Ultralydskanning bør være en del af den objektive undersøgelse

LEDER

Christian Pállson Nolsøe & Lars Konge

Ugeskr Læger 2019;181:V70555

Ultralydskanning virkeliggør en urgammel lægedrøm: at kunne se direkte ind i vore patienter og øjeblikkeligt diagnosticere deres sygdomme.

Det er derfor naturligt, at ultralydskanning med hastige skridt er på vej frem overalt i den medicinske verden.

Et kvalificeret gæt er, at om kort tid vil det være et uundværligt redskab i de fleste specialer, og medicinstuderende vil ved studiestart få udleveret en lille håndholdt skanner, som vil følge dem hele vejen til kandidateksamen. I mange lande har man i kliniske specialer overtaget det fulde ansvar for egne kompetencer på ultralydskanningsområdet, og på flere universiteter er der obligatorisk undervisning og eksamination i emnet gennem hele studiet.

På den internationale scene har de videnskabelige selskaber stort fokus på disse forhold, og der er publiceret flere *position paper*-artikler på området [1-3].

Ultralydskanning giver realtidsbilleder af anatomi og patologi uden ioniserende stråling og er billigere end CT og MR-skanning. Den teknologiske udvikling har givet os batteridrevne ultralydapparater i mange størrelser helt ned til, hvor selve skanneren sidder i den håndholdte transducer og en smartphone fungerer som skærm [1]. Disse fordele er baggrunden for ultralydskannings eksplosive fremgang, og for at såkaldt *point of care*-ultralydskanning (POCUS) har vundet indpas i både kirurgiske og medicinske specialer samt i almen praksis [2]. POCUS indebærer, at undersøgelsen foregår *bedside*, og at billederne tolkes direkte af den behandlende kliniker – listen af diagnoser, der herved kan stilles, er for lang til denne leder.

Umiddelbart er der kun én ulempe ved denne udvikling: Ultralydskanning er operatørafhængig, og der er derfor høj interoperatørvariation. Dårlig uddannelse kan medføre både oversete sygdomme og overfortolkning, begge med potentielt betydelige negative konsekvenser for patienten. Den gammeldags uddannelsesform med massiv, gentagen eksponering for tilfældige sygehistorier er ikke optimal. Dels er der stor uenighed om, hvor mange patienter man bør træne på, og dels viser læringskurver, at det er umuligt at definere et specifikt antal, der sikrer kompetencer hos alle læger [3]. Uddannelse i ultralydskanning bør være evidensbaseret med gentagen træning, indtil objektiv kompetencevurdering viser, at den enkelte læge har opnået det ønskede niveau [4]. Denne fornuftige fremgangsmåde vanskeliggøres af uenighed specialerne imellem om *hvem* der kan/skal skanne *hvad* og på *hvilket* niveau. Specialeselskaberne kunne med fordel samarbejde med Sundhedsstyrelsen om definition af et ultralydskanningscurriculum samt organisering og certificering inden for hvert speciale. I specialer som f.eks. kardiologi og gynækologi, hvor ultralydskanning er en vigtig del af uddannelsen, arbejdes der løbende på at forbedre træningen og kravene til certificering.

Næsten alle læger kommer til at bruge ultralydskanning i fremtiden, og uddannelsen bør derfor starte allerede på medicinstudiet [5]. I Danmark er den obligatoriske undervisning i ultralydskanning desværre meget begrænset – på Københavns Universitet tilbydes f.eks. kun en en halv dags undervisning i ultralydskanning på Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation. Den manglende prioritering af ultralydskanning ses også ved fraværet af den i eksamen. Anvendelse af ultralydskanning vil forbedre de studerendes forståelse af anatomi, fysiologi og patologi, og det er på høje tid, at danske universiteter integrerer ultralydskanning i deres curriculum.

Ultralydskanning vil blive en obligatorisk del af den objektive undersøgelse i fremtiden: inspektion, palpation, auskultation, perkussion, ultralydskanning. Opgaven er at sørge for, at alle læger er kompetente til at undersøge netop deres patienter. Lad os tage de første to skridt i den rigtige retning: 1) Der bør indføres et studielangt ultralydcurriculum på de medicinske fakulteter, og 2) Sundhedsstyrelsen bør tage de nødvendige skridt til indførelse af specialeorienteret træning og certificering i ultralydskanning.

LITTERATUR

1. Nielsen MB, Cantisani V, Sidhu PS et al. The use of handheld ultrasound devices – an EFSUMB position paper. Ultraschall Med 2019;40:30-9.
2. Dietrich CF, Goudie A, Chiorean L et al. Point of care ultrasound: a WFUMB position paper. Ultrasound Med Biol 2017;43:49-58.
3. Jang TB, Ruggeri W, Dyne P et al. The learning curve of resident physicians using emergency ultrasonography for cholelithiasis and cholecystitis. Acad Emerg Med 2010;17:1247-52.
4. Østergaard ML, Rue Nielsen K, Albrecht-Beste E et al. Simulator training improves ultrasound scanning performance on patients: a randomized controlled trial. Eur Radiol 2019;29:3210-8.
5. Dietrich CF, Hoffmann B, Abramowicz J et al. Medical student ultrasound education: a WFUMB position paper. Part I. Ultrasound Med Biol 2019;45:271-81.

KORRESPONDANCE: *Christian Pállson Nolsøe*, Ultralyd, Kirurgisk Afdeling, Gastroenheden, Herlev Hospital. E-mail: cnolsoe@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk