

Inspirationskatalog til MED-udvalgene

Budget- og økonomistyring på det regionale sundhedsområde

Her kan du læse om økonomistyring og budgetlægning i en region. Du kan blandt andet læse, hvordan budgettet bliver lavet (årshjul) og om vores anbefalinger til arbejdet med budget og økonomi i MED.

I **del A** får du en kort introduktion til MED-rammeaftalen og budgetbehandlingen, og vi giver nogle gode råd om at anvende regionens procedureretningslinjer.

I **del B** kan du læse mere om de generelle rammer for budgetlægningen og for arbejdet i MED.

I **del C** har vi samlet udvalgte opmærksomhedspunkter, som I kan inddrage, når MED drøfter budget og økonomi.

Materialet er primært skrevet til HovedMED, men er også relevant for andre MED-udvalg i en region. Det dækker kun det regionale sundhedsområde.

Indholdsfortegnelse:

A. Introduktion til budgetarbejdet i MED	3
1. MED-rammeaftalen og budgetbehandlingen	3
2. Hvordan får vi indflydelse på budgetterne?	4
B: Budget- og økonomistyring	5
1. Budgetårshjulet – overblik	5
2. Budgetbehandling på alle niveauer i MED	8
3. Finansiering, takstmodeller og økonomisk politik i regionerne	10
4. Budgetopfølgning og drøftelse af konsekvenser	14
C: Udvalgte opmærksomhedspunkter	16
1. Arbejdsmiljø	16
2. Sygefravær	18
3. Vikarer og vikardækning	20
4. Ansatte på særlige vilkår	22
5. Jobrotation på det regionale område	24
6. Nyttig og anvendelig dokumentation	26
7. Forbedring af arbejdsgangene	29
8. Opgaveflytning, centralisering og arbejdsdeling	31
9. De fysiske rammer, energioptimering og indretning	33
10. Personaleudvikling og uddannelse	34
11. Innovation	36

A. Introduktion til budgetarbejdet i MED

A.1. MED-rammeaftalen og budgetbehandlingen

Budgetter og økonomi har konsekvenser for medarbejderne. Hvis økonomien ændrer sig, kan det betyde ændrede arbejdsopgaver, flytning af arbejdssted og måske arbejdstider, nye kollegaer, ny chef og i nogle situationer afskedigelser.

Behandlingen af budget og økonomi er derfor en vigtig opgave for MED-udvalgene, og behandlingen skal følge reglerne om information og drøftelse i MED-rammeaftalens § 7. Når budgettet vil give betydelige ændringer i arbejdsforhold eller eventuelt afskedigelser, er der særligt skærpede krav om forhandling (drøftelse) i henhold til § 7, stk. 5.

Der er desuden særlige krav til budgetbehandlingen i MED-rammeaftalen:

- Regionens øverste MED-udvalg har fastlagt retningslinjer om procedurer for drøftelse af budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold. Retningslinjerne fastslår blandt andet hvornår og på hvilket grundlag, drøftelsen skal finde sted (jf. MED-rammeaftalen § 8). Procedureretningslinjerne tilføjes hvert år en tidsplan.
- Der er også fastlagt retningslinjer for proceduren for drøftelse af omstilling, herunder for de ændringer, der følger af budgettet.
- Regionens øverste MED-udvalg skal mødes - normalt en gang om året - med den politiske ledelse for at drøfte budgetforslagets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold. Drøftelserne bør ligge så tidligt i budgetbehandlingen, at medarbejderrepræsentanternes synspunkter og forslag kan indgå i grundlaget for regionsrådets beslutninger (MED-rammeaftalen § 9). Hvornår og hvordan drøftelsen skal finde sted vil typisk stå i den regionale MED-aftale eller i procedureretningslinjen for drøftelse af budgettet.

De rammer for information og drøftelse, som procedureretningslinjerne beskriver, skal matche regionens budgetlægning i forhold til kompetencer og årsplan, sådan at de underliggende MED-udvalg har mulighed for en drøftelse på rette niveau og på rette tidspunkt undervejs, så deres bemærkninger kan indgå i MED-hovedudvalget/RegionsMED's drøftelser, beslutninger og indstillinger.

Rammerne skal tage hensyn til de generelle regler for regionernes budgetlægning:

- Regionen vedtager hvert år i oktober måned næste års budget.
- Regionens budget er baseret på et balanceprincip, hvor den samlede økonomi er opdelt i 3 områder for henholdsvis sundhed, regional udvikling samt social- og psykiatriområdet - og hvor der forudsættes balance mellem udgifter og indtægter inden for hvert af de tre områder.

I modsætning til kommunerne har regionerne ingen skatteindtægter. På sundhedsområdet består indtægterne primært af kommunale aktivitetsafhængige bidrag, statslige aktivitetsafhængige bidrag for indlæggelser og behandlinger pr. patient og af et fast årligt bloktilskud fra Staten.

A.2. Hvordan får vi indflydelse på budgetterne?

Det øverste MED-hovedudvalg i regionen skal som minimum diskutere det samlede overordnede budget (de 3 delbudgetter samt de tværgående, administrative opgaver). De skal også diskutere de overordnede problemstillinger vedrørende arbejds-, personale- og arbejdsmiljøforhold i regionen.

Herudover skal MED på hvert af de 3 områder drøfte budget og økonomi efter de retningslinjer, man bliver enige om og på et niveau, hvor der er ledelsesmæssig kompetence til at beslutte eller indstille til beslutning.

Normalt starter arbejdet med at forberede budgetterne i januar eller februar. De bliver besluttet i oktober. Det giver mange muligheder for at få indflydelse på budgetterne.

Procedureretningslinjen for budget skal blandt andet fastslå, hvornår og hvordan de enkelte MED-udvalg bliver involveret i budgetlægningen i løbet af året.

Procedureretningslinjen for omstilling skal fastslå, hvornår, hvordan og på hvilket niveau MED-udvalgene bliver involveret i den udmøntning af budgettet, som resulterer i en egentlig omstilling – det vil sige ændring af opgaverne. Et nyt budget kan for eksempel betyde, at opgaver flytter, afdelinger sammenlægges, og opgaver sendes i udbud.

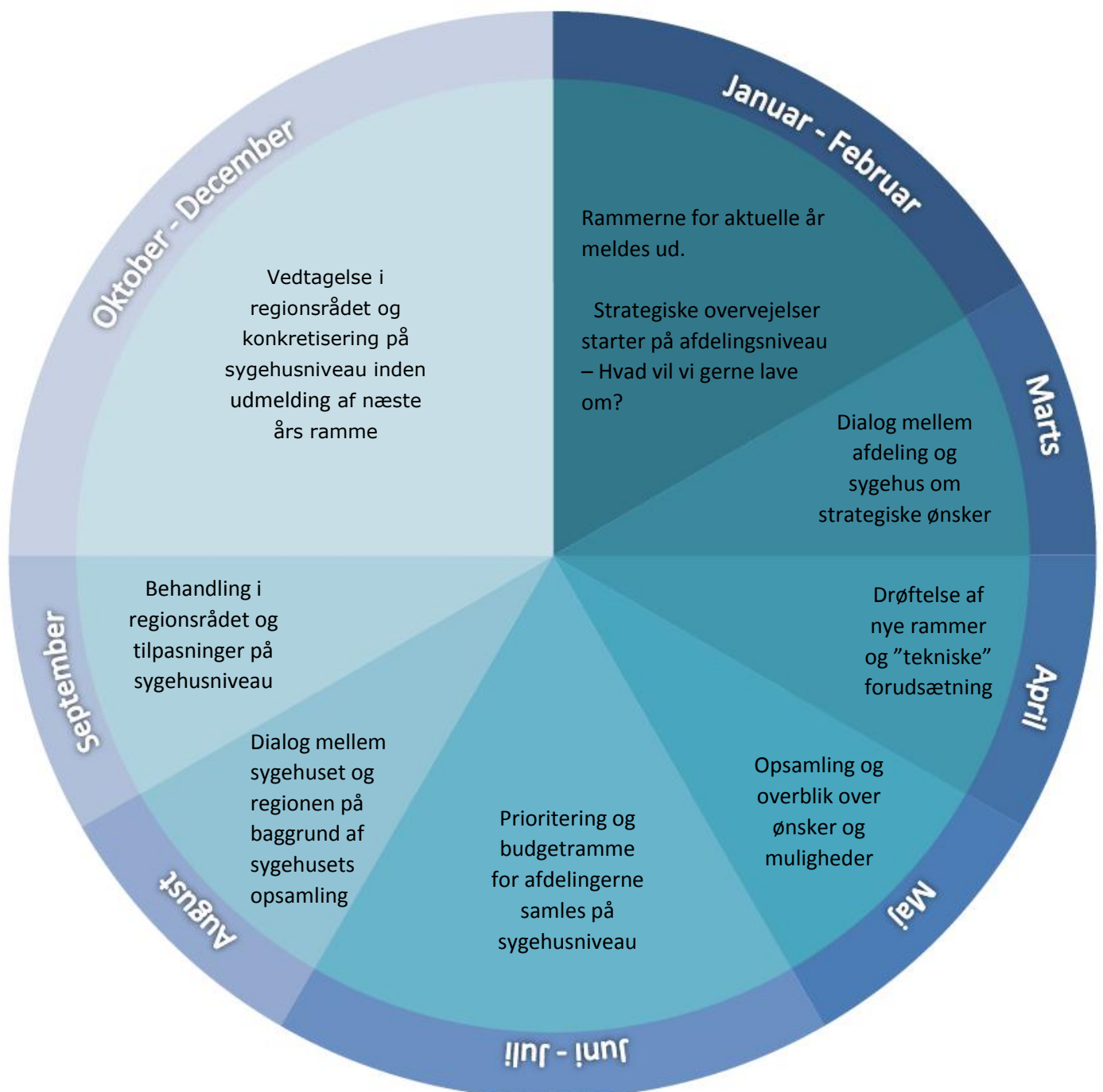
*Procedureretningslinjerne skal med andre ord afklare både **hvornår** (tidsplan og årshjul), **hvordan** (materiale m.v. kontaktudvalgsmøder m.v.) og **hvem** (rette niveau) der drøfter budget, økonomi OG den konkrete omstilling, som budgettet resulterer i.*

B: Budget- og økonomistyring

B.1. Budgetårshjulet – overblik

Der bliver arbejdet med budgetterne året rundt på både sygehus- og regionsniveau. Jeres muligheder for at påvirke indholdet i beslutningerne afhænger af, hvor i processen med budgettet, I befinder jer:

Figur 1. Budgetårets opgaver fordelt på perioder



Budgetlægningen starter samtidig med, at de vedtagne budgetter for året bliver rullet ud.

