

Gjennomgang av gevinstarbeid og bemanningsplanlegging ved Allmennlegevakten i Oslo

Rapport utarbeidet av KPMG og NEO Consulting for Helseetaten, Oslo kommune

November 2024

www.kpmg.no



Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
Hovedfunn	4
Anbefalinger	Error! Bookmark not defined.
Avgrensninger	4
1 INNLEDNING	6
Praktisk gjennomføring	6
Metode og tilnærming	6
2 GEVINSTVURDERINGER	8
Identifisere gevinster	9
Planlegge gevinstrealiseringen	10
Gjennomføre gevinstrealiseringen	12
Dokumentere realiserte gevinster	16
Anbefalinger	18
3 BEMANNING	20
Bemanningsplanlegging i helsesektoren	20
Funn og analyser	22
Anbefalinger	29
Risikomatrixe bemanningsplanlegging	30
4 VEDLEGG	32
Vedlegg 1: Gevinstkart	32
Vedlegg 2: Intervjulogg	32

FORORD

I en åpen anbudskonkurranse lyste Oslo kommune, ved Helseetaten ut behovet for konsulentbistand knyttet til bistand til å vurdere legevaktens driftsforutsetninger og organisering. KPMG og NEO Consulting ble tildelt oppdraget i april 2024 og har i tråd med avtalt mandat og milepæler levert denne sluttrapporten i oktober 2024.

Konkurranses grunnlaget danner utgangspunktet for arbeidet, og dette ble presisert som følger etter oppstartsmøtet: KPMG skal vurdere gevinster som ligger til grunn for dagens organisering, samt bemanningssituasjonen ved Allmennlegevakten i Oslo. Vurderingene skal gjøres i lys av rammene satt av driftsforutsetninger og etablerte avtaler. For å evaluere funnene våre vil vi definere et risikorammeverk mot interessante identifiserte tiltak.

Rapporten fokuserer på to hovedområder

- Gevinster ved etablering av ny allmennlegevakt på Aker
- Bemanningsplanlegging for sykepleiere

Vi vil benytte anledningen til å takke for et spennende oppdrag og et godt samarbeid. Vi håper at våre vurderinger vil komme til nytte for etaten.

15.11 .2024

Tormod Lysne Voje

Ansvarlig partner

KPMG

SAMMENDRAG

Dette sammendraget bygger på funnene fra et todelt oppdrag knyttet til implementering og effekter av sammenslåingen av legevaktstjenester i Oslo den 22. november 2023. Delrapportene inkluderer en vurdering av forventede gevinster av sammenslåingen og bemanningsutfordringer.

Hovedfunn

KPMG og Neo Consulting finner at de forhåndsdefinerte gevinstene som var forventet å følge av sammenslåingen av legevakten i liten grad er realisert. I rapporten fremgår det at det ikke har foreligget noen konkret gevinstrealiseringsplan. Det foreligger et utgangspunkt for en gevinstrealiseringsplan utført av eksterne konsulenter, men dette ble ikke fulgt opp med tydelige ansvarsfordelinger for å realisere gevinstene. Vi vurderer at gevinstarbeidet er preget av mangel på eierskap og styring i arbeidet. KPMG og Neo Consulting finner manglende dokumentasjon på nullpunktsmålinger og indikatorer som kunne gitt en pålitelig måling av eventuell fremgang i gevinstarbeidet.

I bemanningsanalysene for sykepleiere er det observert en ujevn fordeling av ansatte på legevakten, med en tendens til at noen vakttyper er betydelig overbemannet. Ansattes ønsker tas i høy grad i betraktning når det gjelder turnus, med ledere som gir rom for stor fleksibilitet. Det er også et behov for økt opplæring for å bedre fleksibiliteten i å flytte personell mellom forskjellige arbeidsstasjoner. Det er en mangelfull bruk av verktøy som dashboards, som gjør det krevende å planlegge bemanningen på en datadrevet måte.

Anbefalinger

Utnevnelse av gevinstansvarlig - For hver identifiserte gevinst bør det utnevnes en gevinstansvarlig som har det klare ansvaret for oppfølging og realisering. Dette vil sikre at det er dedikerte ressurser som jobber målrettet med hvert gevinstområde, og at det finnes et klart ansvar og eierskap til arbeidet som gjøres.

Utarbeidelse av gevinstrealiseringsplan - En konkret gevinstrealiseringsplan bør utvikles for å gi en detaljert beskrivelse av hvordan og når de ulike gevinstene skal realiseres. Planen bør inkludere spesifikke mål, tiltak som skal til for å nå disse målene, ressursbehov, og tidsfrister for gjennomføring.

Målrettet gevinstarbeid - Det må etableres en systematisk og målrettet tilnærming til gevinstarbeidet. Dette innebærer å fastsette tydelige mål, følge opp fremdriften jevnlig, og justere planer og tiltak basert på erfaringer og resultater underveis.

Innføring av kalenderplan - I dag opplever Allmennlegevakten økonomiske utfordringer knyttet til dag-tildagstyring. En kalenderplan kan bidra til økt forutsigbarhet hos personalet og gi bedre økonomi- og ressursstyring hos legevakten.

Gjennomgang av styrende prinsipper for bemanningsplanlegging - Allmennlegevakten tilstreber i dag stor grad av ønsketilpasning til arbeidstakere. Hensikten med dette er god, men legevakten oppfordres til å legge tydelige linjer for hvor langt strikken kan tøyes og dermed sikre at ansatthensyn ikke går ut over driftshensyn og bemanningsnivå.

Etterlevelse av bemanningsplanleggingen - I dag-til-dagstyringen av Allmennlegevakten (kostnadsted 51735) gjøres det i dag så hyppige endringer i vaktplanen etter den er satt at det får konsekvenser for planlagt drift.

Oppskalere opplæring og øke fleksibilitet - Allmennlegevakten oppfordres til å øke opplæring på de ulike arbeidsstasjonene for en større gruppe av pleiepersonalet. Dette vil øke fleksibiliteten i personalgruppen og gjøre det enklere å sette opp bemanningsplaner, men også justere hvor enkeltansatte arbeider fra dag til dag etter pasienttrykk.

Utvikle eksisterende dashboards - som gir tilgang til sammenstilling av historisk data fra pasientsiden og personalsiden samtidig. Dette vil gjøre det enklere å ettergå lagte planer og analysere endringsbehov for kommende bemanningsplaner.

Avgrensninger

I vurderingen av gevinster fokuserer rapporten på de forhåndsdefinerte gevinstene som var forventet å følge av sammenslåingen av de to daværende kommunale allmennlegevaktene i Oslo, som fremhevet av konkurransegrunnlaget og sentrale kilder. KPMG har undersøkt og analysert ulike aspekter ved realisering av gevinstene. KPMGs tilnærming til gevinstvurderingen er basert på DFØs rammeverk og retningslinjer for gevinstrealisering.

Videre tar rapporten for seg bemanningsplanlegging ved Allmennlegevakten. Det har vært en målsetning å kartlegge de ulike prinsippene som ligger til grunn for bemanningsplanleggingen ved Allmennlegevakten i dag, samt etterlevelse av disse i linjeorganisasjonen. Dette er gjort ved å gjennomføre intervjuer med bemanningsrådgivere ved de fire seksjonene av Allmennlegevakten og å gjøre kvantitative analyser av to av seksjonene. Vi understreker at bemanningsplanlegging av leger ikke er vurdert i denne rapporten, da dette er et mer omfattende arbeid enn det som har vært mulig i dette prosjektet. Dette skyldes blant annet at legenes arbeid ved legevakten til dels er inntektsgenererende, at avklaring av forventet tidsbruk er mer sammensatt enn for andre yrkesgrupper og at både spesialister og LIS-leger har enkelte tariffestede krav til oppgaver som skal utføres i utdanningsøyemed.

1 INNLEDNING

Oslo kommune åpnet ny legevakt på Aker den 22. november 2023, og legevaktene i Storgata 40 og på Aker sykehusområde er erstattet¹. Konkurranses grunnlaget for dette oppdraget påpeker at Oslo kommune er en av Norges største arbeidsgivere med ca. 50 000 ansatte og et årsbudsjett på ca. 90 milliarder kroner. Helseetaten har et driftsbudsjett på om lag en milliard og drøyt 1000 fast ansatte. Helseetaten i Oslo som drives som en selvstendig avdeling i Helseetaten har et netto driftsbudsjett på om lag 146 millioner kroner som finansieres dels i form av en bevilget driftsramme og dels i form av inntekter fra tjenest salg, refusjoner og pasientenes egenandeler. Allmennlegevakten beskriver en presset økonomisk situasjon, og et behov for gjennomgang av driften.²

I Oslo storbylegevaktprosjektet var det identifisert flere gevinster i arbeidet med pasientstyring som skulle realiseres ved den nye legevakten, og både konkurransegrunnlaget og andre sentrale kilder i arbeidet fokuserer på 7 utvalgte gevinster. Det er disse gevinstene denne rapporten fokuserer på, og senere kommer med anbefalinger for hvordan Allmennlegevakten kan jobbe mer målrettet med i fremtiden. Dette kommer frem i Kapittel 2.

Bemanning, herunder «Fast Lønn» er Allmennlegevaktens største kostnadsdriver³, og denne rapporten utforsker og analyserer bemanningssituasjonen for utvalgte kostnadssteder blant sykepleiere ved Allmennlegevakten. Dette kommer frem i Kapittel 3.

Praktisk gjennomføring

Teamet deltok i et oppstartsmøte med helseetaten 30. april 2024. Prosjektmandat og tidsplan ble revidert noe basert på tilbakemeldingene under oppstartsmøtet.

Prosjektteamet har tatt utgangspunkt i tilgjengelige data og deretter supplert innsiktsgrunnlaget gjennom intervjuer, presentasjoner, gruppearbeid og gruppediskusjoner med ledere og ansatte ved Allmennlegevakten og helseetaten. En oversikt over hvem som ble intervjuet finnes i vedlegg 2.

Kjerneteamet har gjennom hele prosjektperioden hatt bi-ukentlige statusmøter med prosjekteier Elisabeth Nordal. I tillegg har kjerneteamet møtt ledergruppen for Helseetaten i Oslo kommune i mai 2024, utvidet ledergruppe i juni 2024, og team- og skiftledere ved legevakten i juni 2024.

Metode og tilnærming

I rapporten er det bevissthet rundt datatriangulering for å sikre en balansert analyse. Det er gjennomført en rekke intervjuer med nøkkelpersoner hvor det har vært en innledende kartlegging av hvordan arbeidet med gevinstrealisering har foregått. Se vedlegg 2 for oversikt over intervjuobjekter.

For å innhente synspunkter fra et bredt spekter av ledere og legevaktpersonell, ble det gjennomført workshops under strategisamlingen for etatsledelsen den 30. mai 2024, utvidet ledermøte på etatsnivå den 29. mai 2024, 14f møte med tillitsvalgte (etatsnivå) den 3. juni 2024, utvidet ledermøte på avdelingsnivå den 18. juni 2024, og et møte med teamledere og skiftledere den 19. juni 2024. Disse samlingene har vært sentrale for å fange opp og diskutere erfaringene fra prosessen knyttet til gevinstrealisering.

Det er i tillegg hentet ut data fra legevaktens Power-BI -dashboard for å se på ventetider på legevakten før og etter sammenslåingen, det er gjennomført datainnsamling gjennom Mentimeterundersøkelser og det har vært gjort analyser av GAT-data for å undersøke bemanningssituasjonen på utvalgte kostnadssteder.

¹ <https://www.helse-sorost.no/nyheter/den-nye-legevakten-pa-aker-har-apnet/>

² Tilbudsinnbydelse - Kjøp av konsulent tjenester - Allmennlegevakten i Oslo, Konkurranses grunnlag, 2024

³ Budsjett 2024 - Allmennlegevakta

Prosjektleder har skygget legevakten gjennom en dag. Kun en dag skygging gir et lite nøyaktig bilde av bemanningssituasjonen på legevakten. Observasjonene som ble gjort under skygging er derfor vedlagt lite tyngde i vår rapport, men det bidrar i å tegne et bilde av hvordan legevakten har fordelt sitt personell mellom de ulike arbeidsstasjonene.

