

Optimal anvendelse af personale- ressourcer på hospitaler

Udarbejdet for Danske Regioner

4. april 2016

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
Implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	1
2.	Sammenfatning.....	2
	2.1 Anbefalinger til relevante metoder og værktøjer	3
3.	Metode	6
	3.1 Design.....	6
4.	Sammenhængende personalestyringsmodel.....	9
	4.1 Planlægning af forventet personaleanvendelse	10
	4.2 Styring af den faktiske anvendelse af personale.....	11
	4.3 Opfølgning på personaleanvendelse.....	11
	4.4 Ledelsesinformation.....	12
5.	Kortlægning af nu-situation	13
	5.1 Normering og behovsvurdering.....	13
	5.2 Kompetencer.....	15
	5.3 Personalebudgettering.....	16
	5.4 Styring og opfølgning	17
	5.5 Rapportering og ledelsesinformation.....	20
6.	Analyse af forbedringsmuligheder.....	22
	6.1 Styrket brug af fremmødeplaner i personaleplanlægningen.....	23
	6.2 Avanceret opgaveplanlægning.....	26
	6.3 Planlægningskvalitetsrapporter	29
7.	Konklusion	34

1. Indledning

Denne analyse er gennemført i forlængelse af Rigsrevisionens "Beretning til Statsrevisorerne om hospitalernes brug af personaleresurser" fra marts 2015. Rigsrevisionen konkluderer i beretningen, at der er potentiale for mere omkostningsbevidst anvendelse af personaleressourcer og peger på følgende fokusområder for optimering af personaleanvendelsen:

- Mere effektiv og gennemsigtig arbejdstidstilrettelæggelse
- Bedre planlægning, styring og opfølgning på aktiviteter og ressourceanvendelse
- Mere systematisk anvendelse af overenskomsten
- Øget professionalisering af vagtplanlægning
- Styrket ledelsesinformation og strategisk styring
- Skærpet fokus på omkostningsminimering

Danske Regioner har på baggrund af Rigsrevisionens beretning iværksat en række initiativer. Et af disse initiativer er projektet *Optimal anvendelse af personaleressourcer på hospitalerne*, som skal understøtte bedre anvendelse af personaleressourcer i regionerne gennem udvikling af viden og værktøjer. Nærværende rapport indgår i projektet og har til formål at styrke grundlaget for en bedre anvendelse af personaleressourcerne på hospitalerne.

Dette gøres ved at samle gode erfaringer og metoder i et sammenhængende bud på god praksis for personaleanvendelse og pege på konkrete værktøjer og metoder, som kan understøtte arbejdet med personaleanvendelse. Samtidig analyseres den konkrete håndtering af personaleanvendelse på udvalgte hospitalsafdelinger med fokus på at pege på udviklingsmuligheder for bedre anvendelse af personaleressourcerne.

Analysen er gennemført af Implement Consulting Group P/S og Epikon A/S.

2. Sammenfatning

Danske Regioner har foranlediget af Rigsrevisionens "Beretning til Statsrevisorerne om hospitalernes brug af personaleresurser" fra marts 2015 iværksat projektet "Optimal anvendelse af personaleresourcer på hospitalerne", som understøtter forbedret anvendelse af personaleresourcer i regionerne gennem indsamling af viden og inspiration om metoder og værktøjer.

Forbedringerne realiseres gennem to principielt forskellige former for virkemidler:

1. Nye typer af metoder og værktøjer, der ikke anvendes i dag eller er under udvikling.
2. Øget og/eller bedre anvendelse af allerede kendte metoder og værktøjer, der aktuelt er tilgængelige, men som i dag anvendes delvist, utilstrækkeligt eller uhensigtsmæssigt.

For at vurdere om metoder og værktøjer kan understøtte en forbedret personaleanvendelse, arbejder projektet med en beskrivelse og fastlæggelse af "god praksis" for personaleanvendelse, som tager sit udgangspunkt i en forbedret planlægning, styring og opfølgning i forhold til anvendelse af personaleresourcer.

Ved i højere grad at anvende en god praksis for planlægning, styring og opfølgning på personaleanvendelse vurderes det, at hospitaler og afdelinger kan opnå, at:

- Mest mulig tid går til at løse de faglige og kliniske kerneopgaver
- Patienterne oplever, at opgaverne er tilrettelagt, så der er sammenhæng i behandlingen
- Bemanding er omkostningseffektiv, samtidig med at den understøtter den forudsatte faglige kvalitet
- Anvendelse af den fysiske og udstyrmæssige kapacitet understøtter opgaveløsningen og er så omkostningseffektiv som mulig

Den gode praksis for personaleanvendelse er først og fremmest udtrykt ved en mere optimal sammenhæng mellem planlægning, styring og opfølgning på den bemanding, der udfører patientbehandling. Optimalt er processen tilrettelagt på konkret og tilgængelig viden, som sikrer, at beslutninger om personaleanvendelse træffes på et fyldestgørende grundlag, samtidig med at den samlede organisatoriske kapacitet udnyttes bedst muligt. Følgende forhold skal afvejes i håndteringen af personaleanvendelse:

- Patientbehov og patientflow mellem afdelinger og hospitaler
- Budget og planlægning
- Medarbejderønsker og arbejdsmiljø
- Arbejdstidsregler, overenskomster, forhåndsftaler og lokalaftaler
- Kompetencer og samarbejdsrelationer
- Koordination mellem faggrupper
- Brug af lokaler og udstyr m.m.

Ovenstående forhold, som skal indgå i tilrettelæggelsen af personaleanvendelse, viser, at opgaven er kompleks og stiller krav til organisationen. Hvis opgaven med planlægning, styring og opfølgning på personaleanvendelse skal favnes i sin helhed, er der behov for at samle færdigheder og systemer inden for arbejdsgangsoptimering, hospitalsplanlægning, HR og økonomi kombineret med et indgående kendskab til afdelingens kliniske drift og de enkelte medarbejdere.

Rapporten peger derfor heller ikke på et enkeltstående værktøj – et "quick fix", der alene kan forbedre håndteringen af personaleanvendelse – men derimod på opmærksomhedspunkter og mulige værktøjer suppleret med inspirationseksempler, som kan anvendes til at optimere styringen og anvendelsen af personaleressourcerne og dermed supplere det arbejde, som regionerne allerede har sat i gang.

Undersøgelsen har afdækket en række konkrete og gennemgående temaer og resultater relateret til styringen af personaleressourcerne, som allerede finder sted på syv caseafdelinger. Grundlæggende er det indtrykket, at:

- Alle caseafdelinger har en betydelig grad af budgetdisciplin og ledelsesfokus på budgetoverholdelse
- De gældende overenskomster i vid udstrækning understøtter mulighederne for at optimere anvendelsen af personaleressourcerne
- Der er observeret en stærk faglighed i personaleplanlægningen inden for hver enkelt faggruppe
- Der er et stort fokus på kvaliteten af de kliniske indsatser, som præger behovsvurdering og planlægning af personaleanvendelsen
- Der er en gryende accept af og fokus på, at styring og planlægning kan og skal tage højde for de individuelle kompetencer – også inden for den enkelte faggruppe

Dertil viser analysen, at der fortsat er udviklingspotentialer knyttet til:

- Øget opmærksomhed og viden om aktuelt patient- og aktivitetsbehov, som grundlæggende afsæt for løbende planlægning og tilpasning af personalets fremmøde
- En styrkelse af den systemunderstøttede vagtplanlægning, hvor det faktiske fremmøde er koordineret mellem funktioner og afdelinger med tidstro oplysninger om aktivitet, kapacitet, økonomi og kvalitet
- En fortsat mulighed for at forbedre anvendelsen af personaleressourcerne – og i forlængelse heraf den samlede kapacitetsudnyttelse – ved at afstemme fremmødet af de forskellige faggrupper. Særligt opleves det, at planlægningen og opfølgningen på lægernes fremmøde i mindre udstrækning er koblet til de øvrige faggruppers fremmøde

2.1 **Anbefalinger til relevante metoder og værktøjer**

På baggrund af analysen peger denne rapport på flere værktøjer, som kan understøtte realiseringen af de ovenfor nævnte potentialer. Særligt kan der fremhæves tre værktøjer, som understøtter den planlagte og faktiske personaleanvendelse samt opfølgning herpå. Det gælder:

- Fremmødeplaner til bemandingsplanlægning
- Avanceret opgaveplanlægning til styring af den faktiske gennemførte bemanding
- Planlægningskvalitetsrapport til opfølgning på den anvendte bemanding

2.1.1 **Fremmødeplaner**

Det overordnede formål med at udarbejde fremmødeplaner er at sikre overensstemmelse mellem det antal medarbejdere, der maksimalt kan planlægges med i afdelingen, og den budgetramme, der er til rådighed for afdelingen og for hospitalet samlet set.

I planlægning af personaleanvendelse anvendes fremmødeplaner til at strukturere, hvordan personalet forventes at arbejde, herunder hvor mange der er i fremmøde på hvilke tidspunkter.

I dag er fremmødeplanlægningen systemunderstøttet af dedikerede fremmødeplanlægningssystemer. I denne systemunderstøttelse indgår fremmødeprofiler eller tilsvarende funktionalitet, som giver mulighed for automatisk at beregne omkostninger ved et givent fremmøde eller ved at simulere, hvad en ændring af fremmødet vil koste. Ved at udarbejde fremmødeprofiler for samtlige faggrupper skabes dermed et grundlag for at vurdere, hvordan vagter på tværs af faggrupperne koordineres, og hvordan de ressourcemæssigt og opgavemæssigt kan hænge bedst sammen.

Forslag til videreudvikling

Det foreslås, at eksisterende fremmødeplanlægningssystemer videreudvikles med fokus rettet mod:

- Understøttelse af planlægning efter opgaver og funktioner, som er særligt rettet mod planlægning af lægernes fremmøde
- Mere systematisk anvendelse af aktivitets- og kapacitetsdata i den langsigtede personaleplanlægning
- Forbedret fremmødekoordination mellem faggrupper og behandlingsfunktioner, som synliggør, om der er forbedringsmuligheder i den tværgående planlægning

2.1.2 Avanceret opgaveplanlægning

Avanceret opgaveplanlægning er et værktøj til styring af den faktiske personaleanvendelse, som sikrer bedre tilrettelæggelse af patientbehandlingen samt bedre og mere effektiv udnyttelse af medarbejdernes arbejdstid og kompetencer.

Værktøjet er inspireret af norske erfaringer og består af en kombination af procesvejledning og systemstøtte med afsæt i planlægning af lægernes arbejdsopgaver. En fordel ved at starte med lægegruppen er, at de er styrende for mange af de patientrettede aktiviteter. Optimal anvendelse af flere af de andre faggruppers personaleressourcer afhænger derfor i høj grad af planlægningen for lægegruppen.

Værktøjet er avanceret i forhold til den almindelige opgaveplanlægning i den forstand, at det bygger på en koordination mellem lægernes arbejdsopgaver ift. den enkelte patient og den konkrete arbejdstidsplanlægning, samt at den automatisk formidler opgaver og fremmøde til øvrige faggrupper:

- Lægegruppen definerer og beskriver opgaver på et niveau, så tværgående funktioner og behov for koordinering af opgaver kan afdækkes og indgå i vagtplanlægningen
- Informationen i vagtplansystemet og det patientadministrative system integreres og koordineres gensidigt
- Data om opgaver og vagter formidles i opgavelister, så opdateret information om tilstedeværelse og opgaver altid er tilgængeligt for læger og øvrigt personale, fx via integration til kalendersystemer

Norske forbedringsprojekter peger på, at afdelinger, som koordinerer det faktiske fremmøde direkte med afsæt i den ønskede patientaktivitet, opnår bedre kapacitetsudnyttelse og færre overbelægnings samt udnytter personaleressourcerne og den samlede organisatoriske kapacitet mere omkostningseffektivt.

Forslag til videreudvikling

Det foreslås, at regionerne videreudvikler værktøjer, som understøtter mere avanceret opgaveplanlægning, særligt rettet mod:

- Systemunderstøttet og mere automatiseret vagtplanlægning

- Øget integration mellem ressourcestyringsystemerne og de patientadministrative systemer
- Øget koordination mellem funktioner, som afhjælper behov for bufferkapacitet
- Mere tidstro styring af personale ift. aktiviteter, anvendt og fysisk kapacitet og patientrettigheder og -behov

2.1.3 Planlægningskvalitetsrapport

En rapport over planlægningskvaliteten er et værktøj, som giver et databaseret og handlingsorienteret grundlag for opfølgning på personaleanvendelsen ved at samle indikatorer og data, som afspejler, hvor godt arbejdstilrettelæggelsen har fungeret hidtil samt angive, hvilke opmærksomhedspunkter afdelingen skal arbejde med i den fremadrettede arbejdstilrettelæggelse.

I sin enkleste form er det en månedlig rapport, der sammen med den øvrige ledelsesinformation sammenfatter information og opfølgningpunkter knyttet til kvaliteten af planlægningen.