Det er nu, at ønsker og ideer til **næste** års budget bliver formuleret. Det er her, at afdelingerne kan pege på, hvor de ønsker ændringer. Ledelsen på sygehuset skal arbejde videre med ønskerne og ideerne, så de kan indgå i overvejelserne om næste års budget.

Det er også i starten af året, at en række tekniske forudsætninger for at lave budgettet skal på plads. Det er blandt andet pris- og lønstigningerne og forudsætninger om sygehusenes aktivitetsniveau. Forudsætningerne falder på plads i perioden fra januar til juni.

Når denne periode er omme, har der været en dialog mellem afdelingsledelse og sygehusledelse og de tekniske forudsætninger er på plads. Dermed er der ved at være skabt det overblik, der skal til for at lave de nødvendige prioriteringer og rammer for budgetterne.

I løbet af juni indgår regionerne og regeringen en aftale om den samlede økonomi for regionernes budgetter ("økonomiaftalen"). Det vil fremover ske ud fra en samlet ramme for regionerne, som Folketinget skal vedtage i henhold til "Budgetloven".

Økonomiaftalen indeholder også krav og projekter, der skal tages hensyn til i de kommende budgetter. Det kan for eksempel være krav om produktivitets- og aktivitetsstigninger for regionerne samlet, eller om øget effektivisering gennem digitalisering. Kravene får ofte direkte betydning for næste års prioritering. De kan eksempelvis lede til centralisering af de administrative funktioner eller indkøb af nye It-systemer.

Efter sommerferien er der for alvor gang i den regionale, politiske behandling af budgettet. Målet er at indgå en budgetaftale i regionsrådet i løbet af efteråret. Budgetaftalen vil fastsætte yderligere prioriteringer, besparelser og effektiviseringer. Det samlede budget skal herefter vedtages inden den 15. oktober.

Når Regionsrådene har vedtaget budgetterne, skal finansministeriet vurdere dem for at se, om regionerne samlet overholder rammen.

Når Finansministeriet har vurderet budgetterne, skal de meldes ud til sygehusniveau og derfra til afdelings- og afsnitsniveau, så aktiviteterne kan blive tilpasset de nye krav. Herefter starter budgetproceduren forfra.

Vær især opmærksom på, at forslag og ideer helst skal igennem i starten af forløbet, mens budgettet stadig er "åbent".

Når de centralt fastsatte rammer og de tekniske forudsætninger er lagt ind, er råderummet for indflydelse begrænset. På det tidspunkt er størstedelen af budgettet reelt lagt fast, og det der udestår, er politikernes prioriteringer for at få den sidste lille del på plads.

Men MED skal også følge med i den sene fase og spille ind til den centrale budgetbehandling. Det skyldes, at der kan komme nye forslag og ideer på banen, og at den overordnede prioritering kan ændre sig i forhold til såvel økonomiaftalen som de politiske ønsker på regionsplan.

Anbefalinger:

- Procedureretningslinjen for budgettet *bør* matche det aktuelle årshjul i regionen.
- De lokale MED-udvalg *bør* have mulighed for at drøfte det kommende års budget og budgetønsker tidligt på året.
- MED-organisationen *skal* have mulighed for at drøfte alle de ændringer, der kommer ind undervejs i budgetprocessen *forud for beslutning*.
- Drøftelserne i MED-systemet *skal* ske på rette niveau.

Læs mere

[Anbefalinger og inspirationsmateriale om procedureretningslinje for budgetbehandlingen og for omstilling fra FTF og OAO](#)

De 5 regionale MED-aftaler kan findes her:

[Region Hovedstaden](#)

[Region Sjælland](#)

[Region Syddanmark](#)

[Region Midtjylland](#)

[Region Nordjylland](#)

B.2. Budgetbehandling på alle niveauer i MED

MED-udvalgene skal drøfte alle de beslutninger om budget og økonomi, som har konsekvenser for de ansatte "i øjenhøjde" med den leder, der har kompetence til at træffe beslutningen.

Hvordan I lever op til det, skal fremgå af jeres regions-MED-aftale og af den procedureretningslinje for drøftelse af budgettet, som det øverste MED-udvalg har aftalt.

Vi anbefaler, at I også på SygehusMED drøfter rammerne for jeres budgetbehandling, og at I aftaler, hvordan de to procedureretningslinjer bliver udmøntet hos jer.

Grundlaget er information og drøftelse

Grundlaget for medindflydelse og medbestemmelse er, at der er gensidig informationspligt på alle niveauer. Det følger af § 7 i MED-rammeaftalen, og det gælder naturligvis også budget og økonomi, der har konsekvenser for medarbejderne.

Informationen fra ledelsen skal gives:

- Så tidligt som muligt,
- I en form, som giver gode muligheder for en grundig drøftelse
- Således at medarbejdernes synspunkter og forslag kan indgå i grundlaget for ledelsens og/eller politikernes beslutninger (MED-rammeaftalens § 7).

Alle forhold, der er omfattet af informationspligten, skal desuden tages op til drøftelse, når én af parterne ønsker det.

På rette niveau i MED-systemet

MED-systemet skal afspejle og matche ledelsesstrukturen. Med andre ord skal ledelsesbeslutningerne mødes i øjenhøjde.

Det betyder, at

- en beslutning om indstilling til det politiske niveau skal drøftes i det øverste MED-udvalg.
- beslutninger om budget og økonomi på sygehus- eller afdelingsniveau skal drøftes i det MED-udvalg, hvor den leder, der har kompetence til at træffe beslutningen, deltager (SygehusMED/HovedMED eller afdelingsMED).

Et **sygehusMED** bør eksempelvis drøfte sygehusledelsens bidrag til budgettet, før det sendes videre til regionen. Det kan være budgetønsker i forhold til flytning af opgaver mellem sygehusene eller mellem sygehus og kommuner.

SygehusMED bør også drøfte udmøntning og opfølgning på budgettet, når det endelige budget er politisk vedtaget i regionen og skal rulles ud til sygehusniveau. Det kan eksempelvis være, hvordan kompensation for sygefravær bliver fordelt, eller hvordan mer- eller mindreindtægter for mer- eller mindreaktivitet bliver fordelt mellem fællesfunktion og afdelingsniveau.

Det øverste MED-udvalg aftaler retningslinjer

Regions-MED/MED-Hovedudvalget på regionsniveau har aftalt retningslinjer for

- En procedure for drøftelse af "budgettets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold", samt en
- Procedure for drøftelsen af "Større rationaliserings- og omstillingsprojekter" (MED-rammeaftalens § 8, st. 3).

De to procedureretningslinjer skal bruges, når I drøfter budgettet, når det bliver til, og når det er vedtaget og skal udrulles i organisationen.

Det er altså MED-hovedudvalget/Regions-MED, der skal tage beslutning om, **hvordan** øvrige niveauer i MED-systemet bliver inddraget både i forbindelse med konkrete omstillinger og i forbindelse med udarbejdelsen af det generelle budget.

Vi anbefaler, at retningslinjerne hvert år bliver drøftet i det øverste MED-udvalg sammen med den aktuelle årsplan for budgetbehandlingen. Udvalget kan afgøre, om der er behov for justering eller præcisering. Udvalget kan for eksempel nøjes med at udarbejde en årsplan for det aktuelle år som supplement til den generelle procedureretningslinje.

Vi anbefaler, at retningslinjen omfatter mere end blot en mødeplan. Der kan fx være krav til informationsform og tidsfrister for skriftligt materiale forud for møderne, og krav til hvordan MED-systemet inddrages og hvordan I sikrer, at drøftelserne finder sted på rette niveau.

Regionens øverste MED-udvalg skal mødes med Regionsrådet for at drøfte budgetforslagets konsekvenser for arbejds- og personaleforhold (MED-rammeaftalens § 9, stk.3). De mødes normalt en gang om året. **Vi anbefaler**, at Hovedudvalget deltager i budgetseminar med regionsrådet og *derudover* mødes mindst en gang årligt med Regionsrådet om budgettet.

Vi anbefaler desuden:

- Tag udgangspunkt i procedureretningslinjen om budget for regionen. Sørg for, at den matcher regionens tidsplan for budgettet (budgetårshjul). Sørg for at procedureretningslinjen sikrer at:
- Alle MED-udvalg skal have skriftlig eller mundtlig information om budgetstatus i løbet af året, og som udgangspunkt på hvert MED-møde. Informationen skal matche den ledelsesinformation, man giver om økonomien, men bør gives i en form, der er målrettet MED-udvalget.
- Alle MED-udvalg skal have en reel mulighed for at drøfte næste års budget. Derfor skal udvalgene have skriftlig information om budgettet på et så tidligt tidspunkt og i en sådan form, at det giver gode muligheder for en grundig drøftelse på mødet, hvor ønsker til næste års budget bliver behandlet.
- Der skal være sammenhæng i budgetbehandlingen mellem de forskellige niveauer i MED (afdeling, sygehus, region).
- Der skal være sammenhæng mellem ledelseskompetencen til at træffe beslutninger om budgettet og drøftelsen i MED-organisationen.
- Det øverste MED-udvalg deltager i budgetseminaret med regionsrådet og *derudover* mødes det mindst en gang årligt med regionsrådet om budgettet.

Læs mere:

[FTF- og OAO-vejledning om procedureretningslinje](#)

B.3. Finansiering, takstmodeller og økonomisk politik i regionerne

Her tegner vi et generelt billede af økonomistyringen og udpeger opmærksomhedspunkter og anbefalinger, som ofte vil være relevante for MED, selvom det også afhænger af forholdene i den enkelte region og på det enkelte sygehus.

