

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at det er behov for å utvikle systematiske strategier for å kunne håndtere etiske utfordringer på en bedre måte i sykehjem og hjemmetjenester.

Mer om forfatter

Georg Bollig er lege og forsker ved Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og Bergen Røde Kors Sykehjem. Reidar Pedersen er lege, filosof og forsker/stipendiat ved

Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Reidun Førde er lege og professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Kontaktperson: bollig.georg@gmx.de



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: Politikere og helsepersonell i Norge ønsker å styrke systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester. Sentrale etiske utfordringer og erfaringer med etikkarbeid fra feltet presenteres.

Hensikt: Å undersøke etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester.

Metode: Det ble foretatt en systematisk litteraturgjennomgang av empirisk forskning om etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester. På grunnlag av litteraturgjennomgan-

gen ble det utviklet et spørreskjema. Skjemaet ble benyttet i en pilotstudie der 19 ledere og helsepersonell tilknyttet sykehjem og hjemmetjenester ble telefonintervjuet om etiske utfordringer og etikkarbeid.

Resultater: Litteraturgjennomgangen viste at det finnes mange og komplekse etiske utfordringer i sykehjem og hjemmetjenester. Etiske dilemmaer som følge av ressursmangel og etiske utfordringer ved livets slutt ble oftest beskrevet av informantene. De etiske utfordringene beskrevet i pilotstudien samsvarer med det som er beskrevet fra andre land. For

å styrke etikkarbeidet ønsket informantene kompetanseheving i etikk for alle medarbeidere, møteplasser for å diskutere etiske utfordringer, kompetent veiledning og forskning om etikk. Systematisk etikkarbeid synes relativt lite utviklet i sykehjem og hjemmetjenester i Norge.

Konklusjon: Systematisk etikkarbeid bør styrkes i sykehjem og hjemmetjenester. Dette kan bedre håndteringen av vanskelige etiske utfordringer og høyne kvaliteten på helsetjenestene. Det er viktig få med ufaglærte, leger og brukerne i dette arbeidet, og å evaluere de tiltak som igangsettes.

» Etikk i sykehjem og hjemmetjenester

Forfattere: Georg Bollig,
Reidar Pedersen og Reidun Førde

NØKKELORD

- Etikk
- Eldre
- Kommunehelsetjeneste
- Kvalitet
- Litteraturstudie
- Spørreundersøkelse
- Sykehjem

Stortinget har besluttet at eldreomsorgen skal styrkes, og det nasjonale prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» er en del av denne styrkingen (1,2).

I norske sykehus er systematisk etikkarbeid startet opp ved hjelp av kliniske etikkomiteer som bidrar til undervisning, retningslinjearbeid og gir veiledning og råd i konkrete saker (3). Arbeidet koordineres av Seksjon for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo.

Helsepersonell og kommunepolitikere har oppfordret til at systematisk etikkarbeid også burde inkludere sykehjem og hjemmetjenester. Med systematisk etikkarbeid menes ulike tiltak i helsetjenesten for å øke etikkkompetanse og evnen til å håndtere etiske utfordringer på en systematisk måte, for eksempel kompetanseheving, retningslinjearbeid, eller etablering av etikkomiteer eller refleksjonsgrupper.

De etiske utfordringene i sykehjem og hjemmetjenester er trolig ikke mindre enn i sykehusene, og ofte står helsepersonell alene med etiske utfordringer knyttet til svake og hjelpeløse pasienter og med for lite ressurser til å dekke behovene for helsehjelp (4). En undersøkelse av 16 norske sykehjem med 1141 pasienter som ble utført 1996/1997 viste at 82 prosent av pasientene i sykehjem er mentalt svekket og 91 prosent har stort pleiebehov (5). En kartlegging fra Bergen Røde Kors Sykehjem utført av SINTEF i 2003 fant at pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 86 år, hadde gjennomsnittlig sju ulike sykdomsdiagnoser, og 63 prosent av pasientene hadde demens som diagnose (6). Mange pasienter i sykehjem har således redusert samtykkekompetanse og kort forventet levetid. I tillegg er bruk av tvang relativt hyppig i norske sykehjem, ofte uten adekvat dokumentasjon (7).

Sannsynligvis vil de som arbeider i kommunehelsetjenesten ha noe ulike behov for etikkstøtte og etikkopplæring sammenlignet med dem som arbeider i sykehus. Det er også sannsynlig at behovene vil variere noe avhengig av hvor i kommunehelsetjenesten de arbeider. Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke etiske utfordringer som dominerer i sykehjem og hjemmetjenester, om det er etablert systematisk etikkarbeid for å håndtere disse

utfordringene og hvilke tiltak som ønskes for å styrke det systematiske etikkarbeidet. En systematisk litteraturgjennomgang og en pilotstudie fra Norge ble gjennomført og presenteres i denne artikkelen.

MATERIALE OG METODE

Litteraturgjennomgang

Et systematisk litteratursøk i databasene MEDLINE og CINAHL ble gjort 16. oktober 2007 og 27. mai 2008. Søkene benyttet relevante søke- eller emneord (subject headings) i hver av databasene. Fokus var empirisk forskning som kartla etiske utfordringer i sykehjem eller hjemmetjenester, og empirisk forskning om systematiske måter å håndtere slike utfordringer på. Vi søkte ikke etter studier som omhandlet forskningsetiske utfordringer.

Relevante emneord ble inndelt i tre grupper som refererte til 1) etikk, 2) sykehjem eller hjemmetjenester, eller 3) empirisk forskning. Alle søkeordene innenfor hver gruppe ble kombinert med [OR]. For å avgrense søket til publikasjoner som presenterte empirisk forskning fra sykehjem eller hjemmetjenester med hovedfokus på etikk, ble de tre gruppene kombinert med «AND». For en fullstendig oversikt over søkeord og kombinasjoner viser vi til tabell 1 som er publisert i artikkelens nettversjon (www.sykepleien.no). I tillegg ble det

gjort mer usystematiske søk og gjennomgang av referanselister.

Seleksjon og eksklusjon ble foretatt av GB og RP på grunnlag av en første gjennomgang av sammendrag. Relevante artikler, samt artikler med mulig relevans ble gjennomgått i fulltekst. Publikasjoner ble ekskludert dersom de ikke presenterte empirisk forskning som kartla ulike typer etiske utfordringer eller som utforsket systematisk etikkarbeid i sykehjem eller hjemmetjenester. For eksempel publikasjoner som kun presenterte teoretiske

alisthelsetjenesten og forfatterens egen erfaring, utviklet vi et enkelt spørreskjema (kopi kan fås hos forfattere). Vi valgte å utarbeide et eget spørreskjema fordi vi ikke fant noen validerte spørreskjema som vi vurderte å være egnet til bruk for vår målgruppe i sykehjem og hjemmetjenester.

