

Studiesykepleiere – hvem er de og hva gjør de?

Irene Syse



Institutt for helse og samfunn
Masteroppgave i sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

26.5.2012

© Forfatter

År: 2012

Tittel: Studiesykepleiere – hvem er de og hva gjør de?

Forfatter: Irene Syse

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Irene Syse	Dato: 26.mai 2012
Tittel og undertittel: Studiesykepleiere – hvem er de og hva gjør de?	
Sammendrag	
Formål:	
<p><u>Artikkel:</u> Å kartlegge studiesykepleieres funksjon, tittelbruk, hvilke arbeidsoppgaver de involveres i og hvilke arbeidsoppgaver de mener er viktige. <u>Refleksjonsoppgave:</u> Å redegjøre for noen av studiesykepleiernes største utfordringer i dag, med utgangspunkt i resultat fra masterartikkelen ”Studiesykepleiere-hvem er de og hva gjør de?”.</p>	
Teoretisk forankring:	
<p><u>Artikkel:</u> Det er ikke funnet artikler som beskriver studiesykepleiere i Norge, men noen er funnet fra utlandet. Det ble derfor besluttet å gjennomføre en surveyundersøkelse av studiesykepleiere i Norge. <u>Refleksjonsoppgave:</u> Funn fra litteratursøk og resultat fra surveyen er benyttet som grunnlag for refleksjon.</p>	
Metode:	
<p><u>Artikkel:</u> Studien har en kvantitativt, deskriptiv design. Anonym Web-basert surveyundersøkelse ble gjennomført blant 59 studiesykepleiere ved tre universitetssykehus i Norge. Respondentene svarte på et skjema med 86 bakgrunns og- arbeidsrelaterte spørsmål. <u>Refleksjonsoppgave:</u> Litteratursøk og resultat fra surveyen ble benyttet.</p>	
Resultat:	
<p><u>Artikkel:</u> Studiesykepleier er vanligste tittel (63 %). Studiesykepleierne er mest involvert i gjennomføringen av en studie, sammenlignet med planleggingsfasen. Majoriteten (83 %) mener datainnsamling er en svært viktig oppgave, og 72 % mener det samme om innhenting av samtykke. Flertallet (83 %) ønsker seg en egen faggruppe. <u>Refleksjonsoppgave:</u> Mangel på fellesnevner som tittel, skoloring, faglig posisjon og faggruppe lar gruppen forbli uklar for utenforstående. Fraværet av disse rammene ser ut til å være hindre for gruppens utvikling.</p>	
Konklusjon:	
<p><u>Artikkel:</u> Studiesykepleie var den mest brukte tittelen, men flere andre titler brukes og bidrar således til å opprettholde forvirring over hvem studiesykepleiere er. Studiesykepleiere i Norge involveres i forskningsprosessens tre faser, slik de også gjør i utlandet. De mener selv at oppgaver knyttet til gjennomføringen er viktigst for dem. <u>Refleksjonsoppgave:</u> Etablering av faggruppe kan være en mulig vei og gå for å synliggjøre gruppens fellesnevner, og slik bidra til økt anerkjennelse blant andre sykepleiere.</p>	
Nøkkelord: forskningssykepleier, kliniske studier, studiesykepleier, studiesykepleiers oppgaver, tittel.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Irene Syse	Date: 26. of May, 2012
Title and subtitle: Study nurses – who are they and what do they do?	
Abstract	
Purpose:	
<u>Article:</u> To investigate the Study Nurses function; titles, what tasks they are involved in and believe are important. <u>Essay:</u> To account for some big challenges of today, based on the findings from the master article “Study nurses: Who are they and what they do?”	
Literature Review:	
<u>Article:</u> Some studies have been carried out on International Study Nurses. However, no articles have been found in Norway. Therefore, it was decided to conduct a survey of Study Nurses in Norway. <u>Essay:</u> Findings from the literature review and results from the survey is the basis for reflection.	
Method:	
<u>Article:</u> A quantitative, descriptive design is used. Anonymous Web-based survey was conducted using 59 Study Nurses across three large University Hospitals in Norway. Respondents completed a form with 86 background and work-related issues. <u>Essay:</u> Literature review and results from the survey were used.	
Results:	
<u>Article:</u> 63% use the title “Study Nurse”. They are more involved in the actual implementation than in the planning phase of a study. The majority (83%) report data collection as a very important task, and 72% say the same about the granting of consent. The majority (83%) want to establish a Professional Group. <u>Essay:</u> Lack of features; title, education, professional position and professional group, limits clarity to the group, slowing down the group’s development.	
Conclusion:	
<u>Article:</u> Study Nurse was the most common title. Other titles are used and may therefore contribute to the confusion of the group. As with Study Nurses worldwide, Norwegian Study Nurses are involved in the three phases of the research process. Tasks related to implementation are important to them. <u>Essay:</u> Establishment of a Professional Group can be a possible way to highlight the group’s common features, thus contribute to greater recognition.	
Key words: research nurse, clinical studies, study nurse, study nurses tasks, title	

Forord

Gjennom flere års med arbeid med kliniske studier har ett område blitt mer og mer interessant. Studiene som har en studiesykepleier tilknyttet, holder ofte god kvalitet. Til tross for dette ser det ut til at studiesykepleiere er en diffus og udefinert gruppe for mange; de er lite synlige. Ønsket om å bidra til å løfte studiesykepleiere frem samt stille dem noen kritiske spørsmål var viktig for meg. Jeg håper oppgaven blir tatt i mot med åpent sinn av alle lesere.

Masteroppgaven, som jeg har utført på deltid ved siden av arbeidet, har krevd en hel del arbeidsinnsats, og det er noen mennesker som har vært til uvurderlig hjelp og støtte underveis. De har stilt kritiske spørsmål til mål og innhold i oppgaven, og jeg har blitt utfordret hardt på enkelte områder. Sammen har vi flikket på ord, formuleringer, budskap, innhold og tabeller.

Først av alt ønsker jeg å takke min veileder Inger Schou Bredal for uvurderlig hjelp og støtte. Du fattet øyeblikkelig interesse for temaet da jeg presenterte det for deg første gang. Du har utvist stor tålmodighet og du har svar på alt. Det har blitt en del mail og hyggelige timer sammen, og du har lært meg enormt masse.

Prof. Emeritus Povel N. Paus, det var du som la til rette for at jeg kunne gå i gang med mastergradsutdanningen. Det er jeg svært takknemlig for. Takk for din velvillighet og oppmuntring, dine fantastiske kommunikasjonsferdigheter, din raushet, som sammen med din livserfaring gjør deg til en fantastisk person som jeg beundrer.

Takk til min kjære kollega og beste venninne gjennom mange år, Hege Øvergaard. Du har stillet opp og oppmuntret på alle tenkelige måter, tett og hyppig, i gode og dårlige tider.

Takk til Roger Bjugn for særdeles kritiske kommentarer. Takk til Ann Elisabeth Døhli for hjelp og støtte. Takk til Jens Erik Paulsen for innspill. Takk til gode medstudenter for fantastisk samarbeid underveis.

Takk til min kjære mann Guna og våre to barn Birgitha og Preben, dere har vært hovedkilden til inspirasjon underveis. Dere er vel dem som gleder seg mest over at oppgaven nå er levert.

Sist men ikke minst, takk til alle respondentene som velvillig svarte på spørreskjemaet og med det gjorde denne oppgaven mulig. Jeg håper oppgaven blir nyttig for dere å lese.

Oslo, 26.5.2012

Irene Syse

Innholdsfortegnelse

Artikkeldel:

INTRODUKSJON	1
METODE	2
Spørreskjema	2
Populasjonsbeskrivelse	3
Statistikk	3
Etikk	3
RESULTAT	4
DISKUSJON	5
Titler	5
Studiesykepleiernes funksjon og arbeidsoppgaver	5
Planleggingsfasen	5
Gjennomføringsfasen	6
Avslutningsfasen	7
STUDIENS STYRKE OG SVAKHETER	8
KONKLUSJON	8
Referanseliste	10
Tabell 1: Demografi og bakgrunnsdata	12
Figur 1: Tittelfordeling	13
Figur 2a: Utvalgte oppgaver i ulike studiefaser, inndelt etter viktighet	14
Figur 2b: Utvalgte oppgaver i ulike studiefaser, inndelt etter hyppighet	15

Vedlegg 1: Forfatterveiledning

Vedlegg 2: Spørreskjema

Vedlegg 3: Tillatelse fra Personvernombudet

Vedlegg 4: Invitasjonsmail med informasjon til mulige respondenter

Refleksjonsoppgaven:

Refleksjon over tre dagsaktuelle utfordringer for studiesykepleiere.....	1
1. Innledning.....	1
2. Hensikt	2
3. Teoretisk rammeverk.....	2
4. Metode.....	3
5. Diskusjon.....	3
5.1 Felles tittel og faglig identitet.....	3
5.2 Skolering	6
5.3 Faglig posisjon	11
5.3.1 Studiesykepleiernes arbeidsområde	11
5.3.2 Forankring i sykepleien.....	13
5.3.3 Etablering av faggruppe under NSF.....	15
5.3.4 Fagorganisering	15
5.3.5 Medlemsmasse	16
6. Avslutning	18
Referanseliste	19

Studiesykepleiere – hvem er de og hva gjør de?

INTRODUKSJON

Sykehusavdelinger og legekontor som tar på seg studier initiert av legemiddelindustrien, vurderes ut i fra deres evne til å inkludere riktige pasienter, samle inn korrekte opplysninger, unngå protokollavvik, håndtere studiemedikament og overholde tidsfrister for å nevne noe. De samme krav til pålitelighet og effektivitet må oppfylles ved klinikkinitiert forskning. Sykehusavdelinger har sett nytten av å ansette studiesykepleiere, sykepleiere som i større eller mindre grad vier sin tid til studierelaterte arbeidsoppgaver. Samtidig oppdager sykepleiere selv denne spennende og alternative arenaen å utøve sykepleiefaget på, og mange søker seg til slike stillinger. Sykepleiere er i en særegen posisjon da medisinsk- og helsefaglig forskning ofte er pasientnær, og sykepleiere generelt har sin kompetanse knyttet nettopp til pasientene. Administrasjon, ledelse og undervisning, er områder sykepleiere utdannes til, i tillegg til pleie og omsorg; kunnskaper som passer godt til studiesykepleiefunksjonen.

Det har ikke vært mulig å finne noen definisjon av studiesykepleiere, men flere internasjonale studier har sett på arbeidsoppgaver og roller til studiesykepleiere. Noen av disse inkluderer også andre helsearbeidere i sine undersøkelser (1,2,3,4,5,6). Artikkelforfatterne kritiserer i tillegg kunnskapsmangelen om studiesykepleiere. Videre problematiseres den inkonsekvente tittelbruken (2,3,7). Mange opplever en rollekonflikt ved å være studiesykepleier i det ene øyeblikket og «vanlig» sykepleier i neste. Studiesykepleiere har selv omtalt sitt arbeid som tredelt - de er både pasientens advokat, studiedeltakernes advokat samt studiens advokat. Det kan være en utfordring å håndtere disse interessekonfliktene og oppnå anerkjennelse for at det er krevende (5,6,8). Selv om studiesykepleiere kan være en nøkkelfaktor for en vellykket gjennomføring av kliniske forskningsprosjekt (4,9,10,11), kan de fort ansees for «invisible hands» (8: 418).

Både legemiddelindustri, helseforetak og ikke minst sykepleiere vil kunne profitere på økt kunnskap om studiesykepleiere, hvilken bakgrunn de har og hvilke oppgaver de utfører. Kartlegging av hva de selv mener er viktige arbeidsoppgaver og om det er grunnlag for en felles faglig plattform, vil kunne være utgangspunkt for etablering av egen faggruppe.

Hensikten med studien var å få svar på følgende hovedspørsmål:

- (1) Hvilke titler benyttes for sykepleiere som arbeider som ”studiesykepleiere”?
- (2) Hva er studiesykepleierfunksjonen og hvilke arbeidsoppgaver er de involvert i?
- (3) Hvilke oppgaver mener de er viktige i jobben?

METODE

Kvantitativ, deskriptiv design ble valgt for å besvare forskningsspørsmålene. Anonym Web-basert surveyundersøkelse ble utført ved tre store universitetssykehus i Norge. Det ble gjort 29 treff på forskningsartikler i forbindelse med litteratursøk i forkant.

Spørreskjema

På forespørsel fikk jeg tilsendt og tillatelse til å bruke spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen til Rickard et al (5), men skjemaet dekket ikke de spørsmålene som var aktuelle for denne surveyen. Det ble derfor besluttet å lage et eget skjema tilpasset denne undersøkelsen (Vedlegg 2), med spørsmål basert på egen klinisk erfaring samt tema fra litteraturen. Universitetet i Oslos web-baserte datainnsamlingsprogram «Nettskjema» ble brukt. Via Nettskjema ble det sendt ut mail med passord og brukernavn til tilsendte lenke. Mailen inneholdt spørreskjemaet med 86 spørsmål, hvorav 75 obligatoriske, og resten frivillige å besvare. Det aller siste var helt åpent med mulighet til å legge inn frie kommentarer. Spørsmålene var inndelt i demografi (2 spørsmål (spm)), utdanning (13 spm) og arbeidsforhold (tittel, stillingsinstruks, anerkjennelse, fagorganisering og lignende, 31 spm). Deltakelse i arbeidsoppgaver (20 spm) ble rangert etter hyppighet: aldri, årlig, månedlig, ukentlig eller daglig. Videre skulle respondentene ta stilling til i hvilken grad de mente det var viktig at studiesykepleiere utførte arbeidsoppgavene (20 spm). Disse ble gradert som uviktig, litt viktig, verken-eller, ganske viktig eller svært viktig. For å evaluere hvor egnet spørreskjemaet var til å besvare problemstillingen og kvaliteten i målingene, ble en pilotundersøkelse gjennomført før hovedundersøkelsen. Tre studiesykepleiere fylte ut spørreskjemaet, besvarte og gav tilbakemelding på språklige og praktiske forhold. Dette gav resultater tilknyttet spørreskjemaets begrepsvaliditet og hvordan det fungerte for respondentene å fylle det ut. Som følge av piloten ble flere spørsmål gjort frivillige å besvare da ikke alle nødvendigvis ville kunne svare på alt, i tillegg til at enkelte språklige

presiseringer ble gjort for å bedre forståelsen av spørsmålene. Det ble purret en gang i løpet av de to månedene det var mulig å besvare hovedundersøkelsen.

Populasjonsbeskrivelse

Alle studiesykepleiere og sykepleiere med andre titler som utførte liknende arbeid som studiesykepleiere, ved Oslo universitetssykehus (OUS), Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Haukeland universitetssjukehus (HUS), utgjorde populasjonen. Siden studiesykepleier ikke er noen offisiell tittel, var det krevende å identifisere aktuelle respondenter. Noen ble funnet via deltakerlister på kurs forfatteren har holdt, andre ble funnet via deltakere ved «Forum for studiesykepleiere», andre igjen via arbeidsplassen. Jungeltelegrafene var til hjelp; flere tok kontakt og ba om å få delta. I alt ble det funnet 83 mulige respondenter. Følgende seleksjonskriterier gjaldt:

Inklusjonskriterier:

- Offentlig godkjente sykepleiere, alle stillingsprosent
- Arbeider med koordinering av industriinitierte eller klinikkinitierte studier ved OUS, UNN eller HUS

Eksklusjonskriterier:

- Sykepleiere som driver egen forskning i 50 % eller mer av stillingsprosenten

Statistikk

Etter endt datainnsamling ble datafilen lastet over i SPSS versjon 18 og kodebok etablert. For å analysere spørsmålene ble deskriptive analyser av frekvens og gjennomsnitt utført på de fleste data. Innsamlede data var på nominal- og ordinalnivå, og beskrevet med frekvensanalyser, gjennomsnitt og spredning. Resultatene blir oppgitt i prosent. Omfanget av missing data var lite, da de fleste spørsmål var obligatoriske for å kunne sende skjemaet inn.

