



Beretning til Statsrevisorerne om hospitalernes brug af personale- ressurser

Marts
2015

revision
revision

revision

Indholdsfortegnelse

1.	Introduktion og konklusion	1
1.1.	Formål og konklusion	1
1.2.	Baggrund	3
1.3.	Revisionskriterier, metode og afgrænsning	3
2.	Afdelingernes planlægning og arbejde med at effektivisere arbejdsgange	6
2.1.	Afdelingerne kan i højere grad afdække behovet for at indgå lokalaftaler	7
2.2.	Afdelingerne kan planlægge resurseforbruget mere effektivt	11
2.3.	Afdelingerne kan bruge personaleresurserne bedre	19
3.	Hospitalernes styring af afdelingernes resurseforbrug	25
3.1.	Afdelingerne har behov for tydeligere mål	26
3.2.	Opfølgningen kan fortsat forbedres	30
Bilag 1.	Metode	35
Bilag 2.	Afgrænsning af klinisk område og afdelinger	36
Bilag 3.	Opmærksomhedspunkter og eksempler på god praksis	38
Bilag 4.	Redskab til vurdering af behovet for bemanning	40
Bilag 5.	Ordliste	41

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbe-
kendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Astrid Krag Kristensen: oktober 2011 - februar 2014

Nick Hækkerup: februar 2014 -

Beretningen har i udkast været forelagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse,
Finansministeriet og regionerne, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om, hvordan hospitalerne planlægger og styrer deres brug af personaleresurser. Beretningen har særligt fokus på hospitalernes brug af læger og plejepersonale, herunder personalet på operationsstuerne. Ét hospital har anslået, at personaleudgifterne til et operationshold til en bestemt type operation i gennemsnit koster ca. 25.000 kr. om dagen. Resurser til bemanning af operationsstuer er dermed omkostnings-tunge. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i marts 2014.

2. Regeringen og Danske Regioner har i økonomiaftalen for 2015 aftalt et tværgående projekt i regionerne. Projektet skal afdække, om hospitalerne kan bruge resurserne mere effektivt og dermed bidrage til mere sundhed for pengene.

3. Vi har undersøgt, hvordan 4 ortopædkirurgiske afdelinger konkret planlægger deres aktivitet, for at vurdere, om hospitalernes planlægning og styring af resurser understøtter, at afdelingerne bruger resurserne omkostningsbevidst. Vi har i den forbindelse undersøgt, om afdelingerne arbejder med at opnå større fleksibilitet, når de tilrettelægger arbejdet. Vi har også set på, om afdelingerne forsøger at bruge personaleresurserne og operationsstuerne omkostningsbevidst ved at planlægge, styre og følge op på aktiviteter og brugen af resurser.

4. Hospitalernes udgifter til løn og personale udgør ca. 45 mia. kr. årligt. Et så stort og udgiftstungt område i den offentlige sektor kræver et særligt fokus på, om resurserne anvendes omkostningsbevidst.

5. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om hospitalernes planlægning, styring og opfølgning på anvendelse af resurser understøtter, at de bruger resurserne omkostningsbevidst. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Understøtter afdelingsledelsen gennem afdelingens planlægning og arbejde med at effektivisere arbejdsgangene, at afdelingen bruger resurserne omkostningsbevidst?
- Sikrer hospitalsledelsens og afdelingsledelsens styring og opfølgning, at det er gennem-sigtigt, hvordan afdelingen bruger resurserne?

***Ortopædkirurgi** er et sundhedsfagligt speciale, som omfatter forebyggelse, undersøgelse og behandling af medfødte og erhvervede sygdomme i knogler, led og muskler. Rehabilitering er desuden en væsentlig del af specialet.*

*En **ortopædkirurgisk afdeling** består af ambulatorier, sengeafsnit og operationsstuer samlet på én operationsgang. Nogle hospitaler anvender centrale operationsgange. I disse tilfælde kan den ortopædkirurgiske afdeling sammen med andre afdelinger have adgang til operationsstuerne på den centrale operationsgang.*

Overlægenes udvidede normale arbejdstid

I overlægenes overenskomst fra 2013 er den normale arbejdstid blevet udvidet fra kl. 18.00 til kl. 21.00 ved planlagt behandling og fra kl. 18.00 til kl. 23.00 ved akut behandling.

Vagtplanlægning er planlægning af arbejdstid i institutioner med skiftende arbejdstider, hvor arbejdstiden er placeret helt eller delvist uden for almindelig dagarbejdstid.

KONKLUSION

Rigsrevisionen vurderer, at hospitalerne i højere grad kan understøtte, at resurserne bruges omkostningsbevidst, ved at planlægge, styre og følge bedre op på aktiviteter og brugen af resurser. Hospitalerne kan således i højere grad tilrettelægge arbejdet mere fleksibelt, bruge personaleresurserne og operationsstuerne mere effektivt og skabe større gennemsigthed i brugen af resurser.

Undersøgelsen viser, at afdelingerne kun i få tilfælde har brugt overenskomsternes muligheder for at tilrettelægge arbejdet mere fleksibelt. Rigsrevisionen anbefaler, at afdelingerne i højere grad afsøger muligheden for at indgå lokale aftaler og – hvor det er økonomisk hensigtsmæssigt – bruger overenskomstens mulighed for at anvende overlægenes udvidede normale arbejdstid. Kun én afdeling bruger systematisk muligheden for at planlægge med overlægenes udvidede normale arbejdstid i aften- og nattimerne. Hvis afdelingerne planlægger med denne mulighed, kan de opnå en større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen. Rigsrevisionen finder, at det er centralt, at regionerne bruger de muligheder, som er opnået via overenskomsterne.

Undersøgelsen viser, at vagtplanlægningen ikke i alle tilfælde understøtter, at afdelingerne bruger resurserne omkostningsbevidst. Fx har et flertal af afdelingerne i vagtplanlægningen ikke sikret, at medarbejdernes arbejdstid anvendes fuldt ud. Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne og hospitalerne sammen professionaliserer vagtplanlægningen, så afdelingerne opnår en bedre anvendelse af arbejdstiden.

Undersøgelsen viser, at ikke alle afdelinger arbejder systematisk med at sikre tydelige mål for indsatsen og opfølgning på brugen af resurser. Ledelsesinformation på hospitalerne indeholder mange data, som hospitalsledelsen og afdelingsledelsen løbende skal forholde sig til. Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne og hospitalerne overvejer, om omfanget og karakteren af ledelsesinformation i tilstrækkelig grad understøtter en strategisk styring af resurserne.

Det er overordnet hospitalsledelsens ansvar at sikre, at planlægning og styring understøtter, at hospitalet bruger resurserne omkostningsbevidst. Regeringen og Danske Regioner har i økonomiaftalen for 2015 aftalt et tværgående projekt i regionerne om hospitalernes brug af kapacitet. Rigsrevisionen anbefaler, at der i dette arbejde indgår, at afdelingerne opnår en bedre brug af resurserne ved at styrke gennemsigtheden i kapacitetsudnyttelsen. Det vil give afdelingsledelsen en større indsigt i driften på afdelingen og hospitalsledelsen et klarere handlingsrum for at kunne prioritere og målrette indsatser og resurser inden for og mellem afdelinger.

Omkostningsbevidst brug af personaleresurser medvirker til at sikre et økonomisk råderum til bedre og mere patientbehandling. Derfor er det helt afgørende, at parterne har et skærpet fokus herpå.

Rigsrevisionen har udarbejdet en liste med opmærksomhedspunkter og eksempler på god praksis, jf. bilag 3, som alle hospitaler kan lade sig inspirere af og tilpasse til lokale forhold, for at understøtte, at resurserne bruges mere omkostningsbevidst.

1.2. Baggrund

6. Med udgifter på ca. 110 mia. kr. årligt udgør sundhedsområdet i regionerne et stort og væsentligt offentligt udgiftsområde. Hospitalerne brugte i 2013 ca. 75 mia. kr., hvoraf udgifter til løn og personale udgjorde ca. 45 mia. kr., hvilket svarer til ca. 60 % af udgifterne på hospitalerne. Det er derfor centralt, at de planlægger og styrer personaleresurserne effektivt.

7. Politikere og sygehusvæsenet har i de seneste år haft en stadig større opmærksomhed på, at hospitalerne kan bruge deres resurser bedre og mere effektivt. I de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner har parterne været enige om, at sundhedsvæsenet kan og bør bruge resurserne bedre. I økonomiaftalen for 2013 var parterne enige om, at der er potentiale for effektiviseringer, og at en generel bedre brug af resurser kan synliggøre og frigøre resurser til at prioritere indsatser, der giver mere værdi for patienterne. Dette blev gentaget i økonomiaftalerne for 2014 og 2015.

I økonomiaftalen for 2015 har regeringen og regionerne desuden aftalt et tværgående projekt i regionerne. Projektet skal identificere fælles indikatorer for, hvordan hospitalerne anvender deres kapacitet, og undersøge, om anvendelse af kapacitet på sigt kan indgå i systemerne omkring ledelsesinformation.

8. Vi har undersøgt, hvordan hospitalerne via planlægning og styring af resurser understøtter, at resurserne bruges omkostningsbevidst. Vi har konkret undersøgt, hvordan 4 ortopædkirurgiske afdelinger planlægger og tilrettelægger aktiviteten. Det drejer sig om afdelinger på Aarhus Universitetshospital, Rigshospitalet, Kolding Sygehus (som er en del af Sygehus Lillebælt) samt Næstved og Slagelse Sygehuse (som er en del af Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse).

Vi har i den forbindelse undersøgt, om afdelingerne tilpasser de overenskomstmæssige rammer til de lokale forhold for at opnå større fleksibilitet, når de tilrettelægger arbejdet og planlægger afdelingernes vagter og operationer samt styrer forbruget af resurser.

9. Ramevilkårene for planlægning og styring på de udvalgte hospitaler og afdelinger er i nogen grad forskellige. Der kan bl.a. være forskel på kompleksiteten i patienternes sygdomme. Det betyder, at nogle patienter vil være mere resursekrævende at behandle end andre, og det skal planlægningen tage højde for.

Der kan også være forskel på andelen af akutte patienter, og det stiller forskellige krav til afdelingernes planlægning, herunder planlægningen af personalets fremmøde. Det kendetegner dog vores valg af afdelinger, at 3 af dem har flest såkaldte elektive patienter, hvor afdelingerne på forhånd er i stand til at planlægge undersøgelser og behandlingsindsats.

Desuden er regionernes modeller for styring af hospitalerne indrettet forskelligt. Modellerne varierer bl.a. i forhold til de krav om produktivitet, som regionerne stiller til hospitaler og afdelinger. Styringsmodellerne kan øge kompleksiteten i planlægningen og styringen.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

10. Undersøgelsens revisionskriterier er bl.a. baseret på det målbillede for god økonomistyring på hospitalerne, der fremgår af regionernes økonomiaftale for 2014. Målbilledet opstiller krav til hospitalernes budgettering, opfølgning, ledelsesinformation og data samt til økonomifunktionernes kompetencer og brug af standarder og vejledninger for økonomiprocesser. Målbilledet skal synliggøre ledelsens reelle prioriteringsrum på kort og langt sigt og danne grundlag for tværgående prioriteringer, effektiviseringer og budgetoverholdelse.

***Regionernes tværgående projekt om kapacitetsanvendelse** handler om, hvordan regionerne og hospitalerne kan opnå en bedre og mere effektiv brug af kapacitet. Det vil bl.a. blive identificeret, hvordan hospitalerne kan udbrede bedste praksis for at opnå større gennemslagskraft i anvendelsen af kapacitet.*

***Akutte patienter** er patienter, som har et pludseligt opstået behov for behandling, mens **elektive patienter** er patienter, hvor behandlingen på forhånd er planlagt.*

Det ligger bl.a. i målbilledet, at hospitalerne skal være i stand til at bruge resurserne omkostningsbevidst inden for deres rammevilkår. Det skal hospitalernes budgetstyring, aktivitets- og resursestyring samt opfølgning på mål og resultater understøtte.

Vores undersøgelse har særligt fokus på, om hospitalernes styring af aktiviteter og resurser samt opfølgning på mål og resultater understøtter, at hospitalerne bruger resurserne omkostningsbevidst inden for den budgetmæssige ramme. Hospitalernes budgetstyring indgår ikke som en del af undersøgelsen.

Herudover baserer vi kriterierne på de rammer, som de centrale overenskomster og arbejdstidsaftaler giver. Det er desuden afdelingernes ansvar at planlægge arbejdstiden på en måde, der understøtter, at afdelingerne bruger personaleresurserne effektivt. Det er således væsentligt, at afdelingerne vurderer deres behov for bemanning og benytter planlægningsredskaber, der understøtter, at de kan bruge personalet omkostningsbevidst.

Følgende kriterier har indgået i undersøgelsen:

- at afdelingsledelsen benytter overenskomsternes og arbejdstidsaftalernes muligheder for lokalt at indgå aftaler, så arbejdet kan tilrettelægges fleksibelt og afspejle afdelingens og personalegruppernes ønsker og behov
- at afdelingsledelsens planlægning sikrer, at resurserne bruges effektivt, ved at kapaciteten anvendes fuldt ud, og bemanningen tilpasses afdelingens behov inden for afdelingens budgetmæssige ramme
- at afdelingen løbende arbejder med at forbedre produktiviteten ved at effektivisere arbejdsgangene
- at afdelingsledelsen arbejder med at tydeliggøre mål, som skaber retning og fokus i afdelingens indsats
- at hospitalsledelsen og afdelingsledelsen via opfølgningen sikrer gennemsigtighed i resurseforbruget og korrigerer, hvis afdelingen ikke opfylder fastsatte mål herfor.

11. Metodisk bygger undersøgelsen på interviews, gennemgang af dokumentation og bearbejdning af aktivitetsdata. Vi har gennemført 22 interviews med ledelsen på hospitals-, center- og afdelingsniveau samt vagtplanlæggere på afdelingerne. Derudover har vi gennemgået skriftlig dokumentation fra de udvalgte hospitaler og afdelinger. Endelig har vi indhentet data om afdelingernes behandlingsaktivitet i Landspatientregisteret (LPR) og data om afdelingernes udnyttelse af operationsstuerne. Data fra LPR har bidraget med en baggrundsforståelse for de forhold, som påvirker afdelingernes planlægning og brug af personaleresurser.

12. Vi har valgt at afgrænse undersøgelsen til det kliniske område ortopædkirurgi, fordi det er et stort og væsentligt område, som findes på mange hospitaler. Området er desuden karakteriseret ved en bredde i behandlingsaktiviteten, som både foregår akut og planlagt. Det er vores opfattelse, at det ortopædkirurgiske område ved bredden i bl.a. omfang og aktivitet har mange fællestræk i rammer og vilkår for planlægning og styring med de øvrige kliniske fagområder på landets hospitaler. Med valget af det ortopædkirurgiske område og de 4 afdelinger vurderer vi, at undersøgelsen dermed også er relevant og kan bidrage til en bedre planlægning og styring på andre ortopædkirurgiske afdelinger og kliniske områder på landets hospitaler.

Vi har udvalgt afdelinger på 2 regionshospitaler (Kolding Sygehus og Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse) og 2 universitetshospitaler (Aarhus Universitetssygehus og Rigshospitalet). I beretningen er afdelingerne enkelte steder benævnt A, B, C og D, men vil ellers ikke fremgå med navn. Vi har desuden valgt at afgrænse undersøgelsen til brugen af læger og plejepersonale på de ortopædkirurgiske afdelinger.

Vi har som led i undersøgelsen inddraget Deloitte Consulting for bl.a. at kvalificere vores valg af klinisk område og hospitalsafdelinger, jf. bilag 1.

Undersøgelsen er afgrænset til perioden primo 2012 - medio 2014.

13. Revisionen er udført i overensstemmelse med god offentlig revisionsskik, jf. boks 1.

BOKS 1. GOD OFFENTLIG REVISIONSSKIK

God offentlig revisionsskik er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

14. De anvendte metoder er uddybet i bilag 1, mens afgrænsningen af klinisk område og afdelinger er uddybet i bilag 2. Bilag 3 indeholder en oversigt over opmærksomhedspunkter og eksempler på god praksis, som alle hospitaler kan lade sig inspirere af og tilpasse til lokale forhold. Bilag 4 indeholder et eksempel på et redskab, som en afdeling bruger til at vurdere behovet for bemanning. Bilag 5 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Afdelingernes planlægning og arbejde med at effektivisere arbejdsgange

Rigsrevisionen vurderer, at afdelingsledelserne i højere grad kan understøtte, at afdelingerne gennem deres planlægning og arbejde med at effektivisere arbejdsgangene bruger resurserne omkostningsbevidst.

Undersøgelsen viser, at afdelingerne kun i få tilfælde har brugt de muligheder, der er for at tilrettelægge arbejdet mere fleksibelt ved at tilpasse rammerne i overenskomsterne til lokale forhold. Aftaler om øget fleksibilitet kan dog medføre meromkostninger for afdelingerne, og det skal afvejes i forhold til, at afdelingerne ønsker at bruge personaleresurserne mere fleksibelt.

Desuden bruger afdelingerne kun i begrænset omfang overenskomstens mulighed for at planlægge med overlægernes udvidede normale arbejdstid i aftentimerne. Afdelingerne kan ved at anvende overlægernes udvidede normale arbejdstid opnå en større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen med mulighed for at skabe mere fleksible patientforløb og bedre behandling. Regionernes brug af overlægernes udvidede normale arbejdstid bør dog altid ske ud fra en samlet økonomisk vurdering og hensynet til patienterne.

Rigsrevisionen vurderer, at vagtplanlægningen og planlægningen af operationer ikke i alle tilfælde understøtter, at afdelingerne bruger resurserne omkostningsbevidst. Fx har et flertal af afdelingerne i deres vagtplanlægning ikke sikret, at medarbejdernes arbejdstid udnyttes fuldt ud. Desuden anvender afdelingerne i flere tilfælde ikke operationsstuerne hensigtsmæssigt. Det skyldes, at der er ledig tid på operationsstuerne i løbet af dagen, samtidig med at de sidste operationer går ud over operationsstuerne åbningstid på de samme dage. Der er desuden eksempler på, at en afdeling jævnligt må omprioritere eller aflyse operationer som følge af sygdom hos personalet.

Afdelingerne har på forskellig vis arbejdet med at effektivisere deres arbejdsgange, men 2 af afdelingerne kan dog ikke udtrække væsentlige data, der viser udviklingen i den tid, som afdelingerne bruger på at forberede og afvikle operationer. Afdelingerne er dermed ikke i stand til at følge, om deres arbejde med at ændre arbejdsgangene på operationsstuerne resulterer i, at de bliver mere effektive. Rigsrevisionen vurderer, at de afdelinger, der løbende kan opgøre udviklingen i den tid, de bruger på at forberede og afvikle operationerne, har et bedre grundlag for at kunne vurdere, om resultaterne af planlægningen og effektiviseringen af arbejdsgangene er tilfredsstillende.

