

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

derne på baggrund af temadagen afgør, om de er motiverede for at fortsætte forløbet. Det er imidlertid altafgørende, at deltagerne også får indøvet kommunikationsfærdighederne. Her er videooptagne rollespil med feedback fra gruppen en meget effektiv undervisningsteknik. Det var først herefter deltagerne oplevede, at de rigtig kunne anvende deres kommunikationskunderskaber i praksis. På to dage kan man kun nå at komme igennem den almindelige samtale. Den »alvorlige« og »den motiverende samtale« er der ikke tid til. Den struktur for samtalen, der indgår i det pågældende kursus og i Lægeforeningens undervisning, er på væsentlige punkter fælles og meget anvendelig for både sygeplejersker, sekretærer og læger. Afdelingen har planlagt at fuldføre projektet, således at alle får mulighed for at gennemgå et todageskursus med videooptagne rollespil og feedback. Ved de efterfølgende kurser er det planen at fortsætte konceptet med »blandede hold«. Herefter resterer vedligeholdelse af færdighederne, hvilket kan ske ved intern supervision. Nye ansatte skal gennemgå samme kursus.

Visionen for projektet er, at personalet i afdelingen har samme kommunikationskoncept og således kan anvende det i patientforløbene. I sygepleje og lægejournal (på sigt fælles) bør der optræde enslydende beskrivelse af patientens bekymringer/problemer og deres løsning. Vel at mærke forhold, som

patient og læge/sygeplejerske er enige i og har accepteret (fælles dagsorden). Det vil give muligheder for gode patientforløb. Der vil være en linje i patientforløbet med fuld indsigt og medvirken fra patientens side. Det vil også medvirke til at styrke kontinuiteten, der ofte har vanskelige vilkår i sygehusregi, hvis den kun baseres på kontinuitet mht. de involverede fagpersoner.

En fremgangsmåde kan være, at etablere en fælles temadag for de ansatte, hvor vigtigheden af kommunikation i det kliniske arbejde belyses. Herefter indlæres kommunikationsfærdighederne vha. videooptagne rollespil med feedback fra gruppen. Grupperne er tværfaglige. Det er en fordel, hvis lærerkræfterne til denne sidste del af undervisningen findes i afdelingen. De kan også stå for undervisning af nytilkomne og sikre, at kommunikationskvaliteten fastholdes i afdelingen.

Korrespondance: Karsten Hjelt, Skovgårdsvej 12A, DK-3460 Birkerød.
E-mail: hjelt@dadlnet.dk

Antaget: 20. april 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommissionen. Betænkning nr. 1384. København: Sundhedsministeriet, 2000.
2. Poulsen J. Kommunikationskurserne virker. Ugeskr Læger 2000;162:5323.
3. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1999.

Kvantificering af resurser allokeret til lægelig videreuddannelse

Overlæge Øjvind Lidegaard & overlæge Poul Jaszcak

Amtssygehuset i Herlev, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling G

Resumé

Introduktion: Mens der gennem de senere år blandt andet med udviklingen af diagnoserelaterede grupper har været gjort en stor indsats for at kvantificere produktionen i sundhedssektoren, har der kun været gjort sporadiske forsøg på at kvantificere det resursetræk, som udvikling, forskning og efter- og videreuddannelse af personale og kvalitetssikring indebærer. Resursetrækket til videreuddannelse af yngre læger og til forskning er særlig højt på universitetsafdelinger.

Formål: At kvantificere den andel af de samlede lægeresurser, som er allokeret til videreuddannelse af yngre læger i en universitetsafdeling.

Materiale og metoder: Med udgangspunkt i antallet af uddannelsessøgende læger, den teoretiske og praktiske kliniske undervisning og oplæring, der ydes disse, samt de administrative tiltag, disse aktiviteter fordrer, har vi søgt at kvantificere det samlede lægelige resursetræk til at varetage disse opgaver.

Resultater: Det godtgøres, at omkring 15% af alle lægetimer i dagtid, og 13% af alle lægetimer totalt i dag ydes i forbindelse med lægelig videreuddannelse på afdelingen, forstået på den måde, at disse 13-15% repræsenterer det nettoresursetræk, som denne uddannelsesaktivitet fordrer.

Diskussion: Resursetrækket til videreuddannelse på universitetsafdelinger bør synliggøres, således at de resurser, dette fordrer, bliver en integreret del af de rammebudgetter, som fastlægges i samarbejde mellem afdelings- og sygehusledelsen.

