



Konsernrevisjonen

Rapport 6/2024-2

Operativ planlegging og budsjettering

Oslo universitetssykehus HF

7. mars 2025



Innhold

1. Innledning	3
Bakgrunn	3
Formål	3
Tilnærming	3
Metode	4
Omfang og avgrensninger	4
Revisjonsgrunnlag	4
2. Konklusjoner	5
En mer helhetlig og dynamisk plan- og budsjettprosess er nødvendig for beste ressursallokering	
• Varierende praksis og systematikk i planlegging av aktivitet og bemanning	6
• Budsjettet er i liten grad basert på systematisk innsikt om driften	7
• Bedre virksomhetsstyring vil styrke plan- og budsjettprosessen	9
3. Anbefalinger	12
Vedlegg 1 – Revisjons- og kriteriegrunnlag	13
Vedlegg 2 – Revisjonskriterier	14

1. Innledning

Bakgrunn

Flere helseforetak i Helse Sør-Øst har de siste to årene hatt lavere aktivitet enn budsjettet, lengre ventetider og høyere bemanning enn forutsatt. Styrene i helseforetakene har uttrykt behov for mer kunnskap om hvordan disse utfordringene kan håndteres. For å gi innsikt vil konsernrevisjonen undersøke praksis for operativ planlegging og årlig budsjettering i tre helseforetak.¹ Resultatene fra revisjonene vil bli sammenholdt med praksis i andre foretak i regionen, og en felles rapport vil bli utarbeidet til foretaksgruppen.

Denne revisjonsrapporten belyser praksis for planlegging og budsjettering ved Oslo universitetssykehus HF (OUS). Som vist i figur 1 har OUS i økonomisk langtidsplan (ØLP) for 2024 besluttet å budsjettere med noe lavere



Figur 1: Endring i budsjetterte årsresultater i OUS ØLP fra 2023 til 2028. Kilde: OUS

¹ Operativ planlegging refererer her til planleggingen og styringen av aktiviteter og ressurser for ulike tidsperioder og ledernivåer i klinikkene.

årsresultater enn i ØLP for 2023 for perioden 2024-2026, og en økning i årsresultatene fra 2027. Dette skyldes behovet for omstilling med tiltak og forbedringer for å etablere en faglig og økonomisk bærekraftig drift. Det er planlagt å rette opp ubalansen etter omstillingsperioden for å sikre midler for fremtidige investeringer.

Formål

Ifølge oppdrags- og bestillingsdokumentet skal foretaket ha en effektiv bruk av budsjettmidlene slik at de kommer pasientene til gode, og resultatkrav skal nås gjennom god drift og riktig bruk av ressurser. Planlegging og budsjettering av aktiviteter og ressurser er en sentral del av økonomi- og virksomhetsstyringen. Budsjettet gir et tallmessig uttrykk for de planene og tiltakene ledelsen vil gjennomføre for å nå virksomhetens mål.

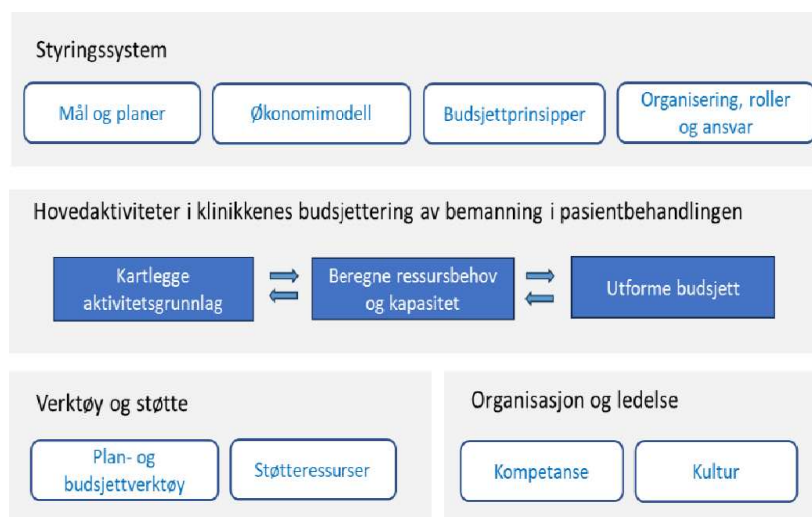
Formålet med revisjonen har vært å undersøke om operativ planlegging og budsjettering på ulike nivåer i helseforetaket legger til rette for en hensiktsmessig prioritering og styring av ressurser, for å kunne tilby god pasientbehandling, innenfor foretakets tildelte budsjettramme. Følgende problemstillinger er definert for å kunne svare på formålet med revisjonen:

- Hvilke overordnede rammer og føringer for planlegging og årlig budsjettering er etablert for klinikkene i foretaket?
- Utarbeider klinikkene hensiktsmessige planer for aktivitet og bemanning som grunnlag for god kvalitet og effektiv drift?
- På hvilken måte sørger klinikkene for at budsjettet er avstemt mot forventet aktivitet og nødvendig bemanning for å opprettholde tjenestekvaliteten og overholde budsjettrammene?

Tilnærming

For å svare på problemstillingene har vi undersøkt noen utvalgte elementer knyttet til plan- og budsjettprosessen (se figur 2). Vi har fokusert på tre

sentrale hovedaktiviteter i klinikkens budsjettering av bemanning i pasientbehandlingen: kartlegging av aktivitetsgrunnlaget², beregning av ressursbehov og kapasitet, samt utforming av budsjettet. Disse prosessene henger tett sammen og påvirker hverandre. I tillegg har vi sett på komponenter i styringssystemet, samt verktøy og støtte, og forhold knyttet til organisasjon og ledelse.



Figur 2: Ulike forhold som undersøkes i revisjonen

Ved å analysere disse elementene ønsker vi å få innsikt i hvordan helseforetaket kan forbedre sin plan- og budsjettprosess for å oppnå en mer hensiktsmessig ressursallokering og bedre økonomiske resultater.

