

# PRIORITERING AF RESSOURCEN "TID" TIL KLINISK KVALITETSUDVIKLING

*Hvori består udfordringerne?*

Birgitte V. Offersen  
professor, formand DBCG  
Kræftafdelingen, AUH



# Interessekonflikt for folk, som laver klinisk kvalitetsudvikling på egne fondsmidler



ново  
nordisk  
fonden



DANSKE MULTIDISCIPLINÆRE CANCER GRUPPER  DMCG.dk

Fælles forståelse: "Klinisk kvalitetsudvikling" sker gennem forskning

# Definition af ”Klinisk arbejde”

Hvem kommer i klemme?

Læger med forskningsfrikøb, således med ben ”i hver lejr”

## Forskningsfrikøbt læges definition:

**Klinisk arbejde** = **direkte patientmøde** (incl bl.a. følge op på aftaler, scanningsvar, henvendelser fra myndigheder) + håndtere **morgendagens patient** (bl.a. nye behandlinger introduceres, nye behandlingsskemaer, undervisning af personale) + **DMCG relateret arbejde** (bl.a. nationale behandlingsretningslinjer, kvalitetsindikatorrapport osv)

**Hospitalsledelsens definition:** Alt ovenstående + lægen skal sidde i flest muligt nationale grupper indenfor Sundhedsstyrelsen, andre styrelser, fonde, og ledelsesgrupper med offentlighedens interesse

**Afdelingsledelsens definition:** Direkte patientmøde (uden dedikeret tid til at følge op på aftaler, henvendelser)



# Hvorfor er det et problem?

Afdelingsledelsens definition af klinisk arbejde er afgørende

Principper	
1)	En speciallæge med tilknytningen til Kræftafdelingen kan ikke være frikøbt mere end 50%
2)	En speciallæge med tilknytningen til Kræftafdelingen skal minimum have 2 klinikdage om ugen i gennemsnit
3)	En speciallæge har 10 rejse/videreudd.dage om året
5)	Det tilstræbes at 2/3 af administrationsdage fastholdes
6)	Der må påregnes <u>solidarisk</u> inddragelse af adm. dage når arbejdsopgaverne betinger det

## Tabel for frikøb i Kræftafdelingen

Ansættelsesprocent	50	60	80	100
Antal klinikdage om året (min./maks.)	92/105	100/109*/126	133/145*/168	166/181*/210
Antal klinikdage om ugen (minimum)	2			4

\* Antallet såfremt 1/3 adm.dage er inddraget



Krav om at levere 50% direkte patientmøde →

Alt andet patient-relateret arbejde lægges derfor på fonds-dage (incl udvikling / DMCG)

Samtidig forventer fonde, at man leverer forskning 50% af ens arbejdstid

→ Kan ikke lade sig gøre, for der skal også leveres klinik-relateret arbejde

→ Mange afledte konsekvenser, f.eks. ingen støtte fra min AL til at være engageret DBCG formand



# Speciallægeloft

Der må ikke ansættes flere speciallæger på universitetshospitalerne. "Et hoved er et hoved", dvs 50% frikøbte spec-læger tæller som 100% i "driften"

Uhyre svært gennem flere år at ansætte speciallæger på universitetshospitaler → yngre læger mister "drive" til at kvalificere sig optimalt

Kompleksiteten i speciallægeamb stigende → Færre hænder får stigende pres



Universitetshospitalerne skal sende speciallæger til de små sygehuse

Benhård håndtering af speciallægeloftet på alle universitetshospitaler

Delfrikøbte læger → ekstra arbejde til ikke-frikøbte kolleger. Færre hænder skal dække det samme → dårlig samvittighed, retfærdighed (italesættes også af AL, at frikøbte "belaster" systemet), nogle redefinerer projekter pga manglende mulighed for frikøb

Svære beslutninger skal tages også af yngre læger, som nogen gange er/føler sig dårligt oplært → vi kan ikke rekruttere H-læger på AUH!!

