

Aspekter på inläring och möjliga förbättringar inför den decentraliserade läkarutbildningen med inriktning på handledning av enskilda studenter

Pedagogiskt docenturarbete

David Robinsson

Bakgrund

Pedagogiken på läkarutbildningen i Linköping har sedan många år varit problembaserat lärande (PBL).¹ Metodiken innebär att studenterna tillsammans med en handledare arbetar i mindre grupper, så kallade basgrupper. Målsättningen är att studenterna med hjälp av autentiska fall/problem genomför en genomgång/brainstorming där man resonerar sig fram till adekvata problem/frågeställningar som formuleras till inlärningsmål. Efter studier av relevant litteratur diskuterar man sedan det man funnit.² Dock måste dessa kunskaper (jag vet att...) som inhämtas översättas till kliniska färdigheter (jag kan eller jag vet hur man...),³ vilket sker via klinisk handledning. Det har dock varit svårt att hitta bra modeller för hur detta skall ske. Faktorer som hindrar bra klinisk handledning är väl studerade och utgörs bland annat av otydlig kommunikation mellan universitet och sjukvård gällande pedagogiska metoder och terminsmål, otillräcklig introduktion av de som skall stå för undervisningen och dålig planering för studenterna på den aktuella kliniken.⁴

För att förhoppningsvis förbättra möjligheterna till handledning för de enskilda studenterna och minska handledaruppdraget för de enskilda klinikerna vid universitetssjukhuset Linköping har det funnits möjlighet till ”landsortsplacering”, något som på senare tid blivit allt mera formaliserad så att studenterna nu placeras ut i Sydöstra regionens sjukhus. Från vårterminen 2019 kommer en decentraliserad läkarutbildning att finnas i Jönköping från termin sex till examen.

Frågeställningen

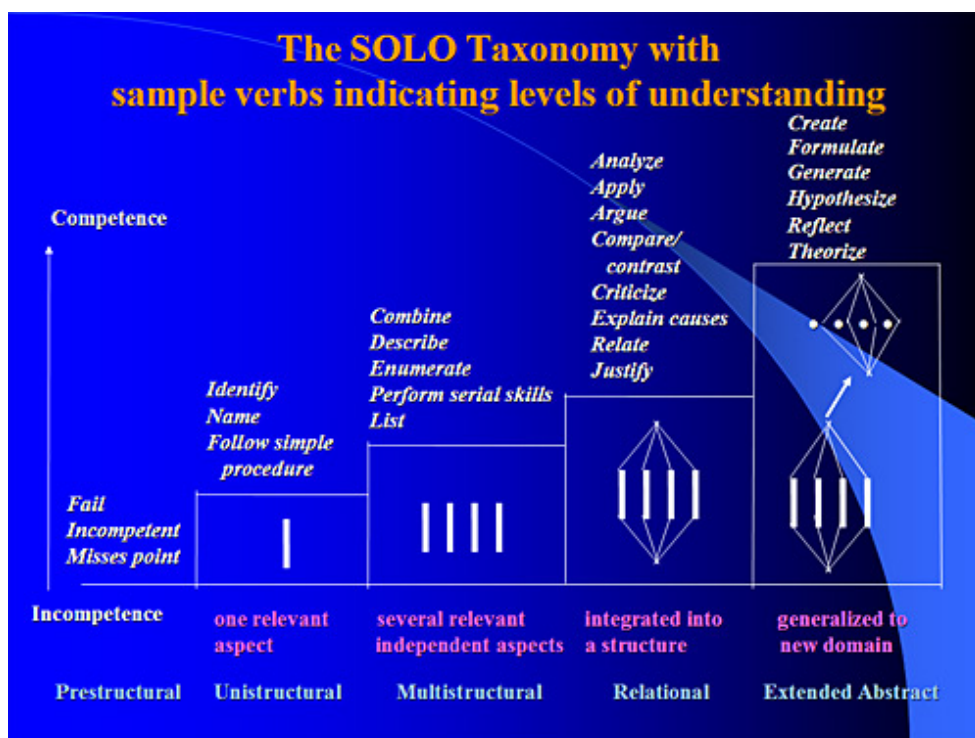
Ett problem med denna verksamhetsförlagda utbildning som den fungerar idag är att det plötsligt står en student på en överfull mottagning som entusiastiskt säger ” Hej, jag heter Kim och jag skall vara med på eftermiddagens mottagning”.

Denna pedagogiska analys syftar till att granska den uppkomna situationen och försöka hitta en lösning som blir så bra som möjligt för den aktuella studenten ur ett inlärningsperspektiv utifrån tillgänglig pedagogisk litteratur.

Hur lär man sig?- litteraturgenomgång

I ovanstående situation uppstår ett antal frågor och den första är vilken roll tar jag? Tar jag en ”gammaldags” lärares roll, vilket ligger naturligt för många läkare om de inte har gått PBL utbildning eller motsvarande. Det blir då lätt att hålla en miniföreläsning i ämnet, kunskapen redovisas rörande den aktuella patienten och studenten blir helt passiv. Detta kan klassificera som den lägsta nivån av student involvering, nivå 1. Lite bättre är det om studenten själv sköter mottagningsbesöket och handledaren ibland kommer in och stämmer av hur det går, nivå 2. Nivå 3 innebär att studenten först gör en fullständig bedömning och redogör för sina fynd och planerade åtgärder och sen görs detta om av handledaren och man får en diskussion om fallet. Den mest aktiverande nivån är om studenten genomför anamnesupptagandet och klinisk undersökning under överinseende av handledaren som sedan ger feedback till studenten.⁴ Dessa olika nivåer av klinisk handledning återspeglar också en lärarcentrerad (nivå 1 och 2) respektive en studentcentrerad undervisning (nivå 3-4). Den studentcentrerade undervisningen, vilken syftar till att underlätta studentens lärande och utveckling har visat sig överlägsen då det gäller att erbjuda en högkvalitativ utbildning.^{5,6} Den lägsta nivån kräver ingen tidsplanering medans de högre kräver att mera tid avsätts och att färre patienter hinns med.

Om vi utgår från att lärande är ett förlopp där ny kunskap aktivt konstrueras och bygger på den kunskap som individen redan har blir det viktigt att veta på vilken kunskapsnivå studenten befinner sig.⁷ En teori inom omvårdnad men som även tillämpats hos andra professioner är Benners. Hon menar att det finns fem nivåer inom professionell kompetens och expertis. 1. Novis, 2. Avancerad nybörjare. 3. Kompetent, 4. Skicklig och nivå 5. Expert. Utvecklingen går från av att vara beroende av regler och tydliga principer hos den som ligger i början av skalan men senare görs egna ställningstaganden och tolkningar för att kunna ge god vård.^{6,8} När lärandet fortskrider blir det mer komplext.⁹ Med hjälp av Structure of the Observed Learning Outcome (SOLO) kan man klassificera lärandet beroende på dess komplexitet. Först lär man sig några grundläggande aspekter rörande uppgiften (unistrukturella) sedan kommer det in flera aspekter men de är inte relaterade (multistrukturella). Sedan kan dessa kunskaper integreras i en helhet och relateras (relational) för att tillslut nå den högsta nivån vilken innebär att man kan generalisera denna helhet till nya okända områden (exended abstract). Man har så mycket kunskap från ett tidigare område att man kan tillämpa detta på nya tidigare okända områden, med viss komplettering av ny kunskap.



SOLO taxonomy enligt Biggs.

Vad spelar då dessa två teorier för roll där jag står på mottagningen med en entusiastisk student? Det som vi alla har med oss är de kunskaper som vi inhämtat under studietiden, gällande anatomi, fysiologi och patologi och detta har inte ändrats alltför mycket. Detta kan jag relatera till och enligt SOLO taxonomin så bör studenten passerat det första och andra steget i de tidigare kurserna, min uppgift blir nu att genom ett studentcentrerat lärande se till att studenten får hjälp med att inhämta ny kunskap.

De lärandemål som är beskrivna för mitt ämnesområde är att självständigt kunna handlägga urinretention och under handledning kunna hantera förstorad/konsistenförändrad prostata, prostatacancer och testikelcancer. Praktiskt skall studenten under handledning kunna sätta uretrakteter. Dessa ganska enkla inlärningsmål har dock aldrig kommunicerats med mig vare sig från studenterna eller fakulteten.

Det som utbildar sig till läkare gör detta av flera olika orsaker men alla vill klara av tentamina och det finns forskning som visar att hur man bedömer studenter spelar stor roll för hur deras inläring och hur de studerar.¹⁰ Man kan dela in lärande i ett ytinriktat eller djupinriktat lärande. Ytinriktat innebär att studenten inpräntar kunskap "katalogkunskap" och kan sedan återge dem utan att ha bearbetat informationen. Ett djupinriktat lärosätt innebär att man försöker få djupare insikter i hur saker förhåller sig till varandra, att man kan relatera olika processer eller mekanismer med varandra.¹¹ Detta innebär också en högre grad av komplexitet enligt SOLO. Detta kan också delas upp i kvantitativ eller kvalitativ inriktning av inläring. Där kunskap är lexikal och utan kontext vid kvalitativ inriktning, man lär sig för ett prov etc. Den kvalitativa ansatsen betraktar kunskapen som något som man kan bedöma först då man visar förståelse för kontext och mönster.¹² Vi vet att kunskapen inom medicinen ökar väldigt snabbt och att tro att studenterna skall kunna tillvarata all ny kunskap är inte möjligt. Om man istället tränar studenterna i ett problemlösande förhållningssätt kommer de att kunna tillämpa denna kunskap nästa gång de ställd inför ett problem. Så vid PBL sker även en lärprocess, där kunskap om lärandet i sig är ett viktigt moment. Denna process är inte självklar innan man påbörjar PBL-inriktad utbildning men kommer att utvecklas samtidigt som studenterna uppnår sina lärandemål. Att kunna relatera det man vet till det man inte vet och ur detta sätta upp lärandemål kräver träning och denna process kan kräva stöd från handledaren, som kan stödja processen genom att vara en kognitiv coach.^{7,13}

Så för att kunna bli bra som handledare behöver man kunskap om dessa lärandeprocesser i relation till de uppsatta lärandemålen. Till detta krävs det också tid för att skapa möjlighet att förbereda mottagning så att det bli möjligt att skapa pedagogiska möten mellan student, patient och handledare. Tid behövs även för återkoppling av studentens prestation och beteende samt att utvärdera. Man vet vidare att en bra relation mellan handledare och student ger en bättre handledning,¹⁴ vilket verkar självklart men är nog så svårt att skapa om man aldrig tidigare träffat studenten och kanske aldrig mera kommer att träffa hen.

Diskussion

Ovanstående insikter i lärande ligger till grund för att man ska kunna skapa ett utbildningsklimat med ett studentcentrerat förhållningssätt.

Saker som man bör hantera innan utbildningen startas är A. De som kommer att handleda studenterna bör/skall ha PBL-utbildning. B. Tid måste avsättas så att handledaren skall kunna inse vad som är syftet med studentens placering, vilka är lärandemålen och den som undervisar bör känna till vad som kommer att bedömas och hur det kommer att bedömas, allt för att underlätta för studenterna att uppnå lärandemålen. C. Man bör se till att student och handledare får tillfälle att träffas under sammanhängande tidsperioder för att man skall kunna bedöma utveckling, ge feedback och utvärdera. D. Man bör undersöka vilka individer som är intresserade av att ta ett större utbildningsansvar, hitta nyckelpersoner. E. Dessa nyckelpersoner måste beredas tid att planera utbildningen. F. Hitta bra kommunikationsvägar mellan universitet och enskilda kliniker.

Så för att återknyta till studenten som plötsligt står på mottagningen och ”skall vara med”, så tror jag den utbildning jag kan erbjuda inte uppfyller ett studentcentrerat lärande. De uppsatta inlärningsmålen är ganska enkla att uppfylla men det krävs en bättre planering där hänsyn tas till inlärningsmålen. I Läkartidningen gjordes det 2006 en genomgång av Hammar et al. om hur man förbättrar handledningen av studenter där många förbättringsförslag har stora likheter med hur utbildningssituationen i dagsläget kan förbättras.

Man kan fundera över hur generaliserbara mina erfarenheter är. För att ta reda på detta pratade jag med den som är studentansvarig för kirurgplaceringen i Eksjö. Det framkommer att det inte finns tid avsatt för planering, genomförande eller utvärdering av studentutbildningen. Hela uppdraget sköts inom ordinarietjänst och pedagogiskt utbildning saknas helt.

Konklusion

Det finns väldigt mycket kunskap om hur en studentcentrerad undervisning bedrivs men trots detta återstår mycket arbete innan detta kan förverkligas i den decentraliserade läkarutbildningen i Sydöstra regionen 2019.

Referenser

1. Areskog NH. The new medical education at the Faculty of Health Sciences, Linköping University--a challenge for both students and teachers. *Scand J Soc Med*. 1992;20(1):1-4.
2. Silén. Problembaserat lärande-pedagogisk idé och metod. 2004.
3. Fibæk LP. *Didaktik och kognition - En grundbok* Liber; 2005.
4. Mats Hammar MA, Gösta Berlin, Ulf Dahlström, Christina Eintrei, Rolf Maller. Ny handlingsplan för bättre klinisk handledning av studenter. *Läkartidningen*. 2006;9:649-654.
5. Stenfors-Hayes T, Hult H, Dahlgren LO. What does it mean to be a good teacher and clinical supervisor in medical education? *Advances in Health Sciences Education*. 2011;16(2):197-210.
6. Silén Charlotte BLK. *Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård* Studentlitteratur; 2013.
7. Gijsselaers. *Bringing problem-based learning to higher education: Theory and practice*. Wilkerson&Gijsselaers; 1996.
8. Benner Patricia TC, Chesla Catherine. *Expertkunnande i omvårdnad - Omsorg, klinisk bedömning och etik* Studentlitteratur AB 1999.
9. Biggs John B CKF, Edward Allen J. *Evaluating the Quality of Learning*. 2014.
10. Entwistle N. Learning outcomes and ways of thinking across contrasting disciplines and settings in higher education. *The Curriculum Journal*. 2005;16(1):67-82.
11. F Marton DH, N Entwistle. *Hur vi lär*. Rabén & Sjögren; 1986.
12. eds L-ODFMDHN. *The Experience of Learning, Learning Conceptions and Outcomes*. Edinburgh: University of Edinburgh, Centre for Teaching, Learning and Assessment.; 2005.
13. Arámbula-Greenfield T. Implementing Problem-Based Learning in a College Science Class. *Journal of college science teaching* 1996;26(1).
14. Young L, Orlandi A, Galichet B, Heussler H. Effective teaching and learning on the wards: easier said than done? *Medical Education*. 2009;43(8):808-817.