksling av personale hele eller deler av dagen. Det mest vanlige er at sengepostene samarbeider med andre sengeposter. Figuren viser at fire av fem sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har samarbeid med andre enheter, mens under halvparten (39 prosent) av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet har slikt samarbeid. Dette indikerer at samarbeid med andre kliniske enheter kan bidra til god ressursutnyttelse.

Flere respondenter i intervjuundersøkelsen mener at det ikke har vært kultur for at ansatte i en sengepost også kan jobbe vakter på andre sengeposter, men at det har blitt mer vanlig. Flere av sengepostlederne er skeptisk til at pleierne jobber på tvers av sengeposter, fordi behovet for spesialisert kompetanse kan gjøre det vanskelig å utføre oppgaver på flere sengeposter. Samtidig viser undersøkelsen flere eksempler på at sykepleiere, med noe opplæring, utfører mindre spesialiserte arbeidsoppgaver på andre sengeposter. Flexibilitet, i form av at ansatte kan flytte mellom sengepostene, kan ifølge respondenter bidra til å overføre kunnskap og erfaringer mellom sengeposter, og dermed til forbedringer av driften.

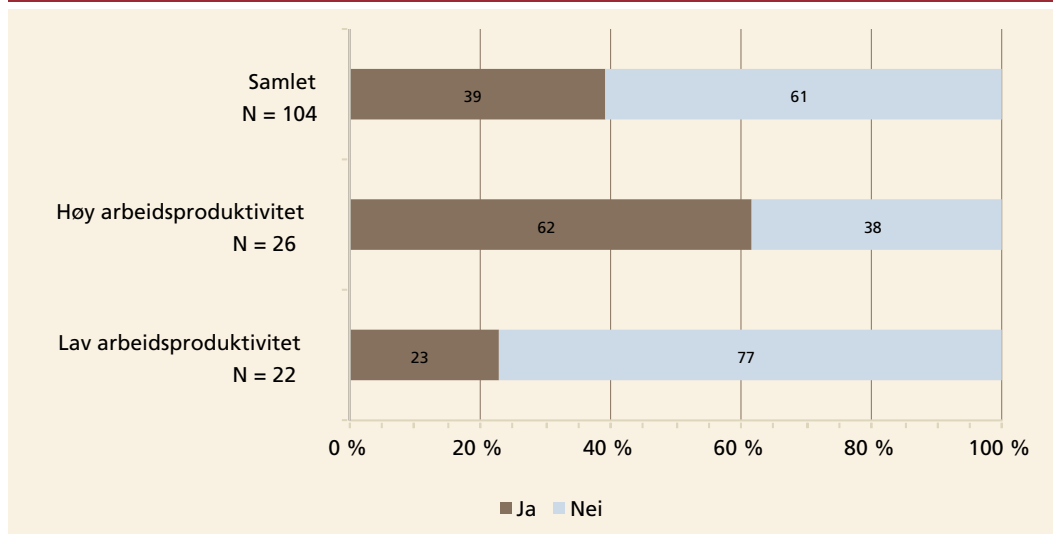
40 Det ble spurt om sengeposten har et samarbeid med poliklinikken, andre sengeposter eller andre enheter.



Korte møter for å vurdere omfordeling av personale og pasienter kan bidra til effektiv bruk av personalet.

Foto: Universitetssykehuset Nord-Norge

Figur 8 Er det faste daglige møter med andre sengeposter der det blir vurdert omdisponering av personale hele eller deler av dagen, eller flytting av pasienter? Etter produktivetsgruppe. N = 104



Kilde: Spørreundersøkelse

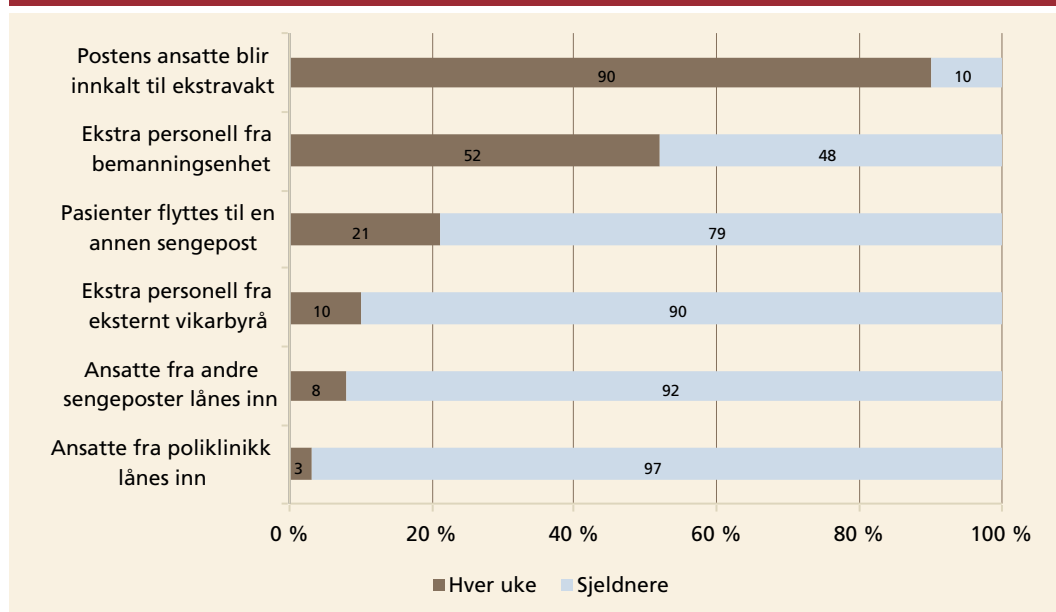
Figur 8 viser at det varierer hvor formalisert samarbeidet mellom enhetene er. 39 prosent av sengepostlederne har faste daglige møter med andre sengeposter der de vurderer omdisponering av personale hele eller deler av dagen. Spørreundersøkelsen viser også at det er mest vanlig med et slikt møte én gang i døgnet, men ved noen sykehus er det møter flere ganger i døgnet.

Figuren viser at nesten to av tre ledere i arbeidsproduktive sengeposter har faste møter hver dag, mens bare hver fjerde leder i gruppen av sengeposter med lav arbeidsproduktivitet har slike møter.

Nesten halvparten (46 prosent) av sengepostene som har slike møter, utveksler personale ukentlig.⁴¹ Flere respondenter i intervjuundersøkelsen opplyser at de på disse daglige møtene også har samtaler om hvilken sengepost den enkelte pasient bør behandles på, og hvilke pasienter som bør flyttes til andre sengeposter ved overbelegg.

Ved sykdom blant pleiepersonalet er det viktig å vurdere behovet for å tilkalle en erstatning opp mot pasientbelegget denne dagen, slik at bruken av overtid og innleie reduseres. De fleste sengepostene har imidlertid tidvis så høyt pasientbelegg eller høyt sykefravær at ekstra personale må tilkalles for å sikre tilstrekkelig bemanning. I spørreundersøkelsen ble det derfor spurt om hvor ofte ulike tiltak ble gjennomført for å sikre tilstrekkelig bemanning på dagtid på hverdager, jf. figur 9.

Figur 9 Hvor stor andel av lederne for sengepostene gjennomfører hver uke eller oftere ulike tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning på dagtid på hverdager? N = 106



Kilde: Spørreundersøkelse

Figur 9 viser at på nesten alle sengepostene blir postens egne ansatte hver uke eller oftere innkalt til ekstravakt for å sikre riktig bemanning på dagtid på hverdager. Videre viser figuren at over halvparten av sengepostene bruker ansatte fra sykehusets bemanningsenhet hver uke for å sikre tilstrekkelig bemanning på dagtid. Flytting av pasienter til andre sengeposter er også en vanlig måte å håndtere sykefravær og høyt pasientbelegg på.

Blant sengepostene med høy produktivitet er det vanligere at pasienter flyttes til andre sengeposter, og at personale fra sykehusets bemanningsenhet brukes ved uforutsett høyt pasientbelegg eller sykefravær, enn blant sengepostene med lav produktivitet.

Tre av fire mellomledere og i underkant av halvparten av sengepostlederne (43 prosent) er enig i påstanden om at det i den daglige driften er mulighet for økt samarbeid mellom postene, slik at bemanningen bedre kan tilpasses variasjoner i antall pasienter og pleiebehov. Ledere for sengeposter som har et samarbeid med andre poster på hverdager, mener i større grad at det er mulighet for mer samarbeid enn ledere for poster som ikke har etablert slikt samarbeid.

41 De øvrige sengepostene som hadde møter, utvekslet personale sjeldnere enn hver uke.

5.2.2 I hvilken grad er det samarbeid med andre kliniske enheter i helger?

Tilnærmet alle sengepostene i undersøkelsen er åpne i helgene. Turnusordningen for de fleste sykepleierne innebærer vakt hver tredje helg. Sammenhengen mellom frekvens på helgevakter, behov for ansatte og gjennomsnittlig stillingsprosent er vist i tabell 4.

Tabell 4 Sammenhengen mellom frekvens på helgevakter, behov for ansatte og gjennomsnittlig stillingsprosent for en sengepost med 12 helgevakter

	Annenhver helg	Hver tredje helg	Hver fjerde helg
Antall ansatte	24	36	48
Gjennomsnittlig stillingsprosent	100	78	58

Kilde: Helse Bergen

Tabellen viser hvor mange ansatte en sengepost med 12 vakter per helg totalt har behov for, med ordinær helgevakt henholdsvis hver andre, tredje eller fjerde helg. Tabell 4 viser at helgeturnusordningens utforming gir store utslag for hvor mange ansatte som må inngå i vaktplanen. Når frekvensen på helgevakter er hver tredje eller hver fjerde helg, er det behov for deltidsstillinger for å unngå at det legges flere vakter i arbeidsplanen på hverdage enn det bemanningsplanen tilsier. Alternativet til å øke antall ansatte for å følge denne helgefrequensen, er ordninger der de ansatte arbeider flere timer per helg.

Hver tredje sengepostleder opplyser i spørreundersøkelsen å ha ansatte som regelmessig arbeider annenhver helg. I gruppen av sengeposter med høy arbeidsproduktivitet er det flere sengeposter (44 prosent) som svarer at det er ansatte som regelmessig jobber annenhver helg, enn i gruppen av sengeposter med lav arbeidsproduktivitet (26 prosent). Ca. hver tiende leder svarer at det er noen ansatte på sengeposten som regelmessig jobber hver fjerde helg med utvidet vakttid. Med bruk av utvidet vakttid får sengeposten behov for færre ansatte for å bemanne helgevaktene. I gruppen av sengeposter med høy arbeidsproduktivitet er det mer vanlig at ansatte regelmessig jobber utvidet vakt hver fjerde helg (17 prosent), enn i gruppen av sengeposter med lav arbeidsproduktivitet (9 prosent).

Samarbeid med andre enheter, som flytting av pasienter til andre sengeposter eller midlertidig utveksling av personale fra sengeposter eller poliklinikker, kan gjøre bemanningen i helgene enklere. Mer enn to tredeler av sengepostlederne svarer at de har et slikt samarbeid. I gruppen av sengeposter med høy arbeidsproduktivitet er det flere (73 prosent) som har et samarbeid med andre kliniske enheter i helgene, enn i gruppen av sengeposter med lav arbeidsproduktivitet (57 prosent).

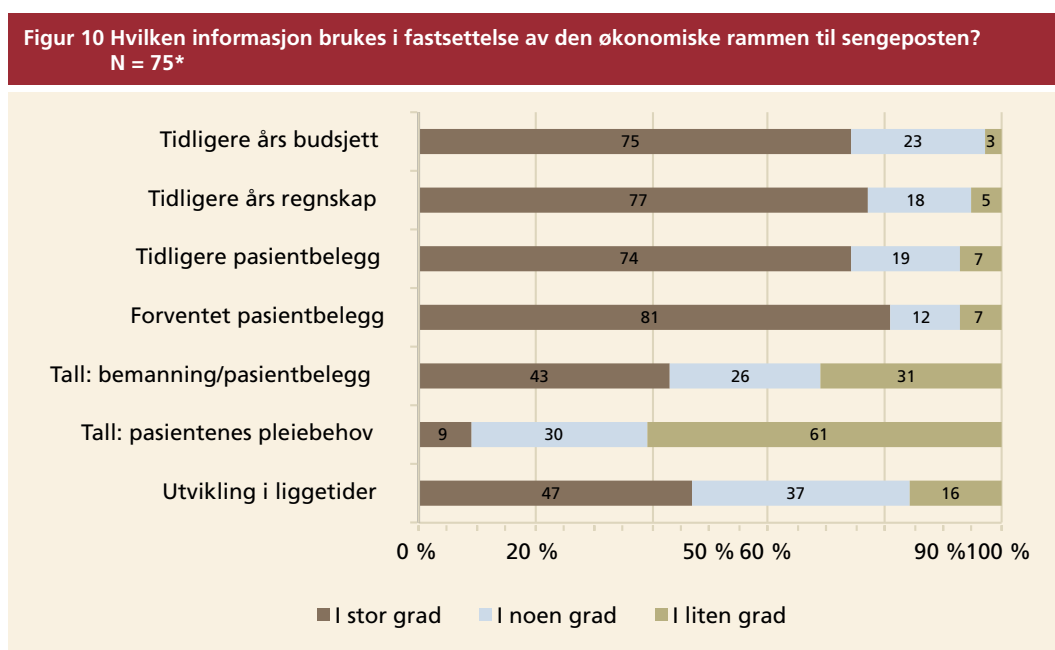
I gruppen av sengeposter med høy arbeidsproduktivitet er det flere som regelmessig bruker ansatte fra poliklinikken og studenter, og færre som bruker personer fra eksternt vikarbyrå når de bemanner helgevaktene, sammenlignet med gruppen av sengeposter med lav arbeidsproduktivitet.

Dersom sengeposten har fleksibilitet til å bruke personale fra bemanningsenhet, poliklinikk, sykepleierstudenter osv. til å bemanne helgevakter, vil det redusere behovet for antallet ansatte i posten. Dette gir også grunnlag for å kunne redusere andelen deltidsstillinger.

5.3 I hvilken grad bidrar oppfølgingen av og ressursfordelingen mellom sengeposter til mer effektiv bruk av pleiepersonalet?

5.3.1 Hvordan bidrar ressursfordelingen mellom sengepostene til effektiv bruk av personalressursene?

Den økonomiske rammen fastsettes i budsjettet, og viser de årsverkene som hver enkelt sengepostleder har til disposisjon i bemanningsplanleggingen. I spørreundersøkelsen ble mellomlederne spurt om hvilken informasjon de bruker når den økonomiske rammen for sengepostene blir fastsatt, jf. figur 10.



* 75 overordnede ledere har svart på spørsmålene. Disse er ledere for til sammen 109 sengeposter.

Kilde: Spørreundersøkelsen

Figur 10 viser at tre av fire mellomledere i stor grad tar utgangspunkt i tidligere års budsjett, regnskap og pasientbelegg når den økonomiske rammen blir fastsatt.

Forholdet mellom bemanning og pasientbelegg, og ulike liggetider, er viktige årsaker til forskjeller i arbeidsproduktivitet, jf. kapittel 4. Figur 10 viser at mange mellomledere i mindre grad bruker informasjon om disse forholdene enn økonomisk informasjon i budsjettarbeidet. Over halvparten (54 prosent) av mellomlederne svarer også i spørreundersøkelsen at det gjennomføres for få analyser av forholdet mellom pasientbelegg og bemanning på sengepostene.

I spørreundersøkelsen svarer nesten halvparten av mellomlederne at de i noen grad (37 prosent) eller i liten grad (10 prosent) sammenligner pleiefaktoren (pleiere per seng) i egne sengeposter over tid når budsjettene skal fastsettes. Enda færre sammenligner pleiefaktoren ved sengepostene som de leder, med andre sengeposter ved sykehuset eller likeartede sengeposter ved andre sykehus når budsjettene fastsettes. Slike sammenligninger vil kunne gi mellomlederen mer informasjon om sengepostens produktivitet, og dermed styrke grunnlaget for å vurdere sengepostens økonomiske ramme. Spørreundersøkelsen viser at når den økonomiske rammen for sengepostene fastsettes, er det flere mellomledere for sengeposter med høy arbeidsproduktivitet (53 prosent) som i stor grad sammenligner pleiefaktoren på sengepostene de har ansvar over tid enn mellomledere med ansvar for sengeposter med lav arbeidsproduktivitet (28 prosent).

Analyse av registerdata viser at det er stor variasjon mellom sengepostene med hensyn til hvor lenge pasientene i samme pasientgruppe (DRG) ligger på sengeposten, jf. punkt 4.3. Mer bruk av statistikk og analyser av utviklingen i liggetider på sengeposten over tid, og sammenlignet med andre likartede sengeposter, kunne gitt mellomlederne viktig informasjon for å vurdere sengepostenes økonomiske ramme.

Spørreundersøkelsen viser at ni av ti mellomledere i liten eller noen grad (henholdsvis 61 og 30 prosent) bruker informasjon om pasientenes pleiebehov når den økonomiske rammen til sengepostene fastsettes. Dette kan dels skyldes at de fleste sengepostene i undersøkelsen ikke har noe verktøy for å måle pasientenes pleiebehov. I sammenligningen av sengepostenes bemanningsbehov benyttes derfor oftere informasjon om pleiere per seng eller pleiere per pasient. Analyser av registerdata viser imidlertid at det er viktig å ta hensyn til behovet for pleietjenester hos pasientene, og ikke bare telle antall pasienter, når arbeidsproduktiviteten mellom sengeposter skal sammenlignes.⁴² Det må antas at dette også er relevant informasjon ved vurdering av sengepostenes bemanningsbehov i budsjettarbeidet.

Svarene i spørreundersøkelsen indikerer derfor at mange mellomledere i liten grad bruker viktig informasjon som kunne identifisert sengepostens muligheter for forbedringer i budsjettprosessen.

For å belyse hva som legges til grunn i budsjettarbeidet nærmere, er det gjennomført analyser av sammenhengen mellom økonomisk resultat og arbeidsproduktivitet i 2013, og budsjettendringer fra 2013 til 2014. Blant sengepostene som fikk høyere budsjett i 2014 enn i 2013, er det både sengeposter med høy og lav arbeidsproduktivitet.⁴³ Det er likevel flere sengeposter med høy arbeidsproduktivitet som fikk lavere budsjett i 2014 enn sengeposter med lav produktivitet. Tabell 5 viser sammenhengen mellom økonomisk resultat i 2013 og endring i budsjett fra 2013 til 2014.

