Hälso- och sjukvårdsnämnden

Styrning och kontroll över personalkostnader

Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte har säkerställt en tillräckligt utvecklad styrning och kontroll över bemanning och personalkostnader inom sjukhusvården. Av granskningen framgår att flera av verksamheterna har återkommande underskott i förhållande till sina personalbudgetar. En väsentlig orsak till underskotten är att merkostnader för hyrpersonal inte ingår i fastställda budgetar. Redan i början av verksamhetsåret redovisar flera av verksamheterna underskott i förhållande till sina personalbudgetar. Vi anser att detta förhållningssätt inte är förenligt med kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning. Nämnden måste säkerställa en budgetberedning som tar hänsyn till kända kostnader. Handlingsplaner för att uppnå budgetmål måste vara realistiska och prövade med hjälp av riskanalyser.

Positivt är att både nämnden och verksamheterna har god tillgång till ekonomiska uppgifter för att upptäcka budgetavvikelser. Bland de granskade enheterna finns exempel på åtgärder som vidtagits med gott resultat för att komma tillrätta med för höga personalkostnader.

Granskningen visar också att nämnden inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att bemanningen utgår från de behov som finns av vård. Alla verksamheter har inte infört en väl fungerande modell för produktions- och kapacitetsplanering. För flera av verksamheterna saknas det fördjupade analyser om bemanningen är tillräcklig för att klara bedömt behov av vård.

Mot bakgrund av våra iakttagelser lämnar vi följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Säkerställ en budgetberedning som tar hänsyn till alla kända kostnader. Säkerställ att handlingsplaner m.m. för att uppnå budgetmål är realistiska och prövade med hjälp av dokumenterade riskanalyser.
- Säkerställ att en väl fungerande modell för produktions- och kapacitetsplanering införs för alla verksamheter. Säkerställ att verksamheterna med hjälp av modellen genomför fördjupade analyser av verksamheternas behov av bemanning.

Västerbottens läns landsting
Landstingshuset, Köksvägen 11, 901 89 Umeå
Telefon: 090-785 00 00, telefax: 090-13 68 82
E-post: landstinget@vll.se Org.nr: 232100-0222
VAT-nr: SE232100022201 Bankgiro 5728-3061

- Fortsätt det påbörjade arbetet med personal- och kompetensförsörjning, effektiviseringar m.m. i syfte att minska behovet av inhyrd personal.
- Säkerställ att val av arbetstidsmodeller utgår från analyser av verksamheternas behov av personal. Se till att de anvisningar som tagits fram för tillämpningen av arbetstidsmodellerna följs upp.

Vid revisorernas överläggning den 25 januari 2017 beslöt revisorerna enhälligt att ställa sig bakom slutsatser och rekommendationer i detta missiv. Missiv och underliggande rapport (nr 15/2016) lämnar revisorerna för yttrande till hälso- och sjukvårdsnämnden. Yttrande med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder ska lämnas till revisionskontoret senast den 24 maj 2017.

För landstingets revisorer

Christer Fessé
Ordförande

Bert Öhlund
Vice Ordförande

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av landstingets styrning av bemanning och personalkostnader

Rapport nr 15/2016

Västerbottens läns landsting

Januari 2017
Anders Hellqvist och Mikaela Bengtsson, Ernst & Young AB
Diarienummer: REV 42:2–2016

2016

Granskning av landstingets styrning av bemanning och personalkostnader

Västerbottens läns landsting

EY

Mikaela Bengtsson

Anders Hellqvist

Building a better working world

Innehåll

Sammanfattning **3**

1. Inledning **3**

1.1. Bakgrund 5

1.2. Syfte och revisionsfrågor 5

1.3. Avgränsning 6

1.4. Revisionskriterier 6

1.5. Metod 6

2. Personal- och bemanningsstyrning vid granskade kliniker **7**

2.1. Granskade verksamheter och arbetstidsmodeller 7

2.2. Vuxenpsykiatriska kliniken i Skellefteå 8

2.3. Kvinnokliniken i Umeå 9

2.4. Hjärtcentrum Umeå 10

2.5. Akutsjukvården Västerbotten 10

2.6. Kirurgkliniken Lycksele 12

2.7. Medicin/geriatrikkliniken Skellefteå 13

2.8. Bedömning utifrån de granskade verksamheterna 14

3. Landstingsövergripande styrning av personalkostnader **15**

3.1. Ansvar och organisation 15

3.2. Anvisningar för tillämpning av arbetstidsmodeller 16

3.3. Arbete för att minska beroendet av hyrpersonal 17

3.4. Uppföljning av personalkostnader 18

3.5. Bedömning 19

Av vad som framkommit i granskningen upplever verksamheterna systemstöd och stödet från ekonomi och HR som bra. 19

4. Budget- och planeringsprocessen **20**

4.1. Planeringsprocessens utformning och ansvarsroller 20

4.2. Konkret planeringsprocess på kliniknivå 21

4.3. Vår bedömning 22

5. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer **23**

5.1. Svar på revisionsfrågor 23

5.2. Sammanfattande bedömning och rekommendationer 27

Bilaga 1: Förteckning över intervjuade funktioner **28**

Bilaga 2: Dokumentförteckning 30

Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i Västerbottens läns landsting granskat styrningen av hälso- och sjukvårdens personalkostnader.

Syftet med granskningen är att är att ge revisorerna underlag för att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) säkerställt en effektiv och patientsäker bemanning av hälso- och sjukvårdens verksamheter. Syftet har också varit att besvara huruvida HSN har vidtagit åtgärder utifrån den genomförda översynen av arbetstidsmodeller och om nämnden haft tillräcklig kontroll och uppföljning av de åtgärderna.

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår sammanfattande bedömning hälso- och sjukvårdsnämnden i några avseenden har säkerställt en styrning som ger goda förutsättningar att styra, initiera åtgärder, följa upp och identifiera avvikelser i tid när det gäller personalkostnadernas utveckling.

Det finns emellertid utvecklingsmöjligheter som kan förvekligas genom att systematiska metoder för produktions- och kapacitetsplanering införs i alla verksamheter och att val av arbetstidsmodell i högre grad utgår från verksamhetens behov.

Slutligen är vår bedömning att det finns en bristande måluppfyllelse. Kostnaderna för inhyrd personal är den enskilt största anledningen till att en okontrollerad ökning av kostnaderna sker varför det bedöms som angeläget att de aktiviteter som pågår för att minska beroendet intensifieras. Det är enligt vår mening ur flera perspektiv bristfälligt att budgeteringen inte tar höjd för merkostnader för inhyrd personal. Flera av verksamheternas budgetar bedöms vara orealistiska redan från början då sannolikheten att verksamheten kommer att bedrivas med inhyrd personal är mycket stor, inte minst i ett län som Västerbotten. Den princip som landstinget tillämpar bedöms också begränsa möjligheterna att skapa god budgetdisciplin.

Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden genomfört analyser och vidtagit adekvata åtgärder utifrån den genomförda översynen av arbetstidsmodellerna.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Tillse att implementeringen av produktions- och kapacitetsplaneringsmodellerna intensifieras.
- Tillse att det långsiktiga arbetet med att rekrytera kompetens, analysera arbetsorganisation och bemanningsoptimering för att därigenom minska beroendet av inhyrd personal intensifieras. Det finns flera skäl utöver det ekonomiska att minska detta beroende.

