



Landstinget Dalarna

Uppföljande granskning av
personalplanering och arbetstidsför-
läggning

Rapport

KPMG AB

2016-08-22

Antal sidor:18

Bilagor:1

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Bakgrund	3
3.	Syfte och revisionsfrågor	3
4.	Revisionskriterier	5
5.	Avgränsning	5
6.	Metod	5
7.	Projektorganisation	5
8.	Resultat	6
8.1	Åtgärder för att utveckla styrningen och ledningen vad avser personalplanering och arbetstidsförläggning samt effekter av dessa förändringar	6
8.2	Hur är ansvar och den praktiska hanteringen fördelad för personalplanering och arbetstidsförläggning? Har det skett förändringar i ansvarsfördelning och befogenheter?	9
8.3	Har chefernas förmåga att styra och leda medarbetarna utifrån ett arbetsgivarperspektiv samt förmågan att förstå de ekonomiska konsekvenserna av olika schematekniska lösningar utvecklats?	11
8.4	Har avvägningen mellan de olika intressena (arbetsgivarintresset, patient-/medborgarintresset och medarbetarintresset) som påverkar personalplanering och arbetstidsförläggningen tydliggjorts?	11
8.5	Förekommer det avsteg från både centrala eller lokala avtal d.v.s. om schema- och bemanningsplanering sker i strid mot lagar och avtal?	12
8.6	Har hälso- och sjukvårdens styrning och uppföljning av betydelsefulla faktorer (t.ex. nyckeltal för bemanning och nödvändiga regelverk och rutiner) utvecklats?	12
8.7	Finns i dag ändamålsenliga IT-system och andra verktyg som stödjer respektive organisatorisk nivåns planering, uppföljning och utvärdering samt kontroll och används förekommande verktyg på ett ändamålsenligt sätt?	13

9.	Fördjupningsfrågor	14
9.1	Upplever cheferna att de har tillfredsställande resurser t.ex. tid, stödresurser, riktlinjer och IT-stöd, för att kunna ta sitt ansvar för en effektiv personalplanering och arbetstidsförläggning som möter verksamhetens behov?	14
9.2	I vilken omfattning används individuell schemaplanering (ISP)?	15
9.3	Vilka bemanningsstrategier används och varierar det mellan olika kliniker eller avdelningar?	15
9.4	På vilket sätt koordineras vårdpersonalens schema med läkarorganisationens?	16
9.5	Vem beslutar om vikarier ska tas in samt hur sker den praktiska hanteringen, t.ex. om det finns en bemanningsenhet eller motsvarande?	17
9.6	Hur fördelar sig den arbetade tiden mellan tillsvidareanställd personal, tidsbegränsat anställda på månadslön, timanställda samt övertid och fyllnadstid?	17
9.7	Hur hanterar man hyrsjuksköterskor vid personalplanering och arbetstidsförläggning?	18

1. Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av revisorerna i Landstinget Dalarna (Lt Dalarna) genomfört en uppföljande granskning av personalplanering och arbetstidsförläggning.

Under år 2009 genomförde KPMG en granskning med syfte att bedöma om planeringen av de anställdas arbetstid inom hälso- och sjukvården var ändamålsenlig och effektiv. Granskningen blottade allvarliga systematiska och strukturella brister i styrningen och ledningen inom det aktuella området.

I den nu genomförda uppföljningsgranskningen gör vi den övergripande bedömningen att vidtagna åtgärder för att utveckla styrningen och ledningen vad avser personalplanering och arbetstidsförläggning varit effektiva och bidragit till en utvecklad styrning och ledning inom området. Vi anser dock att mycket arbete återstår innan styrningen och ledningen inom området kan anses vara fullt ut ändamålsenlig.

Nedan sammanfattas några av granskningens slutsatser i punktform.

- Enligt vår uppfattning bör första linjens chefer få mer stöd i sin hantering av HR-frågor. Se stycke 8.1 för mer information.
- Vi kan konstatera att det sedan den förra granskningen skett såväl förändringar som förtydliganden i ansvarsfördelning och befogenheter inom området. När det gäller processen kring att definiera minimibemanningen inom de verksamheter som har individuell schemaplanering (ISP) gör vi dock bedömningen att den inte är fullt ut ändamålsenlig. Se stycke 8.2 för mer information.
- Vid våra intervjuer uppfattar vi att det varierar i vilken grad cheferna har förmågan att styra och leda medarbetarna utifrån ett arbetsgivarperspektiv. Vidare uppfattar vi vid våra intervjuer en relativt passiv hållning från cheferna när det gäller frågan om att förstå de ekonomiska konsekvenserna av olika schematekniska lösningar. Se stycke 8.3 för mer information.
- Vi anser att det kan finnas anledning för landstingsstyrelsen att se över hur man säkerställer att det som kommer till uttryck i styrdokumentet när det gäller avvägningen mellan de olika intressena (arbetsgivarintresset, patient-/medborgarintresset och medarbetarintresset) som påverkar personalplanering och arbetstidsförläggningen också får konkreta effekter ute i verksamheterna. Se stycke 8.4 för mer information.

