

I hvilken grad har kritisk syke pasienter brukermedvirkning?

Her viser bachelorstudenter hvordan de utførte en litteraturgjennomgang for å få svar på dette spørsmålet.

Kristoffer Gjerstad

Student

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

Lina-Alice Fongaard

Student

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

Sidsel Tveiten

Professor

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

Brukermedvirkning

Akutt kritisk sykdom

Samvalg

Individuell behandling

Litteraturgjennomgang

Sykepleien 2022;110(89896):e-89896
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.89896

Hovedbudskap

Fagartikkelen er skrevet på bakgrunn av en litteraturgjennomgang i en bacheloroppgave, der vi ville finne ut om kritisk syke pasienter får medvirke i beslutninger som gjelder dem. I denne artikkelen dokumenterer vi den strukturerte søkeprosessen grundig. Vi kan ikke generalisere våre funn, men sykepleierne beskrev at brukermedvirkningen kunne begrenses av at de påvirket pasientens beslutning, deres eget syn på brukermedvirkning og pasientens helsetilstand.

I helsetjenesten er det en grunnleggende verdi at pasienten har medbestemmelse (1). Det kommer til uttrykk i Meld. St. 7 (2019–2020) (2), hvor brukermedvirkning beskrives som standard i pasientbehandlingen.

I pasient- og brukerrettighetsloven §3–1 kommer det frem at pasienten har rett til å medvirke, og pasientens meninger skal tillegges stor vekt (3). Likevel er det begrensninger i helsepersonelloven §4 som pålegger helsepersonell å utøve forsvarlig helsehjelp – §7 krever at helsehjelp utøves når det er påtrengende nødvendig, med få unntak (4).

Erfaringen vår tilsier at brukermedvirkning vanligvis vektlegges i møte med pasienter, men når pasienten blir kritisk syk, nedprioriteres brukermedvirkningen. Med en kritisk syk pasient mener vi en pasient med sykdom som krever overvåkning og tett oppfølging på spesial- eller intensivavdeling.

Etikk er et sentralt tema innenfor sykepleie og gir føringer for hvordan vi skal handle i vanskelige situasjoner (5). De etiske prinsippene vi vektlegger i denne artikkelen, er autonomiprinsippet og velgjørenhetsprinsippet (5). Nortvedt (1) hevder at autonomiprinsippet kan representere en utfordring i situasjoner med livreddende behandling.

Etiske prinsipper

Autonomiprinsippet vil si pasientens rett til selvbestemmelse.

Velgjørenhetsprinsippet er når en sykepleier ønsker og handler etter det vedkommende mener er til det beste for pasienten.

Kilde: Nortvedt P (5)

Vi ønsket å få svar på i hvilken grad kritisk syke pasienter har brukermedvirkning. Vi gjorde søk etter kvalitative vitenskapelige artikler om emnet.

Hensikten med litteraturgjennomgangen var å fremskaffe kunnskap om hvilke mulige utfordringer sykepleiere står overfor når de skal legge til rette for god brukermedvirkning for kritisk syke pasienter.

Metode

Artikkelen er basert på en bacheloroppgave skrevet av sykepleiestudenter ved Oslomet – storbyuniversitetet. Oppgaven var en litteraturgjennomgang som innebar kritisk vurdering og analyse av vitenskapelige artikler (6). Artiklene omhandlet brukermedvirkning hos kritisk syke pasienter.

Gjennomføring av søk

Vi benyttet PICO-rammeverket (*Population – Phenomenon of Interest – Context*) som et verktøy da vi søkte i databasene, for å formulere tydelige og presise spørsmål. Nortvedt og medarbeidere (7) anbefaler å bruke PICO ved søk etter kvalitative studier og ved spørsmål om en populasjons erfaringer (tabell 1).

Vi gjennomførte et strukturert litteratursøk med søkeord som er presentert i tabell 1, og inklusjons- og eksklusjonskriterier presentert i tabell 2. Databasene vi benyttet, var Medline (EBSCOhost) og CINAHL (EBSCO).

Tabell 1. Engelske søkeord og MeSH

PICO	Pasientgruppe (Population)	Interessant fenomen (Phenomenon of Interest)	Kontekst (Context)
Kjernespørsmål	<i>Patients with critical illness</i>	<i>Challenges nurses encounter while practicing patient participation</i>	<i>Intensive and critical care unit</i>
Søkeord/MeSH	<i>Acute disease Critical illness</i>	<i>Consumer participation Decision making Decision making, ethical Decision making, patient Decision making, shared Empowerment Ethics Ethics, nursing Patient advocacy Patient participation</i>	<i>Acute care Critical care Intensive care units</i>

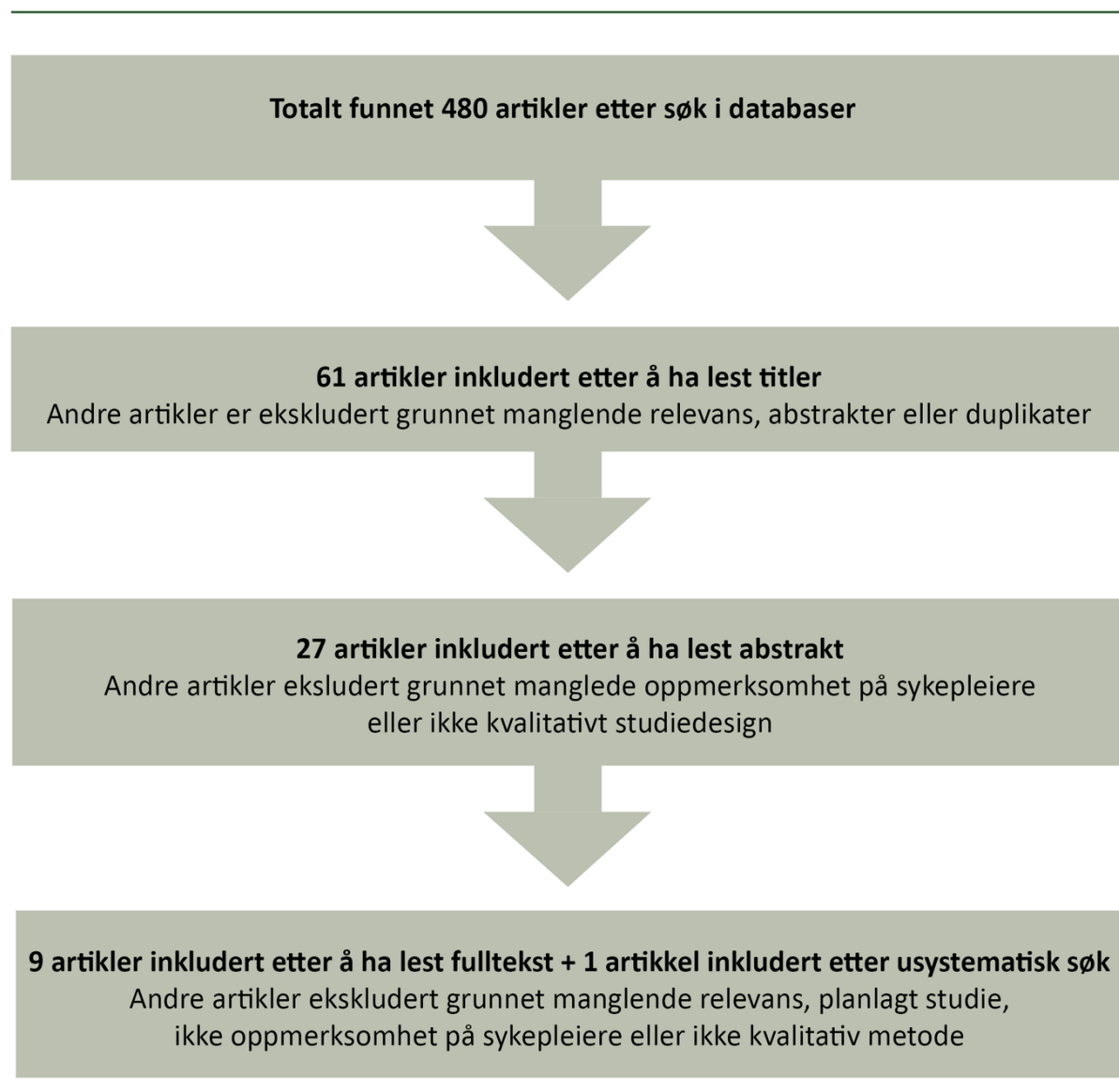
Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kategorier	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	Kritisk syke pasienter Voksne (over 18 år)	Barn
Publiseringsår	Fra og med 2005	Før 2005
Språk	Skandinavisk og engelsk	Andre språk
Land	Land med helsetjeneste som likner nordiske land	Land med helsetjenester som ikke likner nordiske land
Studiedesign	IMRaD Kvalitative studier Litteraturoppsummeringer	Ikke bruk av IMRaD Andre studiedesign
Tilgjengelighet	Fulltekst	Fulltekst ikke tilgjengelig