15. I dette kapitel vurderer vi, om afdelingsledelsen gennem afdelingens planlægning og arbejde med at effektivisere arbejdsgangene understøtter, at resurserne bruges omkostningsbevidst. Vi har undersøgt, om afdelingsledelsen benytter overenskomsternes og arbejdstidsaftalernes muligheder for lokalt at tilpasse arbejdstiden, så afdelingen kan bruge personalet fleksibelt. Desuden har vi undersøgt afdelingernes vagtplanlægning og planlægning af operationer samt deres arbejde med at effektivisere arbejdsgangene.

2.1. Afdelingerne kan i højere grad afdække behovet for at indgå lokalaftaler

16. Vi har undersøgt, om afdelingsledelsen benytter overenskomsternes og arbejdstidsaftalernes muligheder for lokalt at indgå aftaler om arbejdstiden, som kan skabe større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af arbejdet, og som afspejler både afdelingens og personalegruppernes ønsker og behov.

Overenskomsternes rammer og muligheder

17. Rammerne og reglerne for, hvordan hospitalerne kan tilrettelægge arbejdet, er i stort omfang fastlagt i de centrale overenskomster og arbejdstidsaftaler, som arbejdsmarkedets parter har indgået. Det er Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og de forhandlingsberettigede organisationer, der indgår overenskomsterne og fastlægger løn- og ansættelsesvilkår for de ansatte i regionerne.

18. Overenskomsterne er indgået fagopdelt, og det betyder, at der er forskellige overenskomster og arbejdstidsregler for fx læger, sygeplejersker, lægesekretærer og servicemedarbejdere. Afdelingerne skal derfor tage højde for 11-15 forskellige overenskomster, når de tilrettelægger arbejdet.

Overenskomsternes bestemmelser om hviletid, varsling og arbejdstid sætter rammerne for, hvordan afdelingerne kan planlægge og tilrettelægge arbejdet.

19. Parterne har udarbejdet overenskomsternes bestemmelser om hviletid med reference til lovgivningen om arbejdsmiljø. Det fremgår heraf, at arbejdsgiverne skal tilrettelægge arbejdstiden, så de ansatte får en hvileperiode på mindst 11 sammenhængende timer inden for hver periode på 24 timer (bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø, § 50). Bekendtgørelsens § 50, stk. 2, gør det muligt at nedsætte hvileperioden til 8 timer ved vagtskifte. Hvis hviletiden skal nedsættes, skal parterne indgå en lokalaftale herom.

20. Bestemmelserne om varsling er også væsentlige i overenskomsterne. Arbejdsgiveren skal varsle vagtplanen rettidigt for at overholde de centrale varslingsbestemmelser og skal varsle løbende ændringer til planen inden for de forskellige faggruppers bestemmelser om arbejdstid. Tabel 1 viser de forskellige centrale bestemmelser om varsling af arbejdstid for 3 udvalgte faggrupper på hospitalerne.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) har 9 medlemmer, der repræsenterer Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, regionerne og kommunerne. Danske Regioner varetager sekretariatsbistanden for RLTN og forbereder og behandler de sager, som skal forelægges RLTN. Sekretariatet refererer direkte til RLTN og er uafhængigt af Danske Regioners øvrige virksomhed.

Tabel 1. Centrale bestemmelser om varsling af arbejdstid for udvalgte faggrupper på hospitalerne

	Sygeplejersker	Yngre læger	Overlæger
Varsling af vagtplan	4 uger	4 uger	Fastlægges lokalt
Varsling af ændringer i arbejdstid	1 døgn (ellers tillæg)	72 timer/3 måneder ¹⁾	3 måneder ved ændret vagtform
Varsling af afspadsering	4 døgn (skal ske i arbejdstiden)	2 døgn	.. ²⁾
Varsling af overarbejde	Dagen før i arbejdstiden (ellers tillæg)	.. ²⁾	.. ²⁾

¹⁾ Ved ekstraordinær tjeneste/tilkald skal yngre læger varsles 72 timer før en vagt, mens der gælder en varsling på 3 måneder ved ændret vagtform.

²⁾ Der gælder ingen bestemmelser for denne faggruppe.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af arbejdstidsaftale mellem RLTN og Dansk Sygeplejeråd mfl., overenskomst for yngre læger og overenskomst for overlæger.

Det fremgår af tabel 1, at bestemmelserne om varsling varierer blandt forskellige faggrupper, der arbejder sammen på en afdeling. Afdelingen skal fx varsle overarbejde for sygeplejersker dagen før i arbejdstiden, hvis ikke afdelingen skal betale tillæg til sygeplejerskerne. For de 2 andre personalegrupper er der ingen regler om varsling ved overarbejde.

Et **patientforløb** omfatter summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en bestemt gruppe af patienter oplever i relation til behandling og pleje af et givent helbredsproblem. Et patientforløb vil typisk omfatte undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering.

21. Overenskomsterne regulerer også, hvornår hospitalerne kan tilrettelægge den normale arbejdstid for de enkelte faggrupper. I overlægernes overenskomst fra 2013 blev det som noget nyt indført, at hospitalerne kan udvide overlægernes normale arbejdstid fra kl. 18.00 til kl. 21.00 ved planlagt behandling og fra kl. 18.00 til kl. 23.00 ved akut behandling. Danske Regioner har oplyst, at formålet med at ændre overlægernes normale arbejdstid bl.a. har været at skabe mere fleksible muligheder for at tilrettelægge arbejdet og derigennem opnå bedre patientforløb og behandling. Dermed kan afdelingerne anvende overlægerne om aftenen, og det matcher de muligheder, der altid har været gældende for bl.a. yngre læger og plejepersonale.

22. Undersøgelsen viser, at 3 af afdelingerne ikke systematisk anvender de nye muligheder for at planlægge med overlægernes udvidede normale arbejdstid i aftentimerne. Region Midtjylland har oplyst, at afdelingen først vil anvende overlægernes udvidede normale arbejdstid, når afdelingen flytter ind i et nyt hospitalsbyggeri. Dette skyldes, at afdelingen har fastlåst lægeresurser til at opretholde vagtdækning på flere matrikler, hvorfor afdelingen har vurderet, at det er uforholdsmæssigt omkostnings- og resursetungt at benytte overlægernes udvidede normale arbejdstid på nuværende tidspunkt. Region Hovedstaden har oplyst, at der på alle hospitaler i regionen er ved at blive indgået aftaler med henblik på fremover at bruge overlægernes normale arbejdstid i aftentimerne. Region Sjælland har oplyst, at afdelingen på grund af rekrutteringsmæssige udfordringer tidligere har valgt ikke at benytte sig af muligheden for at anvende overlægernes normale arbejdstid i aftentimerne. Samme region har desuden oplyst, at regionens erfaring er, at lægerne forlader afdelingerne, hvis regionen planlægger med overlægernes normale arbejdstid i aftentimerne. Regionen er derfor meget påpasselig med at anvende muligheden af hensyn til fortsat at kunne rekruttere og fastholde overlæger. Regionen er dog nu i begrænset omfang begyndt at anvende denne mulighed, samtidig med at regionen nøje følger de rekrutteringsmæssige konsekvenser heraf.

Kun én afdeling bruger systematisk muligheden for at anvende overlægernes normale arbejdstid i aftentimerne. Afdelingen har dog allerede siden 2012 haft en aftale med overlægerne om, at de skal være til stede i aftentimerne. Afdelingen har oplyst, at den nye overenskomst fra 2013 for overlægerne har gjort det billigere at anvende overlægerne i aftentimerne.

23. Regionerne befinder sig i dag i en konkurrencesituation i forhold til at kunne tiltrække kvalificerede overlæger mv., hvilket betyder, at regionerne er påpasselige med at anvende overlægernes udvidede normale arbejdstid. Rigsrevisionen vurderer, at hvis alle regionerne brugte overenskomstens mulighed, ville det som udgangspunkt være både mere omkostningseffektivt og reducere konkurrencen mellem hospitalerne.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at afdelingerne ved at anvende overlægernes udvidede arbejdstid kan opnå en større fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen, hvilket giver mulighed for at skabe mere fleksible patientforløb og bedre behandling. Regionerne bør derfor ud fra en samlet økonomisk vurdering og af hensyn til patienterne tage stilling til, om det vil være hensigtsmæssigt at bruge muligheden for at udvide overlægernes arbejdstid i aftentimerne.

Afdelingernes brug af lokalaftaler

24. Ud over de centrale overenskomster og aftaler giver "Rammeaftale om decentrale arbejdstidsaftaler" fra 1999 mulighed for, at man lokalt kan tilpasse de centrale bestemmelser om arbejdstid. Det fremgår af rammeaftalen, at lokalaftaler har til formål at skabe fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen, så den passer til de enkelte arbejdspladser og personalegruppers ønsker og behov.

25. Lokalaftaler kan indgås mellem afdelingsledelsen og den lokale repræsentant for de faglige organisationer, der er part i aftalen. De lokale parter skal således være enige om at indgå en lokalaftale. En lokalaftale kan i nogle tilfælde medføre meromkostninger for afdelingen, og det skal afvejes i forhold til, at afdelingen kan bruge personaleresurserne mere fleksibelt.

26. Rigsrevisionen har gennemgået afdelingernes lokalaftaler og vurderet, i hvilket omfang afdelingerne har afdækket deres behov for lokalaftaler. Behovet for lokal tilpasning afhænger af de konkrete forhold. Der kan fx være særlige behov, hvis afsnittet er døgnbemandet, eller hvis der er store udsving i antallet af patienter. Det kan fx betyde, at afsnittet kan have vanskeligt ved at overholde bestemmelsen om 11 timers hviletid.

Et afsnit på en hospitalsafdeling kan fx være et sengeafsnit, hvor patienterne er indlagt. En afdeling har oftest tilknyttet flere underliggende afsnit med egen afsnitsledelse, som refererer til afdelingsledelsen.

27. Gennemgangen viser, at 2 af afdelingerne ikke har indgået lokalaftaler om nedsættelse af hviletiden. På de andre 2 afdelinger er der indgået lokalaftaler, som sikrer, at afdelingen kan afvige fra bestemmelsen om hviletid. Én afdeling har fx nedsat hviletiden fra 11 til 8 timer. Aftalen er i høj grad et resultat af, at medarbejderne ønskede arbejdet mere fleksibelt tilrettelagt.

28. Afdelingerne kan også indgå lokalaftaler om overførsel af overarbejde, så hospitalet ikke skal udbetale overarbejde til medarbejderne. Formålet med aftalerne er, at medarbejderne får mulighed for at afspadsere deres optjente timer i rolige perioder frem for at få dem udbetalt, som overenskomsten foreskriver. Aftalerne medvirker til at gøre planlægningen mere fleksibel, da afdelingerne får mulighed for at trække på medarbejderne i de travle perioder og lade dem afspadsere i rolige perioder. Lokalaftaler sikrer på den måde, at afdelingen fleksibelt kan tilrettelægge arbejdet til gavn for både produktion og medarbejdere.

29. Særligt én afdeling har indgået individuelle lokalaftaler om at overføre overarbejde. Dette er sket på foranledning af medarbejdernes ønsker. Afdelingen har oplyst, at lokalaftalen ikke har skabt meromkostninger for afdelingen, og at både medarbejderne og afdelingsledelsen oplever, at lokalaftalen giver bedre forudsætninger for at afvikle vagtplanen. De andre afdelinger har kun indført individuelle aftaler i begrænset omfang.

Der kan være forskel på afdelingernes behov for at indgå aftaler om at overføre overarbejde. Behovet afhænger bl.a. af, om der er mangel på arbejdskraft på afdelingen. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det bør indgå i afdelingernes overvejelser, om de har behov for en lokalaftale, der gør det muligt at afvikle overarbejde fleksibelt.

Muligheder for at kommunikere mere smidigt om tilrettelæggelse af arbejdet

30. Alle afdelingerne har oplyst, at det er en generel barriere for planlægningen, at vagtplanlæggerne kun kan kontakte plejepersonalet i arbejdstiden vedrørende ændringer i det planlagte arbejde, overarbejde eller afspadsering. Det fremgår således af arbejdstidsaftalen for sygeplejersker mfl., at orientering om ændringer i den planlagte arbejdstid som udgangspunkt skal foregå i arbejdstiden med et varsel på mindst 1 døgn. Varslinger om ændringer i det planlagte arbejde kan dog ske uden for arbejdstiden, hvis dette aftales lokalt.

31. Afdelingerne kan således ikke kontakte en medarbejder, der fx har en fridag, for at høre, om medarbejderen er interesseret i at afspadsere den efterfølgende dag, hvis dette ikke er aftalt lokalt. Det skaber en udfordring, når afdelingen har behov for løbende at justere vagtplanen i forhold til de patienter og opgaver, som afdelingen får. Afdelingerne kunne sandsynligvis bruge personalet mere fleksibelt, hvis det efter en lokalaftale blev muligt at kommunikere mere smidigt om mulighederne for at justere på plejepersonalets arbejdstid og afspadsering.

32. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at den manglende smidighed i kommunikationen mellem afdeling og personale gør det vanskeligt at bruge personaleresurserne hensigtsmæssigt. De centrale overenskomstmæssige rammer forhindrer ikke parterne i at indgå en lokalaftale om, at medarbejderne kan tilmelde sig en ordning, hvor afdelingen kan kontakte dem uden for arbejdstiden. Én region har oplyst, at der på andre afdelinger er en systemunderstøttet sms-ordning, hvor medarbejderne kan tilbydes vagter eller afspadsering. Rigsrevisionen kan konstatere, at afdelingerne i undersøgelsen ikke har overvejet den mulighed.

Resultater

33. Undersøgelsen viser, at afdelingsledelserne kun har indgået få lokalaftaler og kun i begrænset omfang afsøger mulighederne for at indgå lokalaftaler som redskab til at planlægge arbejdet mere fleksibelt. Lokalaftaler om ændringer i medarbejdernes arbejdstid kan ofte ske i dialog med medarbejderne uden ekstra omkostninger. Afdelingerne skal dog være opmærksomme på, at lokalaftaler kan medføre omkostninger, hvilket altid bør indgå i de samlede overvejelser om, hvorvidt den opnåede fleksibilitet i tilrettelæggelsen af arbejdet står mål med eventuelle øgede omkostninger.

Kun én afdeling benytter systematisk den fleksibilitet, som overenskomsten har indført med udvidelsen af overlægernes normale arbejdstid i aftentimerne. Rigsrevisionen finder, at regionerne og hospitalerne ud fra en samlet økonomisk vurdering og af hensyn til patienterne må tage stilling til, om det er hensigtsmæssigt at bruge overlægernes udvidede normale arbejdstid. Hvis alle regionerne brugte overenskomstens mulighed, ville det som udgangspunkt være både mere omkostningseffektivt og reducere konkurrencen mellem hospitalerne, fx i forhold til at tiltrække lægeresurser.

2.2. Afdelingerne kan planlægge resurseforbruget mere effektivt

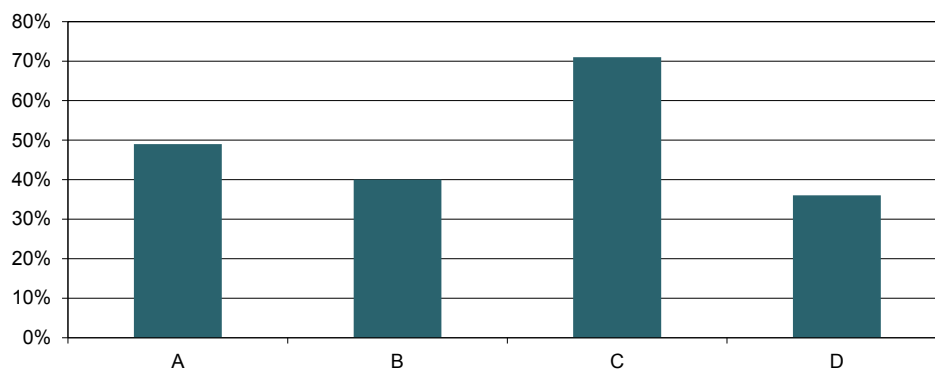
34. Vi har undersøgt afdelingernes planlægning. Det har vi gjort, fordi afdelingerne via planlægning skal sikre, at resurserne bruges effektivt. Ved en effektiv planlægning udnytter afdelingen alle operationsstuer og ambulatorierum fuldt ud i åbningstiden, organiserer sengeafsnittene, så de understøtter en effektiv anvendelse af plejepersonalet, tilpasser bemandingen til afdelingens konkrete behov og sikrer, at resurseforbruget ligger inden for afdelingens budgetramme.

Fastlæggelse af bemandingsbehov

35. Vi har undersøgt, hvordan afdelingerne som led i planlægningen fastlægger deres behov for bemanding. Vi har endvidere undersøgt, om afdelingerne løbende revurderer behovet for bemanding ud fra deres viden om opgaverne. En løbende vurdering af behovet for bemanding er centralt for at anvende personaleresurserne omkostningsbevidst, så der er flest på arbejde, når behovet er størst, og færrest, når behovet er mindst.

36. Vagtplanlæggere på afdelinger med skiftende arbejdstider har en langt mere kompleks opgave end vagtplanlæggere på afdelinger med faste arbejdstider inden for normal arbejdstid. Afdelingerne er desuden i varierende grad udfordret af, at det kan være vanskeligt at forudse, hvornår behovet for bemanding er størst. Det skyldes bl.a., at alle afdelingerne har både akutte og planlagte indlæggelser, men der er forskel på andelen af akutte indlæggelser, jf. figur 1.

Figur 1. Andelen af akutte indlæggelser på de 4 afdelinger i 2013



Note: Afdeling B har ikke en akutmodtagelse. De svært akutte patienter indlægges på en selvstændig intensivafdeling, hvor den ortopædkirurgiske afdelings læger også udfører operationer, som ikke er talt med i den opgjorte aktivitet. Det betyder, at andelen af akut aktivitet fremgår som mindre, end den reelt er.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret (LPR).

Det fremgår af figur 1, at afdeling C har den højeste andel af akutte indlæggelser (ca. 70 %). Andelen på afdeling C er dobbelt så stor som andelen på afdeling D, der har den laveste andel. Afdeling A har med 49 % en lidt højere andel af akutte indlæggelser end afdeling B, som har en andel på 40 %. Forskellene afspejler, at hospitalerne har et forskelligt patientgrundlag, og at nogle afdelinger i højere grad varetager akutte opgaver end andre.

