

Hva gjør fastleger for å holde seg faglig oppdatert?

Sammendrag

Bakgrunn. Oppdateringsaktiviteter skal sørge for at leger gir effektiv behandling basert på den beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap. Ikke alle slike aktiviteter er effektive.

Materiale og metode. Et spørreskjema om faglig oppdatering ble sendt til 1 500 fastleger.

Resultater. Svarprosenten var 58. I gjennomsnitt brukte legene 2,3 timer hver uke på oppdateringsaktiviteter. Over 75 % leste epikriser daglig, og dette utgjorde 10 % av den totale tidsbruken på faglig oppdatering i en 30-dagersperiode. Legene var ikke så ofte på kurs, men kursene utgjorde også 10 % av den totale tidsbruken. Tradisjonelle forelesninger utgjorde 80 % av kurstiden. Å lære noe nytt og å forbedre praksis var de to viktigste motivene for å delta i oppdateringsaktiviteter. Omtrent halvparten av legene deltok i en smågruppe.

Fortolkning. Fastleger bruker mye tid på oppdateringsaktiviteter som antakelig har liten eller ingen effekt på klinisk praksis. Det er vesentlig at effekten av de forskjellige aktivitetene evalueres på en kritisk måte i langt større grad enn det gjøres i dag.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 274

Shaun Treweek
Signe Flottorp
signe.flottorp@kunnskapssenteret.no

Atle Fretheim
Kari Håvelsrud
Doris Tove Kristoffersen
Andy Oxman

Avdeling for informerte helsebeslutninger
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass
0130 Oslo

Olaf Gjerløw Aasland
Legeforeningens forskningsinstitutt

Det er urimelig å forvente at den enkelte lege skal vurdere vitenskapelig litteratur, måle sin egen praksis og deretter utvikle og evaluere endringsstrategier for de områdene i praksisen som kan forbedres (1). Til det trenger legen støtte. Men det er også vanskelig for legene på egen hånd å avgjøre hvilke tilbud de bør velge for å holde seg faglig oppdatert. Med «faglig oppdatert» mener vi at legen bruker effektive tiltak i diagnostikk og behandling, basert på den beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap, ved å hente inn og vurdere relevant informasjon og ta den i bruk ved behov.

At det er krevende å holde seg oppdatert og mestre alle kliniske problemer, er ikke nytt. Nylenna & Aasland viste at en tredel av legene fant det vanskelig å håndtere mengden av tilgjengelig informasjon (2). Kurs, bøker og tidsskrifter samt kolleger blir ofte brukt av leger for oppdatering (3–7). Bruken av elektroniske kilder varierer. Leger har lettere for å søke etter svar på kliniske spørsmål når de mener det finnes et konkret svar og når de mener at det haster (8). Observasjon av leger mens de jobber har vist at de sjelden aktivt forsøker å finne svar på spørsmål, ja ofte blir ikke spørsmålene engang formulert.

Formålet med denne undersøkelsen var å beskrive fastlegers bruk av en rekke ulike aktiviteter for å holde seg faglig oppdatert ut fra hvor hyppig og hvor mye tid som ble brukt på dette samt legenes motiver for å delta i slikt. Vi var i tillegg interessert i deltakelse i smågrupper.

Materiale og metode

Spørreskjemaet ble utviklet av forfatterne og modifisert etter tilbakemeldinger fra 12 fastleger. Det endelige skjemaet var på åtte sider med 113 spørsmål, hovedsakelig med svaralternativer på en fempunkt Likert-skala.

I tillegg til spørsmålene som dekkes av denne artikkelen, spurte vi om bl.a farmasøytisk industri, kliniske retningslinjer, bruk av elektroniske kilder og holdning til diverse påstander om etterutdanning i norsk allmennpraksis. Skjemaet kan fås fra forfatterne.

Hvis vi antok et standardavvik på rundt 0,7–1,0, ville lengden på et 95 % konfidensintervall for et skåreestimat på en fempunktsskale være i størrelsesorden 0,09–0,12 med 1 000 besvarelser. For å ta høyde for et frafall på ca. 30 % fikk derfor et tilfeldig utvalg på 1 500 fastleger fra Legeforeningens medlemsliste tilsendt spørreskjemaet i oktober 2002. Vi sendte inntil to purringer, den siste i februar 2003.