Der har gennem flere år været et ønske om en tættere kobling mellem ydelserne på de enkelte afdelinger og de rammebudgetter, der allokeres til disse. Mål og rammestyring har været et første skridt og introduktionen af diagnoserelaterede grupper (DRG) yderligere et forsøg på at gøre ydelserne på hver enkelt afdeling gennemskuelige. Ønsket om en sådan kobling og gennemskuelighed har primært været at få et empirisk grundlag for tildelingen af resurser til de enkelte afdelinger. Et sådant grundlag bør principielt indebære, at alle aktiviteter på

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

en klinisk afdeling er identificeret, og allokeringen af resurser til hvert område er gjort op.

Et af de væsentligste problemer med en resurseallokering baseret alene på DRG'er, at nogle væsentlige aktiviteter ikke er specificeret i DRG. Det drejer sig om: 1) forsknings- og udviklingsopgaver, 2) produktionskontrol og kvalitetssikring, 3) videreuddannelse af plejepersonale, studenter og læger og 4) efteruddannelse af plejepersonale og læger.

Hertil kommer, at den lægelige videreuddannelse fra den 1. januar 2004 intensiveres i bestræbelsen på både at få uddannet tilstrækkeligt mange speciallæger til at dække de kommende års behov og at sikre, at disse speciallæger opnår en tilstrækkelig høj klinisk kompetence. Der er nu udarbejdet en detaljeret ny målbeskrivelse for den gynækologisk-obstetriske speciallægeuddannelse med specifikation af de kompetencer, der ønskes opnået efter endt uddannelse, og med forslag til, hvordan dette dokumenteres [1]. Det forventes, at opfyldelsen af disse krav vil medføre et væsentligt større resursetræk på de uddannelsesansvarlige afdelinger.

Der er kun gjort sporadiske forsøg på at kvantificere resurseforbruget til varetagelse af de fire angivne elementer, til trods for at det fra alle sider erkendes, at disse områder bør prioriteres højt, og at en høj standard på disse områder er en forudsætning for en veldrevet afdeling. Specielt for universitetsafdelinger udgør de en væsentlig del af afdelingernes samlede aktivitet.

Formål

Formålet med dette arbejde har været at kvantificere det resurseforbrug, som en typisk universitetsafdeling vil skulle afsætte, hvis den skal varetage videreuddannelsen til speciallæge. Uddannelse defineres i denne sammenhæng som al teoretisk og praktisk uddannelse, som sigter mod at give speciallægekompetence.

Vi har indledningsvist valgt at betragte al uddannelse efter dette tidspunkt, herunder uddannelsen til ekspert inden for specifikke områder, som efteruddannelse. Der findes ikke for indværende specificerede målbeskrivelser for den gynækologisk-obstetriske efteruddannelse.

Metoder

For at kunne opgøre forbruget af resurser til den lægelige videreuddannelse skal en række aktiviteter kvantificeres. Det drejer sig om: 1) en opgørelse over antallet af de forskellige typer uddannelsessøgende læger i afdelingen, 2) en opgørelse over teoretisk undervisning for hver enkelt kategori, 3) en opgørelse over praktisk klinisk undervisning af hver kategori og 4) en opgørelse over administrative aktiviteter som supervision og kontrol af, at de uddannelsessøgende reelt opnår deres kompetence.

Mens de tre af disse områder er relativt håndgribelige, kræver opgørelsen af den praktiske kliniske uddannelse, at en række afgrænsninger klargøres og defineres kvalitativt.

Kvalitativ afgrænsning af resurseforbrug til klinisk videreuddannelse

Generelle betragtninger

Det overordnede ønske er at udskille de resurser, som uddannelsen af yngre læger beslaglægger, fra de resurser, som samme læger bruger på den kliniske produktion. Eller sagt på en anden måde at opgøre forskellen på forbruget af lægetimer i forbindelse med yngre lægers kliniske arbejde under den abstraktion, at der ikke fandt uddannelse sted, og fratrække disse resurser fra dem, som i dag allokeres til såvel produktion som uddannelse. Derved vil den del af de yngre og ældre lægers arbejde, som ikke direkte har med produktionen at gøre, men som er allokeret til videreuddannelsen, synliggøres.