Tabell 5 Sammenheng mellom økonomisk resultat i 2013 og budsjett i 2014

Endring i budsjett fra 2013 til 2014	Underskudd	Økonomisk balanse eller overskudd
Vekst	26	5
Tilnærmet likt eller reduksjon	25	21
Sum	51	26

Kilde: Økonomisk informasjon og registerdata fra helseforetakene

Tabellen viser at blant de sengepostene som hadde underskudd i 2013, fikk halvparten vekst i budsjettene i 2014. Bare ca. hver femte sengepost som hadde overskudd eller økonomisk balanse i 2013, fikk vekst i budsjettet i 2014.

Det kan være flere grunner til at en sengepost hadde underskudd i 2013. Budsjettet for 2013 kan ha vært urealistisk lavt, for eksempel ved at behovet for pleietjenester ble høyere enn forventet. Samtidig viser analyser av registerdata at mange sengeposter med underskudd i 2013 hadde lav arbeidsproduktivitet. Disse postene kunne dermed ha redusert underskuddet ved mer effektiv bruk av personalressursene. Mer bruk av informasjon som identifiserer dette potensialet i budsjettprosessen, kunne ha gitt en

42 Beregning av arbeidsproduktivitet som tar utgangspunkt i antall pasienter i stedet for pleiepoeng, gir en annen rangering av sengepostene.

43 Sengeposter med middels arbeidsproduktivitet er holdt utenom. Lønnsøkningen for sykepleiere var 4 prosent fra 2013 til 2014. I tabellen er sengeposter som hadde en nominell vekst i budsjettet fra 2013 til 2014 på mer enn 4 prosent, definert som "budsjett høyere i 2014 enn 2013". Sengeposter med en nominell nedgang i budsjett er definert som "budsjett lavere i 2014 enn 2013". Nominell vekst i budsjettet på mellom 0 og 4 prosent er definert som "tilnærmet samme budsjett".

mer riktig fordeling av budsjettet mellom kliniske enheter, og dermed gitt grunnlag for gi flere pasienter helsehjelp.

5.3.2 Hvordan bidrar oppfølgingen av sengepostene til effektiv bruk av personalressursene?

Spørreundersøkelsen viser at det er stor variasjon i hvor ofte sengepostlederne følges opp i formelle møter med nærmeste leder. Halvparten av lederne for sengepostene har formelle møter med nærmeste leder hver uke. Hver tredje sengepostleder (30 prosent) har møter månedlig eller sjeldnere. To av tre ledere som har formelle møter hver måned eller sjeldnere har like sjelden samtaler med sin leder om bemannings-situasjonen på sengeposten.

Relativt sjeldne oppfølgingsmøter kan skyldes at mellomleder må prioritere mellom lederoppgaver og andre oppgaver. Nesten tre av fire sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har en mellomleder som mener at de har tilstrekkelig tid og kapasitet til å styre enhetens personalressurser effektivt. Under halvparten (40 prosent) av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet har en mellomleder som mener det samme.

Blant de mellomlederne som mener at de ikke har tilstrekkelig tid og kapasitet til å styre enhetens personalressurser effektivt, er det flest som deltar i klinisk arbeid. Hver tredje mellomleder deltar i klinisk arbeid. Mellomlederne som deltar i klinisk arbeid, har også sjeldnere formelle møter med lederne for sengepostene enn andre mellomledere.

Spørreundersøkelsen viser at det er stor oppmerksomhet rettet mot budsjett, regnskap og beleggsprosent i de formelle møtene mellom leder for sengepost og dennes nærmeste leder. Sykefravær og bruk av overtid og innleie er også sentrale temaer. Dette kan skyldes at bruk av overtid og innleie medfører høyere kostnader per vakttime enn bruk av bemanning med fastlønn.

Spørreundersøkelsen viser at det på de formelle møtene for mange sengeposter er mindre oppmerksomhet om forholdet mellom bemanning og antall pasienter, pasientenes behov for pleietjenester og utviklingen i liggetid. Selv om disse faktorene er viktige forklaringer på forskjeller i arbeidsproduktivitet, svarer hver fjerde sengepostleder at disse tre faktorene i liten grad er tema i møtene med nærmeste leder. Under halvparten (46 prosent) av mellomlederne mener at de har god nok statistikk til å vurdere om det er en effektiv bruk av personalet på sengepostene.

To av tre sengeposter i undersøkelsen brukte mer enn budsjettet i 2013. Spørreundersøkelsen viser at et flertall av mellomlederne forventer konkrete tiltak fra sengeposten ved overforbruk. Samtidig viser analyser av registerdata at det var liten sammenheng mellom økonomisk resultat og arbeidsproduktivitet. Den store oppmerksomheten på budsjettavvik i oppfølgingen av sengepostene gir risiko for at sengeposter med lav arbeidsproduktivitet, og som dermed har muligheter for forbedring, ikke blir fulgt opp i den økonomiske oppfølgingen, så lenge de holder budsjettet.

Faktaboks 5 Oppfølging av to sengeposter i samme avdeling

Tabellen viser økonomisk resultat og produktivitetsberegninger for to sengeposter i undersøkelsen som har samme overordnede leder.

Økonomisk resultat og produktivitetskomponenter i to sengeposter

Post	Resultat	Produktivitet	Dimensjonering	Kapasitets- utnyttelse	Pleiebehov	Liggetid
A	Underskudd					
B	Balanse					

Kilde: Økonomisk informasjon og registerdata fra helseforetakene og NPR

Post A har middels arbeidsproduktivitet, men brukte samtidig mer enn budsjettet i 2013. Post B har lav arbeidsproduktivitet, men hadde økonomisk balanse i driften. Tabellen viser komponenter, basert på modellen i punkt 4.3, som indikerer hvorfor disse sengepostene har henholdsvis middels og lav arbeidsproduktivitet.

Post B synes å ha størst potensial for å bli mer produktiv. Denne posten har mange pleiere per seng (dimensjonering – rød) og lav kapasitetsutnyttelse. Dette indikerer at mange senger i perioder står ubrukt, og at bemanningen er høyere enn det kapasiteten skulle tilsi. I tillegg har posten høy gjennomsnittlig liggetid. Post A synes å ha et mindre effektiviseringspotensial. Den store oppmerksomheten på budsjettavvik i oppfølgingen tilsier likevel at mellomlederen sannsynligvis forventet tiltak fra lederen for post A for å redusere underskuddet, mens lederen for post B kunne fortsette driften uendret.

5.4 I hvilken grad understøtter organiseringen av sengepostene effektiv bruk av personalet?

5.4.1 Størrelse på sengeposten

Sengepostene i utvalget har mellom 9 og 45 senger, med et gjennomsnitt på 25. Nesten to av tre sengeposter med høy produktivitet har flere enn 25 senger, mens bare én av fire poster med lav produktivitet har dette. Samtidig viste kapittel 4 at sengeposter i små sykehus i gjennomsnitt har lavere produktivitet enn sengeposter i store sykehus, og 80 prosent av sengepostene i små sykehus har færre enn 25 senger. Tilsvarende tall for større sykehus er i underkant av 50 prosent. Dette indikerer at det er sammenheng mellom størrelse på sykehus, antall senger på sengepostene og produktivitet.

Større sengeposter med flere pleiere på vakt kan ha en større buffer mot sykefravær fordi den har større fleksibilitet til å omfordele oppgaver. En stor sengepost kan dermed ha mindre behov for å leie inn vikar ved fravær enn små sengeposter.

5.4.2 Organisering av pleiepersonalet i en egen sykepleierenhet

En sykepleierenhet er en organisatorisk enhet som består av flere sengeposter. En slik enhet kan være en del av en klinikk. Lederen for sykepleierenheten, som er sengepostlederens nærmeste leder, leder derfor i hovedsak pleiepersonalet. Mer enn halvparten (58 prosent) av sengepostene i undersøkelsen er organisert i en ren sykepleierenhet. De resterende 42 prosent av sengepostene er organisert i en enhet som både består av sengeposter og legeseksjoner. Ved disse sengepostene vil nærmeste leder derfor være leder for både sykepleiere og leger.

Nesten to av tre sengeposter (63 prosent) med høy arbeidsproduktivitet er en del av en sykepleierenhet, mens under hver tredje sengepost (29 prosent) er det i gruppen av sengeposter med lav arbeidsproduktivitet. Et flertall av lederne for sykepleierenheter (70 prosent) mener at en slik organisering bidrar i noen eller stor grad til samlet sett mer effektiv ressursutnyttelse i sykehuset.

Flere mellomledere mener det er en fordel at det er én ansvarlig leder for alle pleieressursene i klinikken. Denne lederen kan ta beslutninger både om fordeling av bemanning mellom postene og om rutiner for samarbeid på tvers av postene.

Spørreundersøkelsen viser imidlertid at det ikke er noen forskjell mellom sengeposter som er organisert i en sykepleierenhet, og sengeposter som ikke er det, når det gjelder samarbeid med andre sengeposter i den daglige driften. Organisering av flere sengeposter i en felles enhet kan gjøre samarbeid lettere, men er i seg selv ikke tilstrekkelig til å skape bedre samarbeid på tvers av postene. Intervjuundersøkelsen viser også gode eksempler på at sengeposter som ikke er organisert i en sykepleierenhet, har etablert et samarbeid.

5.4.3 Bemanningsenhet

Over halvparten (54 prosent) av sengepostene i utvalget har en bemanningsenhet ved sykehuset. Bemanningsenheten er sykehusets interne vikarsenter for sykepleiere og annet personale. Bemanningsenhetene har ofte både fast ansatte og tilkallingsvikarer, som leies ut til de somatiske avdelingene ved sykefravær eller ferie.