Legene ble bedt om å anslå hvor mye tid de hadde brukt de siste 30 dager på ulike aktiviteter som kan benyttes for faglig oppdatering. Tidsbruken på en aktivitet ble delt på legens totale tidsbruk på disse oppdateringsaktivitetene. Denne prosentvis fordelingen per aktivitet ble presentert med medianverdi samt 25 %- og 75 %-kvartiler. For spørsmål hvor vi benyttet Likert-skala med avkrysningsmuligheter fra 1 til 5, telte vi opp svarene og beregnet en prosentandel for hvert poeng på skalaen.

Resultater

Generelt

Vi mottok helt eller delvis utfylt spørreskjema fra 857 av 1 500 allmennleger. Ytterligere tre skjemaer kom uåpnet i retur, fire var utfylt, og 33 leger gav beskjed om at de ikke ønsket å svare. Svarandelen ble dermed 58 % (861/1 497).

Karakteristika ved legene som deltok i vår undersøkelse ble sammenliknet med medlemsstatistikk for Alment praktiserende lægers forening (Aplf). Gjennomsnittsalderen for fastlegene i denne undersøkelsen (43 år) var noe lavere enn for medlemmene i Aplf (48 år), de hadde jobbet noe kortere tid i allmennpraksis (12 år versus ca. 16 år), og det var relativt flere kvinner (37 % versus 31 %) og spesialister i allmennmedisin (62 % versus 56 %).

Tidsbruk på ulike aktiviteter i en vanlig arbeidsuke

Fastlegene svarte at en vanlig arbeidsuke i gjennomsnitt var på 44,9 timer. Legene opplyste at de i gjennomsnitt brukte 2,3 timer (standardavvik 2,0) hver uke på faglig oppdatering og kvalitetsforbedring. Halvparten av dette foregikk utenom normal arbeidstid. Hele 63 % mente at de brukte for

lite tid på faglig oppdatering. I tillegg til tiden de brukte på faglig oppdatering brukte de i gjennomsnitt 26,9 timer på pasientkonsultasjoner, 6,8 timer på papirarbeid, 2,5 timer i telefonen, 2,0 timer i møter og 6,7 timer på annet.

Oppdateringsaktiviteter siste 30 dager
 Figur 1 viser hvor mye tid fastlegene hadde brukt på en rekke faglige aktiviteter siste 30 dager samt hyppigheten av disse aktivitetene. Aktiviteter som finner sted ofte, vises på toppen i figur 1.

Legene oppgav at epikriser var en viktig kilde til faglig oppdatering. De ble brukt daglig av over 75 % av legene, og utgjorde i median 10 % av den totale tidsbruken på faglig oppdatering. Kurs i Norge som gav poeng til videre- og etterutdanning ble ikke brukt så ofte, men de var tidkrevende når de ble benyttet, slik at også de utgjorde 10 % av tiden benyttet til faglig oppdatering

Motiver for å delta i faglige aktiviteter
 Figur 2 viser hva legene oppgav som sine viktigste motiver for å delta i faglige aktiviteter. Å lære noe nytt og å forbedre praksis var de to viktigste motivene.

Kurs og konferanser
 60 % av legene hadde deltatt på kurs eller konferanse de siste 30 dagene. Kursene var organisert av Legeforeningen (47 %), legemiddelindustrien (26 %), et helseforetak eller et sykehus (11 %). Forelesninger utgjorde 80 % av kurstiden (medianverdi, interkvartilrange 20 %), mens 20 % av kurs-tiden var gruppearbeid, diskusjon eller egenaktivitet.

Smågrupper
 Omtrent halvparten av legene deltok i smågrupper (fig 3). Litt over en femdel (22 %) hadde deltatt i en fast smågruppe i mindre enn ett år, halvparten (51 %) hadde deltatt i ett til tre år, mens 13 % hadde deltatt i over ti år.

