



# Hygienetiltak har effekt

Hygienepersonell kan bidra til å forebygge sykehusinfeksjoner.

Statistisk sett blir 5–12 prosent av alle innlagte pasienter påført sykehusinfeksjoner ved norske sykehus (1,2). Dette er en alarmende statistikk. Mikroorganismenes resistensutvikling overfor antimikrobielle midler er i dag et verdensomfattende og utfordrende helseproblem (1,3). Dersom man fulgte basale smittevernrutiner tilfredsstillende, kunne en betydelig del av nosokomiale infeksjoner vært forebygget (1,2,4). Basale smittevernrutiner omfatter håndhygiene, hostehygiene, pasientplasing, personlig beskyttelsesutstyr, håndtering av pasientnært utstyr, reinhold og desinfeksjon, avfallshåndtering, håndtering av sengetøy og tekstiler, trygg injeksjonspraksis, desinfeksjon av hud, samt beskyttelse mot stikkskader (5). Ettersom så mange pasienter påføres sykehusinfeksjoner, må helsetjenesten vektlegge på hvilke måter man bedre kan implementere basale smittevernrutiner (1,4). Formålet med denne artikkelen er å bruke forskningsbaserte artikler til å redegjøre for hvordan smittevernpersonell kan bruke ulike intervensjoner, og

slik øke kompetansen i smittevernarbeid hos ansatte i helseinstitusjoner.

## Litteraturstudier

Artikkelen er basert på litteraturstudier. Kildene er fagartikler fra nyere forskning, litteratur og lovverk. Datasøk er gjort i Medline, SveMed+, Cinahl, Embase og Cochrane. Det finnes få forskningsbaserte artikler som gir en samlet oversikt vedrørende hele temaet. Men en relevant oversiktsartikkel inneholder funn og oppsummeringer fra flere primærstudier om problemstillingen, i tidsrommet 1994 til 2006. Denne artikkelen inneholder oversiktstabeller over utførte intervensjoner, der samsvaret mellom retningslinjer og oppfølging av disse er utregnet (6).

Artiklene viser at det på verdensbasis ikke er tilfredsstillende samsvar mellom hva som er anbefalt og ansattes etterlevelse av retningslinjene. Studier viser for eksempel at håndhygiene i helseinstitusjoner blir utført i under 50 prosent av tilfellene hvor det er anbefalt (7,8). Undersøkelser viser at prosedyrer kun blir fulgt i 60 prosent av tilfellene (9). Dette er i samsvar med funn i oversiktsartikkelen (6).

## Viktig rolle

Et viktig funn er smittevernpersonellens rolle som bindeledd mellom sykehusledelsen og de ansatte, når det gjelder å identifisere smittevernproblemer og implementere ny kunnskap (10-12). Smittevernpersonell har ansvar for å gi ledelsen råd om ulike intervensjoner, og bør være oppdatert på innovasjonsmetoder både nasjonalt og internasjonalt. Studier viser at måten smittevernpersonell formidler kunnskapen om grunnleggende smittevernprosedyrer på er vesentlig (11,13). Tradisjonell undervisning

er det mest brukte tiltaket i smittevernarbeid (6,14). Resultatene fra 81 enkeltstudier viser at ansatte får størst læringsutbytte av små målrettede undervisningsgrupper med praktiske øvelser, case og gruppearbeid (14,15).


## Dårlige forbilder

Andre undersøkelser påpeker at grunnopplæringen innen infeksjonsforebygging på høyskolene ikke er tilfredsstillende og at legestudenter kan mindre om basale smittevernrutiner enn sykepleierstudenter (16,17, 28,19). Dette skaper utfordringer ettersom legene ved helseinstitusjoner leder behandlingen og er rollemodeller (2,6,16,17). Det fremgår også at enkelte erfarne leger ikke etterlever grunnleggende rutiner, og dermed fremstår som dårlige forbilder for mindre erfarne kollegaer (17,20).

