

Undervisning av kliniska färdigheter i psykiatri inom läkarprogrammet med videospelade vinjetter

Bakgrund: Ett växande problem i läkarutbildningen är bristen på kliniska platser när studentantalet ökar. Därför är det önskvärt att kunna flytta en del av den verksamhetsförlagda kliniska utbildningen till de teoretiska studierna. Detta kan kräva nytänkande gällande undervisningsformerna vilket ett universitet i Finland nyligen diskuterat i en artikel (1).

För psykiatrin finns det mer specifika skäl till att utbildningsprogrammet organiserar undervisning av kliniska färdigheter och säkrar likvärdig kvalitet för alla studenter. Psykiatri är en bristspecialitet (2) som innebär att det kan finnas lokala svackor i kvaliteten på undervisningen på grund av brist på kollegor och användningen av hyrläkare med liten förankring i undervisningen. En tidigare genomförd undersökning visade att när erfarna psykiater undervisar i psykiatrisk intervjuteknik så uppnår läkarstudenterna bättre färdigheter (3).

Det finns även mer studentrelaterade skäl för att uppdatera och optimera psykiatriundervisningen. Psykiatrispecialiteten har generellt svårt att konkurrera om studenternas intresse eftersom den har en relativt liten del av utbildningen och ligger sent jämfört med de somatiska specialiteterna. Diskriminerande attityder gentemot psykiatriska sjukdomar kan krympa intresset även här på universitetet, där en undersökning bland läkarstudenter visat att attityderna genom hela utbildningen gentemot psykiatriska symptom verkade vara sämre än gentemot de somatiska symtomen (4).

Det är viktigt att studenterna får tillräckliga egna erfarenheter i patientarbetet under den relativt begränsade kliniska tiden inom psykiatrin. Studenterna själva klagar dock på att de blir passiva åskådare som sannolikt baseras på att ämnet är så olik andra ämnen och att grundläggande färdigheter för att kunna påbörja det egna patientarbetet saknas. Ifall förslaget att AT skall försvinna kommer att genomföras så måste detta förbättras och varje minut av den kliniska tiden tas till vara (5).

Ett av de nationella examensmålen handlar just om första steget i patientarbetet, nämligen förmågan att självständigt kunna diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden hos patienter (6). Inom psykiatrin kan det behövas särskilda krafttag för att uppnå detta enligt en nationell enkät från 2012 där AT-läkare påpekade att ett av de områden som de ansåg sig sämst förberedda för inför läkaryrket var just undersökning av den psykiskt sjuka patienten (7). Inom psykiatrin är psykisk status grunden i patientbedömningen. Terminologin går att undervisa i föreläsningsform, som finns på termin 5 och termin 10, men patienter behövs för att träna färdigheten att bedöma och sammanfatta observationer såsom psykisk status. På klinikplatsen är det inte säkert att studenterna kan få behövlig hjälp med träningen, enligt läkarstudenternas enkät från 2011. Där framkom att allt färre studenter generellt får chansen att öva på praktiska moment och särskilt de läkarspecifika på grund av brist på handledare och för stora studentgrupper (8).

Syfte: Att utveckla ett undervisningsmoment som möjliggör undervisning av psykisk statusbedömning innan klinisk tjänstgöring.

Val av metod: Jag kontaktade de kursansvariga för psykiatriundervisning på andra studieorter för att ta reda på hur de undervisade psykiatrisk bedömning och hur de uppfattade utfallet. Jag sökte stöd i pedagogisk metodik med utgångspunkten att jag ansåg fortsatt teoretisk genomgång oundviklig men ville lägga till färdighetsträning. Jag hittade stöd för att använda blandade undervisningsformer under "Blended learning" pedagogiken som enligt Procters definition är en effektiv kombination av olika leveranssätt, såsom när traditionella klassrumsmetoder kombineras med mer datormedierade

aktiviteter (9). Ett praktiskt upplägg som stämde med mina funderingar fanns beskrivet under undergruppen av "Blended learning", den så kallade "Flipped Classroom" pedagogiken. Det vill säga att jag ansåg en förberedande teoretisk genomgång och utdelning av material för genomläsning nödvändig inför ett senare moment. Där kan läraren utnyttja undervisningstiden mer praktiskt och uppnå djupare förståelse genom färdighetsträning med videoinspelade vinjetter (10).