Etikk

Da besvarelsene ble gitt anonymt og uten mulighet for tilbakesporing til respondentene, trengte ikke studien godkjenning fra Regionale Ethiske Komiteer. Av samme grunn var heller ikke godkjenning fra universitetssykehusene nødvendig. Respondentens nærmeste leder måtte imidlertid godkjenne at studiesykepleieren brukte inntil 15 minutter av arbeidstiden på besvarelsen. Aktiv deltakelse fra respondentenes side er formen samtykket ble uttrykket på.

Ingen personlige eller sensitive opplysninger ble etterspurt. Samtlige fikk grundig informasjon om disse forholdene i invitasjonsmailen.

RESULTAT

Totalt svarte 59 sykepleiere på surveyundersøkelsen. Dette er en svarrespons på 71 %. Majoriteten av respondentene var kvinner, gjennomsnittsalderen var 44 år, med spredning fra 24-62 år. Like mange var ansatt i et forskningsteam som ved en poliklinikk, og godt over halvparten jobbet full stilling og halvparten hadde stillingsbeskrivelse (Tabell 1). Figur 1 viser de seks vanligste titlene som benyttes, hvor studiesykepleier var den hyppigst benyttede. Kun 7 % svarte at de benyttet en annen tittel enn de 11 valgbare titlene i skjemaet, men de beskrev ikke hvilken tittel de benyttet. Figur 2a viser hyppighet i deltakelse i utvalgte studiespesifikke arbeidsoppgaver. Figur 2b viser hvor viktig respondentene mente disse oppgavene er. Flertallet (80 %) svarte at de ikke utførte en del av de valgbare arbeidsoppgavene under planleggingen av en studie. Svært få (7 %) drev med dyreforsøk. Mindretallet vurderte oppgaver i planleggingsfasen som svært viktig.

Flertallet (60 %) var involvert i datainnsamling daglig, en oppgave flere mente var av betydning for studiesykepleiere. Innhenting av samtykker var en oppgave som ble utført hyppig av en tredjedel, og som var en svært viktig oppgave for de aller fleste. Flertallet (66 %) bidro ikke til dataanalyser, en oppgave som en god del vurderte som ganske viktig. I besvarelsen oppgav majoriteten at de aldri bidro til artikkelsskriving, mens en tredjedel gjorde det en sjelden gang; noe under halvparten mente bidrag til artikler var en ganske eller svært viktig oppgave. Vel én av fire presenterte resultat årlig i etterkant av en studie, en oppgave nesten to av fire mente var viktig.

Majoriteten (86 %) svarte at de mener studiesykepleiere i veldig stor grad er en nøkkelfaktor i gjennomføringen av kliniske studier. Flertallet (83 %) mente det ville være gunstig om Norsk sykepleierforbund (NSF) opprettet en egen faggruppe for studiesykepleiere. Like mange kunne tenkt seg å bli medlem dersom en slik faggruppe ble etablert. Over halvparten av respondentene oppgav at de i mindre grad opplevde anerkjennelse for sitt arbeid som studiesykepleier blant sykepleierkolleger. Til sammen mente 75 % at helseforetaket de var ansatt ved, anerkjente dem i liten grad. Derimot opplevde over halvparten at avdelingen de var ansatt ved, i større grad involverte studiesykepleierne på post når studier ble gjennomført.

DISKUSJON

Titler

Det er ikke klart hva som ligger i begrepene studiesykepleier eller forskningssykepleier, heller ikke om det er noen forskjell i arbeidsoppgavene, krav til utdanningsnivå eller andre forhold. At det opereres med ytterligere titler kan skyldes at sykepleietjenesten ikke har oversikt over gruppen, og at titlene ikke benyttes konsekvent av arbeidsgiver. Funnet føyer seg inn blant funn fra tidligere forskning (2,3,7). En telefon til NSF's hovedkontor i februar 2012 viste at de ikke har oversikt over hvem eller hvor mange som innehar slike stillinger. En konsekvens av tilfeldig tittelbruk, kan være at det er vanskeligere å bygge opp et eget fagområde med faglig trygghet og tilhørighet fordi gruppen fremstår som fragmentert og utydelig. Resultatet fra denne studien avdekker at majoriteten tenker at en egen faggruppe under NSF er gunstig. Det er i seg selv ikke så spesielt, men interessant. Fordi økt samarbeid kan utgjøre grunnlaget for fagutvikling innen studiesykepleiefaget. Det er nærliggende å tolke resultatet slik at studiesykepleierne erkjenner dette behovet. I motsatt fall vil fagutviklingen kun foregå på individnivå hos den enkelte studiesykepleier, uten at kunnskapen kommer gruppen til gode over tid. Også tidligere undersøkelser presiserer behov for fagutvikling, og understreker i den sammenheng viktigheten av kompetente studiesykepleiere (7,8). Eksisterende litteratur problematiserer felles tittel, fagutvikling eller faggruppe i liten grad.

Studiesykepleiernes funksjon og arbeidsoppgaver

Studiesykepleiere i Norge involveres i forskningsprosessens tre faser, slik de også gjør i utlandet (1,4,5,9).

Planleggingsfasen

Ved industriinitiert forskning må man godta at det ikke gis mulighet til å være med å planlegge eller utvikle studiene. Ved klinikkinitierte studier kunne imidlertid studiesykepleierne involveres sterkere i noen av fasene. At de i liten grad deltar i planleggingsfasen, kan i noen grad skyldes deres kompetansenivå, men også at helseforetakene ikke innser hvilken ressurs studiesykepleierne representerer. Svært få studiesykepleiere i Norge har mastergrad. I Australia er studiesykepleierne, til sammenligning, involvert i oppgaver også i planleggingsfasen (5). Flertallet der har utdanning på masternivå. Forskjell i utdanningsbakgrunn problematiseres i liten grad i eksisterende litteratur. Det er ingen som direkte hevder at det bør etableres krav om felles utdanningsbakgrunn. I Norge skrives antakeligvis mange protokoller uten at studiesykepleier er tilgjengelig på studiestedet, og det søkes om midler til vedkommende først

etter at protokollen er godkjent. Sykepleiere er gjennom sin utdanning opplært til å planlegge et arbeid før det gjennomføres. En skulle således tro at det ville være verdifullt å involvere dem i denne fasen, fordi studiesykepleiere utfører mange studierelaterte oppgaver og vil kunne si noe om gjennomførbarheten i det som planlegges i en protokoll. Undersøkelsen viste imidlertid at studiesykepleierne selv mener planleggingsoppgavene er mindre viktige, noe som jeg mener bekrefter behovet for videre utdanning. Manglende deltakelse i planleggingen reduserer muligheten til å forstå hvordan forskningsoppgavene henger sammen. Studiesykepleierne kan lett bli oppfattet som assistenter som «letter legens oppgaver» (8), som Davis med flere skriver. Er det slik at studiesykepleiere kun passivt utøver sykepleierfaget på en ny og annerledes arena, eller arbeider de som spesialister i en nisje mellom sykepleiefag og forskning? Davis og kollegers (8) beskrivelse av studiesykepleiere som «de usynlige hender» kan forstås slik at det er vanskelig å anerkjenne dem fordi de befinner seg på udefinert grunn. Kunnskap om manglende anerkjennelse vil antakeligvis være nyttig å fremskaffe for videre arbeid. Figur 2b viser at det er flere oppgaver studiesykepleierne finner viktige i eget arbeid, enn hva de faktisk blir involvert i. Dette kan forstås som at det eksisterer en karrierebegrensning for dem, for eksempel utilstrekkelig utdanning eller manglende vilje hos studieteamet til å involvere dem.

Gjennomføringsfasen

Særlig i gjennomføringsfasen er det bredde i arbeidsoppgavene. Inklusjon av studiedeltakere er en svært viktig oppgave for majoriteten av respondentene. Resultatene sier ingenting om hvorfor de mener det. I noen artikler drøftes utfordringer knyttet til innhenting av samtykke (2,8,9), og hevder det er en utfordrende og kompetansekrevende oppgave. De sier likevel ikke noe om hvilken kompetanse studiesykepleierne bør inneha for å utføre oppgaven. Rickard et al (5) har oversett eller unnlatt å diskutere denne oppgaven i sin artikkel. Når en pasient er inkludert i en studie, tilkommer ytterligere studiespesifikke prosedyrer i henhold til protokoll. I denne fasen foregår også datainnsamlingen, noe de fleste er med på og ser på som svært viktig. Det er nærliggende å tolke det slik at datainnsamling er en selvstendig oppgave for studiesykepleierne. Innhenting av samtykke derimot, kan kreve medisinsk kunnskap en studiesykepleier ikke nødvendigvis besitter, da en studie kan ha svært detaljerte diagnoserelaterte seleksjonskriterier. Kellen et al (9) kartla studiesykepleieres jobbtilfredshet og faktorer som påvirker den. Utfordringer knyttet til rekruttering av pasienter blir oppgitt som en faktor for mistrivsel, noe som illustrerer hvor kompleks oppgaven er. Artikkelen kritiserer den øvrige mangelen på kunnskap om gruppen, men sier ingenting om hvordan studiesykepleieren vurderer viktigheten av egne arbeidsoppgaver.

At svært få administrerer studiemedikamenter, synes underlig, sett i lys av sykepleiernes utdanning, at dette er en «vanlig» sykepleieroppgave og at flertallet sier de arbeider med industriinitierte studier, det vil si legemiddelutprøvinger. Når undersøkelsen samtidig viser at de fleste jobber med kreft- eller hjertepasienter, pasientgrupper som gjerne behandles medikamentelt, er det grunn til å vurdere om spørsmålet kan ha blitt misforstått. En forklaring kan imidlertid være at studiepasienter får utlevert studiemedisin, og at studiesykepleieren ikke tenker på at dette er administrasjon av medikament, alternativt at studiemedikamentet administreres på post av andre. Det er ikke funnet artikler som drøfter medikamenthåndtering, endepunksregistrering eller registrering av drop outs som arbeidsoppgaver for studiesykepleiere. Figur 2a og 2b viser at involvering i oppgaver og viktighet, i større grad samsvarer i gjennomføringsfasen enn i planleggingsfasen.

Avslutningsfasen

Majoriteten av studiesykepleierne har videreutdannet seg som ulike spesialsykepleiere eller er i gang med videreutdanning. Følgelig blir etter hvert en større del skolert i akademisk og vitenskapelig tenkning, noe som er en forutsetning for forståelse av forskningsprosessen. Av Figur 2a forstår vi at involvering i avslutningsfasen varierer i større grad enn i øvrige faser. Det samme gjelder studiesykepleiernes syn på hvor viktige oppgavene her er. Dette kan være tegn på usikkerhet i hva som ligger i oppgavene eller manglende kompetanse for å kunne utføre de. Det kan også være et signal om at de ikke oppfatter oppgavene som helt sykepleierelevante. At kun et mindretall bidrar som medforfattere, kan enten skyldes at de ikke er ønsket med, at de ikke deltar i alle faser på grunn av utilstrekkelig kompetanse, eller at verken de selv eller hovedforfatterne kjenner godt nok til kriteriene for medforfatterskap.

Vancouver-reglene (12) stiller krav om vesentlig bidrag til blant annet planlegging av prosjektet, datainnsamling, utarbeidelse av manuskript og godkjenning av endelig manuskriptversjon for å kunne bli regnet som medforfatter. Dette problematiseres i liten grad i eksisterende litteratur. Litteraturen stiller få krav til studiesykepleierne og fremstår ikke som særlig fremtidsrettet. Skal studiesykepleierne regnes som medforfattere må de bidra på samtlige av disse områdene, noe som antakelig ligger frem i tid. Det ble ikke spurt om noen selv ønsket eller fikk anledning til å igangsette egne forskningsprosjekt. En artikkel viser til at mange studiesykepleiere selv forsker (7) og bidrar med det til ytterligere tittelforvirring. De som får mulighet til egen forskning, har sannsynligvis større forståelse for hele

forskningsprosessen og vil trolig ikke vurdere noen faser som mindre sykepleierelevante enn andre. Funnene mine stemmer overens med funn presentert i artikkelen til Rickard et al (5) som også fant lav deltakelse i avslutningsfasen. Det ville styrke fagutviklingen dersom flere studiesykepleiere kvalifiserte som medforfattere og formelt var med på å presentere forskningsresultatene, i tillegg til å gi interesserte studiedeltakerne tilbakemelding om studieresultatet. For å bane vei for slik involvering, bør studiesykepleierne jobbe mot en egen sertifisert utdanning. Den enkelte sykepleier bør uansett klargjøre for seg selv om hun ønsker å være studiesykepleier eller utvikle seg til forsker i samarbeid med etablerte forskningsgrupper.

STUDIENS STYRKE OG SVAKHETER

Studien er basert på data innsamlet ved hjelp av et egenutviklet spørreskjema. Bruk av et egenutviklet spørreskjema kan ha påvirket studiens validitet og reliabilitet (13).

Pilotundersøkelsen kompenserer for dette gjennom å kontrollere om respondentene forstår spørsmålene på samme måte som spørsmålstilleren. Det er usikkert hvor mange som jobber som studiesykepleiere i Norge. Studiens høye svarprosent kan muligens relateres til at gruppen ikke er særlig stor, at studiesykepleiere med sterk identitet ble funnet eller at det burde vært rekruttert fra flere sykehus. At flere respondenter ble rekruttert gjennom jungeltelegrafene og ikke gjennom randomisering, kan ha bidratt til skjevt utvalg fordi jungeltelegrafene gjerne får med seg dem som er spesielt interesserte i å delta. Så lenge en ikke vet hvor stor populasjonen egentlig er, bør det vises forsiktighet med å generalisere resultatene fra denne studien. Dersom undersøkelsen hadde blitt gjennomført i intervjuform, ville innsamlede data antakeligvis ikke like bra gitt svar på studiens hovedspørsmål. Metodevalget var derfor en god måte å få svar på studiespørsmålene. På den annen side ville intervju som metode kunne åpne for andre spørsmål, eksempelvis knyttet til studiesykepleierens refleksjoner som for eksempel rollekonflikten.

KONKLUSJON

Studiesykepleier var den mest brukte tittelen, men flere andre titler brukes og bidrar således til å opprettholde forvirring over hvem studiesykepleiere er. Studiesykepleiere i Norge involveres i forskningsprosessens tre faser, slik de også gjør i utlandet. De mener selv at oppgaver knyttet til gjennomføringsfasen er viktigst for dem, og det her de har sine fleste arbeidsoppgaver. Studien støtter andre artiklers påstand om at studiesykepleiere kan utgjøre en nøkkelfaktor for gjennomføringen av kliniske forskningsprosjekt. Mange sier de ønsker etablering av egen faggruppe. En slik gruppe vil kunne arbeide for tydeligere rammer som blant annet felles tittel,

grunnkompetanse og tydelig arbeidsfunksjon, og slik sette studiesykepleierne i stand til å beskrive seg selv.