- Tillse att en utredning initieras av om valet av arbetstidsmodeller i tillräcklig grad sker utifrån verksamhetens behov.
- Tillse att arbetet enligt de anvisningar som tagits fram för tillämpning av arbetstidsmodellerna följs upp.
- Överväg förändringar av hur förväntade merkostnader för inhyrd personal ska hanteras i budgetarbetet och nogsamt följa utvecklingen utifrån lagd budget och prognos. Budgetarna bör präglas av realism och vara välförankrade.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Bemanning av hälso- och sjukvårdens verksamheter är en central och strategisk fråga för landstinget. Dels är bemanningstätheten vid respektive enhet av stor betydelse för innehållet och kvaliteten i vården dels påverkar bemanningen kostnaderna väsentligt då personalkostnaderna utgör en stor andel av landstingets totala kostnader. För år 2015 utgjorde ökade personalkostnader en väsentlig del av det underskott som hälso- och sjukvårdsnämnden redovisade. Nämnden har också uppmärksammat de ökade personalkostnaderna under 2015 och även initierat en översyn av de arbetstidsmodeller som används. Översynen konstaterade bland annat:

- att enheterna i flera fall inte tillämpade modellerna som det var tänkt
- att det var svårt för enheterna att följa upp modellerna ur ett kostnadsperspektiv

Bemanning av sjukvårdens verksamhet kan sägas vara en fråga där ledningen ska balansera mellan tre olika styrparametrar; kostnader, patientsäkerhet och behovet av att vara en attraktiv arbetsgivare.

Mot bakgrund av den riskanalys som revisorerna gjort har EY fått i uppdrag att genomföra en fördjupad granskning av landstingets styrning och kontroll av personalkostnaderna.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) säkerställt en effektiv och patientsäker bemanning av hälso- och sjukvårdens verksamheter.

För att uppnå syftet ska granskningen besvara delfrågorna; Har Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt:

- att de olika verksamheternas personalbudgetar bereds på ett ändamålsenligt sätt?
- att verksamheterna har tillräcklig kontroll över att personalkostnaderna inte överstiger budgeterade personalkostnader?
- att bemanningsmålen är satta utifrån en analys av behovet?
- att schemaläggningen anpassas till produktionsbehovet?
- att verksamheterna inför beslut om verksamhetsplaner och bemanningsmål bedömt risker och konsekvenser med hjälp av dokumenterade riskanalyser?

- att verksamheterna har en tillräcklig uppföljning av personalkostnader?
- att hälso- och sjukvårdsnämnden med hjälp av uppföljning hållit sig informerad om att bemanningen är effektiv och patientsäker?

Dessutom är syftet att besvara frågan huruvida hälso- och sjukvårdsnämnden har vidtagit åtgärder utifrån den genomförda översynen av arbetstidsmodeller och om nämnden haft tillräcklig kontroll och uppföljning av de åtgärderna.

1.3. Avgränsning

Granskningen är på operativ nivå avgränsad till avdelningar med heldygnsverksamhet och bemanning yrkesgrupperna sjuksköterskor, undersköterskor, medicinska sekreterare (vårdadministratörer) samt till skötare inom psykiatrin. Urvalet av avdelningar framgår av genomförandet nedan.

1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Revisionskriterier kan även utgöras av vedertagen praxis eller etablerad kunskap inom området.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- Kommunallagen
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Landstingsplan 2016-2019 inkl. årlig plan för 2016
- Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente

1.5. Metod

Granskningen är genomförd i form av dokumentgranskning och intervjuer med chefer på olika nivåer. Urval och intervjuade funktioner framgår av bilaga 1. Granskade dokument framgår av bilaga 2.

2. Personal- och bemanningsstyrning vid granskade kliniker

I detta avsnitt beskrivs de granskade verksamheternas personalsituation och arbete med att anpassa personalkostnaderna med verksamhetsbehovet. Inledningsvis ges också en beskrivning av de arbetstidsmodeller som tillämpas inom VLL.

2.1. Granskade verksamheter och arbetstidsmodeller

Granskningen har avgränsats till följande verksamheter:

- Vuxenpsykiatriska kliniken i Skellefteå
- Kvinnokliniken i Umeå
- Hjärtcentrum Umeå
- Akutsjukvården Västerbotten
- Kirurgkliniken Lycksele
- Medicin/geriatrikkliniken Skellefteå

Dessa verksamheter utgör egna kliniker (basenheter). Akutsjukvården är en länsklinik. Övriga är kliniker vid respektive sjukhus.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har begränsat antalet tillåtna arbetstidsmodeller till fyra varav tre bygger på någon typ av val från medarbetarna. Den fjärde modellen är ett fast schema där medarbetarna är placerade i ett schema som sträcker sig över hela året eller flera år. De tre varianterna fungerar på följande vis:

Modell 1 ("modifierad 3-3 modell")	Modellen grundar sig på ett fast schema men är designad för mer återhämtning och större flexibilitet. Sammanhängande ledighet ska vara mellan två och fyra dagar. Den totala arbetstiden består förutom schemalagd tid av bufferttid och förtroendetid. Bufferttid används för korttidsfrånvaro, högre vårdtyngd m.m. Förtroendetid är egen tid som ska användas för friskvård och kompetensutveckling.
Modell 2 ("Tidbank-modellen")	Medarbetarna kan välja när de ska arbeta utifrån ett fastlagt bemanningsbehov som ska fyllas. Schemat är lättare att anpassa till behovet och ger för medarbetaren högre ersättning och arbetstidsförkortning nattetid för obekväm arbetstid. Mer- och övertid kompenseras i tid.
Modell 3 ("Saldo-modellen")	Samma som modell 2 men med möjlighet att få kompensation för mer- och övertid i både tid och pengar.

Modell 1 bygger på principen 3/3 vilket innebär att man arbetar tre dagar och är ledig tre. Det är dock en modifierad variant vilket innebär att modellen med 3/3 inte följs helt. Man arbetar 2-4 dagar och är ledig 2-4 dagar. För att en verksamhet ska kunna använda modell 1 till 3 krävs att minst 75 % av medarbetarna vill använda modellen. Dessa arbetstidsmodeller gäller så kallad 24/7-verksamhet, det vill säga dygnet-runt-verksamhet.

De verksamhetsområden som beskrivs nedan bedriver samtliga både dagtidsverksamhet vid mottagningar samt 24/7-verksamhet som äger rum hela veckan.

2.2. Vuxenpsykiatriska kliniken i Skellefteå

Kliniken består av fem mottagningar samt tre avdelningar i Skellefteå. Dessutom finns mottagningar på andra orter i södra Lappland. Kliniken ger specialistvård till vuxna när det gäller allmänpsykiatri, psykosvård och beroendeproblematik.

Status kompetensförsörjning	Kliniken är för närvarande i balans med alla yrkesgrupper utom psykologer och specialistläkare. Det finns ekonomiskt utrymme att anställa, enligt verksamhetschefen. Beroendet av hyrläkare är ohållbart i längden, enligt verksamhetschefen.
Anser ledningen att de har ett tillräckligt bra systemstöd för att följa personal-kostnaderna?	Ja.
Hur följer verksamhets-området upp personalkostnaderna	Verksamhetschefen har kontinuerlig dialog med controller. Controllerstödet upplevs som bra. Den standardiserade månadsrapporten analyseras tillsammans med controllern. Det sker inga stora svängningar i personalekonomin under året. Vid sådana situationer tas kontakt med överordnad chef. En redigerad variant av månadsrapporten skickas vidare till hälso- och sjukvårdsdirektören.
Vilka arbetstidsmodeller används?	Ingen. Traditionellt tvättstugeschema tillämpas, vilket innebär att medarbetarna lägger sitt eget schema under en viss period. Schemakrockar hanteras av två utsedda medarbetare på varje avdelning. En av modellerna testades tidigare men ansågs driva kostnader uppåt, därmed gick man tillbaka till nuvarande tvättstugeschema. Nytt schema upprättas var 15:e vecka.

Hur fastställs personalbehovet?	Grundbemanningen bygger på historisk dimensionering. Ingen förutsättningslös kompetens-behovsanalys är genomförd de senare åren. De intervjuade menar att det finns risker med en för låg grundbemanning, bland annat ur kostnadssynpunkt. I det operativa skedet görs avstämningar av personalläget varje morgon och då kan omfördelningar göras mellan olika enheter.
Ekonomisk status	Överskott ca 2,9 mnkr 2016.