Et stort flertall (70 prosent) av mellomlederne i sykehus som har bemanningsenhet, mener at denne i noen eller i stor grad bidrar til samlet sett effektiv ressursutnyttelse ved sykehuset. Noen av sengepostlederne som ble intervjuet er mindre positive til bemanningsenheten ved sitt sykehus. Flere av lederne pekte på at bemanningsenheten ikke alltid kunne stille med personale på kort varsel. Disse mente også at det i mange tilfeller var bedre å innkalle egne ansatte til ekstravakter på grunn av deres kjennskap til posten.

Spørreundersøkelsen viser at i gruppen av sengeposter med høy produktivitet er det noen flere poster (67 prosent) som har en bemanningsenhet ved sykehuset, enn i gruppen av sengeposter med lav arbeidsproduktivitet (54 prosent). Ved uforutsett høyt pasientbelegg eller sykefravær er det også mest vanlig blant sengeposter med høy arbeidsproduktivitet å bruke ekstra personale fra bemanningsenheten.

Ifølge ledere i personalavdelinger og ledere for bemanningsenhetene som ble intervjuet, gir bemanningsenhetene sengepostene muligheter til å redusere uønsket deltid, redusere vikarutgifter og planlegge med noe lavere bemanning. Risikoen enkeltposter bærer ved å planlegge med færre ansatte på jobb, løftes opp på et høyere nivå i organisasjonen.

Bemanningsenhet som virkemiddel for å redusere uønsket deltid

I Helse Bergen og ved Sørlandet sykehus har bemanningsenheten vært brukt aktivt for å nå målet om å redusere omfanget av deltidsstillinger og midlertidige stillinger. I Helse Bergen er retningslinjen nå at alle stillinger lyses ut som faste heltidsstillinger. Bemanningsenheten gjør det mulig å besette deltidsstillinger i sengeposter og samtidig tilby de ansatte fulltidsstilling, ved at den ansatte gis en deltidsstilling i sengeposten og den øvrige stillingsdelen i bemanningsenheten. Ansatte som tidligere hadde deltidsstilling på posten, får mulighet til å fylle stillingsprosenten sin opp til 100 prosent ved å ha vakter i bemanningsenheten. Bemanningsenheten har også eget ansatt personale, egne studentstillinger og styrer all innleie fra eksterne byråer til sykehuset.

Frie timer

Klinikk for hjertemedisin ved St. Olavs Hospital har innført en fleksibel arbeidstidsordning, såkalt frie timer. Flere klinikker ved sykehuset er i ferd med å ta denne ordningen i bruk. Ordningen er frivillig, og målet er at flest mulig ansatte skal få tilbud om 100 prosent stilling. De ansatte har størstedelen av stillingen sin lagt i vanlig fast turnus, mens resten samles i frie timer. Frie timer kan brukes fleksibelt av den enkelte ansatte, ved at denne setter seg opp på ledige vakter. Ordningen benyttes til å dekke behovet for vakter ved fravær, og vikariater i kortere eller lengre perioder. Den ansatte plikter å sette seg opp på nok vakter slik at han/hun fyller stillingsprosenten sin. Ansatte i frie timer følger arbeidsmiljølovens bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden. Ordningen bidrar til at ansatte får jobbe på kjente fagområder i egen klinikk, samtidig som klinikken får dekket bemanningsbehovet med riktig kompetanse. Sammenlignet med bruk av eksterne vikarer ved fravær, er ordningen økonomisk fordelaktig.

Kilder: Helse Bergen, St. Olavs Hospital og referansegruppemøte 25.11.2014.

5.4.4 Lettpost

Med lettpost menes en post der pasientene har mindre pleiebehov, og det derfor er behov for færre pleiere. Begrunnelsen for å opprette lettposter er at dette samlet vil gi bedre ressursutnyttelse i sykehuset. Undersøkelsen viser at det er vanlig ved omtrent hver femte sengepost å overføre pasienter med mindre pleiebehov til en lettpost mot slutten av sykehusoppholdet.

Spørreundersøkelsen viser at det er vanlig i nesten hver tredje av sengepostene som har høy arbeidsproduktivitet, at pasienter sendes til en lettpost mot slutten av sykehusoppholdet. I gruppen av poster med lav arbeidsproduktivitet bruker bare to av 24 sengeposter dette organisatoriske virkemidlet.

5.4.5 Organisering av poliklinikken

Referansegruppen i undersøkelsen påpeker at det kan være en fordel å lede både en sengepost og en tilhørende poliklinikk. Begrunnelsen er at en slik organisering muliggjør samarbeid mellom de to enhetene om bemanning i den daglige driften, og at flere ansatte blir disponible for helgevakter. Ved at helgevakter kan fordeles på flere ansatte, blir det også mulig å redusere uønsket deltid.

Nesten hver fjerde leder (23 prosent) svarer i spørreundersøkelsen at de også er leder for en poliklinikk. Undersøkelsen viser at det er liten forskjell mellom sengeposter med høy og lav produktivitet i bruken av dette organisatoriske grepet.

5.5 Hvilke andre virkemidler brukes for å oppnå mer effektiv bruk av personalet?

De fleste av lederne for sengepostene og deres ledere svarer i spørreundersøkelsen at det er gjennomført flere tiltak i sengeposten og i overordnet enhet for å oppnå mer effektiv bruk av personalet. Også i intervjuundersøkelsen ble en del tiltak nevnt.

5.5.1 Standardiserte behandlingsforløp

I spørreundersøkelsen svarer 55 prosent av lederne av sengepostene at de har innført standardiserte behandlingsforløp for å oppnå mer effektiv bruk av personalet. Dette er innført av flere av sengepostene med høy arbeidsproduktivitet (58 prosent) enn av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet (39 prosent).

Dokument 3:4 (2013–2014) *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus* viste at mange sykehus har utviklet standardiserte behandlingsforløp for å øke kvaliteten og produktiviteten i pasientbehandlingen. Et stort flertall av disse sykehusene mener at dette har bidratt til bedre ressursutnyttelse. Ved å utvikle standardiserte behandlingsforløp er det etablert prosesser og rutiner som gir forutsigbarhet for de involverte fagprofesjonene og enhetene, samtidig som unødvendige rutiner har blitt fjernet, og unødig venting har blitt redusert.

5.5.2 Overføring av oppgaver mellom faggrupper (oppgaveglidning)

Undersøkelsen har funnet flere eksempler på at oppgaver overføres mellom faggrupper. Dette kan være oppgaver som overføres fra leger til sykepleiere, eller fra sykepleiere til hjelpepleiere. Begrunnelsene for å overføre oppgaver mellom faggrupper er at man vil oppnå bedre bruk av personalet ved at spesialister fritas fra oppgaver som også andre kan utføre, og at oppgavene kan løses med lavest mulig kostnader.

41 prosent av sengepostene har flyttet arbeidsoppgaver mellom faggrupper for å oppnå mer effektiv bruk av personalet. Noen flere av lederne i sengepostene med høy arbeidsproduktivitet (46 prosent) svarer at de har overført oppgaver mellom faggrupper, enn det lederne ved sengeposter med lav arbeidsproduktivitet gjør (35 prosent).

5.5.3 Samhandling mellom faggrupper

De fleste døgnpasientene mottar tjenester fra flere kliniske enheter i løpet av et sykehusopphold. Aktivitetsnivået i en sengepost vil dermed ofte være avhengig av aktivitetsnivået i andre kliniske enheter, som for eksempel operasjonsstuene. For å oppnå effektiv bemanningsplanlegging i en sengepost er det derfor viktig at lederen koordinerer egne bemanningsplaner med planlagt aktivitet i samarbeidende enheter.⁴⁴

Spørreundersøkelsen viser at et flertall av sengepostlederne (59 prosent) mener at legenes og pleiepersonalets arbeidsplaner i liten grad blir samordnet i bemanningsplanleggingen. I spørreundersøkelsen svarer 37 prosent av sengepostledere at det eksisterer rutiner som bidrar til at bemanningen på postene planlegges i samsvar med forventet aktivitet i samarbeidende enheter. I gruppen av ledere for sengeposter med lav arbeidsproduktivitet er det få (13 prosent) som svarer at de har etablert slike rutiner.

Vanlige utfordringer ved samordning av planlegging som nevnes i intervjuundersøkelsen, er disse:

- Det er lite samordning av bemanningsplaner og fravær mellom pleiepersonale, leger og teknikere.
- Det er lite samordning av pleiepersonale og leger for å oppnå god pasientflyt.
- Legene bruker ikke samme bemanningsplanleggingsystem.
- Legene har kort planleggingshorisont.

⁴⁴ Dokument 3:3 (2009–2010) Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene.

Nesten halvparten av sengepostene (48 prosent) har gjennomført tiltak eller innført rutiner som har bidratt til bedre samhandling mellom faggrupper. Mange respondenter i intervjuundersøkelsen peker på at samordning mellom sengepost og legegruppen er viktig for å oppnå effektiv drift ved sengepostene. Det er legene som tar beslutningen om hvorvidt pasienter skal skrives ut av sykehuset.

Et stort flertall av sengepostlederne i spørreundersøkelsen mener at informasjonsutvekslingen mellom leger og pleiepersonale er god, og at samarbeidet mellom leger og sykepleiere er godt.

