

Kunnskapsgrunnlag

Bruk av helsepersonell- vikarer

Krav i foretaksprotokollen 2019

Felles rapport fra de fire regionale
helseforetakene

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	2
2. Anskaffelser av vikartjenester helsepersonell fra bemanningsbyråer	2
3. Oppsummering	5
4. Organisering og strategier for bruk av helsepersonellvikarer i hver av de fire RHF-ene	6
4.1. Helse Nord RHF.....	6
4.1.1. Sykepleiertjenester.....	6
4.1.2 Legespesialisttjenester	9
4.1.3 Annet helsepersonelltjenester	12
4.1.4 Oppsummering fra Helse Nord	13
4.2 Helse Midt-Norge RHF.....	20
4.2.1 Sykepleiertjenester.....	20
4.2.2 Legespesialisttjenester	23
4.2.3 Annet helsepersonelltjenester	25
4.2.4 Oppsummering fra Helse Midt-Norge.....	26
4.3 Helse Sør-Øst RHF	27
4.3.1 Sykepleiertjenester innleie.....	27
4.3.2 Legespesialisttjenester	30
4.3.3 Annet helsepersonelltjenester	33
4.3.4 Oppsummeringer fra Helse Sør-Øst	34
4.4 Helse Vest RHF	44
4.4.1 Sykepleiertjenester.....	44
4.4.2 Legespesialisttjenester	49
4.4.3 Annet helsepersonell.....	52
4.4.4 Oppsummering fra Helse Vest:.....	53
5. Samlet statistikk – alle regioner	66
6. Vedlegg:.....	67

1. Innledning

Det vises til krav i foretaksprotokoll gitt til de fire regionale helseforetakene for 2019:

«Føretaksmøtet la vekt på at det må sikrast at bruken av vikarar ikkje er i strid med reglane i arbeidsmiljølova. Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å stille saman kunnskapen om bruk av helsepersonellvikarar og levere ein rapport innan utgangen av august 2019», (frå føretaksprotokollen Helse Vest RHF)

2. Anskaffelser av vikartjenester helsepersonell fra bemanningsbyråer

Sykehusinnkjøp HF gjennomfører anskaffelser og forvalter avtaler på vegne av de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak. Det ble i 2009 besluttet tiltak for å organisere bruk av innleide helsepersonell vikarer ved landets sykehus. Målet var å bidra til å profesjonalisere sykehusenes organisering og oppfølging av bruken av helsepersonellvikarer, styrke foretakenes posisjon i markedet og samtidig bidra til å sikre at leverandørene opptrådte i tråd med krav til bemanningsbyrå. Sykehusinnkjøp gjennomført anskaffelser og har etablert rammeavtaler mellom vikarbyråer og spesialisthelsetjenesten for følgende områder:

- Vikartjenester- Sykepleiertjenester (Sykepleier, Spesialsykepleier intensiv, Spesialsykepleier øvrige og Jordmor)
- Vikartjenester - Legespesialisttjenester (Psykatri, Radiologi, Øvrige legespesialiteter)
- Vikartjenester - Annet helsepersonell (Helsesekretærer, Bioingeniører og Psykologspesialister)

Det er bemanningsbyråene som er arbeidsgiver og fullt ut er ansvarlig for å overholde regelverket arbeidsgiveransvar medfører ovenfor de vikarene de formidler. For å forsikre seg om at bemanningsbyråene faktisk etterlever regelverket og at tjenesten som leveres holder den nødvendige kvalitet, har man over flere år stilt klare krav til leverandørene av vikartjenesten til spesialisthelsetjenesten.

I hovedsak benyttes helsepersonell vikarer ved avvikling av ferie for egne medarbeidere, ved akutt ikke planlagt fravær der foretakene selv ikke har mulighet for å omdisponere egne ressurser for å dekke opp fraværet. Totalt utgjør bruk av helsepersonellvikarer om lag 0,4 – 0,8% av alle vakter i landets helseforetak.

De virkemidlene spesialisthelsetjenesten og Sykehusinnkjøp har tatt i bruk kan i hovedsak grupperes i tiltak som iverksettes ved gjennomføring av konkurransen og i avtaleperioden.

2.1. Krav til bemanningsbyråers deltakelse i en anbudskonkurranse

I gjennomføringen av samtlige anskaffelser er det stilt strenge krav til leverandørens kvalifikasjoner som må være oppfylt før leverandøren skal kunne delta i konkurransen. Leverandørene skal blant annet ha et kvalitetssikringssystem som innehar prosedyrer som sikrer og kan dokumentere at formidlede vikarer har lønns- og arbeidsvilkår i tråd med Arbeidsmiljølovens bestemmer, likebehandlingsprinsippet. I anskaffelsene av helsepersonell er denne kontrollen grundigere ved at det også gjennomføres en preaudit (førrevisjon) i anskaffelsen hvor leverandørens kvalitetssikringssystem blir presentert og revidert av en tredjepart. Dette tjenes som en ekstra forsikring for at leverandøren som skal delta i konkurransen vil være i stand til å oppfylle kravene i rammeavtalen.

2.2. Krav til bemanningsbyråer i avtaleperioden

Der leverandøren er kvalifisert og blir tildelt avtale stiller videre rammeavtalen en rekke krav til hvordan leverandørene skal gjennomføre sine kontraktsforpliktelser, herunder levere vikarer med den nødvendige kompetanse, i henhold til arbeidsmiljølovens regler om arbeids- og hviletid og med korrekt lønn. Det er en tett oppfølging av leverandøren fra både kunder/bestillere og avtaleforvalter i avtaleperioden og det gjennomføres også 3. parts revisjoner av leverandørene.

For å illustrere dette viser vi til rammeavtale for Vikartjenester Sykepleier, vedlagt. Det er i hovedsak likelydende reguleringer i alle avtalene.

I anskaffelsene for Vikartjenester helsepersonell er det stilt strenge krav til leverandørene som tildeles rammeavtaler. Leverandørene skal ha et kvalitetssikringssystem som innehar prosedyrer som sikrer og kan dokumentere at formidlede vikarer har lønns- og arbeidsvilkår i tråd med Arbeidsmiljølovens bestemmer, likebehandlingsprinsippet. Det gjennomføres en preaudit (førrevisjon) i anskaffelsen hvor alle leverandører som søker om prekvalifisering blir innkalt til en demonstrasjon av sitt kvalitetssikringssystem i den hensikt å demonstrere hvordan systemet ivaretar kravene. I tillegg er det inntatt i rammeavtalene en rett til å gjennomføre 3. parts revisjonen gjennom avtaleperioden. Det er også lagt til grunn at dersom det avdekkes vesentlige avvik kan kostnadene for revisjonene blir viderefakturert til leverandør.

I rammeavtalene for vikartjenester helsepersonell er det blant annet etablert følgende rutiner for å sikre at leverandør til enhver tid har riktig informasjon om arbeidstid og arbeidsvilkår:

- 1) Nasjonale og lokale lønns- og tariffavtaler er gjort tilgjengelig for alle leverandører, og det er lagt til grunn likebehandlingsprinsippet av lønns- og arbeidsvilkår i tråd med Arbeidsmiljølovens bestemmelser.
- 2) For at leverandørene skal overholde likebehandlingsprinsippet har alle landets helseforetak etablert:
 - a) Databaser (Compendia) for hvert av helseforetakene med tilgang for alle leverandører. Disse databasene inneholder alle oppdaterte nasjonale og lokale lønns- og tariffavtaler. Leverandørene har fått tilstrekkelig opplæring og informasjon om bruken. Disse lønn-arbeidsvilkårene skal legges til grunn når det formidles vikarer til det enkelte helseforetak for å ivareta likebehandlingsprinsippet.
 - b) Det er utarbeidet egne oppdragsbeskrivelser/bestillinger med utfyllende informasjon som benyttes for avrop av helsepersonell vikarer.
 - c) Uavhengig av hvilke bestillingsrutiner som benyttes, skal følgende informasjon om arbeidstid være tilgjengelig for leverandørene:
 - i) Bestiller skal ved bestilling av oppdrag gi leverandørene detaljer om arbeidstid med minimum følgende:
 - i. Beskrive uketimetall, gjennomsnittsberegning av arbeidstiden, eventuelt hviletid mellom vakter mv. som er gjort gjeldende ved avdelingen.
 - ii. Oppdraget skal være i henhold til lovlig etablert arbeidsplan som er gjort gjeldende for avdelingen. Bestiller skal bekrefte at vaktene i oppdraget er innenfor de lokale ARBEIDSPLANENE på avdelingen(-e).

- 3) Som en del av avtaleforvaltningen er både leverandører og helseforetakene oppfordret til å melde inn ethvert avvik. Sykehusinnkjøp HF som avtaleforvalter har etablert egne avviksprosedyrer for dette. Avvik behandles og i særlige tilfeller blir styringsgruppen for Vikartjenester helsepersonell involvert for å avklare eventuelle tiltak og prosess for håndtering av avvik.
- 4) Som en del av avtaleforvaltningen er det kontinuerlig dialog med leverandørene (oppfølgingsmøter mm.) og helseforetakene i den hensikt å forbedre rutinene. Forbedringer av rutiner blir fortløpende iverksatt og tatt i bruk gjennom skriftlig kommunikasjon ut til leverandører og helseforetakene. Styringsgruppen er aktivt medvirkende til å sikre høy etterlevelse av rammeavtalene og endringer av rutiner i alle landets helseforetak.
- 5) Som en del av avtaleforvaltningen gjennomføres det revisjoner av leverandørene i den hensikt å blant annet sikre at lønns- og arbeidsvilkår iht. Arbeidsmiljøloven følges, (likebehandlingsprinsippet).
- 6) Som en del av avtaleforvaltningen er det i rammeavtalene etablert et eget vedlegg som gir Sykehusinnkjøp HF/Helseforetakene rett til å be om dokumentasjon av lønns- og arbeidsvilkår ved behov.

Det vises forøvrig til vedlagte rammeavtale punkt 9 flg. som blant annet regulerer leverandørens plikter for å sikre lov og forskriftsmessig avlønning, overholdelse av likebehandlingsprinsippet ved utleie av arbeidstakere, arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, opprettholde godkjenning iht. forskrift om bemanningsforetak og rapporteringsplikt til ligningsmyndighetene.

Rammeavtalens inneholder videre en rekke bestemmelser som skal sikre at formidlende vikarer til enhver tid innehar de krav til kompetanse som helseforetakene stiller til personer som gjennomfører pasientbehandling. Det vises særlig til punkt 10 flg. og evt. krav til politiattest i punkt. 9.9. At kravene oppfyllelse skal først kontrolleres av leverandøren gjennom sitt kvalitetssikringsystem. Deretter vil kunden foreta en kontroll ved oppmøte, med rett til å avvise vikarer som ikke oppfyller kravene, eller på annen måte ikke anses for egnet, jf. punkt 5.5. Til sist gjennomfører avtaleforvalter revisjon av leverandøren i samarbeid med kunden i henhold til avtalen punkt 13.2. Dette er alle tiltak som bidrar til å sikre at vikarene som leveres har den nødvendige kompetanse.

2.3. Avtaleforvaltning – oppfølging i avtaleperioden

Det er derfor særdeles viktig av helseforetakene har gode rutiner for tett oppfølging av avtaleleverandør, for å avdekke eventuelle uregelmessigheter i avtaleperioden. Slike avvik eller brudd på rammeavtalene medfører at leverandørforholdet blir avviklet/terminert og i neste anskaffelsesprosess føre til at leverandører ikke blir kvalifisert. Helseforetakene har etablert slike rutiner og har gjennomført regelmessige revisjoner av avtaleleverandører siden 2009. I perioden 2009-2017 er det gjennomført totalt 29 revisjoner av avtaleleverandører. Dette har medført terminering av fem rammeavtaler i tillegg til syv leverandører som har bedt om å få trekke seg fra rammeavtalene.

For å illustrere hvordan revisjoner gjennomføres vises det til to vedlagte revisjonsrapporter for gjennomførte revisjoner av hhv. Personalhuset Staffing Group AS og Active Care A/S.

Sykehusinnkjøp mottar som avtaleforvalter kvartalsvis statistikk fra leverandører på rammeavtalen og fra helseforetakene. Statistikkgrunnlag gir en fullstendig oversikt over forbruket av helsepersonellvikarer for alle helseforetak, og innenfor de ulike fagspesialiteter. Dette gir de regionale helseforetakene et meget godt styringsverktøy i sin organisasjonsplanlegging.

3. Oppsummering

I samtlige anskaffelser av vikartjenester fra bemanningsbyråer som er gjennomført av Sykehusinnkjøp HF for spesialisthelsetjenesten, er det stilt strenge krav for å sikre at de bemanningsbyråene som skal få anledning til å delta kan levere vikarer med rett kompetanse i overensstemmelse med norsk lovgivning. I avtalene som er etablert mellom leverandører og spesialisthelsetjenesten er det en rekke reguleringen for å sikre at det leveres vikarer med den nødvendige kompetanse, i henhold til arbeidsmiljølovens regler om arbeids- og hviletid, samt at vikaren mottar korrekt lønn.

De regionale helseforetakene og Sykehusinnkjøp har fra 2009 etablert omfattende rutiner og prosedyrer for å sikre at det er tydelige forventninger til vikarbyrå som skal levere helsepersonell vikarer. Det har vært en krevende prosess å etablere forståelse for strenge og stringente krav og etterlevelse av kravene i rammeavtalene blant vikarbyråene. Det har er lagt ned et betydelig arbeid over lang tid som viser at krav og rutiner som er etablert er velfungerende og virker etter sin hensikt;

de vikarbyråene som ikke etterlever kravene og forventningene som er lagt til grunn i rammeavtalene får avsluttet sine rammeavtaler.

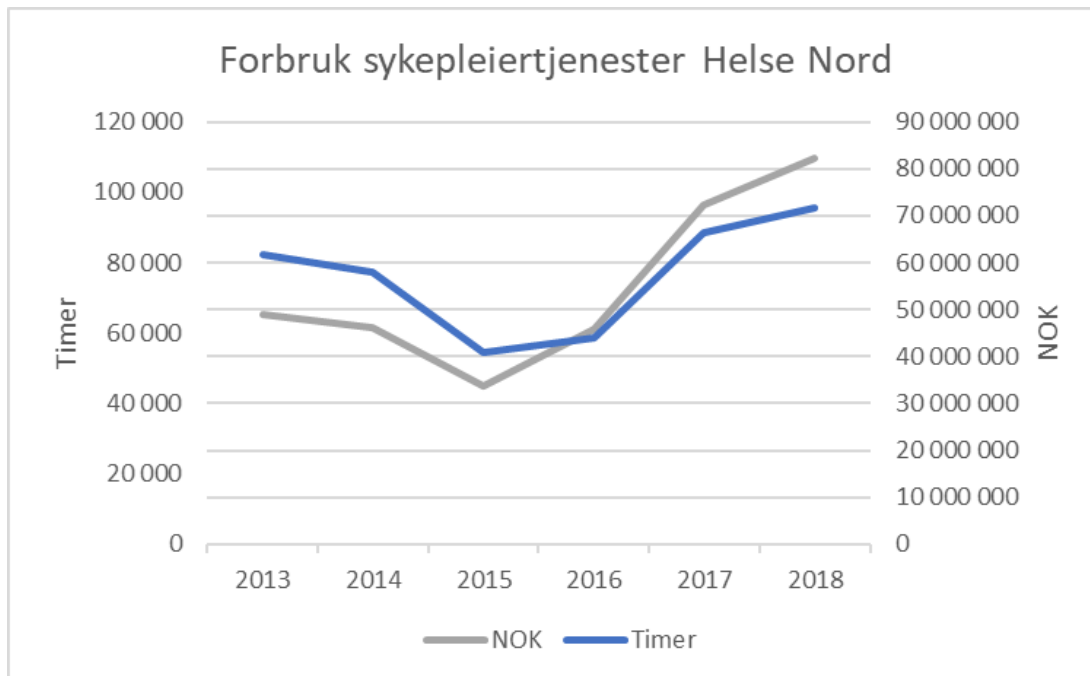
De regionale helseforetakene og Sykehusinnkjøp følger opp rammeavtalene med enkelte vikarbyråene på en god og profesjonell måte. Det er gitt tilslutning til deres strenge krav i rammeavtalene og deres oppfølging av rammeavtalene, selv om dette i perioder har vært svært krevende å «å stå gjennom» disse rutinene. I de tilfeller rammeavtaler er terminert har det ført til omfattende omtale i media, og i enkelte særlige tilfeller et vedvarende press mot de regionale helseforetakene over år. På tross av dette har de regionale helseforetakene og Sykehusinnkjøp valgt å opprettholde de strenge og nødvendige krav i rammeavtalene og tydelig og tett oppfølging av vikarbyråene. Gjennom årens løp er fem rammeavtaler avvirket som følge av revisjoner og oppfølging av leverandørene i tillegg til syv leverandører som har bedt om å få trekke seg fra rammeavtalene.

4. Organisering og strategier for bruk av helsepersonellvikarer i hver av de fire RHF-ene

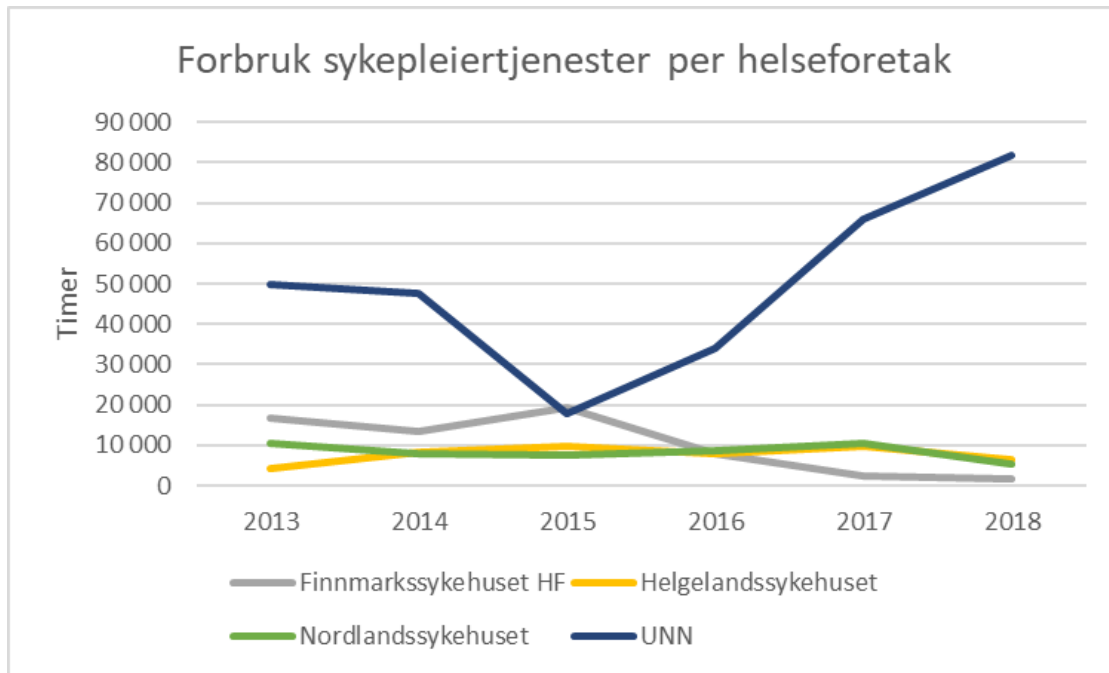
Det er ulik utvikling i bruk av helsepersonell vikarer mellom de fire RHF-ene. Statikken er basert på leverandørstatistikk for leverandører på rammeavtale. I hver av kapitlene nedenfor blir statistikk for hver enkelt region vist per gruppe helsepersonell. Til sist er det et oppsummerende underkapittel 4 fra hver region.

4.1. Helse Nord RHF

4.1.1. Sykepleiertjenester

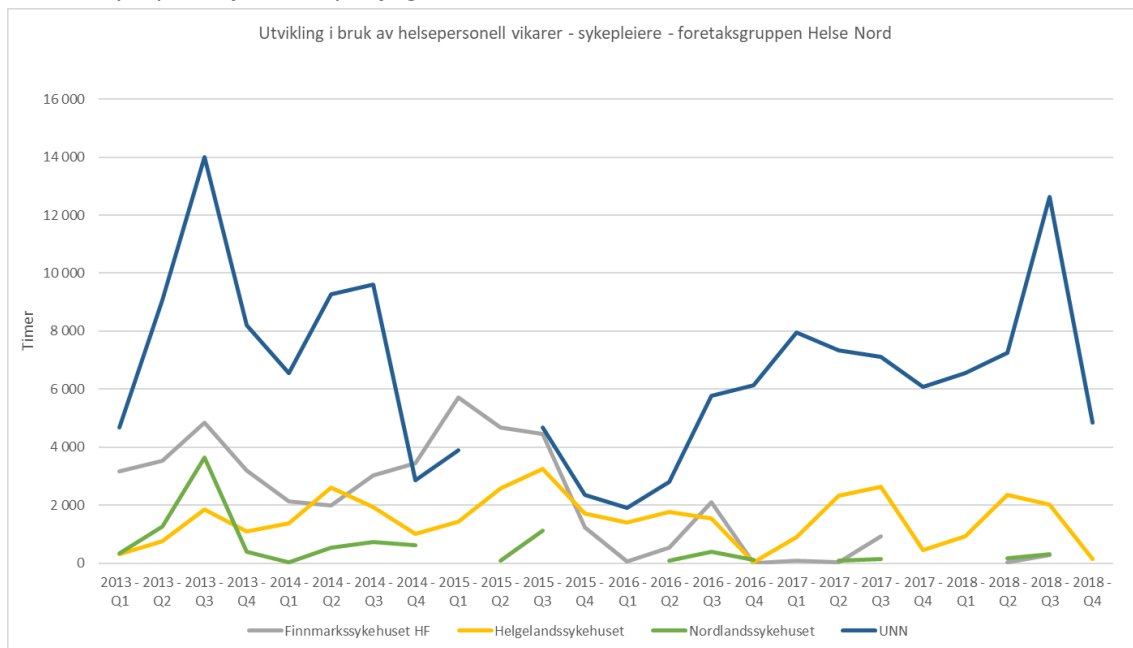


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor sykepleiertjenester (sykepleier, spesialsykepleier intensiv, spesialsykepleier øvrige og jordmor).

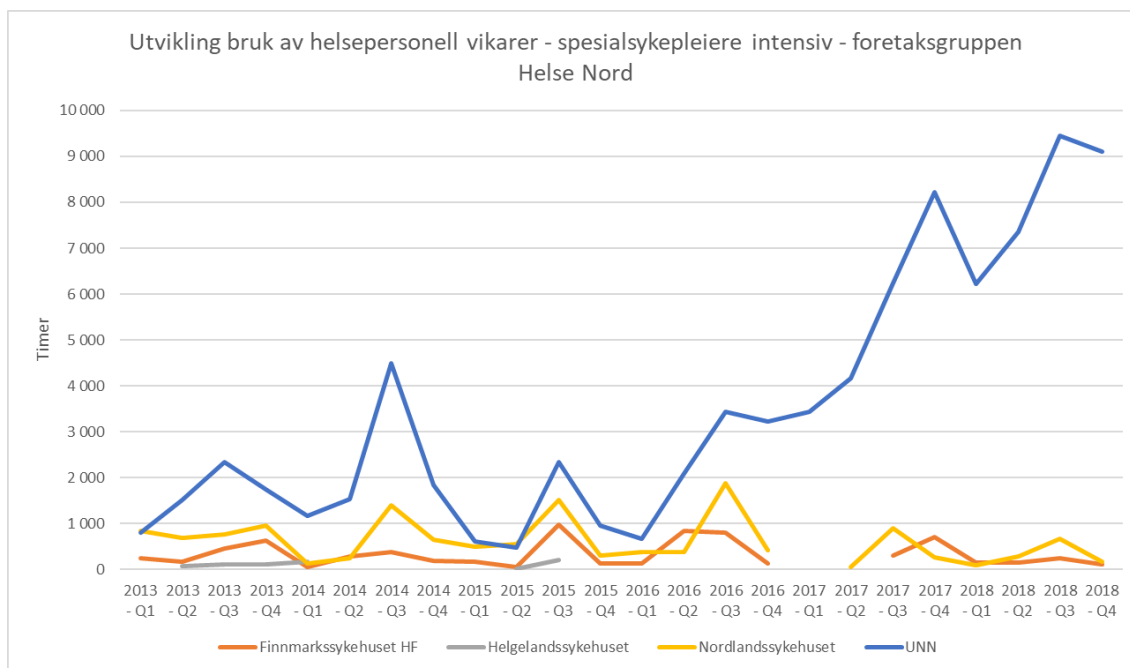


Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor sykepleiertjenester (sykepleier, spesialsykepleier intensiv, spesialsykepleier øvrige og jordmor) fordelt per helseforetak.

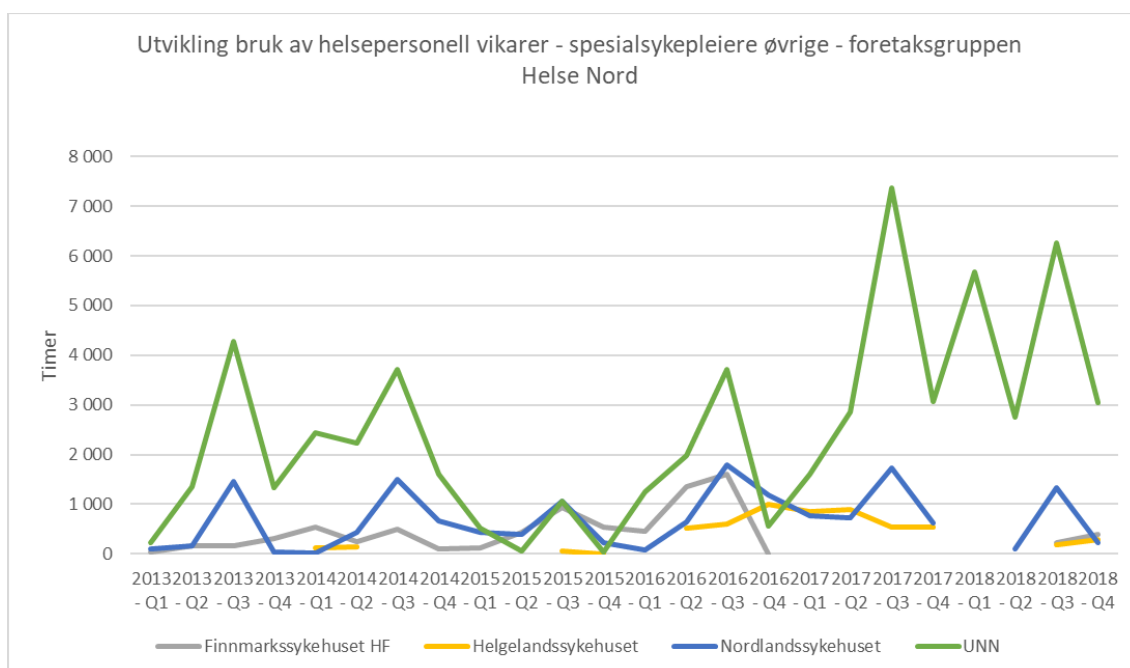
Forbruk sykepleiertjenester per fagområde



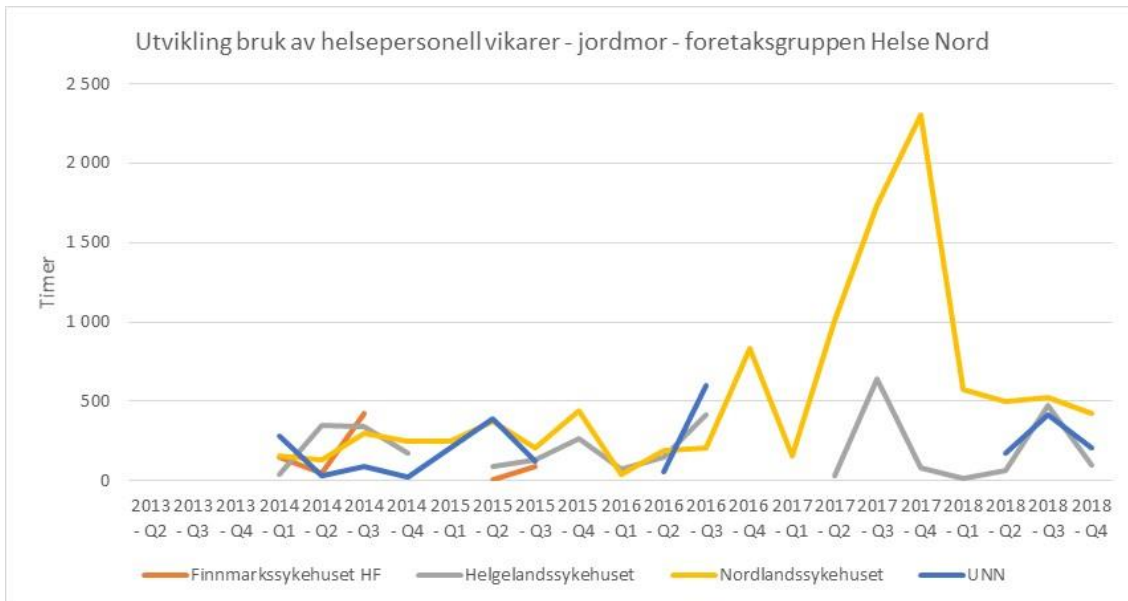
Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet sykepleier.



Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet spesialsykepleier intensiv.

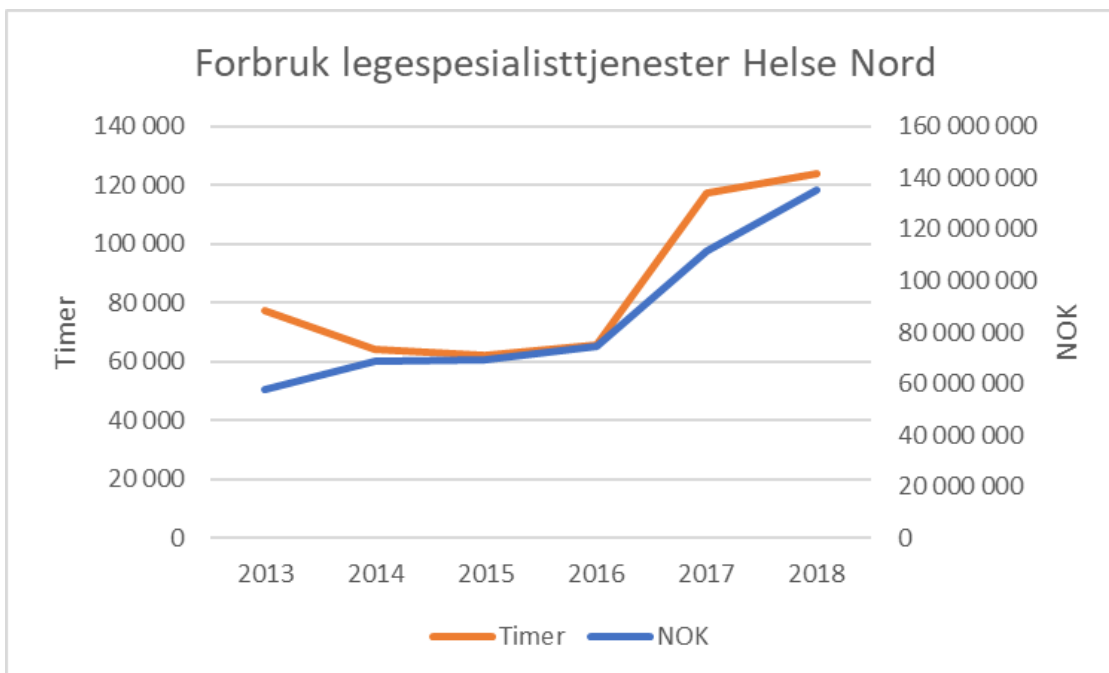


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet spesialsykepleier øvrige.