Vær opmærksom på, at der er forskel på, hvordan de fem regioner styrer deres økonomi. Det er derfor svært at give én skabelon for, hvordan MED-systemet skal arbejde med budget og økonomi og med de krav, der stilles til alle regionerne: Nulvækst og fortsatte krav om produktionsstigning samt skærpede krav til kvaliteten.

Økonomistyring gennem takster

Der er kommet stort fokus på økonomi- og driftssiden af sygehusenes produktion, og der er udviklet styringsinstrumenter på tværs af sektoren. DRG-takster og fordeling af bevillingerne via produktionsmål er centrale elementer.

De årlige økonomiaftaler er med til at videreudvikle styringsmodellerne, og der bliver løbende igangsat fælles projekter og initiativer på tværs af regionerne om forbedringer og videreudvikling af styringen.

Men de enkelte regioner vælger selv deres takststyringsmodeller i forhold til sygehusene. Det sker dog indenfor de krav, den samlede styring af regionerne stiller.

Samtidig har den offentlige sygehussektor stadig mange lov- og aftalemæssige bindinger, og sygehusene har dermed ikke de samme muligheder for omstilling, som f.eks. private virksomheder har.

Fælles for alle sygehuse er:

- **Sygehusene er primært "rammestyrer"**. Det betyder, at sygehuse og afdelinger har et fast budget, der samlet "matcher" det aktivitetsmål, der er opsat. Og det betyder, at man i modsætning til tidligere i de fleste tilfælde ikke får flere penge, hvis man overopfylder aktivitetsmålene. Det vil sige, at de ressourcer sygehuset bruger på at efterleve ét aktivitetskrav, ikke kan bruges andetsteds til at opfylde et andet krav. Resultatet er, at man ikke "bare" kan øge indtægterne for at dække merudgifterne.
- **Planlægning indenfor rammen er vanskelig**. Det frie sygehusvalg giver patienterne en valgfrihed, men har vanskeliggjort planlægningen af produktionen på sygehusene. Ligeledes har de penge, der er fulgt med de kirurgiske patienter som følge af valgfriheden, været med til at nedbringe ventelisterne, mens andre områder f.eks. det medicinske har fået mindre opmærksomhed.
- **Takststyring supplerer rammestyring**. Takststyring er tænkt som en automatisk kobling mellem ændringer i aktiviteten og størrelsen af de bevillinger, som sygehuset får. Hvis den takst, som sygehuset får for en given ydelse, er højere end de omkostninger, der er forbundet med at producere ydelsen, vil takststyring give sygehuset et økonomisk incitament til at øge aktiviteten. Samtidig kan takststyring skabe tilskyndelse til, at sygehusene forbedrer deres produktivitet. Hvis sygehusene minimerer deres omkostninger, vil de således kunne opnå en større nettoindtægt pr. ydelse, de producerer.

Men i dag er der ikke "automatisk" takstafregning på sygehus- eller afdelingsniveau. Alligevel spiller taksterne en stor rolle som en del af de målkrav, der bliver stillet til sygehusene. Således indgår taksterne i beregningen af "basisproduktionen", og sygehusene bliver bedømt på, om de når op – eller over – basisniveauet via taksterne.

- **Rammer og produktionsmål skal holde.** Uanset om regionerne, og i sidste ende sygehuset, har produceret over eller under den forudsatte basisproduktion, så "straffes" de i begge tilfælde: Har de produceret **under**, straffes de med, at budgettet for det indeværende år bliver mindre i form af en reduktion af takstafregningen for de sidste patienter, eller de pålægges at indhente det året efter. Har de produceret **over**, indregnes det i forventningerne til aktivitetskravet i efterfølgende år – og de får typisk ikke flere indtægter for at dække eventuelle merudgifter.
- **Takststyring som ny kompetence.** Kompetence i anvendelse af registreringsystemet bliver i sig selv afgørende for afdelinger og sygehuse. I nogle tilfælde kan økonomien blive "reddet" af en bedre registreringspraksis!
- **Bedre central styring.** For bevillingsgiverne (forvaltningen) bliver kendskabet til de forskellige sygehuses omkostninger vigtigt, ikke mindst i forhold til "objektivt" at kunne identificere de produktive enheder og dermed foretage en (om)allokering af ressourcer og opgaver.

Nye krav til økonomistyringen – øget vægt på kvalitet?

Styringen af sygehusenes økonomi er ofte til debat, og i foråret 2012 nedsatte Regeringen et " Udvalg for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet". Målet var at sikre "den rette sammenhæng mellem incitamenterne internt i sygehusvæsenet og på tværs af sektorer med henblik på at opnå mest mulig sundhed for pengene".

Sundhedsvæsenet skal fokusere mere på "effektivitet" (= bedste behandling til prisen) og ikke kun "produktivitet" (= mest behandling for pengene). Man taler også om andre mål, fx om "efficiens" eller "outcome". Ofte bliver begreberne brugt i flæng, så spørg ind til, hvordan jeres sygehus og jeres region definerer begreberne.

I de kommende år vil man lokalt på regions- og sygehusniveau forholde sig til de ændrede krav og nye signaler.

Vi anbefaler, at I følger med i diskussionen lokalt, eksempelvis i regionsrådet, og at I rejser spørgsmål om perspektiverne netop for jeres område i MED-udvalgene:

- *Hvordan vil vi sikre fokus på kvalitet i fremtiden?*
- *Hvad er kvalitet egentlig på vores område?*
- *Hvordan vil vi måle på det?*
- *Hvordan indgår "bløde" mål for kvaliteten (patienttilfredshed m.v.)?*

DRG eller ikke DRG: Det er ikke det, der er spørgsmålet!

Indførelsen af DRG-takstafregning har gjort det lettere end tidligere at få et retvisende tal for, hvad det koster at producere en given sygehusydelse. DRG-taksten tager nemlig hensyn til såvel sygdommens sværhedsgrad og patientens karakteristika. Og alle omkostninger bliver i princippet medregnet i taksten (tilsvarende gælder for ambulant-registreringen).

Afregningen med takster er blevet gradvist forbedret, efterhånden som sygehusene er blevet bedre til at indberette omkostninger til Sundhedsstyrelsen, og systemet er blevet afprøvet – og fulgt op – i praksis.

DRG-afregning er formentlig den mest anvendte – og hidtil bedste – afregningsform, hvis pengene skal følge sygehuspatienten. Så kritik af DRG-systemet skal ses i lyset af, at der formentlig ikke endnu findes noget bedre, afprøvet alternativ.

Men anvendelsen af gennemsnitsomkostninger i taksterne kan give problemer for de sygehuse, hvis omkostninger afviger væsentligt fra gennemsnittet, eksempelvis når man bruger det til at "benchmarke" (=sammenligne) produktivitet mellem sygehusene. Sammenligningen vil ikke kunne tage hensyn til alle forskelle mellem opgaver, patienter og øvrige forudsætninger, eksempelvis fysiske forhold.

Vi anbefaler, at I lokalt drøfter jeres anvendelse af DRG. Såvel i forhold til registreringspraksis som i forhold til afregningsmodel. Begge dele kan have stor betydning for økonomi og ressourcer, også selvom de fleste regioner i dag kører efter nogenlunde faste rammebudgetter, jf. ovenfor.

Omkostninger der kan påvirkes lokalt?

- Det er vigtigt at MED-udvalgene får et billede af, hvad man lokalt kan flytte rundt med, og hvad der er af bindinger. Spørg for eksempel ind til: Hvordan virker vores aktuelle styringsmodel? (jf. punkterne ovenfor). Hvilke bindinger ligger på prioritering og opgaver, fx i forhold til konsekvenser ved ændringer i opgaveløsninger og opgavesammensætning – bliver vi straffet eller belønnet for at ændre praksis?
- Hvordan er vores udgiftssammensætning og udgiftsstruktur lokalt? Hvad koster ressourcer, hvor får vi nettoindtægter, og hvordan kan vi øge vores økonomiske råderum?

Som hjælp til at forstå informationen er det værd at huske på, hvordan man kan opdele udgifterne afhængigt af hvordan og hvornår, man kan påvirke udgifterne. Lidt forenklet kan de samlede udgifter opdeles i fire hovedgrupper:

1. *Faste kapitalomkostninger* vedrørende dyrt apparatur, bygninger og anlæg m.v., som ikke på kort sigt varierer med aktiviteten.
2. *Øvrige faste omkostninger*, der ikke på kort sigt varierer med aktiviteten, f.eks. omkostninger knyttet til forskning, uddannelse, vagtberedskab, conferenceaktiviteter m.v.
3. *Personaleomkostninger*, der som udgangspunkt varierer med aktiviteten, men med en række bindinger (opsigelsesvarsler, minimumskrav til bemanning m.m.).
4. *Øvrige variable omkostninger*, der varierer direkte med aktiviteten, f.eks. omkostninger vedrørende medicin, implantater og utensilier, energi/el m.v.

Anbefalinger

- Få en grundig og tilbundsående gennemgang af jeres økonomi- og budgetstyring. Hold eventuelt et temamøde i MED-udvalget hvor en økonomimedarbejder gennemgår principper og konsekvenser. Det er relevant for *alle* MED-udvalg at kunne snakke med om økonomi og budgetter.

- Når der kommer nye eller ændrede opgaver til jeres område, bør relevante MED-udvalg altid drøfte om opgaven er finansieret, og om der følger ændret normeringer med.
- Følger der ikke ressourcer med en opgave, kan man altid bede om en drøftelse af ledelsens overvejelser om hvilke opgaver, der ikke længere skal løses.
- Ekstraordinære aktiviteter bør være finansieret, og de ressourcer, der følger med, bør medføre personaleudvidelse ved ekstraarbejde eller midlertidig justering af arbejdstiden.
- Bliver medarbejdere opmærksomme på, at der løses opgaver, der ikke er finansieret, eller som burde løses i andet regi, kan MED også drøfte det.

