

Revisjonsrapport

Bemanningsstyring

Helse Nord-Trøndelag HF

Versjon: 4.1
Dokumentstatus: Godkjent og frigitt for offentlig publisering
Godkjent dato: 2021-04-22

Dokumenthistorikk

VERSJON	DATO	BESKRIVELSE
1.0	2021-02-24	Rapporten frigitt for intern kvalitetssikring
2.0	2021-02-24	Frigitt for faktaverifikasjon
3.0	2021-03-03	Oppdatert etter faktaverifikasjon og redaksjonelle endringer
4.0	2021-03-03	Godkjent og frigitt for offentlig publisering
4.1	2020-04-22	Oppdatert referanse 47.

Relevante forkortelser

HMN	Helse Midt-Norge RHF
HNT	Helse Nord-Trøndelag HF
HOD	Helse og omsorgsdepartementet
Sphl.	Spesialisthelsetjenesteloven
Forlk.	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten
Hfl.	Helseforetaksloven
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	4
2. Mål, avgrensning og kriterier	5
3. Sammendrag	6
4. Oversikt over anbefalinger	7
5. Merknader og anbefalinger	8
5.1. Mål og strategi	8
5.2. Lederavtaler	8
5.3. Opplæring	9
5.4. Controllerfunksjonen	10
5.5. Kontrollspor på lønnsområdet.....	10
5.6. Riksrevisjonens merknader	11
5.7. Budsjettprosessen.....	11
5.7.1. Viktige forutsetninger.....	11
5.7.2. Aktivitet ut over inntektsgrunnlaget	12
5.7.3. Stillinger utenfor budsjett ..	12
5.7.4. Særlige lønnsordninger.....	13
5.7.5. Beskrivelse i styringssystemet.....	14
5.7.6. Gjennomføring av budsjettprosessen	17
5.7.7. Bemanningsbudsjett.....	18
5.8. Bemanningsplanlegging	18
5.8.1. Viktige forutsetninger.....	18
5.8.2. Synkronisert planlegging	18
5.8.3. Beskrivelse i styringssystemet.....	19
5.8.4. Utfordringer ved fravær	20
5.8.5. Samarbeidende personellgrupper	21
5.8.6. Ressursstyring i pleietjenesten.....	21
5.9. Ajourhold	22
5.10. Andre forhold.....	23
5.10.1.IT-systemer	23
5.10.2.Kostnadsanalyse ved innleie	23
5.10.3.Funksjonsbeskrivelser.....	24
6. Faktaverifikasjon.....	25
6.1. Vid definisjon.....	25
6.2. Fakta versus meninger	25
6.3. Hensiktsmessighet i detaljerte beskrivelser	25
6.4. Ansvar for kontrollsporet	25
6.5. Tiltaksbehov 2020	25
6.6. Kontrollsporets relevans for budsjettarbeidet.....	26
6.7. Stillinger utenfor budsjett	26
6.8. Turnover, sykefravær og forbedret arbeidsmiljø.....	26
7. Forberedelse og gjennomføring	27
7.1. Revisjonens tidsplan og lokaliteter	27
7.2. Revisjonslaget og representantene for revidert part.....	27
7.3. Revisjonsaktiviteter	27
7.4. Revisjonens prosedyrer	27
8. Referanser	28

1. Innledning

Revisjonstema *bemanning og bemanningsstyring* ble foreslått av styrets revisjonsutvalg i 2017. Utvalget ønsket å få belyst prosessene for budsjett- og bemanningsstyring, praksis for planlegging ved fravær, pasient- og bemanningslogistikken og Helse Midt-Norges oppfølging etter Riksrevisjonens rapport om styring av pleieressursene (2015).

I etterkant av revisjonsutvalgets behandling har Riksrevisjonen utgitt rapport om bruk av legeressursene (2017). På grunn av den store avhengigheten mellom bemanningsplaner for leger og styring av pleieressursene, har internrevisjonen sett det som nødvendig å ta hensyn til Riksrevisjonens merknader til bruk av legeressursene i sykehus.

Best mulig ressursutnyttelse er en del av formålsparagrafen i spesialisthelsetjenesteloven, og en forutsetning for å kunne nå Helse Midt-Norges ambisjon om skape fremragende helsetjenester. I dette ligger prioriteringsutfordringen (faktaboks nederst til høyre), som betyr at tjenestene må gjennomføres med stadig strammere økonomiske rammer. I korte betyr dette at helseforetakene må planlegge den langsiktige økonomien gjennom realistisk budsjettering, og overholde budsjettene. I og med at bemanningskostnaden utgjør en så stor del av helseforetakenes samlede kostnader, blir de økonomiske virkningene av god eller dårlig bemanningsstyring ekstra viktige.

Regional utviklingsplan for Helse Midt-Norge 2019 – 2022 (2035) påpeker behovet for å bruke data til styring og beslutningsstøtte. Det fordrer korrekt registrering av bemanningsdata, hensiktsmessige støtte-systemer, og tydelig og koordinert ledelse i alle ledd.

Internrevisjonen er gjennomført i Helse Nord-Trøndelag HF. Helseforetaket har i sin strategiske utviklingsplan belyst betydningen av effektiv ressursutnyttelse, og satt dette i sammenheng med helsetjenestenes betydning for velferdsstaten og for enkeltmenneskers

livsløp og livskvalitet, og den raske utviklingen innen de medisinske fagene.

Den strategiske utviklingsplanen belyser også en situasjon med økt tilstrømning av pasienter, utfordringer med mål for aktivitetsvekst, sengetall og beleggsprosent, økt bemanning, økte personal- og medikamentkostnader, negativ utvikling i forholdet mellom kostnad og inntekt pr DRG siden 2011, samt svakheter ved økonomistyringen og uklarheter i ansvaret for å håndtere budsjettavvik. Styret har derfor i 2017 påpekt behovet for å ta ned kostnadsnivået med varig virkning.

Internrevisjonens oppgave i denne sammenhengen er å bidra til forbedringer. Det er forsøkt løst gjennom å få *oversikt* på et mer detaljert nivå, belyse årsakssammenhenger og anbefale tiltak. KPMG AS har også bistått internrevisjonen i dette arbeidet. En av utfordringene som ble avdekket tidlig i revisjonsarbeidet er at helseforetakets forståelse av utfordringene har vært god i utgangspunktet. Når utfordringene likevel ikke har vært enkle å løse kan det ha sammenheng med at utfordringsbildet er svært sammensatt.

Prioriteringsutfordringen

Prioriteringsutfordringen går ut på å kunne tilby likeverdige, helhetlige og ansvarlige helse-tjenester innenfor stadig strammere økonomiske rammer.

Likeverdige, helhetlige og ansvarlige helse-tjenester er fundamentet i Helse Midt-Norges ambisjon om å skape en *fremragende helsetjeneste*.



2. Mål, avgrensning og kriterier

Overordnet mål for internrevisjonens arbeid er å bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring (1). For å kunne nå målsetningen har det vært avgjørende å oppnå oversikt, og avgrensningen var i utgangspunktet løst gjennom å prioritere klinikker med de antatt største utfordringene.

Revisjonsomfanget omfattet i utgangspunktet Klinikk for kirurgi i Levanger og Namsos, samt Klinikk for medisin og rehabilitering i Levanger og Namsos. I løpet av revisjonen har helseforetaket ønsket å utvide omfanget med Klinikk for psykisk helse og rus og Klinikk for kvinne, barn og familie. De to sistnevnte klinikkene er revidert av KMPG.

Spesifikke mål for arbeidet har vært å undersøke om Helse Nord-Trøndelag HF:

- har etablert mål og strategi for bl.a. økonomistyring på bemanningsområdet;
- har etablert risikostyring knyttet til bemanningsområdet;
- har klarlagt kompetansekrav, organisering, ansvar og myndighet for økonomistyring på bemanningsområdet;
- sikrer at arbeidet med økonomistyring på bemanningsområdet gjennomføres i tråd med strategi og styringskrav;
- har etablert, vedlikeholder og etterlever hensiktsmessige arbeidsrutiner
- følger opp relevante interne og eksterne revisjons- og tilsynsrapporter
- har tilgang på hensiktsmessige IKT-verktøy
- sikrer nødvendig opplæring.

Standarden som internrevisjonen arbeider etter (2) pålegger i tillegg internrevisjonen å undersøke hvordan helseforetaket styrer risiko for misligheter, og å vurdere risikoen.

Gjennomføring av revisjonsarbeidet har foregått i en periode hvor styret i Helse Midt-Norge RHF har uttrykt bekymring for den

økonomiske utviklingen blant annet i Helse Nord-Trøndelag HF (3). Styret har påpekt behovet for å nå vedtatte resultatmål i 2019 som et grunnlag for å kunne opprettholde en bærekraftig økonomi i 2020. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF har reagert på dette ved å be administrerende direktør om å konkretisere nivået på nødvendig omstilling og å identifisere tiltak og muligheter for å sikre forsvarlig økonomi under forutsetningen om forsvarlig drift innenfor tildelte rammer og tilgjengelig likviditet (4).

Arbeidet med omstillingen ble i november 2019 styrket gjennom etablering av en *omstillingsgruppe* med oppgave å bistå ledelse og stab med gjennomføringen av besluttede tiltak. Siste status for gruppens arbeid som er lagt til grunn for revisjonsarbeidet er styrets behandling av de strategiske valgene for omstilling i Helse Nord-Trøndelag HF (5). I saksunderlaget framgår det behov for tiltak blant annet på området for bemanningsstyring. Internrevisjonens arbeid i denne sammenhengen avgrenset til å belyse systematikken i helseforetakets arbeid med bemanningsstyring.

Revisjonskriteriene omfatter bestemmelser i splh. om effektiv ressursutnyttelse (§ 1-1), kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (§3-4a) og ledelse i sykehus (§3-9). Dette innebærer bruk av forlk. og HODs rundskriv I-2013-2 om lederansvaret i sykehus (14). Videre inngår hfl. kapittel 2 om partsstilling og ansvar.

Kriteriene omfatter også:

- krav gitt gjennom eierstyring, som foretaksprotokoller, styringsdokumenter og strategier
- krav i virksomhetsstyringen, som helseforetakets styrevedtak, interne EQS-styringsdokumenter, herunder gjeldende strategiske utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF (7).

3. Sammendrag

Revisjonsarbeidet har omfattet klinikkene for medisin og rehabilitering og klinikkene for kirurgi ved sykehusene Levanger og Namsos i Helse Nord-Trøndelag HF. Omfanget ble etter helseforetakets ønske utvidet med Klinikk for kvinne, barn og familie og Klinikk for psykisk helsevern og rus.

Revisjonsrapporten vil ha mye fokus på utfordringer og forbedringspunkter, og det er risiko for at godt arbeid og bevaringspunkter som internrevisjonen har identifisert ikke har fått nok oppmerksomhet i rapporten.

Internrevisjonen finner klare målsetninger på foretaksnivå når det gjelder økonomistyring på bemanningsområdet, men ingen klar og forankret strategi/plan for å nå målsetningene. Det er iverksatt tiltak for å tydeliggjøre forventningene til klinikkledere. Internrevisjonen vurderer likevel at dette ikke vil være tilstrekkelig for å kunne ta ned kostnadsnivået med varig virkning i tråd med styrets bestilling. Det bør også iverksettes tiltak for å styrke budsjettarbeidet, bemanningsplanleggingen og ajourhold av bemanningsdata, og innen systemstøtte, opplæring og kultur for etterlevelse av kritiske trinn i prosessene. Internrevisjonen kan ikke bekrefte at en slik plan foreligger.

Innføring av metodikk og rutiner for risikostyring i helseforetaket har ikke kommet langt, og er heller ikke satt i system for bemanningsområdet.

Internrevisjonen finner mye dokumentasjon om ansvar og myndighet på bemanningsområdet, som varierer fra å være ganske tydelig til ganske utydelig. Blant punktene som bør tydeliggjøres er at ledere bør reagere på regnskapsmessige avvik fra budsjett. Internrevisjonen er klar over at flere førstelinjeledere ikke er tett på budsjettarbeidet, at systemstøtten for å analysere avvik har svakheter, og at spesielt pleiepostene er følsomme for aktiviteten i enheter utenfor eget ansvarsområde. Like fullt vil internrevisjonen anbefale

at ledere reagerer systematisk på regnskapsmessige avvik og rapporterer til overordnet nivå med størst mulig fokus på å håndtere rotårsaker.

Internrevisjonen er av den oppfatning at helseforetakets vedlikehold av dokumenter i kvalitetsstyringssystemer ikke er tilfredsstillende, hverken i forhold til krav om systematikk i helseregelverket eller anerkjente systemnormer som for eksempel ISO. Det er spesielt fokus på toppledernivå og god utnyttelse av IT-verktøyet EQS som savnes. Internrevisjonen kan ikke se noen grunn til at ikke linjeledere skal godkjenne relevante EQS-styringsdokumenter. Det er positivt i de tilfellene det gjøres.