- Det har i granskningen inte framkommit att det görs avsteg från lagar och avtal avseende arbetstidsförläggningen. Se stycke 8.5 för mer information.
- Vi anser att det är rimligt att den uppföljning som sker på avdelningsnivå sker på ett likartat sätt inom landstinget och att styrning och uppföljning av nyckeltal för bemanning är ett område som bör prioriteras högre. Se stycke 8.6 för mer information.
- Vår bedömning är att det IT-system som används för schema- och bemanningsplanering inte är fullt ut ändamålsenligt, åtminstone inte så som det används i dagsläget. Se stycke 8.7 för mer information.
- Totalt inom landstinget är det 58 enheter/avdelningar som använder ISP. Inom division Primärvård är det fyra avdelningar, division Kirurgi 29 avdelningar, division Medicin 18 avdelningar och division Psykiatri sex avdelningar.
- Vi anser att det kan utgöra en risk att genom att överpröva alla anställningar, i praktiken frånta verksamhetscheferna det ansvar de tilldelas i såväl verkställighetsbestämmelserna för verksamhetschefer som överenskommelsen om ISP. Om upplevelsen att man som chef i detta hänseende fråntas sitt ansvar, är eller blir utbredd ser vi en risk för att även ansvars-tagandet på sikt kan komma att minska. Se punkt 9.3 för mer information.
- Enligt vår bedömning bör vissa delar av landstingets verksamheter i större utsträckning produktionsplaneras så att problemet med bristande koordinering mellan läkare och övrig personal minskas. Se stycke 9.4 för mer information.
- Vi anser att landstingsledningen bör se över om resursgruppen uppfyller sitt syfte att utgöra en resurs vid behov av personalförstärkning. Se stycke 9.5 för mer information.

2. Bakgrund

På uppdrag av revisorerna i Landstinget Dalarna genomförde KPMG under år 2009 en granskning med syfte att bedöma om planeringen av de anställdas arbetstid inom hälso- och sjukvården var ändamålsenlig och effektiv. Granskningen blottade allvarliga systematiska och strukturella brister i styrningen och ledningen inom det aktuella området. Bland annat framgick att styrsignalerna var otydliga och budskapen från överordnade chefs- och ledningsnivåer var dubbla. Konsekvensen av bristerna blev en kultur präglad av svag central styrning samt starka och självständiga verksamheter. Chefer på olika nivåer hade vid schemaläggning att själva prioritera mellan olika perspektiv. Revisorerna bedömde samtidigt den rådande situationen som komplicerad då behovet av åtgärder nog måste balanseras mellan å ena sidan nödvändigheten av en stärkt styrning och ledning och å andra sidan förutsättningarna för chefer på alla nivåer att utöva sitt ledarskap.

I pågående omställningsarbete är produktionsplanering och därmed sammanhängande personalplanering och arbetstidsförläggning (schemaläggning) väsentliga inslag. Revisorerna bedömer därför att det finns starka skäl att genomföra en uppföljning av 2009 års granskning.

3. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att ge underlag för att kunna bedöma om styrelsen efter föregående granskning vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att utveckla styrningen och ledningen vad avser personalplanering och arbetstidsförläggning.

Vi har därför granskat:

- Vilka åtgärder har vidtagits i organisationen efter föregående granskning för att utveckla styrningen och ledningen vad avser personalplanering och arbetstidsförläggning?
- Har vidtagna åtgärder varit effektiva och bidragit till en utvecklad styrning och ledning inom området?
- Hur är ansvar och den praktiska hanteringen fördelad för personalplanering och arbetstidsförläggning? Har det skett förändringar i ansvarsfördelning och befogenheter?
- Har chefernas förmåga att styra och leda medarbetarna utifrån ett arbetsgivarperspektiv samt förmågan att förstå de ekonomiska konsekvenserna av olika schematekniska lösningar utvecklats?

- Har avvägningen mellan de olika intressena (arbetsgivarintresset, patient/medborgarintresset och medarbetarintresset) som påverkar personalplanering och arbetstidsförläggningen tydliggjorts?
- Förekommer det avsteg från både centrala eller lokala avtal d.v.s. om schema- och bemanningsplanering sker i strid mot lagar och avtal?
- Har hälso- och sjukvårdens styrning och uppföljning av betydelsefulla faktorer (t.ex. nyckeltal för bemanning och nödvändiga regelverk och rutiner) utvecklats?
- Finns idag ändamålsenliga IT-system och andra verktyg som stödjer respektive organisatorisk nivåns planering, uppföljning och utvärdering samt kontroll och används förekommande verktyg på ett ändamålsenligt sätt?

Fördjupningsfrågor:

- Upplever cheferna att de har tillfredsställande resurser t.ex. tid, stödresurser riktlinjer och IT-stöd, för att kunna ta sitt ansvar för en effektiv personalplanering och arbetstidsförläggning som möter verksamhetens behov?
- I vilken omfattning används individuell schemaplanering (ISP)?
- Vilka bemanningsstrategier används och varierar det mellan olika kliniker eller avdelningar?
- På vilket sätt koordineras vårdpersonalens schema med läkarorganisationens?
- Vem beslutar om vikarier ska tas in samt hur sker den praktiska hanteringen, t.ex. om det finns en bemanningsenhet eller motsvarande?
- Hur fördelar sig den arbetade tiden mellan tillsvidareanställd personal, tidsbegränsat anställda på månadslön, timanställda samt övertid och fyllnadstid?
- Hur hanterar man hyrsjuksköterskor vid personalplanering och arbetstidsförläggning?

4. Revisionskriterier

Våra bedömningar har gjorts med utgångspunkt från:

- Arbetstidslag
- Allmänna bestämmelser (AB)
- Lokala arbetstidsavtal som omfattar personalplanering och arbetstidsförläggning
- Interna regelverk och policys avseende personalplanering och arbetstidsförläggning

5. Avgränsning

Granskningen avser Landstingsstyrelsen i Landstinget Dalarna och den avgränsning som gjorts inom verksamheten omfattar Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och dess fyra divisioner. Granskningen omfattar personalplanering och arbetstidsförläggning för vårdpersonal exklusive läkare.

6. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer med förvaltningsledning och divisionsledningar, intervjuer med verksamhetsföreträdare, uppföljande intervjuer, analys och rapport.

7. Projektorganisation

Granskningen har utförts av tre konsulter från KPMG, Örjan Garpenholt, Karin Helin Lindkvist och Andreas Wendin.

8. Resultat

Granskningens resultat presenteras i avsnitt 8 och 9. I Avsnitt 8 återfinns svaren på revisionsfrågorna och i avsnitt 9 återfinns svaren på fördjupningsfrågorna. Avsnitt 8.1 innehåller svar på de två första revisionsfrågorna, därefter avhandlas varje revisionsfråga under egen rubrik.

8.1 Åtgärder för att utveckla styrningen och ledningen vad avser personalplanering och arbetstidsförläggning samt effekter av dessa förändringar

Vid den granskning som genomfördes 2009 kunde konstateras att det var en svag styrning när det gällde personalplanering och arbetstidsförläggning samt att kravet på att bedriva verksamheten inom tilldelad budget inte var tydlig för alla chefer.

Det finns nu en överenskommelse om hur Individuell schemaplanering ISP, ska hanteras. Överenskommelsen slöts 2012 med de fackliga organisationerna Kommunal, Vårdförbundet och Vision. I denna överenskommelse tydliggörs förutsättningarna för ISP enligt följande formulering:

”§ 1 Syftet är att genom individuell och flexibel schemaläggning tillgodose både verksamhetens behov och individens önskemål om arbetstider. Individuell schemaplanering utgår från verksamhetens budget och bemanningsbehov. Det finns en skyldighet att täcka behov vid korttidsfrånvaro i planeringsperioden. Grundvärdering är att verksamheten har behov av en definierad minimibemanning fördelad på flera olika kompetenser över dygnet. Den anställde har också ett individuellt intresse och ansvar för sin arbetstidsförläggning. Medarbetarnas antal och kompetens skall motsvara verksamhetens behov varje tidpunkt på dygnet. De möjligheter som ges skall nyttjas med en bibehållen kvalitet och en god arbetsmiljö som mål.”

Det finns dock ingen ytterligare vägledning för ansvarig chefer i hur de ska förhålla sig och prioritera vid personalplaneringen.

Vid granskningen som genomfördes 2009 kunde konstateras att det fanns överenskommelser på enheterna som inte hade någon grund i de avtal som reglerar arbetstidsförläggningen. Från HR-avdelningen framförs att de nu har ”rensat bort” denna typ av överenskommelser och att det nu är de förhandlade avtalen och beslutade riktlinjerna som gäller.

Det fanns tidigare ett s.k. nattavtal som kostade mycket för landstinget. Detta avtal är nu borttaget.

Landstinget har infört en överenskommelse om en ersättning som benämns ”24:7”. Den innebär att den sjuksköterska som åtar sig att arbeta helger och nätter i en progressiv steg kan komma upp till 5000 kr i månaden i tillägg på sin grundlön. Personliga överenskommelser tecknas. Överenskommelserna kan vara allt från 4 veckor till 24 månader långa. I intervjuerna framkommer att några av de intervjuade avdelningscheferna skriver nya överenskommelser för varje ny schemaperiod (i regel runt var åttonde vecka) medan andra skriver överenskommelser på 1 eller 2 år. Eftersom det är många med korta överenskommelser skrivs det många överenskommelser vilket uppges leda till mycket administrativt arbete.

Den extra ersättningen är baserad på att rätt antal helger och nätter görs på hela den period som överenskommelsen avser. Eftersom en överenskommelse kan vara upp till 24 månader kan kontroll av att rätt antal pass gjorts i princip ske så sällan som vartannat år. Avstämning av att medarbetaren arbetar helger och nätter i tillräcklig utsträckning för att ha rätt till den extra ersättningen ska dock göras kontinuerligt. I granskningen framkommer till exempel att lönehandläggare har noterat att anställda fått den extra ersättningen utbetald trots att de gjort upp till 18 helg-/nattpass för lite.

Ett samsynsdokument har tagits fram som en överenskommelse om hur landstingsledningen ska arbeta med HR-frågorna för att säkerställa att hantering sker på samma sätt i alla divisioner.

Divisionschefer, personalchefer, personaldirektör, ekonomichefer och personalutredare träffas varje vecka. Syftet med dessa möten är att frågor som gäller dessa områden tas upp från division, HR eller ekonomi för att samordna frågor kring rutiner, lönesättning, extraersättningar, rekrytering, utbildning/förmåner etc. Även om ekonomifrågor också kan tas upp på dessa möten är det främst HR-frågor som behandlas vid mötena, exempelvis diskuteras hur avtal och regler ska tolkas. Ett sådant exempel är verkställighetsbeslutet inför sommaren 2016 och hur det ska tolkas. HR-cheferna menar att detta har gjort att HR-frågorna får en större tyngd då de får både verksamhetsperspektivet och HR-perspektivet i besluten. Från divisionschefshåll framförs att dessa möten har lett till en större samordning, mindre spretighet och snabbare handläggning av personalfrågor som är av övergripande karaktär.

Divisionscheferna ska föra ut det som diskuteras vid dessa veckovisa möten till verksamhetschefer och första linjens chefer. Alla tillsättningar av vakanta tjänster och vikariat prövas vid ett särskilt efterföljande möte efter det ovan nämnda veckovisa mötet med HR, ekonomi och divisionschefer. Vid prövning av anställningar deltar landstingsdirektör/biträdande landstingsdirektör och är den som beslutar efter föredragning av beredande divisionschef.