Spørreundersøkelsen viser at de fleste sengepostene har faste tider for visitt. Faste rutiner for visittgang bidrar til at utskrivning av ferdigbehandlede pasienter ikke blir forsinket. Nesten 4 av 10 sengepostledere (38 prosent) mener at det ikke er kontinuitet blant legene som gjennomfører visitt. Respondenter i undersøkelsen mener at når det er kontinuitet blant legene, vil de i større grad være kjent med tilstanden og behandlingshistorikken til pasienten, og må ikke sette seg inn i denne under visitten. Videre vil en lege under opplæring (turnus- eller LIS-lege) i større grad kunne være usikker på vurderinger under visitten, og velge å utsette beslutninger for å konsultere andre først. Svarene i spørreundersøkelsen tyder derfor på at det her er forbedringsmuligheter i mange sengeposter.



God samhandling mellom faggrupper kan bidra til effektiv drift.

Foto: Oslo universitetssykehus

5.5.4 Overlappingstid

Overlappingstid er den tiden det er dobbel bemanning under vaktskiftene. De fleste sengepostene har overlappingstid på 15 eller 30 minutter. Flere sengeposter i intervjuundersøkelsen har redusert overlappingstiden, og noen har fjernet hele overlappingstiden ved å innføre såkalt stille rapport, det vil si en skriftlig rapport om pasientene som blir lest i vaktskiftet av de som kommer på neste vakt. Tabell 6 viser hvor mange timer som kan frigjøres og omdisponeres når overlappingstiden reduseres med 15 minutter i vaktskiftet dag/kveld i sengeposter av ulik størrelse.

Tabell 6 Overlappingstidens lengde			
Pleiere på dagvakt	8	12	15
Opprinnelig overlappingstid	30	30	30
Ny overlappingstid	15	15	15
Timer spart per dag	2	3	4
Timer spart per uke	10	15	19
Årsverk spart	0,3	0,5	0,6

Tabellen viser at en post med 12 pleiere på dagvakt som reduserer overlappingstiden fra 30 til 15 minutter, vil øke antall disponible timer i uka med 15 timer. Det betyr at posten to dager i uka kunne økt antall pleiere på dagvakt med én ekstra ansatt, innenfor uendret bemanningsramme. På ett år utgjør en reduksjon i overlappingstid med 15 minutter et halvt årsverk. Det er ingen klare forskjeller mellom gruppene av sengeposter med lav og høy arbeidsproduktivitet i hvorvidt det er korte eller lange overlappingstider.

5.5.5 Arbeidsplan og hensynet til medarbeidertilfredshet

På spørsmål om hva som er suksesskriterier for effektiv drift ved sengeposten, svarer flere sengepostledere i intervjuundersøkelsen at et godt arbeidsmiljø og høy medarbeidertilfredshet er viktig. Sengepostlederne mener at dette bidrar til mindre sykefravær og turnover, som blir beskrevet som hovedutfordringer for effektiv drift. Sengepostlederne søker blant annet å ta hensyn til de ansattes behov og ønsker når de utarbeider arbeidsplanen.

Spørreundersøkelsen viser at 59 prosent av lederne for sengepostene mener at arbeidsplanen i stor grad blir tilpasset de ansattes individuelle ønsker. Det ser ikke ut til å være systematiske forskjeller mellom gruppene av sengeposter med høy og lav arbeidsproduktivitet når det gjelder å tilpasse arbeidsplanen til de ansattes individuelle ønsker og behov.

5.6 Oppsummering

Tabell 7 oppsummerer de viktigste kjennetegnene ved bemanningsplanleggingen, tilpasning av bemanningen til pasientbelegget i den daglige driften, organisering og tiltak for sengepostene i utvalget. I tillegg oppsummeres de viktigste forskjellene mellom sengeposter med høy og lav produktivitet med hensyn til disse momentene. Tabellen er basert på forskjellene i svar i spørreundersøkelsen mellom gruppene, og gir et bilde av sammenhengen mellom de ulike momentene og arbeidsproduktivitet. Statistiske tester (korrelasjonsanalyse) er gjennomført for de ulike momentene, og er også gjengitt i tabellen. Disse indikerer hvor sterke sammenhengene er.

Tabell 7 Kjennetegn ved sengepostene, og forskjeller mellom sengeposter med høy og lav produktivitet

Tabell 7 Kjennetegn ved sengepostene, og forskjeller mellom sengeposter med høy og lav produktivitet	
	<p>Bemanningsplanlegging</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mange sengeposter tar ikke hensyn til forskjeller i pasientbelegg gjennom året i bemanningsplanleggingen. • Tre av fire sengeposter planlegger med lik bemanning hver hverdag. • To av tre sengeposter planlegger med lik bemanning gjennom uka selv om det er systematiske variasjoner i pasientbelegg.
<i>Informasjon som brukes i planlegging</i>	<ul style="list-style-type: none"> • I bemanningsplanleggingen bruker flere enn hver tredje sengepostleder i liten grad statistikk for å finne faste mønstre eller variasjoner i pasientbelegget. • Sengeposter med lav produktivitet bruker i noe større grad enn sengeposter med høy produktivitet informasjon om bemanningen for tidligere perioder.
<i>Bruk av alternative vakter</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Få sengeposter bruker alternative vakter for å tilpasse bemanningen til pasientbelegget gjennom dagen.
<i>Veiledere og hjelpemidler</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Under halvparten av sengepostlederne kjenner til en veileder/sjekkliste for bemanningsplanlegging. • Flere ledere for sengeposter med høy produktivitet enn ved poster med lav produktivitet kjenner til en veileder/sjekkliste for bemanningsplanlegging. Forskjellen er statistisk signifikant.
<i>Opplæring</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Et flertall av sengepostlederne mener de har fått tilstrekkelig opplæring i bemanningsplanlegging. • Noen flere ledere for sengeposter med høy produktivitet enn med lav produktivitet mener at de har fått tilstrekkelig opplæring i bemannings- og arbeidstidsplanlegging.
<i>Samordning med andre enheter</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Under halvparten av sengepostene har innført rutiner som bidrar til at bemanningen planlegges i samsvar med forventet aktivitet i samarbeidende enheter. • Flere sengeposter med høy produktivitet enn med lav produktivitet har innført slike rutiner. • Nesten to av tre ledere mener at legenes og pleiepersonalets arbeidsplaner i liten grad blir samordnet i bemanningsplanleggingen.
	<p>Rutiner/tiltak i daglig drift</p>
<i>Samarbeid med andre enheter</i>	<ul style="list-style-type: none"> • De fleste sengepostene med høy produktivitet samarbeider med andre enheter for å håndtere sykefravær eller uforutsett variasjon i pasientbelegget. • Et flertall av sengepostene med lav produktivitet har ikke et slikt samarbeid. Forskjellen er statistisk signifikant.
	<ul style="list-style-type: none"> • Flere sengeposter med høy produktivitet enn de med lav produktivitet har faste daglige møter med andre sengeposter, der omdisponering av personale eller flytting av pasienter er tema. Forskjellen er statistisk signifikant.
	<ul style="list-style-type: none"> • Et flertall av sengepostene tilkaller hver uke eller oftere sengepostens egne ansatte for å sikre tilstrekkelig bemanning på dagtid på hverdager. • Flere sengeposter med høy produktivitet flytter pasienter og bruker bemanningsenhet ukentlig for å sikre tilstrekkelig bemanning på hverdager. Forskjellen er statistisk signifikant.
<i>Organisering i helger</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Flere sengeposter med høy produktivitet enn de med lav produktivitet har samarbeid med andre enheter.
	<ul style="list-style-type: none"> • Flere sengeposter med høy produktivitet er bemannet i helgene med ansatte fra <ul style="list-style-type: none"> – poliklinikken – studenter (statistisk signifikant)

(fortsetter på neste side)

Tabell 7 Kjennetegn ved sengepostene, og forskjeller mellom sengeposter med høy og lav produktivitet

	Ressursfordeling og oppfølging
	<ul style="list-style-type: none"> • Det er stor variasjon i hvor ofte mellomleder følger opp sengepostlederen. • Flere av mellomlederne med sengeposter med høy produktivitet enn de med lav produktivitet mener at de har tilstrekkelig tid og kapasitet til å styre enhetens personalressurser effektivt. Forskjellen er statistisk signifikant. • Økonomisk resultat er i stor grad tema i oppfølgingssamtaler mellom sengepostleder og dennes nærmeste leder, og dette legges i stor grad til grunn for fordeling av budsjett. • Informasjon om produktivitet, og årsaker til produktivitet, er i mindre grad tema i oppfølgingssamtaler, og legges i mindre grad til grunn for fordeling av budsjett. • Under halvparten av mellomlederne mener at de har god nok statistikk til å vurdere om det er effektiv bruk av personalet på sengepostene. • Over halvparten av mellomlederne mener at det gjennomføres for få analyser av forholdet mellom pasientbelegg og bemanning på sengepostene. • Flere sengeposter med høy produktivitet enn de med lav produktivitet sammenligner pleiefaktoren på postene de har ansvar for over tid, når den økonomiske rammen for sengepostene fastsettes.
	Organisering
<i>Størrelsen på sengeposten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomsnittlig antall senger er høyere i poster med høy produktivitet enn i poster med lav produktivitet. Forskjellen er statistisk signifikant.
<i>Sykepleierenhet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Flere sengeposter med høy produktivitet enn de med lav produktivitet er en del av en egen sykepleierenhet. Forskjellen er statistisk signifikant.
<i>Bemanningsenhet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Flere sengeposter med høy produktivitet enn de med lav produktivitet har en bemanningsenhet ved sykehuset.
<i>Lettpost/pasient-hotell</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Én av tre sengeposter med høy produktivitet bruker lettpost. Svært få sengeposter med lav produktivitet bruker lettpost. Forskjellen er statistisk signifikant.
	Andre tiltak eller rutiner
<i>Samarbeid med legene</i>	<ul style="list-style-type: none"> • De fleste sengepostene har faste tider der legene går visitt. • De fleste sengepostene mener de har et godt samarbeid og god informasjonsutveksling med legene.
<i>Gjennomført tiltak for å oppnå mer effektiv bruk av personalet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • En større andel av sengeposter med høy produktivitet har innført tiltak som standardiserte behandlingsforløp og oppgaveglidning enn sengeposter med lav arbeidsproduktivitet • Overlappingstiden mellom vaktskiftene varierer mellom sengepostene, og mellom vaktskiftene innen samme post. Det er ingen klare forskjeller mellom sengeposter med høy og lav arbeidsproduktivitet.