Flere regioner i Danmark (herunder Region Midtjylland og Region Hovedstaden) og Norge arbejder på at koble informationer om personaleforbrug med indikatorer for gennemført og planlagt aktivitet, kapacitetsudnyttelse og økonomi, herunder fx:

- Personale og aktivitet, fx personaleforbrug fordelt på dags- eller ugeværk og løntyper set i forhold til patientophold
- Sammenstilling af fremmødeplanen med den aktuelle vagtplan
- Sammenstilling af vagtplan og det faktiske fremmøde
- Bookinghorisont, fx planlagte patientaktiviteter vs. mulig aktivitet samt mål for, hvor meget der skal være booket og hvor lang tid i forvejen
- Patientaktivitet over døgnet set i forhold til bemanning

Forslag til videreudvikling

Det foreslås, at regionerne videreudvikler værktøjer til opfølgning på hospitalernes planlægningskvalitet særligt rettet mod:

- Tidstro data til opfølgning på planlagt og faktisk personalefremmøde
- Mere sammenhængende ledelsesinformation på tværs af relevante styringsdimensioner, fx bemanning, aktiviteter, udnyttelse af fysiske kapaciteter og patientrettigheder

Udover at analysen peger på en række konkrete centrale værktøjer, der kan understøtte en mere optimal personaleanvendelse, er der udarbejdet et supplerende inspirationskatalog, som findes i bilag 1. Heri ses en række eksempler på værktøjer, metoder og indsatser, som er anvendt i Danmark, Norge og England for at optimere anvendelsen af personaleresourcerne. Derudover indeholder bilaget en kort oversigt over regional systemstøtte og initiativer, som kan tjene som yderligere inspiration.

3. Metode

3.1 Design

For at sikre en dybdegående kvalitativ vurdering og beskrivelse af personaleanvendelse på hospitalerne er kerneaktiviteten i analysen baseret på interviews med repræsentanter fra afdelinger, hospitalsledelser og regioner.

På afdelingsniveauet er der udvalgt syv caseafdelinger.

Grundlaget for udvælgelsen er nærmere beskrevet i afsnit 3.1.1, mens den overordnede analysemodel er beskrevet i afsnit 3.1.2.

Der er ligeledes gennemført en kvalitativ og kvantitativ dataindsamling, som indgår i kortlægningen af nuværende værktøjer og metoder, der anvendes i praksis til planlægning, styring og opfølgning på personaleanvendelse på caseafdelingerne. Data-analyserne benyttes samtidig til at pege på indsatser, som kan forbedres, hvis data i større udstrækning anvendes til at planlægge, styre og følge op på personaleanvendelsen. Den kvalitative dataindsamling er beskrevet i afsnit 3.1.1, mens den kvantitative indsamling er beskrevet nærmere i afsnit 3.1.3.

3.1.1 Viden og erfaringsindsamling

Interviews med caseafdelinger og hospitalsrepræsentanter

For at afdække hvordan planlægning, styring og opfølgning vedrørende anvendelse af personaleressourcer aktuelt foregår på hospitalerne, er der gennemført interviews med repræsentanter fra syv hospitalsafdelinger samt tilhørende relevante stabsfunktioner.

De deltagende afdelinger er udpeget af de enkelte regioner, dog således at afdelingerne er udvalgt repræsentativt og dækker afdelinger med såvel akut og planlagte aktiviteter, som udføres under indlæggelse eller i ambulanseregion. Afdelingerne repræsenterer såvel kliniske stamafdelinger som tværgående kliniske afdelinger. De udvalgte afdelinger fremgår af tabel 1.

Tabel 1: Afdelinger og repræsentanter fra hospitaler og regioner, som deltager i undersøgelsen

Region	Hospitalsniveau	Afdelingsniveau
Region Hovedstaden	Økonomi- og personaleafdelingen, Nordsjællands Hospital	Neurologisk Afdeling, Nordsjællands Hospital Mikrobiologisk Afdeling, Hvidovre Hospital
Region Sjælland	Økonomi, Køge og Roskilde Sygehus	Billeddiagnostisk Afdeling, Køge og Roskilde Sygehus
Region Syddanmark	Lønafdelingen, Sydvestjysk Sygehus Økonomi og planlægning, Odense Universitetshospital	Kirurgisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Hjertemedicinsk afdeling, Odense Universitetshospital
Region Midtjylland	HR Løn og Personale, Aarhus Universitetshospital	Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital

Region	Hospitalsniveau	Afdelingsniveau
Region Nordjylland	Økonomi, Aalborg Universitetshospital	Klinisk Kirurgi og Kræftbehandling, Aalborg Universitetshospital

De gennemførte interviews er dokumenteret i en beskrivelse af praksis for hver af de syv afdelinger. I tillæg til, at casebeskrivelserne er gennemgået med afdelinger og hospitaler, er de valideret af regionsniveauet for at sikre, at den beskrevne praksis er korrekt og repræsentativ for den enkelte regions generelle praksis.

Casebeskrivelserne er vedlagt som bilag 2 til denne rapport.

Interviews, workshop og opfølgning med det regionale niveau

De fem regioner har udpeget ekspertressourcer vedrørende personaleanvendelse, primært fra HR-funktionerne, som er interviewet om god praksis, regionernes rolle og konkrete initiativer på området for personaleanvendelse. I alt er der gennemført fem interviews på regionsniveau med enkeltpersoner eller mindre grupper.

I forlængelse af interviewene er der afholdt en workshop om god praksis for anvendelse af personaleressourcer med deltagelse af regionale repræsentanter samt skandinaviske eksperter. Workshopen satte de indsamlede erfaringer i perspektiv og har dannet grundlaget for beskrivelsen af god praksis.

Der er yderligere blevet afholdt en række telefoninterviews samt skriftelig opfølgning med repræsentanter fra både HR- og økonomifunktioner i de fem regioner med det formål at validere analyser og indspil vedrørende centrale understøttende værktøjer.

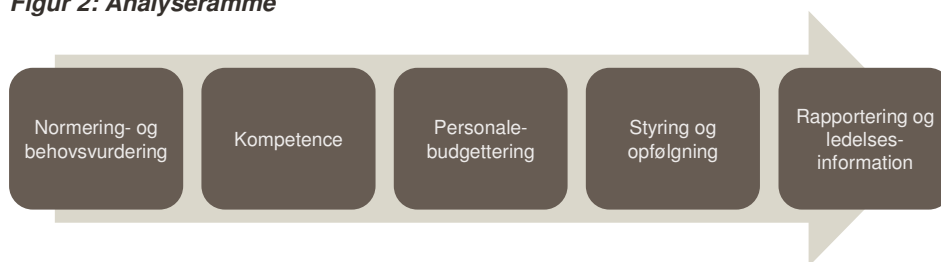
3.1.2 Analyserammen

Analysen identificerer og vurderer metoder og værktøjer, som muliggør en mere optimal personaleanvendelse på hospitalerne. Det være sig optimal planlægning, styring og opfølgning i forhold til anvendte personaleressourcer.

Til det formål arbejder analysen med en beskrivelse og fastlæggelse af en god praksis for personaleanvendelse. Samtidig peger analysen på afvigelser mellem den gode praksis og den gældende praksis og dermed på løsninger, som kan medvirke til at forbedre personaleanvendelsen.

Analysen bygger på kvalitative og kvantitative data, som afdækker relevante indsatser ved planlægning, styring og opfølgning på anvendelse af personaleressourcer. Ved indsamling af data via interviews og beskrivelse af nuværende værktøjer og metoder er der anvendt en model, som sikrer fokus på sammenhænge mellem kapacitetsudnyttelse og personaleanvendelse, og som endvidere benyttes til at beskrive konkrete indsatser, der skal arbejdes med i forbindelse med personalestyring, *jf. figur 2*.

Figur 2: Analyseramme



Ved afdækning af indsatsen *normering og behovsvurdering* er det undersøgt, hvordan hospitalerne arbejder med at vurdere behov for fysiske kapacitet og bemanning, samt hvordan afdelingerne i personaleplanlægningen tager højde for variation i patientaktiviteter henover år, uger og dage.

Hospitalernes *kompetencer* er undersøgt med henblik på at beskrive afdelingernes kompetencebehov til patientbehandling, samt hvilke kompetencer og fagligheder der er til rådighed og kan anvendes til at dække de enkelte funktioner, samt hvilke processer og overvejelser der ligger til grund for valgte kompetenceniveauer.

Hospitalernes *personalebudgettering* er undersøgt som et selvstændigt indsatsområde, herunder hvordan budgetterne udarbejdes, og hvilke principper og rammer der anvendes. Budgetprocessen er udvalgt som et selvstændigt tema, fordi hospitalerne har et stærkt fokus på budgetoverholdelse, og dermed er økonomien et bærende element i styringen og samarbejdet mellem hospitals- og afdelingsledelserne.

Ved undersøgelse af *styring og opfølgning* på personaleanvendelsen er rammerne for den daglige varetagelse af vagtplanlægning og bemanning af hospitalsfunktioner undersøgt.

Endelig er *rapportering og ledelsesinformation* undersøgt som en indsats til at beskrive, hvilke oplysninger der er tilgængelige til at understøtte arbejdet med personaleplanlægning, -styring og -opfølgning.

3.1.3 Kvantitativt datagrundlag

Som en del af kortlægningen og beskrivelsen af praksis for personaleanvendelse på caseafdelingerne er der indsamlet kvantitative data til beskrivelse af personaleanvendelse.

I rapporten anvendes kvantitative data til at eksemplificere, hvordan konkrete værktøjer og metoder anvendes i dag og til at vise, at der inden for de enkelte indsatsområder er værktøjer og metoder, som er "mere god praksis" end andre. Følgende data er indsamlet fra caseafdelingerne:

- Personaleressourcedata fra personaleadministrative systemer
- Kapacitetsdata fra patientadministrative systemer
- Aktivitetsdata fra landspatientregistret/eSundhed
- Nøgletal fra ledelsesinformationssystemer

Opgørelserne af personaleanvendelse koblet med kapacitets- og aktivitetsdata indgår trinvis i analysen til at beskrive processer, som afdelingerne gennemfører eller kan gennemføre som led i at sikre sammenhæng mellem de patientrettede aktiviteter, der udføres i afdelingerne, og de personale- og kapacitetsmæssige begrænsninger, som afdelingerne er underlagt.

4. Sammenhængende personalestyringsmodel

Rigsrevisionen peger i "Beregning til statsrevisorerne om hospitalernes brug af personaleressurser" (marts 2015) på, at hospitaler og regioner kan optimere ressourceanvendelsen ved:

- Mere effektiv og gennemsigtig arbejdstidstilrettelæggelse
- Bedre planlægning, styring og opfølgning på aktiviteter og ressourceanvendelse
- Mere systematisk anvendelse af overenskomsten
- Øget professionalisering af vagtplanlægning
- Styrket ledelsesinformation og strategisk styring
- Skærpet fokus på omkostningsminimering

Med udgangspunkt i ovenstående fokuspunkter er der i denne analyse udarbejdet en model, som understøtter mere sammenhængende personalestyring – og ligger til grund for vurderingen af god praksis.

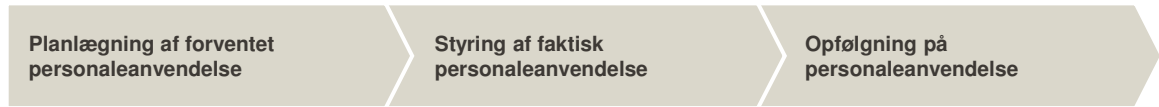
Modellen er først og fremmest blevet til i et samarbejde med ressourcepersoner fra de regionale koncernfunktioner, hospitalsstabe og kliniske afdelinger. Dernæst henter modellen inspiration fra tilsvarende norske projekter om bedre personaleanvendelse. Det skyldes ikke mindst, at de helt aktuelle norske erfaringer er udtryk for en strategisk satsning for sundhedsvæsenet med at udvikle processer og metoder samt støttesystemer til håndtering af bedre personaleanvendelse.

Modellen fokuserer på at skabe sammenhæng i indsatserne mellem planlægning, styring og opfølgning på den bemanning, som udfører patientbehandling. Optimalt er processen tilrettelagt på baggrund af viden, som sikrer, at beslutninger om personaleanvendelse træffes på et fyldestgørende grundlag, samtidig med at den samlede organisatoriske kapacitet udnyttes bedst muligt. Følgende forhold skal afvejes i håndteringen af personaleanvendelse:

- Patientrettigheder og -behov
- Patientrettede aktiviteter og patientflow mellem afdelinger og hospitaler
- Økonomiske rammevilkår
- Personalekompetencer og -samarbejde
- Arbejdstidsregler, overenskomster, forhåndsftaler og lokalaftaler
- Brug af lokaler og udstyr m.m.