En høj andel af akutte indlæggelser stiller større krav til planlægningen, idet det er mere uforudsigeligt, hvornår afdelingen modtager patienter, som kræver behandling. De akutte patienter er en uforudsigelig faktor, når afdelingerne vurderer behovet for bemanning, og afdelingen risikerer, at den ikke altid har bemanning nok til både at gennemføre den planlagte og den akutte aktivitet. Det er derfor væsentligt, at afdelingerne tager udgangspunkt i udviklingen af aktiviteten, når de vurderer behovet for bemanning.

37. Alle afdelingerne har oplyst, at de løbende vurderer og tilpasser bemanningen. Afdelingerne vurderer ud fra forskellige parametre, alt efter hvilket afsnit på afdelingen det drejer sig om. Bemanningen af en operationsgang kræver i høj grad, at de rette kompetencer er til stede og modsvarer behovet. Ved bemanningen af et sengeafsnit er det relevant at vurdere, hvor mange patienter afsnittet har, og hvilken type patienter der er tale om. Er det fx patienter, der kræver meget pleje, eller er det patienter, der i højere grad er selvhjulpne. Det kendetegner alle vurderinger af bemandingsbehovet, at afdelingerne er nødsagede til at kombinere viden om opgavernes omfang med viden om opgavernes karakter og indhold.

Sundhedsstyrelsen fastsætter i **specialevejledninger** kravene til specialfunktioner og godkender opgavefordelingen mellem forskellige hospitaler. Af "Specialevejledningen for ortopædisk kirurgi" fremgår bl.a., hvilke kompetencer afdelingerne skal have for at varetage forskellige specialfunktioner.

38. Behovet for bemanning med plejepersonale vurderer afdelingerne typisk, når de fastsætter deres årlige budget, når de budgetmæssige forudsætninger ændres, eller når opgaverne ændrer sig afgørende. Behovet for bemanning med læger vurderer afdelingerne ved ændringer i opgaver eller behandlingsformer. Afdelingerne fastlægger i høj grad behovet for læger ud fra, hvilke kliniske funktioner afdelingerne skal varetage. Afdelingerne skal leve op til Sundhedsstyrelsens "Specialevejledning for ortopædisk kirurgi", som fastsætter kravene til afdelingernes specialfunktioner og kompetencer. På de højt specialiserede områder er afdelingerne endvidere afhængige af de kompetencer, som de kan tiltrække.

39. Én afdeling har fx vurderet sit nuværende bemandingsbehov ud fra data om opgaverne. Afdelingen har anvendt forskellige metoder til at vurdere bemanningen ved de forskellige typer af opgaver. Ved vurderingen af bemandingsbehovet på afdelingens sengeafsnit har afdelingen taget udgangspunkt i sengebelastningen, som udtrykker, hvor mange indlagte patienter en afdeling har hen over døgnet. Figur 2 viser et eksempel på et redskab til at vurdere sengebelastningen.

Figur 2. Eksempel på et redskab til at vurdere sengebelastningen

	Belægning pr. klokke-time																							
	Kl. 00:00	Kl. 01:00	Kl. 02:00	Kl. 03:00	Kl. 04:00	Kl. 05:00	Kl. 06:00	Kl. 07:00	Kl. 08:00	Kl. 09:00	Kl. 10:00	Kl. 11:00	Kl. 12:00	Kl. 13:00	Kl. 14:00	Kl. 15:00	Kl. 16:00	Kl. 17:00	Kl. 18:00	Kl. 19:00	Kl. 20:00	Kl. 21:00	Kl. 22:00	Kl. 23:00
Ugedag	00:59	01:59	02:59	03:59	04:59	05:59	06:59	07:59	08:59	09:59	10:59	11:59	12:59	13:59	14:59	15:59	16:59	17:59	18:59	19:59	20:59	21:59	22:59	23:59
Mandag																								
Tirsdag																								
Onsdag																								
Torsdag																								
Fredag																								
Lørdag																								
Søndag																								

Kilde: Et hospital.

Figur 2 viser sengebelastningen pr. klokke-time på afdelingen. Farverne i tabellen indikerer belastningen på sengeafsnittet, hvor grøn indikerer en belægning tæt på 80 %, mens rød indikerer en belægning tæt på 100 %. Sengebelastningen varierer både hen over dagen og ugen og påvirker derfor behovet for bemanning. I bilag 4 viser vi et uddybet eksempel på en opgørelse over sengebelastningen på et afsnit.

40. Afdelingen fastlægger også et plejeindeks, der angiver bemanningen ved forskellig sengebelastning over tid. Plejeindekset udtrykker antallet af årsværk pr. belagt seng. Plejeindekset kan bl.a. variere som følge af sammensætningen af patienter, herunder hvor plejekrævende patienterne er. Tabel 2 viser udviklingen i sengebelastning og plejeindeks for afdelingen i perioden 2010-2012.

Tabel 2. Sengebelastning og plejeindeks for en afdeling i perioden 2010-2012

Belagte senge 2010	Belagte senge 2011	Belagte senge 2012	Plejeindeks 2010	Plejeindeks 2011	Plejeindeks 2012
49,4	48,7	46,0	1,41	1,39	1,44

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra et hospital.

Det fremgår af tabel 2, at antallet af belagte senge er faldet fra 49,4 i 2010 til 46 i 2012. Det har medført et stigende plejeindeks fra 1,41 årsværk pr. seng til 1,44 årsværk pr. seng. Ved at opgøre plejeindekset tager afdelingen løbende stilling til, om bemanningen pr. seng er forøget eller faldet. Hvis plejeindekset er steget, vil afdelingen vurdere, om det hænger sammen med, at patientgruppen har ændret sammensætning, eller at der er behov for at tilpasse bemanningen.

41. Når afdelingen har vurderet behovet for bemanning i afdelingens ambulatorium, har udgangspunktet i stedet været den gennemsnitlige tid, som en læge bruger på et patientbesøg, sammenholdt med det forventelige antal besøg. Afdelingen har ud fra det beregnet, hvor mange læger der er behov for i ambulatoriet.

Buffer i bemandingsbehovet

42. Vi har undersøgt, om afdelingerne i vurderingen af bemanningen har taget højde for, om der er behov for en buffer. Når afdelingerne bemander med en buffer, planlægger de med en bemanning, der er en anelse højere, end opgaverne umiddelbart forudsætter. Formålet er at sikre, at afdelingen kan absorbere variation i bemanningen, så afdelingen kan gennemføre sine aktiviteter, selv om der opstår uforudset fravær, fx ved sygdom. Ved fastlæggelse af en buffer skal der tages højde for, at det samlede budget overholdes. I nogle tilfælde har medarbejdere så specialiserede opgaver, at det kan være vanskeligt at erstatte hinanden og dermed planlægge med en buffer.

43. Undersøgelsen viser, at én afdeling har valgt ikke at indregne en buffer i bemanningen. Afdelingen sikrer dermed, at fremmødet ikke overstiger behovet. Den manglende brug af en buffer gør dog, at afdelingens planlægning let påvirkes, hvis en medarbejder bliver syg. Afdelingen må således jævnligt omprioritere resurserne og i nogle tilfælde aflyse planlagte operationer.

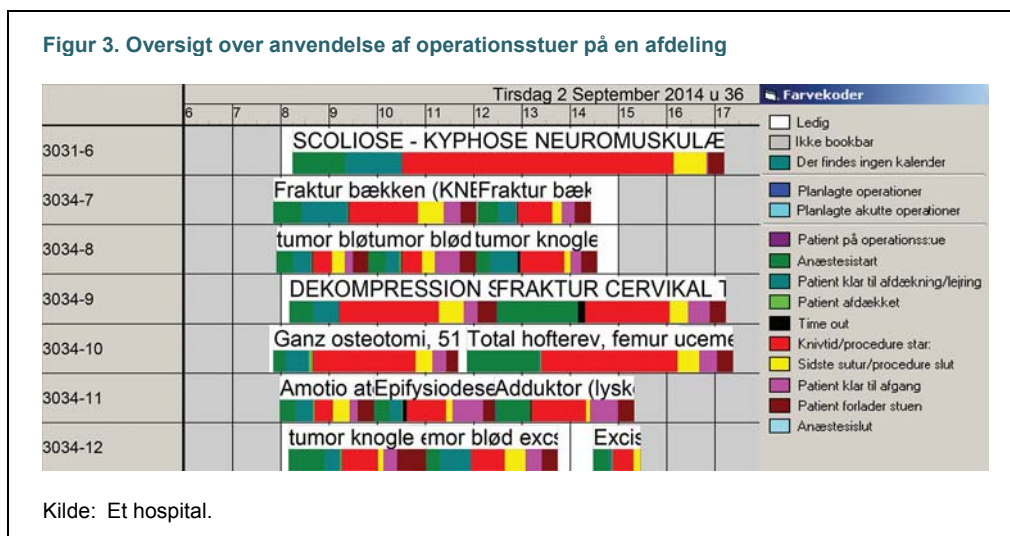
De 3 andre afdelinger har indregnet en buffer i bemanningen. Med en buffer undgår afdelingerne i videst muligt omfang at indkalde medarbejdere med kort varsel og sparer således omkostninger til tillæg for sen varsling. Bufferen betyder desuden, at afdelingerne sjældent er nødt til at aflyse operationer. Ingen af de 3 afdelinger har taget udgangspunkt i statistik over fravær, når de skal vurdere deres behov for en buffer i bemanningen.

Rigsrevisionen vurderer, at afdelingerne opnår et bedre grundlag for at vurdere behovet for bemanning ved at tage udgangspunkt i afdelingens fraværstatistik. Samtidig bør afdelingerne sammenholde omkostningerne ved at indregne en buffer i bemanningen med de omkostninger, der er fx forbundet med at aflyse operationer på grund af fravær.

Udnyttelse af operationskapacitet

44. Vi har gennemgået, hvordan afdelingerne følger anvendelsen af operationsstuerne og sikrer, at de udnytter dem bedst muligt. Det er væsentligt, at afdelingerne tilrettelægger arbejdet, så de bedst muligt udnytter den kapacitet, der er til rådighed på operationsstuerne.

45. Alle afdelingerne har it-systemer, der viser, hvordan de har planlagt at udnytte operationsstuerne, og hvordan de faktisk har brugt tiden på operationsstuerne. Figur 3 viser et eksempel på en detaljeret oversigt over, hvordan en afdeling bruger sine operationsstuer (operationsstue 6-12) til forskellige operationer inden for ortopædkirurgien.



Figur 3 viser en dags udnyttelse af 7 operationsstuer. De forskellige farvekoder angiver, hvornår patienten ankom på operationsstuen, hvornår operationen gik i gang, og hvor lang tid patienten måtte vente på at forlade stuen efter endt operation. Afdelingen bruger opgørelsen til dagligt at vurdere, om den har afviklet operationerne hensigtsmæssigt. Den meget detaljerede oversigt gør det lettere at identificere de årsager, der måtte ligge bag en uhensigtsmæssig udnyttelse af operationsstuerne. Af figuren fremgår det fx, at patienten i flere tilfælde opholder sig på operationsstuen i nogen tid efter, at patienten er registreret klar til afgang (lilla markering).

46. Undersøgelsen viser, at de enkelte operationssystemer varierer meget i detaljeringsniveau, og at der er stor forskel på, hvordan afdelingerne bruger informationerne. På 3 af afdelingerne viser oversigterne over operationsstuerne kun, hvornår patienten ankommer til operationsstuen, hvor lang tid operationen varer, og hvornår patienten forlader stuen. Afdelingerne har dermed ikke samme mulighed for simpelt at kunne identificere problemer og muligheder for bedre at udnytte operationsstuerne som afdelingen, der er vist i figur 3. Én afdeling har oplyst, at regionen efterfølgende har indført et nyt system på afdelingen, som giver et mere detaljeret overblik over afviklingen af operationerne.

47. Planlægningen af udnyttelsen af operationsstuerne skal foruden omkostninger afvejes over for en række andre forhold, bl.a. de fysiske rammer, et hensigtsmæssigt patientflow, de faglige kompetencer og kvaliteten i patientbehandlingen. Planlægningen af udnyttelsen af operationsstuerne er derfor en kompliceret opgave, der også kræver en ledelsesmæssig prioritering.

Vi har gennemgået, hvordan afdelingerne udnyttede operationsstuerne i uge 36-39 i 2014 med udgangspunkt i operationsstuerne åbningstid. De stuer, som afdelingerne kun bruger til akutte operationer, indgår ikke i gennemgangen. Dage, hvor afdelingen har måttet aflyse operationen på grund af patienten, indgår heller ikke i gennemgangen.

48. Vores gennemgang viser, at der er forskel på, hvor meget ledig tid afdelingerne har på operationsstuerne. Den ledige tid er den tid, hvor afdelingen ikke bruger operationsstuen inden for åbningstiden. Der kan være forskellige årsager til forskellene i ledig tid. Ledig tid kan enten indikere, at afdelingen har en bufferkapacitet for at kunne absorbere udsving i operationernes varighed, eller at afdelingen ikke udnytter operationsstuerne hensigtsmæssigt.

Afdelingerne har jævnligt ledig tid i løbet af åbningstiden. Én afdeling adskiller sig dog ved kontinuerligt at kunne gennemføre dagens operationer med meget lidt ledig tid mellem de enkelte operationer. Afdelingen er samtidig den afdeling i undersøgelsen, der følger udnyttelsen af operationsstuerne tættest. Afdelingen har dels en koordinator, der hver morgen sikrer en hensigtsmæssig planlægning af dagens operationer, dels en økonomifunktion på hospitalet, der dagligt følger udnyttelsen af operationsstuerne. På ugentlige møder evaluerer økonomifunktionen, om afdelingen har brugt operationsstuerne godt nok.

49. Gennemgangen viser, at nogle af afdelingerne jævnligt har ledig tid i løbet af operationsstuenes åbningstid og samtidig har operationer, der går ud over åbningstiden på de samme dage.

Rigsrevisionen konstaterer desuden, at det er forskelligt, hvor tilbageholdende afdelingerne er med at planlægge operationer, når der er risiko for, at de kan gå ud over operationsstuenes åbningstid. Én afdeling har oplyst, at afdelingen kan planlægge operationer i hele åbningstiden, fordi medarbejderne er indforståede med, at de bliver, til operationen er færdig, selv om det betyder, at de får senere fri. En anden afdeling har derimod valgt ikke at sætte nye operationer i gang, når det vurderes, at operationen vil komme til at gå ud over operationsstuenes åbningstid. Operationsstuen er således jævnligt ledig 1 time i slutningen af åbningstiden, og gennemgangen viser, at der i perioden er flere tilfælde, hvor den ledige tid inden operationsstuenes lukketid overstiger 2 timer. Gennemgangen viser også, at en tredje afdeling også jævnligt afslutter operationerne 2 timer (eller mere) inden operationsstuenes lukketid.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at afdelingsledelsen kan opnå et bedre grundlag for at vurdere, om personaleresurserne bruges omkostningsbevidst, hvis ledelsen vurderer de konkrete omkostninger, der er forbundet med at arbejde ud over operationsstuenes åbningstid, i forhold til omkostningerne ved ikke at udnytte operationsstuerne fuldt ud. Et eventuelt øget brug af operationsstuerne bør altid afvejes i forhold til, hvilken behandling der kan ydes inden for afdelingens budgetramme.

Afdelingernes planlægning af vagter og registrering af faktisk arbejdstid

50. Vi har gennemgået processen for, hvordan afdelingerne planlægger vagter og registrerer medarbejdernes arbejdstid, og vi har vurderet, hvilke fejlkilder der kan være i processen frem til lønudbetalingen.

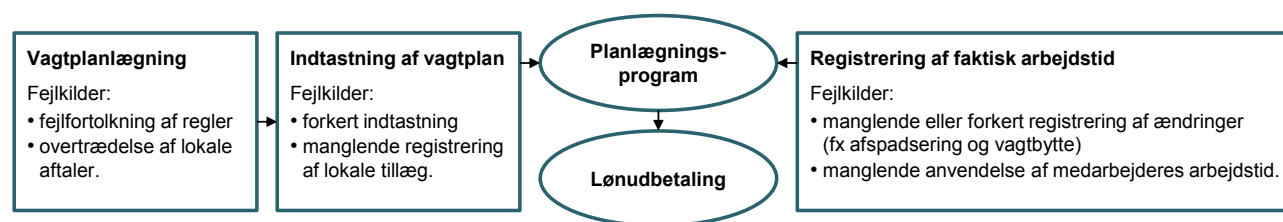
51. Der skal tages mange hensyn, når afdelingen planlægger medarbejdernes arbejdstid. Afdelingen skal fordele personaleresurserne, så de bedst muligt modsvarer afdelingens behov. Vagtplanlæggerne skal tilstræbe, at medarbejderne hverken arbejder mere eller mindre, end de er ansat til, og overholde reglerne i overenskomster, arbejdstidsaftaler mv.

52. På alle afdelingerne står flere medarbejdere for at planlægge vagterne. Vagterne skal besættes med de rette kompetencer, og vagtplanlæggerne skal derfor have kendskab til personalets kompetenceniveau, samtidig med at de skal have et indgående kendskab til logistik og planlægning.

Vores gennemgang viser, at en afdelingssygeplejerske oftest planlægger vagterne for plejepersonalet, mens en læge planlægger for lægerne. Dermed foretages planlægningen typisk af en medarbejder med indsigt i personalets kompetencer. På den enkelte afdeling er det typisk flere medarbejdere inden for hver faggruppe, der varetager opgaven. For plejepersonalet er der en vagtplanlægger for hvert afsnit, dvs. at alle afdelinger har 3-4 sygeplejersker, der planlægger vagter. Vagtplanlægningen for lægerne er organiseret forskelligt på de enkelte afdelinger, men typisk varetager flere læger opgaven. Gennemgangen viser desuden, at det varierer, om den enkelte vagtplanlægger har indgående kendskab til logistik og planlægning.

Processen for vagtplanlægning, indtastning af vagtplan og registrering af faktisk arbejdstid 53. På alle afdelingerne er vagtplanlægningen it-understøttet. Afdelingerne planlægger vagter i et planlægningsprogram. Programmet registrerer medarbejdernes planlagte arbejdstid og eventuelle ændringer. Registreringerne i programmet er grundlaget, når hospitalet udbetaler løn. Figur 4 viser processen, når afdelingerne planlægger vagter, indtaster vagtplaner og registrerer medarbejdernes faktiske arbejdstid. Endvidere viser figuren de fejl, der kan opstå i de enkelte led i processen.

Figur 4. Processen for vagtplanlægning, indtastning af vagtplan og registrering af faktisk arbejdstid



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Figur 4 viser de enkelte led i processen, fra afdelingen planlægger vagter til udbetaling af løn. Først planlægger den enkelte vagtplanlægger vagterne – typisk i et regneark udarbejdet af den enkelte vagtplanlægger. Herefter indtaster vagtplanlæggeren planerne i planlægningsprogrammet. Der sker jævnligt ændringer til vagtplanerne, som vagtplanlæggerne også registrerer i planlægningsprogrammet. Vagtplanerne med de tilføjede ændringer er grundlaget for udbetalingen af løn til personalet.