## Informasjon

Funn i flere forskningsartikler viser også at ansatte får økt kunnskap etter å ha gjennomgått et e-læringsprogram. Andre effektive intervensjonsmåter er målrettede påminnelser og informasjonsfoldere (14, 21). Men forutsetningen for et godt resultat er at kvaliteten på informasjonsplakaten eller folderen er gjennomarbeidet, fokuserer på konkrete basale smittevernrutiner og fornyes med jevne mellomrom. Informasjonsbrosjyrer ved korrekt bruk av munnbind, stellefrakker og undervisning av håndhygiene er utprøvd og man har konkludert med at dette er hensiktsmessige tiltak (6).

## Kampanjer

WHO har flere ganger iverksatt kampanjer for å forbedre smittevernrutinene på verdensbasis. Blant annet er 5. mai innført som en verdensomfattende dag for håndhygiene 

## Hovedbudskap

Smittevern er avhengig av ansattes holdninger og verdier, og disse utvikles hovedsakelig gjennom økt kunnskap. Artikkelen beskriver i hvilken grad internasjonale forskningsbaserte fagartikler underbygger en slik oppfatning, samt i hvilken grad andre intervensjonsmetoder innvirker på smittevernarbeidet.

## Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.  
» Hygiene » Infeksjon » Smitte » Intervensjon



**HINDRER SMITTE:** Bedre håndhygiene blant sykehuspersonell er et av smitteverntiltakene som kan bidra til færre sykehusinfeksjoner. Foto: Svein Løvland.

(22). Høsten 2010 ble også kampanjen «Train the Trainer» fra WHO om håndhygiene innført i Norge. Denne gjelder sertifisering av smittevernpersonell i håndhygienekontroll (23). En artikkel beskriver verdifull implementering ved et universitetssykehus i Singapore, basert på WHO's «My 5 Moments for Hand Hygiene». I dette prosjektet deltok 90 legestudenter og 69 av disse endret holdning til korrekt håndhygiene (19).

#### Enkelttiltak

En hensiktsmessig form for intervensjon er samarbeid om planlagte pedagogiske oppsøkende besøk på enkeltavdelinger (24). Slike møtepunkter gir smittevernpersonell og avdelingsledelsen fleksible rammevilkår for å tilfredsstille de ulike behovene for kompetanseutvikling.

Forskningsartiklene peker også på ulike utfordringer smittevernpersonell vil møte ved gjennomføring av intervensjon (6). Hindringer kan være manglende ledelsesfokus (10,11,13,14), dårlige rollemodeller (10,13,17,20), mer tidsbruk i pasientpleien (2,16, 20), samt at ansatte ikke oppfatter kunnskap vedrørende basale smittevernrutiner som

## «Det ble målt nedgang i urinveisinfeksjoner på mer enn 50 prosent.»

viktig nok (11,16, 19). Studier viser at ansatte ble bedre på oppfølging av smittevernrutiner dersom de oppfattet betydningen av retningslinjene (15,25). En utfordring kan også være at noen av retningslinjene vedrørende basale smittevernrutiner ikke er tilstrekkelig evidensbaserte (8,20,26,27).

#### Diskusjon

Når jeg i det følgende vil diskutere smittevernintervensjoner, baserer jeg meg både på ovennevnte forskningsfunn og egne erfaringer fra et ferdig gjennomført intervensjonsprosjekt ved et norsk sykehus. Hovedmålsettingen med dette prosjektet var bedre oppfølging av basale smittevernrutiner. Intervensjonen var strukturert (12) og basert på at økt kunnskap skulle gi holdningsendringer hos alle ansatte på sykehuset. Forankringen i sykehusledelsen ga meg som hygienesykepleier legitimitet som prosjektleder. Intervensjonen var avhengig av engasjement og oppfølging fra sykehusledelsen, delprosjektgruppa, avdelingslederne og sjefs-

