

Systematisera utbildningen för ST-läkare på operation, vägen mot att skapa framtidens vassaste kirurger

Nu under våren 2017 kommer en uppdatering av "Ge kniven vidare" för att optimera varje ST-läkares operationsträning. Ett mer användarvänligt system behövs i dagsläget för att strukturerat ge meningsfull feedback när det gäller operationsträning, skriver Nathalie Young i detta inlägg som belyser ett av de ämnen som kommer att diskuteras under Kirubdagarna i Norrköping.



NATHALIE YOUNG
lakarledhandledning@gmail.com
Stockholm

Det är fortfarande ett stort problem att inte få konkret positiv och konstruktiv feedback på operationsmoment. Många utbildningstillfällen faller bort eftersom vi inte har ett enkelt sätt att förhålla oss till detta. Det är stor variation mellan olika handledande kollegor, eftersom det inte är lätt att verbalisera och kommunicera det vi ser. Detta mynnar ibland ut i ospecifik feedback till exempel "...det är bra du behöver bara fler operationer..."

Specifik feedback

Framtidsvisionen är att vi ska bli bättre på att specificera vår feedback så att det blir enklare för ST-läkaren att förstå vad som behövs för att förfinna den operativa tekniken.

I USA och Kanada används bland annat en validerad förtroendeskala som ett underlag för strukturerad

feedback på operation. De använder dessutom en särskilt anpassad validerad skala för titthålsingrepp och skalor som är direkt knutna till specifika ingrepp.

Tanken är att ST-läkaren tillsammans med huvudoperatören/handleddaren sätter upp ett utbildningsmål i samband med att man tvättar in, målet kan vara ett moment som ST-läkaren ska göra under operationen. När operationen är klar ges feedback utifrån förtroendeskalans kriterier då handledaren bedömer vilken grad av assistans som ST-läkaren behövt; aktiv-, passiv-, eller ingen assistans. Detta tillsammans med riktad feedback på vad i momentet som gjordes bra och vad som kan förbättras. Allt eftersom momenten byggs ihop så blir slutmålet att klara till exempel en främre plastik för ljumskbräck eller en appendektomi utan assistans.

Verbalisera problemen

Denna skala avspeglar konkret det arbetssätt som vi redan idag använder i praktiken. Om ST-läkaren blir osäker på nästa steg i momentet krävs automatiskt mer aktiv assistans. Nytt är att det blir mer fokus på att tillsammans identifiera vad som gjorde att ST-läkaren hade svårt att komma vidare i momentet, till exempel anatomikunskap, vävnadshantering eller instrumentering. Vid svårigheter ges även möjlighet till värdefull undervisning, den handledande kollegan kan handgripligen visa eller instruera muntligt. Förhållningssättet att tillsammans reflektera och ringa in orsaken till "svårighet att komma vidare" är otroligt viktigt och där är perspektivet från seniora kollegor ovärderligt! Det är oftast här som det är lätt att tappa momentum genom att fundera i tysthet.

Patientnytta

Målsättningen blir också att ST-läkaren mellan operationstillfällena kan fokusera på vad som kan förbättras och sedan applicera en förfinad teknik vid nästa operation. Detta leder till att transparensen ökar och att både ST-läkaren och de handleddande kollegorna har mer insikt i var varje ST-läkare befinner sig i sin operativa utveckling, vilket i slutändan leder till säkrare kirurgi och bättre kvalitet för patienterna. Dessutom blir skalan ett hjälpande verktyg för att enklare kunna verbalisera och kommunicera det som behöver utvecklas.

Anta utmaningen och använd detta verktyg, tillsammans mot för-

bättring! Detta viktiga ämne kommer ytterligare att diskuteras och presenteras på Kirub-dagarna i Norrköping och på Kirurgveckan i Jönköping samt att vi tillsammans fortsätter att prata om detta på våra respektive kliniker. ■

Urval av nyckelreferenser

A theory-based model for teaching and assessing residents in the operating room. DaRosa DA, Zwischenberger JB, Meyerson SL, George BC, Teitelbaum EN, Soper NJ, Fryer JP. *J Surg Educ*. 2013 Jan-Feb;70(1):24-30.

Reliability, validity, and feasibility of Zwisch scale for assessment of intraoperative performance. George BC, Teitelbaum EN, Meyerson SL, Schuller MC, DaRosa DA, Petrusa ER, Petito LC, Fryer JP. *J Surg Educ*. 2014 Nov-Dec.

The briefing, intraoperative teaching, debriefing model for teaching in the operating room. Roberts NK, Williams RG, Kim MJ, Dunnington GL. *J Am Coll Surg*. 2009 Feb;208(2):299-303.

Association for Surgical Education Validation of a novel intraoperative assessment tool: The Surgical Procedure Feedback Rubric Ayca Toprak et al. *The American Journal of Surgery* (2016) 211, 369-376.

Entrustment Decision Making in Clinical Training. Olle ten Cate et al. *Academic Medicine*, Vol. 91, No. 2 / February 2016.

Assessing Technical Competence in Surgical Trainees A Systematic Review. Peter Szasz, MD,* Marisa Louridas, MD,* Kenneth A. Harris, MD, FRCSC,† Rajesh Aggarwal, MD, PhD, MA, FRCSC,‡ and Teodor P. Grantcharov, MD, PhD, FACS*. *Annals of Surgery*. Volume 261, Number 6, June 2015.

Accreditation Council for Graduate Medical Education.

EVTM workshop 7–8 september 2017, Örebro
EVTM symposium 7–9 juni 2018, Örebro

www.jevtm.com/workshop/



Komplikationer vid Obesitaskirurgi

Varje deltagare förbereder ett autentiskt fall som presenteras och diskuteras vid mötet. Reflektera över vad den vetenskapliga litteraturen säger om handläggning kring det aktuella fallet.

Stockholm Torsdagen den 30/11

Lokal meddelas senare!

Anmälan

Till pervidehult@yahoo.se och genom att betala in anmälningsavgiften till Svensk Förening för Obesitaskirurgi senast 1 november.
Plusgiro 687508-2, Swish 123 694 6701.

Avgift

700 kr för medlemmar i SFOK
1200 kr för icke medlemmar
5000 kr för industrirepresentanter

Medlemskap i SFOK kostar 200 kr