Den kombinerte bruken av de ulike informasjonskildene har gjort det mulig for oss å verifisere funn og dermed ha et god grunnlag for videre anbefalinger.

2 GEVINSTVURDERINGER

Dette kapitlet fokuserer på de forhåndsdefinerte gevinster som var forventet å følge av sammenslåingsprosessen. Formålet er todelt. For det første har legevakten interesse av å forstå eget gevinstarbeid bedre for dermed å kontinuerlig forbedre sine arbeidsprosesser. For det andre har legevakten interesse av en vurdering av hvorvidt de forskutterte gevinstene som lå til grunn for dagens organisering er oppnådd. Dersom gevinstpotensialet langt på vei er realisert, indikerer dette at de økonomiske forutsetningene er for optimistiske. Denne rapporten undersøker og analyserer de ulike aspektene ved arbeidet med gevinstrealisering på legevakten i lys av DFØ sitt rammeverk for gevinstrealisering.⁴

Vesentlige kilder har blant annet vært gevinstkartet (se vedlegg 1) og rapportene «Ringe før oppmøte» og «Fastlegetjenesten og Legevakten i Oslo».

Følgende gevinster er identifisert i arbeidet med pasientstyringen ved ny legevakt, og det er disse gevinstene denne rapporten fokuserer på:

1. Bedre styring av pasientflyt
2. Redusert ventetid for pasient før behandling starter
3. Pasienten opplever seg ivaretatt og trygg på Storbylegevakten
4. Redusert gjennomsnittlig behandlingstid pr pasient
5. Bedre samarbeid på tvers av avdelingene
6. Lavere turnover
7. Bedre styring av logistikk, sporting og lagerkontroll

Gevinstene er ment å lede til effektmålene listet til høyre. I det følgende beskriver vi vår metode og tilnærming før vi vurderer gevinstrealiseringen for de enkelte punktene.

Effektmål for gevinstene

- Tilby tjenester med høy medisinsk kvalitet
- Gi rask og effektiv ivaretagelse av pasientenes behov
- Sikre tilstrekkelig kapasitet for legevaktstjenester i et langt perspektiv
- Være lett tilgjengelig for brukerne
- Sikre personell med rett kompetanse og bibehold av disse
- Forbedre pasientbehandling gjennom kunnskapsbasert praksis, forskning, innovasjon og ny teknologi
- Sikre bærekraftig og forutsigbar økonomi

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) i Norge tilbyr retningslinjer og rammeverk for gevinstrealisering som en del av god økonomistyring i offentlig sektor. DFØ sitt rammeverk for gevinstrealisering er utviklet for å hjelpe offentlige virksomheter med å planlegge, gjennomføre og følge opp aktiviteter som er rettet mot å oppnå ønskede effekter av investeringer og endringsprosjekter. Vår tilnærming for å vurdere arbeidet knyttet til gevinstrealisering for Allmennlegevakten baseres på DFØ rammeverk for gevinstrealisering. Overordnet bygger rammeverket på fire trinn, som illustrert i Figur 1.



Figur 1: Stegene i DFØs veileder for gevinstrealisering.

I de påfølgende delkapitlene benytter vi trinnene i DFØs rammeverk som struktur for gevinstvurderingene våre. Vi beskriver kort hva som forventes inkludert i hvert steg, diskuterer funn og drøfter disse. Avslutningsvis drøfter vi helheten av funnene på tvers av stegene og legger frem anbefalinger for veien videre.

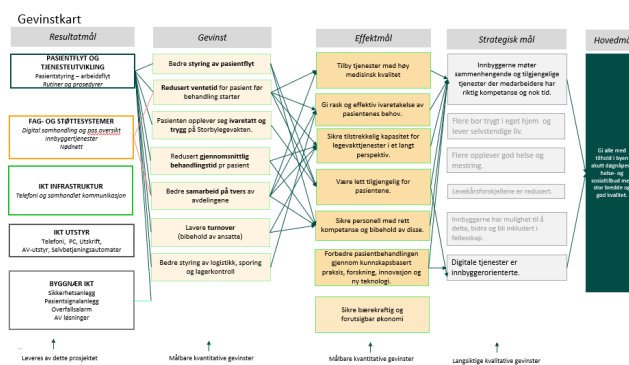
⁴ *Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlig sektor. DFØ. 2014*

Identifisere gevinster

Sammenslåingen av legevaktstjenestene i Oslo var et stort prosjekt, og som følge av dette er det mulig å peke på en rekke relevante oppstartsdokumenter for prosjektet som helhet. Flere av disse er relevante som bakgrunnsinformasjon, eksempelvis Konseptvalgutredning Storbylegevakt 2.0, Fremtidig kapasitetsbehov for legevaktstjenesten i Oslo og Kunnskapsgrunnlag Oslo Storbylegevakt. I tråd med fokuset for oppdraget tar rapporten imidlertid utgangspunkt i gevinstene fra det etablerte gevinstkartet, som utpekt i konkurransegrunnlaget. Det er verdt å merke seg at dersom en skulle fulgt DFØ-veilederen fra begynnelse til slutt ville en ikke begynt med gevinstkartet som utgangspunkt. Gevinstkartet utarbeides gjerne som et oppsummerende dokument etter at en konseptutredning med en samfunnsøkonomisk analyse og en omfattende gevinstoversikt er utarbeidet i forkant. I denne rapporten legges det derfor til grunn at de foregående stegene er gjennomført på fornuftig vis, og at det etablerte gevinstkartet dermed er et rimelig utgangspunkt for det videre gevinstarbeidet.



Et gevinstkart er en visuell fremstilling av gevinstene et prosjekt skal gi, og en liten versjon av gevinstkartet for legevaktprosjektet vises i Figur 2, mens en større versjon finnes i Vedlegg 1. Gevinstkartet kan være nyttig som et visuelt tillegg til gevinstoversikten ved at årsak-virkningssammenhenger presenteres på en oversiktlig og intuitiv måte. En slik fremstilling kan blant annet bidra til å skape større forståelse for prosjektet hos interessentene.



Figur 2: Gevinstkartet for legevaktprosjektet.

I gevinstkartet blir de 7 gevinstene som nevnes innledningsvis fremhevet og satt i kontekst av de ovennevnte effektmålene, i tillegg til at resultatmål, strategiske mål og hovedmål i tråd med anbefalingene i DFØ-rammeverket.

Gevinstkartet i Figur 2 er visuelt utarbeidet i tråd med typiske gevinstkart. Hovedmål, strategiske mål og effektmål fremstår også fornuftige. En utfordring som likevel fremgår av gevinstkartet er at flere av de identifiserte gevinstene er vide og kan tolkes forskjellig av ulike interessenter og i ulike kontekster.

Om vi tar utgangspunkt i den første gevinsten, «bedre styring av pasientflytt», er det noe uklart hva den omfatter. Gevinsten oppgis å føre til [at legevakten kan] være lett tilgjengelig for pasientene og [at legevakten kan] sikre personell med rett kompetanse og bibehold av disse. Dette er absolutt mulige konsekvenser av en viss måte å styre pasientflyten på, og gjør det naturlig å tolke gevinsten som fokusert mot pasientopplevelse og personalopplevelse fremfor økonomiske gevinster. Dette behøver ikke være tilfelle, men det bør i så fall utdypes i en gevinstplan hvilke interessenter gevinstene er ment å tilfalle og om disse er kvalitetsgevinster eller effektivitetsgevinster.

En annen utfordring med gevinstkartets utforming er at årsak-virkning er visualisert uten at det fremgår intuitivt hvordan årsakene impliserer virkningene. Den andre gevinsten er «Redusert ventetid for pasient før behandling starter». Med denne formuleringen lyder gevinsten som et effektmål, men i gevinstkartet er den reduserte ventetiden ment å være årsak til [at legevakten kan] tilby tjenester med høy medisinsk kvalitet, [at legevakten kan] gi rask og effektiv ivaretagelse av pasientens behov, [at legevakten kan] sikre tilstrekkelig kapasitet for legevakten i et langsiktig perspektiv, [at legevakten kan] være lett tilgjengelig for pasientene og [at legevakten kan] sikre personell med rett kompetanse og bibehold av disse. Hvordan pasienter som venter kortere skal føre til at legevakten tilbyr tjenester

med høy medisinsk kvalitet eller hvordan dette skal sikre personell med rett kompetanse og å beholde disse bør også utdypes i en gevinstplan for å gi intuitivt mening.

En annen observasjon er at det er knyttet en rekke gevinster til effektmål som omhandler klinisk kvalitet og pasientbehov, mens bærekraftig økonomi ikke har knyttet gevinster til seg i gevinstkartet. Dette er interessant, all den tid oppnåelse av de øvrige effektmålene kan være kostnadskrevende.

Det er verdt å merke seg at gevinstkart ikke behøver å evalueres gjennom veldig rigide linser slik som i de foregående avsnittene – gevinstkart kan ha en fleksibel utforming, og kan rettes mot egnede formål for det aktuelle prosjektet. Den avgjørende egenskapen til et gevinstkart er at det er til hjelp i gevinstrealiseringsprosessen gjennom å tydelig formidle for alle som leser kartet hva de ulike effektmålene innebærer og hvordan de ulike gevinstene bidrar til oppnåelse av ett eller flere gevinstmål. Derfor er det langt på vei oppfattelsen av gevinstkartet i prosjektet og i linjeorganisasjonen, og hvordan det sørger for felles forståelse av arbeidet som må gjøres, som avgjør om kartet er fungerende og hensiktsmessig.

Planlegge gevinstrealiseringen

Planlegging av gevinstrealisering innebærer blant annet å utarbeide en interessentanalyse, en gevinstrealiseringsplan og nullpunktsmålinger. Det er særlig ett tiltak som er veldokumentert ved legevakten, «Ringe før oppmøte». Det er også gjort omfattende analyser av fastlegers deltakelse i legevakt og avlønning av fastleger i legevakten. Rapporten «Ringe før oppmøte» er derfor sentral i våre gevinstvurderinger gitt rapportens avgrensning, da dette tiltaket har omfattende nok dokumentasjon til at det er mulig å gjøre en grundig vurdering av legevaktens tilnærming til å planlegge gevinstrealisering. Andre tiltak drøftes også, men omfanget av dette er mindre, da mulighetene for triangulering av informasjon er svakere for disse.



Planlegge
gevinstrealiseringen

Interessentanalyse

Det foreligger ikke noen eksplisitt interessentanalyse for tiltaket «Ringe før oppmøte», men effekter av tiltaket er eksplisitt nyansert for to interessentgrupper: innbyggere og Helseetaten. Oppdelingen av interessenter fremstår grovmasket, all den tid det er snakk om et omfattende tiltak der en rekke ulike deler av Allmennlegevakten påvirkes.

Formålet med en interessentanalyse er å forstå ulike synspunkter for å kunne informere og påvirke hver interessentgruppe på en best mulig måte, og dermed fasilitere overgangen til gevinstrealiseringsfasen. Et omfattende tiltak som «Ringe før oppmøte» innebærer endret arbeidsform for en del ansatte, og en mer omfattende interessentanalyse ville vært naturlig. Likevel fremgår det av dokumentstudier og intervjuer at arbeidsgruppen har inkludert et bredt utvalg roller ved legevakten, og at det har vært arrangert workshops og møter med representanter for ulike pasientgrupper. Dette vitner om en bevissthet rundt bredden av interessenter knyttet til tiltaket. Det fremstår derfor som at formålet med en interessentanalyse et stykke på vei er ivaretatt for tiltaket «Ringe før oppmøte», ved at flere viktige grupper av interessenter har fått informasjon om arbeidet og har kunnet levere sine innspill.

Gevinstrealiseringsplan

Gevinstrealiseringsplanen er en operativ handlingsplan for virksomhetsledelsen. Formålet med gevinstrealiseringsplanen å forplikte til gjennomføring og unngå at ansvaret for gevinstrealisering pulveriseres. Derfor må gevinstrealiseringsplanen være et levende dokument, som på strukturert vis benyttes for å følge opp utviklingen i prosessen med gevinstrealisering. Konkret bør gevinstrealiseringsplanen synliggjøre konkrete tiltak som må gjennomføres, hvilke gevinster de skal lede til, hvem som har ansvaret for realiseringen og hvordan dette skal måles og følges opp.