2.3. Kvinnokliniken i Umeå

Kliniken består av tre avdelningar, tre mottagningar samt operations-verksamhet. Operationsverksamheten bedrivs förutom läkare av personal från Operationscentrum. Enligt de intervjuade i ledningen ökar vårdbehovet kontinuerligt i takt med att antalet förlossningar ökar. Dessutom blir föräldrar allt mer krävande och fler människor än tidigare har idag möjlighet att skaffa barn.

Status kompetensförsörjning	Det råder rekryteringsbehov av specialistläkare men kliniken hyr inte läkare utan löser det med befintlig personal. Prognosen är att det snart kommer att uppstå en brist på barnmorskor.
Anser ledningen att de har ett tillräckligt bra systemstöd för att följa personal-kostnaderna?	Ja.
Hur följer verksamhets-området upp personalkostnaderna	Verksamhetschefen har kontinuerlig dialog med controller. Controllerstödet upplevs som bra. Den standardiserade månadsrapporten analyseras tillsammans med controllern. En redigerad variant av månadsrapporten skickas vidare till hälso- och sjukvårdsdirektören.
Vilka arbetstidsmodeller används?	Ingen, det vill säga fast schema. En av barnmorskorna lägger schema för alla inom heldygnsvården.
Hur fastställs personalbehovet?	Kliniken har nyligen gjort en analys av bemanningen inom slutenvården och kommit fram till att grundbemanningen är för låg och bygger på att alla alltid är friska. Detta genererar höga vikariekostnader och övertidskostnader. Vikariebudgeten är enligt intervjuade verksamhetschef för låg. En stor del av barnmorskorna arbetar vid flera avdelningar och några få personer tjänstgör på alla enheter
Ekonomisk status	Underskott ca 4,4 mnkr 2016.

2.4. Hjärtcentrum Umeå

Hjärtcentrum i Umeå består av enheterna kardiologi, klinisk fysiologi med arytmienheten, hjärt-kärlmottagning inklusive sjukgymnastik, thoraxanestesi och intensivvård thoraxkirurgi- och operation samt thoraxradiologi. Huvudparten av patienterna kommer från akuten. Cirka 400 medarbetare arbetar inom verksamheten.

Status kompetensförsörjning	Det råder brist på sjuksköterskor, framförallt intensivvårdssjuksköterskor. Verksamheten börjar också få svårt att anställa undersköterskor. Inom läkargruppen finns det inom vissa specialiteter, t.ex. arytmi, PSI och klinisk fysiologi, ett fåtal medarbetare som snart kommer att gå i pension. Generellt bedömer dock intervjuad verksamhetschef och avdelningschef att arbetsplatsen är attraktiv och har enkelt att rekrytera, med undantag för de kompetenser som ovan nämnts där det också råder nationell brist.
Anser ledningen att de har ett tillräckligt bra systemstöd för att följa personal-kostnaderna?	Ja.
Hur följer verksamhets-området upp personalkostnaderna	Personalkostnader följs upp månadsvis inom ledningsgruppen. Verksamhetschefen har kontinuerlig dialog med controller. Controllerstödet upplevs som bra. Uppföljningen skickas vidare till hälso- och sjukvårdsdirektören. Faktorer som är svåra att förutsäga är sjukfrånvaro och personalkostnader till följd av detta. Verksamheten har mycket lite inhyrd personal enligt intervjuad verksamhetschef och avdelningschef.
Vilka arbetstidsmodeller används?	Hela verksamheten använder en modell där medarbetarna lägger sitt schema själva, kallad arbetstidsmodell nummer 3.
Hur fastställs personalbehovet?	Verksamheten arbetar med produktions- och kapacitetsplanering enligt den modell som tagits fram centralt.
Ekonomisk status	Överskott ca 530 000 kr 2016.

2.5. Akutsjukvården Västerbotten

Detta är en länsklinik som bedriver akutmottagningarna vid de tre sjukhusen samt ambulansverksamheten i egen regi. Viss ambulansverksamhet i glesbygd är upphandlad. Arbetet på en akutmottagning innebär att

personalen ska behärska många olika situationer och arbetsuppgifter där akut sjuka eller olycksdrabbade barn, ungdomar, vuxna och äldre patienter inkommer med diverse olika diagnoser. Arbetet är varierande och det tar lång tid innan nya medarbetare är fullt insatta i alla olika arbetsuppgifter. Inskolningen anpassas individuellt.

Status kompetensförsörjning	För närvarande råder det inte något rekryteringsbehov enligt intervjuad ledning utom möjligen i Lycksele. Vid akutmottagningen i Umeå finns sedan en tid delvis akutläkarspecialister som ansvarar för läkar-bemanningen. Dessa läkare ingår därför i verksamhetsområdets personal. Övriga läkare är anställda vid respektive specialistklinik.
Anser ledningen att de har ett tillräckligt bra systemstöd för att följa personal-kostnaderna?	Ja.
Hur följer verksamhets-området upp personalkostnaderna	Verksamhetschefen har kontinuerlig dialog med controller. Controllerstödet upplevs som bra även om det varit stor personalomsättning på den funktionen. Verksamhetschefen skulle önska en större närhet till den funktionen. Den standardiserade månadsrapporten analyseras tillsammans med controllern. Dessutom träffar verksamhetschefen avdelningscheferna varje månad plus vid behov. En redigerad variant av månadsrapporten skickas vidare till hälso- och sjukvårdsdirektören.
Vilka arbetstidsmodeller används?	AB-schema, det vill säga fast schema tillämpas i Lycksele. Modell 1 (modifierad 3/3) används vid akutmottagningen men för att ingå i modellen ska man ha genomfört inskolningen och hunnit jobba en tid för att vara lite "varm i kläderna" och kunna vara en fullvärdig ersättare på alla pass. Ambulansen i Skellefteå använder däremot modell 2. Modell 3 används av akutmottagningen i Skellefteå. Ledningen upplever inte att man hittat den optimala arbetstidsmodellen. Bland annat efterfrågar personalen mer tid för återhämtning. Alla modeller anses kräva administration av medarbetare och chefer. Kliniken har valt att lägga scheman på 10 veckor för att minska administrationen.
Hur fastställs personalbehovet?	Bemanningsmålen håller för närvarande på att ses över. Hälso- och sjukvårdsdirektören har initierat en

	översyn av bemanningsmålen vid två avdelningen inom länskliniken. Bland annat görs tidsmätningar. Inflödet till akutmottagningarna ökar och har ökat de senaste åren kontinuerligt.
Ekonomisk status	I Lycksele kan man budgetmässigt anställa om man lyckas rekrytera men i övrigt behöver rekryteringsöverväganden göras mot ekonomin. Underskott ca 3 mnkr 2016.

2.6. Kirurgkliniken Lycksele

Kliniken består av en mottagning, en avdelning samt operationspersonal. Operationsresurserna i Lycksele är organiserade i denna klinik, dock inte anestesiläkare och anestesisjuksköterskor. Kliniken har de senare åren tagit över en stor del elektiv kirurgi från framför allt Umeå men även Skellefteå.

Status kompetensförsörjning	Sjuksköterskorna har tidigare varit trogna trakten men under hösten 2016 slutade fem sjuksköterskor. Till viss del hyr man därför sjuksköterskor för närvarande. Operationspersonal och läkare är i balans med behovet. Generationsväxling bland läkare kommer att fungera enligt verksamhetschefen.
Anser ledningen att de har ett tillräckligt bra systemstöd för att följa personal-kostnaderna?	Ja. Det finns ingen brist på information och data.
Hur följer verksamhets-området upp personalkostnaderna	Verksamhetschefen följer tillsammans med avdelningschefer och controller utvecklingen av personalkostnader varje månad. Speciellt följs vikarie- och övertidskostnader. Analyser beställs från controllern inför dessa möten.
Vilka arbetstidsmodeller används?	Modell 3.
Hur fastställs personalbehovet?	Grundbemanningen bygger på historisk dimensionering. Ingen genomlysning eller omprövning av bemanningsbehovet är gjord de senaste åren.
Ekonomisk status	Underskott ca 1 mnkr 2016.

2.7. Medicin/geriatrikkliniken Skellefteå

Kliniken består av en geriatrisk avdelning samt tre medicinavdelningar. Dessutom finns det en medicinmottagning och en dialysenhet.

Status kompetensförsörjning	Balans råder när det gäller sjuksköterskor och undersköterskor. När det gäller sjuksköterskor är det dock väldigt skört. Generationspuckel är på väg för undersköterskor. Medicinska sekreterare har varit underbemannade men är nu i balans. Brist på specialistläkare men balans när det gäller ST- och AT-läkare. Enstaka läkare hyrs in. Inga stängda vårdplatser. Sjukhuset har en undersköterskepool som anlitas vid behov. Den fungerar dock inte optimalt då det är för få personer som ska täcka hela sjukhusets behov, enligt intervjuad verksamhetschef.
Anser ledningen att de har ett tillräckligt bra systemstöd för att följa personal-kostnaderna?	Ja.
Hur följer verksamhets-området upp personalkostnaderna	Verksamhetschefen har kontinuerlig dialog med controller. Controllerstödet upplevs som bra. Den standardiserade månadsrapporten analyseras tillsammans med controllern och avdelningscheferna. Vid sådana situationer tas kontakt med överordnad chef. En redigerad variant av månadsrapporten skickas vidare till hälso- och sjukvårdsdirektören inför det månatliga mötet med hälso- och sjukvårdsledningen. Denna process har förbättrats det senaste året enligt de intervjuade.
Vilka arbetstidsmodeller används?	Modell 1. Kliniken använder sig av modifierad 3-3. Bufferttiden används för att delvis täcka frånvaro av olika slag. Viss del av bufferttiden förläggs till sommaren.
Hur fastställs personalbehovet?	Förra året gick kliniken med underskott om ca 8 mnkr (personalkostnader) och fick i uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören att göra en total genomlysning av avdelningarnas organisation och bemanning. Likaså övergick man till att endast ha en arbetstidsmodell (tidigare användes två olika). Modifierad 3-3 kräver fler personer i schemat med arbetstidsförkortning men ett krav på genomförd bufferttid som ges tillbaka till arbetsgivaren. Omorganisationen (från fem till fyra avdelningar)

	resulterade i att alla fick söka om sina tjänster. Unikt för omorganisationen var att kliniken behöll sin budget och kunde på detta sätt också finansiera poster som saknade budget. De använder inte viktad vårdpoäng eftersom de anser att diagnoskodningen inte stämmer. Tidigare har man använt en modell där personalen arbetade växelvis på avdelning och mottagning men det har man frångått i den nya organisationen. Orsaken var att det skapade stress och svårigheter att vara uppdaterad på patienterna.
Ekonomisk status	Överskott ca 1 mnkr 2016.

2.8. Bedömning utifrån de granskade verksamheterna

Det kan noteras att de granskade enheterna har avsevärt olika förutsättningar att klara balansgången mellan att kunna rekrytera och bemanna efter behovet med ekonomi i balans. Vissa har god bemanning, vissa har stora rekryteringsbehov och budgetutrymme för det och andra har rekryteringsbehov men inte budgetutrymme för det. Ett exempel på det sistnämnda är kvinnokliniken i Umeå. I några fall är det prognostiserade underskottet orsakat av hyrkostnader vilket innebär att personalkostnaderna minskar om verksamheten bemannas med egen personal.

Budgeteringsprocessen går till på samma sätt vid alla verksamheter enligt den standardiserade processen som beskrivs närmare i avsnitt 4. Den ram som tilldelas upplevs dock av de flesta som tämligen fixerad och bygger på föregående års kostnader, såvida inte beslut om omfördelning av uppdrag mellan kliniker och sjukhus är beslutade. Delaktigheten från verksamhetens sida inträffar först när det ska bestämmas hur tilldelade medel ska användas. Bedömningen är därför att denna senare fas är välfungerande och genererar åtgärder men att processen då ramen fastställs kan ske i närmare samråd med verksamheterna för att nå en bättre styreffekt.

En annan iakttagelse är att valet av arbetstidsmodell visserligen ska föregås av en verksamhetsanalys men den kan inte användas om inte minst 75 % av medarbetarna vill arbeta efter denna. Det har i granskningen inte framkommit något uttalat skäl till varför det inte är upp till ledningen att bestämma vilken av arbetstidsmodellerna som ska väljas. Erfarenheterna från andra landsting är inte entydigt att valfrihet av modeller och arbetstider skapar mer välfungerande och konfliktfria arbetsplatser.

Flera av de granskade verksamheterna har genomfört ändringar av arbetstidsmodellerna efter att ha gjort analyser av personalkostnaderna. Bedömningen är därför att det inte föreligger några svårigheter att följa upp personalkostnaderna utifrån arbetstidsmodellerna och inte heller ur andra perspektiv. Systemstödet för ekonomiuppföljningen bedöms vara tillfredsställande. En av de granskade enheterna har ålagts en åtgärdsplan för att hantera ett förväntat underskott. Det har skett med lyckat resultat. Andra verksamheter har dock gått med underskott utan att man lyckats åtgärda problemet.

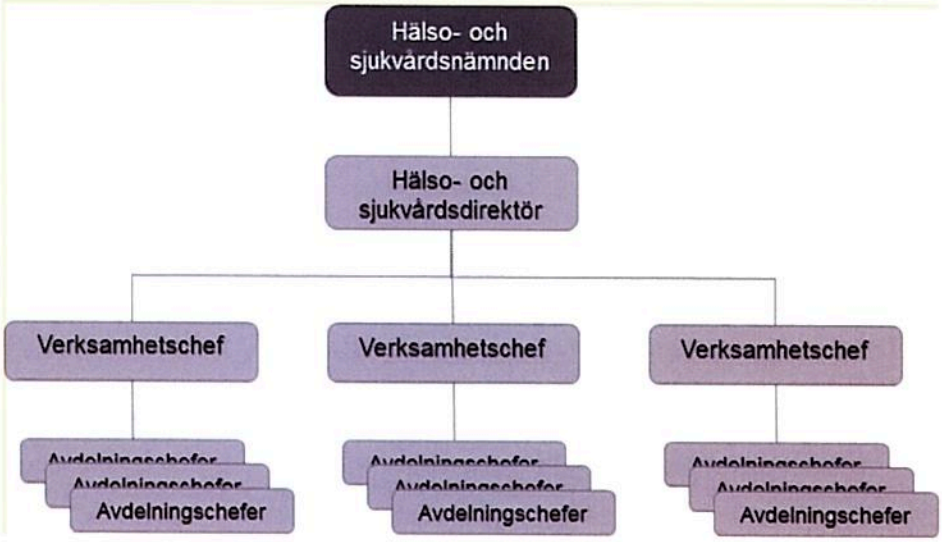
3. Landstingsövergripande styrning av personalkostnader

Här beskrivs den organisation som ansvarar för rekrytering, bemanning och kostnader. Därtill beskrivs de anvisningar som finns för tillämpning av arbetstidsmodeller i verksamheten och vilka åtgärder som landstinget vidtagit med anledning av en tidigare genomlysning av arbetstidsmodellerna. Avslutsvis beskrivs det arbete som initierats för att minska kostnader för inhyrd personal.

3.1. Ansvar och organisation

Bemanningsansvaret för den operativa verksamheten ligger på verksamhetschefer och avdelningschefer. Dessa har även ett budgetansvar för personalkostnaderna.

Nedanstående bild beskriver hela organisationsmodellen när det gäller ansvaret för personalen och dess kostnader inom verksamhetsområdet sjukhusvård.