Den del af kompetenceerhvervelsen, som ikke indebærer et resurse-mæssigt merforbrug for afdelingen, vil således ikke figurere i opgørelsen. Det vil sige at kun aktiviteter, som indebærer et reelt resurse-mæssigt merforbrug for afdelingen, i forhold til hvis der ikke fandt videreuddannelse sted, inkluderes i opgørelsen.

Specifikke betragtninger

I det følgende vil der blive gjort forsøg på at afgrænse den del af det kliniske arbejde, som er videreuddannelse. Der er tale om lige dele kvalificerede skøn, definerede forudsætninger og empirisk erfaring. Hver enkelt del kan selvsagt gøres til genstand for diskussion, men det væsentlige er at etablere en model, hvor man i praksis kan opgøre uddannelsesdelen af det kliniske arbejde. For hver aktivitet er anført en såkaldt »uddannelsesfaktor«, som angiver den andel af den pågældende aktivitet, som hidrører fra det forhold, at der er tale om en videreuddannelsesaktivitet. En oversigt over de enkelte elementer er givet i **Tabel 1**. De enkelte punkter vil kort blive drøftet i det følgende.

Konferencer. Alle afdelinger afholder en eller flere konferencer i løbet af arbejdsdagen. Disse konferencer rummer et væsentligt uddannelseselement, men afholdes også af hensyn til at sikre en lægelig kontinuitet i patientbehandlingen. Hvis man forestillede sig, at kun speciallæger deltog i konferencerne, ville disse skønsmæssigt kunne gennemføres på den halve tid.

Tabel 1. Videreuddannelsesandel af forskellige kliniske aktiviteter udtrykt som uddannelsesfaktor i procent.

Aktivitet	Uddannelsesfaktor i %
Lægekonsultationer	50
Stuegang	20
Ambulatoriefunktion	20
Operationer, selvstændige	25
Operationer, superviserede	70
Operationer som assistent	0/50
Vagtarbejde før kl. 15	20
Vagtarbejde efter kl. 15	0
Tilkaldevagter	100
Epikriseskrivning	0

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Det forhold, at det er uddannelsessøgende, som ofte rapporterer og får feedback på deres kliniske arbejde ved disse konferencer, beslaglægger således halvdelen af konferencetiden. De tildeles derfor en uddannelsesfaktor på 50%.

Stuegangsfunktionen tildeles en uddannelsesfaktor på 20%, fordi samme stuegang varetages af speciallæger ville kræve omkring 20% mindre tid. Med i de 20% er drøftelser med ældre kolleger af patienter, hvis håndtering kræver involvering af højere kompetence.

Ambulatoriefunktionen er ud fra samme betragtninger givet en uddannelsesfaktor på 20%.

Operationer. Hvis en uddannelsessøgende læge assisterer en speciallæge, sker dette nogle gange, fordi der er brug for en lægelig assistent. I disse tilfælde regnes der med en uddannelsesfaktor på 0%. Ikke fordi denne assistance ikke har en uddannelsesværdi, men fordi resurseallokeringen til aktiviteten næppe er større, end den ville være, hvis en speciallæge havde assisteret en anden speciallæge. Der er altså ikke noget »merforbrug« som følge af, at det er en uddannelsessøgende læge, som assisterer.

I andre situationer assisterer en yngre læge for at uddanne sig, hvor den opererende speciallæge lige så godt kunne være assisteret af en operationssygeplejerske. Det skønnes, at omkring en tredjedel af de operationer, hvor en yngre læge assisterer en opererende speciallæge, hører til sidstnævnte kategori. Disse gives derfor en uddannelsesfaktor på 50%, fordi halvdelen af lægetiden til disse operationer skyldes ønsket om uddannelse.

Ved operationer, hvor en uddannelsessøgende læge superviseres af en speciallæge, regnes med en uddannelsesfaktor på 70%. Dette dels i lyset af, at operationen sædvanligvis varer væsentlig længere tid, end når speciallægen opererer, dels at assistenten er speciallæge, som må bruge (mere) tid på at supervisere.

Ved mindre usuperviserede indgreb, som foretages af den uddannelsessøgende læge, regnes der med en uddannelsesfaktor på 25%, fordi der er tale om et tidsmæssigt merforbrug i forhold til, hvis en speciallæge havde foretaget indgrebet. Ved superviserede indgreb regnes med en uddannelsesfaktor på 50%.

