

Til sparegruppen.

Jeg har 2-3 forslag til besparelser:

I Midt-EPJ indsættes kostpriser i:

- 1) medicinmodulet for den ordinerede medicin (enkeltvis for hvert præparat og for den aktuelle samlede ordination (pris i alt))
- 2) laboratoriemodulet for den ordinerede biokemiske undersøgelse
- 3) i henvisninger til eksempelvis billeddiagnostisk afdeling

Begrundelse: ovennævnte forslag vil givetvis få især læger til at overveje nødvendigheden af deres ordinationer.

Ved de anledninger, hvor vi i vores afdeling har drøftet priser på laboratorieundersøgelser, har det givet anledning til overvejelser, om en given undersøgelse gav 'value for money'. På medicinområdet kan der i psykiatrien (hvor jeg arbejder) være stor økonomisk forskel på et dyrt præparat og et billigt alternativ - og paradokset forstærkes, hvis det billige præparat viser sig mere effektivt end det dyre!

Der vil naturligvis være omkostninger forbundet med at foretage ændringer i EDB-systemet, herunder vedligeholdelse af prisdatabaser, men jeg vil tro, at synliggørelse af prisen i kroner og ører for den enkelte læge, der bestiller disse ydelser, vil medføre en forbrugsdæmpende adfærd og dermed rumme potentiale for væsentlige besparelser.

Forslagene rummer ikke en intention om at undlade nødvendig behandling, blot en bevidstgørelse af omkostningsniveauet for den enkeltes (be)handling.

Spareforslag

Når afdelinger og ambulatorier skal bestille blodprøver på patienterne mødes de af et ganske stort og ofte uoverskueligt udbud af analyser, og ofte får vi her på biokemisk afdeling forespørgsler om hjælp til at bestille analyser i EPJ, hvilket vi desværre ikke kan bistå med, da vi på laboratoriet arbejder med LABKA.

I stedet for at få bestilt en helt almindelig, og billig hæmoglobin, ender det derfor nogen gange med at der bliver bestilt en fraktioneret hæmoglobin, eller måske endda en gentest. Nogen af disse fejlbestilte, og ganske unødvendige analyser er meget dyre.

Mit forslag er derfor at synliggøre de mest anvendte analyser i EPJ's opslagsværk, evt. vise prisen, så rekvirenten er opmærksom på at få bestilt det rigtige. På den måde kan der spares mange penge.

Til rette vedkommende.

Spar æble- og appelsinjuice på korttidsafsnittene / sammedagskirurgi.

Da patienterne kun er i hospitalsregi i få timer, behøver de ikke at blive tilbudt både kaffe, the, chokolade (fra automat), æblejuice, appelsinjuice, saft med og uden sukker og vand.

For nyligt fik vi en mail hvor af det fremgik at NYE medicinudgifterne pr år stiger fra 400 mio i 2016 til 1100 mio i 2019.

Denne stigning er desværre ikke delt ud på de forskellige specialer, men jeg vil gætte på at tre specialer står for mindst 80% af denne stigning.

Det betyder at andre specialer skal spare, selv mit speciale endokrinologien hvor den adipøse og diabetiske pukkel endnu ikke har nået sin top.

Skal nogle specialer overforbruge af nye medicintyper og andre skære ned på deres aktiviteter ? det vil være helt urimeligt Hvis disse medicintyper skal ind under samme budget (sundhedsbudgettet i region) svarer det til en lille familie der har uændret budget og faderen køber en Ferrari selvom den samlede husstandsindkomst bare er sv.t. middeklassens. Det går jo ikke.

Enten skal medicinudgifterne NULSTILLES, eller der skal oprettes et PRIORITERINGSMINISTERIUM dertil, så det vanlige sundhedsbudget ikke skydes i sænk. Jeg stemmer på sidstnævnte mulighed

Dette er måske ikke et egentligt spareforslag. Men jeg føler mig pikeret af, at man i HEV nu kun indkøber eks. økologiske mejerivarer.

De er dyrere end ganske almindelige mejerivarer, som de fleste af os, også patienter, bruger i det hjemlige køkken.

Er det fordi man ikke anerkender de danske, ganske stramme, grænseværdier for konventionelt mejeribrug og fødevarer, eller hvad er intentionen?

Det kan godt være, nogen mener, de er sundere. Men dette må være et personligt valg. Det er klart, at hvis man bestemmer sig for at købe økologisk, så er det dyrere. Og disse penge kan så ikke bruges i patientbehandlingen.

Jeg mener, at man må følge de anerkendte fødevaregrænser.

I forbindelse med skift mellem arbejdsplads indenfor regionen, har jeg flere forslag der kan gøre processen lettere, billigere og give mere arbejdskraft for de samme penge:

Når en medarbejder i Regionen flytter fra en enhed til en anden (Eks. Vest til Midt) skal man deltage i en introduktionsdag. Her bliver bl.a. informeret om Regionens opbygning, MED-udvalg, håndhygiejne, brandslukning og genoplivning. Alle emner som man allerede har kendskab til og en del som er obligatorisk e-læring. Det er mildest talt spild af tid. Og det foregår i alle enheder hver måned! Det er altså rigtig mange mennesker/arbejdstimer det drejer sig om. Der må kunne laves korte forløb (en time) med specifik arbejdsplads information til "gamle" regionsmedarbejdere, så vi kan komme i gang med at arbejde.

Jeg har lagt mærke til at strategiplaner for de enkelte enheder ligner hinanden til forveksling. Man må kunne man spare en del kontortimer i enhederne, ved at lave en overordnet regionsstrategi.

Der skal udfyldes børneattest HVER GANG der skiftes arbejdsplads. Det må da kunne tjekkes, at jeg allerede har afleveret en ren attest for ikke så mange år siden.

Desuden er det mig uforståeligt at der ikke er koordinering mellem HR-kontorene, så de kan se hvor jeg er indplaceret lønmæssigt. Som det er nu skal jeg udskrive sidste lønseddel (fra Region Midtjylland) og aflevere den på HR-kontoret, for at få den rigtige løn (fra Region Midtjylland).

Disse forslag vil gøre det lettere for os der flytter arbejdsplads indenfor regionen og samtidig spare en del spildtid på flere kontorer.

Kære sparegruppe.

I forbindelse med mit arbejde på KBA i Herning bliver vi ofte nødt til at tage dobbeltanalyser på flere patienter. Når patienter går hos flere ambulatorier/afdelinger rundt i huset vil lægerne/sygeplejerskerne bestille hver deres blodprøver, selvom det er de samme analyser de bestiller.

Mine kollegaer og jeg har ofte talt om, at det ville medføre en stor besparelse, hvis den pågældende person, der bestiller prøverne, bliver mindet om, ved f.eks. en pop up meddelelse, at de pågældende analyser er bestilt i forvejen eller, at de f.eks. kan efterbestille, hvis der er taget de glas der skal bruges f.eks. på morgenrunden.

Når patienten kommer i vores ambulatorium bliver vi nødt til at tage alle analyser fra begge rekvisitioner selv om det er dobbeltarbejde og i samme indstik, da begge læger fra de 2 afdelinger/ambulatorier skal kvittere for svar. (Dvs. have ansvar for at de har set og reageret på deres analysesvar)

Derudover er en årsag til dobbeltanalyse, at praksislægerne ikke kan se de svar, deres patienter har fået taget på f.eks. sygehuset. Bør alle analysesvar ikke være tilgængelige for egen læge, hvis patienten har givet samtykke til det ved indlæggelsen?

Til rette vedkommende

Jeg tillader mig her at komme med et bud på, hvad jeg tror, vil kunne skabe store besparelser for regionen.

Stigende medicinudgifter har været nævnt som et af de områder, hvor regionens udgifter er steget voldsomt.

Hermed et forslag til besparelse af medicinudgifterne:

Når en borger indlægges på sygehuset er alle efterhånden vant til at medbringe bl.a. egne toiletsager, hvorfor ikke også medbringe egen medicin?

Hvis jeg fx hjemme hver dag fik 4 tabletter for hjertet og indlægges med fraktur i et ben pådraget under en skiferie, kan jeg sagtens selv fortsætte med at spise de tabletter jeg er vant til hjemmefra, altså medbringe dem og opbevare dem i mit sengebord.

Nogle borgere vil have behov for hjælp. De er måske vant til hjemmefra at der kommer en hjemmesygeplejerske og hælder medicinen op i doseringsæsker. Har denne borger egen medicin med, vil proceduren som borgeren er vant til hjemmefra kunne overføres til sygehuset. Det betyder også, at eventuelle medicinændringer vil kunne foretages sammen med borgeren på stuen og dermed minimere risikoen for fejl efter udskrivelse.