Skjemaet inneholdt åpne og lukkede spørsmål om hva slags etiske utfordringer som dominerer, i hvilken grad slike utfordringer opplevs som belastende, hvordan slike utfordringer håndteres i dag og hvordan en eventuelt kan jobbe mer systematisk

med å starte opp systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester. Bakgrunnen for dette var at vi ønsket personer som vi kunne anta hadde tenkt gjennom hva som var sentrale etiske utfordringer og hvilke tiltak som kunne egne seg for å møte disse utfordringene på en systematisk måte. Invitasjon til deltakelse og informasjon om prosjektet foregikk via e-post og/eller telefon.

Totalt 15 kvinner og fire menn ble intervjuet. Alle informantene var over 40 år, de fleste mellom 50 og 59 år. Tolv av de 19 informantene arbeidet med administrasjon eller fagutvikling. De resterende syv arbeidet pasientnært i sykehjem eller hjemmetjenester. Ti var ansatt i sykehjem, én i hjemmesykepleien, og de øvrige åtte jobbet med eldreomsorg på kommunalt nivå eller på høyskole. Informantene hadde ulike profesjonsbakgrunner: Ti var sykepleiere og fire var leger. De resterende hadde andre helsefag, økonomi, teologi, jus eller filosofi som hovedutdanning.

Intervjuene tok i gjennomsnitt 30 minutter og ble gjennomført av førsteforfatter. Det ble tatt notater underveis og etter intervjuene. Sammenfatning av svar på de åpne spørsmålene og interpretasjon ble presentert for hver informant, muntlig rett etter intervju, som da kunne bekrefte eller avkreffe disse (8,9). Alle svarene på de åpne spørsmålene ble analysert ut fra sentrale begreper og tema i informantenes svar. Og ved hjelp av kategorier som ofte brukes i litteraturen for å beskrive etiske utfordringer og måter å håndtere slike utfordringer på. Den kvalitative analysen var basert på elementer fra «qualitative description» og «qualitative content analysis» (10).

” Det kan synes som om etiske utfordringer knyttet til tvang og unnlattelse av livsforlengende behandling er noe mer fremtredende i sykehjem.

betraktninger eller empirisk forskning på en avgrenset type etiske utfordringer (for eksempel kun om pasientens selvbestemmelse), eller som kun beskrev hvordan etiske utfordringer håndteres i hverdagen uten bruk av mer systematiske tilnærminger. Vi identifiserte ingen relevante systematiske oversiktsartikler, og ekskluderte «usystematiske» oversiktsartikler.

Siden det viste seg å være gjort relativt få publikasjoner som oppfylte våre inklusjonskriterier (se resultatdel), valgte vi å la være å bruke studiedesign og metodisk kvalitet som seleksjonskriterier (bortsett fra at vi ekskluderte publikasjoner som presenterte egne erfaringer uten å angi hvordan erfaringene ble valgt ut eller analysert).

Pilotstudie

Basert på litteraturgjennomgangen, lignende forskning fra spesi-

med etikk. I de åpne spørsmålene ba vi deltakerne beskrive etiske utfordringer eller problemer som de opplever, og hvordan slike etiske utfordringer blir håndtert i hverdagen. De lukkede spørsmålene (med svaralternativene «ja», «nei» eller «usikker») omhandlet forskjellige tiltak for å styrke systematisk etikkarbeid (for eksempel om deltakerne synes det er behov for å gjennomføre kompetanseheving i etikk for helsepersonell på deres arbeidsplass).

Spørreskjemaet ble brukt i telefonintervju som ble gjennomført i tidsrommet oktober 2007–april 2008. Vi ønsket å få med informanter på ulike nivå i eldreomsorgen, fra administrativt ledernivå og til hjelpepleiere og fra forskjellige landsdeler. Det ble foretatt et strategisk utvalg av intervjupersoner blant ledere og helsepersonell som vi visste hadde en viss interesse for etiske spørsmål, eller som var i ferd

TABELL 2: Empiriske undersøkelser om etiske utfordringer og systematisk etikk-arbeid i sykehjem¹ og hjemmetjenester.

