

Kvalitativ forskning – en gullgruve for farmasøyter

Bruk av kvalitative forskningsmetoder øker i omfang innen farmasøytisk forskning. Metodene er velegnet til å studere flere farmasirelevante problemstillinger. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder komplementerer hverandre og kan med fordel kombineres.

Karin Svensberg¹ og Kristine Heitmann²

1. Avdeling for farmasi, Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo

2. Institutt for global helse og samfunnsmedisin og Senter for farmasi ved Universitetet i Bergen

E-post: karin.svensberg@farmasi.uio.no

HOVEDBUDSKAP

Kvalitative metoder er stadig mer brukt innen farmasøytisk forskning.

Kvalitative og kvantitative forskningstradisjoner og metoder kan komplementere hverandre.

Bruk av kvalitative forskningsmetoder innen farmasøytisk forskning kan gi ny kunnskap som fører til økt forståelse av farmasøytisk praksis.

Farmasøyter oppfordres til å lese kvalitative studier for å videreutvikle egen praksis.

INNLEDNING

Ved studier av fenomener som menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger i den sosiale verden er kvalitative forskningsmetoder godt egnet (1). Flere farmasirelevante problemstillinger kan undersøkes ved hjelp av slike forskningsmetoder, for eksempel farmasøytens erfaringer med generisk substitusjon (2), faktorer som påvirker farmasøytens reseptintervensjoner (3) eller kommunikasjonsmønster mellom farmasøyter og legemiddelbrukere (4).

Kvalitative forskningsmetoder søker å gi en dypere forståelse av et nytt fenomen som vanskelig kan forklares numerisk eller hvor man ikke har en ferdig hypotese. Et av målene med denne type forskning er å få frem nye beskrivelser eller nyanser av et fenomen (1). Kvantitative metoder, eksempelvis biomedisinsk og epidemiologisk forskning, benyttes hovedsakelig om man ønsker å tallfeste et utfall eller undersøke om det eksisterer et årsak/effekt-forhold (tabell 1) (1, 5). De to forskningsmetodene komplementerer hverandre. Det handler

ikke om enten/eller, og de to forskningsmetodene kan med fordel kombineres (6). For eksempel kan det være fordelaktig å gjennomføre en kvalitativ studie i forkant av en spørreundersøkelse for å utforme relevante spørsmål. Valg av forskningsmetode bestemmes av problemstillingen man skal undersøke.

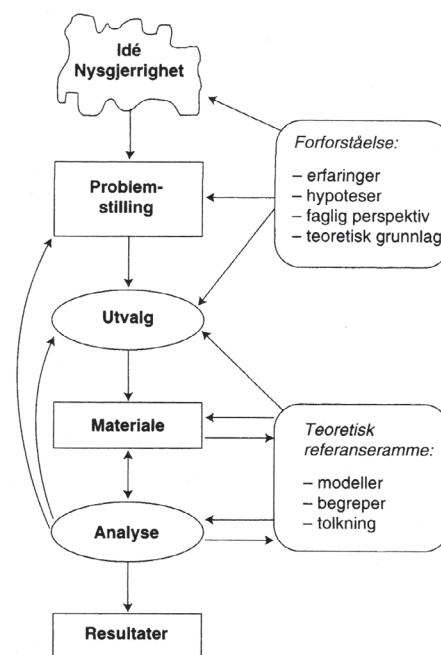
PROBLEMSTILLING

Hensikten er å gi en oversikt over kvalitative forskningsmetoder, samt å oppfordre farmasøyter til i større grad å lese kvalitative studier for å videreutvikle egen praksis.

KVALITATIV FORSKNING OG FARMASØYTER

Kvalitative forskningsmetoder har lang tradisjon innenfor samfunnsvitenskapelige fag. I løpet av de siste ti til tjuårene har disse metodene også blitt anvendt i økende grad innenfor helsefagene (7), inkludert farmasi (8), men fortsatt er kvantitative studier vanligst. Manglende kjennskap til og trening i bruk av kvalitative metoder kan være en medvirkende årsak (9, 10).