Utvelgelsesprosess

Utvelgelsesprosessen er illustrert i figur 1. Artikkene ble kritisk vurdert etter sjekklister fra Helsebiblioteket. Vi benyttet Folkehelseinstituttets metodebok (8) for å vurdere artiklenes kvalitet.

Figur 1. Oversikt over utvelgelsesprosessen



Dataanalyse

Vi analyserte resultatkapitlene i ni vitenskapelige artikler (9–17). Dataanalysen vår baserte seg på analysemetoder som er beskrevet av Polit og Beck (18). Første trinn i analysen var gjentatte lesninger av resultatkapitlene og notering av temaer. Trinn to innebar å finne meningsfulle enheter, basert på temaene vi identifiserte. Deretter kondenserte vi de meningsfulle enhetene til underkategorier og abstraherte dem til en hovedkategori. Tabell 3 viser resultatene av analyseprosessen.

Tabell 3. Hovedkategori med underkategorier

Sykepleierens beskrivelse av utfordringer ved brukermedvirkning		
Sykepleierens påvirkning av pasientens beslutninger	Sykepleierens syn på brukermedvirkning	Pasientens helsetilstand
«They appear to be sensitive to the need not to impose on patients their own views of what is acceptable behavior» (9).	«Patients had unreasonable demands concerning care» (10).	«The patients' health condition in the critical care unit is perceived as a barrier» (10).
«When the patients' opinions about the best and most relevant pain therapy contrasted with the professionals, it was very easy to try to persuade the patient and to give advice» (11).	«I know what is best» (11).	«Emergencies occurred in which there was no time to consider the situation from patients' perspective» (12).

Resultater

I dette kapitlet presenterer vi våre funn fra litteraturgjennomgangen. Hovedkategorien er kursivert, mens underkategoriene er på nivået under.

Sykepleierens beskrivelse av utfordringer ved brukermedvirkning

Sykepleierens påvirkning av pasientens beslutninger

I studien til Chambers og Thompson (9) fant forskerne at noen av sykepleierne ikke ønsket å uttrykke egne meninger for å lede pasienten til hvilke beslutninger vedkommende skulle ta når det gjaldt røykeslutt eller andre livsstilsendringer.

I samme studie brukte en annen gruppe sykepleiere pasientens egen frykt og skyldfølelse som en ressurs for å påvirke pasientens beslutninger. I studien til Falk og medarbeidere (11) opptrådte sykepleierne som eksperter og brukte sin rolle til å påvirke pasientens beslutning. Dersom pasientens ønske ikke stemte overens med sykepleierens, var det vanlig at sykepleieren prøvde å gi råd som skulle få pasienten til å endre mening (12).

Sykepleierens syn på brukermedvirkning

Falk og medarbeidere (11) fant i sin studie at noen pasienter hadde urimelige ønsker, og det kunne skyldes manglende kunnskap. Når pasienten og sykepleieren hadde ulik mening om brukermedvirkningen, unngikk sykepleieren kontakt med pasienten (11). Tveiten og Meyer (12) fant imidlertid at sykepleierne sa at de visste best.

Pasientens helsetilstand

Ifølge Falk og medarbeidere (11) kunne «pasientens helsetilstand i akuttavdelinger oppleves som en barriere» (s. 17) for brukermedvirkning. Höglund og medarbeidere (14) hevder i sin studie at «brukermedvirkning kan være vanskelig i akuttfasen» (s. 486).

En årsak til at pasienten ikke fikk medvirke, var at sykepleieren mente at pasientens liv var i fare (11). En annen begrensning var at pasienten hadde utfordringer med å kommunisere (11). Wåhlin (15) fant at «selvbestemmelse består av muligheten til å delta når [pasienten] kan» (s. 168–9).

«En årsak til at pasienten ikke fikk medvirke, var at sykepleieren mente at pasientens liv var i fare.»

Flere av studiene pekte på at det var pasientens endrede bevissthet som var årsaken til at det var vanskelig med brukermedvirkning (11, 13, 16). Grunnen til at pasientens bevissthet var endret eller redusert, kunne være både sykdom og legemidler (11, 13, 16, 17).

At enkelte pasienter døde, eller at helsetilstanden var så kritisk at det ikke var tid til å vurdere pasientens ønsker, vanskeliggjorde brukermedvirkningen (13). Noen pasienter hadde heller ikke krefter nok til å delta, men overlot ansvaret til helsepersonellet (17).

Schandl og medarbeidere (10) beskrev brukermedvirkning hos kritisk syke pasienter som passiv involvering i behandlingen. Höglund og medarbeidere (14) fant at sykepleieren mente at pasienten «ikke klarte å ta inn for mye informasjon når de ankommer [avdelingen]» (s. 486).

En annen utfordring som Schandl og medarbeidere (10) peker på, var at «sykepleieren synes det var vanskelig å vite når pasienten skulle få delta i behandlingen» (s. 107), og forklarer at det skyldtes at sykepleieren hadde benyttet seg av passiv brukermedvirkning i starten av behandlingen, og så skulle pasienten «plutselig bli spurt om deltakelse» (s. 106).

Med passiv brukermedvirkning deler ikke pasienten egne ønsker gjennom verbal kommunikasjon, og sykepleieren må innhente informasjon fra familie, journalen og pasientens kroppslige uttrykk for å identifisere hva pasienten ønsker. Likevel fant Schandl og medarbeidere (10) at da tilstanden til pasienten stabiliserte seg, kunne pasienten være mer deltakende.

Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer vi følgende spørsmål:

- Hvilke utfordringer har sykepleieren med å legge til rette for god brukermedvirkning når pasientene er kritisk syke?
- Hvordan kan sykepleierens utfordringer forstås i lys av etiske prinsipper?