Læs mere

[Information om DRG systemet](#) fra sundhedsministeriets hjemmeside

Information om økonomiaftalen (se aktuelle notater på www.ftf.dk og www.oao.dk)

Udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet skal afrapportere i foråret 2013. Læs mere om udvalget [her](#)

B.4. Budgetopfølgning og drøftelse af konsekvenser

Når budgettet er vedtaget i oktober, er det vigtigt at se på, hvordan budgettet så bliver ført ud i livet på sygehusene og afdelingerne.

Nogle besparelser vil allerede være konkretiseret i det budget regionen vedtager. Men en del vil også være "rammebesparelser", som skal konkretiseres bagefter. Det vil sige besparelser, som er angivet ved en procent eller et beløb, og hvor det først senere skal besluttes, hvad der reelt skal spares på.

Det er også meget vigtigt at følge med i, hvordan økonomien udvikler sig. For hvis der er et underskud, skal det betales tilbage – og det kan ske med fyringer.

Det er normalt, at administrationen på sygehusene følger op på økonomien en gang om måneden. Og i alle regioner får Regionsrådene en økonomisk status mindst én gang i kvartalet.

Eksempel

Her gives et eksempel fra Region Hovedstadens budget 2012, hvor der blandt andet skulle spares 305 mio. kr. fordelt på de enkelte hospitaler efter budgettet var vedtaget:

"Besparelserne forudsættes gennemført ved yderligere tilpasninger og effektiviseringer, som udløser reduceret udgiftsniveau, og som kan gennemføres i 2012. Tilpasningerne udmøntes eksempelvis som omlægning af administrative funktioner, effektivisering af driftsorganisationen, optimering af arbejdsgange på de kliniske afdelinger, omlægning til kortere liggetid ved accelererede patientforløb, reduceret behandlingskapacitet eller lignende tiltag... Derudover er forudsat en vækst i aktiviteten på hospitalerne på 2 pct., svarende til 390 mio. kr. i DRG-værdi, som følge af produktivetsforbedringer" (s.40-41 i Budget 2012 Region Hovedstaden)

Derudover skal det nævnes som eksempel, at mange hospitaler i 2009 skruede gevaldigt op for aktiviteten, hvilket medførte at budgetterne blev overskredet. Det skulle efterfølgende betales tilbage med afskedigelser i 2010 og 2011. Hvis regionerne havde været bedre til at styre aktiviteten og følge med i udviklingen i forbruget, så havde det ikke medført så stort et overforbrug, som senere skulle betales tilbage med fyringer.

Anbefalinger og opmærksomhedspunkter

- Sørg for at følge med i, hvordan budgettet udmøntes, efter det er blevet vedtaget. Spørg hvordan budgettet rammer jeres afdeling osv.
- Hav budgetopfølgning som et fast punkt på MED-møderne. Så kan I se vurderinger af, hvordan det går med økonomien. Er regnskabet i plus eller minus? Bliver budgettet overskredet eller holder det? Hvis det ser ud til at blive overskredet – hvad kan I så gøre? Spørg ind til hvorfor der skal spares. Er det andre afdelinger, der bruger for meget? Er det praksissektoren eller medicinforbruget - hvor ligger problemet?

- Brug det øverste MED-udvalgs ret til at få beskrevet de konsekvenser, budgettet har for arbejds- og personaleforhold (i henhold til MED-rammeaftalens § 9, stk. 6 og "Aftalen om trivsel og sundhed på arbejdspladserne", § 7).
- Få skrevet ind i procedureretningslinjen, at MED-organisationen i november eller december måned skal følge op på budgettet, og at ledelsen på alle niveauer skal redegøre for konsekvenserne af det vedtagne budget.
- Husk at ledelsen altid har pligt til at drøfte beslutninger i MED-udvalget før de træffes, for eksempel om nedskæringer eller omlægning af arbejdet. Hvis ledelsen ikke overholder denne pligt, så anvend "det gule kort" i MED-aftalens § 20.

Læs mere

[Om procedureretningslinjer på oao.dk](#)

[Om "det gule kort" på oao.dk](#)

[Budgettjekliste på oao.dk](#)

C: Udvalgte opmærksomhedspunkter

C. 1. Arbejdsmiljø

Et godt arbejdsmiljø er med til at sikre, at medarbejderne har mulighed for og lyst til at blive i faget og på arbejdspladsen. Det mindsker sygefraværet og giver færre utilsigtede hændelser. Derfor kan det betale sig at investere i arbejdsmiljø.

Arbejdspladsvurdering (APV) som grundlag

Alle arbejdspladser skal ifølge arbejdsmiljøloven gennemføre en APV mindst hvert 3. år. APV'en hjælper med at sætte arbejdsmiljøet og arbejdsmiljøindsatsen i system, og en grundig og kontinuerlig APV-indsats er helt central, hvis I vil forbedre arbejdsmiljøet.

Når en arbejdsplads gennemfører APV, skal arbejdsmiljøorganisationen (AMO) inddrages i hele processen. Er man ansat på en arbejdsplads, hvor der ikke er krav om oprettelse af en AMO, skal medarbejderne deltage i APV-arbejdet på samme måde. AMO/medarbejderne skal desuden underskrive APV'en som dokumentation for at have deltaget.

På afdelings- og sygehusMED kan APV'en bruges som grundlag for at drøfte arbejdsmiljøet. Hvor der er krav om besparelser, kan APV'en bruges som dokumentation for, at det ikke er forsvarligt at spare på for eksempel personalet. Og med APV'en kan I pege på områder, hvor der er særligt stort behov for at forbedre arbejdsmiljøet. Hvis I sammenholder resultatet af APV'en med sygefraværet kan det give yderligere pejling om problemernes alvor.

Forebyggelse af arbejdsskader

Der er god grund til at være opmærksom på arbejdspladsens sikkerhed og på den løbende forebyggelse. Eksempelvis har Dansk Sygeplejeråd løbende 5-600 aktive sager, hvor fagforeningen har måttet træde til i en kompliceret ulykkessag. Nogle af arbejdsskaderne ender med, at medarbejderen må forlade faget eller søge pension. Det giver mange omkostninger, særligt for den enkelte men også for arbejdspladsen, der mister en erfaren medarbejder og for samfundet, der mister en skatteindtægt.

Sammenhæng mellem arbejdsmiljø og patientsikkerhed

Arbejdsmiljøet påvirker omfanget af de utilsigtede hændelser dvs. patientsikkerheden. [Sundhedsstyrelsen udgav i 2009 temarapporten "Arbejdsmiljø og utilsigtede hændelser i sundhedssektoren"](#). Rapporten viser, at høje belægningsprocenter, stress og u hensigtsmæssig tjenestetidsplanlægning kan være årsag til utilsigtede hændelser på sygehusene. I forbindelse med udarbejdelse af rapporten, er der gennemgået knapt 400 indberetninger om utilsigtede hændelser for at lære af personalets erfaringer. Endvidere er der i et litteraturstudie set på sammenhænge mellem arbejdsmiljø og patientsikkerhed. Omdrejningspunktet for litteraturstudiet er de arbejdsmiljøproblemer, som personalet har rapporteret f.eks.

- Arbejdspres
- Stress
- Uro
- Travlhed
- Overbelægning
- For lidt personale

En bedre patientsikkerhed kan også forbedre sygehusets økonomi. Eksempelvis har patienter, der får tryksår under deres indlæggelse, i gennemsnit to dages yderligere indlæggelsestid som følge af tryksåret.

Gode argumenter

- Godt arbejdsmiljø mindsker sygefraværet og forbedrer alene af den grund økonomien
- Godt arbejdsmiljø skaber øget kvalitet for patienterne
- Godt arbejdsmiljø er med til at skabe en attraktiv arbejdsplads, der kan tiltrække og fastholde gode medarbejdere
- Godt arbejdsmiljø mindsker antallet af arbejdsskader

Anbefalinger

- Følg op på den aktuelle dagsorden og tag en drøftelse af planer om opfølgning på jeres område.
- Gennemgå sygefraværet på hvert MED møde. Hvis der er afdelinger hvor sygefraværet er særligt lavt, kan det bruges til at samle gode erfaringer. Hvis der er afdelinger, hvor sygefraværet er særligt højt, bør der igangsættes en specifik indsats.
- Brug APV'en til at finde nogle områder, hvor der skal sættes konkrete arbejdsmiljøtiltag i gang, og følg op på de konkrete tiltag.

Læs mere

["Arbejdsmiljø og utilsigtede hændelser i sundhedssektoren", Sundhedsstyrelsen 2009](#)

C.2. Sygefravær

Det er en god ide at se på sygefraværet, og ikke kun når der skal findes besparelser. En indsats overfor sygefravær kan øge trivsel og arbejdsglæde, øge produktiviteten samt fastholde kvalificerede medarbejdere – både på kort og på langt sigt. Jo færre sygedage, jo færre ressourcer skal arbejdspladsen bruge på vikarer og nyansættelser, og jo flere kollegaer vil der være i det daglige.

En undersøgelse fra Danske Regioner viser, at hvis hver medarbejder i regionerne er syg en dag mindre om året, så svarer det til 403 fuldtidsansatte, som man vel at mærke ikke skal betale mere for.

Lavere sygefravær er et tema i økonomiaftalen

Sygefraværet i regionerne er et indsatsområde i økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne. Ifølge økonomiaftalen ligger sygefraværet i regionerne "på samme måde som andre steder i den offentlige sektor stadig højt". Regeringen og regionerne er enige om fortsat at arbejde for at nedbringe sygefraværet, og de vil særligt fokusere på de sygehuse og medarbejdergrupper, der har det største fravær.

Danske Regioner vil ifølge aftalen inden udgangen af 2012 udarbejde og offentliggøre en benchmark af fravær på sygehusniveau for at få større fokus og indsigt i fraværspøblematikker på de enkelte sygehuse og afdelinger. Parterne vil følge op i foråret 2013 (op mod den nye økonomiaftale).

Hvordan nedbringer vi sygefraværet?

Eksperter og praktikere peger på behov for en helhedsorienteret indsats. Det kræver mere viden om sygefravær og inspiration til, hvordan man kan fastholde medarbejdere og mindske sygefraværet på mange forskellige måder. Når en medarbejder bliver sygemeldt, skal hun have den nødvendige hjælp til at komme igennem sygdomsforløbet, og ikke miste tilknytningen til arbejdspladsen. Det bør ske gennem en god dialog mellem den syge og arbejdspladsen under hele fraværperioden.