Referanseliste

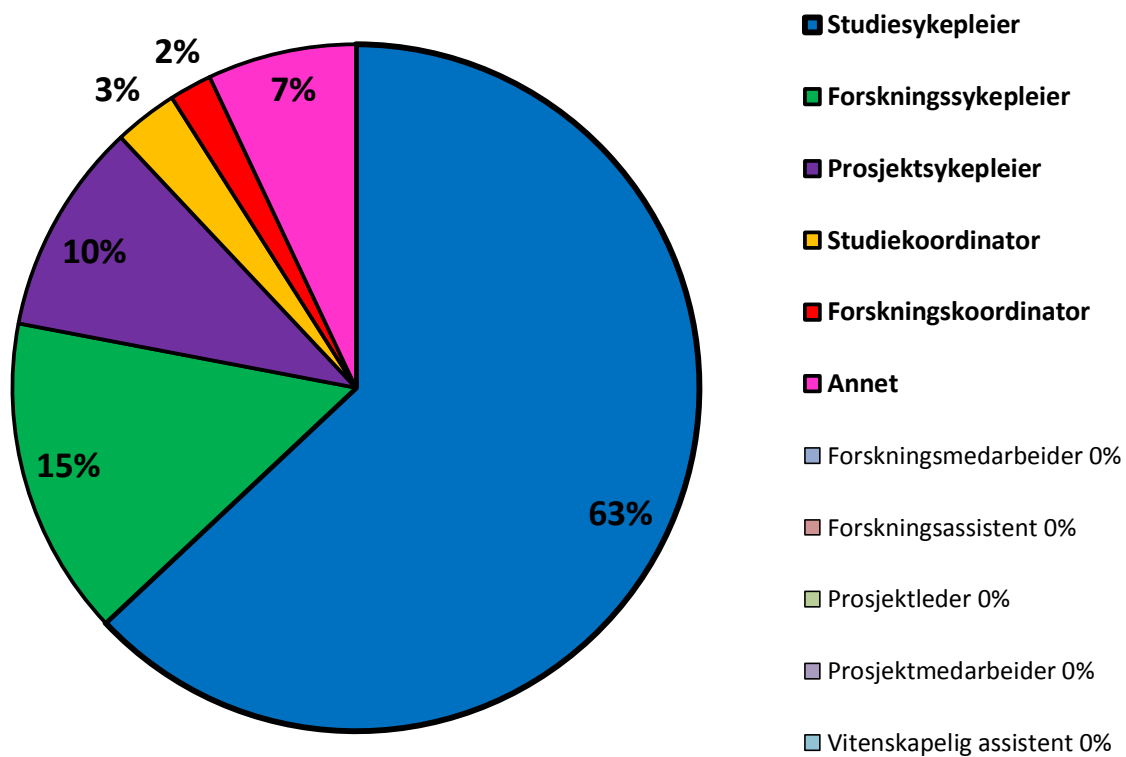
1. **Rickard C.M., Roberts B.L., Foote J., McGrail M.R.:** Job satisfaction and importance for intensive care unit research coordinators: results from binational survey. *Journal of Clinical Nursing*; 16(9): 1640-50, Sep 2007.
2. **Spilsbury K., Petherick E., Cullum N., Nelson A., Nixon J., Mason S.:** The role and potential contribution of clinical research nurses to clinical trials. *Journal of Clinical Nursing*; 17(4): 549-57, Feb 2008.
3. **Grady C., Edgerly M.:** Science, Technology, and Innovation: Nursing Responsibilities in Clinical Research. *Nursing clinics of North America*; (2009) 471-481.
4. **Raht L., Hitchcock A., Oakley M., Graham J.:** Clinical drug trials and the role of the nurse. *Australian Nursing Journal*; May 2003 ,10, 10; ProQuest Medical Library pg. CU1.
5. **Rickard C.M., Roberts B.L., Foote J., McGrail M.R.:** Intensive Care Research Coordinators: Who are They and What Do They Do? Results of a Binational Survey. *Dimension of Critical Care Nursing*; 25(5): 234-42, 2006 Sept-Oct.
6. **Rickard C.M., Roberts B.L.:** Commentary on Spilsbury K, Petherick E, Cullum N, Nelson A, Nixon J & Mason S The role and potential contribution of clinical research nurses to clinical trials. *Journal of Clinical Nursing*; 17, 549-57, 2008.
7. **Fowler S. B., Stack K.:** Research and the Clinical Trials Coordinator. *Journal of Neuroscience Nursing*; (2007) 120-123.
8. **Davis A.M, Hull S.C., Grady C., Wilfond, B.S., Henderson G.E.:** The Invisible Hand in Clinical Research: The Study Coordinator's Critical Role in Human Subjects

Protection. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*; Fall 2002; 30,3; ProQuest Medical Library pg. 4-11.

9. **Kellen J., Schron E.B., McBride R., Hale C., Campion J., Handshaw K., Inkster M., Ettinger A.:** A Survey of Clinical Trial Coordinators: Factors Influencing Job Satisfaction and Turnover. *Cardiovascular Nursing*; Vol 30(4), July/August 1994, pg 25-31.
10. **Mueller M.R., Mamo L.:** The Nurse Clinical Trial Coordinator: Benefits and Drawbacks of the Role. *Research and Theory of Nursing Practice*; 16(1): 33-42, 2002.
11. **McCabe M, Cahill Lawrence C.A.:** The Clinical Research Nurse. *American Journal of Nursing*; 107(9): 13, 2007 Sep.
12. **Vancouver-reglene.** Tilgjengelig fra: <http://www.uio.no/forskning/om-forskningen/etikk/handbok/publisering/lover-og-regler.html> (Nedlastet 1.4.2012)
13. **Fink A.:** How to conduct surveys. A step-by-step guide. 2009. Sage: Thousand Oak.

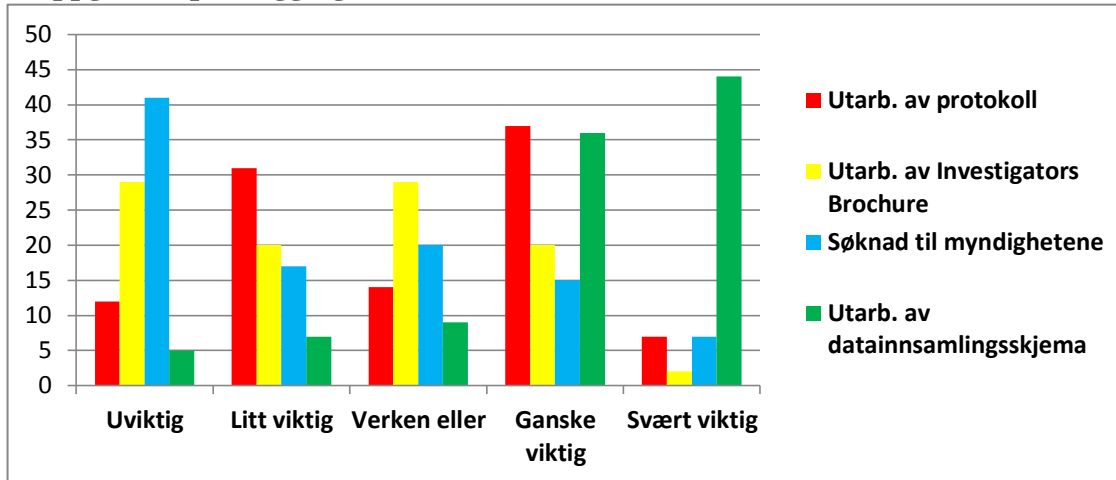
Tabell 1: Demografi og bakgrunnsdata (N = 59)

VARIABEL	VERDI
Alder: Gjennomsnitt og range	44, 24-62 år
Kvinner: (N)	57
VARIABEL	N (%)
Utdanning:	
Bachelor i sykepleie	29 (49)
Spesialsykepleier	23 (39)
Annen høyere utdanning	5 (9)
Master fra Universitet	2 (3)
I ferd med videreutdanning i dag	8 (13)
Ansettelsestype:	
Fast ansatt	39 (66)
Ansatt i engasjement	18 (31)
Ansatt i vikariat	2 (3)
Ansettelsessted:	
Poliklinikk	13 (22)
I fast studieteam	13 (22)
Direkte i forskningsprosjekt	11 (19)
Spesialavdeling	9 (15)
Sengepost	7 (12)
Annet	6 (10)
Stillingsbeskrivelse:	
Ja	30 (51)
Nei	27 (46)
Vet ikke	2 (3)
Første jobb innen forskning:	
Ja	47 (80)
Nei	12 (20)
Studietyper involvert i:	
Industriinitierte legemiddelstudier	37 (63)
Nasjonale/internasjonale studier	37 (63)
Klinikkinitierte medisin – og helsefaglige studier	33 (56)
Klinikkinitierte legemiddelstudier	26 (44)
Kvalitetssikringsprosjekt	10 (17)
Årslønn:	
Kr. 250.000 – 350.000	2 (3)
Kr. 350.000 – 450.000	49 (86)
Kr. 450.000 – 550.000	19 (11)

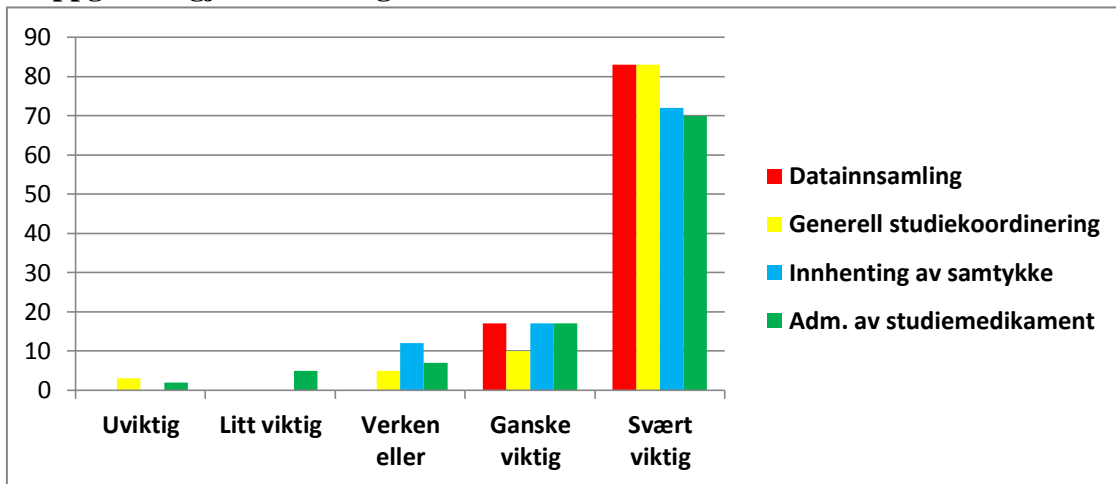
Figur 1: Tittelfordeling (%)

Figur 2a: Utvalgte oppgaver i ulike studiefaser, inndelt etter viktighet (%)

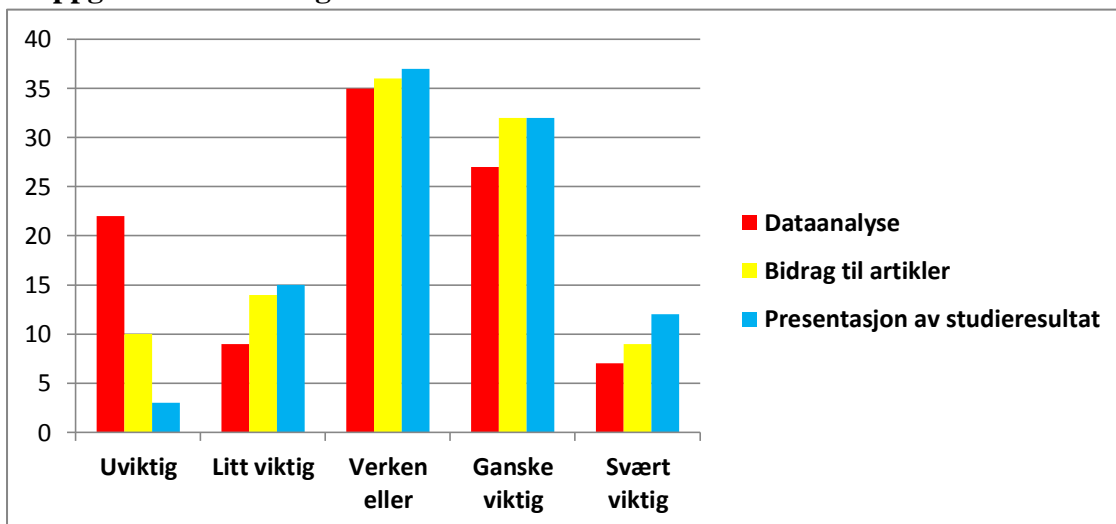
Oppgaver i planleggingsfasen:



Oppgaver i gjennomføringsfasen:

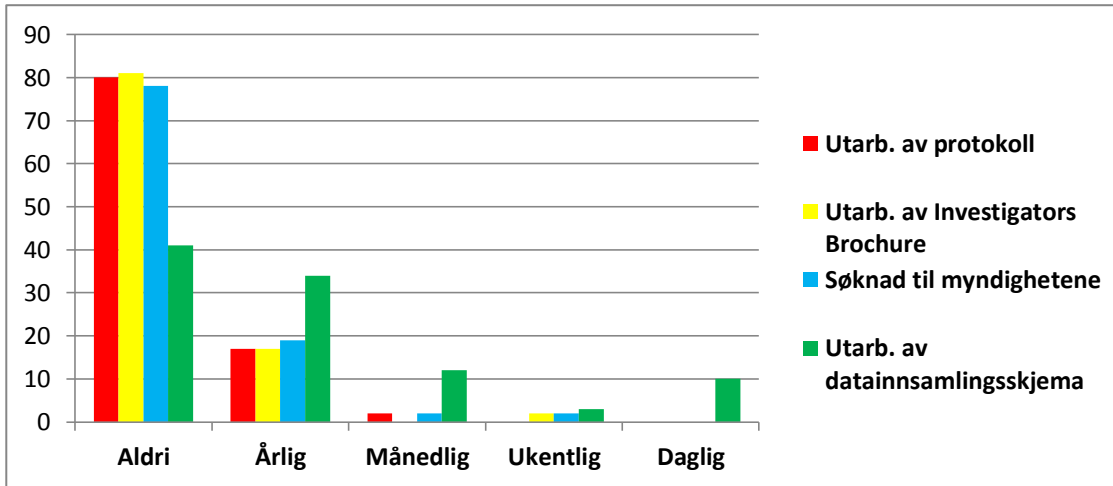


Oppgaver i avslutningsfasen:

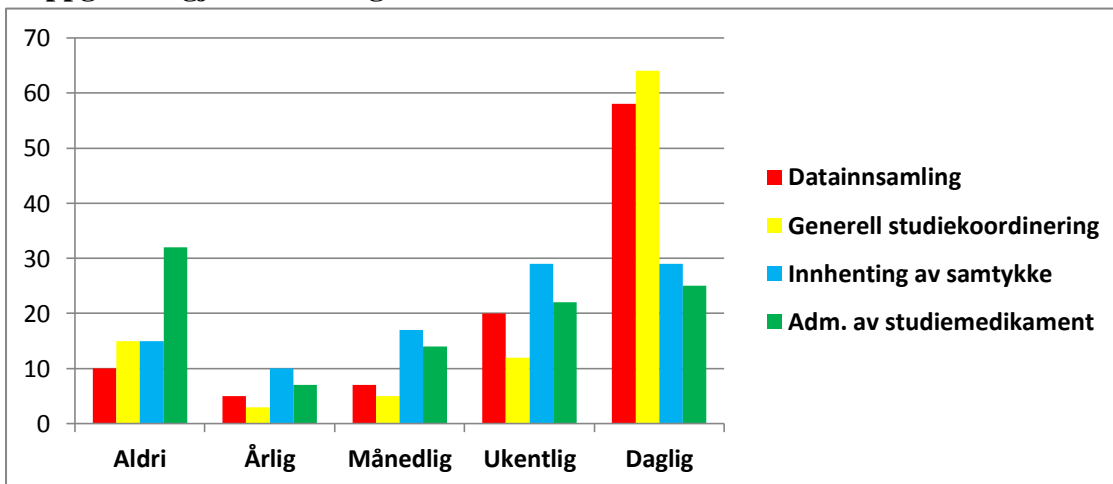


Figur 2b: Utvalgte oppgaver i ulike studiefaser, inndelt etter hyppighet (%)