Metode

Revisjonen er gjennomført ved å analysere relevante data og dokumenter,

² Aktivitetsgrunnlag knyttet til pasientbehandling: Omfatter informasjon om antall pasienter, typer behandlinger som utføres, varighet av behandlinger, og nødvendige ressurser som personell og utstyr.

gjennomføre intervjuer med nøkkelpersoner og evaluere verktøy og prosesser for planlegging og budsjettering.

Omfang og avgrensninger

Revisjonen har vurdert hvordan foretaket planlegger og budsjetterer, både generelt i helseforetaket og mer spesifikt i to av 15 klinikker, Hjerter- og karklinikken og Medisinsk klinikk. Klinikene er valgt ut på grunn av stor bemanning og omfattende pasientbehandling. Vi har hatt samtaler med viseadministrerende direktør, klinikkledere, avdelingsledere og seksjonsledere, samt ledere og ansatte i Stab Virksomhetsstyring og lokale staber (HR, fag og økonomi) for de utvalgte klinikkene, og Oslo sykehuservice.

Hensikten med revisjonen har vært å skape et overordnet bilde av plan- og budsjettprosessen i klinikker og avdelinger i OUS. Gjennom samtaler har vi fått opplyst at de utvalgte klinikkene gir et representativt bilde av hvordan operativ planlegging og budsjettering fungerer ved OUS, og fått innspill fra sentrale ledere som kjenner praksis i de ulike klinikkene i foretaket.

Revisjonen har tatt utgangspunkt i sist fullførte plan- og budsjettprosess, fra start til endelig vedtatt 2025-budsjett. Vi har ikke undersøkt den løpende økonomistyring, med oppfølging av budsjettet, eller den langsiktige strategiske planleggingen. Vi har rettet vår oppmerksomhet på budsjettering av bemanningsressurser i klinikkene, som utgjør størstedelen av kostnadene. Vi har avgrenset oss fra å gå nærmere inn på budsjettering av midler til forskning, utdanning, utstyr, legemidler, infrastruktur eller investeringer.

Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget inkluderer relevante lover og forskrifter, rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst, samt god praksis for plan- og budsjettstyring i staten. God praksis i staten gir veiledning for plan- og budsjettarbeidet i spesialisthelsetjenesten. Revisjons- og kriteriegrunnlag og revisjonskriteriene er vist i vedlegg 1 og 2. I det følgende kapittelet vil vi presentere våre konklusjoner basert på de identifiserte utfordringene og behovene for en forbedret plan- og budsjettprosess.

2. Konklusjoner

En mer helhetlig og dynamisk plan- og budsjettprosess er nødvendig for beste ressursallokering

Oslo universitetssykehus HF har de siste årene hatt betydelige utfordringer med for høy bemanning, for lav aktivitet og for lange ventetider i forhold til budsjettet. Samtidig har det vært positive utviklingstrekk ved utgangen av 2024, med reduserte ventetider, økt aktivitet og et estimert positivt budsjettavvik. Likevel er det fortsatt en underliggende ubalanse i driften, og helseforetaket understreker at omstillingsarbeidet må fortsette med full styrke.

Revisjonen viser at budsjettet hovedsakelig bygges opp basert på tidligere års budsjetter, men med større tilpasninger ved særskilte endringer. Det er imidlertid stor variasjon i hvordan aktivitetsgrunnlag og bemanningsbehov analyseres og benyttes i plan- og budsjettarbeidet, både innenfor og mellom klinikkene.

Denne variasjonen reduserer muligheten for innsikt i hvor godt enhetene anvender tilgjengelig personellressurser. Dette innebærer risiko for ineffektiv ressursbruk, økte kostnader, redusert forutsigbarhet for pasienter og ansatte, økte ventetider og redusert kvalitet på helsetjenestene. Manglende innsikt i sammenhengene mellom aktivitet, bemanning og ressursbehov reduserer også budsjettets verdi som styringsverktøy for riktige prioriteringer. Det blir vanskelig for ledere å få sikker kunnskap om ressursforbruket er medisinsk begrunnet eller skyldes ineffektiv drift.

Samlet konkluderer vi med at dagens utfordringsbilde krever en mer helhetlig og dynamisk plan- og budsjettprosess. Dette er nødvendig for å oppnå en best mulig ressursallokering. Prosessen bør i større grad bygge på innsikt i de viktigste faktorene som påvirker ressursbruken. Standardisering av analyser og tilgang til pålitelige data vil legge grunnlaget for bedre beslutninger og en mer effektiv ressursallokering. Dette vil bidra til at styringsgrunnlaget blir mer realistisk, samt skape eierskap og motivasjon blant ledere og ansatte.

Vi vurderer det som positivt at helseforetaket er kjent med flere av disse utfordringene, og har planlagt og igangsatt flere overordnede tiltak som vil kunne imøtekomme utfordringene med å forbedre driften. Vi vurderer også at foretakets arbeid med å forbedre virksomhetsstyringen er et viktig tiltak som vil legge premisser for å styrke plan- og budsjettprosessen.

Vi bygger konklusjonen ovenfor på følgende tre delkonklusjoner:

Varierende praksis og systematikk i planlegging av aktivitet og bemanning

Ulik praksis og manglende systematikk i planlegging av aktivitet og bemanning innebærer risiko for ineffektiv ressursbruk. Dette skyldes manglende opplæring, varierende kompetanse og tilrettelegging for ledere, samt ulik forståelse av lederansvaret. En standardisert tilnærming til aktivitetsplanlegging kan gi bedre oversikt og kontroll, og bidra til at bemanningen kan planlegges og brukes mer hensiktsmessig.

Budsjettet er i liten grad basert på systematisk innsikt om driften

Budsjettene på de ulike nivåene i klinikkene er i liten grad basert på den innsikten som kan oppnås gjennom systematiske analyser av planlagt aktivitet og nødvendig bemanning. Dette innebærer risiko for at budsjettene ikke er tilpasset faktiske behov, noe som reduserer budsjettets verdi som styringsverktøy. Bedre sammenstilling av aktivitets-, bemannings- og budsjettall kan gi en mer dynamisk budsjettprosess.

