

Værdien af obligatoriske kurser i turnusuddannelsen

Specialkonsulent Ann-Helen Henriksen,
professor Charlotte Ringsted &
pædagogisk konsulent Sunniva Pedersen-Reng

Rigshospitalet, Center for Klinisk Uddannelse

Resume

Introduktion: De obligatoriske kurser i turnusuddannelsen evalueres højt af turnuslægerne, hvad angår tilfredshed. Vi ved dog ikke, hvilken generel værdi de tillægger kurserne. Formålet med studiet er at undersøge dette nærmere.

Materiale og metoder: Der blev afholdt fire fokusgruppeinterview. Interviewene var struktureret omkring tre temaer: Fordele og ulemper ved kurserne samt mangler og ønsker vedrørende kurser og turnusuddannelsen. Interviewene blev udskrevet, og der blev foretaget en tretrins indholdsanalyse for at udlede generelle aspekter af turnuslægernes værdisætning af kurserne.

Resultater: Tre overordnede aspekter blev udledt: 1) et socialt aspekt – det at være i et forum af ligesindede, at dele frustrationer og erfaringer, sammenligne sig med hinanden og føle sig som en del af et fællesskab, 2) et anvendelighedsaspekt – at kurserne tilbyder konkrete, relevante redskaber som hjælp til at håndtere svære situationer i klinikken, og 3) et anerkendelsesaspekt – at kurserne giver turnuslægerne en følelse af at blive værdsat og taget alvorligt i modsætning til deres oplevelse af klinikken. Resultaterne afspejler turnuslægernes behov på det sociale, det redskabsmæssige og det anerkendelsesmæssige område.

Konklusion: Værdien af kurserne bør sættes i relation til kursens effekt i forhold til at facilitere og understøtte udviklingen af klinisk kompetence og lægeidentitet.

Som beskrevet i målbeskrivelsen for turnus fra 2003 er »turnuslægen i besiddelse af omfattende teoretisk viden, som gennem turnustiden skal integreres og videreudvikles i den kliniske hverdag« [1]. Foruden specifikke medicinske faglige udfordringer skal turnuslægerne lære at håndtere mere generelle aspekter som f.eks. praktiske arbejdsgange, samarbejdsrelationer samt kommunikation med både kollegaer og patienter [2].

I erkendelse af vigtigheden af de generelle aspekter af kompetence er der med reformen i den postgraduate lægelige uddannelse indført obligatoriske generelle kurser [3]. For turnusuddannelsens vedkommende består de obligatoriske kurser af et tredages pædagogikkursus og et femdages kommunikationskursus. Antal faktiske kursusdage i turnusuddannelsen overstiger dog ofte de otte dage, der er fastsat af Sundhedsstyrelsen. Det skyldes, at man i flere regioner har oprettet yderligere obligatoriske kurser for at imødekomme de kompetencemål, som ikke umiddelbart kan indfris på de kliniske uddannelsessteder [4]. Hovedstadsregionen har således oprettet to

endagskurser i henholdsvis akut kirurgi og akut medicin. Det er også kutyme, at der i den almenmedicinske turnusdel bliver arrangeret forskellige halvdagskurser eller såkaldte *return days*, hvor der diskuteres forskellige medicinske emner.

Fordele ved obligatoriske kurser er bl.a. muligheden for at adressere kompetencer, der ikke umiddelbart opnås i klinikken. Ulemper er, at det tager tid fra det kliniske arbejde, som er fundamentet for turnusuddannelsen, og at kurser ikke nødvendigvis har nogen effekt i form af læringsudbytte og anvendelse i det kliniske arbejde [5]. Det er derfor væsentligt at overveje, hvordan turnuslægernes uddannelsestid udnyttes bedst.

De obligatoriske kurser vurderes generelt højt af turnuslægerne, hvad angår tilfredshed. Vi ved imidlertid ikke meget om, hvilken værdi turnuslægerne tillægger kurserne. Formålet med dette studie er derfor at undersøge, hvilken generel værdi turnuslægerne tillægger kurserne. Studiets karakter adskiller sig fra kursusevalueringer ved at eksplorere i generelle aspekter, som ikke er bundet til det specifikke kursus.

Materiale og metoder

For at undersøge værdien af turnuskurserne har vi valgt at lave fokusgruppeinterview med turnuslæger. Fokusgruppeinterviewet som metode egner sig godt, når man ønsker at undersøge fænomener eksplorativt [6]. Fokusgruppeinterviewet adskiller sig fra enkeltmandsinterviewet ved i højere grad at fremstå som en struktureret gruppediskussion af fastsatte spørgsmål. Fordelen ved dette er bl.a., at dialogen i gruppen stimulerer til fremkomsten af nuancerede udsagn og bagvedliggende forforståelser via deltagerens forhold til hinandens udsagn [7].