Medicinskabet flyttes altså ud til patienterne. I stedet for at sygeplejersken kommer med medicinen til patienten, vil hun i stedet enten hjælpe på stuen, eller blot minde patienten om at huske det der, hvor der er et behov for det.

Der vil ved medicinændringer stadig være et behov for at udlevere medicin, men det vil under alle omstændigheder være i et mindre omfang end det som udleveres i dag. Ligesom evt. smertestillende medicin kun anvendes ifm. indlæggelsen og behandlingen, og derfor ikke er noget borgeren selv har med.

De borgere som hjemme får dosispakket medicin oplever også, at den medicin som de ikke har spist pga. indlæggelsen går til spilde, da disse pakninger er mærket med dato og derfor følger faste leveringstidspunkter.

Jeg synes man skal fjerne samtlige Apple produkter i ILM kataloget og erstatte dem med nogenlunde tilsvarende og meget billigere produkter.

Det må være de færreste der reelt har behov for, at deres arbejdsredskab nødvendigvis skal hedde iPad eller en iPhone.

Der er naturligvis behov for, at der samtidig gøres opmærksom på, at produkterne heller ikke må indkøbes uden om ILM.

Jeg ved ikke hvor mange m2 kælder der er under Skejby sygehus, og jeg ved ikke hvor mange omklædningsrum der er, men jeg ved at rigtig meget lys i de omklædningsrum står tændte døgnet 24 timer.

Jeg tror man kunne spare rigtig meget, hvis der kom automatisk tænd/sluk funktion i omklædningsrummene/baderummene/ toiletterne i kælderen, da der altid er næsten fuldt oplyst.

Bare i et omklædningsrum er der jo adskillige lamper, så er der lamper på hvert for-toilet og på selve toilettet, og så er der adskillige lamper i hvert baderum, hvorfor folk ikke slukker efter sig ved jeg ikke, men det gør de ikke.

Slank kvalitetsorganisationen. Det er ikke nødvendigt med fuldtidsansatte kvalitetsmedarbejdere i afdelingerne. Nogle få centralt placerede på hospitalerne som tager på rundtur til resten af afdelingerne efter behov.

Opsæt en standard for personalenormering baseret på de mest effektive hospitaler.

Fjern bagvagt-tillæg for funktioner som sjældent bruges (servicechefer/tekniske chefer/maskinmestre). Der er forskel på tværs af regionen.

Jeg har, ligesom resten af hospitalet og måske også resten af regionen, modtaget et ekstra print, som jeg ikke kan bruge til noget som helst, hver gang jeg udskriver en fremsøgt aftale inde i EPJ.

Hvis vi skulle spare noget papir og toner, så skal det ekstra print ikke udskrives. Jeg har henvendt mig to gange til Sundheds IT, som har fejlmeldt det, men det bliver altså ved med at komme ud.

Større grad ift. at den indlagte patient medbringer og iføre sig eget tøj i stedet for hospitalstøj.

Har daglig gang som ergoterapeutvikar på Neurokirurgisk afd. NBG, AUH.

I rehabiliteringsøjemed giver dette stor mening (og mere realistisk vurderinger ift. vurdering af funktionsevne). Min oplevelse er at patienterne føler sig "mere som sig selv" når de iklæder sig eget tøj, større lyst til mobilisering, mindre grad af "sygerolle".

Ved at medicinske afdelinger på Regionshospitalet Silkeborg har gjort sig erfaringer med dette koncept – ved ikke noget om det økonomiske perspektiv.

Det skal selvfølgelig fortsat være muligt at låne fx undertøj og strømper. Ligeledes at patienter med specielle behov kan låne tøj som normalt.

Spar på strømmen kampagne – tror der er rigtig meget at spare, hvis man husker at slukke for lys, computere m.m. TV slukkes på el-kontakten, således det ikke står standby – kaffe hældes på termokander, så kaffemaskiner ikke bruger strøm til at holde kaffen varm med.

Gjorde øvelsen derhjemme sidste år – vi sparede 20% på el-regningen

Har et forslag til besparelse. Synes der skulle kikkes på hvem der går i det blå operationstøj, da det efter sigende kun kan vaskes 15-16 gange og har en chip i sig der registrerer hvor mange gange den kan vaskes inden destruktion.

Alle læger og jordemødre i vores gyn.obs. afdeling går i det blå tøj, som hvis kun er nødvendigt til højrisiko-operationer.

Spareforslag

Jeg vil foreslå at påbegynde eller speede processen med fulddækkende MidtEPJ. Jeg ved ikke, hvor langt man er på nuværende tidspunkt.

Dette ville frigøre rigtig mange lønkroner, som i dag i Kræftafdelingen bruges til sekretærer, en stor stab piccoloer samt plejepersonale til rekvirering, omdeling, arkivering m.m. af papirjournaler.

Det er rigtig mange lønkroner, som man ikke får noget konstruktivt ud af på selve kerneydelsen.

En integrering af behandlingsskemaer i MidtEPJ ville overflødiggøre papirjournalen og de mange lønkroner kunne spares.

Vi får dagligt rigtig rigtig mange anmodninger fra forsikringselskaber, kommuner advokatfirmaer etc., som ønsker kopi af patientjournal.

Indtil for nyligt har vi printet alt materiale og sendt det pr. post og nogle gange er det rigtig mange sider der printes og postes.

Vi er nyligt begyndt at benytte sikker mail system (send digitalt) og vores funktionspostkasse, dvs. vi IKKE skal printe mere, til dem som har sikker mail, og IKKE skal sende det som et brev og bruge porto.

Vi har kontaktet diverse og fået deres sikre mailadresser og det fungerer så fint og så sparer vi også tid.

Vi håber, at kommunerne (EG kommuneinformation varetager opgaven) også snart vil anmode digitalt, så vi også kan spare print og porto der, men de har endnu ikke vendt tilbage.

Jeg har lagt mærke til, at der bliver klippet bøjehække 2 gange om året, da jeg sidder ved vinduet her på Arbejdsmedicinsk Klinik.

Kunne ikke lade være med at tænke, "er det nu nødvendigt". I egen have gøres det kun 1 gang. Hermed givet videre. Og måske der er mere i den stil.

Når man læser nyheder på intranettet Randers/Grenaa - er det bekymrende indlæg omhandlende Akutafdelingen der dominerer - og det skal der jo ændres på - det er alle vel enige om tænker jeg?

Jeg arbejder på Akutklinikken/Lægevagten Grenaa Sundhedshus - vi har mulighed for flere funktioner/opgaver i dagtiden - så jeg vil endnu engang opfordre til, at de patienter der bor /er på Djursland behandles i Akutklinikken med afsæt i skadens omfang selvfølgelig - det betyder en mere fokuseret visitation - på baggrund af konkret viden omkring Akutklinikken behandlingsmuligheder, det vil minimere presset på Skadestuen/Akutmodtagelsen i Randers- og minimere udgifter til befordringsgodtgørelse.

Vi kan tilbyde rigtig mange behandlinger -blodtransfusioner - i.v behandling osv. men vi er fuldstændig afhængige af dem der visiterer patienter til os - så brug os nu!

Lægebilen er det vores back up - såvel i dagtiden som i vagtiden, hvor vi arbejder i Lægevagts régi - vi er fuldstændig afhængige af at kunne få hjælp af LÆGEN i lægebilen - så sent som i aftes var Lægebils-lægen tilkaldt til Lægevagten/Sundhedshuset 3 gange - 2 patienter måtte overflyttes til Skejby og Randers - mens 1 patient blev færdigbehandlet her - fik konverteret sin hjerterytme og således undgik at komme til Akutmodtagelsen i Randers som jo er ekstremt overbelastet.

I samarbejde med Lægen i lægebilen kan behandlingen indimellem afsluttes her - og det betyder jo, at patienterne ikke skal indlægges - og det vil ikke være en mulighed med en Paramediciner - de må ikke afslutte patienten - det er vel hele ideen med den præhospital funktion - at antal indlæggelser skal minimeres.

Desuden er det jo en lægebils-læge vi har brug for, når vi kalder - det andet kan vi jo selv, så det er en forudsætning for et fortsat godt arbejdsmiljø for os behandlersygeplejersker, at der er en lægebil der har sin base i Grenaa - den benytter vi os ofte af - og har et fortrinligt samarbejde med.

I dagtiden har vi kun læge på akutklinikken 2 dage om ugen og i vagterne er systemet skruet sådan sammen, at vagtlægen kører på hele Djursland, så vi behandlersygeplejersker står alene med dårlige patienter, som udløser et kald til lægebilen.

