

---

## Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2020;183:V205047

# Hvordan sikrer vi sammenhængen mellem simulationstræning og klinik?

Jeanett Strandbygaard & Jette Led Sørensen

Ugeskr Læger 2020;183:V205047

I det seneste årti er udviklingen af simulationsbaserede træningsprogrammer øget markant, og der er dokumenteret positive effekter på patientoutcome [1]. For at et træningsprogram skal være effektivt, skal økonomiske og logistiske kriterier være opfyldt, og derudover også definition af læringsmål, evaluering af færdigheder, feedback mv. [2].

*Tolsgaard et al* har i en statusartikel konkluderet, at der i Danmark er mange evidensbaserede simulationsinterventioner, men at implementering i både nationale målbeskrivelser og den kliniske hverdag halter, og de efterspørger støtte fra både lokal ledelse samt faglige selskaber [3].

Det er vi enige i. Vi kan bekræfte, at det er et omfangsrigt arbejde at få obligatorisk simulationstræning ind i de nationale målbeskrivelser, som det blev gjort med laparoskopisk simulation i specialet gynækologi og obstetrik i 2013. Men det er arbejdet værd og er en nødvendighed, hvis de uddannelsessøgende læger skal erfare simulation som en fuld integreret del af deres laparoskopiske uddannelse. Den systematiske og obligatoriske træning, der er skrevet ind i den nationale målbeskrivelse, kommer til at fungere som løftestang over for lederne, hvilket ad åre har ført til, at de uddannelsessøgende læger nu får fri med løn til kurser i laparoskopisk simulation.

Optimering er et ord, man ikke kan undgå at høre i sundhedsvæsenet, og det angår alt fra operationer til indlæggelser og ambulante kontroller. Derfor kan det undre, at der ikke i større omfang arbejdes med, at uddannelse skal optimeres. Som *Sloth et al* konkluderer i artiklen »Trainees' surgical activity and opportunity to transfer after simulation-based training« [4] risikerer man at miste det optimale læringsvindue, efter at uddannelseslægerne kommer retur fra dyre, velarrangerede simulationsbaserede kirurgikurser. Yderligere risikerer man modsat effekt, nemlig at man som uddannelsessøgende læge begynder at tvivle på egne evner. Det er modigt – og yderst relevant – af *Sloth et al* at undersøge, om organiseringen af uddannelse i simulation er optimal. Forfatterne vurderer primært, om de uddannelsessøgende læger får adgang til rigtige operationer efter simulationskurser, og tæller antal operationer, der desværre for nogle er alt for få. Vi må dog tilføje vigtigheden af, at det ikke kun er et spørgsmål om kvantitet, altså antal udførte operationer, men at der også bør indgå en kompetencevurdering. Formålet er her at vurdere

uddannelseslægens kirurgiske niveau, måle kompetencer over tid og støtte læring gennem feedback [5]. Undersøgelser viser, at nogle uddannelsessøgende læger har brug for ca. tre gange flere operative indgreb end andre for at opnå samme kompetenceniveau [5].

For fem til ti år siden var barrieren at få de uddannelsessøgende læger *væk* fra klinikken for at få dem på simulationsbaserede kurser. Nu er barrieren at få dem *tilbage* i klinikken igen, og at de efter simulationskurser får adgang til rigtige operative indgreb. Det springende punkt er koblingen til afdelingens arbejdstilrettelæggelse, der skal sikre en tidsmæssig sammenhæng mellem træningen, den kliniske oplæring og kompetencevurderingen. Vi opfordrer til, at man på afdelingerne *optimerer* uddannelse på samme niveau som andet i sundhedsvæsenet og prioriterer at få hjulpet de uddannelsessøgende læger i kirurgiske specialer ind på operationsstuen lige efter de simulationsbaserede kurser.

Ud fra vores vurdering er den generelle opfattelse, at det er uetisk ikke at bruge de simulationsbaserede tilbud for at understøtte patientsikkerheden. Derfor er det afgørende, at de forskellige specialer opnår enighed om at få skrevet obligatorisk simulationstræning ind i de igangværende revisioner af nationale målbeskrivelser. Derudover at det følges op i lokale uddannelsesprogrammer og får den nødvendige ledelsesmæssige opbakning.

Et effektivt træningsprogram handler i minimal grad om udstyret, men mere om planlægning af indhold og organisering af programmet, og det er en multidisciplinær kompleks opgave. Desuden er der behov for mere forskning inden for området overførbarehed/transfer af færdigheder fra et simulationsbaseret kursus til den rigtige kirurgi på operationsstuen [5].

**Korrespondance:** *Jette Led Sørensen*, Juliane Marie Centret for Børn, Kvinder og Reproduktion, Rigshospitalet, E-mail: [Jette.Led.soerensen@regionh.dk](mailto:Jette.Led.soerensen@regionh.dk)

**Interessekonflikter:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Cook DA, Hatala R, Brydges R et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2011;306:978-88.
2. Strandbygaard J, Bjerrum F, Maagaard M et al. A structured four-step curriculum in basic laparoscopy: development and validation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93:359-66.
3. Tolsgaard M, Konge L, Bjerrum F et al. Implementering af evidensbaseret simulationstræning. *Ugeskr Læger* 2019;181:V02190086.
4. Sloth SB, Christensen P, Dall R et al. Trainees' surgical activity and opportunity to transfer after simulation-based training. *Dan Med J* 2020;67(11):A05200306.
5. Strandbygaard J, Scheele F, Sørensen JL. Twelve tips for assessing surgical performance and use of technical assessment scales. *Med Teach* 2017;39:32-7.