Udvælgelseskriterier for interviewdeltagere var, at de skulle have deltaget i alle de generelle obligatoriske kurser, og der skulle være gået minimum to måneder siden seneste kursus. Invitationer blev sendt med e-mail til de kursusdeltagere, som havde taget seneste kursus inden for de seneste ni måneder. Denne population bestod af 192 turnuslæger. Grundet få tilbagemeldinger blev der efterfølgende ringet rundt. Der blev rekrutteret i alt 20 deltagere, som blev fordelt på fire fokusgrupper. Tre interview blev afholdt med fem deltagere, og et enkelt interview havde kun tre deltagere, fordi to ikke mødte op grundet sygdom. Deltagerne var uddannelsesmæssigt enten i slutningen af deres turnusuddannelse, i begyndelsen af deres introduktionsuddannelse eller i en uklassificeret stilling.

Fokusgruppeinterviewene varede ca. en time hver og var struktureret omkring følgende tre temaer: Fordele ved at have de generelle kurser, ulemper ved at have de generelle kurser samt mangler ved og ønsker vedrørende både kurser og turnusuddannelsen.



Fokusgruppeinterview (modelfoto).

Interviewene blev styret af en moderator, og en observatør tog notater undervejs. Alle deltagere underskrev informeret samtykke vedr. deltagelse i projektet og båndoptagelse af interviewet samt tilladelse til anvendelse af data i anonymiseret form. Interviewene blev udskrevet i ordret form.

Som udgangspunkt for indholdsanalyse blev følgende spørgsmål stillet: *Hvilke generelle aspekter kan udledes af turnuslægerenes værdisætning af kurserne?*

Der blev anvendt tre analysestrategier [8]: 1) meningskondensering: interview blev læst igennem for at generere koder, 2) meningskategorisering: interview blev kodet, og 3) meningsfortolkning: enhederne af kodede data blev relateret til hinanden, og der dannedes nye overordnede temaer.

Resultater

Resultaterne viste, at der var tre overordnede temaer: 1) et socialt aspekt, 2) et anvendelighedsaspekt og 3) et anerkendelsesaspekt. Tallet og bogstavet bag de enkelte citater indikerer henholdsvis fokusgruppennummer og fokusgruppemedlem.

Det sociale aspekt: fællesskabet

Den altoverskyggende værdi, turnuslægerne tillagde kurserne, var det sociale aspekt – det at være i et forum med ligesindede med mulighed for at dele frustrationer og erfaringer, sammenligne sig med hinanden og føle sig som en del af et fællesskab.

Det jeg synes er vigtigst ved kurserne – jeg ved godt, det ikke er derfor man holder dem – men der er altså et stort socialt aspekt i kurserne. Man får lige et break, man møder andre, der også synes det er svært, eller »ov, de der nattevagter« (1-C).

Det er utroligt dejligt at tale med ligestillede turnuslæger. Man er ikke den der nye grønne læge på afdelingen – man er ligesom fælles om at være nye sammen, har samme spørgsmål og problemer og kan få sig en ligeværdig snak om de ting, man kan og ikke kan (3-F).

Jeg synes, det var en enorm lettelse, første gang man kom på kur-

sus og bare kunne høre, at de andre havde det sådan, som man selv havde det, eller nogle havde det måske lidt værre i nogle henseender, og andre havde det lidt bedre (4-I).

Vi sammenligner os jo med hinanden – hvordan det er – det er et masochistisk fællesskab (1-M).

Det sociale aspekt afspejles også i turnuslægerenes udsagn om ønsker og behov.

Jeg er sikker på, at mange kunne have brug for sådan noget »Panicmanagement for unge læger« – altså at vi kan hjælpe hinanden mere i stedet for at føle, man står helt alene – det kunne man bruge kurserne til (2-I).

Man bruger sin gamle læsegruppe til at læsse af – men der må da være en eller anden professionel måde at takle det på, så man ikke kører sig selv helt ned (2-A).

I praksisdelen har vi et månedligt møde med noget teori – i bund og grund handler det om, »hvordan har I det?« Den omsorg kunne man godt have brugt som helt ung turnuslæge, hvor man er mest skrøbelig (3-T).

Anvendelighedsaspektet: konkrete redskaber, relevans og stressreducering

Det andet aspekt af værdi, som turnuslægerne tillægger kurserne, er den praktiske anvendelighed i form af brugbare redskaber.