I nuläget finns inget flextidsavtal men många verksamheter/enheter har flextid ändå. Vid våra intervjuer har i vissa fall uppfattningen framförts att möjligheten till flextid missbrukas och att behovet av ett ordentligt avtal därför är stort.

Förhandlingschefen framför att frågan om vilka som har möjlighet till flextid inte är formellt reglerad då det saknas ett flextidsavtal vilket gör att det också saknas en säker central överblick på vilka som tillämpar flextid. Beslut om införande har skett historiskt på decentraliserad nivå utan någon tydlig centralstyrning.

I våra intervjuer framkommer att ett flextidsavtal håller på att tas fram. I några av intervjuerna framförs att ett flextidsavtal ska ha varit på gång under flera års tid utan att någonting har hänt.

I våra intervjuer framförs att landstinget har satsat på att utveckla ledarskapet. Det är HR som ansvarar för chefsutbildningen som riktar sig både mot nya chefer och befintliga chefer. Utbildningen är på 12 dagar och det finns också möjlighet att gå fördjupningsdelar inom HR. I någon av våra intervjuer framkommer synpunkten att chefsutbildningen skulle behöva förtydliga skillnaden mellan att vara chef och att vara ledare och fokusera mer på chefskapet. Som chef behöver man verktyg och stöd för att kunna stå upp för arbetsgivarperspektivet och motivera sina medarbetare även när det råder missnöje.

Vid våra intervjuer framförs att effekter av förändringarna som genomförts stärker styrningen av personal- och schemahanteringen. Det som särskilt lyfts fram är att alla informella överenskommelser har tagits bort samt att HR-frågorna nu är viktiga frågor på divisionschefsnivå vilket uppfattas ha stor betydelse.

Kommentarer och bedömning

Vi kan konstatera att åtgärder vidtagits för att stärka styrningen avseende personalplanering och arbetstidsförläggning. Vi anser dock att första linjens chefer behöver mer stöd.

När det gäller de så kallade 24/7-överenskommelserna ser vi risker med ett system som innebär att kontroll i princip kan ske så sällan som vartannat år. Det skulle kunna innebära att en anställd i princip jobbar ett helt år utan att göra rätt antal helger/nätter men ändå får ut sin ersättning för att sen under år 2 ”jobba ikapp” så att antalet helger/nätter stämmer på hela den överenskomna perioden stämmer.

Vi ser positivt på att HR-frågorna lyfts till en strategisk nivå. Denna bedömning gör vi dels mot bakgrund av de problem som funnits inom Lt Dalarna, dels mot bakgrund av den situation som råder inom hälso- och sjukvården i Sverige med svårigheter att rekrytera personal. Vi anser att det är viktigt för landstinget att

samtidigt vara en attraktiv arbetsgivare som man har tydlig styrning och kontroll inom HR-området. Att frågorna lyfts till denna strategiska nivå tolkar vi som att frågorna tas på allvar.

Vi anser det vara anmärkningsvärt att det ännu inte finns något flextidsavtal inom Lt Dalarna. Mot den bakgrunden ser vi positivt på uppgiften om att ett flextidsavtal håller på att tas fram. Vi menar att det bör ske skyndsamt.

Vår uppfattning är att de satsningar som gjorts för att utveckla ledarskapet har skett på ett betydligt mer strukturerat vis jämfört med hur det såg ut vid granskningen år 2009. Vi anser dock att landstingsledningen bör ta till sig av uppfattningen att chefer efterlyser tydligare verktyg och stöd för att kunna stå upp för arbetsgivarperspektivet och motivera sina medarbetare även när det råder missnöje.

Sammantaget gör vi bedömningen att vidtagna åtgärder varit effektiva och bidragit till en utvecklad styrning och ledning inom området. Vi anser dock att mycket arbete återstår innan styrningen och ledningen avseende personalplanering kan anses vara fullt ut ändamålsenlig.

8.2 Hur är ansvar och den praktiska hanteringen fördelad för personalplanering och arbetstidsförläggning? Har det skett förändringar i ansvarsfördelning och befogenheter?

Vid granskningen 2009 fanns inte en dokumenterad ansvarsfördelning avseende personalplanering och arbetstidsförläggning. I bilaga 2 till Överenskommelsen om ISP tydliggörs nu ansvarsfördelningen vid ISP genom att ange verksamhetschefens, avdelningschefens och den anställdes ansvar.

Vid våra intervjuer beskrivs att det är första linjens chef som är ansvarig för personalplanering. För verksamheter med ISP har schemaplanerare, bemanningsassistent eller liknande mycket av det praktiska ansvaret kring schemaplaneringen inom de flesta verksamheter vi träffat inom ramen för granskningen. Det har i våra intervjuer framkommit exempel på att det saknas schemaplanerare eftersom ingen inom avdelningen i fråga varit villig att ta på sig det ansvaret. Ansvaret ligger då i stället på biträdande chef.

Vid våra intervjuer framkommer att alla chefer inte har kunskap om hur bemanningsbehovet har beräknats för den enhet de är ansvarig för. Det gäller både verksamhetschefer och avdelningschefer. Dock kan vi i överenskommelsen för ISP se att det under ansvarsfördelning verksamhetschef står att denne ansvarar för att rätt grundbemanning finns tilldelad för verksamhetens ändamål och under avdelningschef att denne ansvarar för att rätt behov finns inlagt i verksamhetsunderlaget. I överenskommelsen står också att, ”Arbetsgivaren (avdelningschef)

anger bemanningskrav i systemet för schemaläggning. Detta används som förhandlingsunderlag och fastställs i samverkan 2 ggr/år.”