Internrevisjonen har ikke funnet underlag som viser at helseforetaket har fulgt opp Riksrevisjonens rapporter om styring av pleieressursene (2015) og styring av legeressursene (2017), og kan følgelig ikke bekrefte at dette er utført. Det er heller ikke funnet underlag som viser at Internrevisjonens rapporter om risikostyring (2020) er utnyttet til erfaringsoverføring i helseforetaket.

Internrevisjonen bekrefter at personell som arbeider med bemanningsstyring har tilgang på IT-verktøy, men kan med unntak av SAP ikke konkludere hvorvidt verktøyene er hensiktsmessige eller ikke. Det er uklart hvorvidt det er verktøyene i seg selv som har mangler, eller om det skyldes vegring for å ta verktøyene i bruk, eller kapasitet og opplæring. Innføringen av SAP har ikke ivaretatt det bokføringsmessige kontrollsporet på lønnsområdet. Dette svekker analysemulighetene og kontrollmiljøet på lønnsområdet, og kan være brudd på bokføringsregelverket. På grunn av lønnsområdets store andel i helseforetakets økonomi anbefaler internrevisjonen at dette rettes så snart som mulig.

4. Oversikt over anbefalinger

Nr.	Anbefaling		Kapittel
1	Helseforetaket bør tydeliggjøre realistisk budsjettering og bemanningsstyring som strategisk fokuspunkt.		5.1 5.7.6
2	Det bør etableres metodebeskrivelse for risikostyring i budsjettoppfølgningen Operasjonell risikostyring bør innføres på alle ledernivå		5.2
3	Datakvalitet på bemanningsområdet bør forbedres og knyttes til lederansvaret.		5.4
4	Kontrollspor og kontrollmiljø på lønnsområdet må forbedres for å sikre at regnskapsdata som legges til grunn for budsjettarbeidet er pålitelige.		5.5, 5.7.3, 5.7.6
5	Praksis med stillinger utenfor budsjett bør avsluttes		5.7.3
6	Styringsdokumenter i EQS bør oppdateres. Dokumenter knyttet til budsjettprosessen bør vedlikeholdes årlig i forkant av budsjettarbeidet.		5.7.5 5.8.3 5.10.3
7	Foretaksledelsen bør evaluere hvorvidt det har vært nok ledelsesmessig oppmerksomhet på vedlikehold av styringssystemet EQS.		5.7.5
8	Hver enkelt klinikk bør dokumentere samarbeidende enheter i budsjettnotatet, og påse at planleggingen koordineres.		5.8.2 5.8.5
9	Leger som av ulike årsaker må fravike plan bør melde fra om dette fortløpende. Meldt fravær må ajourføres i legeplaner i tråd med prosedyre fortløpende.		5.8.4
10	Det bør avklares om rullerende planer for leger i større grad bør tilpasses ferier og høytider.		5.8.4
11	Personalets kurs, møter og konferanser bør i størst mulig grad innarbeides proaktivt i aktivitets- og bemanningsplaner		5.8.4
12	Helse Midt-Norges finansstrategi bør inngå i lederopplæringen		5.3
13	Mal for budsjettnotater bør opprettes i styringssystemet EQS		5.7.5
14	Lederansvar for budsjettarbeid og regnskapsmessige oppfølging av vedtatt budsjett bør gjennomgås og konkretiseres ledernivå 3 og 4.		5.7.5
15	Metodikk og verktøy for aktivitetsbasert bemanningsstyring bør innføres		5.8.4
16	Det bør etableres prinsippskisser for dataflyt i IT-systemene for bemanningsstyring		5.10
17	Kostnadsanalyse ved innleie i enheter med stabil grunnbemanning bør vurderes		5.10.2
18	Retningslinjer/praksis for arbeid under særlige lønnsordninger bør gjennomgås		5.7.4
19	Overordnede ledere bør konkretisere gjennom funksjonsbeskrivelser ansvar og involvering av underordnede ledere i budsjettprosessen		5.7.6

	Mangel, tiltak nødvendig
	Mangel, tiltak anbefales

	Tiltak bør vurderes
	Bevaringspunkt, forbedringstiltak

5. Merknader og anbefalinger

I det følgende gjennomgår internrevisjonen arbeidsprosesser og tilknyttede utfordringer som etter internrevisjonens vurdering bør følges opp. Det har vært naturlig å se dette i sammenheng med budsjettarbeidet og med prosessen for bemanningsstyring. Begrepet styring omfatter både planlegging, gjennomføring og oppfølging/evaluering. Området oppleves svært komplekst å rapportere, og internrevisjonen må gjøre oppmerksom på at eventuelle andre oppfatninger enn de som internrevisjonen rapporterer her vil bli diskutert under rapportens faktaverifikasjon (kapittel 6). Formålet med eksemplene i rapporten er å konkretisere utfordringsbildet og å få fram sammenhengen mellom utfordringene, anbefalingene og regelverkets krav til systematikk og dokumentasjon.

5.1. Mål og strategi

I følge Regional utviklingsplan for Helse Midt-Norge (8) utgjør kostnadene knyttet til personell, kompetanseutvikling og utdanning omlag 75 prosent av helseforetakenes samlede kostnader. I gjeldende utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF (7) finner ikke internrevisjonen en klar/konkret diskusjon som setter bemanningsstyringen inn i en større strategisk sammenheng forankret i Helse Midt-Norges finansstrategi (6), helsetjenestens prioriteringsutfordring (9) og punktet om effektiv ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenestens formålsparagraf (sphl. §1-1, punkt 4). Internrevisjonen anbefaler derfor at denne sammenhengen belyses tydeliggjøre ved neste revisjon av strategisk utviklingsplan.

5.2. Lederavtaler

Helse Nord-Trøndelags styre vedtok i desember 2020 nye lederavtaler (12) som en del av ledelsesutviklingen i helseforetaket. Formålet med avtalene er å etablere en tydelig forventningsavklaring mellom administrerende direktør og klinikkledere.

En av avklaringspunktene er å ha *god styring og kontroll* innenfor klinikkens ansvarsområder, herunder å gjennomføre risikovurdering (avtalepunkt 2.3).

Forventningen om risikovurdering synes å være avgrenset til mål og tiltak i Helse Nord-Trøndelags handlingsplan. Det er like fullt en forventning som knytter risikovurderingen til overordnet strategi i tråd med normerende kilder som *COSO ERM – Helhetlig Risikostyring* og *NS-ISO 31000 Risikostyring – Retningslinjer*. Internrevisjonen kan derfor bekrefte at den vedtatte forventningen vil bidra godt til en mer systematisert risikostyring om den blir godt fulgt opp av klinikklederne.

Det er ikke identifisert klare forventninger om at ledere skal sørge for operativ risikovurdering på bemanningsområdet. I og med at bemanningskostnader er dominerende i helseforetakets økonomi, og at det erfaringsmessig er vanskelig å hente inn avvik fra budsjett, anbefaler internrevisjonen at helseforetaket også synliggjør forventninger om mer operasjonell risikostyring knyttet til statusrapporteringen. Det vil i så fall være sammenfallende med styrets forventning om *god styring og kontroll* (10) og eiers forventning om å arbeide *proaktivt* med tilpasninger (11). En praktisk tilnærming til operasjonell risikostyring kan være:

1. å sammenligne periodens regnskapsdata og kumulativ utvikling mot budsjett, og å reagere på avvik.
2. å revurdere forutsetninger og antakelser som er lagt til grunn for budsjettet med jevne mellomrom.

Når det oppstår avvik er det etter internrevisjonens vurdering vesentlig å kunne skille mellom feilposter i regnskapet og risiko som skyldes at forutsetninger og antakelser for budsjettarbeidet svikter. Det anbefales derfor også å etablere en metodebeskrivelse for risikovurdering for budsjettoppfølgingen og knytte denne til lederansvaret i sykehus (13)(14).

Det er positivt at mal for lederavtalene er opprettet i styringssystemet (11). Dokumentet er imidlertid ikke lett tilgjengelig gjennom navigering fra hovedsiden i styringssystemet, og gjenfinnes kun ved fritekstsøk. Internrevisjonen anbefaler med henvisning til forlk. §7a) og §7b) at dokumentet gjøres tilgjengelig i egnet kategori under administrerende direktør på styringssystemets hovedside.

5.3. Opplæring

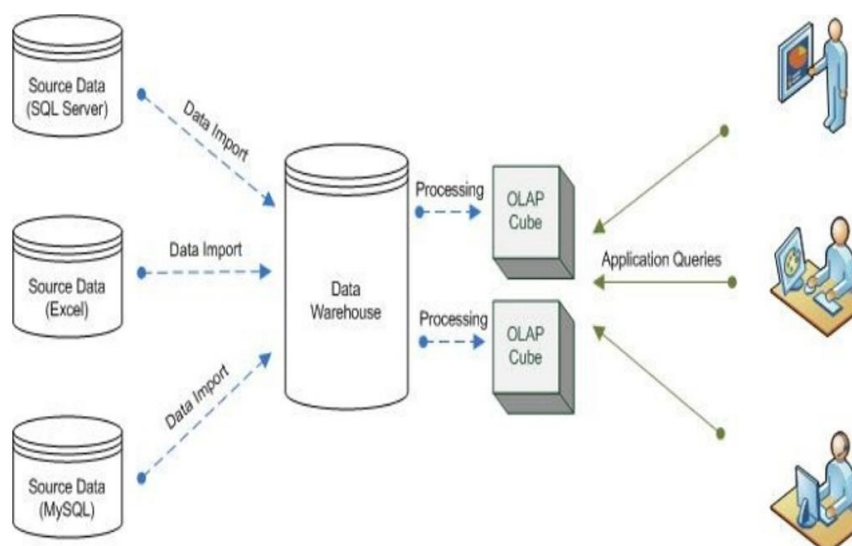
I 2014 startet Helse Nord-Trøndelag HF med opplæring i arbeidsplanarbeid for ledere, HR-rådgivere, PRS-support, økonomirådgivere, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud og workshops. Opplæringen gjennomføres fortsatt på samme måte. HR har ledelsesrelaterte og lederspesifikke fagtema på alle workshops, og fordeler undervisningen mellom Namsos og Levanger.

Ledere har et spesielt ansvar for budsjettering og bemanningsstyringen. Felles introduksjonsprogram for nyansatte (18) omfatter en sjekklister med tema som skal gjennomgås for nye ledere. Eksempler av betydning for bemanningsstyring er:

- Samhandling med de viktigste samarbeidsaktørene
- Arbeidstidsreglement
- Enhetenes kompetanseplaner
- Budsjett og budsjettprosessen
- ARC-plan (Regnskap og budsjett-rapportering)
- Lønnskuben (Figur 1), Compello, PRS
- Min arbeidsplan

Det er nylig etablert retningslinjer for opplæring av ledere med ansvar for bemanningsplanlegging (19). Målsetningen er at lederne opparbeider kunnskap om styringssystemet, regelverk, avtaleverk, bemanningsplanlegging og verktøy for bemanning og ressursstyring. Internrevisjonen har ut over innføringsprogrammet og de nye retningslinjene funnet mange dokumenter knyttet til opplæring av ledere, men kan ikke bekrefte at dette framstår systematisk eller med klare ansvarsbeskrivelser.

Intervjuene belyser tydelig at opplæringen i ressurssystemet RS/PRS oppleves som mangelfull. Innføringskurset har et omfang å ca. to timer og fungerer i utgangspunktet bra som en innføring. Med få unntak hadde de fleste ikke fått opplæring ut over den korte innføringen.



Figur 1: Helse Midt-Norge har ulike såkalte «kuber» kjent som bl.a. lønnskube og HR-kube og RS-kube (del av HR-kuben). Dette er datavarehus som leverer ulike typer rapporter for bruk i virksomhetsstyringen, som for eksempel forbruk av månedssverk, fravær, lønn. Datagrunnlaget etableres ved hjelp av en såkalt MOLAP-database (Multidimensional OnLine Analytical Processing), som henter inn og behandler data fra alle de øvrige systemene. Databasen oppdateres etter regnskapsavslutning hver måned. (figurkilde: www.sisense.com/glossary/olap/)

Ressurssystemene oppleves kompliserte og krevende å sette seg inn i. De fleste beskrev situasjonen som *å finne veien mens en går* eller at man var *selvlært*. De færreste har forkunnskaper om systemene når de starter som leder. Kun få forklarer at de har fått en overlappende periode med tidligere leder. Oppstarten som ny leder er stort sett forklart som utfordrende, at man blir overøst av driftsoppgaver, uoversiktlig økonomi, interne konflikter og etterslep av oppgaver som det er vanskelig å få oversikt over. Det kommer klart fram at flere ledere at ønsker bedre opplæring i budsjettering og budsjettoppfølging, og i bruk av ressursstyringsverktøyene.