Bilden visar linjeorganisationen vilket innebär de positioner som ansvar och mandat att fatta beslut i personalfrågor. Inom vissa större kliniker finns det medicinska chefer som är chefer över läkarna. Dessa chefer har stöd från HR-funktioner när det gäller planering, rekrytering, arbetsgivarfrågor m.m. Cheferna har även stöd från controllers när det gäller uppföljning av personalkostnaderna. HR-stödet är emellertid inte så involverade i valet av arbetstidsmodeller och bemanningsplaneringen. Intervjuad HR-direktör och

HR-strateg påtalar att samarbetet mellan HR och ekonomi skulle kunna utvecklas, till exempel för att ge en samlad analys i verksamhets-uppföljningen.

Den mest frekventa och detaljerade uppföljningen av personalkostnaderna sker i dialogen mellan verksamhetschefen och avdelningscheferna samt mellan verksamhetscheferna och hälso- och sjukvårdsdirektören (se nästa avsnitt). Det yttersta ansvaret inför den politiska ledningen har hälso- och sjukvårdsdirektören.

I hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente framgår att nämnden är ansvarig för verksamhetsområdena sjukhusvård och tandvård och att denna bedrivs enligt fullmäktiges mål och riktlinjer. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska säkerställa att det finns ändamålsenliga kontrollsystem och ge direktiv till verksamheten som säkerställer fullgörandet av nämndens uppdrag. Nämnden ska ansvara för produktionsstyrning. Vidare har nämnden "verksamhetsansvar med därtill hörande personal- och arbetsmiljöansvar".

3.2. Anvisningar för tillämpning av arbetstidsmodeller

Som tidigare beskrivits i kapitel 2 tillämpar landstinget tre arbetstidsmodeller. Intervjuad HR-direktör påtalar vikten av att arbetstidsmodellerna tillämpas rätt. Dels eftersom det påverkar personalkostnaderna och dels för att det är kopplat till kompetensförsörjningsfrågor såsom att behålla och attrahera medarbetare.

Under 2015 genomfördes en utvärdering av arbetstidsmodellerna. Utifrån denna utvärdering gav HSN landstingsdirektören i uppdrag att genomföra ett förbättringsarbete tillsammans med fackliga organisationer. Översynen har inneburit en genomgång av befintliga arbetstidsmodeller vad gäller regler, tydlighet i tillämpning, uppföljning, förståelse samt ansvar och befogenheter som chef och medarbetare.

I arbetet identifierades förbättringsförslag inom följande områden:

1. Tydlighet i tillämpning/allmänna regler
2. Bemanning och budget
3. Medarbetarnas hälsa
4. Ledarskap och medarbetarskap
5. Marknadsföring

Inom ramen för området "bemanning och budget" (2) nämns bland annat aktuella bemanningsplaner som överensstämmer med bemanningsmål (budget), bemanningsmål och bemanningskrav (verksamhetens behov) överensstämmer och att bemanningskrav ska justeras inför varje schemaperiod efter verksamhetens behov. Alla scheman ska läggas in i Time Care oavsett arbetstidsmodell och en uppföljning av bemannings- och schemaplaneringsprocessen utifrån bemanningsmål/budget ska ske via Rapport i Time Care.

Översynen har rapporterats till HSN som också godkänt förbättrings-förslagen 2016-02-10.

Som en följd av översynen har underlag tagits fram för att förtydligande i arbetstidsmodellerna och förslag på ny arbetstidsmodell. Landstinget avvaktade vid granskningens genomförande centrala förhandlingar kring dessa. Under 2016 har däremot anvisningar för tillämpning av arbetstidsmodellerna tagits fram, vilka gäller från 1 juli 2016. Dessa bygger på de förbättringsförslag som HSN godkänt. Av anvisningarna framkommer också att särskilda chefs- och arbetsledarutbildningar kring tillämpning av modellerna kommer att påbörjas under 2016.

Vidare har anvisningarna för verksamhetsanalys uppdaterats i april 2016. Verksamheterna ska årligen göra en verksamhetsanalys, i syfte att se om verksamhetens mål överensstämmer med resurser och arbetsorganisation. Uppföljning ska ske av linjecheferna och rapporteras till hälso- och sjukvårdsnämnden av hälso- och sjukvårdsdirektör.

I syfte att förbättra kostnadsplaneringen och uppföljningen av bemanningen i Time Care har de verksamheter som tillämpar arbetstidsmodell 2 och 3 fått kompletterande utbildning i augusti, enligt uppgift från HR. För de verksamheter (cirka hälften) som tillämpar arbetstidsmodell 1 finns en tidplan upprättad för när de ska hantera sin schemaplanering i Time Care. I dagsläget används excel i dessa verksamheter.

Landstinget har under 2016 tagit fram en broschyr för att förklara arbetstidsmodellerna. Broschyren kan även användas i rekryteringsprocessen.

Ett av förbättringsförslagen handlar som ovan nämnt om att bemanningsmål och bemanningskrav (verksamhets behov) ska stämma överens. Intervjuad landstingsdirektör, ekonomidirektör, HR-direktör och hälso- och sjukvårdsdirektör påtalar att landstingets arbete med produktions- och kapacitetsplanering är ett utvecklingsområde. Verksamheterna har kommit olika långt i att införa detta och enligt landstingsdirektör finns det ett behov av att ta ett gemensamt omtag för att höja införandetakten.

3.3. Arbete för att minska beroendet av hyrpersonal

Hälso- och sjukvårdens kostnadsökning har under 2016 till allra största del utgjorts av kostnaderna för inhyrd personal.

Enligt intervjuad ekonomidirektör har landstingsledning och styrelsen vidtagit åtgärder för att minska kostnaderna för hyrpersonal. Verksamheterna ska inte ta in hyrläkare utan att hälso- och sjukvårdsdirektör har godkänt detta. I anvisningarna till basenheterna fanns ett uppdrag att minska kostnaderna med 50 %. Men på grund av att det skulle få för stor påverkan på verksamheten blev hälso- och sjukvårdsnämndens beslut i mars det i basenheternas åtgärdsplaner skulle ske en minskning med 30 %.

Arbetet för att minska inhyrd personal har enligt landstingsdirektör pågått under flera år, men användningen och kostnaderna har ändå fortsatt att öka. Under 2016 har landstinget därför valt att ingå i ett nationellt SKL-projekt som syftar till att minska beroendet av hyrpersonal på sikt. En projektgrupp bestående av representanter från både HR, ekonomi, kommunikation och

verksamhet har bildats. Projektet påbörjades i oktober 2016 och ett arbete pågår under november till januari med att utarbeta en åtgärdsplan. Planen ska sedan omsättas ute på alla verksamheter där verksamhetscheferna tillsammans med medarbetare kommer att anpassa och utveckla åtgärderna utifrån sina speciella förutsättningar. Åtgärderna kan finnas inom olika områden, till exempel kompetensförsörjning, arbetsmiljö och samarbete med andra landsting. Enligt intervjuad HR-strateg är ett utvecklingsområde inom VLL att utveckla arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

3.4. Uppföljning av personalkostnader

I protokollet från hälso- och sjukvårdsnämnden från den 22 mars 2016 framgår det att personalkostnaderna då inte visade någon avvikelse från budget de två första månaderna. Det anges också att personalkostnaderna kommer att följas noga framöver.

Den 17 maj noterar nämnden att personalkostnadsutvecklingen inklusive köpta och sålda tjänster endast uppgick till 1 %. En huvudorsak uppges vara att närvarotiden omräknat i antal tjänster hade minskat med 56 tjänster jämfört med samma period 2015. Det fanns då förväntningar på att det under hösten skulle ske en minskning av hyrläkarkostnaderna. Däremot fanns en negativ avvikelse för övriga kostnader.