Bedömning av psykisk status baseras på iakttagelser av patientens bemötande och beteende i samtalet. Därför kom jag fram till att ett videoinspelat bedömningssamtal kan simulera den kliniska patienten. Denna slutsats får stöd i en tidigare rapport som hävdar att videoinspelade vinjetter bestående av samtal eller fysisk undersökning effektivt kan instruera undersökningstekniker och diagnostiska färdigheter (11). Litteraturen beskriver att videoinspelade vinjetter är användbara i undervisningen inom flera specialiteter såsom vid kommunikationsträning inför medicinska intervjuer (12), och vid undervisning i neurologisk status (13). En tidigare rapport om användning av videoinspelade intervjuer inom undervisning i vuxen psykiatri visade att studenternas psykiatriska bedömningar blev mer korrekta i jämförelse med teoretisk undervisning (14). En annan rapport från barn och ungdomspsykiatri visade att studenternas förmåga att förstå och lära samt till empati ökade (15). Generellt sett redovisade rapporterna positiva studentomdömen om undervisning med videoinspelade vinjetter. En tänkbar förklaring är att undervisning byggd på flera sorts sensoriska stimuli förstärker minnet men endast runt 10-20 % återfinns i minnet efter tre dagar från en sensorisk stimuli men 65 % om det är blandad syn- och hörselstimuli (16).

Jag förväntade mig att studenternas aktiva lärande skulle öka genom att de själva experimenterar sig fram i analysen av de videoinspelade vinjetterna som också för dem ett steg närmare den framtida kliniska tjänstgöringen (17, 18). Därför ansåg jag från inlärningssynpunkt att det var bäst att studenterna själva försökte bedöma psykiatriska statusen hos den som intervjuas på videobandet.

Psykiatriska terminologins många komplicerade ord leder ofta till många frågor. Bedömaren använder sina egna värderingar som grund för att bedöma beteende och därför är det viktigt att studenterna inser vilken bias detta kan leda till. Av det skälet ansåg jag att studenterna behövde diskutera tillämpningen av de psykiatriska termerna med varandra (19), och sedan kalibrera den i en diskussion med en erfaren lärare som bygger sin bedömning på mer professionella värderingar. För att detta skall vara möjligt är undervisning i mindre grupper nödvändig.

Videoinspelade vinjetter har rapporterats kunna spela en viktig roll vid gruppundervisning, genom att stimulera till fokuserade diskussioner (20). De ger även underlag för deltagare att reagera och få inblick i hur bedömningar hänger samman med egna uppfattningar och åsikter (21).

Sammanfattningsvis, gav kombinationen av grupparbeten och videoinspelade vinjetter svaret på hur undervisning om färdigheter i psykisk statusbedömning utan någon närvaro av patienter kan läggas upp.

Tidpunkt: Jag tog in detta moment på termin 5 där det tidigare fanns en föreläsning om psykisk status och var somatiska färdigheter undervisats i smågrupper inför primärvården som in faktum också sköter primärt omhändertagande av psykiska problem. Syftet var att fånga studenternas intresse för psykiatri innan deras kliniska identitet färgades av de somatiska specialiteterna.

Metod

Sökord: Teaching clinical skills/psychiatric interview, observation techniques, videotaped vignettes, blended teaching, flipped classroom, peer teaching, learning styles, and medical students.

Material: Jag samlade in och producerade själv olika videoinspelningar som skulle föreställa samtal mellan en vårdgivare och en artificiell patient med hjälp av skådespelare, både professionella och vårdpersonal med gedigna erfarenheter av hur psykiatriska tillstånd uttrycks. Jag valde att utgå ifrån de vanligast förekommande psykiatriska sjukdomstillstånden inom kliniken och som ger tillfälle att träna hela terminologin. Inför föreläsningen gjorde jag en mall med psykisk status termer och förklaringar. Samma mall med de professionella termerna men utan förklaringar delades ut på seminarierna för studenterna att fylla i som underlag för bedömning av psykisk status.