Bedre virksomhetsstyring vil styrke plan- og budsjettprosessen

Foretaket har et pågående arbeid med å utvikle virksomhetsstyringen. Dette inkluderer å klargjøre linjeledernes ansvar og innføre et felles målekort, noe som er viktig for å nå fastsatte mål og sette rammer for plan- og budsjettprosessen. Samtidig vil en mer dynamisk plan- og budsjettprosess støtte opp under utviklingen av virksomhetsstyringen.

Nedenfor utdyper vi de tre delkonklusjonene.

Varierende praksis og systematikk i planlegging av aktivitet og bemanning

Ressursstyring omfatter de aktivitetene som sikrer at helseforetaket til enhver tid har nødvendige ressurser tilgjengelig og at de brukes på en effektiv og forsvarlig måte for å oppnå helseforetakets mål. En sentral del av ressursstyringen er bemanningsplanlegging.

Observasjoner

Variabel bruk av planer og ressursstyringsverktøyet Gat

OUS har retningslinjer for ressursstyring. Disse stiller krav til at det skal utarbeides arbeids- og bemanningsplaner som skal ligge i Gat. Disse skal baseres på en aktivitetsplan. Det er imidlertid stor variasjon mellom klinikker, avdelinger og seksjoner når det gjelder om planer faktisk utarbeides, hva grunnlaget bygger på og hvilke metoder og verktøy som brukes. Dette bekreftes også fra ledernes svar i Ledelsens gjennomgang (LGG) 2024. For eksempel varierer det i hvilken grad arbeidstiden planlegges for å dekke behovene som fremkommer i en bemanningsplan, samt i hvor stor grad ledere tar eierskap til dette arbeidet. Bruken av Gat er særlig lav blant legegruppen.

Variasjonen har flere årsaker

Det er flere årsaker til den fragmenterte Gat-bruken. OUS mangler tydelige føringer og felles forståelse for hva aktivitets- og bemanningsplaner skal inneholde, baseres på og hvordan de eventuelt skal registreres i Gat. Det vises til at høy brukerterskel i Gat, samt ofte flere involverte med ulik kompetanse, kan svekke kvaliteten og helheten i arbeidet. Det påpekes et behov for å avklare ansvar og oppgaver, samt å etablere tydeligere føringer for å knytte aktivitets- og bemanningsplaner sammen.

Strukturen for Gat-støtte varierer mellom klinikkene. Ved OUS er det igangsatt et arbeid for å etablere dedikerte støtteroller. Ny lederopplæring skal legge vekt på bemanningsplanlegging.

Mangel på oversikt og analyser av ressursutnyttelse

I samtaler nevnes behovet for å forenkle og tydeliggjøre hvilken styringsinformasjon som skal benyttes ved planlegging, oppfølging og evaluering av ressursstyringen. OUS har etablert et Ledelses- og informasjonssystem (LIS) som kobler ulike styringsdata, men flere ønsker et

dashboard som synliggjør styringsinformasjon fra Gat knyttet til bemanningsplanlegging og ressursstyring. Det påpekes at dagens analysemiljø dekker generelle økonomiske forhold, men i mindre grad analyser som kan understøtte et arbeid med aktivitetsbasert bemannings- og arbeidstidsplanlegging.

Eksempler på gode erfaringer og utfordringer

Det finnes eksempler på god praksis med bruk av aktivitets- og bemanningsplaner i enkelte klinikker. Bruken av rapporter fra Gat og egne regneark hvor de planlegger bemanningen har vist seg effektiv for å optimalisere driften. En klinikk har analysert beleggprosent og pleiefaktor/bemanningsnormer over tid, noe som har ført til økt bevissthet om hvilke endringer og effekter som er mulige å oppnå. Det nevnes at rapportene og analysene var en «game changer» som førte til mer fleksibel bruk av pleieressurser, som blant annet reduserte kostnader til overtid og innleie.

Mange av de intervjuede påpeker at det i for liten grad gjøres vurderinger av om grunnbemanningen er tilpasset aktivitetsgrunnlaget og pasientforløpene. Det vises til konkrete eksempler på ulik arbeidsbelastning i avdelinger, noe som skyldes at bemanningen over tid ikke har blitt tilpasset utvikling og behov. En klinikk planlegger derfor å foreta analyser for å se om grunnbemanningen er tilpasset aktivitetsgrunnlaget.

I tillegg til tiltak i klinikkene er det iverksatt tiltak på sentralt nivå i helseforetaket, med påvirkning på enhetens drift. Blant annet er det igangsatt et sengepostprosjekt som analyserer beleggprosenten for å gjennomføre tiltak for å utnytte bemanningskapasiteten bedre. Dette arbeidet har gitt enkelte positive effekter, men det er fortsatt et stort potensial for ytterligere effekter. Det vises til at endringsprosessene krever tålmodighet, god innsikt og en stegvis tilnærming på grunn av historiske og kulturelle forhold ved organiseringen og etablerte praksiser.

Det er en felles forståelse hos sentrale ledere av behovet for et bedre system for å belyse ressursutnyttelsen i og mellom klinikkene, noe som gjør at de i dag ikke har et godt beslutningsgrunnlag for overordnede prioriteringer.

Utfordringene er allerede godt kjent og identifisert i OUS

I et prosjekt i 2022 beskrev helseforetaket mange av de samme utfordringene ved bemanningsplanlegging og ressursstyring som revisjonen tar opp. Etter en konseptfase i prosjektet ble det i 2023 utarbeidet et

prosjektmandat for å utarbeide overordnede føringer for bemanningsplanlegging og ressursstyring, inkludert prosess for aktivitetsstyrt bemanningsplan som del av budsjettprosessen. Prosjektet ble ikke videreført i porteføljen, men er nå reetablert som et linjeprojekt forankret i HR. Ledelsens veikart for OUS 2.0 viser at bemanningsplaner og bruk av Gat for alt behandlingspersonell skal være på plass innen 2027. Tiltaket er en del av driftsoptimaliseringen i helseforetaket, og inngår både som en forutsetning for utrulling av Kontrolltårnet for operasjonsvirksomheten og kommende Gat/DIPS-integrasjon. Denne integrasjonen skal sikre at informasjon om bemanning og pasientbehandling er konsistent og tilgjengelig i sanntid.³

Vurderinger

Revisjonen viser gode eksempler på aktivitets- og behandlingsplaner for enkelte ansattgrupper, samt bruk av rapporter for å analysere driften. Den varierende og uensartede praksisen i enhetene kan imidlertid føre til ineffektiv drift, økte kostnader og redusert forutsigbarhet for ansatte og pasienter. Dette kan også resultere i økte ventetider og redusert kvalitet på helsetjenestene, siden ressursene ikke alltid er tilgjengelige når og hvor de trengs mest.