Før kurserne om kommunikation og læring tænkte jeg, at det var nok langhåret med fællessang og banjospil, men jeg blev positivt overrasket trods de bløde titler – man ønsker jo ting, man kan bruge direkte, hvor man står i svære situationer (1-K).

Jeg synes, det gode er, at det rammer ind et sted, hvor man faktisk kan tage det med hjem og bruge det dagen efter (3-F).

Det bliver yderligere fremhævet, at værdien har relation til, hvorvidt redskaberne, som præsentes på kurserne, har relevans for turnuslægerenes konkrete opgaver og erfaringer i det kliniske arbejde. Dette afspejles bl.a. i udsagn om den tidsmæssige placering af kurserne.

Den tidsmæssige placering kunne godt have været bedre. Jeg synes virkelig det var et problem at sidde på kurserne og tænke »aha – det gad jeg godt at have vidst lidt tidligere« (4-T).

Hvis man lærer ting teoretisk på studiet, så glemmer man det igen, fordi det ikke er relevant. Hvis man har kurserne efter, man er begyndt at få patienter, så har man også stået i de situationer, hvor man er kommet til kort. Det synes jeg virkelig, jeg har kunnet mærke: »OK, det er lige, hvad jeg har ledt efter« (2-N).

Diskussioner om værdien af det konkrete indhold i de enkelte kurser er præget af turnuslægerenes individuelle forudsætninger og behov.

Jeg kan da lige så lidt finde ud af det nu (artikelsøgning) efter en hel dag med it-hajer (underviserne). Hvis jeg en dag skal skrive en artikel, skal jeg nok lære det (2-I).

Jeg synes, det var rigtig relevant. Der er mange, der skal fremlægge en artikel på deres afdeling, og så er det vigtigt at kunne søge artikler (2-E).

Redskaberne beskrives i nogle udsagn som værende med-

virkende til, at turnuslægerne kan håndtere svære situationer. I andre udsagn problematiseres det faglige udbytte.

I skadestuen skulle jeg fortælle manden, at hans kone ikke ville vågne igen. Og så var det virkelig »OK nu skal vi lige have styr på trist besked«, og så kørte det simpelthen »duk, duk, duk« – og det fungerede faktisk rigtig godt – både for hans skyld, fordi han fik lov til at reagere, og for min skyld, fordi jeg faktisk følte, at jeg havde lidt styr på situationen (2-A).

Jeg tror nogle gange, så kan man godt klare sig igennem på rygmarven, men de giver en større ro (redskaberne), fordi man ikke står og har en indre dialog – tvivlende, om det her nu også er rigtigt, om man gør det godt nok, og om man gør ondt værre. På den måde synes jeg det er godt til at støtte sig til (2-N).

... Åhh hvornår kommer det »bip bip« – så kom det dagen efter kurset, og jeg havde en oplevelse af, at jeg for en gangs skyld kunne være helt rolig, for jeg vidste fuldstændig, hvad der skulle ske, og hvad man skulle gøre, og det var bare ding ding ding derudad (1-L).

Man bliver mindre afskrækket ved at skulle stå i de her situationer, som man ikke har stået i så mange gange. Men altså, det er jo nok en ulempe, at man godt kan komme til at tro, at man får noget fagligt ud af kurserne – det handler mere om motivation og inspiration og sådan noget (1-C).

Anerkendelsesaspektet: feedback og interesse

Det tredje gennemgående tema er, at kurserne giver turnuslægerne en følelse af at blive værdsat og taget alvorligt. Dette udspringer af, at turnuslægerne føler sig meget alene i klinikken og efterspørger feedback og supervision.

Vi hungre efter supervision (...) det at der er tid, at afdelingen skal give tid – det er ligesom et privilegium at få lov at komme på de her kurser (4-O).

Jeg synes feedbacken på kurserne er rigtig god, fordi det er noget, man mangler, når man står derude, fordi man arbejder meget alene og aldrig får feedback på det, du gør ... og nogle gange føler man, det hele bare kører rundt oppe i hovedet, og man ikke har styr på noget (1-L).

Jeg tror egentligt også, at man føler sig lidt betydningsfuld, fordi man faktisk får lov til at få et kursus. Det lyder måske lidt åndssvagt, men jeg synes faktisk hurtigt, man får den rolle på sit hospital, når man er i turnus, at man ikke er meget værd ... Det var nok egentligt mest det, jeg fik noget ud af, at de (underviserne) virkede interesserede i, hvad jeg kunne, og hvem jeg var (3-T).

... Man føler (på kurserne), at der er nogen, der vil gøre en bedre (3-P).