Modellen er struktureret i nedenstående figur:

Sammenhængende proces for god personaleanvendelse



FORMÅL

Effektiv og gennemsigtig planlægning af arbejdstidstilrettelæggelsen	Professionel og omkostningseffektiv styring af ressourceanvendelsen	Systematisk opfølgning på de strategiske styringsindsatser
--	---	--

VIDEN

<ul style="list-style-type: none"> • Patientaktiviteterne fordelt henover døgnet, ugen og måneder? • Patientrettigheder og –behov • Tilgængelig kapacitet • Personaleressourcer • Teamstrukturer og koordination på tværs af afdelinger og funktioner • Personalebudgettet 	<ul style="list-style-type: none"> • Gennemført og booket patientaktivitet samt evt. udrednings- og behandlings-ventetider • Anvendt kapacitet • Personalets normtidsregnskaber, vagtforpligtelser og fravær. • Det opdaterede personalebudget 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser af gennemført aktivitet • Udnyttelse af tilgængelig kapacitet • Behov for justering af fremmødebehov • Opfølgning på budgetter og anvendt personaleforbrug • Opfølgning på fravær
--	--	--

4.1 Planlægning af forventet personaleanvendelse

Planlægningen af den forventede personaleanvendelse skal sikre et effektivt og gennemsigtigt grundlag for arbejdstidstilrettelæggelsen. Arbejdstidstilrettelæggelsen er baseret på tilgængelig viden om fremadrettede patientrettede aktiviteter, økonomi, personaleressourcer og tilgængelig fysisk kapacitet, som omsættes til standardplaner for, hvordan personalets arbejde kan organiseres.

Dette grundlag kan afdelingen skabe gennem opgørelser af den hidtidige gennemførte aktivitet kombineret med viden om ændringer i de patientrettede behov, fx ved opgjorte ventelister, antallet af nye henvisninger, forventninger til nye behandlinger, o. lign.

Når udgangspunktet i den forventede patientaktivitet er kendt, kan afdelingen herefter planlægge, hvordan aktiviteterne gennemføres mest effektivt. Planlægningsindsatsen skal således give afdelingen viden om, hvordan tilgængelige personaleressourcer og fysisk kapacitet kan anvendes mest omkostningseffektivt.

Til at løse disse opgaver har afdelingen brug for viden om:

- Patientrettigheder og -behov (fx antal patienter og ventetider til udredning og behandling)
- Hvordan gennemførte patientaktiviteter fordeler sig henover døgn, uger og måneder?
- Hvordan den tilgængelige kapacitet er udnyttet? Og om det er muligt at forbedre kapacitetsudnyttelsen ved at planlægge aktiviteterne mere omkostningseffektivt
- Hvordan personalet samarbejder, og om forbedrede teamstrukturer og koordination på tværs af afdelinger og funktioner kan forbedre ressourceanvendelsen?

Resultatet af planlægningsindsatsen skal efterfølgende omsættes i standardfremmødeplaner, som angiver, hvilke og hvor mange personaler der skal løse afdelingens opgaver.

Forudsætningen for, at standardfremmødet kan gennemføres, vil i sidste ende også være, om det kan afholdes inden for afdelingens økonomiske rammer. Hvis det ikke er tilfældet, vil der være behov for at ændre i planerne (og identificere de risici, der er forbundet med at ændre fremmødet). Alternativt at der aftales nye rammer for økonomi.

4.2 Styring af den faktiske anvendelse af personale

Når planlægningsindsatsen er gennemført, har afdelingen etableret standardfremmødeplaner for personalegrupperne, som afspejler den forventede patientaktivitet, som udføres på tværs af afdelingens enheder og personalegrupper. Disse standardplaner skal omsættes til vagtplaner og vagtrul til personalegrupperne, således at der er sammenhæng mellem det planlagte fremmøde og det faktiske grundlag for vagtplanerne.

Styringsindsatsen dækker først og fremmest over, at der skal udarbejdes vagtplaner og vagtrul, som sikrer optimal personaleanvendelse på tværs af personalegrupperne. Indsatsen forudsætter en løbende koordination mellem personalegrupperne koblet til viden om, hvilke patientaktiviteter der forventes gennemført.

Til at understøtte arbejdet har afdelingen brug for viden om:

- Personalets normtidsregnskaber, vagtforpligtelser og fravær
- Booket patientaktivitet samt evt. udrednings- og behandlingsventetider
- Anvendt kapacitet

Resultatet af styringsindsatsen skal omsættes i opgaveplanlægningsrapporter, som giver overblik over, hvordan personalet og fysisk kapacitet anvendes til at løse de patientrettede aktiviteter, og dermed, om den tilrettelagte patientbehandling gennemføres omkostningseffektivt og inden for afdelingens budget.

4.3 Opfølgning på personaleanvendelse

Opfølgningen på den planlagte og gennemførte personaleanvendelse skal give afdelingen overblik over, om de indsatser, som er etableret i planlægnings- og styringsfaserne, fungerer, og dermed, om afdelingen anvender personalet optimalt.

I opfølgningen arbejder afdelingerne på flere indsatsområder, som tilsammen er retningsgivende for, om afdelingen anvender personalet optimalt. Der er dels en indsats, som er rettet mod, om afdelingen har gennemført de planlagte aktiviteter inden for rammerne af den forventede ressourceanvendelse og økonomi. Dels en indsats, som kigger fremad og skal vurdere, om afdelingens aktuelle vagtplaner dækker behovene i den fremadrettede aktivitet. Målet med indsatsen er således at give tilstrækkelig viden om de styringsmæssige indsatser og besvare spørgsmål om, hvor der er behov for justeringer i det faktiske personalefremmøde.

Til at understøtte arbejdet har afdelingen brug for viden om afvigelser mellem den planlagte og faktiske:

- Personaleanvendelse
- Kapacitetsudnyttelse
- Gennemførte aktivitet og patientrettede aktiviteter, som ikke er gennemført

I den udstrækning, at der er systematiske afvigelser mellem den planlagte og den faktiske personaleanvendelse, skal afdelingerne justere og tilpasse planerne, så der igen er overensstemmelse mellem de indsatser, som afdelingen planlægger at gennemføre og faktisk gennemfører.

Hvis kapacitetsudnyttelsen ikke er dækkende eller er uudnyttet, skal den ligeledes tilpasses. Ligesom de gennemførte aktiviteter skal holdes op mod, om der er behov for tilpasninger.

4.4 Ledelsesinformation

På tværs af de tre indsatsområder, som understøtter planlægning, styring og opfølgning på personaleanvendelse, er der behov for rapportering og ledelsesinformation, som understøtter planlægningen og beskriver de gennemførte aktiviteter.

Ledelsesinformationen skal omfatte opdaterede data om aktivitet, personaleressourcer, fysiske kapaciteter og økonomi.

Hospitalerne har allerede veletablerede systemer, som omfatter de nævnte data. Fremadrettet handler det derfor primært om at få koblet de forskellige oplysninger på en måde, så ressourcestyringen kan analyseres ift. gennemførte aktiviteter, anvendt kapacitet og økonomi.

5. Kortlægning af nu-situation

I de følgende afsnit sammenfattes kortlægningen af nuværende praksis for brug af metoder og værktøjer til styring af personaleanvendelse, som de er observeret på de syv caseafdelinger. For en mere detaljeret gennemgang af afdelingerne henvises til casebeskrivelserne i bilag 2.

Kortlægning af nuværende praksis er sammenfattet i relevante styringsfokuser, herunder metoder og værktøjer, som anvendes til:

- Normering og behovsvurdering (afsnit 5.1)
- Kompetencer (afsnit 5.2)
- Personalebudgettering (afsnit 5.3)
- Styring og opfølgning (afsnit 5.4)
- Rapportering og ledelsesinformation (afsnit 5.5)

I forhold til modellen for mere sammenhængende personaleanvendelse (jf. afsnit 4) er metoder og værktøjer, som benyttes til normering og behovsvurdering, kompetencer og budgettering, relevante for kortlægning af den nuværende praksis ved planlægning af personaleanvendelsen, mens styring og opfølgning beskriver den nuværende praksis ift. styring og opfølgning på personaleanvendelse.

5.1 Normering og behovsvurdering

Kortlægningen af det nuværende arbejde med normering og behovsvurdering tager udgangspunkt i følgende temaer:

- Hvordan hospitalerne arbejder med at vurdere kapacitetsbehov og bemande de patientrelevante funktioner (fx sengeafsnit, ambulatorier, operationsstuer og diagnostiske funktioner)
- Hvordan bemandingen af funktioner tager højde for variation i patientaktiviteter henover året (ved brug af høje/lave aktivitetsperioder) og døgnet (ved brug af lokalaftaler, fx lægekonsulenthold eller forskudt fremmøde til personaledekning i fx aftentimerne)
- Hvordan normeringerne til de enkelte funktioner er aftalt mellem ledelse og afdeling, og hvordan grundlaget for behovsvurdering og normering er struktureret og systemunderstøttet
- Hvordan anvendelse af personaleressourcer på tværs af enheder er tilrettelagt

Erfaringerne fra de syv caseafdelinger viser, at arbejdet med planlægning af personaleanvendelse typisk gennemføres som led i den årlige budgetproces, hvor behovsvurderingen drøftes mellem relevante hospitalsstabe og afdelingen.

I den overordnede planlægning af personaleanvendelse er der et tydeligt fokus på at tilrettelægge og koordinere personalenormeringen efter hospitalets og afdelingernes økonomiske rammer og særligt, at det sikres, at udgifterne til personale kan afholdes inden for budgettet.

5.1.1 Fremmødeplanlægning

Et af de centrale værktøjer, som anvendes til normering og behovsvurdering, er fremmødeplaner. De benyttes til at normere de patientrettede funktioner på hospitalsafdelingerne. Til dette arbejde benytter hovedparten af caseafdelingerne dedikerede værktøjer (fx SD Tjenestetid og Fremmødeprofil og KMD Opus Vagtplan).

Det er ikke alle afdelinger, som udarbejder fremmødeplaner for alle faggrupper (herunder læger, sygeplejersker, øvrige sundhedsfaglige personaler og sekretærer). Det skyldes først og fremmest, at fremmødeplanerne udarbejdes efter den organisatoriske tilknytning, dvs. hvor personalets opgaver og funktioner kan afgrænses til en konkret organisatorisk enhed – eksempelvis et sengeafsnit, et ambulatorie, et laboratorium, operationsafsnit, m.m.

For de personalegrupper, der løser opgaver og funktioner på tværs af flere organisatoriske enheder, (hvilket særligt gør sig gældende for lægerne), anvender afdelingerne i stedet for redskaber som generiske opgave- og funktionsbeskrivelser. Alternativt er fremmødeplanerne (primært for lægegruppen) udarbejdet, så de dækker alle funktioner i afdelinger og dermed viser, hvor mange personaler inden for faggruppen, der på et givent tidspunkt samlet set er på tilstedeværelsesvagt på afdelinger, og hvor mange der er på tilkaldevagt.

Ved udarbejdelse af fremmødeplaner vurderer afdelingerne, hvilke personaler der er behov for på hvilke tidspunkter, så de dækker funktioner på dag-, aften- og nattevagter. Afdelingerne tager samtidig højde for sæsonvariationer og arbejder med henholdsvis normal- og lavaktivitetsperioder, hvor personalefremmødet i normalaktivitetsperioderne følger standardplanerne, mens personalefremmødet i lavaktivitetsperioderne er reduceret – svarende til den lavere planlagte patientaktivitet i afdelingen (oftest i forbindelse med de store ferieuger, herunder påske-, sommer-, efterårs- og juleferien).

På tværs af de udvalgte caseafdelinger udarbejdes fremmødeplanerne oftest for hver faggruppe med fokus på personalets konkrete opgavevaretagelse og på vurdering af kompetencebehov. Som eksempel på vurdering af kompetencebehov er der flere afdelinger, som i fremmødet planlægger med, hvor mange sygeplejersker og eksempelvis SOSU-assistenter, der er behov for – og dermed tager højde for en mere omkostningsbevidst fremmødeplanlægning.

På de fleste afdelinger er fremmødeplanssystemerne endvidere koblet til hospitalernes løn- og personalesystemer og kan således beregne, hvad det planlagte fremmøde koster i lønudgifter til direkte fremmøde (nettofremmøde), og hvad lønudgifterne er til dækning af planlagte vagttillæg, særydelser (jf. oplysninger om overenskomster og lokalaftaler) samt fravær (herunder sygdom, ferie, uddannelse og lignende) – det såkaldte bruttofremmøde. Typisk opgøres netto- og bruttofremmødet i såvel lønudgifter som årsværk og udgør dermed retningslinjerne for afdelingernes fremadrettede personaleplanlægning.

5.1.2 Tilpasning af normering og kapacitet efter de generelle aftale- og rammevilkår

På afdelingsniveau opleves de generelle overenskomster ikke som en barriere for personaleanvendelse. Rammerne opfattes som tilstrækkeligt fleksible og suppleres om nødvendigt af lokalaftaler, forhåndsftaler og anvendelse af det lokale ledelsesmæssige råderum. Dog opleves arbejdstidsreglerne generelt som komplekse, men med en tilfredsstillende systemstøtte og rådgivning i hospitals- eller regionalt regi.