Den fragmenterte tilnærmingen til bemanningsplanlegging og ressursstyring i og mellom klinikkene skaper betydelige utfordringer for OUS. Manglende systematikk og store forskjeller i planlegging og registrering i Gat indikerer behov for ensartede og tydelige føringer. Dette inkluderer klare retningslinjer for innhold, grunnlag for - og registrering av planer, som kan redusere variasjonen og sikre en mer ensartet tilnærming.

Det er viktig å legge til rette for hensiktsmessig styringsinformasjon fra GAT og andre kilder ved planlegging og oppfølging i klinikkene. En felles struktur på styringsinformasjonen vil gi et likt grunnlag for å identifisere og beslutte tiltak for optimalisering. Dette krever tydeliggjøring av ledernes ansvar og oppgaver, tydelige føringer, opplæring i lov og avtaleverk og i verktøy som Gat, samt koordinering av støtteressurser på tvers av helseforetaket. Tett lederoppfølging vil være viktig for å sikre en riktig og felles forståelse.

³ Integreringen av GAT og DIPS-systemene betyr at data fra vaktplanlegging (Gat) og pasientadministrasjon (DIPS) kan deles og synkroniseres automatisk.

God innsikt i pasientgrunnlag og -forløp er nødvendig for å utarbeide hensiktsmessige aktivitets- og bemanningsplaner. Aktivitetsgrunnlaget bør være dimensjonerende for det estimerte ressursbehovet. Uten grundige analyser av dagens - og fremtidig behov, og ved å planlegge med utgangspunkt i tilgjengelige ressurser og tidligere aktivitet, blir det utfordrende å identifisere eventuell under- eller overkapasitet i enhetene. Disse manglene kan føre til at driften styres mer på tilgjengelig kapasitet enn reelt aktivitetsbehov, noe som reduserer planenes verdi som styringsverktøy.

Uten jevnlig analyse av aktivitetsgrunnlag og ressursbehov blir det utfordrende å vurdere effektiviteten i driften. God praksis innebærer at det gjøres analyser og estimering av aktivitetsgrunnlag og ressursbehov, inkludert:

- Aktivitetsnivå (f.eks. liggedøgn, konsultasjoner og operasjoner)
- Sesongvariasjoner
- Endringer i faglig praksis og variasjon i behandlingen
- Endringer i egenskaper ved pasientpopulasjonen
- Definerings av bemanningsnormer (f.eks. pleiefaktor)
- Endringer i bruken av interne ressurser (f.eks. ny oppgavedeling)

Denne typen tilnærming står beskrevet i helseforetakets egne retningslinjer for ressursstyring.

Budsjettet er i liten grad basert på systematisk innsikt om driften

En helhetlig bemanningsplanlegging og ressursutnyttelse må ta høyde for variasjon i aktivitet over tid. For å sikre at budsjettet tilpasses de faktiske behovene, må de bygges på systematiske analyser av planlagt aktivitet og nødvendig bemanning.

Observasjoner

Krav og føringer for budsjettprosessen er mangelfulle

Plan- og budsjettsskriv for budsjettåret 2025 beskriver rammene og utfordringsbildet i tråd med etablerte budsjettprinsipper. Nytt for året var

standard budsjettmaler for tallgrunnlag og tiltakspakker, som skulle sikre en enhetlig tilnærming og praksis for budsjettering på riktig nivå. Budsjett-skrivene for 2025 gir ikke konkrete føringer for hvordan operativ planlegging skal ses i sammenheng med budsjettprosessen. Dette resulterer i at budsjettene i mindre grad er basert på aktivitets- og ressursanalyser.

Tidligere års budsjett er et viktig utgangspunkt for budsjetteringen

Helseforetaket baserer sitt budsjett på forventede tildelinger og inntekter, samt foregående års budsjettall. I tillegg hensyntas planlagte strukturelle endringer med konsekvenser for aktivitetsnivå og innsatsfaktorer på makronivå. For å nå det budsjetterte årsresultatet for 2025, er det estimert et behov for tiltak som samlet realiserer effekter på 1,1 milliarder kroner. I 2025-budsjettet er det ikke noen budsjettbuffer på overordnet nivå i OUS. Budsjettansvaret er tydelig lagt til linjelederne, og eventuelle avvik må dekkes gjennom nye tiltak i den enkelte klinikk eller felles tiltak på tvers av klinikkene.

Foreløpige planleggingsrammer for 2025 ble sendt klinikkene i slutten av mai 2024. Klinikkene og stabene fikk i siste budsjettskriv et «oppdatert generelt effektiviseringskrav» i 2025 på 1,9 prosent fra 2024-budsjettet.

Tiltak er definert for å sikre budsjettbalanse

Tiltakene i klinikkene skal følges opp gjennom prognoser og tiltakskort, og omhandler i stor grad reduksjon i personalkostnader, økning av inntekter og reduksjon av andre driftskostnader.

For å oppnå ønskede effekter inneværende år og senere år, har foretaket også etablert flerårige prosjekter på overordnet nivå som inngår i porteføljen. Dette inkluderer forbedring av logistikk, operasjons- og sengepostdrift, revisjon av vaktordninger og beredskap, samt identifisering av aktiviteter som kan nedprioriteres. I tillegg vil det bli lagt vekt på digitalisering og automatisering av administrative prosesser for å øke effektiviteten og redusere manuelle oppgaver. Foretaket vil også arbeide med å forbedre pasientflyten og redusere ventetider gjennom bedre koordinering og ressursutnyttelse.

Aktivitets- og ressursanalyser brukes i liten grad som utgangspunkt for budsjetter

Flere peker på at årets budsjettprosess har hatt positive elementer, som felles maler og tiltakspakker. Samtidig er det ulike forventninger til

involvering og grad av sentral støtte i prosessen i linjen i klinikken. Flere tar opp at det mangler et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for dagens budsjetter-rammer, særlig knyttet til bemanning og varekostnader. Flere ønsker at plan- og budsjettprosessen i klinikkene skal starte tidligere og hvor det gjøres analyser av aktivitet og bemanning som grunnlag for budsjettet.

«Flate kutt» og tilleggsbevilgninger bidrar til å redusere insentivene for bedre ressursutnyttelse

Flere påpeker at et likt prosentvis effektiviseringskrav kan gi urimelige utslag, da enkelte enheter allerede har tatt ut mye av sitt effektiviseringspotensial, mens andre ikke har gjort dette. I et intervju nevnes det at slike flate kutt kan føre til adferd der enheter ikke synliggjør hele sitt potensial, og i stedet kjemper for å beholde ressursene man har. I tillegg påpekes det at det har vært en kultur i foretaket for å tenke at tilleggsbevilgninger vil «redde foretaket» når økonomiske utfordringer oppstår. Dette har over tid redusert tilliten til budsjettprosessen og motivasjonen for å arbeide med å sikre mest mulig hensiktsmessig bruk av ressurser. Flere uttrykker at det bør innføres sterkere insentiver for å oppnå dette. En av lederne påpekte i den sammenheng:

Ingen ledere vil ødelegge sitt renommé som den første som tar initiativ til å effektivisere, da er man ferdig som leder.

Det har ikke vært en praksis i helseforetaket for å allokere ressurser mellom og innad klinikkene. Flere påpeker at det bør klargjøres hvilke forutsetninger som skal ligge til grunn for realistiske budsjetter, og dette bør avstemmes i kvalitetssikringen av budsjettene.

Uklarheter i ansvarsforhold og roller

Mange ulike føringer og prosesser knyttet til planlegging og budsjettering gjør at flere ledere opplever det som vanskelig å orientere seg. Det har variert om alle ledernivåene i klinikkene har tatt helhetlig eierskap til plan- og budsjettprosessen, hvor f.eks. ansvaret for fag, økonomi og personell i en enhet har vært tredelt. Det vises til behov for økt helhetlig eierskap hos lederne i hele styringslinjen. En med god innsikt i dette arbeidet uttrykte det slik:

Lederne må i større grad eie både aktivitet, bemanning og budsjett. Det er utrolig at dette ikke er en selvfølge. Dette er den viktigste jobben til lederne.

Flere intervjuede påpeker at ledere, behandlings- og stabspersonell har variabel kompetanse og forståelse for aktivitets- og bemanningsplanenes betydning for arbeidet med å oppnå effektiv drift og realistisk budsjettering. Det bemerkes at enkelte ledere oppnår gode resultater til tross for systemets begrensninger, snarere enn på grunn av det.

Støtten fra de sentrale stabsenheter (HR, økonomi og fag) har ikke vært tilstrekkelig koordinert internt og mot de lokale stabene i klinikkene. Helseforetaket har igangsatt et organisasjonsendringsprosjekt for å tydeliggjøre ansvaret og rollene til linjeledere og stabsressursene. En teamorganisering i økonomi- og virksomhetsstyring er introdusert for å bidra til koordinert støtte til linjen og redusere ressursårbarhet i støttefunksjonen.

Vurderinger

Plan- og budsjettskrivingene for 2025 har videreutviklet prosessen fra tidligere år gjennom å gi tydeligere krav og innføring av standarder for utforming og rapportering. Imidlertid er det en svakhet at det i skrivingene ikke fremgår at budsjettene skal utarbeides med tilhørende aktivitets- og ressursanalyser for å gi et mer komplett bilde av ressursbruken. For stor vekt på «historisk budsjettering» vil være utilstrekkelig når det i helseforetakene skjer kontinuerlige endringer i pasientgrunnlag, behandlingsformer, nye teknologier eller andre rammebetingelser. Denne dynamikken krever at budsjettene i større grad tar hensyn til endringer som påvirker aktivitet og grunnlaget for bemanningen i og mellom klinikkene.

For å få innsikt i driften er det viktig at klinikkene gjør systematiske analyser av planlagt aktivitet og nødvendig bemanning, og tilrettelegger for å sammenstille denne typer analyser med budsjettall for å gi en mer realistisk budsjettering. Mangelen på gode analyser som beslutningsgrunnlag kan føre til ineffektiv bruk av ressurser og økte kostnader. Det kan også gjøre det utfordrende å tilpasse budsjettet til faktiske behov, og hindre helseforetaket

i å reagere raskt på endringer og tilpasse driften etter nye krav og utfordringer.

For å oppnå en mer hensiktsmessig og effektiv budsjettprosess, er det avgjørende at klinikkene har tilgang til standardiserte analyser av god kvalitet. Dette vil legge grunnlaget for bedre beslutninger og en mer formålstjenlig ressursallokering. Dette vil igjen bidra til å styrke helseforetakets økonomiske situasjon, og hindre «manipulasjon av ressurser» for kortsiktige fordeler.

Manglende standardisering kan skjule årsaker til merforbruk og ineffektiv drift, og svekke budsjettets verdi som styringsverktøy. Dette gjør det også vanskelig for ledere å identifisere om høyt ressursforbruk er medisinsk begrunnet eller skyldes ineffektiv drift. Dette kan føre til skjevheter i ressursfordelingen hvor noen får tildelt for lite og andre for mye budsjettmidler. En slik praksis kan forsterkes over år, og for noen gi akkumulerte ubalanser som også må håndteres i kommende budsjettår.

For å møte økonomiske utfordringer og sikre hensiktsmessig ressursallokering basert på behov, er det nødvendig å utvikle en mer helhetlig og dynamisk plan- og budsjettprosess i klinikkene. Denne prosessen bør kombinere en klar strategisk retning og helhetlig innramming av prosessen med en strukturert innsikt fra alle nivåer i organisasjonen, basert på bedre forståelse av de viktigste faktorene som påvirker ressursforbruket. En slik kombinasjonsprosess, med både «top-down» og «bottom-up»-prosesser, vil bidra til en mer realistisk styring, samt skape eierskap og motivasjon blant ledere og øvrige ansatte. Dette arbeidet må også ses opp mot de mer overgripende tiltakene som inngår i porteføljen og gevinstene dette skal gi.

Bedre virksomhetsstyring vil styrke plan- og budsjettprosessen

God virksomhetsstyring gir en strukturert tilnærming til planlegging, styring og oppfølging av ressurser og aktiviteter. Dette bidrar til at organisasjonen når sine mål effektivt og bærekraftig, samtidig som det gir ledelsen bedre innsikt i prestasjonene. For å oppnå en effektiv og helhetlig styring i helseforetaket, er det viktig å forstå sammenhengen mellom plan- og budsjettprosessen og virksomhetsstyringen.

Observasjon

Tiltak igangsatt for å styrke virksomhetsstyringen

Som en del av omstillingen av driften (OUS 2.0.) arbeider foretaket med å videreutvikle rammeverket for virksomhetsstyringen. Gjennom LGG sin vurdering av styringssystemet medio 2024 har foretaket kartlagt status på sentrale elementer i virksomhetsstyringen i klinikkene. Flere svakheter er identifisert og tas inn i det pågående forbedringsarbeidet.

Tydeliggjøring av ansvarsforhold, samt tilpasset målstruktur og rapportering

Den pågående omstillingen i foretaket har gitt klinikklederne et tydeligere helhetlig ansvar, hvor stabene skal tilrettelegge og støtte ledere i dette arbeidet. Som del av dette skal OUS etablere en tydeligere målstruktur tilpasset det enkelte ledernivå. Dette skal igjen legge grunnlag for forenklet og risikobasert rapportering. Videre skal det arbeides med standardisering og forenkling av prosesser og tilpasninger i lederopplæringen knyttet til dette. Mer koordinert støtte fra stabene er også tiltak som det arbeides med.

Utfordringer knyttet til forbedring av virksomhetsstyringen

I intervjuer understrekes det at forbedring av virksomhetsstyringen vil ta tid og er krevende, grunnet stort styringsspenn og høy kompleksitet med blant annet ulike organisasjonskulturer, mange tverrgående pasientforløp, stor variasjon i behandlings- og driftsformer og stort regel- og avtaleverk som må hensyntas. I intervjuer nevnes det at det er viktig å forenkle virksomhetsstyringen ut fra hva som gir verdi i styringen.

Det nevnes som spesielt krevende å få innført endringene ut til ledernivå tre, fire og fem, og at det tar tid før det helhetlige ansvaret for personell, økonomi og fag er tydelig beskrevet, kommunisert og forstått. Dagens lederopplæring er i stor grad frivillig for eksisterende ledere. Ny

lederopplæring med fokus på virksomhets- og ressursstyring er introdusert, men det vil ta lang tid før alle ledere i foretaket har gjennomført dette.

Vurderinger

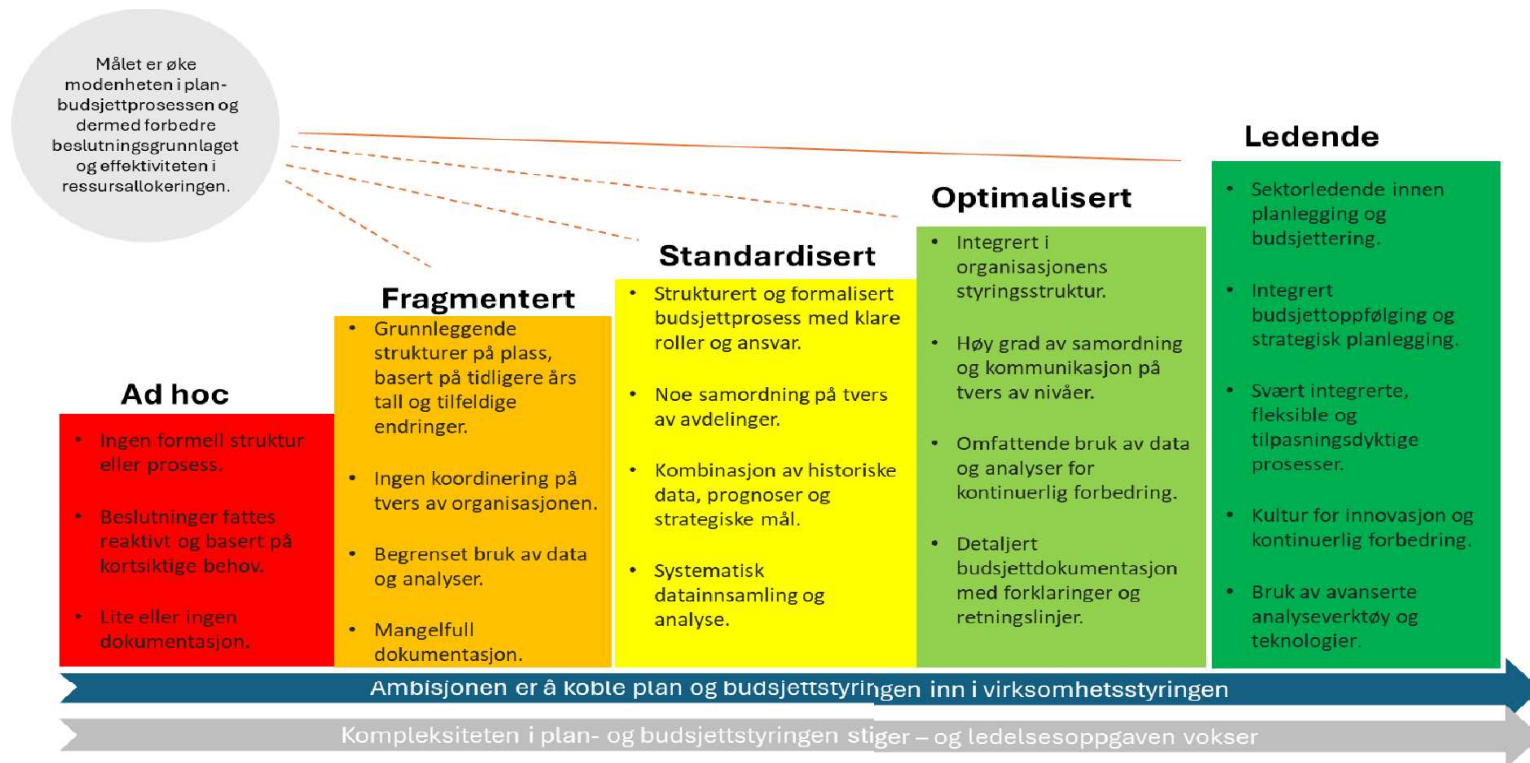
Å lykkes med det pågående forbedringsarbeidet med virksomhetsstyring vil være viktig for å sette rammene for plan- og budsjettprosessen i klinikkene. Dette på bakgrunn av at plan- og budsjettprosessen inngår i beslutningsprosessene og styringen på alle nivåer i organisasjonen.