Det vil være viktig for ledere på alle nivå å ha god kunnskap om Helse Midt-Norges finansstrategi (6). Det anbefales derfor å inkludere strategien i lederopplæringen. Som denne rapporten vil belyse er det flere utfordringer som må løses. Internrevisjonen anbefaler derfor at helseforetaket først tar stilling til de samlede anbefalingene gitt i kapittel 4, for så å beslutte forbedringsprosjekter. Internrevisjonen kan ikke se at utfordringen kan løses ved å gjennomføre enkelttiltak uten en plan.

5.4. Controllerfunksjonen

Controllere har en sentral rolle i klinikkenes arbeid med å skape god bemanningsstyring og realistiske budsjetter. Controllerne er organisert i økonomiavdelingen og har ansvar for å bistå en eller flere klinikker med analyse, planlegging, budsjettering, rapportering og oppfølging på økonomiområdet.

Internrevisjonen finner at uklarheter og varierende registreringspraksis med mangler og feil utgjør en vesentlig utfordring for controllerfunksjonen. Ofte er det behov for å konsultere seksjonsledere for å få kartlagt hva som ligger bak tallene. Kontroll og korrigerende av feilregistreringer beskrives som komplisert, omfattende og til tider umulig å fullføre (kapittel 5.9). Tiltak som kan bedre kvaliteten i registreringsarbeidet er derfor etterlyst. I henhold til intern retningslinje (20) skal

resultatene knyttet til økonomi og bemanning rapporteres månedlig, og gi grunnlag for klinikkenes årsprognoser og korrigerende avvik. Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket prioriterer arbeidet med å øke datakvaliteten på bemanningsområdet og den månedlige rapporteringen.

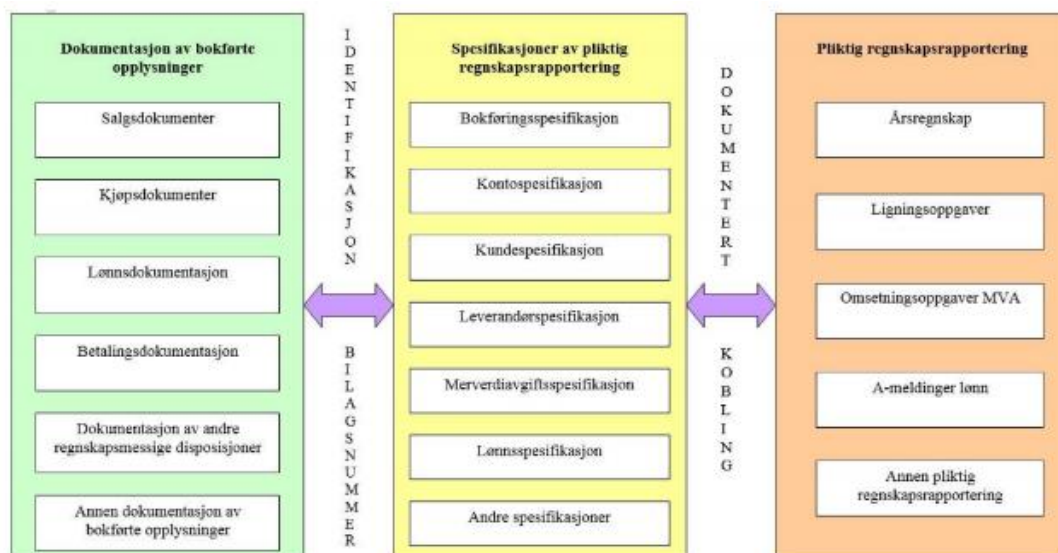
Internrevisjonen erfarer også at det er uklart hvem som har ansvaret for å få controllerfunksjonen til å fungere i klinikk. Regelverket om ledelse i sykehus (13)(14), de nasjonale lederkravene (Figur 5, side 17), lederavtalene (kapittel 5.2) og funksjonsbeskrivelser for ledere (kapittel 0) er imidlertid svært tydelig på at det er ledere som sitter med ansvaret for å innhente den stabstøtten som trengs for å løse oppgavene. Derfor gis det en anbefaling om å tydeliggjøre denne ansvarsfordelingen på ledernivå i helseforetaket, og at ledere har ansvaret for datakvaliteten i egen enhet.

5.5. Kontrollspor på lønnsområdet

Internrevisjonen er kjent med at Helse Nord-Trøndelag HF har utfordringer med det bokføringsmessige kontrollsporet på lønnsområdet (interimrevisjon, årsregnskapet 2020). Dette har flere konsekvenser:

- enhetene/controllers får utfordringer med å analysere regnskapsmessige avvik og å utarbeide nødvendige tiltak.
- det kan være et brudd med bokføringslovens krav om lett tilgjengelig toveis kontrollspor mellom dokumentasjon av bokførte opplysninger, spesifikasjoner av pliktig regnskapsrapportering, og pliktig regnskapsrapportering (bfl. §4 nr. 7).
- lønnsområdet blir sårbart for misligheter.

I og med at lønnsområdet utgjør en så stor del av helseforetakets totale kostnader, og at kontrollsporet også har betydning for helseforetakets internkontroll og muligheten til analysere egne data, anbefaler internrevisjonen at helseforetaket prioriterer arbeidet med å utbedring av kontrollsporet på lønnsområdet.



Figur 2: Kontrollsporet: Fra dokumentasjonen av de bokførte opplysning skal det være enkelt å finne fram til de tilhørende bokførte opplysningene i spesifikasjoner av pliktig regnskapsrapportering. Det skal videre være enkelt å finne ut hvilke poster i pliktig regnskapsrapportering de bokførte opplysningene inngår i (regnskapslinje, post i omsetningsoppgave, post i næringsoppgave mv.). Motsatt vei skal det på samme måte være enkelt å ta utgangspunkt i en post i pliktig regnskapsrapportering, gjennom spesifikasjonene finne de bokførte opplysningene som inngår i posten, og derfra gjenfinne dokumentasjonen av de bokførte opplysninger (dobbel kontrollspor).

5.6. Riksrevisjonens merknader

Riksrevisjonens rapporter om styring av pleieressursene (15) og legeressursene (16) påpekte at helseforetakene må jobbe mer systematisk med bedre ressursutnyttelse og effektiv bruk av pleie- og legeressursene.

Rapportene konkluderte også med at ledelsens styringsinformasjon og IT-systemene ikke er gode nok for å sikre effektiv bruk av pleie- og legeressursene. I og med at fastsettelsen av den økonomiske rammen i liten grad tar hensyn til forholdet mellom bemanning og pasientbelegg, liggetider og pleiebehov, kan dette føre til en u hensiktsmessig skjevhet i ressursfordelingen. Denne utfordringen kan være noe mindre etter Helse Midt-Norge har vedtatt ny inntekstfordelingsmodell (17).

Riksrevisjonen bemerket også at bemanningen er ikke godt nok tilpasset variasjoner i pasientbelegget, og at mange enheter ikke tilpasser bemanning til variasjoner i pasientbelegget selv ved forutsigbare variasjoner. Internrevisjonen kan ikke bekrefte at Riksrevisjonens merknader om styringsinformasjon, IT-systemer og tilpasninger til forutsigbare variasjoner er fulgt opp i Helse Nord-Trøndelag HF.

5.7. Budsjettprosessen

Budsjettet for 2019 (21) viste et estimert tiltaksbehov på 40 MNOK for å bringe budsjettet i balanse. I budsjettet for 2020 (24) er behovet estimert til 72 MNOK.

En av budsjettutfordringene har vært at aktiviteten de siste årene har ligget over veiledende måltall fra eier. Den overskytende aktiviteten har derfor ikke hatt full finansiering gjennom basiskostandene. For å balansere aktivitet mot finansiering var det i 2020 planlagt en aktivitetsnedgang på 3.9 prosent sammenlignet med året før. Videre var det lagt til grunn økte fastlønnskostnader i 2020 med mål om å redusere variabel lønn og kostander til innleie.

5.7.1. Viktige forutsetninger

Finansstrategien: Finansstrategien i Helse Midt-Norge (6) gir føringer for helseforetakenes budsjettarbeid. En viktig føring er at helseforetaket selv disponerer og prioriterer tildelte midler til drift og investeringer med basis i inntektsrammer og anbefalt aktivitet fra eier, besluttet aktivitet i helseforetaket, samt kostnadsestimat for planlagt bemanning, lang-

tidsbudsjett, investeringsbehov og analyser av økonomisk bærekraft. Derfor er det en viktig forutsetning at resultatet av disponeringen for hvert budsjettår også er nedfelt i klinikkenes budsjettnotat.

Inntektene: Helseforetakenes inntekter består i hovedsak av aktivitetssinntekter (ISF) og basisramme. Basisrammen skal dekke differansen mellom aktivitetssinntektene (ISF) og kostnadene til behandling, øvrige driftskostnader og investeringer. Aktivitet *ut over* grunnlaget for inntektsfordelingen vil derfor ikke være fullfinansiert. Derfor er det en viktig forutsetning at klinikkenes finansiering av aktivitet som ikke er fullfinansiert fra eier gjøres rede for gjennom i hver enkelt klinikk budsjettnotat.

Styringssystemet (EQS): Lovkravene til systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet (25) er utdypet i egen forskrift (26). Forskriften krever at helseforetakene dokumenterer viktige arbeidsprosesser. Internrevisjonen anser dokumentasjon om budsjettarbeid og bemanningsstyring som viktig, og har derfor forutsatt at både styringssystemet og resultatdokumentasjonen er tilgjengelig, hensiktsmessig utformet og oppdatert.

IKT-verktøy for bemanningsstyring: Helse Midt-Norge har investert i og tilrettelagt IT-verktøy for etablering og oppfølging av bemanningsplaner og turnuser, med integrasjoner mot systemer for lønn og regnskap. Det er vesentlig at disse verktøyene blir brukt som forutsatt.

Risikostyring: Fra eiers side er det påpekt at helseforetakene må skape tilstrekkelig økonomisk handlingsrom (10)(6). Ledelsen i Helse Nord-Trøndelag HF har påpekt behovet for å arbeide *proaktivt* (11) med tilpasninger i drift eller investeringsplan når det oppstår risiko for negativt resultat. En effektiv prosess for risikostyring er derfor også en sentral forutsetning for budsjettarbeidet.

5.7.2. Aktivitet ut over inntektsgrunnlaget

Helse Nord-Trøndelag HF har selv vurdert (28) at aktivitet ut over forutsetningene i inntektsgrunnlaget er en medvirkende årsak til budsjettavvik. Basert på beregnet kostnad per DRG har helseforetaket estimert at produksjonen ut over «sørge-for»-bestillingen gir en netto årlig belastning på 40-50 MNOK.

For budsjettet 2021 er det belyst (28) at ubalansene i aktivitet ikke kan løses i forbindelse med budsjettarbeidet for 2021, men at det må arbeides *strukturelt og målbevisst* gjennom det kommende året for å *redusere* det samlede aktivitets- og kostnadsnivået.

Internrevisjonen kan bekrefte at utfordringsbildet har tilstrekkelig fokus i foretaksledelsen, men vil i diskusjonen videre i rapporten rette mye av oppmerksomheten på klinikkenes budsjettnotater. Det er vesentlig etter internrevisjonens vurdering at budsjettnotater i størst mulig grad avklarer forutsetninger og antakelser om aktivitet og bemanning, og at restusikkerheten blir dokumentert, kostnadsberegnet og budsjettet.

5.7.3. Stillinger utenfor budsjett

Internrevisjonen er gjort kjent med at verktøy for korrekt registrering av fravær er tilgjengelig, men at praksis for registrering varierer. Noen enheter håndterer *langvarig fravær med tilrettelegging* i form av replanlegging. Ved en slik praksis vil ikke den regnskapsmessige konsekvens av tilrettelegging være tilgjengelig for nye budsjettperioder. Enheter som registrerer *langvarig fravær med tilrettelegging* med korrekt årsakskode, bidrar på en bedre måte til god regnskapsanalyse som i neste trinn gir et bedre utgangspunkt for budsjettarbeidet.

Internrevisjonen har identifisert en praksis for å opprette stillinger utenfor budsjett og uten knytning til regnskapsmessig kostnadssted. Dette er stillinger på 15 prosent som ikke er en del av bemanningsplan, og hvor det tilsettes sykepleiestudenter i inntil 6 måneder. Det

presiseres imidlertid at dette ikke gjelder alle 15-prosent stillinger.