Publikasjon	Studiens hovedfokus	Metode; informanter; geografisk kontekst	Etiske utfordringer	Systematisk etikkarbeid
Brown et al., 1988 ¹⁴	Etikk-komiteer i sykehjem	Spørreskjema; ledere i sykehjem og ledere av etikk-komiteer (464 av 487 svarte); Minnesota, USA		10 % hadde etikk-komit�; sammensetning, funksjon og rutiner beskrives
Glasser et al., 1988 ¹⁵	Etikk-komiteer i sykehjem, etiske utfordringer de jobber med og andre tilnærminger til systematisk håndtering av etiske utfordringer	Spørreskjema; ledere i sykehjem (nasjonalt utvalg, 1278 av 4504 svarte); USA	Hjerte-lunge-redning minus; pasienten nekter behandling; oppstart og avslutning av behandling; samtykkekompetanse; profesjonsetiske retningslinjer; informert samtykke; bruk av sonde; nivå og kvalitet på helsehjelp; tvang.	8 % hadde etikk-komit�; sammensetning, funksjon og holdninger til etikk-komit� beskrives. Andre systematiske tilnærminger: Retningslinjer (61 %); jurist (30 %); veiledning fra fagetiker (9 %).
Longo et al., 1988 ¹⁶	Forekomst av hjerte-lunge-redning minus retningslinjer i sykehjem (long-term care institutions), innhold, implementeringsprosess, og sammenheng med andre variabler.	Spørreskjema; ledelsen ved et randomisert utvalg av sykehjem i USA (229 av 585 svarte); USA		20,1 % av sykehjemmene hadde en formell retningslinje. Blant disse sykehjemmene hadde flere retningslinjer også for behandlingsunntak generelt. Utanning og informasjon til helsepersonell viktigst for implementeringsprosessen. 9,3 % hadde etikk-komit� og blant disse sykehjemmene hadde flere retningslinjer
Aroskar, 1989 ¹²	De mest sentrale etiske utfordringene for sykepleiere i kommunehelsetjenesten og hvordan utfordringene håndteres	Spørreskjema; sykepleiere i kliniske stillinger i kommunehelsetjenesten (319 av 1000 svarte); Minnesota, USA	Selvbestemmelse; behandlingsunntak; hvite løgner, uønsket informasjon og varsling; ressurser og prioriteringer; tverrfaglig samarbeid; faglig svikt; samarbeid med pårørende	Ingen rapporterte om systematisk etikk-arbeid. Over halvparten rapporterte om mangel på støtte fra ledelsen for å skape og utvikle et godt arbeidsmiljø og kvalitet i tjenesten
Robillard et al., 1989 ¹⁷	Hyppighet av etiske utfordringer for ulike typer helsepersonell i primærhelsetjenesten ansatt i rurale og urbane strøk	Spørreskjema; leger (allmennleger, pediatere og indremedisinere i primærhelsetjenesten) sykepleiere, fysioterapeuter og lege-medhjelpere, stratifisert randomisert utvalg (702 av 2306 svarte); Kentucky, USA	Fire vanligste hovedtema: Pasientens selvbestemmelse, kvalitet på helsehjelp og faglig kompetanse, ressursfordeling. (Hyppig rapporterte eksempler: Hvor mye tid til hver pasient; mangel på finansiering; overbehandling for å beskytte seg mot loven). Utfordringer knyttet til unntakelse av livsforlengende behandling ble rapportert oftere av legene. Yngre leger rapporterte om flere utfordringer enn eldre.	
Somers, 1989 ¹⁸	ønsket funksjon og sammensetning av etikk-komiteer i sykehjem	Spørreskjema; ledere i sykehjem og medlemmer av en etikk-komit� og en etikk-kommisjon for staten New Jersey (82 av 217 svarte); New Jersey, USA		Fler tallet ønsket etikk-komit� for sykehjem. �nsker for funksjon: - etablere retningslinjer - gi råd i konkrete saker - utanning av ansatte - fortolke helselovgivning ønsker for sammensetning: - lege - sykepleier - sosialarbeider - jurist - prest - pårørende - fagetiker
Thompson og Thompson, 1990 ¹⁹	Etikk-komiteer i sykehjem: sammensetning, funksjon, resultater, og evaluering	Intervju; medlemmer fra syv etikk-komiteer i syv sykehjem (non-profit) (til sammen 15 informanter); USA		Sammensetning: 8-12 medlemmer; tverrfaglig; ingen p�r�rendemedlemmer. Funksjon: Intern kompetanseutvikling, retningslinjer (for eksempel forhåndsønsker, hjerte-lunge-redning minus, samtykkekompetanse); undervisning for ansatte; ingen hadde drøftet konkrete henvendelser/saker til nå. Resultat: Flere perspektiver, økt aksept for å diskutere etiske utfordringer; økt kompetanse. Systematisk evaluering: Ikke utført.
Forchuk, 1991 ²⁰	Etiske utfordringer i psykisk helsevern (hjemme og i institusjon) og ellers i kommunehelsetjenesten	Kvalitativ (Informantene ble bedt om å beskrive en nylig etisk utfordring); psykiatriske sykepleiere i psykiatrisk sykehus og psykisk helsevern i kommunen, samt andre sykepleiere i kommunehelsetjenesten (n=57); Canada.	Mest sentrale tema: 1. Velgjørenhet, 2. Konfidensialitet, 3. Pasientautonomi, 4. Unngå usannheter Lite forskjeller mellom de ulike kontekstene. Personalkonflikter var mer fremtredende i de etiske utfordringene i sykehus.	

¹ 'sykehjem' er valgt som norsk oversettelse av 'extended care facilities' og 'long term care facilities' selv om disse også kan inkludere døgnbemannede eldreboliger med service/helsepersonell.

Publikasjon	Studiens hovedfokus	Metode; informanter; geografisk kontekst	Etiske utfordringer	Systematisk etikkarbeid
Haddad, 1992 ²¹	Etiske utfordringer i hjemmebasert omsorg	Spørreskjema (pilotstudie); 10 tilfeldig utvalgte byråer fikk fem spørreskjema hver og ble bedt om å distribuere disse på en representativ måte til ansatte (30 av 50 svarte); USA	Manglende finansiering og refusjonsordninger; mangelfull kompetanse hos medarbeidere; mishandling av eldre; redusert samtykkekompetanse; å gå fra klienten; informasjon; rasisme.	
Harrison and Roth, 1992 ²²	Etiske utfordringer for ledere i sykehjem	Spørreskjema; ledere i sykehjem (Directors of nursing) (n=50); California, USA	Fem hovedtema (og 36 underkategorier): Prioriteringer og ressurser (inkludert rekruttering av personell og mangel på kompetanse); retningslinjer og rutiner; gi riktig behandlings-/omsorgstilbud (inkludert over/underbehandling og mangel på tilbud); pasientautonomi og samtykkekompetanse; samarbeid mellom ansatte og med pasienter/pårørende	
Crawford, 1994 ²³	Systematisk etikkarbeid, etikk-komiteer, etiske diskusjoner i hverdagen i sykehjem	Spørreskjema; medlemmer av American College of Health Care Administrators (ACHCA) - ledere i sykehjem (166 av 1000 svarte); USA		77,2 % hadde retningslinjer for etisk utfordrende tema (for eksempel hjerte-lunge-redning minus); 54,5 % hadde etikk-komite (4-20 medlemmer; tverrfaglige); 48 % gjennomførte etikkdrøftinger utenfor komité; 30 % samarbeidet med fagetiker; 3,3 % hadde «ethics rounds»; 17,1 % hadde andre tiltak (ofte internundervisning)
Roth and Harrison, 1994 ²⁴	Hvordan fremmer eller hemmer relevant lovgivning (Omnibus Budget Reconciliation Act) håndteringen av etiske utfordringer i sykehjem?	Fokusgrupper; ledere i sykehjem (Directors of nursing) (n=18); California, USA		Lovregulering; Vektlegger pasient autonomi og pasientrettigheter, standardisering (kan fremme etikken); men jusen kan og virke hemmende; økende byråkrati, skjemavelde, kontroll, sanksjoner og mistillit, i stedet for fokus på pasientens behov, veiledning og kompetanseutvikling; høyere kvalitetskrav uten økte ressurser; underminering av profesjonell autonomi; vanskeligere å rekruttere og holde på kompetent personell. Lovregulering og juss er utilstrekkelig for å håndtere etiske utfordringer.
Gold et al., 1995 ²⁵	Sykepleiernes etiske utfordringer og hvordan de definerer etisk utfordring	Intervju; 12 sykepleiere med pasientansvar i sykehus, sykehjem og hjemmetjenester (alle private «not-for-profit»); urbane og bynære strøk, USA	Fire hovedtema: 1. Holde tilbake eller å gi informasjon, 2. Ulikheter i omsorg og tilgang til helsehjelp, 3. Ulikheter i næringslivets verdier og profesjonsverdier, 4. Å bryte regler og å rapportere regelbrudd. Sykepleierne beskrev i liten grad sine utfordringer som «etiske». Sykepleiernes beskrivelser av en etisk utfordring (når spurt): vanskelig og viktig beslutning, uenighet, ikke noe riktig svar, gråsoner, ulike perspektiv	
Wagner and Ronen, 1996 ²⁶	Forekomsten av etiske utfordringer og opphav til slike utfordringer	Spørreskjema; sykepleiere i kommunehelsetjeneste og sykehus som hadde deltatt på et videreutdanningskurs (745 av 833 svarte); Israel	Hyppigste utfordringer: 1. Ubehagelig pasient, 2. Konflikt mellom pasientens og pårørendes behov, 3. Mangel på personell, 4. Melde fra om manglende kompetanse hos helsepersonell, 5. Uheldig oppførsel blant helsepersonell, 6. Vold mot helsepersonell, 7. Holde tilbake informasjon etter ønske fra pårørende, 8. Gi behandling med tvilsom verdi, 9. Presse pasient som avviser behandling. Legene og pårørende var viktigste kilde til etiske utfordringer. Etiske utfordringer ble rapportert noe hyppigere blant sykepleierne i sykehus, ellers mye likt.	9,4 % av sykepleiere i kommunehelsetjeneste hadde tilgang på etikkveiledning og 4,3 % hadde tilgang på etikk-komite. Mer uformelle etikkdiskusjoner var mer utbredt.
Schick og Moore, 1998 ²⁷	Identifisere suksesskriterier for etikk-komiteer	Fokusgrupper og individuelle intervju; 24 deltakere i to fokusgrupper og 5 individuelle intervju, rekruttert fra etikk-komiteer i ulike helseinstitusjoner (sykehus og kommunehelsetjeneste); deler av Ohio, Kentucky og Indiana		Suksesskriterier: - Støtte fra ledelsen (budsjett, dedikert tid, vikarordning, verdsettelse, samarbeid, uavhengighet), - Komitésammensetning (tverrfaglig, engasjement, kommunikasjonsevner), - Ledelse av komiteen (vurdert som det viktigste suksesskriteriet), - Komiteens mandat, intern kompetanseheving, synlighet, tilgjengelighet, arbeidsoppgaver («reelle» saker og tema) saksbehandling, og evaluering, - Støtte/samarbeid med legene (nødvendig for å løse mange av sakene)