Diskussion

Resultaterne viser tre aspekter af den værdi, som turnuslægerne tillægger obligatoriske kurser – et socialt aspekt, et anvendelighedsaspekt og et anerkendelsesaspekt.

Resultaternes generaliserbarhed understøttes dels af, at der i alle interview blev diskuteret identiske overordnede temaer, dels af empiriske studier af tiden som turnuslæge, og dels af teorier om læring.

Det sociale aspekt og anerkendelsesaspektet er dybt forbundne. At kurserne tillægges stor social værdi, kan forklares ud fra empiriske studier om turnustiden som en stressfyldt tid [9, 10]. Overgangen fra medicinstudiet til arbejdet som turnuslæge er kendt for at være en udfordring for turnuslægerne [11]. Som nybegyndere i det kliniske arbejde skal de både opbygge en praktisk klinisk kompetence og udvikle en fortrolighed med den nye lægeidentitet [12]. Mangel på facilitering af denne professionelle udvikling resulterer i en følelse af ikke at blive anerkendt som personer i klinikken [13]. Følelsen af manglende anerkendelse i klinikken kan tyde på, at turnuslægerne ikke er legitimt perifert deltagende i professionsfællesskabet, men i stedet kun er perifert deltagende [14]. Det kan forklare den store værdi, kurserne repræsenterer i form af et fællesskab.

Turnuslægerne værdsætter kursernes sociale funktion, men efterspørger samtidig undervisning i en professionel tilgang til håndtering af deres udfordringer. Spørgsmålet er, om kursusformen er den mest effektive måde at imødekomme dette behov på. Alternativer, primært kendt fra bl.a. psykiatrien og almen medicin, er brugen af balintgrupper, der fungerer som en form for supervision i relation til deltagernes aktuelle problemstillinger. Formen understøtter, at læger motiveres til at lære ud fra de specifikke eller generelle problemstillinger, de konkret står med i deres arbejdsliv [15].

Medicinstudiet forbereder ikke turnuslægerne tilstrækkeligt til det kliniske arbejde [11]. Turnuslægerne udtrykker behov for redskaber til at håndtere de uklare kliniske situationer. Som nybegynder har man behov for konkrete regler til at strukturere praksis med [16]. Det kan være et argument for at have obligatoriske kurser, hvis disse placeres tidsmæssigt relevant. Et alternativ er skriftligt materiale med instrukser for diverse procedurer, som eventuelt kan være tilgængelige i elektronisk form, til sikring af adgang, når det konkrete behov opstår.

Hverken supervisionsgrupper eller elektronisk tilgængelige redskaber kan erstatte den læringsmæssige værdi af supervision og feedback i klinikken [17, 18]. Mangel på dette kan få vitale følger, da vurdering af egen kompetence har vist sig at være meget upræcis, specielt på områder, hvor man er inkompetent [19, 20]. Her har vejlederne i klinikken et stort ansvar.

Spørgsmålet er imidlertid, om det moderne sygehusvæsen med behandlingstidsgarantier og manglende accept af fejl kan give professionens nybegyndere en legitim plads i praksisfællesskabet og har mulighed for at yde den instruktion og supervision, der kræves for at udvikle de yngste lægers kliniske kompetence og lægeidentitet.

Resultaterne af dette studium viser de behov på det sociale, det redskabsmæssige og det anerkendelsesmæssige område, som turnuslægerne har og gør, at de tillægger de obligatoriske kurser værdi. Denne værdisætning af kursernes bør sættes i relation til kursernes effekt i forhold til at facilitere og understøtte udviklingen af klinisk kompetence og lægeidentitet.

Måske er dette vigtigere, end hvilken type kurser turnuslægerne er mest tilfredse med.

Korrespondance: Ann-Helen Henriksen, Center for Kliniske Uddannelse, Rigshospitalet 5404, DK-2100 København Ø.
E-mail: ann-helen.henriksen@rh.regionh.dk