Det er også vanlig å supplere en gevinstrealiseringsplan med en løpende risikovurdering med tilhørende risikoreduserende tiltak. Gevinstplaner utarbeides gjerne for å holde orden på en samling tiltak. En eksplisitt gevinstplan foreligger ikke for de 7 gevinstene hos Allmennlegevakten, men rapporten «Ringe før oppmøte» inkluderer viktige elementer man ville inkludert i en gevinstplan for dette tiltaket. Det blir derfor unyansert å kun slå fast at en gevinstplan ikke foreligger.

Måleindikatorer

Om vi ser til tiltaket «Ringe før oppmøte», er det gjort et grundig arbeid med å dokumentere arbeid som har mange av bestanddelene man forventer å finne i en gevinstrealiseringsplan. Eksempelvis er

det beskrevet hvordan tiltaket er ment å bidra til flere av gevinstene i gevinstkartet. Særlig når måleindikatorer trekkes frem bidrar rapporten om «Ringe før oppmøte» med et nyansert bilde på hvordan tiltaket kan skape gevinster. Der legges flere relevante måleindikatorer frem, og det er vurdert om effektene gir gevinster per interessent, samt at disse er vurdert som kvalitets- og/eller effektivitetsgevinster. I figur 3 vises et utdrag fra rapporten som illustrerer dette, og i rapporten understrekes det at disse indikatorene skal bli brukt som nullpunktsmålinger.

Nr	Måleindikatorer	Gevinst for		Gevinsttype	
		Innbygger	HEL	Kvalitet	Effektivitet
1.	Andel pasienter som ringer LVS, hvor samtalen avsluttes med råd fra sykepleier	X	X		X
2.	Andel pasienter som ringer LVS, hvor pasienten henvises til fastlege	X	X		X
3.	Andel pasienter som ringer LVS, hvor pasienten får tildelt oppmøtetid	X	X	X	X
4.	Andel pasienter som ringer LVS, hvor pasienten får tildelt sykebesøk	X	X	X	X
5.	Andel samtaler til LVS som blir viderekoblet ved bruk av tastevalg		X		X
6.	Ventetid på legevakten for pasient før behandling starter	X	X	X	X
7.	Andel klagesaker/ pasientenes opplevelse av ivaretagelse og trygghet på legevakten	X	X	X	
8.	Økt bruk av Oslo legevakt sin nettside		X		X

Figur 3: Måleindikatorer med interessentpåvirkning og gevinsttyper.

Det er også lagt frem en risikovurdering basert på utfordringer spilt inn av ulike pasientrepresentanter og erfaringer fra andre legevakter i landet med erfaring fra liknende tiltak. Fire risikoer er identifisert, og samtlige dreier seg om kliniske risikoer for pasienter. De vurderes alle som usannsynlige etter at mitigerende tiltak er implementert.

Funn knyttet til «Ringe før oppmøte»

Dersom en ser for seg at en skal benytte eksisterende arbeid som grunnlag for å utarbeide en god gevinstplan, er det særlig tre aspekter som bør supplere det nåværende arbeidet:

1) Tydeliggjøre gevinstansvar

Hverken dokumentstudier eller intervjuer gir tydelige svar på hvem som er gevinstansvarlig for «Ringe før oppmøte» eller hva som forventes av vedkommende. Dette er en forutsetning for gevinstrealisering ved implementering av tiltak.

2) Kvantifisere gevinster, særlig effektivitetsgevinster

Når tiltaket skal implementeres kan det vise seg at man må prioritere ressurser. Da er det hensiktsmessig å ha en oversikt som estimerer effekten av tiltak. Kvalitetsgevinster kan kvantifiseres ved hjelp av for eksempel nytteundersøkelser eller anslag for QALY, mens effektivitet ofte kan beregnes direkte. Videre er det viktig å understreke at flere av tiltakene kan ha betydelige kvalitetsgevinster for Allmennlegevakten selv dersom effektgevinstene skulle vise seg å være lavere, særlig gjennom redusert kødannelse i lokalene til legevakten.

3) «Levende» dokumenter

Basert på rapporten «Ringe før oppmøte» kan en benytte eksisterende måleindikatorer som er laget for å oppdateres fortløpende og dermed sikre forankring og fremgang når tiltaket iverksettes. Ved å eksempelvis legge opp til ukentlig rapportering fra gevinstansvarlig i tråd med en etablert gevinstrealiseringsplan, tvinges gevinstansvarlig til å fokusere på dette arbeidet.

En levende risikomatrix som retter seg mot gevinstrealiseringsprosessen er et annet naturlig levende dokument. Der rapporterer gevinstansvarlig eventuelle risikoer for å ikke klare å levere gevinster av forventet størrelsesorden innen gitt tid, og mitigerende tiltak drøftes og følges opp regelmessig.

Planlegging av gevinstrealisering generelt

Det er få dokumenterte tiltak utover «Ringe før oppmøte», selv om en del andre tiltak er listet i «Ringe før oppmøte»-rapporten. For disse tiltakene foreligger det ikke dokumentert arbeid knyttet til de sentrale delene av DFØ-steget Planlegge gevinstrealisering. I arbeidet med rapporten har det imidlertid fremgått at det er arbeidet med flere andre tiltak, selv om sporbarheten av fremgangen i disse er begrenset. Dette drøftes i neste delkapittel.

Gjennomføre gevinstrealiseringen

Det første og mest sentrale elementet ved å gjennomføre gevinstrealiseringen er å etablere eierskap til gevinster. Den gevinstansvarlige skal sitte i linjeorganisasjonen og bør vanligvis ha en lederrolle slik at vedkommende har mandat til å prioritere gjennomføringen og implementere tiltak og endringer.



Gjennomføre
gevinstrealiseringen

En effektiv måte å tildele et gevinstrealiseringsansvar for økonomiske gevinster vil ofte være å forskutere deler av gevinstrealisering gjennom budsjetter, der gevinstansvarlig også eier det aktuelle budsjettet. På den måten integreres budsjettansvar med gevinstansvar, og dersom en antar at en troverdig gevinstplan foreligger vil gevinstansvarlig ha all grunn til å benytte denne. For kvalitetsgevinster kan interessentanalysen være et godt utgangspunkt for å finne noen som vil se fordelene ved å drive realiseringsprosessen.

Etablering av eierskap til gevinster ved Allmennlegevakten

Det fremgår i arbeidet med denne rapporten at det mangler eierskap til gevinstrealiseringsprosessen i linjeorganisasjonen. Fire ulike informasjonskilder bidrar til å skape dette bildet:

- 1) Det fremgår ikke av dokumentstudier at det er utpekt en gevinstansvarlig for noen av gevinstene i gevinstkartet. Det har heller ikke vært mulig å finne dokumentasjon som peker på at enkeltpersoner eller roller har ansvar for at tiltak har ønsket effekt.
- 2) I intervjuer med ledelse og andre sentrale personer var det med unntak av Prosjektleder ingen som kunne peke ut hvem som var gevinstansvarlig. Prosjektleder beskrev imidlertid i sitt intervju at Avdelingsdirektør var utpekt som gevinsteier. Etterlatt inntrykk gjennom intervjuer er at etableringen av eierskapet i virksomhetsledelsen ikke har lyktes, og at gevinstansvaret har vært uklart og utilstrekkelig forankret.
- 3) Gjennom Mentimeter-undersøkelser har utvidet ledergruppe og team- og skiftledere fått svare på overordnede spørsmål om arbeidet med gevinstene i gevinstkartet. I tabellen nedenfor er spørsmål lagt frem i første kolonne, mens gjennomsnittlige svarverdier for gruppene finnes i kolonner 2 og 3. Respondentene ble bedt om å svare på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr «Helt uenig» og 5 betyr «Helt enig». Disse overordnede spørsmålene ble utdypet per gevinst i undersøkelsen, og det overordnede inntrykket er at kjennskapet til gevinstene var varierende og at innsikten i gevinstarbeidet var mangelfull.

Spørsmål	Svar fra team- og skiftledere	Svar fra utvidet ledergruppe
Jeg er godt kjent med gevinstene for etableringen av Allmennlegevakten	1,7	3,5
Jeg opplever at de ansatte som jeg er leder for er kjent med gevinstene	NA	2,5
Det er tydelig for meg hvordan legevakten arbeider for å oppnå gevinstene i gevinstkartet	2,1	2,7

- 4) De økonomiske forutsetningene for legevakten, som beskrevet i «Fastlegetjenesten og legevakten i Oslo», forutsetter betydelig realisering av gevinstene i gevinstkartet. Dette er den klareste indikatoren på overføring av gevinstansvar fra prosjekt til linje.

Helhetsinntrykket av informasjonsinnhenting er at etableringen av eierskapet til gevinstene i gevinstkartet er mangelfull. Gevinstansvaret skal ligge i linjen, men det fremstår som at virksomheten har hatt fokus på drift og stabilisering i perioden etter sammenslåing.

I stegene om å identifisere gevinster og å planlegge gevinstrealisering er det fullt mulig å avvike fra DFØs rammeverk og likevel ende opp med god effekt av ulike tiltak. Å etablere et tydelig eierskap til gevinster er derimot en forutsetning for å lykkes med gevinstrealiseringen. Gevinstrealisering vil ofte innebære betydelig organisasjonsendring, og dersom ingen blir ansvarliggjort for realiseringsprosessen vil ønskede effekter utebli.

Jevnlig kontakt med gevinstansvarlige

Når det etableres eierskap til en gevinst, bør det samtidig avtales en gjensidig forpliktende tidsplan. I praksis vil dette typisk innebære å rapportere til en leder i linje eller i prosjekt (linje idet prosjekt er endt). Her kommer de «levende dokumentene» fra forrige steg godt med – gevinstansvarlig vil typisk rapportere utvikling i måleindikatorer ved å oppdatere og fremvise gevinstplanen og rapportere risikoer som mulige forsinkelser eller årsaker til at størrelsen på gevinstuttaket kan reduseres. Her kan også mitigerende tiltak for å håndtere risikoene foreslås, drøftes og rapporteres på. Dette kan gjøres ved hjelp av tradisjonelle verktøy for prosjektledelse.

Den jevnlige kontakten med fast rapportering sørger for en vedvarende felles forståelse for arbeidet som skal gjøres og en forankring og påminnelse om at gevinstansvaret vedvarer hos gevinstansvarlig. DFØs veileder trekker frem hvordan det blir nødvendig å gjøre en rekke tiltak for å realisere en gevinst. I denne sammenhengen er det verdt å merke seg at begrepet tiltak i veilederen gjerne henviser til mindre aksjonspunkter enn for eksempel i beskrivelsen av enkelttiltaket «Ringe før oppmøte», som i DFØs veileder trolig ville blitt tolket som en større tiltakspakke.

I legevaktens tilfelle har en ikke lyktes med å få etablert strukturer for jevnlig kontakt med gevinstansvarlige og linjeorganisasjon fordi gevinstansvarlige ikke er tydelig definert og deres rolle tilstrekkelig forankret. Mangelen på en tydelig gevinstplan og måleindikatorer er på samme måte en hindring for å gjennomføre et gevinstrealiseringsløp i tråd med DFØs veileder.

Gjennomføring av tiltak

Alle identifiserte gevinster i en gevinstrealiseringsplan må følges opp med konkrete aksjoner for å sikre fremgang i arbeidet. I gevinstrealiseringsplanen skal det derfor stå hvilke konkrete tiltak som må gjennomføres for at de forventede gevinstene skal kunne realiseres.

Det er ikke dokumentert tiltak og aksjoner knyttet til alle gevinster, men det finnes en rekke tiltak som omtales i rapporten «Ringe før oppmøte» og som er drøftet inngående i intervjuer. Der er en rekke tiltak nevnt.