Vid våra intervjuer framförs att det fortfarande finns chefer som inte har kontroll och tar ansvar för att schemat överensstämmer med behovet vilket medför att schema och bemanningsplaneringen blir arbetstagarstyrt. Det finns också exempel där man utgår från behov framräknade för sju år sedan.

De verksamhets- och avdelningschefer vi träffat inom ramen för granskningen representerar totalt 15 avdelningar. Av dessa är det tio som använder ISP. Det har i våra intervjuer framkommit att en avdelning övergått från ISP till fasta scheman eftersom planeringen inte fungerade tillfredsställande, det lades väldigt mycket tid på planeringen och personalen hade svårt att komma överens vid ”diffningen”.

Kommentarer och bedömning

Vi ser positivt på att det i dagsläget finns en dokumenterad ansvarsfördelning avseende personalplanering och arbetstidsförläggning, till skillnad mot hur det förhöll sig vid granskningen 2009. Vi kan konstatera att det sedan den förra granskningen skett såväl förändringar som förtydliganden i ansvarsfördelning och befogenheter inom området.

När det gäller ISP grundar sig den på en definierad grundbemanning. Enligt vår tolkning av överenskommelsen om ISP ska denna definition ske genom en process där både verksamhetschef och avdelningschef har ett ansvar. Verksamhetschef ansvarar för att rätt grundbemanning tilldelas medan avdelningschef ansvarar för att rätt behov finns inlagt i verksamhetsunderlaget. För att verksamhetschefen ska kunna tilldela rätt grundbemanning krävs således att avdelningschefen lagt in rätt behov i verksamhetsunderlaget. Vi anser det vara anmärkningsvärt att vissa chefer inte har kunskap om hur bemanningsbehovet har beräknats för den verksamhet eller avdelning han eller hon är ansvarig för. Utan kännedom om hur minimibemanningen definierats (bemanningsbehovet) har vi svårt att se att cheferna i fråga fullt ut lever upp till det ansvar de har enligt överenskommelsen om ISP. Vidare gör vi bedömningen att det finns risk att ett behov som beräknades för sju år sedan sannolikt inte är ”rätt” i dag.

Med överenskommelsen om ISP som revisionskriterium gör vi mot bakgrund av ovanstående bedömningen att processen kring att definiera minimibemanningen inte är fullt ut ändamålsenlig.

8.3 **Har chefernas förmåga att styra och leda medarbetarna utifrån ett arbetsgivarperspektiv samt förmågan att förstå de ekonomiska konsekvenserna av olika schematekniska lösningar utvecklats?**

Utifrån de intervjuer som genomförts gör vi nedanstående kommentar och bedömning av ovanstående frågeställning.

Kommentarer och bedömning

Vid våra intervjuer uppfattar vi att det varierar i vilken grad cheferna har förmågan att styra och leda medarbetarna utifrån ett arbetsgivarperspektiv.

Vi uppfattar vid våra intervjuer en relativt passiv hållning från cheferna när det gäller frågan om att förstå de ekonomiska konsekvenserna av olika schematekniska lösningar. De menar att de har ett behov av en viss mängd personal och att de i låg grad kan påverka kostnaderna.

8.4 **Har avvägningen mellan de olika intressena (arbetsgivarintresset, patient-/medborgarintresset och medarbetarintresset) som påverkar personalplanering och arbetstidsförläggningen tydliggjorts?**

I styrdokumentet för ISP finns tydliggjort att planeringen utgår från verksamhetens budget och bemanningsbehov. Vid intervjuerna var det dock vissa som ansåg att detta inte var tydliggjort från landstingets sida och någon framförde att "Inom landstinget får man göra lite som man vill. Man får sätta upp sin egen strategi." Det efterfrågades också mer stöd att lösa personalsituationen för att kunna uppnå målen och bättre förutsättningar för att på ett tillfredsställande sätt göra en avvägning och ta hänsyn till de olika intressena.

Kommentarer och bedömning

Enligt vår bedömning finns de olika intressena, som nämns i frågeställningen, som påverkar personalplanering och arbetstidsförläggning tydliggjorda i befintliga styrdokument. I våra intervjuer har vi från vissa håll dock fått signaler om att det i det vardagliga arbetet inte upplevs som tydliggjort från landstingsledningens sida. Mot den bakgrunden anser vi att det kan finnas anledning för landstingsstyrelsen att se över hur man säkerställer att det som kommer till uttryck i styrdokumenterna också får konkreta effekter ute i verksamheterna.

8.5 Förekommer det avsteg från både centrala eller lokala avtal d.v.s. om schema- och bemanningsplanering sker i strid mot lagar och avtal?

Vi har fått information om att det förekommer att man har längre schemaperioder än vad som medges i MBL-förhandlingen gällande ISP men att detta avsteg är förhandlat.

Vid intervjuerna har uppfattningen framförts att det finns ett missbruk av flexetid. Som vi tidigare nämnt finns det dock inget flexitidsavtal i dagsläget vilket innebär att det inte finns något som reglerar hur flexitiden ska hanteras.

I övrigt framkommer det inte i granskningen att det görs avsteg från lagar och avtal avseende arbetstidsförläggningen.

8.6 Har hälso- och sjukvårdens styrning och uppföljning av betydelsefulla faktorer (t.ex. nyckeltal för bemanning och nödvändiga regelverk och rutiner) utvecklats?