Antaget: 15. oktober 2007

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Målbeskrivelse for turnus. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
2. Henriksen AH, Ringsted CV, Bayer M et al. Turnuslægers læring: overgang fra studie til praksis. Ugeskr Læger 2003;165:3410-3.
3. Sundhedsministeriets Betænkning nr. 1384 fra Speciallægekommissionen, maj 2000.
4. Ringsted CV, Pallisgaard J, Henriksen AH. Turnusuddannelsens nye mål for kompetencer – kan de indfris af uddannelsesstederne? Ugeskr Læger 2004;166:2011-4.
5. Davis D, O'Brian MAT, Freemantle N et al. Impact of formal continuing medical education. JAMA 1999;282:867-74.
6. Halkier B. Fokusgrupper. Frederiksberg: Samfundslitteratur og Roskilde Universitetsforlag, 2002.
7. Morgan DL, Kruger RA. The Focus Group Kit. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.
8. Kvale S. Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Rietzels Forlag, 1994.
9. Paice E, Rutter H, Wetherell M et al. Stressful incidents, stress and coping strategies in the pre-registration house officer year. Med Educ 2002;36:56-65.
10. Ratanawongsa N, Wright SM, Carrese JA. Well-being in residency: a time for temporary imbalance? Med Educ 2007;41:273-80.
11. Evans DE, Roberts CM. Preparation for practice: how can medical schools better prepare PHRO's? Med Teach 2006;28:2:549-52.
12. Dornan T, Boshuizen H, King N et al. Experience-based learning: a model linking the processes and outcomes of medical students' workplace learning. Med Educ 2007;41:84-91.
13. Brown J, Chapman T, Graham D. Becoming a new doctor: a learning or survival exercise? Med Educ 2007;41:653-60.
14. Lave J, Wenger E. Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
15. Slotnic HB. How doctors learn: physicians' self-directed learning episodes. Acad Med 1999;74:10:1106-17.
16. Dreyfus HL, Dreyfus SE. Mind over machine. Oxford: Basil Blackwell, 1986.
17. Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ et al. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. Med Teach 2006;28:2:117-28.
18. Kilminster S, Cottrell D, Grant J et al. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. Med Teach 2007;29:2-19.
19. Regehr G, Eva K. Self-assessment, self-direction, and the self-regulating professional. Clinl Ort Res 2006;449:34-8.
20. Dunning D, Johnson K, Ehrlinger et al. Why people fail to recognise their own incompetence. Curr Direct Psychology Science 2003;12:83-7.

Enkeltcenteropgørelse af nyretransplanterede patienters nyrefunktion og immunsuppressive behandling

Reservelæge Anne Mette Frederiksen, overlæge Jesper Melchior Hansen, cand.scient. Bettina Ewers, cand.scient. Ane Gasbjerg & 1. reservelæge Peter Marckmann

Herlev Hospital, Nefrologisk Afdeling

Resume

Introduktion: Antallet af nyretransplanterede danskere er voksende. I denne artikel beskrives denne specielle patientgruppe med hensyn til alders- og kønsfordeling, nyrefunktion, graftalder og den anvendte immunsuppressive behandling.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en tværsnitsundersøgelse af samtlige nyretransplanterede patienter, der var tilknyttet Herlev Hospitals Nefrologiske Ambulatorium, og hvis nyregraft fortsat fungerede (n = 241). Oplysninger om alder, køn, renal grundsygdom, transplantationstidspunkt, nyrefunktion på opfølgningstidspunktet, udvalgte biokemiske variabler og igangværende immunsuppressive behandling blev udhentet fra journaler. Undersøgelsen blev gennemført i perioden fra november 2005 til marts 2006.

Resultater: Der var en ligelig kønsfordeling (131 mænd, 110 kvinder) blandt de transplanterede. Gennemsnitsalderen var 52 år (standarddeviation: 12 år). Den gennemsnitlige glomerulære filtrationshastighed var 43 ml/min/1,73 m² (spændvidde 6-114

ml/min/1,73 m²) og den gennemsnitlige graftalder var 8,3 år (spændvidde 0-28 år). Der blev fundet en betydelig forekomst af hyperparatyroidisme (64%). Hovedparten (74%) af patienterne var i trestofimmunsuppressiv behandling, oftest med kombinationen prednisolon-ciclosporin-azathioprin (46%). De senere år er forbruget af azathioprin faldet, mens forbruget af mycofenolat mofetil er steget. Prednisolon og ciclosporin benyttes fortsat til langt de fleste patienter, mens tacrolimus i de seneste år har været taget i anvendelse hos udvalgte patienter.

Konklusion: Majoriteten af nyretransplanterede patienter med fungerende graft har en så god nyrefunktion, at de kan friholdes for uræmiske symptomer. Hyperparatyroidisme forekommer hyppigt. De anvendte immunsuppressive regimener er under forandring.

Verdens første vellykkede nyretransplantation fra menneske til menneske blev gennemført i Boston, USA, i 1954. Donor og recipient var enæggede tvillinger, og immunsuppressiv behandling var derfor ikke påkrævet. I de følgende ti år introduceredes de første immunsuppressive farmaka (azathioprin og prednisolon), hvorved transplantation mellem ikkevævsty-