Tabellen viser at sengeposter, uavhengig av produktivitet, har en del felles kjennetegn. Ikke alle forskjellene mellom gruppene med høy og lav produktivitet som gjelder de ulike tiltakene, er statistisk signifikante. Tabellen viser likevel at det er en tendens til at sengeposter med høy produktivitet har gjennomført tiltak og rutiner eller er organisert på en slik måte at det legger til rette for mer effektiv bruk av personalet.

På bakgrunn av funnene i kapittel 4 og 5 er det gjennomført en regresjonsanalyse. Formålet er å belyse om faktorer som samvarierer med produktivitet, også har selvstendig effekt på produktivitet.⁴⁵ Variablene som inngår i analysen, er om sengeposten er i et lite sykehus, antall senger på posten, om sykehuset har bemanningsenhet, lettpost og/eller sykepleierenhet, og til slutt om posten har samarbeid med andre sengeposter for å håndtere sykefravær og uforutsett variasjon i pasientbelegg.⁴⁶

45 Avhengig variabel i analysen er sengepostenes *pleiepoeng per pleietime*. Logistisk regresjon der postene deles i to grupper (høy/lav produktivitet), gir tilsvarende resultater og konklusjoner.

46 Variabler som *andel ø-hjelp* og *pasientgrupper* inngår ikke i analysen her. Punkt 4.1 viser at det ikke er noen sammenheng mellom disse og produktivitet. Regresjonsmodeller der disse variablene inngår (ikke vist), bekrefter dette.

Analysen viser at små sykehus har negativ effekt, og at samarbeid har positiv effekt på produktivitet, også når det kontrolleres for andre faktorer. Disse effektene er statistisk signifikante. Dette betyr at sengeposter i små sykehus i gjennomsnitt har lavere produktivitet enn poster i mellomstore og store sykehus. Flere av sengepostene i små sykehus har likevel høy produktivitet. Analysen gir samtidig klare indikasjoner på at samarbeid med andre enheter bidrar til økt produktivitet, uavhengig av størrelsen på sykehuset og andre organisatoriske forhold.

Korrelasjonsanalysen viser at antall senger, bemanningsenhet, lettpost og sykepleier-enhet samvarierer positivt med produktivitet. I regresjonsanalysen er imidlertid effektene ikke signifikante.⁴⁷ Regresjonsanalysen kan derfor ikke med sikkerhet slå fast om disse faktorene har selvstendig effekt på produktiviteten.

47 Variablene hadde enten ingen signifikante effekter på produktivitet, eller de hadde ikke robuste resultater, det vil si at de var sensitive for hvilke variabler og enheter som inngikk i modellen.

6 Vurderinger

I 2015 er de samlede utgiftene til spesialisthelsetjenesten på mer enn 130 mrd. kroner. Lønnskostnadene utgjør ca. 70 prosent av de samlede kostnadene i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Pleiepersonale utgjør mellom 40 og 50 prosent av årsverkene. Effektiv bruk av pleiepersonale har derfor stor betydning for om de samlede ressursene i helseforetakene utnyttes på en måte som gir helsehjelp til flest mulig pasienter. Undersøkelsen viser at det i mange helseforetak er mulig å bruke pleiepersonale mer effektivt.

6.1 Helseforetakene kan bruke pleieressursene mer effektivt

Arbeidsproduktivitet viser hvor mye pasientbehandling sengeposten har utført med de pleieressursene som er brukt. *Pleiepoeng per vakttime* er brukt som indikator på arbeidsproduktivitet. Indikatoren tar hensyn til at sengepostene har pasienter med ulike behov for pleietjenester.

Undersøkelsen viser at det er store forskjeller i arbeidsproduktivitet blant sengepostene. Det er også store forskjeller i arbeidsproduktivitet mellom sengeposter i samme kategori, det vil si mellom likeartede sengeposter.⁴⁸ Dette betyr at arbeidsproduktiviteten avgjøres av andre faktorer enn hvilke pasientgrupper sengeposten behandler.

Mange av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet kan bli mer effektive. En stor del av disse postene er høyt bemannet sammenlignet med likeartede poster. Noen av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet er imidlertid bemannet med relativt få pleiere per seng. Disse har lav produktivitet fordi de har lang liggetid eller lav kapasitetsutnyttelse. Kortere liggetid ville gi flere pasienter behandling, og dermed økt arbeidsproduktiviteten. Samlet sett har sengeposter med høy arbeidsproduktivitet sammenlignet med likeartede sengeposter som har lav arbeidsproduktivitet, oftere

- færre pleiere per seng
- høyere kapasitetsutnyttelse
- kortere liggetid

Undersøkelsen indikerer at dette ikke kan forklares med at sengepostene med høy arbeidsproduktivitet har pasienter med mindre behov for pleietjenester. Samtidig indikerer undersøkelsen at også de fleste postene med høy arbeidsproduktivitet kan bli mer effektive.

Noe av forskjellene i arbeidsproduktivitet mellom sengepostene kan skyldes at de har ulike oppgaver, organisering og registreringspraksis, og at de har pasienter med ulike behov for pleietjenester som ikke fanges opp av DRG-systemet. Sengeposter vil imidlertid gjennom hele året normalt ha samme organisering, oppgaver og registreringspraksis. De fleste sengepostene har et effektiviseringspotensial når de sammenlignes med seg selv over tid. Dersom alle sengepostene i 2013 hadde økt produktiviteten i de månedene de lå under sitt eget årsgjennomsnitt, opp til gjennomsnittsnivået, ville dette til sammen ha frigjort 5 prosent av vakttimene som disse postene brukte det året. Det beregnede effektiviseringspotensialet på sengepostene

48 Kategoriene er hjertemedisinske, lungemedisinske, generelle medisinske, ortopediske, gastrokirurgiske og generelle kirurgiske sengeposter.

varierer mellom 2 og 15 prosent av postenes vakttimer. For å identifisere effektiviseringspotensialet i den enkelte sengepost kreves mer detaljerte analyser.

Undersøkelsen viser også at det er mulig å oppnå effektivisering ved å tilpasse bemanningen bedre til antall pasienter gjennom dagen, uka og året. Mange sengeposter tilpasser ikke bemanningen til sesongsvingninger i pasientbelegget. Om lag 40 prosent av sengepostene i utvalget økte bemanningen høsten 2013, selv om pasientbelegget var uendret eller lavere enn i første kvartal. Videre planlegger 75 prosent av sengepostene med lik bemanning alle hverdagene i uka. Dette kan tas som uttrykk for at sengepostlederne vurderer at behovet for bemanning ikke er det samme hver dag. Analyse av pasientdata for sengepostene viser at to av tre av disse postene likevel har systematisk variasjon i pasientbelegget gjennom uka. Dette viser at det er grunnlag for å tilpasse bemanningen bedre til variasjoner i aktiviteten i de undersøkte sengepostene.

6.2 Bedre styring kan bidra til mer effektiv bruk av pleiepersonalet

Helseforetakene skal ha en internkontroll som bidrar til effektiv ressursbruk. Undersøkelsen viser at sykehusene kan oppnå mer effektiv bruk av pleieressursene gjennom mer bruk av relevant informasjon i styringen av sengepostene, bedre bemanningsplanlegging og mer samarbeid mellom kliniske enheter i den løpende driften. Videre indikerer undersøkelsen at sengeposter med høy arbeidsproduktivitet i mange tilfeller har gjennomført tiltak, eller de har en organisering og rutiner, som legger til rette for mer effektiv bruk av pleiepersonalet.

6.2.1 Ledelsens styringsinformasjon gir ikke godt nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene

Undersøkelsen viser at det er ulike forklaringer på at sengeposter har høy eller lav arbeidsproduktivitet. For eksempel kan lav produktivitet i noen sengeposter skyldes at den er bemannet med mange pleiere per seng, mens den i andre sengeposter skyldes lang liggetid, uten at dette kan forklares med pleiebehovet til pasientene. Ledelsens kunnskap om disse årsakene er derfor viktig for at det skal kunne iverksettes riktige tiltak på en sengepost som kan føre til mer effektiv bruk av pleiepersonalet. Under halvparten (46 prosent) av mellomlederne mener at de har god nok statistikk til å vurdere om det er en effektiv bruk av personalet på sengepostene.

De fleste mellomlederne tar i stor grad utgangspunkt i økonomisk resultat, tidligere års budsjett og pasientbelegg når den økonomiske rammen til sengeposten blir fastsatt. Samtidig har eller bruker mange mellomledere i liten grad informasjon om forholdet mellom bemanning og pasientbelegg (pleiefaktor), og informasjon om liggetider, selv om disse faktorene er viktige årsaker til forskjeller i arbeidsproduktivitet. Undersøkelsen viser at flere sengeposter med høy produktivitet enn de med lav produktivitet sammenligner pleiefaktoren på sine sengeposter over tid, når den økonomiske rammen for sengepostene fastsettes.