På hospitals- og regionsniveauet er billedet noget anderledes. Mængden af lokalaftaler og forhåndsftaler bliver meget stor som følge af det lokale råderum. I Region Hovedstaden er der eksempelvis registreret næsten 6.000 aftaler. Konsekvensen af dette beskrives som øgede krav til systemstøtte for at efterleve aftalerne. På et overordnet niveau er det således et opmærksomhedspunkt at vurdere, om der kan laves forenklinger af, hvordan lokalaftaler og forhåndsftaler benyttes i praksis.

5.2 Kompetencer

I kortlægningen af caseafdelingernes kompetencer har følgende temaer været i fokus:

- Hvilke kompetencer og fagligheder der er til rådighed og kan anvendes til at dække de enkelte funktioner – samt hvilke processer og overvejelser der ligger til grund for valgte kompetenceniveauer
- I hvilken udstrækning kompetencebehov indgår som et struktureret element i personaleplanlægningen
- Om kompetencer i praksis er overvurderet eller undervurderet ift. de funktionelle behov og patientaktiviteterne
- Om mulighederne for såvel fleksibel og omkostningsbevidst arbejdstilrettelæggelse som arbejdstilrettelæggelse på tværs af fx faggrupper og funktioner er udnyttet optimalt

Vurderingen af kompetencer og fagligheder sker primært inden for de enkelte faggrupper – og i mindre omfang ift. tværfaglig teamdannelse.

I den udstrækning, at kompetencevurderinger indgår i den overordnede fremmødeplanlægning, sker det hovedsageligt gennem vurdering af behov for generalist- og specialistkompetencer, fx ved at fastsætte behovet for sygeplejersker og intensivsygeplejersker på et afsnit – og dette detaljeringsniveau ligger til grund for fremmødeplanlægningen.

Overblik over den enkelte medarbejders kompetence ligger i funktions- og afsnitsledelserne og skabes gennem medarbejderudviklingssamtaler og ved mere uformelle vurderinger. Viden om medarbejderens kompetencer indgår således i fremmøde- og vagtplanlægningen i de enkelte faggrupper, men er ikke struktureret og umiddelbart tilgængelig på tværs af faggrupper eller for andre afdelinger.

Der er enkelte eksempler på, at afdelingerne har struktureret og dokumenteret de enkelte medarbejders kompetencer i såkaldte kompetencekort. Men det er også erfaringen, at vagtplanlægning baseret på specifikke kompetencebehov komplicerer en allerede krævende planlægningsopgave, og at den nødvendige registrering/vurdering af kompetencer og kompetenceniveauer opfattes som unødigt ressourcekrævende. Dertil er systemunderstøttelsen for "håndholdt" og tidskrævende. Dette kan være baggrunden for, at kun en enkelt afdeling systematisk anvender kompetenceplaner som grundlag for vagtplanlægningen.

Endvidere peger flere afdelinger på, at rekrutteringsudfordringer kan føre til, at fremmødet og vagtplanlægningen alene baseres på mere overordnede faggruppekompetencer.

I de tilfælde, hvor der er konkret mangel på en given kompetence, beskriver caseafdelingerne bredt, at problemstilling involverer både afdelingsledelsen, hospitaler og regioner.

De fleste afdelinger har et generelt overblik over medarbejderne og deres kompetencer og også over de behov og krav, som opgavevaretagelsen stiller på både kort og langt sigt. Men erfaringerne er få, når det kommer til, om afdelingerne planlægger efter at sikre stor fleksibilitet i fremmødet til fx at afhjælpe spidsbelastninger i konkrete funktioner. Der er også kun få eksempler på, at afdelingerne arbejder struktureret på at sikre den mest mulige omkostningseffektive arbejdstilrettelæggelse.

Kræftafdelingen på Aarhus Universitetshospital har dog som eksempel et overblik over, hvilke funktioner i plejeafsnittene som kan håndteres med støtte fra det interne vikarkorps i regionen, og hvilke funktioner, fx i stråleterapien, som kun kan løses af specifikke medarbejdere (med særlige kompetencer), og som kræver, at der er indbygget fleksibilitet i vagtplanerne til at håndtere fravær og aktivitetsudsving. Et andet eksempel er hentet fra Klinisk Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital, som arbejder med

opgaveoverførsel fra læger til sygeplejersker i forbindelse med varetagelse af afdelingens endoskopi-funktion. Fem sygeplejersker har således gennemgået en særlig uddannelse og kan nu varetage funktionen under lægelig supervision.

5.3 Personalebudgettering

Kortlægningen af personalebudgetteringsopgaverne har sigte på at beskrive:

- Hvordan personalebudgetterne udarbejdes, og hvilke principper og rammer der anvendes og er gældende i tilknytning til personalebudgetprocessen – fx om budgetterne er årsværks- eller lønsumsstyrede
- Hvordan samarbejdet mellem hospitalets stabsafdelinger og de kliniske afdelinger foregår, fx i forbindelse med budgetlægning og ved ændringer i budgettet – bl.a. med fokus på samarbejdsprocessernes karakter og indhold, principperne for budgettering, gennemsigtigheden i budgetforudsætninger, og i hvilken udstrækning budgetterne (budgetlægning og budgetjusteringer) er systemunderstøttet

Hospitalet har generelt stort fokus på budgetoverholdelse og på at indarbejde principper for god økonomistyring. Arbejdet med budgettering er en integreret opgave i styringen af sygehusenes økonomi, som ofte er opgjort på relevante styringsdimensioner, der afspejler opgavevaretagelsens organisering.

Udarbejdelse af budgetter og varetagelse af de overordnede økonomiske rammer varetages af hospitalernes stabsfunktioner og er typisk forankret i en økonomiafdeling.

På afdelingsniveau er afdelingsledelsen ansvarlig for, at driftsbevillingen anvendes i overensstemmelse med de forudsætninger, der fremgår af hospitalets opgaver.

Personalebudgettet udgør typisk det største delbudgetområde og fastsættes generelt med udgangspunkt i sidste års budget korrigeret for eventuelle udvidelser eller indskrænkninger vedtaget af hospitalsdirektionen eller som konsekvens af en regional eller national sygehus- eller specialeplan.

Gennemgangen på de udvalgte caseafdelinger viser, at personalebudgetterne er indarbejdet som et standardværktøj, og at processen er formaliseret og kendt. Kortlægningen på de udvalgte caseafdelinger viser imidlertid også, at der er relativt stor forskel på, om grundlaget for personalebudgettet er opdateret og afstemt med de fremadrettede aktiviteter, som afdelingen skal løse. Der er flere eksempler på, at afdelingernes grundbudget er etableret for 5-10 år siden. Det øger risikoen for, at forudsætningerne for personalestyring ikke er gennemskuelige eller tager tilstrækkelig højde for ændringer i behandlingsteknologi, herunder for såvel teknologiske som faglige retningslinjer. Det er med til at øge risikoen for styringsproblemer – og afledte større omkostninger.

Lønsumsstyring anvendes på alle afdelinger som det bærende princip i lønbudgetterne. Princippet giver en fleksibilitet i form af muligheden for at flytte økonomiske ressourcer mellem faggrupper samt mulighed for at frigøre penge i budgettet ved at ansætte personaleressourcer med lavere lønomkostninger.

Enkelte af caseafdelingerne er udover de lønsumsstyrede budgetter til dels også styret af fastlagte rammer for eksempelvis normering og aktivitet. Eksempelvis er Hjertemedicinsk Afdeling på Odense Universitetshospital styret af en fastlagt plejenormering på 1,55 sygeplejersker per seng per døgn (målt over hele året)¹. En plejenormering som med undtagelse af enkelte afdelinger gælder for hele Odense Universitetshospital.

¹ Hjertemedicinsk Afdeling er en af de afdelinger, hvor plejenormeringen ligger en smule højere, og normeringen varierer desuden en smule på tværs af afdelingens senge- og akutafsnit.

For alle caseafdelinger gælder, at budgettet grundlæggende er historisk baseret, og at justeringer i budgettet overvejende foretages afledt af primært budgetpres og til dels justeringer i planlagte aktiviteter.

Der er stor forskel på, hvornår afdelingernes grundbudgetter er dannet og dermed, hvilke forudsætninger om bemandingsbehov der ligger til grund for budgettet. På en af caseafdelingerne er det overordnede budget udarbejdet for 20 år siden, hvormed der ikke længere er direkte kobling mellem kronebudgettet og det behovsvurderede fremmøde.

På caseafdelingerne er der eksempler på, at budgettet ikke dækker den behovsvurderede bemanding, og at der derfor er en ubalance i lønbudgettet, som skal dækkes ind af andre delbudgetter (fx vare- og tjenesteydelser). Men også at der er afdelinger, der i flere år har haft et mindre forbrug ift. budgettet, og dermed at budgettet overstiger det faktiske behov.

Der findes også eksempler på hospitaler, som med få års mellemrum genberegner grundbudgettet ud fra forventninger om kommende aktiviteter og heraf afledt bemandingsbehov.

Ved behov for ændringer i budgettet sker det typisk i dialog med direktion/centerledelse, særligt hvis ændringerne omfatter et øget udgiftsniveau.

5.4 Styring og opfølgning

I kortlægningen af afdelingernes styring og opfølgning på personaleanvendelse er der primært lagt vægt på beskrivelse af værktøjer og metoder, som anvendes til vagtplanlægning og på opfølgning af personaleanvendelse i forhold til afdelingernes aktiviteter og budgetter. Kortlægningen er således rettet mod:

- Hvordan rammerne håndteres for afdelingernes daglige varetagelse af vagtplanlægning og bemanding
- Hvordan styringen og opfølgningen er etableret, og hvem der varetager disse opgaver
- I hvilket omfang og hvordan de forskellige funktioner er systemunderstøttet – fx om vagtplanerne er fleksible i forhold til personalets ønsker (bytte af vagter), og hvordan behovene for at planlægge og koordinere indsatserne er understøttet, fx ved brug af "Min Tid" (SD)
- Hvordan den løbende styring af og opfølgning i forhold til personaleanvendelsen foregår – herunder i forhold til ændringer i aktivitet og kapacitet
- Hvordan den enkelte afdeling følger op på personaleanvendelse, og hvordan dialogen mellem stabsfunktioner/direktion og afdelinger er struktureret. Fokus er her rettet mod, hvordan hospitalet sikrer, at personaleforbruget og -sammensætningen (hele tiden) er afstemt med patientaktiviteterne og den optimale udnyttelse af kapacitet
- Hvordan opfølgningen er struktureret og systemunderstøttet, samt hvordan det sikres, at der tages initiativer, så snart en ubalance mellem personaleanvendelse og behovene i forhold til patientaktivitet og/eller kapacitetsudnyttelse kan aflæses

5.4.1 Vagtplanlægning

Erfaringerne fra caseafdelingerne viser, at vagtplanlægningsopgaverne som oftest er forankret i funktions- og afsnitsledelserne og udføres af dedikerede vagtplanlæggere. Selve den konkrete planlægning sker typisk inden for de enkelte faggrupper med fokus på at få faggruppens vagter bemandet. Blandt caseafdelingerne er der kun i mindre omfang eksempler på, at vagterne og vagtplanlægningen koordineres på tværs af faggrupper, eksempelvis mellem læger og plejepersonale. Det udfordrer afdelingernes

muligheder for at føre en omkostningseffektiv personalestyring, fordi faggrupperne i praksis er gensidigt afhængige af hinanden. En undtagelse er dog Kirurgisk Afdeling på Sydvestjysk Sygehus, hvor afdelingsledelsen og vagtplanlæggere på tværs af faggrupper mødes hver uge for at koordinere planlægningen. Det er samtidig et ønske fra flere af de interviewede afdelingsledelser, fordi det vurderes at kunne optimere planlægningen.

De fleste afdelinger peger på, at vagtplanlægning er en relativt kompleks opgave, som kræver oplæring i fx overenskomster samt regler for afvikling af ferie og afspadsring. Vagtplanlægger kan søge bistand til fortolkning af aftalerne på hospitalerne, der også yder generel undervisning i anvendelse af overenskomster. Samtidig er der flere regioner, som har en rådgivende funktion for anvendelsen af overenskomster. I Region Syddanmark underviser regionen eksempelvis i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd hospitalernes HR-konsulenter, ledere og vagtplanlægger på sundhedskartelområdet i, hvordan overenskomsterne skal forstås og praktisk anvendes.

Vagtplanlægningen er samtidig en relativt ressourcekrævende opgave for så vidt angår oprettelse af vagtrul såvel som den løbende vedligeholdelse og opdatering af vagtplaner i forhold til at korrigere planerne for sygdom og ombytning af vagter mellem personaler m.m.