Stikkprøvekontroll i PRS-systemet for perioden desember 2019 og januar 2020 verifiserte funnet. De aktuelle stillingene ikke ble identifisert. Dette indikerer at personalet i stillingene *ikke* inngår i budsjett eller bemanningsplan, og at det mangler knytning mellom person og seksjonen hvor personen utfører arbeidet. Samtidig blir det innhentet timelister, utbetalt lønn og gjennomført bokføring.

Dette representerer en utfordring av flere grunner:

- Knytning til kostnadssted er et krav (7)(8) uavhengig av stillingsprosent.
- Det er vanskelig å se at aktiviteten inngår i budsjettgrunnlaget.
- Det er risiko for at praksisen er valgt for å løse et budsjettmessig dilemma.
- Praksisen kan ha konsekvenser med hensyn til sykepenger, pensjon, forsikring og uønskede hendelser.

Internrevisjonen har belyst merknaden fra finansiell revisjon (kapittel 5.5) vedrørende kontrollsporet i bokføringen på lønnsområdet i Helse Nord-Trøndelag HF. I tillegg foreligger det en merknad fra internrevisjonen til regionalt helseforetak (29) vedrørende mangler ved mislighetsrisikovurderingen på bokføringsområdet. Denne merknaden er etter internrevisjonens kunnskap ikke er fulgt opp med erfaringsoverføring til Helse Nord-Trøndelag HF. Det er ikke identifisert felles retningslinjer som dekker krav til registrering ved til rettelegging for gravide.

Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket gjennomgår denne praksisen og treffer tiltak med hensyn til budsjettstyring, bemanningsplanlegging, bokføring og konsekvenser med hensyn til de ansattes rettigheter og helseforetakets forpliktelser ovenfor ansatte.

5.7.4. Særlige lønnsordninger

Overenskomst mellom Spekter og Den Norske Legeforening 2018 – 2020 (46) omfattet i del A2 §5.2 lønnsdefinisjonene for leger. Lønn for arbeidstid ut over disse definisjonene er beskrevet i overenskomstens del A2 § 5.11 og kalles særlige lønnsordninger:

Partene er enige om at det lokalt kan inngås avtale mellom helseforetakene og den enkelte lege om ekstraordinære arbeidsoppgaver i forhold til helseforetakets aktivitet og pasientbehandling. Slike avtaler skal, i tillegg til å fastsette hvilken kompensasjon legen får, også definere hvilken tidsperiode avtalen gjelder for og rammer for den forventede aktivitet i denne perioden.

Internrevisjonen er gjort kjent med at en av klinikkene i revisjonsomfanget utfører aktivitet som honoreres med basis i bestemmelsen om særlige lønnsordninger. Aktiviteten går ut på å ta unna ventelistepasienter etter ordinær arbeidstid. En tilsvarende problemstilling kan være aktuell for ordinær elektiv poliklinikk.

Internrevisjonen finner ingen beskrivelser i EQS-styringsdokumenter av hvordan aktivitet basert på særlige lønnsordninger skal håndteres. Det er opplyst at aktiviteten er hensyntatt i budsjettprosessen. Det er ikke gjort undersøkelser som kan verifisere opplysningen. Internrevisjonen anbefaler at den eller de klinikkene dette gjelder gjennomgår praksis og retningslinjer for arbeid basert på særlige lønnsordninger, og dokumenterer hvordan dette håndteres i budsjett-sammenheng, i bemanningsstyringen og i bokføringen. Det bør avklares hvordan aktiviteten med kveldspoliklinikk styres i klinikken. I forbindelse med krav til kontrollspor i bokføringen bør det også sjekkes ut om primærdokumentasjonen er fullstendig og om eventuell sekundærdokumentasjon (de aktuelle avtalene) er gyldige. Stikkprøve i PRS og RS avdekket at kveldspoliklinikk ikke inngår i bemanningsplan.

5.7.5. Beskrivelse i styringssystemet

Internrevisjonen skal se spesielt på tilstanden i helseforetakets styringssystem EQS for alle prosesstrinnene for bemanningsstyringen. Det er naturlig å starte med budsjettprosessen.

Forlk. §5 stiller krav til at styringssystemet og dokumentasjonens omfang og form skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Kravet er hjemlet i sphl. §3-4 a) som pålegger helseforetakene å arbeide systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet. Internrevisjonen har lagt til grunn at budsjettstyring i tråd med Helse Midt-Norges finansstrategi, langtidsbudsjett og bærekraftsanalyser krever en gjennomarbeidet budsjettprosess som er dokumentert og gjort tilgjengelig og forståelig for alle som skal bidra inn i prosessen.

Det er relativt enkelt å navigere fra hovedsiden i styringssystemet (EQS) og til hovedprosessene EQS 21720 (1) for økonomiavdelingen, og videre til flytskjema for budsjettprosessen EQS 20479 (31) og til beskrivelse av budsjettarbeidets gang i EQS 22498. Internrevisjonen kan derfor bekrefte at det er relativt lett å *navigere* fra inngangsbildet i styringssystemet og fram til arbeidsbeskrivelser for budsjettprosessen. Dette er tilfredsstillende med hensyn til krav om:

- å gjøre budsjettprosessen kjent i egen organisasjon jamfør folk. §7 a), og
- å sørge for at alle medarbeiderne kan få tilgang til nødvendige retningslinjer jamfør folk. §7 b).

Når man har navigert fram til arbeidsbeskrivelsene finner internrevisjonen at både EQS 21720 og EQS 22498 har passert revisjonsfristen betydelig. Arbeidsbeskrivelsen i EQS 22498 inneholder i tillegg tidsreferanser tilbake til 2015 som neppe er hensiktsmessige i dag. Dette vil være brudd på plikten i forlk. §9c) til å forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner eller andre forhold. På den positive siden er beskrivelsen av kvalitetsmål i EQS 22498. Kvalitetsmålene peker blant annet på:

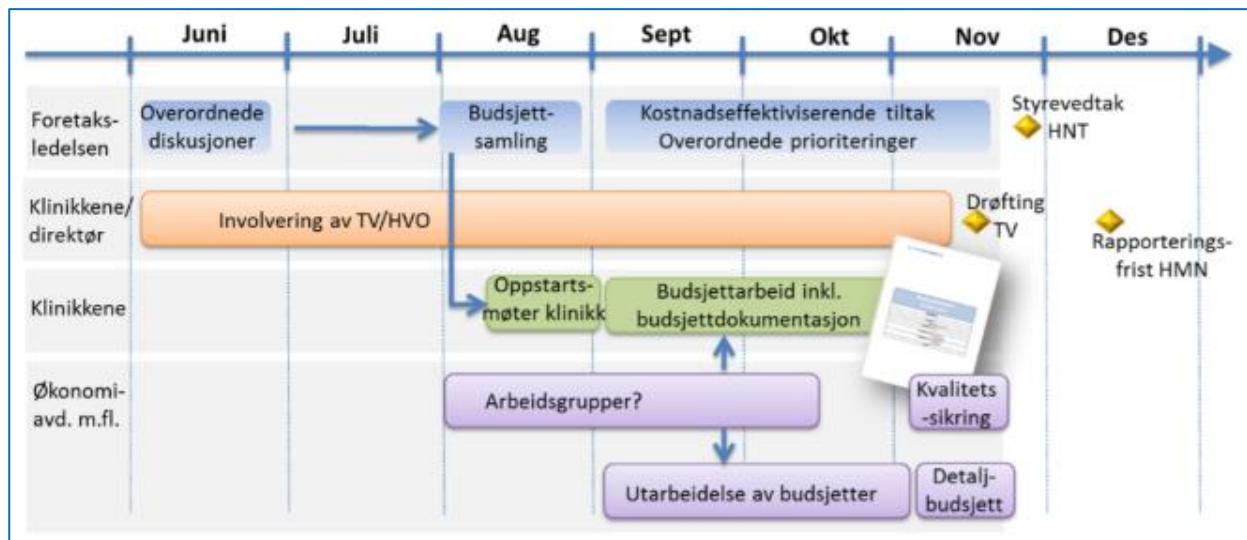
- etablering av *realistisk* budsjett
- detaljert oversikt over endringstiltak for å sikre samsvar mellom driftsplan og budsjett
- samsvar med prioriteringer, føringer og rammevilkår fastsatt av eier.

Dette reflekterer på en god måte føringene som eier har gitt gjennom langtidsbudsjettet og Helse Midt-Norges finansstrategi.

Nyere beskrivelser av arbeidets gang i budsjettprosessen er funnet blant annet i saksunderlag til styret (21) og under Foretaksledelsen på virksomhetsportalen (22). Dette er etter internrevisjonens vurdering ikke tilstrekkelig systematisk med hensyn til kravene i regelverket Helse Midt-Norges finansstrategi. Internrevisjonen anbefaler derfor at Helse Nord-Trøndelag HF prioriterer arbeidet med å oppdatere EQS 21720 og EQS 22498, og med å knytte andre relevante arbeidsbeskrivelser og arbeidsmaler for budsjettprosessen til disse dokumentene. En oppdatering vil i praksis være en konsolidering av det arbeidet som er utført gjennom det siste året. Kvalitetsmålene anbefales som bevaringspunkt når dokumentet oppdateres.

Utarbeidelse av budsjettnotat er sentralt for budsjettarbeidet i klinikkene (Figur 3). Etter det internrevisjonen får opplyst har budsjettnotatet hatt til hensikt å forankre forutsetningene og veivalg for budsjettarbeidet i hver enkelt klinikk og hos hver enkelt klinikkssjef. Et budsjettnotat skal i henhold til pålagt mal (27) inneholde:

- overordnede føringer
- budsjettforutsetninger
- mål
- plan for måloppnåelse
- kritiske suksessfaktorer
- risikovurdering
- tiltak for å sikre kostnadseffektivisering.



Figur 3: Grafisk framstilling av budsjettprosessen for Helse Nord-Trøndelag HF i styresak 72/2018.

Overordnede føringer omfatter forutsetninger i langtidsbudsjett, aktivitetsutvikling, DRG-satser, opplysninger om lønns- og prisvekst, eiers aktivitetsforventning, totale inntektsrammer og basisramme. Budsjettforutsetningene omfatter planlagt aktivitet og samlet inntekt, bemanning og lønnsutvikling. Internrevisjonen anbefaler at mal for budsjettnotater opprettes som et versjonsstyrt og nedlastbart dokument i styringssystemet EQS, og knyttes til EQS 21720 og EQS 22498 ved hjelp av EQS-funksjonalitet for gjensidige relasjoner.

Funksjons-/stillingsbeskrivelser for ledere er relevante dokumenter i styringssystemet EQS. Dokumentenes formål er å klargjøre den enkelte leders rolle og ansvar. Internrevisjonen har lagt til grunn at rolle og ansvar i utarbeidelse av budsjetter og regnskapsmessig oppfølgingen av vedtatt budsjett er relevant innhold i denne typen dokumenter.

Ved gjennomgåelse av dokumentene finner internrevisjonen variasjon i hvor konkrete beskrivelsene er med tanke på budsjettarbeid og regnskapsmessig oppfølging av vedtatt budsjett. De mest konkrete beskrivelsene er funnet i enheter under Klinik for kirurgi både i Levanger og Namsos. To relevante eksempler er (36),(38):

Eksempel 1

- å utarbeide budsjett for avdelingen, i samarbeid med økonomirådgiver og avdelingsleder
- å melde fra om ønskede investeringsbehov
- å ha oversikt og kontroll med regnskap for avdelingen
- å attestere i SAP

Eksempel 2

- å medvirke til utarbeidelse av budsjett i henhold til drift av enheten.
- å føre kontroll med ressurs og driftsresultater, og om nødvendig iverksette avvikskorreksjon.

En mye brukt beskrivelse (33) ved flere av de andre enhetene i revisjonsomfanget mangler dette konkretiseringsnivået. Ordlyden der er:

Eksempel 3

- å ha personal- og økonomiansvar i hht. enhver tids gjeldende fullmakter.

Internrevisjonen har lagt vekt på at Helse Midt-Norges har nedfelt et strategiske mål om godt lagspill (Figur 4). Det er også lagt vekt på spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser om ledelse i sykehus (§3-9) og best mulig utnyttelse av ressursene (§ 1-1 punkt 4). I dette ligger det at øverste leder sammen med ansvarlige ledere på alle nivå i helseforetaket

Vår ambisjon: FREMRAGENDE HELSETJENESTE Fire strategiske mål:	
Vi skaper pasientenes helsetjeneste	▼
Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse Ansatte og organisasjon utvikler og tar i bruk ny kunnskap og teknologi. Kort vei fra kunnskap til forbedret praksis.	▲
Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell	▼
Vi er gode lagspillere Vi tenker helhet og samhandling. Laget består av alle aktører som bidrar i helsetjenesten. Vi spiller hverandre gode og utnytter hverandres fortrinn.	▲

Figur 4: To av de strategiske målsetningene i Strategi 2030 inviterer til en mer avansert bruk av IT-verktøyet EQS for å sikre helhet og samhandling omkring styringssystemets beskrivelser av budsjettprosessen i Helse Nord-Trøndelag HF og de påfølgende trinnene i bemanningsstyringen.

legger til rette for kostnadseffektiv bemanningsstyring og god økonomistyring. Derfor gis det anbefaling om å konkretisere hvilket ansvar ledere på nivå 4 har i budsjettprosessen og i den regnskapsmessige oppfølgingen av vedtatt budsjett. Konkretisering på nivå med eksempel 1 og 2 anbefales.