Figuren viser også, at der i hvert led af processen for vagtplanlægning og registrering af faktisk arbejdstid er flere mulige fejlkilder. Vi gennemgår nedenfor de enkelte led i processen og de observerede fejlkilder.

Vagtplanlægning

54. Opgaven med at planlægge vagter kræver et indgående kendskab til reglerne i overenskomster, arbejdstidsaftaler og eventuelle lokalaftaler. På alle afdelingerne kan vagtplanlæggerne benytte deres centrale HR-funktion på hospitalet, men ingen steder er der en systematisk introduktion til reglerne og tolkningen heraf. Vagtplanlæggerne er enten blevet side-mandsoplært eller har selv tilegnet sig den nødvendige viden på området.

På alle afdelingerne orienteres vagtplanlæggerne om ændringer i reglerne, men kun på én afdeling understøttes vagtplanlæggerne af en vejledning og en samlet oversigt over de gældende regler og deres betydning for planlægningen af vagter.

De vagtplanlæggere, der ikke havde en vejledning, gav udtryk for, at en vejledning ville give dem et bedre overblik og være en hjælp i de tilfælde, hvor reglerne er vanskelige at fortolke. Alle steder er vagtplanlægningen organiseret, så det er den enkelte vagtplanlæggers ansvar at fortolke reglerne korrekt. Det betyder, at der i praksis er en høj risiko for fejlfortolkning.

Desuden understøtter planlægningsprogrammet ikke i tilstrækkeligt omfang, at vagtplanlæggerne overholder lokalaftalerne. I nogle tilfælde aftales det lokalt, at en faggruppe skal følge en anden faggruppes arbejdstidsregler. Dette kan ikke understøttes i planlægningsprogrammet. Planlægningsprogrammet kan heller ikke understøtte individuelle aftaler om fx overførsel af overarbejde. I disse tilfælde skal vagtplanlæggerne manuelt kontrollere, at vagtplanerne overholder lokalaftalerne, og det er en tung opgave. Den manuelle kontrol medfører en risiko for, at vagtplanerne ikke overholder aftalerne.

Alle afdelingerne lægger vægt på at give medarbejderne medbestemmelse over deres arbejdstider, da det er vigtigt for dem at udvise fleksibilitet for at kunne fastholde og rekruttere medarbejdere. Alle vagtplanlæggerne forsøger derfor – og bruger meget tid på – at få vagtplanen til at gå op på baggrund af medarbejdernes ønsker.

Gennemgangen viser, at udarbejdelsen af vagtplanen er en tung og resursekrævende proces, hvor både de rette kompetencer, antal medarbejdere og individuelle ønsker skal gå op. Planlægningsprogrammet indeholder en mulighed for, at medarbejderne selv kan indtaste deres ønsker til vagtplanen. Enkelte vagtplanlæggere for plejepersonalet anvender denne mulighed. Det er med til at reducere vagtplanlæggernes arbejde med at tilpasse planen efter individuelle ønsker. Én region har oplyst, at planlægningsprogrammet fortsat mangler at blive udviklet, så det understøtter, at lægerne også selv kan indtaste deres ønsker til vagtplanen.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der er behov for, at afdelingerne systematisk indfører nye vagtplanlæggere i arbejdstidsreglerne mv., når de overtager opgaven. Det er endvidere Rigsrevisionens vurdering, at en oversigt over de regler, der har betydning for vagtplanlægningen, og en vejledning i, hvordan de skal fortolkes, vil lette vagtplanlæggernes arbejde og medvirke til, at de fortolker reglerne ens.

Indtastning af vagtplan

55. Det er muligt at planlægge vagterne direkte i planlægningsprogrammet, men hovedparten af vagtplanlæggerne vurderer, at programmet ikke giver dem det nødvendige overblik. De kan ikke se både hele planlægningsperioden og alle medarbejderne i ét skærmbillede. De fleste vagtplanlæggere bruger derfor i stedet regneark, som de selv har udarbejdet.

Mange vagtplanlæggere får en lægesekretær til at indtaste de udarbejdede vagtplaner i planlægningsprogrammet. Rigsrevisionen vurderer, at det er en potentiel fejlkilde, når en anden end den, der har udarbejdet vagtplanen og kender baggrunden for registreringerne, indtaster det i programmet. Én af afdelingerne har konstateret væsentlige fejl i udbetalingerne af løn efter at have gennemgået alle registreringer i planlægningsprogrammet.

Nogle afdelinger har lokale tillæg for bestemte vagter. Det er ikke muligt at få planlægningsprogrammet til at tildele de lokale tillæg automatisk. De skal i stedet registreres manuelt. Det betyder, at der er en risiko for, at medarbejderne ikke får tillæggene registreret og udbetalt.

Registrering af faktisk arbejdstid

56. Den vagtplan, der er indtastet i planlægningsprogrammet, udgør grundlaget for udbetalingen af løn. Vagtplanlæggerne skal registrere ændringer i arbejdstiden i forhold til det planlagte i planlægningsprogrammet. Afdelingerne har forskellig praksis for, hvordan de registrerer ændringer. Rigsrevisionen vurderer, at manglende registrering af ændringer i det planlagte er en fejlkilde i forhold til lønudbetalingen. Fx oplyste vagtplanlæggerne på én afdeling, at deres måde at registrere ændringer på medfører en risiko for, at de ikke registrerer alle ændringer. Det kan fx betyde, at vagtplanlæggerne ikke registrerer en medarbejders afspadsering, og at afdelingen derfor udbetaler overarbejde for timer, som medarbejderen ikke har arbejdet.

En særlig risiko for fejlregistreringer er de tilfælde, hvor medarbejderne frivilligt bytter vagt. På alle de besøgte afdelinger må medarbejderne gerne bytte vagt, så længe det er omkostningsneutralt for afdelingen. Planlægningsprogrammet er opbygget til automatisk at beregne tillæg ved omlægning af vagter. Det betyder, at vagtplanlæggerne manuelt skal registrere omlægningen som omkostningsneutral, hvis ikke programmet skal beregne vagtillæg, når medarbejderne frivilligt bytter vagter. Flere afdelinger har oplyst, at der er risiko for, at de ikke altid får registreret, hvis medarbejderne bytter deres vagter frivilligt. Resultatet er, at hospitalerne i nogle tilfælde fejlagtigt udbetaler tillæg ved frivilligt bytte af vagt.

En normperiode er den periode, som afdelingen opgør medarbejderens arbejdstid over. Normperioden kan variere, men kan fx være på 4 uger. Efter en normperiode på 4 uger opgør afdelingen medarbejderens overarbejde og nulstiller eventuel minustid.

En væsentlig opgave i vagtplanlægningen er at sikre, at afdelingen bruger medarbejdernes arbejdstimer inden for normperioden. I de tilfælde, hvor afdelingen har timer til gode hos medarbejderne, registreres det som minustimer. Hvis der er registreret minustimer ved en normperiodes afslutning for plejepersonale og yngre læger, går disse tabt for afdelingen. En væsentlig forudsætning for at planlægge omkostningsbevidst er derfor, at vagtplanlæggerne løbende har et opdateret overblik over medarbejdernes overarbejde og minustimer. I planlægningsprogrammet er der en oversigt over, om medarbejdernes planlagte og gennemførte arbejdstid svarer til deres norm, men de vagtplanlæggere, der planlægger i egne regneark, er nødt til at følge manuelt med i, om medarbejderne overholder deres norm.

57. Rigsrevisionen har gennemgået 2 normperioder for sygeplejersker og læger på alle afdelingerne. Gennemgangen viser, at 3 ud af 4 afdelinger har minustimer. På de 3 afdelinger har nogle sygeplejersker og læger desuden minustimer i samme periode, som andre får udbetalt overarbejde i. På én af de 3 afdelinger har enkelte medarbejdere over 30 minustimer, og en række medarbejdere har ca. 10 minustimer. På en anden afdeling har flere sygeplejersker og læger minustimer, der ligger over 10 timer – i nogle tilfælde over 20 minustimer – og en enkelt har helt op til 43 minustimer. På den tredje afdeling er problemet kun relevant i forhold til lægerne, hvor flere læger har over 15 minustimer.

Kun på én afdeling er der ikke minustimer. Afdelingen bruger her planlægningsprogrammet til at undgå minustimer.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at forekomsten af minustimer er ensbetydende med, at afdelingerne ikke bruger personaleresurserne fuldt ud omkostningsbevidst. Afdelingerne udbetaler således overarbejde til nogle medarbejdere, samtidig med at timer går tabt hos andre medarbejdere. Undersøgelsen indikerer, at afdelingerne ikke har haft tilstrækkeligt overblik over medarbejdernes reelle arbejdstid, og det kommer til udtryk i minustimer for både læger og sygeplejersker på 3 af afdelingerne.

Resultater

58. Undersøgelsen viser, at alle afdelingerne vurderer og tilpasser deres bemanning på baggrund af forskellige parametre, herunder patienter, plejebehov og medarbejdernes kompetencer. Ingen af afdelingerne har vurderet behovet for en buffer i bemanningen ud fra konkrete oplysninger om fravær og ved at sammenholde de omkostninger, afdelingerne har ved at indregne en buffer i bemanningen, med de omkostninger, der er forbundet med at aflyse operationer på grund af fravær.

59. Kun én afdeling kan simpelt identificere problemer og muligheder for at udnytte operationsstuerne bedre. Det skyldes, at afdelingen som den eneste har meget detaljerede opgørelser over aktiviteten på operationsstuerne. Gennemgangen af afdelingernes udnyttelse af operationsstuerne indikerer, at flere af afdelingerne ikke udnytter operationsstuerne og personaleresurserne hensigtsmæssigt. Det skyldes, at der er ledig tid på operationsstuerne i løbet af dagen, samtidig med at de sidste operationer ligger ud over operationsstuens åbnings-tid på de samme dage.

60. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at 3 af afdelingerne ikke i tilstrækkelig grad bruger de tilgængelige programmer til at planlægge vagter. Nogle vagtplanlæggere oplever, at skærm-billedet ikke giver dem det fulde overblik over både normperioden og alle medarbejderne på samme tid. Planlægningsprogrammet er dermed ikke fuldt ud brugervenligt. Det medfører, at nogle vagtplanlæggere finder det nødvendigt at udarbejde egne regneark. Brugen af egne regneark medfører en potentiel fejlkilde i planlægningen, da vagtplanlæggerne manuelt skal kontrollere, om de overholder arbejdstidsregler mv., og om afdelingen bruger alle medarbejdernes arbejdstimer. Derudover medfører nogle afdelingers praksis for at registrere ændringer til den planlagte arbejdstid en risiko for, at ændringerne ikke indføres korrekt i planlægningsprogrammet. Rigsrevisionen har desuden konstateret problemer med minustimer på 3 af afdelingerne. Dette indikerer, at afdelingerne ikke har brugt deres planlægningsprogram til at sikre, at medarbejdernes arbejdstid bruges fuldt ud.

2.3. Afdelingerne kan bruge personaleresurserne bedre

61. Vi har undersøgt, om afdelingen løbende arbejder med at forbedre produktiviteten ved at effektivisere arbejdsgangene. Dermed kan afdelingen bruge resurserne bedre.

Vi har desuden undersøgt udviklingen i den tid, som afdelingerne i gennemsnit bruger på at forberede og afvikle operationer (knivtid og skiftetid). Det har vi gjort, fordi udviklingen i knivtid og skiftetid indikerer, hvor godt afdelingerne planlægger og effektiviserer arbejdsgangene på operationsstuerne.

Afdelingernes arbejde med at effektivisere arbejdsgange

62. Vi har gennemgået de større projekter, som afdelingerne arbejder med for at effektivisere arbejdsgangene.

63. Én afdeling arbejder med at effektivisere arbejdsgangene som led i en større omstillingsproces som forberedelse til, at afdelingen flytter ind i et nyt hospitalsbyggeri. Der er således i høj grad tale om at effektivisere fremtidige arbejdsgange. Effektiviseringerne har særligt fokus på nye it-løsninger, og afdelingen forventer, at det vil lette manuelle processer og opgaver og dermed frigive mere tid til patienterne.

Knivtid er et udtryk for, hvor hurtigt en operation kan gennemføres. Den er afgørende for, hvor mange operationer en afdeling kan nå at gennemføre inden for en given periode.

Skiftetid er et udtryk for den tid, der går til at forberede operationen. En hurtig skiftetid kan fx være udtryk for smidige arbejdsgange eller en god fysisk indretning af operationsstuen. Der kan fx være et forrum, hvor personalet kan forberede næste operation, mens en operation er i gang på operationsstuen.

64. En anden afdeling har indført Productive Ward (PW). Det er et redskab, der fokuserer på at forbedre personalets arbejdsgange og identificerer områder, hvor afdelingens medarbejdere kan løse opgaverne mere hensigtsmæssigt, jf. boks 2.

BOKS 2. PRODUCTIVE WARD (PW)

- PW er et engelsk, patenteret redskab, der fokuserer på, hvordan afdelinger kan løse opgaverne mere hensigtsmæssigt for at minimere spild og overflødig resurseforbrug.
- PW fokuserer på, om medarbejderne bruger unødigt tid, fx til at samle de redskaber, de skal benytte til et sårskifte, og om skabe er indrettet logisk i forhold til de opgaver, som medarbejderne skal løse.
- Målet med PW er at få ændret de arbejdsgange, der ikke fungerer optimalt for medarbejderne.
- Den tid, PW eventuelt frigør, giver mulighed for mere kontakt med patienterne.

Afdelingen har i forlængelse af PW kortlagt aktiviteten og analyseret medarbejdernes daglige arbejdsgange for at kunne effektivisere dem. På baggrund af den nuværende kortlægning fandt afdelingen ud af, at medarbejderne spildte meget tid, når de overdrog rapporter og skiftede vagt. Det har afdelingen herefter fokuseret på i det videre arbejde med at effektivisere arbejdsgangene.

65. En tredje afdeling har siden 2012 arbejdet systematisk med at forbedre arbejdsgangene ud fra et koncept om InterProfessionel Læring og Samarbejde (IPLS), jf. boks 3.

BOKS 3. INTERPROFESSIONEL LÆRING OG SAMARBEJDE (IPLS)

- IPLS handler om, at medarbejdere på tværs af faggrupper i højere grad arbejder sammen om fælles mål og med særligt fokus på at inddrage patienternes resurser og viden.
- IPLS' overordnede formål er at gennemgå og revidere arbejdsgange på tværs af faggrupper for at undgå dobbeltarbejde, der fx knytter sig til de samme informationer, som de forskellige faggrupper giver til patienterne.
- Et andet formål er at undgå ventetid, som bl.a. kan opstå, når sygeplejerskerne venter på lægerne ved stuegang, eller situationer, hvor operationsgangen venter på det hold, der skal bistå ved operationen.

Afdelingen har oplyst, at den gennem IPLS har effektiviseret arbejdsgangene ved at ændre kulturen på afdelingen og ved at nedbryde skellene mellem de forskellige faggrænser. Afdelingen har gennem IPLS erfaret, at det er muligt at spore dobbeltarbejde, fx i forhold til registreringer af patienter og i forhold til den information, som personalet giver til patienterne. I forlængelse af IPLS har afdelingen også indført 10 minutters tavlemøder hver morgen, hvor det tværfaglige team fordeler og prioriterer behandlingen af patienter og derved forsøger at sikre, at afdelingen udnytter operationsstuerne maksimalt.

66. Den fjerde afdeling har indført LEAN i stor skala, som bl.a. betyder, at afdelingen arbejder med målstyring på tavlemøder. På ugentlige tavlemøder mødes medarbejderne og afdelingsledelsen for at skabe synlighed og følge op på højt prioriterede mål. Det skal bl.a. sikre, at personalet hele tiden samarbejder om at finde nye og bedre måder at løse opgaverne på. Et vedholdende fokus på at forbedre driften er med til at lægge et pres på, at personalet sammen med ledelsen hele tiden tænker i at effektivisere arbejdsgangene.

Figur 5 viser afdelingens målstyringstavle. Under overskriften "Målstyring" fremgår en opgørelse over, hvordan afdelingens forskellige målepunkter udvikler sig. Grøn og rød indikerer, om udviklingen i målopfyldelsen er positiv (grøn) eller negativ (rød). Under overskriften "Løbende forbedringer" arbejder afdelingen med de forslag, der løbende skal være med til at sikre, at afdelingen opfylder sine mål.

Figur 5. Målstyringstavle på en afdeling



Kilde: Et hospital.

Figur 5 viser, at afdelingen på de ugentlige tavlemøder har fokus på målstyring og løbende forbedringer. Afdelingens fokus på løbende forbedringer og korrigerende handlinger ved manglende målopfyldelse betyder, at afdelingen kontinuerligt arbejder med at effektivisere arbejdsgangene.

67. Undersøgelsen viser, at afdelingerne på forskellig vis og med forskellige projekter arbejder med at effektivisere arbejdsgangene. Særligt 3 afdelinger har integreret dette arbejde i stor skala i det daglige arbejde, og én afdeling planlægger at gennemføre effektiviseringer af arbejdsgangene, når afdelingen flytter ind i nyt hospitalsbyggeri.

68. Én afdeling har oplyst, at arbejdet med at ændre arbejdsgangene i nogle tilfælde har medført, at læger i dag udfører opgaver, som sygeplejersker tidligere udførte. Flytning af opgaver fra sygeplejersker til læger kan give et løft i kvalitet og eventuelt medføre færre genindlæggelser, hvilket på langt sigt vil reducere omkostningerne til behandling. Ændringerne i arbejdsgangene kan dog også medføre, at opgaverne ender med at blive løst på et højere omkostningsniveau, eller medføre dobbeltarbejde.