Farmasøytrollen har endret seg fra hovedsakelig å være legemiddelprodusent til i stor grad å være legemiddelrådgiver. I dag er den farmasøytiske praksisen preget av møtet mellom legemiddelbruker og farmasøyt. For å kunne utvikle farmasi som profesjon, bør man strebe etter å tilegne seg en bredest mulig forståelse av ulike aspekter knyttet til det å være legemiddelbruker. Det vil også være nyttig å undersøke hva legemiddelbrukerne forventer av farmasøyter. Bruk av kvantitative metoder er ikke tilstrekkelig for å forstå kommunikasjonsaspekter, profesjonsrollen og hvordan farmasøyter forholder seg til de nye oppgavene som rolleskiftet medfører. Kva-



Figur 1. Forskerens rolle gjennom forskningsprosessen. (Figuren er gjengitt med tillatelse fra Universitetsforlaget. Kilde: Malterud, K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2011 (11).)

litative forskningsmetoder er godt egnet til å studere og beskrive farmasøytrollen og apotekhverdagen (8). Nedenfor følger tre eksempler på kvalitative studier av farmasøytisk praksis:

I en intervjustudie av Olsson og Sporrang ble farmasøytens opplevelser av generisk substitusjon i apotekhverdagen undersøkt (2). I studien ble det funnet at generisk substitusjon medførte et skifte i reseptursamtalen mot et større fokus på økonomi. Farmasøytene opplevde de brukte mer tid på å forklare forskrifter for legemiddelbru-

keren. Slike funn identifiserer hva det egentlig fokuseres på i reseptursamtalen, hvilket kan anvendes for å kunne forbedre praksis.

Mandt og kollegaer undersøkte i en fokusgruppestudie årsaker til varierende intervensjonspraksis mellom farmasøyter på norske apotek (3). Forskeren studerte farmasøytene sine opplevelser av ulike typer reseptekspedisjoner. Resultatene viste at i en aktiv ekspedisjon ble farmasøytisk omsorg i større grad utøvd gjennom dialog med legemiddelbrukeren sammenliknet med en passiv ekspedisjon. I en aktiv ekspedisjon ble flere informasjonskilder, i tillegg til resepten, tatt i bruk for å identifisere og løse legemiddelrelaterte problemer.

Montgomery og kollegaer brukte observasjon for å undersøke kommunikasjonsmønstre i apotekets rådgivningstjeneste (4). De fant at farmasøytene var i stand til å hjelpe kundene, men at muligheten for en velfungerende kommunikasjon mellom legemiddelbruker og farmasøyt ble forhindret av et for stort fokus på dataskjermen. Det ble også vist at farmasøytene virkelig forsøkte å forstå legemiddelbrukerne gjennom aktiv lytting. Ved hjelp av slike observasjonsstudier ser man hvor det kan settes inn forbedringstiltak for å gjøre farmasøytene tryggere og bedre i nye roller.

FORSKNINGSPROSESSEN

I figur 1 beskrives en forskningsprosess fra idé til formidling (11). Figuren viser at prosessen er fleksibel og åpen. Flere trinn skjer parallelt og hele tiden implementeres ny kunnskap i forskningsprosessen. I alle typer forskning vil forskeren være med på å forme studien, men på litt ulik måte og på forskjellige trinn i prosessen. Innen kvantitativ forskning definerer forskeren på forhånd spørsmålene som stilles, og på den måten styrer forskeren svarene som vil utgjøre resultatene fra studien. I kvalitativ forskning kan deltakerne fungere som medforskere og selv bidra til å forme hva som fremkommer. Respondentenes rolle blir på denne måten styrket i kvalitativ forskning.

TRADISJONER INNEN KVALITATIV FORSKNING

Kvalitative forskningsstradisjoner består av flere ulike teoretiske og filosofiske tradisjoner for å studere og beskrive den sosiale omverdenen. Patton gir i innledningen av sin bok en god oversikt over vanlige tradisjoner innenfor kvalitativ forskning (12). For eksempel studerer etnografer primært kulturen blant en gruppe mennesker, mens man i fenomenologien fanger meningen, strukturen og essensen av et fenomen hos en gruppe mennesker (12). Innen narrative analysestradisjoner vektlegges deltaker-

