

**Barnmorskestudentens verksamhetsförlagda
utbildning - möjliga undervisningsmodeller
inom mödrahälsovård och preventivmedels-
rådgivning**

Pedagogiskt docenturarbete

Ing-Marie Claesson

DATUM

2018-05-07

Barnmorskestudentens verksamhetsförlagda utbildning
– möjliga undervisningsmodeller inom mödrahälsovård och
preventivmedelsrådgivning

Pedagogiskt docenturarbete

Ing-Marie Claesson

Bakgrund

Barnmorskeprogrammet är en påbyggnadsutbildning efter sjuksköterskeexamen och omfattar 90 högskolepoäng fördelat på tre terminer [1]. Utbildningens huvudområden är reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa samt medicinsk vetenskap. Ungefär hälften av utbildningen är förlagd till den kliniska verksamheten. Under termin ett och två är 10 respektive 20 arbetspass av utbildningen förlagda till mödrahälsovården och preventivmedelsrådgivningen.

Det är välkänt att den svenska hälso- och sjukvården, i dag och framöver, har ett stort behov av utbildad personal inom olika professioner. Legitimerade barnmorskor är inget undantag. Trots att antalet utbildningsplatser successivt har ökats under senare år, råder fortfarande en brist på såväl nyexaminerade som yrkeserfarna barnmorskor [2]. Behovet av barnmorskor tros dessutom öka under kommande år, åtminstone fram till 2030. Ett ökat antal barnmorskestudenter ställer krav på ett ökat antal verksamhetsförlagda utbildningsplatser och därmed fler handledande barnmorskor. Det är därför angeläget att fundera över hur den verksamhetsförlagda utbildningen ser ut idag och behovet av en eventuell förändring.

Kortfattad teoretisk utgångspunkt

Handledningen under barnmorskeutbildningens verksamhetsförlagda utbildning kännetecknas traditionellt av den så kallade mästare/lärlingsmodellen, ”mästerlära”, där mästaren, den erfarna barnmorskan eller läkaren, inviger lärlingen d.v.s. barnmorskestudenten i färdigheter inom hantverket eller yrket. Såväl synlig kunskap i form av tankar, idéer och handlingsmönster, som outtalad eller tyst kunskap förs vidare i handledningssituationen [3-5]. I detta sammanhang kan man fundera över om mästerlärandet är den mest lämpliga eller enda metoden för barnmorskestudentens verksamhetsförlagda lärande inom den öppna vården och hur väl stämmer den med konceptet problembaserat lärande (PBL) som är grunden för all teoretisk undervisning vid medicinska fakulteten, Linköpings universitet [6]? Jag vill därför i detta arbete reflektera över andra möjliga undervisningsmodeller under den verksamhetsförlagda utbildningen vid mödrahälsovården och preventivmedelsrådgivningen.

I litteraturen beskrivs förutom mästare/lärlingsmodellen [3], koncept där reflektion under den kliniska praktiken utgör en viktig del [7, 8]. Handledarens uppgift och roll är att stimulera lärlingen/studentens förmåga till kritiskt tänkande och problemlösning vilket i sin tur ökar studentens möjlighet till ytterligare utveckling av yrkeskunskaperna. Reflektionen har även en central position inom PBL [9]. Lärandet sker genom reflektion vilket förutsätter en aktiv student. Genom att handlingar och upplevelser bearbetas/reflekteras, kan de kopplas till tidigare erfarenheter och på så sätt omvandlas till ny kunskap [10]. Peer learning eller collaborative learning lägger också tonvikten på ett studentaktivt och självstyrt lärande. Peer kan översättas med jämlike och avser i detta sammanhang att två eller flera studenter tillsammans förbereder och utför strukturerade uppgifter och på så sätt lär av och med varandra utan en omedelbar intervention av handledaren. Genom reflektion tillsammans med en med-student når man utbildningsmålen både lättare och bättre [11]. Pedagogiken har implementerats inom verksamhetsförlagda vårdutbildningar i flera länder och har i olika

studier rapporterats vara effektiv i termer av ett ökat självförtroende och säkerhet, en sporre till att öka sin kunskap, förbättrat kritiskt tänkande och kommunikations- och samarbetsförmåga, men också en lägre grad av oro i kliniska situationer [11-13]. Studenterna menande att det var lugnande att i ovana situationer arbeta ihop med en medstudent som dessutom kunde vara en diskussionspartner när nya kunskaper inhämtas. Men det kunde även finnas inslag av ett tävlande mellan studenterna, en konkurrens om handledarens uppmärksamhet och tid [13].

Den verksamhetsförlagda utbildningen inom slutenvården kan ibland vara förlagd till en så kallad studentsal eller studentavdelning. Här arbetar studenter från medicinska fakultetens olika utbildningsprogram tillsammans och lärandet blir på så sätt interprofessionellt. På samma sätt kan kliniska utbildningsmottagningar förekomma där läkar-, sjuksköterske-, arbetsterapeut- och fysioterapeutstuderande tillsammans möter patienten [14]. I detta sammanhang kan man fundera över möjligheten till en klinisk utbildningsmottagning där barnmorskestuderanden i termin ett och två möter blivande mammor/föräldrar för graviditetsvård eller kvinnor som önskar preventivmedelsrådgivning?

