

Klinisk lægeuddannelse i et fremtidsperspektiv

Centerleder Charlotte V. Ringsted

Konceptet for klinisk lægeuddannelse har holdt sig relativt stabilt over snart et halvt hundrede år, og fundamentet har været en hospitalsbaseret klinisk oplæring af studenter og yngre læger.

Udviklingen i samfundet, den medicinske teknologi og organiseringen af sundhedsydelse til befolkningen har afgørende ændret den kliniske lægegerning og dermed grundlaget for uddannelsen. Vi kommer fra en tid, hvor lægen blev betragtet som autoriteten, og patienter var ydmyge og bundet til hospitalsenge. Forskning og udvikling inden for medicinsk teknologi har imidlertid betydet, at indlæggelserne er blevet til korte, koncentrerede forløb, og en stor del af patientbehandlingen varetages i dag i vid udstrækning ambulante. Patienterne »forsvinder« således fra hospitalsafdelingerne, og de, som bliver tilbage, er kritisk syge og har behov for mere kompliceret behandling eller har så komplekse problemstillinger, at de ikke kan varetages ambulante. Disse forhold gør det i stigende grad vanskeligt at lære studenter og unge læger op i klinikken. For det første er populationen af hospitalpatienter ikke repræsentativ for de sygdomskategorier, som de uddannelsessøgende skal lære. For det andet er hospitalpatienternes problemstillinger ikke velegnede for nybegyndere at »øve sig på«. Samfundet, befolkningen og patienterne har som aldrig før forventninger om høj kvalitet i sundhedsydelse.

Patienterne er en utrolig oplyst og mangfoldig skare, som forventer at blive behandlet som individuelle personer med

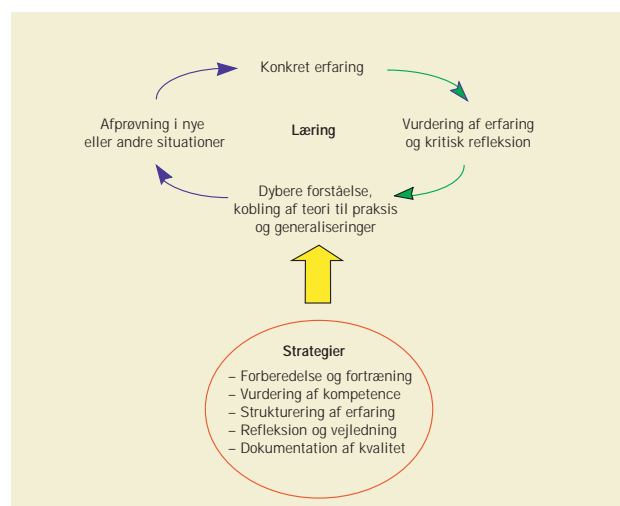
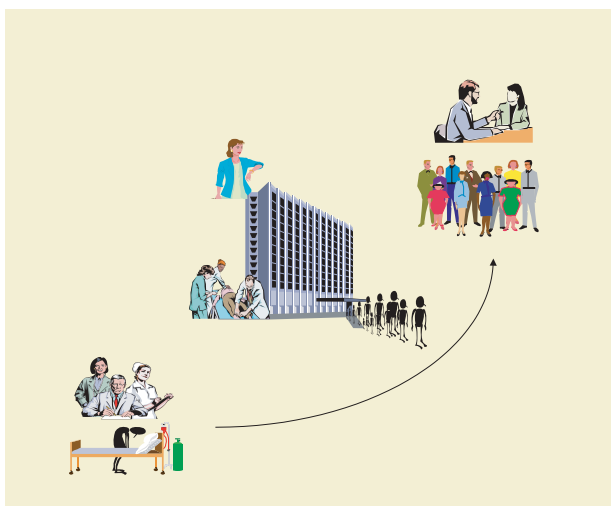
særegne ønsker og behov frem for at være »anonyme sygdomstilfælde« [1]. Patienterne er opmærksomme og kritiske, og de ønsker en grundig orientering om deres sygdom, om valgmuligheder vedr. undersøgelse og behandling, om konsekvenser, bivirkninger mv. Lægens rolle er derfor i højere grad at være konsulent og vejleder i en proces, hvor beslutninger tages i ligeværdig dialog og samarbejde med patienten. Det stiller store krav til lægens faglige ekspertise og kommunikative evner.

Samtidig med, at der er forventning om høj kvalitet, stilles der også krav om høj effektivitet i sundhedsorganisationerne. Der er derfor en tendens til, at de mere erfarne læger, som har den nødvendige ekspertise til at tage selvstændige beslutninger, varetager behandlingen af patienterne i ambulatorierne. Grundet kravet om kvalitet er det også de mest erfarne, som bliver sat til at varetage de komplicerede procedurer og komplekse problemstillinger på hospitalsafdelingerne. Samtidig forventes de erfarne læger at finde tiden til og muligheder for oplæring og supervision af de unge. Det opleves som tiltagende vanskeligt under de givne omstændigheder. De uddannelsessøgende er således i stor udstrækning overladt til sig selv og til opgaver, som de ikke altid føler sig godt nok klædt på til at varetage [2].

Alt i alt står vi over for nogle problemstillinger, som kræver nytænkning i lægeuddannelsen. Udviklingen inden for uddannelsesteknologi og -tænkning giver nogle muligheder for at imødekomme udfordringerne og bidrage til, at uddannelsen kan leve op til samfundets forventninger til og behov for kvalificerede læger. På denne baggrund vil nærværende artikel skitsere nogle fremtidsperspektiver for klinisk lægeuddannelse.

Udviklingen i samfundet og organiseringen af patientbehandlingen har ændret fundamentet for klinisk lægeuddannelse.

Læring fra erfaring kræver refleksion. Uddannelsen skal i sine strategier støtte udvikling af denne metakompetence.



Fundamenter for klinisk lægeuddannelse har været hospitalsbaseret oplæring af studenter og yngre læger.



Træning i hudsureknik.

Simulationsbaseret undervisning

Simulationsbaseret undervisning synes umiddelbart at være løsningen på nogle af problemerne. Oplæring af studenter eller yngre læger i simulationsbaserede scenarier, før de kommer ud på afdelingerne, kan være med til at sikre basale færdigheder og kendskab til procedurer [3].

De unge vil således befinde sig på et højere niveau på læringskurven, når de begynder i klinikken. Det vil imødekomme kravet om patientsikkerhed, og som *Di Giulio et al* har vist, kan fortræning reducere behovet for supervision og assistance fra de erfarne læger i klinikken [4]. Et fremtidsperspektiv kunne være, at man tager diverse »basale kørekort« i færdighedslaboratorier, før man bliver sluppet løs i klinikken. »Basale kørekort« er imidlertid ikke nok. Der kræves noget mere.

Den ene ting er erfaring i klinikken, som er afgørende nødvendig for at opøve ekspertise i at håndtere andet end standardcases [5]. For at lære af denne erfaring kræves det, at

lægen kan vurdere og analysere kvaliteten af egen praksis, reflektere over dette og iværksætte relevante tiltag for forbedringer. Oplæring af de unge i denne metakompetence helt fra begyndelsen er formentlig den væsentligste mission ved simulationsbaseret undervisning. Lige så væsentligt er det, at de kliniske vejledere forsætter med at udfordre den uddannelsessøgende til refleksion og dybere læring fra erfaringen i klinikken.

Specielt i Danmark, hvor man har verdens korteste arbejdstid og derfor relativt få cases pr. uddannelsessøgende, er denne vejledningspraksis bydende nødvendig, for at der kan læres maksimalt fra hver eneste case. Om det er nok til at opnå den nødvendige ekspertise, er et ubesvaret spørgsmål, og man bør overveje at tænke i helt andre baner såsom tidlig specialisering allerede i studietiden.

En anden ting, som man efterhånden bliver mere opmærksom på, er, at færdigheder alene gør det ikke, specielt ikke i en klinisk hverdag, hvor lægen indgår i et multiprofes-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

sionelt team. I simulationscentre fokuserer man derfor nu i stigende grad på integreret oplæring i færdigheder og interpersonel kommunikation og samarbejde [6].

Kommunikation og dialog

Patienter klager som aldrig før, og de væsentligste problemer er manglende respekt, uoverensstemmelser om forventninger til behandling og utilstrækkelig information [7, 8]. Erik Rasmussens fortælling om sit sygdomsforløb er et skræmmende eksempel på disse problemer [1]. Kommunikationsundervisning er nu for alvor sat på dagsordenen både i præ- og postgraduat lægedannelse. Undervisningen varetages som regel af læger og psykologer i samarbejde, og de anvendte metoder omfatter rollespil, simulerede patienter og refleksion over videooptagede samtaler med patienter i praksis. Men påvisning af effekten lader vente på sig. Kramer *et al* fandt, at på trods af intensiv og regelmæssig undervisning i kommunikation over flere år bliver læger ikke gode nok til dialogbaseret kommunikation med respekt for den enkelte patients ønsker og behov [9]. Og tilsyneladende lærer selv alment praktiserende læger ikke denne kunst med erfaringen alene. Spørgsmålet er, hvad der så skal til.