Vi er altid kun én behandlersygeplejerske på arbejde ad gangen - så vi kan ikke reduceres - men vi kan til gengæld kun opfordre til, at der bliver en mere fokuseret visitation, således at vi får flere arbejdsopgaver.

Vi er ikke i tvivl om at vi gør en stor forskel her på Djursland - vores patienter er altid meget glade for at kunne komme her og blive behandlet - der er høj patienttilfredshed og det er en særdeles vigtig parameter i et presset sundhedsvæsen - tænker jeg.

Region Midtjylland skal spare 660 mio. kr. og i den forbindelse beder man om forslag til besparelser.

Forslag:

Der indgås en ny aftale om aflønning af akutlæger ved regionens akutlægebiler, der afspejler det tidsforbrug, der reelt er i arbejdet på bilerne. Som det ser ud i dag udgør det ugentlig antal effektive timer på bilerne ifølge den gældende aftale 539 timer, som aflønnes med kr. 435,90 (31.3.00 niveau).

Indgås der en ny aftale, der afspejler den reelle effektive tid på bilerne, vil det ugentlige timetal ligge på omkring 491, dvs sparet 48 timer ugentlig og 2496 timer årligt, svarende til en besparelse på over 1 mio. kr.

Denne aftale forudsætter et minimum timetal på 7 timer på hverdage og 11 timer i weekenden og følger i øvrigt en opgørelse lavet ud fra motorminutter. Den kompliceres dog af at flere af bilerne drives delvist som en del af afdelingernes budgetter.

Mit spareforslag handler om kørsel af patienter med Midttrafik.

Jeg oplever at så snart en patient er pensionist, sendes de dem hjem med Midttrafik, med mindre der står en pårørende ved siden af og siger at de vil hente patienten.

Man kunne gøre mere ud af at spørge patienten, om de har nogle pårørende der kan hente dem.

Jeg ved ikke hvad regionen giver for at køre patienter hjem med midttrafik, men alt andet lige må det være billigere, hvis patienterne selv kunne sørge for at komme hjem efter en indlæggelse.

En måde at spare nok ca. 30 % af udgiften til håndsæbe!

Man kan presse leverandørerne af sæbe- og spritdispenserne ved håndvaskene til at gøre mængden pr. tryk mindre end 2 ml – fx de halve.

De 2 ml sæbe får vasken til næsten at skumme over, og med den automatisk vandhane vi er blevet belemret med når sæberesterne ikke at blive skyllet ud af vasken, som efterlades uhumsk til de næste brugere.

Spritdispenserne kunne ligeledes med fordel sættes ned til det halve – man bliver våd nok i forvejen.

De, der synes, den giver for lidt, kan evt. trykke 2 gange.

Udskiftning af gamle radiatorventiler til nutidige ventiler med termostater. Der er rigtig mange steder på RRA hvor de store gamle radiatorer er udstyret med den oprindelige sorte ventil, som jo ikke har en termostatfunktion.

Private hjem er for længst skiftet til nutidige termostater af hensyn til varmeregningen - og indeklima.

Jeg mener, at man kunne udnytte personale ressourcer i akutklinikkerne mere optimalt - kan selvfølgelig kun snakke for Grenaa/Randers.

Man kunne med god effekt lægge flere ambulatorier ud til Grenaa, hvor behandlersygeplejerskerne kunne assistere lægen. Bl.a. flere ambulante blodpatienter.

Der er jo også pres på O amb. i Randers og vi ved jo der kører patienter til Randers dagligt til kontroller - disse kunne selvfølgelig tages her i Grenaa - der skal bare mere opmærksomhed på at vi er her..

Ud over det kunne speciallæger jo også tilse deres visiterede patienter her. Der er jo også Røntgenafdeling her. Om patienter fra Randers og opland kører til Grenå eller Randers kan jo være det samme - i hvert fald så kører folk fra Djursland til Randers:) Der er vel lige langt den anden vej:)

Vi har så mange muligheder for at udnytte Sundhedshuset til regionale ambulatorier og vi hører mange patienter blive så glade når de hører at de kan komme her.

Patienter kommer også til skadestuen i Randers - selvom de udmærket kunne blive behandlet her på akutklinikken - ved jeg da jeg også arbejder i Randers og møder lokale borgere der.

Det er et informationsproblem som skal tages op med de praktiserende læger.

Hører tit folk sige at de spurgte om de ikke måtte komme til Grenå men man ikke vidste at vi var her??

Spareforslag: Udskiftning af gamle radiatorventiler til nutidige ventiler med termostater. Der er rigtig mange steder på RRA hvor de store gamle radiatorer er udstyret med den oprindelige sorte ventil, som jo ikke har en termostatfunktion. Private hjem har for længst.

Kære region midt.

Det er mig stadig en gåde, at man i disse særdeles trange tider vælger at holde fast i projekter som "Safari", som koster så mange penge.

Ligeledes "projektet", eller hvad man kan kalde det – vedr. "Log på og af med omtanke – Borgeren har ikke et valg – det har du":

Det undrer mig rigtig meget, at man sender dyre farvede kort og plakater rundt på hele sygehuset/sygehusene til folk, der allerede godt kender reglerne. Og dertil kommer de "smarte" "hyldesvirpene", eller hvad man nu har kaldt dem, som skal sættes rundt omkring på vores skærme.

Synes en helt klar besparelse kunne have gået på, blot at sende en mail rundt til folk om at få genopfrisket reglerne, og så have lagt de flotte oplysninger deri – i stedet for det helt sikkert meget dyre materiale vi nu sidder med på vores kontorer, som blot ryger i skraldespanden hos mange, for vi kender jo godt reglerne. Det virker altså dumt synes jeg.

Hvis regionen fattes penge, så må man jo stille sådanne ting i bero – eller helt droppe dem. Det er klart vigtigere, at patienterne og personalet på sygehusene ikke dør af at være hhv. patient eller personale på et sygehus.....

Tror f.eks. ikke, at eksempelvis sygeplejersker på vores fine nye akutafdeling ser flot til disse fine materialer, når de er tæt på at løbe livet af sig selv.

Ved godt, at dette ikke kan bruges fremadrettet som besparelse, men det undrer mig meget, at man ikke har kunnet forudse, at der simpelthen ikke var "dækning" for disse nye tiltag.

Virker som om der er nogen i den ene ende, der ikke ved, hvad der foregår ude i den anden ende.....

Tror i hvert fald ikke "kommunikation og innovation" eksempelvis, er nogle ord, der fylder meget for personalet i f.eks. den nye akutafdeling.....

Derudover må jeg også undres, og finder det direkte modstridende, at man i den nye akutafdeling opsætter et ekstremt flot og garanteret ekstremt dyrt kunstværk i "indegård midt i afdelingen".

Godt nok flot at kigge på, men hvad kunne man ikke have fået af "varme hænder" for disse penge. Det ser jo ikke flot ud med fin og dyr kunst på væggene, når så personalet bryder grædende sammen på gangene....

Ved godt, at der nok er tale om forskellige "kasser", men det er jeg bange for personalet og patienterne slet ikke forstår noget af.

Jf. denne britiske undersøgelse er der meget at hente på PC'er som ikke bliver slukket og ikke er aktive. Af omveje har jeg hørt at idé har været forelagt IT, men de har afvist forslaget.

I denne sparerunde bør man kigge på det en gang mere eller finde lignende løsninger

<http://www.computerworld.dk/art/134830/ny-dansk-software-skal-spare-paa-elregningen>
Att Sparegruppe

Det er altid svært at blive ved med at finde sparetiltag, når man har oplevelsen af at der bare ikke kan skæres mere. Mener det er vigtig at det ikke går ud over patientens pleje og behandlingstilbud, så mine forslag går på mere generelt.

1: befordrings godtgørelse, man kan koor pjece og regler for hvornår man kan få befordring. Over 50 KM til behandlingssted slettes! At man er pensionist gir ikke automatisk ret til hjemkørsel (hvis pårørende evt. kan hente, skal det altid være første valg... Vel vidende at det formentlig kommer til at betyde at patienterne først kan hentes efter pårørendes arbejdstid, kommer til at blokere sengepladser længere tid...)

2: Melde ud i medier at man altid skal have eget medicin med på sygehuset og at vi kun giver evt. ny medicin, som er nødvendigt under indlæggelse... Kan dog blive problematisk mht. sikkerheden omkring hvad patienterne får og dermed UTH stiger...)

Spareforslag

Man kunne lægge de 3 hospitaler på østkysten sammen, så Randers og Horsens bliver til henholdsvis AUH Center Nord og AUH Center Syd. Herved spares en masse administrativt arbejde. Samtidig kunne Vest og Viborg lægges sammen til et midt/vest hospital.