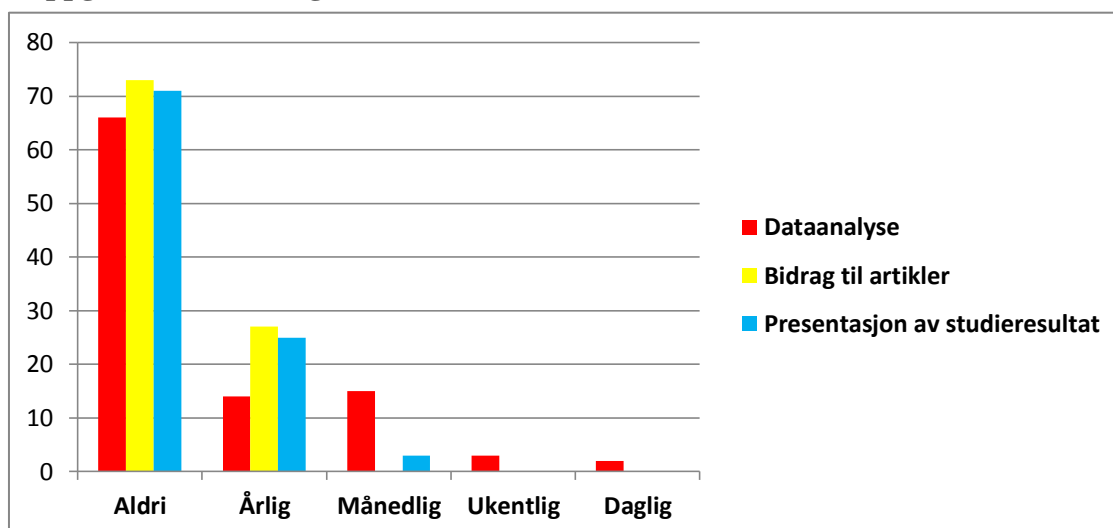
Oppgaver i planleggingsfasen:



Oppgaver i gjennomføringsfasen:



Oppgaver i avslutningsfasen:



Vedlegg 1: Forfatterveiledning

Publisert: 14.06.2011

Dette er en ny og revidert forfatterveiledning for Sykepleien Forskning, publisert i februar 2012.

Artikkel med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter sendes i e-post til forskning@sykepleien.no

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (cirka 96.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman-teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Sidetallene plasseres øverst på høyre side.

Sidenummerering begynner fra tekstsider (inkluderer ikke overskriftssider eller sammendrag på norsk eller engelsk).

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPtET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften [Skrivetips](#). Artiklene struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#). For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:

[STOBE](#) (ulike kvantitative studier)

[COREQ](#) (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

[CONSORT](#) (randomiserte studier)

[COSMIN](#) (utvikling av måleinstrumenter)

[TREND](#) (ikke-randomiserte forsøk)

[PRISMA \(SF\)](#) og [Reinar og Jamtvedt 2010](#) (kunnskapsoppsummeringer)

[QUADAS 2](#) (diagnose)

1. Overskriftsside:

Over- og underskriftene (tittel) for artikkelmanuskript fremstilles.

Forfatterens(forfatternes) for- og etternavn.

Kort presentasjon av forfatterens (forfatternes) utdannings- og profesjonsbakgrunn.

Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.

Forfatterens (forfatternes) elektronisk postadresse.

Forfatterens (forfatternes) telefonnummer.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn med ordmellomrom (ikke medregnet tittel, undertittel og ingress).

Antall ord både i sammendrag og i hovedtekst.

Antall figurer og tabeller.

Det bør tydelig presiseres en elektronisk postadresse for en person som kan kontaktes av lesere.

2. Sammendrag

Fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Sammendrag skal skrives på norsk.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Maksimalt 200 ord.

3–5 nøkkelord fra Sykepleien Forsknings nøkkelordliste fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign. Nøkkelordene finner du vet å gå til ”Avansert søk” og velge ”filtrering via emneord” på nettsiden <http://www.sykepleien.no/>.

Engelsk sammendrag (abstract) fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Maksimalt 200 ord.

3–5 engelske nøkkelord (key words) fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten.

Tekstsider

Sidetallene plasseres øverst på høyre side. Tekstsider begynner fra side 1 (ett) med artikkelmanuskriptets overskrift (tittel).

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstretes og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har [aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging](#):

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

[Introduksjon](#) til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

[Metodedel](#) (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

[Resultater](#). Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Vi anbefaler at forfattere som bruker [kvantitativ metode](#) får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

[Diskusjon](#) (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

[Konklusjon](#) Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

[Figurer og tabeller](#)

Sendes på eget ark, en side per figur eller tabell. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer I artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av [CONSORT-gruppen](#)

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

Alle forfatternavn skal foranstilles og ha fet skrift. For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang og ikke utgave oppgis.

For eksempel:

1. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
2. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ., Nortvedt F., Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York.1980 (s 78 – 101).
5. **Fraser DM, Cooper MA.** Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
6. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. J Adv Nurs. 2006;55:215 – 229.
7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen sendes som e-post *i ett dokument*. Følg brev til redaktør og erklæring om interessekonflikter sendes som separate vedlegg til e-postadressen forskning@sykepleien.no

Følg brev til redaktør

Følg brevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

Det bør tydelig, men kortfattet og fritt formulert fremstilles følgende:

Bakgrunnsfaktorer for hvorfor emnet/tematikken har vekket forfatterens (forfatternes) interesse for å skrive et artikkelmanuskript.

Bakgrunnsfaktorer for hvorfor forfatteren (forfatterne) ønsker å publisere sitt artikkelmanuskript i Sykepleien Forskning.

Hva er det man vet om emnet/tematikken i artikkelmanuskriptet fra før?

Hva er det man ikke vet om emnet/tematikken i artikkelmanuskriptet fra før?

Hva er verdt å vite om emnet/tematikken?

Forslag på navn og kontaktinformasjon på to aktuelle habile fagfeller.

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle krav for å bli vurdert. Det vil si at vi returnerer artikkelmanuskripter selv om de har interessante og relevante emner/tematikk, dersom de ikke overholder våre krav til kvalitet og struktur.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at forfattere sender Erklæring om interessekonflikter elektronisk, men det er også mulig å sende den per post til:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for [Erklæring om interessekonflikter](http://www.sykepleien.no) finnes på www.sykepleien.no

Vedlegg 2: Spørreskjema

Nettskjema: Forhåndsvisning av malen "Studiesykepleiere, hvem er de og hva gjør de?" Side 1 av 4

Nettskjema

Datainnsamling på nett

English

irenesy [Logg ut](#)

Forhåndsvisning av malen "Studiesykepleiere, hvem er de og hva gjør de?"

Slik vil skjemaet se ut for en som skal besvare det.

1. Bakgrunn

1.1. Hvor mange år er du? *

1.2. Er du kvinne eller mann? *

- Kvinne
 Mann

2. Nåværende arbeidstittel

2.1. Hvilken av følgende titler passer best til jobben du har i dag? *

- Studiesykepleier
 Prosjektsykepleier
 Forskningsykepleier
 Studiekordinator
 Prosjektordinator
 Forskningskordinator
 Forskningsmedarbeider
 Forskningsassistent
 Prosjektleder
 Prosjektmedarbeider
 Vitenskapelig assistent
 Annen

3. Arbeidsforhold

3.1. Hvordan er du ansatt? *

- Fast ansettelse
 I engasjement, f.eks i prosjektyemed
 I vikariat

3.2. Hvor stor stillingsprosent har du? *

Skriv svaret i %. En arbeidsdag i uken tilsvarer 20%, to dager 40% osv.

3.3. Dersom stillingen din er delt mellom studierelaterte oppgaver og avdelingsspesifikke oppgaver, hvor stor stillingsprosent utgjør den studierelaterte delen?

Skriv svaret i %. En arbeidsdag i uken tilsvarer 20%, to dager 40% osv

3.4. Dersom du har delt stilling slik beskrevet over; i hvilken grad opplever du det som problematisk å kombinere arbeidet som studiesykepleier og sykepleier i avdelingen?

- I ingen grad
 I liten grad
 Verken eller
 I stor grad
 I veldig stor grad

3.5. Hvor lenge har du vært i din nåværende stilling? *

Oppgi svaret i år.

3.6. Er dette din første jobb innen forskning? *

- Ja
 Nei

3.7. Hvis nei på forrige spørsmål, hvilken stilling hadde du før?

3.8. Har du skriftlig stillingsbeskrivelse for den studierelaterte stillingen din? *

- Ja
 Nei
 Vet ikke

3.9. Hvor mange andre ved din avdeling jobber med det samme som deg? *

3.10. Er du ansatt på / i *

- Sengepost
- Poliklinikk
- Spesialavdeling
- Direkte i forskningsprosjekt
- I et fast studieteam
- Annet

3.11. Hvilke pasientgrupper jobber du med? *

4. Hvilke studietyper jobber du med?

	Ja	Nei	U sikker
4.1. Industriinitierte studier *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2. Helseforetakets egeninitierte medisinske og helsefaglige studier *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3. Helseforetakets egeninitierte kliniske legemiddelstudier *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4. Studier initiert av nasjonale/internasjonale forskningsgrupper, foreninger eller andre sykehus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5. Kvalitetssikringsprosjekt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6. Andre studietyper *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Dersom du jobber med legemiddelstudier, hvilke faser er du da involvert i?

	Aldri	Sjeldent	Ofte	Alltid
5.1. Fase 1- studier Studier av toleranse av legemidlet som gjennomføres på noen få friske frivillige mennesker.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2. Fase 2- studier Studier hvor legemiddelet testes for terapieffekt og dosetilpasning på små pasientgrupper.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3. Fase 3- studier Studier for å dokumentere effekt av legemiddelet på større pasientgrupper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.4. Fase 4- studier Studier som skal registrere langtidseffekter og sjeldne bivirkninger knyttet til legemiddelet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Utdanning

6.1. Hva er din høyeste fullførte utdanning? *

- Bachelor i sykepleie
- Spesialsykepleier
- Master fra høyskole
- Master fra universitet
- Annen høyere utdanning

6.2. Holder du på med videreutdanning i dag? *

- Ja
- Nei

6.3. Hvis ja på forrige, hvilken utdanning er du i gang med?

- Spesialsykepleier
- Master fra høyskole
- Master fra universitet
- Annen høyere utdanning

7. Har du tatt noen av følgende kurs i forbindelse med jobben?

	Ja	Nei
7.1. Grunnkurs i Good Clinical Practice (GCP) i Norge *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.2. Videregående kurs i Good Clinical Practice (GCP) i Norge? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.3. Legemiddelindustriforeningens sertifiseringskurs for monitorer *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.4. e-læringskurs i Good Clinical Practice (GCP) fra utenlandsk nettsted *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.5. Forskningsmetodikk *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.6. Statistikk *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.7. Artikkelskrivningskurs *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.8. Sykepleiefaglige kurs knyttet til avdelingens pasientgruppe *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.9. Annen relevant internundervisning *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.10. Har ikke tatt noen kurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Hvilke arbeidsoppgaver er du involvert i?

	Aldri	Årlig	Månedlig	Ukentlig	Daglig
8.1. Utarbeidelse av protokoll *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2. Utarbeidelse av Investigators Brochure *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3. Søknader til myndighetene *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4. Arbeid med Standard Operating Procedures (SOP) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.5. Arbeid med dyreforsøk *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.6. Utarbeidelse av Case Report Forms (CRF) / Datainnsamlingskjema *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.7. Database-design *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.8. Data Management *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.9. Datainnsamling både initialt, underveis og i follow-up fasene av studier /føring av CRF *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.10. Retting av queries dvs uavklarte spørsmål knyttet til innsamlede data *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.11. Generell koordinering av studier *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.12. Innhenting av samtykke *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.13. Administrasjon av studiemedisin *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.14. Studieprosedyrer / sykepleieprosedyrer til studiedeltakerne *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.15. Monitorering *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.16. Samarbeid med ekstern monitor *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.17. Møtevirksomhet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.18. Dataanalyse *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.19. Bidrag til artikler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.20. Presentasjon av studieresultat *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Hvor viktig mener du følgende arbeidsoppgaver er for en studiesykepleier?

	Uviktig	Litt viktig	Verken eller	Ganske viktig	Svært viktig
9.1. Utarbeidelse av protokoll *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2. Utarbeidelse av Investigators Brochure *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.3. Søknader til myndighetene *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.4. Arbeid med Standard Operating Procedures (SOP) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.5. Arbeid med dyreforsøk *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.6. Utarbeidelse av Case Report Forms (CRF) / Datainnsamlingskjema *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.7. Database-design *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.8. Data Management *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.9. Datainnsamling både initialt, underveis og i follow-up fasene av studier /føring av CRF *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.10. Retting av queries dvs uavklarte spørsmål knyttet til innsamlede data *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.11. Generell koordinering av studier *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.12. Innhenting av samtykke *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.13. Administrasjon av studiemedisin *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.14. Studieprosedyrer / sykepleieprosedyrer til studiedeltakerne *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.15. Monitorering *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.16. Samarbeid med ekstern monitor *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.17. Møtevirksomhet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.18. Dataanalyse *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.19. Bidrag til artikler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.20. Presentasjon av studieresultat *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Lønnsforhold

	Kr 250.000 - 350.000	Kr 350.000 - 450.000	Kr 450.000 - 550.000	Over Kr 550.000
10.1. I hvilken kategori ligger din brutto årslønn, tilsvarende 100% stilling? Dersom du jobber deltid eller har flere delte stillinger, så ta bare med i beregningen det som gjelder for studiesykepleierstillingen. Sett inn hva brutto årslønn er for tilsvarende 100% stilling selv om du jobber mindre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Studiesykepleiere og fagforbund

Ja Nei

11.1. Tror du det kan være en fordel med en egen avdeling i NSF som ivaretar interessene til studiesykepleierne? *

NSF= Norsk Sykepleierforbund

11.2. Hvis det ble etablert en slik fagforening eller annen interesseorganisasjon, ville du vurdert å bli medlem? *

12. Anerkjennelse av studiesykepleiere

	I ingen grad	I liten grad	Verken eller	I stor grad	I veldig stor grad
12.1. I hvilken grad opplever du at din rolle og dine oppgaver som studiesykepleier blir anerkjent og forstått av andre sykepleiere rundt deg? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.2. I hvilken grad mener du at din avdeling er gode på å involvere studiesykepleiere konsekvent i forskningsaktiviteter som foregår på avdelingen? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.3. I hvilken grad mener du studiesykepleierne har en nøkkelrolle i forbindelse med gjennomføring av studier? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.4. I hvilken grad mener du sykehuset du er ansatt ved, kjenner til det arbeidet studiesykepleierne utfører? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.5. Hvor fornøyd er du med jobben din i dag? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Hvor lenge ser du for deg at du blir i nåværende jobb?

Kryss av for det som passer best for deg

	Ut året	Så lenge arbeidsgiver forlenger arbeidsavtalen	2-4 år fremover	4-6 år fremover	Lenger
13.1. Hvor lenge ser du for deg at du blir i nåværende jobb? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Andre forhold

14.1. Er det noen tema du mener ikke ble dekket i spørsmålene du nå har vært gjennom? Bruk skrivefeltet dersom du mener du har opplysninger som er relevante for jobben studiesykepleiere gjør, ideer til hva som kan gjøres eller andre kommentarer.

