

II Fakta

Några reflektioner från en standardiserad patient

T1:or på förmiddagen – T11:or på eftermiddagen, rollen som standardiserad patient ger en spännande kontakt med läkarutbildningen: som »lätt« patient på morgonen för fyra förstaterminare och som »svår« patient på eftermiddagen för sex sistaterminare med tre veckor kvar till examen.

På förmiddagen spelade vi in ett samtal med fyra studenter. Ett för oss välbekant och flitigt använt fall. Tillsammans med handledaren såg sedan studenterna och »patienten« på inspelningarna och gav feedback. Ambitiösa, målinriktade med prydligt knäppa vita rockar gick de till verket att leka doktor på riktigt. Det var första gången de var med om en videospelning av detta slag – så naturligtvis var det lite extra spännande. Det märktes knappt vid inspelningen, men små fniss vid uppspelningen bekräftade att det var lite extra spänning i att se sig själv och bli granskad i efterhand på detta sätt. Samtliga var positiva till metoden med övningar av detta slag och understök betydelsen av att få omedelbar feedback av såväl handledare som »patient«.

Om fem år kommer de ungdomarna att vara i samma situation som eftermiddagens sex unga människor som om bara tre veckor skulle ta sin examen. Avsikten med övningar med dessa sistaterminsstudenter var att träna en fullständig konsultation. Omedel-

bart efter inspelningarna samlades alla för en genomgång av övningen. Dagen efter granskades videobanden, diskuterades agerandet och förmedlades erfarenheter och kunskaper på ett imponerande sätt. Som standardiserad patient hade jag vid inspelningarna upplevt doktorerna som trygga och säkra – vilket kändes bra. Det måste också ingå i professionen att förmedla känslan av att vara i goda händer till patienten.

Vid genomgången bekände de sin osäkerhet, ibland nästan skräckslagenhet. Av handledarna fick de dels en medicinsk handledning, dels en verklig vägledning i patientkontakt – på ett mycket uppmuntrande, stödjande och insiktsfullt sätt. Generöst och prestigefritt bjöd de på sina erfarenheter – och tillkortakommanden. Om metoden fanns bara positiva reaktioner: »Såna här övningar borde vi ha haft varje termin!« Att »patienten« fanns närvarande för kommentarer vid genomgången sågs också positivt. Som standardiserad patient kände jag mig sedd och lyssnad till i dessa samtal. Övningar kunde genomföras i konsultationer där det på grund av etiska orsaker, integritetsskäl eller medicinska säkerhetsskäl hade varit svårt att sätta in en verklig patient.

Det var annorlunda med övningen med utländska läkare – man inser lätt att det inte bara är att komma hit, lära sig svenska språk-

ket och sätta igång. Språket är förstås en barriär, men i vissa fall var de kulturella skillnaderna påtagliga. Att sitta nära en kvinnlig patient ensam i rummet var svårt för en manlig doktor från ett strängt muslimskt land. En annan doktor ställde jag en fråga till och fick svaret: »Det är jag som ska fråga dig!« En av deltagarna hade före inspelningen varit mycket kritisk till att de inte fick riktiga patienter. Henne träffade jag på tunnelbanan ett par dagar senare, och hon kom genast fram och började tala om hur bra det varit och att hon hoppades de skulle få göra sådana övningar flera gånger.

Flera års övningar som standardiserad patient har gett mig många tillfällen att träffa blivande läkare. Jag minns många men kan inte underlåta att nämna blivande läkaren Anna, som jag mötte i min patientroll som missbrukare. Hon var en rak, rätt kärv person, som ändå till mig förmedlade medmänsklighet och medkänsla, att hon såg och förstod. Utan minsta sentimentalitet eller moralism väckte hon en försiktig insikt att »mitt« liv kunde förändras. Hon erbjöd inte en famn att gråta i men pekade på en väg till förändring som hon kunde hjälpa mig med. Så vill jag uppleva en riktigt doktor!

*Kerstin Jordan
pensionerad journalist,
standardiserad patient*

liga patienter utan utgöra ett komplement med beaktande av för- och nackdelar med respektive metod [6]. Verkliga patienter kan visa de sjukdomssymtom som de lider av, de accepteras lätt av studenter och de kostar inget bortsett från besväret för läraren att hitta lämpliga patienter. Nackdelar med verkliga patienter är att de inte alltid finns tillgängliga, de kan ta illa vid sig och det är svårt att styra situationen, främst genom svårigheter att fokusera även på kommunikation och inte bara på diagnostik.

Fördelar med standardiserade patienter är att de är tillgängliga då undervisningen planeras att ske, de visar samma bild för alla studenter och de lider inte av fördomar eller felaktig behandling. Studenterna behöver inte känna sig generade över sin ringa erfarenhet, och övningen kan upprepas vid osäkerhet. Den standardiserade patienten kan också delta i diskussionen efter övningen och ge återkoppling till studenten. Dessutom kan svåra situationer övas innan de inträffar i verkligheten. Nackdelar är att ett program med standardiserade patienter kräver en organisation för träning av dessa »patienter« och lärare samt att det innebär en kostnad för löner till »patienterna«.

Från studentsynpunkt ger träning med standardiserade patienter möjlighet att pröva saker i en mindre stressig miljö, studenten kan få återkoppling på sitt agerande, och »patienten« kan hjälpa studenten att fokusera på hennes/hans professionella roll och öka motivationen att aktivt utveckla den. En tränad standardiserad patient anses ge en rättvis återkoppling ur ett patientperspektiv [6].

Fördelar för undervisaren är att en övning med standardiserad patient ger läraren möjlighet att försäkra sig om att alla studenter får genomgång av viktiga undervisningsmoment i stället för att låta slumpen avgöra om studenten »rårak« hamna i en klinisk situation där denna färdighet kan övas och adekvat återkoppling på genomförandet kan fås. Läraren har också möjlighet att variera övningens svårighetsgrad beroende på hur långt studenten har kommit i sina studier. Således kan t ex en termin 5-student få träffa en »villig« patient för att träna missbruksanamnes, medan en termin 8-student kan få möta en som blir aggressiv när frågan om missbruk tas upp.

Eftersom standardiserade patienter används flitigt internationellt vid examination har metodens validitet och reliabilitet undersökts i ett flertal studier [7, 12]. Den psykometriska kvaliteten inklusive reliabiliteten har konstaterats vara god för standardiserade patienter vid examination. Reliabiliteten har även rapporterats vara god vid övningar med standardiserade patienter när »patienterna« utfört bedömningen av anamnesupptagning, klinisk undersökning och kommunikationsförmåga enligt en i förväg upprättad bedömningsmall [13]. De fall som standardiserade patienter illustrerar uppfattas oftast som mycket verkliga, och man har också visat att en kliniker inte kan särskilja en standardiserad patient från en verklig [14].

Standardiserade patienter används ofta vid OSCE (objective structured clinical examination) för examination av grundutbildningsstudenter [15, 16] eller för att testa färdiga läkare vad gäller kliniska färdigheter [17]. I Sverige används