Tiltak nevnt i dokumentasjon og drøftet i intervjuer

Tiltak	Målsetting	Status	Kommentar
Ringte før oppmøte	Dette tiltaket har som mål å styre pasientstrømmen og sørge for at pasienter mottar riktig hjelp til riktig tid.	I drift.	Det oppgis på legevaktens nettside at alle oppfordres til å ringe før oppmøte, men det er ikke sendt ut informasjon om oppfordring til dette gjennom kampanjer eller lignende.
Lege i mottak	For å redusere ventetiden ytterligere, foreslås det å ha en lege tilgjengelig i mottaket som kan begynne utredning og behandling raskere.	Pilotert uke 16-19. Det er usikkerhet til konkret effekt av tiltaket. Målinger utført av legevakten kan indikere at tiltaket har ønskelig effekt.	Det er satt av en legeressurs per dagvakt og to legeressurser på kveldsvakt til dette tiltaket. Behandler om lag 30 pasienter per døgn. Totalt behandlet 3600 etter oppstart, og på det meste 63 pasienter per døgn. Nå innført ny rolle i mottak der utvalgt sykepleier har ansvaret for å tildele pasienter til lege i mottak. Tilbakemeldinger om at dette fungerer godt.
Gjenbruk av data fra LVS	Gjenbruk av pasientdata fra LVS vil forbedre pasientflyten og redusere dobbeltarbeid.	Teknisk gjennomført, noe usikkerhet rundt om tiltaket i praksis gjennomføres og derfor usikkerhet rundt konkret effekt.	Triagering og notatet skrevet av LVS kan gjenbrukes i mottak. Tilbakemelding om at det er utfordrende å ta full effekt av tiltaket, ved at mange pasienter re-triageres i mottak.
Tildeling av oppmøtetid	Å tildele pasienter en oppmøtetid kan redusere antall personer i venterommet og forbedre pasientopplevelsen.	Pilotert på begge de gamle legevaktene. Usikre effektmålinger i prosjektperioden.	Tiltaket ble påbegynt, men stoppet før påske. Negative tilbakemeldinger fra personalgruppen da tildeling av oppmøtetid bandt opp uønsketmessig store personellressurser. Planlegger å teste ute digital kølapp for hele team 2 i uke 42.
Teamtriage	Teamtriage ved å ha sykepleier og lege som jobber sammen for å møte pasienter, vil sikre raskere og mer nøyaktig vurdering av pasientenes tilstand og behov.	Testet ut i mindre skala. Planlegger for en skalert test i månedene som kommer.	I dag brukes Teamtriage noe ad-hoc. Vil trolig gi redusert oppholdstid ved økt bruk.

To-veis videokonsultasjon	Dette tiltaket vil muliggjøre konsultasjoner med pasienter uten at de trenger å være fysisk til stede.	Utstyr kjøpt inn, men ikke tilstrekkelig testet.	Rapporteres å ikke benyttes i daglig drift. Argumentasjonen for å ikke benytte tiltaket er at det generer mindre effekt enn å styre pasientflyt direkte. Klarer ikke bytte konsultasjonene ut med reelt oppmøte.
Digital triagering	Et digitalt triagesystem vil modernisere og effektivisere måten pasienter blir prioritert og behandlet på.	Ikke fullstendig utviklet.	Benytter i dag en «nettleaserbasert» variant. Ikke integrert med ProfDoc. Varianten benyttes, men gir redusert merverdi da data må kopieres fra nettleaser over i journalsystemet.
Digital utstyrslogistikk for sykebesøktjenesten	Digitalisering av utstyrslogistikken vil styrke effektiviteten og sikkerheten i sykebesøktjenesten.	Tiltaket er gjennomført.	Tiltaket er rapportert til å fungere godt. Ble innført ved legevakten i Storgata. Tatt i bruk i utviklet app.
Elektronisk meldingsutveksling	Elektronisk deling av pasientopplysninger vil forbedre kommunikasjonen og samarbeidet med andre helseinstitusjoner.	Dette tiltaket er gjennomført.	Det er utarbeidet en prosedyre for pasienter som kontakter legevaktsentralen, men har tilhørighet til skadelegevakt.
Køsystem og selvregistrering	Et nytt køsystem og selvregistrering ved ankomst vil redusere ventetider og strømlinjeforme pasientmottaket.	Ikke oppnådd tilstrekkelig effekt.	Det er installert selvregistreringsautomater i ankomsthall. Tilgjengelig personell hjelper pasienter før de har anledning til å registrere seg selv.
Tastevalgsmeny	Ved å innføre en tastevalgsmeny, kan man effektivt rute pasienter og avlaste LVS for ikke-medisinske henvendelser.	For tiltaket tastevalgsmeny rapporteres det at om lag 10% av alle inngående samtaler til legevaktsentralen velges bort før innringer kommer i kontakt med personalet på LVS. Dette frigjør tid til personalet på LVS.	Ved å ringe 116117 får man opplyst et menyvalg som bistår innringer å komme i kontakt med riktig tjeneste. Tast 1 for helsehjelp, tast 2 for psykiske plager eller overgrep, eller tast 3 for andre spørsmål.
Kommunikasjon	Effektiv kommunikasjon gjennom en robust nettside og målrettede innbyggerkampanjer er avgjørende for å sikre at	Delvis gjennomført. Nettside er utarbeidet.	Det er ikke gjennomført målrettede innbyggerkampanjer.

	befolkningen er informert om nye rutiner og tjenester.		
--	--	--	--

Figur 4: Tiltak nevnt i dokumentasjon og drøftet i intervjuer

Tiltakene som er listet opp i tabellen over har alle som målsetning å påvirke pasientflyten eller redusere arbeidsmengden for ansatte etter at pasientene har ankommet legevakten. Det er vanskelig å vurdere i hvilken grad tiltakene har hatt effekt på å styre pasientstrømmen. Dette har primært tre årsaker.

- 1) Det er uklart i hvilken grad tiltakene skal påvirke gevinstene. Tiltaket «Ringe før oppmøte» har listet måleindikatorer, men det gjelder ikke for resterende tiltak. Uten konkrete måleindikatorer og nullpunktsmåligning er det vanskelig å si i hvor stor grad tiltaket har fungert.
- 2) Ønskelige effekter er usikre. Et eksempel er tiltaket selvregistrering. Her er det ønskelig at pasientene registrerer seg selv ved ankomst til legevakten. Dette skal frigjøre tid til helsepersonell ved at de slipper å registrere pasientene inn. I realiteten er det helsepersonell tilgjengelig for pasientene ved ankomst, som hjelper pasientene å registrere seg på selvinnsjekksautomatene. På denne måten lykkes ikke legevakten å hente ut forventet effekt av tiltaket.

Dokumentere realiserte gevinster

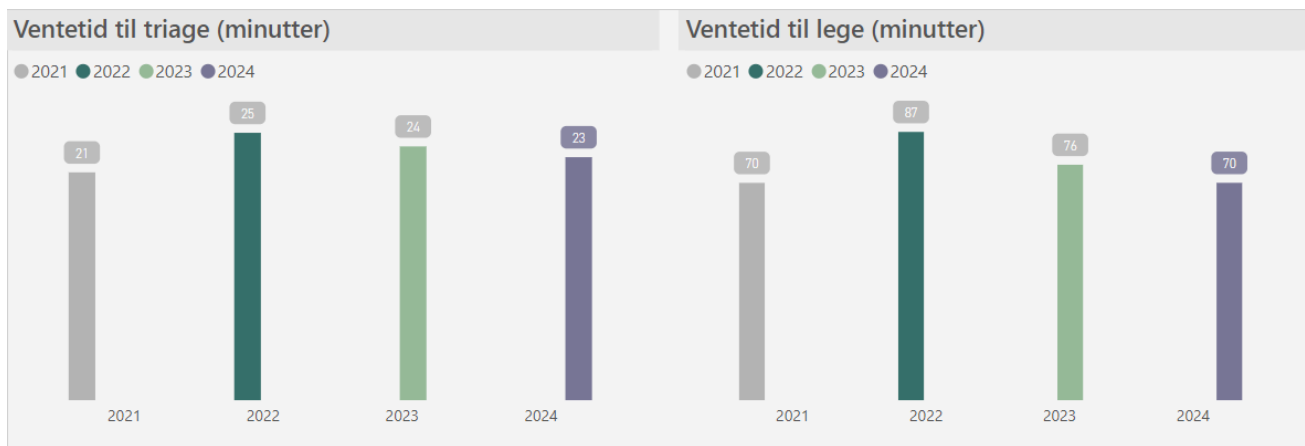
Dokumentasjon av realiserte gevinster gjøres ved å måle i hvor stor grad de ulike gevinstene har hatt effekt. Ved å sammenligne nullpunktsmåligningene med indikatorverdiene man har satt kan man se utviklingen for de ulike gevinstene. I planlegging av gevinstrealiseringen har man definert graden av fremtidige gevinster. Er det store avvik mellom forventet gevinst og reell gevinst bør man undersøke hva det kan komme av. Er det indentifisert andre gevinster underveis, som legevakten har arbeidet med eller ønsker å realisere, bør også disse dokumenteres. Ansvaret for å dokumentere de realiserte gevinstene ligger i linjen.

Dokumentere
realiserte gevinster

Det er metodisk krevende å forsøke å dokumentere grad av gevinstrealisering for de 7 gevinstene i gevinstkartet i Figur 2. Mens noen gevinster er for uklare til at det finnes åpenbare måleindikatorer, fremstår likevel gevinstene «reduisert ventetid før behandling starter, redusert gjennomsnittlig behandlingstid per pasient» tydelige nok til at det er rimelig å forsøke å vurdere gevinstrealiseringen. Fordi tall vi vurderer som gode måleindikatorer er tilgjengelig også tilbake i tid, er det mulig å si noe om utviklingen og å drøfte gevinstrealiseringen på en informert måte.

Datadrevet vurdering

Det er mulig å undersøke utviklingen av noen av gevinstene ved bruk av legevaktens PowerBI-dashboards. Om vi ser til realisering av «reduisert ventetid før behandling starter», har vi sett på data knyttet til «ventetid til triage» og «ventetid til lege», se figur 5. Når vi sammenligner data for ventetid til triage fremstår denne stabil over de siste fire år. Vi observerer likevel at en forsiktig positiv trend siden 2022.



Figur 5: Ventetid på Oslo legevakt, 2021 – 2024.

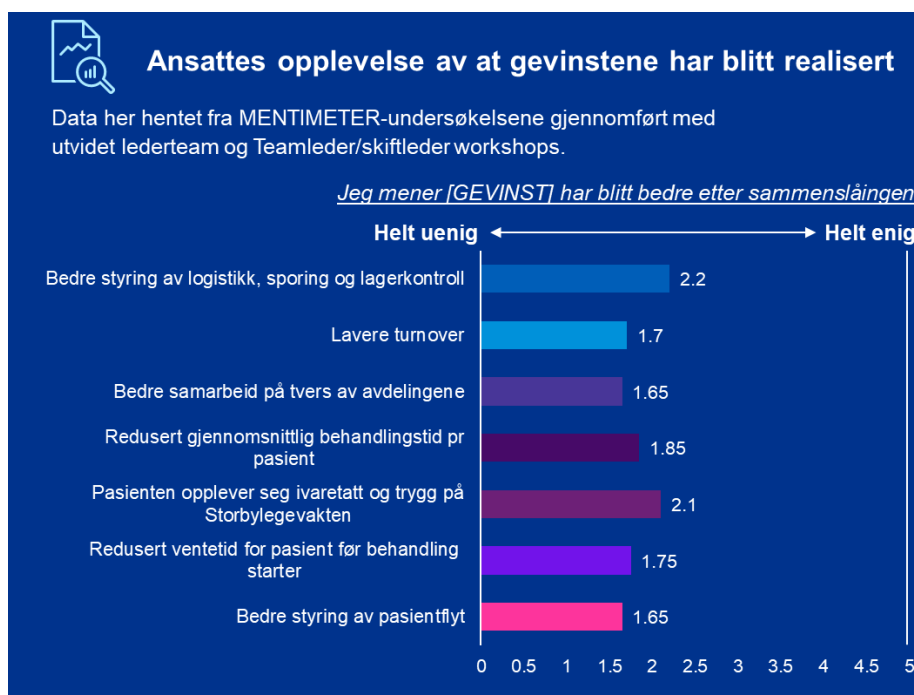
Dersom vi sammenligner data for ventetid til lege, ser vi at denne hadde en relativt brå økning fra 2021 til 2022. Fra 2022 har legevakten sett en god utvikling, med betydelig nedgang i ventetid på lege. I 2022 måtte pasienten vente 87 minutter på lege, i 2023 var denne redusert til 76 minutter, og i 2024 var denne på 70 minutter. Dette representerer en positiv trend gjennom en reduksjon på ca. 20% over de siste to årene. Dette er naturligvis gledelig og indikerer godt arbeid ved legevakten. Uten klare tall for hva målsetningen er, er det ikke mulig å kommentere måloppnåelse. Tiltaket «Ringe før oppmøte» hadde tydelige måleindikatorer basert på om pasienten ble avsluttet etter råd over telefon, henvises til fastlege, tildele pasient oppmøtetid, tildelt sykebesøk, men vi har ikke mottatt data som klargjør utviklingen innenfor de ulike kategoriene.