Vagtarbejde uden for normal arbejdstid. Skønt en stor del af den kliniske uddannelse foregår i vagten, ville der også uden uddannelsesfunktion på en afdeling som vores være brug for to tilstedeværelsesvagter. Uddannelsesfaktoren er derfor 0%.

Der er uden for dagarbejde en speciallæge i tilkald, som netop kaldes, når der er brug for to speciallæger på afdelingen uden for dagarbejdstiden. Disse tilkaldsvagter er således en direkte følge af det forhold, at en af tilstedeværelsesvagterne er uddannelsessøgende. Uddannelsesfaktoren for disse tilkaldsvagter er derfor sat til 100%.

Vagtarbejde i dagtiden. Her er en forvagt, en obstetrisk vagt og en bagvagt. Vagtarbejdet i dagtiden tildeles en uddannelsesfaktor på 20% ud fra den betragtning, at skønsmæssigt 20%

af bagvagtsfunktionen udgøres af supervision af forvagterne, og at forvagternes arbejde ville kunne effektiviseres (mindst) 20%, hvis det alternativt havde været en speciallæge, som havde varetaget arbejdet.

Studerterundervisning. Denne er en følge af, at afdelingen er en universitetsafdeling, som har medicinske studenter. Disse undervises af speciallæger. Studentertiden medregnes ikke, da den ikke er et led i speciallægeuddannelsen, men den tid, speciallægerne allokere til at varetage denne undervisning, medregnes med en uddannelsesfaktor på 100%.

Det følgende regneeksempel tager udgangspunkt i Gynækologisk-obstetrisk Afdeling G, Amtssygehuset i Herlev. Den benyttede regneenhed er hele arbejdsdage (a 7,35 timer), og det er september 2003, som er gjort op.

Resultater

Uddannelsessøgende læger

Der er løbende 11 uddannelsessøgende læger på afdelingen ud af en samlet stab på 31 læger. Der var i september 22 hverdage, svarende til 682 normerede arbejdsdage, hvoraf de uddannelsessøgende tegner sig for i alt 242 (35%) arbejdsdage.

Teoretisk undervisning

Der er følgende teoretiske undervisning af uddannelsessøgende læger i afdelingen:

Uddannelseskurser for kursister: Der blev afholdt et i september 2003 med deltagelse af tre kursister i to dage eller i alt seks dages mistet produktion i afdelingen. Der var ikke amtslig undervisning af de yngre læger i september, men der tilbød undervisning af yngre læger i et omfang af fire dage om året, svarende til 44 arbejdsdage om året. I to af disse fire dage varetages undervisningen af speciallæger fra afdelingen. Det svarer til i alt 46 arbejdsdage eller i gennemsnit 3,8 dage om måneden. Alt i alt 9,8 dage.

Studerterundervisning: Udgør en time dagligt, svarende til tre månedlige arbejdsdage.

Fredagsundervisning: Disse dage fungerer både som opdatering for alle lægerne i afdelingen, inkl. speciallægerne, og som videreuddannelsesundervisning af de uddannelsessøgende. Der er opereret med en uddannelsesfaktor på 0% for disse morgenmøder, da de principielt betragtes som efteruddannelse.

Personalemøder: Betragtes også som efteruddannelse. Uddannelsesfaktor 0%.

I september udgør den samlede formaliserede teoretiske undervisning således 13 arbejdsdage.

Praktisk klinisk undervisning

Morgenkonference: En halv time pr. dag. Uddannelsesfaktor 50%. Der deltager i gennemsnit 18 læger i disse, hvilket svarer til 13 arbejdsdage.

Øvrige konferencer: En om dagen af en halv times varighed. Der deltager i gennemsnit 18 læger i disse, uddannelses-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Allokerede arbejdsdage til varetagelse af videreuddannelsen i en typisk måned.

Aktivitet	Antal dage
Deltagelse i teoretisk undervisning	13
<i>Praktisk klinisk undervisning</i>	
Lægekonsferencer	26
Stuegang	4,4
Ambulatoriefunktion	8
Operationer, superviserede	7
Vagtarbejde før kl. 15	9
Tilkaldevagter	13
Administration	8
I alt	88,4

faktoren for disse konferencer er som for morgenkonferencerne sat til 50%. Det svarer til i alt 13 arbejdsdage.

Stuegang: Gås i gennemsnit en gang om dagen ved en uddannelsessøgende læge. Med en uddannelsesfaktor på 20% svarer det til 4,4 arbejdsdage om måneden.