Internrevisjonen vurderer at vedlikeholdet av arbeidsbeskrivelser for budsjettprosessen i styringssystemet EQS har sviktet i perioden 2016 - 2017. Samtidig er det positivt at det foreligger slike beskrivelser på Helse Nord-Trøndelags intranettsider *Innblikk*, og i saksunderlag for styrets budsjettbehandling. Utfordringen er slike beskrivelser er frikoblet fra helseforetakets styringssystem, og dermed ikke blir systematisk vedlikeholdt og gjort tilgjengelig som retningslinjer for ansatte, blant annet i opplæringsøyemed. Denne utfordringen har også kommet til uttrykk i intervjuer hvor flere ledere forklarer at budsjettprosessen oppfattes som uoversiktlig. Internrevisjonen anbefaler at foretaksledelsen evaluerer hvorvidt det har vært nok oppmerksomhet på systematisk vedlikehold av styringssystemet i helseforetaket generelt sett, og spesielt med tanke på en så sentral prosess som budsjettprosessen.

For å sikre varig forbedring anbefaler internrevisjonen at sentrale dokumenter for budsjettarbeidet vedlikeholdes årlig og gjerne i forkant av budsjettprosessen. Godkjenningen

av dokumentene bør godkjennes i EQS enten av virksomhetsleder eller av ansvarlig direktør etter fullmakt. Med henvisning til Helse Midt-Norges strategiske målsetninger (Figur 4) anbefales det også at Helse Nord-Trøndelag tar i bruk hørings- og/eller godkjenningsfunksjonene i EQS for å sikre at klinikkledere involveres aktivt i vedlikeholdet.

Det er ikke identifisert dokumenter i styringssystemet EQS som beskriver hvordan de enkelte klinikkene håndterer budsjettarbeidet ut fra fagenes egenart og behov for samarbeidende helsepersonell. Det anbefales derfor at hver enkelt klinikk utdyper i hvordan budsjettarbeidet skal gjennomføres og risikovurderes, og hvilke forutsetninger arbeidet skal bygge på.

Internrevisjonen observerer at flere strategisk viktige dokumenter styringssystemet ikke er godkjent av ansvarlig leder. Teknisk er det ingen ting i veien for EQS-dokumenter kan godkjennes av til enhver tid ansvarlig leder. Regelverkets bestemmelser om ledelse (sphl. §3-9, forlk. §3), HODs rundskriv om ledelse i sykehus (I-2013-2), samt de nasjonale lederkravene (Figur 5) underbygger denne vurderingen. Internrevisjonen anbefaler derfor at foretaksovergripende retningslinjer godkjennes av virksomhetsleder, og at utdypende retningslinjer på klinikknivå godkjennes av klinikkssjef.

- Ansvarlig og helhetstenkende
- Endringsvillig og handlekraftig
- Kommuniserende og inspirerende

Figur 5: Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak 31/13 at de nasjonale lederkravene skulle utgjøre et felles grunnlag for ledelse i Helse Midt-Norge.

5.7.6. Gjennomføring av budsjettprosessen

Budsjettprosessen (se Figur 3) starter vanligvis i juni eller august med *overordnede diskusjoner* i foretaksledelsen. Prosessen løper fram til budsjettvedtak i styret i slutten av november. Ved oppstart av prosessen i 2018 (22) og 2019 (22) har agenda møtene omfattet:

- Gjennomgåelse av langtidsbudsjettets bakgrunn, forutsetninger, investeringer, bærekraftsanalyse og risiko.
- Gjennomgåelse av budsjettprosess med hovedaktiviteter
- Gjennomgåelse av strategiske satsningsområder for aktuelt budsjettår
- Utarbeidelse av budsjettnotat

Det er som belyst i kapittel (5.7.5) funnet god resultatdokumentasjon fra dette arbeidet på helseforetakets intranettsider. Det anbefales derfor at helseforetaket bestemmer hva slags resultatdokumentasjon som er arkiverdig og etablerer en praksis for å journalføre dokumentasjonen for hvert budsjettår under eget saksnummer i arkivsystemet *Elements*. Kravene til dette bør inngå når EQS 22498 oppdateres (5.7.5).

Fjerde punkt omhandler budsjettnotatet som er sentralt underlag for budsjettarbeidet i klinikkene. Ved gjennomgåelse av budsjettnotat 2020 fra Kirurgisk klinikk finner internrevisjonen tydelige beskrivelser av involvering av ledere på nivå 3 og 4. Samtidig belyser intervjuene at involveringen ikke oppleves god nok. Det er vanskelig for internrevisjonen å fastslå hva som er rett nivå, men internrevisjonen anbefaler at

overordnede ledere konkretiserer gjennom funksjonsbeskrivelser hva som forventes.

Internrevisjonen er gjort kjent med at personell som arbeider med utvikling og oppfølging av budsjettene ikke oppfatter budsjettene som *realistiske*. Det blir opplyst at budsjettutviklingen bygger på historiske data som ikke nødvendigvis henger sammen med utfordringsbildet i budsjettåret og i langtidsbudsjettet. Dersom dette er en riktig oppfattet rokker det etter internrevisjonens vurdering ved selve formålet med budsjettarbeidet og ved motivasjonen for slutte lojalt opp om budsjettmålene. Det er derfor relevant å anbefale at foretaksledelsen avklarer hvorvidt realistiske budsjetter skal være et prinsipp for budsjettarbeidet, og at dette stadfestes i styringssystemet, eksempel vis i EQS 22498.

Alle internrevisjonen har intervjuet opplyser at de forholder seg til regnskapet. Flere har uttrykt at de opplever at budsjettet i liten grad følges opp av ledere på høyere nivå, eller av kontrollere. Det etterspørres i liten grad årsaker til at en seksjon har avvik fra budsjett.

Alle seksjonsledere forklarer at de i slutten av hver periode ser over periodens regnskapsdata i SAP, men at det uoversiktlig og krevende å følge med på påløpte utgifter. Flere uttrykker at de ikke forstår tallene, at de ikke klarer å analysere årsaken til avvik, og at de stort sett må ta regnskapstallene til etterretning. For øvrig må de fokusere på forsvarlig drift av seksjonen. De fleste forklarer også at analyse av regnskapsmessig avvik fra budsjett er kontrollers ansvarsområde.

KPMG har vurdert (47) at oppfølgingen fra kontrollere har blitt vesentlig bedre de siste årene og at samarbeidet har vært et prioritert i klinikkene. Det er likevel variasjon i hvor langt man har kommet med etablering av rutiner. Kontrollernes kapasitet til å gjennomføre utviklingsarbeid har vært og er fremdeles begrenset. Denne utfordringen gjenspeiles også hos klinikkledere, som opplever at kontrollernes kapasitet til gi lederstøtte på nivå 3 og 4 er begrenset.

En kompliserende faktor for budsjettarbeidet er at det bokføringsmessige kontrollsporet på lønnsområdet ikke er tilstrekkelig etablert (finansiell interimrevisjon, årsregnskapet 2020). Internrevisjonen anbefaler derfor at foretaksledelsen klargjør hvordan man sikrer tilfredsstillende kontrollmiljø på lønnsområdet og at regnskapsdata som legges til grunn for budsjettarbeidet er pålitelige.

5.7.7. Bemanningsbudsjett

Klinikkenes kostnadsstruktur for bemanning omfatter etter det internrevisjonen får opplyst lønn, innleie og overtid.

Undersøkelser utført av KPMG viser at det gjennomføres få eller ingen analyser for hvordan bemanningen bør *tilpasses aktivitetsnivå* ved enhetene, og at det er behov for å analysere forholdet mellom pasientbelegg og bemanning (pleiefaktor) på sengepostene. På en annen side foreligger det analyser som indikerer at potensiale for *bedre samarbeid* mellom sengeposter for å sikre tilstrekkelig bemanning. Det opplyses at mange sengeposter ikke tilpasser bemanningen til variasjoner i pasientbelegg som følge av sesongvariasjoner.

5.8. Bemanningsplanlegging

Bemanningsplanlegging er prosessen for å oversette planlagt aktivitet, rammebetingelser og usikkerheter til konkrete individuelle bemanningsplaner. Prosessen skal føre til realistiske planer, som er godt koordinert mellom samarbeidende enheter, og som gir realistiske kostnadsestimat som kan sammenholdes med finansielle rammer.

5.8.1. Viktige forutsetninger

Ser man tilbake på *Regional handlingsplan for strategisk HR 2008-2013* har det vært et mål over mange år samordnede bemannings- og turnusplanleggingen med horisont opp mot ett år fram i tid. Denne målsetningen har også omfattet forsvarlig bemanning, forutsigbarhet for ansatte, samordning av bemanningsplaner for samarbeidende personellgrupper og effektiv ressursutnyttelse. Effektiv ressursutnyttelse er et hovedformål i sphl.

Handlingsplanen er utgått og det er ikke funnet andre regionale føringer. Samordnet bemannings- og turnusplanlegging, god planlegging mellom samarbeidende personellgrupper og effektiv ressursutnyttelse er derfor lagt til grunn for det videre revisjonsarbeidet.

I januar 2018 ble det fastsatt ny tariffavtale for leger i sykehus. Tariffavtalen medfører at arbeidsplaner for leger skal settes opp og rullere etter et fast mønster basert på antall leger i vaksjiktet. Fravik i form av annen planleggingsmetodikk (årsplan) kan bare innføres dersom alle legene i samme seksjon/team er samstemt om det. Ifølge legenes overenskomst A2 § 3.4.3 og interne retningslinjer (47) EQS 29841 skal planprosessen ha 7 trinn som blant annet omfatter å utarbeide aktivitetsplan for planperioden og en bemanningsplan ut fra aktivitetsplanen.

Helse Midt-Norge har et strategisk målbilde som omfatter:

Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse.

Det er tilrettelagt IT-verktøy for bemanningsplanlegging, herunder verktøy for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging. Innføring og bruk av verktøyene er en viktig forutsetning.

5.8.2. Synkronisert planlegging

Bemanningsplanleggingen på områder med samarbeidende enheter krever at utkast til planer for hver enhet er tilgjengelig til avtalt tidspunkt. Internrevisjonen får opplyst at praksis på dette området varierer og at enkelte enheter ved Sykehuset Levanger opplever mangelfullt samarbeid mellom legeledere og sykepleieledere når det gjelder samordning av planarbeidet for samarbeidende personellgrupper. Internrevisjonen anbefaler derfor:

- at hver enkelt klinikk etablerer en beskrivelse av hvilke enheter man må samarbeide med i bemanningsplanleggingen. Beskrivelsen bør inngå som en viktig forutsetning i klinikkenes budsjettnotater.
- å konkretisere når i prosessen enhetenes utkast til bemanningsplaner skal foreligge.

5.8.3. Beskrivelse i styringssystemet

Helse Nord-Trøndelags veileder til turnusplan EQS 20479 (31) ble påstartet i 2014 med utgangspunkt i *Regional handlingsplan for strategisk HR 2008-2013* (kapittel 5.8.1). EQS 20479 er foretaksovergripende, omfatter flytskjema for årsplanprosessen (Figur 6), og har flere vedlegg. *Veileder i årsplanlegging og kalenderplan for turnusarbeidere* er ett av vedleggene, som gir en generell arbeidsbeskrivelse for planleggingsprosessen. De øvrige vedleggene omfatter maler (aktivitetsplan, forsvarlighetsvurdering av arbeidstid, innhold i drøftingsmøter), informative dokumenter, og hyperlenker til mer informasjon.