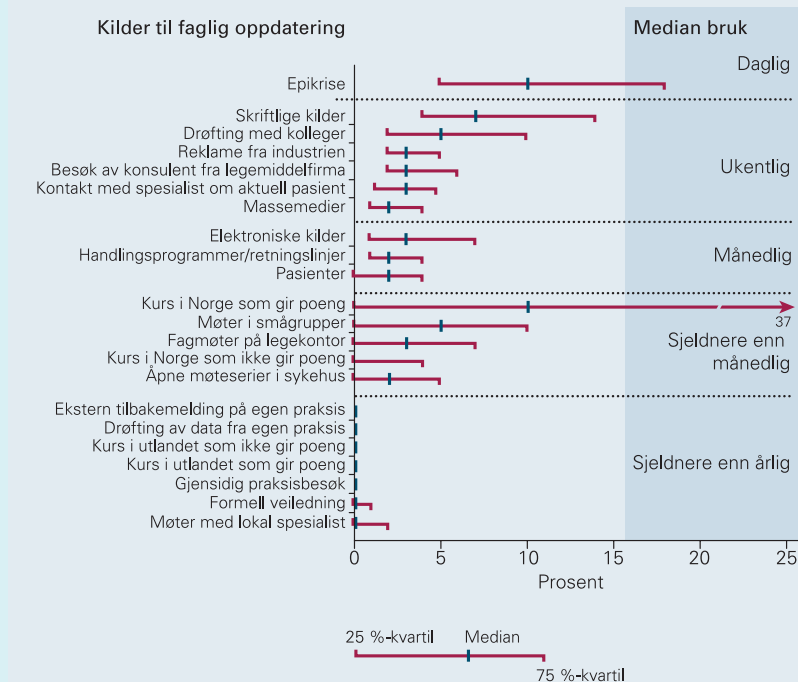
Diskusjon
Generelt

857 allmennleger representerer 23 % av fastlegene i Norge i henhold til styringsdata fra Rikstrykdeverket. Utvalget var tilfeldig og landsdekkende og inkluderte en blanding av solo-, to- og flerlegepraksiser. En svarprosent på 58 er lavere enn ønskelig, men likevel bedre enn i flere tilsvarende undersøkelser. Vi anser svarene som noenlunde representative for det norske fastlege-korpset.

Fastlegene oppgav at de brukte omtrent to timer hver uke på ulike aktiviteter for å holde seg faglig oppdatert, og 63 % mente at dette var for lite. Men hvor mye tid bør fastleger bruke på dette?

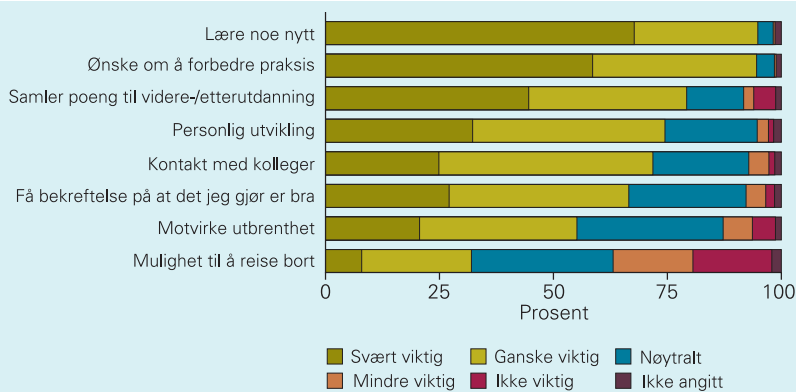
Fastlegenes tidsbruk vil delvis være styrt av spesialistreglene i allmennmedisin. De formelle minimumskrav for å opprettholde

Figur 1



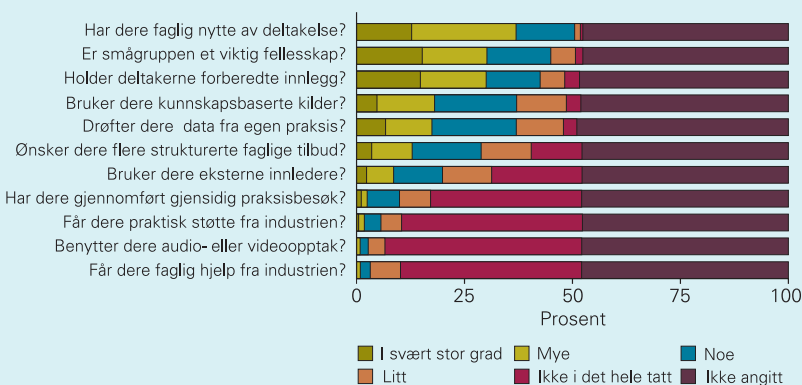
Prosentandel av samlet tid fastleger brukte på ulike aktiviteter/kilder for å holde seg faglig oppdatert siste 30 dager, samt hvor hyppig disse gjennomsnittlig ble benyttet

Figur 2



Fastlegers viktigste motiver for å delta i faglige aktiviteter

Figur 3



Fastlegers deltakelse i smågrupper

spesialiteten krever gjennomsnittlig 60 poeng i året eller anslagsvis en time i uken. En spørreundersøkelse fra svensk allmennpraksis i 1994 viste at en tredel av legene avsatte under én time i uken til videreutdanning, og bare 14 % brukte fire timer eller mer. I gjennomsnitt brukte svenske leger 1,5 timer av ukearbeidstiden til videreutdanning (9). American Academy of Family Physicians krever at medlemmene i løpet av en treårsperiode gjennomfører 150 timer med etterutdannings- og kvalitetsforbedringsarbeid (10).