Silkeborg kunne lukkes (med undtagelse af en akutklinik som i Grenaa). Patienterne fordeles imellem de omkringliggende hospitaler uden beregning.

Der leanes omkring de administrative opgaver der ligger i regionshusene og hospitalerne således, at opgaverne kun udføres et sted (vi har været for gode til at skabe arbejde til hinanden). Dette betyder at der både fjernes opgaver fra hospitalerne og fra regionshusene.

Jeg tænker at der kan spares en stor sum penge ved, at ophøre med måtteservice.. Ved det koster en anselig sum. Før i tiden støvsugede vores rengøringsdame måtterne.

Spar på unødigt forbrug (også for miljøets skyld):

Fx ved at indføre natsænkning af varme og automatisk sluk af lamper og andet el-forbrugende udstyr.

Fx ved at bruge leasede biler frem for at betale dyr kilometertakst til medarbejdere, der kører på hjemmebesøg, til møder etc.

Fx ved i højere grad at bruge videomøder, -konferencer, -undervisning og dermed spare tid og transportudgifter.

Fx at ved at undlade, at udsende magasinet "PS" i fysisk udgave til samtlige medarbejdere i psykiatrien. Vi kan se det elektronisk, så et par stykker til hver afd. i kaffestue og venteværelser må være rigeligt!

Desuden:

Spar dyre indlæggelser ved at fokusere mere på intensiv hjemmebehandling og ved i højere grad at behandle med henblik på at forebygge tilbagefald.

Benyt specialpsykologer, når der ikke kan fastansættes kvalificerede speciallæger, i stedet for at bruge dyre vikar/konsulent-ordninger. Principielt er det kun medicinering og behandling ift. Psykiatriloven, som psykologer ikke kan varetage.

Udenfor mit område: Prioritering af behandlingstilbud og ny dyr medicin, især ved udsigtsløs behandling/ terminale patienter. (Selvom sundhedsministeren mener, at "vi finder pengene" – ja, men jo ikke til alt det andet også!?)

Hver gang der afsendes et digitalt brev i stedet for et fysisk brev, er der i gennemsnit sparet 5 kroner. Allerede ved 200.000 digitale afsendelser vil der være sparet 1 mio. kr. i porto/papir etc.

Dertil kommer den tid hos personalet, som slipper for at bruge tid og ressourcer på at printe, pakke og afsende fysisk post. Vores borgere/patienter er nu blevet digitale (ca. 90 % af de midtjyske borgere kan modtage digital post fra det offentlige).

Derfor bør vi understøtte digitaliseringen af den offentlige sektor og fremme at medarbejderne ændrer praksis ved at sende så meget post som muligt digitalt.

Regionens centrale system til digital post og fjernprint Dok2mail viser, at der fortsat er enheder, der ikke sender digital post/fjernprint via systemet. En måde at ændre adfærd og fremme medarbejdernes motivation til at sende digital post/fjernprint, er ved at fjerne servicen omkring fysisk post.

I Regionshuset Viborg er der fortsat sat brevbakker op lokalt ude i afdelingerne og dagligt bruger personale (piccoline) tid og arbejdsressourcer på at gå rundt og samle post ind. Dette led burde kunne overflødiggøres og i de sjældne tilfælde, hvor medarbejderne ikke kan sende digitalt/fjernprint, kan de selv gå forbi postrummet og aflevere brevet.

Hvis der også er portører/servicemedarbejdere ansat på hospitalerne til 'intern post' kan man overveje om der ikke tilsvarende ligger et sparepotentiale som på de administrative enheder.

Flere af de ledende overlæger deltager i det kliniske arbejde. Dels for at bevare kontakten til deres speciale/fagområde, men nogle også for at kunne kvalificere deres ledelse. Hvor mange dage afhænger af ledelsesopgavens kompleksitet fra ingen til fuld deltagelse.

Antallet af arbejdsgrupper og taskforces lokalt og regionalt, der fordrer deltagelse af ledende overlæger, er stadigt stigende.

Der er ligeledes et stigende behov for at mødes på tværs af hospitalsenhederne, og man må antage at afdelingsledelser på sigt kan være tværgående, og måske skal kunne dække flere hospitalsenheder.

Derfor kunne regionen med fordel anbefale eller definere to sammenhængende ugentlige hverdage som klinikdage, hvor man så kan minimere antallet af møder med klinisk arbejdende læger.

Forslaget giver mulighed for at hospitalsenhederne og regionen kan planlægge tværgående møder med deltagelse af de kliniske ledere hovedsageligt på de tre øvrige dage.

Forslaget vil tilsikre mere effektive klinikdage for de ledende overlæger, der ligeledes arbejder klinisk.

Hvad der er tjent er sparet!!

Hvorfor ikke vende tanken og se på, hvor der kan tjenes penge, i stedet for at spare?

Hvad med at tjene penge på parkering også ved Viborg Hospital.

Hvad nu, hvis man begyndte at sælge relevant reklameplads? Jeg tænker da at der sikkert er virksomheder/firmaer, der kan se en fidus i at få deres navn set på afdelingerne.

Det vi spiser/drikker på afdelingerne må jeg være af en vis kvalitet - og hvis jeg kunne se, hvor det kom fra, ville jeg nok købe det nede i brugsen.

De sko terapeuterne går i, må være gode, fordi ellers havde de valgt nogle andre. Dem vil jeg også have!

Det tøjmærke sygeplejerskerne går i vil sikkert også være godt for min sarte hud

Osv osv...

Tanken kommer fra sportsverden, hvor man ser massere af bannere og reklamespots.

I dag skal blodglukose værdier, BAC test, EKG, forældede analysesvar, aflyste analyser, samt U-stix analyse godkendes i vores biokemi modul i MidtEPJ.

Hvis de ikke godkendes, kommer de på afdelingslisten "svar til godkendelse". Der ligger de så blandet med, hvad der kan være livsvigtige analyse svar.

For at undgå at der ligger prøvesvar, som der ikke er set og handlet på, som har betydning for patienten, kigges denne liste "svar til godkendelse" igennem hver dag.

Jeg bruger ca. 15-20 min på denne liste hver dag.

80 % af svarene er blodglukose værdier, BAC test, EKG, forældede analysesvar, aflyste analyser, samt U-stix analyse, som ligeså godt kunne autogodkendes.

Vi er en forholdsvis lille afdeling og jeg bruger ugentlig 2 timer på denne opgave om ugen.

Jeg kunne spare ca. 1 time og 20 min om ugen, hvis ovenstående svar blev autogodkendt i systemet. Så det kun var de "vigtige" prøvesvar jeg kiggede igennem (de tager lidt længere tid at kigge igennem, end de prøvesvar jeg foreslår gøres autogodkendt).

På HEH har vi ca. 26 af sådanne godkendelses lister – nogle større end vores afdeling og nogle mindre.

Her er altså ca. en ugentlig besparelse på 37 timer. Hvad mon det er på regionalt niveau?

På mange afdelinger er det læge timer, som går til denne opgave.

Jeg tænker helt klart man vil kunne spare penge på en opstramning af tilskud til kørsel.

Sidder i en bookingfunktion, hvor jeg dagligt hører pt. sige, kan jeg få en køreseddel – ja det er jo ikke fordi jeg har behov, men når jeg nu kan få det kan jeg jo ligeså godt tage det med.

Altså: Det virker ikke som og der er et reelt behov ved langt de fleste pt.

Ved ikke hvordan det i praksis skal fungere. Måske kunne det være at man kunne få tilskud x 2 årligt til sygehusbesøg og resten var på egen regning (IKKE kronisk syge pt. der har behov for tæt kontakt til sygehuset), men lidt a la det at gå til tandlæge, hvor der kun ydes tilskud i begrænset omfang.

Selve opgaven med ansøgning om transport burde også ligge ved Kørselskontoret i Region Midt.

Der er mange regler og sikkert også mange undtagelser, som må kunne varetages bedst af Kørselskontoret således at vi som sygehuspersonale kan fokusere på den opgave vi nu er sat til og ikke om Hr. eller Fru er berettiget til transport eller tilskud.

Jeg har et forslag, der kan spare regionen for et trecifret millionbeløb og samtidig hæve serviceniveauet.

Det kræver ganske vist en mindre investering, men jeg vil tro, at pengene kan være ret hurtigt tjent ind.

Det handler kort og godt om, at regionens it-systemer bliver kraftigt opgraderet, så de bliver hurtige, stabile og tidssvarende. Samtidig skal medarbejderne i it-afdelingen opkvalificeres, så de bliver bedre i stand til at forebygge problemer og håndtere fremtidens behov. En behagelig sidegevinst vil være, at borgerne kommer til at opleve, at de får håndteret deres henvendelser hurtigere.

