

Strategiskt lärande

En metod för effektivt självstyrt lärande

Med metoden strategiskt lärande definierar man den kompetens som krävs för att tackla ett problem, man formulerar sitt behov av kunskap, väljer studieaktiviteter och värderar resultatet av lärandet. Metoden följer principerna för effektivt självstyrt lärande och bygger på att man vet vad man behöver lära sig, hur man bäst lär sig och var man kan göra det.

KRISTIN PRESTEGAARD
veilederkoodinator, pedagogisk avdelning i Legeforeningen, Oslo
(prestk@online.no)

Översättning: Kerstin Danielsson

II I dag vet vi att traditionella former för vidare- och fortbildning i form av kurser och inläsning är föga effektiva när det gäller att vidmakthålla och stärka läkarnas kompetens [1]. Det föreligger behov av en mer klinisk utbildning med fokus på de reella behov läkarna har av medicinsk uppdatering och utveckling, en övergång från »continuing medical education« (CME) till »continuing professional development« (CPD) [2]. De som planlägger läkarnas vidare- och fortbildning måste skapa förutsättningar för att förändra utbildningen i linje med dagens vetande. Därtill måste läkarna själva vara beredda att tillgodogöra sig utbildningsutbudet på ett effektivt sätt. Strategiskt lärande är en metod som kan utnyttjas av både utbildare och läkarna själva för att garantera goda förutsättningar för ändamålsenligt och effektivt lärande.

Strategiskt lärande

I vår mödosamma vardag finns det vanligtvis varken utrymme eller tid för att fundera över vilka kunskaper vi använder i vårt kliniska arbete. De är integrerade i våra handlingar. Men när vi ställs inför svåra uppgifter, eller när vi diskuterar med kolleger eller planerar eget lärande, kan det vara bra att stanna upp och undersöka vilka kunskaper vi har och vilka vi behöver utveckla.

Strategiskt lärande handlar om att definiera den kompetens som krävs för att tackla en aktuell problemställning och att med utgångspunkt från det formulerade egna kunskapsbehov, välja aktuella studieaktiviteter och värdera resultatet av inläringen. Metoden följer principerna

för effektivt självstyrt lärande, vilka viljar på följande tre förutsättningar:

- Att man vet vad man behöver lära sig
- Att man vet hur man bäst lär sig det
- Att man vet var man kan lära sig det.

Att man vet vad man behöver lära sig

Kartläggning av kompetens

Klinisk kompetens beskrivs ofta som ett tvådimensionellt begrepp. Den ena dimensionen omfattar de kunskaper som är nödvändiga för att undersöka och behandla patienter i kliniska situationer (competence), den andra rör förmågan att omsätta dessa kunskaper i adekvata kliniska åtgärder (performance) [3]. Det är de akademiska kunskaperna (competence) som har stått i centrum för vår vidare- och fortbildning.

De praktiska kunskaperna har varit föga beaktade. De har ofta kallats för »tyst kunskap«, som är knuten till läkarens personliga egenskaper och förutsättningar. Emellertid vet vi att denna kunskap i hög grad påverkar kvaliteten på det arbete vi utför. Kunskapsfilosofier har infört följande tredelning av kunskap [4]:

- *Påståendekunskaper*: basala, teoretiska kunskaper som anatomi, fysiologi och patofysiologi. Detta omfattar också kunskaper som är underbyggda av forskning eller dokumenterad erfarenhet och som formuleras som påståenden eller teorier om konkreta förhållanden.
- *Färdighetskunskaper*: vår förmåga att använda påståendekunskaper vid undersökning och behandling av patienter och att planera läkarmottagningens eller sjukhusavdelningens drift.
- *Förtrogenhetskunskap*: denna kunskap utvecklas genom återkommande och talrika repetitioner av det kliniska arbetet. Den bildar underlag för många av de beslut vi tar i det kliniska arbetet där påståendekunskapen

inte ger tydliga svar på våra problemställningar. Utifrån våra tidigare erfarenheter från många liknande situationer kan vi med hjälp av denna kunskapsstyp lösa uppgifterna på ett skenbart intuitivt sätt.

