

visningskonceptet kan med fordel udbredes til andre emneområder på det lægevidenskabelige studium.

KORRESPONDANCE: Bo Løfgren, Hjertemedicinsk Afdeling B, Århus Universitets-hospital, Skejby, DK-8200 Århus N. E-mail: bo.loefgren@ki.au.dk

ANTAGET: 7. juli 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Bo Løfgren og Erik L. Grove er medlemmer af styregrup-pen for Europæisk Råd for Genoplivnings HLR/AED-kurser i Danmark.

TAKSIGELSER: Overlæge, lektor Gavin Perkins takkes for inspiration til etablering af studenterstyret undervisning og muligheden for at deltage som undervisere på stu-denterstyret genoplivningskursus ved Birmingham University. Professor Jens Chri-

stian Djurhuus takkes for opbakning til etablering af studenterstyret undervisning i genoplivning ved Aarhus Universitet.

LITTERATUR

1. Baskett PJF, Nolan JP, Handley A et al. European resuscitation council guidelines for resuscitation 2005. Section 9. Principles of training in resuscitation. Resuscitation 2005;67S1:S181-9.
2. Basic Life Support & Automated External Defibrillation, 2nd Ed. Belgium: Euro-pean Resuscitation Council, 2006
3. Basic Life Support & Automated External Defibrillation. Instructor Manual. 2nd Ed. Belgium: European Resuscitation Council, 2007.
4. Bucknall V, Sobiech EM, Wood HL et al. Peer assessment of resuscitation skills. Resuscitation 2008;77:211-5.
5. Gustafsson A, Ringsted C. Studerende som undervisere. Ugeskr Læger 2008;170:3517-9.

Intensiveret uddannelse på dermatologisk afdeling

Cand.mag. Anne-Lene Bleken, læge Morten Østerballe, overlæge Peder Charles & overlæge Anne Braae Olesen

På Dermatologisk Afdeling på Århus Universitets-hospital, Århus Sygehus, har vi inden for de seneste år foretaget en række ændringer med henblik på at optimere uddannelsesudbyttet for de yngre læger på afdelingen. Vores fokuspunkter er blandt andet udvidet introduktion, mulighed for ekstra ansvar, supervision, prioritering af arbejdstilrettelæggelsen, ændring af morgen- og middagskonferencer samt ugentlige møder i speciallægegruppen. De nye tiltag bliver løbende evalueret og justeret efter behov.

Vi oplever, at ændringerne i uddannelsen af de yngre læger på afdelingen har en positiv effekt på flere områder. Efterhånden som de nye tiltag fører til en forbedret og mere effektiv uddannelse, er det for eksempel tydeligt, at alles motivation til at medvirke forøges. Der er en god stemning i afdelingen, og der er ingen tvivl om, at arbejdsmiljøet blandt lægerne bliver bedre i takt med, at der bliver plads til uddannelse i hverdagen. Ændringerne er også med til at synliggøre og styrke ikke bare uddannelsen, men også driften i afdelingen, og vi oplever således, at en god drift er meget afhængig af en god uddannelse og omvendt.

Denne artikel beskriver, hvordan vi evaluerer de nye uddannelses tiltag, hvad der lå til grund for ændringerne, hvilke konkrete tiltag vi har sat i værk, hvilke erfaringer vi har høstet i denne proces, samt hvilken betydning ændringerne har for uddannelsen af yngre læger på afdelingen.

EVALUERING

De nye uddannelses tiltag på afdelingen bliver løbende evalueret i form af samtaler på individniveau

og i grupper. Evalueringen er mundtlig, da det giver gode muligheder for hurtigt at ændre et allerede udmøntet eller planlagt tiltag. Der holdes møde i vejledergruppen en gang om ugen, og gruppens interesse, kritik og input er helt afgørende for, om vi går videre med et tiltag eller ej. Derudover holder den uddannelsesansvarlige overlæge og den uddannelseskoor-dinerende yngre læge møder med de yngre læger to gange hvert semester. Her giver de yngre læger feedback på afdelingens uddannelses tiltag. Derudover er alle yngre læger til individuel samtale hos den uddannelsesansvarlige overlæge, og her følges der op på de tiltag, som er implementeret i den mellemliggende periode. Den afgørende faktor for, om et allerede udmøntet tiltag skal fortsætte, er, at der er opbakning på afdelingen. Vores erfaring er, at det i en imple-menteringsfase er vigtigt at have øje for og respekt for de mange mennesker, der skal til at tænke og handle anderledes.

BAGGRUNDEN FOR ÆNDRINGERNE

Det var både et behov for og også et ønske om en ny tilgang til uddannelse, der lå til grund for ændringerne. Vi valgte f.eks. at ændre introduktionen af de yngre læger blandt andet som følge af massiv kritik fra introduktionslægerne. Det gik langsomt i starten, men efterhånden tog vi initiativ til mange nye tiltag. Vores vigtigste erfaring i denne proces er, at selv om et tiltag ikke lykkes, så er det afgørende, at man ikke giver op men fortsætter arbejdet.

FRA SLOW TIL FAST TRACK

Processen med at ændre uddannelsen af yngre læger

UDDANNELSES-ARTIKEL

Forskerpark Skejby,
Center for Medicinsk
Uddannelse

kan beskrives som en ændring fra *slow* til *fast track*. Begreberne skal forstås på den måde, at uddannelsen er accelereret, dvs. at den nu er mere effektiv og målrettet end tidligere. Som følge heraf opnår de yngre læger på vores afdeling hurtigere de nødvendige kompetencer, og de bliver således bedre kvalificeret til at udføre de nødvendige opgaver (Figur 1).

KORT BESKRIVELSE AF DERMATOLOGISK AFDELING

Dermatologisk Afdeling S hører ind under Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, og er fysisk placeret på det tidligere Marselisborg Hospital. Afdelingen er ansvarlig for behandling af alle typer hudsygdomme og seksuelt overførte sygdomme, og vi har et sengeafsnit med 19 senge, et dagafsnit med fem hotellsenge tilknyttet, et ambulatorium, et sårcenter, et lysafsnit og et laser/operationsafsnit. Derudover har vi åbent ambulatorium for undersøgelse af seksuelt overførte sygdomme samt en række specialklinikker. Vi er syv overlæger, herunder afdelingens ledende overlæge samt kliniske professor. Derudover har vi tre til fire afdelingslægestillinger, et vekslende antal yngre læger under uddannelse (fra fire til ti læger i hoveduddannelse) samt fire introduktionslæger. I løbet af et år udskiftes mellem otte og 14 uddannelsessøgende læger. Vi har en uddannelsesansvarlig overlæge og en uddannelseskoordinerende yngre læge.

GRUNDIG INTRODUKTION

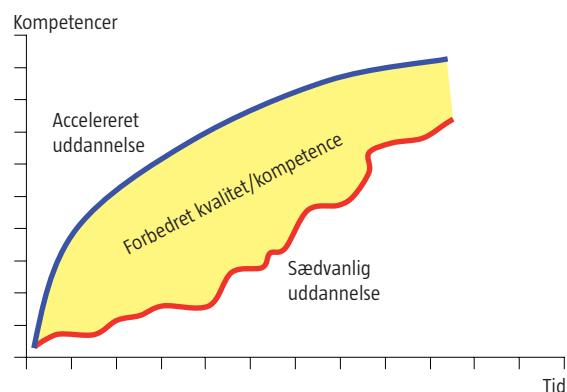
På afdelingen har vi blandt andet indført, at alle nye læger får lavet en individuel introduktionsplan. Planen, der er en oversigt over programmet for introduktionsperioden, er indført med henblik på at synliggøre, hvad der forventes af alle parter både for den nye læge og det øvrige personale. Introduktionsperioden strækker sig over de første 1-1,5 måneder, og i denne periode er den nye læge med som »føl« i alle afdelinger og får almindelig sidemandsoplæring. Lægen får gradvist tildelt flere opgaver, og graden af selvstændighed øges, efterhånden som de nødvendige kompetencer opnås. Vores erfaringer med introduktionsplanen er gode og understøtter samtidig undersøgelser på området, der blandt andet understreger vigtigheden af tidlige planlægningsmøder, enighed omkring læringsmål samt skrevne arbejdsplaner [2]. I evalueringssamtalerne giver de uddannelsessøgende udtryk for, at de føler sig meget velkomne med et individuelt introduktionsprogram i hånden. Derudover udtrykker vores ikkelægelige personale også tilfredshed med planen, blandt andet fordi de føler sig inddraget i uddannelsesarbejdet.

DEN INDIVIDUELLE UDDANNELSESPLAN

Hver læge får udarbejdet sin egen individuelle ud-

FIGUR 1

Accelereret uddannelse – en vision? På Dermatologisk Afdeling er uddannelsen af de yngre læger blevet mere effektiv og målrettet. Kilde: [1].



dannelsesplan efter samtale med den udpegede kliniske vejleder. Planen skal foreligge senest 14 dage efter samtalen, ellers rykkes der. Den uddannelsesansvarlige overlæge følger op på samtalen og sikrer, at den skriftlige plan hurtigst muligt bliver omsat til praksis i arbejdsplanen. Vi indførte ordningen, blandt andet fordi vi oplevede, at det var svært at omsætte de individuelle, mundtlige aftaler mellem vejlederen og den yngre læge til handling i arbejdstilrettelæggelsen. Erfaringerne med uddannelsesplanen er gode, og vi oplever, at succesraten for at udmønte aftalerne er steget markant. Derudover bliver de individuelle uddannelsesplaner evalueret positivt af både de yngre læger og afdelingens øvrige personale.

DET MOTIVERENDE EKSTRA ANSVAR

Efter 3-6 måneders ansættelse gennemføres en motiverende samtale med enten den kliniske vejleder eller den uddannelsesansvarlige overlæge. Her får den yngre læge tilbud om oplæring i en eller flere ekstra kompetencer. Ud over den motiverende faktor er disse samtaler med til at give det uddannelsesansvarlige personale et overblik over hver enkelt læges niveau og forventninger. Dette letter opgaven med at koordinere mulighederne for at give ekstra ansvar til mange forskellige læger. Vi erfarer, at den daglige mulighed for at blive prikket på skulderen og muligheden for at ønske noget ekstra i høj grad synes at motivere til ekstra læring og medvirker til almindelig tilfredshed med arbejdet for lægerne. I den individuelle evalueringssamtale hos den uddannelsesansvarlige overlæge giver de yngre læger udtryk for tilfredshed med denne mulighed, og gennem den daglige supervision kan vi se, at lægens ansvar for egen læring øges i takt med det ekstra ansvar.

SUPERVISORFUNKTIONEN

Supervisor er fysisk placeret i hudklinikken og superviserer fra tre til 12 uddannelsessøgende læger. Ordningen betyder, at der hver dag er en speciallæge til stede alene med det formål at supervisere de uddannelsessøgende læger. På den måde har de yngre læger mulighed for feedback hver dag, noget som igen har en positiv effekt i forhold til indlæringen. Undersøgelser viser, at direkte supervision er meget vigtigt og har en positiv effekt på såvel patientsikkerhed som indlæring af færdigheder [2]. Supervisorordningen giver også mulighed for tilbagevendende evaluering af de yngre lægers kompetencer – en faktor, der også har betydning for patientsikkerheden [2]. Samtidig gør ordningen det muligt, at supervisor er til stede i forbindelse med den strukturerede observation i klinikken. Supervisor har generelt meget travlt, men både de mundtlige og skriftlige evalueringer viser, at der er stor tilfredshed med denne ordning.