I intervjuerna framkommer att uppföljning av personalkostnader (och arbetad tid, övertid, sjukfrånvaro etc.) hanteras på olika sätt och med olika frekvens på olika håll. De flesta anger att uppföljning av personalkostnader sker månatligen i samband med ledningsgruppsmöten/klinikmöten och att ekonom då är med. Vid en av intervjuerna (gruppintervju med fyra avdelningschefer) nämndes dock att ekonomen tidigare kom till klinikmötena en gång i månaden för uppföljningar men att det sedan fallit bort. Anledningen till det är enligt intervjun att ekonomen är så hårt belastad med arbete så att det inte hinns med. Cheferna i gruppintervjun menar att det ”dimper ner ekonomiska rapporter emellanåt” men att det inte sker med någon regelbundenhet. Det är i stället upp till var och en att gå in i Bild (som är ett uppföljningsverktyg som finns tillgängligt på intranätet) och följa upp sina siffror. Vid en annan intervju nämns att träff med ekonom sker fem-sex gånger per år.

När det gäller uppföljningen av nyckeltal för bemanning är det flera som menar att personalavdelningen inte har någon roll i detta, eftersom det är ekonomin man tittar på.

Kommentarer och bedömning

Vi anser att det är rimligt att den uppföljning som sker på avdelningsnivå sker på ett likartat sätt inom landstinget och att styrning och uppföljning av nyckeltal är ett område som bör prioriteras högre. Utifrån våra intervjuer gör vi bedömningen att det i dagsläget är upp till chefens intresse och engagemang i vilken utsträckning uppföljning av nyckeltal prioriteras.

8.7 Finns i dag ändamålsenliga IT-system och andra verktyg som stödjer respektive organisatorisk nivåns planering, uppföljning och utvärdering samt kontroll och används förekommande verktyg på ett ändamålsenligt sätt?

Till stöd för schema- och bemanningshantering (planering, styrning och uppföljning) används de två IT-systemen Heroma och Bild.

För schemaplanering används IT-systemet Heroma. Den generella bilden som förmedlas vid intervjuerna med verksamhets- och avdelningschefer är att de är kritiska till Heroma eftersom systemet upplevs som svårarbetat. Det framförs också att det är svårt att få någon bra överblick i systemet av vilken personal som jobbar och hur bemanningen ser ut. Därför kompletteras schemaplaneringen med olika varianter av fysiska schematavlor eller liknande. Heroma kompletteras också alltid med planering i Excel. Det går t.ex. inte att ta fram ur systemet om schemat uppfyller reglerna i 24/7-överenskommelsen och i vilken utsträckning personalen får sina schemaönskemål uppfylla.

Vidare framförs det att det inte går att kompetensstyra schemaplaneringen i Heroma, det vill säga systemet känner inte av om rätt kompetenser finns med för att uppfylla bemanningsbehovet för att säkerställa en patientsäker vård.

Oavsett om man som chef är för eller emot ISP är alla överens om att den individuella schemaplaneringen tar oerhört mycket tid.

Vid en av intervjuerna framkom att den intervjuade verksamhetschefen saknade en Heroma-modul för vikariehantering. Enligt uppgift finns denna modul men landstinget använder den inte. Om landstinget skulle använda den modulen skulle den administrativa tiden kring vikariehantering kunna minskas menade denna verksamhetschef. Vid flera av intervjuerna nämndes det också att det finns mycket funktioner och rapporter att ta ut i Heroma som inte används på grund av att systemet är för krångligt.

I ett par av intervjuerna framkom också att det inte går att lita på Heroma fullt ut eftersom det blir fel ibland vilket gör att schemaplaneringen måste dubbelkollas.

De upplevda bristerna i systemet bidrar till att ISP uppfattas som att det kräver enormt mycket tid och resurser.

Bild är ett uppföljningsverktyg som finns tillgängligt på intranätet. Där kan personalkostnader, arbetad tid, övertid etc. följas upp. Detta system verkar de flesta vara nöjda med och de verkar tycka att systemet ger goda möjligheter att följa upp sin verksamhet.

Flera av cheferna menar dock att de inte har så stort behov av att följa nyckeltalen i Bild eftersom det handlar om så små verksamheter, man anser sig ha koll på läget ändå och veta i vilken utsträckning man tar in vikarier etc.

Kommentarer och bedömning

Vi kan konstatera att IT-systemet Heroma upplevs svårarbetat utan möjlighet till god överblick. Vidare kan vi konstatera att systemet är bristfälligt i den bemärkelsen att det i systemet inte går att kontrollera att aktuell schemaplanering uppfyller reglerna i 24/7-överenskommelsen eller i vilken utsträckning personalen får sina schemaönskemål uppfyllda. Därtill behövs det alltid planering i Excel som komplement till planeringen i Heroma. Mot bakgrund av ovanstående är vår bedömning att systemet inte är fullt ut ändamålsenligt, åtminstone inte så som det används i dagsläget.

När det gäller användningen av IT-systemen Heroma och Bild framkommer det i våra intervjuer att det finnas mycket rapporter och uppföljningsmöjligheter som inte används dels på grund av att systemet upplevs krångligt (Heroma), dels på grund av att man som chef upplever sig ha god kontroll på verksamheten ändå. Vi vill inte medverka till onödigt administrativt arbete men vi anser ändå att landstingsledningen bör överväga om det bör införas någon miniminivå för vilka kontroller och rapporter som verksamhets- och avdelningschefer ska ta utföra och ta del av.