Dokumenterte kvalitative gevinster

Tiltaket Digital utstyrsløstikk for sykebesøktjenesten er ment å påvirke gevinsten «Bedre styring av logistikk, sporing og lagerkontroll». I intervju med personell på legevakten oppgis dette tiltaket å fungere godt. Tiltaket har utviklet en applikasjon for digital utstyrsløstikk for sykebesøktjenesten som rapporteres å redusere manuelle prosesser, gjør det enklere å holde oversikt over innsjekket og utsjekket utstyr og reduserer risiko for feil.

Ledelsen og teamleder/skiftleders oppfatning

I kartleggingen av ledelsen og ansattes opplevelse av gevinstarbeidet spurte vi ledergruppen på legevakten og teamledere/skiftledere om deres mening om gevinstarbeidet. Figuren til høyre viser utvidet ledergruppe og teamledere/skiftlederes svar på om de ulike gevinstene har blitt oppnådd etter overgang til ny Allmennlegevakt på Aker. Respondentene ble bedt om å svare på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr «Helt uenig» og 5 betyr «Helt enig».



Figur 6: Mentimeter-undersøkelse på realiseringsgrad av de ulike gevinstene

Det er viktig å bemerke at tilbakemeldingene som er samlet gjennom Mentimeter representerer subjektive meninger fra de ansatte og gir derfor en indikasjon på opplevde, ikke nødvendigvis målte endringer. Resultatene sier likevel mye om den mangelfulle forankringen av gevinstrealiseringsarbeidet ved legevakten. Som nevnt i kapitlet om identifisering av gevinster påpeker vi at den avgjørende egenskapen til et gevinstkart er at det er til hjelp i gevinstrealiseringsprosessen gjennom å tydelig formidle for alle som leser kartet hva de ulike effektmålene innebærer og hvordan de ulike gevinstene bidrar til oppnåelse av ett eller flere gevinstmål. Derfor er det langt på vei oppfattelsen av gevinstkartet i prosjektet og i linjeorganisasjonen, og hvordan det sørger for felles forståelse av arbeidet som må gjøres, som avgjør om kartet er fungerende og hensiktsmessig.

I legevaktens tilfelle er gevinstkartet det sentrale dokumentet for deres arbeid med gevinstrealisering. Det foreligger ingen gevinstplan og etablering av eierskap til gevinstarbeidet fremstår lite vellykket. Manglende måleindikatorer og nullpunktsmålinger på et tidlig tidspunkt fremstår også som en sentral utfordring.

Anbefalinger

Utnevnelse av gevinstansvarlig - For hver identifiserte gevinst bør det utnevnes en gevinstansvarlig som har det klare ansvaret for oppfølging og realisering. Dette vil sikre at det er dedikerte ressurser som jobber målrettet med hvert gevinstområde, og at det finnes et klart ansvar og eierskap til arbeidet som gjøres. Dette vil forhindre at ansvaret for gevinstrealisering pulveriseres. Ved å eksempelvis legge opp til ukentlig rapportering fra gevinstansvarlig i tråd med en etablert gevinstrealiseringsplan, tvinges gevinstansvarlig til å fokusere på dette arbeidet.

Utarbeidelse av gevinstrealiseringsplan - En konkret gevinstrealiseringsplan bør utvikles for å gi en detaljert beskrivelse av hvordan og når de ulike gevinstene skal realiseres. Planen bør inkludere spesifikke mål, tiltak som skal til for å nå disse målene, ressursbehov, og tidsfrister for

gjennomføring. Forankring av gevinstplanen i linjen er nødvendig for at ansatte skal kunne bidra til å realisere gevinstene.

Måltrettet gevinstarbeid - Det må etableres en systematisk og måltrettet tilnærming til gevinstarbeidet. Dette innebærer å fastsette tydelige mål, følge opp fremdriften jevnlig, og justere planer og tiltak basert på erfaringer og resultater underveis.

Fokuser å få gevinster: Gevinstarbeid er krevende, særlig innen helse. Det er smart å målrette arbeidet mot noen få gevinster man har troen på, i stedet for å skulle ha en større bruttoliste. Da kan man unngå at gevinster forblir en papirøvelse.

3 BEMANNING

I dette kapitlet utforsker og analyserer vi bemanningssituasjonen for utvalgt personell ved Allmennlegevakten. Bemanningens kvalitet og struktur er avgjørende for å opprettholde effektiv og pålitelige tjenester, og sikrer pasientsikkerhet og et godt arbeidsmiljø. Dette er vesentlig for å oppnå legevaktens strategiske mål om at «innbyggerne møter sammenhengende og tilgjengelige tjenester der medarbeidere har riktig kompetanse og nok tid». Samtidig har bemanningen av sykepleiere en betydelig påvirkning på økonomien ved Allmennlegevakten. Dermed er det vesentlig å kontinuerlig arbeide for å etablere hva som er egnede bemanningsnivåer og deretter å sørge for å møte disse nivåene uten å bli overbemannet.

Rapporten fokuserer på å forstå prinsippene som legges til grunn for bemanningsplanleggingen, og etterlevelse av disse. Dette gir innsikt i balansen mellom operasjonelle behov og ansattes velferd. Videre analyseres dagens bemanningssituasjon i lys av de mest vesentlige kriteriene for god bemanningsplanlegging. Avslutningsvis legges det frem konkrete anbefalinger som gjør at legevakten kan forbedre bemanningssituasjonen.

Bemanningsplanlegging i helsesektoren

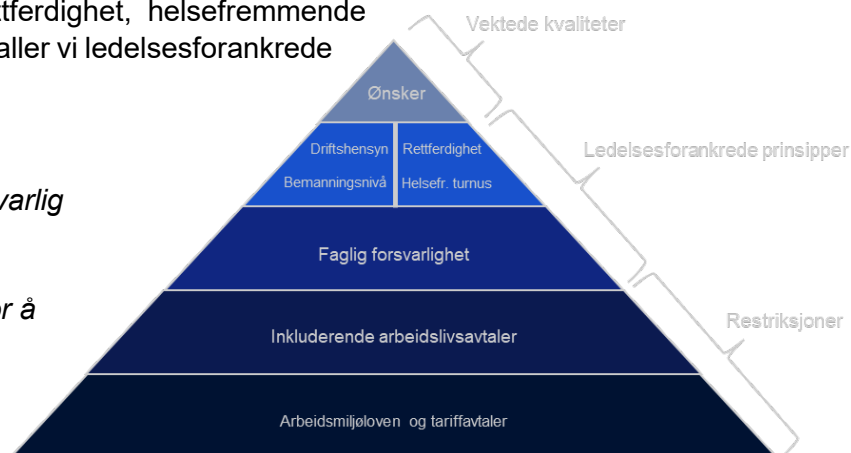
Turnusplanen er et styringsdokument som ofte er et resultatet av en internpolitisk prosess og legger sterke føringer for økonomien til hver avdeling. Turnusplanen er definerende for både arbeidstiden, og dermed også fritiden, til de ansatte. Arbeidsgiver, ansatte og fagforeninger har sterke meninger om hvordan den bør se ut. Dessverre har turnusplanene en tendens til ikke å ta tilstrekkelig høyde for oppdraget helseinstitusjoner er satt til å utføre, nemlig å levere helsetjenester til pasientene i sitt opptaksområde.

Turnuspyramiden – prinsipper for god turnusplanlegging

KPMG har i sitt arbeid for å forstå kompleksiteten i turnusplanlegging utarbeidet en turnuspyramide som viser en rekke utfordringer som må tas hensyn til i utarbeidelsen av en god kalenderplanordning. Hensikten bak utarbeidelsen av en kalenderplan omhandler detaljert allokering av ansattes arbeidstid på individnivå. Kalenderplanen baserer seg på informasjonen i døgnrytme- og bemanningsplanen, og må balansere en rekke ulike hensyn. Hensynene kan deles i tre kategorier, inspirert av Klyve og Gullhav (2021).

1. Planen må sikre en rekke harde krav, slik om AML, tariffavtaler og IA-avtaler. Dette kaller vi restriksjoner når vi utvikler turnusgeneratorer.
2. Planen må ta høyde for en rekke ønsker og rettferdighetsprinsipper om fordeling av ulike vakter. Dette kaller vi vektete kvaliteter når vi utvikler turnusgeneratorer.
3. Planen må gjenspeile de vedtatte prinsippene ledelsen har for ulike aspekter som driftshensyn, bemanningsnivåer, rettferdighet, helsefremmende turnus og faglig forsvarlighet. Dette kaller vi ledelsesforankrede prinsipper.

Pyramiden representerer en optimal og forsvarlig prioritering av komponenter tilknyttet planleggingsprosessen og hvordan de ulike elementene burde inkorporeres og vektetes for å skape en driftsfremmende og pasientdrevet turnusplan.



Figur 7 Turnuspyramiden

Kriterier for god bemanningsplanlegging

Bemanningsplanlegging må være i stand til å håndtere utfordringene på en måte som opprettholder en høy standard for kvalitet og operasjonell kontinuitet. Disse utfordringene krever en grundig tilnærming for å utvikle en bemanningsplanlegging som ivaretar både de ansattes behov og legevaktens operative krav.

Videre defineres kriteriene for god bemanningsplanlegging seg ut fra flere viktige områder. Kriteriene defineres i lys av kartleggingen og analysen. For å vurdere tiltak som er hensiktsmessige og treffende for legevakten har KPMG valgt å definere et sett med kriterier som gjenspeiler det overordnet målet. Disse prinsippene er illustrert i figur 8.

	God ressurs- og økonomistyring God ressurs- og økonomistyring betyr at budsjettet må være i samsvar med legevaktens faktiske behov og prioriteringer, samtidig som det overholdes.
	Helsebringende turnuser Helsefremmende turnuser tar sikte på å redusere sykefraværet ved å fremme en balansert og forutsigbar arbeidsbelastning for de ansatte.
	Treffsikkert bemanningsnivå Treffsikre bemanningsnivåer krever nøye beredskaps- og bemanningsanalyser og tilpasninger for å sikre tilstrekkelig bemanning til enhver tid.
	Ansatt hensyn Endelig må hensynet til ansatte og fagforeninger være tydelig forankret, og planene må utvikles i samråd med de berørte partene for å sikre best mulig aksept og effektivitet

Figur 8: Prinsipper for god turnusplanlegging

Disse kriteriene har vært avgjørende for KPMGs analyser og anbefalinger knyttet til bemanningsplanlegging ved legevakten, og bidrar til å sikre at anbefalingene tar hensyn til både legevaktens operative behov og de ansattes behov for en trygg og forutsigbar arbeidshverdag. Det er disse kriteriene vi benytter som risikorammeverk for bemanningsplanleggingen.

Ulike perspektiver på bemanningsplanlegging - Hvem tenker hva?

De ulike interessentene har ulik fokus på bemanning, de vekter prioritering av komponenter tilknyttet planleggingsprosessen ulikt. Det er viktig å forstå hva de ulike interessentenes vektlegger mest når man skal forsøke å komme til enighet rundt fremtidig bemanningsplanlegging.

Ansatte er opptatt av:

- Arbeidsbelastning og hviletid. De ansatte ønsker forutsigbarhet i arbeidstiden og tilstrekkelig hviletid mellom vakter for å unngå slitasje.
- Familie og fritid. Ansatte ønsker balanse mellom jobb og privatliv.
- Lønnsforhold. Turnus påvirker overtid, tillegg og andre lønnsrelaterte faktorer.

Tillitsvalgte er opptatt av:

- Arbeider for å sikre sine medlemmer gode arbeidsvilkår, inkludert lønn, arbeidstid og arbeidsmiljø.
- Høyt fokus på helsepersonells arbeidsbelastning og helse
- Sikre at arbeidsgiver overholder avtaler, lover og forskrifter.