Helseforetakets kompleksitet og størrelse understreker betydningen av at lederne i klinikkene tar et eierskap til egen plan- og budsjettprosess, som igjen ses opp mot de spesifikke målene gitt til klinikkene, slik det nå legges opp til OUS. Det vil her være viktig at helseforetaket lykkes med å sikre en felles forståelse av hva lederrollen innebærer, samt at dette understøttes av tilstrekkelig opplæring og koordinert støtte i utøvelsen av rollen.

Sammenhengen mellom plan- og budsjettprosessen og virksomhetsstyringen kan illustreres med en modenhetsmodell for plan- og budsjettprosessen (se figur 3). Modellen består av fem steg, fra ad hoc (lavest modenhet), til fragmentert, standardisert, optimalisert og til ledende (høyest modenhet).

Basert på våre observasjoner vurderer vi at foretaket samlet sett er på nivå 2 «fragmentert», da god praksis er tilfeldig og ikke systematisk. Deler av foretaket beveger seg mot steg 3 (standardisert), men mange enheter ligger fortsatt på steg 1 eller 2. Det er et stort potensial til å løfte plan- og budsjettprosessen for foretaket samlet sett.

Som figuren illustrerer, vil dette øke kompleksiteten og gjøre lederoppgaven mer krevende. Det pågående arbeidet med virksomhetsstyring vil være et viktig bidrag i denne prosessen.



Figur 3: Illustrasjon av modenhet i plan- og budsjettprosessen sett i sammenheng med virksomhetsstyringen. Delt inn i fem modenhetsnivåer, fra ad hoc til ledende.

Utfordringene i OUS er ikke unike. Et regionalt arbeid utført av Helse Sør-Øst RHF konkluderte med at det jobbes systematisk med bemannings- og ressursplanlegging i helseforetakene, men at det er variasjoner mellom foretakene og at området må videreutvikles. For ytterligere å understøtte helseforetakenes arbeid med bemanningsplanlegging og -sammensetning, har HSØ RHF igangsatt et arbeid med å utvikle regional data- og analyse-plattform, RDAP, med måltall og styringsinformasjon for god og effektiv drift. Konsernrevisjonen er kjent med at HR i OUS er involvert i dette arbeid.

Endring av virksomhetsstyringen i OUS vil kreve systematisk arbeid med endringsledelse for å prioritere, forankre og gjennomføre de riktige endringsprosessene. Det vil kreve stor endringsevne, -vilje og -kompetanse

hos ledere på alle nivåer. For å oppnå økonomisk og faglig bærekraft og balanse innen 2027, er det viktig at OUS fortsetter å øke endringstakten og iverksetter nødvendige tiltak i tide.

Oppsummert vil en mer moden plan- og budsjettprosess, integrert med bedre virksomhetsstyring, kunne føre til en bedre allokering av ressursene som grunnlag for god drift. Dette betyr at budsjettene blir en del av beslutningsprosesser og styringspraksis på alle nivåer i organisasjonen. En slik tilnærming bidrar til bedre ressursallokering, målorientert styring og effektiv gjennomføring av strategiske initiativer.

3. Anbefalinger

Helseforetaket har igangsatt et omstillings- og forbedringsarbeid som vil kunne styrke plan- og budsjettprosessen. Konsernrevisjonen har samtidig identifisert behov for å utvikle nye eller forsterke eksisterende tiltak på områder som er omfattet av revisjonen. Dette gjelder følgende områder:

Følge opp kravet om at enhetene skal utarbeide aktivitets- og bemanningsplaner

Det bør følges opp at det utarbeides aktivitets- og bemanningsplaner i enhetene for alle ansattegrupper i tråd med kravene, og herunder at bemanningsplaner registreres i Gat. Dette vil sikre en mer systematisk og oversiktlig tilnærming til bemanningsplanleggingen, og bidra til bedre kontroll og ressursutnyttelse.

Tydeliggjøre sammenhengen mellom ressursstyringen og budsjettprosessen

Det bør arbeides med å kople aktivitets- og ressursanalyser tydeligere til budsjetter i enhetene, slik at disse blir realistiske og gjennomførbare. Dette vil gi alle enheter et felles grunnlag for plan- og budsjettprosessen, samt bedre oversikt og kontroll for å sikre at ressursene brukes riktig.

Øke bruken av analyser i plan- og budsjettarbeidet

Det bør legges til rette for å bruke styringsinformasjon fra Gat og andre kilder til å analysere driften, tilpasset den enkelte enhets egenart. Foretaket bør sikre at alle enheter bruker tilgjengelige analyser av egne data i utforming og

kvalitetssikring av planer og budsjetter. Dette vil gi innsikt i sammenhengene mellom aktivitet, bemanning og ressursbehov, og bidra til en bedre budsjettprosess. Dette bør sees i sammenheng med innføringen av Gat/DIPS-integrasjonen, som gir bedre grunnlag for ressursstyring.

Systematisere god praksis og sikre hensiktsmessig oppfølging

Foretaket bør systematisere gode erfaringer fra klinikkene og andre helseforetak, og gjennomføre eventuelle piloter. Dette vil gjøre det mulig å definere tiltak med god effekt, og identifisere eventuelle utfordringer og suksesskriterier før en bredere utrulling. Foretaket bør følge opp arbeidet på overordnet nivå for å sikre ønskede effekter.