Øget trivsel og bedre psykisk arbejdsmiljø kan mindske sygefraværet. En lang række faktorer er afgørende for trivsel på arbejdspladsen, såsom udviklingsmuligheder, sociale relationer, ledelsens indsats/ansvar og arbejdsvilkår. Med "Aftalen om trivsel og sundhed på arbejdspladserne" er der kommet et godt grundlag for at arbejde med sygefravær. Regionen /Kommunen skal for eksempel mindst hvert 3. år måle medarbejdernes tilfredshed og trivsel (APV), herunder det psykiske arbejdsmiljø. HovedMED skal aftale retningslinjer for indhold og opfølgning på målingerne. HovedMED skal også aftale retningslinjer om sundhed, og disse skal indeholde konkrete sundhedsfremmeinitiativer, fx tilbud om psykologhjælp, fysioterapi og massage.

Sygefravær kan også mindskes ved at have fokus på en høj hygiejne på arbejdspladserne. Alene bedre håndhygiejne giver færre sygedage hos personalet. Hertil kommer, at en relativ lille investering i bedre rengøring vil føre til et bedre indeklima og mindre smittefare, der vil resultere i færre sygedage.

Gode argumenter

- Mindre sygefravær giver flere ressourcer til at løse opgaverne i det daglige – uden at det koster ekstra
- Mindre sygefravær sætter gang i en god cirkel, hvor flere ressourcer i dagligdagen betyder at færre oplever en stresset arbejdsdag. Det giver større trivsel for hele personalet.
- Mindre sygefravær skaber mindre forvirring om opgaveløsningen. Det er med til at øge kvaliteten til fordel for både patienter og personale

Anbefalinger

- Gør omfanget af sygefravær til et fast punkt på møderne i MED
- Få arbejdet med at mindske sygefraværet med i opfølgningen på APV'en
- Få en politik for hvordan arbejdspladsen følger op overfor medarbejdere som er sygemeldt. Sørg for at politikken er kendt af medarbejderne.
- Det er vigtigt, at der i sygdomsperioden er en god dialog, så medarbejderen ikke føler sig "forfulgt" eller mistænkeliggjort, men at dialogen netop medvirker til fastholdelse.

Læs mere

[Aftalen om trivsel og sundhed på arbejdspladserne, KTO 2011](#)

["Sygefravær – en fælles udfordring"](#) (Regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet, juni 2008)

[FTF-notat om forskningsresultater om kommunalt sygefravær](#)

C.3. Vikarer og vikardækning

Overordnet gælder det om at sikre flest mulige i fast beskæftigelse på den enkelte afdeling. I en døgnbemanding er der dog brug for afløsning, hvor anvendelsen af vikarer er nødvendig.

Det gælder om at finde frem til bæredygtige løsninger i forhold til afdelingens økonomi, vikarernes arbejdsvilkår og arbejdsmiljøet for afdelingens personale.

Den offentlige økonomi bliver mere og mere presset. Det gælder også i regionerne, hvor der årligt er besparelser og produktivetsforbedringer, når budgettet vedtages. Den pressede økonomi rammer i høj grad normeringen. En FTF-undersøgelse viser, at der mange steder ikke er tilstrækkelige økonomiske midler til vikardækning ved medarbejdernes sygefravær. Den manglende vikardækning skaber risiko for et dårligt arbejdsmiljø i form af nedslidning, stress og øget sygefravær.

Vi anbefaler derfor, at vikarer og vikardækning bliver et af punkterne i budgetdrøftelserne i MED.

Eksempel på den gode løsning:

Enkelte hospitaler i Region Hovedstaden har vedtaget den løsning, at oprette interne vikarkorps. Formålet var at mindske udgifterne til fordyrende eksterne vikarkorps, og sidegevinsten var at vikarpersonalet indgik som ordinært og fast personale på hospitalet.

Nedenfor er der skitseret en række problemer og spørgsmål, der kan rejses i jeres MED-system. Vær opmærksom på, at det både er afdelingsMED og sygehusMED, der har en rolle her.

AfdelingsMED kan for eksempel drøfte problemer vedrørende den daglige manglende normering. Hvis tilbagemeldingen fra ledelsen er, at *"sådan er afdelingens økonomi, og det kan vi ikke ændre ved"*, skal I rejse drøftelsen i sygehusMED og eventuelt i hovedMED.

Spørgsmål om vikarer og vikardækning vil oftest munde ud i økonomidrøftelser om manglende økonomiske ressourcer, og derfor er samspillet mellem de forskellige MED-udvalgsniveauer og tillidsrepræsentanterne på de forskellige niveauer helt centralt.

Anbefalinger

- *Erstat de eksterne vikarer med interne vikarkorps på det enkelte sygehus.*
Ved oprettelse af interne vikarkorps skal I sikre ordentlige arbejdsvilkår for korpsets medarbejdere. Man skal fx have mulighed for en fuldtidsstilling.
- *Se på sammenhængen mellem ressourcer og arbejdsopgaver.*
Den stramme økonomi på sygehusene betyder, at sygefravær ofte ikke bliver dækket af en vikar. I kan rejse problemstillingen ved at se på sammenhængen mellem ressourcer og jeres arbejdsopgaver. Husk at følge op på problemstillingen i jeres MED udvalg, når budgettet foreligger.
- *Se på sammenhængen mellem arbejdsmiljø og vikardækning.*
Arbejdsmiljøet bliver forringet og stressniveauet stiger, hvis der gennemgående mangler vikarer ved sygefravær. Det er en god idé at bruge jeres sidste APV eller trivselsmåling,

når I drøfter sagen i MED. Særligt hvis den viser, at der allerede er et forhøjet stressniveau på den afdeling, der ikke får vikardækning.

- *Se på sammenhængen mellem kvalitet og vikardækning.*
Mangel på vikardækning ved sygefravær giver en dårligere udførsel af arbejdet. Det forringer patientsikkerheden. Brug jeres målsætninger for kvalitet i forhold til patienterne, så I kan påpege, at afdelingen ikke kan leve op til egne målsætninger om kvalitet og patientsikkerhed, når afdelingen konsekvent er undernormeret ved sygefravær.

Læs mere

[FTF-undersøgelse om vikardækning](#)

C.4. Ansatte på særlige vilkår

Der er primært 2 typer ansættelser på særlige vilkår: Ledige som kommer i såkaldt virksomhedspraktik, eller ledige der ansættes i løntilskudsjob.

Antallet af ekstraordinært ansatte på de regionale arbejdspladser er steget de seneste år. Det skyldes især den høje ledighed, og at de kommunale jobcentre i højere grad har fået øje på de regionale arbejdspladser som mål for oprettelse af flere pladser til aktivering af ledige.

Lovgivningen sikrer medarbejderindflydelse. TR for det område hvor ansættelserne skal ske, skal inddrages inden aktiveringen starter. TR skal høres og endelig godkende den påtænkte aktivering, for at sikre kravet om merbeskæftigelse er opfyldt, at forholdet mellem antallet af ansatte på særlige og på almindelige vilkår er opfyldt (1 ansat på særlige vilkår for hver 5 almindeligt ansatte). Og for at sikre at medarbejderne er blevet hørt og er indforstået med den påtænkte aktivering.

Et løntilskudsforløb skal være positivt og konstruktivt for den ledige og for arbejdsstedet, og må ikke misbruges til at opretholde normeringen i stedet for at have medarbejdere ansat i ordinære stillinger. Vi skal væk fra situationer, hvor et område først bliver nedprioriteret og derefter "opprioriteret" ved at ansætte i ekstraordinære stillinger til opgaver, der tidligere er blevet løst af fastansatte.

Løntilskudsordninger misbruges desværre en del steder. Ansatte i løntilskudsjob udfører det man kalder normalt og ordinært arbejde, og det er et klart brud på lovgivningen. Nedskæringerne i det ordinære personale får desværre nogle ledere til at tænke lidt for kreativt og ansætte personale i løntilskudsjob til ordinært arbejde.

Det er ledelse og medarbejdere, der sammen skal sikre at ansatte i løntilskud ikke misbruges ved at udføre arbejde, der ellers skulle have været løst af en medarbejder på almindelige overenskomstvilkår.

Hvis I har svært ved at trænge igennem overfor den lokale leder, kan I bruge loven om en aktiv beskæftigelsesindsats. Der står direkte, at evt. uenighed løses gennem en faglig voldgift mellem den faglige organisation, der dækker det pågældende fagområde, hvor løntilskudsjobbet oprettes, og Regionens HR-afdeling.

Vi anbefaler, at I aftaler principper med ledelsen, som sikrer, at TR eller den relevant FTR inddrages før arbejdspladserne opretter virksomhedspraktik eller løntilskudsjob.

I bør også sikre, at de sædvanlige personalepolitiske regler også dækker gruppen af ekstraordinært ansatte. Det kan I sikre gennem sygehusMED eller HovedMED. HovedMED skal desuden have en årlig drøftelse om ansættelse på særlige vilkår. Du kan læse mere i Rammeaftalen om det sociale kapitel.

Problemstillingen er ikke direkte relateret til budgetdrøftelserne, men hvis ledelsen misbruger løntilskudsordningen, kan det være tegn på, at midlerne ikke står mål med de opgaver, arbejdspladsen skal udføre. Og så giver det (også) mening at drøfte det i forhold til budgettet.

Anbefalinger og opmærksomhedspunkter

- Når man ansætter på særlige vilkår, skal der altid være et formål med aktiveringsforløbet.
- Ansatte i løntilskudsjob må ikke erstatte ansatte på almindelige vilkår. Hvis det sker, er det et anliggende både for de relevante faglige organisationer, TR og for MED-udvalgene. De bør i den sammenhæng drøfte den generelle økonomi og sammenhæng mellem opgaver og ressourcer på jeres område.
- Hvis I har svært ved at trænge igennem overfor den lokale leder, så tag det op i sygehusMED , hovedMED eller overfor relevante faglige afdelinger.