Arbeidsgiver er opptatt av:

- Arbeidsgiver eller ledelsen ønsker å holde lønnskostnadene nede ved å minimere overtidbruk.
- Fokus på å optimalisere ressursbruk og sørge for at tilstrekkelig med personell er tilgjengelig til enhver tid.
- Balanse mellom budsjettbegrensninger og opprettholdelse av høy kvalitet på helsetjenester og pasientsikkerhet.
- Overholdelse av regulatoriske krav som lover og forskrifter som regulerer arbeids- og hviletid.

Pasientene er opptatt av:

- Pasienten ønsker kontinuerlig og høy kvalitet på pleie uavhengig av tidspunkt på døgnet.
- Tilgjengelighet

Samfunnet er opptatt av:

- Fra et overordnet perspektiver samfunnet opptatt av å få mest mulig ut av hver krone som brukes på helsetjenester. Det betyr at de venter kostnadseffektivitet opp mot tilgjengelighet og kvalitet på helsetjenestene.

Ulike interessegrupper har altså forskjellige prioriteringer som ofte må balanseres. En god bemanningsplan krever en omhyggelig vurdering av disse ulike behovene og ofte kompromiss mellom dem for å sikre både tilfredshet blant helsepersonell, god pasientbehandling og effektiv drift av helsevesenet. Vår tolkning av hva som er viktigst kommer frem i turnuspyramiden presentert tidligere i rapporten. Det er krevende å møte samfunnsoppdraget og skape gode nok tjenester innenfor tildelte rammer. Økonomiske rammer er en begrensning, men tilgang på kvalifisert personell er en annen. Det er derfor viktig å jobbe både for å prioritere å bruke helsepersonell der behovet er størst og konsekvensen av underbemanning er størst.

Det er en naturlig korrelasjon mellom hva de ansatte og tillitsvalgte er opptatt av når det kommer til bemanningsplanlegging. På motsatt side av spekteret finner vi en nær kobling mellom interessene til pasientene og arbeidsgiver.

Funn og analyser

I arbeidet med bemanningskartlegging for Allmennlegevakten har vi gjennomført intervju med ledere som er ansvarlig for utarbeidelse av turnus og bemanningsrådgivere. Målet med intervjuene var å kartlegge hvordan bemanningsplanene er lagt opp ved legevakten, hvordan prinsipper som ligger til grunn for utformingen av turnusplaner, altså hvilke prinsipper som vektet tyngst i planleggingen, bruk av styringssystem og etterlevelse av bemanningskabal i ettertid av planleggingsperioden.

Organisering

Allmennlegevakten har egne turnuskoordinatorer som har som hovedoppgave å planlegge bemanningen på de ulike seksjonene. OBS-posten, Legevaktsentralen og legedekning av legevakten benytter kalenderplan i planleggingen av bemanning. Legevaktsentralen har ikke kommet til enighet med fagforeninger om forlengelse av kalenderplan, noe som fører til at de går over til ordinær grunnturnus med hjelpeplaner fra desember måned. For resterende sykepleiere på legevakten har legevakten ikke startet opp med kalenderplan enda. De benytter i dag rullerende plan, med høy grad av tilrettelegging. Legevakten har høy grad av heltidskultur, noe som innebærer at personell i høyest mulig grad har 100%stillinger.

Turnuspyramiden – Prinsipper for god bemanningsplanlegging

Vi har sammenlignet legevaktens prinsipper for god turnusplanlegging med tunuspyramiden vi har presentert tidligere i kapittelet.

Intervjuer med ledere og bemanningsrådgivere tilsier at legevakten bygger opp sine turnusplaner i henhold til overnevnte turnuspyramide. Graden av tilrettelegging av ansattes ønsker fremstår uhensiktsmessig stor. Det er tydelig at både ledere og bemanningsrådgivere strekker seg langt for å tilby personalet en turnusplan som er tilpasset deres ønsker og behov. Dette er selvsagt å foretrekke for personalgruppen, men det er viktig å tilse at dette ikke går ut over driftshensyn og fornuftig bemanningsnivå. Det er krevende å balansere god ressurs- og økonomistyring med ansatthensyn i tilfeller der disse er motstridende, og i legevaktens tilfelle fremstår det som at ressursstyringen i liten grad blir hensyntatt i utarbeidelse av turnusplanene.



Figur 9: Turnuspyramiden ved Oslo legevakt: Hva vektlegges høyest i bemanningsplanleggingen på Oslo legevakt

Planlegging og etterlevelse

På Observasjonsposten benyttes kalenderplan. Ved legevaktssentralen har en også prøvd ut dette som del av en prøveordning. Kalenderplaner innebærer at de ansatte til enhver tid har planlagt når de skal jobb og når de har fri et år frem i tid. I intervjuer med turnusplanleggere og ledere fremstår det som om både planleggingen og etterlevelse av kalenderplaner har fungert godt. Disse seksjonene har god kontroll på fordelingen av ansatte gjennom døgn og ukedager.

For den resterende delene av legevaktseksjonens pleiepersonell (kostnadssted 51735) er det større utfordringer. Her benyttes i dag rullerende turnus, noe som medfører at de ansatte eksempelvis får planlagt tre ukers ferie i fellesferien, men ikke har planlagt uttak av restferie tilstrekkelig lang tid i forveien. Dette får konsekvenser for dag-til-dagstyring i form av tidvis manglende personell på jobb, noe som resulterer i økte kostnader for legevakten og uforutsigbarhet for personalgruppen.

Videre er fire avdelingssykepleiere ansvarlige for egne team, som alle inngår i samme turnusplan. Gjennomgang av vaktbok (GAT) viser at der er mer tilgjengelig personal på jobb på dagtid enn det som er nødvendig for å dekke bemanningsbehovet satt til 14 personer ukedager dagtid og 16 personer aften og helg (se figur 10). Til tross for dette er det ifølge bemanningsrådgiver ofte behov for å utløse overtid og forskyvninger på dagtid for å få tilstrekkelig personell på jobb. Dette forklares i at avdelingsledere rår over egne team og gjør endringer for deres personell direkte i vaktbok uten å konsultere med andre deler av virksomheten. Dette kan være å innvilge kurs på kort varsel, gi fri til ansatte (minustimer i bank) eller ta ut resterende feriedager. Konsekvensen er at det oppstår hull i turnusen, og dette gjør det vanskelig for legevakten å oppnå god ressurs- og økonomistyring, samtidig som det legger hindringer for å oppnå et tilstrekkelig bemanningsnivå.

For å forhindre innleie og forskyvninger bør legevakten først og fremst innføre kalenderplan. Denne bør gå gjennom hele året slik at alt av ferie, kursdager og annet fravær er planlagt for hele året. Etter innføring av kalenderplan bør man tilstrebe overstyre planen minst mulig i dag-til-dagstyringen av legevakten.

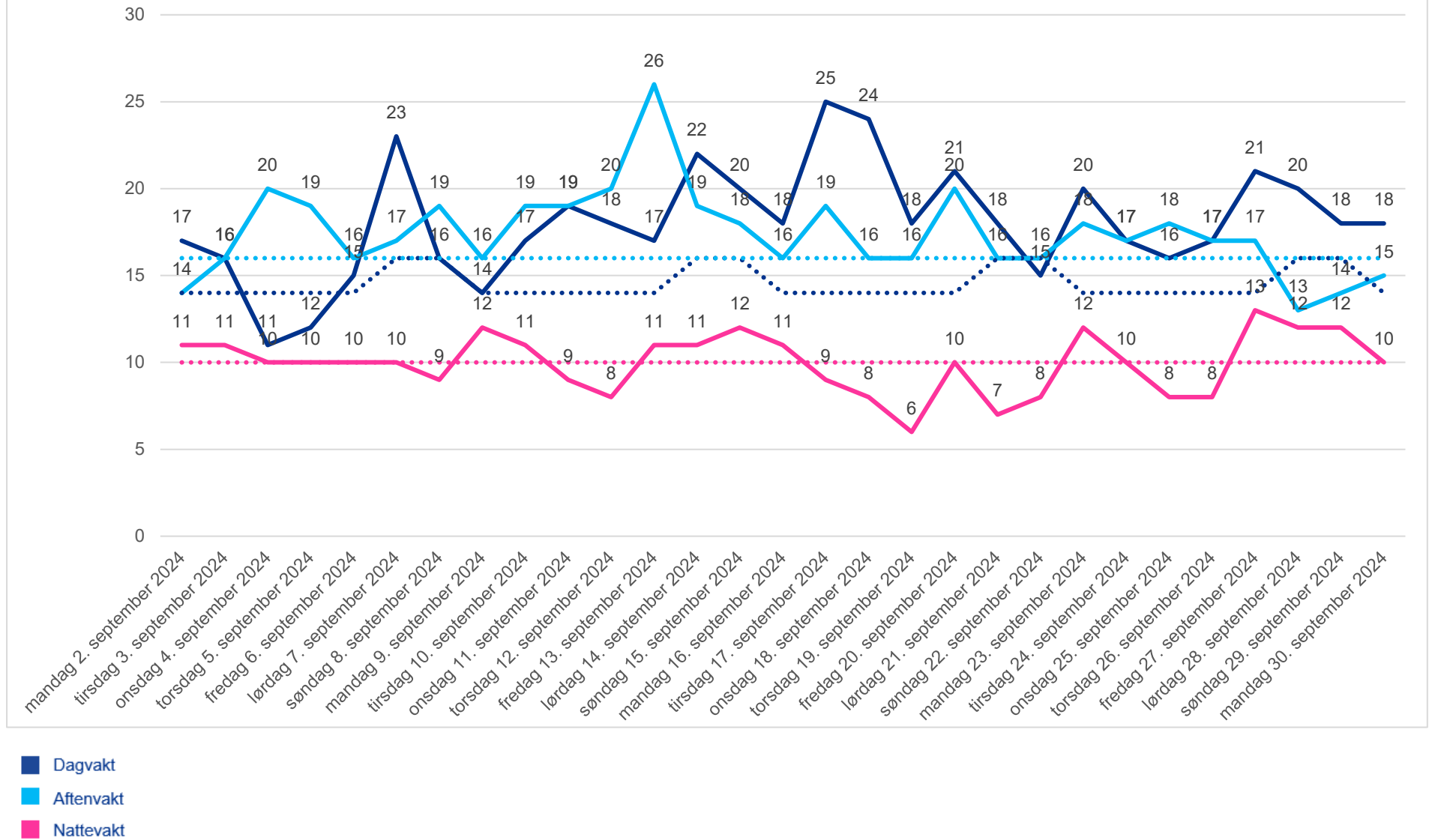
Det rapporteres om en utbredt praksis i å gi personell fri på kort varsel, noe som fører til forskyvninger og overtid. Prinsipielt bør legevakten være forsiktig med å gi fri på natt og helgevakter, der bemanningen er mest sårbar. Fridager gitt i «bytte med avdeling» må alltid byttes mot tilsvarende vakt eller dagvakt byttes mot senvakt/natt/helg. Avtaler om «bytte med avdeling» må ikke komme skjevt ut for arbeidsgiver, og spesielt ikke i en situasjon der det eksisterer overskuddspersonell som følge av heltidskultur.

Allmennlegevakten bør tilstrebe at ansatte ikke har store mengder minustimer, da det ifølge turnusplanlegger finnes flere eksempler av ansatte som har sluttet eller gått ut i permisjon med minustimer i bank. Når ansatte slutter med minustimer i bank har legevakten utbetalt lønn til ansatte for vakter de ikke har gått.