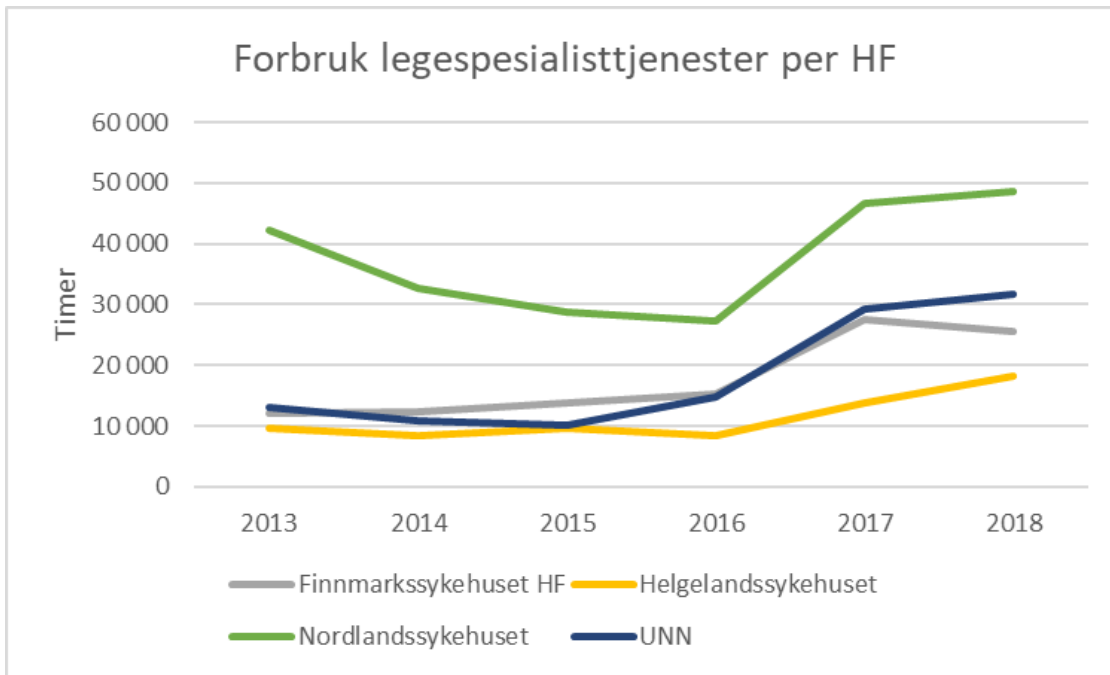


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet Jordmor.

4.1.2 Legespesialisttjenester

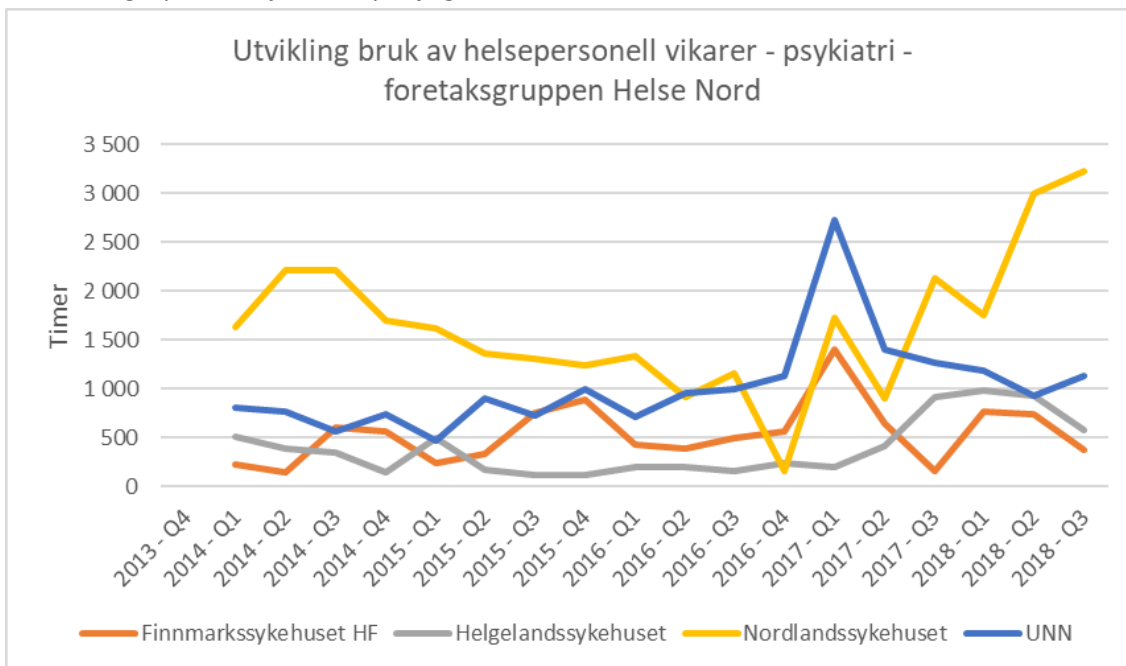


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester).

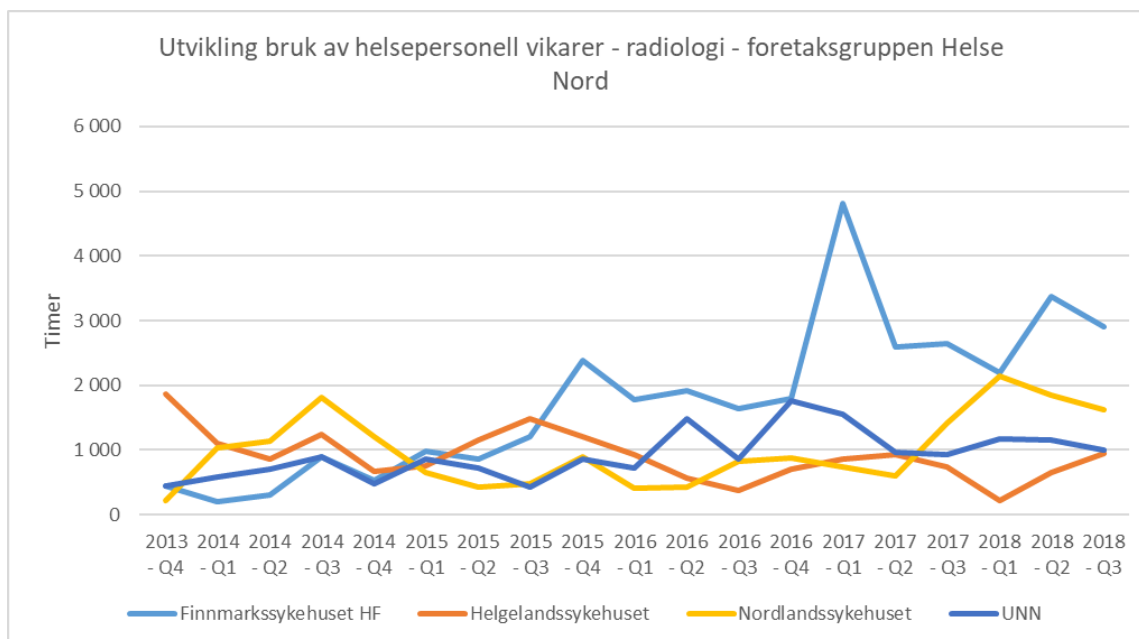


Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester) fordelt per helseforetak.

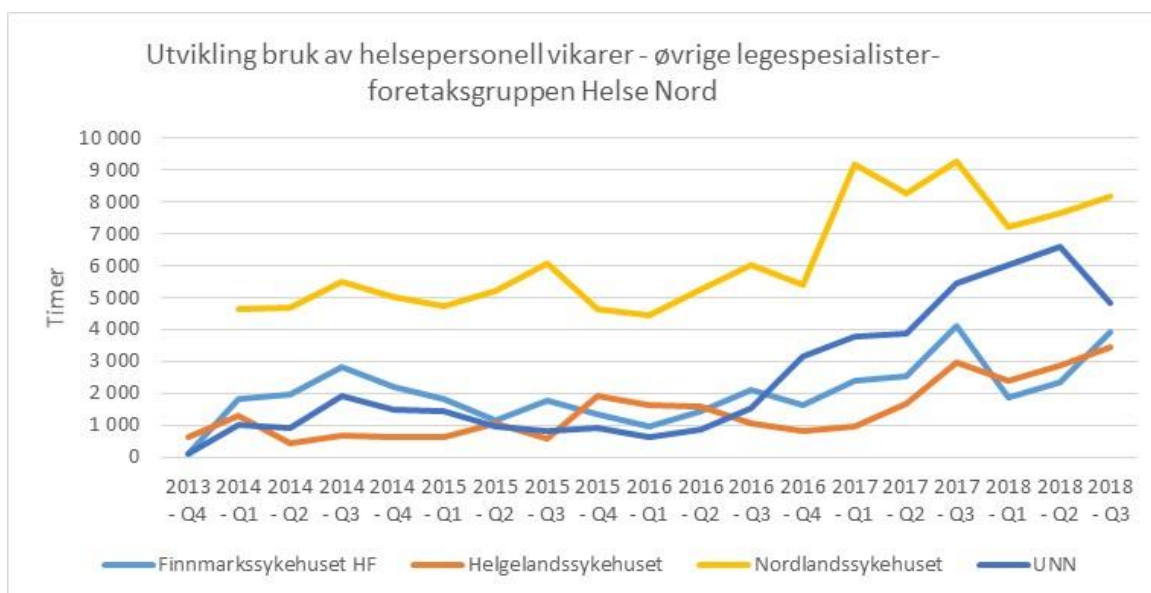
Forbruk legespesialisttjenester per fagområde



Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet psykiatri.

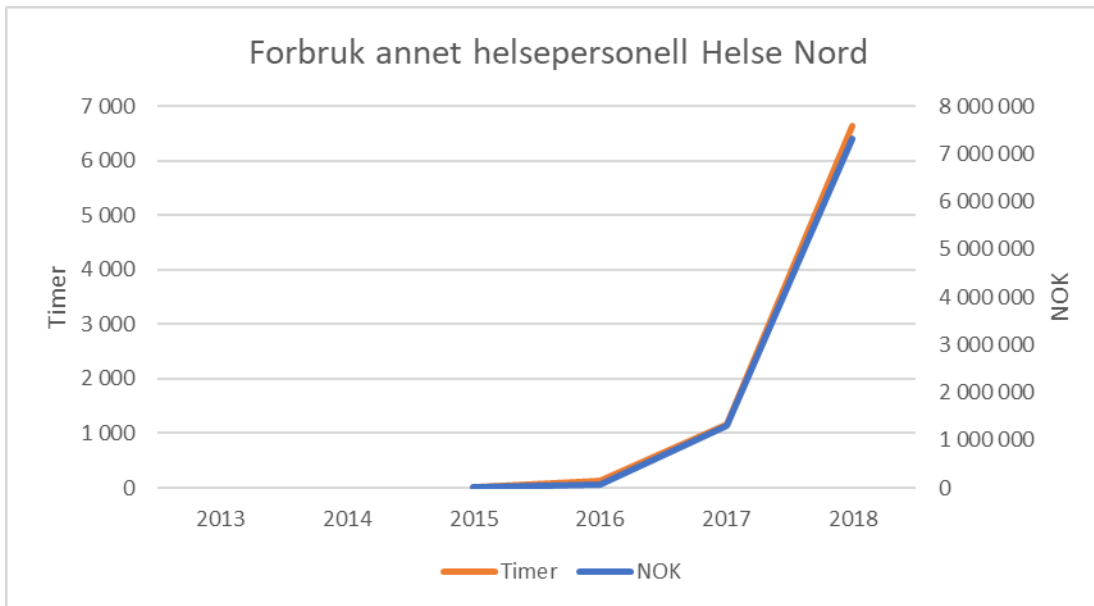


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet radiologi.

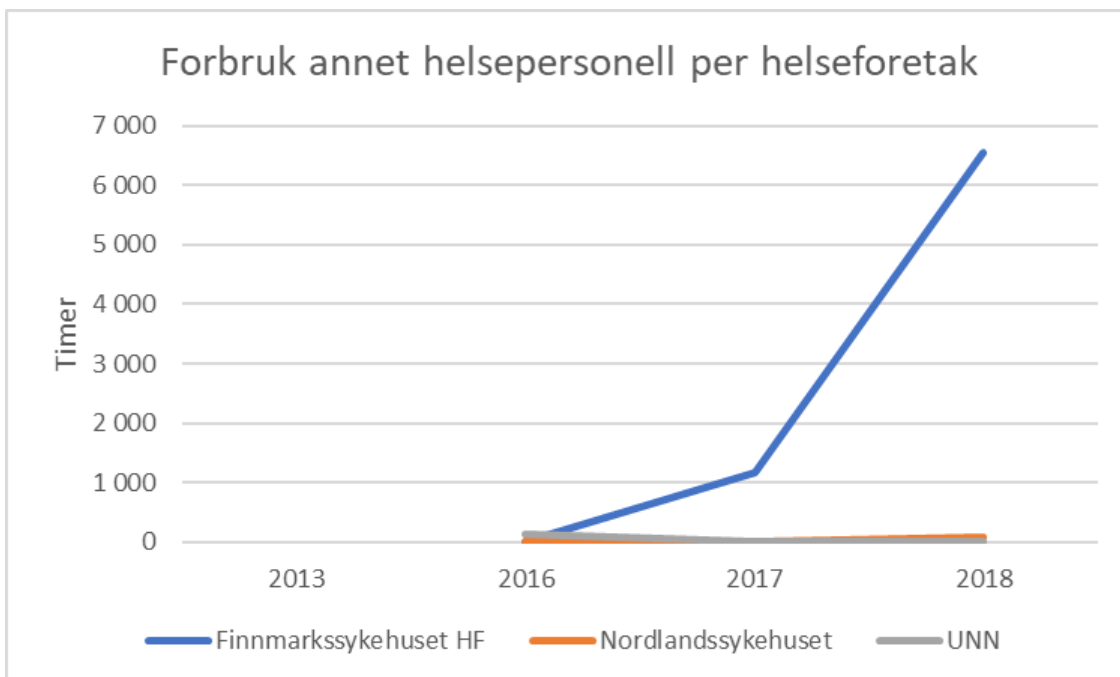


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet øvrige legespesialiteter.

4.1.3 Annet helsepersoneltjenester

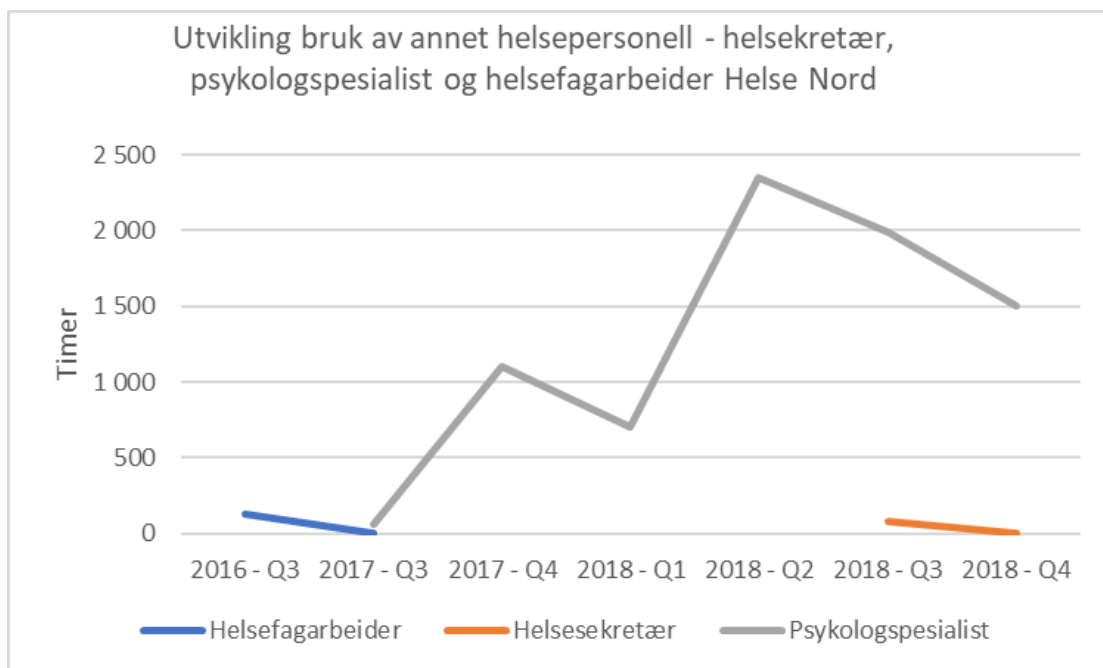


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor annet helsepersonell (helsesekretær, helsefagarbeider og psykologspesialist).



Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester) fordelt per helseforetak.

Forbruk annet helsepersoneltjenester per fagområde



Figuren viser forbruk i timer per fagområde samlet for alle helseforetak.

4.1.4 Oppsummering fra Helse Nord

Omfang av innleie i Helse Nord

Helse Nord har hatt en markant økning i personellkostnader sammenlignet med øvrige regioner. Kostnader til innleie av personell økte med 96 mill. kroner fra 2016 til 2018. Det tilsvarer en økning på 58 %. Kostnader til egne ansatte økte med 9,8 % i samme periode. Dette skyldes både generell lønnsvekst, men også at antall årsverk har økt med 423 årsverk (3,1 %).

Konsekvensen av bemanningsutfordringene er redusert økonomisk bærekraft og evne til å utføre planlagt aktivitet. Innleie har også andre følgekostnader som redusert produktivitet og økt belastning på arbeidsmiljø og sykefravær. Sykefravær legger beslag på i overkant av 8 % av personellressursene hver dag. Sykefraværet koster regionen i overkant av 600 millioner kroner i året.

Omfanget av innleie ved de fire sykehusforetakene i regionen beskrives i mer detalj under.

Innleiekostnadene ved UNN var relativt stabile mellom 2012 og 2016, men fra 2016-2018 har de mer enn doblet seg. Hovedårsaken til økningen er mangel på overleger innenfor enkelte spesialiteter og spesialsykepleiere. Tall fra første tertial 2019 viser at kostnadene til innleie ved UNN avtok med ca. 5,5 mill. sammenliknet med samme periode i fjor.

Rundt 90 % av innleiekostnadene i Nordlandssykehuset er knyttet til innleie av legespesialister og resterende er i hovedsak knyttet til innleie av spesialsykepleiere og jordmødre. Nordlandssykehuset har totalt 256 budsjetterte overlegestillinger. Av disse har det i gjennomsnitt vært ledighet i 38 stillinger første tertial 2019. Foretaket har i samme periode hatt innleie fra vikarbyrå som tilsvarer gjennomsnittlig ca. 20 stillinger. I tillegg har foretaket hatt korttidsvikarer utenom byrå tilsvarende ca. gjennomsnittlig fire stillinger. Innenfor enkelte spesialiteter er befolkningsgrunnlag og bredde i tjenestespekteret begrenset og gir mindre mulighet for et attraktivt faglig miljø. Innenfor noen av de

vaktbærende fagene er det et forhold at det ikke er tilstrekkelig omfang i aktivitet dagtid til å kunne bemanne med det antall leger som er nødvendig for å få etablert en vaktplan. Det er ikke realistisk - og ikke nødvendigvis ønskelig - å bygge opp robuste fagmiljø i alle fag ved tre lokasjoner, dermed vil Nordlandssykehuset også i fremtiden måtte basere seg noe på innleie, korttidsvikarer og ambulerende.

Finnmarkssykehusets bruk av innleie skyldes i stor grad utfordringer med å rekruttere til enkelte yrkesgrupper og spesialiteter. Noe skyldes også sykefravær, som gjør at det er nødvendig hente inn fagkompetanse utenfra. Rundt 80 % av kostnadene til vikarbyrå så langt i 2019 er knyttet til innleie av leger, 14 % er knyttet til innleie av annet helsepersonell som i stor grad er psykologer og øvrige 6 % er sykepleiere, fordelt på i hovedsak intensivsykepleiere og anestesisykepleiere. Helseforetaket opplever økt behov for innleie med bakgrunn i:

- intensiv-/operasjonssykepleiere og jordmødre blir i større grad værende i nabolandene
- konkurransen om arbeidskraften øker fra kommunene
- økende grad av privatpraksis blant psykologspesialister og pedagoger
- knapphet på radiologer/ ortopedier/ indremedisinere/ psykiatere/ psykologspesialister
- engangskostnader knyttet til innflytting i nytt sykehus
- det er nødvendig å leie inn spesialister for å kunne ivareta beredskap, samt unngå økt ventetid og fristbrudd.

Tiltak for å redusere innleie i Helse Nord

Helse Nord følger utviklingen av innleiekostnader nøye og har det siste året satt økt fokus på dette området. I styresak 15-2019 «Økonomien i foretaksgruppen og analyse av økningen i personalkostnader, oppfølging av styringssak 147 – 2018» er innleie vurdert opp mot egen bemanning og aktiviteten i foretakene. I løpet av våren er det nedsatt en større arbeidsgruppe med følgende mandat: «Varig reduksjon av kostnadsnivå». Arbeidet bygges videre på styresaken.

Hovedstrategien for å redusere innleie er å utdanne egne spesialister. Begrenset tilgang på studieplasser og praksisplasser, samt utfordringer med å skaffe nok kompetente veiledere må løses i samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner.

Økt grunnbemanning i faste hele stillinger og tiltak som bidrar til å beholde de som allerede er ansatt, er tiltak som må prioriteres. Digitalisering og robotisering utgjør et mulighetsrom som i større grad må prøves ut for å frigjøre merkantile ressurser, veiledningskapasitet, utvikle e-læring og kompetanse, samt å dele oppgaver mellom ulike yrkesgrupper.

Ledere har en viktig nøkkelrolle for å kunne følge opp og legge til rette for å kontinuerlig forbedre rekruttering, kompetanseutvikling, beholde medarbeidere og å sikre økonomisk kontroll. Profesjonalisering av systemer for ledermobilisering, lederrekruttering, lederutvikling og nødvendig lederstøtte må derfor prioriteres i den kommende perioden.

Basert på dette prioriteres følgende satsningsområder fra Helse Nord's regionale utviklingsplan knyttet til bemanning:

- Styrke regionalt samarbeid tilknyttet lederutvikling.
- Etablere regionalt sykefraværsteam for utprøving av en helhetsmodell for reduksjon av sykefravær.
- Øke utdanningskapasitet ABIOK og sikre desentraliserte sykepleierutdanning.
- Prøve ut muligheter for oppgavedeling og automatisering/robotisering.
- Etablere tverrfaglig regionalt team for bemanningsplanlegging og analyse,

dedikerer ressurser og utvikle metodikk.

- Etablere styringssystem og gode rammebetingelser for utvikling av teknologistøttet læring.
- Utvikle målrettet stillingsmarkedsføring og omdømmebygging
- Utvikle regional plan for inkluderingsdugnad hvor 5 % av alle nyansettelser skal være personer med nedsatt funksjonsevne/hull i CV (nasjonalt oppdrag).

Universitetssykehuset Nord-Norge

UNN har samlet sett flere tiltak som skal bidra til reduksjon av innleie. Det har vært flere artikler i Pingvinvisa om dette slik at oppmerksomheten på denne utfordringen er godt spredd i organisasjonen. Det er mange tiltak som har vært gjort eller gjøres. Plan for å videre redusere innleie er følgende:

- For å finne riktige stabiliseringstiltak skal årsaker til turnover, utdanningskapasitet mv kartlegges
- Vurdere etablering av bemanningssenter
- Utarbeide trafikklyssystem basert på aktiviteten i enhetene
- Utarbeide sjekklister for innleie med betingelser som må være oppfylt for å leie inn eksterne ressurser

Det er ytterligere tiltak som også bør vurderes, slik som om bindingstiden for ABIKO-studenter skal utvides med et år slik at vi er sikret denne ressursen i 3 år etter fullført utdanning. Det må også bli større fokus på samarbeid og samhandling på tvers av enheter, slik at man kan optimalisere utnyttelsen av bemanningsressursene.

Et av hovedsatsningsområdene i UNN i 2019 er stabilisering og rekruttering, dette inkluderer blant annet fokus på arbeidsglede («Joy in work»). UNN vil intensivere arbeidet med å bli en attraktiv arbeidsplass, både for nye, men ikke minst for alle de ansatte vi allerede har.

Sykehuset har styrket innsatsen for å redusere sykefraværet. Noe av arbeidet som gjøres og som kan ha forventede effekter på sykefravær og dermed også behovet for innleie fremgår av eget punkt i oppdragsrapporteringen. I OPIN-klinikken hvor innleie er høyest er det satt inn mange konkrete tiltak og det gis mye bistand fra stab:

- Omlegging av arbeidsplaner
 - Innføring av ytterligere hinkehelg
 - Se på ulike vakttyper for å dekke behovene, eksempelvis at enkelte dagvakter forskyves til mellomvakter
- Ansette egne faste vikarer (lavere kostnad)
 - Subsidiert hybel
- Ansette flere i deltidsstillinger på enkelte avdelinger (her er det to sentrale mål til UNN som går mot hverandre, men når man mangler 80-100 vakter for å få en helg til å gå opp på Intensiv, er det mulig at man dessverre må la det ene gå på akkord med det andre)
- Arbeide aktivt for at seniorer kan stå lengere i jobb, og evt. om det kan arbeide deltid (helg) etter at de har gått av med pensjon
- Etableringsstipend
- Jobb- og oppgaveglidning
 - Ansette flere offentlig godkjente sykepleiere
 - Ansette assistenter for å ivareta lager og følge av pårørende
 - Assistenter som ivaretar kost og mat til pasienter
 - Omorganisering av ulike typer stillinger ift. daglig drift (leder vs. Fagkoordinator osv.)

- Inngå avtaler med andre avdelinger som kan stille med sin kompetanse (smittevern, medisinerrom, lager)

Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset rekrutterer spesialister primært via to metoder: Gjennom ekstern rekruttering og ved systematisk utdanning og kompetanseutvikling av eget personell. Foretaket ser at tross målrettet rekrutteringsfokus både etter legespesialister og spesialsykepleiere er det krevende å fylle stillingene gjennom ekstern rekruttering.

Hovedstrategien for å redusere innleie er å utdanne egne spesialister. Det viktigste tiltaket så langt er at Nordlandssykehuset gjennom flere år har hatt stipendordning for sykepleiere som utdanner seg til spesialsykepleiere og leger som skal i gruppe I tjeneste. Omfang på og hvem som har fått stipend har vært avgjort av foretakets økonomi og behov. I flere tilfeller har behovet vært større enn økonomisk mulighet, og foretaket har da måtte si nei til ansatte innenfor utdanningsløp som man i utgangspunktet har behov for. Ved gjennomgang av de som har fått stipend de siste fem årene ser man at flesteparten av disse i dag arbeider i Nordlandssykehuset ved aktuelle avdeling. Man ser likevel behov for en gjennomgang som ser lengre tilbake i tid for å avklare hvor mange som blir over tid og om det er behov for nye målrettede tiltak for stabilisering.

Nordlandssykehuset gir stipend med bindingstid på to år for rekrutteringssvake fagområder når leger i spesialisering skal ut i Gruppe 1 tjeneste/spesialiseringsperiode. Dette bidrar til at legene kommer tilbake til Nordlandssykehuset. Tiltaket vil videreføres også nå med ny ordning for utdanning av legespesialister, med særskilt fokus innenfor de enhetene hvor tiltaket har vært lite brukt og behovet for rekruttering er stort.

Det vil fortsatt være aktuelt å ansette spesialister fra utlandet, men foretaket ønsker ikke gå inn i nye store rekrutteringsprogram. Man har innenfor flere lokasjoner og fagområder erfaring som viser at andelen rekruttert fra utlandet som forblir i Nordlandssykehuset etter en viss tid er lav, samtidig som integrering er både kostnadskrevende og kan være utfordrende for kollegaer.

I noen grad kan innleie kompenseres ved bruk av ambulerende. Nordlandssykehuset jobber blant annet for å øke ambulerende fra Bodø innen bl.a. anestesi, urologi og ortopedi. I henhold til overenskomst mellom Spekter og DNL er det regulert at ambulerende er frivillig for den enkelte lege og forutsetter derfor avtale med den enkelte lege.

Foretaket har utdanningsstillinger hvor sykepleiere som tar videreutdanning innenfor rekrutteringssvake områder, i hovedsak innenfor anestesi- operasjons-, intensiv-, kreft- og pediatrik sykepleie (ABIO), får 80 % lønn under utdanningen mot en bindingstid på tre år. Man vet at på kort sikt blir de fleste værende også utover bindingstiden ved aktuell avdeling. På noe lengre sikt er det noe «lekkasje» over til andre typer avdelinger og ut fra Nordlandssykehuset. Neste trinn her er en kartlegging noe tilbake i tid for å avklare omfang og årsaker, for å vurdere fremtidige stabiliseringstiltak. Det kan være aktuelt med tiltak i forhold til både arbeidsforhold og tarifforhold, eksempelvis kan det være relevant å se på vilkårene som er knyttet til ABIO tillegg.

Et viktig bidrag for å unngå innleie av sykepleiere fra firma framover er etablering av et bemanningssenter i Nordlandssykehuset. Nordlandssykehuset har over år lagt høyt nasjonalt med hensyn til deltidsansatte sykepleiere. Sykepleiere og spesialsykepleiere er en begrenset ressurs som foretaket i likhet med andre aktører i markedet kjemper om å rekruttere. Nordlandssykehuset ønsker å tilby sine ansatte hele, faste stillinger og dermed redusere bruk av midlertidig ansettelser,

merarbeid, overtid, innleie og bruk av tilkallingsvikarer. Det jobbes derfor både kort- og langsiktig for å etablere en heltidskultur i foretaket.

Nordlandssykehuset vil mangle sykepleierkompetanse fremover og som en konsekvens av dette vil man fra høsten av i samarbeid med fagforeningene iverksette et prosjekt om oppgaveglidning for å identifisere hvilke oppgaver sykepleierne gjør i dag som helsefagarbeiderne kan overta.

Helgelandssykehuset

I hovedsak skal følgende områder redusere innleie av personell ved Helgelandssykehuset HF:

- Kalenderplan
- Økt satsning på helsefagarbeidere
- Operasjonsstueprosjekt/bemanningsressurs
- Rekruttering og stabilisering/ Hodet først
- «Helhetsmodellen» og økt nærvær
- Utdanningsstillinger og utdanningsavtaler
- Særavtale mellom HSYK og DNLF

Kalenderplan

I forbindelse med innføring av kalenderplan/aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) ønsker Helgelandssykehuset å sikre at avdelingene har tilpasset bemanningen og økning av faste hele stillinger.

Sykehuset gjennomførte i 2018 en pilot hvor tre avdelinger startet opp med kalenderplan/ABP. Ordningen er nå under evaluering og så langt er det hovedsakelig gode erfaringer. Fra 2020 skal Helgelandssykehuset starte opp med inntil 15 nye avdelinger på kalenderplan/ABP hvor HR fasiliteter opplæringsprogram, workshoper og kurs til ledere. Dette for å sikre at ledere har nok informasjon til å starte med slik arbeidsplanlegging.

Når det planlegges i henhold til kalenderplan/ABP er det et viktig poeng at før arbeidsplanen er ferdigstilt må avdelingene i større grad sikre en tilfredsstillende grunnbemanning og jevnere arbeidsbelastning for de ansatte.

Innføring av kalenderplan vil dermed også bidra til at sykehuset når målsetting i Oppdragsdokumentet om å øke andelen faste heltidsansatte sykepleiere med 1 prosentpoeng sammenlignet med 2018.

Kalenderplan med økt grunnbemanning vil dermed gi redusert innleie, redusert overtidsbetaling og gi ansatte flere faste hele stillinger i Helgelandssykehuset HF.

Helsefagarbeidere

I kalenderplanarbeidet er det på to medisinske enheter tatt inn helsefagarbeidere grunnet økning av grunnbemanning.

Det satses mer enn før på helsefagarbeiderlæringer for å demme opp om fremtidig rekrutterings- og innleieutfordringer. Dette vil i praksis si at Helgelandssykehuset tar inn flere læringer enn tidligere. I tillegg skal det etableres internt Læringskontor.

Det er gjennom budsjettprosessen ønske om å øke lærlingeplassene for å sikre økt satsning på helsefagarbeider og helsesekretærer.

Operasjonsstueprosjektet

Som et ledd i arbeidet med redusert innleie skal Helgelandssykehuset også gjennom prosjektet «Bemanningsressurs», operasjonsstueprosjektet redusere innleie gjennom å utnytte ledige spesialsykepleier ressurser på tvers av enhetene i sykehuset. I operasjonsstueprosjektet vurderes det også om helsefagarbeidere kan løse noen av oppgavene som sykepleierne har i dag, såkalt jobbglidning.

Hodet først

Prosjektet har som mål å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell på kort og lang sikt. Et av mange tiltak i prosjektet har vært å oppdaterte prosedyrer og verktøykasse for rekrutteringsarbeidet. Dette for økt kvalitet i hele ansettelsesforløpet, helt fra behovsoversikt, via utlysning og signering, til en helt ny onboardingprosess for nyansatte.

I tillegg har foretaket økt sin satsning på rekrutteringsarbeid utenom ledighet (arbeidsgiveromdømme). Gjennom økt kvalitet i alle ledd som inngår i rekrutteringsarbeidet vil Helgelandssykehuset kunne rekruttere med større treffsikkerhet og redusere turnover. På sikt vil dette bidra til redusert bruk av innleie.

Helhetsmodellen og økt nærvær

Helgelandssykehuset har som ledd i å redusere innleie etablert rutiner om fortsatt å tilby lederbistand for å forebygge sykefravær. HR vil fortsatt tilby bistand innenfor Helhetsmodellen, i arbeidet med å redusere arbeidsrelatert langtidssykefravær over 10%. Det er et viktig tiltak å sikre at vårt faste og kvalifiserte personell har et høyt nærvær.

Utdanningsstillinger og utdanningsavtaler

Helgelandssykehuset har over tid erfart hvor viktig det er å utdanne sine egne. Derfor lyser vi ut hvert år x antall utdanningsstillinger som både interne og eksterne sykepleiere kan søke på. Dette iht. foretakets kompetanseplan. På denne måten sikrer vi oss tilgang på spesialsykepleiere (ABIOK). I tillegg har vi en tilretteleggingsordning for andre yrkesgrupper som ønsker å ta andre videreutdanninger – her tilbyr vi utdanningsavtaler.

Særavtale mellom Helgelandssykehuset og DNLF

Avtalen omfatter vilkår for leger i spesialisering (LIS).

Foretaket stiller bopel til disposisjon. LIS får dekket sine reiseutgifter både ved intern og ekstern rotasjon. Det utbetales månedlige stipend pr kr. 20.000,- i den planlagte perioden for ekstern rotasjon.

Finnmarkssykehuset

Finnmarkssykehuset jobber med flere tiltak for å redusere innleie:

- Ta igjen tapt pasientbehandling gjennom bl. a. økt poliklinisk aktivitet og noe heldøgnsopphold
- Fullføre innføringen av Finnmarksmodellen og styrkingen ved klinikk Alta
- Etablere sommeravtale med fagforeningene med incentiver overfor eget personell versus innleie
- Målrettede rekrutterings-/stabiliseringstiltak (f. eks. bindingstid),

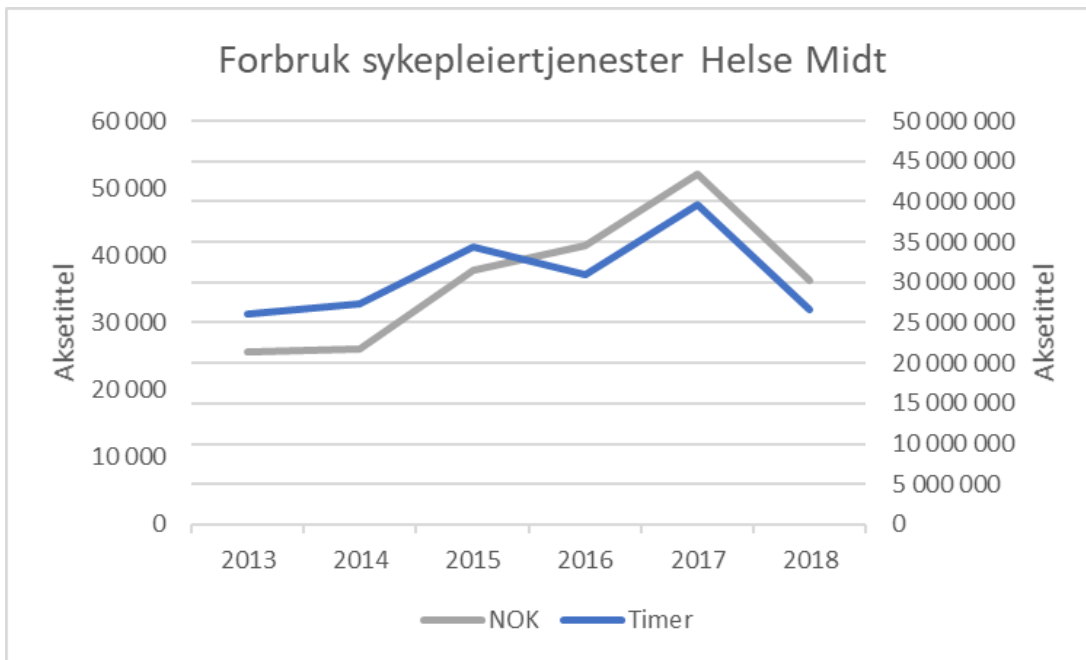
- Etablering av nærværplaner ved alle enheter og stabilisering av pasientbehandlingen ved det nye sykehuset Kirkenes.
- Innføring av årsturnus
- Systematisk evaluering av ferieavviklingen
- Langtidsplanlegging av ambulering mellom UNN og Finnmarkssykehuset
- Gat skal benyttes i all planlegging av bemanning
- Bedre styring av utdanningspermisjoner for overleger
- Rekrutteringstiltak for håndtering av ledige stillinger for spesialsykepleiere, leger og psykologspesialister
- Rekrutteringsplaner på klinikknivå innen 31.12.19
- Jobbglidning – dersom mulig flytte oppgaver fra en faggruppe til en annen.
- Fokusere på oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere
- Fokusere på oppgavefordeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere

Finnmarkssykehuset kan rekruttere fra i hovedsak to kilder. Det er ekstern gruppe eller vi kan utdanne egne ansatte innen fagområdene. Det er en del faggrupper der antallet tilgjengelige personer med kompetanse er mindre enn sykehusenes behov. For de gruppene vil det være utfordrende å rekruttere eksternt, og det vil være en fordel å utdanne egne ansatte. Dette er noe som tar tid samtidig som antall plasser og økonomiske midler til utdanning er begrenset. Det er heller ikke alltid foretaket får søkere til de spesialitetene det er behov for å utdanne til.

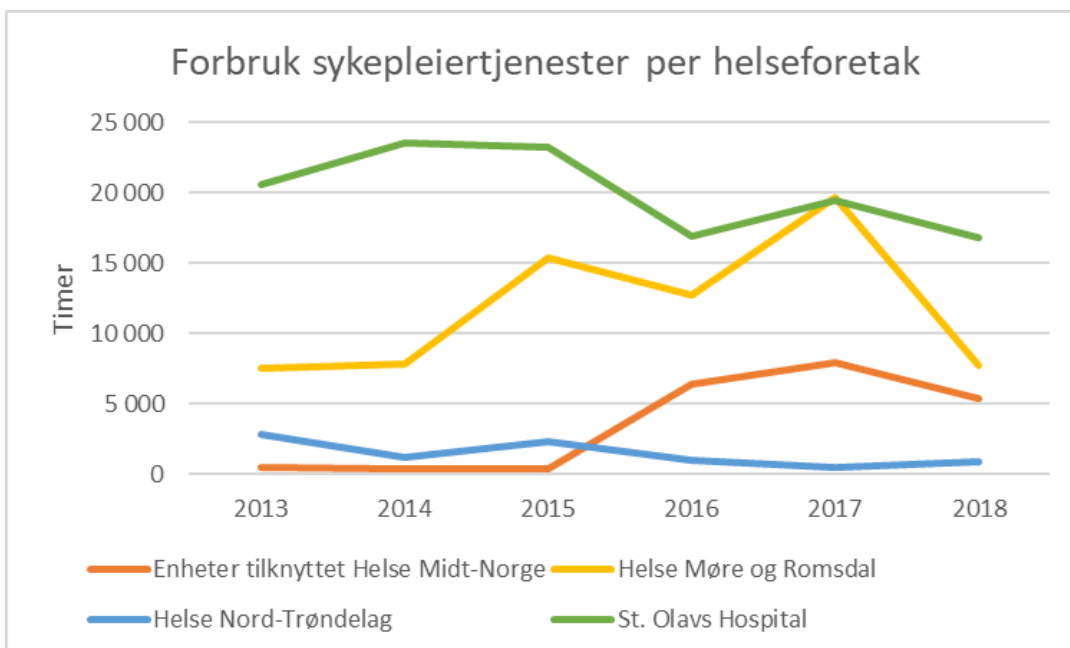
Foretaket opplever også at ansatte som det er brukt flere år på å utdanne, velger å ikke komme tilbake til Finnmarkssykehuset etter endt spesialisering selv om de har bindingstid og må kjøpe seg fri. En årsak til dette ligger i at sykehusene i Finnmark er små med små fagmiljøer og for en del fag begrenset aktivitet innenfor faget, og spesialistene ønsker et større fagmiljø rundt seg. Det er også en utfordring når disse heller ikke har lokal tilknytning til Finnmark.

4.2 Helse Midt-Norge RHF

4.2.1 Sykepleiertjenester

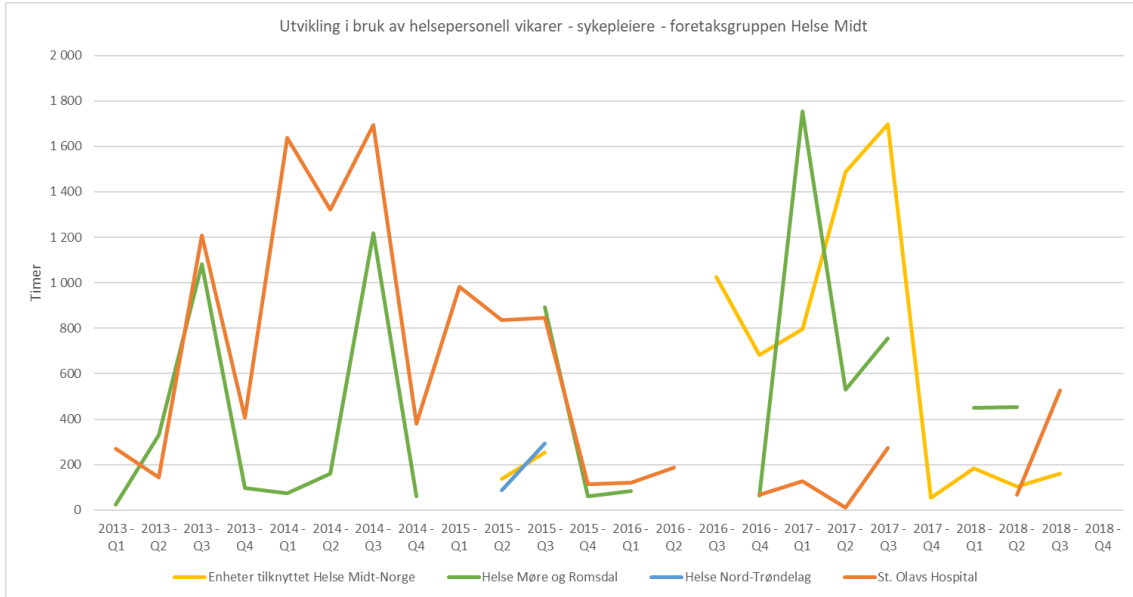


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor sykepleiertjenester (sykepleier, spesialsykepleier intensiv, spesialsykepleier øvrige og jordmor).

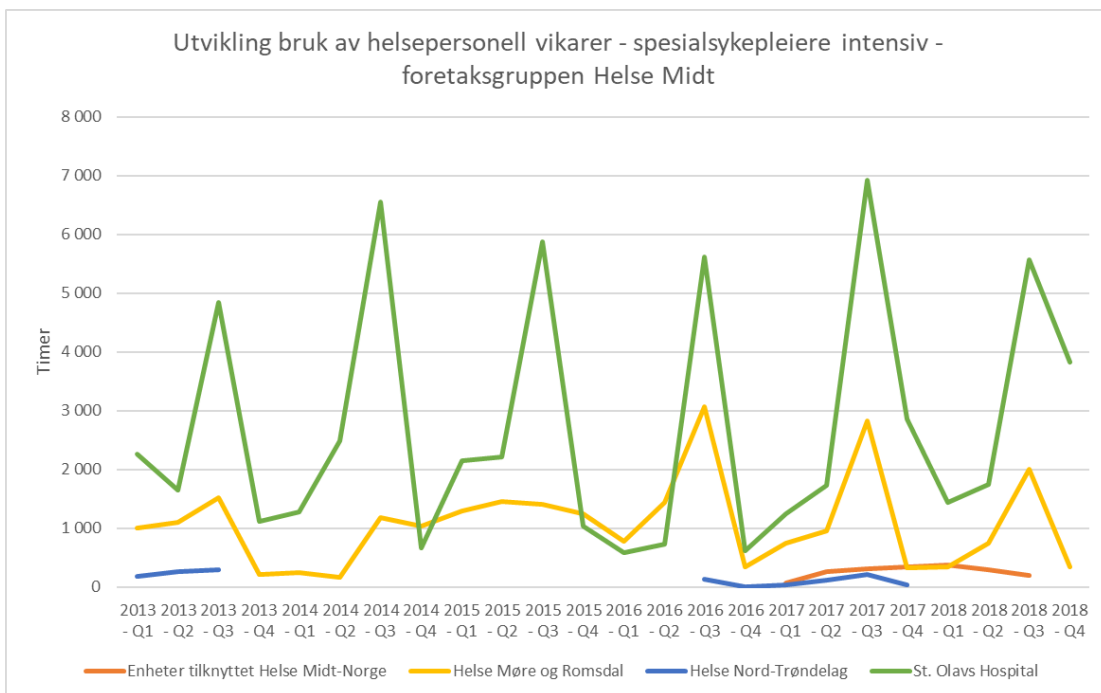


Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor sykepleiertjenester (sykepleier, spesialsykepleier intensiv, spesialsykepleier øvrige og jordmor) fordelt per helseforetak.

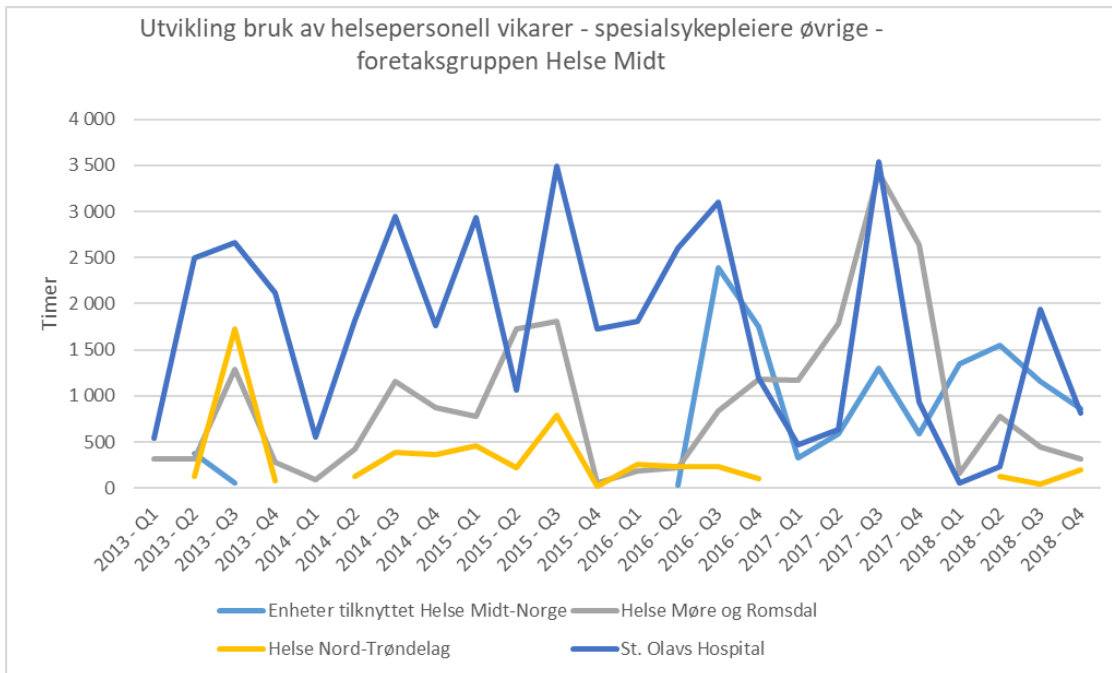
Forbruk sykepleiertjenester per fagområde



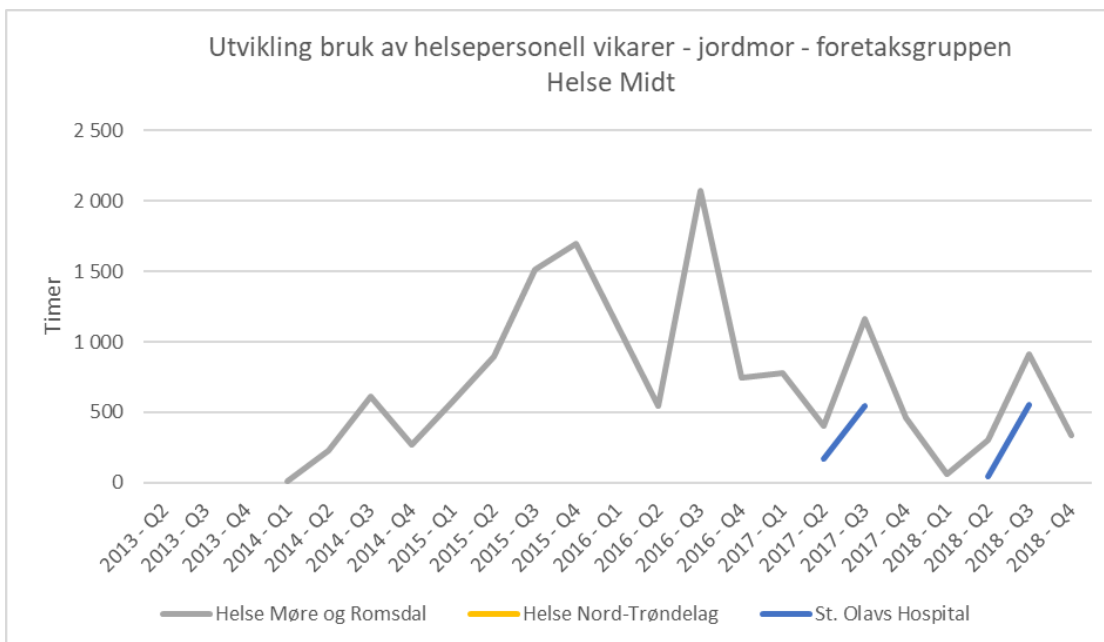
Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet sykepleier.



Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet spesialsykepleier intensiv.

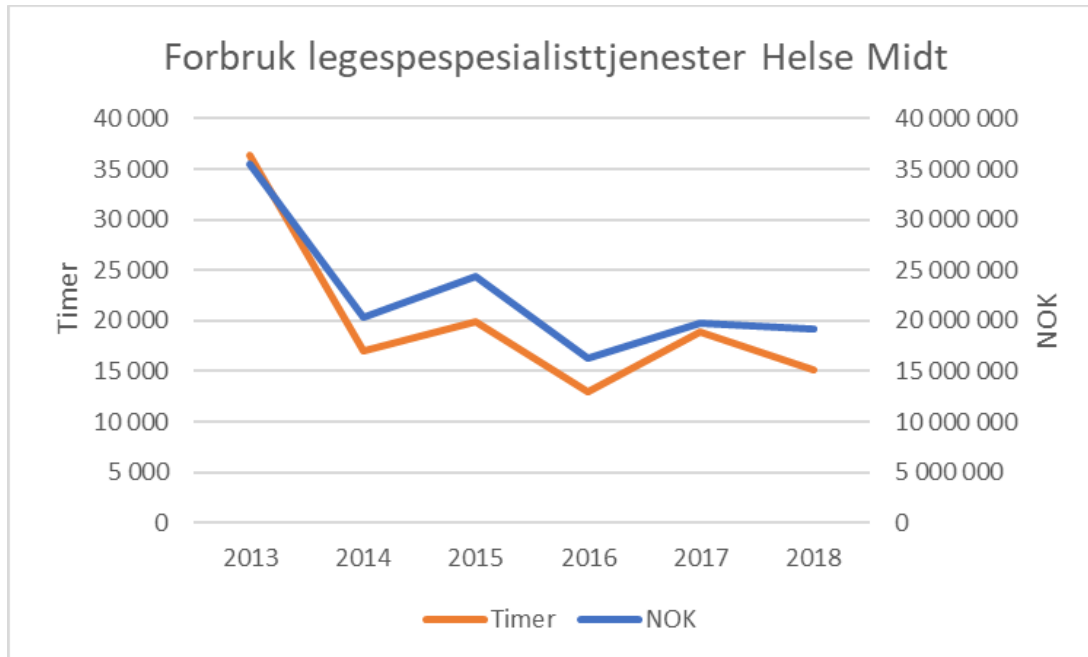


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet spesialsykepleier øvrige.

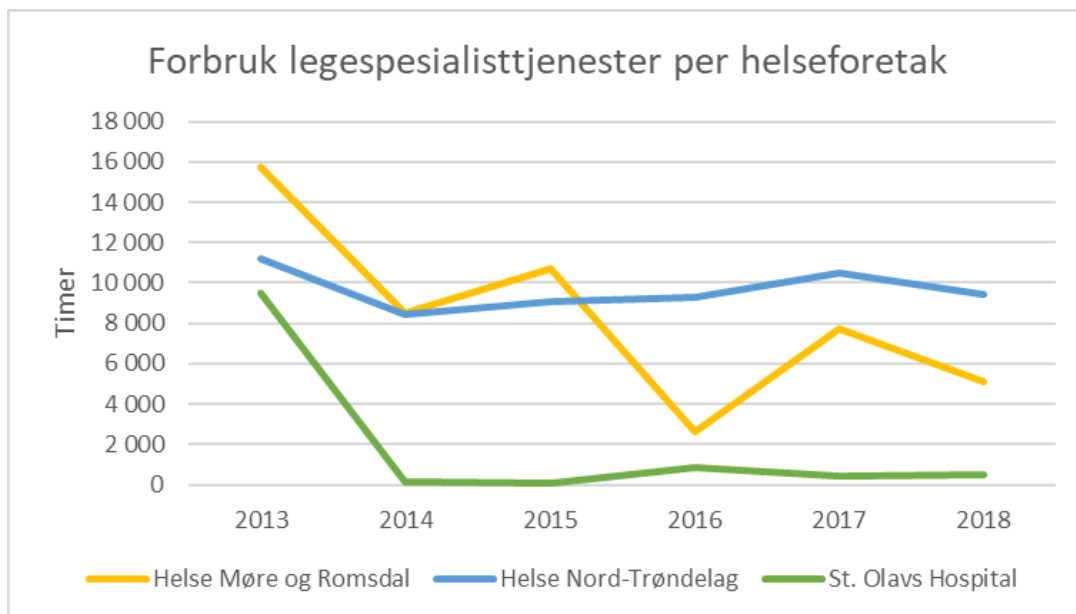


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet jordmor.

4.2.2 Legespesialisttjenester

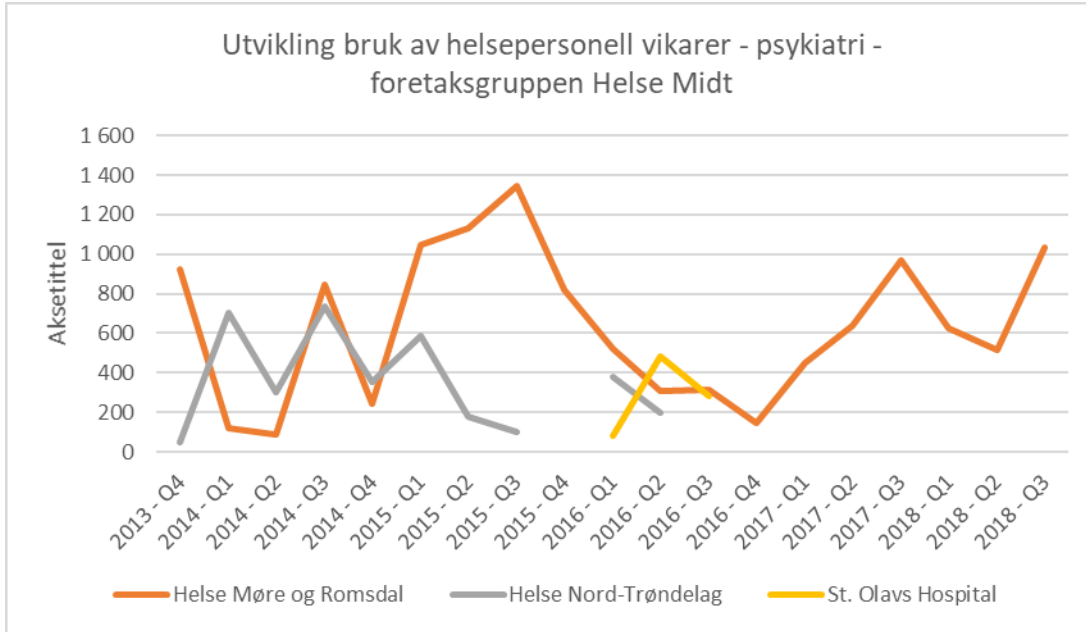


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester).

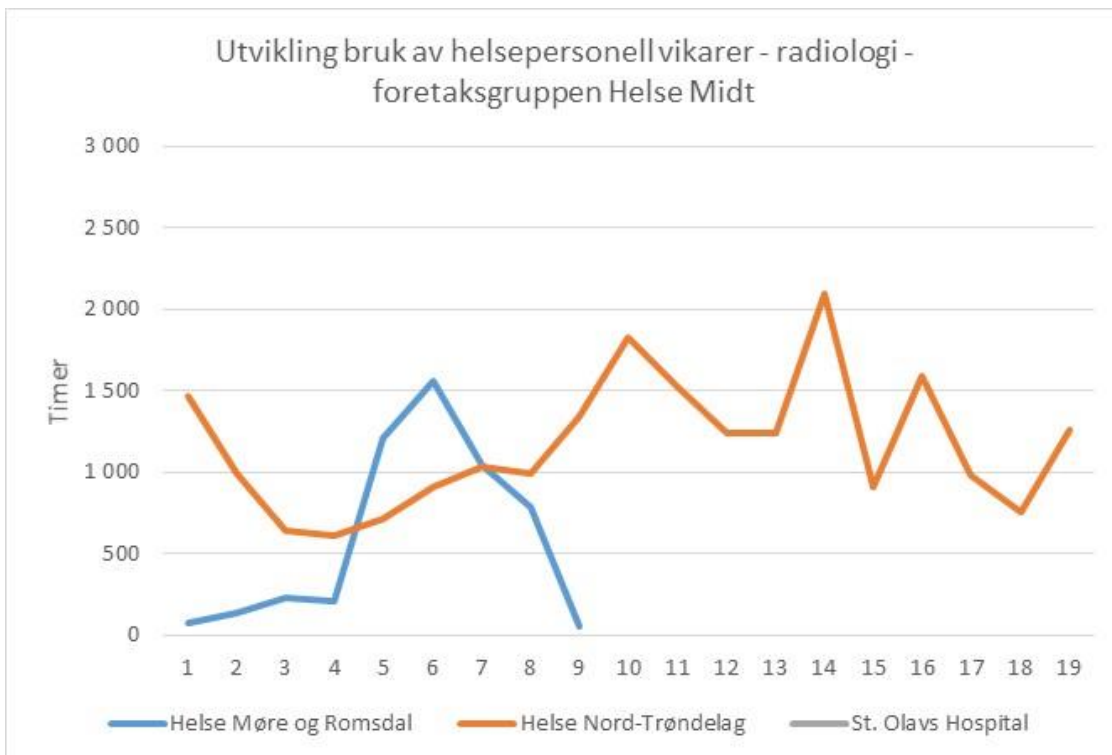


Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester) fordelt per helseforetak.

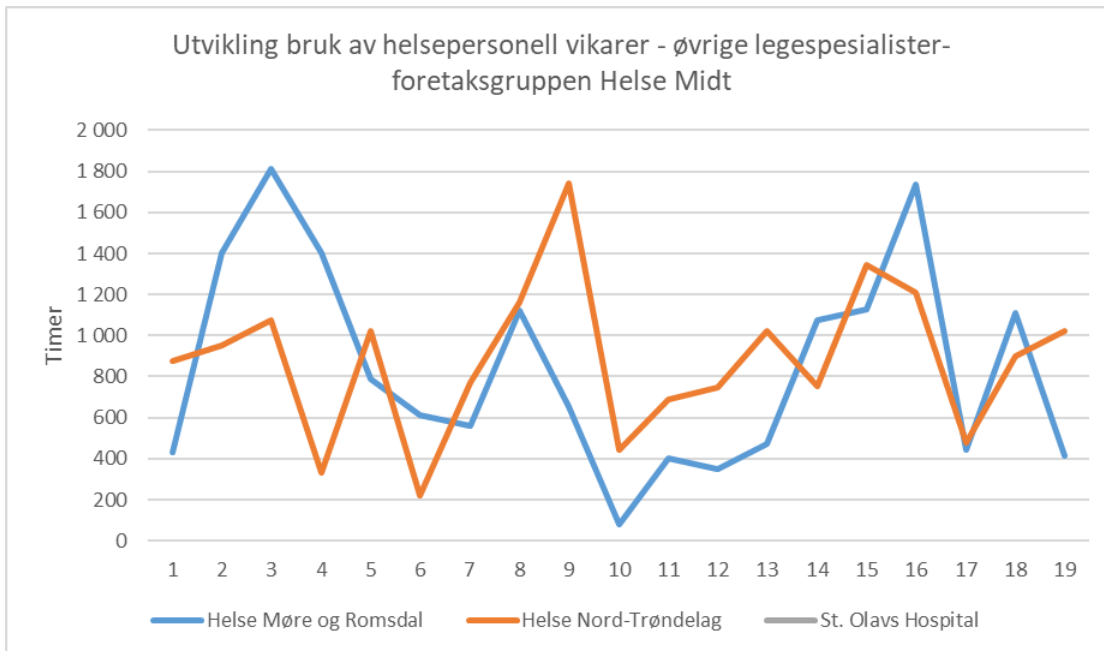
Forbruk legespesialisttjenester per fagområde



Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet psykiatri.

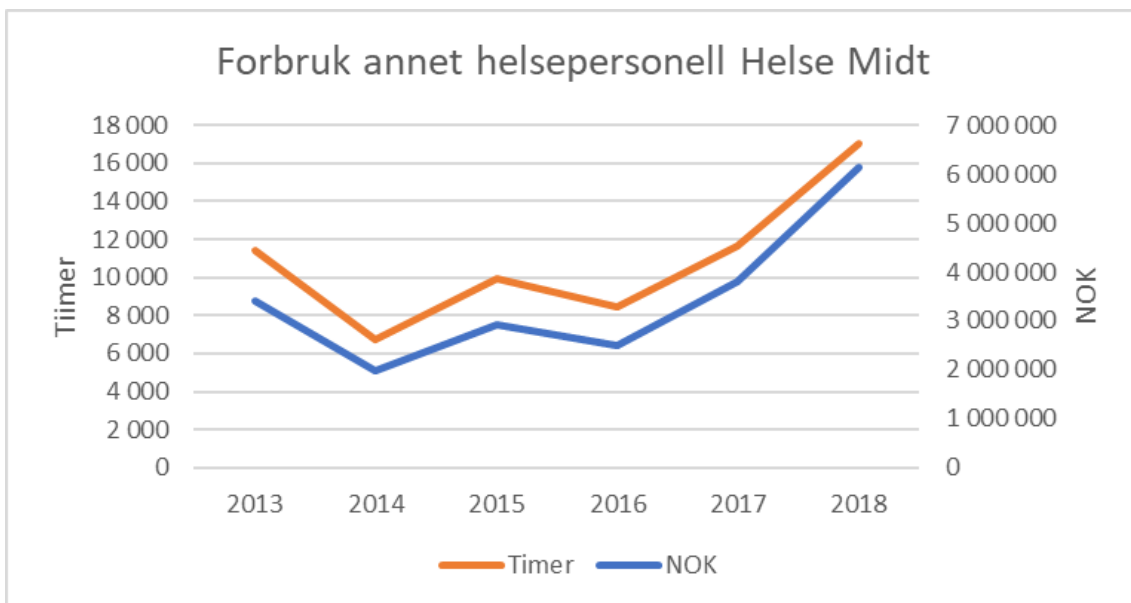


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet radiologi.

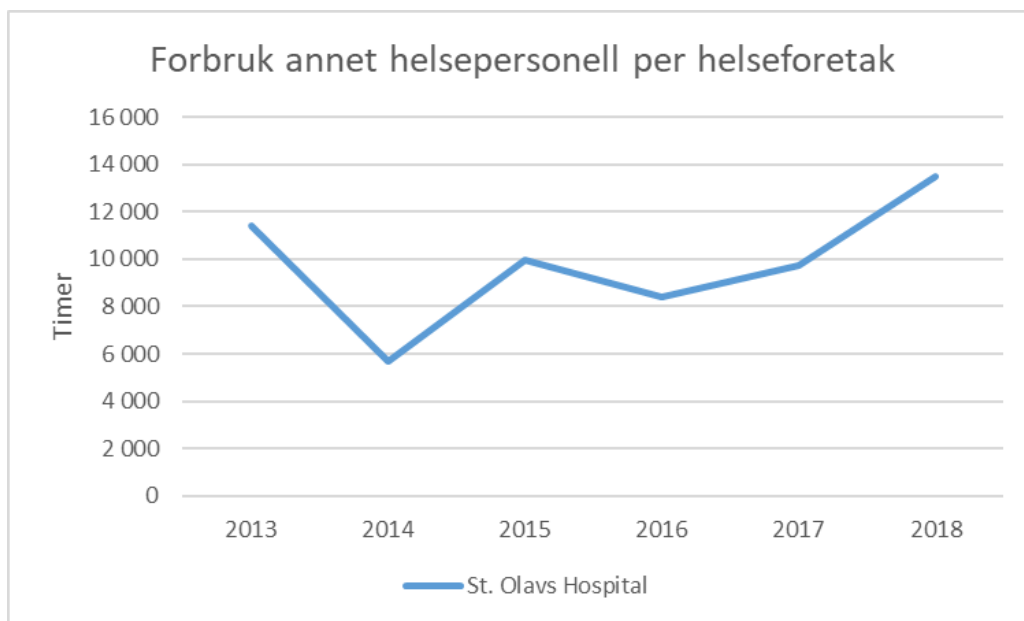


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet øvrige legespesialiteter.