Læs mere

[Løntilskudsjob og virksomhedspraktik - En håndbog for tillidsrepræsentanter, FOA 2011](#)

[Ansatte på særlige vilkår. Vejledning til Tillidsrepræsentanter, OAO 2012](#)

C.5. Jobrotation på det regionale område

Med et rotationsprojekt kan I igangsætte efteruddannelse og kompetenceudvikling for det almindelige personale *samtidig med*, at kvalificerede ledige sikres arbejde som vikar og eventuelt efterfølgende kan tilbydes et arbejde på almindelige vilkår. Hele eller i hvert fald store dele af økonomien bliver finansieret af offentlige tilskud.

Kort fortalt bliver medarbejdere på uddannelse afløst af vikarer, som i høj grad betales af de offentlige tilskudsordninger. Offentlige tilskud gennem rotationspuljemidler kan på den måde være en vej til at finansiere efteruddannelse og kompetenceudvikling for personalet.

Det kan være en fordel for alle parter i en tid, hvor regionerne afsætter få penge til efteruddannelse og kompetenceudvikling.

Hvis I vil vide mere om ordningerne og økonomien til dem, så kontakt din faglige organisation.

Eksempler på rotations- og løntilskudsprojekter:

- FOA og Region Hovedstaden har sammen besluttet at gennemføre et uddannelsesprojekt, hvor det faste uddannede **rengøringspersonale** gennemfører en 1-årig uddannelse til serviceassistenter. Ledige indgår som rotationsvikarer efter de har fået den nødvendige introduktion. De får erfaring med servicejob på hospitalerne og evt. mulighed for fastansættelse og uddannelse.
- På grund af den store ledighed har flere **somatiske afdelinger** i regionerne kørt løntilskudsprojekter for nyuddannede sygeplejersker. Efter de er færdige med deres uddannelse, har de fået indføring til et somatisk speciale. Det har givet dem praktisk erfaring, mens de var jobsøgende.
- Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland og **Psykiatri og Social**, Region Midtjylland har i fællesskab tilrettelagt et jobrotationsprojekt med løntilskud. Her skal 60 kliniske sygeplejersker på efteruddannelse i forløb á 15 ugers varighed, og 35 ledige sygeplejersker skal fungere som vikarer. For de ledige nyuddannede sygeplejersker er der et trainee-forløb med uddannelse og virksomhedspraktik i 8 uger. Derefter bliver de ansat på ordinære vilkår i 15 uger.
- 20 sygeplejersker fra **Aarhus universitetshospital** og 20 fra **Aarhus kommune** skal på efteruddannelse i 14 uger. 20 ledige sygeplejersker skal fungere som vikar begge steder, første i 14 uger med løntilskud og derefter i 14 uger på ordinære vilkår. De har også mulighed for at blive ansat som sommerferievikar.

At bruge løntilskudsansatte som jobrotationsvikar kan ikke generelt anbefales. Men det vil være relevant blandt faggrupper, hvor ledigheden er høj – f.eks. nyuddannede sygeplejersker og pædagoger. Her vil et tilbud om at blive jobrotationsvikar indenfor de relevante regionale arbejdspladser være et bedre tilbud med bedre jobsigte end blot et almindeligt jobrotationsforløb.

For faggrupper med kortere erhvervsuddannelser som SOSU og pædagogiske assistenter vil det være bedre at benytte den særlige jobrotationsydelse. Her ansættes jobrotationsvikaren på fuldt normale overenskomstmæssige vilkår, men uden ret til genoptjening af dagpenge. Vikarperioden forlænger dog den lediges periode med ret til dagpenge.

Anbefalinger og opmærksomhedspunkter

- I kan sætte fokus på efteruddannelse og kompetenceudvikling for det eksisterende personale gennem jobrotationsprojekter.
- Hvis I har svært ved at trænge igennem overfor den lokale leder, så tag det op i sygehusMED eller HovedMED.
- Alternativt kan den faglige organisation forsøge at lave en aftale med regionen om målrettede efteruddannelsesprojekter med aktiv anvendelse af jobrotationsmodellen.

C.6. Nyttig og anvendelig dokumentation

Dokumentation, retningslinjer og registrering er en nødvendig og uomgængelig del af at sikre en høj kvalitet i den pleje og behandling, som ydes i sundhedsvæsenet. Vi skal kunne tilbyde patienterne den samme behandling af samme, høje kvalitet hver gang, og derfor er der behov for at følge nogle retningslinjer. Unødig registrering og bureaukrati tager derimod tid og ressourcer fra kerneopgaven.

For at det skal give mening for både patienter og personale, så er det vigtigt, at vi ikke har mere dokumentation end nødvendigt.

Den rette dokumentation og registrering øger kvaliteten, mens det modsatte sænker arbejdsglæden og fjerner motivationen til overhovedet at dokumentere noget.

En grundig gennemgang og nedjustering af kravene til dokumentation og registrering kan frigive ressourcer – for eksempel til at sikre mere personale til den direkte patientkontakt.

Men det er ikke kun relevant at se på mængden af dokumentation og registrering. Gode dokumentationssystemer og netværk er også afgørende. Der går megen tid fra patienterne på grund af langsomme og ustabile systemer, og systemer der ikke taler sammen, og derfor giver anledning til dobbeltdokumentation. Dårlige systemer og ustabile netværk bliver i den sidste ende ofte valgt fra.

Overflødig dokumentation?

En undersøgelse fra 2011 blandt ca. 1.000 DSR-medlemmer har vist, at sygeplejerskerne på hospitalerne opfatter knap en tredjedel af den daglige dokumentation som unødvendig. En stor del svarer, at de oplever at skulle dokumentere det samme i flere forskellige skemaer og systemer. Samtidig siger FTF'erne i den offentlige sektor, at de bruger ca. 60 mio. timer årligt på dokumentation og kontrol, og i en helt ny undersøgelse blandt 24.000 FTF'ere svarer næsten hver tredje, at bureaukrati forhindrer eller forstyrrer arbejdet med kerneopgaverne.

Er det nødvendigt at inddrage medarbejderne?

I en panelundersøgelse fra 2010 blandt ca. 2.000 offentligt ansatte FTF'ere viste det sig, at kun en tredjedel havde været inddraget i udvælgelsen af dokumentationsformer. De havde til gengæld en betydelig mere positiv vurdering af effekterne af dokumentationen end de, der ikke havde været inddraget. F.eks. vurderede 77 % af de, der ofte har været inddraget i dokumentation, at det er med til at udvikle fagområdet, mens det samme kun gjorde sig gældende for 42 % af de, der sjældent har været inddraget i dokumentation.

Hvordan skal vi dokumentere og registrere?

Selvom en stor del af dokumentationen i sundhedsvæsenet i dag foregår digitalt, er der fortsat mange steder, hvor man anvender f.eks. papirjournaler eller har oplysninger både på papir og digitalt. Det skaber ofte forvirring og unødige arbejdsgange for personalet, der gør det vanskeligere at dele og viderebringe information, og det kan føre til fejl, som påvirker patienterne.

EPJ er indført eller er under indførelse i alle regioner, men i mange år har man arbejdet på

en fælles elektroniske patientjournal (EPJ), som skal benyttes af ansatte i alle regioner. Det er blevet forsinket mange gange, og det er uklart, hvilken løsning man ender med.

Der er mange fordele ved digitale løsninger bl.a. at informationen er tilgængelig for flere personer, og eventuelt for både sundhedspersonale og patienter, uafhængigt af hvor man befinder sig. Derudover er der elektroniske muligheder for, at oplysninger indtastet et sted kan deles mellem flere forskellige systemer, så man kan spare arbejdsgange. På den anden side stiller digitaliseringen krav om adgangen til velfungerende IT-udstyr, og det stiller krav til personalets IT-kompetencer.

Anbefalinger og opmærksomhedspunkter

Spørg til indførelsen af digitale løsninger. Det er f.eks. relevant at se en tidsplan for indførelsen og udrulning af EPJ, hvis det ikke allerede er taget i brug. Derudover er det relevant at se på krav til IT-løsninger. Er de nye IT-løsninger kompatible med de øvrige systemer, der anvendes, er der behov for opdateringer etc.?

Indførelsen af digitale løsninger stiller krav til opdateret udstyr. Er der tilstrækkeligt med pc'er, til at den digitale løsning reelt bliver arbejdstidsbesparende, og er IT-udstyret tilstrækkeligt velfungerende, og er der planlagt gode IT-arbejdspladser?

Samtidig betyder indførelsen af ny dokumentation og teknologiske løsninger, at der særligt i starten er et ekstra arbejdspress og behov for efter- og videreuddannelse. Det bør MED drøfte, også inden den nye teknologi indføres.

Hvad kan vi gøre lokalt?

Krav til dokumentation og registrering kommer fra forskellige niveauer både nationalt, regionalt og mere lokalt. Derfor er der behov for en tæt dialog mellem MED på de forskellige niveauer, så f.eks. HovedMED bliver opmærksomme på, hvis dokumentationen lokalt opleves som et problem.

Udfordringsretten, hvor lokale institutioner kan udfordre krav og regler fra enten regionen eller fra staten, kan bruges til at rejse en diskussion om, hvilke regler der bliver anvendt. Hvis udfordringsretten skal anvendes fornuftigt, kræver det at medarbejderne bliver inddraget på alle niveauer – såvel i forslag til ændringer, som i drøftelse af forslagene centralt. Mange udfordringer er rettet mod lokale regler, hvor det er op til regionen selv at afgøre, om man ønsker at ændre dem. Tilsvarende kan der være behov for central opbakning, hvis de statslige regler skal kunne ændres.

Der kan også være behov for at drøfte, hvilke behov man lokalt har for dokumentation og registrering, for at sikre kvalitet i den daglige drift og udviklingen af opgaverne. Det må også drøftes i MED for at sikre involvering af alle medarbejdergrupper.

Anbefalinger

- Nye eller ændrede krav til dokumentation og registrering drøftes i MED. Formålet med drøftelserne skal være at få klarlagt behovet for den konkrete dokumentation og registrering.
- MED skal være bekendt med - og anvende - "Udfordringsretten", som giver mulighed for at man lokalt udfordrer centrale regler og lovgivning fra både region og fra staten.