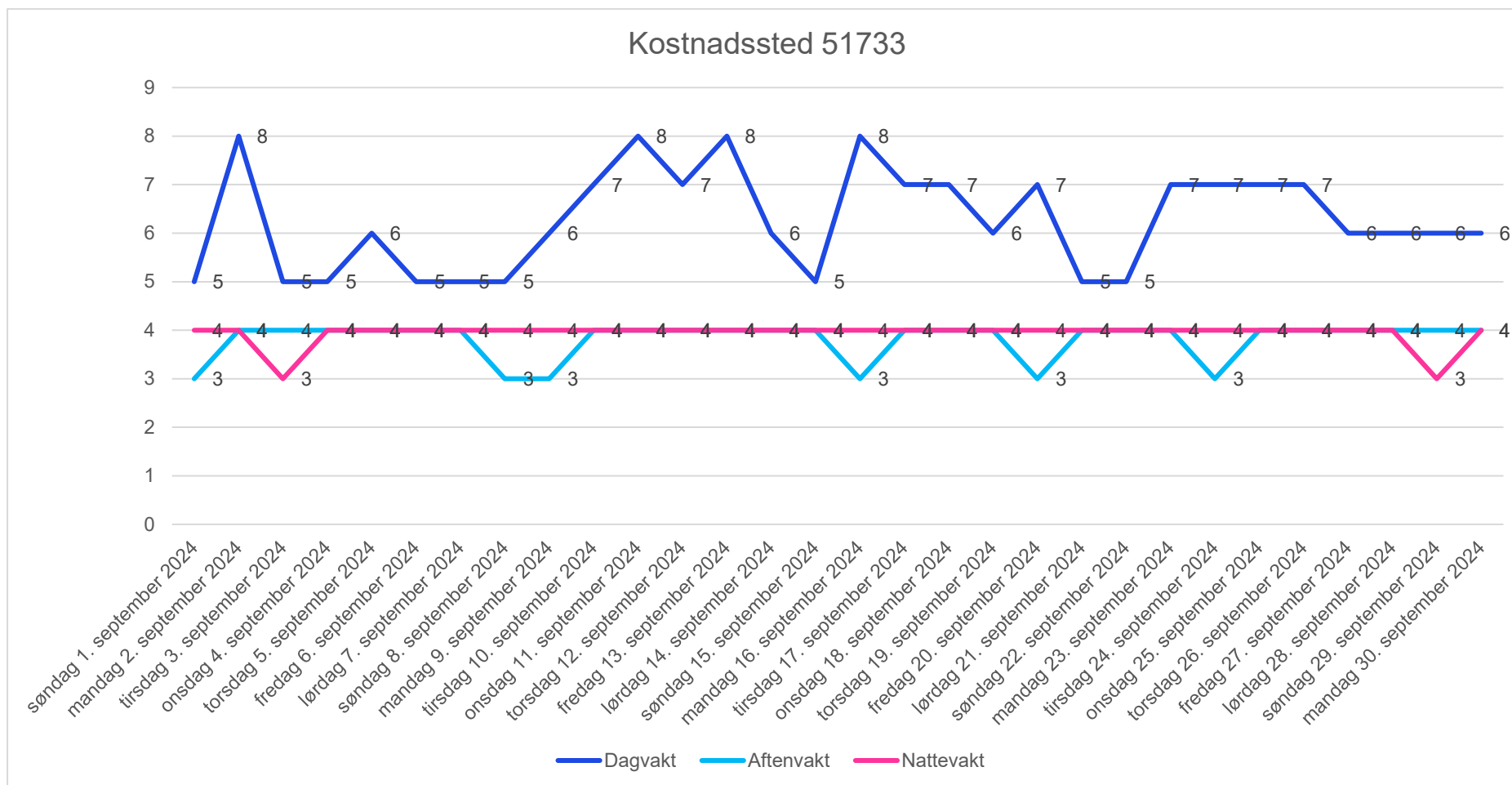
Ferie - spesielt viktig for overholdelse av god økonomi- og ressursstyring

Ferieavviklingen på Allmennlegevakten er ved alle seksjoner lagt opp til at de ansatte blir gitt tre uker sammenhengende ferie innenfor fellesferieperioden. De resterende to ukene tas ut i løpet av resterende år. Dette er en god løsning for arbeidsgiver og minimerer behovet for innleie i sommermånedene, i motsetning til hvis arbeidsgiver gir fire uker sammenhengende ferie. Selv om legevakten har jobbet godt over flere år med å minimere friksjon i form av innleie og overtid i ferieavviklingen, ønsker KPMG å påpeke nødvendigheten med å ikke bare planlegge de tre ukene som er lagt til fellesferien. Ved innføring av kalenderplan må man påse at all ferie er planlagt gjennom året.

Kostnadssted 51735



Figur 10: Pleiepersonell på jobb på legevaktseksjonen (51735) gjennom september måned. Stiplet linje illustrerer minimumsbemanning.



Figur 11: Pleiepersonell på jobb på Observasjonsposten (51733) gjennom september måned.

OBS-posten (51733) har to faste dagstillinger som er trukket ut av tellingen. Disse vaktene har betegnelse DL.

Uttrekk fra GAT – september måned - variasjon i planleggingen

KPMG har tatt uttrekk fra GAT for å se på variasjon i bemanningsplanleggingen for september måned. Se til figur 10 og 11 på forrige side.

Forklaring til Figur 10

- Mørkeblå linje illustrerer planlagt bemanning på dagvakt.
- Lyseblå linje illustrerer planlagt bemanning på aftenvakt.
- Rosa linje illustrerer planlagt bemanning på nattevakt.
- Stiplede linjer i de forskjellige fargene viser minimumsbemanning slik den er vedtatt i dag.

Figur 10 illustrerer stor variasjon i hvor mye pleiepersonell som er på jobb til enhver tid på legevaktseksjonen. Enkelte dagvakter er det mellom 20 – 25 ansatte på jobb, selv om bemanningen forsøkes planlagt til 14 personer på dagvakter i ukedagene. Det er ikke uvanlig for enheter i helsevesenet som drifter døgnbasert at det er en opphopning av personell på dagtid på enkelte ukedager, når man har heltidskultur som målsetning. På legevaktssentralen informeres det om 15 helgestillinger, noe som bidrar i å redusere overbemanning på ukedager.

Når situasjonen er som den er, er det lite som skulle tilsi at det er behov for å leie inn personell på dagtid. Seksjonen bør ha godt med spillerom for å sette av tid til opplæring, fagarbeid og kursing, som konsekvens av overoppopping av personell på dagtid i ukedagene. Å benytte overtid eller forskyvning for å dekke opp for personell på kurs e.l. bør unngås. Interndager og kurs må heller flyttes for å tilpasses drift.

Videre er det betydelig variasjon i hvordan aftenvaktene planlegges. Eksempelvis er det identifisert flere datoer der legevakten planlegges med 20 personer på kveldsvakt, og det er identifisert en enkelt fredag er det planlagt med 26 personer. Det fremstår lite hensiktsmessig å planlegge for en så stor variasjon i bemanningen på en enkelt dag i måneden.

For nattevakter er variasjonen betraktelig mindre. Dette kommer trolig som en konsekvens av at helger og nattevakter planlegges først i bemanningsplanen.

Kombinasjonen av heltidskultur og ufleksible fagforeninger gir ofte «symptomene» vi ser i figur 10 .

Allmennlegevakten har i dag en avtale med fagforeninger om at ansatte kompenseres ved å gå 2 ekstra helger i året, fra 17 til 19 helger. Avtalen gjør det mulig å redusere videre overforbruk av personell på dag/aften, men to helger per år er ikke omfattende nok til å redusere opphopning av personell på dagtid tilstrekkelig. Denne avtalen bør utvides med en eller flere ekstra helger per år, eller en bør innføre andre fleksible ordninger for økt helgebemanning relativt til ukedager, dersom det lar seg gjøre. Det er interessant å ansette sykepleiere i rene helgestillinger, men dette er utfordrende av to grunner. For det første bryter det med prinsippet om heltidskultur og for det andre er det få sykepleiere som ikke allerede er i jobb.

Flyt og fleksibilitet internt på legevakten

Ordinær legevaktssentraldrift ved legevaktseksjonen har delt oppgavene for pleiepersonell opp i ulike arbeidsstasjoner. Flere av disse arbeidsstasjonene/arbeidsoppgavene krever lang erfaring og opplæring for å kunne betjenes. I intervju med ledere og bemanningskoordinatorer kommer det frem at det er en viss motstand blant en stor gruppe av personalet til å arbeide på flere av arbeidsstasjonene. Dette begrunnes i mangel på opplæring og tilhørighet til team. Tabellen under viser de forskjellige oppgavene listet opp i GAT.

Team 1 logistikk	Team 2 koordinator	Mottak – MTS
Team 1 Båre	Team 1 Rusobservasjon	Team 1 Sykepleier
Team 1 Venterom	Team 2 Barn	Team 2 Sykepleier
Mottak Pre-triage	Team 2 Helsesekretær	Team 2 Lab

KPMG anbefaler Allmennlegevakten å tilstrebe å gi personell opplæring i flere arbeidsstasjoner så snart det er hensiktsmessig. Desto flere i ansattgruppen som behersker ulike deler av oppgavefordelingen jo enklere vil det være å finne tilgjengelig personell ved fravær. Det vil også være enklere å planlegge drift på lang tid og gjøre rokkeringer innad i skift i dag-til-dagstyringen. Eksempelvis kan koordinatorene ha selvstendig ansvar for å flytte mellom arbeidsstasjoner. Erfarne sykepleiere bør alle trenes i å gå på tvers for å redusere siloeffekter, og eksisterende dashboards er effektiv beslutningsstøtte for å vurdere hvor en trengs mest.

På legevaktsentralen er det minst en ansatt som arbeider delt stilling mellom LVS og bemanner triage for legevakten. Dette kan fremstå som en lur løsning, der ansatte drar nytte av erfaring fra begge arbeidsstedene. Leder ved legevaktsentralen påpeker at dette er en god ordning som de gjerne ser mer av.

Ved fremtidige ansettelser på legevakten bør det inngå i arbeidskontrakten at ansatte må være innforståtte med å arbeide på alle de forskjellige «enhetene» etter tilstrekkelig opplæring.

Styringsdata gjennom dashboards

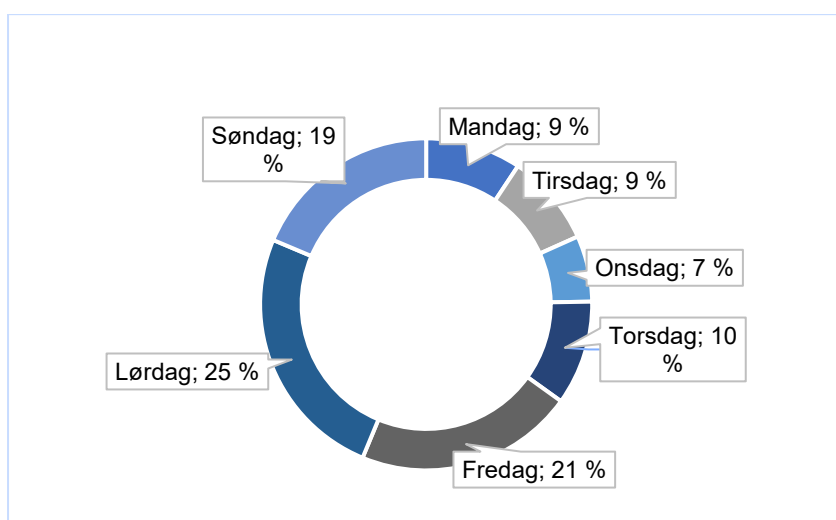
Legevakten benytter i dag et Power BI-dashboard som gir tilgang på statistikk for konsultasjoner, oppmøtetid, ventetid, behandlingstid med mer. Dashboardet gir ikke tilgang til data fra bemanningssiden. Dette gjør det vanskelig å sammenligne pasienttrykk og bemanningsdata. Manglende styringsdata presentert gjennom dashboards fører til at dagens turnusplanleggere ikke har tilgang til tilstrekkelig informasjon i utarbeidelsen av turnusplaner. Under intervju med ledere og bemanningsplanleggere var det ingen av de spurte, utenom leder på legevaktsentral, som i dag arbeider med turnusplanlegging på legevakta som benyttet styringsdata i bemanningsplanleggingen ut over det som eksisterer i GAT.

KPMG anbefaler legevakten å aktivt benytte seg av dashboards som hjelpemiddel og styringsverktøy, noe som vil skape en mer oversiktlig og målrettet drift. Utvikling av dashboards som inneholder statistikk fra personalsiden og pasientsiden gjøre det mulig å sammenligne måltall som overtid og sykefravær ned på skiftnivå for å sammenligne faktiske tall med planlagte og se hvor i turnusen man «bommer». Her kan legevakten få et styrket grunnlag for turnusbeslutninger gjennom analyser av faktiske tall mot planlagte tall. Dashboards bør utvikles til å inneholde datagrunnlag fra journalsystem, noe som vil gi innsikt i pasienttrykk og produktivitet, data fra GAT, som vil gi oversikt over bemanning ved legevakta, overtidstimer og fravær, samt data fra økonomisystemet, som kan vise konsekvensene av ugunstig planlegging.