Erfaringerne fra caseafdelingerne tyder på, at der er begrænset, hvis nogen, kobling mellem standardfremmødeplaner, som ligger til grund for personalebudgetterne, og de vagtplaner, som anvendes til den faktiske bemanning. Den vigtigste årsag er, at grundbudgetterne ikke vedligeholdes, så de afspejler det forventede og fremadrettede personalebehov. Konsekvensen er, at lønbudgetterne ikke nødvendigvis er afstemt med rammerne for den faktiske vagtplanlægning.

Der er flere af de deltagende afdelinger, som anvender regionale vagtplanlægningssystemer. Der er også eksempler på, at de regionale systemer anvendes i sammenhæng med papiroversigter, da de opleves at give et bedre overblik. På regions- og hospitalsniveau oplever man således, at særligt lægegruppen i stort omfang stadig anvender regneark eller "papir og blyant" fremfor systemunderstøttet vagtplanlægning.

På tværs af de fem regioner er regionsniveauet formelt systemejer på hospitalernes vagtplanssystemer. I flere regioner tilbydes support og rådgivning i anvendelse af vagtplanlægningssystemer til både hospitals- og afdelingsniveau – ofte i tillæg til hospitalernes egen supportfunktioner. Eksempelvis har Region Nordjylland etableret en rådgivningsfunktion forankret i regionens HR-afdeling, som understøtter lokale enheder og stabsfunktioner med systemanvendelse og procesoptimering.

Både Region Midtjylland og Region Nordjylland har etableret modelprojekter i samarbejde med deres leverandører med fokus på procesoptimering via optimeret anvendelse af eksempelvis vagtplanlægningssystemet. Projekterne har blandt andet fokus på:

- Integration af overenskomster i vagtplanerne
- Typer af merarbejde
- Aktiv anvendelse af lønarter
- Normtime underskud/overskud

Der er gode eksempler på tiltag, som imødekommer koordination mellem faggrupper og enheder. Et eksempel er Kræftafdelingen på Aarhus Universitetshospital, som har fokus på at udnytte den fleksibilitet, en stor afdeling giver mulighed for, gennem fordeling af aktivitet og personale mellem afsnit. Det sker bl.a. ved at fordele personale på tværs af afdelingens sengeafsnit. Dermed opretholder afdelingen en relativt omkostningseffektiv bufferkapacitet, fordi de enkelte enheder ikke selvstændigt skal etablere den, men kan deles. Den ledende afdelingssygeplejerske og de fire afdelingssygeplejersker mødes

hver morgen og planlægger, hvordan opgaver og personaleressourcer fordeles. Mødet tager udgangspunkt i afdelingens samlede opgavevaretagelse og justeres i forhold til de enkelte afsnits aktuelle bemandsingssituation og mængde af opgaver.

Der er også eksempler på, at variation i aktiviteten koordineres på hospitalsniveau. På Sydvestjysk Sygehus har man etableret en central bookingfunktion på tværs af hospitalets kirurgiske afdelinger og afsnit. Den centrale booking skal sikre koordinering af anvendelsen af operationsstuer og træk på fælles ressourcer som eksempelvis rengøring og sengepladser i opvågningen.

På Nordsjællands Hospital har man udviklet værktøjet "NOH-belægning", som giver afdelingerne mulighed for at styre og fordele patientaktiviteten på tværs af hospitalets afdelinger. Der afholdes daglige kapacitetsmøder med repræsentanter fra hver afdeling på hospitalet, hvor patienterne fordeles på tværs af afdelinger.

På Hospitalsenheden Horsens har man etableret flowkoordinatorer, som er hospitalets fælles koordinerende funktion, der skal sikre optimal udnyttelse af hospitalets samlede kapacitet og koordinere og lede patientforløb på tværs af hospitalet.

Et andet eksempel findes på Billeddiagnostisk Afdeling på Roskilde Sygehus og Køge Sygehus, som planlægger de personaletunge opgaver, (som kræver to medarbejdere) til midt på dagen, hvor personalebemandingen er størst, mens de mindre, planlagte aktiviteter bookes i ydertiderne (tidlig morgen og sen eftermiddag). Denne planlægning sikrer, at afdelingen ikke kommer bagud i programmet allerede fra morgenstunden, og at der er mulighed for at indhente en eventuel forsinkelse sidst på dagen. På to af de besøgte afdelinger har man desuden arbejdet med at etablere varierende mødetider og vagtlængder for at optimere kapaciteten og tilpasse normering og fremmøde til patientaktiviteten.

Ovenstående eksempler er nærmere beskrevet i inspirationskataloget i rapportens bilag 1.

5.4.2 Opfølgning på personaleforbrug

Der er store forskelle på, hvordan hospitalerne og afdelingerne følger op på personaleanvendelsen. På tværs af caseafdelingerne varierer opfølgningen bl.a. i forhold til, hvor ofte afdelingen mødes med hospitalsledelsen, og i hvor høj grad medarbejderne involveres i opfølgningen.

På Roskilde Sygehus og Køge Sygehus har afdelingslederen på Billeddiagnostisk Afdeling stort fokus på at inddrage medarbejdere og mellemledere og beskriver, at denne tætte inddragelse skaber en god forståelse for afdelingens drift og et stort ejerskab og medansvar hos medarbejderne. Dette vurderes som helt afgørende for at opnå en god drift af afdelingen, fordi medarbejdere og mellemledere har stor forståelse for, hvad det eksempelvis betyder og koster, hvis normtimer ikke overholdes.

På Nordsjællands Hospital involverer opfølgningen på budgetter, normering og kapacitet alle medarbejdere. Strukturen er fastlagt i følgende plan:

- Månedlig gennemgang af afdelingens økonomi i et møde mellem afdelingsledelsen og afdelingens budgetkonsulent
- Månedlig gennemgang af strategiske nøgletal mellem afdelingsledelsen og direktionen
- Ugentligt møde i afdelingsledelsen, hvor overarbejde, brud på patientsikkerhed, behov for at flytte rundt på sengene osv. drøftes. Mødet tager udgangspunkt i data modtaget fra hospitalets økonomi- og personaleafdeling
- Hver 14. dag afholdes driftsmålmøder mellem afdelingsledelsen og mellemlederne, hvor budgetoverholdelse, vikarforbrug, udredningsgarantier m.m. gennemgås

- Månedligt møde mellem afdelingsledelsen og personalet, hvor afdelingens driftsmål, budgetoverholdelse og vikarforbrug gennemgås

Hvis der er afvigelser mellem den planlagte og faktiske afholdte aktivitet, håndterer caseafdelingerne typisk dette gennem brug af overarbejde og merarbejde og vikarforbrug samt ved at udskyde ikke-patientrettede aktiviteter som uddannelse og forskning.

Der er i denne analyse ikke stødt på afdelinger, som angiver, at der ud af afvigelserne mellem den planlagte og faktiske afholdte aktivitet er ændret i standardfremmødeplanerne eller i den generelle planlægning af de patientrettede aktiviteter, fx ved at analysere personale- og kapacitetsudnyttelsen.

Derimod er der stor opmærksomhed på at følge op på normtimer og sygefravær, som er tilgængeligt via de personaleadministrative systemer. Flere afdelinger har lokale eller regionalt fastsatte mål for, at der ikke er normtimeunderskud. Andre, at sygefraværet ikke overstiger et aftalt niveau. Men målene er ikke systematisk koblet til, om der i afdelingerne har været større aktivitet, eller om personaleforbruget har ligget over/under de planlagte niveauer.

5.5 Rapportering og ledelsesinformation

I kortlægningen er der særligt lagt vægt på:

- Hvilke dimensioner der rapporteres på (fx årsværk, lønforbrug (faste og variable lønlementer), fravær, ferie samt plus- og minustid på stillingsgrupper (hvor meget personalet arbejder mere eller mindre end 37 timer ugentligt)
- Om disse dimensioner er tilstrækkelige, og om de er koordineret med de forskellige ledelsesniveaers behov

Caseafdelingerne modtager regelmæssigt ledelsesrapportering fra region og stabsfunktioner som grundlag for regionens og hospitalernes fastlagte opfølgingsprocedurer, som typisk dækker de månedlige økonomirapporter og aktivitetsrapporter med overblik over periodens (og år til dato) opgørelse af økonomi, aktivitet og enkelte personaleadministrative nøgletal (eksempelvis sygefravær). Dertil modtager flere caseafdelinger opgørelser over lokalt aftalte fokusområder.

Afdelingerne fremhæver jævnlig økonomiopfølgning, aktivitets-, ventetids- og normtimeopgørelser som central ledelsesinformation. Dertil at ledelsesinformation er opdateret og tilgængeligt ét samlet sted. Flere afdelinger efterlyser endvidere bedre kapacitetsdata, mere tidstro data samt mulighed for bedre prognostisering af planlægningen.

Indsamlingen af data i analysen har vist, at koblingen mellem relevante analysedimensioner er kompleks, og at data kun i begrænset omfang er tilgængeligt via eksisterende værktøjer. Mulighed for kobling mellem data er begrænset som følge af fx:

- De underliggende organisatoriske hierarkier, som anvendes til registrering og administration af personale, fysisk kapacitet, patientaktiviteter og behandlingsydelser er ikke nødvendigvis sammenfaldende (registrering på afsnits-, afdelings- eller sygehusniveau)
- Registrering af personaleforbrug, kapacitetsanvendelse og økonomi er tidsmæssigt registreret i forskellige tidsdimensioner (registreringer på time-, dags-, uge- og månedsniveau)
- Sygehuspersonale i praksis arbejder på tværs af funktioner og organisatoriske enheder. Dermed kan den konkrete personaleindsats ikke entydigt kobles til aktiviteter og kapaciteter inden for velafgrænsede organisatoriske enheder

- Økonomien er samlet i styringsmæssigt relevante enheder, som dækker flere funktioner

Sygehusvæsenet anvender flere sideordnede organisationshierarkier til registrering og administration af ressourcer, økonomi og aktivitet, fx SOR, SHAK1, MNEMO, lokale OE-enheder og SD-afdelingsniveauer, som alle beskriver anvendelse, organisering eller udførelse af aktivitet, fysisk kapacitet eller personaleressourcer.

Organisationshierarkierne fungerer sidestillet og kan i nogle tilfælde direkte kobles uden tab af information. Men der er ikke nødvendigvis entydig kobling mellem organisationshierarkierne. Det medfører, at sammenligning af ressourcer eller aktiviteter, som er registreret i forskellige organisationshierarkier, ikke altid kan kobles uden tab af information. Som eksempel bliver registrering af lægeressourcer ofte registreret på afdelingsniveau og dermed på tværs af afdelingens aktiviteter (udført i ambulatorier, på sengeafsnit, behandlingsafsnit mv.). Aktiviteter registreres på udførende afsnitsniveau, fx i et ambulatorie, en operationsstue eller et sengeafsnit. Økonomi bliver som et tredje eksempel administreret på organisatoriske enheder i økonomisystemerne, som understøtter god økonomistyring, men hvor der ikke nødvendigvis er behov for samme detaljeringsgrad i registreringerne, som personalestyring eller aktivitetsregistrering kræver.

I forhold til at give konkrete og praktiske eksempler på værktøjer til optimal ressourceanvendelse, som går på tværs af personaleforbrug, aktiviteter og økonomi har sammenhængende mellem de anvendte organisationshierarkier betydning for, om sammenstillingerne giver et retvisende billede.

I lighed med registrering af det organisatoriske tilhørsforhold benyttes forskellige tidsdimensioner i de rapporter, som benyttes til styring og planlægning; økonomi bliver typisk rapporteret på månedsniveau, aktiviteter på time- og dagsbasis, mens personaleanvendelse rapporteres på såvel time- som dags- eller månedsniveau.

Fælles gælder det, at der findes et tidsstempel, som angiver, hvornår en ressource, aktivitet m.v. er anvendt eller afholdt, men i rapporteringsøjemed er der forskel på, hvor tilgængelige oplysningerne er. Det medfører, at det ikke er uden komplikationer at koble variable inden for specifikke tidsintervaller. Det er ikke umuligt; blot er det ofte ikke data, som er direkte tilgængelige via standardrapporter.

Flere regioner har fokus på udviklingen af bedre ledelsesinformation gennem udvikling af bedre systemunderstøttelse rettet mod anvendelse i driften. I Region Sjælland er man ved at udvikle et samlet ledelsesinformationssystem, som dækker alle hospitaler og skal understøtte åbenhed til egne og andres data og samle data samme sted. Et ønske er blandt andet, at fremmødeplaner bliver en integreret del af systemet. I Region Midtjylland har man også en proces i gang med udvikling af ledelsesinformationssystemer, som man blandt andet ønsker bliver mere fleksibelt, så den enkelte bruger kan trække de data, de finder relevante. Dertil har regionen et særligt ønske om mulighed for at trække data på normtid og brug af overarbejde samt at integrere ledelsesinformationssystemet til vagtplansdata, således at der kan genereres analyser om, hvornår hhv. medarbejdere og patienter er til stede.