nes egne historier for å forstå og forklare menneskelige fenomener og man følger en fortelling over tid (11). I fenomenologien inntar man en uttalt beskrivende posisjon hvor menneskers erfaring betraktes som gyldig kunnskap. Man kan også innta en mer tolkende posisjon, som i hermeneutikken, der forskeren bruker det empiriske datamaterialet til å lete etter en bakenforliggende mening (11, 12). Alle tradisjonene har sine fordeler og ulemper, og grensene mellom dem er ikke helt tydelige. Hver forsker må selv vurdere hvilket perspektiv man er komfortabel med avhengig av sin bakgrunn. Kvalitative forskere støtter seg gjerne også på etablerte teorier eller modeller for bedre å forstå funnene, eller alternativt utvikler egne teorier for å forklare funnene. Eksempelvis kan teorier om «risk society» brukes i en avsluttende diskusjon for å bedre beskrive legemiddelbrukerens oppfatning av risiko ved bruk av legemidler (13). Dersom et spesifikt teoretisk perspektiv eller en tradisjon benyttes i en studie, forplikter dette også forskeren til å sette seg godt inn i dette eller denne.

Det er relevant for en farmasøyt å forstå ulike filosofiske tradisjoner, selv om farmasøytisk forskning ofte er rettet mot praktiske problemstillinger. Forskeren bør, i en artikkel, uavhengig av filosofisk tradisjon ha reflektert over og diskutert hvilket perspektiv som bringes med ut i feltet. Dette kan løses ved å skrive ned sin forforståelse (11, 14). I en forforståelse inngår det man allerede vet om problemstillingen, og hva man forventer å finne. Forforståelsen blir til god hjelp for å forstå egne holdninger, og kan brukes til å kontrollere resultatene man

finner. I det tidligere eksempelet vedrørende generisk substitusjon benytter ikke forskerne seg av en bestemt tradisjon, men reflekterer til gjengjeld over forskernes forforståelse og hvordan denne påvirket resultatene (2).

METODEVALG

Problemstillingen bestemmer hvilken forskningsmetode som benyttes (6, 11). Kvalitative forskere bruker ofte samtaler i form av intervju til å samle inn data. En intervjuguide utarbeides med utgangspunkt i problemstillingen, og blir et sentralt arbeidsverktøy. Intervjuguiden fungerer som et utgangspunkt for intervjuene. Avhengig av intervjumetode kan man tillate seg å avvike fra intervjuguiden i større eller mindre grad (15). Guiden bør legges ved en eventuell publikasjon. Kvalitative enkeltintervju blir utført som strukturerte intervju, semistrukturerte intervju eller som dybdeintervju. Strukturerte intervju er korte, brukes når temaet er sterkt avgrenset og inkluderer få standardiserte, åpne spørsmål. Ved bruk av denne metoden, avviker man ikke fra intervjuguiden (16). Semistrukturerte intervju benytter også en intervjuguide med åpne spørsmål som dekker det området man studerer. Den som intervjuer kan i dette tilfellet tillate seg å følge et interessant tema, selv om det avviker litt fra hovedtema for intervjuet. Dybdeintervju er mindre strukturert og dekker kanskje ett eller to tema, men til gjengjeld dekkes temaene enda mer detaljert (15).

Fokusgruppeintervju er en form for gruppeintervju, der hensikten er å samle inn forskningsdata (17). I tillegg til at forskeren stiller spørsmål, interagerer også deltakerne

Tabell 1. Forenklet sammenlikning av kvantitativ og kvalitativ metode, fritt etter Kuper et al. (5).

	Kvantitativ metode	Kvalitativ metode
Forskningsmetode – eksempler	Spørreundersøkelser, randomiserte kliniske studier, epidemiologiske studier	Dybdeintervjuer, fokusgruppeintervjuer, observasjonsstudier, dokumentanalyse
Kjernespørsmål	Hva? Hvorfor? Hvor mange? Søker etter årsak/effekt-forhold	Hvordan? Hvorfor? Søker etter å gi forklaringer og dypere forståelse for et fenomen
Dataformat	Tall	Tekst, video, bilder, lyd
Rekrutteringsmetode	Tilfeldig utvalg	Strategisk utvalg, heterogent utvalg
Dataanalyse – eksempler	Statistisk dataanalyse	Induktiv, teori- eller metodestyrte analyse, eller en kombinasjon. Eksempler på metodestyrte analyse: «grounded theory», narrativ eller innholdsanalyser, systematisk tekstkondensering
Forskers ståsted/forforståelse	Ekskludert (drøftes sjeldent spesifikt)	Inkludert (drøftes aktivt)

med hverandre. Deltakerne genererer sine egne spørsmål og på den måten er de med på å forme intervjuet. Ideen bak fokusgruppemetoden er at gruppeprosessen hjelper deltakerne til å utforske og oppklare deres meninger på en måte som ville blitt vanskelig i et enkeltintervju (11).