Øke ledernes kompetanse gjennom veiledning og opplæring

Foretaket bør gi tilstrekkelig opplæring til lederne for å sikre forståelse av lederansvar og hvordan de kan sikre effektiv ressursbruk.

Vedlegg 1 – Revisjons- og kriteriegrunnlag

Kriteriegrunnlag og innhentet dokumentasjon fra helseforetaket	
Lov om helseforetak	Oppdragsdokumenter for Oslo universitetssykehus HF
Lov om spesialisthelsetjenesten	Protokoller fra foretaksmøter i Oslo universitetssykehus HF
Lov om helsepersonell	Styreprotokoller fra Oslo universitetssykehus HF
Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten	Årlige meldinger og årsrapporter fra Oslo universitetssykehus HF
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	Budsjettskriv 1 og 2 fra Oslo universitetssykehus HF
Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-IS-2620	Budsjettleveranser, planer og ansvarsbeskrivelser fra klinikkene og stabene
Meld St. 7 (2019–2020), 2020–2023	Rutiner og prosedyrer fra kvalitetssystemet/eHåndbok til foretaket
Meld. St. 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027	Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene. Dokument 3:3 (2009-2010)
Meld. St. 14 (2020–2021) Perspektivmeldingen 2021.	Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013-2014)
Meld. St. 22 (2001-2002) Et mindre og bedre statlig eierskap	Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene. Dokument 3:12 (2014-2015)
Meld. St. 6 (2022–2023) Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap i selskaper	Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes bruk av legeressurser. Dokument 3:2 (2018-2019)
Meld St. 7 (2019–2020), 2020–2023	Riksrevisjonens undersøkelse av risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene. Dokument 3:13 (2023-2024)
Prop. 1 S (2022–2023) For budsjettåret 2023. Helse- og omsorgsdepartementet	Reglementet for økonomistyring i staten
Rammeverk for virksomhetsstyring i HSØ	Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (hjemmesider og veiledere)
NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.	Nøkklene til handlingsrommet. Hva fremmer og hemmer effektivisering i staten. Difi 2016:6
NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse	Effektiviseringsarbeid i statlige virksomheter – Hvor trykker skoen nå? Difi 2019:7

Vedlegg 2 – Revisjonskriterier

Under viser vi revisjonskriteriene fordelt på hver av de tre problemstillingene, i en komprimert form.

Problemstilling 1:

Hvilke overordnede rammer og føringer for planlegging og budsjettering er etablert for klinikkene i helseforetaket?

Kriterier:

- Ressursutnyttelse:
 - Optimal bruk av ressurser
 - Effektiv organisering av virksomheten
- Styring og kontroll:
 - Etablering av interne kontrollsystemer
 - Effektiv ressursbruk og måloppnåelse
 - Systematisk styring av aktiviteter
- Styringssystem for plan og budsjettering:
 - Helhetlig system med klare prinsipper
 - Tydelig sammenheng mellom flerårig plan, årlig planlegging og budsjettering
- Bruk og etterlevelse av styringssystemet:
 - Enhetlig kommunikasjon av krav
 - Lederavtaler og stillingsbeskrivelser som reflekterer kravene
 - Kultur for å overholde budsjetterrammer
- Støtte og verktøy:
 - Opplæring og kompetanseoppbygging
 - Verktøy og analyser for planlegging og budsjettering
 - Koordinert støtte og veiledning
- Kontinuerlig forbedring:
 - Regelmessig evaluering og benchmarking

Problemstilling 2:

Utarbeider klinikkene hensiktsmessige planer for aktivitet og bemanning som grunnlag for god kvalitet og effektiv drift?

Kriterier:

- Aktivitets- og bemanningsplaner:
 - Utarbeides i gjeldende klinikker og avstemmes med samarbeidende enheter
 - Overholder budsjetterrammer og er fleksible
- Retningslinjer for ressursstyring:
 - Klare føringer og ansvar for utarbeidelse av planer
 - Opplæringstiltak og verktøy for beregning av aktivitets- og bemanningsbehov
- Aktivitetsplan:
 - Basert på pasientstrømmer og forventede endringer
 - Avstemmes med samarbeidende enheter
 - Tar hensyn til årlige virksomhetsplaner og eventuelle endringer i teknologi, arbeidsformer og metoder
- Bemanningsplan:
 - Basert på aktivitetsgrunnlaget
 - Avstemmes med faggrupper og avdelinger
 - Samsvar mellom arbeidsplan, turnus og oppgaveplan
- Kapasitetsplanlegging:
 - Evaluering av tilgjengelig kapasitet
 - Identifisering av flaskehalser og forbedringsområder

Problemstilling 3:

På hvilken måte sørger klinikkene for at budsjettet er avstemt mot forventet aktivitet og nødvendig bemanning for å opprettholde tjenestekvaliteten og overholde budsjettrammene?

Kriterier:

- Oppfølging og kvalitetssikring:
 - Vurdering av aktivitetsnivå og bemanningsplaner.
 - Mekanismer for å håndtere differanser mellom budsjett og ressursbehov
- Dokumentasjon og forankring:
 - Dokumentasjon og begrunnelse for budsjettjusteringer
 - Involvering av nøkkelpersoner og transparent prosess
- Kvalitetssikringsprosesser:
 - Koordinering av foreløpig tildeling av budsjett med forventet aktivitet og bemanning
 - Beslutningsgrunnlag for ressursallokering
 - Oppfølging budsjettering basert på samme forutsetninger og analyser
 - Analyse av avvik med korrigerende planer
- Evaluering av budsjettprosessen:
 - Regelmessig evaluering for å sikre relevans og realisme
 - Tilbakemeldinger og vurdering av forbedringsområder

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst, og gjennom dette bidra til bedre helsetjenester.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: Oktober - desember 2024

Virksomhet: Oslo universitetssykehus HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Hans Petter Eide (oppdragsleder)
- Dag Forbord (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Oslo universitetssykehus HF
- Administrerende direktør i Oslo universitetssykehus HF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>