Vid nämndens sammanträde den 8 december hade utvecklingen försämrats. Personalkostnaderna visade på en budgetavvikelse om -51 mnkr. Personalkostnadsutvecklingen var dittills 1,7 % jämfört med den av budgeten tillåtna ökningen med 0,3 % för hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet. Närvarotiden och sjukfrånvaron hade ökat. Förklaringarna som angavs i protokollet var underskottet avsåg främst läkarkostnaderna och till viss del omvårdnadspersonalen. Däremot visade övriga personalgrupper ett överskott. Avvikelsen för läkarkostnaderna var -58 mnkr varav 38 mnkr utgjorde merkostnader för hyrläkare. Den köpta läkartiden hade ökat med 14 % och köpt sjuksköterskетid med 42 %.

Det beskrivs att hälso- och sjukvårdens ökning till allra största del utgörs av kostnaderna för inhyrd personal. Hade den inhyrda personalens arbetsuppgifter utförts med egen personal hade underskottet varit väsentligt lägre och i närheten av budgetmålet.

I sammanhanget bör även nämnas att landstinget genomfört och genomför ett systematiskt arbete med att effektivisera utnyttjandet av befintlig personal. Detta sker genom att arbetsuppgifter omfördelas mellan olika yrkesgrupper, framför allt från läkare men även från sjuksköterskor och andra yrkeskategorier. Enligt en rapport från 23 maj 2016 har ett flertal arbetsuppgifter överförts från läkare till sjuksköterskor vid 19 specialiteter. Vis sex av dessa har ett stort antal arbetsuppgifter överförts. Nio av verksamhetsområdena har överfört uppgifter från sjuksköterska till undersköterska. Ett betydande antal uppgifter har överförts från läkare, sjuksköterskor och undersköterskor till andra yrkesgrupper.

Enligt uppdrag från nämnden togs under 2016 ett underlag fram för produktionsnormer och bemanningsmål för alla verksamheter. Detta följa upp två gånger om året.

3.5. Bedömning

Av vad som framkommit i granskningen upplever verksamheterna systemstöd och stödet från ekonomi och HR som bra.

Verksamheterna rapporterar månadsvis uppföljning av personalkostnader till hälso- och sjukvårdsdirektör som rapporterar vidare till HSN. Ekonomidirektören gör en månadsrapport till nämnden med hälso- och sjukvårdsdirektören som support vid frågor. Vi kan konstatera att kostnaderna för inhyrd personal står för den största kostnadsavvikelsen men bedömer att landstinget vidtar åtgärder för att minska beroendet. HSN bör dock tillse att detta arbete intensifieras.

HSN har enligt vår bedömning säkerställt att åtgärder vidtagits med anledning av den översyn av arbetstidsmodeller som genomfördes 2015. Med anledning av översynen som genomfördes har landstinget initierat ett förbättringsarbete. Detta har resulterat i ett antal förbättringsförslag, vilka HSN tagit beslut om. Visst arbete har också påbörjats för att genomföra förbättringarna, såsom att anvisningar har utarbetats, utbildningar i Time Care och en broschyr om arbetstidsmodellerna har utarbetats.

Bedömningen är vidare att utvecklandet av produktions- och kapacitetsplaneringsmodeller inte sker i den takt som varit avsikten. Detta har framkommit även i tidigare granskningar.

Någon systematisk bedömning av patientsäkerheten utifrån ett bemanningsperspektiv görs inte men i verksamhetsanalysen som ska göras inför valet av arbetstidsmodell är verksamhetens behov en av de grundläggande faktorerna som ska bedömas. När handlingsplaner för att komma tillrätta med prognostiserad negativ avvikelse visavi personalbudgeten är verksamhetens behov också en faktor som beaktas. Vi bedömer därför att patientsäkerheten belyses i planeringsprocessen, men det är inte en systematiskt återkommande komponent då rapportering av personalkostnadernas utveckling rapporteras till hälso- och sjukvårdsnämnden.

4. Budget- och planeringsprocessen

Här beskrivs hur klinikerna planerar sitt bemanningsbehov, det vill säga hur de tar emot den ram de får och redogör för hur de kommer att använda dessa medel.

4.1. Planeringsprocessens utformning och ansvarsroller

Landstingsdirektörens planeringsanvisningar för 2017 innehåller inga specifika justeringar eller extraanslag förutom ett tillskott för "generationsväxling". Det senare gäller endast för 2017. I anvisningarna anges att:

> *Basenhetens detaljbudgetarbete ska göras i samråd med respektive controller och HR-partner. Verksamhetens omfattning ska anpassas efter beslutade bemanningsmål 2017. Personalbudgeten fördelas per personalkategori och vakanta tjänster budgeteras som vakanta och eventuellt nyttjande av inhyrd personal skall finansieras ur dessa vakanta lönemedel. Vikarier ska också budgeteras både för semester och för övrig tid. Om inhyrd personal, bl a stafettläkare, behöver nyttjas ska godkännande av hälso- och sjukvårdsdirektör finnas.*

Från och med år 2017 ska personalbudgeten även innehålla budgetering för sjukfrånvaro.

I landstingsdirektörens direktiv för upprättande av verksamheternas (basenheterna) aktivitetsplaner framgår att verksamhetsledningarna ska ange för verksamheten relevanta mål men som matchar Landstingsstyrelsens mål och indikatorer. När det gäller hälso- och sjukvård ska hälso- och sjukvårdsdirektören granska och godkänna aktivitetsplanen och stämma av den mot budget.

Det finns även en landstingsövergripande riktlinje för verksamhetsplanering och uppföljning. Landstingsdirektören är som högsta tjänsteman ansvarig för planering, budget och uppföljning men kan delegera uppgifter. Hälso- och sjukvårdsdirektören fastställer basenheternas (klinikernas) planer, budget och uppföljning. Ekonomidirektören samordnar den övergripande beredningsprocessen för planering, budget och uppföljning samt säkerställer att det finns stödresurser tillgängliga.

Den övergripande planerings- och uppföljningsprocessen beskrivs i nedanstående figur.

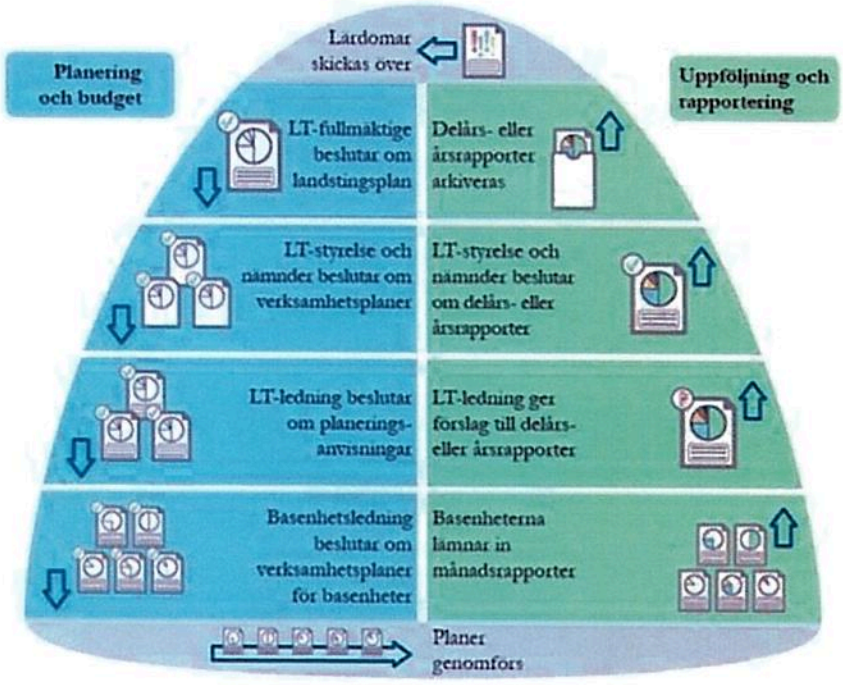


Bild: Planerings- och uppföljningsprocessen, VLL.

