

Kliniske basislægers første erfaringer med den fælles akutmodtagelse som uddannelsessted

Niels Kristian Kjær¹, Troels Kodal² & Dorte Qvesel³

UDVIKLING OG UDDANNELSE

1) Den Lægelige Videreuddannelse, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, og almen praksis, 2) Den Lægelige Videreuddannelse, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, og Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, og 3) Den Lægelige Videreuddannelse, Region Syddanmark

Ved etablering af de fælles akutmodtagelser (FAM) sikres mulighed for samarbejde om den akutte patient på tværs af specialer og dermed grundlag for at skabe et sammenhængende patientforløb med hurtig diagnostik og behandling fra relevante specialer [1]. Når FAM bliver etableret i den fulde udstrækning, vil det indebære et betydeligt uddannelsespotentiale for uddannelsessøgende læger på alle niveauer.

I Sundhedsstyrelsens rapport om akutberedskabet er der udstukket en række anbefalinger for FAM på hovedfunktionsniveau og på højt specialiseret niveau [2]. Endnu er strukturen for FAM meget forskellig, idet akutmodtagelserne kan have færre specialer/supplerende specialer, som indgår i FAM i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Vedrørende speciallægebemanding er der formentlig udfordringer i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger [3].

Det har været påpeget, at der i den tidligere turnusuddannelse ikke var tilstrækkelig fokus på akutte kompetencer [4]. Der er en forventning om, at der i den kliniske basisuddannelse er mere opmærksomhed rettet mod disse kompetencer, og at FAM vil være et godt uddannelsessted for yderligere at optimere dette fokus [5]. Den nye kliniske basisuddannelse består af 12 måneders klinisk træning. De første seks

måneder foregår på en hospitalsafdeling, og fokus er primært på akutte kompetencer. De efterfølgende seks måneder foregår i almen praksis eller på en hospitalsafdeling, og fokus er her primært på kompetencer relateret til patientforløb og kroniske lidelser. Det vil derfor være nærliggende at FAM indgår i basisuddannelsens første seks måneder.

Formålet med denne artikel er at vurdere, hvorledes de første kliniske basislæger har oplevet FAM som uddannelsessted og at komme med forslag til organisering af den lægelige videreuddannelse i FAM. Vurderingen tager udgangspunkt i en spørgeskemaundersøgelse blandt læger i klinisk basisuddannelse (KBU-læger) i 2009 og 2010 [6]. På grund af en stor interesse for FAM som uddannelsessted har vi valgt at publicere de første lægers erfaringer med henblik på at give et initialt billede af uddannelsesfunktionen i FAM.

METODE

Data, som indgår i denne artikel, er et udtræk fra et tværsnitsstudie, hvor KBU-læger, som har gennemført den kliniske basisuddannelse i 2009 og 2010, indgår. KBU-lægerne har fået tilsendt et spørgeskema efter afsluttet uddannelse. Med spørgeskemaet blev data om KBU-lægenes erfaringer og holdninger til den postgraduate basistræning indsamlet [6]. Spørgeskemaet bestod af en kvantitativ og en kvalitativ del. De kvantitative spørgsmål indeholdt udvalgte spørgsmål fra the Postgraduate Hospital Educational Environment Measure-spørgeskema (PHEEM), som er valideret på dansk [7]. Spørgsmålene blev besvaret på en Likertskala fra 1 til 5, hvor 1 er meget uenig og 5 er meget enig. Det kvalitative spørgsmål skulle afdække holdninger til fordele og ulemper ved den nye uddannelse. Spørgeskemaet kan ses i tilknytning til artiklen på www.ugeskriftet.dk. Undersøgelsens design er beskrevet i en tidligere artikel [6].

Spørgeskemaet blev udsendt på e-mail til de 558 læger, som havde gennemført den kliniske basisuddannelse. En *reminder* blev udsendt efter tre uger.