Vi använder alla dessa tre kunskapsstyper i vårt kliniska arbete. Om vi arbetar på en läkarmottagning, måste vi anpassa villkoren så att mottagningen som helhet erbjuder patienterna en god omvårdnad. Läkare på sjukhus måste klara att jobba i team samtidigt som de ska måna om konsultationen med den enskilde patient. Detta kräver kompetens på både medicinska, administrativa, sociala och personliga områden.

Den *medicinska kompetensen* består av de påståendekunskaper, färdigheter och förtrogenhetskunskaper som är nödvändiga för att utföra uppgifter på ett professionellt, tillfredsställande sätt.

Den *administrativa kompetensen* rör sig om att anpassa och organisera patientarbetet. Därtill består den av kunskap om lagar och regler som är nödvändiga att ha för att driva en läkarpraktik eller en sjukhusavdelning.

Den *sociala kompetensen* utgörs av förmågan att kommunicera och samverka med patienterna, deras anhöriga och andra yrkesgrupper. Tvärfackligt samarbete är en viktig del av denna kompetens.

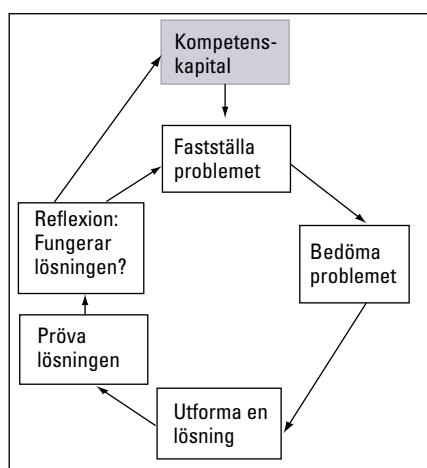
Den *personliga kompetensen* rör färdigheter och förhållningssätt som påverkar det kliniska arbetet, som etisk medvetenhet, förmåga till flexibilitet, ansvarskänsla, kompetens och noggrannhet om hur vi utövar läkarrollen i mötet med den enskilde patienten.

När kunskapsstyperna och kompetensområdena ställs samman formas en kompetensmatrix. Denna blir ett verktyg för att beskriva kompetenskrav knutna till en specifik uppgift.

Figur 1 visar en ifylld matrix med kompetenskraven för allmänläkare vid behandling av en 50 år gammal man med akut hjärtinfarkt. Matrisen kan fyllas i av läkaren själv eller tillsammans med andra, t ex en grupp kolleger. Innehållet i Figur 1 är resultatet av en genomgång av kompetensmatrixen under en workshop arrangerad av Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation i Stockholm

Klinisk uppgift: Behandla en 50 år gammal man med akut hjärtinfarkt				
Kunskaps- typ	Kompetensområde			
	Medicinskt	Administrativt	Socialt	Personligt
Påstående- kunskap	Kunskap om symtom, profylax, behandling och prognos	Kunskap om organisationsmässiga förhållanden; vem gör vad på olika vårdnivåer	Kunskap om kommunikation med akut sjuka människor och med sjukvårdspersonal	Kunskap om hur etiska normer och förhållningssätt påverkar ens arbete som läkare
Färdighets- kunskap	Kunna bedöma en akut livshotande situation och behärska livräddande behandling	Kunna administrera, leda och koordinera i en akut situation, fördela ansvar	Förmåga att kommunicera och samarbeta med andra i en akut situation	Ansvarskänsla, etisk medvetenhet, flexibilitet, noggrannhet, kreativitet
Förtrogen- hetskunskap	Förtrogen med patientarbetet vid den aktuella sjukdomen	Medveten om andra yrkesgruppers kompetens	Otvungen och vänlig i kontakten med patienter och andra professioner	Trygg i sig själv som behandlare i akuta, livshotande situationer

Figur 1. Kompetensmatrix.