Publikasjon	Studiens hovedfokus	Metode; informanter; geografisk kontekst	Etiske utfordringer	Systematisk etikkarbeid
Egan og Kadushin, 1999 ²⁸	Etiske utfordringer i hjemmetjenester (hyppighet)	Spørreskjema; sosialarbeidere i hjemmetjeneste (116 av 216); Wisconsin og Tennessee, USA	Hyppigste etiske utfordringer (hyppigste først): Pasientens selvbestemmelse, forhåndsønsker, vurdering av samtykkekompetanse, tilgang på tjenester, udekkede behov, informasjon, konfidensialitet. Ansatte i private («for-profit») byråer opplevde etiske utfordringer oftere, og særlig tilgang til tjenester.	
Osborne et al., 2000 ¹¹	Etikk-komiteer i sykehjem	Spørreskjema; ledere og leger i sykehjem, randomisert utvalg (394 av 851 svarte); USA		34 % hadde etikk-komitè; sammensetning og funksjon beskrives
Kadushin og Egan, 2001 ²⁹	Etiske utfordringer i hjemmetjenester (hyppighet og vanskelighetsgrad) og mulige sammenhenger med utvalgte variabler	Spørreskjema; sosialarbeidere i hjemmetjenesten – alle medlemmene av American Network of Home Health Care Social Workers (364 av 673 svarte); USA	Hyppigste og vanskeligste etiske utfordringer: Vurdere pasientens samtykkekompetanse, pasientens tilgang på tjenester, pasientens selvbestemmelse. Variabler som korrelerte med økt vanskelighetsgrad eller hyppighet på etiske utfordringer: Private tjenester; "high tech" pasienter, mange berørte parter. I tillegg førte mangel på refusjonsordning og nasjonal regulering ofte til kompromittering av profesjonsetikken	65 % av hjemmetjenestebyråene hadde etikk-komitè
Galagher et al., 2002 ³⁰	Etiske utfordringer i koordinering av pleie- og omsorgstjenester	Fokusgrupper og kort spørreskjema om informantens alder, utdannelse etc.; «Case-managers» (koordinerer og bestiller kommunale helsetjenester), n=89 (fra til sammen 10 tjenestesteder); ulike regioner i Canada (British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Ontario, og Prince Edward Islands)	Fire hovedtema: 1. Rettferdighet (tilgang på tjenester, refusjonsordninger m.m.), 2. Velgjørenhet (sikkerhet, trygghet, forebygging fall m.m.), 3. Ikke-skade (unngå å krenke klient, unngå skade på personell m.m.), 4. Autonomi (redusert samtykkekompetanse m.m.) Mange etiske utfordringer sprang ut fra spenningen mellom klientens behov og fagetiske standarder versus organisatoriske og økonomiske føringer.	
Slettebø og Hestetun, 2003 ³¹	Etiske utfordrende situasjoner	Fokusgrupper; helsepersonell i et undervisningssykehjem (fire fokusgrupper med 4-5 i hver); Norge	Tre hovedkategorier: 1. Holdninger (taushetsplikt/omtale, respekt, profesjonell og personlig makt), 2. Ressursforhold (prioritering ved knapphetsgoder, strukturell makt, rutiner og fleksibilitet), 3. Samarbeid (kommunikasjon, pårørende – ressurs og utfordring, avdelingsmiljø og lojalitetskonflikter)	Sykehjemmet hadde utviklet et verdigrunnlag med fire hovedverdier (1. Trygghet og forutsigbarhet, 2. Verdsatt som enkeltmenneske, 3. Inkluderende felleskap, 4. Medbestemmelse og medansvar) og tilhørende spesifiseringer.
Hogstel et al., 2004 ³²	Etikk-komiteer sykehjem og etiske utfordringer i sykehjemmet	Spørreskjema; ledere i sykehjem (17 av 59 svarte); en storbykommune sørvest i USA	Oppstart og avslutning av kunstig ernæring og væske; helsehjelp til pasienter med kognitiv svikt; familiekonflikter; tvang; forhåndsønsker; kunstig ventilering	29 % hadde etikk-komitè; sammensetning, møtehyppighet, refleksjonsmal og barrierer beskrives
Weston et al., 2005 ³³	Regionale etikk-komiteer for sykehjem og et nettverk for disse i staten New Jersey; etiske utfordringer	Spørreskjema og intervju; ledere i sykehjem (93 av 225 svarte), ledere av regionale etikk-komiteer (12 av 15 svarte), eldreombud; New Jersey, USA	Vurdere samtykkekompetanse; hjertelungeredning; beslutninger om å ikke legge inn i sykehus; sondeernæring; forhåndsønsker; vurdere pasientens preferanser; identifisere stedfortreder; behandlingssunnetatelse.	De regionale etikk-komiteene betjente mange sykehjem og eldreboliger. I tillegg var det lokale etikk-komiteer. Sammensetning, funksjon og bruk av komiteene beskrives. Nettverket har vært en viktig ressurs, for eksempel for kompetanseheving og standardisering av arbeidsmåter.
Stabell og Nåden, 2006 ¹³	Hva slags etiske utfordringer møter sykepleiere i en rehabiliteringsavdeling på sykehjem?	Fokusgrupper; sykepleiere på en rehabiliteringsavdeling på sykehjem (fire fokusgrupper med 5-6 i hver); Norge	Sentrale tema: - Pasientens livskvalitet og mestring, - Verdighet, - Å få lov til å være syk og hjelpetrenende, - Pårørendes rolle, forrenters og samfunnets ansvar, - Ressursbegrensninger og prioritertinger	
Lemienge et al., 2008 ³⁴	Retningslinjer for etiske utfordringer ved livets slutt; hovedfokus på retningslinjer for eutanasi i sykehjem	Spørreskjema; ledere for sykehjem (612 av 737 svarte); Flandern, Belgia		Forekomst av retningslinjer: begrensetning av livsforlengende behandling 26 %, lindrende sedering 16%, eutanasi 15 %, palliasjon hvor fremskyndelse av døden er mulig bivirkning (14 %). 15 % av sykehjemmene hadde etikk-komitè – ved disse sykehjemmene var retningslinjer mer hyppig