Pasientens helsetilstand begrenset brukermedvirkningen

Ifølge Falk og medarbeidere (11) kunne pasientens helsetilstand begrense brukermedvirkningen, spesielt når livet til pasienten var i fare, eller i akuttfasen (14). Når pasienten har redusert bevissthet, er det vanskelig å innhente pasienttytringer. Brukermedvirkningen er da begrenset (11, 13, 16).

Etter pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 skal pasienten få medvirke på all helsehjelp som skal ytes (3). Likevel sa kritisk syke pasienter selv at evnen til å medvirke varierte med helsetilstanden (19, 20).

«Når pasienten har redusert bevissthet, er det vanskelig å innhente pasienttytringer. Brukermedvirkningen er da begrenset.»

På den andre siden kan en kritisk syk pasient ønske å medvirke, men ønskene til pasienten kan stride mot forsvarlig helsehjelp som sykepleieren er pålagt å følge etter §4 i helsepersonelloven. I tillegg er sykepleiere pålagt å yte den helsehjelpen som er påtrengende nødvendig etter §7 i helsepersonelloven (4).

Hvis tilstanden til pasienten er så kritisk at det ikke er tid til å inkludere vedkommende i avgjørelsen, vil det begrense denne muligheten.

Schandl og medarbeidere (10) hevder at brukermedvirkning for kritisk syke pasienter innebærer passiv deltakelse. Vi forstår det som at pasienten får informasjon, men ikke deltar aktivt. Det kan tolkes som at sykepleieren benytter seg av velgjørenhetsprinsippet, altså at helsepersonell handler ut fra det de mener er til pasientens beste.

I disse tilfellene legges det mer vekt på velgjørenhetsprinsippet enn på autonomiprinsippet. Det trenger likevel ikke å være negativt. En studie viser at pasientene opplevde å bli inkludert og sett som unike individer ved enveiskommunikasjon (20).

«Pasienten må ha evne å delta.»

På den andre siden sier Wåhlin (15) at pasienten må ha evne å delta. Det forstår vi som at enveiskommunikasjon ikke er tilstrekkelig som brukermedvirkning. Det er i tråd med Meld. St. 7 (2019–2020) (2), hvor det kommer frem at «pasienten, sammen med helsepersonell, drøfter og medvirker til valg av undersøkelses- og behandlingsmetode» (s. 20).

Samtidig strider det at pasienten må delta aktivt, mot studien til Lindberg og medarbeidere (19), hvor pasienter med redusert bevissthet ønsket at sykepleieren skulle ta ansvaret for behandlingen. På den ene siden kan det oppfattes som passiv deltakelse og er dermed i strid med Wåhlins synspunkt. Samtidig kan det å ikke ville delta være brukermedvirkning, og pasientautonomien respekteres.

Når pasientenes helsetilstand bedret seg, observerte sykepleierne at også muligheten for brukermedvirkning bedret seg (10). Det er bekreftet av pasientene (21). Likevel syntes sykepleierne det var utfordrende å vite når pasienten kunne medvirke (10).

På den ene siden kan det skyldes at sykepleierne var redd for at pasientønskene skulle bli uforsvarlige. På den andre siden kan det handle om at sykepleierne ikke klarte å omstille seg fra passiv brukermedvirkning (10). Dermed vektlegges velgjørenhetsprinsippet foran pasientautonomien, altså vektlegges det sykepleieren mener er til pasientens beste, fremfor hva pasienten selv ønsker.

Imidlertid viste studien til Lindberg og medarbeidere (19) at pasientene syntes det var vanskelig å ta beslutninger på egen hånd fordi de følte seg avhengig av sykepleierne. Dermed kan pasientønskene bli til det sykepleierne mener vil være det beste for pasienten.

Tilbakeholdt informasjon begrenset brukermedvirkningen

Höglund og medarbeidere (14) forklarer at informasjon ble holdt tilbake når pasienten ikke var mottakelig for informasjon tidlig i forløpet. Pasienter kan ha urimelige ønsker på grunn av manglende kunnskap om helsetilstanden sin og effekten av ulike medisinske og ikke-medisinske tiltak (11).

Når sykepleieren holder tilbake informasjon, påvirker det pasientens evne til å reflektere rundt ønskene sine. Sykepleieren benytter seg da av velgjørenhetsprinsippet, slik vi ser det, fordi de velger å handle slik de selv mener er til pasientens beste.

Lindberg og medarbeidere fant at pasienter mente at det var viktig med informasjon gjennom hele forløpet (19) for at pasienten skulle kunne ta et informert valg.

Imidlertid fant Wåhlin og medarbeidere (22) at pasienten mente informasjonen måtte være tilpasset sykdomsforløpet. Derfor må sykepleieren vurdere hvilken informasjon pasienten er mottakelig for. Det kan være en utfordring for brukermedvirkningen fordi pasienten ikke nødvendigvis får den informasjonen som trengs for å kunne ta en god beslutning, og dermed blir ikke pasientautonomien respektert. Vi ser hvordan det å begrense informasjonen til pasienten etter velgjørhetsprinsippet kan stride mot pasientautonomien.

«Sykepleieren kunne påvirke pasienten til å velge det sykepleieren ønsket.»

Studier viser at i de tilfellene pasientens og sykepleierens ønsker ikke samsvarer, var det lettere for sykepleieren å gi råd for å påvirke pasienten (12). Ved at sykepleieren utnyttet pasientens frykt og skyldfølelse (8) eller egen fagkompetanse (10), kunne sykepleieren påvirke pasienten til å velge det sykepleieren ønsket.

Det kan forstås som en konflikt mellom velgjørhetsprinsippet og autonomiprinsippet. Grunnen kan være at pasientens ønske er uforsvarlig, eller at sykepleieren mener at ønsket ikke er til det beste for pasienten.

Tveiten og Meyer (12) fant at sykepleierne mente at de visste det som var best for pasienten. Det samsvarer med velgjørhetsprinsippet, og pasientautonomien tillegges mindre vekt. Vi ser at brukermedvirkning kan begrenses når sykepleierens meninger strider mot pasientens ønsker.

Litteraturgjennomgangens styrker og svakheter

Vår litteraturgjennomgang baserte seg på kvalitativ forskning, og vi gjorde et strukturert søk. Ettersom flere av artiklene er fra før 2010 og et systematisk søk kunne funnet nyere forskning, kan funnene våre ikke generaliseres.

Vi kan ikke utelukke at det finnes annen relevant forskning ettersom våre inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier ble gjort på overskrifter og abstrakter og ikke artikler i fulltekst. I tillegg kan artikler ha blitt ekskludert fordi vi bare inkluderte tekster på språk vi behersker.

Vi kan dessuten ha oversatt og tolket tekstene feil ettersom engelsk ikke er vårt morsmål. For å minimere sjansen for det oversatte og tolket første- og andreforfatteren artiklene i fellesskap.

Konklusjon

Pasientens helsetilstand kan begrense brukermedvirkningen fordi det kan være vanskelig å få tak i hva pasienten ønsker og uttrykker. Da handlet sykepleierne etter velgjørenhetsprinsippet og gjorde det de trodde var det beste for pasienten.

«Pasientens helsetilstand kan begrense brukermedvirkningen.»

Noen pasienter beskrev at de ikke ønsket å delta i beslutninger om egen helse, og dermed ble pasientens ønske samsvarende med det sykepleieren mente. Når pasientens helsetilstand bedret seg, var det fortsatt utfordrende for sykepleierne å respektere pasientens ønsker fordi de ikke kjente pasienten og var redd for at ønskene var uforsvarlige.

Vi fant at velgjørenhetsprinsippet tillegges mer vekt enn autonomiprinsippet. Resultatene i de utvalgte studiene tydeliggjør ikke eksplisitt etiske utfordringer, noe vi mener er problematisk, da brukermedvirkning kan innebære ulike etiske vurderinger. Derfor mener vi det er behov for mer forskning på området.

Vi har tatt utgangspunkt i kvalitative studier, og funnene kan derfor ikke nødvendigvis anvendes generelt. Generalisering er ikke intensjonen med kvalitative studier. Likevel mener vi at siden vi har sett på ni ulike studier, fra flere land og ulike situasjoner, kan funnene ha overføringsverdi til praksis.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

1. Nortvedt P. Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
2. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (nedlastet 16.06.2022).
3. Lov 5. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 16.06.2022).
4. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 16.06.2022).

5. Nortvedt P. Omtanke: innføring i sykepleieetikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2021.
6. Thidemann I-J, Thidemann MU. Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2019.
7. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Gundersen MW. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2021.
8. Folkehelseinstituttet. Metodehåndbok. Slik oppsummerer vi forskning. 4. utg. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
9. Chambers D, Thompson S. Empowerment and its application in health promotion in acute care settings: nurses' perceptions. *J Adv Nurs*. 2009;65(1):130–8. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2008.04851.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04851.x)
10. Schandl A, Falk A-C, Frank C. Patient participation in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;42:105–9. DOI: [10.1016/j.iccn.2017.04.006](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.006)
11. Falk AC, Schandl A, Frank C. Barriers in achieving patient participation in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;51:15–9. DOI: [10.1016/j.iccn.2018.11.008](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.11.008)
12. Tveiten S, Meyer I. 'Easier said than done': empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals' perspective. *J Nurs Manag*. 2009;17(7):804–12. DOI: [10.1111/j.1365-2834.2008.00921.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00921.x)
13. Kinoshita S. Respecting the wishes of patients in intensive care units. *Nurs Ethics*. 2007;14(5):651–64. DOI: [10.1177/0969733007075890](https://doi.org/10.1177/0969733007075890)
14. Höglund AT, Winblad U, Arnetz B, Arnetz JE. Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(3):482–9. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x)
15. Wåhlin I. Empowerment in critical care – a concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(1):164–74. DOI: [10.1111/scs.12331](https://doi.org/10.1111/scs.12331)
16. Nyholm L, Koskinen CAL. Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care. *Nurs Ethics*. 2017;24(4):408–18. DOI: [10.1177/0969733015605669](https://doi.org/10.1177/0969733015605669)

17. Johannessen AK, Tveiten S, Werner A. User participation in a municipal acute ward in Norway: dilemmas in the interface between policy ideals and work conditions. *Scand J Caring Sci.* 2018;32(2):815–23. DOI: [10.1111/scs.12512](https://doi.org/10.1111/scs.12512)
18. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 11. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2020.
19. Lindberg C, Sivberg B, Willman A, Fagerström C. A trajectory towards partnership in care – Patient experiences of autonomy in intensive care: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31(5):294–302. DOI: [10.1016/j.iccn.2015.04.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.003)
20. Slettmyr A, Frank C, Falk A-C. The core of patient-participation in the Intensive Care Unit: the patient’s views. *Intensive Crit Care Nurs.* 2022;68:103119. DOI: [10.1016/j.iccn.2021.103119](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103119)
21. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns.* 2009;79(3):277–82. DOI: [10.1016/j.pec.2009.07.025](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025)
22. Wåhlin I, Ek A-C, Idvall E. Patient empowerment in intensive care – an interview study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006;22(6):370–7. DOI: [10.1016/j.iccn.2006.05.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.05.003)

FORSKNINGENS ABC

Forskjeller og likheter mellom forskningsartikkel og fagartikkel

Hva skiller en fagartikkel fra en forskningsartikkel?

Forskningsartikkel

Fagartikkel

Akademisk skriving

Som sykepleiere er vi forpliktet til å utøve sykepleie og helsehjelp basert på oppdatert kunnskap (1). Forskerne produserer kunnskapen, men denne kunnskapen er ikke alltid lett tilgjengelig eller klar til å bruke i praksis.

Det er et krav til forskere at vi skal publisere vitenskapelige artikler, eller forskningsartikler, i internasjonale tidsskrifter. De fleste som leser artikler i disse tidsskriftene, er også forskere, som bruker artiklene som bakgrunn for egen forskning, og som referanser i egne artikler.

Utvikling av kunnskap bygger på eksisterende kunnskap – kunnskapen er kumulativ. Derfor er det viktig at forskerne skriver til andre forskere gjennom internasjonalt tilgjengelige artikler.

Det er også viktig at kunnskapen forskerne produserer, kommer pasienter, pårørende, fagfolk og helsetjenestene til gode. Det kan gjøres på mange måter – gjennom kronikker i avisene, presentasjon av resultatene på konferanser, undervisning i utdanningen av helsepersonell og gjennom fagartikler i profesjonstidsskrifter som for eksempel *Sykepleien*.

«Utvikling av kunnskap bygger på eksisterende kunnskap – kunnskapen er kumulativ.»

Hensikten med denne artikkelen er å diskutere forskjeller og likheter mellom en forskningsartikkel og en fagartikkel. Begge typer artikler presenterer kunnskap, men på ulike måter. Hva er så de viktigste forskjellene mellom en forskningsartikkel og en fagartikkel?

Vi kan starte med artikkeltypenes hensikt. En forskningsartikkel har til hensikt å presentere ny kunnskap og beskriver på en grundig måte hvordan og hvorfor denne kunnskapen ble utviklet (2, 3). En fagartikkel kan ha til hensikt å gjøre ny kunnskap kjent (3) eller vise hvordan kunnskap er tatt i bruk i praksis. De skal ha praktisk eller teoretisk relevans for sykepleiefaget.

Fagartikler kan være en presentasjon av fagutviklings- eller forskningsarbeid, beskrivelse av pasientsituasjoner, trender innen arbeidsmiljø, ledelse og kvalitetsarbeid relatert til helse- og omsorgssektoren eller en bearbejdet masteroppgave om et aktuelt tema.

En helt sentral forskjell er kravet til grundighet, særlig med tanke på transparens og etterprøvbarehet. Det betyr at resultatene forskerne kom frem til, og som beskrives i forskningsartikkelen, skal kunne kontrolleres. Var metoden som ble brukt, hensiktsmessig og riktig? Viser forskerne hva de har gjort, og har de argumentert godt for hvorfor?

Forskning skal også kunne etterprøves, det vil si at andre forskere skal kunne gjenta forskningsstudien og få tilnærmet samme resultat. Fagartiklene må inneholde referanser til forskning og andre relevante kilder og dermed gjøre det klart for leseren hvilket kunnskapsgrunnlag artikkelen bygger på.

En annen viktig forskjell er prosessen frem mot publisering. En forskningsartikkel gjennomgår fagfelleevaluering, som innebærer at minst to uhildede forskere kritisk leser artikkelen og gir en grundig vurdering ut fra kjente vitenskapelige prinsipper.

En slik prosess kan ta tid, noen ganger opptil et år og kanskje lenger. Det kommer an på hvor mange runder med revisjon fagfellene og redaksjonen ber forfatterne om å gjennomføre. En fagartikkel vurderes som oftest kun av tidsskriftets redaksjon, og prosessen er relativt kort før artikkelen kan publiseres.