Intervjuer samsvarer ikke alltid med hva personer faktisk gjør eller mener (15). Derfor benytter kvalitative forskere seg også av observasjon. Dette gjøres gjennom systematisk observasjon av samtaler og oppførsel av dem man studerer (16). Andre muligheter er tekst- eller bildeanalyser av blant annet dokumenter eller dagbøker. Intervjuer og observasjoner kan tas opp på lydopptaker, eller på video, samt at det tas notater underveis.

UTVALG AV INFORMANTER

Man tilstreber ofte å ha et strategisk utvalg (purposive sampling) bestående av et rikt og variert utvalg av personer, for å få dekket alle sider ved problemstillingen (12). En forutsetning er at deltakerne har det som studeres til felles. I studien av farmasøytters erfaringer med generisk substitusjon inkluderte man farmasøytter som jobber på apotek. I et slikt tilfelle vil man ha deltakere med ulik alder og erfaringer, fra store og små apotek, apotek som er travle og apotek som er rolige, apotek i by og apotek på

bygda. På denne måten kan man si noe om holdningene på tvers av ulike farmasøytter og overførbarheten vil øke. Kvalitative studiers troverdighet øker ikke alltid med antall deltakere (18). Tvert imot kan et for stort antall medføre at dataanalysen blir overflattisk, fordi man ikke har mulighet til å analysere den store mengden av data som en slik studie genererer. Samtidig kan et for lite antall føre til at overførbarheten svekkes (14). I faglitteraturen brukes ordet metning som en betegnelse på når man har et adekvat utvalg. Metning er oppnådd når det ikke lenger fremkommer noe nytt i intervjuene eller i datamaterialet (11).

DATAANALYSE OG PRESENTASJON AV RESULTATENE

Målet med dataanalysen er å få frem enten nye beskrivelser, nyanser, begrep, mønstre eller teorier omkring problemstillingen (9, 11, 16, 19). Analysen er et tidkrevende arbeid. Før selve analysen transkriberes lydopptaket til tekst og notater struktureres. Teksten leses deretter flere ganger for å få et helhetsinntrykk (16). HyperResearch eller NVivo er eksempler på dataprogrammer som forenkler organiseringen av et datamateriale (20).

I analysetrinnet organiseres datamaterialet for å vurdere hvilken tolkning eller beskrivelse som er mest relevant for å belyse problemstillingen (11, 16). For å øke troverdigheten bør flere personer være involvert i analyseprosessen for å verifisere resultatene (21). Man kan velge å følge ulike anerkjente strategier, som viser veien fra rådata til resultat, som for eksempel «grounded theory», systematisk tekstkondensering, narrativ eller innholdsanalyser (9, 11, 16, 19). Alternativt kan man velge å gå sin egen vei, i større eller mindre grad. Uansett skal analyseprosessen beskrives slik at leseren ikke er i tvil om hva som faktisk er blitt gjort (16).

De fleste analysestrategier innebærer koding (sortering) av utsagn fra intervjuene (9, 11, 16, 19). Dette skjer enten etter kjente tema med opphav i intervjuguiden, teorier, tradisjoner eller etter nye tema som fremkommer i materialet. Avhengig av forskningstradisjon utformes det innenfor hvert tema en tolkende eller en beskrivende tekst som gjenspeiler utsagnene. Resultatene presenteres ofte ved at tekstene komplementeres med et typisk sitat. Presentasjonen av resultatene skal ikke utelukkende bestå av sitater. En slik fremstilling vil tyde på at analysen ikke er ferdig.