I dag er situationen, at jeg og mine kolleger typisk bruger en halv time hver dag på at vente på programmer, der hænger eller computere der skal genstartes. Hvis 25.000 medarbejdere i regionen således bruger en halv time hver dag, så bliver det 12.500 timer om dagen. Hvis en medarbejder får mindst 100 kroner i timen, så giver det et dagligt spild på mindst 1.250.000 kroner – svarende til 250 mio. kroner på årsplan. Da lønniveauet ligger en del højere for flere medarbejdere, må tallet antages at være væsentligt højere.

Dertil kommer affødte udgifter i forbindelse med forsinkede it-projekter. Eksempelvis har indfasningen af det nye CMS (hjemmesidesystem) foreløbig trukket ud i 10 måneder. Jeg ved, at man flere steder har ansat vikarer, der skulle hjælpe med at løbe det i gang – og hvor man har været nødt til at forlænge disse vikarer løbende. Også dette udgør en betydelig udgift, som kunne indgå som en besparelse, hvis tingene fungerede lidt mere smidigt.

Også indfasningen af det nye Windows-styresystem ser nu ud til at trække ud – hvilket giver mig anledning til at foreslå en anden besparelse, som kan batte betydeligt uden at skade serviceniveauet:

Tilbagekald beslutningen om at investere i Windows-licenser og sats i stedet på et af de udmærkede gratis alternativer, der findes på markedet. Udviklingen af Linux er i dag nået så langt, at der findes udmærkede alternativer til Windows. Og i modsætning til Windows kører disse hurtigt og stabilt selv på ældre maskiner – og der er heller ikke de samme sikkerhedsmæssige problemer forbundet med Linux

Hvis hver medarbejder i regionen i dag bruger licenser for mindst 1000 kroner, giver det en besparelse på mindst 25 mio. kroner.

Med ovenstående forslag er godt og vel halvdelen af de 660 mio. kroner således allerede fundet.

1. I forhold til et stort forbrug af vikarer og stort personaleflow i MSA, tænker jeg en langsigtet øgning af normeringen, vil begrænse udgifter samtidig med der i lavere belagte perioder kan give mulighed for udvikling/oplæring og uddannelse af personale, uden tilførsel af ekstra udgifter.

2. Der lukkes ned for ambulans aktivitet i Ringkøbing. Som fx sygeplejerske kan man have gang i flere funktioner, når man arbejder i ambulatoriet i Herning, man har således mulighed for at udnytte ressourcerne bedre. Jeg kan for eksempel assistere i et læge-ambulatorie, samtidig med jeg hjælper min kollega med at give behandlinger, eller tage imod patienter der møder op til medicinudleveringer, eller andet.

De læger der varetager et ambulatorium, bliver ganske rigtigt indimellem forstyrret af andre. Nogle ting kunne ordnes via telefon, men er der udeblivelser, hjælper vore læger ofte på afdelingen eller i skopien. Vi kan kalde dem ved akut opståede komplikationer under behandling. Er de i Ringkøbing, vil det kun være ambulatoriet der køres.

Denne ressourceudnyttelse vi har i dag, vil ændres til en merudgift. For vore patienter er det heller ikke en fordel, idet de kroniske patienter, selv giver udtryk for at det at være kendt i afdelingen, at kunne møde samme personale, kunne kombinere kontrol og medicinudlevering og blodprøver for dem er en fordel. – Ydermere vil flytning af personale dels dræne den daglige normering (der i forvejen opleves lav) give udgifter til transport, der synes unødvendige.

Hej

Det er svært at pege på, hvor der kan spares, men Børneakutmodtagelsen i Herning har drøftet muligheden af at minimere antallet af børneafdelinger, herunder især Børneakutmodtagelser.

De tre af akutmodtagelserne har en størrelse, hvor det er svært at opretholde et rimeligt flow gennem afd. året rundt.

Børneakutmodtagelser bemannes med dygtige erfarne børnesygeplejersker og derfor er det vigtigt at kompetencerne kontinuerligt bruges hensigtsmæssigt.

Kunne man forestille sig at børneafdelingerne Herning og Viborg sammenlægges?
Kunne man forestille sig at Randers nedlægges og at de resterende børneafdelinger deles om børn i deres optagerområde.

Ovenstående kunne måske også fremadrettet betyde, at det bliver lettere at rekruttere dygtige læger til børneafdelingerne vest på.

Det er drastiske forslag, men nogen gange skal man "vende det hele på hovedet" og tænke anderledes.

I dagens nyheder på RM-intra, er et opslag om beskatning af regionale boliger.

Her kan læses, at Region Midtjylland ejer 165 funktionærboliger, som i sin tid blev købt for, at sikre medarbejderne en bolig tæt på deres arbejdsplads – og gerne til en fornuftig pris.

Samtidig oplyses, at boliger for medarbejdere tilknyttet det sociale område er solgt fra. Mit spareforslag er derfor, at de 165 funktionærboliger sælges. Funktionærboliger er fra en svunden tid og hører ikke nutiden til.

Regionshospital Viborg / Skive og Hospitalsenhed Vest har en meget dyr linned- og uniformsleverance, som er Jysk Linnedservice, Berendsen.

Der blev i 2014 forhandlet en ny kontrakt for disse hospitaler, gældende til medio 2017, men selv om denne forhandling gav nogle bedre priser, er det stadig væsentligt dyrere end de priser Regionens eget vaskeri, midtVask tilbyder.

Da HEM benytter begge leverandører, er denne prisforskel meget tydelig for os. Langt de fleste artikler er dyrere ved JLS, men uniformsprisen er bemærkelsesværdig meget større.

Eks. på 1 stk. hvid let beklædning er prisen ved JLS 3,90 kr. dyrere end ved midtVask. Denne pris er ved midtVask incl. reparationer og udskiftning i modsætning til JLS.

Der er et helt anderledes samarbejde med midtVask, hvor der hele tiden tænkes i, at gøre alt på den billigste måde for Regionen.

Ethvert tiltag i forhold til JLS er en forhandling og dermed ret besværlig.

Der vil være mange penge at spare for Region Midt, hvis der satses på at gøre midtVask til leverandør til alle hospitalerne.

Det foreslås at køkkenet på patienthotellet i Viborg sammenlægges med Centralkøkkenet i Viborg, lige som det i sin tid er sket i Silkeborg.
Det vil give stordriftsfordele.

Kunne vi ikke afskaffe de grønne "blomster-vande-mænd"/gartnere, som kommer hver måned og vander hospitalets planter. Jeg er sikker på, at personalet rundt på afdelingerne sagtens selv kan administrere vanding af planter og blomster på egen afdeling.

Jeg har 3 - 4 forslag:

1.

Dels en større bevågenhed på sygefravær – herunder ikke mindst fravær i forbindelse med graviditet. Hospitalet er en kvindearbejdsplads og dermed er der konstant mange gravide. Mulighed for lettere omplacering i forbindelse med sygdom og graviditet – i de perioder/tilfælde hvor det er muligt. Vi kunne eks. have nogle faste opgaver, der blev "passet" af de der ikke kunne varetage deres "normale" opgaver.

2.

Forbrug af uniformer ved personale uden direkte patient kontakt:

(Nedenstående er fra e- Dok RM)

Uniformshygiejne:

Som hovedregel gælder, at der i forbindelse med procedurer, hvor der er behov for håndhygiejne, altid skal bæres uniform med korte ærmer.

Det gælder personale i følgende arbejdssituationer

Personale med direkte patientkontakt og kontakt med patientens omgivelser.

Personale, der udfører rene opgaver (fx sterilproduktion, sterilopfyldning og madhåndtering).

Personale, der udfører urene opgaver (fx laboratoriearbejde og rengøringsarbejde).

Personale, der af anden årsag vælger at bære uniform, eksempelvis i sekretariatsfunktion, skal efterleve retningslinjerne for håndhygiejne og uniformshygiejne.

Jeg vil foreslå at sekretariatsfunktion og andre med lignende ansvarsopgaver ikke (opfordres til at) bruger uniform – Jeg ved ikke hvor mange sekretærer der er ansat i RM – der nu bruger uniform, eller hvad prisen er på 1 daglig vask af 1 uniform?

Det kan nedsætte daglig vask, forbrug af vaskeripersonale, slitage.

Men der er muligvis også nogle overenskomstaftaler ang. fri uniform på eks. sekretærområdet?

3.

Standard oversættelse af patient information på RM niveau. Så vi ikke alle sidder og bruger tid og penge på det. De kan laves så de er elektronisk i e- Dok med de vigtigste faglige oplysninger til patienterne – samtidig en dansk version – så behandlerne ved hvad der står i det skriftlige.