Informasjon om forskjeller mellom sengepostene i pasientenes pleiebehov, brukes i liten grad av de fleste mellomlederne når den økonomiske rammen til sengepostene skal fordeles. Dette skyldes delvis at de fleste postene i undersøkelsen ikke har noe verktøy for å måle pasientenes pleiebehov. I sammenligninger av sengepostenes bemanningsbehov benyttes derfor oftere informasjon om pleiere per seng, eller pleiere per pasient. Undersøkelsen viser imidlertid at det er viktig å ta hensyn til behovet for pleietjenester hos pasientene, og ikke bare telle antall pasienter, når

arbeidsproduktiviteten mellom sengeposter skal sammenlignes. Dette gjelder også ved vurdering av sengepostenes bemanningsbehov i budsjettarbeidet.

Undersøkelsen viser derfor at mange mellomledere i budsjettprosessen ikke bruker viktig informasjon som kunne identifisert sengepostens mulighet for forbedringer. Skjevheter i ressursfordelingen mellom sengeposter kan dermed bli ført videre fra år til år.

Et flertall av sengepostene i utvalget hadde underskudd i 2013. Mange av disse sengepostene hadde også lav arbeidsproduktivitet. Disse sengepostene kunne dermed ha redusert underskuddet i 2013 ved mer effektiv bruk av personalet. Likevel viser undersøkelsen at mer enn halvparten av sengepostene med underskudd i 2013 fikk vekst i budsjettene i 2014. Langt færre av postene som hadde overskudd eller økonomisk balanse i 2013, fikk vekst i budsjettene i 2014. Dette indikerer at økonomisk resultat, som er uavhengig av produktiviteten til en post, vektlegges mer enn muligheten for mer effektiv drift når det tas beslutninger om budsjettet for påfølgende år.

Det er stor variasjon i hvor ofte sengepostlederne følges opp i formelle møter med nærmeste leder (mellomleder). Halvparten av lederne for sengepostene har formelle møter med mellomleder hver uke, mens hver tredje sengepostleder har møter månedlig eller sjeldnere. De fleste sengepostlederne som har sjeldne formelle møter med sin leder, har også sjelden samtaler med sin leder om bemanningssituasjonen ved sengeposten.

Relativt sjeldne oppfølgingsmøter kan skyldes at mellomleder må prioritere mellom lederoppgaver og andre oppgaver. To av tre av mellomlederne av sengepostene med høy arbeidsproduktivitet mener at de har tilstrekkelig tid og kapasitet til å styre enhetens personalressurser effektivt, mens bare hver tredje mellomleder i sengepostene med lav arbeidsproduktivitet mener det samme. Undersøkelsen indikerer derfor at mellomledernes kapasitet til å ha oppmerksomhet om driften av sengeposten kan ha betydning for arbeidsproduktiviteten.

I den økonomiske oppfølgingen forventer de fleste mellomlederne konkrete tiltak fra ledere for sengeposter med underskudd, mens det vanligvis ikke kreves av poster som holder budsjettet. Samtidig viser undersøkelsen at det er liten sammenheng mellom økonomisk resultat i en sengepost og arbeidsproduktiviteten. Dette fører trolig til at mange av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet, men som holder budsjettet, ikke blir pålagt tiltak i den økonomiske oppfølgingen. Dette til tross for at produktiviteten på posten tilsier at de kan bruke personalressursene mer effektivt.

Ledelsen på ulike nivåer i helseforetakene må ha tilstrekkelig kunnskap om driften av virksomheten til å kunne skaffe seg innsikt i hva som fungerer godt, og hva som bør forbedres. Den informasjonen som brukes i fastsettelsen av budsjettet, og i neste omgang i oppfølgingen av mange sengeposter, viser ikke nødvendigvis hvor effektivt pleieressursene brukes. Lederne mangler derfor viktig informasjon til styring, kontroll og læring for å forbedre virksomheten. Økt bruk av informasjon som kan vise muligheter for mer effektiv drift, kunne ha gitt en riktigere fordeling av budsjettet mellom kliniske enheter, og dermed grunnlag for å gi flere pasienter helsehjelp.

6.2.2 Planleggingen av bemanningen tilpasses ikke godt nok til variasjoner i pasientbelegget

Den økonomiske rammen som fastsettes i budsjettet, bestemmer de årsverkene som hver enkelt sengepostleder har til disposisjon i bemanningsplanleggingen.

Undersøkelsen viser at leder for en sengepost kan skape seg handlingsrom gjennom god bemanningsplanlegging.

Over halvparten av mellomlederne mener også at det gjennomføres for få analyser av forholdet mellom pasientbelegg og bemanning (pleiefaktor) på sengepostene. Data om aktivitet og bemanning produseres i sykehusene gjennom daglig bruk av systemer for pasientadministrasjon og personalplanlegging. Undersøkelsen viser at mer systematisk bruk av disse dataene kan bidra til å tilpasse bemanningen bedre til variasjoner i pasientbelegget. Data fra disse systemene tas imidlertid i liten grad ut og bearbeides til statistikk, for å kartlegge systematiske variasjoner i aktiviteten. Dette fører til at mange av sengepostlederne i sin bemanningsplanlegging i liten grad bruker statistikk som kan synliggjøre faste mønstre i pasientbelegget gjennom året, uka og døgnet. Bemanningsplanen settes ofte opp på grunnlag av forrige års eller forrige periodes plan.

Planlegging av bemanning og styring av aktivitet er oppgaver som bør integreres med hverandre i så stor grad som mulig. Undersøkelsen viser eksempler på helseforetak som har bistått enkelte sengeposter med å framskaffe statistikk som grunnlag for å anslå bemanningsbehovet. Ved disse enkeltpostene er det kartlagt både faste mønstre i pasientbelegget og historisk bruk av bemanningen. På bakgrunn av analysene av data-materialet er det tatt beslutninger om å endre oppgaver, organisering eller bemanning.

Mange sengeposter tilpasser ikke bemanningen til sesongsvingninger i pasientbelegget. Undersøkelsen viser betydningen av å ha langsiktighet i bemanningsplanleggingen, slik at den ivaretar behovet og muligheten for å kunne tilpasse bemanningen til forutsigbare svingninger i aktiviteten gjennom året.

Helseforetakene har hovedansvaret for at ledere på lavere nivå har forutsetninger for å kunne utøve en ledelse som gir effektiv bruk av personalet. Gode planleggingsverktøy og tilgang til relevant styringsinformasjon er forutsetninger for å kunne tilpasse bemanningen til aktiviteten. Noen helseforetak har kommet lengre enn andre i å utvikle metodikk, hjelpemidler og opplæring for å fastsette bemanningsbehov i bemanningsplanleggingen. Undersøkelsen viser likevel at mange helseforetak har behov for forbedringstiltak på dette området.

6.2.3 Mer samarbeid mellom sengeposter kan gi mer effektiv bruk av pleieressursene

I den daglige styringen av sengepostene må det tas beslutninger for å håndtere avvik fra forventet aktivitet eller bemanning, for å ha riktig bemanning på dager med høyt sykefravær eller høyt eller lavt pasientbelegg. Undersøkelsen viser at samarbeid mellom sengeposter eller mellom sengepost og poliklinikk bidrar til mer effektiv bruk av pleieressursene, uavhengig av størrelsen på sykehuset og andre organisatoriske forhold. Et slikt samarbeid kan omfatte flytting av pasienter eller midlertidig utveksling av personale for å håndtere sykefravær eller uforutsett variasjon i pasientbelegget. Det er et klart skille mellom sengeposter med høy og lav produktivitet i om de har etablert et slikt samarbeid. Fire av fem sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har samarbeid med andre enheter, mens under halvparten (39 prosent) av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet har det.

Det har ikke vært tradisjon for at ansatte i en sengepost også kan jobbe vakter på andre sengeposter, men det har blitt mer vanlig. Rundt 40 prosent av sengepostene har likevel fortsatt ikke noe samarbeid med andre sengeposter eller poliklinikker for å håndtere sykefravær eller utforutsatt variasjon i pasientbelegget på hverdager. Behovet for spesialisert kompetanse kan gjøre det vanskelig å utføre oppgaver på ulike

sengeposter. Samtidig viser undersøkelsen flere eksempler på at sykepleiere, med noe opplæring, utfører mindre spesialiserte arbeidsoppgaver på andre sengeposter. Samarbeid, i form av at ansatte kan flytte mellom sengepostene, kan også bidra til at kunnskap og erfaringer overføres mellom sengeposter, og dermed til forbedringer av driften.

Rundt 40 prosent av sengepostene har faste daglige møter med andre sengeposter, der de vurderer omdisponering av personale hele eller deler av dagen. Undersøkelsen viser at sengepostene som har mer formalisert samarbeid, utveksler personale oftere enn andre sengeposter. Nesten to av tre ledere i sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har faste møter med andre enheter hver dag, mens bare hver fjerde leder i gruppen av sengeposter med lav arbeidsproduktivitet har slike møter. Sengepostene med høy arbeidsproduktivitet kjennetegnes derfor både av at de i større grad samarbeider med andre sengeposter, og av at samarbeidet er mer formalisert.