Figur 2. Erfarenhetslärande.

förra hösten. Den ifyllda matrisen används sedan för att värdera den egna kompetensen. Detta görs genom att i matrisen markera de kunskaper man redan har. Skillnaden mellan önskad och existerande kompetens är en god utgångspunkt för att formulera det egna utbildningsbehovet. På det sättet kan lärandet bli både specifikt och målinriktat.

Att man vet hur man bäst lär sig

Personlig lärtstil

Vi vuxna lär oss bäst genom de erfarenheter vi gör i vårt praktiska arbete, så kallat erfarenhetslärande. Förmågan att lära av egna erfarenheter är därför helt grundläggande i vår professionella uppdatering. Det pedagogiska underlaget för detta är beskrivet av Donald Schön [5].

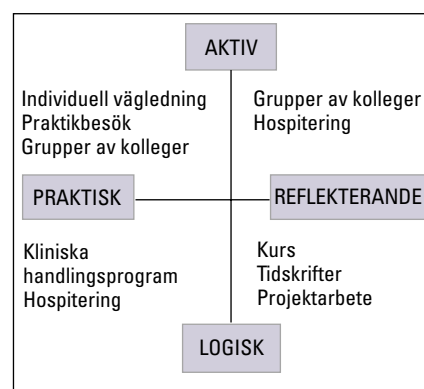
Utgångspunkten för lärandet är patienten som kommer med en problemställning som vi reflekterar över. Vad är detta, har jag stött på något liknande? Vi utformar en föreställning om vad det är

och testar den i praktiken (Figur 2). Patienten kommer sedan tillbaka med en reaktion på om vår bedömning har varit riktig eller fel. Denna erfarenhet tar vi med oss när vi nästa gång möter samma problemställning. På detta sätt växer gradvis vår kompetens.

Det har visat sig att erfarenhetslärandet gestaltar sig något olika från läkare till läkare. Skillnaderna kan föras tillbaka på att vi föredrar vissa faser i lärandeprocessen framför andra. Någon har sin styrka i reflexion och logisk tankegång, medan andra föredrar att pröva ut nya idéer genom »trial and error«. Genom vår utbildning och arbetserfarenhet har vi utvecklat egna preferenser för vad som kan kallas personlig lärtstil. I programmet för strategiskt lärande finns ett verktyg för kartläggning av den personliga lärtstilen. Den teoretiska grunden är baserad på David Kolbs teorier [6]. Instrumentet som används för mätningen har varit i bruk i arbetslivet i England och Sverige [7].

Insikten om den egna lärtstilen kan göra det enklare för läkare att välja ut de lärandeaktiviteter som ger bäst utbyte, så att lärandet blir så effektivt som möjligt. Det är nämligen visat att det föreligger ett samband mellan personlig lärtstil och upplevd nytta av olika lärandeaktiviteter [5].

Figur 3 visar vilka utbildningserbjudanden som harmonierar bäst med de olika lärtstilarna. Interaktiva lärförmer som deltagande i grupper med kolleger, vägledning och praktikbesök passar bäst för dem med en aktiv och praktisk lärtstil baserad på »trial and error«. De som har fallenhet för reflexion och logiskt tänkande får bra utbyte av de traditionella formerna av utbildning med föreläsningar och kursaktiviteter.



Figur 3. Personlig lärtstil och utbud i utbildningen.