I klinikken bruges der meget tid på at forklare via tolk og patienterne har ofte ikke noget skriftligt materiale at forholde sig til, når de kommer hjem. Eksempelvis er der mange udenlandske kvinder der skal føde – de er i et langt forløb – det tager meget jordemoder tid.

4.

LUP – landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed.

Det er vigtigt at borgerne inddrages, men personligt finder jeg ikke LUP brugbar NOK.

Der kunne i stedet udarbejdes en model for et borgerpanel i den enkelte afdeling og en arbejdsmodel for hvordan klager kan/skal behandles lokalt – så de udvikler.

Trivselsundersøgelser – TULE – mener jeg ligeledes kan spares væk. Personalet kommer til næsten årlige MUS - der er lokale LMU – der er et TR system mv.

Foreslår at al mødeforplejning (kage og frokost mv.) som jo koster en hovedbanegård, afskaffes.

Det virker underligt at man fyrer medarbejdere mens "andre sidder og spiser kage".

Der er intet i vejen for at tage en madpakke med, som vi andre jo gør.....

Spar på lyset i trafikcentrene fra marts til september (brænder 24-7) – lyset generelt på hospitalet.

Som ansat i HEM og for nuværende også patient, ser jeg vores system fra to sider og der er arbejdsgange som undrer. Hvilke handlinger baseres på fornuft og hvilke på faste rutiner - sådan plejer vi at gøre. Hvad kunne spares uden at kvaliteten forringes.

Blodprøver - mulighed for besparelser:

For et år siden fik jeg en større operation på et hospital i Århus. Da jeg, bortset fra det aktuelle problem, i øvrigt følte mig sund og rask og ikke tager medicin, skulle der ikke ved forundersøgelsen tages blodprøver.

Primo februar 2015 indlægges jeg akut på HEM hospital. Bortset fra det aktuelle problem, føler jeg mig sund og rask og tager ikke medicin.

I skademodtagelse får jeg taget blodprøver med henblik på et mindre operativt indgreb. 15 min senere kommer ny laborant og skal tage flere prøver, som var glemt i første omgang.

Hjemsendes efter få dage og afventer behandlingsplan.

Medio marts fastsættes nyt mindre operativt indgreb til primo april. Straks laves forundersøgelse med nye blodprøver, ny måling af blodtryk, puls og saturation.

De forrige målinger er kun 6 uger gamle og jeg føler mig stadig sund og rask bort set fra aktuelle problem.

Der kan selvfølgelig være faglige overvejelser, som jeg ikke er bekendt med i forbindelse med ovennævnte blodprøver, men personalet umiddelbare svar på min undren var, at prøverne rutinemæssigt skulle tages forud for operationer.

Undren:

Hvorfor er der så stor forskel på, hvor mange prøver der tages fra hospital til hospital?

Løb jeg en større risiko ved, at prøverne ikke blev taget til den store operation? Kunne de sidste blodprøver, der blev taget på HEM hospitalet, være sparet?

Bestilles blodprøver, fordi det plejer vi og sådan har vi altid gjort?

Foretager vi en afvejning af situation og patienttilstand inden vi bestiller prøver?

Lærer vi af hinanden på tværs af hospitalerne? Bruger vi alle nyeste viden?

Vedrørende Skanning:

Jeg står selv i den situation at jeg skal scannes på privatklinik. Efter henvisning fra regionshospitalet.

Kunne man ikke spørge patienten, allerede ved lægen, om man er villig til en indkaldelse om natten, sådan at scanneren kører optimalt, og sådan at der ikke skal sendes penge til privat hospital?

Her må der være mange penge at hente, også selv om der skal betales for natarbejde.

Pris på brikker, så personalet kan se, hvad de forskellige ting koster, som så måske kan medvirke til, at man bliver lidt mere bevidst om sit forbrug i forskellige procedurer.

Mulighed for at dæmpe belysningen på gangene om natten.

Optimering af kontakt med primær sektor, så det bliver nemmere at finde ud af, hvem man skal have fat i, fx visitatorer, sygeplejersker osv i de forskellige kommuner og "grupper" i kommunerne. Ofte kan man alt for lang tid på at finde ud af, hvilken område pt hører til.

Optimering af kost-væske reg. Nattevagten bruger op til 1 ½ time på at sidde og udregne skemaer.

Mere fokus på at undgå indlæggelse af demente. Evt brug af fast vagt i hjemmet i stedet for indlæggelse.

1. Mindre udpakning på KOP, mindre afdækning på KOP, fjerne unødvendige ting som armbånd til patienter osv., stor rengøring efter hver operation, prismærkning af produkter som sutur, plaster, sårprodukter osv., ikke behov for dobbelthandsker ved mindre bløddelsoperationer, flere patienter kan bookes til operation hos lægerne i KOP. Ikke sende benigne lipomer til histologisk undersøgelse. Lægen kan hjælpe til at klargøre stuen før og efter en operation.
2. Fælles it-systemer til Sundhedsvæsenet nationalt, hurtigere computere, servere, internet. Fælles E-dok instrukser nationalt for skadestuer. Mindre klik på computer. Fælles login til personlige programmer som Impax, EPJ, speechmax og Microsoft Outlook.
3. Beskrivelse af billeddiagnostiske undersøgelser af radiologer i Indien eller andre steder, hvor lønnen udgifterne er lavere.
4. Talegenkendelse ved diktering, standardoperationsnotater, diktere kortere notater, mindre registrering ved sekretærer og sygeplejersker.
5. Operationer på hænder og fødder kunne i langt flere tilfælde gøres i fingerblok eller lokalanæstesi, det bør kirurgerne informeres om. Jeg tror også det kunne nedsætte risikoen for perifere nerveskader, da det er velkendt, at axillarisblokader og popliteusblok kan give postoperative parastasier og pareser ud i de bedøvede områder.
6. Uddelegere mere ansvar til dygtige sygeplejersker, fx. operation af nedgroede negle, dupuytren's kontraktur, fjernelse af overfladiske lipomer og ateromer kunne udføres af særligt uddannede og trænede sygeplejersker. Det private er bedre til at uddelegere opgaver på den måde under ansvar af en tilstedeværende læge.
7. Introduktion af nålebehandling af springfinger
8. Fastholdelse af nålebehandling af Dupuytren's kontraktur
9. Bedre supervision af Yngre Læger i KBU- og MVP amb. for at undgå unødvendig udredning med MR, insufficient diagnostik og behandling. Det kan gøres ved parallelambulatorier, og det giver bedre uddannelse af Yngre Læger. Flere patienter kan bookes i KBU- og MVP amb.. Bedre visitering af patienter til KOP og MVP-amb.
10. Behøver man henvisning til en ENG-undersøgelse, når man ved ultralydsskanning af n. medianus ved indgangen til carpaltunnellen kan stille diagnosen. Vi opererer alligevel patienter med normal ENG, hvis anamnese og objektiv undersøgelser stemmer overens med carpaltunnelsyndrom. Introducere behandling med steroidinjektion af let carpaltunnelsyndrom hos unge og raske patienter. Behandlingen har varig effekt hos op mod 30 procent.
11. Man kunne sælge skoindlæg og fodtøj til patienter med nedsunken forfod, platfodet, hulfodet, metatarsalgi, fascitis plantaris, hallux valgus. Sælge krykker, Don-Joy, Rom-Walkerm og skinner og bandager. Det gør man i Norge, og det fungerer fint. Evt. ansætte en bandagist til denne opgave.
12. Indgå en aftale med medicinalvirksomheder om ikke at ændre for meget i præparatnavne, her tænker jeg særligt på antibiotika og morfika. Der er risiko for fejl.
13. Hvorfor skal der sidde en sygeplejerske ved hver læge i ambulatoriet? Er det optimal udnyttelse af ressourcer?
14. Smide mindre tøj, linned, sengetøj til vask.

15. Start en Ideklinik på Silkeborg Sygehus
16. Afskaffelse af dosimetre. Jeg bruger ikke min, og det gør de andre læger heller ikke.
17. Vi kunne tilbyde flere forskellige slags operationer i KOP, såsom arkorrektioner, fjernelse af overfladiske lipomer, fjerne modersmærker og gevækster på huden.
18. Ikke lave mindre indgreb på Dagkir. og storOP. Lav de små indgreb på KOP.
19. Afskaffelse af sterile børster til kirurgisk håndvask, da man ikke længere skal bruge dem rutinemæssigt, og de behøver ikke være sterile, men rene.

Jeg synes I bør overveje og undersøge om TULE i dens nuværende form virkelig er alle pengene værd eller om man kan arbejde med trivsel og arbejdsmiljø på en billigere og mere effektiv måde.