Formatet

Et vanlig kriterium som brukes for å skille forskningsartikler fra fagartikler, er formatet. En forskningsartikkel innen helsefaglig forskning følger som oftest IMRAD-strukturen: Introduksjon – Metode – Resultater – (and) – Diskusjon (4). Denne oppbyggingen følger forskningsprosessens faser.

Om vi ser på formatet på en fagartikkel, er det ikke like strenge regler for hvordan denne skal se ut (5). Noen fagartikler følger omtrent samme struktur som forskningsartikkelen, mens andre har en helt annen oppbygging. Ulikhetene og likhetene mellom forsknings- og fagartiklens format diskuteres i det følgende.

Introduksjon

I en forskningsartikkel vil du finne ulike overskrifter som svarer til I i IMRAD: Introduksjon eller Bakgrunn eller Introduksjon og bakgrunn. Uavhengig av hvilke overskrifter som blir brukt, er hensikten med I-en i IMRAD å argumentere for hvorfor studien som ble gjennomført, var nødvendig å gjennomføre. Her presenteres artikkelens tematikk, «hva», og artikkelens «hvorfor» (3).

Introduksjonskapittelet avsluttes med en beskrivelse av hensikt og/eller problemstilling og/eller mål og/eller forskningsspørsmål – som forfatteren vil ha oppnådd eller besvart (2). I en fagartikkel finner vi også en introduksjon og/eller bakgrunn.

Forfatteren skal ikke argumentere for forskningen, men for bruken av forskningen samt presentere resultatene som han eller hun ønsker å gjøre kjent, eller som er bakgrunn for fagutviklingsprosjektet vedkommende presenterer.

Metode

Metodekapittelet i en forskningsartikkel beskriver hvordan forskerne gikk frem for å produsere kunnskapen, og hvorfor akkurat denne metoden ble valgt (3). Metoden som er valgt, skal kunne besvare problemstilling og forskningsspørsmål og bidra til å oppnå hensikt og mål (2). Derfor er det viktig at metodebeskrivelsene er grundige, transparente og etterprøvbare.

I metodekapittelet skal dessuten forfatterne gjøre rede for utvalget: Hvem eller hva utgjorde grunnlaget for datamaterialet, og hvorfor? Utvalget er viktig. Hvem eller hva utvalget er, utvalgets størrelse og datasamlingsmetoden til sammen bestemmer om resultatene er gyldige ut over akkurat dette utvalget – om de er overførbare eller generaliserbare til for eksempel andre pasienter eller situasjoner (2). Her skal forfatteren også beskrive og gjøre rede for forskningsetiske problemstillinger og valg.

En fagartikkels «metodedel» kan være gjennomføringen av et fagutviklingsprosjekt eller hvordan man for eksempel tok i bruk en ny prosedyre eller et verktøy. Det er ikke krav om en metodedel i en fagartikkel, ifølge forfatterveiledningen til *Sykepleien* (5).

Forfatteren av en fagartikkel må imidlertid gjøre grundig rede for sine kilder, slik at leseren kan forstå hva artikkelen bygger på. Det skjer løpende i teksten gjennom henvisningene til referansene, men hvis fagartikkelen er en litteraturgjennomgang, hever det kvaliteten å beskrive søkeprosessen etter forskningsartikler i en metodedel.

Resultater

Resultatene i en forskningsartikkel er de konkrete svarene på spørsmålene forskerne har stilt. Resultatene svarer også til studiens hensikt. Resultatene skal presenteres på en nøktern måte, som hovedregel uten forskerens tolkninger (3).

Resultater fra kvantitativ og kvalitativ forskning presenteres ulikt. I artikler som omhandler kvantitative studier, benyttes oftest tabeller for å presentere tallverdier som representerer resultatene. Tekst benyttes til å lage et kort sammendrag av hovedfunnene og for kort å presentere innholdet i tabellene før tabellvisningen.

I artikler som omhandler kvalitative studier, beskrives resultatene med tekst, og resultatene illustreres i form av sitater fra intervjuer eller beskrivelser av observasjoner. Man kan også bruke tabeller eller figurer for å presentere resultater i kvalitative studier. I resultatdelen i kvalitative artikler kan forskerens tolkninger noen ganger skinne gjennom.

Det er derfor viktig at forskeren har gjort rede for sin forforståelse, enten i metod delen eller i diskusjonsdelen, der metoden også diskuteres. I artikler som beskriver studier som har benyttet mikset metode (mixed methods), det vil si både kvalitativ og kvantitativ metode, består resultatdelen oftest av både tall og tekst.

I en fagartikkel presenteres også resultater, dersom den for eksempel beskriver et fagutviklingsprosjekt. En litteraturgjennomgang vil ha funn og resultat i form av en presentasjon av ulike perspektiver knyttet til problemstillingen.

Diskusjon

I diskusjonsdelen av en forskningsartikkel skal leseren kunne finne ut hva resultatene betyr (3). Det er altså resultatene og diskusjonen som til sammen gir svarene på spørsmålene som stilles, og som oppfyller hensikten med studien som ble gjennomført. I diskusjonsdelen starter man med å diskutere hovedresultatene – hva som var det viktigste forskerne fant ut.

Det ble presisert tidligere at resultatene skal presenteres nøkternt og uten tolkning fra forskeren. I diskusjonen *skal* forskeren tolke resultatene. Hva betyr resultatene, for hva eller hvem? Forskeren skal diskutere resultatene i lys av eksisterende forskning som er relevant for tematikken og for å kunne forstå resultatene.

Forskeren kan også trekke inn sine egne erfaringer for eksempel som sykepleier. Uansett må forskeren alltid underbygge tolkninger eller fremlegging av nye argumenter eller forslag med relevante referanser – enten det er empiribasert forskning eller teorier.

«I diskusjonen skal forskeren tolke resultatene.»

Diskusjonen skal avsluttes med en konklusjon – et «hva så» (3) – som beskriver hva studiens bidrag er og hvilke konsekvenser den kan ha for pasienter, pårørende, helsepersonell, helsetjenester, samfunnet, videre forskning og så videre. I en fagartikkel er diskusjonens hensikt ganske lik hensikten med forskningsartikkelens diskusjon.

I en fagartikkel bør man gjøre diskusjonen enda mer praksisnær enn i en forskningsartikkel. Her har det ingen hensikt å diskutere abstrakte begreper eller fenomener – som ofte gjøres i en forskningsartikkel.

Leserne er fagpersoner som forhåpentligvis vil ta i bruk kunnskapen og erfaringene som beskrives i fagartikkelen. Da er det viktig å få frem budskapet, og ikke minst overbevise leseren om nytten av fagutviklingen eller kunnskapen som beskrives i artikkelen.

Oppsummering

Denne artikkelen har til hensikt å vise forskjeller og likheter mellom forskningsartikler og fagartikler. Noen ganger kan det være vanskelig å se forskjell før man gjør en skjønnsmessig vurdering av artiklenes innhold, men det er noen klare kriterier som skiller disse typene artikler fra hverandre.

Sykepleien skiller mellom disse to typene artikler ved å publisere forskningsartikler i *Sykepleien Forskning* og fagartikler i *Sykepleien*. Noen ganger bes forfattere som ønsker å publisere i *Sykepleien Forskning*, om heller å publisere i *Sykepleien*, når kravene til en forskningsartikkel ikke er oppfylt. Tabellen viser sentrale forskjeller og likheter mellom artikkeltypene.