6. Analyse af forbedringsmuligheder

Kortlægningen af den nuværende praksis for personalestyring på de syv caseafdelinger peger på, at der er værktøjer og metoder, som vil kunne forbedre hospitalernes personaleanvendelse.

Indsatserne, som de er tilrettelagt i dag, understøtter en betydelig grad af budgetdisciplin og fokus på budgetoverholdelse samt det aftalebaserede grundlag for arbejdstidstilrettelæggelse. I mindre grad har afdelingerne værktøjer og metoder til at styrke sammenhængen mellem personaleanvendelse, kapacitetsudnyttelse og de aktiviteter, som skal gennemføres. Forbedringer af personaleanvendelsen kan derfor i yderligere grad tage afsæt i de patientrettede aktiviteter og tilrettelægges på konkret og tilgængelig viden, som afvejer:

- Patientbehov og patientflow mellem afdelinger og afsnit
- Kompetencer og samarbejdsrelationer
- Koordination mellem faggrupper
- Medarbejderønsker og arbejdsmiljø
- Brug af lokaler og udstyr m.m.

samt et fastholdt fokus på:

- Arbejdstidsregler, overenskomster, forhåndsftaler og lokalaftaler
- Økonomi

Ovenstående afvejningspunkter viser med tydelighed, at det er en relativt kompleks opgave, som stiller store krav til de strukturer, som hospitalerne arbejder i. I de følgende afsnit peger analysen derfor heller ikke på et enkeltstående værktøj, der kan forbedre håndteringen af personaleanvendelse, men på opmærksomhedspunkter og værktøjer, som samlet set vil forbedre styringen og anvendelsen af personaleressourcer. Særligt fremhæves tre værktøjer, som understøtter indsatserne i planlægningen, den faktiske styring og opfølgning på personaleanvendelse, herunder:

- Fremmødeplaner
- Avanceret opgaveplanlægning
- Planlægningskvalitetsrapporter

Ved at fokusere på de tre værktøjer er der lagt vægt på, at udviklingspotentialer er knyttet til:

- En øget opmærksomhed og viden om aktuelt patient- og aktivitetsbehov som grundlæggende afsæt for løbende planlægning og tilpasning af personalets fremmøde
- En styrkelse af den systemunderstøttede vagtplanlægning, hvor det faktiske fremmøde er koordineret mellem funktioner og afdelinger med tidstro oplysninger om aktivitet, kapacitet, økonomi og kvalitet
- En fortsat mulighed for at forbedre anvendelsen af personaleressourcerne – og i forlængelse heraf den samlede kapacitetsudnyttelse – ved at afstemme fremmødet af de forskellige faggrupper. Særligt opleves det, at planlægningen og opfølgningen på lægernes fremmøde i mindre udstrækning er koblet til de øvrige faggruppers fremmøde

Udover nedenstående fremhævede værktøjer er der samlet en række øvrige inspirationsseksempler fra regionerne i Danmark og sundhedsvæsenene i England og Norge. Eksemplerne fremgår af inspirationskataloget i rapportens bilag 1.

6.1 Styrket brug af fremmødeplaner i personaleplanlægningen

Analysen af værktøjer og metoder, som kan styrke planlægningen af personaleanvendelse, fokuserer på hospitalernes brug af fremmødeplaner. Værktøjet er udviklet specifikt til ressourceplanlægning på hospitalerne og er integreret i de personale- og lønadministrative systemer. Det vil derfor også være relevant at prioritere værktøjet og styrke anvendelsen gennem videreudvikling af de eksisterende fremmødeplanlægningssystemer med fokus rettet mod:

- Understøttelse af planlægning efter opgaver og funktioner, som er særligt rettet mod planlægning af lægernes fremmøde
- Mere systematisk anvendelse af aktivitets- og kapacitetsdata i den langsigtede personaleplanlægning
- Forbedret fremmødekoordination mellem faggrupper og behandlingsfunktioner, som synliggør, om der er forbedringsmuligheder i den tværgående planlægning

6.1.1 Fremmødeplanerne skal understøtte planlægning efter opgaver og funktioner

Udfordringerne i opbygningen af de nuværende fremmødeplaner ligger først og fremmest i, at de ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter planlægning af fremmøde i forhold til opgave- og funktionsvaretagelse, som går på tværs af organisatoriske enheder. Det reducerer muligheden for at planlægge særligt lægegruppens fremmøde, fordi de i vid udstrækning arbejder opgaveorienteret og i funktioner, som går på tværs af organisatoriske enheder. Dermed understøtter fremmødeplanerne også kun i begrænset omfang planlægningen af de konkrete arbejds gange, som oftest er direkte eller indirekte afledt af den lægefaglige indsats. I højere grad understøtter de planlægningen af, hvornår personalet er til stede, og dermed hvor stor en personalekapacitet, opgaver og funktioner kan planlægges efter.

Regionerne er opmærksomme på problemstillingen og har i fællesskab taget initiativ til at samarbejde med leverandørerne af de eksisterende personale- og lønadministrative systemer om at udvikle løsninger, der kan systemunderstøtte bemanning af opgaver og tværgående funktioner.

I forhold til fokuspunkterne i Rigsrevisionens beretning vil en styrket understøttelse af planlægning efter opgaver og funktioner give hospitalerne et værktøj, som imødekommer, at mest mulig tid går til at løse de faglige og kliniske kerneopgaver. Særligt fordi personalets arbejdstidstilrettelæggelse rettes mod opgavevaretagelsen og i mindre udstrækning mod personalets tilstedeværelse. Dermed vil værktøjet understøtte, at bemanningen kan planlægges direkte efter opgaver, som tilfredsstiller de fremadrettede patientbehov.

Værktøjet vil også kunne understøtte en bedre og mere omkostningseffektiv opgaveløsning i forhold til anvendelse af den fysiske og udstyrmæssige kapacitet, fordi hospitalerne får en tættere planlægning efter opgaver – og dermed også efter, hvilket udstyr der indgår i opgavevaretagelsen.

Værktøjet er som beskrevet ovenfor endnu ikke udviklet, men der er udviklet værktøjer, som følger samme logik og har vist, at de fører til forbedret og mere koordineret planlægning af fremmødet. Et eksempel er Central Booking, som er udviklet på Sydvestjysk Sygehus med det formål at sikre optimal anvendelse af fysiske og personalemæssige ressourcer på tværs af kirurgiske afdelinger. Værktøjet kan således understøtte såvel planlægningen af standardfremmødet baseret på de langsigtede tendenser og planlægning af den faktiske bemanning baseret på udviklingen i den bookede patientaktivitet (som er rettet mod faktisk vagtplanlægning).

I Central Booking arbejder personalet med at koordinere aktiviteten på tværs af afdelinger og understøtte, at kapacitet og ressourcer anvendes bedst muligt.

Hvor patienter tidligere blev booket til operation inden for det enkelte speciale, er Central Booking et bookingfællesskab, som går på tværs af hospitalets kirurgiske afdelinger og afsnit. Central Booking håndterer alle operationer på ambulante, indlagte, akutte og planlagte patienter på Sydvestjysk Sygehus.

Den centrale booking skal sikre koordinering af anvendelsen af operationsstuer og træk på fælles ressourcer som eksempelvis rengøring og sengepladser i opvågningen. Ved at centralisere planlægningen kan sygehuset undlade at åbne et antal operationsstuer i perioder, hvor behov er begrænset (dvs. lukke stuer, når der ikke er behov for dem, og sende personalet hjem på afspadsring), ligesom afdelinger på den anden side har mulighed for at øge kapaciteten ved behov for eksempelvis at sikre, at behandlingsmål overholdes.

Dette foregår primært ved, at de specialer med kort ventetid afgiver operationsstuer til dem med lang ventetid, dvs. at der ikke tages ekstra stuer i brug ved afvikling af ekstra patienter inden for et givent speciale. Central Booking indgår som et af de tiltag, der skal sikre sygehusets effektiviseringer i 2015-2016.

Funktionen er blevet etableret i regi af en projektorganisation, bl.a. med deltagelse af repræsentanter fra de involverede afdelinger. Projektets primære leverancer var at etablere fysiske rammer for funktionen, sikre ressourcer til at varetage funktionen samt sikre, at bookingsystemet blev konfigureret til at håndtere den centrale booking. Efterfølgende har intensiv- og anæstesiaafdelingen fuldt og helt overtaget ledelsen af central booking. Det skal bemærkes, at intensiv- og anæstesiaafdelingen også "ejer" alle operationslejer med tilhørende sygeplejersker.

Projektet er et eksempel på en indsats rettet mod at styrke den koordinerede styring og opfølgning og derigennem forbedre den samlede kapacitetsudnyttelse og ressourceanvendelse. Organiseringen er primært etableret med sigte på at gøre det muligt at løse bookingen som ét matematisk problem, dvs. opbygge en matematisk model for, hvordan booking af patienter kan optimeres. Den optimerede booking anvender Sydvestjysk Sygehus efterfølgende til at automatisere vagtplanlægning, *jf. afsnit 6.2.1*. På langt sigt er det hensigten at integrere bookingsystemet og det automatiserede vagtplansystem.

6.1.2 Øget koordination af fremmøde på tværs af faggrupper og efter patientflow på tværs af behandlingsfunktioner

Rigsrevisionens beretning retter opmærksomhed mod at planlægge personalets fremmøde, så patienterne oplever, at der er sammenhæng i behandling og opgaver.

Opmærksomhedspunktet taler ind i den nuværende praksis for fremmødeplanlægning, som overvejende sker inden for de enkelte faggrupper, og derfor kun i begrænset omfang er koordineret på tværs.

Den banale løsning på problemet er overordnet, at den langsigtede planlægning i større grad koordineres på tværs af faggrupperne. Men som afsnittet ovenfor viser, så er den praktiske koordinering begrænset af, at de nuværende systemer ikke understøtter en struktureret planlægning af alle faggrupper lige godt.

Der findes imidlertid værktøjer, som understøtter bedre og mere patientrettet planlægning af personalefremmødet. Et eksempel er "The Productive Ward"-systemet fra England, som er et sammenhængende koncept rettet mod at frigøre personalets tid, så de kan bruge mere tid på patienterne. Konceptet er udviklet i tæt samarbejde med læger og sygeplejersker på engelske hospitaler og er i dag udbredt i flere lande globalt. I Danmark

har bl.a. Hvidovre Hospital og Rigshospitalet arbejdet tæt sammen med NHS i England og rullet konceptet ud på flere afdelinger.

I The Productive Ward forener metoden traditionelle Lean-metoder med helt sektorspecifik viden om arbejdsgange og kultur i konkrete værktøjer målrettet arbejdsgange på hospitaler, eksempelvis vagtskifte, medicinering og stuegang. Det tager således udgangspunkt i personalets praktiske hverdag og involverer både personale, patienter og pårørende i forbedringsarbejdet.

6.1.3 Opdatering af standardfremmødeplaner ift. aktivitet og kapacitetsudnyttelse styrkes

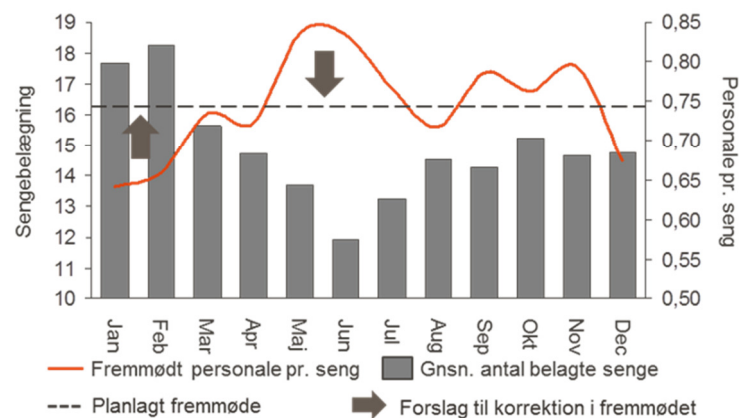
Et tredje forhold, som kan medvirke til at styrke afdelingernes personaleplanlægning, er at opdatere standardfremmødet efter aktiviteter og kapacitetsudnyttelsen.

Kortlægningen fra caseafdelingerne viser, at fremmødeplanerne kan være udarbejdet for op til flere år tilbage. Samtidig er de baseret på overordnede betragtninger om variationer i behandlingsaktiviteterne, som primært er afledt af personalets ferieafvikling.

Der kan derfor være stor variation mellem de standardfremmødeplaner, som personalebemandingen er normeret efter, og det faktiske behov for bemanding. Derfor anbefales det også, at afdelingerne med kortere frekvens opdaterer fremmødeplanerne, så de i højere grad kan benyttes som udgangspunkt og i opfølgningen på den konkrete vagtplanlægning.

Samtidig bør standardfremmødet også i højere grad være afstemt med de langsigtede forventninger til aktiviteter. Det er nedenstående figur et eksempel på og viser sammenhængen mellem den faktiske sengebelægning og fremmødet på et sengeafsnit på Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital.

Personaleplanlægning ift. aktivitet og kapacitet



Kilde: Aarhus Universitetshospital

Af figuren fremgår det, at der i vintermånederne er en systematisk lavere personalebemanding pr. belagt seng end i sommermånederne, og at personalebemandingen pr. belagt seng ligger henholdsvis under og over det planlagte fremmøde. Variationen i personalebemandingen pr. belagt seng skyldes, at antallet af belagte senge varierer henover månederne, og at det fremmødte personale ikke i samme grad er afstemt belægningen. Sengeafsnittet er således normeret til 0,75 plejepersonale pr. senge henover hele året, hvorimod den faktiske plejenormering varierer mellem 0,65 plejepersonale pr. belagt seng og 0,85 plejepersonale pr. belagt seng. Dvs. at den faktiske plejenormering varierer med op til ±15 pct. ift. den forventede normering.

I forhold til planlægning af fremmøde peger erfaringerne fra ovenstående sengeafsnit på, at koblingen mellem fremmødet og de overordnede variationer i aktiviteten vil kunne styre personaleanvendelsen – i det konkrete tilfælde ved at korrigere fremmødet, så det hæves i vintermånederne og reduceres yderligere i sommermånederne.

6.2 Avanceret opgaveplanlægning

Til at understøtte den faktiske vagtplanlægning i afdelingerne gennemgås i dette afsnit værktøjer, som forbedrer opgavestyringen gennem:

- Systemunderstøttet og automatiseret vagtplanlægning
- Øget integration mellem ressourcestyringssystemerne og de patientadministrative systemer
- Mere tidstro styring af personaleressourcerne ift. de patientrettede aktiviteter og anvendt fysisk kapacitet
- Visuel styring af vagtplanlægningskvaliteten

Grundlaget for forbedringspotentialerne er samlet beskrevet i konceptet *avanceret opgaveplanlægning*, som er inspireret af norske erfaringer. Den avancerede opgaveplanlægning består af en kombination af procesvejledninger og systemstøtte af primært lægens arbejdstidstilrettelæggelse og -opgaver.

De konkrete eksempler på avanceret opgaveplanlægning, som de følgende afsnit beskriver, tager udgangspunkt i bl.a. danske erfaringer og henvender sig først og fremmest til vagtplanlæggerne og funktions- og afsnitsledelserne, som er involveret i styring og opfølgning på personaleanvendelse. Et fællestræk ved værktøjerne er, at det støtter vagtplanlægning og udarbejdelse af arbejdsplaner, som følger overenskomster og arbejdstidsregler samt administration af fravær, medarbejde, overarbejde og brug af vikarer. Samtidig er værktøjet integreret op mod den enkelte medarbejders normtids-, afspadserings- og ferieregnskab i det løn- og personaleadministrative system.

I beskrivelsen af værktøjerne er der lagt vægt på løsninger, som forbedrer anvendelsen af tilgængeligt personale og fysisk kapacitet med behovene – dvs. når de patientrettede aktiviteter er størst. Der peges derfor på værktøjer, som integrerer oplysninger fra vagtplansystemerne med de patientadministrative systemer.

Værktøjerne er primært rettet mod vagtplanlægning af lægernes arbejde, men kan udvides til øvrige faggrupper.

Kortlægningen af erfaringer fra de syv hospitalsafdelinger viser endvidere, at den daglige styring af personalets vagter sker uden større koordination mellem faggrupperne. Det fremgår også, at der i dag kun i begrænset omfang anvendes konsoliderede systemer til styring og koordination af vagter – oftere udføres vagtplanlægningen i lokale løsninger opbygget i regneark, på tavler eller papir. Der findes systemer, som systemunderstøtter vagterne, fx MinTid (som er en del af Silkeborg Data-systempakken), men de er typisk ikke fuldt integreret i vagtplanlægningsfunktionerne eller på tværs af faggrupperne.

6.2.1 Automatisk vagtplanlægningssystem

Automatiseret vagtplanlægning indgår i den avancerede opgaveplanlægning. Der findes flere eksempler på systemer, som kan automatisere vagtplanlægningen. Dette eksempel er hentet fra Sydvestjysk Sygehus, hvor ledende overlæge Morten Lund Christensen har udviklet en matematisk model for automatiseret vagtplanlægning i samarbejde med Syddansk Universitet.

Den automatiske vagtplanlægning udarbejder målfunktioner ved hjælp af matematisk modellering, som optimerer vagtplanerne under hensyntagen til bl.a. en fair fordeling af vagter, en maksimal opfyldelse af frønsker og et minimalt forbrug af vikarer. Beregningen er baseret på variable for:

- Overenskomst, arbejdstidsregler og lokalaftaler, herunder aftaler om normperiode, vagtbytte, udbetaling af opkald, nedsættelse af hviletid m.m.
- Vagtdimensioner og vagtkategorier – eksempelvis dag/aften/nat, speciale, team
- Aktiviteter
- Kompetencekrav
- Plan-/normperiode
- Bemandingsplan, herunder beslutning om fremmøde i forhold til sæsonudsving
- Fremmødeplan
- Fravær – eksempelvis ferie, feriefridage og seniortimer
- Medarbejdernes ønsker – kategoriseret som ønsker, semikrav og krav fra MinTid
- Lokalaftaler, herunder aftaler om normperiode, vagtbytte, udbetaling af opkald, nedsættelse af hviletid m.m.

Hvis afdelingen har manglende kapacitet i forhold til behovet, genererer systemet såkaldte fiktive vikarer, som kan give en indikator på, at der er ressourcemangel på afdelingen. Hvis der omvendt er tale om overkapacitet i behovet, vil planen automatisk planlægge afspadsering, så positive afspadseringssaldi reduceres. Den automatiske vagtplan sikrer en højere grad af objektivitet og retfærdighed, idet systemet sikrer, at vagtplanlægningen i høj grad bygger på fastlagte variable og i mindre grad på menneskelige vurderinger og præferencer.

Forbedringer opnået ved den automatiske vagtplanlægning

Automatisk vagtplanlægning	Timer	Manuel vagtplanlægning	Timer
Fastansatte	5.041	Fastansatte	4.989
Vikarer	0	Vikarer	156
I alt	5.041	I alt	5.045

Kilde: Sydvestjysk Sygehus

Den automatiske vagtplan har lettet vagtplanlægningsopgaven betydeligt. Tiden, der går til vagtplanlægning, er halveret (fra 25 min. pr. medarbejder pr. uge til 12,5 min. pr. medarbejder pr. uge). Sydvestjysk Sygehus har beregnet, at løsningen ved en fuld implementering på alle hospitalets funktioner vil frigøre ca. 45 årsværk til vagtplanlægning (ud af en samlet personalesammensætning på 2.500 årsværk, hvoraf godt 400 er læger).

Ved præsentationen af systemet fremgik det imidlertid, at løsningen kræver en del vedligeholdelse af den matematiske model. En fuld udrulning vil forudsætte, at programmet tilpasses de enkelte funktioner, hvilket indtil videre har bremset udrulningen til alle enheder. Se inspirationsmaterialet for yderligere beskrivelse af den automatiske vagtplanlægning.

6.2.2 Visuel rapportering af vagtplanlægning

Inspirationen til et andet værktøj til optimering af vagtplanlægningen er hentet i det engelske sundhedsvæsen, som anvender tydelig visuel rapportering på vagtplanlægningen til at give relevant og hurtig feedback på kvaliteten af den fremadrettede vagtplanlægning. Samtidig sikrer løsningen specifikke rapporter, som understøtter ledelsesopgaverne på hospitals-, afdelings- og afsnitsniveau.

For at give hurtig visuel feedback til styring og opfølgning af kommende vagter er vagtplanen omsat til en vejrudsigt for et ledelsesområde, som kan foldes ud i underliggende afsnit.

Vejrudsigten kan vises som et langtidsvarsel for et samlet vagtrul eller for delperioder i rullet baseret på vagtfordeling i forhold til forventet aktivitet og defineret kompetencebehov, eller den kan vise vagtplanlægningen for en kommende dag eller uge, hvor den tager højde for belægningsprocent, kendt sygdom og lignende.

Visuel vagtplanlægning i det engelske sundhedsvæsen

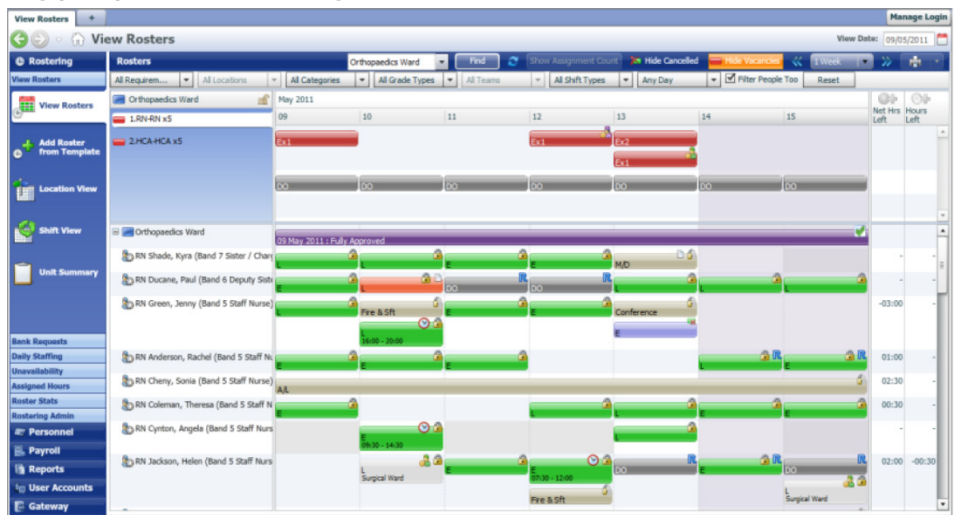


Kilde: Allocate Software

Fordelen ved den visuelle vagtplanlægningsløsning er, at den overskueligt viser, hvor der er problemer med vagtplanen såvel på styringsdimensioner som på de organisatoriske enheder. I ovenstående vagtrul er der et kritisk opfølgningspunkt, som vedrører "Annual leave" og to opmærksomhedspunkter knyttet til "Unavailability" og "Safety".

Selve vagtplanen er tilsvarende visuelt opbygget og markører på det enkelte personale kan sættes til at vise medarbejderens kompetenceprofil.

Vagtplan på et afsnit i det engelske sundhedsvæsen



Kilde: Allocate Software

6.3 Planlægningskvalitetsrapporter

Analysen af værktøjer og metoder, som kan styrke opfølgningen på personaleanvendelse, fokuserer på udvikling af forbedrede planlægningskvalitetsrapporter, som giver hospitaler og afdelinger mulighed for at benytte indikatorbaseret opfølgning på kvaliteten i arbejdstilrettelæggelsen.

Ved i større omfang at følge op på kvaliteten af den tilrettelagte og gennemførte bemanding får afdelingerne et bedre værktøj til at vurdere den faglige kvalitet såvel som omkostningseffektiviteten.

Ved større integration af oplysninger om personaleanvendelse koblet med aktivitet og kapacitetsmål får afdelingerne tilsvarende mulighed for at vurdere, om den fysiske og udstyrmæssige kapacitet udnyttes hensigtsmæssigt, og om hospitalets samlede ressourceindsats dækker de patientrettede aktiviteter (herunder udrednings- og behandlingsgarantier).

I de følgende afsnit er forslag til forbedringer af planlægningskvalitetsrapporterne rettet mod:

- Tidstro data til opfølgning på planlagt og faktisk personalefremmøde
- Mere sammenhængende ledelsesinformation på tværs af relevante styringsdimensioner, eksempelvis bemanding, aktiviteter, udnyttelse af fysiske kapaciteter og patientrettigheder

6.3.1 Nøgletal for arbejdstilrettelæggelse og personaleforbrug

Et værktøj, som understøtter styring og opfølgning af personaleanvendelsen på både regions-, hospitals- og afdelingsniveau, er en rapport med nøgletal for planlægningskvaliteten, som samlet viser, hvor godt arbejdstilrettelæggelsen har fungeret i den forgangne periode, og hvor planlægningen og styringen kan forbedres.

Det konkrete værktøj er inspireret af bl.a. Region Nordjylland (og norske sygehuse), som hver måned sender ledelsesinformation ud om planlægningskvaliteten til samtlige ledelsesniveauer, herunder til hospitals-, afdelings- og afsnitsledelserne. De centrale mål omfatter:

- Direkte udbetalt afspadsering
- Udbetalt overarbejde
- Normtimeregnskab for yngre læger
- Sammenstilling af fremmødeplanen med den aktuelle vagtplan
- Sammenstilling af vagtplan og det faktiske fremmøde
- Bookinghorisont

Ovenstående mål er indsamlet som inspiration til udvikling af planlægningskvalitetsrapporter, idet de præcise behov for måltal kan variere på tværs af regioner, hospitaler og afdelinger og bør fastsættes på baggrund af en vurdering af de konkrete udfordringer.