Budgetramen för verksamhetsområdet sjukhusvård baseras på föregående års budget med justeringar för beslutade budgetförändringar under året. I sjukhusvårdens budgetanvisningar för 2017 beskrivs dessa justeringar. Listan består av elva punkter och avser generella eller verksamhetsspecifika tillskott, effektiviseringskrav eller omfördelningar. I anvisningarna framgår att:

> *Ledningen betonar vikten av att kommande arbete med verksamhetsplan och budget ska genomsyras av den ekonomiska situationen. De ansvariga cheferna måste anpassa verksamhet och bemanning efter de ekonomiska ramarna. Målet är att bryta kostnadsutvecklingen och klara verksamheten inom beslutat ram.*

Vidare anges att inhyrd personal budgetmässigt ska finansieras ur de lönemedel som finns för vakanta tjänster och godkännas av hälso- och sjukvårdsdirektör. Det innebär att eventuella beräknade merkostnader för inhyrd personal inte ska tas med i budgeten. Detta bekräftas av intervjuad budgetchef och det motiv som anges är att inhyrning av personal ska betraktas som en andrahandslösning och inte som en planerad åtgärd.

4.2. Konkret planeringsprocess på kliniknivå

Verksamhetscheferna tilldelas av hälso- och sjukvårdsdirektören en budgetram i början på hösten. I början på december ska verksamhets-

cheferna återkomma med en beskrivning av hur de tänker använda den tilldelade budgeten. Ramen bygger i de allra flesta fall på föregående års kostnader med korrigeringar av eventuella korrigeringar för kända förändringar av exempelvis utbud.

I de fall verksamhetscheferna inte klarar att planera verksamhetsuppdraget med den tilldelade budgeten ska de lämna förslag på åtgärder för att nå en budget i balans. Hälso- och sjukvårdsdirektören kan ge ett sådant uppdrag på tidigt stadium om det aktuella verksamhetsområdet gått med underskott föregående år. Medicin och geriatriska kliniken i Skellefteå är ett sådant exempel som beskrivs i avsnitt 2.

Varje månad lämnar verksamhetscheferna en standardiserad version av den egna månadsrapporten till hälso- och sjukvårdsdirektören. Rapporten utgör ett underlag för den resultatdialog som sker varje månad. Då möts verksamhetschef och hälso- och sjukvårdsledningen för att analysera och diskutera månadsrapporten.

4.3. Vår bedömning

Bedömningen är att hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt en struktur och process som möjliggör ett ändamålsenligt utnyttjande av och planering av kompetensema inom hälso- och sjukvården. Användandet av den budgetram som finns genomgår en analysprocess med stor delaktighet på alla organisatoriska nivåer vilket gör att avvikelser mot budget kan upptäckas i ett tidigt skede. Då detta sker initieras handlingsplaner för att komma tillrätta med prognostiserade underskott.

Bedömningen är vidare att förutsättningarna för att följa upp personalkostnadernas utveckling under verksamhetsåret är goda. Det gör att hälso- och sjukvårdsnämnden har haft god information om utvecklingen.

Åtgärder har vidtagits men de bedöms inte vara tillräckliga för att säkerställa kontroll av personalkostnaderna. Kostnaderna för inhyrd personal är alltjämt höga och några av de granskade enheterna brottas med underskott i personalbudgetarna utan att det går att skönja hur det ska lösas. De underskott som prognosticeras avviker från planen negativt. Problembilden kompliceras med det faktum att flera av verksamheterna brottas med kompetensförsörjningsproblem samt att ett väsentligt antal vårdplatser varit och är stängda på grund av sjuksköterskebrist. En mer genomarbetad och förankrad budgetram skulle kunna ge en bättre styreffekt.

I avsnitt 3 beskrevs att kostnaderna tog fart under andra halvåret och avvek från budgetmålet i de uppföljningar som gjordes i december 2016. Orsaken var att kostnaderna för inhyrd personal ökade och att budgeten hade hållit om verksamheten hade bedrivits med egen personal. Hälso- och sjukvårdsnämndens sätt att inte budgetera för merkostnaderna för inhyrd personal är enligt vår bedömning inte förenligt med god ekonomisk hushållning. Det innebär i praktiken att flera av verksamheterna är underfinansierade vid verksamhetsårets början. Med tanke hur situationen ser ut i länet när det gäller kompetensförsörjning och möjligheterna att

rekrytera specialistläkare och andra yrkesgrupper är det en orealistisk utgångspunkt inte ta höjd för samtliga hyrkostnader i budget.

5. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

I detta kapitel ges svar på granskningens revisionsfrågor. En sammanfattande bedömning ges utifrån granskningen syfte och grunderna för ansvarsprövning. Därtill framgår våra rekommendationer.

5.1. Svar på revisionsfrågor

Nedan beskrivs i komprimerad form de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga. Därefter redogörs för slutsatser och bedömning utifrån granskningens syfte.

Revisionsfråga: har Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt	Svar
1. att de olika verksamheternas personalbudgetar bereds på ett ändamålsenligt sätt?	Nej. Den övergripande bedömningen är att hälso- och sjukvårdsnämndens beredning och budgetering av personalkostnaderna inte kan anses vara säkerställd för god ekonomisk hushållning. Bedömningen grundar sig på att måluppfyllelsen är bristfällig med återkommande problem för flera verksamheter samt att verksamheterna i många fall arbetar utifrån en orealistisk budget (se fråga 2). En mer genomarbetad och förankrad beredningsprocess av budgetramarna skulle sannolikt få en bättre styreffekt. I några avseenden är emellertid budgetprocessen välfungerande. Verksamhetsområdeschefen (hälso- och sjukvårdsdirektören) får en ram som denne fördelar ut till verksamheterna utifrån tidigare års fördelning. Under hösten beskriver verksamhetscheferna hur de kommer att använda ramen för det uppdrag de har. Vid avvikelse från budgetramen avkrävs verksamhetscheferna en åtgärdsplan för att nå ekonomi i balans. Därmed är bedömningen att det sker en analys innan budgeten fastställs för respektive verksamhet. Hälso- och sjukvårdsnämnden kan på ett tidigt stadium få information om var risk för avvikelser finns. Budgetramen är dock fixerad då denna planeringsprocess och delaktighet från verksamheterna börjar. Bland de granskade verksamheterna finns exempel på en enhet som genomfört ett framgångsrikt arbete för att åtgärda ett på förhand konstaterat underskott.

Revisionsfråga: har Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt	Svar
2. att verksamheterna har tillräcklig kontroll över att personalkostnaderna inte överstiger budgeterade personalkostnader?	Nej. Verksamheterna har god tillgång till aktuell data för att upptäcka avvikelser i tid. Det finns exempel bland de granskade enheterna som blivit ålagda att genomföra genomgripande omprövning av arbetssätt och bemanning för att komma tillrätta med underskott. Det har fallit tämligen väl ut. Däremot är bedömningen att många verksamheter inte har kontroll över kostnadsutvecklingen. Den dominerande orsaken är kostnaderna för inhyrd personal. När budget och verksamhetsplaner fastställs ingår inte merkostnaderna för inhyrd personal. Det innebär att ett betydande antal verksamheter i praktiken är underfinansierade redan vid verksamhetsårets början. Bedömningen är att detta inte är förenligt med kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning. Förfaringssättet kan inte heller anses medverka till utvecklandet god budgetdisciplin.
3. att bemanningsmålen är satta utifrån en analys av behovet?	Delvis. Då en verksamhet ämnar välja en av arbetstidsmodellerna ska en verksamhetsanalys göras. Den senaste från 2013 som vi granskat och innehåller en sådan analys med bland annat jämförelser med fyra liknande verksamheter vid andra sjukhus inom och utom länet. Analyserna görs bara vid ändring av modell. Enligt den nya riktlinje som fastställdes under 2016 ska bemanningsmål stämmas av mot verksamhetens behov inför varje schemaperiod då arbetstidsmodell används. Däremot är valet av modell i stor utsträckning baserat på personalens önskemål vilket inte bedöms säkerställa att verksamhetens behov utgör grunden för bemanningen. För de verksamheter som använder fasta scheman är bemanningsmålen i vissa fall baserade på historik och mindre utsträckning av en analys av aktuell situation.