Patienter som undervisere

Rasmussen foreslår, at man bruger patienterne i undervisningen af de professionelle og i undervisning af andre patienter [1]. Sidstnævnte princip kendes fra flere patientforeninger. Brug af simulerede patienter som medie specielt i kommunikationsundervisningen er velkendt, og anvendelse af lægfolk som undervisere i færdigheder, f.eks. gynækologisk undersøgelse, kendes også. Men brug af patienter som undervisere af professionelle er mindre udbredt. Et eksempel kendes dog herhjemme fra reumatologien. Her har Gigtforeningen i samarbejde med reumatologer udviklet et undervisningskoncept, hvor patienterne bruger sig selv i oplæringen af studenter, læger, fysioterapeuter mv. Disse patienter har fået en speciel oplæring i anatomi og deres gigtsygdom. Erfaringerne har været positive, og patienterne har givet udtryk for, at de er glade for at kunne bidrage til oplæringen af de professionelle.

Brug af patienter som undervisere er bestemt et muligt fremtidsperspektiv. Et sådant koncept kan enten organiseres i færdighedslaboratorier, i centre for klinisk uddannelse, eller foregå ved hjemmebesøg hos patienterne. Noget tyder på, at konceptet skaber en bedre forståelse og respekt for patienterne. Rent strukturelt vil man på denne måde kunne præsentere de uddannelsessøgende for de patienter, som ikke længere findes på hospitalsafdelingerne. Denne type undervisning kan dog på ingen måde stå alene, da det i høj grad forventes, at lægerne kan så meget mere end patienterne. Det, der skal tilføjes, er undervisning i at opsøge og vurdere viden og evt. ny færdighed relateret til det foreliggende problem samt en grundig indsigt i de basale mekanismer, der ligger bag. Det er noget, som efterspørges af patienterne, og det er også en forudsætning for dannelse af en holdning til forskning og udvikling.

Oplæring i ambulatorier

Oplæring i ambulatorier kommer man nok ikke uden om. De væsentligste problemer her er mangel på tid og mangel på direkte supervision og feedback til de yngre. Bowen & Irby har gennemgået litteraturen mht. oplæring i ambulatorier [10]. De anbefaler, at indsatsen rettes mod kvalificering af lærerkræfter til at varetage effektiv klinisk undervisning. En del af artiklerne i Bowen & Irbys review beskriver et koncept kaldet et-minuts-vejlederen. Det lyder forjættende, men forfatterne må dog erkende, at ambulatorier med undervisningsforpligtelse er ca. 30% dyrere end ambulatorier uden. Der findes enkelte eksempler på, at behandlingscentre med undervisningsforpligtelse også har højere kvalitet – forklaret ved, at underviserne bliver nødt til at holde sig bedre a jour. De fleste artikler om ambulatorier handler om oplæring af studenter, og der er relativt få om yngre læger [10]. En af grundene hertil er formentlig, at de yngre læger ikke i tilstrækkeligt omfang kommer i ambulatorierne, eller at de arbejder usuperviseret, hvis de er der. Begge dele er væsentlige problemer, som det haster med at gøre noget ved, inden de erfarne læremestre går på pension.

Konklusion

I denne artikel opridses nogle enkelte eksempler på, hvorledes den fremtidige kliniske lægeuddannelse kunne forme sig. Det er dog på ingen måde sikkert, at det er den vej, det skal eller vil gå. Formålet med artiklen har primært været at stimulere til nytænkning.

Korrespondance: Charlotte V. Ringsted, Center for Klinisk Uddannelse, afsnit 5404, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.
E-mail: charlotte.ringsted@rh.hosp.dk

Litteratur

1. Rasmussen E. Den dag du får kræft. København: Aschehoug Dansk Forlag A/S, 2003.
2. Henriksen AH, Ringsted C, Bayer M *et al*. Turnuslægers praksislæring. Ugeskr Læger 2003;165:3410-3.
3. Vozenilek J, Huff JS, Reznick M *et al*. See one, do one, teach one: advanced technology in medical education. Acad Emerg Med 2004;11:1149-54.
4. Di Giulio E, Fregonese D, Casetti T *et al*. Training with a computer-based simulator achieves basic manual skills required for upper endoscopy: a randomized controlled study. Gastrointest Endosc 2004;60:196-200.
5. Guest CB, Regehr G, Tiberius RG. The life long challenge of expertise. Med Educ 2001;35:78-81.
6. Kneebone RL, Scott W, Darzi A *et al*. Simulation and clinical practice: strengthening the relationship. Med Educ 2004;38:1095-102.
7. Wofford MM, Wofford JL, Bothra J *et al*. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. Acad Med 2004;79:134-8.
8. McClean KL, Card SE. Informed consent skills in internal medicine residency: how are residents taught, and what do they learn? Acad Med 2004;79:128-33.
9. Kramer AW, Dusman H, Tan LH *et al*. Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice. Med Educ 2004;38:158-67.
10. Bowen JL, Irby DM. Assessing quality and costs of education in the ambulatory setting: a review of the literature. Acad Med 2002;77:621-80.