Utbildningsmottagning vid Kvinnohälsan – är det möjligt?

Jag har därför vid några tillfällen, tillsammans med huvudhandledaren vid Kvinnohälsan (där mödrahälsovård och preventivmedelsrådgivning bedrivs) reflekterat över den nuvarande utformningen av den verksamhetsförlagda utbildningsdelen och om just en utbildningsmottagning kan vara ytterligare ett sätt att inhämta kunskap. Det blev tydligt för oss båda att grundläggande baskunskap som exv. hur man med hjälp av olika handgrepp bestämmer barnets läge i livmodern, bäst lärs in tillsammans med en erfaren handledare, medan andra inslag i patientmötet exv. hur besöket bör planeras och genomföras ("vad gör jag först"), professionellt förhållningssätt samt tillräcklig kunskapsnivå ("vad behöver jag lära mig mer..."), kan begrundas tillsammans med en med-student.

Under termin ett utbildas i regel två till fyra studenter samtidigt vid Kvinnohälsan. En utbildningsmottagning då studenterna arbetar tillsammans två och två, borde kunna förläggas till fyra av den verksamhetsförlagda utbildningens 10 dagar. Då huvudfokus för placeringen är den normala graviditeten, kan både först- och omfödskor i tredje trimestern och med hittills okomplicerat förlopp, bokas för kontroller enligt basprogrammet till denna mottagning. Med omsorgsfullt avsatt tid för såväl förberedelse inför varje besök som reflektion efter detsamma samt efter behov omedelbar tillgång till en handledare, kan studenternas nya gemensamma erfarenheter föra läroprocessen framåt. Mottagningen är öppen både under för- och eftermiddagen och bör totalt kunna rymma 8-10 besök. Samma studentpar kan ansvara för hela dagens mottagningsverksamhet, eller mitt på dagen avlösas av ett annat studentpar.

På samma sätt kan studenter i termin två, då fokus bland annat ligger på prevention inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa, tillsammans möta kvinnor som behöver råd och handläggning i preventivmedelsfrågor. Åtta till tio av den verksamhetsförlagda utbildningens 20 dagar, kan förläggas till utbildningsmottagningen.

Vilka pedagogiska fördelar och nackdelar kan skönjas för såväl studenten som handledaren?

En del av vinsten för studenten bör ligga i möjligheten till reflektion med såväl med-student som handledare. Som tidigare har poängterats när man genom gemensam reflektion målen lättare och bättre och den ger också möjlighet att se situationen från ett alternativt sätt vilket i sin tur ökar möjligheten till lärande och utveckling. Gibbs välkända reflektionscykel kan vara ett handfast verktyg vid ett sådant tillfälle [15]. Motivationen och stimulansen till ytterligare lärande kan även ses i SOLO (Structure of the Observed Learning Outcome) taxonomins olika kunskapssteg [16]. Modellen beskriver fem olika nivåer av ökad komplexitet i en students förståelse av ett ämne: ”pre-, uni- och multistrucural”, ”relational” och slutligen ”extended abstract”. Studenten tar sig från den lägsta nivån som kan kännetecknas av att inte veta eller förstå vad som skall göras, till den högsta nivån som istället innebär att hen tillgodogjort sig kunskap i sådan omfattning att hen kunna teoretisera och generalisera kring ämnet.

En väl avgränsad reflektionstid tillsammans med en eller flera studenter är ofta ett lärotillfälle även för handledaren. En färsk svensk intervjustudie [17] bland erfarna handledare pekar på flera fördelar med peer learning. Ur handledarperspektiv alstrar metoden ny kunskap och nya utvecklingsmöjligheter. Handledaren kunde ta ett steg tillbaka men samtidigt se att studenterna blev mer självständiga och reflekterande [17]. Frågorna till handledaren kan bli mer genomtänkta vilket i sin tur kan leda till en diskussion på en högre nivå. Grundläggande frågor har studenterna ofta redan besvarat sinsemellan. Å andra sidan fann författarna [17] även mer ofördelaktiga sidor. Informanterna beskrev otillräcklighet och stress över att inte alltid kunna ägna båda studenterna samma uppmärksamhet. Det är därför viktigt att kontinuerligt stöd erbjuds under handledningsprocessen [17]. Utbildningsmottagningen bör erbjuda tillfällen till reflektion då patientbesöken inte är bokade alltför tätt. Denna undervisningsform bör också möjliggöra att fler utbildningsplatser kan erbjudas, då handledaren vid ett flertal tillfällen handleder två eller flera studenter samtidigt under en arbetsvecka, jämfört med att handleda en student i taget.