Undersøkelsen viser også at det er andre virkemidler som kan bidra til god bruk av pleieressursene i sengepostene. Eksempler på slike virkemidler er bemanningsenhet, egen sykepleierenhet og lettpost.

Helseforetaket må ha en organisering som bidrar til effektiv bruk av personalet som helhet. Det er mulig å oppnå mer effektiv bruk av pleiepersonalet i sengepostene. Samarbeid er et viktig virkemiddel for å få dette til, og undersøkelsen viser at mange sengeposter ikke utnytter dette. Helseforetakene bør legge til rette for mer samarbeid mellom sengepostene, og i tillegg vurdere andre egnede virkemidler.

6.2.4 Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for at helseforetakene drives effektivt. Videre har de regionale helseforetakene ansvar for å samordne virksomheten i de helseforetakene som de eier, med sikte på å oppnå en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.

Effektiv bruk av pleiepersonalet har stor betydning for om de samlede ressursene i helseforetakene utnyttes på en måte som gir helsehjelp til flest mulig pasienter. Undersøkelsen viser at det i mange helseforetak er mulig å bruke pleiepersonalet mer effektivt. De regionale helseforetakene bør legge til rette for at helseforetakene kan sikre at ledere på ulike nivåer i virksomheten har nødvendig støtte, kompetanse, hjelpemidler og styringsinformasjon til å ivareta sitt lederansvar for å oppnå effektiv bruk av pleiepersonalet.

7 Referanseliste

Intervjuer

Det er gjennomført intervjuer med følgende aktører:

- Helse Bergen HF (Haukeland universitetssjukehus – medisin)
- Sykehuset Innlandet HF (Sykehuset Lillehammer – medisin)
- Sørlandet sykehus HF (Sykehuset i Arendal – kirurgi)
- Sykehuset Telemark HF (Skien sykehus – kirurgi)
- Sykehuset i Vestfold HF

Lover

- *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61* (spesialisthelsetjenesteloven).
- *Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 nr. 93* (helseforetaksloven).

Stortingsdokumenter

- Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- Prop. 1 S (2013–2014) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Statsbudsjettet for 2015. Saldert budsjett 2015 vedtatt i Stortinget høsten 2014.
- Bevilgningsreglementet, vedtatt 26. mai 2005.

Forskrifter

- *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten av 20. desember 2002 nr. 1731* (internkontrollforskrift i helsetjenesten).

Retningslinjer, styringsdokumenter

- *Vedtekter for regionale helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet (2007).

Rapporter

- Dokument 3:3 (2009–2010) *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene*.
- Dokument 3:4 (2013–2014) *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus*.
- Helsedirektoratet (2014) *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2013*.

Andre kilder

- *Økonomi og helse. Perspektiver på styring* (2008). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.



Bakgrunn og mål for undersøkelsen.
Funn og anbefalinger.



4 577 285 18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492



241 344

Trykk: 07 Media 2015

Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene

BAKGRUNN OG MÅL FOR UNDERSØKELSEN

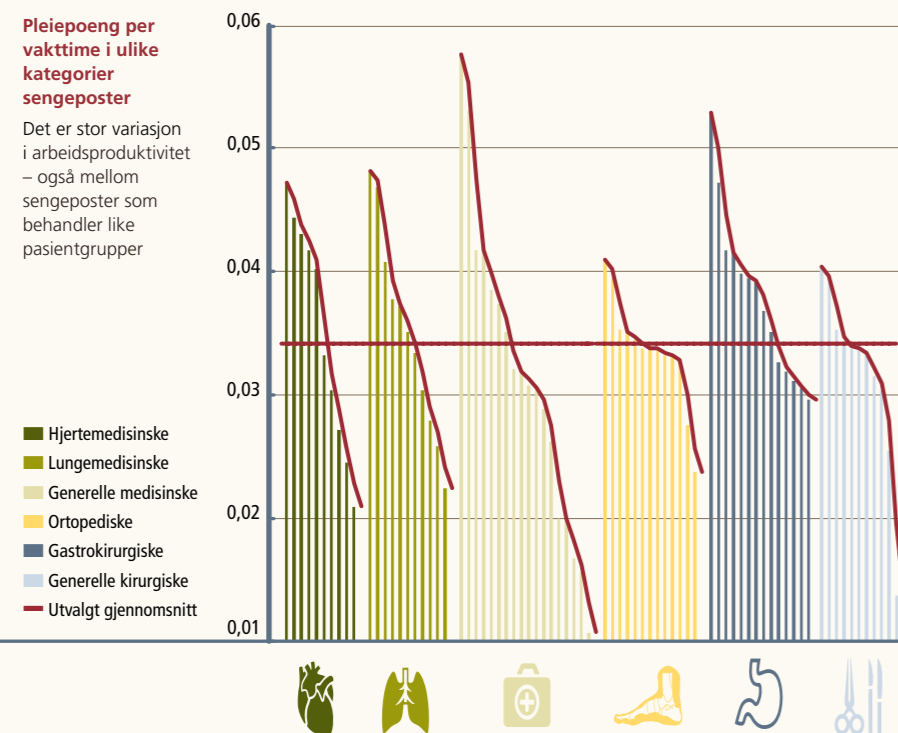
Det ser ut til å variere mellom helseforetakene hvor effektivt personalressursene brukes, og det finnes lite informasjon om hva disse forskjellene skyldes. I 2015 er de samlede utgiftene til de regionale helseforetakene på mer enn 130 mrd. kroner. Lønnskostnadene i den somatiske spesialisthelsetjenesten utgjør ca. 70 prosent av driftskostnadene. Sykepleiere og hjelpepleiere utgjør en stor del av årsverkene, og har derfor stor betydning for at de samlede ressursene utnyttes effektivt.

Målet med undersøkelsen har vært å belyse hvordan styringen bidrar til effektiv bruk av pleiepersonalet i helseforetakene, for å oppnå Stortingets forutsetning om effektiv ressursutnyttelse. Undersøkelsen omfatter seks kategorier av somatiske sengeposter i perioden fra og med januar 2013 til og med januar 2015.

Funn og anbefalinger

Helseforetakene kan bruke pleieressursene mer effektivt

- Det er store forskjeller i arbeidsproduktivitet mellom likeartede sengeposter.
- De fleste sengepostene kan bli mer effektive. En økning til eget gjennomsnittlig produktivitetsnivå i de månedene de lå under dette, ville i 2013 ha frigjort 5 prosent av vakttime blant de 77 undersøkte sengepostene.



Ledelsens styringsinformasjon gir ikke godt nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene

- Under halvparten av mellomlederne mener at de har god nok informasjon til å kunne vurdere om det er effektiv bruk av personalet.
- Fastsettelse av økonomiske rammer tar i stor grad utgangspunkt i økonomisk resultat, tidligere års budsjett og pasientbelegg. Det brukes i liten grad informasjon om forholdet mellom bemanning og pasientbelegg, og informasjon om liggetider og pleiebehov.
- Skjevheter i ressursfordelingen kan dermed bli ført videre fra år til år, og kan føre til ujevn arbeidsbelastning for de ansatte.

Riksrevisjonen anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene å ta i bruk styringsindikatorer som kan belyse om sengeposter bruker pleieressursene effektivt.

Mer samarbeid mellom sengeposter kan gi mer effektiv bruk av pleieressursene

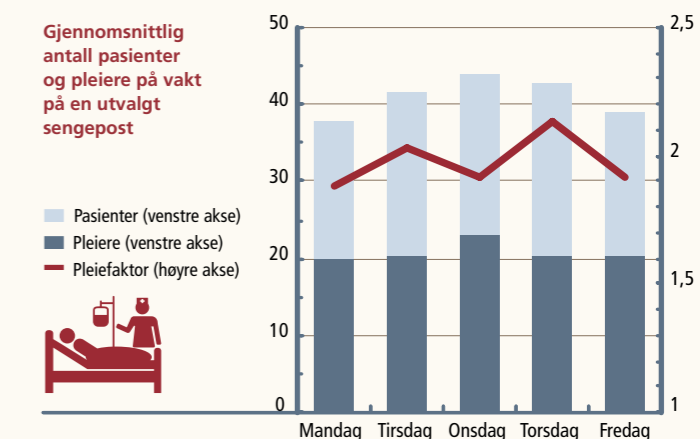
- Åtte av ti sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har samarbeid med andre enheter for å håndtere sykefravær og uforutsette variasjoner i pasientbelegget. Bare fire av ti sengeposter med lav produktivitet har et slikt samarbeid.


Riksrevisjonen anbefaler Helseforetakene å legge til rette for mer samarbeid mellom kliniske enheter for å bidra til en samlet sett mer effektiv bruk av pleieressursene.

Planleggingen av bemanningen tilpasses ikke godt nok til variasjoner i pasientbelegget

- Mange sengeposter tilpasser ikke bemanningen til sesongvariasjoner i pasientbelegget.
- Halvparten av sengepostene planlegger med lik bemanning alle hverdage i uka, selv om de har forutsigbar variasjon i pasientbelegget.

Riksrevisjonen anbefaler de regionale helseforetakene å fortsette arbeidet med å sikre at ledere i helseforetakene har nødvendig kompetanse, hjelpemidler og styringsinformasjon for å oppnå effektiv bruk av pleiepersonalet. Helseforetakene bør i større grad gjøre bruk av allerede tilgjengelige aktivitetsdata i bemanningsplanleggingen.





Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Sentralbord 22 24 10 00
Telefaks 22 24 10 01
postmottak@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781 329 781 528