4.2.3 Annet helsepersoneltjenester



Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor annet helsepersonell (helsesekretær, helsefagarbeider og psykologspesialist).



Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester) fordelt per helseforetak.

Forbruk annet helsepersoneltjenester per fagområde



Figuren viser forbruk i timer per fagområde samlet for alle helseforetak.

4.2.4 Oppsummering fra Helse Midt-Norge

Det overordnede bildet er at innleie fra vikarbyrå har vært og er lavt og er lavt i regionen. Innleie ut over ferieperiodene, er i hovedsak knyttet til manglende tilgang på ulike spisskompetanse ved enkelte sykehus. Utfordringene for tilgang innen legegruppen er større for mindre sykehus i mindre byer, enn ved universitetssykehuset i Trondheim. For ferieperiodene er den ekstra kapasiteten vikarer fra byrå utgjør, en viktig ressurs for å sikre en forsvarlig ferieavvikling.

Bakgrunnen for situasjonen i Helse Midt-Norge er både knyttet til eksterne forhold og til konkrete satsinger i foretakene i regionen. Eksternt har vi blitt hjulpet av en god utdanningskapasitet mht

sykepleiere i regionen. Dette har gitt en stabil tilgang både på fast ansatte sykepleiere og sykepleiestudenter i vikariater.

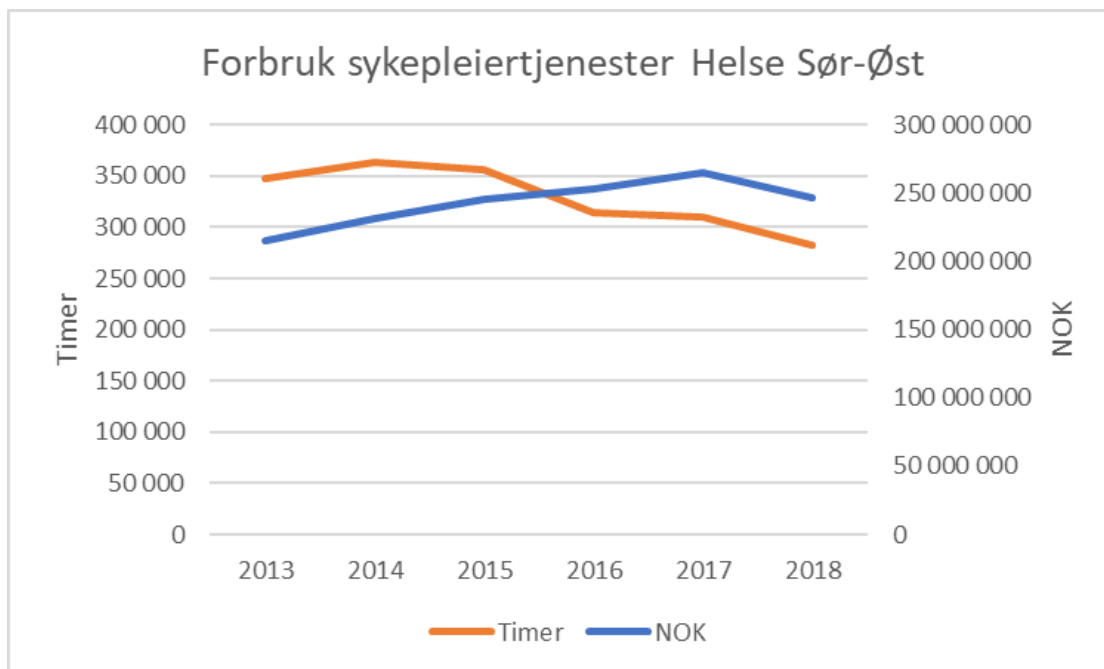
Internt har arbeidsgiverpolitikken vært å ha hele faste stillinger. Dette har blitt fulgt opp i helseforetakene over tid med å bedre aktivitets- og bemanningsplanlegging, både av periodene med normalaktivitet og ferieperiodene.

I Helse Midt-Norge vil følgende bli prioritert videre fremover for å sikre hele, faste stillinger:

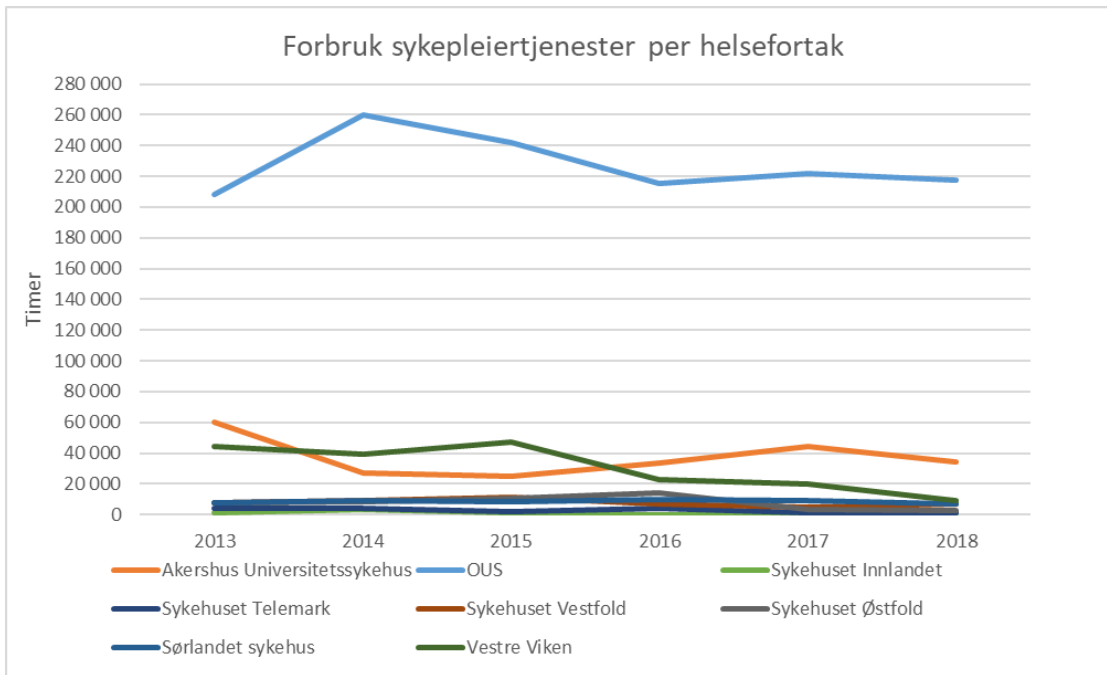
- Styrke vurderingene av fremtidige behov for å styre utviklingen av omfang, sammensetting og innhold av vår kompetansebeholdning
- Rekruttering av rekrutteringssvake kompetanser
- Bedre aktivitets- og bemanningsplanlegging bla gjennom et forskningsprosjekt på taktisk planlegging
- Bedre mottak og opplæring både av ansatte, studenter og vikarer
- Systematisk planlegge og evt. styre det styrbare fraværet. Dette gjelder særlig ferieavvikling
- Øke utdanningskapasiteten for spesialsykepleiere, med særlig fokus på de mest sårbare spesialitetene
- Vurdere grensesnittet mellom klinikere og helsefaglig støttepersonell

4.3 Helse Sør-Øst RHF

4.3.1 Sykepleiertjenester innleie

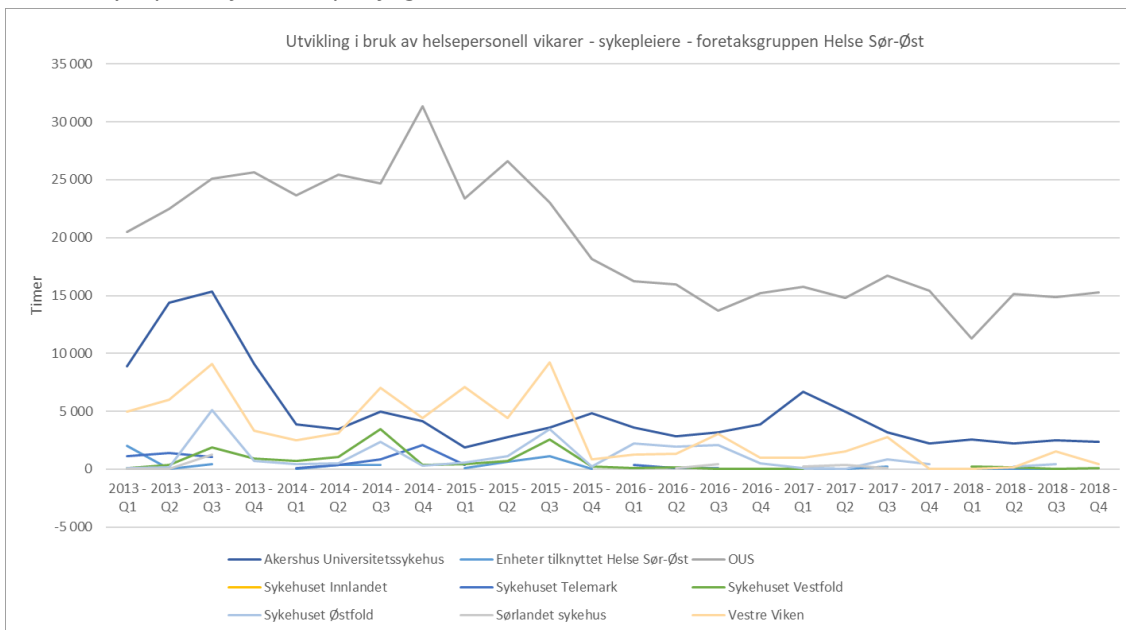


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor sykepleiertjenester (sykepleier, spesialsykepleier intensiv, spesialsykepleier øvrige og jordmor). Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

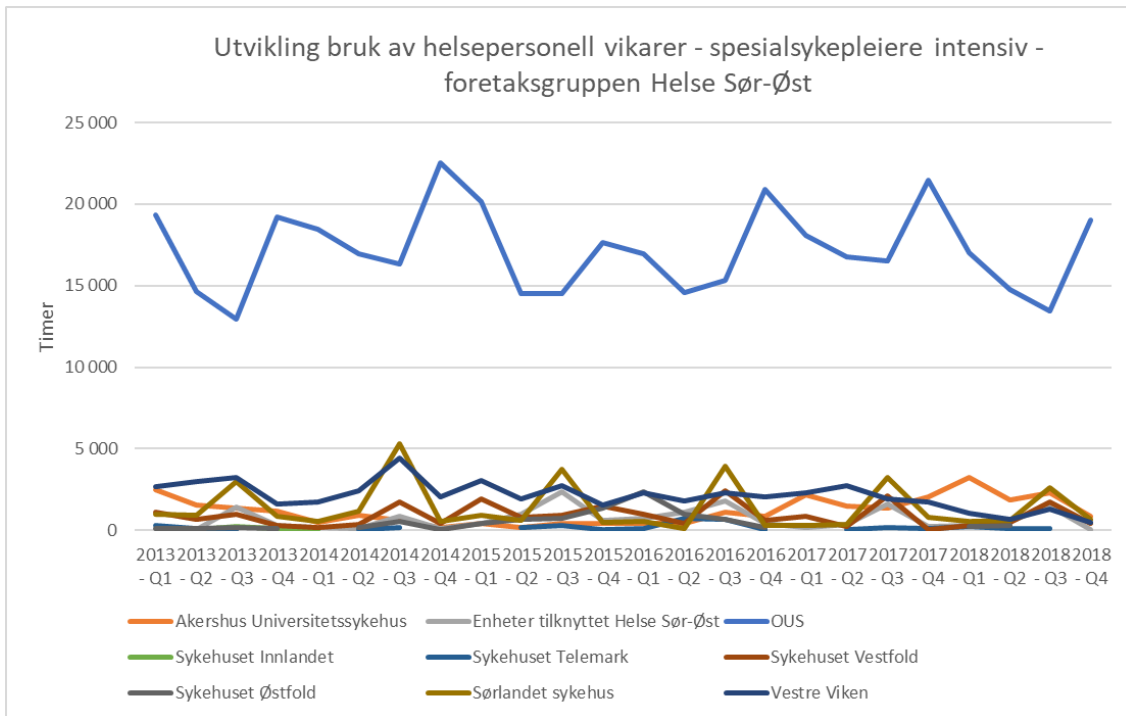


Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor sykepleiertjenester (sykepleier, spesialisykepleier intensiv, spesialisykepleier øvrige og jordmor) fordelt per helseforetak. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

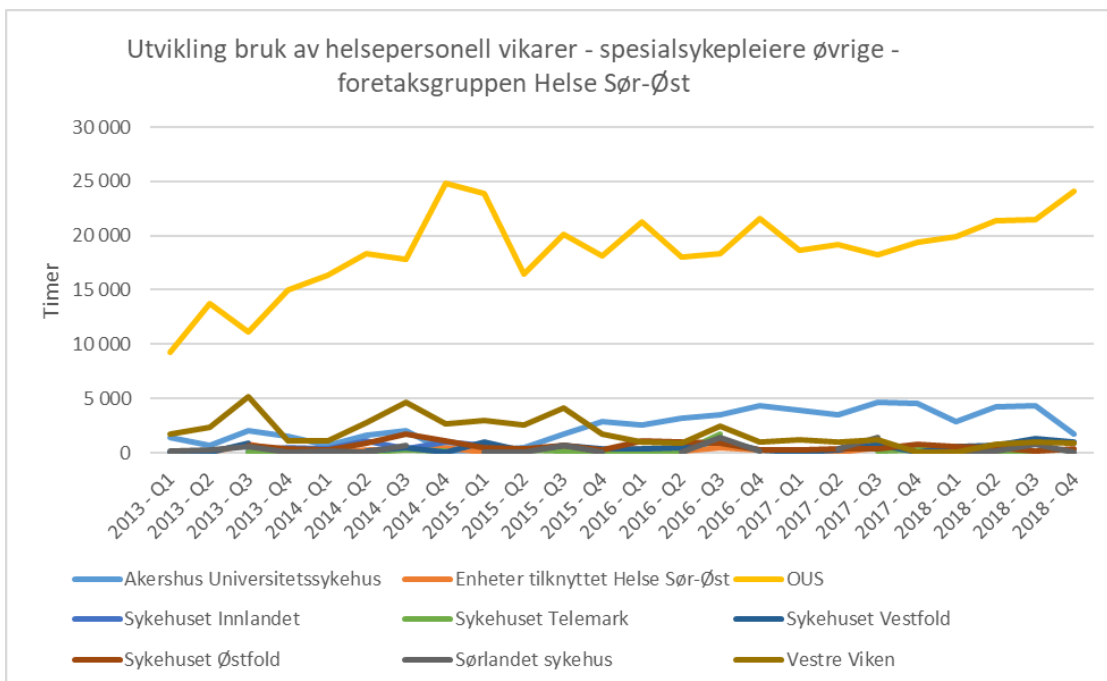
Forbruk sykepleiertjenester per fagområde



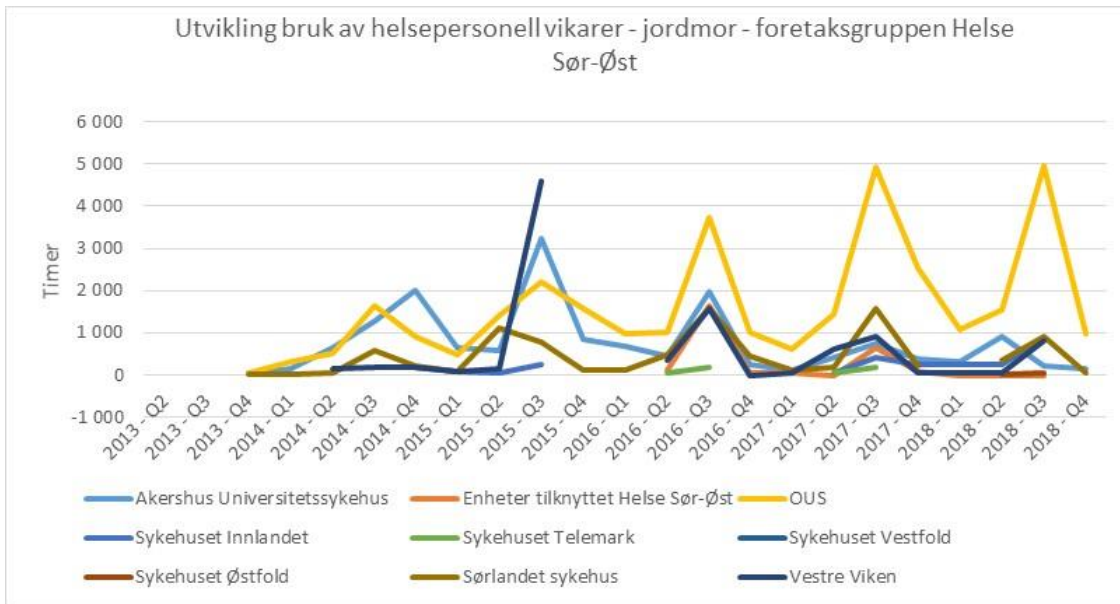
Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet sykepleier. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.



Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet spesialsykepleier intensiv. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

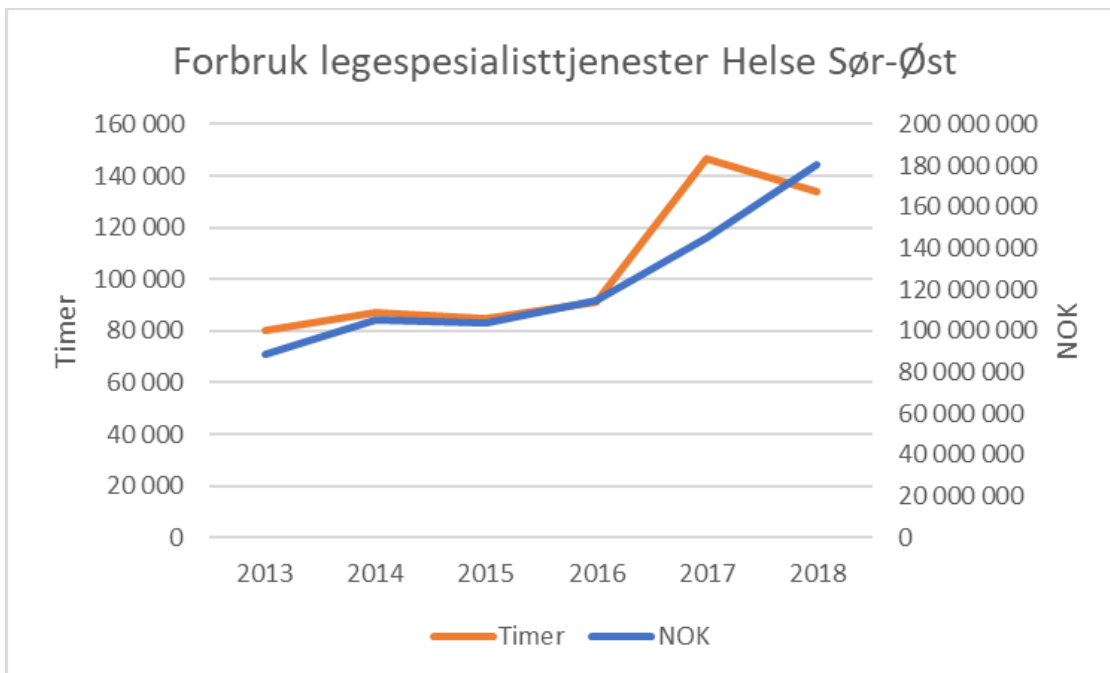


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet spesialsykepleier øvrige. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

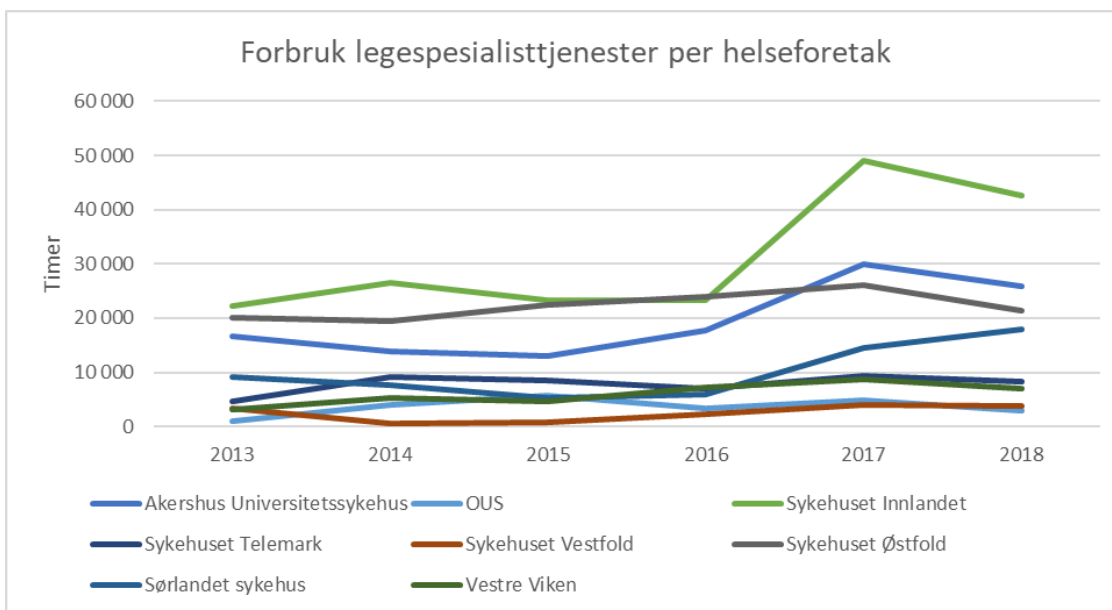


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet jordmor. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

4.3.2 Legespesialisttjenester

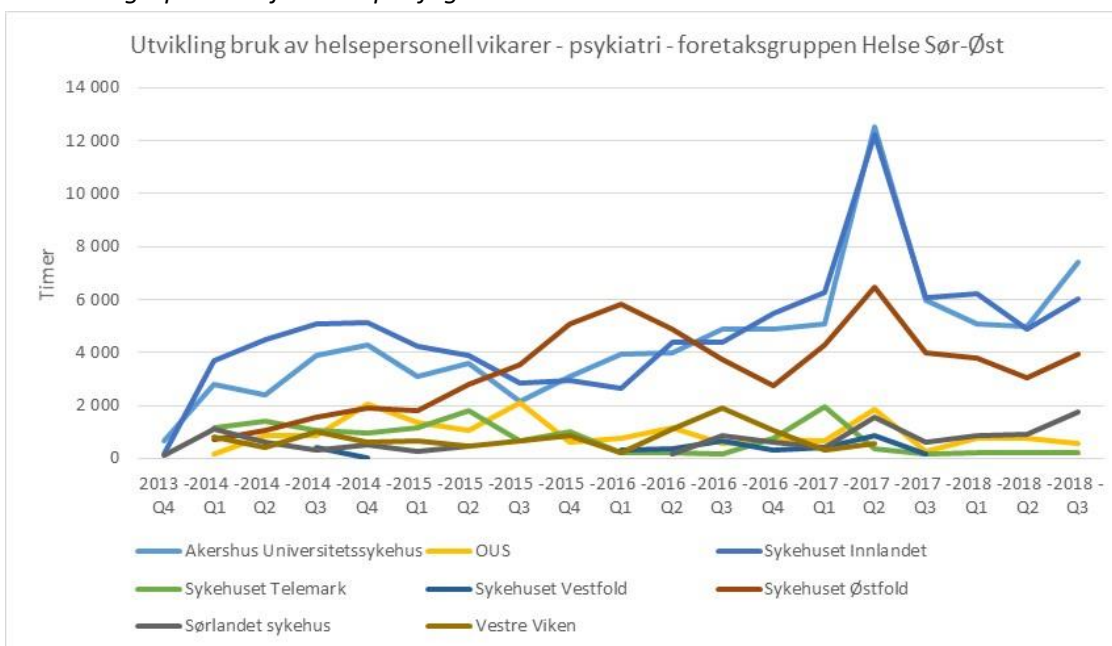


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester). Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

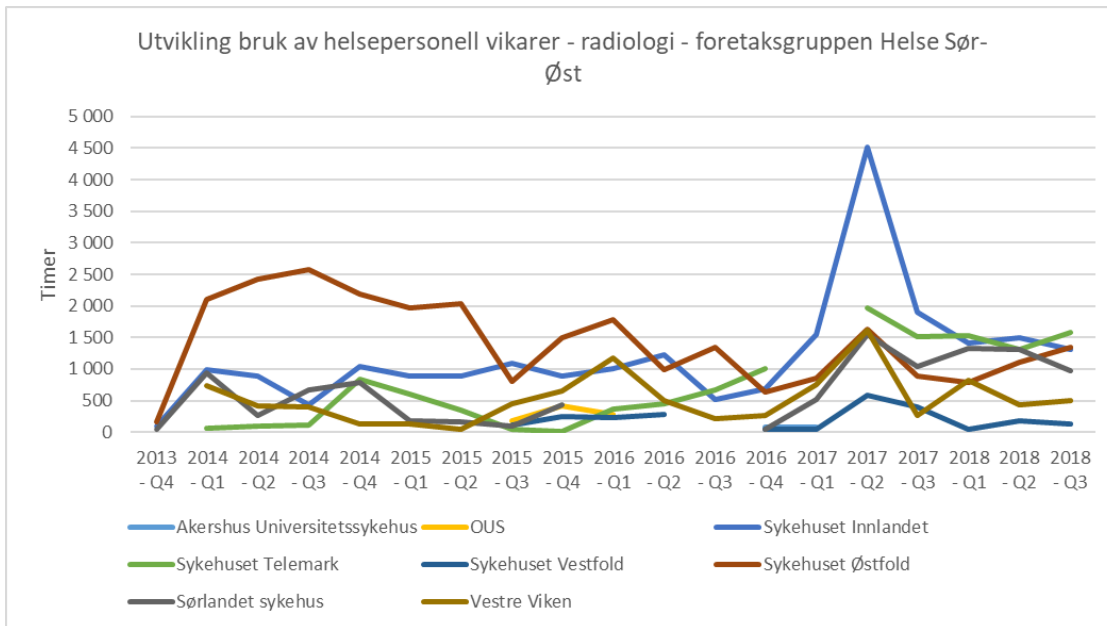


Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester) fordelt per helseforetak. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

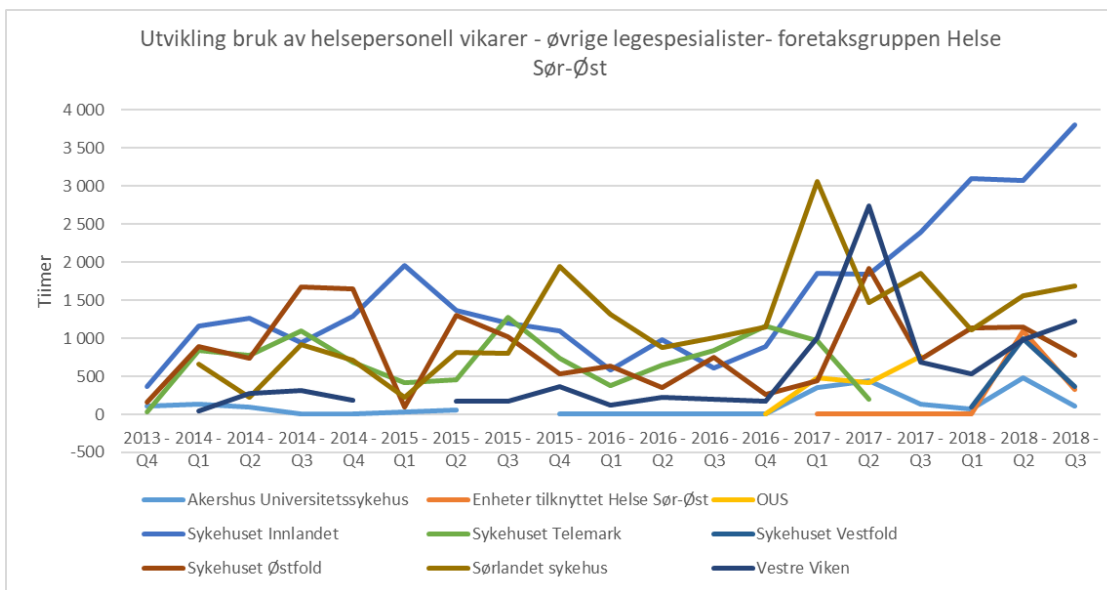
Forbruk legespesialisttjenester per fagområde



Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet psykiatri. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

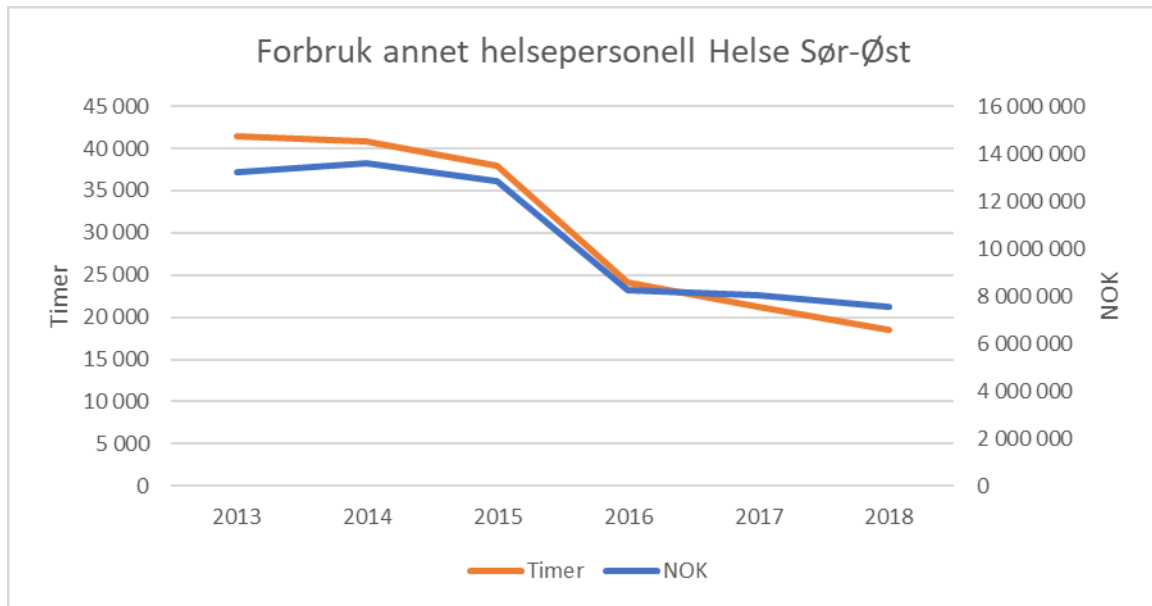


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet radiologi. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

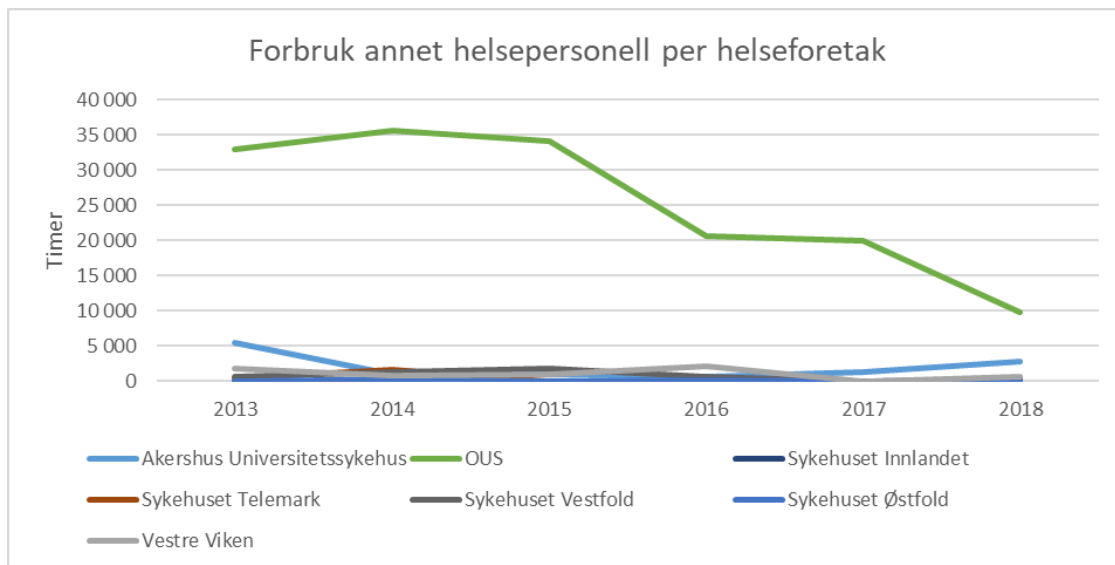


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet øvrige legespesialiteter. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

4.3.3 Annet helsepersoneltjenester

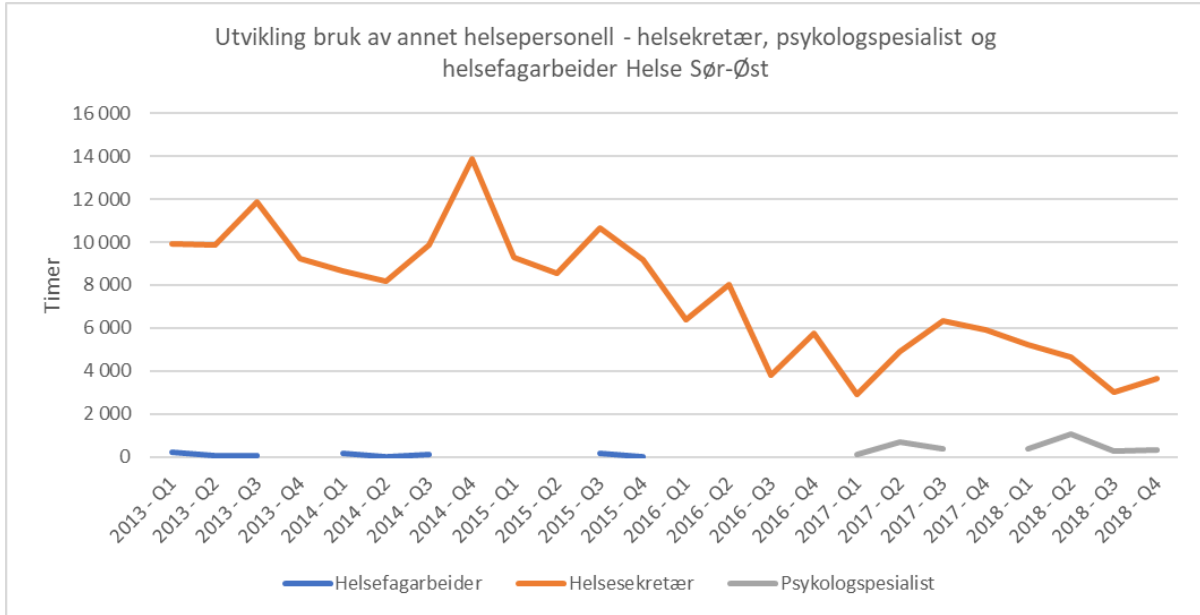


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor annet helsepersonell (helsesekretær, helsefagarbeider og psykologspesialist). Gjelder innleie fra bemanningsbyrå. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.



Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester) fordelt per helseforetak. Helse Sør-Øst. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

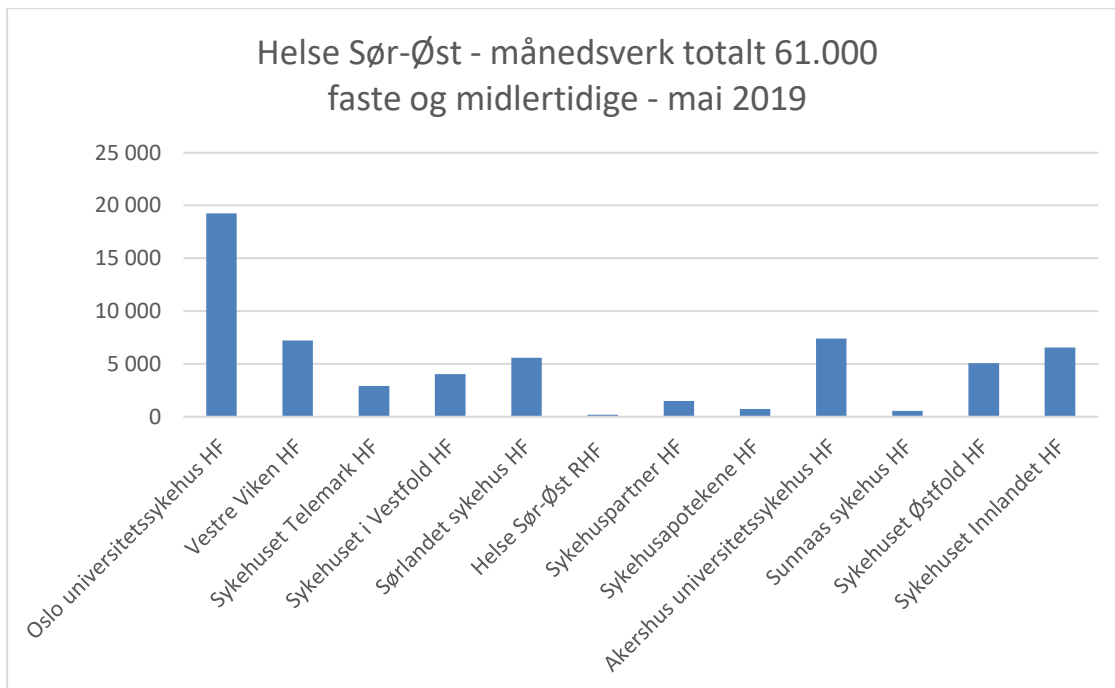
Forbruk annet helsepersonelltjenester per fagområde

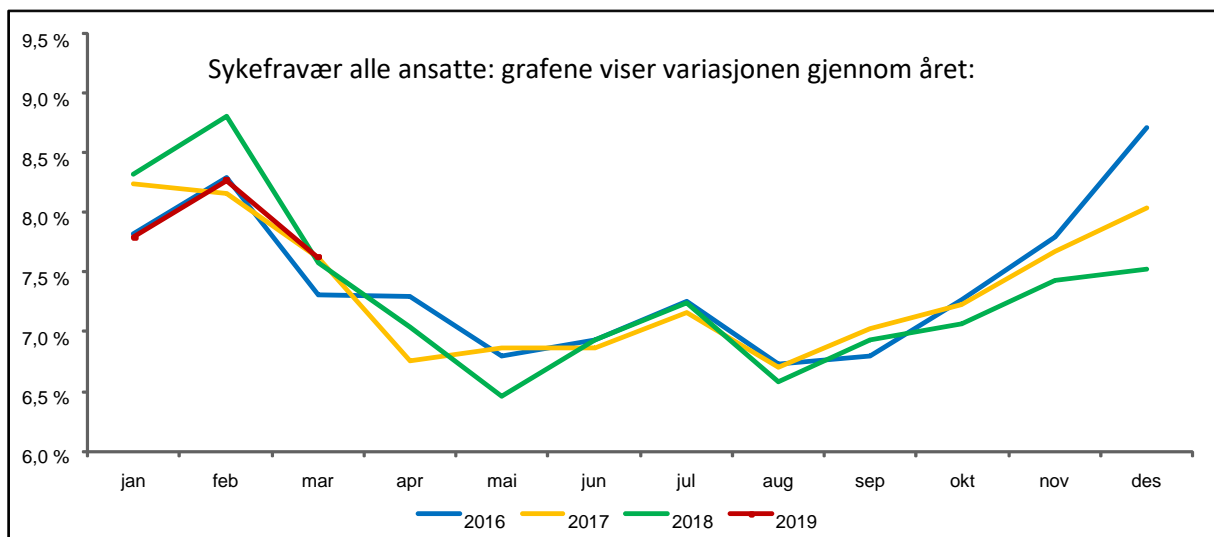
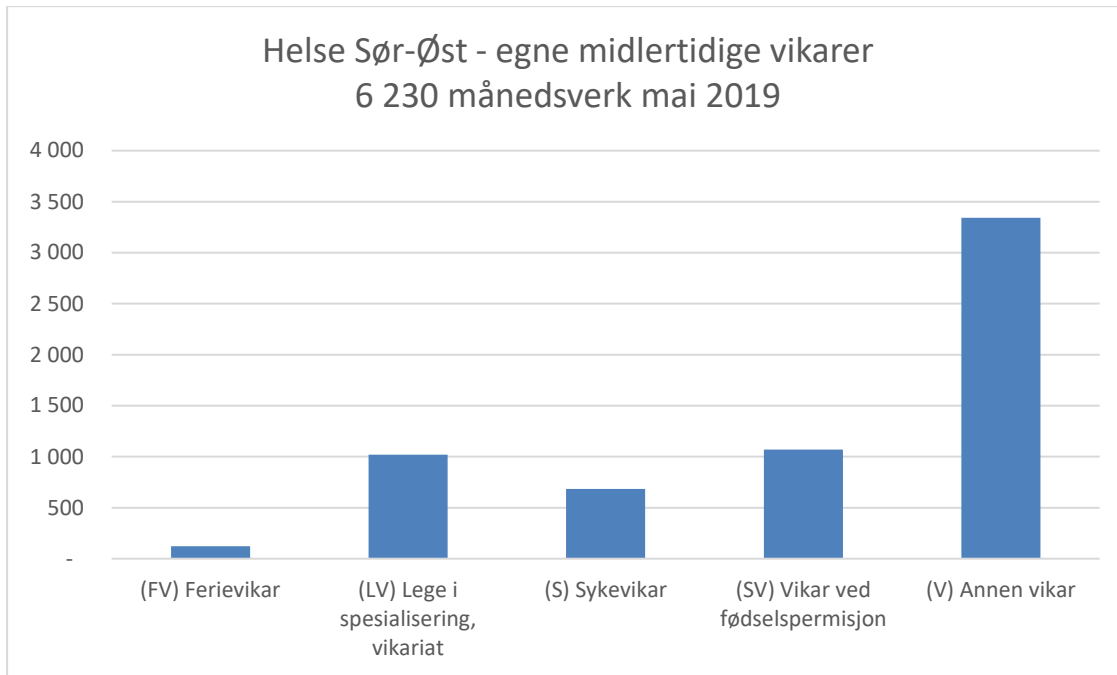


Figuren viser forbruk i timer per fagområde samlet for alle helseforetak. Gjelder innleie fra bemanningsbyrå.

4.3.4 Oppsummeringer fra Helse Sør-Øst

Hovedtall for regionen, alle personalgrupper:



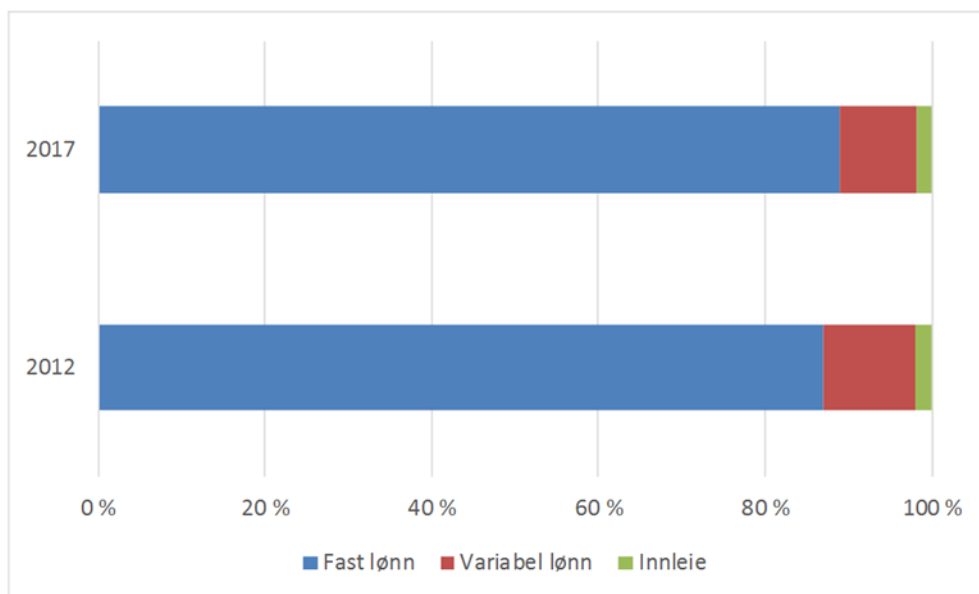


Behovet for vikar oppstår bla for å dekke opp ved ansattes:

- Sykefravær
- Ferieavvikling
- Permisjoner (utdanning, samt andre årsaker).

Vikarbehovet dekkes i det vesentligste ved ansettelse av egne midlertidige vikarer.

Noe dekkes via egne bemanningsentraler med fast ansatte som disponeres ut til avdelinger med ekstra bemanningsbehov i perioder og ved ordinære vikarbehov.



Så til slutt suppleres det med innleie av helsepersonell fra bemanningsbyrå.

Innleie er det siste løsningsvalget for å sikre nødvendig bemanning.

Samlet sett utgjør innleie fra bemanningsbyrå ca 0,6 % av regionens samlede personalforbruk målt i arbeidede timer, noe mer i lønnskostnader.

Innleiebehovet varierer gjennom året, høyest om sommeren. Innleiebehovet varierer også mellom helseforetakene og mellom avdelingstyper, avhengig av rekrutteringsmulighetene for vikarer og pasientkritiske korttidssituasjoner.

Innleie dekker ikke opp grunnbemanning, men er et supplement for å sikre nødvendig bemanning. Typisk ved ansattes ferieavvikling og korttidsfravær. Innleie er også nødvendig ved særlige aktivitetstopper hvor kritisk spisskompetanse ikke kan fremskaffes i det ordinære arbeidsmarked. Det typiske innleieoppdrag er for en helg eller kortere perioder. Om sommeren er det noe lengre oppdragsperioder. Ved innleie av legespesialister er det mer typisk med innleie for en periode en til flere uker om gangen i forbindelse med rekrutteringsprosesser e.l.

Bemanningsenheter

Bemanningsenheter/vikarpooler har lenge vært i bruk ved flere av helseforetakene i regionen.

Formålet har vært å redusere sårbarhet ved ansattes fravær/ferie, utnytte samlede bemanningsressurser bedre og fremme heltidskultur ved å øke stillingsbrøken for deltidsansatte.

Fra 2014 er bruk av bemanningsenheter også en formalisert del av felles heltidspolicy i Helse Sør-Øst. Der heter det blant annet at erfaringer viser at helseforetakene må benytte et bredt repertoar av virkemidler i ulike kombinasjoner og tilpasse situasjonen i det enkelte foretak. Videre slås det fast at dette blant annet skal omfatte organisatoriske tiltak slik som bemanningsenhet/vikarpooler.

Tabellen nedenfor viser en oversikt over etablerte bemanningsentre i helseforetakene per mai 2019 med foretakenes kommentarer og noen oppsummerende betraktninger. Som det fremgår har syv av ni helseforetak som utfører pasientbehandling, etablert slike sentre. Alle disse har en eller annen form for vikarpool organisert sentralt eller lokalt. Sunnaas sykehus HF og Sykehusapotekene HF leier ikke inn vikarer fra byrå.

Helseforetak	Bemanningsenhet med fast ansatte i vikarpool	Kombistillinger (avd + pool)	Trainee	Sentralisert bestilling av vikarer fra byrå
Ahus	Ja	I mandatet for bemanningsenhet, men p.t. er sakene løst på avd.nivå	Nei	Ja, for hele helseforetaket og alle personalgrupper.
OUS	Ja	Ja, p.t. mest effektivt for vanlige sykepleiere, deler av klinikkene.	Nei	Styrevedtak på alt sentraliseres. Er fortsatt i utvidelsesfasen for å favne hele helseforetaket, alle grupper.
SI	Nei	Nei	Nei	Nei
SIV	Ja	Ja	Ja	Ja
SS	Ja	Ja	Ja	Ja (unntatt merkantile vikarer som er lite volum)
ST	Ja	Ja	nei	Ja, med noen unntak.
SØ	Ja	Ja	Ja	Delvis: sentralisert for sykepleietjenesten medisin og kirurgi.
VV	Ja	Ja, men p.t. er de fleste sakene løst på avdelingsnivå.	Ja	Ja, for hele helseforetaket og alle personalgrupper.

Tabell: Overordnet status for bruk av bemanningsenheter per helseforetak.

- Det generelle bildet er at omfanget av innleie gradvis reduseres, men ikke for alle yrkesgrupper. Dette kan ikke kobles direkte til effekten av bemanningsenheter alene. Helseforetakene vil beskrive dette mer detaljert i rapporteringen per første halvår.
- Det relative omfanget av vikarpooler og «kombistillinger» varierer mellom helseforetakene. Ved å ta i bruk «kombistillinger» økes mulighetene for heltidsstillinger (for eksempel ved at en ansatt med opprinnelig 60 til 80 prosent fast stilling ved en avdeling, kan supplere sitt ansettelsesforhold med 20 til 40 prosent fast stilling som disponeres av bemanningsenheten). Ved å organisere oppdekning av avdelingens vikarbehov med egne fast ansatte i egen bemanningsenhet/vikarpool reduseres omfanget av midlertidige ansatte og kvaliteten økes.
- Innleie av vikarer fra vikarbyrå utgjør en liten del av den totale bemanningen. Anslagsvis cirka 0,6 prosent av regionens samlede personalforbruk dekkes av innleie fra vikarbyrå. Imidlertid er regelverket for å håndtere innleievirksomhet korrekt, så vidt komplisert at en sentralisering av denne bestillingsfunksjonen er sterkt tilrådelig. En sentralisert håndtering av innleie gjør at bestillingskontoret i tilknytning til helseforetakets bemanningsenhet ser sammenhenger og løsninger på tvers av klinikker/avdelinger. Herunder også grunnlaget for videre utvidelse av helseforetakets faste vikarpool.

Nærmere om sommerferieavvikling

Generelt:

I hht Ferieloven, supplert med tariffavtalene, har alle ansatte 5 ukers ferie ila året (60-år og eldre har 6 ukers ferie). Minst 3 uker skal plasseres innenfor tidsrommet 1. juni – 30. september.

Sykehusene (helseforetakene) har – av gode grunner – tradisjon for at minst 3 ukers sommerferie søkes plassert mest mulig innenfor tidsrommet medio juni til medio august. Dette er utfordrende.

Generelle tilpasningstiltak – mht driften:

Reduksjon av aktivitetsnivået på enheter hvor dette er mulig.

Samarbeid/felles ferieavvikling på tvers av enheter som har faglige avhengigheter.

Samarbeid/tilpasninger mellom helseforetakene på kritiske behandlingsområder (særlig er dette reelt for intensivpasienter og fødsler ilt sommeren).

Generelle tilpasningstiltak – mht personale:

- Organisere egne bemanningskontorer/vikarpooler innen sykehusene for å bedre bemanningstilpasningene etter behovet ved de forskjellige avdelinger.
- Rekruttere for sommeransettelse av vikarer fra nærområdet – og fra Norge forøvrig/Skandinavia.
- Rekruttere egne deltidsansatte til utvidede avtaler for sommeren.
- Frivillig forskyvning av ferieperiode.
- Utvide den tradisjonelle perioden hvor sommerferien avvikles, men godt innenfor ferielovens grenser.
- Innleie fra bemanningsbyrå. (Innleie av personell er størst om sommeren.
- Overtid/merarbeid når arbeidsmiljølovens vilkår er oppfylt.

Spesielle tiltak for å sikre forsvarlig drift – mht personale:

- Utgangspunktet er at ekstra kompensasjonsordninger kun brukes i spesielle tilfeller hvor de er nødvendige for å sikre forsvarlig drift på konkrete avdelinger – og de øvrige virkemidler (se ovenfor) ikke er tilstrekkelige:
- Kompensasjonsordninger for å flytte ferie.
- Kompensasjonsordninger for utvidet arbeidstid.
- Kompensasjonsordninger for hyppigere helg (og da redusert arbeid på øvrige ukedager) når medarbeideren er i sin arbeidsperiode.

Nærmere om innleie fra bemanningsbyrå:

Generelt:

- HSØ har om lag 79.000 egne ansatte; faste og midlertidige vikarer. Disse er på heltid og deltid og utgjør om lag 61.000 årsverk brutto (fravær/ferie/permisjoner kommer til fratrukk).
- Ved ansattes sykdom m.v. - og ikke minst ved ferieavvikling for egne ansatte – er bemanningsbehovet større enn sykehusene klarer å dekke opp med egne vikarer. Det er derfor tidvis nødvendig å supplere med innleid personell fra vikarbyrå.
- Innleie av personell utgjør en liten del av vårt samlede bemanningsforbruk, ca 0,6 %.
- I forhold til å ansette vikarer er innleie noe dyrere og mer administrativt krevende, slik at det er siste utvei når andre mer ordinære tiltak ikke er tilstrekkelig.
- Flere helseforetak har også organisert interne ressurspooler (bemanningsenheter) med egne ansatte for å redusere bruken av ekstern innleie. På den måten får de tilgang på kjent og kvalifisert arbeidskraft, og de kan også bruke det som virkemiddel for å tilby økte faste stillinger for de som ønsker å kombinere arbeid på fast avdeling med arbeid via sykehusets vikarsenter/bemanningsenhet.

Om innleie:

- Skjer innenfor regelverket for offentlige anskaffelser.
- Første felles nasjonale anskaffelse startet opp i 2009 for alle de fire helseregioner, via vår felles innkjøpsentral Sykehusinnkjøp HF (tidligere HINAS). Før 2009 var det varierende avtaler pr helseforetak eller pr region. De regionale helseforetakene, sammen med representanter for helseforetakene, er tungt inne i prosessene sammen med Sykehusinnkjøp HF med hensyn til anskaffelsene og avtaleoppfølgingene. Det er det enkelte sykehus (helseforetak) som foretar de konkrete personellbestillinger og følger opp disse.
- Rammeavtalene hensyntar regelverket i Norge ad lønns- og arbeidsvilkår ("Vikarbyrådirektivet"), og øvrige aktuelle lover/forskrifter.
- Rammeavtalene som er etablert for innleie av helsepersonell er oppdelt i 12 forskjellige kategorier (listet opp i strekpunkt på neste side).
- I alt er det 25 forskjellige norske/skandinaviske vikarbyrå som har rammeavtale med helseforetakene i vår region Helse Sør-Øst.
- Via rammeavtalene har helseregionene sikret seg at kvaliteten på vikarene som kommer fra vikarbyråene er god, samt sikret nødvendige kontraktsrettslige forhold. Det gjennomføres revisjoner av avtaleleverandørene for å sikre at de overholder sine kontraktsforpliktelser overfor sykehusene.
- Vikarene som har den kompetansen sykehusene etterspør fra bemanningsbyråene, kommer i stor grad fra Sverige og Danmark.
- På helseområdet er det underdekning av kvalifisert personell i markedet, i alle fall i perioder, slik som sommerferien. Når avtaleleverandørene ikke kan levere i hht forespørsel fra sykehusene, må sykehusene tidvis henvende seg til andre leverandører som ikke har løpende rammeavtale.
- Innleie av helsepersonell løser ikke sykehusenes bemanningsutfordringer, men er et nødvendig supplement.

Innleie volum (i kroner, timeforbruk fremgår av andre figurer vist tidligere)

Her litt relevant statistikk om innleie av helsepersonell i Helse Sør-Øst.

Nedenfor innleie i NOK, hele kalenderåret 2017:

Foretak	Totalt innleie alle kategorier helsepersonell	Totalt lønnskostnader egne ansatte 2017 *)	Andel innleie kostnad versus lønnskostnader *)
	Bokførte kostnader pr helseforetak i 2017,	Bokførte kostnader pr helseforetak, avrundet i hele tusen	
Akershus Universitetssykehus HF	71 656 006	4 428 842 000	1,6
Oslo Universitetssykehus HF	219 909 696	13 161 559 000	1,6
Sykehuset Innlandet HF	61 590 222	4 754 978 000	1,3
Sykehuset Telemark HF	18 699 208	1 952 792 000	0,9
Sykehuset Østfold HF	44 320 576	3 097 575 000	1,4
Sørlandet sykehus HF	35 677 837	3 581 013 000	1,0
Vestre Viken HF	37 535 842	4 748 114 000	0,8
Sykehuset i Vestfold HF	13 417 135	2 626 396 000	0,5
Totalt	502 806 522	38 351 269 000	1,3

*) Lønnskostnaden her er uten pensjonskostnad for egne ansatte. Slik sett skal forholdstallet (prosentandel innleie, målt i kroner) i siste kolonne reelt være noe lavere.

- Personalkategoriene er fordelt på 12 forskjellige kategorier/rammeavtaler: Legespesialister innen: psykiatri, radiologi, anesthesiologi, nevrologi m.v., samt øvrige spesialiteter.
 - Sykepleiere, spesialsykepleiere intensiv, spesialsykepleiere øvrige, jordmor, samt mindre grupper annet helsepersonell: psykologspesialist, bioingeniør og helsesekretær.
- Tre helseforetak har ikke innleie helsepersonell: Sunnaas sykehus klarer seg uten. Sykehusapotekene har noe behov for innleie, men det foreligger ikke tilbud i markedet på deres kompetansebehov. Sykehuspartner HF leier ikke inn helsepersonell.
- Samlet innleie i året målt i kroner går gradvis noe opp på grunn av pris-/lønnsutvikling. Samlet timetall som dekkes ved innleie er svakt nedadgående (men noe variasjon på nedgang/økning mellom de enkelte sykehus).
- Av regnskapstall i forhold til budsjett ser man stedvis at faktisk innleie er til dels mer enn det enkelte helseforetaks eget budsjettert. Det betyr nødvendigvis ikke at innleie har økt i omfang, men er ofte et uttrykk for at budsjett til innleie var for optimistisk holdt lavt (satt urealistisk lavt, i forhold til ambisjonene om å redusere innleie).

Nærmere om deltid

Generelt:

Helse Sør-Øst RHF har i tråd med eiers oppdrag gjennom en årrekke arbeidet for å fjerne unødvendige midlertidige stillinger og redusere bruken av deltid. Dette ses bl.a. som et viktig ledd i arbeidet med fremme kvalitet og øke pasientsikkerhet.

I Helse- og omsorgsdepartementets foretaksprotokoll for 2018 heter det således bl.a.:

«Foretaksrådet viste til tidligere stilte krav om å etablere en heltidskultur i helseforetakene og redusere bruken av deltid. Dette er viktig for å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten i behandlingen for pasientene. Dette området vil bli fulgt opp med videre rapportering.

...»

Styret har lagt disse prinsippene til grunn:

- Hel og fast stilling skal være hovedregelen ved enhver nyansettelse
- Det skal legges vekt på følgende momenter:
- Faglig miljø og kvalitet i pasientbehandling.
- Sosial tilhørighet og sykefravær
- Arbeidsplassens omdømme og attraktivitet
- Likestilling

I tilknytning til dette er det i 2014 utarbeidet en felles regional policy for utvikling av heltidskultur.

Heltidspolicy:

- I Helse Sør-Øst skal arbeidet med heltidskultur bygge på følgende felles retningslinjer
- Alle stillinger i helseforetakene skal i utgangspunktet lyses ut som heltidsstillinger- med oppgaver på en eller flere enheter i tråd med virksomhetens behov. Unntak må begrunnes
- Fast ansatte kan av ulike grunner ha rett til eller behov for å redusere sin arbeidstid. Slike ordninger må likevel evalueres i forhold til behov og såfremt mulig tidsbegrenses
- Alle deltidsansatte som ber om det, skal få en individuell vurdering av sine muligheter for hel stilling basert på virksomhetens behov og innenfor rammen av aktuelle arbeidstidsordninger- herunder ekstra vakter på kveld og helg
- Ved nyrekruttering må det sikres en rimelig fordeling av oppgaver og en mest mulig jevn fordeling av belastende vakter på kveld og helg
- Arbeidet med heltidskultur tilpasses foretakenes situasjon og muligheter, men det forutsettes at det iverksettes tiltak på flere plan

Strukturelle og individuelle tiltak:

- Rekrutteringstiltak og kompetansecfremmende tiltak
- Holdningsarbeid og kulturfremmende tiltak
- Aktiviteter.

Kartlegging:

Fortløpende kartlegging på individnivå er et nyttig virkemiddel i arbeidet med å redusere andelen deltidsansatte og øke stillingsprosenten for de som fortsetter med deltid. Helseforetakene i Helse Sør-Øst har siden 1.10.11 benyttet en elektronisk rapporterings-løsning. Alle deltidsansatte er pålagt å registrere seg med opplysninger om:

- Ønsket eller uønsket deltid

- Hvor raskt ny stilling kan tiltres
- Tidligere tilbud om større stilling
- Takket ja/nei eller ikke fått tilbud
- Ønsket stillingsprosent

Skjema skal oversendes de aktuelle linjeledere, som løpende vurderer og evt. godkjenner ønskede endringer. Ledere registrerer alle gjennomførte endringer i systemet.

Tiltak:

Foretakene har tatt i bruk en rekke ulike tiltak for å bidra til redusert andel deltid. Prioriteringene avhenger av det enkelte foretaks situasjon. Repertoaret kan ikke fastlegges en gang for alle. Men i henhold til vedtatt heltidspolicy skal "verktøykassen" bl.a. omfatte følgende organisatoriske tiltak:

- utlysings- og ansettelsespraksis, herunder fortrinnsrett for deltidsansatte
- permisjonspraksis, dvs. redusere unødvendig bruk av permisjoner
- bemanningsenheter/vikarpooler
- kombinerte stillinger (inkl. sengepost/ dagarbeidsenhet)
- endrede arbeidstids-/turnusordninger (inkl. lengre dagvakter og flere helgevakter)
- konvertering av variabel lønn til faste stillinger

Det er gjennomført egne prosjekter ved flere av foretakene, knyttet til bl.a.:

bemanningsenhet for sykepleie, der deltidsansatte får tilbud om å fylle opp stillingen sin til heltid/ønsket stillingsprosent

- 12-timersvakter for jordmødre ved føde og barsel
- øket grunnbemanning ved omgjøring av variabel lønn
- utprøving av ulike arbeidstidsordninger- inkl. arbeid mer enn hver 3. helg

Foretakene ser også på tiltak som retter seg mot selve arbeidskulturen. Dette krever først og fremst informasjon og kommunikasjon:

- generelle informasjonstiltak mot arbeidsmarked og utdanningsinstitusjoner
- målrettede tiltak mot nyutdannede og yngre i pleieyrkene- der deltidsandelen er størst

I tillegg vurderes trainee-ordninger og andre former for tilrettelagt praksislæring for nyutdannede- spesielt i pleieyrkene.

Resultater:

I forlengelsen av en samordnet innsats for å redusere unødvendig bruk av deltid, den såkalte «deltidsdugnaden» i 2012, oppnådde foretakene i Helse Sør-Øst en betydelig reduksjon i andelen deltid og en vesentlig økning av den gjennomsnittlige stillingsprosenten for ansatte i deltidsstilling.

Nedgangen fortsatte året etter. Helse Sør-Øst oppfylte i 2013 eiers styringskrav om 20 % reduksjon av totalt deltidsomfang målt i forhold til gjeldende indikatorer. Korrigert andel deltid blant fast ansatte kom da ned på ca. 24 %, mens korrigert gjennomsnittlig stillingsstørrelse økte til mer enn 90 % (tall korrigert for ansatte som etter eget ønske har midlertidig nedsatt stilling).

Dette bildet endret seg lite i 2014-17. Tallene for 1. tertial 2018 bekrefter at nivået for deltid foreløpig ser ut til å ha stabilisert seg- se nedenfor.

Helseforetak	Fast ansatte					
	Totalt antall fast ansatte	Herav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. stillingsprosent
Akershus universitetssykehus HF	6 134	1 562	25,5 %	90,6 %	22,3 %	91,5 %
Oslo universitetssykehus HF	16 703	2 658	15,9 %	93,8 %	14,0 %	94,5 %
Sunnaas sykehus HF	520	116	22,3 %	90,9 %	19,2 %	92,1 %
Sykehusapotekene HF	716	126	17,6 %	95,9 %	9,8 %	97,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	4 184	1 531	36,6 %	86,6 %	28,3 %	89,2 %
Sykehuset Innlandet HF	7 201	2 694	37,4 %	87,5 %	30,7 %	89,7 %
Sykehuset Telemark HF	2 956	1 116	37,8 %	87,6 %	32,8 %	89,0 %
Sykehuset Østfold HF	4 806	1 878	39,1 %	86,3 %	35,0 %	87,5 %
Sykehuspartner HF	1 365	30	2,2 %	99,1 %	2,0 %	99,2 %
Sørlandet sykehus HF	5 366	1 957	36,5 %	86,9 %	29,4 %	89,1 %
Vestre Viken HF	6 653	2 131	32,0 %	89,3 %	28,2 %	90,5 %
Helse Sør-Øst RHF	164	5	3,0 %	98,8 %	2,4 %	98,9 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	56 768	15 804	27,8 %	90,1 %	23,6 %	91,4 %

Kolonnen korrigert andel deltid viser andel deltidsansatte fratrukket de som arbeider deltid på grunn av ulike individuelle forhold som det ikke er aktuelt å endre for eksempel rettighetspermisjoner, delvis uførepensjon og godkjente bierverv ved høyskole / universitet. Denne indikatoren gir derfor uttrykk for potensialet for reduksjon av det samlede deltidsomfanget.