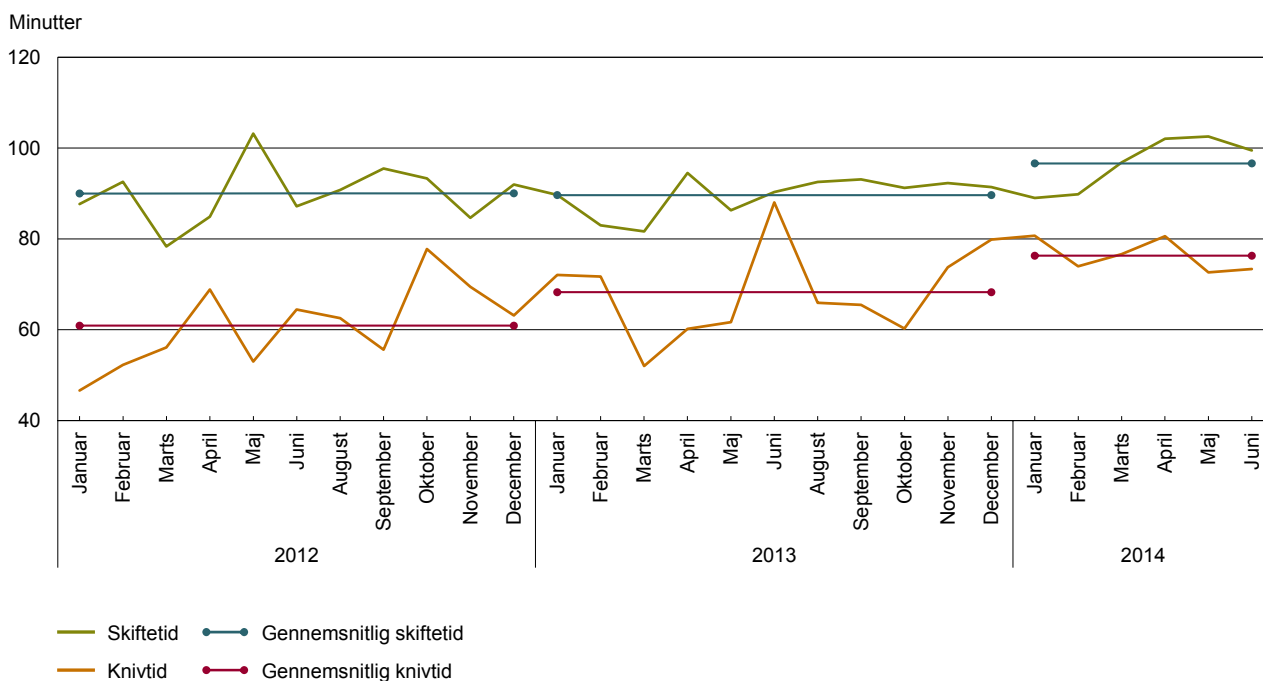
Rigsrevisionen finder på den baggrund, at det er vigtigt, at afdelingerne tager stilling til, om ændringerne i arbejdsgangene samlet reducerer omkostningerne til behandlingerne eller medfører højere omkostninger.

Resultaterne af afdelingernes arbejde med at effektivisere afviklingen af operationer

69. Vi har bedt afdelingerne om at opgøre knivtid og skiftetid for deres operationer over en periode på 2½ år. Udviklingen i knivtid og skiftetid kan indikere, om afdelingernes planlægning og afvikling af operationer er blevet mere eller mindre effektiv over tid.

70. Undersøgelsen viser, at kun 2 af afdelingerne kan opgøre data om udviklingen i knivtid og skiftetid. Figur 6 viser udviklingen i den gennemsnitlige knivtid og skiftetid på en afdeling på et universitetshospital i perioden januar 2012 - juni 2014.

Figur 6. Udviklingen i den gennemsnitlige knivtid og skiftetid på en afdeling på et universitetshospital i perioden januar 2012 - juni 2014



Note: Den gennemsnitlige knivtid og skiftetid er udelukkende beregnet på operationer, som hører under tumorkirurgien. Juli indgår ikke i opgørelsen, da der er tale om en ferieperiode, hvor aktiviteten og bemandingen på operationsgangen er mere uregelmæssig.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra et hospital.

Det fremgår af figur 6, at både den gennemsnitlige knivtid og skiftetid er steget på afdelingen. Den gennemsnitlige knivtid er steget fra ca. 61 minutter pr. operation i 2012 til ca. 76 minutter pr. operation i 2014. Det svarer til en stigning på ca. 25 %. Den gennemsnitlige skiftetid er steget fra ca. 90 minutter pr. operation i 2012 til ca. 97 minutter pr. operation i 2014. Dette svarer til en stigning på ca. 8 %.

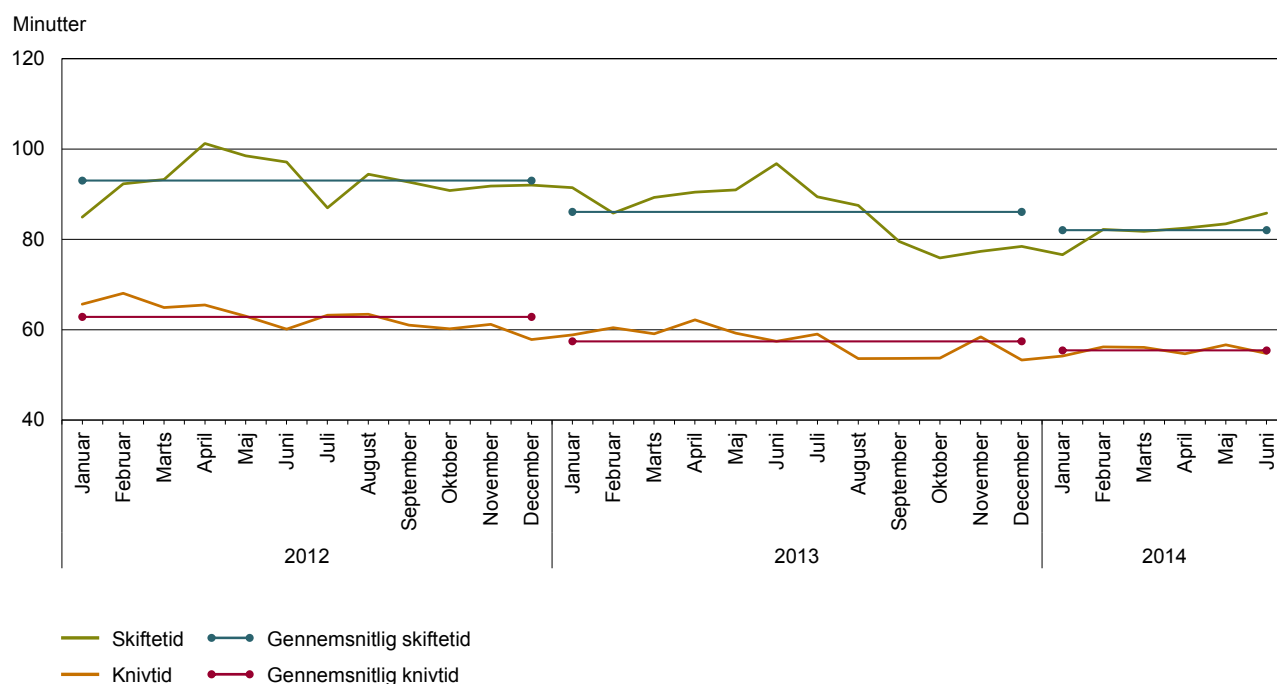
Afdelingen har oplyst, at udviklingen i den stigende knivtid afspejler, at de patienter, som henvises til afdelingen, generelt er dårligere end tidligere. En dårligere fysisk tilstand kan påvirke den samlede operationstid og dermed give længere knivtid. Afdelingen gennemfører desuden flere komplicerede operationer, som ofte er meget tidskrævende, og som afdelingen ikke tidligere udførte.

I forhold til skiftetiden har afdelingen oplyst, at afdelingen kører sine patienter til opvågning på en anden afdeling. Denne afdeling har gennem længere tid haft problemer med kapaciteten, og det betyder, at afdelingen ikke altid kan flytte sine patienter fra operationsstuen, umiddelbart efter at operationen er slut, hvilket kan have medvirket til, at skiftetiden er steget i den undersøgte periode. Eksemplet viser, at forskellige afdelinger kan være gensidigt afhængige af hinanden, og i disse tilfælde er koordineringen mellem afdelingerne væsentlig for en samlet omkostningsbevidst brug af hospitalets resurser. Det er en ledelsesmæssig opgave at sikre en kapacitet, der gør det muligt at afvikle patientforløb på tværs af afdelinger, og at sikre maksimal brug af kapaciteten. I sådanne situationer må ledelsen overveje mulige flaskehalser i patientforløbene på tværs af afdelingerne og søge at maksimere brugen af de mest kostbare resurser, fx en fuldt bemanded operationsstue.

Tallene viser, at afdelingen med de givne patienter ikke har været i stand til at reducere knivtiden og skiftetiden i den undersøgte periode. Regionen har oplyst, at den vurderer, at udviklingen i knivtiden og skiftetiden ville have været højere, hvis regionen ikke havde arbejdet med at effektivisere arbejdsgangene.

71. Figur 7 viser udviklingen i den gennemsnitlige knivtid og skiftetid på en afdeling på et regionshospital i perioden januar 2012 - juni 2014.

Figur 7. Udviklingen i den gennemsnitlige knivtid og skiftetid på en afdeling på et regionshospital i perioden januar 2012 - juni 2014



Note: Den gennemsnitlige knivtid er opgjort for operationer vedrørende knæalloplastik (kunstigt knæ). Den gennemsnitlige skiftetid er opgjort for alle operationer på afdelingen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra et hospital.

Det fremgår af figur 7, at både den gennemsnitlige knivtid og skiftetid er faldet på afdelingen. Den gennemsnitlige knivtid er faldet fra ca. 63 minutter pr. operation i 2012 til ca. 55 minutter pr. operation i 2014. Det svarer til et fald på ca. 13 %. Den gennemsnitlige skiftetid er faldet fra ca. 93 minutter pr. operation i 2012 til ca. 82 minutter pr. operation i 2014. Det svarer til et fald på ca. 12 %. Afdelingen vurderer, at faldet i knivtid og skiftetid især er et udtryk for det systematiske arbejde med LEAN i stor skala. Afdelingen peger på, at den kontinuerligt fokuserer på at forbedre arbejdsgangene på operationsstuerne og løbende følger udviklingen i knivtid og skiftetid.

72. Undersøgelsen viser, at den stigende knivtid og skiftetid på den ene afdeling generelt kan skyldes sammensætningen af patienter, herunder at afdelingen har fået nogle mere komplicerede patienter. Udviklingen kan dog også skyldes, at afdelingen planlægger og afvikler operationerne mindre effektivt. På den anden afdeling er knivtiden og skiftetiden faldet i den undersøgte periode, og ifølge afdelingen skyldes det, at den dels følger udviklingen i knivtiden og skiftetiden, dels har arbejdet med at effektivisere arbejdsgangene på operationsgangen. Det har ikke været muligt for Rigsrevisionen at vurdere de konkrete årsager til udviklingen for de 2 afdelinger.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at de afdelinger, der løbende kan opgøre udviklingen i knivtid og skiftetid, har et bedre grundlag for at kunne vurdere, om resultaterne af afdelingens planlægning og effektivisering af arbejdsgange er tilfredsstillende.

Resultater

73. Undersøgelsen viser, at især 3 af afdelingerne har integreret arbejdet med at effektivisere arbejdsgangene i dagligdagen. Rigsrevisionen finder, at det er vigtigt, at afdelingerne tager stilling til, om ændringer i arbejdsgangene samlet reducerer omkostningerne til behandlingerne eller medfører højere omkostninger.

74. Rigsrevisionen har gennemgået udviklingen i knivtid og skiftetid på 2 af afdelingerne som indikator for, hvordan afdelingerne er lykkedes med at planlægge og arbejde med at effektivisere arbejdsgangene. Én afdeling har haft stigende knivtid og skiftetid, mens en anden har oplevet faldende knivtid og skiftetid. I og med at disse afdelinger kan opgøre udviklingen i knivtid og skiftetid, er de i stand til at vurdere, om resultaterne af afdelingens planlægning og effektivisering af arbejdsgangene på operationsstuerne er tilfredsstillende.

2 af afdelingerne kan ikke opgøre data om udviklingen i knivtid og skiftetid. Disse afdelinger har ikke samme mulighed for at vurdere, om afdelingens planlægning og ændring af arbejdsgangene resulterer i effektiviseringer.

3. Hospitalernes styring af afdelingernes resurseforbrug

Rigsrevisionen vurderer, at hospitalsledelsen og afdelingsledelsen på de undersøgte hospitaler i deres styring og opfølgning kan sikre større gennemsigtighed i afdelingernes brug af resurser. Desuden kan afdelingsledelsen arbejde mere systematisk med at sikre tydelige og dækkende mål for indsatsen.

Undersøgelsen viser, at de 4 hospitaler arbejder ud fra mål- og rammestyring, som indeholder et omfattende sæt af mål. Målene skal sikre, at afdelingerne overholder deres budgetrammer samt opfylder aktivitetskrav og krav til behandlingen af patienterne. Afdelingerne arbejder dog i forskelligt omfang systematisk med at tydeliggøre målene, når de i dagligdagen prioriterer indsatsen.

På 3 af afdelingerne er der ikke fastsat mål for, hvordan de skal bruge kapaciteten, herunder personaleresurserne på operationstuerne. Rigsrevisionen vurderer, at få mål for kapacitetsanvendelsen vil være et godt afsæt for at kunne afstemme hospitalsledelsens og afdelingsledelsens forventninger til brugen af resurser på afdelingerne.

Undersøgelsen viser, at det er forskelligt, hvor ofte hospitalsledelsen og afdelingsledelsen følger op på mål og resurseforbrug i afdelingerne, ligesom fokus i opfølgningen varierer. Særligt på ét hospital følger hospitalsledelsen og afdelingsledelsen hyppigt op på afdelingens arbejde med at opfylde målene. Dermed har hospitalet et godt udgangspunkt for at følge afdelingens målopfyldelse og resurseanvendelse. Rigsrevisionen vurderer, at en effektiv styring kræver, at ledelsen hyppigt og tæt følger op, så den i tide kan korrigere og omprioritere indsatsen.

Undersøgelsen viser, at ledelsesinformationen på alle 4 hospitaler indeholder mange data, som særligt afdelingsledelsen løbende skal forholde sig til. Der indgår dog i den forbindelse ikke data for enhedsomkostninger og anvendelsen af kapacitet, herunder anvendelsen af operationsstuer. Rigsrevisionen vurderer, at hospitalsledelsen med fordel kan integrere disse data i den løbende styring. Det vil give et bedre grundlag for at vurdere og prioritere afdelingens samlede resurseforbrug.

75. I dette kapitel vurderer vi, om hospitalsledelsens og afdelingsledelsens styring og opfølgning sikrer, at det er gennemsigtigt, hvordan afdelingen bruger resurserne. Vi har undersøgt, om hospitalsledelsen og afdelingsledelsen sikrer tydelige og dækkende mål for indsatsen, om de følger op på målene, og om de sikrer gennemsigtighed i resurseforbruget.

3.1. Afdelingerne har behov for tydeligere mål

76. Vi har undersøgt, hvordan afdelingsledelsen arbejder med at tydeliggøre mål og rammer inden for afdelingerne. Det skyldes, at mål, der er tydeliggjort i den daglige prioritering, skaber retning og fokus i afdelingens indsats.

77. Vores gennemgang af de 4 hospitalers styring af afdelingerne viser, at det overordnede princip for styringen er mål- og rammestyring. Styringen indebærer, at hospitalsledelsen har det overordnede ansvar for hospitalets økonomi og patientbehandling. Samtidig er det hospitalsledelsens ansvar at fastsætte mål og de økonomiske rammer for afdelingerne. Afdelingsledelsens ansvar er at sikre, at afdelingen opfylder målene inden for de økonomiske rammer, som er givet af hospitalsledelsen. Afdelingsledelsen har således ansvaret for afdelingens løbende drift og for at opfylde de krav, der gælder for behandlingen af patienterne på afdelingen.

Afdelingernes mål og økonomiske rammer

78. Mål og budgetrammer udgør grundlaget for hospitalsledelsens overordnede styring af afdelingerne.

Vores gennemgang af hospitalernes styring af afdelingerne viser, at alle afdelingerne får udmeldt en budgetramme for udgifter til personale og en budgetramme for øvrig drift. Gennemgangen af afdelingernes budgetter viser, at langt størstedelen af afdelingernes budgetter dækker personaleudgifter, herunder fast løn og forskellige former for funktionstillæg, vagt-tillæg mv. I alt udgør ca. 70 % af udgifterne på de ortopædkirurgiske afdelinger udgifter til løn.

Alle afdelingerne har inden for de overordnede budgetrammer fordelt lønbudgettet på forskellige personalegrupper såsom overlæger, yngre læger og forskellige grupper inden for plejegruppen. For øvrig drift har afdelingerne også fordelt budgettet på forskellige poster ud fra afdelingsledelsens forventninger til udgifter til medicin, vareforbrug samt uddannelse og kurser. Alle afdelingerne arbejder med at periodisere budgetterne for at tage højde for sæsonudsving i aktiviteten. Dermed får afdelingerne et mere præcist grundlag for at vurdere, om de overholder budgetterne.

79. Vi har gennemgået afdelingernes budgetlægning. Gennemgangen viser, at afdelingernes budgetter fastlægges med afsæt i de budgetforslag, som økonomistaben på hospitalet udarbejder. Budgetforslaget er fastsat med udgangspunkt i det foregående års budget, som økonomifunktionen på hospitalet fremskriver med pris- og lønudviklingen. Hertil justerer økonomifunktionen for eventuelle ændringer i, hvilke opgaver afdelingerne varetager, og indarbejder eventuelle budgetbesparelser. Desuden indgår input og beregninger fra afdelingerne samt hospitalsledelsens prioriteringer. Gennemgangen viser således, at hospitalsledelsen på de 4 hospitaler har en væsentlig rolle, når det kommer til at prioritere og fastlægge afdelingernes budgetter.

80. Det fremgår af vores gennemgang, at hospitalsledelsen på alle 4 hospitaler fastsætter et mål for den aktivitet/produktion, som afdelingerne skal levere. Målet (baseline) fastsætter hospitalsledelsen som en værdi i kroner – den såkaldte DRG-værdi. DRG-værdien udtrykker afdelingens samlede aktivitet og er opgjort som summen af afdelingens ydelser ganget med DRG-taksterne.

DRG-taksterne er beregnet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Taksterne udtrykker de landsgennemsnitlige udgifter til behandling og pleje på de offentlige hospitaler.

Gennemgangen af styringen af afdelingerne viser, at afdelingerne har aktivitetsafhængige budgetter. Aktivitetsafhængige budgetter betyder, at afdelingernes budgetter bliver reduceret, hvis deres aktivitet ligger under baseline. Gennemgangen viser samtidig, at 2 af hospitalerne honorerer afdelingerne, hvis de øger deres aktivitet ud over baseline. De 2 resterende afdelinger opnår kun en honorering ved meraktivitet, hvis hospitalet på forhånd har aftalt aktiviteten med regionen.