Otteogtres af disse KBU-læger havde været ansat i FAM. Forskelle mellem grupperne blev beregnet med ANOVA. Signifikansgrænse var ved p-værdier < 0,05.



Klar til at modtage akutte patienter på Sydvestjysk Sygehus.

RESULTATER

I alt 352 ud af alle 558 KBU-læger besvarede spørgeskemaet. Den samlede svarprocent var 63. Fyrre ud af de 68 KBU-læger, som havde haft ansættelse/haft funktion i FAM under den første ansættelse i den kliniske basisuddannelse, besvarede spørgeskemaet. KBU-lægerne med ansættelse/funktion i FAM havde dækket flere specialeområder i FAM og således deltaget i modtagelse af akutte patienter, stuegangsarbejde, epikriseskrivning, gennemgange etc. i FAM. KBU-lægerne havde ikke nødvendigvis indgået i hele specialepaletten i FAM.

Besvarelser fra KBU-læger, der var ansat i FAM, er sammenlignet med besvarelserne fra KBU-læger, der var ansat på medicinsk, kirurgisk eller ortopædkirurgisk afdeling, hvilket var i alt 302 læger, da ti læger havde andet ansættelsessted i de første seks måneder af KBU-uddannelsen.

I **Tabel 1** er de kvantitative spørgsmål til sammenligning af de uddannelsesgivende afdelinger, anført. Heraf fremgår det, at basislægernes tilfredshed med ansættelse i FAM ikke adskiller sig signifikant fra de øvrige KBU-lægers tilfredshed.

Af de kvalitative besvarelser fra KBU-lægerne fremgår det, at FAM har et stor læringspotentiale, men at de uddannelsessøgende læger har oplevet, at strukturen i FAM ikke altid var på plads. KBU-lægerne gav udtryk for, at de værdsatte den akutte træning, men savnede et mere veldefineret tilhørsforhold og deltagelse i stuegang, arbejde i ambulatorium og lignende. De sætter pris på bredden i læringsmuligheder, men det måtte ikke være på bekostning af træning i problemstillinger hos akutte internmedicinske patienter.

Citater fra to KBU-læger som var ansat i FAM:

»Jeg følte mig heldig ved at arbejde i FAM, at jeg fik en 'lille turnus' med tre måneders ansættelse i en medicinsk modtagelse, tre måneders ansættelse på ortopædkirurgisk skadestue og et halvt år i almen praksis. Jeg gik dog ingen stuegang og så stort set ingen kardiologi«.

»Hospitalsverdenen var jo overhovedet ikke klar til os. Var ansat på et fælles akutmodtageafsnit, men arbejdede reelt som medicinsk forvagt i et halvt år. FAM fandtes jo kun på et skilt ind til hospitalet. Her er tale om at sælge under falsk varebetegnelse«.

DISKUSSION

Nyuddannende læger efterspørger praktisk træning i akutte kompetencer og bredde i den initiale uddannelse [6]. Dette kan tilsyneladende tilgodeses i FAM. Men KBU-lægerne udtrykte, at en tyndig uddannel-



TABEL 1

Kliniske basislægernes tilfredshed opgjort på afdelingstype. Spørgsmål er besvaret på en Likertskala hvor meget uenig = 1, uenig = 2, hverken enig eller uenig = 3, enig = 4 og meget enig = 5. Spørgeskemaet kan ses i sin fulde længde som appendiks til artiklen på www.ugeskriftet.dk

1. Ansættelsessted	a	b	c	d	e	f	g	h
Fælles akutmodtagelser, n = 40	3,5	3,4	3,7	4,1	3,5	3,1	4,0	3,4
Intern medicin, n = 140	3,5	3,5	3,8	3,8	3,0	3,2	3,8	3,7
Kirurgi, n = 84	3,5	3,3	3,8	3,8	2,9	2,8	3,6	3,5
Ortopædisk kirurgi, n = 78	3,2	3,0	4,0	3,9	3,0	2,9	3,7	3,8
Andet, n = 10	2,8	2,9	3,7	3,2	3,0	2,4	3,3	4,1