Epikriser, kurs og smågrupper

Epikriser var i daglig bruk for faglig oppdatering, og var ved siden av kurs den oppdateringsaktiviteten fastlegene brukte mest tid på. Det er sannsynligvis et potensial for læring og kvalitetsforbedring i det å benytte epikriser og andre kommunikasjonsformer mellom første- og annenlinjetjenesten. Studier har vist at tilbakemeldinger på rekvisisjoner for laboratorieprøver har redusert unødvendig bruk av slike prøver (11), og at tilbakemeldinger vedrørende bruk av røntgenrekvisisjoner kan føre til bedre praksis (12).

I vår undersøkelse utgjorde forelesninger 80 % av kurstiden. Forskning har vist at kurs uten egenaktivitet fra tilhørene har liten effekt på legers atferd eller pasienters helse (13–15). Å få poeng til videre- og etterutdanning er en viktig grunn til at leger deltar i faglige aktiviteter. Det er mulig at dette i større grad kan brukes som virkemiddel for å komme bort fra tradisjonelle forelesningsbaserte kurs. Legeforeningen kunne for eksempel tildele flere poeng til læringsmetoder som er vist å ha effekt på legers praksis.

Fra 1.1. 2003 ble smågruppevirksomhet obligatorisk i etterutdanningen. For at gruppevirksomheten skal merittere, må legen ha deltatt minimum seks timer i året. Interaktive pedagogiske møter er en effektiv måte å forandre praksis på (13–15). Det er grunn til å tro at smågruppene kan føre til et visst kvalitetsløft av norsk allmennpraksis, forutsatt at de brukes fornuftig.

Konklusjon

Det er viktig at tiden som investeres i videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring gir gevinst i form av bedret praksis og bedre tilbud til pasientene. Kurs dominert av tradisjonelle forelesninger brukes for ofte, mens noen aktiviteter med kjent god effekt, som besøk på legekantorene for informasjon og undervisning (outreach visits), nesten ikke benyttes i det hele tatt (unntatt av legemiddelindustrien). Effekten av de forskjellige aktivitetene bør evalueres på en kritisk måte i større grad enn i dag.

Utfordringen er å ta i bruk det som er effektivt med tanke på å forbedre praksis, samt nedprioritere aktiviteter som simpelthen bare er en vane, en måte å få poeng på

eller ren markedsføring. Forskning kan fortelle oss mye om hvilke som kan være effektive (16). Mange av aktivitetene som brukes i Norge kan ikke forventes å forbedre verken legers praksis eller pasientenes helse.

Litteratur

1. An overview of strategies to promote implementation of evidence based health care. Evidence Based Practice. 2. utg. London: BMJ Publishers, 2001.
2. Nylenna M, Aasland OG. Primary care physicians and their information-seeking behaviour. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 9–13.
3. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S et al. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317: 858–61.
4. Verhoeven AA, Boerma EJ, Meyboom-de Jong B. Use of information sources by family physicians: a literature survey. *Bull Med Libr Assoc* 1995; 83: 85–90.
5. Kelly MH, Murray TS. General practitioners' views on continuing medical education. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 469–71.
6. Barnard A, Kamien M. The reading habits of RACGP Training Program doctors. *Aust Fam Physician* 1994; 23: 1752–60.
7. Prescott K, Lloyd M, Douglas HR et al. Promoting clinically effective practice. General practitioners' awareness of sources of research evidence. *Fam Pract* 1997; 14: 320–3.
8. Gorman P, Helfand M. Information seeking in primary care: how physicians choose which clinical questions to pursue and which to leave unanswered. *Med Decis Making* 1995; 15: 113–9.
9. Eliasson G, Berglund J. Fortbildningstid bristvara för allmänläkare – resultat från en enkätstudie. *Läkartidningen* 1994; 98: 3040–2.
10. The American Academy of Family Physicians. <http://www.aafp.org/x25029.xml> (2.9.2004).
11. Solomon DH, Hashimoto H, Daltroy L et al. Techniques to improve physicians' use of diagnostic tests: a new conceptual framework. *JAMA* 1998; 280: 2020–7.
12. Eccles M, Steen N, Grimshaw J et al. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals: a randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1406–9.
13. Davis D, Thomson O'Brien MA, Freemantle N et al. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes? *JAMA* 1999; 282: 867–74.
14. Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update software, 2003.
15. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM et al. Getting research findings into practice: closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 465–8.
16. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39 (8 suppl 2): 112–45.