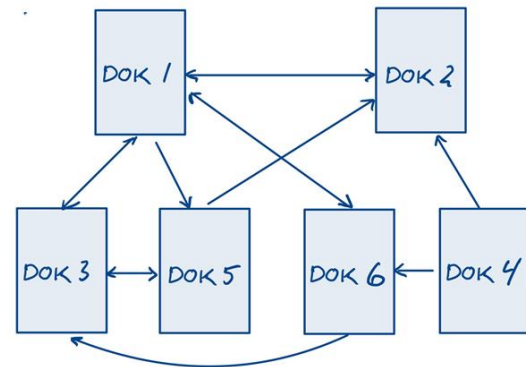
Internrevisjonen bekrefter anerkjenner arbeidet som er lagt ned for å etablere en foretaksovergripende dokumentasjonspakke for bemanningsplanleggingen. Dette bidrar til:

- å gjøre arbeidsprosess for bemannings-styring kjent i egen organisasjon i tråd med folk. §7 a), og
- å sørge for at alle medarbeiderne kan få tilgang til nødvendige retningslinjer i tråd med folk. §7 b).

Internrevisjonen anbefaler noen forbedringer av dokumentasjonspakken. Det er behov for å etablere vedleggene, og spesielt malene, som sporbare og versjonsstyrte dokumenter i EQS. Dette er nødvendig for å kunne forbedre dokumentene kontinuerlig med god sporbarhet.

Dokumentasjonspakken er godt tilrettelagt for å utnytte funksjonalitet for gjensidige relasjoner i EQS (Figur 6). Internrevisjonen anbefaler at helseforetaket tar i bruk denne funksjonaliteten for dokumentasjonspakken rundt EQS 20479.

De ulike kliniske områdene har ulike arbeidsprosesser og ulike utfordringer med hensyn til aktivitet, finansielle rammer, organisatoriske og fysiske forhold, med mer. Derfor er det neppe realistisk eller hensiktsmessig at bemanningsstyringen reguleres kun



Figur 6: Helse Midt-Norges IT-verktøy EQS har støtte for synkronisert vedlikehold av prosedyrer og retningslinjer i styringssystemet. Synkroniseringen bygger på relasjoner (enveis) eller gjensidige relasjoner (toveis)

gjennom foretaksovergripende EQS-styringsdokumenter. Internrevisjonen anbefaler at foretaksovergripende retningslinjer avgrenses til funksjonelle krav som alle klinikkene må svare ut, og at klinikkene selv gis frihet til å bestemme løsninger som skal etableres for å møte de funksjonelle kravene. Dette kan løses ved at klinikkene oppretter egne EQS styringsdokumenter med relasjon til de foretaksovergripende styringsdokumentene. Relevante eksempler på slike styringsdokumenter kan være *hvordan* man møter funksjonelle krav i budsjettnotat og aktivitetsplaner.

Grafisk framstilling av arbeidsprosessene som vist i Figur 6 gir i en god oversikt over arbeidsprosessen. Det er positivt at framstillingen viser hvilke dokumenter som skal ligge til grunn for arbeidet og hvilke resultatdokumenter som skal produseres. Dette anbefales som bevaringspunkter.

I og med at bemanningskostnader utgjør hele 75 prosent av helseforetakets samlede kostnader (8) er det vanskelig å komme utenom en forståelse at dokumentet EQS 20479 har strategisk betydning for helseforetakets evne til å møte:

- formålsbestemmelsen om effektiv ressursutnyttelse (§1-1, punkt 4)
- krav til investeringsevne og økonomisk bærekraft i helseforetaket
- prioriteringsutfordringen

5.8.4. Utfordringer ved fravær

Internrevisjonen får opplyst at situasjoner hvor personell av ulike årsaker ikke kan møte i henhold til *plan* gjør det vanskelig å arbeide effektivt. Slike årsaker kan være kurs, møter og konferanser, men også planleggingskultur.

Når lege i *ordinær dagvakt* ikke møter i henhold til plan, fører det til at gjenværende leger på dagvakt må fordele pasientene mellom seg. Følgekonskvenser er eksempelvis avlysning eller flytting av planlagte poliklinikktimer og operasjoner, og økt liggetid.

Økt liggetid eskalerer konsekvensene i form av:

- flere korridorpasienter og utlokaliserte pasienter
- økt innleie av pleiepersonell og fastvakter
- økte utgiftene til mat, medisiner og utstyr
- økt belastning på pleiepersonellet med risiko for økt sykefravær og arbeidsmiljøutfordringer.
- økt risiko for sykehusinfeksjoner og/eller pasientskade.

Når lege 1 ikke kan møte som planlagt til vakter som *vaktlege* (vakt fra formiddag til neste morgen) må en annen lege (lege 2) overta vakten. Lege 2 skal da etter retningslinjene ha fri med lønn både før vakten og dagen etter, samt vakanstillegg for vakten som vaktlege. Når slike fridager kommer i konflikt med planlagte vakter for den som overtar, eskalerer utfordringen ved at lege 2 sine planlagte arbeidsoppgaver må dekkes inn av øvrige leger på jobb (lege 3) begge fridagene, så fremt det ikke benyttes vikar. Etter det internrevisjonen forstår forekommer vikarbruk relativt sjelden.

En variant av utfordringen oppstår for enheter som benytter rullerende planer. Etter det internrevisjonen er opplyst tilpasser ikke disse enhetene bemanningen til ferie og høytider, slik man tradisjonelt har gjort i enheter med årsturnus, hvor det er gjort tilpasninger ved bruk av såkalte hjelpeturnuser. Praksis har vært å rullere planene uten tilpasning, og å omgjøre vakter for bemanning som skal ha fri knyttet til ferie og høytider til vakansvakter. Vakans-

vaktene fordeles etter det internrevisjonen får opplyst mellom tilstedeværende personell, med de konsekvensene for eskalering som er beskrevet foran.

En annen variant av utfordringen oppstår i den operasjonelle bemanningsstyringen dag for dag. Ved de medisinske klinikkene er internrevisjonens forståelse at legene samles til morgenmøte på et fast møterom, hvor registrering av tilstedeværelse foregår på en ukentlig utskrift fra legeplaner i Excel. Utfordringen oppstår når utskriften ikke blir ajourført ved fravær. Konsekvensene er som beskrevet i avsnittene ovenfor. Her anbefaler internrevisjonen inntil videre at leger som av ulike årsaker må fravike plan melder fra om det uten ugrunnet opphold, og at ajourholdet gjennomføres fortløpende i RS-ajourhold.

Fra regionalt hold er det tilrettelagt IT-verktøy for *aktivitetsbasert bemanningsplanlegging* som skal brukes for legeplaner. Arbeidet med innføring av verktøyet er igangsatt ved Klinik for medisin og rehabilitering i Levanger men er ikke fullført. Innføringen av verktøyet er også et styringskrav for 2021.

Fra regionalt hold er det tilrettelagt IT-verktøy for *aktivitetsbasert bemanningsplanlegging*. Verktøyet gjør det mulig å integrere data fra andre IT-verktøy som RS (bemanningsplanlegging, ajourhold), OpPlan (operasjonsplanlegging) og PAS/MyWay2PAS (pasientadministrasjon). Arbeidet med innføring av verktøyet startet i 2019 ved Klinik for medisin og rehabilitering i Levanger men er foreløpig ikke fullført. Innføringen gjør det blant annet mulig å oppnå forbedret ressursstyring for leger. Innføringen av verktøyet er også et styringskrav for 2021.

Samlet for utfordringsområdet med *fravær* anbefaler internrevisjonen:

- at foretaksledelsen avklarer hvorvidt rullerende planer for leger skal tilpasses ferier og høytider på andre måter enn å gjøre om fri til vakansvakter.

- å ta i bruk anbefalingene nedfelt i overenskomsten A2 for å sikre best mulig ressursutnyttelse.
- å tydeliggjøre foretaksovergripende krav/forventninger om at personalets kurs, møter og konferanser i aktivitets- og bemanningsplaner i størst mulig grad innarbeides proaktivt i bemanningsplaner.
- å innføre metodikk og verktøy for aktivitetsbasert bemanningsstyring.

5.8.5. Samarbeidende personellgrupper

Internrevisjonen får opplyst at legeledere og sykepleieledere ved samarbeidende enheter i noen tilfeller ikke samarbeider om bemanningsplanleggingen for det kommende budsjettåret. Dette gjelder i hovedsak Sykehuset Levanger. Det har ikke kommet fram begrunnelser for hvorfor et samarbeid ikke skulle være hensiktsmessig. Internrevisjonen viser til at samordning av bemanningsplaner for samarbeidende personellgrupper inngår i formålet med bemanningsplanleggingen, og anbefaler at enheter er som erfarer manglende samarbeid belyser dette i sitt budsjettnotat, estimerer kostnadsulempen og registrerer forbedret samarbeid i sitt risikoregister med en økonomisk oppside. Det vises eller til anbefalinger i kapittel 5.8.2.

Internrevisjonen får opplyst at bemanningsplanlegging på tvers av samarbeidende personellgrupper ved Sykehuset Namsos fungerer på en tilfredsstillende måte.

5.8.6. Ressursstyring i pleietjenesten

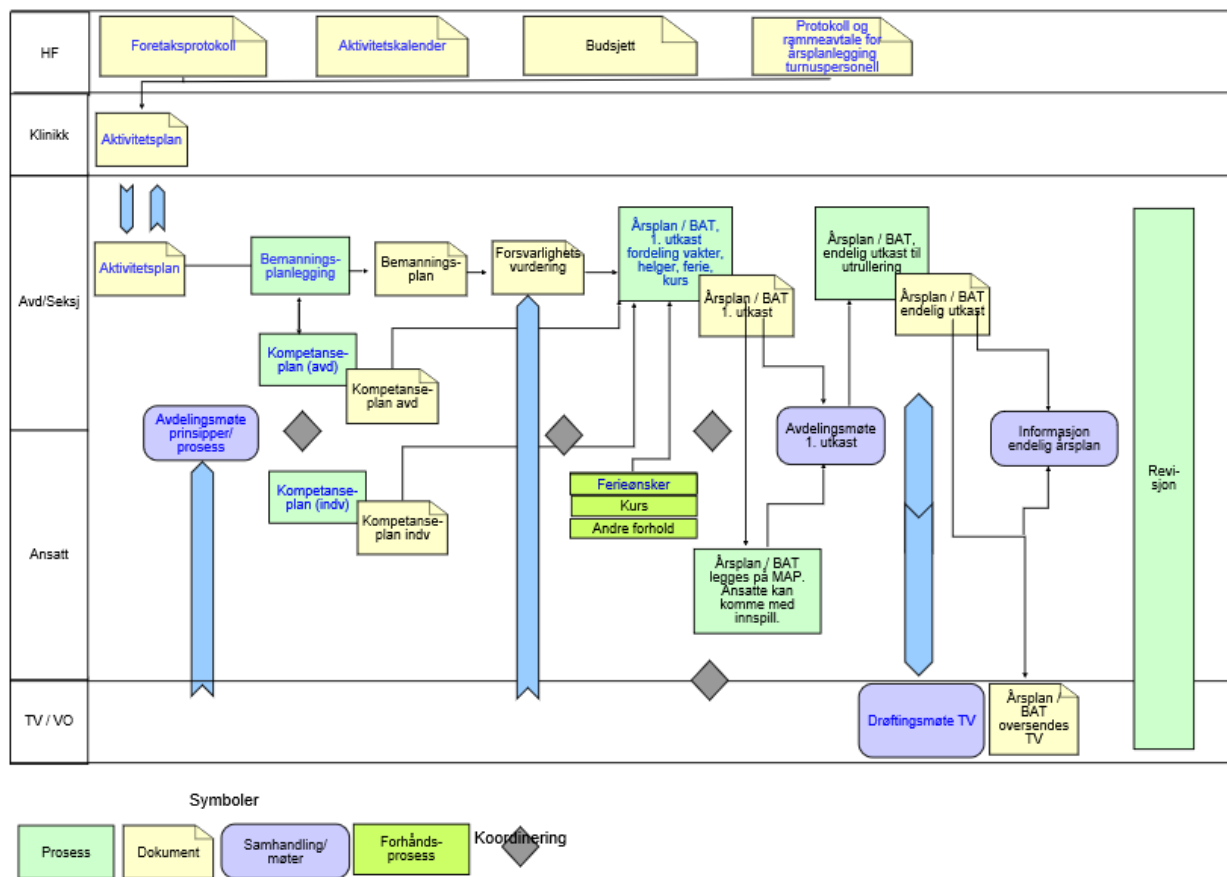
Ved Klinikk for medisin og rehabilitering i Namsos foreligger det flere EQS-dokumenter som omfatter ressursfordeling og ressursstyring. I ett av dokumentene (42) er det beskrevet *hvordan* seksjonsledere og stedfortredere kan sikre en hensiktsmessig ressursfordeling mellom de fire seksjonene i klinikken, medisinsk poliklinikk og medisinsk overvåking. Dokumentet har følgende målformulering:

Målet er god ressursutnyttelse og økt arbeidseffektivitet ved å jobbe smartere og bedre sammen.