- Jeg har oplevet mine vejledere som engagerede og interesserede i at lære fra sig.
- Jeg har gennemgået et godt introduktionsforløb/program.
- Der har været en tryk og ikkebebrejdnende kultur i min ansættelse.
- Jeg føler, at jeg har arbejdet som et medlem af et team.
- Ældre kolleger har udnyttet læringsmulighederne effektivt.
- Mine kliniske vejledere har været gode til at give mig feedback til mine stærke og svage sider.
- Mine kliniske vejledere har fremmet en atmosfære af gensidig respekt.
- Jeg har haft gode fysiske rammer, f.eks. passende undersøgelses rum/konsultations lokale, litteratur adgang, it-muligheder, vagtværelse og lign.

Spørgeskemaet kan ses i sin fulde længde som appendiks til artiklen på www.ugeskriftet.dk

sesorganisation og arbejdstilrettelæggelse ville kunne styrke uddannelsesværdien.

I praksis, når PHEEM-besvarelser gennemgås, må en score på 3,5 og derover betragtes som god og acceptabel. Ved gennemgang af KBU-lægernes besvarelser om FAM, ligger de fleste (fem ud af otte) på 3,5 eller derover (Tabel 1). Alle afdelinger scorer relativt lavt i spørgsmålene om effektiv udnyttelse af læringsmuligheder og kvalificeret feedback, og flere afdelingstyper har på enkelte spørgsmål et gennemsnitsscore på under 3,5, dvs. de har et overtal af negative evalueringer.

Det er derfor væsentligt, at der i FAM etableres en uddannelsesorganisation med ansvar for kompetenceerhvervelse, vejledning, supervision og feedback for de uddannelsessøgende læger. Dette fordrer, at der i FAM er en lægelig bemanning til stede, som ikke kun kan varetage såvel den daglige kliniske vejledning og supervision, men også den mere overordnede struktur og ramme for den lægelige videreuddannelse.

Såfremt uddannelse skal prioriteres og synliggøres i FAM, bør der ansættes en uddannelsesansvarlig overlæge, og det kunne være relevant at etablere et uddannelsesråd for FAM med deltagelse af den uddannelsesansvarlige overlæge fra FAM samt de uddannelsesansvarlige overlæger, uddannelseskoordinerende yngre læger og ledende overlæger fra relevante stamafdelinger. Dette uddannelsesråds opgave skulle være at diskutere lægelig videreuddannelse i FAM. Den uddannelsesansvarlige overlæge i FAM bør på lige fod med øvrige uddannelsesansvarlige overlæger have afsat tid til opgaven.

En forankring af KBU-læger med tilknytning til et enkelt specialeteam i FAM vil formentlig ud over træning i akutte kompetencer give KBU-lægerne mulighed for at få en efterspurgt træning i håndtering af hele patientforløbet. Specialetilknytning kan således sikre, at KBU-læger oplever et veldefineret fagligt tilhørsforhold med entydigt supervisionsansvar.

Denne artikel er baseret på et lille datamateriale om træning i FAM, og derfor skal resultaterne blot betragtes som de første KBU-lægers erfaringer og tilbagemeldinger. Der er ligeledes tale om erfaringer fra helt nyetablerede afdelinger, som skal have tid til finde deres struktur og organisation, også hvad uddannelse af læger angår.

KONKLUSION

KBU-lægerne evaluering af deres seks måneders ophold i FAM adskiller sig ikke fra evalueringerne af de øvrige uddannelsesafdelinger.

FAM har potentiale til god træning af KBU-læger. KBU-lægerne efterspørger en bred kompetencetræning med særligt fokus på internmedicinske kompetencer. Såfremt uddannelsespotentialet skal udnyttes fuldt ud, skal uddannelsesorganisationen og ansvarsfordelingen være på plads og være entydig.