9. Fördjupningsfrågor

9.1 Upplever cheferna att de har tillfredsställande resurser t.ex. tid, stödresurser, riktlinjer och IT-stöd, för att kunna ta sitt ansvar för en effektiv personalplanering och arbetstidsförläggning som möter verksamhetens behov?

Vi har i granskningen intervjuat elva verksamhets-/avdelningschefer. Av dessa var det fem som ansåg sig ha tillfredsställande resurser, en som ansåg det till viss del och fem som ansåg att de inte har det. Bland de fem som svarade att de har tillfredsställande resurser var det en som sa att resurserna i sig är tillfredsställande, men att kommunikationen och förankringen av beslut inte alltid går "rätt väg". En av dem som inte ansåg sig ha tillfredsställande resurser menade att det finns för lite administrativt chefsstöd vilket gör att chefer får göra "enkla saker" som borde kunna hanteras av någon annan. Chefen i fråga ansåg att landstinget har valt att lägga uppgifter och ansvar på chefer som inte skulle behöva ligga på chefer. Resurserna nyttjas inte effektivt.

Kommentarer och bedömning

Som framgår i stycke 8.7 finns det en relativt samstämmig kritik kring det IT-stöd som cheferna har till sitt förfogande för personalplanering och arbetstidsförläggning. När det gäller stöd i övrigt förmedlas en något mer delad bild. Som vi även nämnde i kommentarerna till stycke 8.1 ovan anser vi att första linjens chefer behöver mer stöd.

9.2 I vilken omfattning används individuell schemaplanering (ISP)?

Enligt de uppgifter vi tagit del av finns det totalt 444 enheter/avdelningar inom Lt Dalarna. Av dessa är det 58 enheter/avdelningar som använder ISP. Inom division Kirurgi är det 29 avdelningar som använder ISP, division Medicin 18 avdelningar, division Primärvård fyra avdelningar och division Psykiatri sex avdelningar. Se tabellen nedan.

Division	Antal enheter	Antal enheter med ISP
Kirurgi	112	29
Medicin	112	18
Primärvård	150	4
Psykiatri	70	6

Tabell 1. Antal enheter totalt och antal enheter med ISP inom Lt Dalarna. När vi fick del av ovanstående uppgifter framfördes att det inte är säkert att alla dessa enheter skulle kunna ha ISP.

De 11 chefer vi pratade med representerade/svarade för 15 olika enheter/avdelningar. Av dessa var det tio som använde ISP. På de arbetsplatser där man har ISP är det enligt våra intervjuer i princip alla som har den typen av scheman. Några få individer är undantagna på några av avdelningarna.

9.3 Vilka bemanningsstrategier används och varierar det mellan olika kliniker eller avdelningar?

Enligt våra intervjuer finns det inget utrymme att välja olika bemanningsstrategier eftersom det är det bedömda bemanningsbehovet som reglerar hur mycket personal som ska tas in. Därtill sker det överprövning av alla anställningar (även vakanta tjänster som ligger inom budget) vilket innebär att det inte finns möjlighet till exempelvis överrekrytering.

Det faktum att i princip alla anställningar överprövas innebär att verksamhetschefens ansvar för att ”tilldela verksamheten rätt grundbemanning” i praktiken inte ligger på verksamhetschefen. En av verksamhetscheferna uttryckte det som att ”Jag som verksamhetschef har inte ansvaret längre, det är upplyft.”

Anställning och lönesättning av förvaltningschef och smittskyddsläkare är reglerat i landstingsstyrelsens delegationsordning. Anställning och lönesättning gällande övrig personal är reglerat i Verkställighetsbestämmelser för verksamhetschefer. I dessa verkställighetsbestämmelser framgår att verksamhetschefen ska utöva ”arbetsgivarrollen för basenhetens anställda avseende anställning, beslut och villkor (inklusive lön) för anställning, uppdragsavtal och avslutande av anställning. Sådana beslut får ej vidaredelegeras.” Som framgår ovan har de dock inte det ansvaret längre i praktiken i och med att i princip alla anställningar överprövas.

När det gäller bemanning och rekrytering var det flera som tog upp svårigheten att få tag på personal.

Kommentarer och bedömning

Att i princip alla anställningar överprövas tolkar vi som ett sätt för landstingsledningen att säkerställa ökad kontroll och samordning beträffande HR-frågorna, vilket vi anser vara positivt. Vi anser dock att det kan utgöra en risk att på detta sätt i praktiken frånta verksamhetscheferna det ansvar de tilldelas i såväl verkställighetsbestämmelserna för verksamhetschefer som överenskommelsen om ISP. Som framgår ovan var det åtminstone en verksamhetschef som i intervjun uttryckte det som att rollen som verksamhetschef i detta hänseende har fråntagits sitt ansvar. Om den upplevelsen är eller blir utbredd ser vi en risk för att även ansvarstagandet på sikt kan komma att minska.

9.4 På vilket sätt koordineras vårdpersonalens schema med läkarorganisationens?

Det finns ingen koordinering mellan vårdpersonalens schema och läkarorganisationen. Enligt vad som framkommit vid våra intervjuer är det inom kirurgkliniken bristen på koordinering upplevdes som det största bekymret gällande bemanning.

Kommentarer och bedömning

Utifrån våra intervjuer gör vi bedömningen att vissa delar av landstingets verksamheter i större utsträckning skulle behöva produktionsplaneras så att problemet med bristande koordinering mellan läkare och övrig personal minskas.

9.5 Vem beslutar om vikarier ska tas in samt hur sker den praktiska hanteringen, t.ex. om det finns en bemanningsenhet eller motsvarande?