Revisionsfråga: har Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt	Svar
4. att schemaläggningen anpassas till produktionsbehovet?	Nej. Vissa verksamheter tillämpar en systematisk metod för produktionsplanering vilket innebär att behov och bemanning matchas väl. Det är dock långt ifrån alla verksamheter som implementerat en välfungerande produktions- och kapacitetsplaneringsmodell. Denna utveckling bedöms gå för långsamt. Inom verksamhetsområdet görs uppföljning av bemanningsbehov och bemanningskvoter två gånger om året. Bedömningen är att det inte fullt ut kan anses vara säkerställt att schemaläggning matchar behovet innan en aktiv produktionsplanerings metodik är implementerad.
5. att verksamheterna inför beslut om verksamhetsplaner och bemanningsmål bedömt risker och konsekvenser med hjälp av dokumenterade riskanalyser?	Nej. Valet av arbetstidsmodell ska föregås av en verksamhetsanalys utifrån en riktlinje som utfärdats. Denna ska göras vid valet av modell 1 – 3 men bara vid ändring av modell. Om man väljer fast schema behöver dock ingen analys göras och inte heller någon riskanalys. Inga andra systematiska dokumenterade riskanalyser görs utifrån bemanningssynpunkt. Däremot görs uppföljningar som beskrivs i punkt 4 ovan.
6. att verksamheterna har en tillräcklig uppföljning av personalkostnader?	Ja. Verksamheterna har en systematisk och frekvent uppföljning som fungerar väl genom hela styrkedjan. Det råder ingen brist på systemstöd eller data för att följa personalkostnaderna. Uppföljningen är även frekvent både inom verksamheterna och för hälso- och sjukvården som helhet vilket bedöms vara en förutsättning för att identifiera behov av åtgärder.

Revisionsfråga: har Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt	Svar
7. att hälso- och sjukvårdsnämnden med hjälp av uppföljning hållit sig informerad om att bemanningen är effektiv och patientsäker?	Nej. Bedömningen är att nämnden säkerställt en tillräcklig information om kostnadsläget och dess utveckling. Nämnden har dock inte initierat några aktiviteter eller ställt krav på åtgärder utifrån uppföljningen av 2016. Ett undantag gäller för användning av arbetstidsmodeller där en genomgripande analys är genomförd med resultatet att antalet modeller som tillåts är begränsat och att de ska motiveras utifrån flera perspektiv. När det gäller effektivitet och patientsäkerhet är bedömningen att nämnden har begränsad information. Produktions- och kapacitetsplaneringsmetodiken är inte tillräckligt implementerad och patientsäkerhet finns inte med som en systematisk parameter i uppföljningen av personalkostnaderna. Däremot är bemanningsnormer och produktionsnormer för verksamheterna införda och rapporterade till nämnden.

5.2. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Syftet med granskningen är att är att ge revisorerna underlag för att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) säkerställt en effektiv och patientsäker bemanning av hälso- och sjukvårdens verksamheter. Syftet har också varit att besvara huruvida HSN har vidtagit åtgärder utifrån den genomförda översynen av arbetstidsmodeller och om nämnden haft tillräcklig kontroll och uppföljning av de åtgärderna.

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår sammanfattande bedömning hälso- och sjukvårdsnämnden i några avseenden har säkerställt en styrning som ger goda förutsättningar att styra, initiera åtgärder, följa upp och identifiera avvikelser i tid när det gäller personalkostnadernas utveckling.

Det finns emellertid utvecklingsmöjligheter som kan förvekligas genom att systematiska metoder för produktions- och kapacitetsplanering införs i alla verksamheter och att val av arbetstidsmodell i högre grad utgår från verksamhetens behov.

Slutligen är vår bedömning att det finns en bristande måluppfyllelse. Kostnaderna för inhyrd personal är den enskilt största anledningen till att en

okontrollerad ökning av kostnaderna sker varför det bedöms som angeläget att de aktiviteter som pågår för att minska beroendet intensifieras. Det är enligt vår mening ur flera perspektiv bristfälligt att budgeteringen inte tar höjd för merkostnader för inhyrd personal. Flera av verksamheternas budgetar bedöms vara orealistiska redan från början då sannolikheten att verksamheten kommer att bedrivas med inhyrd personal är mycket stor, inte minst i ett län som Västerbotten. Den princip som landstinget tillämpar bedöms också begränsa möjligheterna att skapa god budgetdisciplin.

Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden genomfört analyser och vidtagit adekvata åtgärder utifrån den genomförda översynen av arbetstidsmodellerna.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Tillse att implementeringen av produktions- och kapacitetsplaneringsmodellerna intensifieras.
- Tillse att det långsiktiga arbetet med att rekrytera kompetens, analysera arbetsorganisation och bemanningsoptimering för att därigenom minska beroendet av inhyrd personal intensifieras. Det finns flera skäl utöver det ekonomiska att minska detta beroende.
- Tillse att en utredning initieras av om valet av arbetstidsmodeller i tillräcklig grad sker utifrån verksamhetens behov.
- Tillse att arbetet enligt de anvisningar som tagits fram för tillämpning av arbetstidsmodellerna följs upp.
- Överväg förändringar av hur förväntade merkostnader för inhyrd personal ska hanteras i budgetarbetet och nogsamt följa utvecklingen utifrån lagd budget och prognos. Budgetarna bör präglas av realism och vara välförankrade.

Anders Hellqvist
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Mikaela Bengtsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Bilaga 1: Förteckning över intervjuade funktioner

Landstingsdirektör

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ekonomidirektör, budgetchef och chefscontroller

HR-direktör

Verksamhetschef och avdelningschef vid vuxenpsykiatri Skellefteå och södra Lappland

Verksamhetschef, avdelningschef och controller vid kvinnokliniken i Umeå

Verksamhetschef och avdelningschef, Hjärtcentrum Umeå

Verksamhetschef och avdelningschef, Akutvården Västerbotten

Verksamhetschef, kirurgkliniken Lycksele

Verksamhetschef och avdelningschef, medicin/geriatrikkliniken Skellefteå

Därtill har samtal förts med några av verksamheternas controllers.

Bilaga 2: Dokumentförteckning

Aktivitetsplaner 2016 för vuxenpsykiatri Skellefteå och södra Lappland, kvinnokliniken i Umeå, Hjärtcentrum Umeå, akutvården Västerbotten, kirurgkliniken Lycksele samt medicin/geriatrikkliniken Skellefteå

Anvisningar för tillämpning av arbetstidsmodeller, 2016-06-21

Broschyr, Arbetstidsmodeller i Västerbottens läns landsting

Budgetanvisningar för 2017, VLL

Delårsrapport per april 2016, VLL

Förbättringsarbete Arbetstidsmodeller 2015/2016, VLL

HSN protokoll 2015-09-29, 2016-02-10, 2016-03-22, 2016-05-17 och 2016-12-08

Landstingsplan 2016-2019

Månadsrapport personaluppföljning, exempel maj 2016

Planeringsanvisningar för 2017, VLL

Projektbeskrivning avseende "Oberoende av inhyrd personal"

Rutin vid införande av arbetstidsmodell, 2016-08-18, VLL

Utvärdering arbetstidsmodeller inom Västerbottens läns landsting, slutrapportering 2015-09-29, Helseplan

Verksamhetsanalys, 2016-04-08, VLL

Verksamhetsplanering med budget och uppföljning, riktlinje, VLL

Västerbottens läns landsting – överförda arbetsuppgifter, 2016-05-32

Årsredovisning 2015, VLL