Etiska aspekter: Sekretess får beaktas när läromaterial produceras och det innebär att ingen enskild patient skall kunna identifieras såsom i eventuella vinjetter (22). I dagens tekniska värld är detta ännu viktigare att beakta där studenter gärna videofilmar pågående moment. Därför användes påhittade manus och skådespelade samtal med hjälp av vårdpersonal eller professionella skådespelare. Riktiga vinjetter kan tänkas inkluderas särskilt om de rekryteras utanför vården såsom bland patientorganisationer och om vederbörande undertecknar ett avtal om hur videoinspelningen får användas. Detta innebär dock alltid risker för gränsöverskridande av sekretessen såsom när en ny lärare tar över materialet och inte är medveten om begränsningar i användandet.

Procedur:

a) Först en timmes teoretisk terminologi för hela gruppen.

b) Två timmars seminarium: Studenterna får den förenklade terminologimallen innan en videoinspelad patientintervju visas. Två till tre studenter fyller i mallen tillsammans för att de skall ha lättare att minnas termerna genom diskussioner och hur de används samt att förstå att deras egna normala värderingar, gällande vad är friskt eller sjukt, begränsar bedömningen. Slutligen visar jag upp mitt psykiska statusförslag och vi diskuterar tillsammans vad som skiljer mellan deras versioner och min. Vi arbetar med 3 klassiska sjukdomsfall.

c) Genomgång av psykisk status terminologin upprepas traditionellt på T10. Det önskade studenterna fortsätta med. Första teoritimen används för genomgång av andra delar i psykisk bedömning såsom diagnostiska skalor innan den fördjupade terminologin går igenom. Psykisk status tränas sedan i helgrupp med nya sjukdomsfall/diagnoser och fördjupning av sjukdomsbilden, till exempel inkluderas suicidbedömning i depressionsfall. Den tidigare undervisningen på T5 bidrar till att studenterna arbetar snabbt och 7- 8 vinjetter bedöms och beskrivs med sammanfattande psykisk status.

d) I föreläsningen om ångestsjukdomar, som är många men snarlika, visar jag ett videoinspelat fall med symptom på flertalet av ångestsjukdomar var studenterna jobbar med att sätta diagnos utifrån vedertagna sjukdomskriterier i syfte att komplettera den diagnostiska träningen.

Resultat: På termin 5 lär studenterna sig att identifiera och benämna psykiska symptom. På termin 10 ökar de arbetstempot och lär sig att beskriva sammanfattande status. Bättre kunskaper ses tydligt på tentaresultat både på T5 och T10. Studenterna blir mycket intresserade och i förbifarten har sjukdomstillstånden, praktisk handläggning och behandling diskuterats. Diagnostiska färdigheter undervisas indirekt genom att diagnostiska samtal visas på videobanden och följs på T10 av träning i användning av diagnostiska kriterier.

Diskussion:

Undervisningen på T5 och T10 resulterade i att på T10 klarade studenterna av att producera en sammanfattande psykisk status och uppvisade ett bra arbetstempo. Tentamensresultat på både T5 och T10 konfirmerade bättre färdigheter i enlighet med Sturgeons fynd (14). Min slutsats är därför

att undervisning i psykiatrisk bedömning kan genomföras delvis inom ramen av teoriblock med hjälp av videoinspelade vinjetter med god kvalitet i linje med tidigare forskningsresultat (14, 15, 23, 24).

Kvaliteten ökar även sekundärt eftersom studenterna snabbt kan påbörja egna bedömningssamtal ute på kliniken och studenterna får på så sätt mer egen klinisk erfarenhet. Videoinspelade vinjetter i den teoretiska undervisningen kan, genom att de väljs så att de visar sjukdomstillstånd som studenterna inte med självklarhet får tillfälle att träffa på under den kliniska tiden, även ge viss kvalitetssäkring i sjukdomslära som är en tydlig vinst i mitt upplägg.