Vedlegg 3: Tillatelse fra Personvernombudet

Fra: Grimnes Helge
Sendt: 26. april 2010 13:47
Til: Syse Irene
Emne: SV: Hvordan gjør vi det med masterstudier?

Hei Irene

Fikk mailen din av Heidi.
Oppfatter at det du skal samle inn ikke skal ha noen tilknytning til den som svarer.
Forutsatt at Nettskjemaet til UiO kutter lenken mellom besvarelse og mailadresse, så er det OK.

Svaret på dine spørsmål er derfor:

1. Meldeskjema personvern er ikke nødvendig. Om du ber om at studiesykepleierne skal utføre spørreundersøkelsen i arbeidstiden, så må avdelingsledere som har ansvaret for sykepleierne godkjenne dette. Om det kan legges til fritiden deres, så trenger du ikke dette.
2. Studiesykepleiere du kjenner navnet på kan du henvende deg til direkte, men spørsmålet om bruk av arbeidstid må være avklart før du gjør det.

Mvh.
Helge Grimnes
Personvernrådgiver

Kompetansesenter for personvern og sikkerhet
Oslo universitetssykehus HF
IT-avdelingen
40 21 00 35 (mobil)
23 01 50 52 (kontor)
22 11 96 44 (fax)

Fra: Syse Irene
Sendt: 25. april 2010 16:57
Til: Thorstensen Heidi
Emne: Hvordan gjør vi det med masterstudier?

Hei Heidi

Jeg holder på med Master i sykepleievitenskap og skal etter planen gjøre en kartleggingsundersøkelse av noen av de såkalte studiesykepleierne ved OUS (og ved UNN+Haukeland) til høsten. Jeg skal benytte UiOs elektroniske spørreskjemaprogram "Nettskjema" og sende til studiesykepleierne. Studiesykepleierne må svare via Internett og når de svarer legges data inn på "Nettskjema"-plassen. Svarene er 100 % anonyme. Jeg trenger dog mailadressen til folk i forkant for å kunne sende dem lenken. Spørsmålene vil være kartleggende, dvs omhandle alder, tittel, arbeidserfaring, arbeidsoppgaver, utdanning, påvirkningsmuligheter i arbeidet, kjennskap til GCP o.l. Personssensitive opplysninger er ikke noe som vil spørres om.

- 1) Skal dette prosjektet meldes/søkes til OUS på noe skjema? I så fall, hvilket?
- 2) Er det mulig å få en godkjenning fra PVO til å kontakte den enkelte studiesykepleier direkte f.eks. via mail eller tlf, eller må jeg også spørre dennes overordnede? (Ved tidligere UUS og Aker er det svært mange som jobber singel på en avdeling-her blir det mange overordnede å kontakte og vente på svar i fra, mens ved tidligere Radiumhospitalet er det en hel avdeling med studiesykepleiere). Helt konkret, kan jeg fra PVO få en enkelt tillatelse som kan gjelde for alle avdelinger?

Hilsen Irene Syse
Ledende monitor
Enhet for GCP, Operativ forskningsstøtte
Oslo universitetssykehus

Vedlegg 4: Invitasjonsmail med informasjon til mulige respondenter

Hei

Denne mailen sendes ut til sykepleiere ved Oslo universitetssykehus som jeg vet eller tror at jobber som studiesykepleiere (eller lignende titler). Vennligst se bort fra denne henvendelsen dersom du ikke er sykepleier og ikke jobber med forskning.

Jeg tillater meg å ta kontakt fordi jeg i februar/mars 2011 skal gjennomføre en anonym nettbasert spørreundersøkelse, i forbindelse med min masteroppgave: "Hvem er studiesykepleierne, og hva gjør de?". Studiesykepleierne (som i svært mange tilfeller også bruker andre titler) er en gruppe som er lite studert i Norge, i motsetning til i utlandet. Også i Norge er gruppen relativt raskt voksende, dog uten at det feks er utviklet tilpassede kurs og utdanninger for gruppen her til lands. Mange hevder at studiesykepleiere er en viktig nøkkelfaktor for kvaliteten på gjennomføring av studier. Det er noe likevel noe usikkert hvilke oppgaver de norske studiesykepleieren utfører, og det er noe jeg ønsker å studere nærmere. For ytterligere informasjon om bakgrunnen for oppgaven, henvises til vedlagte PPT.

Jeg henvender meg derfor til deg for å høre om du kunne tenke deg å svare på noen spørsmål om arbeidet ditt?

Siden spørsmålene vil bli besvart ved at du mottar en mail med en lenke som fører deg til spørreskjemaet, er det ikke nødvendig å innhente verken godkjenning fra REK eller samtykke fra deg. Derimot må jeg ha tillatelse fra din nærmeste overordnede til å spørre deg, før du selv tar stilling til om du vil svare. Slik tillatelse er nødvendig dersom du skal svare på spørsmålene i arbeidstiden din (men ikke dersom du svarer fra privat PC utenom arbeidstid, da det ikke er betalt tid). Dersom vedkommende sier ja, vil jeg så kunne sende deg lenken til spørsmålene som det tar ca 15 min å svare på. Det vil ikke bli innhentet/spurt om sensitive opplysninger.

Dersom du kunne tenke deg å svare på noen spørsmål om det å være studiesykepleier, må jeg for å kunne innhente tillatelse til å sende deg lenken i arbeidstiden, vite hvem som er din overordnede jeg må henvende meg til. Ev at du ber vedkommende sende meg en mail om at det er greit. Jeg ville sette stor pris på tilbakemelding innen rimelig tid. Dersom du kunne tenke deg å svare på spørsmålene etter arbeidstid, trenger jeg din private mailadresse. Din mailadresse vil bli slettet etter skjemaet er sendt ut. Det vil ikke være mulig å spore mailadressen i besvarelsen din.

Dersom dette er aktuelt og jeg får de nødvendige tillatelsene til feltet, vil du motta en mail fra meg med en lenke til spørreskjemaet, planlagt utsendelse februar/mars 2010.

Det skal kun inkluderes sykepleiere som jobber som studiesykepleiere eller tilsvarende i undersøkelsesøyeblikket. Studiesykepleiere som i tillegg driver meg egen forskning i over 50% stilling vil ikke bli inkludert. Andre yrkesgrupper vil ikke bli tatt med i denne omgang, ei heller dem som ikke lenger jobber som studiesykepleiere.

Dersom du vet om noen andre studiesykepleiere som kunne ha interesse av å bli med, setter jeg pris på om mailen videresendes dem. For å få et representativt utvalg som grunnlag for økt kunnskap om studiesykepleierne og deres arbeid, er det avgjørende med så mange deltakere som mulig. Studiesykepleiere ved Enhet for studiesykepleiere ved Radiumhospitalet vil få en egen henvendelse fra meg og står derfor ikke som mottakere av denne mailen.

Dersom du vet at dette er noe du ikke ønsker å ta del i, eller dersom du ikke jobber som studiesykepleier eller lignende, vennligst send meg en mail om det så blir du fjernet fra listen og slipper videre mail.

Har du spørsmål eller lurer på noe, kan jeg nås på mail eller tlf (se under).

Med vennlig hilsen Irene

Irene Syse
Ledende monitor
Seksjon for Forskningsadministrasjon
Enhet for Klinisk forskningsstøtte/GCP
Oslo universitetssykehus
Tlf: 23 01 66 59/917 56 303

Innhold

Refleksjon over tre dagsaktuelle utfordringer for studiesykepleiere.....	1
1. Innledning.....	1
2. Hensikt	2
3. Teoretisk rammeverk.....	2
4. Metode.....	3
5. Diskusjon.....	3
5.1 Felles tittel og faglig identitet.....	3
5.2 Skolering	6
5.3 Faglig posisjon	11
5.3.1 Studiesykepleiernes arbeidsområde	11
5.3.2 Forankring i sykepleien.....	13
5.3.3 Etablering av faggruppe under NSF.....	15
5.3.4 Fagorganisering	15
5.3.5 Medlemsmasse	16
6. Avslutning	18
Referanseliste	19

Refleksjon over tre dagsaktuelle utfordringer for studiesykepleiere

1. Innledning

Blant universitetssykehusenes fire hovedoppgaver ligger ansvaret for å fasilitere for og gjennomføre medisinsk og helsefaglig forskning, det vil si forskning som kommer dagens eller fremtidige pasienter til gode (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999). Forskingen er nyttig både for enkeltmennesket så vel som samfunnet. Fordi vi stadig lever lenger, vil mange oppleve å bli syke og få behov for helsetjenester. Da er ingenting bedre enn at sykehusene har en plan for hvordan de kan behandle pasientene, eller arbeider for å forbedre behandlingsmetodene. Mange vil få tilbud om behandling som har kjent påviselig effekt, mens andre vil oppleve at det ikke finnes helbredende behandling for deres sykdom. Sistnevnte vil trolig få tilbud om behandling som holder sykdommen helt eller delvis under kontroll eller som er symptomlindrende. Uavhengig av pasientgruppe, vil flere få tilbud om å delta i forskningsprosjekt som har til hensikt å måle effekt av behandling, sammenligne eksisterende behandling eller utprøve nye, lovende behandlingsmetoder eller medikamenter. Medisinsk og helsefaglig forskning har siden den 2. verdenskrig vært gjenstand for omfattende nasjonale og internasjonale regulatoriske endringer, spesielt de siste 10-20 årene (Offenhardt, McClary og Hastings 2008; Ruyter (red), 2003). Uheldige medisinske forsøk gjennom tidene og utvikling av samfunnet vi lever i, har lært oss at forskning på mennesker krever spesiell varsomhet. Hensikten med regulering av forskningsaktiviteten er å optimalisere sikkerheten til pasientene som deltar i forskningen, og samtidig tilstrebe mest mulig troverdige resultat. Risikoen den enkelte utsettes for ved å delta i forskningsprosjekt må være forsvarlig. Troverdige forskningsresultat er avgjørende når man skal ta stilling til om nye behandlingsmetoder skal erstatte eller supplere eksisterende metoder. I Norge har forskningen blitt standardisert i form av implementering av internasjonale direktiv og retningslinjer i nasjonalt lovverk. Det er regulatoriske krav til at medisinsk og helsefaglig forskning skal etterfølge prinsippene i blant annet Helsinkideklarasjonen og de etiske og vitenskapelige retningslinjene for god forskningspraksis; Good Clinical Practice (GCP),

gjennom forankring i Helseforskningsloven (2009) og Forskrift for klinisk utprøving av legemidler til mennesker (2009). Eksplisitt ligger krav til forskningsteamets kunnskap om og ferdigheter innen forskningsmetodikk, forskningsetikk og prosjektstyring for å nevne noe. Studieteam er gjerne tverrfaglig sammensatt, varierende etter type studie. Sykepleierne er der pasientene er, de tilpasser seg den økende forskningsaktiviteten, og ser ut til å ha blitt gode støttespillere i forskningsøyemed. Sykepleiere involveres mer og mer i arbeidet med å gjennomføre forskningsprosjekt antakeligvis nasjonalt, og internasjonalt (Bell, 2009; Rickard, Roberts, Foote og McGrail 2007; Spilsbury, Petherick, Cullum, Nelson, Nixon, og Mason 2008).

2. Hensikt

Refleksjonsoppgavens hensikt er refleksjon rundt det jeg mener er aktuelle utfordringer studiesykepleierne står overfor, basert på resultat som fremgikk av surveyundersøkelsen jeg gjorde og presentert i egen artikkel; «Studiesykepleiere – hvem er de og hva gjør de?». Artikkelen er basert på en survey med svarrespons på 71 %. Metodologiske, analytiske og andre praktiske forhold knyttet til selve gjennomføringen av surveyen, diskuteres ikke i denne oppgaven da det er gjennomgått i masterarbeidets artikkeldel. Når det videre refereres til denne survey vil den omtales som MS-survey. Likeledes vil artikkelen omtales som MS-artikkel.

Studiesykepleiere møter store utfordringer særlig på tre områder; felles tittel og faglig identitet, skoloring, og faglig posisjon. Herunder ligger gode utgangspunkt for studiesykepleierne å jobbe videre med, så vel som hindringer for arbeidet. I dette ligger også oppgavens omfang og begrensninger. Jeg vil underveis våge å provosere gruppen ved å komme med noen kritiske tanker som ikke nødvendigvis er mine personlige, men som jeg mener er viktig å tenke gjennom. Ikke minst håper jeg oppgaven kan bidra til fremtidig engasjement blant studiesykepleiere samt å fremme kritisk refleksjon hos gruppen selv.

3. Teoretisk rammeverk

Litteratursøk i forkant av surveyen og senere refleksjonsoppgaven, viste at ingen tilsvarende studier var gjort på studiesykepleiere i Norge, men at varierende studier er gjennomført blant studiesykepleiere blant annet i USA, Australia og New Zealand (Grady og Edgerly 2009; Raht, Hitchcock, Oakley og Graham 2003, Rickard, Roberts, Foote og McGrail 2006; 2007). I

artiklene kritiseres i varierende grad studiesykepleiernes mangel på rammer og struktur for utdanning, arbeidsforhold og fagutvikling, og ingen definerer gruppen. En særlig interessant artikkel beskriver en kartleggingsundersøkelse av 49 studiesykepleieres oppgaver og rolle i en intensivavdeling (Rickard et al, 2006). Over 10.000 studiesykepleiere på verdensbasis skal ha gjennomgått sertifisering for sin jobb (Rickard et al, 2007). I tillegg er det etablert masterprogram for studiesykepleiere i USA (Mueller og Mamo, 2002). Mange arbeider alene som studiesykepleier og blir ikke innrapportert av noen, eller registrert noe sted, og flere titler benyttes for samme arbeid, forhold som gjør det vanskeligere «å finne dem» (Fowler og Stack 2007; Grady og Edgerly 2009; Spilsbury et al, 2008).

I Norge er det vanskelig å vurdere situasjonen fordi det ikke er etablert noen form for register eller database som samler informasjon om studiesykepleiernes utdanning, arbeidsoppgaver, arbeidsbetingelser, refleksjoner over egen praksis eller andre forhold, verken på lokalt eller nasjonalt nivå. Man har med andre ord få eller ingen systematiske opplysninger om dem. Verken undervisningsinstitusjoner, Norsk Sykepleierforbund (NSF), helseforetak eller studiesykepleierne selv ser ut til å være opptatt av problemstillingen.

4. Metode

Litteratursøk ble utført sammen med bibliotekar i 2011 og 2012. Det ble foretatt kombinasjonssøk på ordstillinger i Cochrane Library, Medline, Pubmed og Cinahl. Søkord var forskningssykepleier, kliniske studier, studiekoordinator, studiesykepleier, studiesykepleiers rolle/oppgave, study nurses, research nurses, study coordinator, study nurse's role, clinical trials. Søket ble begrenset til skandinavisk og engelsk litteratur fra de siste 20 årene. Søkeresultatene sammen med resultatene fra surveyen, utgjør oppgavens metode.

5. Diskusjon

5.1 Felles tittel og faglig identitet

Individuell og felles faglig identitet eller tilhørighet til gruppen studiesykepleier, var ikke forhold som ble undersøkt MS-surveyen. Jeg har heller ikke til hensikt å definere begrepet identitet, men velger å reflektere over det slik det brukes i daglig tale og i allmenn forståelse. Kunnskapsmangelen om studiesykepleiere gjør det vanskelig for andre å forstå hva som kjennetegner dem. I flere artikler hevdes det at definisjoner, titler og stillingsinstrukser er for

uklare (Bell, 2009; Davis et al, 2002; Rickard et al, 2006). Av de som besvarte MS-surveyen, oppgav 63 % at de benyttet tittelen studiesykepleier, noe som kan indikere en lignende tittel-situasjon i Norge. I en artikkel ble bruken av flere titler problematisert (Rickard og Roberts, 2008). Her argumenterer forfatterne for at studiekoordinator er en anvendelig tittel, da den kan inkludere andre yrkesgruppen enn sykepleiere. Jeg mener en argumentasjon som inkluderer andre yrker er med på å undergrave studiesykepleiernes rolle i klinisk forskning, og derfor er mot sin hensikt. Hvordan situasjonen rundt uavklarte forventninger får konsekvenser for studiesykepleiere både på individnivå og på gruppenivå, vil jeg forsøke å belyse på tre måter.

For det første er det grunn til å anta at med det vi vet om bruk av ulike titler og at mange jobber alene til daglig (58 % i MS-survey), kan ikke tilhørighet til gruppen være nevneverdig stor blant studiesykepleiere i Norge. Med andre ord er det ikke urimelig å tenke at tilhørigheten kanskje er nærmere knyttet til forskningsteamet som gjerne består av flere leger eller andre yrkesgrupper. Der fyller studiesykepleierne tross alt en rolle over tid. Jeg mener dette er problematisk blant annet fordi den holistiske grunnlagstenkningen som kjennetegner sykepleiefaget står i fare for å utvannes eller i verste fall forvitres, blant annet fordi medisinsk tilnærming til pasienter er av mer minimalistisk art. Det svekker studiesykepleierens evne til å foreta selvstendige, kritiske beslutninger dersom de skal baseres på for eksempel medisinsk kunnskap, fordi hennes medisinske kunnskap er ufullstendig. Eksisterende litteratur har tilsynelatende unngått å ta opp kompliserte problemstillinger som dette, og har i stor grad fokusert på studiesykepleieres nøkkelrolle i klinisk forskning (Kellen et al, 1994; McCabe og Lawrence, 2007; Rath et al, 2003). Inntil denne problemstillingen erkjennes, vil identitetsforvirringen opprettholdes. På et vis illustrerer situasjonen en ond sirkel. Uten klare forventninger til og fra studiesykepleierne, er det vanskelig å finne fellesnevner. Studiesykepleierne må selv bryte sirkelen ved å definere og sette fellesnevner i system. Med tanke på at mange oppgav å jobbe alene som studiesykepleiere, blir dette en krevende oppgave å organisere. Jeg mener at felles tittel er undervurdert som bidrag til å gjøre gruppen mer enhetlig, som en av flere gjenkjennbare fellesnevner, for den enkelte studiesykepleier, innad i gruppen så vel som utad.

En annen måte studiesykepleierne preges av uavklarte rammer, er relatert til fagidentiteten. Både funn i litteraturen (Rickard et al, 2006; 2007; Rickard og Roberts, 2008) og MS-surveyen viser at mange studiesykepleiere ikke føler arbeidet de gjør, anerkjennes i særlig grad. Spørsmål om hva studiesykepleierne selv kan gjøre for å øke sin anerkjennelse, stilles ikke av

artikkelforfatterne. I underkant av 60 % av respondentene i surveyen sa at de opplevde seg anerkjent i «liten» eller «verken-eller» grad av andre sykepleiere. Nesten 75 % mente at helseforetaket de er ansatt ved, anerkjente dem i «verken-eller», «liten» eller «ingen» grad. Jeg mener det er en sammenheng mellom studiesykepleiernes tilhørighet og anerkjennelsen de får. Dette begrunner jeg med at få vil, uten videre, søke tilhørighet til underkjente grupper. For vanlige sykepleiere kan det fortsatt være uklart hva studiesykepleieres oppgaver og arbeidsområder er; om de bare assisterer leger og legemiddelindustri eller om arbeidet faktisk har selvstendig innhold forenelig med sykepleiens grunntenkning.

I frifeltet på MS-surveyen uttrykte en respondent følgende: *«Jeg har til tider følt meg som en avansert sekretær som enkelte leger og tror...det er derfor svært viktig med en god stillingsbeskrivelse på hva en studiesykepleier skal gjøre».*

En annen skrev: *«Jeg føler meg titt og ofte som fanget mellom barken og veden. Ensom stilling. Varierende forståelse for den jobb jeg gjør, noen er svært fornøyde, andre virker negative».* Respondentene illustrerer i utsagnene nettopp hvor viktig arbeidet er med å få frem hvem studiesykepleierne er.

Noen mener rollen fort kan reduseres til å bli sett på som en assistent med liten grad av autonomi eller autoritet (Davis et al, 2002). Davis med flere gjorde fokusgruppeintervju av 45 studiekoordinatorer hvorav 68 % var sykepleiere. Jeg er på et vis enig med forfatterne som hevder rollen kan oppfattes som en assistent. Men jeg tenker at situasjonen vil fortone seg annerledes dersom studiesykepleieren avklarer identiteten gjennom tittel, tilhørighet og andre fellesnevner, som igjen gjør dem trygge og kompetente til å bidra på flere eller alle områder i forskningsprosessen. Problemet er vel snarere at gruppen er diffus og fjern for mange, og derfor tillegges studiesykepleiere en egenskap av å være uselvstendige. Jeg mener at studiesykepleiernes manglende anerkjennelse er så dramatisk at det faktisk er et eksistensielt spørsmål for gruppen. Og det undrer meg derfor at tilsynelatende ingen av de som føler seg underkjent på arbeidsplassen, artikkelforfattere eller andre, utfordrer gruppen i større grad på dette. Eksisterende litteratur ser ikke ut til å ha klart å øke fokuset på studiesykepleiernes situasjon.

Dette bringer oss videre til en tredje utfordring. Siden gruppen er lite kjent, kan det bli en utfordring å engasjere noen til å forene gruppen. De som jobber alene har antakeligvis sjelden

noen som kan steppe inn for seg ved behov, følgelig kan det være vanskelig å finne tid og motivasjon til å drive utviklingsarbeid for en gruppe som enda ikke fremstår som samlet. Helseforetakene har kanskje ikke oppdaget hvilken ressurs studiesykepleierne utgjør, fordi de tar liten plass. Det kan i beste fall fungere som en forklaring, men ikke som en unnskyldning for at de overser studiesykepleierne. Kanskje frykter helseforetakene økonomiske gjenforpliktelser dersom de stiller krav til studiesykepleierne. Eller kanskje finner de det vanskelig å forsvare å prioritere et arbeid for en del sykepleiere som likevel bare er ansatt på engasjement. Den onde sirkelen opprettholdes. Her trenges enten personligheter med stor kapasitet og engasjement for å dra i gang dette, eller en arbeidsgiver eller andre institusjoner som initiatorer. Heller ikke disse problemstillingene er diskutert i eksisterende litteratur.

En av respondentene ser verdien av dette og skrev følgende i feltet for frikommentar i MS-surveyen: «*Forskningssykepleierne skulle plasseres sammen, hvilket ville styrke det faglige nivået, samt vår stemme utad*».

Felles identitet kan tydeliggjøre studiesykepleiernes arbeid og gi økt anerkjennelse på individnivå og gruppenivå. Identitetsbygging er således viktig både for den enkelte, gruppen og for fagutviklingen. For den enkelte studiesykepleier fordi det klargjøres hvem hun kan identifisere seg med, hva som forventes av henne, og hun vet hvor hun finner støtte. For gruppen sin del fordi å skape identitetsfølelse er en måte å vise hvilke sko som fylles, eller mer presist - å legitimere rollen til og behovet for studiesykepleiere som dedikerte fagarbeidere i forskningsprosjekt. Slik demonstreres hvordan skoene fylles, og at de ikke kan fylles fullstendig av andre. Studiesykepleierne får dessuten en felles stemme utad og blir både hørt og sett når de står sammen. Og sist men ikke minst; for faget sin del fordi det etableres rammer og struktur som presiserer arbeidsinnhold, krav til skolering og sørger for fagutvikling. Jeg kommer nærmere inn på betydningen av dette litt senere.

5.2 Skolering

I grunnutdanningen er hensikten å utdanne sykepleiere til praksis, og ikke forskere. Det er da også hovedårsaken til at sykepleiere ikke har tilstrekkelig kjennskap til akademisk tenkning eller forskningsprosessen. Felles kunnskapsmessig basis, teoretisk så vel som praktisk, er en viktig faktor i utformingen av felles identitet og tilhørighet. Krav til skolering er en tydelig måte å skape identitet og tilhørighet på. Dette bør etter min mening være et hovedargument for at det må jobbes for et tilbud om tilpasset skolering for studiesykepleiere, og kreve

skolering av den enkelte. Hvordan fravær av krav til skolering av studiesykepleiere kan influere på arbeidet de utfører, vil jeg belyse ved å reflektere rundt noen mulige problemstillinger.

Per 2012 eksisterer ikke noe opplæringstilbud for studiesykepleiere i Norge. Dersom MS-surveyen er representativ, har noe under halvparten av Norges studiesykepleiere videreutdanning. Trettini prosent oppga å ha utdannet seg til spesialsykepleiere, mens i underkant av fire prosent oppgav å ha mastergrad. På undersøkelsestidspunktet var 30 % i ferd med å videreutdanne seg til spesialsykepleiere eller ta mastergrad, uten at dette ble nærmere spesifisert etter type. I tillegg finnes en rekke forskningsrelaterte kurs som de kan delta på, hovedsakelig via helseforetak, farmasøytisk industri eller via kurs på nett, såkalt e-læring. Respondentene i MS-surveyen kunne vise til å ha deltatt på ulike forskningsrelaterte kurs som kurs i GCP (92 %) sertifiseringskurs for monitorer (29 %), forskningsmetodikk (22 %) og statistikk (17 %). Resultatene viser med andre ord at studiesykepleiere ønsker å oppdatere og videreutvikle seg faglig til tross for deltidsarbeid (26 %) og kort fartstid, det vil si ett-fire år (52 %). Dette mener jeg må forstås som et uttrykk for at de faktisk ønsker og har behov for økt (formal)kompetanse. I Rickard et als studie (2006) var utdanningsnivået omtrent på samme nivå, med kun små variasjoner. At studiesykepleiere er opptatt av skolering, bør være attraktive argument for høgskoler eller andre aktuelle kompetanseutviklere. På den annen side, dersom resultatene fra MS -artikkelen er representative, stusser jeg ved at ytterst få studiesykepleiere som selv arbeider med forskning, ikke har valgt en meritterende utdanning som gir dem grunnleggende vitenskapelig forståelse, som en mastergrad gir. I spesialsykepleierutdanningen, ligger dog noe forskningslæring, men formålet er ikke at studentene skal bli spesielt opplært i forskningsprosessens eller akademisk tenkning. Verken Davis et al (2002) og Rickard et al (2006), har i sine undersøkelser undersøkt hva studiesykepleierne selv mener de bør ha av utdanning, og i artiklene fremmes heller ingen forslag om dette. Det kan selvfølgelig henge sammen med at forfatterne studerte studiekoordinatorer som hadde ulike grunnutdanning. Da blir det selvfølgelig vanskeligere å finne et felles grunnlag. Inntil det foreligger føringer for anbefalt eller obligatorisk skolering, vil skolering hovedsakelig avhenge av individuelle eller stedlige behov. Tilfeldig og varierende formalkompetanse hos studiesykepleierne virker verken identitetssamlende eller anerkjennende, en sammenheng som ser ut til å ha blitt oversett så langt.

En annen problemstilling knyttet til skoleringsproblematikken, er om praktisk kunnskap skal eller kan være tilstrekkelig grunnlag for en studiesykepleiers fagutøvelse og forståelse av

arbeidet. Det vil si oppgaver som man har lært seg å beherske, uten supplerende formell teoretisk læring. Dette ser ikke ut til å være tema i eksisterende litteratur. Dersom man enes om at det er tilstrekkelig, må tiltak som sikrer et visst nivå på opplæringen utvikles. Som antydnet tidligere kan opplæringen få tvilsomt innhold, med tanke på hvor tilsynelatende lite helseforetakene er observante over studiesykepleierne. I enkelte situasjoner vil praktisk kunnskap, slik jeg ser det, kunne være tilstrekkelig dersom opplæringen er systematisk og langvarig nok, og er under veiledning av en kyndig person. Elektrokardiogrammåling er et eksempel på en vanlig sykepleiefaglig oppgave. Gjøres målingen i studieøyemed, vil protokollen vanligvis stille særskilte krav til målingene. Eksempelvis skal målingen foretas to timer +/- 15 minutter etter studiemedisinen ble tatt, og slik måle medikamentets eventuelle effekt på hjerterytmen. For andre oppgaver vil praktisk kunnskap alene ikke være godt nok.

Et eksempel på det er oppgaven med å informere en pasient om - og invitere til deltakelse i en forskningsstudie. Flere forfattere poengterer at studiesykepleiere må ha god kjennskap til etikk og samtykkeproblematikk (Davis et al, 2002; Fowler og Stack, 2007; Grady og Edgerly, 2009). Jeg støtter dem i dette fordi det å vurdere en pasients samtykkekompetanse er kompetansekrevende da en rekke forskningsetiske forhold må ivaretas. Blant annet retten til selvbestemmelse, studiedeltakerne skal ikke utsettes for større risiko enn nytte, man skal unngå skade og studiedeltakerne har rett til å trekke seg fra deltakelsen uten begrunnelse, slik Ruyter skriver om (Ruyter (red), 2003). I dette ligger krav om at den som inviterer pasienten til studiedeltakelse, må kjenne pasienten, dens helsetilstand og utsikter, for å veie disse forholdene opp mot protokollen, dens fordeler og ulemper, og en eventuell studiedeltakelse. Vel så viktig i situasjonen er studiesykepleierens personlighet og dannelse, noe flere forfattere også hevder (Davis et al, 2002; Grady og Edgerly, 2009), herunder evne til å fange opp signaler hos den inviterte. En ferdighet som ikke læres fra bøker eller på skolebenken, men snarere gjennom erfaring. Sett i lys av alt studiesykepleieren må kjenne til for å ivareta de nevnte forholdene, mener jeg at formell kunnskap må være et krav. Andre læreformer må gjerne være et supplement. Jeg vil påstå at kvaliteten på arbeidet og pasientens sikkerhet ivaretas bedre av studiesykepleiere som har formalkunnskap om innhenting av samtykke og kunnskap om samtykkekompetanse. Krav til formalkunnskap og opplæring på arbeidsplassen kan, hånd i hånd med tilhørighet og identitet, utgjøre sentrale unisone kjennetegn for studiesykepleierne. Nettopp derfor vil det etter min mening være utslagsgivende at de selv ser denne sammenhengen. Alternativet er kanhende at andre ønsker å mene noe om skolering av

studiesykepleiere, med de forutsetningene de måtte ha. Vi vet fra historien at legestanden lenge ønsket å være med på å legge føringer for sykepleierutdanningen (Moseng, 2008), og at det måtte kamp til for å hindre det. Det er vanskelig å være uenig i at man ikke ønsker en slik type innblanding. Ytterligere undersøkelser bør gjøres for å finne ut hva studiesykepleierne selv mener om dette.