legene. Vi fokuserte på verdier og holdninger. Prosjektet inneholdt en kombinasjon av ulike intervensjoner som internrevisjon, undervisning, pasientspørreskjema, håndhygienekampanje, kunnskapstest, spørreskjema til ansatte før og etter intervensjonsprosjektet, måling av urinveisinfeksjoner, samt registrering av ansattes bruk av ringer, klokker og smykker. Prosjektet, og videre oppfølging av dette, medførte merkbare positive holdningsendringer. Resultatmålsettingen var økt kompetanse og færre urinveisinfeksjoner. Det ble målt nedgang i urinveisinfeksjoner på mer enn 50 prosent. Holdningsendringen viste seg blant annet ved at ansatte i arbeidsuniform ikke lenger bruker ringer og klokker. Utfordringen består i hvilke nye intervensjoner som er nødvendige for å opprettholde holdningsendringer over tid (6,12,14).

#### Ledelsesforankring

For at smittevernpersonell skal kunne gjennomføre en vellykket intervensjon, er det en forutsetning at arbeidet er forankret hos sykehusledelsen (10-14). Smittevernkulturen som etableres på helseinstitusjonene er avhengig av i hvilken grad ledelsen generelt vektlegger smittevernarbeid i overordnede styringsdokumenter. Omfattende intervensjonsprosjekter må godkjennes av ledelsen gjennom enkeltvedtak, eller ved godkjenning av handlingsplaner. Mindre omfattende intervensjoner kan gjøres med basis i overordnede styringsdokumenter. Smittevernpersonell må være aktive pådrivere og skape tillit hos både ansatte og ledelse for å få gjennomført intervensjoner.

#### Kompetanse

Det er mange muligheter for smitteoverføring på et sykehus (1,28). Studier viser at flere intervensjoner vil forbedre ansattes kompetanse (6,14). Intervensjon som tar sikte på å forbedre basale smittevernrutiner må ta sikte på både å øke de ansattes kunnskap og utvikle deres evne til å utføre prosedyrene på en korrekt måte (11,14). «Learning by doing» er et pedagogisk virkemiddel som sikrer at de ansatte erverver kunnskap bedre (18). Sykehuspersonell kan mene at basale smittevernrutiner både er diffuse og ikke viktig nok (14). Forbedringer av rutineene får derfor ikke alltid tilstrekkelig oppmerksomhet fra de ansatte. Til tross for økt kunnskap, er sykehusansatte selektive i hvordan de følger opp basale smittevernrutiner, og de tilpasser seg gjerne systemet selv om dette ikke er tilstrekkelig (6, 13). I slike situasjoner må pedagogiske læremåter vektlegges.

#### Undervisning

Hvert år brukes store ressurser på undervisning, konferanser, kurs og seminarer (6,14,15). Dette er viktig for utvikling av faglig kompetanse, men må likevel ikke gå på bekostning av tradisjonell undervisning som bør kombineres med case og praktiske øvelser (6,14,15). God forankring og involvering av medarbeidere er en forutsetning for at undervisningen skal lykkes. Formidleren må være bevisst på at ansatte på sykehus har forskjellig yrkesbakgrunn og at ulike avdelinger har egenartete kulturer. Studier viser at undervisningen må være forskningsbasert for at legene skal endre praksis, derfor må undervisningen tilpasses dette (16, 20). Undervisning særlig rettet mot leger er kanskje nødvendig for at smittevern skal bli tatt alvorlig nok også i praksis.

#### E-læring

I flere helseregioner i Norge har smittevernpersonell utarbeidet kvalitetssikret e-læringsundervisning vedrørende mikrobiologi, smittetekjeden, infeksjonssykdommer og basale smittevernrutiner. Fordelen med e-læring er ressursbesparelse og at de ansatte kan gjennomføre opplæring når det passer (29). Avdelingsledere kan kontrollere hvem som har gjennomført opplæringen, og purring kan sendes til dem som ikke har svart. Mine erfaringer samsvarer med studier som beskriver noen ulemper ved e-læringen: Ikke alle ansatte er datakyndige, samt at det for noen ikke er så motiverende som vanlig undervisning. De kan heller ikke stille direkte spørsmål (29). E-læring er velegnet for teoretisk læring, men må suppleres med praktiske øvelser og gjennomgang av enkeltprosedyrer.