I tillegg til dette har de regionale helseforetakene i tråd med departementets foretaksprotokoll for 2017 utviklet en ny felles indikator for overordnet rapportering av «antall og andel hele faste stillinger på nyutdannet personell». Denne ble godkjent per 25.9.17 og er lagt til grunn for særskilt tertialvis rapportering til Helsedirektoratet.

Status og veien videre:

Problemet med uønsket (ufrivillig) deltid er i store trekk løst i Helse Sør-Øst. Det er riktignok noe forskjell på foretakene- og ikke minst mellom ulike avdelinger og stillings-grupper på det enkelte foretak. Trolig er det et likevel bare er et tidsspørsmål før vi kan si at alle som ønsker det, har fått et tilbud om økt stilling.

De gjennomførte endringer i arbeidsmiljølovens arbeidstidsregler (2014) og de varslede endringer gjennom Arbeidstidsutvalgets innstilling (2016) bidrar- hver for seg og samlet- til en økt fleksibilitet som fremmer utviklingen mot flere heltidsstillinger. Det betyr ikke at alle får det de ønsker på samme enhet. Alle skal imidlertid ha mulighet for hel stilling med oppgaver de er kvalifisert for og kan kombinere- ved en eller flere avdelinger hos sin nåværende arbeidsgiver.

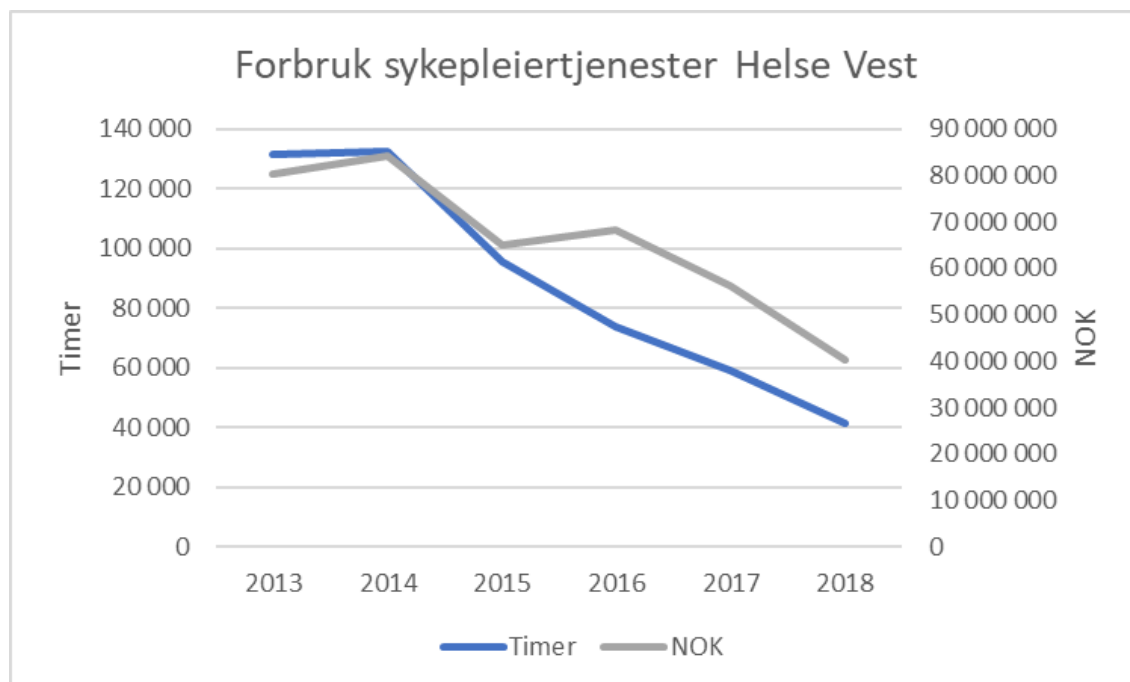
Det gjenstår imidlertid å løse vår arbeidsgiverutfordring knyttet til ønsket (frivillig) deltid. Den største delen av de deltidsansatte, har ikke registrert ønske om utvidet stilling. Mange har fått innvilget ønsker om å arbeide redusert tid. For få ønsker å utvide arbeidstiden, i alle fall slik rammevilkårene er idag. Det tar tid å endre både holdninger og rammevilkår. Samtidig er vi som virksomhet nødt til å få flere deltidsansatte til å arbeide mer om vi skal greie å dekke opp fremtidige behov for arbeidskraft. Dette gjelder ikke bare foretakene i Helse Sør-Øst, men hele Helse-Norge. Vi må derfor fortsette å arbeide for å utvikle en heltidskultur i sykehusene.

Høsten 2018 ble det i Helse Sør Øst pånytt satt søkelys på helseforetakenes utlysning av deltidsstillinger, spesielt når det gjelder sykepleiere. Utlysingsstatistikk viser at det ved flere foretak fortsatt er en for stor del av utlysinger som fraviker normen om heltid. Selv om dette ofte har sitt grunnlag i et behov for å «fylle opp» eksisterende deltidsstillinger, (gjerne begrunnet i helgearbeid), fylle opp i deltidspolisjoner, mv bidrar en slik praksis til å opprettholde en uheldig deltidskultur («deltid avler deltid»). Helse Sør-Øst RHF har derfor påpekt avvik fra vår heltidspolicy og bedt foretakene rydde opp i sin utlysingspraksis.

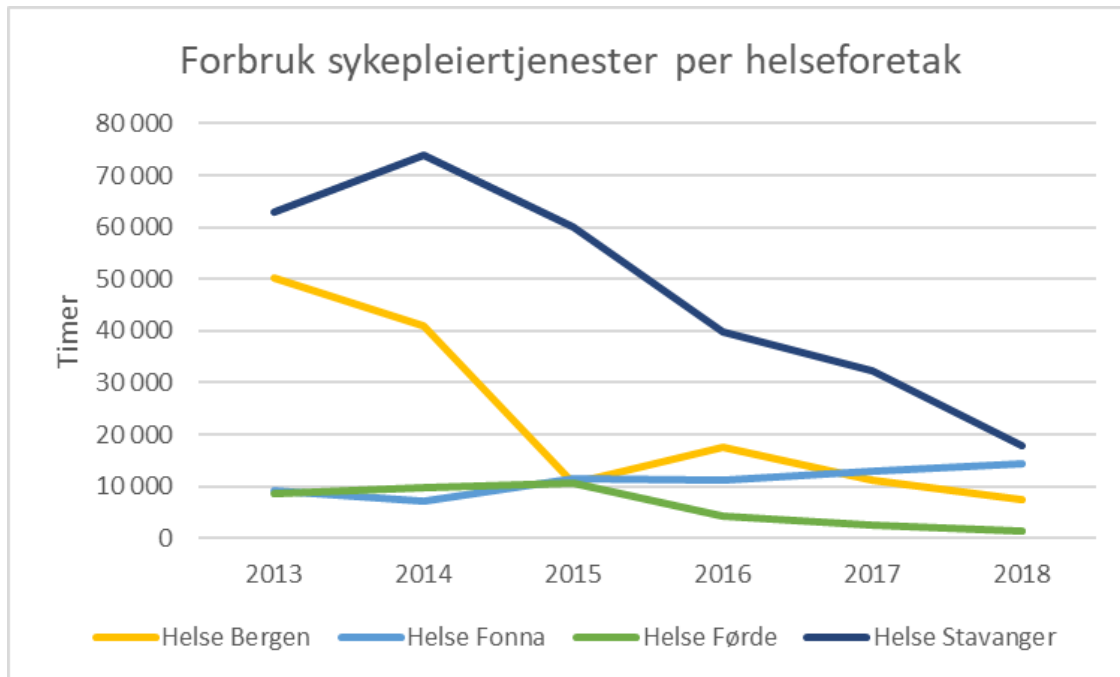
Høsten 2019 vil det i forlengelsen av denne saken bli igangsatt et felles arbeid i regi av det regionale helseforetaket for å se på effekter i foretakene av ulike arbeidstidsordninger og virkemidler forøvrig. Arbeidet vil omfatte en regional workshop, der både foretak og ansattes organisasjoner involveres.

4.4 Helse Vest RHF

4.4.1 Sykepleiertjenester

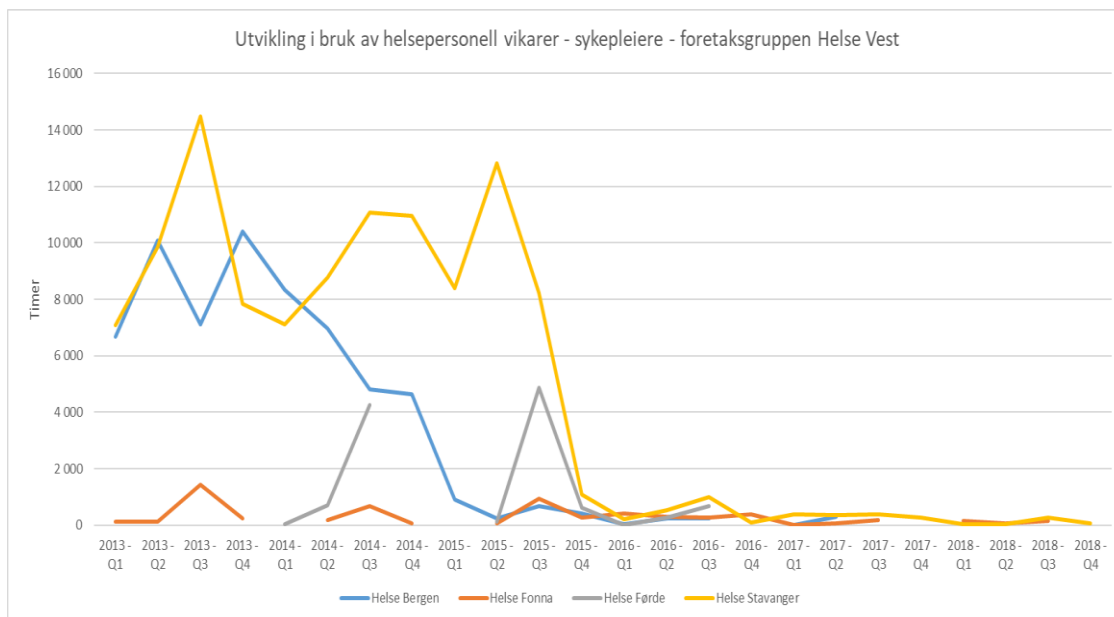


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor sykepleiertjenester (sykepleier, spesialsykepleier intensiv, spesialsykepleier øvrige og jordmor).

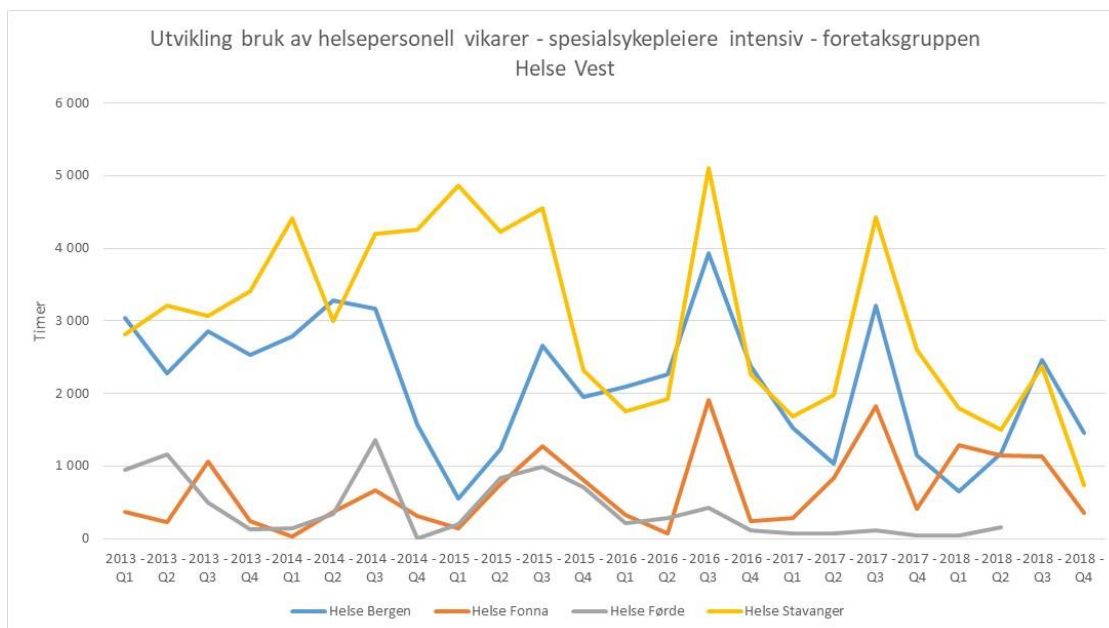


Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor sykepleiertjenester (sykepleier, spesialsykepleier intensiv, spesialsykepleier øvrige og jordmor) fordelt per helseforetak.

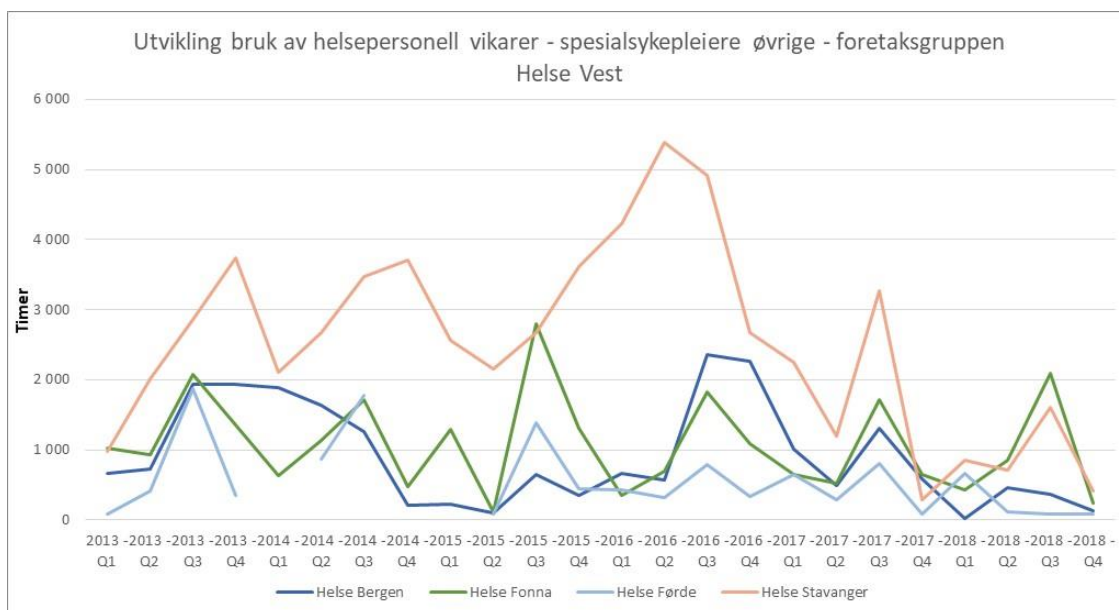
4.4.1.1 Forbruk sykepleiertjenester per fagområde



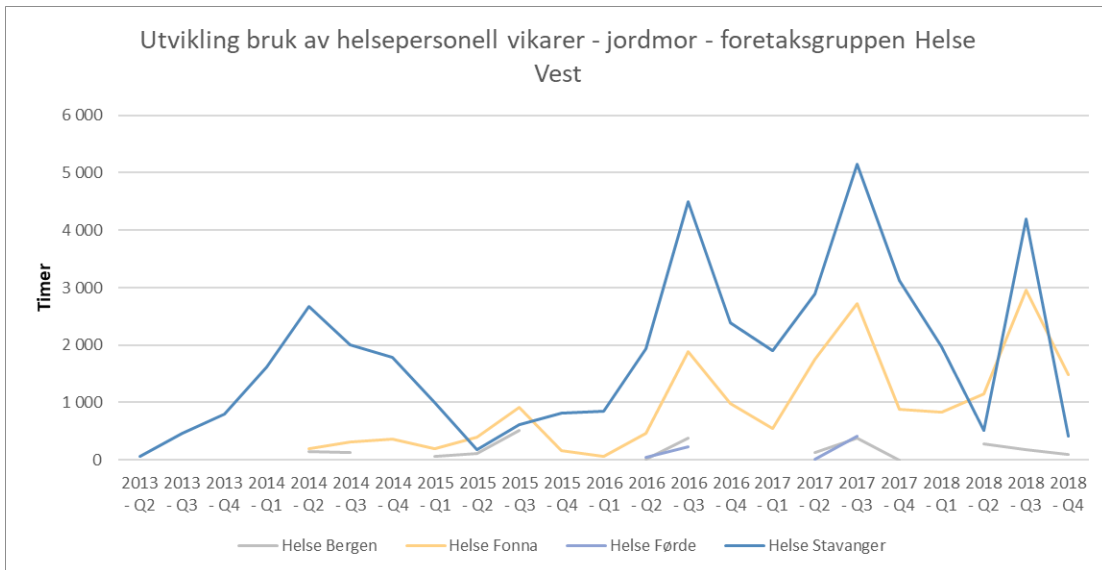
Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet sykepleier.



Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet spesialsykepleier intensiv.

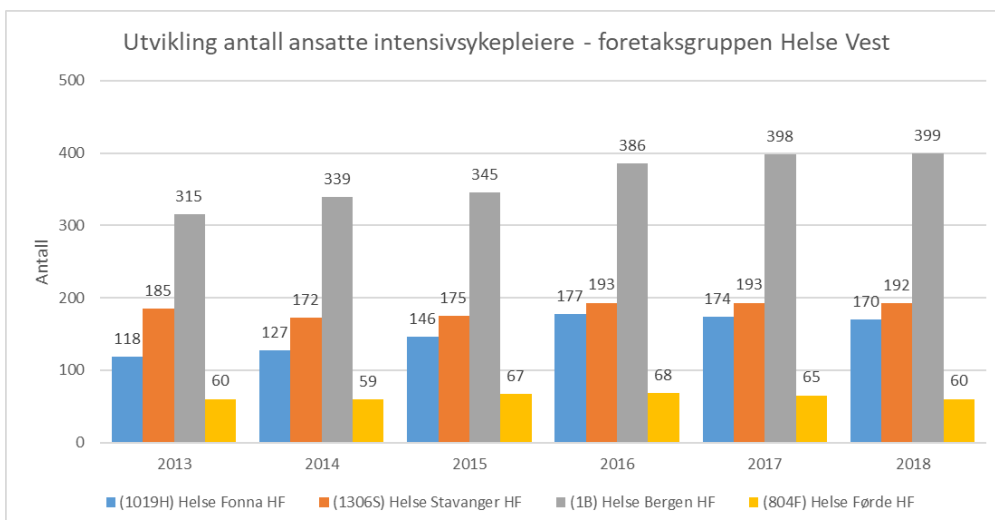
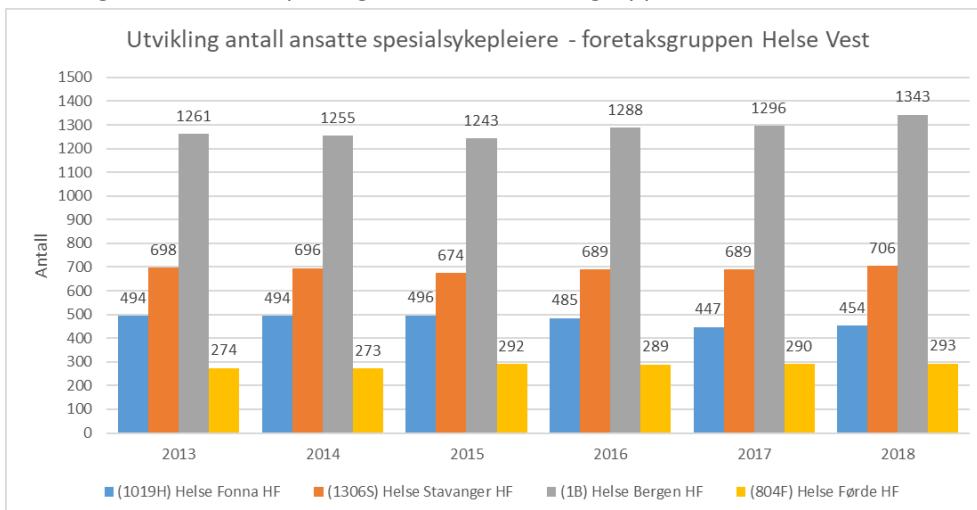


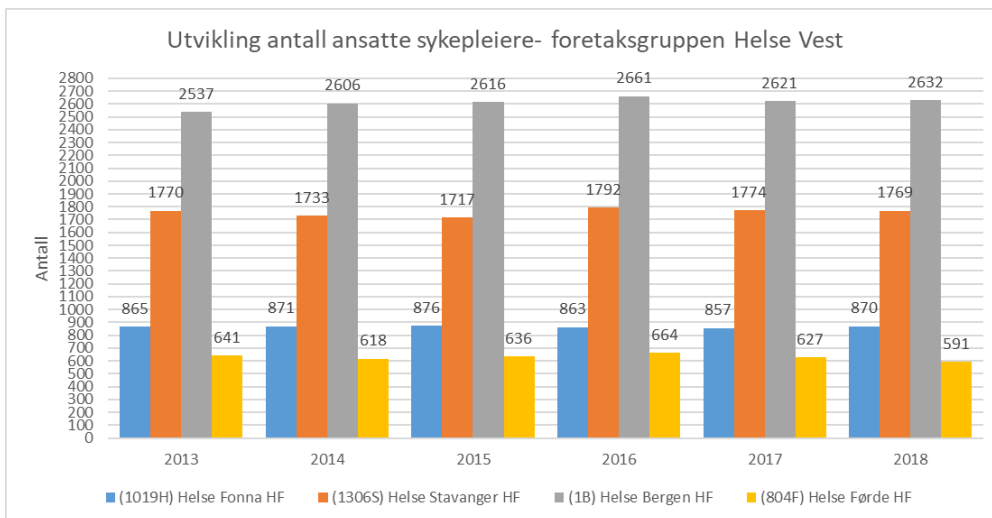
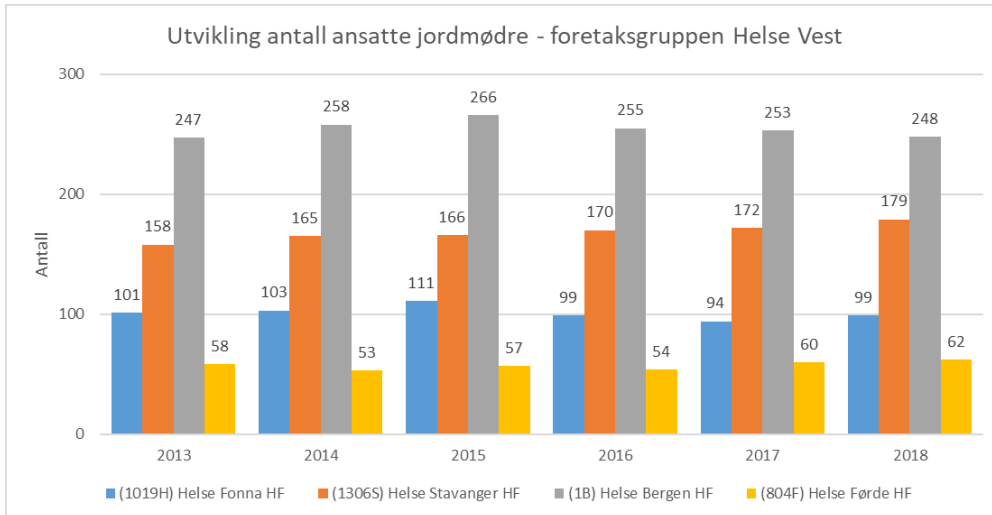
Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet spesialsykepleier øvrige.



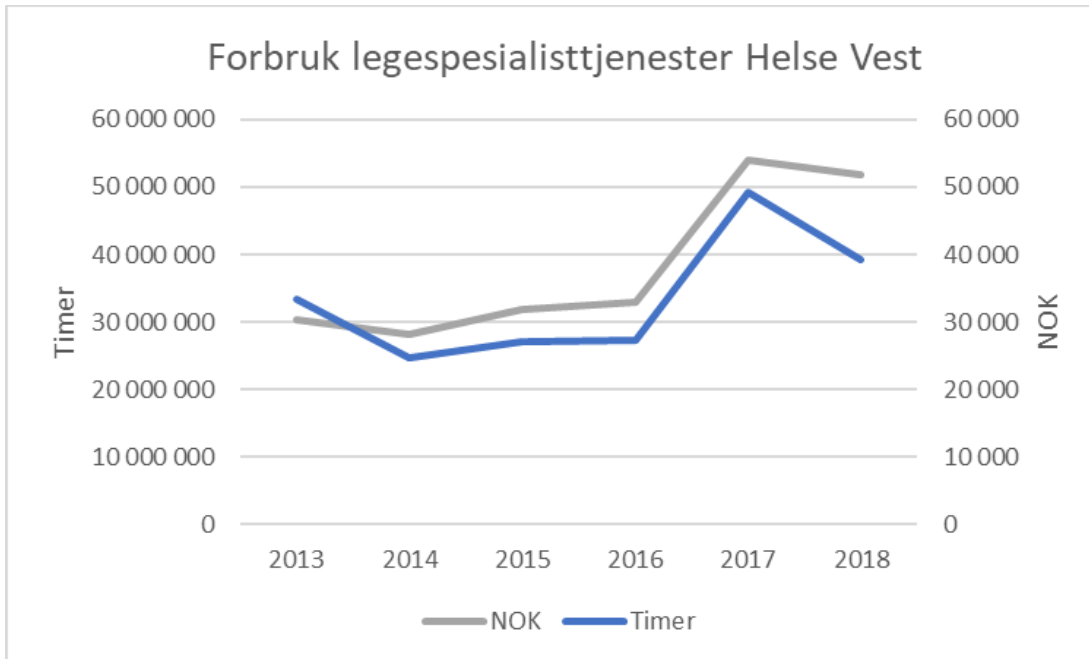
Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet jordmor.

Utvikling antall ansatte per fagområde – foretaksgruppen Helse Vest

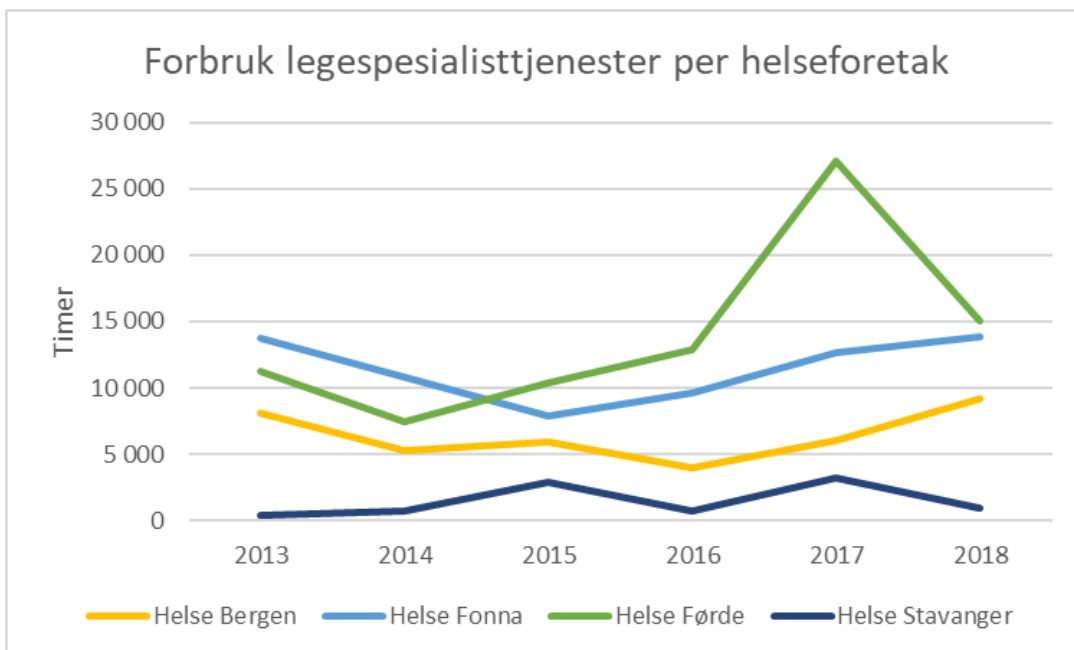




4.4.2 Legespesialisttjenester

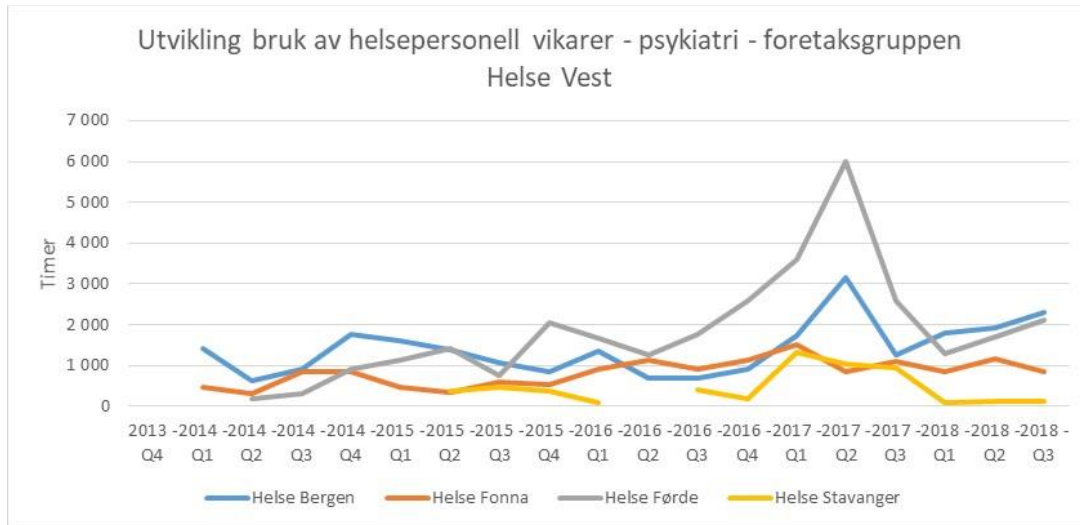


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester).

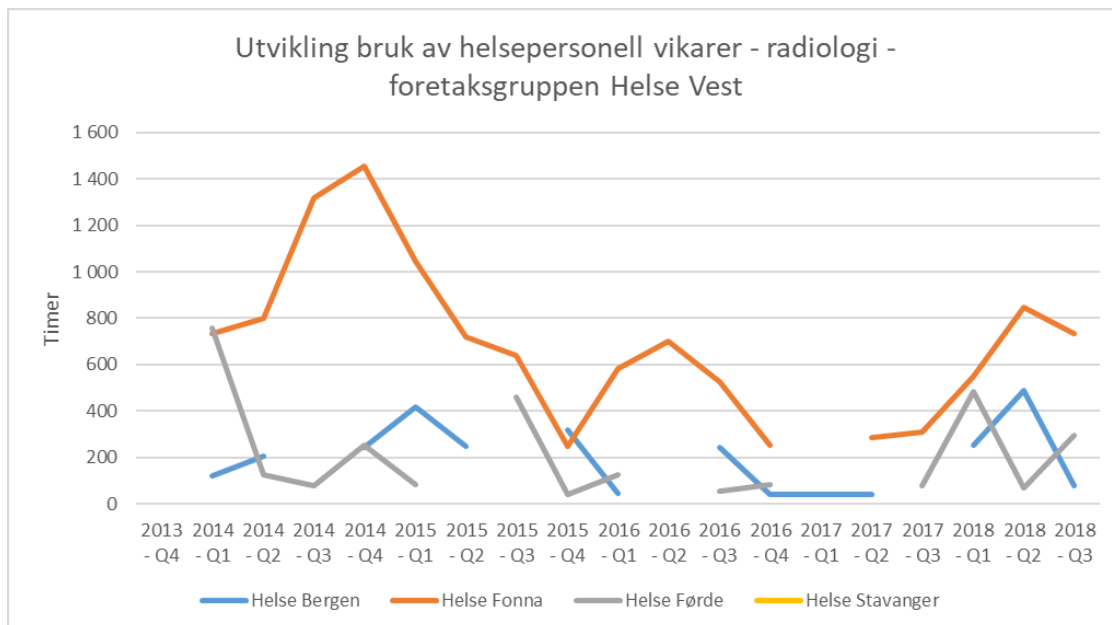


Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor legespesialisttjenester (psykiatri, radiologi og øvrige legespesialisttjenester) fordelt per helseforetak.