Det är viktigt att patientbesöken vid utbildningsmottagningen är lagom utmanande, d.v.s. varken för svåra eller för lätta. Studentens aktuella kunskapsnivå ska stimuleras till ytterligare lärande. Sammansättningen av studentparen måste göras omsorgsfullt. Två kunskapsmässigt svaga studenter men med stark vilja att lära sig, kan medföra att en utvecklig sker även om det är på låg nivå. Är förhållandet i stället så att en svag student skall arbeta tillsammans med en stark, är det inte säkert att kunskapsutbytet blir jämlikt. Handledaren kan i en sådan situation behöva utmana den starkare i olika frågeställningar och nya uppgifter. Kunskapsutveckling kan då ske när man formulerar och förklarar ett fenomen för någon annan.

Det kan vara en fördel om studenter från olika terminer kan arbeta sida vid sida. Den student som kommit lite längre i sin utbildning, får möjlighet att träna sina pedagogiska färdigheter, medan den student som är i början av sin utbildning kan i den kliniska situationen känna en trygghet i att få arbeta tillsammans med en mer erfaren student [12]. Idag är dock

barnmorskeutbildningen vid Medicinska fakulteten, Linköpings universitet, upplagd så att studenter från de olika terminerna inte möts under den verksamhetsförlagda utbildningen vid Kvinnohälsan. Det kan ses som en brist. Dessutom finns inte möjlighet till interprofessionellt lärande. Läkarstudenternas verksamhetsförlagda utbildning vid enheten är av mer auskultande art, jämfört med barnmorskestudenterna som tar aktivt del i arbetet.

Ytterligare en fråga bör ställas. Finns det strukturella hinder för att inrätta en utbildningsmottagning? Ja, möjligen. Tillgången på undersökningsrum/expeditioner är idag begränsade, men fler rum kan troligen frigöras efter en översyn av tillgängliga lokaler. Dessutom krävs det handledare som känner sig trygga i metoden. Det tar tid att våga lämna ”mästarrollen” och i stället inta rollen som observatör och invänta studenternas reflektioner.

Min slutsats blir ändå att fördelarna med att vid några tillfällen varje vecka anordna en utbildningsmottagning vid Kvinnohälsan, överstiger nackdelarna. Peer learning formar de kollegor vi vill ha i framtiden: självständiga men ändå samarbetsvilliga samt gärna kritiskt tänkande problemlösare.

Referenser

1. The Swedish Parliament. Available at https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100 Retrieved 19 December 2017.
2. The National Board of Health and Welfare. Available at <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20504/2017-2-21.pdf> Retrieved 19 December 2017.
3. Nielsen K, Kvale S. Mästarlära : lärande som social praxis. Lund: Studentlitteratur; 2000.
4. Rolf B. Profession, tradition och tyst kunskap : en studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension. Nora: Bokförlaget nya Doxa; 1995.
5. Lauvås P, Handal G, Nilsson B.Handledning och praktisk yrkesteor. Lund: Studentlitteratur; 2015.
6. Silén, C. 2004. Problembaserat lärande - pedagogisk idé och metod. Available at https://liu.se/medfak/bma/hoger-column-bma/1.56006/PBL_informationsskrift.pdf Retrieved at May 2017.
7. Elisabeth C, Christine W-H, Ewa P. Teaching during clinical practice: Strategies and techniques used by preceptors in nursing education. Nurse education today. 2009 7//;29[5]:522-6.
8. Glaze JE. Stages in coming to terms with reflection: student advanced nurse practitioners' perceptions of their reflective journeys. Journal of Advanced Nursing. 2002;37[3]:265-72.
9. Neville AJ, Norman GR. PBL in the undergraduate MD program at McMaster University: three iterations in three decades. Acad Med. 2007 Apr;82[4]:370-4.
10. Silén C, Bolander Laksov K. Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård. Lund: Studentlitteratur; 2013.
11. Secomb J. A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. Journal of clinical nursing. 2008 Mar;17[6]:703-16.
12. Stone R, Cooper S, Cant R. The value of peer learning in undergraduate nursing education: a systematic review. ISRN nursing. 2013;2013:930901.

13. Stenberg M, Carlson E. Swedish student nurses' perception of peer learning as an educational model during clinical practice in a hospital setting-an evaluation study. *BMC nursing*. 2015;14:48.
14. Boman LE, Mogensen E. Interprofessionell utbildning - Interprofessionellt lärande 2013.
15. Gibbs G. *Learning by doing : a guide to teaching and learning methods* 1988.
16. Biggs JB, Collis KF, Edward AJ. *Evaluating the Quality of Learning : the SOLO Taxonomy (Structure of the Observed Learning Outcome)*. Saint Louis: Elsevier Science; 2014.
17. Nygren F, Carlson E. Preceptors' conceptions of a peer learning model: A phenomenographic study. *Nurse education today*. 2017 Feb;49:12-6.