VITENSKAPELIGHET OG TROVERDIGHET

En del av kritikken mot kvalitative forskningsmetoder er at det ikke anses

- **Relevans** – Har forskningen bidratt til ny kunnskap vedrørende fenomenet i fokus?
- **Studiedesign** – Riktig metodevalg for å besvare problemstillingen?
- **Kontekst** – Beskrives dette på en tilstrekkelig måte, slik at leseren kan bedømme bruk i egen praksis?
- **Utvalg** – Har man f.eks. forsøkt å få et heterogent utvalg, ikke bare «tatt» det man fikk?
- **Datainnsamling og analyse** – Beskrives dette tilfredsstillende i metodedelene? Hvem har gjort analysen, én forsker alene eller i fellesskap?
- **Etikk** – Drøftes etiske problemstillinger?
- **Forforståelse** – Reflekterer forskeren/forskerne over sin egen rolle og påvirkning på resultatene?

Ramme 2. Huskeliste for «kvalitetssjekk» av kvalitative studier, fritt etter Pope og Mays (24).

som forskning. Å snakke med mennesker og observere hva de gjør er noe alle har erfaring med. Derimot vil systematisering av samtalen, observasjonen eller dokumenter med utgangspunkt i en konkret problemstilling gjøre det til forskning (9). For eksempel skiller et forskningsintervju seg således fra en vanlig samtale ved at målet er å produsere kunnskap (14).

Krav til vitenskapelighet og troverdighet avhenger ikke av bruk av kvalitative eller kvantitative metoder, natur- eller samfunnsvitenskapelige tradisjoner. Samtidig kan ikke kvantitative kvalitetsbegrep automatisk overføres til kvalitative studier, ettersom forskningens hensikt og mål er annerledes (11, 16, 22). Eksempelvis vil en psykolog, en sosiolog eller en farmasøyt vektlegge forskjellige ting når samme problemstilling studeres, selv om de bruker samme teoretiske rammeverk (10). Dette strider mot den kvantitative tankegangen vedrørende reliabilitet. Fordelen er at det åpnes for nye nyanser og kunnskap, noe som er i tråd med hensikten til kvalitativ forskning. Til slutt er det leseren som vurderer studiens overførbarhet til egen praksis. En kontroll av resultatene er at leseren kjenner seg igjen, men samtidig lærer noe nytt (11).

ETISKE PERSPEKTIVER

I henhold til helseforskningsloven skal etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og

Farmasøytisk praksis	<i>International Journal of Clinical Pharmacy</i> <i>International Journal of Pharmacy Practice</i> <i>Patient Education and Counseling</i> <i>Research in Social and Administrative Pharmacy</i>
Kvalitative metoder	<i>Qualitative Inquiry</i> <i>Qualitative Research</i>
Bøker	<i>Det kvalitative forskningsintervju</i> (14) <i>Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring</i> (11) <i>Real World Research</i> (19) <i>Qualitative Research & Evaluation Methods</i> (16) <i>Qualitative Research in Health Care</i> (9)

Ramme 1. Lesetips for farmasøytter.

personvernmessige forhold ivaretas (23). Den regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste skal som hovedregel alltid konsulteres før forskningsprosjekt startes opp. Informert samtykke er sentralt ved forskning som involverer mennesker. Det er viktig å opplyse deltakerne i en kvalitativ studie om at det er sannsynlig at deres utsagn vil bli sitert og publisert i anonymisert form. Samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart (23).

PRAKTISKE RÅD

Farmasøyer kan, gjennom å lese fagartikler og tidsskrifter eller selv å drive med kvalitativ forskning, videreutvikle evnen til å reflektere omkring egen praksis. Tips for videre lesning finnes i ramme 1. En sjekkliste kan hjelpe til for å vurdere kvaliteten av publiserte artikler. I ramme 2 gis et eksempel på en forenklet sjekkliste (24), men det finnes mange ulike versjoner i litteraturen (25, 26).

KONKLUSJON

Kvalitativ forskning kan være til hjelp for å forstå hvordan man kan videreutvikle egen praksis, og er en gullgrube for farmasøyer.