Prosedyren ble etablert høsten 2017. I intervju kommer det frem at seksjonene har lyktes med å samarbeide på tvers av sengepostene, poliklinikkene og medisinsk overvåking, og at samarbeidet fungerer uavhengig av belegg. Eksempelvis kan sykepleiere bli flyttet til en annen gruppe eller seksjon i hele eller deler av vekten. De har ansatt assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiestudenter som avlaster sykepleierne. Pasienter kan bli fordelt mellom seksjonene. Pasienter som krever mye eller kontinuerlig tilsyn kan flyttes til samme rom eller rom i nærheten for å kunne utnytte personellet best mulig. En utfordring som er belyst gjennom faktaverifikasjon (kapittel 6.8) går ut på at helsepersonellet som blir flyttet på kan oppleve utrygghet knyttet til kompetanse, rutiner og fag. Internrevisjonen bemerker at enhetene kan redusere utryggheten gjennom en hensiktsmessig opplæring.

Ved fravær skal innleiebehovet og andre løsninger enn innleie vurderes (42). Det er også gjort tiltak for å forbedre kvalitet på dokumentasjon i pasientjournal og å korte ned rapporteringstiden. Internrevisjonen har blitt opplyst at endringsprosessen utløste mye motstand i starten, men at dette har avtatt etterhvert som ansatte har vennet seg til ordningen. Det er mindre turnover, mindre sykefravær og bedre arbeidsmiljø.

Tilsvarende samarbeid mellom seksjoner gjennomføres også ved sykehuset Levanger, men intervjuene belyser at motstand fra deler av personalet gjør at det er vanskeligere å hente ut samarbeidspotensialet. Flere av respondentene gir uttrykk for at lav grad av samhold og samarbeid mellom pleie og legetjenesten og at det daglige samarbeidet i flere seksjoner krevende. Internrevisjonen er kjent med at helse-foretaket arbeider for å løse samarbeids-utfordringene, og gir derfor ingen anbefalinger på dette området.



Figur 7: Grafisk framstilling av prosessen for bemanningsplanlegging i EQS 20479.

Det er etablert internt bemanningssamarbeid mellom Klinik for medisin og rehabilitering og Klinik for kirurgi i Namsos (43). Samarbeidet omfatter intensiv, akuttmottak og medisinsk overvåking, og framstår i prosedyren å være godt forankret hos ledelsen i de to klinikkene. Dette er bekreftet gjennom intervju blant annet ved akuttmottaket i Namsos som blant flere erfarer en krevende bemannings-situasjon. Formålet med denne tilnærmingen har vært å kunne håndtere uforutsigbar og varierende aktivitet i enhetene, og det er uttrykt klare forventninger til at personell som har kapasitet skal bistå på tvers ved behov. Dette til tross, det er fortsatt krevende å opprettholde en forsvarlig bemanning i akuttmottaket, blant annet på grunn av drift av AMK. Det er ikke identifisert tilsvarende samarbeidsnivå i andre deler av revisjonsomfanget.

5.9. Ajourhold

Proessen for ajourhold av bemanningsdata har betydning for riktig rapportering, realistiske budsjett og treffsikre tiltak når det er behov for tilpasninger.

Internrevisjonen får opplyst at det er vanlig å skrive ut daglig vaktplan på papir. I henhold til interne rutiner (44, 45) skal fravær registreres med koder for *type fravær* i RS Ajourhold. Praksis er å registrere fraværet på papirkopien som *uspesifisert* fravær når man mottar melding om fravær, og å oppdatere registreringen med faktisk fraværskode når leder mottar egenmelding for fraværet.

Ved fravær skal vikar rekvireres fra stillingen som fraværet er knyttet til, med knytning til årsakskode for fraværet. Dette forutsetter at årsakskoden er registrert riktig.

Det er viktig å skille på *vikar ved fravær* og *ekstrahjelp*. Ekstrahjelp benyttes når det oppstår behov for ekstra bemanning som ikke skyldes fravær. Det er uklart om ledere praktiserer dette korrekt.

Intervjuene belyser at registreringer i RS ajourhold gjennomføres ulikt og at det er utfordringer med relativt store avvik. Det gjør det vanskelig å tolke rapporter. Controllere må i slike tilfeller konsultere seksjonsledere for å oppklare hva som ligger bak tallene. Oppgaven beskrives som komplisert, omfattende og til tider umulig å korrigere. Registreringsavvik kan også medføre at tilliten til styringsdata i klinikkviser rapporter er svekket, og slikt sett hindrer nødvendige endringsprosesser.

Intervjuene som KPMG har utført (47) belyser samme utfordring. Flere ledere trekker frem PRS og RS som lite intuitive verktøy med rom for feilregistreringer. Flere påpeker at PRS og RS dekker primærbehovet for utarbeidelse og oppfølging av bemanningsplaner, men at systemene i liten grad bidrar til å synliggjøre forbedringsmulighetene innen bemanningsplanlegging og ressursstyring. I spørreundersøkelsen svarer bare 13 % av lederne at systemet i stor grad er velfungerende i bemanningsplanleggingen.

5.10. Andre forhold

5.10.1. IT-systemer

Internrevisjonen har ikke identifisert modeller som viser dataflyt i IT-verktøyene i styringssystemet EQS. Det har vært krevende å få oversikt basert på informasjon i åpne kilder, og det antas derfor at det også er krevende for ledere generelt å få oversikt og å gi opplæring på området. Internrevisjonen anbefaler derfor å etablere en prinsippskisse for hvordan data er organisert og hvordan bemanningsdata flyter mellom de ulike IT-systemene.

I kapittel 5.9 er det belyst noen opplevde utfordringer med PRS og RS. Disse utfordringene er knyttet til inndata som vil forplanter seg videre databasene som strukturerer informasjonen for kjøring av rapporter. Helseforetaket har nylig innført nytt rapporteringssystem for Styringskort (Figur 7) som har svært god tilgjengelighet via Virksomhetsportalen.

Undersøkelsene som KPMG har gjort viser at flere fortsatt mener de ikke får tilstrekkelig

styringsinformasjonen for å styre økonomien, hvor det påpekes at systemene fortsatt ikke gir oversikter, analyser og rapporter som kontinuerlig gir innblikk i status for drifta. Internrevisjonen har vurdert at rapportverktøy med mulighet for periodisering og nedbryting per klinikk er en svært viktig milepæl i forbedringsarbeidet innen budsjett- og bemanningsstyring. Det aktualiserer enda mer betydningen av å øke kvaliteten i inndata for eksempel RS og PRS.

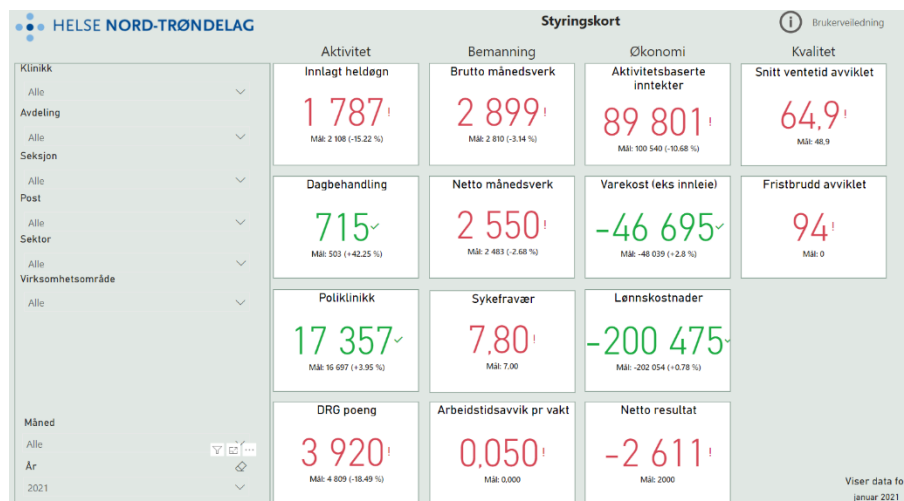
5.10.2. Kostnadsanalyse ved innleie

Internrevisjonen er gjort kjent med at IKT-verktøy med støtte for kostnadsvurdering ved innleie ved stabil grunnbemanning har vært tilgjengelig for ledere siden høsten 2019. Verktøyet gjør det mulig å undersøke kostanden ved alternativer løsninger for innleie, for eksempel hvorvidt et alternativ utløser timelønn eller overtidkostnad. Ledere har på den måten støtte for å kunne velge det alternativet som er mest gunstig med hensyn til effektiv ressursutnyttelse.

En forutsetning for å ta i bruk verktøyet er at funksjonaliteten må aktiveres på hver enkelt leder sin bruker i verktøyet RS Ajourhold. Etter det internrevisjonen kjenner til foreligger det ikke noe foretaksovergripende pålegg eller forventning om å bruke funksjonen. Det er heller ikke kjent hvor mange som ledere som per dato har aktivert funksjonen og bruker den ved innleie. Funksjonen beskrives som enkel å bruke når den først er aktivert.

Det er ikke funnet beskrivelse av denne muligheten i EQS-styringsdokumenter. Det er imidlertid opplyst at informasjon om funksjonaliteten skal være distribuert per epost vedlagt en veiledning.

Internrevisjonen anbefaler at foretaksledelsen avklarer hvorvidt denne typen kostnadsanalyse skal gjennomføres når enheter med relativt stabil grunnbemanning må foreta innleie. Det anbefales også å sørge for at retningslinjene dokumenteres i EQS-styringssystemet.



Figur 8: Eksempel på styringskort som sammenfatter periodiserte nøkkeldata per enhet.

5.10.3. Funksjonsbeskrivelser

Det er variasjon på flere områder i de vurderte dokumentene (33)(34)(35)(36)(37) (38)(39).

EQS 27832 Funksjonsbeskrivelse HNT HF (33) er foretaksovergripende funksjonsbeskrivelse for seksjonsledere i Helse Nord-Trøndelag HF. Beskrivelsen er forankret i foretaksledelsen, oppdatert og tilgjengelig for de klinikkene som har tatt den i bruk. Den er ikke spesifikk på seksjonsledernes rolle og oppgaver i budsjettarbeid, bemanningsplanlegging og regnskapsoppfølging. Knytning til mål og strategi, krav om å innhente tilstrekkelig informasjon, risikostyring, og å rapportere regnskapsmessig avvik inngår for eksempel ikke.

De kirurgiske klinikkene i Namsos og Levanger har utviklet egne funksjonsbeskrivelser (35) (36) som er tydeligere/mer eksplisitt på organisering og ansvar. Beskrivelsene ved klinikken i Namsos er spesielt tydelige på organisering, mål, ansvar og oppgaver, vedlikehold av kompetanse, og henviser også til overordnede mål og strategi. De fleste funksjonsbeskrivelsene unntatt EQS 16049 (Levanger) er ikke oppdatert. Alle funksjonsbeskrivelsene har mangler med hensyn til risikostyring. Seksjonsledernes myndighet er beskrevet i varierende grad.

Internrevisjonen anbefaler at funksjonsbeskrivelsene gjennomgås med tanke på å tydeliggjøre ansvaret og oppgavene som

seksjons- og legelederne har i forhold til bemanningsstyring og årsplaner. Eksempelvis hvilken rolle de har i budsjettprosessen, i etablering og oppfølging av arbeidsplaner, og i regnskap, risikostyring og hvilken informasjon som er nødvendig for å utføre oppgavene.

Dersom EQS 27832 skal fungere som et formkrav for funksjonsbeskrivelser med mulighet for lokale tilpasninger, anbefaler internrevisjonen at egenskapen *gjensidige relasjoner* i verktøyet EQS benyttes. Det vil sikre at endringer i én funksjonsbeskrivelse varsles til dokumentadministratorer for øvrige funksjonsbeskrivelser, og at endringene kan vurderes gjennomført i relaterte dokumenter. Dette muliggjør erfaringsoverføring. Dersom det er ønskelig å åpne opp for ytterligere lokale tilpasninger anbefaler internrevisjonen å benytte en *følg eller forklar* tilnærming. Dette kapitlet må sammenholdes med resultater fra intervjuene og diskuteres videre på det grunnlaget.

6. Faktaverifikasjon

Utkast til rapport ble utsendt til fakta-verifikasjon den 24. februar 2021 med anmodning om tilbakemelding før revisjons-utvalgets behandling av rapporten den 1. mars 2021, og med frist 3. mars 2021.

Det er kommet tilbakemeldinger på følgende områder:

6.1. Vid definisjon

Rapporten tar opp flere sentrale og viktige problemstillinger og forbedringspunkter i en vid definisjon av bemanningsstyring.

Internrevisjonen deler dette synspunktet. En vid tilnærming var vurdert som nødvendig på grunn av at rotårsaker til utfordringene på bemanningsområdet går utenfor en avgrenset tolkning av revisjonstemaet. Eksempel vis kom det tidlig fram i revisjonsarbeidet at tillitten til budsjettarbeidet og datakvaliteten i ajourhold og planer var svekket. Anbefalingene i rapporten inviterer derfor til en bredere forståelse av årsaksforholdene enn det som har direkte med planlegging og ajourhold å gjøre.