ARBEJDSLILLETTÆGGELSE

Vi prioriterer arbejdstilrettelæggelse meget højt på vores afdeling. Alle aftaler og konkrete handleplaner for den enkelte læge skrives i planen. Ønsker og møder skal indmeldes senest tre måneder før, og arbejds-kemaet udrulles for seks måneder ad gangen. I alt er to personer ansvarlige for skemaplanlægning og elektronisk patientjournal (EPJ)-booking. De mødes to gange månedligt (to hele arbejdsdage), og har desuden næsten daglig kontakt for at løse de problemer, der jævnligt opstår, f.eks. sygdom eller aflysninger. Vi tager i dagligdagen hensyn til antallet af speciallæger og uddannelseslæger i de forskellige afsnit og sørger for at matche de enkelte lægers charge og kunnen. Derudover er vi en afdeling, hvor flowet af læger er stort (i løbet af et år udskiftes ca. 65% af afdelingens læger), og vi er tit nødt til at justere arbejdstilrettelæggelsen med hensyn til uddannelse efter lægernes aktuelle kompetenceniveau. De yngre læger har en række obligatoriske kurser, og arbejdsplanlægningen er også med til at sikre, at der er balance mellem uddannelse og patientkontakt. Vi erfarer, at planlægning er en helt afgørende forudsætning for, at uddannelsen af de yngre læger på afdelingen bliver vellykket. Dette understreges også af *Kilminster et al*, der pointerer, at løsningen på mange problemer netop er effektiv organisering [2]. Derudover oplever vi, at nøje planlægning er helt afgørende for at få drift og uddannelse til at gå op i en højere enhed.

ÆNDRING AF MORGEN- OG MIDDAGSKONFERENCER

Fælles for både morgen- og middagskonferencer på afdelingen er, at vi har løsnet op for formen. Vi lægger vægt på at skabe en atmosfære, hvor alle kan

byde ind, og når stemningen er hyggelig og rar, er vores erfaring, at de yngre læger kommer mere på banen og således hurtigere bliver en naturlig del af afdelingsteamet. *Kilminster et al* peger netop også på vigtigheden af at skabe et trygt arbejdsmiljø for de yngre læger [2]. De yngre læger melder også tilbage, at de føler sig velkomne på afdelingen.

SPECIALLÆGERNE

Vi har indført møde i speciallægegruppen en gang ugentligt, hvor der er mulighed for at drøfte generelle problemstillinger eller problemer i en konkret sag. Vores erfaring med denne tilbagevendende uformelle snak er, at problemerne ikke når at blive store, og at konkrete handleplaner kan udarbejdes. Speciallægerne melder om tilfredshed med denne mulighed, blandt andet under de ugentlige evalueringsmøder i vejledergruppen.

NYE UDDANNELSESTILTAG PÅ FORSØGSPLAN

Vi har et vedvarende fokus på uddannelse i afdelingen, og der er således løbende nye uddannelses-tiltag på forsøgsplanet. Et eksempel er, at vi tilbyder de yngre læger mulighed for oplæring i en række færdighedskrævende kompetencer om eftermiddagen. I praksis indkaldes patienter til tre stuer, hvor en speciallæge med ansvar inden for området går fra stue til stue og udfører sidemandsoplæring, supervision og giver feedback i forbindelse med forundersøgelse og behandling. Derudover har vi undervisning to eftermiddage om ugen, og som noget nyt har vi indført undervisning for de yngste læger en eftermiddag om måneden. De nye tiltag bliver løbende evalueret med henblik på, om de skal fortsætte eller ej. For os er det afgørende at huske, at uddannelse på en afdeling er »en gryde der skal holdes i kog«, og der skal mere til end en skriftlig plan og en målbeskrivelse.

KONKLUSION

På Dermatologisk Afdeling erfarer vi, at især tre faktorer er væsentlige for at fremme lægernes kultur i retning af eksplicit uddannelse, dvs. at uddannelse er noget man taler om og handler ud fra. Først og fremmest skal ledelsen være interesseret i at fremme uddannelsen på alle niveauer og bakke op om de initiativer, der tages af interesserede læger og andet personale. Dernæst skal de uddannelsessøgende læger være interesserede og motiverede for ekstra læring. Jo mere motivation desto mere læring. Sidst men ikke mindst er speciallægerne/kollegeres indstilling og input helt afgørende for, at det bliver en succes. I virkeligheden kan vi blot konstatere, at hvis uddannelseskulturen er i orden i alle led, så er det

blot at få ideerne og ændre arbejds gange og logistik til noget, der mange gange både er til gavn for patienter og personale.