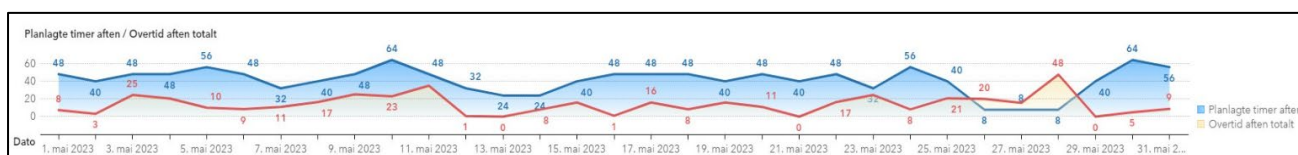
Under følger tre ulike eksempler på et slike dashboards som viser fordelingen av overtidstimer på dag, aften og natt for hver ukedag gjennom året, overtidsfordeling gjennom ukedager og overtid mot planlagt tid.

År ▼	2023			
Ukedag (tilpasset) ▲	Overtid dag totalt	Overtid aften totalt	Overtid natt totalt	Overtidstimer totalt
Total	269	342	804	1 415
Mandag	27	19	86	132
Tirsdag	31	40	56	127
Onsdag	18	25	49	91
Torsdag	18	39	88	144
Fredag	32	87	183	302
Lørdag	70	66	219	355
Søndag	73	67	125	264

Figur 12 – Eksempel på uttrekk fra dashboard som viser overtidstimer fordelt på ulike vakter per uke, gjennom et år.



Figur 13 – Eksempel på dashboarddata som illustrerer hvilke dager det benyttes overtid. Kan brukes til å beregne mer presis bemanning. Eksemplet er hentet fra en sykehusavdeling KPMG har arbeidet med tidligere



Figur 14 – Eksempel på data-uttrekk fra dashboard, figuren viser overtidbruk på aftenvakter på en norsk sengepost. Figuren kan hjelpe med å planlegge fremtidig bemanning med utgangspunkt i historiske data.

Anbefalinger

- KPMG anbefaler at legevakten innfører kalenderplan omgående. En kalenderplanperiode bør strekke seg over et helt år og alt av fravær bør planlegges inn. Dette gir fordeler til både personalgruppen som får mer forutsigbarhet og sikrer bedre økonomi- og ressursstyring for legevakten.

Under kartleggingen kommer det frem at enkelte fagforbund har uttalt motstand til overgang til kalenderplan. KPMG anbefaler derfor at Helseetaten/Allmennlegevakten og aktuelle fagforbund går i dialog for å forsøke å løse dette på en måte som gagnar alle parter. I dag opplever Legevakten økonomiske utfordringer knyttet til dag-til-dagstyring.

- Intern gjennomgang av styrende prinsipper for bemanningsplanlegging. Legevakten tilstreber i dag stor grad av ønsketilpasning til arbeidstakere. Hensikten med dette er god, men legevakten oppfordres til å legge tydelige linjer for hvor langt strikken kan tøyes og dermed sikre at ansatthensyn ikke går ut over driftshensyn og bemanningsnivå.
- Etterlevelse av bemanningsplanleggingen. Legevaktseksjonen bør tilstrebe å gjøre så få endringer i oppsatt planperiode som mulig etter at planen er lagt. Ved eventuelle «bytter med avdeling» må det avtales før byttet gjennomføres at tilsvarende vakt eller natt/helg skal jobbes inn for å dekke friperiode. Legevakten har som utgangspunkt et overskudd av personell på dagtid. Derfor er det mindre attraktivt for arbeidsgiver at ansatte jobber inn vakter der de har fått fri på dagtid.
- Legevakten oppfordres til å øke opplæring på de ulike arbeidsstasjonene for en større gruppe av personalet. Dette vil øke fleksibiliteten i personalgruppen og gjøre det enklere å sette opp bemanningsplaner, men også justere hvor enkeltansatte arbeider fra dag til dag etter pasienttrykk.
- Fortsette tredelt ferieavvikling. Denne ordningen har vist seg å gi positive resultater for legevakten, og det anbefales å inkludere resterende ferieuker i årsturnusen ved overgang til kalenderplan.
- Helseetaten/Allmennlegevakten anbefales å utvikle eksisterende dashboards, eller utvikle et nytt dashboard som gir tilgang til sammenstilling av historisk data fra pasientsiden og personalsiden samtidig. Dette vil gjøre det enklere å ettergi lagte planer og analysere endringsbehov for kommende bemanningsplaner.

Risikomatrixe bemanningsplanlegging

		Vurdert effekt på kriterier				Risiko for utilsiktede konsekvenser ekskl. kostnader	
		God ressurs- og økonomistyring	Helsebringende turnuser	Trefferikkert bemanningsnivå	Ansatttehensyn	SANSYNLIGHET	KONSEKVENNS
Vurderte tiltak	Innføring av kalenderplan	✓	✓	✓	✓	HØY	LAV
	Etablere styrende prinsipper	✓	✓	✓	✓	MIDDELS	MIDDELS
	Kontroll av etterlevelse	✓	✓		?	HØY	LAV
	Kryssopplæring	✓		✓	?	LAV	MIDDELS
	Utvikling dashboards	✓		✓		LAV	LAV

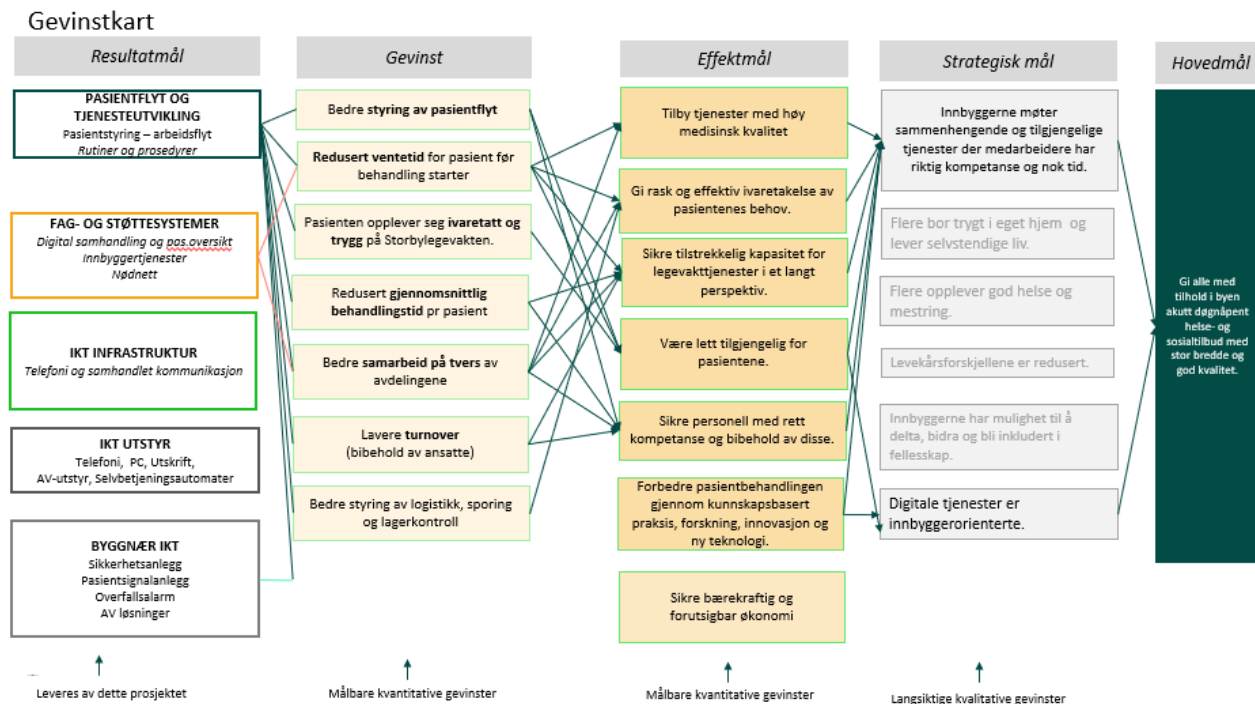
Figur 15: Risikomatrixe bemanningsplanlegging.

Når det kommer til risiko for utilsiktede konsekvenser eksklusive kostnader har vi vektlagt følgende:

- Ved å innføre kalenderplan er det høy sannsynlighet for at Allmennlegevakten vil møte motstand fra fagforeninger og enkeltansatte som er fornøyd med rullerende turnus slik det fungerer i dag. Konsekvens av dette vurderes til lav. Begrunnelse ligger i at dette tiltaket er innført i deler av Allmennlegevakten (Obspost) og i de fleste moderne helseinstitusjoner i dag, og det er lite som skulle tilsi at legevakten ikke er moden for innføringen av kalenderplan.
- Ved å etablere styrende prinsipper for bemanningsplanleggingen vurderes både sannsynlighet og konsekvens til middels. At legevakten prioriterer driftshensyn før ansattønsker kan skape frustrasjon i personalgruppen. Det er allerede vanskelig for flere å få tilpasningen mellom jobb og familieliv til å gå opp. Innskrenkning av ønsker kan eksempelvis føre til at enkelte avslutter sitt arbeidsforhold, men må likevel vektas opp mot god ressurs- og økonomistyring.
- Kontroll av etterlevelse vurderes til høy sannsynlighet, men lav konsekvens. Ansatte vil trolig motsette seg å ikke bli gitt fri på kort varsel hvis de forventer det, slik legevakten opererer i dag. Dette kan medføre frustrasjon fra enkelte ansatte og rigide styringslinjer rundt bemanningskabalene vil trolig oppfattes som upopulært. Konsekvensene vurderes likevel til lavt da dette praktiseres i høy grad ved andre helseinstitusjoner.
- Sannsynligheten for utilsiktede konsekvenser ved å innføre kryssopplæring vurderes til lav. Det er trolig få som vil motsette seg å motta opplæring på flere arbeidsstasjoner, men det er en middels risiko for at noen opplever dette som krevende og dermed potensielt finner seg ny arbeidsgiver.
- Utvikling av dashboards vurderes til ikke å ha utilsiktede konsekvenser utover økte kostnader.

4 VEDLEGG

Vedlegg 1: Gevinstkart



Vedlegg 2: Intervjuellogg

Navn og tittel	Tidspunkt
Hilde Hamre, <i>Etatsdirektør</i>	fredag 24. mai 2024 13:15-14:15
Stine Wågsås, <i>Avdelingsdirektør - Psykososiale tjenester</i>	fredag 14. juni 2024 12:30-13:20
Elie Christine Holm Montanarelli, <i>HR</i>	fredag 24. mai 2024 10:30-11:30
Heidi Skottene, <i>Tjenestedesigner</i>	fredag 24. mai 2024 09:00-10:00
Kristine Wingård Johansen, <i>Prosjektleder</i>	fredag 24. mai 2024 12:00-13:00 onsdag 4. sep 2024 13:30-14:00
Bushra Noreen Hussain, <i>Controller</i>	torsdag 23. mai 2024 13:30-14:30
Anne Kjersti Tangen, <i>Leder Legevaktssentralen</i>	torsdag 8. aug 2024 10:30-11:00
Arve Halsen, <i>Assisterende seksjonsoverlege</i>	torsdag 8. aug 2024 09:00-09:45
Eva Eugenia Johannessen, <i>Bemanningskoordinator</i>	tirsdag 6. aug 2024 14:00-14:50
Hege Therese Ruud Karlsen, <i>Seksjonsleder Obs-posten</i>	tirsdag 6. aug 2024 10:30-11:15
Pål Christian Hansen, <i>Avdelingssykepleier</i>	torsdag 8. aug 2024 14:00-14:50
Petter Sundby, <i>Bemanningskoordinator</i>	tirsdag 6. aug 2024 12:00-12:50
Hena Anwar, <i>Turnuskoordinator for sykepleiere</i>	mandag 26. aug 2024 13:00-14:00
Beate Nilsen, <i>Seksjonsleder for legevakten</i>	tirsdag 27. aug 2024 13:00-14:00