Tabell 1. Forskjeller og likheter mellom forskningsartikkel og fagartikkel

Kriterier	Forskningsartikkel	Fagartikkel
Fagfellevurdering	Ja	Nei
Introduksjon/bakgrunn	Ja	Ja
Metodebeskrivelse	Ja	Nei (men kan ha metodedel)
Resultatbeskrivelse	Ja	Ja
Diskusjon	Ja	Ja
Krav til transparens og etterprøvbarehet	Ja	Nei
Krav til pålitelig metode (reliabilitet)	Ja	Nei, men pålitelige kilder
Krav til gyldige resultater (validitet)	Ja	Nei
Krav til overførbarhet/generaliserbarhet	Ja	Nei
Relevans for utøvelse av sykepleie	Ja	Ja
Resultatene kan tas direkte i bruk i praksis	Nei	Ja

Referanser

1. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 02.08.2019).
2. Polit D, Beck CT. Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. 10. utg. New York: Wolters Kluwer Health; 2017.
3. Lerdal A. Forskningsartikkel eller fagartikkel? *Sykepleien*. 2012;100(2):(72-73).
4. Nylenna M. Publisere og presentere. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
5. *Sykepleien*. Forfatterveiledning for fagutvikling: *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/skriv-fagutvikling> (nedlastet 02.08.2019).

Ny veiledningsmetode kan øke bachelorstudenters analytiske kunnskaper

Sykepleierstudenter har begrensede forkunnskaper om å analysere sekundærdata. Seminarer og hjelpeark kan bidra til å øke deres kompetanse.

Sykepleierutdanning

Sykepleierstudent

Undervisning

Veiledning

Sykepleierstudenter ved Nord universitet kan velge å skrive sin bacheloroppgave som enten en litterær studie, en systematisk artikkelgranskning eller et essay. Studentene skriver bacheloroppgaven i par. Et av læringsutbyttene er at studenten skal kunne formulere en problemstilling, søke i og anvende relevante kilder og analysere datamateriale (1). Det gis fire timer obligatorisk veiledning på bacheloroppgaven.

I bacheloremnet skal studentene utvikle kunnskaper og ferdigheter i oppgaveskriving, der forståelse av analyse inngår. Forfatterne av denne artikkelen har lang erfaring med oppgaveveiledning. Vi opplever at studentene ikke alltid har den forkunnskapen som kreves når de starter på bacheloremnet; spesielt gjelder det analyse.

Vi har derfor utviklet en veiledningsmetode for å styrke studentenes kompetanse i å analysere sekundærdata, altså data som allerede er samlet inn av andre forskere og publisert i artikler. Veiledningsmetoden består av digitale seminarer med gruppearbeid, der studentene blir introdusert for to ulike analysemetoder med tilhørende hjelpeark, som er verktøy til bruk i analysen av sekundærdata.

Dolin (2) hevder at en kombinasjon av forelesninger og gruppearbeider bidrar til å øke studentenes læring. En veksling mellom teoretisk undervisning og studentaktiviteter kan gi en sammenheng mellom det studentene skal lære, hvordan de skal lære det, og hvordan vi kan vite at de har lært det (3, 4). Analyseseminarene er bygd opp etter dette pedagogiske prinsippet.

Studentenes erfaringer ble kartlagt

For å prøve ut og evaluere veiledningsmetoden gjennomførte vi våren 2021 en kartlegging blant våre bachelorstudenter. I denne kartleggingen deltok det til sammen 14 studenter, alle kvinner. Analyseseminarene ble gjennomført digitalt.

Seminarene ble evaluert i mars 2021 med bruk av UiOs nettskjema (5), der vi la inn 16 påstander med svaralternativer fordelt langs en Likert-skala (1 = stemmer ikke, 6 = stemmer). I tillegg laget vi åpne felt for utfyllende tekstbaserte svar i henhold til Ringdals metode (6).

Nettskjemaet ble distribuert to dager etter siste analyseseminar med påminning etter en uke. Ni av fjorten studenter besvarte spørreskjemaet (n = 9). Det gir en svarprosent på omtrent 65 prosent.

Kartleggingen er ikke meldepliktig til NSD. Alle studenter som leverte evalueringsskjemaet, ga skriftlig samtykke til bruk av deres svar i denne artikkelen.

Slik ble analyseseminarene gjennomført

Det ble gjennomført fire seminarer i perioden februar–mai 2021. Seminarene besto av korte introduksjonsforelesninger og gruppearbeid med studentpresentasjoner.

Veilederne hadde hovedansvar for å gi tilbakemelding til sine studentgrupper. Begge forfatterne ledet analyseseminarene. Hjelparkene var utarbeidet av andreforfatter basert på to kvalitative analysemetoder. Hjelpark 1 anvender Thagaards (7) beskrivelse av analyse, «Å tenke med begreper». Hjelpark 2 anvender Malteruds (8) metode for tekstkondensering:

Hjelpark 1: Å tenke med begreper

1. Kodeord i teori (begrep)	2. Kodeord i data	3. Kategorier (kodeord som hører sammen fra 1. og 2.)	4. Tema (tolkning og kreativitet)
For eksempel Travelbees sykepleieteori			

Hjelpark 2: Tekstkondensering

1. Tekst (datamateriale)	2. Meningsbærende enhet – ME (essensen i dataene)	3. Kode (merkelapp på hver ME)	4. Undertema	5. Tema (tolkning og kreativitet)
Funn i inkluderte artikler				

Hjelpearkene er utformet som en tabell med kolonner som tilsvarer stegene i analyseprosessen. På den måten kan studentene få hjelp til å følge de enkelte stegene og samtidig skape en oversikt over utvikling og resultater i egen analyseprosess.

For at studentene og veilederne skulle bli kjent med hverandre, og for å etablere et inkluderende, forutsigbart og trygt læringsmiljø (9), startet første seminardag med at studentene presenterte gruppens problemstilling, metode og fremdriftsplan for bacheloroppgaven. Gjensidige forventninger til seminarene, den forventede fremdriften for skriveprosessen og aktuelle spørsmål ble også tatt opp.

Studentene fikk deretter en introduksjonsforelesning, der hjelpearkene, sammen med et praktisk eksempel, ble presentert. Studentene ble så delt inn i grupper på par, der de samarbeidet om å bruke hjelpearkene på egne data. I gruppearbeid, som sosial arena, kan tilegnelse og forståelse skje, og studentene fikk mulighet til å være aktive medspillere i læringsprosessen (9).

«Veilederne ble i siste samling nærmest overflødige.»

De neste seminarene startet også med korte introduksjoner. Temaene var basert på studentenes ståsted og behov. Hovedvekten var likevel på presentasjon og diskusjon av eget analysearbeid. I plenumsdiskusjonen fikk studentene konstruktive tilbakemeldinger, i tråd med formativ vurdering (10) som ikke har noen ytre konsekvens for studenten, men har til hensikt å bidra til bevissthet og dybdelæring (11), og derigjennom utvikling og forbedring i læringsprosessen (9, 12).

I de to første seminarene opplevde vi at studentene var fاملende og utrygge på analyseprosessen. De syntes at hjelpearkene var kompliserte å bruke. I denne fasen hadde de størst behov for støtte og veiledning.