KORRESPONDANCE: Anne-Lene Bleken, Center for Medicinsk Udvikling, DK-8200 Århus N. E-mail: bleken@cepome.au.dk

ANTAGET: 5. juni 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

- Nielsen CH, Charles P. Uddannelse af turnuslæger i Århus Amt. Projekt BLITZ. Århus: Aarhus Universitet, Center for Postgraduat Medicinsk Uddannelse, 2006.
- Kilminster A, Cottrell D, Grant J et al. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007;29:4-13.

Hvor er den automatiske eksterne defibrillator?

Udvikling og uddannelse

Læge Bo Løfgren, læge Erik Lerkevang Grove & læge Niels Henrik Krarup

UDDANNELSES-ARTIKEL

Århus Universitets-hospital, Skejby, Hjerte-medicinsk Afdeling B, Aarhus Universitet, Klinisk Institut, og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Medicinsk-kardiologisk Afdeling A

Hjertestop har en dårlig prognose. Definitiv behandling af hjertestop på baggrund af stødbar hjerterytmefibrillation er defibrillering. Defibrillering skal forsøges så snart en defibrillator er tilvejebragt og må ikke forsinkes af anden behandling, såsom hjertemassage, indgift af medicin mv. Defibrillering skal forsøges hurtigst muligt og inden for henholdsvis tre og fem minutter på og uden for hospital [1, 2]. For at imødekomme dette vinder anvendelsen af automatiske eksterne defibrillatorer (AED) frem. En AED er en transportabel, batteridrevet defibrillator, som instruerer brugeren audiovisuelt. Hvert minut defibrillering forsinkes, reduceres overlevelsen med 7-10%, hvorfor tilvejebringelsen af en AED ikke må forsinkes. Entydig markering af udstyrets placering er således essentiel [3, 4].

Der er nyligt offentliggjort et skilt til markering af ophængte AED-enheder [5]. Skiltet anvendes globalt og er udarbejdet af International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). ILCOR er en international sammenslutning af genoplivningsråd, herunder bl.a. den amerikanske hjertereforening, de afrikanske og asiatiske genoplivningsråd samt Europæisk Råd for Genoplivning.

INTERNATIONAL SKILTNING AF AUTOMATISK EKSTERN DEFIBRILLATOR

Skiltet er rektangulært og består af et piktogram med et hjerte og et lyn. Et kors i øverste højre hjørne signalerer, at skiltet markerer placering af udstyr til førstehjælp (Figur 1A). Piktogrammet er hvidt på grøn (RAL 6032) bund, idet den grønne farve udgør mere end 50% af skiltets samlede overflade.

Bogstaverne AED anvendes for at fremme forståelsen af skiltets betydning. Bogstaverne skal være adskilt fra piktogrammet med en hvid linje. Genkendeligheden af piktogrammet bevares, uagtet at en række lande anvender en anden kombination af bogstaver (f.eks. DEA i Frankrig, Brasilien mv.). AED er en internationalt anvendt betegnelse, og ILCOR fraråder brugen af yderligere tekst og/eller alternativ nomenklatur [5]. I Danmark er betegnelsen »Hjertestarter« blevet introduceret som synonym for AED. Det anbefales, at man bevæger sig væk fra denne terminologi, og i stedet anvender den internationalt anbefalede. Ordet »Hjertestarter« bør således ikke fremgå af skiltning for AED.

Retningsangivelse i form af pile er af yderste vigtighed (Figur 1B). Hastigheden, hvormed udstyret kan fremskaffes, er afgørende, og lokalisering af den nærmeste AED faciliteres ved brug af entydig ret-



FAKTABOKS

Hjertestop har en dårlig prognose. Defibrillering skal iværksættes hurtigst muligt og kan foretages med automatisk ekstern defibrillator (AED).

Der er offentliggjort et internationalt anerkendt skilt til markering af ophængte AED'er. Skiltet er i overensstemmelse med dansk lovgivning.

Ensartet skiltning kan bidrage til øget fokus på genoplivning med AED og styrke bevidstheden om tilgængelige AED'er.

Det er væsentligt, at befolkningen i almindelighed og sundhedsprofessionelle i særdeleshed har kendskab til placeringen af ophængte AED'er. Dette kan ultimativt være livreddende.