Takksgisler

Takk for et inspirerende kurs i kvalitative metoder (MEDKVFORSK) som ble holdt ved Universitetet i Bergen i samarbeid med Høgskolen i Molde våren 2013, og som ga grunnlaget for denne artikkelen. Takk også til professor Kirsti Malterud for tillatelse til bruk av figur 1. Vi vil i tillegg takke fagfellene for gode innspill. Til slutt takk til Stiftelsen til fremme av norsk apotekfarmasi for støtte i forbindelse med Karin Svensbergs doktorgradsarbeid, og til Norges forskningsråd for finansiering av Kristine Heitmanns stipendiatstilling.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

REFERANSER

1. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2468–72.
2. Olsson E, Sporrang SK. Pharmacists' experiences and attitudes regarding generic drugs and generic substitution: two sides of the coin. Int J Pharm Pract 2012; 20: 377–83.
3. Mandt I, Horn AM, Ekedahl A et al. Community pharmacists' prescription intervention practices-exploring variations in practice in Norwegian pharmacies. Res Social Adm Pharm 2010; 6: 6–17.
4. Montgomery A, Sporrang SK, Henning M et al. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. Pharm World Sci 2007; 29: 593–602.
5. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. BMJ 2008; 337: a288.
6. O' Cathain A, Thomas K. Combining qualitative and quantitative methods. I: Pope C, Mays N, red. Qualitative research in health care. BMJ books. 3. Utgave. Oxford: Blackwell Publishing, 2006: 102–9.
7. Britten N. Making sense of qualitative research: a new series. Med Educ 2005; 39: 5–6.
8. Harding G, Gantley, Taylor K. Analysing Qualitative Data. I: Taylor K, Harding G, red. Pharmacy Practice. London: Taylor & Francis. 2001: 486–91.
9. Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. BMJ books. 3. Utgave. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.
10. Jesson J, Pocock R. Survey Methods. I: Taylor K, Harding G, red. Pharmacy Practice. London: Taylor & Francis. 2001: 434–56.
11. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
12. Patton MQ. Variety in Qualitative Inquiry and Theoretical Orientation. I: Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods. 3. Utgave. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004: 75–142.
13. Nørgaard LS, Traulsen JM, Bissell P. Arguments for theory-based Pharmacy Practice research. Int J Pharm Pract 2000; 8: 77–81.
14. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.
15. Britten N. Qualitative interviews. I: Pope C, Mays N, red. Qualitative research in health care. BMJ books. 3. Utgave. Oxford: Blackwell Publishing, 2006: 12–9.
16. Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods. 3. Utgave. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.
17. Morgan DL. Focus groups. Annu Rev Sociol. 1996; 22: 129–52.
18. Morse JM. Determining Sample Size. Qual Health Res 2000; 10: 3–5.
19. Robson C. Real World Research. 2. utgave Oxford: Blackwell Publishers, 2002.
20. Weitzman EA. Analyzing Qualitative Data with Computer Software. Health Serv Res 1999; 34(5 Pt 2): 1241–63.
21. Hill CE et al. A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research. Couns Psychol 1997; 25(4): 517–72.
22. Lincoln YS, Guba EG. Establishing trustworthiness. I: Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Newbury Park: Sage Publications, 1985: 289–331.
23. Helse- og omsorgsdepartementet. LOV 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven).
24. Pope C, Mays N. Assessing quality in qualitative research. BMJ 2000; 320: 50–2.
25. Malterud K. Qualitative health research: standards, challenges, and guidelines. Lancet 2001; 358: 483–8.
26. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007; 19: 349–57.

Manuskriptet ble mottatt 3. januar 2014 og godkjent 25. mai 2014. ■



Wifstad Å
Helsefagenes etikk
En innføring

152 s. Universitetsforlaget 2013.
ISBN 978-82-15-02077-8

«Helsefagenes etikk» handler både om møtet med enkeltmennesket og om utfordringer på institusjons- og systemnivå. Hensikten med boken er å drøfte noen felles etiske utfordringer som alle helsearbeidere uansett profesjon bør kjenne til og reflektere over: Hva vil det si å arbeide for pasientens beste? Hva vil det si å lytte til pasienter og pårørende? Hvordan kan nærheten til pasienten være etisk krevende? Hvilke etiske hensyn er viktige innenfor helseopplysning? Hvordan kan man prioritere ulike helsetiltak?

Forfatter Åge Wifstad, førsteamanuensis i medisinsk filosofi ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, legger mer vekt på eksempler enn på etiske teorier og forankrer etikken i samfunnsoppdraget og lovgivningen. Teksten er pedagogisk godt tilrettelagt ved at hvert av de sju kapitlene avsluttes med en gjennomgang av hovedpunktene.

Boken er egnet for helsefagutdanning på universitets- og høyskolenivå.