Etter hvert som de hadde jobbet med hjelpearkene, på og mellom seminarene, økte tryggheten og også engasjementet i gruppediskusjonene. De ventet ikke på at veilederne skulle gi dem «fasiten», men tok stor del i diskusjonen.

Studentene tok ansvar for læring og fremdrift ved at de ga hverandre råd og veiledning basert på forståelsen de selv var kommet til gjennom eget analysearbeid. Veilederne ble i siste samling nærmest overflødige og bivånende til prosessen, som nå stort sett var studentstyrt.

Seminarene var relevante og motiverende

Resultatene fra evalueringen presenteres i det videre, sammen med noen utvalgte tabeller. Resultatene presenteres under overskriftene studentenes forkunnskaper, innhold og gjennomføring, læringsmiljø, og nytteverdi.

Studentenes forkunnskaper

Evalueringene viste at samtlige studenter var orientert om formålet med seminardagene, og kun én student skåret 4. På spørsmålene som omhandlet studentenes egen forberedelse, med å sette seg inn i temaene og lese relevant litteratur, skåret studentene mellom 4 og 6 med hovedvekt på 5. Se tabell 1.

Tabell 1. Studentenes forkunnskaper

Påstand:	Skår	1	2	3	4	5	6
Jeg var orientert om formålet med seminardagene.		0	0	0	1	5	3
Jeg hadde lest aktuell litteratur og satt meg inn i tema.		0	0	0	2	6	3
Jeg hadde forberedt meg til analyseseminarene.		0	0	0	2	6	1

En student skrev: «Før seminar 1 fikk man kort tid [til] å lese kapitler som skulle vært lest på forhånd, kapitlene ga mer forståelse i ettertid. Kunne kanskje fått sett analysemodellene med lett forklaring på forhånd.»

Innhold og gjennomføring

Åtte studenter vurderte innholdet i seminarene som relevant for deres bacheloroppgave. Imidlertid var det større variasjon i svarene på om analysemetodene ble presentert på en forståelig måte: Fire av studentene ga skår 3, to ga skår 4, to ga skår 5, og en ga skår 6.

Evalueringen viste at studentene var fornøyde med det faglige innholdet i analyseseminarene. Åtte studenter ga skår 5 eller 6. En student skrev: «Jeg synes initiativet bak et slikt seminar er svært bra.»

«En student ga tilbakemelding om utfordringer ved digital gjennomføring av analyseseminarer.»

I hvilken grad studentene opplevde at hjelpearkene var til hjelp i analysearbeidet, varierte også noe, fra skår 3 til 5.

Studentene presenterte sine analyser for hverandre. En student ga tilbakemelding om utfordringer ved digital gjennomføring av analyseseminarer: «Seminar to var litt dårlig planlagt i forhold til gjennomføring med tanke på skjermdeling. Mye 'bortkasta' tid som kunne vært hindret om alle hadde sendt til lærer på forhånd.»

Læringsmiljø

Åtte av ni studenter evaluerte atmosfæren og læringsmiljøet i seminargruppene som motiverende og inkluderende (skår 4–6), mens én student ga en betydelig lavere skår på 2. Studentene opplevde å bli lyttet til.

En student skrev: «Det har vært fint med andres spørsmål og tilbakemeldinger. Og å få stille spørsmål.»

Studentene ga uttrykk for at det var godt å høre og se andre grupper. Det ga dem nye tanker og ideer i eget analysearbeid.

Nytteverdi

Det var noe variasjon i studentenes vurdering av seminarenes nytteverdi i form av økt kunnskap, samarbeid i gruppen og motivasjon til fremdrift i skriveprosessen. Derimot var det høyere skår når studentene vurderte mulighet til læring i arbeidet og også om analyseseminarene bør videreføres. Se tabell 2.

Tabell 2. Nytteverdi av analyseseminarene

Påstand:	Skår	1	2	3	4	5	6
Jeg har fått økt kunnskap om analyse i bacheloroppgave.		0	0	1	4	1	3
Seminaret har styrket samarbeidet i oppgavegruppen.		0	1	1	4	3	0
Seminaret har bidratt til motivasjon og økt fremdrift i skriveprosessen.		0	0	1	3	4	1
Analyseseminaret bidro positivt i skriveprosessen.		0	1	2	1	2	3
Det er store muligheter for læring i arbeidet.		0	0	0	3	4	2
Analyseseminaret har en arbeidsform som bør videreføres.		0	0	1	2	1	5

En student skrev: «Jeg synes initiativet bak et slikt seminar er svært bra. Stort utbytte av alle seminarene. Det er motiverende, og det pusher oss.»

Studentene påpekte at det var bra med flere veiledere til stede som kunne gi tilbakemelding og besvare spørsmål.

Responen på påstanden om tidspunktet for gjennomføringen av analyseseminarene hadde størst variasjon av alle skårene: To studenter ga skår 2, en ga 3, og de resterende seks studentene ga henholdsvis skår 4, 5 og 6.

En student utdypet svaret slik: «Seminaret forutsetter at studentene har kommet dit i prosessen. Vanskelig å forstå når man ikke har kommet til det punktet i oppgaven.»

Tidsramme og varighet av seminarene ble vurdert med skår fra 3 til 6.

Tilbakemeldingene ga verdifull kunnskap

I analyseseminarene utviklet studenter og veiledere en trygg arena for læring gjennom refleksjon og diskusjon. Studentene var engasjerte og viste en vilje til å støtte hverandre. De tok ansvar for egen og andres læring. De hadde progresjon i både analyse- og skriveprosessen med mål om å nå forventede læringsutbytter.

I evalueringen av analyseseminarene vurderte studentene innhold, arbeidsform og læringsmiljø som godt. Derimot ble temaer som omhandlet gjennomføring og hjelpearkene, evaluert lavere.

«Vi er avhengige av studentenes tilbakemeldinger for å utvikle, forbedre og tilpasse læringsformer og læringsmiljø.»

Vi anser det som viktig å øke den metodisk kompetanse i bachelorstudiet for å sette studentene i stand til å kunne gjennomføre analyse av sekundærdata på et nivå som innfrir læringsutbyttebeskrivelsene til bacheloroppgaven. Vår kartlegging viser at studentene har begrensede forkunnskaper om analyse av sekundærdata, og at analyseseminar kan bidra til å øke deres kompetanse.

Vi er avhengige av studentenes tilbakemeldinger for å utvikle, forbedre og tilpasse læringsformer og læringsmiljø. Vår gjennomføring og evaluering av veiledningsmetoden gir oss verdifull kunnskap om hvordan digitale seminarer og bruk av hjelpeark kan være en måte å gi veiledning i analyse av sekundærdata i bacheloroppgaven på.

I tillegg har vi fått innhente studentenes erfaringer og meninger, som er viktige for oss for at vi skal kunne videreutvikle analyseseminarene. Basert på dette har vi utbedret og forenklet seminarformen og hjelpearkene. Dette ble prøvd ut og evaluert våren 2022.

Referanser

1. Nord universitet. Emnebeskrivelse for studieåret 2021/2022. Bacheloroppgave. Nord universitet. Tilgjengelig fra: <https://www.nord.no/no/Student/studieplaner/2022h/8/Sider/SYK2014v1.aspx#&acd=Beskrivelse+av+emnet-header> (nedlastet 10.06.2022).
2. Dolin J. Undervisning for læring. I: Rienecker L, Jørgensen PS, Dolin J, Ingerslev GH, red. Universitetspædagogik. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2020.