81. Alle regionerne har fastsat produktivitetskrav, som hospitalerne skal opfylde. Det fremgår af vores gennemgang af hospitalernes styring, at hospitalerne har forskellig tilgang til, hvordan de fordeler produktivitetskravene til afdelingerne. På 3 af hospitalerne fastlægger hospitalsledelsen samme krav om produktivitet for alle hospitalets afdelinger. Kravet aftales som hovedregel som en stigning i produktionen frem for en reduktion i udgiftsbudgettet. På det fjerde hospital fastsætter hospitalsledelsen dog produktivitetskravet, efter at hospitalsledelsen og økonomifunktionen på hospitalet nærmere har vurderet afdelingens muligheder for at bidrage til hospitalets samlede produktivitetskrav. Det betyder, at ikke alle afdelinger på hospitalet har samme produktivitetskrav, ligesom hospitalsledelsen kan pålægge nogle afdelinger at spare som led i at opfylde et produktivitetskrav.

82. Gennemgangen af afdelingernes mål viser, at afdelingerne også skal opfylde en række forskellige service- og kvalitetsmål, når de behandler patienterne. Målene kan være lovbestemte eller udspringe af regionernes egne interne retningslinjer. Boks 4 viser et eksempel på de service- og kvalitetsmål, som en afdeling skal efterleve.

BOKS 4. EKSEMPEL PÅ SERVICE- OG KVALITETSMÅL FOR EN AFDELING

- Alle akutte patienter, som er henvist til indlæggelse, vurderes af en speciallæge inden for 30 minutter.
- Alle akutte patienter har en behandlingsplan inden for 4 timer.
- 95 % af patienterne med hoftefraktur opereres inden for 24 timer.
- Ventetid til første kontakt er mindre end 14 dage fra henvissning.
- Aflysninger af elektive, stationære operationer er mindre end 3 %.
- Aflysninger af elektive, ambulante operationer er mindre end 1 %.
- Derudover gælder en række kvalitetsstandarder som udspringer af de kliniske databaser, bl.a. Dansk Hoftealloplastik Register, Dansk Knæalloplastik Register og Dansk Skulderalloplastik Register.

Eksemplet i boks 4 viser, at afdelingen skal opfylde en række mål i forhold til akutte og planlagte patienter (såkaldte elektive patienter). Herudover gælder en række generelle kvalitetsmål for patienterne. Disse kvalitetsmål udspringer af de kliniske kvalitetsdatabaser, som indeholder standarder for kvaliteten af patienternes behandlingsforløb på forskellige områder.

83. Gennemgangen viser, at 2 af afdelingerne også har opstillet mål for, hvor stort et sygefravær der må være på afdelingen. Et højt sygefravær på en afdeling kan ofte gøre det vanskeligt at overholde budgetrammen og samtidig indfri målet for behandlingsaktivitet.

Undersøgelsen viser, at afdelingerne bliver styret ud fra mange mål. Flere afdelinger har oplyst, at det ofte er vanskeligt at opfylde alle mål samtidigt, og at fx et højt sygefravær kan udfordre afdelingens opfyldelse af målene.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det er væsentligt, at hospitalsledelsen understøtter afdelingerne i, hvordan de indfrir målene i den daglige indsats og prioritering. Det er særligt vigtigt, når afdelingerne som i disse tilfælde skal indfri mange mål samtidigt.

*Hospitalsledelsen har fastsat **service- og kvalitetsmål** for afdelingerne ud fra en række bestemmelser. Det gælder bl.a. bestemmelser om de maksimale ventetider for behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme mv. og bestemmelser om en differentieret behandlingsgaranti indført den 1. januar 2013.*

De kliniske kvalitetsdatabaser indeholder kvalitetsstandarder for forskellige behandlingsforløb. Formålet med kvalitetsdatabaserne er at vise og følge op på kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter.

Arbejdet med at tydeliggøre mål og krav internt på afdelingerne

84. Vi har undersøgt, hvordan afdelingerne arbejder internt med at tydeliggøre deres mål for indsatsen. Vi finder det væsentligt, at afdelingerne tydeliggør målene, så de afspejler afdelingens daglige prioritering af indsatsen.

85. Undersøgelsen viser, at afdelingerne arbejder forskelligt med at tydeliggøre målene i deres daglige prioritering af indsatsen. 2 af hospitalerne har knyttet honorering til opfyldelse af udvalgte service- og kvalitetsmål. Det betyder, at der tilføres ekstra midler til afdelingerne, hvis afdelingerne opfylder målene. På det ene af hospitalerne er afdelingens mål – såkaldte bonusmål – valgt ud fra, at hospitalet bl.a. ønsker at fremme sammenhæng i patientforløb og sikkerhed i behandlingen. Afdelingen har aftalt 7 bonusmål med hospitalsledelsen, som kan udløse særlig honorering. Hospitalet har oplyst, at hensigten med bonusmålene er at tydeliggøre for medarbejderne, hvad afdelingen skal prioritere, når den behandler patienter, og skabe fælles forståelse af afdelingens succesindikatorer. Boks 5 viser nogle af de krav, som bonusmålene knytter sig til.

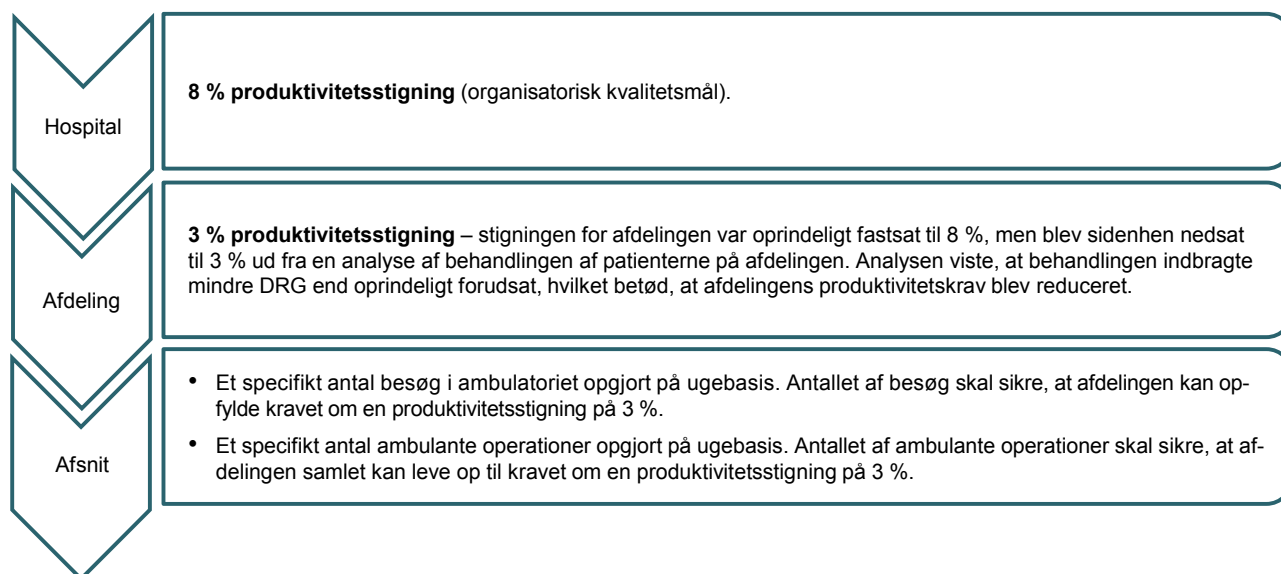
BOKS 5. EKSEMPLER PÅ KRAV, SOM KAN UDLØSE SÆRLIG HONORERING PÅ EN AFDELING

En afdeling har aftalt 7 bonusmål med hospitalsledelsen. Bonusmålene knytter sig bl.a. til følgende krav:

- opfyldelse af mål for aflysninger af planlagte operationer
- opfyldelse af mål for ventetid for hospitalets første kontakt til patienten efter henvisning fra egen læge
- patientens overlevelse efter operation for hoftenær fraktur.

86. På det andet hospital har hospitalsledelsen og afdelingsledelsen arbejdet med at nedbryde hospitalets mål til de enkelte afsnit i afdelingerne. Figur 8 viser den model, som hospitalsledelsen og afdelingsledelsen arbejder ud fra for at nedbryde målene. I figuren er der taget udgangspunkt i de mål, som gælder for afdelingen i undersøgelsen.

Figur 8. Eksempel på nedbrydning af mål fra hospitalsniveau til afdelings- og afsnitsniveau i 2014



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra et hospital.

Det fremgår af figur 8, at hospitalets generelle produktivetsmål i 2014 udgjorde 8 %. Hospitalsledelsen førte oprindeligt målet videre til afdelingen som et krav om at øge aktiviteten med 8 %. Hospitalsledelsen reducerede dog siden hen målet til 3 % på baggrund af en analyse, der viste, at afdelingen i mange tilfælde valgte at genoptræne patienter frem for at gennemføre operationer, som ellers ville have udløst en højere afregning. Det betød, at afdelingens indtjening og produktionsværdi faldt i forhold til det forudsatte, og hospitalsledelsen nedsatte kravet om en stigning i aktiviteten til 3 %.

Det fremgår desuden af figuren, at afdelingen har ført aktivitetsmålet videre ned på de enkelte afsnit. Det sker i form af et specifikt antal ugentlige patientbesøg, som ambulatorierne skal gennemføre for at kunne opfylde målet om en stigning i aktiviteten på 3 %. Afdelingen har endvidere fastsat et mål for det antal ambulante operationer, som afsnittene skal gennemføre for at leve op til stigningen i aktivitet. På tilsvarende vis har afdelingen nedbrudt målene for den faglige og patientoplevede kvalitet og operationaliseret dem på afsnitsniveau (ikke vist i figuren).

Regionen har oplyst, at hensigten med at nedbryde målene til de enkelte afsnit i afdelingerne er at tydeliggøre medarbejdernes rolle og deres bidrag til afdelingens og hospitalets samlede opfyldelse af målene. Hospitalet har også valgt at honorere afdelingen for særlige indsatser, som hospitalet ønsker fremmet, fx reduktion af liggesår og infektioner.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at figur 8 illustrerer en meget systematisk måde at arbejde med at nedbryde og tydeliggøre mål i den daglige indsats.

87. På de 2 resterende afdelinger er de samlede mål for afdelingen ikke på tilsvarende vis tydeliggjort i underliggende mål. Afdelingerne knytter heller ikke honorering til bestemte mål for at tydeliggøre afdelingens prioriteter på forskellige områder. På en afdeling er det samlede aktivitetsmål dog fordelt på forskellige fagsektioner i afdelingen. Det tydeliggør dog ikke målene for medarbejderne på afdelingen, og det har efter Rigsrevisionens opfattelse derfor ikke styringsmæssig effekt.

88. Gennemgangen af afdelingernes mål viser, at flere af afdelingerne ikke har opstillet mål for udnyttelsen af kapaciteten, herunder fx mål for, hvor meget afdelingen skal bruge operationsstuerne i åbningstiden. Undersøgelsen viser, jf. pkt. 48-49, at der er forskel på, om afdelingerne i løbet af operationsstuerne åbningstid har ledig tid – hvor der ikke er aktivitet på operationsstuerne – og at 3 ud af 4 afdelinger jævnligt oplever at have ledig tid på operationsstuerne. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at få og relevante mål for brugen af kapacitet, herunder personaleresurser på fx operationsstuerne, vil kunne synliggøre krav og medvirke til at afstemme forventninger mellem hospitalsledelse og afdelingsledelse til resurseanvendelsen som grundlag for at kunne vurdere, om afdelingerne udnytter operationsstuerne tilstrækkeligt. Opstilling af mål for brugen af fx ambulatorier eller operationsstuer forudsætter, at afdelingerne registrerer udnyttelsesgraden og årsagerne til uudnyttet kapacitet. Det er væsentligt at kende årsagerne til uudnyttet kapacitet for at kunne korrigere for afvigelser i målopfyldelsen.

Resultater

89. Undersøgelsen viser, at afdelingerne har opstillet mange mål for at sikre, at de overholder deres budgetter samt krav til aktiviteten og behandlingen af patienterne. Undersøgelsen viser samtidig, at afdelingerne arbejder på forskellig måde med at tydeliggøre målene, når de dagligt prioriterer indsatsen. Nogle af afdelingerne arbejder systematisk med at tydeliggøre, hvordan de prioriterer indsatsen, ved at fastsætte bonusmål, succesindikatorer og mål for de enkelte afsnits indsats. Andre afdelinger arbejder mere indirekte med at tydeliggøre mål via dialogen på afdelingerne. Ingen af afdelingerne har fastsat mål for anvendelsen af operationstuerne. Det er Rigsrevisionens vurdering, at få og relevante mål for anvendelsen af kapacitet vil være et godt afsæt for at kunne afstemme forventningerne hertil på afdelingerne.

Hospitalets nedbrydning og omregning af det samlede produktivets- og aktivitetsmål til mål for afdelingen skete bl.a. med udgangspunkt i det antal ambulatorier og operationsstuer, som afdelingen forventede at have til rådighed. Derudover tog hospitalet højde for foregående års aktivitet og korrigerede for kendte ændringer i sammensætningen af patienter, ændringer af takster, og at afdelingen kan behandle flere patienter ambulant.

3.2. Opfølgningen kan fortsat forbedres

90. Vi har undersøgt, hvordan hospitalerne følger op på, om afdelingerne opfylder deres mål og bruger deres resurser. Det har vi gjort, fordi hospitalsledelsen og afdelingsledelsen via opfølgning skal sikre gennemsigthed i resurseforbruget og korrigere, hvis afdelingerne ikke opfylder deres mål.

Afdelingernes opfølgning

91. Opfølgningen i afdelingerne varierer i forhold til det fokus, som afdelingerne har på økonomi og aktivitet. 2 af afdelingerne følger primært op ud fra et generelt fokus på økonomi og aktivitet samt service- og kvalitetsmål. Der er tale om opfølgning i forhold til de måltal, vi tidligere har beskrevet, jf. pkt. 78-83. Afdelingerne følger således op på forbrug og budget og på, hvor stor en aktivitet – målt i DRG-værdi – afdelingen har haft. Herudover følger afdelingerne op på forskellige service- og kvalitetsmål, jf. boks 4. Der kan være tale om overholdelse af ventetider, aflysninger i ambulatorier og på operationsgangen samt opfølgning på diverse mål i kvalitetsdatabaserne. Sidstnævnte mål kan fx være for dødelighed og komplikationer i behandlingen.

De 2 andre afdelinger følger i højere grad op på baggrund af udvalgte fokusområder, som hospitalsledelsen og afdelingsledelsen ser som særlige udfordringer på afdelingerne. 2 af fokusområderne er fx at overholde mål for udskrivning af epikriser og minimere sygefravær. Afdelingerne følger dog altid op på afdelingernes forbrug og budget og på, om de forventer at overholde aktivitetsmålet. Det skyldes, at disse faktorer er helt afgørende for afdelingernes økonomiske situation. Men herudover tilpasser afdelingerne i højere grad opfølgningen til udvalgte fokusområder, som hospitalsledelsen og afdelingsledelsen definerer.

92. Vores gennemgang af afdelingernes opfølgning viser, at den spænder fra ugentlig til månedlig opfølgning. Én afdeling følger op månedligt, mens 3 afdelinger følger op ugentligt på nøgletal for afdelingernes mål og resurseforbrug.

Alle afdelingerne følger således op på planlægning og opfyldelse af mål, men det sker med forskelligt fokus og forskellig frekvens. Det betyder, at det er forskelligt, hvor ofte afdelingerne kan korrigere aktiviteten ved at omprioritere og tilpasse resurserne.

Økonomifunktionens og HR-funktionens opfølgning

93. Vores gennemgang af hospitalernes opfølgning viser, at hospitalerne løbende – typisk én gang om måneden – afholder økonomi- og aktivitetsmøder mellem hospitalets økonomifunktion og afdelingerne. Her gennemgår parterne, hvordan afdelingerne overholder budgetter for løn og øvrig drift, og hvordan afdelingerne opfylder de samlede aktivitetsmål. På møderne har afdelingerne endvidere mulighed for at drøfte en række tekniske spørgsmål om økonomi og DRG-afregning. Afdelingerne drøfter også status for opfyldelse af service- og kvalitetsmål med stabsfunktionerne på hospitalet, herunder økonomifunktionen og HR-funktionen. Det sker dog på mere ad hoc-basis.

94. Økonomifunktionen overvåger på alle hospitaler løbende afdelingernes opfyldelse af mål og forbrug af resurser. Økonomifunktionen tager typisk kontakt til afdelingerne, når en afdeling ikke følger den forventede indtjening i form af forventet DRG-værdi, eller når der er ledig kapacitet på en operationsstue.

Derudover overvåger økonomifunktionen og HR-funktionen på nogle hospitaler også afdelingernes sygefravær og rådgiver afdelingerne om deres økonomiske råderum, ansættelsesregler mv., når de skal ansætte læger, plejepersonale mv.

Undersøgelsen viser, at hospitalsledelsen tillægger økonomifunktionen og HR-funktionen en vigtig rolle i at følge op – særligt i forhold til afdelingernes økonomi og udnyttelse af resurser.

*En epikrise er et kort sammen-
drag af en patients sygehistorie,
indlæggelsesforløb og plan for
efterbehandling. Afdelingen skal
sende epikrisen elektronisk til
den praktiserende og henvisen-
de læge i forbindelse med, at
afdelingen udskriver patienten
(senest 3 hverdage efter udskri-
velsen).*

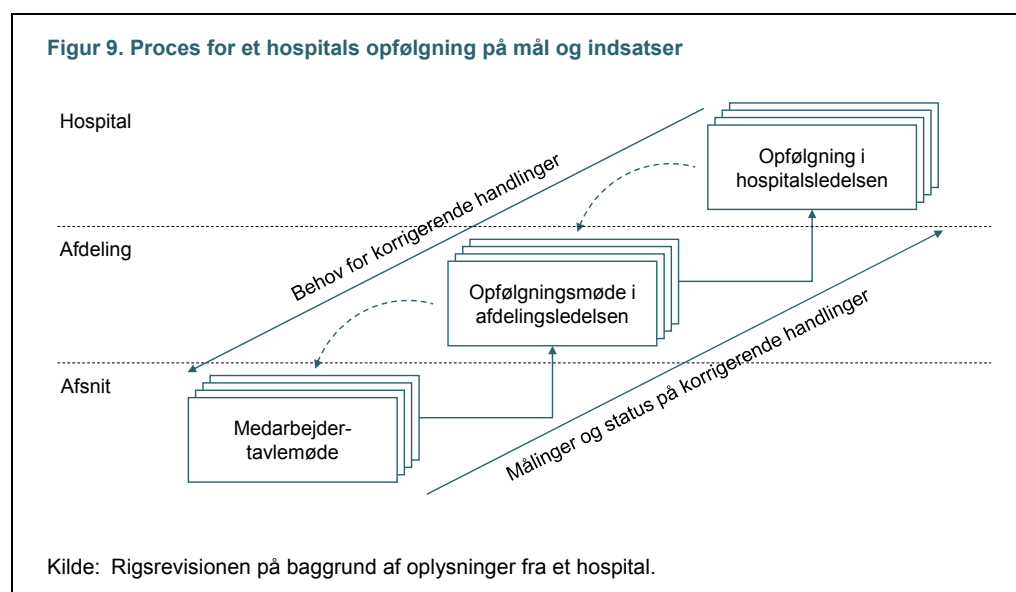
Centerledelsens og hospitalsledelsens opfølgning

95. Vores gennemgang viser, at 2 af hospitalerne afholder månedlige møder mellem centerledelsen og afdelingsledelsen. På møderne gennemgår ledelsen de overordnede nøgletal vedrørende afdelingernes økonomi, aktivitet og kvalitet. Ledelsen drøfter også fokusområder på baggrund af særlige udfordringer i afdelingerne. På ét hospital er opfølgningsmødet alene et direktionsmøde, hvor hospitalsledelsen og stabsfunktionerne deltager.