Den direkte udbetalte afspadsering

Opfølgning på den direkte udbetalte afspadsering viser, hvor stor en andel af den optjente afspadsering, der kommer til udbetaling ved den aktuelle arbejdstilrettelæggelse.

Region Nordjylland benytter rapporten, som viser udbetalingsandelen opgjort månedligt, til opfølgning over for de enkelte ledelser. Opgørelsen giver relevant viden om, hvorvidt arbejdstidsplanlægningen er omkostningseffektiv, fordi hospitalerne som grundregel kan planlægge afspadsering inden for tre kalendermåneder, hvorefter den optjente afspadsering kommer til udbetaling.

(Region Nordjylland laver tilsvarende rapporter på udbetalt overarbejde, som viser udbetalinger, der følger; overarbejde, mistet fridøgn, tilkald og overenskomstbestemt frivilligt ekstrararbejde, der er udbetalt inden for et ledelsesområde).

Udbetalingsprocenten for afspadsering på et udvalg af afdelinger med en farvekodning baseret på en vurdering af acceptable niveauer. Grøn (<20%), gul (20-50%), rød (>50%).)

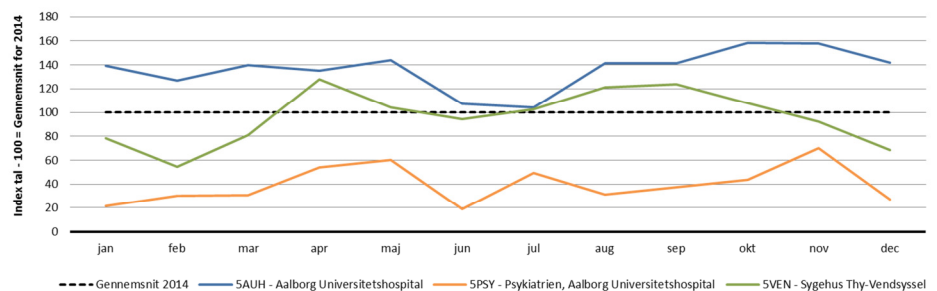
Udbetalt i forhold til optjent	Enhed											
	okt 14	nov 14	dec 14	jan 15	feb 15	mar 15	apr 15	maj 15	jun 15	jul 15	aug 15	sep 15
5AUH - Aalborg Universitetshospital	25%	30%	32%	39%	35%	29%	35%	34%	26%	27%	26%	25%
5BPH - Præhospitalet Beredskab	22%	12%	18%	13%	27%	31%	57%	33%	13%	25%	22%	18%
5FFF - Forskningsfonde	54%	50%	93%	26%	11%	46%	36%	46%	54%	21%	9%	48%
5KDI - Direktionen	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5KEL - Elever Fællesrådet	0%	0%	74%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5KHR - HR	2%	0%	0%	72%	0%	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%
5KIT - IT	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5KJU - Juridisk Kontor	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5KNS - Projektafdelingen Nyt Aalborg Universitetshospital	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5KOM - Kommunikation	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5KPF - Patientforløb	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	11%
5KPO - Politisk Sekretariat	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5KUR - Regional Udvikling	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5KØK - Økonomi	0%	47%	4%	37%	9%	4%	11%	4%	26%	18%	0%	2%
5LVA - Lægetilbud	46%	45%	22%	41%	39%	47%	44%	32%	40%	14%	13%	10%
5SPSY - Psykiatrien, Aalborg Universitetshospital	12%	10%	23%	23%	12%	14%	21%	25%	17%	12%	10%	14%
5SPE - Speciaalsektoren	9%	10%	11%	53%	9%	8%	10%	12%	8%	6%	8%	9%
5UDD - Diverse uddannelser	20%	17%	23%	22%	23%	12%	19%	25%	27%	18%	22%	18%
5VDH - Dværgghønen Kiosk i Frederikshavn	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5VEN - Sygehus Thy-Vendsyssel	15%	17%	23%	25%	21%	19%	27%	25%	16%	16%	16%	17%
5YSA - Sygehusapoteket	31%	0%	2%	28%	-36%	18%	47%	26%	-12%	5%	86%	16%
5ZVI - Tilkaldevikarer	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5ÆPL - Praksisreservelæger	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Kilde: Region Nordjylland

Normtimeregnskab for yngre læger

Yngre lægers arbejde er tilrettelagt i normtidsperioder, som over vagtrullet svarer til en gennemsnitlig arbejdsuge på 37 timer. Deres lønudbetaling er således fastlagt svarende til normtiden og udbetales, uanset at de arbejder færre timer. Region Nordjylland rapporterer månedligt på normtidsregnskaberne på afdelingsniveau. Opfølgingsrapporten er vist i nedenstående figur:

Normtidsregnskab for yngre læger



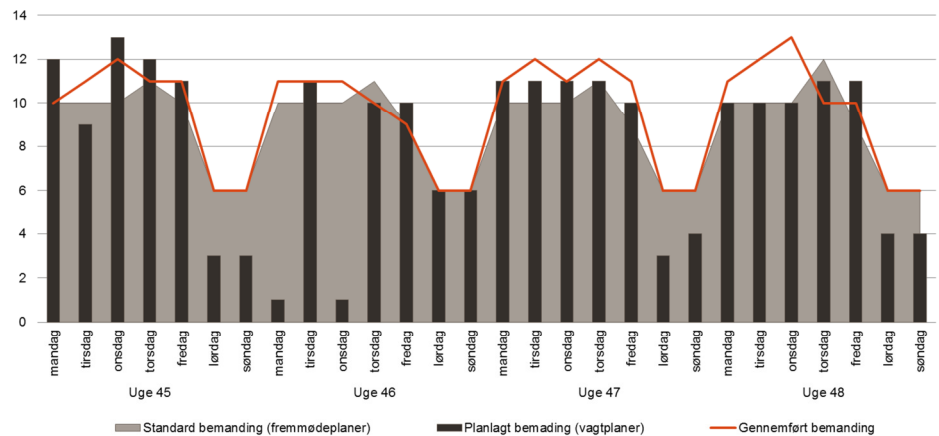
Kilde: Region Nordjylland

Sammenstilling af fremmødeplanen med den aktuelle vagtplan og gennemført bemanning

Det norske sundhedsvæsen benytter rapporter, som sammenholder bemanningen i fremmødeplanerne med den aktuelle vagtplan og den faktiske gennemførte bemanning af vagten. Formålet er at øge kvaliteten af den fremadrettede planlægning ved at analysere, hvorfor der er variationer mellem planlagt og gennemført bemanning.

Figuren viser, for Helse Midt-Norge, at det faktiske fremmøde overstiger såvel det planlagte fremmøde i vagtplanerne som det budgetterede standardfremmøde. Figuren viser samtidig, at i weekenderne ligger det faktiske fremmøde tættere på det budgetterede fremmøde, men at vagtplanen afviger fra dette.

Sammenstilling af bemanning i fremmødeplaner, vagtplaner og gennemført bemanning



Kilde: Helse Midt-Norge

I den danske kontekst vil rapporten formentlig kræve en mere gennemgående systemudvikling, før fremmødeplanerne systematisk kan sammenlignes med den faktiske vagtplanlægning og den gennemførte bemanning.

Bookinghorisont

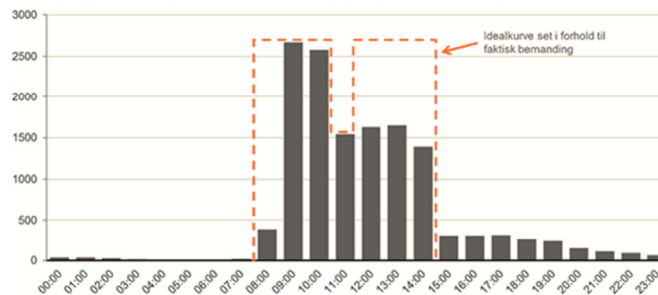
Opfølgning på planlagt booking og gennemført aktivitet giver afdelingerne ledelsesinformation om kvaliteten af patientplanlægningen og kapacitetsudnyttelse.

I det nedenstående eksempel vises en handlingsorienteret rapport og data, som giver mulighed for at styrke opfølgningen på personaleanvendelse og patientplanlægning.

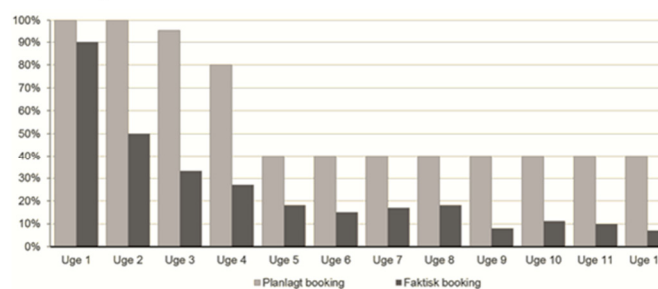
Rapporten viser den konkrete arbejdstilrettelæggelse i et ambulatorie i en normalaktivitetsperiode, hvor der er behov for at følge op på bookingen af patienter i ambulatoriet tidlig morgen og efter frokost, hvis kapaciteten og bemanningen skal anvendes optimalt. Koblet med information om booket aktivitet i ambulatoriet fremgår det, at den faktiske booking ligger noget under den planlagte, og at der således er mulighed for enten at justere kapaciteten (hvis patientaktiviteterne er dækkende for patientbehovene) eller planlægge flere ambulatoriekontakter (hvis ambulatoriet har ventetider).

Dagsrytme for patientaktivitet, plejebemanning samt planlægningshorisont for et ambulatorium

Dagsrytme for patientaktivitet og plejebemanning



Bookinghorisont



Kilde: Helse Midt-Norge

Nøgletalsrapport fra Region Nordjylland

Datagrundlaget for ovenstående rapport vil på de fleste hospitaler være tilgængeligt via de personale- og patientadministrative systemer og kan deles via dedikerede ledelsesinformationssystemer eller mere lavpraktisk, som det er tilfældet i Region Nordjylland, hvor måltallene udsendes månedligt i e-mail til relevante ledelseslag med en kort opsummering af de vigtigste indikatorer med vedlagt datagrundlag.

De udsendte lister indeholder en specifikation af den periodemæssige afgrænsning, en vejledning i, hvordan data og grafer skal læses, samt link til vejledninger og guidelines.



Oversigt oversygefravær for Region Nordjylland (7TOP)

Detaljer for ark:

Periode for ark:	2015-01 - 2015-12
Oversigt (12 måneders perioder)	Klik her
Udvikling (12 måneders perioder)	Klik her
Oversigt pr. måned	Klik her
Udvikling pr. måned	Klik her

Hurtig vejledning:

<p>Statistikken består af 4 elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En oversigt + graf, der, som hidtil, viser gennemsnittet af de seneste 12 måneders sygefravær. - Denne opgørelsesmetode udligner sæsonudsving og anvendes fortsat i forhold til regionens samlede måltal. • NYT! En oversigt + graf, som viser udviklingen måned for måned. - Sæsonudsving fremgår af opgørelsen. En gennemsnitlig tendenslinje viser hvilken vej sygefraværet samlet set går.
--

Vejledning og guides:

Link til Arbejdsmiljøhåndbogen	Link
Link til info om Forebyggelse af sygefravær	Link

Kilde: Region Nordjylland

7. Konklusion

Undersøgelsen har afdækket en række konkrete og gennemgående temaer og resultater relateret til styringen af personaleressourcerne, som finder sted på syv afdelinger, og fundet, at:

- Grundlæggende er det indtrykket, at der alle steder er en betydelig grad af budgetdisciplin og ledelsesfokus på budgetoverholdelse
- Den gældende overenskomst understøtter i vid udstrækning mulighederne for at optimere anvendelsen af personaleressourcerne
- Der er observeret en stærk faglighed i personaleplanlægningen inden for hver enkelt faggruppe, men planlægningen er i mindre grad koordineret på tværs af faggrupperne
- Der er stort fokus på kvaliteten af de kliniske indsatser, som præger behovsvurdering og planlægning af personaleanvendelsen
- Der er en gryende accept af og fokus på, at styring og planlægning kan og skal tage højde for de individuelle kompetencer – også inden for den enkelte faggruppe

Dertil viser analysen, at der fortsat er udviklingspotentialer knyttet til:

- Øget opmærksomhed og viden om aktuelt patient- og aktivitetsbehov som grundlæggende afsæt for løbende planlægning og tilpasning af personalets fremmøde
- En styrkelse af den systemunderstøttede vagtplanlægning, hvor det faktiske fremmøde er koordineret mellem funktioner og afdelinger med tidstro oplysninger om aktivitet, kapacitet, økonomi og kvalitet
- Der er fortsat mulighed for at forbedre anvendelsen af personaleressourcerne – og i forlængelse heraf den samlede kapacitetsudnyttelse – ved at afstemme fremmødet af de forskellige faggrupper. Særligt opleves det, at planlægningen og opfølgningen på lægernes fremmøde i mindre udstrækning er koblet til de øvrige faggruppers fremmøde