3. Mørcke AM, Rump CØ. Universitetspædagogiske modeller og prinsipper. I: Rienecker L, Jørgensen PS, Dolin J, Ingerslev GH, red. Universitetspædagogik. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2020.
4. Skov S. Læringsorienterede studieordninger: en håndbog for studieledere. UniPæd, Roskilde Universitet; 2014.
5. Universitetet i Oslo. Nettskjema. Spørreskjema, påmeldinger og bestillinger. Universitetet i Oslo. Tilgjengelig fra: <https://nettskjema.no/> (nedlastet 01.02.2021).
6. Ringdal K. Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
7. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
8. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012;40(8):795–805. DOI: [10.1177/1403494812465030](https://doi.org/10.1177/1403494812465030)
9. Rienecker L, Bruun J. Feedback. I: Rienecker L, Jørgensen PS, Dolin J, Ingerslev GH, red. Universitetspædagogik. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2020.
10. Lauvås P. Formativ vurdering i undervisningen. I: Strømsø HI, Lycke KH, Lauvås P, red. Når læring er det viktigste. Undervisning i høyere utdanning. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2006.
11. Hattie JAC, Timperley H. The power of feedback. Review of Educational Research. 2007 mars;77(1):81–112. DOI: [10.3102/003465430298487](https://doi.org/10.3102/003465430298487)
12. Horst S, Johansen BF, Nielsen JA, Rump CØ. Evaluering af undervisning. I: Rienecker L, Jørgensen PS, Dolin J, Ingerslev GH, red. Universitetspædagogik. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2020.

DEBATT

– Bra valg,
sykepleierstudent!

– Gratulerer og velkommen til nye sykepleierstudenter. Om du på noe tidspunkt skulle lure på om du har valgt riktig, vil jeg her trekke frem noen av de mange positive sidene ved sykepleierutdanningen, sett fra mitt perspektiv, skriver Ann-Chatrin L. Leonardsen.

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Anestesisykepleier og professor

Høgskolen i Østfold, Universitetet i Sørøst-Norge og Sykehuset Østfold

Sykepleierst

Både min mann og jeg er utdannet anestesisykepleiere. Mannen min jobber i en anesthesiavdeling og vil fortsette med det ut sin yrkeskarriere. Jeg har i tillegg tatt ulike videre- og masterutdanninger, og jeg har tatt en doktorgrad. Nå jobber jeg blant annet med forskning og utdanning av spesialsykepleiere.

Vi har hatt en del år med hektisk småbarnsliv og trang økonomi, turnuser som må tilpasses og unger som «bytter forelder» i garderoben på sykehuset. Ingen av oss ville valgt annerledes. Nå har to av fem barn (hvorav tre i studentalder) valgt å studere sykepleie. De positive sidene ved utdanningen og yrket har tydeligvis smittet over.

Spennende utdanning

Sykepleierutdanningen gjør deg blant annet i stand til å utøve sykepleie for å ivareta menneskets grunnleggende behov, fremme helse, forebygge og behandle sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død.

Utdanningen skal sørge for at du kan utøve sykepleie til pasienter med komplekse og sammensatte sykdomsbilder, at du tar ansvar for å gjør selvstendige systematiske kliniske vurderinger, prioriteringer og beslutninger, samt at du kritisk vurderer effekten av sykepleie og behandling.

Du vil få gode ferdigheter i kommunikasjon, veiledning og samhandling, samt kompetanse i kvalitets- og forbedringsarbeid.

For å sikre alt dette sier det seg selv at du vil få undervisning i mange ulike temaer og med ulike pedagogiske metoder. Det er mye oppmerksomhet rettet mot tett kopling mellom teori og praksis. Blant annet vil du gjennomgå ferdighetstrening, simulering og praksisperioder.

Sikker jobb

Etter endt utdanning er du sikret jobb. Til tross for at den kommende aldringen av befolkningen har vært kjent i lang tid, blir det utdannet for få sykepleiere.

Statistisk sentralbyrå har gjennomført en kartlegging av sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet. Som sykepleier kan du jobbe i:

- **Spesialisthelsetjenesten**, som omfatter offentlige og private sykehus, psykisk helsevern, spesialisert rusbehandling og ambulansetjeneste, både offentlige helseforetak og private institusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene. I tillegg inkluderes støttevirksomheter under helseforetak og regionale helseforetak som har andre næringskoder enn helse, som for eksempel administrasjons- og servicefunksjoner.
- **Kommunal helse- og omsorgstjeneste**, som omfatter institusjonstjenester, helsetjenester i hjemmet, helsestasjons- og skolehelsetjeneste. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten inngår også private virksomheter som leverer disse tjenestene på vegne av kommunen.
- **Annen helsetjeneste**, som består av virksomheter i helsetjenesten som ikke er under det offentliges ansvar eller under det såkalte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Virksomheter i annen helsetjeneste kan for eksempel være private kommersielle aktører som Volvat og Aleris.
- **Andre næringer**, som omfatter alle andre næringer der helsepersonell jobber. For sykepleiere sin del kan dette være næringer som offentlig administrasjon, undervisning, sosiale omsorgstjenester, arbeidskrafttjenester (vikarbyrå) eller bedriftshelsetjeneste knyttet til bedrifter i ulike næringer.

Stort omfang av jobbmuligheter

I tillegg til enormt mange valgmuligheter med tanke på arbeidssted, har du også enormt mange muligheter til videre utdanning som igjen utvider omfanget av jobbmuligheter.

Om du ser på oversikten over faggrupper i Norsk Sykepleierforbund, vil du se at det eksisterer 35 ulike faggrupper, og de fleste av dem er knyttet til en egen utdanning. Det finnes også flere kurs, videreutdanninger og masterutdanninger. Det er bare å søke på Utdanning.no, så finner du en oversikt over mange av disse!

Kan oppnå god lønn

Som ny student, legger man kanskje mer merke til det som skrives om sykepleiere. I forbindelse med pandemien er det skrevet enormt mye om sykepleiere – både negativt og positivt. Lønn og arbeidstid har det vært skrevet mest om, for sykepleiere er ikke høytlønnet.

Men man kan oppnå god lønn – etter min mening – gjennom en karriere sammenliknet med andre yrker. Ikke minst har man, på grunn av sikker jobb, også en sikker lønn. Ofte jobber sykepleiere turnus, helger og helligdager. Og min mening er at dette blir en livsstil. Og jobb i helg medfører fri på hverdagen, og turnusarbeid gir også bedre lønn. Og om du ønsker det, finnes det mange jobbmuligheter som ikke innebærer turnus også.

Du vil ikke angre

Nylig kunne man lese på Sykepleien.no at danskene sliter med å fylle opp antall studieplasser. I Sykepleien kunne vi også lese at det var 3000 færre søkere til sykepleierstudiet i Norge. Men i Norge har vi likevel flere kvalifiserte søkere enn antall studieplasser.

Unge mennesker har fått sitt liv satt på vent i to år på grunn av pandemien, kanskje opplevd angst for smitte, sosial isolasjon og lest om den situasjonen sykepleiere har stått i. Jeg synes ikke det er så rart om noen har blitt påvirket til å ikke søke sykepleierutdanning i en slik situasjon.

Så til deg, ny sykepleierstudent, vil jeg si: stå i valget! Du vil ikke angre! Det er stort behov for deg!