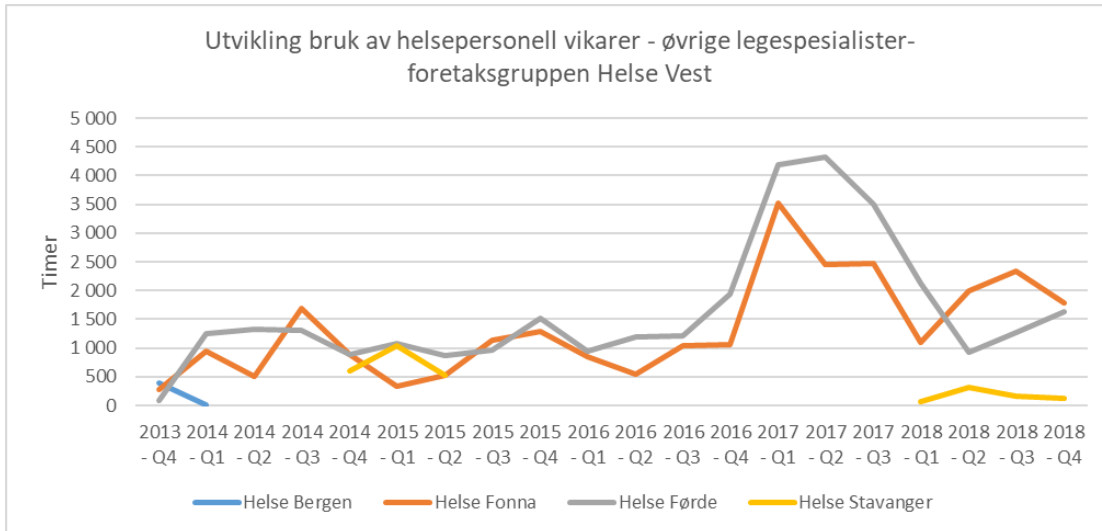
4.4.2.1 Forbruk legespesialisttjenester per fagområde



Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet psykiatri.

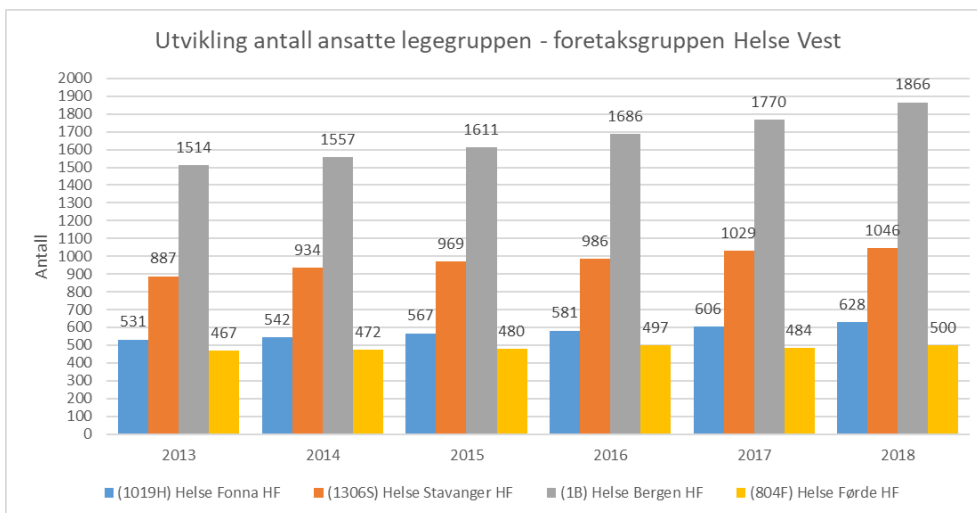


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet radiologi.

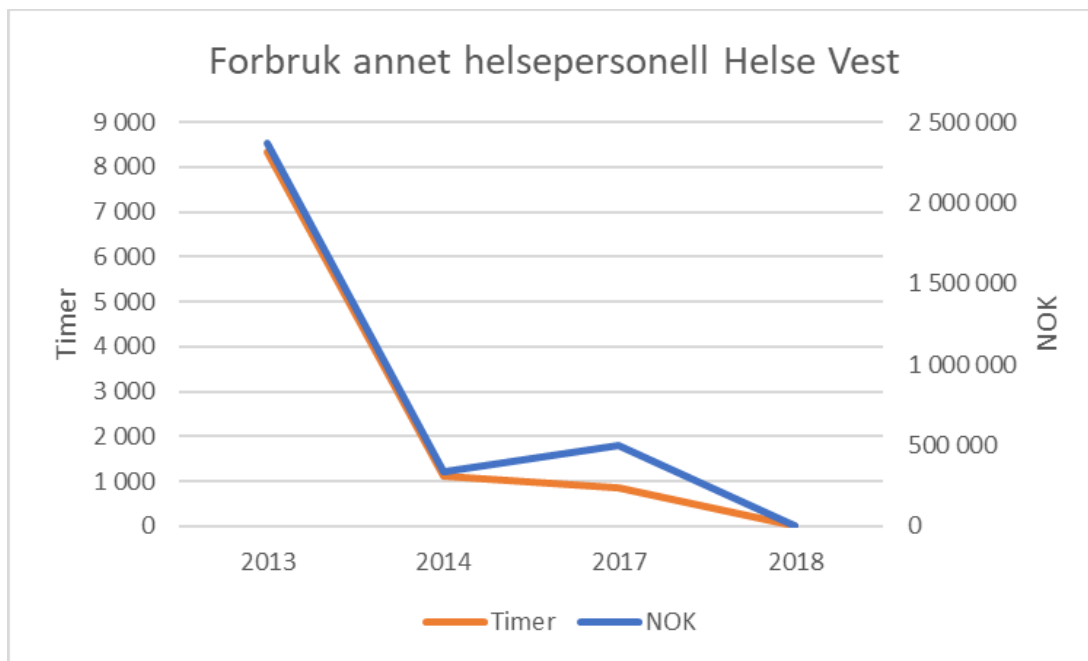


Figuren viser forbruk per helseforetak i timer for fagområdet øvrige legespesialiteter.

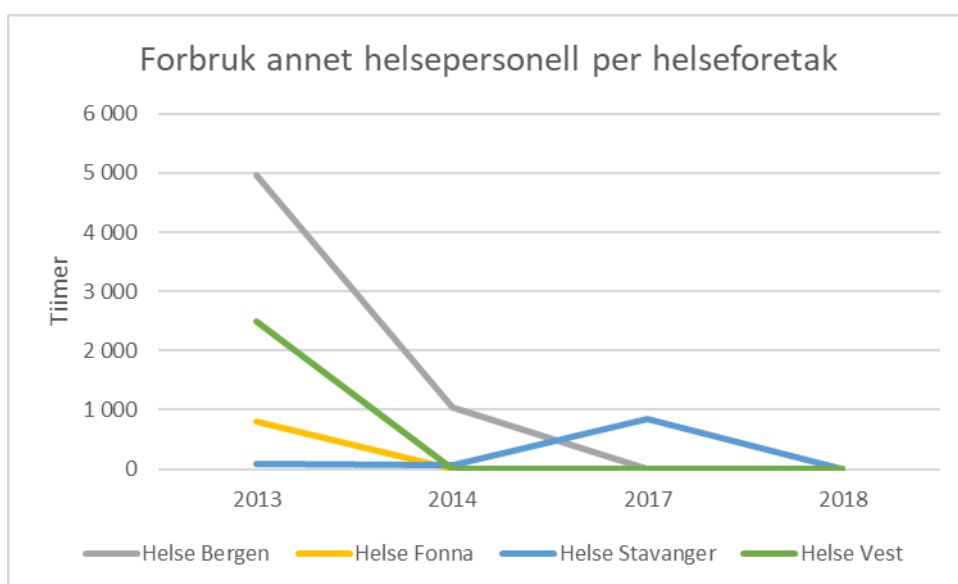
Utvikling av antall ansatte for legespesialiteter – foretaksgruppen Helse Vest



4.4.3 Annet helsepersonell

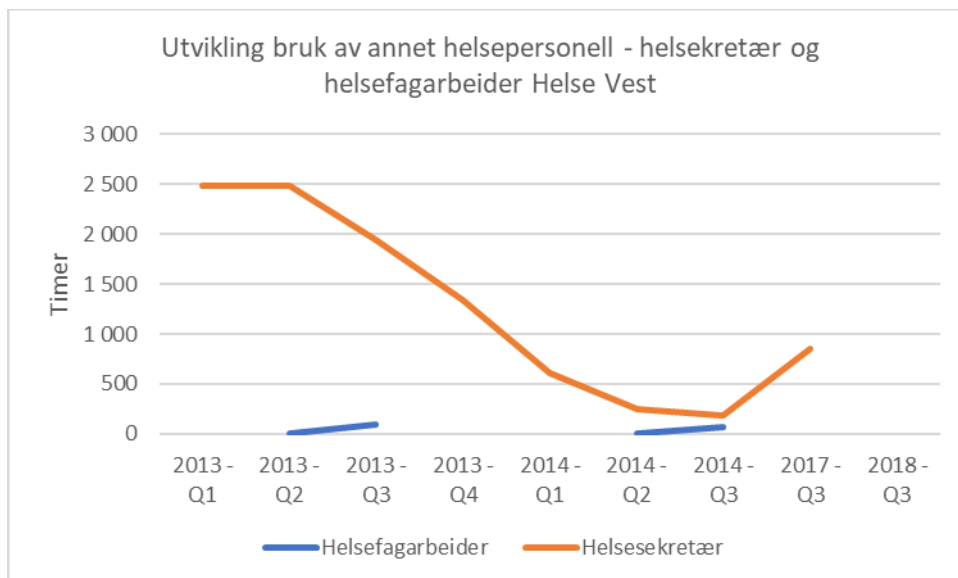


Figuren viser samlet forbruk i Timer og NOK for fagområdene innenfor annet helsepersonell (helsesekretær og helsefagarbeider).



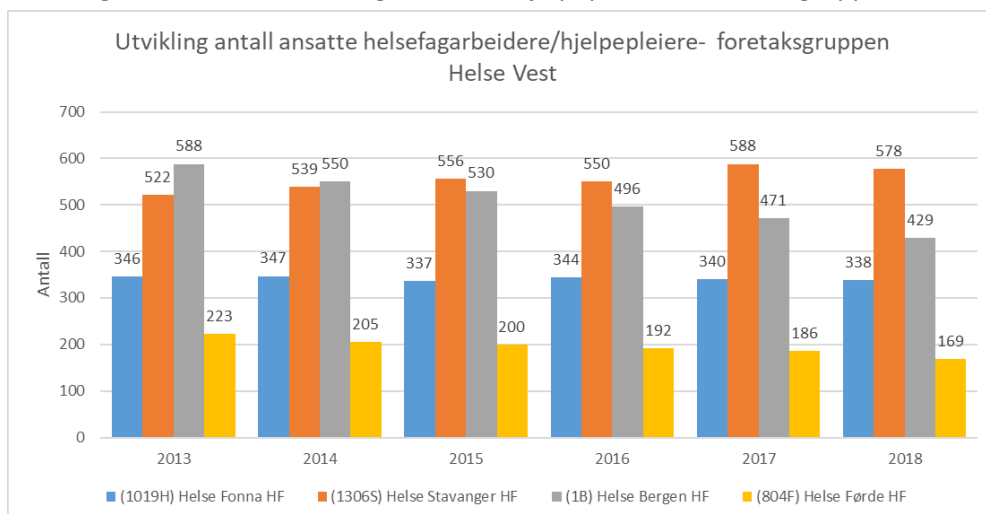
Figuren viser samlet forbruk i Timer for fagområdene innenfor annet helsepersonell (helsesekretær og helsefagarbeider) fordelt per helseforetak.

4.4.3.1 Forbruk annet helsepersonelltjenester per fagområde



Figuren viser forbruk i timer per fagområde samlet for alle helseforetak.

Utvikling antall ansatte helsefagarbeidere/hjelpepleiere – foretaksgruppen Helse Vest



4.4.4 Oppsummering fra Helse Vest:

Helse Vest RHF har i sin styringsdialog med helseforetakene gjennom lang tid lagt til grunn at bruk av innleide helsepersonellvikarer skal reduseres. Viktige tiltak har blant annet vært etablering av egne interne bemanningssentre. I tillegg har inngåelse av rammeavtale for årsplanlegging for store grupper av medarbeidere vært viktige tiltak. Rammeavtaler for årsplaner ble inngått høsten 2012. Disse rammeavtalene la et grunnlag for å utvikle prosesser for å bidra til balanserte arbeidsplaner med mulighet for fleksibilitet for medarbeidere og helseforetakene. Tilsvarende avtale ble inngått mellom Spekter og NSF i 2018.

Vi har sett på tallene for i relasjon til helseforetakenes regnskap:

Foretak	Totalt innleie alle kategorier helsepersonell	Totalt lønnskostnader egne ansatte 2018 *)	Andel innleie kostnad versus lønnskostnader *)
	Bokførte kostnader pr helseforetak i 2018,	Bokførte kostnader pr helseforetak, avrundet i hele tusen	
Helse Stavanger HF	27 987 000	4 614 395 000	0,6 %
Helse Fonna HF	38 680 000	2 264 424 000	1,7 %
Helse Bergen HF	23 321 000	7 865 418 000	0,3 %
Helse Førde HF	26 309 000	1 795 438 000	1,5 %
Totalt	116 297 000	16 539 675 000	0,7 %

Foretak	Totalt innleie alle kategorier helsepersonell	Totalt lønnskostnader egne ansatte 2017 *)	Andel innleie kostnad versus lønnskostnader *)
	Bokførte kostnader pr helseforetak i 2017,	Bokførte kostnader pr helseforetak, avrundet i hele tusen	
Helse Stavanger HF	39 699 000	4 485 275 000	0,9 %
Helse Fonna HF	33 339 000	2 237 877 000	1,5 %
Helse Bergen HF	19 926 000	7 673 706 000	0,3 %
Helse Førde HF	33 412 000	1 779 124 000	1,9 %
Totalt	126 376 000	16 175 982 000	0,8 %

Tabellene over viser en nedgang for Helse Stavanger fra 0,9 til 0,5%, Helse Fonna har en økning fra 1,5 til 1,7%, Helse Bergen har samme nivå de to årene og Helse Førde har redusert fra 1,8 til 1,5%.

Helse Førde og Helse Fonna har små og sårbare fagmiljø og skal opprettholde aktivitet på flere sykehus. Dette gir særlige utfordringer for å sikre bemanningen. De har derfor over tid hatt høyere forbruk av innleid legepersonell.

2012 ble følgende krav satt i styringsdokumentet:

Arbeidsplanlegging

- *Det har gjennom dei siste åra skjedd mykje positivt med omsyn til betre arbeidsplanlegging.*
- *Aktivitetsstyrt arbeidsplanlegging, der alle grupper er ein del av same plan, held fram som eit satsingsområde. Det er eit strategisk satsingsområde å få til betre samarbeidsplanlegging i og mellom dei ulike einingane som også blir sett i samanheng med god oppgåvedeling. I dette arbeidet må ein sikre godt samarbeid med tillitsvalde og verneteneste.*

Helseføretaka skal:

- *Innføre avansert oppgåveplanlegging og samarbeidsplanlegging.*

- *Ta i bruk nye modular i HR systema som blir stilt til disposisjon*

Bruk av konsulentar og innleige

- *Eksterne konsulentar bør bli brukt på områder der det er behov for kompetanse eller kapasitet ut over det som er tilgjengeleg i eigen organisasjon, og for ein tidsavgrensa periode.*

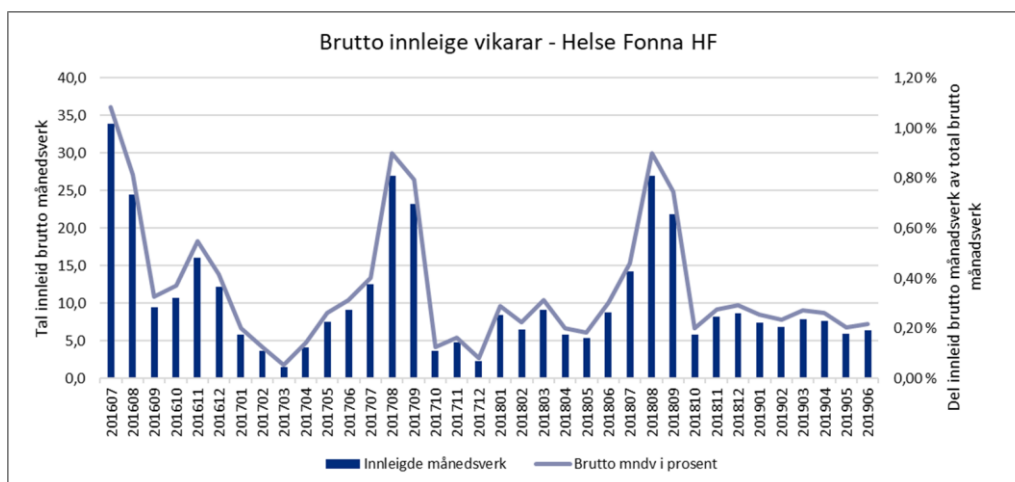
Helseføretaka skal:

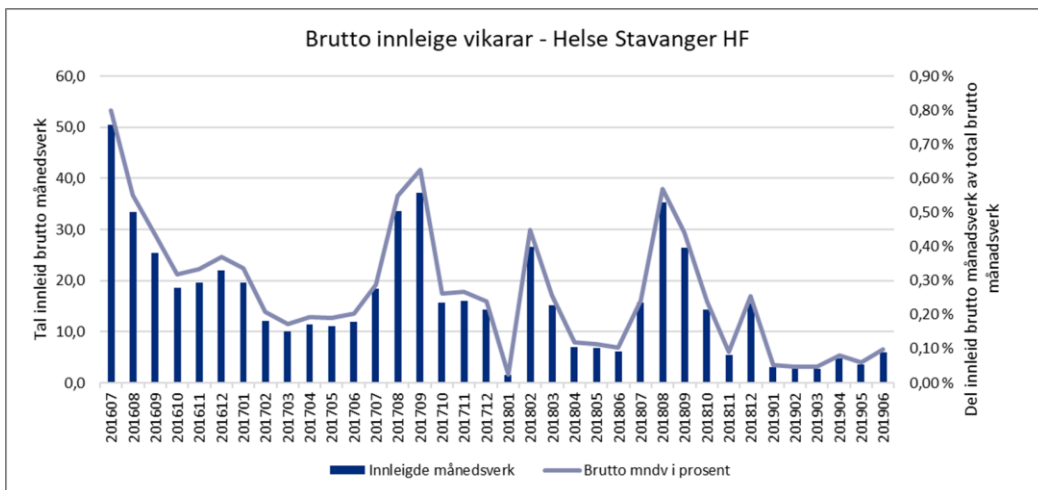
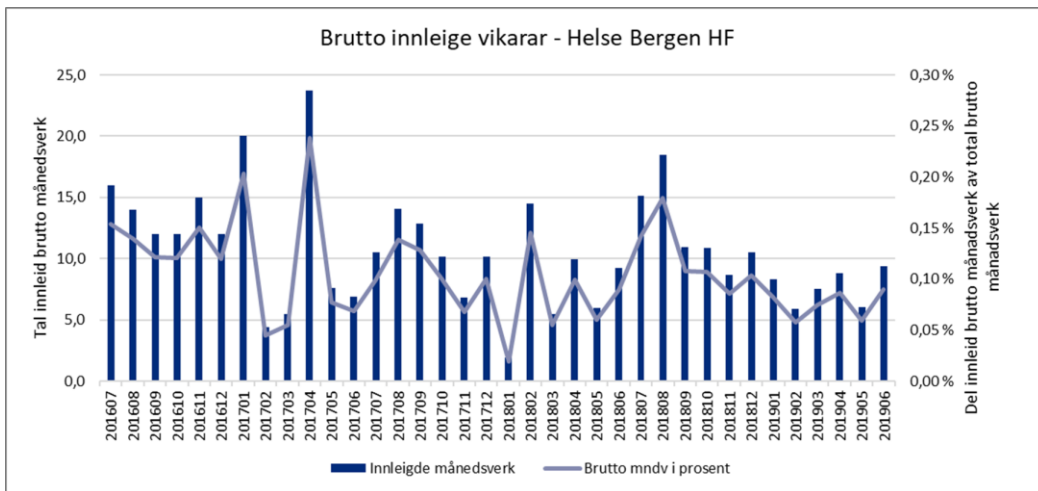
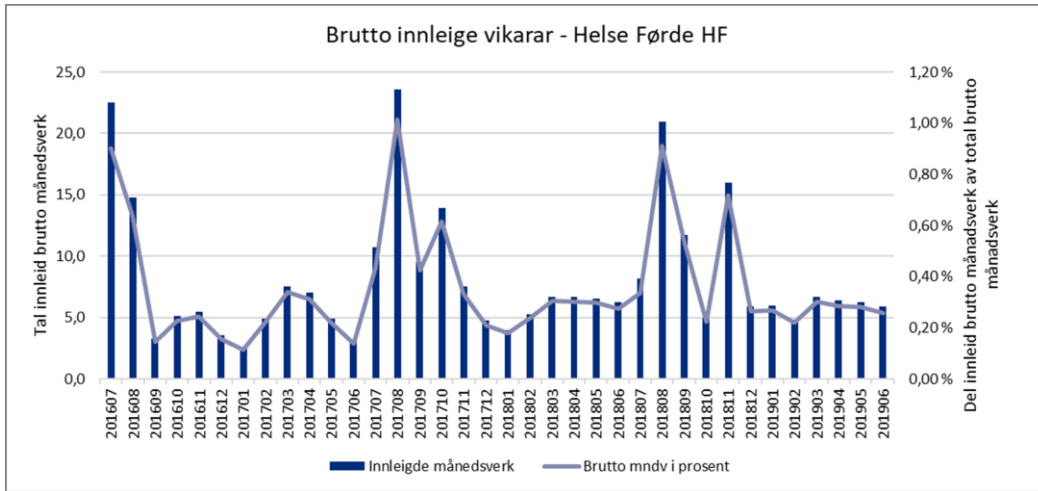
- *Sikre at det er lojalitet til nasjonale avtaler for innleige av helsepersonell, og rapportere månadleg til Helse Vest RHF i tråd med mal frå HINAS.*
- *Bruke Personalportalen ved innleige av helsepersonell og sikra at det er gjennomgåande dokumentasjon av all innleige, at innleidde helsepersonell vikarar blir planlagt og styrt i arbeidsplansystemet.*

Styringsbudskapet fra 2012 er videreført og nye tiltak er kommet til som viktige bidrag for å etablere en heltidskultur, redusere andelen deltid og redusere omfanget av innleie. Det er blant annet krav om planleggingshorisont for bemanning som skal være minst 6-9 måneder. Innføring av ulike tiltak gjennom Alle møter programmet som skal bidra til enhetlig og forutsigbar planlegging av pasientforløp og bruk av ressurser er et viktig bidrag som følges opp på alle nivå i foretaksgruppen Helse Vest.

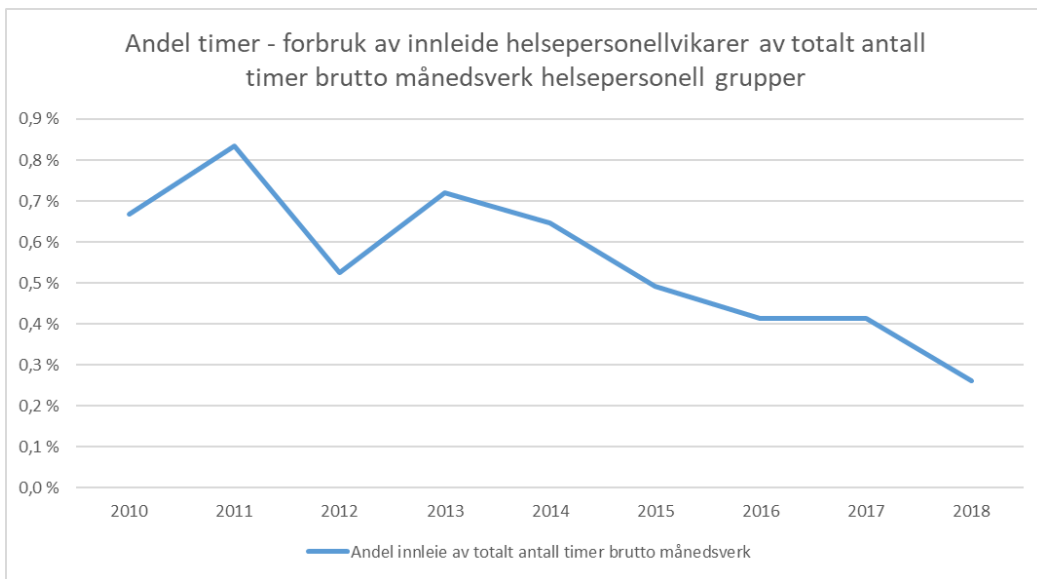
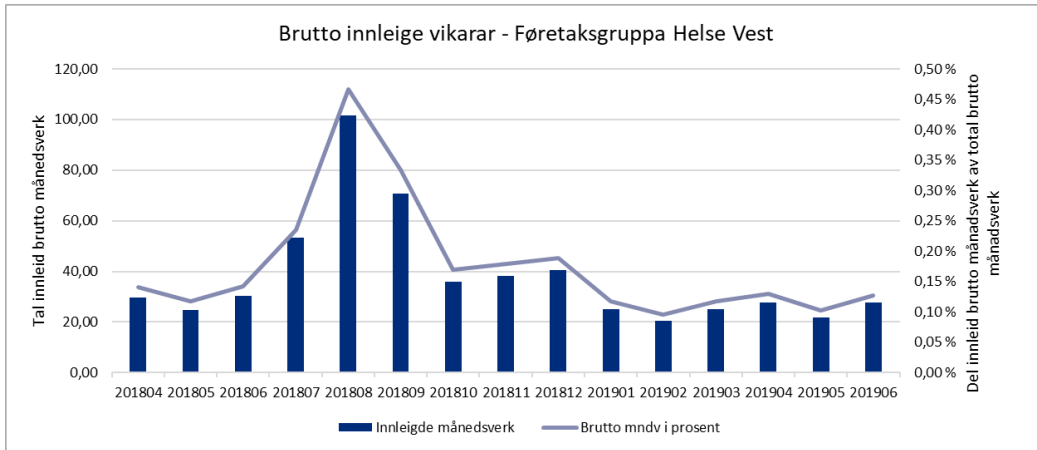
Det er etablert månedlig oppfølging og rapportering for bruk av innleie og sammenligne utviklingen mellom helseforetakene.

Eksempel på rapportering:

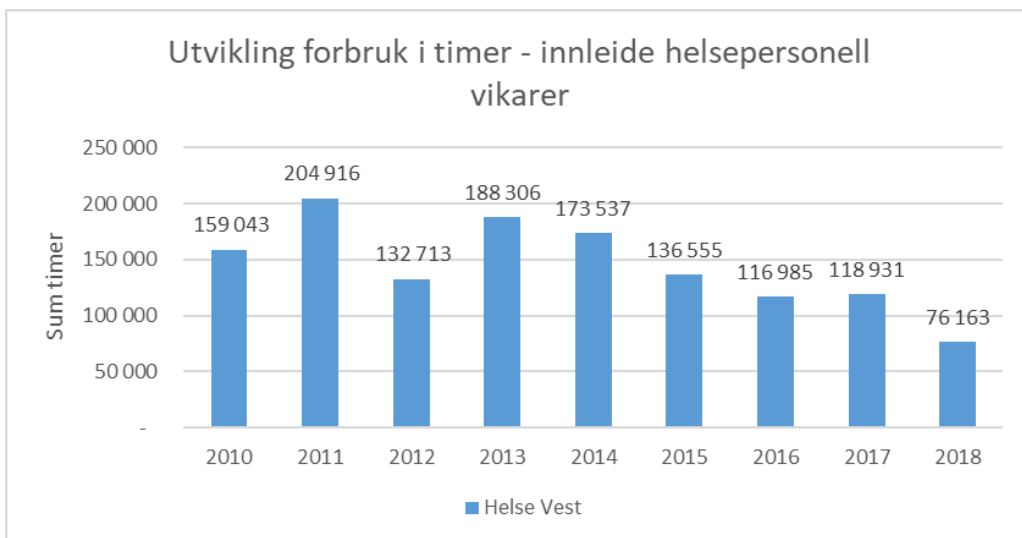


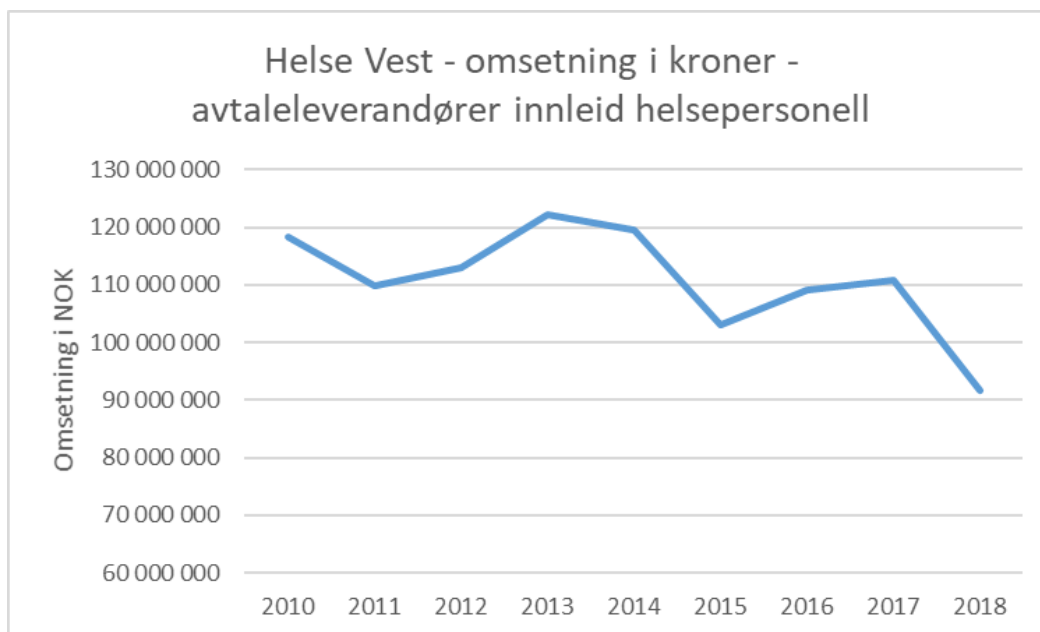


Samlet for foretaksgruppen Helse Vest:



I tråd med statistikk fra Sykehusinnkjøp HF bekreftes denne utviklingen:





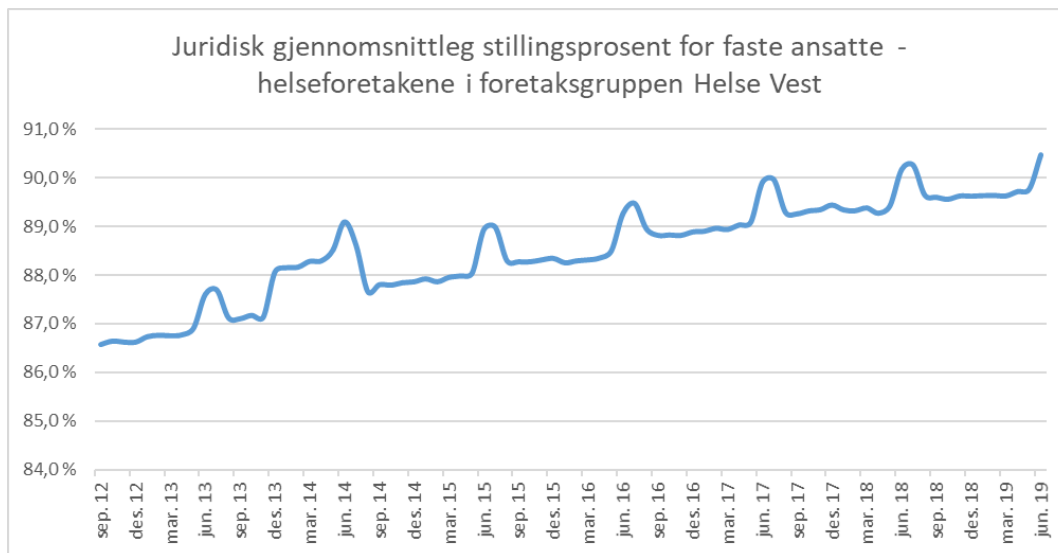
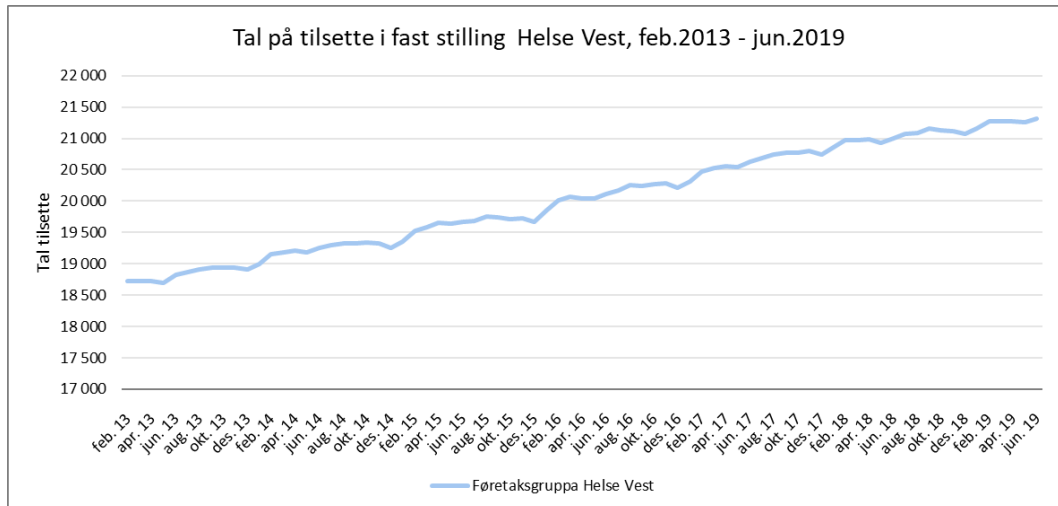
Uavhengig av hvilke grunnlag en velger å måle utvikling i bruk av helsepersonellvikarer i forhold til, er omfanget redusert. Bruken av innleide helsepersonellvikarer brukes i hovedsak i forbindelse med avvikling av ferieperioder for egne medarbeidere eller ved akutt fravær. Helseforetakene forsøker så langt det er mulig å benytte egne vikarer fra interne bemanningssentra, midlertidig ansatte vikarer før en går til innleie. Styrene og ledelsen i helseforetakene og det regionale helseforetaket har over tid fullt utviklingen tett opp.

Ved bruk av årsplaner og avansert oppgaveplanlegging benytter helseforetakene handlingsrommet til mer detaljert planlegging og styring av planlagt fravær. Dette skal bidra til mer forutsigbarhet for medarbeidere og ledere. Det er stilt omfattende analyse- og kunnskapsgrunnlag til disposisjon for foretakene som viktige bidrag i planlegging av aktivitet og bemanning.

Utviklingen i bruk av innleide helsepersonell vikarer støttes også av utviklingen i redusert andel deltid.

Føretak	Totalt antall endringer stillingsstørrelser fra des. 2010 - jun. 2019	Totalt antall fast ansatte medarbeidere som har fått 100 % stilling i samme periode	Totalt antall fast ansatte som har fått høyere stillingsprosent i samme periode
Føretaksgruppa Helse Vest	7 574	5 229	2 345
Helse Stavanger	1 966	1 405	561
Helse Fonna	869	423	446
Helse Bergen	3 766	2 685	1 081
Helse Førde	668	300	368
Sjukehusapoteka Vest	132	86	46
Helse Vest IKT	337	326	11

Tiltak for å redusere deltid skal bidra til å redusere bruk av innleide helsepersonell vikarer. Tabellen over viser at det er gjort betydelige endringer i helseforetakene som ledd i å skape en heltidskultur.



Helseforetakene har også etablert strategier og tiltak for å tiltrekke seg nyutdannede sykepleiere og gjøre det attraktivt for en del å starte sin karriere ved bemanningsentrene.

Tilbud om trainee stillinger for nyutdannede sykepleiere som får anledning til å jobbe ved faste utvalgte enheter bidrar for å øke samspillet mellom avdelinger. For dem som går gjennom trainee program bidrar det til å øke fleksibiliteten mellom avdelinger og skape trygghet for å arbeide ved flere enheter for sykepleierne. Sykepleiestudenter inngår avtale med helseforetakene i tredje studieår om fast stillingsprosent der de forplikter seg til arbeid et avtalt antall helger og del av sommerferien. Dette bidrar også til å øke egen kapasitet og unngå bruk av innleide helsepersonell vikarer.

Helse Stavanger har også tilbud til helsefagarbeidere om å være tilknyttet bemanningsenteret som et av de første helseforetakene i foretaksgruppen Helse Vest.

Månedlig oppfølging og rapportering har over år bidratt til å holde fokus og ikke minst prøve ut ulike tiltak for å redusere bruken av innleid helsepersonell. Vi har i vår oppsummering pekt på noen utvalgte tiltak.

Markedet for helsepersonell gjennom vikarbyrå er redusert år for år og det kan antas at tilgangen på helsepersonell fra bemanningsbyrå vil reduseres ytterligere de kommende årene, og være relativt lite om noen få år. Dette er tydelig kommunisert til helseforetakene som må sørge for at ferieavviklingen blir balansert og tar hensyn til aktivitet og medarbeidere på en best mulig måte. Planlegging og gjennomføring av hovedferien må inndeles slik at det tar hensyn til drift og medarbeideres behov for sammenhengende ferie. Det må særlig vurderes bruk av ulike vaktperioder gjennom sommerferien, for eksempel mellomvakter på enkelte avdelinger. Det er fortsatt noe handlingsrom i tilknytning til ferieavviklingen som kan utløses, men det krever et møysommelig arbeid og tett samarbeid med medarbeidere, tillitsvalgte og ledere.

I arbeidsplansystemet må bruk av innleide helsepersonellvikarer begrunnes på lik linje som bruk av variable timer for egne medarbeidere.

For andre tiltak som også skal virke for å redusere bruk av innleid helsepersonell kan nevnes:

- Planlegging av overlegepermisjoner og utdanningspermisjoner
- Aktivt og så tidlig som mulig planlegge for foreldrepermisjoner
- Redusere sykefraværet
- Forstå og nytte kunnskapsgrunnlag som viser totalt fravær, ikke bare sykefravær og ferie. Ledere skal håndtere planlagt fravær i tråd med rettigheter i lov og avtaleverk. Å bygge dialog mellom medarbeidere og ledere som setter leder i posisjon til å planlegge for disse er viktig. Langsiktig planlegging på kontinuerlig 6-9 måneders horisonter er avgjørende for å lykkes.
- Planlegging av kurs og annen opplæring må også planlegges med tilstrekkelig planleggingshorisont.
- Det gjelder også planlegging av fravær for LIS leger som må oppnå læringsmål ved annet helseforetak.
- Helseforetakene skal minst en gang per år drøfte bruken av innleie og bruk av vikarer ihht til AML og tariffavtaler. I disse drøftingene er det viktig at foretakene har gode kunnskapsgrunnlag som underlag for drøftingene.
- Tillitsvalgte og vernetjenesten må sammen med ledelsen bidra til å finne tiltak som kan bidra til å redusere bruken av innleie. Det være seg organisering og gjennomføring av ferie, kontinuitetsplanlegging og framskriving/analyse av aktivitet gjennom året.

Noen eksempler på bruk av kunnskapsgrunnlag somviktige bidrag til bedre planlegging og bruk av ressursene:

Samskapt Planlegging

Et verktøy for planlegging av pasientaktivitet og bemanning på sengeposter i Helse Vest. Rapporten baserer seg på historiske data fra DIPS og Gat, samt RESH-strukturen på lokasjonsnivå. RESH-strukturen på lokasjonsnivå forteller hvor pasienten er plassert, og hvordan ressursplanen er på dette stedet.

Helseforetak

Alle ▼

Klinikk

Alle ▼

Post

Alle ▼



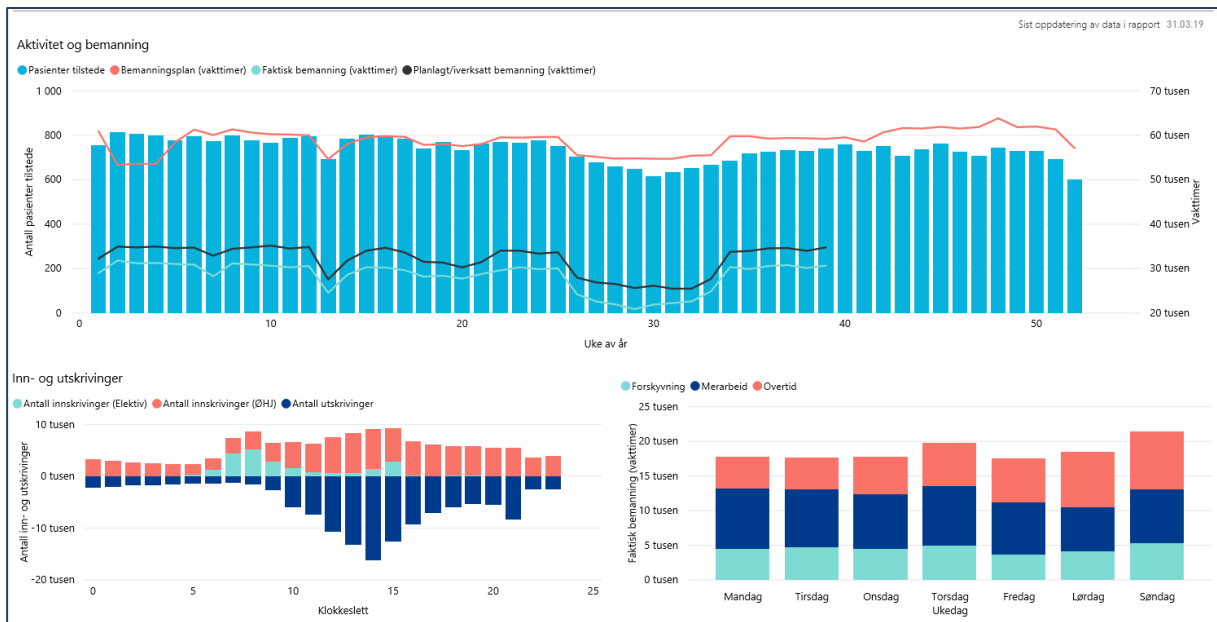
Historiske tall pasienter & bemanning sengepost

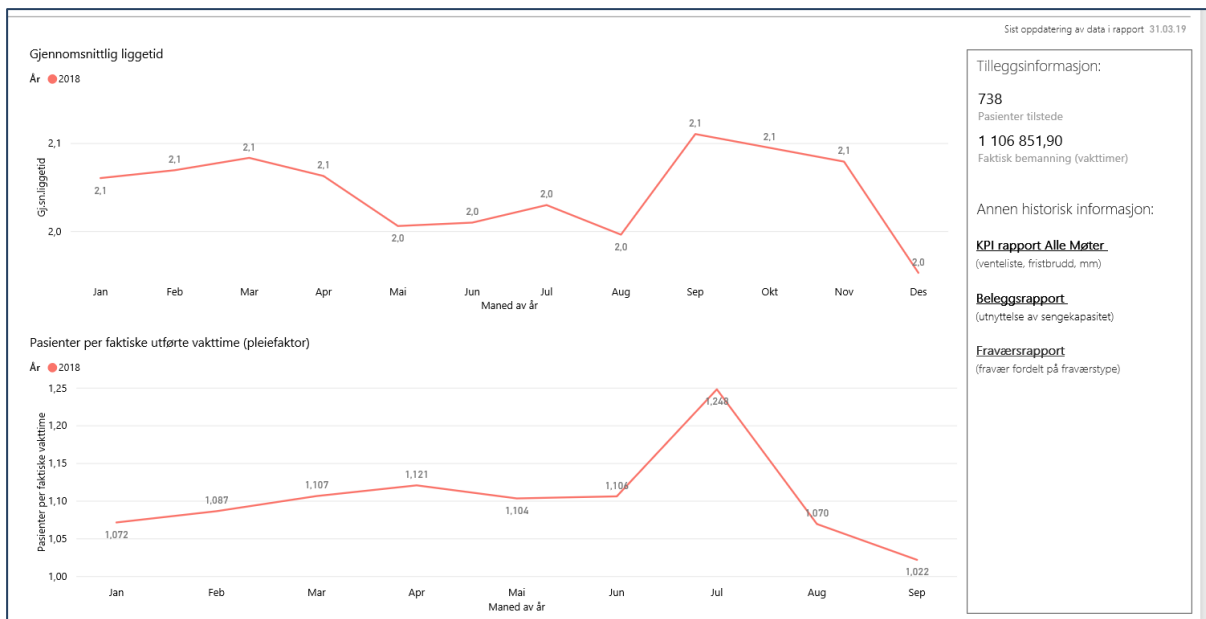


Forslag til fremtidig bemannings- og aktivitetsplan



Begreper og definisjoner brukt i rapporten





Sist oppdatering av data i rapport: 01.07.19

Periode 1 (hovedperiode)

Uke av år

(Flere valg) ▼

Faktisk brukte vakter

Ukedag	Aften/kveld	Bakvakt	Dag	Dagtid/ADM
Mandag	68,09	99,63	13,28	
Tirsdag	56,11	104,64	17,04	
Onsdag	52,13	109,85	17,69	
Torsdag	51,62	0,88	98,06	14,75
Freitag	46,63		95,26	16,00
Lørdag	38,85		47,11	0,60
Søndag	49,07		43,23	0,58

Pasienter tilstede per ukedag og klokke

Ukedag	3	7	11	15	19	23
Mandag	726	744	803	772	751	761
Tirsdag	775	790	837	793	768	778
Onsdag	787	804	848	798	768	772
Torsdag	782	796	836	784	760	766
Freitag	777	788	817	740	697	694
Lørdag	703	711	710	662	661	675
Søndag	688	698	700	670	681	719

Periode 2 (fridager)

Fridager

(Flere valg) ▼

Faktisk brukte vakter

Ukedag	Aften/kveld	Dag	Hjemmevakt	Natt
Søndag	65,24	53,08	0,70	70,82
Freitag	114,05	60,30	0,96	69,72
Mandag	69,13	54,33	0,95	49,12
Torsdag	99,59	57,29	0,74	73,91
Tirsdag	114,28	65,58		76,77

Pasienter tilstede per ukedag og klokke

Ukedag	3	7	11	15	19	23
Mandag	660	673	684	663	682	724
Tirsdag	606	614	630	597	608	631
Onsdag	556	566	583	587	611	637
Torsdag	727	739	728	681	680	709
Freitag	670	685	684	646	651	660
Søndag	660	668	677	640	647	664

Periode 3 (ferie)

Uke av år

26 33

Faktisk brukte vakter

Ukedag	Aften/kveld	Bakvakt	Dag	Dagtid/ADM
Mandag	46,57		72,24	12,61
Tirsdag	70,37		72,87	13,42
Onsdag	62,14		74,52	13,75
Torsdag	60,30		70,61	10,83
Freitag	70,21	0,92	69,84	11,28
Lørdag	60,41		39,77	
Søndag	65,28		38,55	

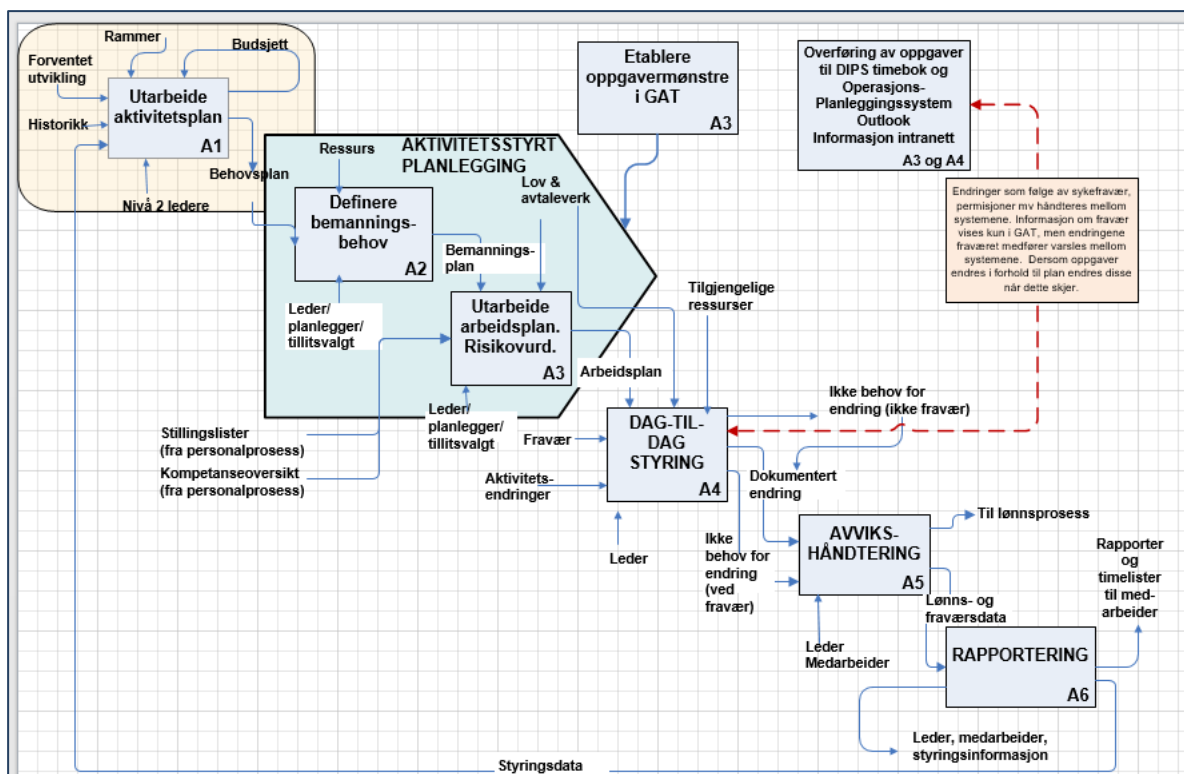
Pasienter tilstede per ukedag og klokke

Ukedag	3	7	11	15	19	23
Mandag	660	676	719	695	681	687
Tirsdag	698	707	738	693	676	685
Onsdag	696	709	736	691	667	677
Torsdag	688	700	717	663	642	650
Freitag	660	671	684	630	602	603
Lørdag	611	620	615	573	571	583
Søndag	595	606	610	585	596	632

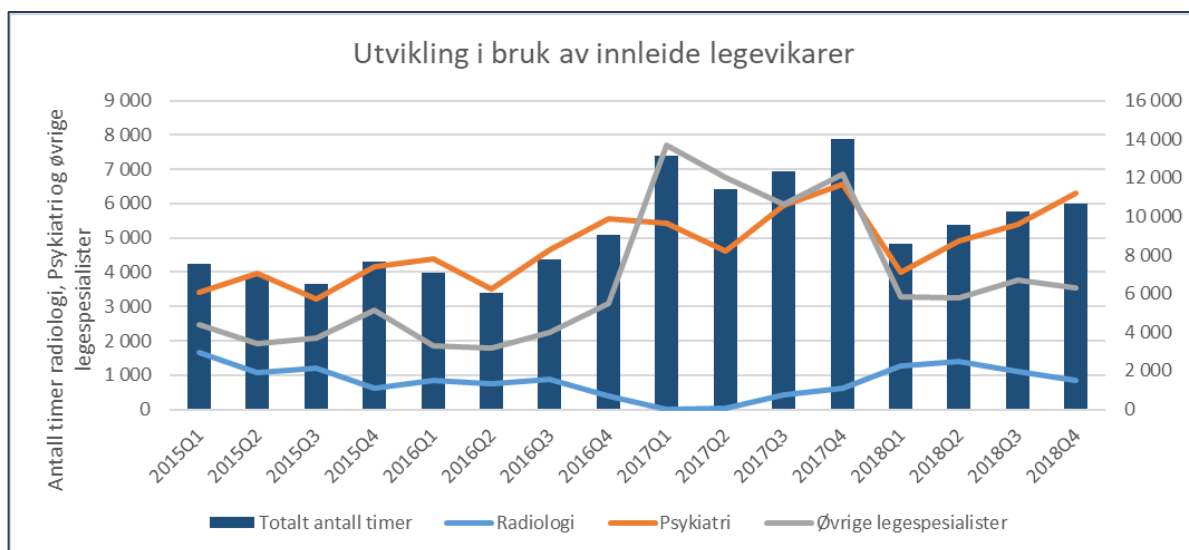
Ukedag	Aften/kveld	Bakvakt	Dag	Dagtid/ADM	Fri	Hjemmevakt	Natt
Mandag	68,09		99,63	13,28		0,59	40,71
Tirsdag	56,11		104,64	17,04		0,77	45,82
Onsdag	52,13		109,85	17,69		0,76	35,80
Torsdag	51,62	0,88	98,06	14,75		0,80	34,93
Freitag	46,63		95,26	16,00	0,91	0,55	35,02
Lørdag	38,85		47,11	0,60		0,57	65,55
Søndag	49,07		43,23	0,58	0,96	0,78	57,58

Ukedag	Aften/kveld	Bakvakt	Dag	Dagtid/ADM	Hjemmevakt	Natt
Mandag	46,57		72,24	12,61	0,93	53,62
Tirsdag	70,37		72,87	13,42	1,03	62,63
Onsdag	62,14		74,52	13,75	0,77	56,84
Torsdag	60,30		70,61	10,83	0,51	56,38
Freitag	70,21	0,92	69,84	11,28	0,60	52,77
Lørdag	60,41		39,77		0,65	53,81
Søndag	65,28		38,55		0,97	55,72

Det er etablert felles regionale beskrivelser for etablering av arbeidsplaner og avansert oppgaveplanlegging. Dette er krevende prosesser som er omtalt i styringsdialogen med helseforetakene over flere år. Organisasjonsutvikling krever tiltak som må få virke over tid, det krever betydelig lederskap og medarbeiderskap. Det er fortsatt et betydelig arbeid som gjenstår, men for de enheter dette har fått virke, viser det tydelige resultater, enten det er for pleiegruppene eller for legene.



For legegruppen har det over svært mange år vært lite forbruk av innleide legespesialister.

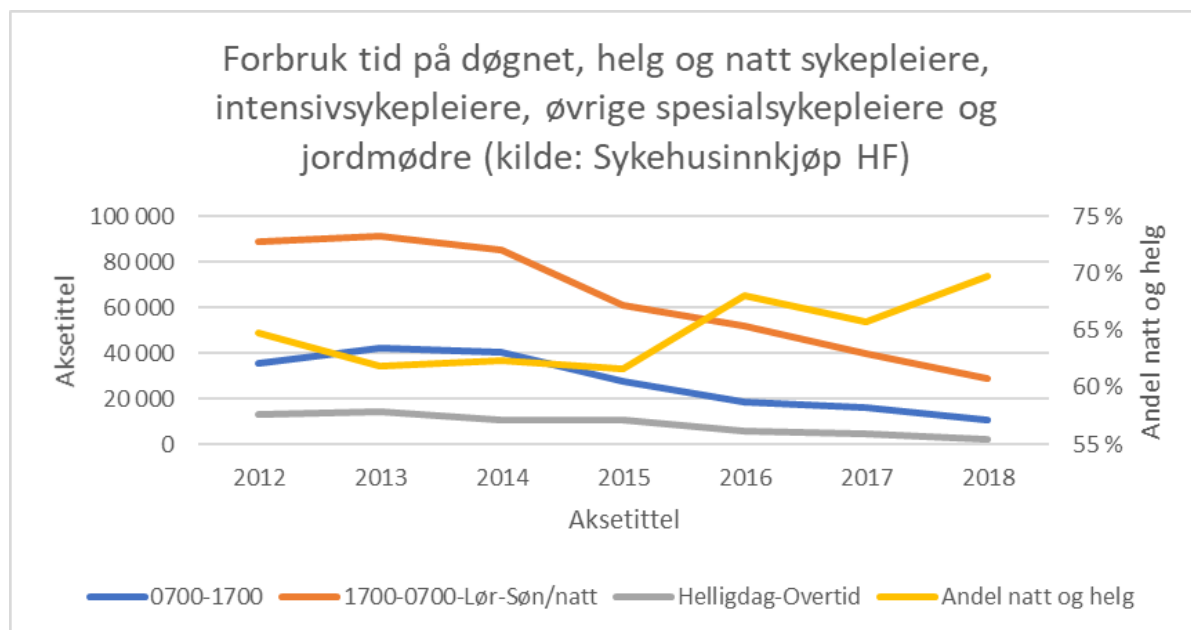


I en periode på noen år var det særlig behov innen barne- og ungdomspsykiatri i enkelte av helseforetakene. Selv om det ennå er det området som har hatt et relativt stabilt nivå ser en likevel at utdanning av egne barne- og ungdomspsykiatere bidrar positivt.

Innen psykisk helsevern for voksne har det tiltatt med utfordringer for enkelte av helseforetakene. For øvrig er behovet for bruk av innleide legevikarer spredt på mange spesialiteter.

Helse Vest vil fortsatt følge utviklingen sammen med helseforetakene. I tillegg er det viktig å redusere deltiden ytterligere, sikre bruk av metodikk for arbeidsplanlegging for alle grupper, nytte kunnskapsgrunnlag som kan bidra til mer samskapt planlegging mellom aktivitet og ressursbruk.

I hovedsak blir innleide helsepersonellvikarer benyttet til natt og helgearbeid for sykepleiere/spesialsykepleiere og jordmødre og knyttet til hovedferieperioder viser det tydelig utfordringsbildet med å få til helg og nattarbeid uten å ty til innleide vikarer. Det er viktig å fokusere på hvilke strategier og tiltak som kan motvirke dette.



Ønsket deltid må over tid avvikles, (med unntak av rettigheter i lov og avtaleverk). Arbeidet med å nytte framskriving av behov ved bruk av regional bemanningsmodell vil styrkes i løpet av 2019. Dette sammen med strategier for å sikre tilstrekkelig antall studieplasser innen helse- og sosialfag, rett utdanningsnivå for videreutdanning av spesialsykepleiere, rett dimensjonering av legespesialiststillinger og god gjennomføring av legespesialistutdanning i foretaksgruppen, inkludere studenter i deres hovedpraksisperioder innen helse- og sosialfaglige utdanninger på nye måter som del av et helhetlig og inkludert utdanningsløp. Alle disse tiltakene er en del av Helse2035. Helse Vest vil høsten 2019 tildele Utdanningspris for å anerkjenne utdanning i helseforetakene.

Formålet med prisen er blant annet:

Formålet med Helse Vests Utdanningspris er å sette fokus på den svært viktige rollen utdanning spiller for helseforetakene, og gi oppmerksomhet til et tiltak som på særlig godt vis fremhever dette. Tiltaket som premieres må enkeltvis eller i samhandling heve og fremme det faglige nivået på utdanning av helsepersonell i regionen. Utdanning må bidra til fremtidens behov i helseforetakene, og i fellesskap løse utfordringene vi står overfor. Helse Vest ønsker derfor gjennom Utdanningsprisen å fremme tiltak som bidrar til å oppnå denne visjonen.

Selv om etablering av Utdanningspris ikke direkte vil ha innflytelse på bruk av innleide helsepersonellvikarer, skal det bidra til fremtidens behov i helseforetakene støttes av innhold, utdanningskapasitet og gjennomføring av utdanning i helseforetakene.

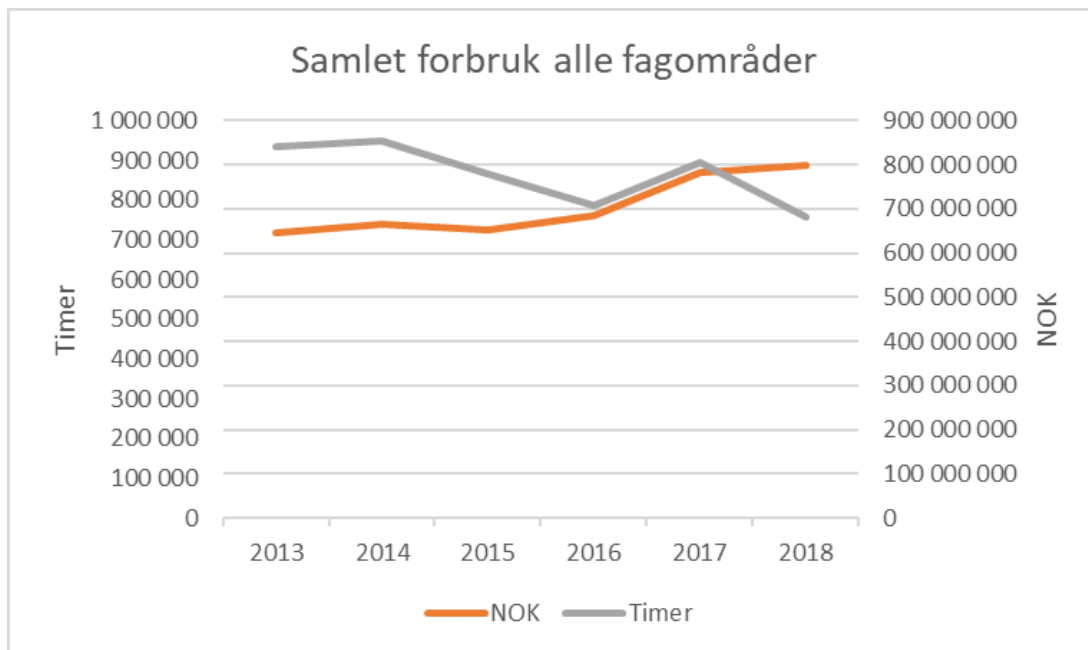
Vi tror de enhetene som bidrar til å forbedre sin del av utdanningen også vil rekruttere og beholde medarbeidere over tid. Det er således et av svært mange tiltak for å beholde og rekruttere tilstrekkelig og rett antall medarbeidere i fremtiden.

Helse Vest legger til grunn at bemanningen i sykehusene ikke kan basere seg på innleie av helsepersonell for dekning av hovedferier og at volumet må ytterligere ned. Vi tror heller ikke det vil være en særlig kapasitet å «spille på» når en ser noen år fremover i tid. Det er derfor viktig å redusere bruken møysommelig og godt i tiden som kommer.

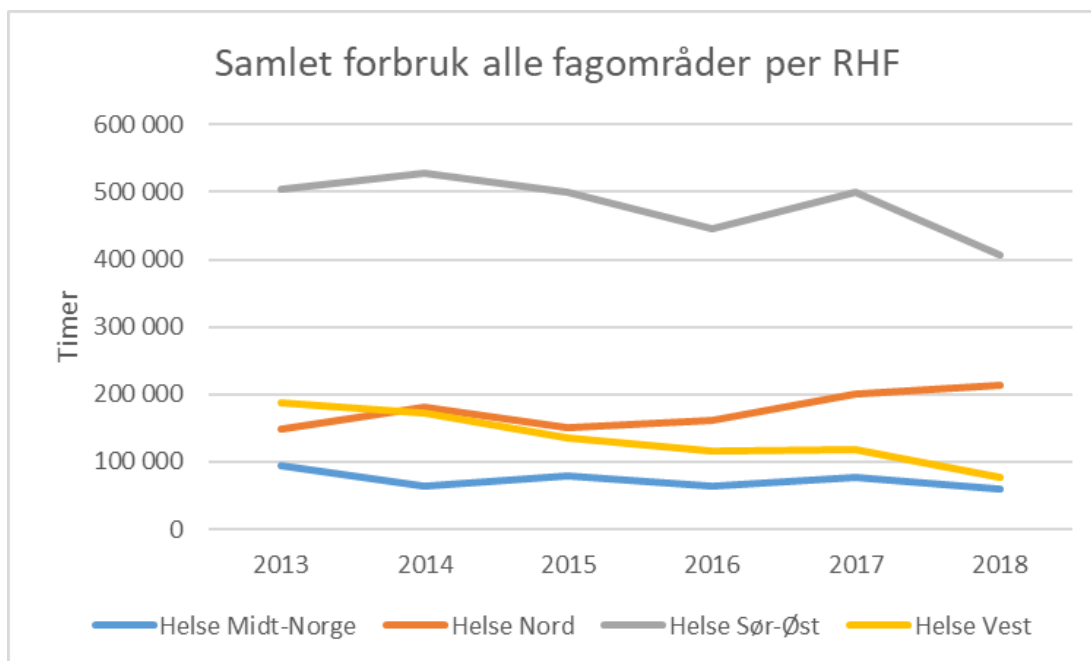
5. Samlet statistikk – alle regioner

Utvikling i bruk av timer – innleide helsepersonell vikarer. Selv om antall timer i regionene samlet sett bare går noe ned, må dette sammenholdes med en økning i antall egne ansatte.

Regionene bør komme med tall ansatte for hver av årene som vi kan legge inn i en graf som viser samlet utvikling. Andelen bruk av innleide helsepersonellvikarer utgjør om lag 0,4% til 0,8% av alle vakter i helseforetakene. Forbruk av helsepersonellvikarer er høyest i ferie- og hellig-høytidsperioder. Det kan også være behov for å øke kapasiteten for enkelte fagområder.



Figuren er basert på leverandørstatistikk og viser samlet forbruk i timer og NOK for alle fagområder innenfor vikartjenester helsepersonell (sykepleiertjenester, legespesialisttjenester og annet helsepersonell tjenester).



Figuren viser forbruk i timer samlet for alle fagområder (sykepleiertjenester, legespesialisttjenester og annet helsepersoneltjenester per regionale helseforetak).

6. Vedlegg:

- Rapport preaudit
- Rammeavtale Vikartjenester – Sykepleier
- Revisjonsrapporter