- Brugen af digitale løsninger som f.eks. EPJ betyder nye arbejdsgange. Det bør drøftes i MED om det giver anledning til en ændret opgavedeling.
- I mange tilfælde ønsker regionerne at indhente de forventede besparelser ved øget dokumentation og brug af teknologi, før de er gennemført, for eksempel fordi besparelsen er regnet ind i de penge, som regionerne får fra staten (bloktilskuddet). Det bør MED drøfte og så vidt muligt undgå. Hvis ikke det kan undgås er det vigtigt, at MED får lavet en klar aftale om, hvad der sker, hvis den forventede besparelse udebliver.
- Nye systemer er ikke fejlfrie fra starten. MED bør drøfte, hvilke muligheder for ændring og videreudvikling, de kan kræve.

Læs mere

[Information om udfordringsretten](#)

C.7. Forbedring af arbejdsgangene

Hvis I tilrettelægger arbejdet bedst muligt, kan I få mere medindflydelse på eget arbejde, øget trivsel, mindre spildtid og bedre prioritering af opgaverne. På den måde kan forbedringer af arbejdsgangene være et positivt bidrag til at få mere for ressourcerne og en bedre økonomi.

Alle hospitaler arbejder på at forbedre arbejdsgangene. Et af de redskaber, som regionerne især har brugt er "LEAN," som er en særlig måde at se på, hvordan man kan gøre tingene smartere. Det handler om at fjerne "spild" og minimere overproduktion, ventetid mv.

Det skal ikke medføre, at der skal spares på personaleressourcerne, men at opgaven løses hurtigere og bedre, for eksempel med færre medicineringsfejl og et ensartet kvalitetsniveau.

Når I forbedrer arbejdsgange bør I fokusere på medarbejdernes trivsel i processen og på, at der vil blive fulgt op med måling og evaluering af processen gennem APV og trivselsmålinger.

Det er også vigtigt, at medarbejdere sikres nødvendig oplæring og kompetenceudvikling, og at det sker gennem brug af MUS og af individuelle udviklingsplaner, jf. "Aftalen om kompetenceudvikling".

På sygehusene er det også vigtigt at aktiviteterne registreres ordentligt, så man sikrer sig at afdelingen lever op til kravene om øget aktivitet.

Eksempel

I nogle regioner uddanner man LEAN konsulenter og agenter, og har oprettet enheder der kun arbejder med LEAN.

Man anvender også såkaldt "patientinventering" eller "waste identification tool", som også skal minimere spild. Her handler det om at have fokus på, om patienten er på rette sted på rette tidspunkt. Målet er, at undgå at patienten er på et andet sted end planlagt, for eksempel hjemme eller på patienthotel, når de egentlig skulle være på operationsstuen. Hvis det lykkes, kan man få bedre patientforløb og lavere omkostninger.

Vær opmærksom på

At Lean også kan føre til, at opgaverne bliver standardiserede, og medarbejderne får mindre indflydelse på eget arbejde. Så kan det blive sværere at tage individuelle hensyn til brugerne.

Arbejd for, at Lean ikke bliver en spareøvelse. Hvis der spares tid, skal det gå til personalet.

Anbefalinger

- Gå aktivt ind i arbejdet med at ændre og forbedre arbejdsgangene. Hav fokus på det løbende og på, hvordan det kan forbedre patientforløbene.
- Ændring af arbejdsgange skal bygge på inddragelse af alle de berørte medarbejdere.
- Medarbejdernes viden er en forudsætning.
- Hvis Lean skal blive en succes, kræver det samtidig, at gevinsten ikke går til besparelser. Gevinsten skal tilfalde afdelingen og personalet.
- Det er vigtigt at holde fokus på arbejdsmiljøet.
- Det vigtigt, at der ikke slækkes på selve den faglige indsats.

- Lav en procedureretningslinje, hvis der skal arbejdes systematisk med LEAN. Så kan I sikre jer, at medarbejderne inddrages i arbejdet.

Læs mere

[Procedureretningslinje for LEAN på hospitalerne](#)

Læs om patientinventering på Aalborg Sygehus [her](#)

Læs mere om "waste identification tool" og hvordan en dansk udgave anvendes i praksis [her](#)

C.8. Opgaveflytning, centralisering og arbejdsdeling

Opgaveflytning har store og ofte usikre konsekvenser for de berørte medarbejdere og for regionernes økonomi.

Når Regionerne arbejder med budget og økonomi, kigger de ofte på placeringen af opgaverne: Kan vi spare penge ved at centralisere opgaver? Er der problemer med den måde, det fungerer på i dag? Både udgifter og kvalitet er i spil. Samtidig har resultatet stor betydning for medarbejderne – både i forhold til hvor de skal arbejde, hvad de skal lave og hvem der er deres chef.

Der er også fokus på, hvilke faggrupper der skal varetage opgaverne.

Arbejdsdeling

Med baggrund i trepartsforhandlingerne i 2007 blev Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Danske Regioner, KL, Yngre Læger, Foreningen af speciallæger, Dansk Sygeplejeråd, DL – Patient | Administration | Kommunikation og FOA enige om at arbejde for en mere fleksibel opgavevaretagelse og opgaveflytning.

Herunder skulle der sættes fokus på "Opgaveflytning til medarbejdere på lavere specialiseringsniveau" (efter "LEON"-princippet om at løse opgaverne på laveste (og billigste) specialiseringsniveau). Det kan understøtte, at specialistkompetencerne anvendes målrettet til de opgaver, der forudsætter specialiserede kompetencer, med det formål at højne kvaliteten og sikkerheden for patienter og borgere.

Opgaveflytning og centralisering

Sundhedsvæsenet har en lang tradition for at arbejde med specialeplanlægning og fordelingen af opgaver ud fra en faglig vurdering. Samtidig er der fokus på, hvordan opgaverne kan løses billigere og bedre. Det kan være ved at:

- Samle dem i større enheder.
- Opdele i planlagte og akutte opgaver.
- Flytte opgaver mellem regioner og kommuner og mellem stationær og ambulans kontakt.

I de seneste år har der også været fokus på at finde besparelser ved at centralisere en række fællesfunktioner: Administration og HR, Køkken, service m.v. De initiativer kan ses som led i en generel strategi for centralisering i den offentlige sektor, og er delvist igangsat på baggrund af økonomiaftalerne mellem regeringen og regionerne.

Tilsvarende har flere regioner fokuseret på organisering af serviceområdet og på anvendelsen af serviceassistenter, herunder om serviceområdet skal placeres i en selvstændig "søjle" eller høre ind under de enkelte afdelinger og afdelingsledelser.

Mange steder har positive erfaringer med at introducere uddannede serviceassistenter og udvikle serviceområdet i stedet for at udlicitere det. Resultaterne har både været en mere effektiv opgaveløsning og bedre kvalitet ved eksempelvis at kunne sætte fokus på hygiejne.

På baggrund af trepartsforhandlingerne var der mellem parterne også enighed om, at arbejde for at fjerne barrierer for fleksibel opgavevaretagelse og opgaveflytning. Parterne var også enige om, at arbejde med, hvordan kompetenceudvikling i form af oplæring eller efteruddannelse kan understøtte fleksibel opgavevaretagelse og opgaveflytning.

Dette arbejde kan f.eks. ske i MED-udvalgene og gennem ad hoc samarbejde både internt og på tværs af organisationer og myndigheder.

Anbefalinger

- Hvis I arbejder efter LEON-princippet eller igangsætter andre initiativer, der kan resultere i opgaveflytninger, har det betydning for fordelingen af budgettet, og det bør drøftes i sammenhæng med budgetbehandlingen i MED.
- Hvis I har en strategi for kompetenceudvikling i forhold til at understøtte LEON-princippet, m.v. bør MED drøfte den løbende, også i forbindelse med budgetbehandlingen.
- Vær opmærksomme på, om man har fulgt begge procedureretningslinjer om henholdsvis budget og omstilling i forhold til de konkrete opgaveændringer, herunder om opgaveflytninger indgik i sidste års budgetbehandling, og om MED-organisationen er inddraget på rette niveau forud for beslutning/indstilling.

Læs mere

[En styrket indsats for at fremme fleksibel opgavevaretagelse og opgaveflytning på sundheds- og ældreområdet](#)

[Fleksibel opgavevaretagelse, FOA](#)

["Serviceassistenter – ledelse og Organisation", KORA 2012](#)

C.9. De fysiske rammer, energioptimering og indretning

Når bygninger skal renoveres kan personalet pege på, hvordan man kan bruge mindre energi og dermed spare ressourcer.

Personalet kan også i hverdagen pege på eventuelle oplagte energispare-muligheder. Samtidig er det vigtigt, at hospitalet indrettes, så de sikrer de mest effektive arbejdsgange. Det kan ske ved ændringer af eksisterende lokaler, men også i forbindelse med planlægningen af de nye supersygehuse.

Det er vigtigt, at medarbejderne allerede i planlægningen er med til at bestemme, hvordan lokalerne bliver indrettet, så de indrettes bedst muligt i forhold til arbejdsgange mv.

Syddansk Sundhedsinnovation

Syddansk Sundhedsinnovation har indrettet en "test hal", hvor man kan afprøve indretningen af lokaler på sygehusene inden de skal renoveres eller bygges. Det kan for eksempel være vigtigt at vide, hvor stort et bad/toilet skal være, hvor meget plads skal der være rundt om sengene for at give bedst mulig plads til personalet.

Forskere på Danmarks Teknologiske Universitet har beregnet, at man i gennemsnit kan spare 1,30 kr. for hver 1 kr. man investerer i offentlige bygninger. Det betyder med andre ord, at det er en god forretning for mange offentlige institutioner at investere i energibesparelser.

I forbindelse med energiforbedringer skal der være mulighed for at få del i gevinsten for både institutionen og medarbejderne. På den måde sikrer man incitamentet til at få den største effekt.