6.2. Fakta versus meninger

Verifisering av faktaopplysninger er krevende da det på noen områder kan være en gråsoner for hva som er fakta og hva som er den enkelte som er intervjuet sin opplevelse av fakta.

Internrevisjonen deler denne vurderingen. Å skille mellom fakta og individuelle opplevelser eller meninger, tas hensyn til allerede i revisjonsplanleggingen og i intervjuet. For å kartlegge opplevelser/meninger benyttes ofte semistrukturerte intervju og aggregering. Når det er nødvendig å sannsynliggjøre opplevelse av fakta benyttes gjerne stikkprøver. I denne rapporten er stikkprøver utført for å kunne avklare funn knyttet til stillinger utenfor budsjett (kapittel 5.7.3) og kveldspoliklinikk utenfor bemanningsplaner (kapittel 5.7.4).

6.3. Hensiktsmessighet i detaljerte beskrivelser

Rapporten påpeker mange tilfeller av manglende ajourhold av beskrivelser, eller beskrivelser/dokumentasjon som internrevisjonen mener bør utarbeides. Det betviles ikke at manglende systematisk ajourhold medfører riktighet og bør forbedres, men vil påpeke at detaljerte beskrivelser ikke er et hensiktsmessig grunnlag for «alt» som skal gjøres – selv om denne kommentaren hører mest hjemme i et tilsvarende svar til rapporten.

Internrevisjonen deler også denne vurderingen. Det har ikke vært hensikten å etterlyse beskrivelser ut over det som er hensiktsmessig med tanke på sikre effektiv ressursutnyttelse (sphl. §1-1), opplæring (forlk. §7c) og kontinuerlig forbedring (forlk. §§ 6 og 9). Det er invitert til ledelsesmessig oppmerksomhet omkring disse forholdene (kapittel 5.7.5).

6.4. Ansvar for kontrollsporet

Problematikken rundt kontrollspor (kapittel 5.5) er en kjent regional utfordring som HMN har ansvaret for å løse.

Internrevisjonen lagt til grunn bestemmelsene i hfl. §6 om partsstilling, hfl. §37 om daglig leders ansvar, hfl. §28 om styrets oppgaver, samt hvem som er pliktsubjekt etter regnskaps- og bokføringslovgivningen. Ansvar for å etablere et tilfredsstillende kontrollspor vurderes derfor å ligge hos helseforetaket, inklusive eventuelle tiltak for å bøte på mangler ved den regionalt tilførte løsningen.

6.5. Tiltaksbehov 2020

Tiltaksbehov for 2020 (kapittel 5.7.2) ble tilslutt 72 MNOK.

Beløpet er rettet fra 76 MNOK til 72 MNOK.

6.6. Kontrollsporets relevans for budsjettarbeidet

Det er reist spørsmål ved relevansen av kontrollsporets betydning for budsjettarbeidet (anbefaling 4).

I kapittel 5.7.6 er det belyst at budsjettutviklingen bygger på historiske data som ikke nødvendigvis henger sammen med utfordringsbildet i budsjettåret eller med i langtidsbudsjettet. Det er også belyst at personell som arbeider med utvikling og oppfølging av budsjettene ikke oppfatter budsjettene som *realistiske*.

I kapittel 5.4 er det belyst at uklarheter og varierende registreringspraksis med mangler og feil er en utfordring. Kontroll og korrigerende av feilregistreringer beskrives som komplisert, omfattende og til tider umulig å fullføre.

I kapittel 5.7.3 er det belyst en problemstilling med stillinger som ikke inngår i budsjett eller bemanningsplan, og hvor det mangler knytning mellom person og seksjonen hvor personen utfører arbeidet.

Internrevisjonen har lagt til grunn at kontrollsporet er en sterk systematikk for blant annet å sikre kvaliteten i økonomiske data og i analysene som gjennomføres med grunnlag i slike data. Selv om formålet med kontrollspor i bokføringsreglene ikke er ment å dekke den bokføringspliktiges egne behov for finansiell rapportering, forutsetter det at den den bokføringspliktige selv er i stand til å finne fram i sin egen bokføring og sørger for nødvendige rutiner knyttet til dette (49). Det er påpekt at kontrollspor som er enkelt å følge kan være nyttig for den bokføringspliktige, for eksempel ved utskifting av personell og for utføring av interne kontrollaktiviteter.

Det er også lagt vekt på budsjettarbeidets betydning for virksomhetsstyringen. Internrevisjonen vil derfor opprettholde anbefaling 4 i rapportens kapittel 4 i den hensikt å bidra til forbedring i internkontrollen.

6.7. Stillinger utenfor budsjett

Det er beskrevet i kapittel 5.7.3 at det er opprettet 15-prosent stillinger for sykepleierstudenter på helg på inntil 6 mnd. som er ment for å dekke stillinger der et er fravær med tilrettelegging, og at dette er stillinger utenfor budsjett.

Medisinsk avdeling ved Sykehuset Namsos har flere slike stillinger. Dette er stillinger innenfor budsjett som dekker bemanningsplan på helg, vaktene burde vært dekt med sykepleiere.

Med bakgrunn i sykepleiemangelen er det utfordrende å dekke disse vaktene med sykepleiere. Lite kompetanse/sykepleiedekning på helg er en av de største utfordringene døgnetenhetene står ovenfor.

Internrevisjonen imøtekommer denne presiseringen og har endret teksten i kapittel 5.7.3. Tekst om tilrettelegging er strøket og det er presisert at dette ikke gjelder alle stillinger på 15 prosent. Internrevisjonens merknad går kun på funn hvor det er opprettet slike stillinger utenfor bemanningsplan/budsjett.

6.8. Turnover, sykefravær og forbedret arbeidsmiljø

Kommentaren gjelder 2. avsnitt på side 21 vedr. mindre turnover, mindre sykefravær og bedre arbeidsmiljø. Hvis dette medfører riktighet er jo dette en løsning som må vurderes å breddes ut. Det savnes noe mer dokumentasjon på denne konklusjonen. Det foreligger også mer nyanserte tilbakemeldinger fra de enhetene som avgir, og de som blir flyttet på.

Internrevisjonen har innhentet utdypende informasjon for å få bedre forståelse for kommentaren. Det som kommentaren belyser er at helsepersonellet som blir flyttet på, opplever en viss utrygghet knyttet til kompetanse, rutiner og fag. Dette er tatt inn i teksten på side 21.

7. Forberedelse og gjennomføring

7.1. Revisjonens tidsplan og lokaliteter

Revisjonen startet med åpningsmøte 15. november 2019 og skulle etter planen styrebehandles april 2020. På grunn av revisjonsfunn økte omfanget av revisjonen og revisjonen ble gjennomført med grundigere analyser og gjennomgang av ledelses- og kvalitetssystemet.

I utgangspunktet var det Helse Nord-Trøndelag HF, Klinikk for kirurgi i Levanger og Namsos og Klinikk for medisin og rehabilitering i Levanger og Namsos som inngikk i revisjonsomfanget. I løpet av revisjonen har omfanget økt til også å gjennomføre revisjon i Klinikk for psykisk helse og rus og Klinikk for kvinne, barn og familie. De to sistnevnte klinikkene er revidert av KMPG.

7.2. Revisjonslaget og representantene for revidert part

Revisjonslaget har bestått av:

- Silje Gjæstøl Hepsø,
Revisjonsleder, Helse Midt-Norge RHF
- Jørgen Midtlyng,
Medrevisor, Helse Midt-Norge RHF

I tillegg ble KPMG AS leid inn for å bistå revisjonslaget i gjennomføringen av utvidet revisjonsomfang.

Representanter for revidert part har vært:

- Tor Åm
Administrerende direktør i
Helse Nord-Trøndelag HF
- Ann Mari Okkenhaug,
Revisjonskoordinator
Helse Nord-Trøndelag HF

7.3. Revisjonsaktiviteter

Følgende revisjonsaktiviteter er gjennomført:

- Dokumentgjennomganger.
- Intervjuer – linjeledere, kontrollere, ledere og rådgivere i stab, hoved- og foretakstillitsvalgte. Både lege- og pleietjenesten har vært godt representert i intervjuutvalget.
- Stikkprøver er gjennomført i RS og PRS.

7.4. Revisjonens prosedyrer

Prosedyrer for revisjonen er dokumentert i eget styringsdokument EQS 707 for internrevisjonen.

8. Referanser

1. Helseforetaksloven, §37a
2. Etiske regler og standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon, 2017 IIa
3. HMN Styresak 78/2019 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. august.
4. HNT styresak 73/2019 Økonomiske tiltak, oppfølging Sak 53/2019
5. HNT styresak 60/2020 Strategiske valg for omstilling i HNT
6. HMN EQS 752 Finansstrategi Helse Midt-Norge, mai 2020
7. Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF - for planperioden 2018 – 2021; og framtidsutsikter mot 2035
8. Regional utviklingsplan 2019 – 2022 (2035) for Helse Midt-Norge
9. HMN styresak 81-2016 Strategi 2030
10. Styringskrav og rammer 2021 - Helse Nord-Trøndelag HF
11. HNT EQS 31279 Ledelse i HNT
12. HNT styresak 85/2020 Ledelsesutvikling i Helse Nord-Trøndelag
13. Spesialisthelsetjenesteloven §3-9 Ledelse i sykehus.
14. Rundskriv I-2013-2 Lederansvaret i sykehus, HOD 2013.
15. Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene
16. Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressursene (2018)
17. Sak 06/21 Implementering av inntektsfordelingsmodell for HF-ene i HMN basert på prinsipper i Magnussen2-utvalget
18. HNT EQS 2874 Introduksjon og opplæring av nyansatte
19. HNT EQS 30196 Sentrale opplæringskrav for ressursstyring – bemanning
20. HNT EQS 22499 Økonomistyring og rapportering
21. HNT styresak 72/2018 Budsjett 2019
22. [Budsjettprosessen \(helsemn.no\)](https://www.helsemn.no/budsjettprosessen)
23. HNT styresak 78/2019 Status tiltaksarbeid økonomi
24. HNT styresak 87/2019 Budsjett 2020 Helse Nord-Trøndelag HF
25. Spesialisthelsetjenesteloven §3-4a Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
26. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
27. Budsjettnotat mal Utkast pr 150818, HNT.
28. HNT styresak 83/2020 Budsjett 2021 Helse Nord-Trøndelag HF
29. HMN Sak 71/20 Internrevisjons-rapporter om risikostyring i Helse Midt-Norge
30. HNT EQS 21720 Hovedprosesser Økonomiavdelingen, HNT
31. HNT EQS 20479 Årsplanlegging - prosesskart
32. HNT EQS 22498 Budsjett - Økonomiavdelingen
33. HNT EQS 27832 Funksjonsbeskrivelse seksjonsleder HNT HF
34. EQS 25017 Avdelingssykepleier Medisinsk klinikk –funksjonsbeskrivelse (Levanger)
35. EQS 22307 Stillingsbeskrivelse avdelingssykepleier kirurgiske sengeposter (Namsos)
36. HNT EQS 21457 Stillingsbeskrivelse for seksjonsleder akuttmottak (Kirurgisk klinikk, Namsos).
37. EQS 30062 Funksjonsbeskrivelse for seksjonsleder i avdeling for sengeposter, dag kirurgi og kontor m/støtte (Levanger)
38. HNT EQS 16049 Funksjonsbeskrivelse for seksjonsleder på kirurgisk og ortopedisk sengepost (Kirurgisk klinikk, Levanger).
39. EQS 24094 Funksjonsbeskrivelse for seksjonsleder i avdeling for sengeposter, dag kirurgi og kontor m/støtte
40. HNT Bemanningskontroll (Innblikk)
41. HNT Søknadsside - Bemanningskontroll alle klinikker og senter (Innblikk)
42. EQS 37318 Ressursfordeling medisinsk avdeling (Nivå 2) Revisjonsfrist 2021
43. HNT EQS 30600 Internt samarbeid mellom intensiv, akuttmottak og medisinsk overvåking i Namsos
44. HNT EQS 22406 Fravær ved sykdom, egenmelding og foreldrepermisjon
45. HNT EQS 22407 Behandle og bokføre refusjonskrav
46. Overenskomst del B mellom DNLF og HNT 2018-2020
47. Revisjonsrapport Bemanningsstyring i Helse Nord-Trøndelag, KPMG mars 2021
48. HNT EQS 29841 Retningslinjer for utarbeiding av rullerende arbeidsplaner for leger
49. Norsk bokføringsstandard NBS2 Kontrollsporet