Att man vet var man kan lära sig

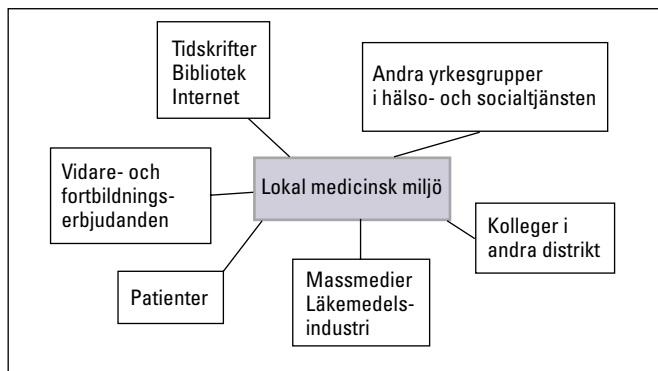
Personligt lärandenätverk

Den tredje förutsättningen för effektivt lärande är att man vet var man kan tillägna sig eller hämta den aktuella kunskapen. I vår kliniska vardag sker mycket av lärandet i samverkan med dem vi arbetar tillsammans med. Vi diskuterar med kolleger eller andra samarbetspartner, vi söker på Internet, läser i läroböcker och inte minst lyssnar på vad våra patienter förmedlar. Vi drar nytta av personliga och tekniska resurser som tillsammans formar vårt personliga lärandenätverk.

I centrum för detta nätverk står vars och ens arbetsplats med kolleger och medarbetare, vare sig det är på en sjukhusavdelning eller på en läkarmottagning. Vi har dessutom kontakt med privatpraktiserande specialister, andra yrkesgrupper, kolleger från andra sjukhus eller universitetsmiljöer och representanter för läkemedelsindustrin. Till nätverket hör också formella och informella utbildningsutbud såsom kongresser, kurser, träffar med kolleger, hospiteringar och praktikbesök. Skriftliga me-

ANNONS

ANNONS



Figur 4. Personligt lärandenätverk för allmänläkare.

dier såsom tidskrifter, läroböcker och handlingsprogram samt Internet utgör »bibliotek« i nätverket. Patienterna har en viktig plats i nätverket genom deras återrapporteringar till oss och genom att vi följer deras behandlingsförlopp. Nätverket varierar beroende på typ av specialitet. Lärandenätverket för en allmänläkare visas i Figur 4.

I programmet för strategiskt lärande fyller man själv i innehållet i sitt lärandenätverk. Detta används sedan till att finna ut vilka delar av nätverket man bör använda för att lära sig det man har beslutat lära sig.

Programmet för strategiskt lärande

För att kunna tillgodogöra sig och ta i bruk de tre förutsättningarna för självstyrt lärande, har ett handlingsprogram sammanställts, kallat strategiskt lärande (Figur 5). Programmet beskriver lärandet som en process i flera steg. Den sista delen av programmet liknar modellen för erfarenhetslärande med reflexion, handling och utvärdering. För att få fullt utbyte av ett sådant program är det nödvändigt att följa alla steg i programmet.

Erfarenheter av strategiskt lärande

Programmet arbetades fram i projekten »Fra kunnskap til handling« och »Kolle-gabasert etterutdanning i allmennpraksis« finansierade av kvalitetssäkringsfonden i norska läkarförbundet. Erfarenheterna från projekten och programmet i sin helhet beskrivs i häftet »Strategisk læring i klinisk praksis« [8].

Strategiskt lärande har utprovats av grupper av kollegor bland allmänläkare i Norge och presenterats och genomarbetats i flera workshoppar med olika specialister. Erfarenheterna visar att det är ovant för läkare att prata om sitt eget lärande. De behöver tid för att förstå programmets modeller och begrepp om kompetens och lärande. Men när de tillägnar sig tankegången, blir den en viktig och gemensam bas i reflexionen över eget lärande. På samma sätt som läkarna kan diskutera medicinska teman som

astma eller diabetes, får de genom strategiskt lärande ett ramverk och en begreppsapparat som ger dem verktyg att diskutera eget lärande. Allmänläkarna i gruppen som deltog i utprovningen av programmet blev mer medvetna och trygga i sitt eget lärande och upptäckte olika möjligheter att effektivisera lärandet. De erkände att de ofta inte hade fullföljt sina lärandeprocesser, med resultatet att de därmed heller inte ändrat sitt kliniska beteende. Några av läkarna som har provat programmet uttryckte sig på följande sätt:

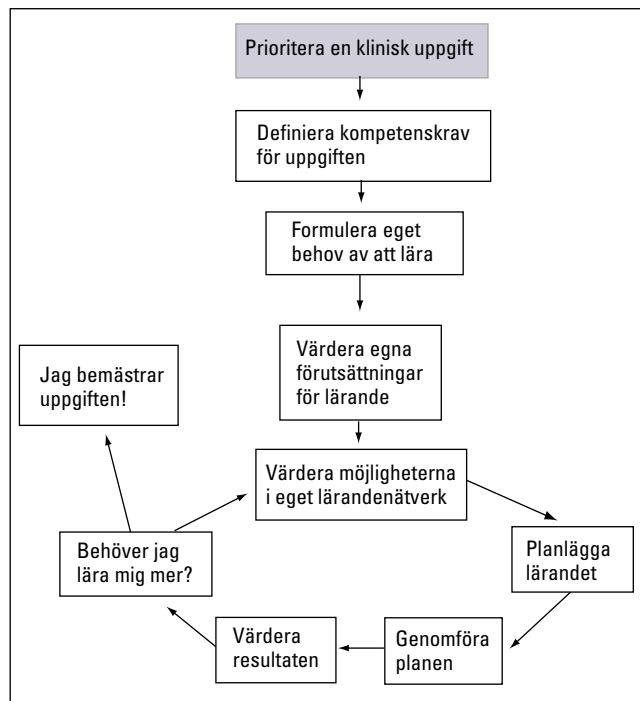
– Jag har blivit mer medveten och tryggare efter eget lärande.

– Jag har blivit mer medveten om eget lärande och märker att en kombination av flera lärandesätt är optimal för mig.

– Jag har blivit mer uppmärksam på att avstå från tillfällig läsning av saker som snart glöms bort.

– Jag ser att jag kan lära mig på många olika sätt, men att problemet först och främst är prioritering och strukturering av lärandet.

Erfarenheter från användning av programmet visar att det är speciellt lämpat för grupper av kollegor eller för tvärprofessionella grupper med en gruppledare som är väl bevandrad i programmet. Men också för den enskilde läkaren kan strategiskt lärande vara till nytta. En genomgång av handlingsprogrammet med utgångspunkt från ett relevant tema ur egen praktik kan stärka det självstyrda lärandet hos alla som önskar vidmakthålla och förbättra sin kliniska kompetens.



Figur 5. Strategiskt lärande.

*
Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274(9):700-5.
2. Charlton R. Continuing professional development (CPD) and training. *BMJ* 2001; 323: S2-7309.
3. Mast T, Davis D. Concepts of competence. In: Davis D, Fox RD, editors. *The physician as learner. Linking research to practice.* Chicago: American Medical Assoc; 1994.
4. Johannessen KJ. Några tankar om tyst kunskap. *Dialoger* 1988;6:13-28.
5. Schön DA. Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
6. Kolb DA, Fry R. Toward an applied theory of experiential learning. In: Cooper CL, editor. *Theories of group processes.* London: Wiley; 1975.
7. Honey P, Mumford A. *Lärstilshandboken.* Lund: Studentlitteratur; 1985.
8. Pedersen OB, Prestegard K, Hjortdahl P, Holm HA. Strategisk læring i klinisk praksis. Skrifiserie for leger: Utdanning og kvalitetssikring. Oslo: Den norske lægeförening; 2001. Skriften kan beställas direkt från Den norske lægeförening på <http://www.legeföreningen.no>

*
Se även artikel av Gösta Eliasson i detta nummer.