Det er tit nødvendigt at starte med at afdække det faktiske besparelspotentiale i den enkelte institution afhængig af for eksempel bygningsstand, vedligeholdelse, anvendelsesgrad. Se nærmere på bygningens ventilation og isolering i ydervægge og vinduer. Er der behov for renovering også udover energimærkningens påpegning af umiddelbart rentable investeringer?

Det er vigtigt, at alle personalegrupper er med til planlægning, hvordan indretningen af de nye sygehuse skal være, så man tager hensyn til så meget som muligt i indretningen.

Anbefalinger

- Brug trivselsmålingerne og arbejdspladsvurderingerne til at pege på forbedringer af de fysiske rammer og indretningen.
- Lad det tekniske personale komme med forslag, der kan forbedre energianvendelsen, for eksempel i forbindelse med renoveringer.
- Foreslå, at I får del i de eventuelle besparelser, som renoveringerne vil medføre.
- Vær allerede i planlægningen af de nye sygehuse med til at pege på, at personalet skal inddrages i indretningen af lokalerne. Foreslå at I tester forskellige indretninger sammen.

Læs mere

[Om trivselsmålinger på OAO's hjemmeside](#)

C. 10. Personaleudvikling og uddannelse

Sygehusene har en vigtig funktion i forhold til at uddanne det nuværende sundhedspersonale, der allerede arbejder på sygehusene, så de lever op til fremtidens kompetencekrav.

Men regionen er også forpligtet til at levere kvalificeret praktikophold for fremtidens sundhedspersonale: De studerende og elever.

Det regionale sundhedsvæsen er ved fundamentalt at ændre sygehusstrukturen, plejeopgaverne, indlæggelsestiden og samarbejdet til det kommunale sundhedsvæsen. Det stiller skærpede og ændrede krav til medarbejdernes kompetencer.

Men vi står desværre overfor et paradoks. Mens der er et stort behov for efteruddannelse og kompetenceudvikling ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, så går regionernes sparekrav ofte hårdt ud over budgettet til netop efteruddannelse og kompetenceudvikling.

Vi anbefaler derfor, at personaleudvikling og uddannelse bliver et af punkterne i budgetdrøftelserne.

Eksempel på fokus for uddannelsesbehov på Roskilde sygehus

På Roskilde sygehus har kirurgisk afdeling igangsat en kompetenceafklaring af alle medarbejdere. Formålet er, at medarbejderne altid har de kompetencer, som er nødvendige for at løse afdelingens arbejdsopgaver. Der skal i den forbindelse udpeges udviklings- og uddannelsesbehov for afdelings- og individniveau.

Eksemplet illustrerer, at der bør være sammenhæng mellem kvalificeret beskrevne og afklarede uddannelsesbehov på arbejdsstedet og økonomien til efteruddannelse i budgettet.

Anbefalinger

- Se på regionens, sygehusets eller afdelingens strategier og målsætninger for fremtiden, både i forhold til den sundhedsfaglige udvikling og den kompetenceudvikling, der skal ske. Der skal være en realistisk sammenhæng mellem den faktiske sundhedsfaglige udvikling og den relaterede faktiske kompetenceudvikling.
- Få arbejdsstedet til at udvikle en kompetenceprofil og uddannelsesprofil for alle ansatte, så arbejdsstedet har en *målsætning* for de nødvendige kompetencer til løsning af arbejdsopgaverne og en *plan* for, hvordan medarbejderne og ledelsen tilegner sig kompetencerne. Hvis der er en objektiv og beskrevet uddannelsesprofil i forhold til de kompetencer medarbejderne besidder, så er I klædt bedre på til at drøfte økonomi i forhold til efteruddannelse og kompetenceudvikling, når budgettet skal drøftes i MED udvalget.
- Hvis I har svært ved at finde den nødvendige økonomi til personaleudvikling og uddannelse, så kan I bruge de offentlige tilskudsordninger, hvor der kan findes en stor medfinansiering (se punktet om "Ansatte på særlige vilkår").
- Det også helt afgørende, at der ikke bliver sparet på de studerendes og elevernes uddannelsespraktik. Mange steder oplever de studerende og eleverne et dårligt praktikforløb, fordi der ikke er afsat den nødvendige tid og ressourcer til deres forløb.

De fortsatte nedskæringer og dårligere normeringer belaster det uddannedes personales tidsforbrug til de studerende og eleverne.

- Studerende og elever skal opleve et kvalificeret praktikforløb når praktikken forløber på sygehusene, så det er vigtigt, at I sætter praktikforløb på dagsorden i budgetdrøftelserne, og at I sikre, at der afsættes de nødvendige ressourcer til de studerende og eleverne.

C. 11. Innovation

Innovation handler om at omsætte gode ideer til praksis. Målet er at gøre tingene på en smartere og mere effektiv måde, eller at forbedre selve de ydelser, som borgerne modtager.

Der er mange måder at innovere på: Det kan være ved hjælp af ny teknologi og forskning, det kan være medarbejderne selv, der får ideerne, eller det kan være ved at inddrage borgere, brugere og private virksomheder.

Som led i innovation og udvikling af arbejdet bør man også se på udviklingen af medarbejdernes kompetencer, og herunder hvordan MUS og udviklingsplaner kan indgå.

Forskerne skelner mellem to typer af medarbejderdreven innovation:

- Medarbejderdreven innovation af første orden, der handler om de små forandringer, vi foretager i hverdagen, som oftest uden inddragelse af ledelsen – og uden for deres opmærksomhed.
- Medarbejderdreven innovation af anden orden, hvor ledelsen styrer innovationsprocesser, måske i form af temadage med medarbejderne.

Forskning viser, at medarbejderne har viden og erfaringer om praksis, procedurer og teknologi, der har potentiale til at føre til innovative løsninger. Men medarbejderne er tit usynlige i innovationsprocessen. Der er også tit fordomme om, at medarbejderne er for 'begravede i hverdagen' til at kunne tænke nyt. Så bliver medarbejderne reduceret til dem, der skal bære de innovationsprocesser, der bliver sat i gang af ledere og innovationseksperter.

Det vil være gavnligt at se medarbejderdreven innovation som mere end nye teknologier, tjekkede innovationsmetoder og -processer. Det er også innovation, når medarbejderne forholder sig reflekterende, kritisk og konstruktivt til bestående teknologier og arbejdsprocesser og foreslår ændringer og videreudvikling.

Særligt om ny teknologi

Arbejder man med at indføre ny teknologi som et middel til at frigøre ressourcer og forbedre kvaliteten, er det også meget vigtigt at inddrage medarbejderne. Det er medarbejderne, der har den nødvendige viden om ydelser og arbejdsgange, og hvad der kan forbedre dem. Hvis ikke teknologien hjælper i det daglige, bliver den en hæmsko for medarbejderne. Så er der stor sandsynlighed for, at teknologien ikke bliver brugt, eller ikke bliver brugt sådan, som den var tiltænkt.

Eksempel: Idéklinikken i Nordjylland.

Formålet med Idéklinikken er, at ansatte på sygehusene i Region Nordjylland, patienter, pårørende og andre interesserede har et sted, de kan henvende sig for at få præcis den hjælp, de har brug for til at komme videre med deres idé.

Idéklinikken tilbyder "diagnosticering og behandling" af din idé! Det betyder, at de kan hjælpe med at vurdere, hvordan en idé eller opfindelse bedst kan blive til virkelighed. Enten som et produkt, der kan patenteres og sælges, eller et koncept der kan lette det daglige arbejde på den ene eller anden måde.

Idéklinikken kan hjælpe med at:

Undersøge om en idé kan patenteres eller beskyttes.

Vurdere markedspotentialet for idéen.

Lave sundhedsøkonomiske beregninger – Sparer din idé tid eller andre ressourcer, som så

kan bruges andre steder?

I fællesskab udarbejde en diagnose og en behandlingsplan for den enkelte idé: Hvordan kommer vi bedst videre med idéen? Hvem skal involveres? Kan den videreudvikles? Er der nok potentiale i idéen, har Ideklinikken mulighed for at frikøbe internt ansatte for kortere eller længere perioder, hvis de ønsker og gerne vil arbejde fuld tid med deres idé.

Innovation og ny teknologi kan udvikle og effektivisere arbejdsgange og ydelser. Det ligger højt på dagsordenen, når besparelserne ruller frem. Medarbejderdrevet innovation kan gavne *både* kvaliteten *og* medarbejdertilfredsheden. Der er desuden mulighed for at finansiere udviklingen gennem støttepuljer.

Men innovation risikerer også at blive rene "konsulentprojekter" uden reel inddragelse af medarbejderne. Det kan også være et modeord, der bruges og misbruges i alle mulige projekter, som medarbejdere og ledere ikke kan se sig selv i. Endelig kan ny teknologi fremmedgøre medarbejderne, hvis det indføres uden deres inddragelse.

I MED er det en god idé at drøfte, hvordan man sikrer, at de gode forslag fra medarbejderne og ændringsforslag bliver taget alvorligt og bragt videre, når det er relevant. For eksempel forslag til forbedring af it-systemer, der ikke fungerer optimalt.

Her er det vigtigt, at etablere en systematisk tilbagemelding til IT-afdelingen og leverandørerne, så der bliver skabt både læring og videreudvikling af systemerne.

Anbefalinger

- Region/sygehuset/afdelingen bør have en strategi for at fremme (medarbejderdrevet) innovation. Strategien bør drøftes i MED-organisationen.
- MED-udvalget kan drøfte, hvordan man kan innovere bløde områder som for eksempel samarbejdsformer og dokumentation.
- Medarbejderne bør have både frihed og rum og de nødvendige kompetencer til at gennemføre nye ideer - fx ved frikøb gennem de forskellige støttepuljer og via kompetenceudvikling.
- Medarbejderne bør inddrages systematisk og "fra neden". Der bør arbejdes for at skabe en kultur, hvor alle kan og tør stå frem med de gode idéer.

Læs mere

[Anbefalinger og gode eksempler fra FTF](#)

[Strategi for medarbejderdrevet innovation fra LO](#)

[Kvalitet og trivsel gennem medindflydelse – redskab til små forbedringer \(KTO og KL\)](#)

Læs om Ideklinikken [her](#)