Nu er der opslået 2 mamma-onk spec-lægestillinger på AUH i 2 omgange: 0 ansøgere. Gødstrup trækker med væsentligt bedre arbejdsvilkår, højere løn, ønske om at komme væk fra belastende vilkår

**Forskningsaktive afdelinger STRAFFES hårdt**  
**→ Hvorfor gider man egentlig?**

# JURA



Juridiske udfordringer tager meget tid (og giver mange ærgelser)

Tid i flere henseender:

Tiden går fra ansøgning til godkendelse → fondspenge udløber, modet mistes

Når juristerne med halve til hele års mellemrum henvender sig, så skal man bruge tid på at finde ud af, hvor langt var man egentlig kommet.....

.... Og det nationale ønske om at få styr på dette har jo været i årevis....



# Konklusion hvis man ønsker klinisk kvalitetsudvikling

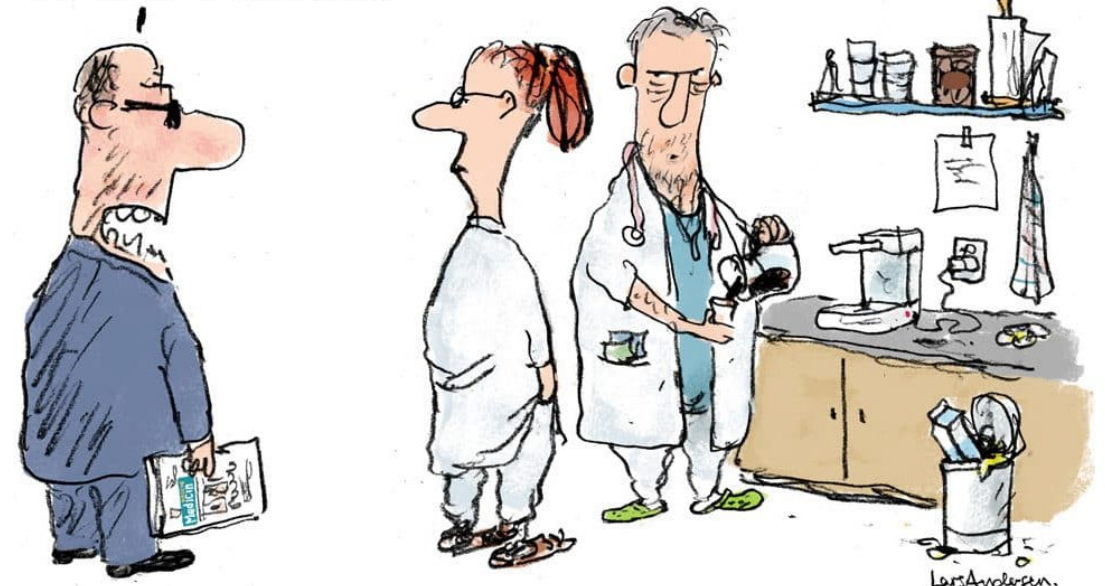
- 1) Behov for national definition af "klinisk arbejde", hvor *morgendagens patient* og *DMCG* er inkluderet
- 2) Fjern speciallægeløftet og fri os for den juridiske spændetrøje
- 3) HVIS man vil være mere positiv overfor klinisk kvalitetsudvikling →

Forslag til nye kvalitetsindikatorer:

- andel af patienter i nationale kliniske studier (som netop udvikler morgendagens behandling)
  - tid fra ansøgning til godkendte juridiske aftaler på nationale kliniske studier
- Belønning til afdelinger, som udvikler klinisk kvalitet



HØR EFTER, FOLKENS:  
HELLER IKKE I ÅR ER VI  
FUNDET VÆRDIGE TIL AT  
BLIVE "DANMARKS BEDSTE  
HOSPITAL" .. SÅ NU TÅR VI  
OS LIGE SAMMEN! OKAY?!



Lars Andersen.