Et ytterligere ankepunkt til manglende skolering er at man med rette bør kunne stille spørsmål til kvaliteten på arbeidet som utføres. Er det slik at en med høyere utdanning eller mer skolering i forskningsmetodikk- og etikk utfører studiesykepleierjobben bedre enn de uten? Hvis ja, er dette en alvorlig utfordring som også arbeidsgiver og forskermiljø bør involveres i. Her åpenbarer det seg en ny problemstilling. Mange har eller tar videreutdanning som passer til avdelingen de jobber ved eller ønsker å jobbe ved. Disse avdelingene trenger spesialsykepleiere, og avdelingene driver gjerne med forskning. Sykepleierne som jobber der ønsker eksempelvis å være spesialutdannet kreftsykepleier. Om en kreftsykepleier skal arbeide som studiesykepleier, hvordan skal hun da skolerer, kan det da forventes at hun skolerer seg ytterligere i forhold til forskningsarbeidet hun skal delta i? Tilsvarende problemstilling vil oppstå i forhold til valg av tittel. Skal hun titulere seg som kreftsykepleier eller studiesykepleier? Jeg vil påstå at svaret nødvendigvis vil influere på de noe foreløpig svevende fellesnevnerne for studiesykepleierne. Men man skal være varsom mot å sette de ulike spesialistretningene opp mot hverandre. Kanskje veien frem er å tilstrebe og forene rollene som eksempelvis kreftsykepleier og studiesykepleier. Dette fordi det er studiesykepleiers jobb å forene studieprotokollen og pasienten samtidig som hun skjøtter dem begge. Til det trengs dybdekunnskap både om sykdommen og studien. Altså kunnskap som er med på å definere studiesykepleierne. Mangel på skolering innen forskningsforståelse vil nødvendigvis gjøre studiesykepleieren mindre kompetent til å gjøre jobben hun er satt til. På samme måte som en sykepleier ikke vil være like kompetent innenfor intensivsykepleie, om hun ikke er intensivsykepleier. Det ble ikke funnet litteratur som kunne understøtte eller svekke disse påstandene.

Gjennom egen erfaring som studiesykepleier, opplevde jeg at man i forskningsteamet er veldig alene om avgjørelser og oppgaver av studiesykepleiefaglig art. Det er langt til neste studiesykepleier. Den fagutviklingen som skjer, mener jeg i stor grad begrenses til å foregå på individnivå, hos den enkelte studiesykepleier på den enkelte avdeling. Studiesykepleieren gjør i mange tilfeller en fantastisk og uvurderlig innsats, men ingen artikler problematiserte hvorvidt eller i hvilken grad fagutvikling forekommer blant studiesykepleiere. Både artikler

(Kellen et al, 1994; McCabe og Cahill, 2007; Rath et al, 2003) og resultat fra MS-surveyen viser at studiesykepleiere ser på seg selv som nøkkelfaktorer (86 %) i gjennomføring av forskningsprosjekt. Man kan få inntrykk av at studiesykepleierne ønsker å bli sett på som en nøkkelfaktor, men gjør tilsynelatende lite for å formidle på hvilket grunnlag de er nøkkelfaktor. Det er relativt kraftig å signalisere dette samtidig som gruppen fremstår som vag. Når de på den ene siden mener de ikke anerkjennes spesielt, og på den andre siden hevder å være nøkkelpersoner, da vil jeg påstå at tiden er inne for at de skal tre frem og tydeliggjøre nøkkelfaktoren slik at andre får en mulighet til å forstå dem bedre. I motsatt fall vil gruppen opprettholde avstanden til andre sykepleiere. Mitt forslag er helt konkret en spesifikk utdanning eller sertifisering som en av flere faktorer for å bidra til synliggjøring av studiesykepleiere. Spesifikk utdanning uttrykt i form av klare rammer for studiesykepleiere, vil bygge opp under identitet og tilhørighet. Bell (2009) hevder at å utdanne studiesykepleierne innen relevante tema, vil føre til at den enkelte blir tryggere i arbeidet samtidig som man bygger opp kompetanse på gruppenivå. Det virker mer troverdig å benytte én tittel for samme arbeid dersom de som benyttet tittelen, har lik utdanning. Det forventes for eksempel at alle intensivsykepleiere kan håndtere medisinsk teknisk utstyr og har kunnskap om hvordan disse brukes i behandlingsøyemed. Like viktig er det å forvente at studiesykepleiere har kompetanse innen alle deler av forskningsprosessen for å sikre både pasientens sikkerhet og etterlevelse av protokollen. Bare slik får begge en helhetlig forståelse av arbeidet de utfører. Kompetente studiesykepleiere er grunnlaget for god kvalitet i arbeidet de utfører. Det bør derfor vurderes nøye hvor «minstekravet» til skolering skal ligge for å kunne kalle seg studiesykepleier. På den andre siden ligger det et faremoment i det at sykepleiere tar mastergradsutdanning. De får da forskningskompetanse, og det kan tenkes enkelte foretrekker å fortsette med egne studier fremfor å være studiesykepleiere. Likevel tror jeg ikke det vil være en spesielt stor gruppe som ønsker det, fordi mange sykepleiere trives nær pasienten. En nærhet de kan miste om de i hovedsak driver med egen forskning. Forutgående diskusjon har belyst problemstillinger relatert til sammenhengen mellom fravær av felles tittel, faglig identitet og skolering, og hvordan disse fellesnevnerne hver for seg og sammen utgjør kjerneutfordringer for gruppens fremtid. Utfordringer som må tas tak i og som kan bidra til å bygge opp studiesykepleierfaget.

5.3 Faglig posisjon

Som påpekt underveis, er lite gjort av studiesykepleierne for å vise deres posisjon og forankring i sykepleien utover å beskrive hvilke oppgaver de utfører og hvilken sentral rolle de mener å ha. Få eller ingen har stilt krav til at studiesykepleierne tar tak i egne faglige utfordringer og utvikler rollen. Det kan selvfølgelig være vanskelig å anbefale andre å gjøre det ene eller det andre. Kravene må komme etter motivasjon og ønske fra gruppen selv. Jeg vil videre forsøke å se nærmere på studiesykepleiernes plass i sykepleien.

5.3.1 Studiesykepleiernes arbeidsområde

Studiesykepleiere er en del av forskningsteamet og har sine faste bestemte oppgaver i noen eller alle deler av forskningsprosjektets tre faser. Fasene kan kalles planleggingsfasen, gjennomføringsfasen og avslutningsfasen. Jeg har i MS-artikkelen diskutert resultatene fra MS-surveyen som viste at det store flertallet i hovedsak har sine arbeidsoppgaver konsentrert i gjennomføringsfasen, dog deltar mange noe i alle fasene. I utlandet bidrar studiesykepleierne mer jevnt i alle fasene (Rickard et al 2006;2007). Flere forfattere har på ulikt vis beskrevet mange av oppgavene studiesykepleierne må kjenne til (Bell, 2009; Rath et al, 2003; Rickard et al, 2006;2007). Oppgavene MS-surveyen etterspurte sammenfalt med oppgaver nevnt i litteraturen. MS-surveyen bidro til å beskrive de oppgavene som norske studiesykepleiere er involvert i. I en artikkel i tidsskriftet *Cancer Nursing* skrives følgende om studiesykepleiere:

The nurse involved in clinical research trials can play a critical role ensuring that informed consent has been obtained, assuring compliance with protocol guidelines, obtaining high quality data, and enabling data to be reported in a timely manner. Nurses, more than other health professionals, are “positioned” to promote strategies to assure that data from the trial are complete and meaningful (Cassidy & Macfarlane, 1991 s. 125).

Å planlegge en studie innebærer blant annet å utarbeide protokoll som følger vitenskapelige, metodologiske, faglige og etiske krav, for å nevne noe. Hensiktsmessige datainnsamlingskjema skal utarbeides. Videre skal kanskje godkjenning søkes hos myndighetene. Det er vanskelig å forsvare involvering av en studiesykepleier i planleggingsfasen dersom hun mangler forståelse for forskningsprosessens komponenter. For å etablere og bevare sin troverdighet samt kvalitet i arbeidet, bør studiesykepleiere etter min oppfatning settes på skolebenken.

Å gjennomføre en studie vil blant annet si å informere og inkludere studiedeltakere, føre deltakerlister, planlegge å utføre studieprosedyrer, samle inn og føre korrekte data, kanskje gi studiemedisin eller gi opplæring i bruk av dette, notere uønskede hendelser, koordinere oppgaver innad i det tverrfaglige studieteamet, samt holde orden på medikamenter, logger, dokumenter og andre ting. Det å lese en prosjektprotokoll og oppfatte alle delene presist, krever dedikerte og kompetente lesere. En studie som gjennomføres av ansatte med mangelfulle kunnskaper og dårlig arbeidsforståelse, vil i verste fall bli ubrukelig. Det er uakseptabelt i forhold til ressurser som kastes bort og ikke minst av hensyn til studiedeltakerne. I det ligger det et etisk krav om at studiesykepleierne får grundig opplæring i å lese og forstå oppbyggingen av et forskningsprosjekt, aller helst via skolering. At eksisterende litteratur ikke tar tak i dette, er en svakhet og et hinder for videre utvikling av gruppen. Når studiesykepleierne hevder å være nøkkelpersoner, kan det tenkes de mener det fordi de er involvert i disse oppgavene, og jeg tror jeg kan forstå tankerekken. Men det er en sterk kritikk mot gruppen at de ikke på noe vis dokumenterer arbeidet, forsker på egen fagutøvelse eller skriver seg selv frem for å dokumentere sin sentrale rolle. Det er ikke godt nok at andre i studieteamet vet hva de gjør og ser deres faglige posisjon. Denne kunnskapen må deles.

Når det gjelder avslutningen av en studie, tenker man som regel på dataanalyser, artikkelskriving og presentasjon av studieresultat. Dette er ikke vanlige oppgaver for en sykepleier. Det er vitenskapelig arbeid, men kan og bør læres dersom det skal inngå i studiesykepleierens oppgaver. Samlet sett vil studiesykepleierne, studiedeltakerne og helseforetakene etter min mening profittere på at studiesykepleierne tar masterutdanning, fordi medisinsk og helsefaglig forskning er avansert og komplisert. Dette mener jeg til tross for at det ser ut til at studiesykepleiere uten mastergrad i utlandet, involveres i alle fasene (Rickard et al, 2006). Hvordan dette bør ordnes i Norge er noe man bør undersøke og enes om. Funn i MS-surveyen og funn i litteraturen er forenelige hva angår studiesykepleierens arbeidsområde. Situasjonen fremstår i midlertid som karrierebegrensende, og en strategisk posisjonering er vanskelig dersom fellesnevnerne som tittel og skolering er uklare. Utarbeidelse av stillingsbeskrivelser vil også være klargjørende for den enkelte, for gruppen og for helseforetakene. Siden visse oppgaver forutsetter en viss utdanning, vil stillingsbeskrivelser implisitt legge føringer for krav til utdanningsnivå/sertifiseringsbehov. At Davis et al (2002) i sin undersøkelse fant at stillingsbeskrivelser ikke har noen betydning for trivsel i arbeidet, mener jeg er irrelevant i kompetansesammenheng.

5.3.2 Forankring i sykepleien

Man kan si at posisjonering og forankring i sykepleien på et vis følger hverandre, eller er to sider av samme sak. Eksisterende litteratur har ikke diskutert forankring i eller tilknytningen til sykepleiefaget. Det har antagelig sin årsak i at de har sett på studiekoordinatorer med ulike utdanninger og har derfor ikke fokusert på sykepleiere spesielt. Det har heller ikke vært diskutert hvorvidt koordinering av studier er eller kan være et eget fagområde for sykepleiere. Å kreve sin plass innebærer i stor grad å vise hva som skiller en fra andre gjennom eget kunnskapsgrunnlag. Nettopp fordi en del av arbeidsoppgavene til studiesykepleierne ikke er klassiske sykepleieroppgaver, for eksempel datainnsamling, kan forankring i sykepleien bli utfordrende men ikke umulig. Forskjellen på en vanlig sykepleier og en studiesykepleier ligger nettopp i det at studiesykepleieren er innforstått med hvor nøye det er å utføre prosedyrene så likt som mulig fra pasient til pasient, og til korrekt tid, etter protokollbeskrivelsen.

Standardiserte prosedyrer har blant annet til hensikt å sikre best og likest mulig kvalitet fra gang til gang, slik at data blir mest mulig pålitelige. En forståelse som ivaretar både pasienten og studien. Motsatt vil ikke tidspunkt for enhver undersøkelse som skjer på en sengepost, nødvendigvis være helt avgjørende. Studiesykepleieren kan likevel komme bort i situasjoner der de opplever at protokollen fraviker normer for god sykepleie, og bli i tvil om hva som er rett. Skulle det skje, vil studiesykepleierens faglige trygghet, identitet og tilhørighet spille inn. Derfor må forankring i sykepleien jobbes for, og er avgjørende for studiesykepleiers anerkjennelse og posisjon. Fordi forsøkspersoner frivillig utsetter seg for påkjenning og risiko, har de et særskilt behov for kompetent personell, slik at de ikke utsettes for unødig ubehag eller skade. Med tanke på pasientens sikkerhet i studieøyemed, mener jeg det er presserende at studiesykepleiere snarest definerer sine fellesnevner og stiller krav til egen fagutøvelse. På hvilket grunnlag kan ellers studiesykepleierne basere sine faglige avgjørelser?

Så tilbake til eksempelet med oppgaven om informasjon og inklusjon av pasienter til en studie.

Et eksempel som illustrerer studiesykepleierens plass og forankring i sykepleien. At avdelingen ønsker størst mulig fart på inklusjon av studiedeltakere, er nærliggende å tenke. Hovedsakelig fordi prosjektgjennomføring koster, prosjektet har en tidsfrist, korttidsengasjerte ansatte, studiemedikament har begrenset holdbarhet eller andre forhold. Noen pasienter kan ha problemer med å forstå hva et forskningsprosjekt er. Kanskje fordi samtykket er på opptil flere sider, skrevet med faguttrykk eller at pasienten er i en sjokktilstand etter å ha fått en diagnose.

Noen får urealistiske forventinger til at dette er en sjanse til å bli helbredet fra sykdommen. Sannsynligvis oppfatter ikke alle hvilke konsekvenser for eksempel i form av bivirkninger eller svært hyppige sykehusbesøk de vil bli utsatt for, og om de faktisk orker gjennomgå dette. Under alle omstendigheter må studiesykepleieren ta hensyn til pasientens rettigheter, velbefinnende og sikkerhet, så vel som dens autonomi og sårbarhet for å beskytte pasienten mot sin egen uvitenhet i inkluderingsøyemed. Protokollen åpner for inklusjon, avdelingen ønsker å inkludere, og studiesykepleieren kan kjenne et aldri så lite press på seg. Men det kan hende studiedeltakelse er en dårlig ide for enkelte pasienter, det vil oppstå mange bivirkninger som følge av deltakelsen, og det vil påføre pasienten mer ubehag enn nytte. Pasienten på sin side opplever også kanskje et lite press for å si ja.

Eksempelet viser at studiesykepleieren må oppfatte balansegangen mellom studiens behov og hensynet til pasientens beste, og den legge til grunn for sine vurderinger. Evnen til slik balansegang, som både er lært via formalkunnskap men også erfart gjennom arbeid, er en del av det studiesykepleierne må fremme som sitt spesialfelt. En trygg faglig identitet og skoloring utgjør viktige grunnlag for vanskelige avgjørelser. Dersom studiesykepleieren på et tidspunkt opplever at pasientens rettigheter, sikkerhet eller velbefinnende trues, bør hun fatte avgjørelser i pasientens favør (Knight-Bohnhoff, Horne-Lucero, Kory og Fry, 1995). Som spesialister innenfor sitt område må de enes om hvorvidt rollen som omsorgsarbeider kan forenes med forskning til tross for at slike krevende situasjoner kan oppstå, eller om dette er uforenelige forhold med tanke på pasientens ve og vel eller andre forhold. Dette er viktige utfordringer i arbeidet for definering av fellesnevnerne. Slik jeg ser det, ligger her en tvetydighet som godt kan forenes ved hjelp av klare retningslinjer for studiesykepleierens arbeid og for å sikre enhetlig forståelse av hvordan tilnærme seg pasienten i krevende situasjoner. Her kan kjernen til studiesykepleiernes forankring i sykepleien befinne seg. De har utover sykepleiefaget, mulighet til å skape og etablere et unikt kunnskapsgrunnlag knyttet til deres oppgaver i forskningsprosessens. Dette vil skille dem fra andre som kan ta rollen, som annet helsepersonell, ved å ha ansvar for pleie, lindring, behandling og undervisning i forhold til pasient og protokoll. Det er fundamentalt å vise hvordan studiesykepleierne har validitet innenfor sykepleiefaget. Likevel er dette en fraværende debatt i eksisterende litteratur. Kritikkk bør rettes forskere som har sett på gruppen og gruppen selv, i forhold til at lite konkret er gjort. Resultatet fra MS-surveyen viste at et stort flertall (80 %) mente det er et behov for å opprette en egen faggruppe for studiesykepleiere under NSF. Enda flere (83 %) kunne tenke seg å bli med dersom det faktisk ble opprettet en slik gruppe. Det er et tiltak som bør vurderes. Hvordan

situasjonen for studiesykepleierne enn fremstår, er det først og fremst pasienten og behovet for behandling som legitimerer studiesykepleiernes eksistens, ikke prosjektet eller protokollen.