Ambulatoriefunktion: Omfatter såvel arbejdet i de egenlige ambulatorier, imminensklínik, som alt arbejde på G114. Der er ugentligt allokert uddannelsessøgende læger til obstetrisk ambulatorium tre dage, onkologisk ambulatorium en dag, almenøjens ambulatorium to dage, og til reprofunktioner fire dage, eller i alt ti dage om ugen. Det svarer i september måned til 42 arbejdsdage. Uddannelsesfaktor 20%, svarende til godt otte arbejdsdage.

Operationer: Der rådes over et leje om dagen på den centrale operationsgang. Under forudsætning af, at der to af ugens fem dage opereres af uddannelsessøgende læger med supervision af en speciallæge, svarer det til 1,4 arbejdsdage om ugen eller 5,6 dage om måneden. Hvis der yderligere to dage opereres med assistance af en yngre læge, svarer det til $2 \times \frac{1}{3} \times \frac{1}{2} = 0,3$ dage pr. uge, eller 1,2 dage pr. måned. Samlet således syv dage pr. måned.

Vagtarbejde i dagtiden: To personer i 22 dage, uddannelsesfaktor 20% svarende til ni arbejdsdage.

Tilkaldevagt: Koster i beredskab 10.000 kr. om ugen, svarende til en kvart fuldtidsstilling eller fem arbejdsdage pr. måned. Opkald beregnes til 14 timer om ugen, eller 60 timer om måneden svarende til otte arbejdsdage. I alt 13 arbejdsdage.

Administrative rammer for supervision af videreuddannelse

Dette arbejde omfatter supervision, medarbejdersamtaler, udarbejdelse af tjeklister, attestering i logbog, planlægning af uddannelsesforløb for enkelte uddannelsessøgende læger mv. En væsentlig del af dette arbejde påhviler den uddannelsesansvarlige overlæge, som af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi forudsættes at bruge 25% af sin samlede tid hertil, svarende til fem månedlige arbejdsdage. Dertil kommer arbejdet for tutorer og vejledere, i alt skønnet til tre månedlige arbejdsdage. Samlet udgør det således otte arbejdsdage om måneden.

Det samlede antal arbejdsdage til varetagelse af videreuddannelsen udgør således 88,4 svarende til 13% af alle lægetimer (Tabel 2).

Diskussion

Det er væsentligt at præcisere, at denne opgørelse ikke er en opgørelse over den tid, som de uddannelsessøgende skal bruge til at erhverve kompetence, men alene er et forsøg på at opgøre merforbruget af lægetimer som følge af, at afdelingen varetager en videreuddannelsesfunktion. Af de samlede månedlige 682 normerede arbejdsdage, går de 78 til at dække vagterne uden for normal dagarbejdstid, otte med fertilitetsvagter i weekenden, 12 med Antikonceptionsklinik, eller i alt 98 arbejdsdage.

Af 584 arbejdsdage i dagarbejdstid udgør merbelastningen i henhold til nærværende kalkulation i alt 88,4 arbejdsdage, eller ca. 15% af alle arbejdstimer i dagarbejdstiden.

Allerede i den nuværende videreuddannelse yder andet sundhedspersonale en undervisningsmæssig indsats, som vil blive øget i den kommende speciallægeuddannelse. Der tænkes her på de kommende krav om evaluering af samarbejdsevner og kommunikative færdigheder. Dette er ikke kvantificeret i nærværende artikel, fordi strukturen på dette endnu ikke er fastlagt.

Af nærværende beregning fremgår det, at alene lægestaben anvender ca. 15% af den normerede lægearbejdstid til uddannelse af kommende speciallæger. For en universitetsafdeling kommer dertil resurser til forskning og forskningssupervision, som i fremtiden bliver en obligatorisk del af speciallægeuddannelsen. Endelig er resursetrækket til uddannelse af andre personalegrupper ikke inkluderet.

Konklusion

Resursetrækket til lægelige videreuddannelse bør synliggøres og bør være en integreret del af de dialogbaserede aftaler, som i stigende grad udgør grundlaget for afdelingernes rammebudgetter.

Korrespondance: Øjvind Lidegaard, Afdeling G, Amtssygehuset i Herlev, DK-2730 Herlev. E-mail: Lidegaard@dadlnet.dk

Antaget: 14. april 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- DSOG's målbeskrivelse for den gynækologisk-obstetriske speciallægeuddannelse. København: DSOG, 2002.