RESULTATER

Oppsummering systematisk litteraturgjennomgang

Litteratursøket resulterte i 332 artikler (214 fra MEDLINE og 118 fra CINAHL). Av disse presenterte 21 publikasjoner empirisk forskning som kartla etiske utfordringer, eller som presenterte empirisk forskning om systematisk etikkarbeid i sykehjem eller hjemmetjenester (se tabell 2). Ytterligere tre artikler ble identifisert gjennom mer systematiske søk og gjennomgang av referanselister (11,12,13).

Generelt om studiene

Ti av de 24 identifiserte studiene (11-34) kartla etiske utfordringer i sykehjem og/eller hjemmetjenester, ti utforsket systematisk etikkarbeid, mens de resterende fire utforsket både etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid (se tabell 2). 16 av 24 studier har hovedfokus på sykehjem, tre har hovedfokus på hjemmetjenester, mens de resterende inkluderer flere deler av kommunehelsetjenesten og i noen tilfeller også spesialisthelsetjenesten. Kun én av studiene fokuserer på etiske utfordringer i kommunalt psykisk helsevern. Blant informantene er det oftest brukt ledere (gjernye sykepleiere) eller sykepleiere i kliniske stillinger. Hjelpepleiere, leger og annet helsepersonell er relativt sjelden inkludert som informanter. 18 av de 24 identifiserte publikasjonene presenterer empirisk forskning fra USA, de resterende publikasjonene er fra Canada (to), Norge (to), Belgia og Israel.

I de fleste studiene er det brukt spørreskjema, men spørreskjemaene er i liten grad validert og svarprosenten er ofte lav. I tillegg er det ofte gjort lite for å sikre at utvalget av informanter er representativt.

Hva er de mest sentrale etiske

utfordringene?

Studiene indikerer at etiske utfordringer er alminnelig og viktig i sykehjem og hjemmetjenester. En oppsummering av hyppige etiske utfordringer er gitt i tabell 3. Studiene viser imidlertid at det er mange ulike måter å kategorisere og beskrive etiske utfordringer på – noe som gjør det vanskeligere å sammenligne de ulike studiene – og at kategoriene som brukes er delvis overlappende.

Relativt mange av de etiske utfordringene er knyttet til spenningen mellom klientens behov og fagetiske standarder på den ene siden og økonomiske og organisatoriske føringer på den andre siden. Her er det nære sammenhenger og gjensidig påvirkning som fordrer en balanse mellom ulike normsystemer (13). Når skal for eksempel pasientens behov eller ønsker settes til side på grunn av andre hensyn, og hvor går grensen for hva som er akseptabel kvalitet ut fra fagetiske hensyn? Hvorfor legges sykehjempasienter noen ganger inn i sykehus til tross for at kompetent behandling lokalt ville være bedre for pasienten og samfunnsøkonomisk rimeligere?

Mange av studiene beskriver etiske utfordringer knyttet til vurdering av samtykkekompetanse, samarbeid med pårørende og etikk ved livets slutt. Studiene gir ikke grunnlag for å si noe sikkert om forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleie, men det kan synes som om etiske utfordringer knyttet til tvang og unnlattelse av livsforlengende behandling er noe mer fremtredende i sykehjem.

Systematisk etikkarbeid

Studiene understreker at det er behov for å utvikle systematiske strategier for å kunne håndtere

etiske utfordringer på en bedre måte i sykehjem og hjemmetjenester. I langt de fleste sykehjem og hjemmetjenester synes det ikke å være etablert noe systematisk etikkarbeid til tross for mange og kompliserte etiske utfordringer.

Strategier for systematisk etikkarbeid som har en viss utbredelse, spesielt i USA, er etikkomiteer og andre arenaer for etikkdrøftinger (for eksempel «ethics rounds»), internundervisning i etikk, veiledning fra fagetiker eller ansatt med etikkkompetanse, og retningslinjer for etiske vanskelige områder (for eksempel om behandlingsunntakelse, lindrende sedering eller beslutninger om innleggelse i sykehus).

Etikkomiteer er etablert ved cirka en tredjedel av sykehjemmene i USA, og antallet synes økende. Det synes å være mindre sannsynlighet for at etikkomiteer blir etablert dersom andelen ufaglærte er stor (11,14). Etikkomiteene er tverrfaglig sammensatt, og arbeidet i etikkomiteene synes å bidra til mer systematisk

TABELL 3: De mest sentrale etiske utfordringene

- For lite ressurser, udekkede behov og prioritering
- Kvalitet, kompetanse, oppførsel og bemanning
- Varsling
- Informasjon og kommunikasjon
- Selvbestemmelse, samtykkekompetanse og bruk av tvang
- Samarbeid med pårørende
- Unnlattelse av livsforlengende behandling (inkludert ernæringssonde)
- Mishandling og vanstell av pasientene
- Vold mot helsepersonell
- Ulike kulturer og rasisme
- Tverrfaglig samarbeid og samhandling

og økt aktivitet på flere områder, for eksempel gjennom internundervisning, drøftinger og veiledning på avdelingene, utvikling og implementering av retningslinjer og implementering av refleksjonsverktøy som de ansatte kan bruke på egen hånd.

I New Jersey i USA har et nettverkssamarbeid blant annet bidratt til kompetanseheving og standardisering av arbeidsmåter for etikkomiteer i sykehjem (33). Andre viktige forutsetninger som nevnes for å lykkes med etikkomiteearbeid er støtte fra ledelsen og legene, riktig komité sammensetning, god komitéledelse, tydelig mandat, intern kompetanseheving, synlighet, gode arbeidsrutiner og evaluering (27). Pasient eller pårørende, fagetikere og lekmannsrepresentant synes å være relativt sjeldent representert i etikkomiteer (11,15), og svært få av komiteene har eget budsjett (14).

Systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester er imidlertid i liten grad evaluert systematisk. Ledere i sykehjem rapporterer imidlertid at syste-

matisk etikkarbeid har bidratt til økt bevissthet om etiske utfordringer blant de ansatte, familiene og beboerne, forbedret kommunikasjon og tillit, og forebygget kriser (23). Noen resultater av etikkomiteearbeid som komitémedlemmer har fremhevet er økt aksept for å diskutere etiske utfordringer, flere perspektiver og økt kompetanse (19).

Viktige hindringer for systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester, er mangel på lærerkrefter med relevant kompetanse og relevante opplæringsprogram (23), negativ holdning til arbeid i sykehjem blant helsepersonell, og en form for kollektiv forsømmelse gjennom mangel på oppmerksomhet, finansiering og prestisje (24). Det er også rapportert om mangel på støtte fra ledelsen for å skape og utvikle et godt arbeidsmiljø og kvalitet i kommunehelsetjenesten (12).

Pilotstudien

Alle informantene som ble spurt takket ja til å delta og alle oppga at de opplevde etiske utfordrin-

ger i kommunehelsetjenesten. 12 av 19 opplevde etiske utfordringer som en stor eller svært stor belastning i hverdagen. Få hadde erfaring med systematisk etikkarbeid. Noen kommuner hadde akkurat startet opp med etikkomiteé. En informant oppga at deres arbeidsplass hadde utarbeidet etiske retningslinjer for arbeid med døende pasienter, og en kommune hadde egne etiske retningslinjer på noen områder. Flere informanter påpekte viktigheten av å koble etikkarbeid til kvalitetsarbeid generelt, og i en kommune hadde kvalitetsenheten de siste to årene tilbudt etikkurs til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. I denne kommunen hadde dette vært svært godt mottatt av ansatte på alle nivå.

Den måten ansatte i kommunehelsetjenesten løste sine etiske utfordringer på, var ifølge informantene hovedsakelig gjennom uformelle diskusjoner med kolleger. Veilednings- og refleksjonsgrupper brukes på en del arbeidsplasser og ble nevnt av seks informanter.

TABELL 4: Type etiske utfordringer og eksempler.

Type etisk utfordring	Beskrevet av antall informanter (n=19)	Eksempler
Ressursmangel / prioriteringsproblem	15	Tidsmangel for å gi adekvat pleie og omsorg; tid til å reflektere og diskutere faglige og etiske spørsmål; demente som egentlig burde bo på sykehjem; moralsk stress pga. konflikter mellom økonomi og kvalitet.
Etiske utfordringer ved livets slutt	9	Behandlingsnivå hos multimorbide pas; avslutning av livsforlengende behandling, og konflikter mellom personalet og pårørende.
Kommunikasjon og taushetsplikt	7	Taushetsplikt, kommunikasjon med pasienter og pårørende.
Pasientautonomi / samtykkekompetanse	7	Ivareta pasientautonomi hos demente; vurdering av samtykkekompetanse.
Manglende faglig kompetanse	7	Manglende kompetanse mht. både fag og etikk pga. mange ufaglærte medarbeidere.
Tvang mot pasienter	4	Hyppig bruk av tvang, ofte ureflektert, for eksempel i stell, mating, medisinering, låste dører, etc.
Annet	6	Kollisjon mellom livssyn, kulturer og verdier, forskningsetikk, rusomsorg.

Hvilke etiske utfordringer dominerer i sykehjem og kommunehelsetjenesten?

Ulike typer av etiske utfordringer med eksempler er presentert i tabell 4. Etiske utfordringer knyttet til ressursmangel, livets slutt, kommunikasjon og informert samtykke ble beskrevet oftest.

Hvordan jobbe systematisk med etikk på arbeidsplassen?

Alle 19 informanter mente at det er behov for å jobbe mer systematisk med etiske utfordringer og å øke etikkkompetansen. På spørsmål om hvilke tiltak som ønskes, svarte alle at de ønsket noen å henvende seg til for å få veiledning og råd. 18 av 19 ønsket en ansatt med etikkkompetanse for å kunne søke råd og veiledning, og like mange ønsket en etikkkomité for arbeidsplassen (se tabell 5). Færre ønsket å kunne henvende seg til en jurist. Alle understreket at det var behov for å sette av tid og ressurser til systematisk etikkarbeid både på arbeidsplassen og til interkommunale/nasjonale møteplasser.

Blant dem som ønsket etablering av etikkkomité var det ingen bestemte meninger om på hvilke nivå slike komiteer bør etableres, for eksempel for institusjon/arbeidsplassen, deler av kommunehelsetjenesten, hele kommunehelsetjenesten eller interkommunalt. Noen mente at dette skulle tilpasses til lokale geografiske og andre forhold.

Mindre enn halvparten hadde tro på at nettbasert undervisning var veien å gå. En begrunnelse for dette var at kompetanseheving i etikk krever diskusjon i grupper og felles møteplasser.

DISKUSJON

Vår pilotstudie og litteraturnomgang tyder på at det finnes mange ulike etiske utfordringer

TABELL 5: Hvordan jobbe systematisk med etikk?

Ønskede tiltak	Informanter som svarte ja (n=19)
Kompetanseheving i etikk (uspesifisert)	
- for alle helsepersonell	19
- for ledere	18
- for ressurspersoner	17
Møteplasser for å ta opp etiske utfordringer	19
Interkommunale/nasjonale møteplasser	19
Forskning omkring hvordan etiske utfordringer håndteres i kommunehelsetjenesten	18
Refleksjonsmodeller og verktøy til å diskutere etiske utfordringer	18
Noen å henvende seg til for råd og veiledning (uspesifisert)	19
- ansatt med etikk-kompetanse	18
- etikkkomité for arbeidsplassen	18
- jurist	9
Kjerneverdier på arbeidsplassen	17
Retningslinjer for etisk vanskelige områder	16
Faglig bistand fra universitet eller høyskole	16
Nettbasert undervisning	8

i sykehjem og hjemmetjenester, at ansatte på ulike nivå ønsker hjelp til å mestre de etiske utfordringene bedre, og at systematisk etikkarbeid i mindre grad er utviklet i sykehjem og hjemmetjenester enn i sykehus.