Det stora intresset för vinjetterna leder till interaktiva diskussioner och kliniska frågeställningar som därmed tränar det nationella kunskapskravet att kunna kritiskt och systematiskt integrera och använda kunskap samt analysera och bedöma komplexa företeelser, frågeställningar och situationer (6). Detta utfall är i enlighet med en tidigare rapport om god inverkan av att blanda studentdiskussion och lärarförklaringar (25).

Läkarstudenterna brukar vara mycket nöjda med undervisningsupplägget och önska mer undervisning med patientvideofall i enlighet med rapport om att datormedierade metoder värderas minst lika högt som traditionella metoder vid undervisning av kliniska färdigheter (26). Särskilt uppskattar de gruppdiskussionerna efteråt vilket överensstämmer med tidigare rapporter om stimulerande effekter som videoinspelade vinjetter har på gruppdiskussionen (19, 20) och är också välkänt i samband med studentcentrerade aktiviteter i allmänhet (27).

Studenternas positivitet gällande videoinspelade vinjetter kan relateras till att de kan bidra till att öka förståelsen och kunskapen i enlighet med tidigare rapport från barn och ungdomspsykiatri (15). Undervisningens utförande i helhet bjuder på stimuli för flertalet av inlärningsstilar och bör vara bra minneshjälp i inläringen av sjukdomsbilder enligt Lujan et al, 2006 som fann att för flertalet var multimodal bättre än ensidig stimuli (28).

Tydlig progression märktes från termin 5 till 10. På T5 identifierade studenterna psykiska symptom sakta och benämnde dem men på T10 uppvisade de även bra arbetstempo och beskrev sammanfattande status. Detta möjliggjorde arbete med fler fall och att gå mer på djupet i bedömningen. Det är inte klarlagt vilka faktorer som har bidragit till progressionen förutom upprepningsfaktorn. Med all sannolikhet har det kliniska patientarbetet på terminerna mellan T5 och T10 bidragit eftersom psykiatriska problem ofta förekommer inom de somatiska specialiteterna som kan ha gett tillfälle för vidareutvecklande av T5 psykisk statusundervisningen.

En möjlig utveckling vore att anamma till fullo "Flipped Classroom" modellen och ändra från nuvarande upplägg, som bygger på att studenterna i första steget förbereder sig genom att gå på terminologiföreläsning innan den praktiska färdighetsträningen, till att erbjuda föreläsningen enbart online för studenternas egen inläring inför psykisk statusseminariet.

Slutsats

Min slutsats är att genom att använda patientvideofall uppnås tidsbesparing inom den kliniska delen samt effektivitet och kvalitetssäkring i undervisning av kliniska färdigheter. Samtidigt får studenterna levande sjukdomsbilder som bra stöd för minnet och möjlighet att erfara även sällsyntare tillstånd. Introduktion av psykisk status på tidigare termin gav progressionseffekter som utmynnade i grundläggande kliniska färdigheter att beskriva psykisk status på T10. Patientvideofallen stimulerade studenternas intresse för patienten i ett helhetsperspektiv.

Referenser:

1. Niemi-Murola L, Karppinen H, Kaila M, Merenmies J. [Procedural skills of students qualifying as a doctor - towards blended learning]. *Duodecim*. 2016;132(3):260-5.
2. Nationella planeringsstödet S. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20072/2016-2-16pdf>. 2016:48.
3. Naji SA, Maguire GP, Fairbairn SA, Goldberg DP, Faragher EB. Training clinical teachers in psychiatry to teach interviewing skills to medical students. *Med Educ*. 1986 Mar; 20(2):140-7.
4. Hjelm E, Jaksic N. Stigmatizing attitudes towards mental illness modifiable by the medical education: Comparison of attitudes among medical students from Sweden and Nepal. *Självständigt arbete på T6 inom läkarprogrammet; Linköping* 2014.
5. Läkarutbildningsutredningen Ba. För framtidens hälsa, - en ny läkarutbildning. https://www.riksdagense/sv/Dokument-Lagar/Utdredningar/Statens-offentliga-utredningar/For-framtidens-halsa---en-ny_H1B315. 2013;15.
6. Utbildningsdepartementet. Högskoleförordning. https://www.riksdagense/sv/Dokument-Lagar/Ovriga-dokument/Ovrigt-dokument/_sfs-1993-100/?bet=1993:100. 1993;100.
7. Hoppe A, Kiessling A. A national questionnaire shows the quality of Swedish medical education. Physicians' perspectives two years after examination. *Lakartidningen*. 2012 feb 29-Mar 13;109(9-10):468-72.
8. Blom M, Lindqvist E. Utvärdering av kliniska läkarutbildningen. *Medicine Studerandes förbund*. <http://www.cku-sthlm.se/dokument/Utvardering-av-den-kliniska-lakarutbildningen20111205C.pdf> 2011.
9. Procter C. Blended Learning in Practice. Inaugural Education in a Changing Environment conference: University of Salford; 2003.
10. Barker D. Flipped Classroom - det omvända arbetssättet.: *Natur & Kultur*; 2013.
11. Pinsky LE, Wipf JE. Physical Diagnosis Series: I. Return to the Bedside with a Master Clinician (Videotape) Seattle, Wash: University of Washington Health Sciences Center for Educational Resources; 1999.
12. Losh DP, Mauksch LB, Arnold RW, Maresca TM, Storck MG, Maestas RR, et al. Teaching inpatient communication skills to medical students: an innovative strategy. *Acad Med*. 2005 Feb; 80(2):118-24.
13. Lim EC, Ong BK, Seet RC. Using videotaped vignettes to teach medical students to perform the neurologic examination. *J Gen Intern Med*. 2006 Jan; 21(1):101.
14. Sturgeon DA. Videotapes in psychiatry: their use in teaching observation techniques. *Med Educ*. 1979 May; 13(3):204-8.
15. Delorme R, Chaste P, Scheid I, Cortese S, Mouren MC. Using videotaped vignettes to improve the teaching quality in child and adolescent psychiatry. *Med Teach*. 2010; 32(8):703-4.
16. Dwyer FM. *Strategies for Improving Visual Learning*: State College, Pa: Learning Services; 1978.
17. Goddard GV, Douglas RM. Does the engram of kindling model the engram of normal long term memory? *Can J Neurol Sci*. 1975 Nov; 2(4):385-94.

18. Knowles MS. *The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy To Andragogy*. 2nd ed. New York: Cambridge Books; 1980.
19. Biggs JB. Teaching for Better Learning. *LegEdRev* 8:1991.
20. Pinsky LE, Wipf JE. A picture is worth a thousand words: practical use of videotape in teaching. *J Gen Intern Med*. 2000 Nov; 15(11):805-10.
21. Barker S. Is Value Content a Component of Conventional Implicature? *Analysis*. 2000(60):268-79.
22. SFS. Offentlighets- och sekretesslag. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400. 2009.
23. Bloomfield J, Roberts J, While A. The effect of computer-assisted learning versus conventional teaching methods on the acquisition and retention of handwashing theory and skills in pre-qualification nursing students: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010 Mar; 47(3):287-94.
24. McCutcheon K, Lohan M, Traynor M, Martin D. A systematic review evaluating the impact of online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical skills in undergraduate nurse education. *J Adv Nurs*. 2015 Feb; 71(2):255-70.
25. Smith MK, Wood WB, Krauter K, Knight JK. Combining peer discussion with instructor explanation increases student learning from in-class concept questions. *CBE Life Sci Educ*. 2011 spring; 10(1):55-63.
26. Gormley GJ, Collins K, Boohan M, Bickle IC, Stevenson M. Is there a place for e-learning in clinical skills? A survey of undergraduate medical students' experiences and attitudes. *Med Teach*. 2009 Jan; 31(1):e6-12.
27. Secomb J. A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *J Clin Nurs*. 2008 Mar; 17(6):703-16.
28. Lujan HL, DiCarlo SE. First-year medical students prefer multiple learning styles. *Adv Physiol Educ*. 2006 Mar; 30(1):13-6.