#### Pedagogiske besøk

En helseinstitusjon består av et avdelingsfellesskap som omfatter pasienter, pårørende, ansatte og ledelse. Alle disse må involveres i smittevernarbeidet for at ansatte skal oppleve eierforhold og delaktighet. I lys av dette kan det å innføre pedagogisk oppsøkende besøk, i samarbeid med avdelingsledelsen, ha stor nytteverdi (24). Her kan de ansatte ta opp sine spørsmål ansikt til ansikt med fagpersonell, og man etablerer relasjoner basert på gjensidig forståelse. Utfordringen er at denne formen for intervensjon er ressurskrevende. For å gi besøkene tilstrekkelig grad av profesjonalitet er det fornuftig å bruke befæringsrapporter. Disse rapportene kan danne grunnlag for at de lovpålagte internrevisjonene får et mer konstruktivt innhold (1). Avvik må følges opp med

pedagogisk undervisning, fremfor pålegg om endring som ansatte ikke forstår (30). Smittevernkontakter på avdelingene vil kunne gi et godt grunnlag for å etablere pedagogiske besøkssrunder i samarbeid med avdelingsledelsen. Samarbeidet kan føre til økt smittevernbevissthet hos de ansatte. Holdninger kan endres over tid basert på forståelse, tilbakemeldinger, involvering og tverrfaglig samarbeid (31). Ved slike befaringsbesøk kan smittevernpersonell både avdekke mangler og uheldige rutiner, samt undervise om infeksjonsforebyggende tiltak (1). På den måten oppnår man et samarbeid som er gunstig og som kan brukes effektivt for å øke kompetansen om basale smittevernrutiner (14).

### Innovasjon

Betydningen av undervisning i korrekt håndhygiene anses som en «døråpner» til videre kunnskapsformidling vedrørende de andre basale smittevernrutinene (22). Håndhygiene er retningslinje nummer en, og skal gjelde i kontakt med alle pasienter (8,20,26,32). Korrekt håndhygiene er imidlertid vanskelig å implementere i helseinstitusjoner. WHO har nå standardisert og utarbeidet systemer for observasjon av ansattes håndhygiene i pasientsonen. Modellen er anerkjent og utprøvd internasjonalt (23). Smittevernpersonell har forventninger om at modellen «My 5 Moments for Hand Hygiene» skal innføres i Norge, og brukes som en kvalitetsindikator for pasientsikkerhet innen få år. For at registreringen skal ha verdi, med tanke på sammenlikning av resultater innen og mellom institusjoner, må observasjonene være standardiserte. Intervensjonen inneholder kunnskapsformidling, etterfulgt av observasjoner og øvelser, og er et teoretisk og praktisk tiltak som gir ansatte økt kompetanse (19).

### Presentasjon

En grunnleggende forutsetning for at hygiene-sykepleiere skal kunne intervensere med gode resultater, er at de har kompetanse til dette. Derfor er det viktig at de erverver ny kunnskap i form av videreutdanning, etterutdanning og kurs. Formidlingen må være kunnskapsbasert og formidles pedagogisk (33). Kurs og øvelse i presentasjonsteknikk vil være nyttig for hygiene-sykepleiere. Smittevernpersonell må ha evne til å oppnå tilhørernes oppmerksomhet og gjøre fagstoffet aktuelt. En presentasjon involverer tre komponenter: budskapet, ansatte og smittevernpersonell (34). Noen blir overbevist av fakta, mens for andre er verdier og lojalitet utslagsgivende (14). Dette underbygger at

undervisningen bør foregå i mindre grupper.