Selv om litteratursøket er gjort systematisk, er det viktig informasjon som ikke fanges opp på denne måten, blant annet fordi en del relevant forskning og informasjon ikke klassifiseres som «etikk» eller ikke er indeksert i vitenskapelige databaser. For eksempel har vi ikke fanget opp i vårt søk, at det er flere sykehjem i Norge som har startet opp med såkalte refleksjonsgrupper som ikke har etikk som eksplisitt tema, men der etiske problemer ofte er sentrale (35). I litteraturoversikten har vi ekskludert erfaringsbaserte publikasjoner som beskriver positive erfaringer med såkalte «etikkafeer», «etikkteam» og «rollespill» i sykehjem enkelte steder (36,37,38).

Det er verdt å bemerke at den

metodiske kvaliteten på de inkluderte studiene er variabel og at det er gjort relativt lite forskning og evaluering på et felt som synes å bety mye for både helsepersonell, pasienter og pårørende. Også etikkarbeid må evalueres. Ifølge vår litteraturnomgang er det utført svært lite systematisk evaluering og det er en slående diskrepans mellom mengden av forskning gjort i Nord-Amerika og det som er gjort i Europa.

Vi valgte å gjøre en pilotstudie for å få kunnskaper fra Norge. Utvalget av informanter i pilotstudien er verken representativt eller stort nok til at våre funn kan generaliseres. Vi har intervjuet personer som vi på forhånd visste hadde en viss interesse for etikk for å kunne få frem flest mulig eksempler på systematisk etikkarbeid fra Norge. Alle informanter var over 40 år, noe som har sammenheng med at vi har rekruttert mennesker med lang erfaring fra arbeidsfeltet og mange i lederstillinger. Det å bruke ledere som

informanter er en tilnærming som er brukt i flere andre studier (14,16,18,22,23,24). I tillegg intervjuet vi fagpersonale med tilknytning til sykehjem og hjemmetjenester som jobber pasientnært. Våre funn fra pilotstudien støttes langt på vei av tidligere forskning fra Nord-Amerika og Europa, men fremtidige forskningsprosjekter bør inkludere flere informanter uten lederfunksjon, ufaglærte, yngre og mindre erfarne informanter, ansatte uten spesiell interesse for etikk, samt pasienter og pårørende.

I tiden etter at vi gjennomførte pilotintervjuene har flere norske kommuner startet ulike tiltak for å styrke etikkarbeidet, for eksempel refleksjonsgrupper, etikkdager og etikkomiteer (2).

Våre informanter beskriver alt fra omfattende og kompliserte etiske utfordringer i liv-dødsituasjoner til hverdagsproblemer knyttet til kommunikasjon. Det er slående at de beskrevne etiske utfordringene ofte har nær sam-

Den belastningen som er en følge av at et problem identifiseres, men ikke kan løses på grunn av ytre forhold, for eksempel for trange ressurser, beskrives ofte som moralsk stress. Det vil si når man vet hva som er riktig å gjøre, men ytre rammer gjør at man ikke kan handle slik man gjerne vil (39). Vike og Haukelien hevder at særlig ansatte i pleie- og omsorgsykker ofte må gå mot sine etiske idealer (40) og at de strekker seg langt for å ta vare på alle hensyn. Dersom moralsk stress ikke mestres, kan emosjonell utbrenthet oppstå (41). Dårlig håndtering av etiske utfordringer i helsetjenesten kan føre til at det gis for lite eller for mye helsehjelp eller at helsehjelpen gis på en gal måte. Det er derfor åpenbart at helsepersonells evne til å stå i en virkelighet der mange hensyn konkurrerer må styrkes, både for at de skal ta gode beslutninger, men også for mestring av et krevende arbeid. Her trengs det både tid, for å skape møteplas-

den som ofte står ansvarlig for etisk vanskelige beslutninger. Vi vet at også leger i kommunehelsetjenesten opplever moralsk stress (43) og at de ofte mangler strategier og systemer for å håndtere slike utfordringer (44). Det er nødvendig å inkludere leger i den nasjonale satsingen på etikk i kommunehelsetjenesten. Å håndtere etiske utfordringer inkluderer også å endre de systemene som bidrar til mangelfulle tjenester eller uakseptable arbeidsforhold. Å si fra når jobben ikke blir utført godt nok er ofte vanskelig og kan oppleves som kritikk både av kolleger og ledere (45).

Systematisk etikkarbeid handler blant annet om å skape systemer som gjør det mulig å håndtere tvil, uenighet, kritikk og mangler på en konstruktiv måte (46). Å legge til rette for, og styrke slik kompetanse er derfor en viktig oppgave for ledelsen. Mange av de etiske utfordringene er felles for hele helsetjenesten, men etiske utfordringer knyttet til manglende ressurser, kvalitet og kompetanse synes mer uttalt i sykehjem og hjemmetjenester.

” En viktig utfordring er å få legene med i etikkarbeidet.

menheng med ressursituasjonen. Vi har intervjuet mange ledere i kommunehelsetjenesten, og at disse opplever at trange budsjetter gir etiske utfordringer, er ikke uventet. Men etiske utfordringer i tilknytning til ressursknapphet beskrives også av dem som arbeider pasientnært. Tid er et knapphetsgode (4). Tid er også nødvendig for å kunne reflektere rundt etiske vanskeligheter. Mer omfattende studier bør gjøres på hvilke etiske utfordringer som dominerer i det pasientnære arbeidet på sykehjem og i hjemmetjenester. Dette ble støttet av 18 av de 19 som ble intervjuet.

ser for refleksjon, og kompetanse (42). I denne sammenhengen er det interessant at de personene som intervjues i vår studie i liten grad ønsket seg nettundervisning. Likeledes mente relativt få at veiledning fra jurister ville løse deres etiske problemer. At etiske utfordringer ikke kan løses med lovregulering eller avviksmeldinger har også blitt understreket i andre studier (24,29,40).

En viktig utfordring er å få legene med i etikkarbeidet. Legene er sentrale i behandlingsteamet, viktige premissleverandører, sentrale for pasient og pårørende og, ikke minst,

KONKLUSJON

Det finnes mange krevende og ofte komplekse etiske utfordringer i sykehjem og hjemmetjenester. Mange av disse er knyttet til ressursmangel, at pasientene har sammensatte lidelser, ikke er samtykkekompetente og har kort tid igjen å leve. Ansatte på ulike nivå ønsker hjelp til å mestre de etiske utfordringene bedre. Systematisk etikkarbeid er i mindre grad utviklet i sykehjem og hjemmetjenester enn i sykehus. Fordi arbeidet med svært syke og pleietrengende pasienter er komplekst og tverrfaglig, må etikkarbeidet også være tverrfaglig, og inkludere de ufaglærte, legene,

pasienter og pårørende. Forskning og evaluering må være en sentral del.

Takk til Isabelle Budin Ljøsne for verdifull hjelp til innsamling av litteratur, til Helse- og omsorgsdepartementet som har finansiert pilotstudien og litteraturgjennomgangen, og til Helse- og Rehabilitering som finansierer Georg Bolligs videre forskning om etiske avgjørelser på sykehjem.