Det er vigtigt at følge udviklingen tæt og løbende

vurdere, hvordan den lægelige videreuddannelse bedst integreres i FAM. Ved nybyggeri og reorganisation af FAM foreslås uddannelsesfaciliteter og lokaler i FAM medtænkt.

Arbejdstilrettelæggelsen skal være fastlagt i strukturerede rammer, f.eks. i specialetilknytning, således at det er entydigt for de uddannelsessøgende læger, hvor de har deres funktion, når de møder på arbejde.

Det er vigtigt fortsat at evaluere uddannelsen i FAM med henblik på erfaringsudveksling mellem vel fungerende uddannelsesinitiativer.

KORRESPONDANCE: Niels Kristian Kjær, Lindevej 12, 6400 Sønderborg.
E-mail: niels.kjaer@dadlnet.dk

ANTAGET: 17. november 2010

FØRST PÅ NETTET: 21. marts 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Gravens HP, Greve J. Beskrivelse af referencemodellen FAME (fælles akut modtageenhed). Region Midtjylland: Sundhedsstaben, 2008.
2. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
3. Integration af den lægelige videreuddannelse i de fælles akutmodtagelser i Region Syddanmark. Videreuddannelsesregion Syd: Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, 2010.
4. Ringsted CV, Pallisgaard J, Falck G. Lægers kliniske færdigheder efter afsluttet turnusuddannelse. Ugeskr Læger 2002;164:3211-3.
5. Sundhedsstyrelsens målbeskrivelse for klinisk basisuddannelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
6. Kjær N, Kodal T, Qvesel D. An evaluation of the 18 and 12 month postgraduate basic training programme in Denmark. Dan Med Bul 2010;57(8):A4167.
7. Aspegren K, Bastholt L, Bstedt KM et al. Validation of the PHEEM instrument in a Danish hospital setting. Med Teach 2007;29:498-500.

Statiner kan måske reducere risikoen for venøs tromboemboli

Anne Pernille Toft-Petersen¹, Reimar Wernich Thomsen², Erik Berg Schmidt¹ & Torben Bjerregaard Larsen¹

OVERSIGTSARTIKEL

1) Kardiologisk Afdeling, Aarhus Universitets-hospital, Aalborg Sygehus, og

2) Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

RESUME

I flere studier har man rapporteret om gunstige effekter af statiner på risikoen for venøs tromboemboli (VTE). Her gennemgås den eksisterende litteratur om anvendelse af statiner til forebyggelse og behandling af VTE. Gennemgangen inkluderer en metaanalyse, et randomiseret, kontrolleret studie, fire kohortestudier og otte case-kontrol-studier. Gennemgangen understøtter formodningen om en risikoreducerende effekt af statiner på VTE, men der er tale om heterogene studier, hvilket giver risiko for ukontrolleret konfundering. Der er behov for klinisk randomiserede undersøgelser af statiner som VTE-profylakse.

Dyb venøs trombose (DVT) og lungeemboli (LE), samlet betegnet venøs tromboemboli (VTE), er hyppig sygdomme i Skandinavien. I nordiske opgørelser

anslås den årlige incidens til at være ca. 1,5 pr. 1.000 [1]. Det kliniske spektrum af VTE er bredt og spænder fra asymptomatisk DVT til alvorlig LE med pludselig uventet død [2]. Forebyggelse og behandling af VTE tager derfor udgangspunkt i at reducere antallet af dødsfald, der er forårsaget af lungeemboli, at reducere risikoen for pulmonale følgesygdomme, herunder pulmonal hypertension, at reducere udviklingen af posttrombotisk syndrom og endelig at reducere antallet af tromboserecidiver. Farmakologisk langtidsprofylakse sker primært med K-vitamin-antagonister, der dog er forbundet med store ulemper i form af hyppig kontrol og risiko for blødning. Inden for de senere år har der været observeret gunstige effekter af lipidsænkende midler på VTE-risiko [3], hvilket