### Holdninger

Studier viser at smittevernpersonell bør ta utgangspunkt i ulike holdningsendringsteorier før de setter i gang intervensjoner (6,13,14,33). Min erfaring fra intervensjonsprosjektet har vist at holdningen til ansatte er avgjørende for å forbedre oppfølgingen av basale smittevernrutiner. Forskningsartikler angående oppførsel og holdninger konkluderer med at enkelte ansatte ikke har gode nok verdier. De overveier ikke eventuelle smittekonsekvenser i tilstrekkelig grad (8, 33,35). Dette kan ha sammenheng med at utilstrekkelig oppfølging av basale smittevernrutiner rammer pasientene, og ikke den ansatte selv (35). Det er i dag lite forskningsmessig dokumentert hvorvidt og hvordan sykehus arbeider med å realisere holdninger og verdier i praksis, og hvilken effekt dette arbeidet eventuelt har (36). Bevisstgjøring og synliggjøring av de faglige verdiene er vesentlig for å oppnå grunnleggende pasientsikkerhet (36,37). Smittevernpersonellets rolle er å være pasientenes advokat.

### Konklusjon

Betydelig mangelfull utøvelse av basale smittevernrutiner gir ikke tilfredsstillende pasientsikkerhet. Forskningsbasert kunnskap tilsier at intervensjon er nødvendig for å gi resultater ved implementering av basale smittevernrutiner. Det er smittevernpersonellet som har fagkunnskap. Smittevernpersonell bør fungere som rådgivere for både ledelse og ansatte, samt lede utførelsen av de ulike intervensjoner. Iverksetting av flere tiltak som er pedagogisk tilpasset ulike målgrupper viser seg å gi best resultat. Hvilke form for intervensjoner man velger og gjennomfører syntes å være av underordnet betydning. Det viktige er at man faktisk intervenser. Selv om smittevernpersonell ikke har det formelle ansvaret, så er det å ta initiativ essensielt for å oppnå tilfredsstillende kompetanse om basale smittevernrutiner i helseinstitusjoner. ■■■

### LITTERATUR

- Andersen BM. Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus. Mikrober og smitteveier. 4. ed. Oslo: Ullevål universitetssykehus HF, 2008. p. 8-9, 151-3, 660-4.
- Berland A, Berentsen SB, Gundersen D. Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet. *Vard Nord Utvekl Forsk* 2009;29(1): 33-7.
- Solberg CO. Mikroorganismer slår tilbake- infeksjonssykdommene i de siste 50 år. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;30:3538-43.
- Jarvis WR. Investigating Endemic and Epidemic Healthcare-Associated Infections. I: Jarvis WR, editor. Bennett & Brachman's Hospital Infections. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 91.
- Folkhelseinstituttet. Basale smittevernrutiner i helsetjenesten. 2009 [updated 11.08.2009; cited 2010 17.10]; Available from: <http://www.fhi.no/artikler/?id=7407>.