For selvfølgelig skal der fokuseres på arbejdsmiljø – men det er det daglige arbejde og håndteringen målrettet den enkelte institution og arbejdsplads der virkelig batter. De traditionelle trivselsmålinger er på samme tid både forudsigelige og samtidig komplet uigennemskuelige.

Man kunne i en gennemgang af trivselsundersøgelsens værd skele til hvad ex Tage Søndergård Kristensen og Mads Bab har overvejet og formidlet.

It udstyr og telefoni fjernes fra ILM:

Begrundelse:

De ansatte bruger alt for meget tid på at bestille it – udstyr. Bestillingsproceduren er meget kompleks. Det bør ligge i en centralorganisation, hvor man standardiserer maskiner og opsætning.

Mobiltelefoner bør også ligge i en centralorganisation, hvor man kun får udleveret en ny, hvis den gamle er defekt. Også her skal der ske en standardisering – som dækker relevante behov. Pt. kan man få et utal af fabrikater, farver, etuier i et utal af farver osv. - et unødvendigt sortiment. Gad vide hvor mange iPhones der ligger rundt omkring, fordi man hellere vil have en nyere og smartere telefon uden et reelt behov!!

For begge områders vedkommende, må der kunne opnås større rabatter hvis sortimentet er begrænset til det nødvendige. Indkøbsaftaler på få produkter, med større kvanta.

Kontorartikler:

Standardisering og indsnævring af sortiment.

Begrundelse:

Det er det mest ressourcekrævende område hvad angår bestilling, varemodtagelse og udbringning, samt fakturering.

Forslag til at man standardiserer sortimentet. Få oprettet varen med materialemaster i ILM. Varerne hjemtages og lagerføres eks. depoter, eller på små decentraldepoter, hvor klinikken selv kan hente efter behov.

Hele organiseringen, indkøb og lagerførelse foregår fra centralhold på den enkelte HE. Det vil betyde en kæmpe ressourcebesparelse totalt set.

Standardisering af printere og dermed farvepatroner. I dag har vi et hav af forskellige printere. Det må kunne gøres bedre

Øl/ sodavand – udfases fra ILM i det omfang klinikken skønner det forsvarligt i forhold til patientens tarv. En tung og ressource krævende opgave

Generel standardisering af varesortimentet i ILM.

Jeg har læst at det er muligt at komme med spareforslag.

Jeg tror der kan spares en del penge på forplejning til møder. Jeg synes når vi skal spare, ville det være ok blot at få en kop kaffe til et møde – i bedste fald slet ikke noget.

Jeg synes også man kan undlade at trykke bladet Pulsen, som jo kommer online.

Kunne man overveje at påtvinge røntgen afd. i Randers også at skulle gøre brug af EPJ (ligesom resten af regionen)?

Der bruges rigtig meget tid på papirhenvisninger og fax og det er meget ofte at vi også må gen-faxe henvisningerne, da de i røntgen ofte mister dem (vi gemmer altid OK-kopi for fax i afd.). Dette medfører jo også unødigt forlængelse af patientforløb idet man så venter endnu en dag for at komme ned til undersøgelse.

Vi er alle klar over at der skal spares de kommende år. Vi er også alle klar over, at der skal spares rigtig mange penge og at det vil betyde lukninger og desværre også afskedigelser.

Mange, rigtig mange undrer sig over, at der på hvert sygehus i Region Midt skal være 3 direktører.

Mit forslag ville være at der kun var 1 hospitalsdirektør, 1 direktør for lægerne og 1 direktør for sygeplejersker dækkende alle hospitaler i Region Midt. Udover selve besparelsen ville det give en bedre og mere ensartet overordnet struktur for alle hospitalerne.

I den forbindelse vil jeg i al beskedenhed pege på vores egen direktør her på Hospitalsenheden Midt nemlig Lars Dahl Pedersen – han er meget vellidt og meget kompetent.

Mit forslag til en økonomisk besparelse er lavere kørselsgodtgørelse til alle i regionen f.eks. at den nedsættes til den lave sats.

Jf. nedenstående link fra SKAT kan en arbejdsgiver vælge at bruge højere, lavere eller benytte sine egne satser.

<http://www.skat.dk/SKAT.aspx?oId=2064181> - gå ind under satser for skattefri godtgørelse.

Oprettelse af register for brugt IT-udstyr.

Jeg har ved min tidligere ansættelse oplevet et stort indkøb af mobiltelefoner og bærbare computere, og altid undret mig over, at når man ansatte en ny medarbejder, blev der pr. automatik indkøbt nyt i stedet for at bruge det gamle.

Det kunne jo være, at afdelingen længere nede af gangen (eller måske i nabobyen) har en pc til overs, som sagtens kan bruges, selv om den er et eller to år gammel.

Medicin-tiltag

Stop Polyfarmaci hos ældre, gennemfør en god medicingennemgang og beslut at der max gives 6-8 præparater til skrøbelige ældre.

Sandsynligheden for medicineringsvigt stiger, når der er ordineret mange lægemidler samtidigt.

Der findes ingen evidens for hvordan flere end 6 præparater virker eller interagerer ved ældre.

Risikoen for interaktioner hos ældre er større end yngre som følge af øget lægemiddelforbrug. Medicin er ofte testet på unge mennesker, og bivirkninger hos ældre er ikke erkendt, ofte skyldes fald og konfusion lægemiddelbivirkninger.

Besparelsen vil være færre genindlæggelser, forebyggelse af fald og den samfundsmæssige besparelse på medicinudgifter.

Patienten medbringer sin egen medicin under indlæggelsen, også ved akutte indlæggelser.

Falck medbringer altid patientens medicin ved akutte indlæggelser fra hjemmet.

Patienten medbringer sin egen medicin ved elektive indlæggelser.

Patientens medicin dispenseres og administreres tidstro på stuen ved patienten. Patienten kan inddrages. Det er fortsat sygeplejerskens opgave, at sikre sig at patienten får den ordinerede medicin. Hvis enkelte elektive patienter kan selvadministrere sin medbragte medicin, er det sygeplejersken der hver gang sikrer at medicinen er taget.

Problemer med substitution og dobbeltordinationer kan undgås

Der spares tid på receptbestilling ved udskrivelse, når patientens dosisdispenseret medicin kan anvendes under indlæggelsen.

Patienten bevarer sit overblik over den medicin der indtages, da præparaterne ikke skifter navn under indlæggelsen.

Besparelsen vil være på medicinudgifter for hospitalet, men også på ressourcer til at opnå compliance på medicin, som det enkelte afsnit ikke har ved indlæggelsen. Der bruges i dag megen tid på at fremskaffe de præparater, som ikke er i standardsortiment.

Der vil også være en besparelse på medicinspild. Når der er fremskaffet speciel medicin til en kort indlæggelse, kan medicinen ej genbruges, da pakningen er anbrudt.

I forbindelse med digitalpost-projektet, har offentlige myndigheder fra den 1. november 2014 skulle kommunikere via E-boks med borgerne.

I RegionMidt sender man ca. 2.mio indkaldelses breve, og ca. halvdelen af dem fra AUH. Vil man ikke på samme måde som indkaldelsesbrevene kunne sende alt ud via digitalt post?

Jeg tænker f.eks. hele HR delen, hvor ansættelser, afslag, breve ud af huset osv. vil kunne klares via digital post.

I dag er prisen ca. 0,99 kr. for et indkaldelsesbrev via e-boks. Så vidt jeg er orienteret vil man ca. den 1/1-2016 få prisen ned på 0.30 kr.

Jeg tænker hvis man kunne undgå almindelig porto og så sende alt via digital post, vil der være penge at hente?

Vil gerne som sygeplejerske i akutmodtagelsen og behandlersygeplejerske på akutklinik komme med nogle forslag til besparelser.

Jeg havde aftenvagts i Ringkøbing i går; hvor de visiterende vagtlæger ofte siger til de ptt. der skal komme her, at de skal køre ind til klinikken omkring kl. 18, hvis ikke de bliver kontaktet telefonisk af mig, om at komme på et andet tidspunkt.

Vagtlægen kommer hyppigst til klinikken omkring kl 17.30, og der var her i går 5 ptt. Omkring det tidspunkt til ham. Han var færdig med dem omkring kl. 18.30, og der var herefter ikke sat flere ptt. til der. Vagtlægen kørte ud på hjemmebesøg, som der var nogle stykker af ila. aftenen.

Kl. ca. 21, blev der meldt et lille barn beskrevet som værende dårlig. Jeg havde telefonisk kontakt med vagtlægen, der først ville kunne være i klinikken kl. 22.10, og han bad mig ringe og vurdere tilstanden og sige til forældrene, hvornår der var mulighed for at blive set.