5.3.3 Etablering av faggruppe under NSF

Fagidentitet, tittel, gruppetilhørighet, entydige krav fra arbeidsgivere, tydelige arbeidsoppgaver, tilbud om så vel som krav til skolering og faglig posisjonering, -komponenter som er diskutert i oppgaven, må kunne antas å være nøkkelfaktorer for studiesykepleieres fagutvikling. Men fagutviklingen begrenses til å foregå på individnivå og blir værende på individnivå. Den blir ikke anerkjent og i verste fall ikke oppdaget. Dette er en kritisk problemstilling, og er nærmest en forseelse for studiesykepleierfaget. Mange besitter verdifull erfaring og kunnskap uten å kunne dele den med nye studiesykepleiere, uten å kunne få tilbakemeldinger fra fagfeller og uten å kunne gå videre med forskning. Over tid kan man stille seg spørsmål om det fører til stagnasjon, fordi man ikke kommer videre eller får diskutert kunnskapen. Jeg savner arenaer for problematisering og diskusjon rundt dette. Fagutvikling er slik jeg forstår det, en prosess over tid som har til hensikt å øke kvaliteten på arbeidet.

5.3.4 Fagorganisering

Settes situasjonen helt på spissen, uten hensikt til videre sammenligning for øvrig og med fare for å ha oversett viktige faktorer, kan man se paralleller mellom situasjonen for dagens studiesykepleiere og situasjonen til for eksempel jordmødre på 1700-1800 tallet (Brunstad og Aasheim, 2011). Den gang arbeidet jordmødrene alene uten formell skolering, uten faglig fellesskap. Etter hvert kom krav om en enhetlig utdanning og etter lang tid ble avdelinger hvor jordmødre var i flertall, etablert. De har gått fra arbeid og fagutvikling på individnivå til arbeid og fagutvikling på gruppenivå. Dog har jordmødre etter hvert utviklet egen profesjon, noe jeg ikke tror er hensiktsmessig eller ønskelig for studiesykepleierne. Men om man likevel retter blikket litt mot jordmødrene og tar inn over seg alt de har oppnådd, blir det vanskelig å forsvare posisjonen til studiesykepleierne om de ikke ønsker å forenes i en faggruppe. Det har de siste 10-20 årene blitt etablert et trettitalls faggrupper under NSF (<https://www.sykepleierforbundet.no/fag/faggrupper>), hvor langt de fleste gruppene forener sykepleiere uten såkalt spesialistutdanning, men med spesialkompetanse likevel. Blant disse finner man eksempelvis diabetesykepleiere og gastrosykepleiere som begge etter hvert har samlet seg og etablert faglige møteplasser som blant annet fokuserer på medlemmenes fagutvikling. Første steg blir å finne noen som har det som skal til for å starte arbeidet med

fagorganiseringen av studiesykepleiere. En faggruppe vil utvilsomt komme enkeltmedlemmene og gruppen til gode. Studiesykepleiere får en stemme utad. Internt vil de ha et nettverk å rekruttere fra når identitet skal bygges, rammer og strategi skal utarbeides, når kolleger skal utnevnes til grupper og utvalg. Man vet at det fins kolleger som har opparbeidet seg kompetanse på det aktuelle felt. Dette representerer en rik ressurs opparbeidet gjennom mange år, og som vil være svært verdifullt for utdanning av medlemmene.

Følgende kommentar ble gitt av en av respondentene i frifeltet i MS-surveyen:

«Det kunne med fordel vært et fora, hvor en kunne samles med «likesinnede». En blir fort litt alene i jobben».

En annen skrev følgende: *«NSF – viktig – ivareta rettigheter for studiesykepleiere».*

Begge utsagnene viser positivitet til etablering av egen faggruppe.

5.3.5 Medlemsmasse

Som tidligere nevnt, finnes ingen databaser som inkluderer informasjon om studiesykepleiere. Det vil derfor oppstå problemer med å finne aktuelle medlemmer. Fagorganisering er ikke diskutert i eksisterende litteratur, heller ikke hvordan man skal kunne rekruttere på en ryddig måte. Man vil kanskje få tak i en del sykepleiere som definerer seg som studiesykepleiere, uten at de passer til faggruppens kriterier. Kanskje noen arbeider i 10-20 % som studiesykepleier og resten som vanlig sykepleier. Det blir utfordrende å trekke opp grenser og retningslinjer for hvem som skal kunne være medlem. Kan en som deltar i en begrenset del av et prosjekt, være studiesykepleier, eller bare dem med master? Hvem kan sies å inneha en stilling som studiesykepleier, inkluderer det forskningssykepleiere, eller er det noe annet? Fra litteraturen har vi sett at andre yrkesgrupper inngår i rollen som studiekoordinatorer, og det vil kanskje melde seg noen slike. Korttidsansettelser og engasjement er nok en utfordring for gruppen som helhet. Korttidsansatte har kanskje dårligere tilknytning i avdelingen, og trengs ikke til annet enn studiekoordineringen. MS-surveyen viste at en tredel jobbet deltid eller var ansatt på kontrakt. Flere er derfor antakelig for kort tid i arbeidet til å kunne bidra til fagutvikling eller å utvikle ekspertkunnskap på verken individ eller gruppenivå. Dette må kunne betegnes som en stor svakhet. Det fratrar fast ansattes faglige og kollegiale kontinuitet. Det svekker korttidsengasjertes mulighet til kontinuitet i sin fagutvikling og gruppetilhørighet fordi de ikke blir lenge nok i jobben.

En respondent kommenterte følgende i feltet for frikommentar i MS-surveyen:

«Studiesykepleiere som jobber kun i prosjektarbeid (forskningsgruppe) over mange år har ikke mulighet for fast arbeid. Jeg slutter av den grunn».

Kommentaren er et eksempel på arbeidsforhold som faggruppen kunne jobbe med.

Et nytt spørsmål tvinger seg frem etter alle kriterier er satt for hvem som skal kalles studiesykepleiere. Er det mange nok studiesykepleiere til å kunne etablere en faggruppe? I forbindelse med arbeidet for MS-artikkelen, klarte jeg å finne frem til 83 studiesykepleiere ved tre store helseforetak i Norge, ved hjelp av internett, gamle kursdeltakerlister og jungeltelegraf. Min antakelse er at antallet minst kan dobles, fordi mange jobber alene uten nettverk eller kontakt med andre studiesykepleiere og derfor er «godt gjemt». I tillegg finnes ytterligere store helseforetak som ganske sikkert ansetter studiesykepleiere. Mindre helseforetak deltar også i multisenterstudier og ansetter sikkert studiesykepleiere. Jeg mener helt klart at det i dag er flere enn nok til å starte etablering av egen faggruppe.

Medlemsmassen vil uansett ha praktisk og faglig betydning for fag- og foreningsarbeidet. På den ene siden vil en liten gruppe trolig enes lettere enn en stor gruppe. På den andre siden må gruppen i starten finne seg i få medlemmer og et snevrere syn på sine saker, og færre muligheter fordi man har færre og «ta av». Mandat og handlingsplan vil uproblematisk kunne justeres etter hvert som stien trækkes opp og flere medlemmer kommer til, og gi gruppen en dynamisk utvikling. Dette utgjør etter min mening en unik mulighet til pionerarbeid innen fagorganisering og utvikling for studiesykepleiere, til dem som eventuelt klarer å ta initiativ til en slik faggruppe. Rollen til studiesykepleierne er under utvikling, og mye skjer i dag på individnivå. Får man anerkjent rollen i større grad, vil en positiv effekt kunne bli at de beste og mest kompetente blir i jobben dersom de gis mulighet til det, blant annet fordi de blir sett og får utviklingsmuligheter i arbeidet. Skjer ikke dette, kan det bli vanskelig å forsvare studiesykepleiernes plass innen sykepleien. Hovedsakelig ved å sikre seg en felles fagidentitet på gruppenivå, felles tittel, enighet om krav til skoloring, forankring av arbeidsområde og forenede mål for fagutvikling, vil man kunne forsvare studiesykepleiernes plass innenfor sykepleiens arena. Dette er nødvendig for posisjoneringen og validiteten innen sykepleiefaget,

fordi de i motsatt fall bare vil fortsette å bli sett på som legens assistent i forskningsprosjekt. Om så skjer, får vi ikke bevart og forvaltet kunnskapen om og til studiesykepleierne, til fordel for studiesykepleiere og studiedeltakere.

6. Avslutning

Denne oppgaven har reflektert over det jeg mener er viktige utfordringer studiesykepleierne står ovenfor i dag. I det ligger en erkjennelse av at studiesykepleiere tilsynelatende ikke blir anerkjent eller får etablert seg som gruppe innen sykepleien. Mangel på rammeverk og fellesnevnerer lar gruppen forbli uklar for utenforstående. Mangel på formell skolering innen akademisk tenkning og forskningsforståelse, er hindre for gruppens fagutvikling. Som vi har sett er det kanskje disse forholdene som utgjør grunnlaget til å skape en enhetlig fagidentitet, utdanningsplan og faggruppe. Lite er gjort for å bli bedre kjent med studiesykepleierenes og deres fagutøvelse i Norge, deres sentrale rolle innen forskning tatt i betraktning. Av samme grunn er en sykepleiefaglig legitimering av denne oppgaven med tilhørende problemstillinger, av betydning for studiesykepleiernes fremtid.

En viktig kritikk til eksisterende litteratur er at det den kun beskriver det studiesykepleierne gjør, og lite om hva sykepleierne må kunne for å mestre oppgavene. Det ser ut til å være lite engasjement knyttet til nødvendighet for etablering av rammer som løfter studiesykepleierne frem. Det rettes ingen krav til gruppen, men gjennom artiklene mottar de ros for det de gjør. Problematisering av studiesykepleiernes situasjon er så å si fraværende. Det er derfor nødvendig å foreta intervju av studiesykepleiere, og slik skaffe informasjon om hva begrepene identitet, tittel, fagtilhørighet, fagutvikling og faggruppe-organisering betyr for dem og hvordan de ser fremtiden for seg. Min oppgave er i så måte svært begrenset.

Underveis i arbeidet med å skape et rammeverk for og anerkjennelse av studiesykepleierne, er det viktig å huske på hvem og hva som er det endelige hovedmålet. Medisinsk og helsefaglig forskning befinner seg i mange tilfeller i ytterkant av hva man vet er sikkert og akseptabelt å utsette pasientene for. Men tør man ikke gå videre, eller om vilkårene for forskning og sikkerhetsnett rundt studiedeltakerne ikke opprettholdes i form av kompetente studiesykepleiere, vil forskningen stoppe opp og nye behandlingsmetoder utebli. Hovedmålet er altså ivaretagelse av rettigheter, sikkerhet og velbefinnende til studiedeltakerne, altså pasientene selv, gjennom forskningsprosjektene. Et vesentlig bidrag til dette er derfor å bygge opp kompetansen hos nøkkelpersonene i forskningstemaet; studiesykepleierne.

Referanseliste

Bell, J. 2009. Towards clarification of the role of research nurses in New Zealand: A literature review. *Nursing Praxis in New Zealand*, Vol. 25 No.1.

Brunstad, A. og Aasheim, V. (red.). (2011). *Jordmorutdanningen 150 år i Bergen. Historiske linjer og personlige betraktninger*. Bergen: Høgskolen i Bergen.

Cassidy, J. og Macfarlane, D. 1991. The role of the nurse in clinical cancer research. *Cancer Nursing*, 14 (3), 124-131.

Davis, A.M., Hull, S.C., Grady, C., Wilfond, B.S., Henderson, G.E. 2002. The Invisible Hand in Clinical Research: The Study Coordinator's Critical Role in Human subjects Protection. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30,3; Proust Medical Library pg. 4-11.

Faggrupper under Norsk sykepleierforbund

<https://www.sykepleierforbundet.no/fag/faggrupper>
[4.4.2012](#)

Forskrift for klinisk utprøving av legemidler til mennesker

<http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20091030-1321.html>
4.4.2012

Fowler, S.B., Stack, K. 2007. Research and the Clinical Trials Coordinator. *Journal of Neuroscience Nursing*, 120-123.

Grady, C., Edgerly, M. 2009. Science, Technology, and Innovation: Nursing Responsibilities in Clinical Research. *Nursing clinics of North America*, 471-481.

Helseforskningsloven

<http://www.lovdatab.no/all/hl-20080620-044.html>

4.4.2012

Kellen, J.C., Schron, E.B., McBride, R., Hale, C., Campion, J., Handshaw, K., Inkster, M., Ettinger, A. 1994. A Survey of Clinical Trial Coordinators: Factors Influencing Job Satisfaction and Turnover. *Cardiovascular Nursing*; Vol 30, 4, pg. 25-31.

Knight-Bohnhoff, K., Horne-Lucero, L., Kory, L., Fry, R. 1995. The Challenge of Truma Clinical Trials: Facilitation Through Understanding. *Journal of Truma Nursing*, Vol. 2, No 2.

Lov om spesialisthelsetjenesten

<http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html>

4.4.2012

McCabe, M., Lawrence, C.A.C. 2007. The Clinical Research Nurse. *American Journal of Nursing*, 107(9), 13.

Moseng, O.G. (2008). En fortsaaelsesfuld sykepleierske at arbeide sammen med – Legen som regissør av sykepleierens rolle. *Michael Quarterly*, 5, nr.3, s. 206-16.

Mueller, M.R., Mamo, L. 2002. The Nurse Clinical Trial Coordinator: Benefits and Drawbacks of the Role. *Research & Theory of Nursing Practice*, 16(1), 33-42.

Offenhartz, M., McClary, K., Hastings, C. 2008. Nursing and new realities of clinical research. *Nursing Management*, p.34-39.

Raht, L., Hitchcock, A., Oakley, M., Graham, J. 2003. Clinical drug trials and the role of the nurse. *Australian Nursing Journal*, 10.

Rickard, C.M., Roberts, B.L. 2008. A comment on Spilsbury, K., Petherick, E., Cullum, N., Nelson, A., Nixon, J., Mason, S. 2008. The role and potential contribution of clinical research nurses to clinical trials. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 549-57.

Rickard, C.M., Roberts, B.L., Foote, J., McGrail, M.R. 2007. Job satisfaction and importance for intensive care unit research coordinators: results from binational survey. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1640-50.

Rickard, C.M., Roberts, B.L., Foote, J., McGrail, M.R. 2006. Intensive Care Research Coordinators: Who are They and What Do They Do? Results of a Binational Survey. *Dimension of Critical Care Nursing*, 25(5) 234-42.

Ruyter, K. W (red.).(2003). I: *Forskningsetikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Spilsbury, K., Petherick, E., Cullum, N., Nelson, A., Nixon, J., Mason, S. 2008. The role and potential contribution of clinical research nurses to clinical trials. *Journal of Clinical Nursing*; 17(4) 549-57.