- Gammon J, Morgan-Samuel H, Gould D. A review of the evidence for sub-optimal compliance of healthcare practitioners to standard/universal infection control precautions. *J Clin Nurs* 2008;17:157-67.
- Golan Y, Doron S, Griffith J, Gamal H, Tanios M, Blunt K, et al. The Impact of Gown-Use Requirement on Hand Hygiene Compliance. *Clin Infect Dis* 2006;42:370-6.
- Jumaa PA. Hand hygiene: simple and complex. *Int J Infect Dis* 2005;9:3-14.
- Resar R. How to design reliable processes in Healthcare. [cited 2010 12.10]; Available from: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/Reliability/ReliabilityGeneral/EmergingContent/HowtoDesignReliableProcessesinHealthCare-Presentation.htm>.
- Ling ML. Patient Safety. I: William JR, editor. Bennett & Brachman's Hospital Infections. 5th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 813-17.
- Runy LA. Hospital-acquired Infections: Leadership Challenges. *Hosp Health Netw* 2008;82 (10): 56-65.
- Jones M, Woeltje KF. The Development of Infection Surveillance and Control Programs. I: Jarvis WR, editor. Bennett & Brachman's Hospital Infections. 5th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 66-70.
- Pittet D. The Lowbury lecture: behaviour in infection control. *J Hosp Infect* 2004;51:1-13.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *J Lancet* 2003;362:1225-30.
- Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien Mary A, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [serial on the Internet]. 2009; (2): Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cdsysrev/articles/CD003030/frame.html>.
- Sax H, Perneer T, Hugonnet S, Herrault P, Chraiti M, Pittet D. Knowledge of Stein AD, Makarawo TP, Ahmad MFR. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. *J Hosp Infect* 2003;54:68-73.
- Tavolacci M, Ladner J, Bailly L, Merle V, Pitrou I, Czernichow P. Prevention of Nosocomial Infection and Standard Precautions: Knowledge and Source of Information Among Healthcare Students. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29(7): 642-7.
- Fisher D, Pereira L, Ng TM, Patlovich K, Teo F, Hsu LY. Teaching hand hygiene to medical students using a hands-on approach. *J Hosp Infect* 2010;76:86-7.
- Jang J-H, Wu S, Kirzner D, Moore C, Tong A, McCreight L, et al. Physicians and hand hygiene practice: a focus group study. *J Hosp Infect* 2010;76:87-8.
- Robert J, Renard L, Grenet K, Galerne E, Farra AD, Aussant M, et al. Implementation of isolation precautions: role of a targeted information flyer. *J Hosp Infect* 2006;62:163-5.
- WHO. SAVE LIVES. Clean Your Hands. Patient Safety. 2009; Available from: <http://www.who.int/gpsc/5may/en/>.
- Sax H, Allegranzi B, Uckay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. «My five moments for hand hygiene»: a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *J Hosp Infect* 2007;67:9-21.
- O'Brien Mary A, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman Andrew D, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen Doris T, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [serial on the Internet]. 2007; (4): Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cdsysrev/articles/CD000409/frame.html>.
- Swoboda SM, Earsing K, Strauss K, Lane S, Lipsett PA. Electronic monitoring and voice prompts improve hand hygiene and decrease nosocomial infections in an intermediate care unit. *Crit Care Med* 2004;32(2): 358-63.
- Fagernes M, Lingaas E. Impact of Finger Rings on Transmission of Bacteria During Hand Contact. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009;30(5): 427-32.
- Dancer SJ. Pants, policies and paranoia. *J Hosp Infect* 2009;74:10-5.
- Kramer A, Schwelke I, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. *BMC Infectious Diseases* 2006;6 (130).
- Dawson S, Bennett H, Ongley V. E-learning module for delivering infection prevention and control training. *J Hosp Infect* 2010;76:89.
- Jamtvedt G, Young Jane M, Kristoffersen Doris T, O'Brien Mary A, Oxman Andrew D. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [serial on the Internet]. 2006; (2): Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cdsysrev/articles/CD000259/frame.html>.
- Romsland GI. Tverrfaglig samarbeid og etikk. I: Slettebø Å, Nortvedt P, editors. Etikk for helsefagene. 2nd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk 2007: 149-51.
- Gould DJ, Drey NS, Moralejo D, Grimshaw J, Chudleigh J. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *J Hosp Infect* 2008;68:193-202.
- Webb TL, Sniehotta FF, Michie S. Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *The Authors Journal compliance*. 2010.
- Ernst&Young. Lær å holde en god presentasjon. *Karrieremagasinet.no*; 2009 [cited 2010 12.10]; Available from: <http://www.karrieremagasinet.no/Faa-jobben/Intervjuet/Laer-aa-holde-en-god-presentasjon>.
- Angus D, Brouwers M, Driedger M, Eccles M, Francis J, Godin G, et al. Designing the theoretically-informed implementation interventions. *Implement Sci* 2006;1:4.
- Eide T, Eide H. Verdien av en Verdi-Intervensjon. En studie av verdier i et norsk sykehus. Oslo: Diakonhjemmet høgskole, 2008.
- Nortvedt P. Etisk Teoridebatt – Forholdet mellom lojalitet og rettferdighet i helsefag. In: Slettebø Å, Nortvedt P, editors. Etikk for helsefagene. 2nd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
- Slettebø Å. Etikk og Jus. In: Slettebø Å, P. Nortvedt, editors. Etikk for helsefagene. 2nd ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007. p. 21-22.