Avdelningschef lyfter behovet med verksamhetschef. Verksamhetschef skickar förfrågan till överprövning. Alla tillsättningar behandlas vid ett särskilt efterföljande möte efter det veckovisa mötet med HR, ekonomi och divisionschefer som nämns i stycke 8.1 ovan. Vid prövning av anställningar deltar landstingsdirektör/biträdande landstingsdirektör och är den som beslutar efter föredragning av beredande divisionschef.

Enligt granskningen kan verksamheter inom de tre divisionerna Kirurgi, Medicin och Psykiatri ta in vikarier från förvaltningens resursgrupp utan överprövning. Division Primärvård kan således inte nyttja resursgruppen. Vid någon av intervjuerna sas det också vara möjligt att ta in pensionärer utan överprövning. När det gäller resursgruppen var det vissa av de intervjuade cheferna som trodde att resursgruppen inte längre fanns.

Flera av de intervjuade menade att resursgruppen inte var till så mycket hjälp eftersom deras patienter kräver speciella kompetenser som personalen i resursgruppen inte kan tillmötesgå. I intervjuerna framförs också att samtliga verksamheter i de tre divisionerna i princip kan nyttja resursgruppen men att det på grund av krav på exempelvis specialistkunskaper och vidareutbildning i vissa verksamheter i praktiken inte är möjligt för dessa verksamheter att nyttja resursgruppen. I resursgruppen finns enligt uppgift flest undersköterskor, några sjuksköterskor, medicinska sekreterare och sjukvårdsbiträden.

Kommentarer och bedömning

Vi anser att landstingsledningen bör se över om resursgruppen uppfyller sitt syfte att utgöra en resurs vid behov av personalförstärkning.

9.6 Hur fördelar sig den arbetade tiden mellan tillsvidareanställd personal, tidsbegränsat anställda på månadslön, timanställda samt övertid och fyllnadstid?

Se bilaga 1.

9.7 Hur hanterar man hyrsjuksköterskor vid personalplanering och arbetstidsförläggning?

Enligt intervjuerna är det sedan hösten 2015 stopp på att ta in hyrsjuksköterskor. Vi har dock noterat att det har funnits hyrsjuksköterskor i någon verksamhet fram till och med mars 2016.

KPMG, dag som ovan

Örjan Garpenholt
Uppdragsansvarig

Andreas Wendin
Konsult

Karin Helin Lindkvist
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Övertid och fyllnadstid i förhållande till totalt arbetad tid per division år 2015 (exkl läkare)¹

Division medicin

Totalt arbetad tid och andel övertid/fyllnadstid år 2015		
Anställningsform	Totalt antal arbetade timmar	Varav övertid/fyllnadstid
Legitimerad personal tillsvidareanställda	1 233 442	3,5 %
Legitimerad personal visstidsanställda (vikarier)	57 601	2,4 %
Legitimerad personal timanställda	16 680	0,1 %
Övrig personal tillsvidareanställda	616 323	2,2 %
Övrig Personal visstidsanställda (vikarier)	166 999	1,8 %
Övrig personal timanställda	30 660	0,1 %
Samtliga anställningsformer	2 121 704	3,7 %

Fördelning av arbetad tid mellan anställningsformer – legitimerad personal		
Tillsvidareanställda	Visstidsanställda (vikarier)	Timanställda
94,4 %	4,4 %	1,2 %

Fördelning av arbetad mellan anställningsformer – övrig personal		
Tillsvidareanställda	Visstidsanställda (vikarier)	Timanställda
75,8 %	20,5 %	2,9 %

¹ Uppgifterna i denna bilaga är hämtade utifrån uppgifter från landstingets personalavdelning

Division Kirurgi

Totalt antal arbetad tid och andel övertid/fyllnadstid år 2015		
Anställningsform	Totalt antal arbetade timmar	Varav övertid/fyllnadstid
Legitimerad personal tillsvidareanställda	1 504 700	2,9 %
Legitimerad personal visstidsanställda (vikarier)	96 109	3,1 %
Legitimerad personal timanställda	16 618	0,6 %
Övrig personal tillsvidareanställda	748 129	2,6 %
Övrig Personal visstidsanställda (vikarier)	137 779	2,2 %
Övrig personal timanställda	31 285	0,5 %

Fördelning av arbetad tid mellan anställningsformer – legitimerad personal		
Tillsvidareanställda	Visstidsanställda (vikarier)	Timanställda
93,0 %	6,0 %	1 %

Fördelning av arbetad tid mellan anställningsformer – övrig personal		
Tillsvidareanställda	Visstidsanställda (vikarier)	Timanställda
81,7 %	15,0 %	3,4 %

Division primärvård

Totalt antal arbetad tid och andel övertid/fyllnadstid år 2015		
Anställningsform	Totalt antal arbetade timmar	Varav övertid/fyllnadstid
Legitimerad personal tillsvidareanställda	777 800	1,0 %
Legitimerad personal visstidsanställda (vikarier)	49 426	1,2 %
Legitimerad personal timanställda	34 051	0,1 %
Övrig personal tillsvidareanställda	170 803	0,9 %
Övrig Personal visstidsanställda (vikarier)	19 571	2,5 %
Övrig personal timanställda	10 268	0,3 %

Fördelning av arbetad tid mellan anställningsformer – legitimerad personal		
Tillsvidareanställda	Visstidsanställda (vikarier)	Timanställda
90,3 %	5,8 %	3,9 %

Fördelning av arbetad tid mellan anställningsformer – övrig personal		
Tillsvidareanställda	Visstidsanställda (vikarier)	Timanställda
85,0 %	9,9 %	5,1 %