96. Ud over de løbende driftsmøder mellem hospitalsledelsen og afdelingsledelsen afholdes der typisk 1-3 årlige dialogmøder, hvor ledelsen bl.a. drøfter spørgsmål af mere strategisk karakter, fx afdelingernes økonomiske og budgetmæssige rammer og udfordringer. Desuden drøfter ledelsen andre emner af mere strategisk overordnet karakter, fx i hvilken retning afdelingerne skal udvikle sig fagligt og organisatorisk.

97. På det sidste hospital afholder hospitalsledelsen møde hver 2. uge med afdelingsledelsen. Figur 9 viser processen for hospitalets opfølgning på mål og indsats.

På universitetshospitalerne er **centerledelsen** indført som et ledelsesniveau mellem hospitalsledelsen og afdelingsledelsen. Afdelingerne er samlet i centre, og centerledelsen har det overordnede ansvar for afdelingernes økonomi og patientbehandling.



Det fremgår af figur 9, at hospitalet følger op på mål og indsats på 3 niveauer. På ugentlige tavlemøder følger medarbejdere og afsnitsledelse op på de mål, der er opstillet på afsnittene. Herefter afholder afdelingsledelsen og afsnitsledelsen lignende tavlemøder. Her følger de op på, om afdelingen opfylder sine mål. Med afsæt heri afholdes tavlemøder mellem hospitalsledelsen og afdelingsledelse og på tværs af de enkelte afdelinger. Regionen har oplyst, at hospitalsledelsen bruger ca. 1½ dag om ugen kun på ledelse af afdelingerne.

98. Tavlemøderne afdækker løbende på alle ledelsesniveauer de udfordringer, som afdelingerne har i forhold til at opfylde målene. Deltagerne på tavlemøderne bruger data fra systemet for ledelsesinformation til at afdække årsager, når afdelingerne ikke opfylder målene, og de formulerer forslag til forbedringstiltag og sætter dem i gang.



Ugentligt tavlemøde i en afdeling, hvor medarbejderne og afdelingsledelsen følger op på de mål, afdelingen har opstillet for afsnittet.

Foto: Region Sjælland.

Rigsrevisionen vurderer, at hospitalet på den måde meget systematisk opstiller mål og følger op på dem. Dermed får hospitalet et godt udgangspunkt for at sikre, at afdelingen opfylder sine mål ved kontinuerligt at afdække barrierer herfor. Med tavlemøderne bestræber hospitalsledelsen sig også på at få en tæt dialog om afdelingernes udfordringer og at indgå i en løbende dialog om løsninger. Rigsrevisionen finder, at modellen løbende involverer og forpligter hospitalsledelsen til at opfylde de mål, den har opstillet for driften.

Ledelsesinformationen som grundlag for at følge op på mål

99. Ledelsesinformation på hospitalerne skal sikre gennemsigtighed i den måde, hospitalet bruger resurserne på. Det skal også gøre det muligt at vurdere, om afdelingerne opfylder målene, og om de bruger resurserne omkostningsbevidst.

100. Vores gennemgang af hospitalernes ledelsesinformation viser, at hospitalsledelsen og afdelingsledelsen på tværs af hospitalerne modtager forskellige nøgletal, som typisk omfatter økonomi og produktion, herunder oplysninger om hospitalets og afdelingens budget, personaleomkostninger og øvrige omkostninger for fx varekøb. Herudover indeholder ledelsesinformationen produktionstal i form af DRG-værdi for den gennemførte behandling. Flere hospitaler kan opdele produktionstallene på ambulant og stationær aktivitet (behandling ved indlæggelse).

Tallene giver både hospitalsledelsen og afdelingsledelsen mulighed for at sammenholde omkostninger og produktion med budgettal og med sidste års præstation på samme tidspunkt. Herved bliver det muligt for ledelsen at vurdere udviklingen i forhold til at overholde budgetter og i forhold til at indfri forventningerne til måltallene for produktionen. På nogle af hospitalerne kan afdelingsledelsen desuden trække tal for fx antal indlæggelser og udskrivninger.

101. Vores gennemgang viser, at ledelsesinformationen ud over økonomi- og produktions-tal indeholder tal for, hvordan afdelingerne overholder forskellige service- og kvalitetsmål, jf. pkt. 82. Det drejer sig om måltal, der udspringer af krav i lovgivningen eller af regionernes egne retningslinjer, fx mål om ventetider, forløbstider i kræftpakkeforløb og mål om at minimere antallet af aflysninger. Herudover indeholder ledelsesinformationen måltal ud fra de standarder for kvalitet, som de kliniske kvalitetsdatabaser indeholder. På 3 af hospitalerne modtager afdelingsledelsen en standardpakke for disse nøgletal, mens det sidste hospital har valgt en model, der tilpasser tallene til fokusområder, som hospitalsledelsen og økonomifunktionen på hospitalet har udvalgt, fordi afdelingen ikke opfylder målene.

Gennemgangen viser dog, at ledelsesinformationen på alle 4 hospitaler indeholder mange tal, som særligt afdelingsledelsen løbende skal forholde sig til.

102. Gennemgangen viser, at ledelsesinformationen ikke indeholder tal for, hvordan afdelingerne bruger personalet i form af enhedsomkostninger. Rigsrevisionen vurderer, at beregning af enhedsomkostninger for forskellige typer ydelser og behandlinger vil give hospitalerne mulighed for på et mere kvalificeret grundlag at tage stilling til, hvorfor omkostninger stiger. Herved vil hospitalerne opnå et bedre grundlag for at vurdere væsentlige omkostningsdrivere, ligesom hospitalerne kan sammenligne sig med andre hospitaler som led i at afdække årsager til forskelle i omkostninger. Derudover vil enhedsomkostninger for forskellige typer behandling også give bedre mulighed for fremadrettet at opnå overblik over de økonomiske konsekvenser for hospitalerne, når sammensætningen af patienter og behovet for behandling ændrer sig.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at enhedsomkostninger generelt vil give hospitalerne en bedre indsigt i afdelingernes omkostningsstruktur og bedre mulighed for at forudsige økonomiske konsekvenser ved ændringer i aktivitet, sammensætning af patientgrupper og behandlingsmetoder.

Danske Regioner har oplyst, at der er behov for at udvikle styringsmodeller, som bedre understøtter og belønner effektive og innovative løsninger i hospitalssektoren, herunder et større fokus på enhedsomkostninger forstået som de samlede udgifter for et patientforløb på det enkelte hospital.

103. Gennemgangen viser, at ledelsesinformationen på 2 af afdelingerne ikke indeholder data for, hvordan afdelingerne udnytter kapacitet, fx data for brug af operationsstuer. Afdelingerne udnytter ikke altid kapaciteten optimalt, bl.a. på grund af aflysninger, og derfor vil det efter Rigsrevisionens opfattelse være nyttigt at have data for kapaciteten, som kan vise den løbende udnyttelse.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at hospitalerne bør overveje mulighederne for at integre data for brug af kapacitet i deres løbende styring og ledelsesinformation. Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at der i økonomiaftalen for 2015 er aftalt et tværgående projekt, der skal gøre det muligt at opgøre kapacitetsudnyttelsen på hospitalerne. Det vil i den forbindelse indgå i overvejelserne, om hospitalerne på sigt kan lade brugen af kapacitet indgå i systemerne for ledelsesinformation. Formålet er at styrke hospitalsledelsen og afdelingsledelsens indsigt i de kliniske afdelingers drift.

Rigsrevisionen finder, at hvis afdelingerne opnår en bedre kapacitetsudnyttelse, vil de også ofte få en bedre driftsøkonomi. Data for udnyttelsen af operationsstuerne vil derfor også være relevant for styringen. Data kan i mange tilfælde tage afsæt i de data, som i forvejen findes i bl.a. operationssystemer og ydelsessystemer. For at data har værdi, er det væsentligt, at de er tidstro, retvisende og relevante.

Enhedsomkostninger udtrykker de gennemsnitlige omkostninger for en enhed. Det kan fx være en bestemt type behandling, undersøgelse eller operation. Det kan fx også være de gennemsnitlige omkostninger for et patientforløb.

Data for kapacitetsudnyttelse kan bl.a. være data om, hvor meget en kapacitet – fx et ambulatorium eller en operationsstue – er anvendt i forhold til ambulatoriets eller operationsstuens åbningstid. Data for kapacitetsudnyttelse kan fx også være opgørelser over, hvor mange undersøgelser en læge har foretaget i ambulatoriet, eller hvor mange operationer der er gennemført på en operationsstue.

Resultater

104. Undersøgelsen viser, at det er forskelligt, hvor ofte hospitalsledelsen og afdelingsledelsen følger op på afdelingernes mål og forbrug af resurser, ligesom fokus i opfølgningen varierer. Det er generelt Rigsrevisionens opfattelse, at en effektiv styring kræver, at ledelsen på alle niveauer hyppigt følger op, så ledelsen i tide kan korrigere og omprioritere indsatsen.

105. Undersøgelsen viser, at ledelsesinformationen på alle 4 hospitaler indeholder mange data, som særligt afdelingsledelsen løbende skal forholde sig til. Dog omfatter ledelsesinformationen ikke data for enhedsomkostninger. På 2 af hospitalerne er data for udnyttelse af kapacitet, herunder personaleresurser og operationsstuer, desuden ikke omfattet af ledelsesinformationen. Rigsrevisionen vurderer, at hospitalerne med fordel kan integrere data om brug af kapacitet i den løbende styring og ledelsesinformation, idet det vil give et bedre grundlag for at vurdere hospitalernes samlede forbrug af resurser. Derudover vurderer Rigsrevisionen, at det også vil være nyttigt for hospitalerne, at de på ad hoc-basis beregner enhedsomkostninger, hvilket kan give et mere gennemsigtigt grundlag for brugen af resurser.

Rigsrevisionen, den 11. marts 2015

Lone Strøm

/Claus Vejlbø Thomsen

Bilag 1. Metode

Vi har undersøgt hospitalernes brug af personaleresurser ved hjælp af både en kvalitativ og en kvantitativ metode.

Som led i den kvalitative del af undersøgelsen har vi interviewet ledelsen på hospitals-, center- og afsnitsniveau samt vagtplanlæggere for læger, sygeplejersker og lægesekretærer. Derudover har vi gennemgået et stort materiale fra de udvalgte hospitaler for at belyse, hvordan afdelingerne tilrettelægger arbejdet, planlægger og styrer aktivitet og bemanning samt bruger ledelsesinformation.

I interviewene har vi særligt fokuseret på de rammer, som afdelingerne planlægger inden for. Det gælder bl.a. overenskomsters og lokalaftalers betydning i planlægningen, planlægningsredskaber, herunder it-programmer til brug for planlægningen, samt hospitalernes og afdelingernes mål- og resultatstyring. Derudover har vi fokuseret på afdelingernes arbejde med at effektivisere arbejdsgangene.

Vi har som led i den kvantitative del af undersøgelsen indhentet data om afdelingerne fra Landspatientregisteret (LPR). Data har omfattet afdelingernes behandlingsaktivitet, fordelt på patienternes alder, type af behandling (ambulant/stationær og akut/elektiv) og diagnoser. Analysen af data fra LPR har hjulpet os til at forstå baggrunden for de forhold, som påvirker afdelingernes planlægning og brug af personaleresurserne.

Derudover har vi indhentet data om afdelingernes knivtid og skiftetid og om afdelingernes udnyttelse af operationsstuerne. Vi benytter disse data som indikatorer for, hvor godt afdelingerne udnytter operationsstuerne, og som udtryk for resultaterne af afdelingernes planlægning og tilrettelæggelse af arbejdet.

Den gennemsnitlige knivtid og skiftetid er opgjort pr. måned for perioden januar 2012 - juni 2014. Kun 2 af afdelingerne i undersøgelsen har været i stand til at levere disse data.

Den gennemsnitlige knivtid er opgjort som tiden, fra kirurgen begynder operationen, til operationen er afsluttet. Knivtiden er et udtryk for, hvor hurtigt personalet kan gennemføre en operation, og den er afgørende for, hvor mange operationer en afdeling kan nå at gennemføre inden for en given periode. Det drejer sig om et universitetshospital og et regionshospital. De 2 afdelinger har opgjort knivtiden for specifikke operationer. Den ene afdeling har opgjort knivtiden for operationer for knæalloplastik, og den anden afdeling har opgjort knivtiden for operationer, der hører under tumorkirurgien. Operationerne for knæalloplastik og tumor repræsenterer en væsentlig tyngde i afdelingernes aktivitet og giver derfor et godt billede af, hvordan afdelingerne afvikler operationer.

Den gennemsnitlige skiftetid er opgjort som tiden, fra personalet afslutter en operation, til kirurgen begynder at operere den næste patient. Skiftetiden udtrykker den tid, det tager at forberede en operation, og afgør sammen med knivtiden, hvor mange operationer en afdeling kan nå at gennemføre inden for en given periode. Skiftetiden er på den ene afdeling opgjort for operationer, der hører under tumorkirurgien. Den anden afdeling har opgjort skiftetiden for alle afdelingens operationer.

Vi har også gennemgået afdelingernes udnyttelse af operationsstuer på baggrund af oversigter over af alle afdelingernes operationsstuer for uge 36-39 i 2014. Oversigterne viser udnyttelsen af operationsstuer i forhold til planlagte operationer i operationsstuerne's åbnings-tid.

Vi har som led i undersøgelsen inddraget Deloitte Consulting for bl.a. at kvalificere vores valg af klinisk område og afdelinger på henholdsvis regionshospitaler og universitetshospitaler, jf. bilag 2, og for at bearbejde data fra LPR for at kunne forstå væsentlige forhold, som påvirker afdelingernes planlægning og brug af personaleresurser.

Bilag 2. Afgrænsning af klinisk område og afdelinger

Vi har afgrænset undersøgelsen til 4 afdelinger inden for det ortopædkirurgiske område. Nedenfor begrundes vi kortfattet valg af område og hospitalsafdelinger, ligesom vi overordnet beskriver de afdelinger, der indgår i undersøgelsen.

Vi har med udgangspunkt i nedenstående kriterier undersøgt ortopædkirurgiske afdelinger, fordi området repræsenterer en bredde i både omfang, aktivitet, faggrupper og vagtformer. Det ortopædkirurgiske område har ved bredden i bl.a. omfang og aktivitet mange fællestræk i rammer og vilkår for planlægning og styring med de øvrige kliniske fagområder på landets hospitaler. Med valget af det ortopædkirurgiske område og de 4 afdelinger vurderer vi, at undersøgelsen dermed er relevant for og kan bidrage til en bedre planlægning og styring på andre ortopædkirurgiske afdelinger og kliniske områder på landets hospitaler.

Kriterierne, som ligger til grund for valg af område, har været:

- **Bredde i omfang**

Det ortopædkirurgiske område er et stort og væsentligt område, som findes på mange hospitaler. Undersøgelsen vil derfor dække et bredt udsnit af hospitalerne.

- **Bredde i aktivitet**

Der er en række særlige forudsætninger og udfordringer, når en hospitalsafdeling planlægger og udfører forskellige former for aktivitet, herunder ambulant/stationær og elektiv/akut aktivitet. Med valg af ortopædkirurgi – som omfatter alle de nævnte former for aktivitet – sikrer vi en bredde i aktivitet i undersøgelsen, som også gælder på en række andre kliniske fagområder.

- **Bredde i faggrupper**

En anden forudsætning, som indgår, når en hospitalsafdeling planlægger brugen af personale, er det antal faggrupper, som findes på afdelingen. Særligt må afdelingen tage hensyn til forskellige forhold i overenskomsterne, som kan gøre planlægningen mere kompleks. Med ortopædkirurgi er et bredt udsnit af faggrupper repræsenteret i undersøgelsen.

- **Bredde i vagtformer**

Endelig vil forskellige vagtformer spille ind på planlægningen. Forskellen i vagtformer kan primært henføres til forskelle i produktionsforhold. Vi antager med en vis forsigtighed, at jo flere vagtformer, der indgår i vagtplanen, des mere kompleks er planlægningen af vagter. På det ortopædkirurgiske område indgår alle vagtformer, hvilket også gælder på flere andre kliniske fagområder.

Vi har udvalgt 4 ortopædkirurgiske afdelinger på 2 regionshospitaler (Kolding Sygehus, som er en del af Sygehus Lillebælt, og Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse) og 2 universitetshospitaler (Aarhus Universitetssygehus og Rigshospitalet). Udvalgte nøgletal for de enkelte afdelinger er vist i tabellen nedenfor.

Afdelingernes samlede udgifter samt årsværk for læger og plejepersonale i 2013

	Aarhus Universitetshospital	Rigshospitalet	Kolding Sygehus (Sygehus Lillebælt)	Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
Samlede udgifter for afdelingen	273,0 mio. kr.	115,7 mio. kr.	114,9 mio. kr.	145,4 mio. kr.
Læger	83,7 årsværk	45,2 årsværk	40,4 årsværk	55,1 årsværk
Plejepersonale	207,0 årsværk	109,6 årsværk	107,0 årsværk	99,0 årsværk

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra hospitalerne.

Det fremgår af tabellen, at den ortopædkirurgiske afdeling på Aarhus Universitetshospital har de største udgifter og flest ansatte. De 2 afdelinger på universitetshospitalerne udfører begge højt specialiseret behandling og har en regionsfunktion, som betyder, at afdelingerne udfører basisbehandling for regionens patienter. Forskellen i størrelsen på de 2 afdelinger skyldes hovedsageligt, at afdelingen på Aarhus Universitetshospital varetager basisbehandlingen for langt flere patienter end Rigshospitalet. De øvrige afdelinger adskiller sig ikke markant fra hinanden.