REFERANSER:

1. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.
2. www.ks.no/tema/Samfunnsansvar/Etikk/Samarbeid-om-etisk-kompetanseheving (06.04.2009)
3. Pedersen R, Førde R. Hva gjør de kliniske etikkkomiteene? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3127-9.
4. Førde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland OG. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1913-6.
5. Nygaard HA, Naik M, Ruths S. Mental svikt hos sykehjemspasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3113-3116.
6. Hofseth C. Pasientkartlegging ved Bergen Røde Kors Sykehjem. SINTEF-rapport nr. STF78 A034507. Oslo: SINTEF Unimed, 2003
7. Kirkevoold Ø, Engedal, K. A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. British Journal of Nursing 2004; 13: 902-905.
8. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. BMJ 1995; 311: 251-253.
9. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 2. utgave. Universitetsforlaget, Oslo. 2003
10. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Research in Nursing & Health 2000; 23: 334-340.
11. Osborne T, Lacy NL, Potter JF, Crabtree BF. The prevalence, composition, and function of ethics committees in nursing facilities: results of a random, national survey of American Health Care Association members. Journal of the American Medical Directors Association 2000; 1(2): 51-57.
12. Aroskar MA. Community health nurses. Their most significant ethical decision-making problems. Nurs Clin North Am 1989; 24(4): 967-975.
13. Stabell A, Naden D. Patients' dignity in a rehabilitation ward: ethical challenges for nursing staff. Nurs Ethics 2006; 13(3): 236-248.
14. Brown BA, Miles SH, Aroskar MA. The prevalence and design of ethics committees in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1987; 35(11): 1028-1033.
15. Glasser G, Zweibel NR, Cassel CK. The ethics committee in the nursing home. Results of a national survey. J Am Geriatr Soc 1988; 36(2): 150-156.
16. Longo DR, Burmeister R, Warren M. «Do not resuscitate»: policy and practice in the long-term care setting. J Long Term Care Adm 1988; 16(1): 5-11.
17. Robillard HM, High DM, Sebastian JG, Pisaneschi JI, Perritt LJ, Mahler DM. Ethical issues in primary health care: a survey of practitioners' perceptions. J Community Health 1989; 14(1): 9-17.
18. Somers AR. Nursing homes and ethics committees. N J Med 1989; 86(1): 45-49.
19. Thompson MA, Thompson JM. Ethics committees in nursing homes: a qualitative research study. HEC Forum 1990; 2(5): 315-327.
20. Forchuk C. Ethical problems encountered by mental health nurses. Issues Ment Health Nurs 1991; 12(4): 375-383.
21. Haddad AM. Ethical problems in home healthcare. J Nurs Adm 1992; 22(3): 46-51.
22. Harrison JK, Roth PA. Ethical dilemmas faced by directors of nursing. J Long Term Care Adm 1992; 20(2): 13-16.
23. Crawford KF. How ethical dilemmas are resolved. J Long Term Care Adm 1994; 22(3): 25-28.
24. Roth PA, Harrison JK. Ethical conflict in long-term care: is legislation the answer? J Prof Nurs 1994; 10(5): 271-277.
25. Gold C, Chambers J, Dvorak EM. Ethical dilemmas in the lived experience of nursing practice. Nurs Ethics 1995; 2(2): 131-142.
26. Wagner N, Ronen I. Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an Israeli survey. Nurs Ethics 1996; 3(4): 294-304.
27. Schick IC, Moore S. Ethics committees identify four key factors for success. HEC Forum 1998; 10(1): 75-85.
28. Egan M, Kadushin G. The social worker in the emerging field of home care: Professional activities and ethical concerns. Health Soc Work 1999; 24(1): 43-55.
29. Kadushin G, Egan M. Ethical dilemmas in home health care: a social work perspective. Health Soc Work 2001; 26(3): 136-149.
30. Gallagher E, Alcock D, Diem E, Angus D, Medves J. Ethical dilemmas in home care case management. J Healthc Manag 2002; 47(2): 85-96.
31. Slettebo A, Hestetun M. Ethical challenges when realizing a value document in a nursing home. Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning 2003; 5(4): 225-243.
32. Hogstel MO, Curry LC, Walker CA, Burns PG. Ethics committees in long-term care facilities. Geriatr Nur (Lond) 2004; 25(6): 364-369.
33. Weston CM, O'Brien LA, Goldfarb NI, Roumm AR, Isele WP, Hirschfeld K. The NJ SEED project: evaluation of an innovative initiative for ethics training in nursing homes. J Am Med Dir Assoc 2005; 6(1): 68-75.
34. Lemiengre J, Dierckx de CB, Verbeke G, Van CK, Schotsmans P, Gastmans C. Ethics policies on euthanasia in nursing homes: a survey in Flanders, Belgium. Soc Sci Med 2008; 66(2): 376-386.
35. Amble N, Gjerberg E. Hjerte hode hender. Et refleksjonsverktøy for mestring i pleie og omsorgstjenesten. Oslo: AFI og Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
36. Bachmann, A., Rippe, KP. 2004. Ethik-Cafes – Idee, Konzept und Praxis: Einladung zum Nachdenken. Pflegezeitschrift 57 (12): 868-869.
37. Chichin ER, Olson E. An Ethics consult team in geriatric long-term care. Cambridge Quarterly of Healthcare ethics 1995; 4:178-184.
38. Wilson CC, Netting FE, Henderson SK. Gaming as a method for learning to resolve ethical dilemmas in long term care. Health Education 1988; 19:42-44.
39. Kålvemark S, Höglund AT, Hansson MG et al. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Soc Sci Med 2004; 58: 1075-1084.
40. Vike H, Haukelien H: Velferdspolitik ved reisen slutt. www.sykepleierforbundet.no (17.07.2008)
41. Bischoff SJ, DeTienne KB, QuickKB. Effects of ethics stress on employee burnout and fatigue: an empirical investigation. J Health Hum Serv Adm 1999; 21: 512-32.
42. Slettebo Å. Strebing mot pasientens beste. En empirisk studie om etisk vanskelige situasjoner i sykepleiepraksis ved tre norske sykehjem. [Doktoravhandling] Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet og Institutt for sykepleievitenskap, 2002]
43. Førde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. J Med Ethics 2008; 34:521-5.
44. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Førde R, Slowther AM, Garrett-Mayer E, Danis M. Ethical difficulties in clinical practice: experience of European doctors. J Med Ethics 2007; 33:51-57.
45. Aasland OG, Førde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. Qual Saf Health Care. 2005;14:13-7.
46. Førde R, Pedersen R, Akre R. Clinicians' evaluation of clinical ethics consultations in Norway: A qualitative study. J Philos Health Care 2008;11: 17-25.