De var helt trygge ved dette, og kom til klinikken ved 22 tiden, hvor jeg egentlig havde fri.

Vagtlægen havde i mellemtiden ringet, at han først kunne være der omkring kl. 22.30. Han bad mig tage CRP på barnet så snart det kom, og alt efter tilstanden, skulle jeg vurdere, om jeg kunne køre hjem, hvilket jeg godt kunne.

Der er sjældent ret mange behandlingsopgaver derude om aftenen, og jeg synes, det er en dyr løsning, at klinikken skal bemannes med en spl., kun for at assistere vagtlægen på ovenstående måde. Så mit forslag er, at spare spl. om aftenen.

Mit næste forslag er at lukke akutklinikken i Holstebro om natten. Det er relativt få ptt. de alligevel kan tage, og der er ofte ikke arbejde til 2 spl., som klinikken der er bemannet med om natten.

Dvs. de 2 sygeplejersker ofte sover mange timer, eller stort set hele natten der, fordi der ikke er ptt. til dem.

Jeg bruger meget tid hver gang jeg skal bestille vare i ILM

Der er mange gange jeg ikke kan få en vare på min lokation som er Herning jeg skal så ind og rette til Holstebro (hvorfor skal jeg bruge tid på at vælge en anden).

Hvis jeg søger på et varenummer, kommer varen aldrig frem – jeg skal så skrive tekst – når jeg så finder varen har den det nummer som jeg skrev?

Beskriv rekvirering er et stort tidsforbrug af mail frem og tilbage inden varen bliver godkendt. Jeg får varer leveret en gang imellem som jeg aldrig har bestilt.....

Der er lange ventetider når man bestiller.....

Jeg har også prøvet flere gange når jeg klikker tilbage – at blive smidt af programmet og kan begynde forfra.....

Ungdomspsykiatrisk almenpsykiatrisk ambulans aktivitet i Region Midtjylland bør opdeles i 3 lige store geografiske primære optageområder, personaleressourcer bør fordeles efter befolkningsgrundlag og prævalens, der skal fortsat samarbejdes på tværs om at overholde udrednings- og behandlingsretten.

Hovedfunktioner skal være fordelt på 3 matrikler, på de 3 matrikler skal klinikere der beskæftiger sig med hovedfunktionsopgaver have mulighed for at komme i kontakt med speciallæger dagligt.

Samarbejde med voksenpsykiatrien og somatikken skal optimeres og der skal arbejdes på udarbejdelse af procesbeskrivelser og pixibøger for samarbejdsområder, opgavefordeling og overgange

Tværasektorielt samarbejde skal optimeres der skal være langt mere fokus på opgavefordeling.

Alle specialefunktioner skal være samlet på 1 matrikel i regionen og med aktuelle speciallægemangel bør det være på den matrikel speciallæger er fysisk tilstedeværende.

Brugen af telemedicin og videokonferencer skal optimeres. Speciallæger skal ikke bruge spildtid på landevejene, den tid bør i stedet bruges på patientsamtaler vha. video, eller på at stå til rådighed for telekonferencer. Man kunne med fordel overveje en forvagt-/bagvagt-funktion med daglig intern træffetid.

Afklarende samtaler i nuværende form bør afskaffes, kvaliteten er ekstremt svingende. Alternativt skal der lægges en ramme for indholdet af afklarende samtaler; en forventningsafstemning ift. hvad der kan forventes undersøgt ved afklarende samtaler; Optimalt skal afklarende samtaler som minimum have belyst;

- har patienten somatisk lidelse og får patienten medicinsk behandling
- er patienten udredt ift. evt. somatiske problemstillinger der kan have indflydelse på patientens aktuelle psykiske tilstand
- er der foretaget tidligere udredning/psykologiske undersøgelser der kan forklare patientens aktuelle tilstand, eller er der tale om nytilkommen psykopatologi
- er patienten interesseret i et udrednings-/behandlingsforløb inden for de rammer vi kan tilbyde i BUC
- er patienten misbrugende, hvis ja, er patienten afklaret med at skulle seponere misbrug

Klinikere skal i langt højere grad specialiseres. Der bør fokuseres langt mere på at videre-/efteruddannelse rettes mod en specialisering ift. den enkelte klinikers opgaver frem for den enkelte klinikers ønsker.

Ved nuværende organisering med afklaring, udredning og behandling er patienten i berøring med mange forskellige behandlere, ofte over forskellige matrikler. For at ressourceoptimere patientforløbene bør der udformes en overordnet struktur for hvor i forløbet (journalen) forskellige relevante informationer placeres. Der er ekstrem stor forskel på mængden og relevansen af informationer i journalen, ofte er informationer noteret x flere, det er spildtid at udreder/behandler skal gennemgå hver enkelt journal minutøst for at få afklaret hvad der er spurgt ind til og hvad der ikke er.

Der bør sættes langt mere effektivt ind ift. at optimere EPJ, der bruges mange ressourcer på dobbeltdokumentering, og manuel dokumentation. Som et eks. kan nævnes ernæringscreening til børn og unge hvor der manuelt skal dokumenteres idet. Den automatiserede del er sat op til voksne.

Der bør sættes langt mere effektivt ind på at få udarbejdet procesbeskrivelser og få udarbejdet pixibøger.

Der bør nedsættes et udvalg bestående af klinikere og administrativt personale der procesbeskriver og standardiserer interne og eksterne krav til standarder og samtidig tilpasser til andre standarder og arbejdsredskaber så som EPJ.

Spar på udsigtsløs livsforlængende behandling af cancerpatienter.

Overvej behandling af meget gamle patienter i Intensiv regi (85 +)

Spar på udviklings-, projekt-, forsknings- og administrations medarbejdere.
Spar på den endeløse række af ledelseskurser.

Kulegrav hospitalernes mødekultur og indhold, kan det nedsættes ??? Ledelserne skal tættere på kerneydelsen.

Brug nogle af de sparede penge til at opnormere akut afd. og senge afdelingernes pleje personale.

Spar på undersøgelser i forbindelse med cancerpakken, Vurderingsudvalg for rigtigheden af foreslået udredningsprogram. Talrige eksempler på meget gamle pt. med umenneskelige udredningsforløb som ikke får nogen konsekvens." Vi undersøger rigtig mange raske og de syge kan ikke komme til" citat fra en billeddiagnostiker.

Operer de rigtige.

Det er rigtig mærkværdigt at hospitalerne bliver valideret efter antallet af operationer. Det er helt forkert måde at anskue tingene fra den vinkel. Alt for mange bliver opereret alene af den grund.

Udvælg de patienter der skal opereres i et centralt vurderingsudvalg på hver afdeling. Think smarter.

Det allerførste der falder mig ind – ophør med at give offentligt ansatte julegaver.

Her i Silkeborg har vi ikke fået julegaver i mange år – og det er også helt okay – men vi fik et mindre chok den anden dag – da vi på Midtmarked læste at ansatte på AUH får julegaver – hvorfor er der forskel?– se nedenfor.

Så spar julegaver allerede fra i år til alle ansatte i Region Midt.

Endvidere kan vi godt selv købe frugt og tage med på arbejde – dette gælder også alle ansatte i Region Midt.

Mange bække små giver en stor Å

Kunne det tænkes, at man denne gang kunne se på patientbefordring og kørselsgodtgørelse?

Oplever, at mange benytter disse ordninger uden at man kan begrunde nødvendigheden, men blot fordi "det har de ret til"!!

Argumentet med, at der grundet sygehuslukninger er blevet langt for borgere fra f.eks. Grenå holder ikke helt vand længere, da man i det store billede jo kan sige, at vælger man at bosætte sig i "udkantsdanmark" får man meget bolig for pengene men også langt til både job, sygehus samt andre offentlige instanser.

Det er jo den pris andre betaler ved at bosætte sig nær byerne og dermed køber dyrere huse, - og de kan jo så ikke få kørselsgodtgørelse.

Endvidere synes jeg det er lidt forkert, at folk som selv kører til sygehus skal betale for at parkere, men vælger man at benytte patientbefordring er det gratis og man køres fra dør til dør.

Det er bare en betragtning fra dagligdagen og jeg synes godt man kunne se på, om regler skulle strammes op og visse ordninger helt fjernes.

Der er jo ingen tvivl om, at det koster mange penge både med kørsel, men også administrativ, da der bruges mange ressourcer på at tjekke rigtigheden af udfyldte skemaer osv. på Kørselskontoret.

Endvidere er det vel også lidt for flot i et presset system, hvor behandlingen er gratis, at man så oven i købet skal fragtes både til og fra hjemmet på systemets regning.

Det var bare en tankevækker