De valgte afdelinger sikrer, at undersøgelsen repræsenterer både regionshospitalet og universitetshospitalet. Følgende kriterier indgik, da vi udvalgte afdelinger:

- **Hospitalets størrelse**

Vi vurderer, at hospitalets størrelse har betydning for rammerne for planlægningen i lighed med størrelsen af regionen. Med regions- og universitetshospitaler har vi sikret, at både større og mindre hospitaler indgår i undersøgelsen.

- **Geografisk spredning på tværs af store og mindre regioner**

Geografisk placering og beliggenhed for et hospital kan også spille ind på muligheden for at bruge personaleresourcerne effektivt. De mindre regioner er således bl.a. karakteriseret ved en mere perifer beliggenhed i forhold til de store byer med de største muligheder for uddannelse og arbejdspladser. Ved at udvælge 2 hospitaler fra henholdsvis 2 store regioner (Region Hovedstaden og Region Midtjylland) og 2 mindre regioner (Region Syddanmark og Region Sjælland) tager vi højde for de forskelle, der bl.a. kan være i at rekruttere personale.

- **Krav om uddannelsesforpligtelse**

Uddannelsesforpligtelse er også en væsentlig planforudsætning for hospitalernes brug af personale. Uddannelsesforpligtelse er omkostningsdrivende, men giver også en mulighed for at fylde vagter ud og dermed en vis fleksibilitet i vagtplanlægningen. Med 2 regionshospitalet og 2 universitetshospitaler har det indgået i udvælgelsen, at uddannelsesforpligtelsen er relativt forskellig for de 2 kategorier af hospitaler.

- **Patientgrundlag og patienttyngde**

Forskelligt patientgrundlag og forskellig patienttyngde kan også medføre forskellige forudsætninger for planlægningen og forskellige patientforløb. Skævhed i borgernes sundhed vil således medføre forskelle i antallet og kompleksiteten af patientforløb, som igen resulterer i forskelle i arbejdspress og resursetræk. Ved at udvælge 2 regionshospitalet og 2 universitetshospitaler tager vi højde for de forskelle, der kan være i patientgrundlag og patienttyngde på tværs af hospitalstyper.

Bilag 3. Opmærksomhedspunkter og eksempler på god praksis

Bilaget indeholder en række opmærksomhedspunkter rettet mod god planlægning og styring af resurserne, som er relevant for alle hospitaler. Det er hospitalsledelsens og afdelingsledelsens ansvar at sikre, at arbejdet tilrettelægges og planlægges, så resurserne anvendes omkostningsbevidst. Vi har udledt opmærksomhedspunkterne både af den gennemførte undersøgelse og med inspiration fra Rigsrevisionens beretning om vagtplanlægning i statslige institutioner (fra januar 2015).

Desuden indeholder bilaget en oversigt over eksempler på god praksis for planlægning og styring, som nogle af de undersøgte afdelinger allerede har indført. Alle hospitaler kan lade sig inspirere af og tilpasse eksemplerne på god praksis efter lokale forhold og behov.

Opmærksomhedspunkter

Bemandingsbehov	- Afdelingen bør ved fastlæggelse af personalebehovet tage højde for forventeligt fravær i forbindelse med fx sygdom, ferie og kurser. Dermed undgår afdelingerne i videst muligt omfang, dels at aflyse operationer, dels at indkalde medarbejdere med for kort varsel. - Afdelingen bør vurdere og tilpasse behovet for bemanding ud fra udviklingen i afdelingens planlagte og akutte aktivitet.
Udarbejdelse af vagtplan	Afdelingen bør understøtte processen med at udarbejde vagtplanerne med et it-system, i det omfang det er muligt. Systemunderstøttelsen bør sikre, at det bliver mindre resursekrævende at indarbejde medarbejdernes ønsker til arbejdstiden i vagtplanerne.
Løbende justeringer ved ændringer i vagtplanen/bemandingen	- Afdelingen bør registrere medarbejdernes arbejdstid og følge den i løbet af normperioden for bl.a. at minimere minustimer og overarbejde. - Afdelingen kan ændre på medarbejdernes arbejdstid på mange måder ved at indgå lokalaftaler efter dialog med medarbejderne.
Opfølgning på vagtplanen	- Afdelingen bør løbende tage stilling til at afvikle medarbejdernes eventuelt optjente frihed, fx ved afspadsering. - Afdelingen bør systematisk følge op på afviklede vagtplaner for at optimere den efterfølgende vagtplanlægning.
Mål for brug af personaleresurser	Hospitalet bør opstille relevante mål for anvendelse af fysisk kapacitet, fx mål for udnyttelse af operationsstuerne. Det kan synliggøre krav og forventninger til, hvordan afdelingen skal bruge resurserne.
Opfølgning på mål for resurseforbrug	Hospitalet bør overveje, om hospitalet kan integrere data for resurseforbrug i ledelsesinformation. Det kan gavne den løbende styring og vurdering af resurseforbruget. Hospitalet kan i mange tilfælde tage udgangspunkt i eksisterende data fra operationssystemer, ydelsessystemer mv.

Eksempler på god praksis

Kolding Sygehus (Sygehus Lillebælt)

HR-funktionen på hospitalet har både udarbejdet en enkel oversigt over de overenskomstmæssige bestemmelser, som påvirker vagtplanlægningen, og en mere omfattende vejledning i, hvordan reglerne skal fortolkes. Begge dele er tilgængelige for både vagtplanlæggere og medarbejdere. Hospitalet har endvidere beskrevet arbejdsgangene omkring vagtplanlægningen i en instruks. Det betyder, at medarbejderne hurtigere kan få overblik over bestemmelser og arbejdsgange, som er væsentlige for den daglige planlægning i afdelingen.

Afdelingens medarbejdere kan indgå en individuel aftale om overførsel af overarbejde. Det betyder, at medarbejderne får mulighed for at afspadsere deres optjente timer i rolige perioder, frem for at timerne bliver udbetalt, som overenskomsten foreskriver. Aftalerne gør planlægningen mere fleksibel, da afdelingen får mulighed for at trække på medarbejderne i de travle perioder og lade dem afspadsere i rolige perioder.

Afdelingen har udarbejdet et plejeindeks, hvor det er muligt at følge udviklingen i bemanningen for plejepersonalet pr. belagt seng – både på tværs af afdelinger og i et tidsperspektiv. Plejeindekset gør det muligt løbende at tage stilling til, om bemanningen pr. seng er steget eller faldet. Dermed kan afdelingen vurdere, om det hænger sammen med, at sammensætningen af patienter ændrer sig, eller om der er behov for at tilpasse aktiviteten.

Afdelingen afholder dagligt et tavlemøde på 15 minutter, hvor man på tværs af afdelingens afsnit fordeler patienterne, får styr på logistikken og sikrer, at afdelingen udnytter sengeafsnit, ambulatorierum og operationsstuer maksimalt. Tavlemødet giver personalet overblik over og fælles viden om opgaverne, og hvordan afdelingen bruger resurserne.

Afdelingen har faste tidspunkter for, hvornår lægerne i ambulatoriet går stuegang. Det betyder, at afdelingen kan udnytte ambulatorierummene bedre, idet sygeplejerskerne bedre kan planlægge konsultationer i ambulatorierummene.

Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse

Afdelingen afholder ugentlige tavlemøder, hvor deltagerne løbende foreslår og igangsætter tiltag, der skal forbedre arbejdsgangene på afdelingen. Alle medarbejdere kan komme med forslag til forbedringer. Deltagerne vurderer omkostninger og gevinster ved at igangsætte forslagene. Tavlemøderne medvirker til at skabe en forbedringskultur, hvor medarbejderne vænner sig til at tænke i forbedring.

Afdelingen har indført et systematisk fokus på udviklingen i knivtid og skiftetid for at understøtte arbejdet med at forbedre arbejdsgangene på operationsstuerne.

Afdelingen arbejder som resten af hospitalets afdelinger med nedbrydning af mål fra hospitalsniveau til afdelings- og afsnitsniveau. Nedbrydning af fx hospitalets produktivitmål er differentieret for hver enkelt afdeling og afsnit. I nedbrydningen bliver et overordnet mål om fx at øge DRG med 2 mio. kr. til konkrete mål for afdelingen, fx i form af et konkret antal undersøgelser og operationer, som skal gennemføres i ambulatoriet på ugebasis. På den måde bliver overordnede mål omsat til konkrete handlingsanvisninger.

Der er i Region Sjælland indført en datadrevet tilgang til opgørelse og vurdering af målopfyldelse, hvilket betyder, at afdelingen altid tager afsæt i data fra ledelsesinformationssystemet som led i afklaringen af årsager til afvigelse. Tilgangen understøtter arbejdet med at forbedre arbejdsgangene.

Rigshospitalet

Afdelingen har udarbejdet retningslinjer for, hvordan medarbejdernes vagter ud fra arbejdsmiljømæssige hensyn skal placeres. Fx skal afdelingen tilstræbe, at medarbejderne har mindst 2 natvagter i træk. Retningslinjer medvirker til, at vagtplanlæggerne og medarbejderne får en fælles forståelse af, hvordan afdelingen skal placere vagterne.

Afdelingen har indført et prioriteringsværktøj for plejepersonalet. Værktøjet beskriver, hvornår bemanningen og arbejdsmængden ikke hænger sammen på sengeafsnittet. Desuden indeholder værktøjet også retningslinjer for, hvordan personalet skal prioritere opgaverne i de tilfælde, hvor bemanningen ikke modsvarer opgaverne. Redskabet tjener til at støtte medarbejderne, når de skal prioritere opgaverne i situationer med spidsbelastning.

Afdelingen har en koordinator, der sikrer overblik over, hvordan afdelingen bruger operationsstuerne. I de tilfælde, hvor afdelingen ikke kan gennemføre planlagte operationer, sørger koordinatoren for, at operationsstuen stilles til rådighed for andre i afdelingen eller for andre afdelinger.

Aarhus Universitetshospital

Afdelingen har for operationsgangen udarbejdet en oversigt, der viser, hvordan afdelingen skal tilrettelægge arbejdet ved personalemangel. I oversigten fremgår det, hvilke operationsstuer afdelingen skal prioritere, hvordan den skal fordele personalet (afhængigt af hvor mange der er på arbejde), og hvornår man bliver nødsaget til at lukke en operationsstue. Oversigten hjælper medarbejderne til at prioritere brugen af operationsstuer i situationer, hvor der mangler personale.

På hospitalet har økonomifunktionen udarbejdet fælles beregninger af, hvad hospitalets forskellige enheder koster. Fx har økonomifunktionen beregnet gennemsnitsomkostningen for en hospitalsseng til 750.000 kr. om året, mens gennemsnitsomkostningen ved ambulant behandling er beregnet til 100.000 kr. Når en afdeling omstiller fra stationær til ambulant behandling, reducerer hospitalet således afdelingens budget med 650.000 kr. Hospitalet har fastsat de fælles niveauer for at undgå, at der skal foretages en konkret vurdering, hver gang hospitalet eller regionen gennemfører ændringer. Modellerne medvirker dermed til at lette tilpasning af resurser ved den løbende omstilling på hospitalet.

Bilag 4. Redskab til vurdering af behovet for bemanding

Figuren viser et eksempel på, hvordan en afdeling opgør sengebelastningen. Afdelingen bruger opgørelsen til at beregne behovet for plejepersonale på sengeafsnittet.

Eksempel på en opgørelse over sengebelastningen

Ugedag	Belægning pr. klokke-time																							
	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.
	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00
	00:59	01:59	02:59	03:59	04:59	05:59	06:59	07:59	08:59	09:59	10:59	11:59	12:59	13:59	14:59	15:59	16:59	17:59	18:59	19:59	20:59	21:59	22:59	23:59
Mandag	0,86	0,88	0,89	0,89	0,89	0,89	0,90	0,96	0,96	0,97	0,98	0,99	0,98	0,98	0,97	0,93	0,91	0,92	0,92	0,92	0,93	0,93	0,94	0,95
Tirsdag	0,96	0,97	0,97	0,97	0,97	0,98	0,98	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	0,99	0,98	0,97	0,96	0,93	0,93	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	0,95
Onsdag	0,95	0,95	0,95	0,95	0,96	0,96	0,96	0,98	1,01	1,01	1,02	1,02	1,00	0,99	0,95	0,90	0,88	0,87	0,88	0,89	0,90	0,90	0,90	0,91
Torsdag	0,91	0,92	0,92	0,92	0,93	0,93	0,93	0,96	0,94	0,95	0,95	0,95	0,94	0,94	0,92	0,90	0,89	0,89	0,89	0,90	0,90	0,90	0,90	0,91
Fredag	0,91	0,91	0,91	0,92	0,92	0,92	0,92	0,98	0,96	0,97	0,98	0,97	0,94	0,93	0,88	0,84	0,81	0,81	0,82	0,83	0,83	0,84	0,84	0,85
Lørdag	0,85	0,85	0,86	0,86	0,86	0,86	0,87	0,87	0,87	0,87	0,87	0,86	0,85	0,85	0,84	0,83	0,81	0,82	0,82	0,82	0,83	0,83	0,83	0,83
Søndag	0,83	0,84	0,84	0,84	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,86	0,86	0,86	0,86	0,85	0,83	0,82	0,82	0,83	0,83	0,84	0,84	0,85	0,86

Note: Sengebelastningen er beregnet som et gennemsnit af antallet af belagte senge på afsnittet i forhold til det samlede antal senge.
Kilde: Et hospital.

Figuren viser belægningen pr. klokke-time på sengeafsnittet, dvs. hvor stor en andel af sengene der er optaget af patienter. Eksemplet viser, at sengebelastningen varierer fra 0,81 til 1,02. En sengebelastning på 1,00 vil sige, at alle afsnittets senge er belagt, mens en sengebelastning på over 1,00 betyder, at der er flere patienter, end der er senge til. Farverne i tabellen indikerer belastningen på sengeafsnittet, hvor grøn indikerer en belægning tæt på 80 %, mens rød indikerer en belægning tæt på 100 %.

Sengebelastningen varierer hen over dagen, ugen og året og påvirker således behovet for bemanning. Afdelingen kan opgøre sengebelastningen for en enkelt uge eller som gennemsnit over længere perioder. Det kan fx være relevant at se på variationer i forhold til årstid.

Bilag 5. Ordliste

Akut behandling	Behandling af patienter, der har et pludseligt behov for behandling. Patienterne modtages oftest via akutmodtagelsen.
Ambulant behandling	Behandling, som foregår uden indlæggelse, og som primært er planlagt.
Ambulatorium	Undersøgelles- og behandlingssted for patienter, som ikke er indlagt.
Arbejdstidsbestemmelser	Bestemmelser, der knytter sig til forskellige faggruppers arbejdstid i gældende overenskomster og arbejdstidsaftaler.
Baseline	Mål for den samlede aktivitet eller produktion, som en afdeling skal gennemføre i løbet af et år. Baseline udregnes i en kroneværdi ved at gange en afdelings ydelser med den kroneværdi, som ydelserne har. Ydelses kroneværdi opgøres ud fra DRG-takster, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har beregnet.
Behandlingskapacitet	Udtryk for, hvor mange patienter en afdeling kan behandle. Afdelingens kapacitet opgøres både i forhold til personale (fx antal speciallæger, læger og plejepersonale) og fysiske rammer (fx antal operationsstuer, sengepladser og ambulatorierum).
Bemandingsbehov	Sammenhængen mellem afdelingens opgaver og den bemanding, der er til rådighed.
DRG-taksterne	Udtryk for de landsgennemsnitlige udgifter til behandling og pleje på de offentlige hospitaler. DRG-taksterne er beregnet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
Elektiv behandling	Planlagt behandling, hvor en læge forudgående har henvist patienten til undersøgelse eller behandling.
Enhedsomkostninger	Udtryk for de gennemsnitlige omkostninger for en enhed, fx en bestemt type behandling, undersøgelse eller operation.
Epikrise	Et kort sammendrag af en patients sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling.
Hviletidsbestemmelser	Arbejdstidsloven bestemmer, at en medarbejder inden for hvert døgn – regnet fra normal arbejdstidsbegyndelse – skal have en sammenhængende hvileperiode på mindst 11 timer (11-timersreglen). Inden for hver periode på 7 døgn skal medarbejderen have mindst ét fridøgn.
Intensivafdeling	En afdeling på et hospital, der behandler, observerer og plejer patienter med akutte og livstruende sygdomme i døgndrift. En intensivafdeling er bemandet med et specialuddannet personale og har avanceret teknisk udstyr til såvel observation som behandling.
Knivtid	Udtryk for, hvor hurtigt en operation kan gennemføres.
LEAN	Handler generelt om at skabe størst muligt flow i arbejdsgange, fx ved at minimere ventetid for patienterne og spildtid og ved at udnytte resurserne maksimalt.
Lokalaftale	En kollektivt indgået aftale mellem arbejdspladsen og medarbejderne. En lokalaftale kan indgås inden for rammerne af en overenskomst eller som supplement til eller fravigelse fra overenskomsten.
Minustimer	De timer, en afdeling har til gode hos medarbejderne, når normperioden er opgjort.
Normperiode	Den periode, som afdelingen opgør arbejdstiden over.
Ortopædkirurgi	Et stort sundhedsfagligt speciale, som omfatter forebyggelse, undersøgelse og behandling af medfødte og erhvervede sygdomme i knogler, led og muskler. Rehabilitering er desuden en væsentlig del af specialet.
Planlægningsprogram	Afdelingerne bruger et planlægningsprogram til at registrere medarbejdernes planlagte arbejdstid og eventuelle ændringer. Registreringerne i programmet er grundlaget, når regionen udbetaler løn.

Sengebelastning	Udtryk for, hvor mange indlagte patienter en afdeling har hen over døgnet.
Skiftetid	Udtryk for den tid, der går til at forberede en operation.
Specialevejledning	Sundhedsstyrelsen fastsætter i specialevejledningen kravene til specialefunktioner og godkender opgavefordelingen mellem forskellige hospitaler.
Stationær behandling	Behandling, hvor patienten er indlagt på afdelingen.
Vagtplanlægger	Planlægger og afvikler løbende arbejdsplanen på afdelingerne.
Vagtplanlægning	Planlægning af arbejdstiden i institutioner med skiftende arbejdstider, hvor arbejdstiden er placeret helt eller delvist uden for almindelig dagarbejdstid.
Varslingsbestemmelser	Det er i de centrale overenskomster og arbejdstidsaftaler fastlagt, hvor lang tid i forvejen afdelingerne skal varsle de forskellige faggrupper i forbindelse med overarbejde, afspadsering mv.
Yngre læger	Læger, som hospitalerne ansætter som fx reservelæge, 1. reservelæge og afdelingslæge. Reservelæger har været ansat i 1-3 år, og 1. reservelæger har typisk været ansat i 5 år. Mange 1. reservelæger og afdelingslæger er speciallæger.