



# Bachelorgradsoppgave

## HLR-minus i et sykepleieperspektiv DNAR from a nursing perspective

En studie i sykepleieres involvering i og erfaring med  
beslutningsprosessen om HLR-minus

A study in nurses' involvement and experience with the DNAR  
decision making process

Gunn Strugstad  
Kine Sundberg

Emnekode: SPU 110  
Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Avdeling for Helsefag, Levanger  
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



**HINT**

## Sammendrag

**Innledning:** Den medisinske utviklingen de siste årene har gjort det mulig å holde liv i mennesker lenger enn før. Dette fører til en etisk diskusjon om HLR-minus og om hvordan sykepleiere skal forholde seg til beslutningsprosessen.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven var å bidra til forbedring av hvordan HLR-minus håndteres, gjennom å belyse sykepleieres involvering i og erfaring med HLR-minus-prosessen i et sykepleiefaglig perspektiv.

**Metode:** Metoden brukt i denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. 12 originalartikler ble inkludert, 8 kvantitative og 4 kvalitative, fra tidsperioden 2001-2013.

**Resultat:** Artikkene viste at sykepleiere følte seg usikre. Prosedyrer og retningslinjer var mangelfulle og i mange tilfeller ikke-eksisterende. Det var et ønske om et bedre tverrfaglig samarbeid og økt kunnskap om HLR-minus blant helsepersonell. Pasientens autonomi var viktig og høyt verdsatt i Norge.

**Diskusjon:** HLR-minus så ut til å være et følsomt tema som var vanskelig å ta opp med pasienter. Dette kunne føre til mange etiske utfordringer. Å bidra til god kommunikasjon og god samhandling var et etisk ansvar for sykepleiere. Dette omfattet pliktene som fulgte av lovverket og de yrkesetiske retningslinjene.

**Konklusjon:** Det er ønskelig med større oppmerksomhet i norsk helsevesen om den krevende beslutningsprosessen for HLR-minus. I slike prosesser kan sykepleiere bidra positivt. Bedre prosedyrer og retningslinjer samt høyere kompetanse i etikk og kommunikasjon hos sykepleiere, kan bidra til at flere pasienter får en verdig død.

**Nøkkelord:** HLR, HLR-minus, sykepleie, beslutningsprosess, involvering, prosedyrer, autonomi, tverrfaglig, etikk, kommunikasjon

## Innhold

1.0	INTRODUKSJON .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt.....	3
2.0	METODE.....	4
2.1	Datainnsamling.....	4
2.2	Utvelgelse av artikler .....	5
2.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	5
2.3.1	Inklusjonskriterier.....	5
2.3.2	Eksklusjonskriterier .....	6
2.4	Analyse .....	6
2.5	Etiske overveielser.....	6
3.0	RESULTAT.....	8
3.1	Retningslinjer og prosedyrer for HLR og HLR-minus .....	8
3.2	Sykepleiers rolle ved kommunikasjon, informasjon og dokumentasjon. ....	8
3.2.1	Kommunikasjon mellom sykepleiere og leger .....	9
3.2.2	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.....	10
3.2.3	Informasjon om HLR-minus til pasienten.....	11
3.2.4	Dokumentasjon i journal om HLR-minus.....	11
3.3	Etiske dilemmaer .....	11
3.4	Autonomiens betydning i beslutningsprosessen .....	12
4.0	DISKUSJON.....	14
4.1	Resultatdiskusjon .....	14
4.2	Retningslinjer og prosedyrer for HLR og HLR-minus .....	14
4.3	Sykepleiers rolle ved kommunikasjon, informasjon og dokumentasjon. ....	16
4.3.1	Kommunikasjon mellom sykepleier og lege i beslutningsprosessen .....	16
4.3.2	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.....	18
4.3.3	Informasjon om HLR-minus til pasienten.....	19
4.3.4	Dokumentasjon i forhold til HLR-minus .....	20
4.4	Etiske dilemmaer .....	20
4.5	Autonomiens betydning i beslutningsprosessen .....	22
4.6	Metodediskusjon.....	24

5.0	KONKLUSJON .....	26
	Litteraturliste.....	27

## **VEDLEGG**

- 1. Oversikt over litteratursøk**
- 2. Vurdering av forskningsartikkel**
- 3. Oversikt over inkluderte artikler**
- 4. Eksempel på analyse av tema:**
- 5. Klinisk Etikk Komite Helse Nord-Trøndelag (HNT).**
- 6. Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR) Communication sheet**

Oppgavens omfang: 9.908 ord

## 1.0 INTRODUKSJON

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjerte-lunge-redning er nødvendig for å opprettholde liv når en pasient ikke reagerer på tiltale, er bevisstløs og ikke puster. Basal hjerte-lungeredning går ut på å gjennomføre munn-til-munn-innblåsing og utvendig hjertekompresjon for å opprettholde blodsirkulasjon og lungeventilasjon (Eikeland m.fl. 2011). Hjerte- og lungeredning (HLR) ble for første gang introdusert i 1960 i Maryland, USA. I 1966 ble det utarbeidet retningslinjer for HLR av American Heart Association, AHA (American Heart Association Guidelines 2010). På 1970-tallet kom uttrykket hjerte-lungeredning minus (HLR-minus). Dette skulle gjelde for pasienter som av forskjellige grunner ikke ønsket å bli gjenopplivet eller pasienter som hadde langt fremskreden sykdom som gjorde at HLR ikke var anbefalt (Burns m.fl. 2003).

Den medisinske utviklingen de siste årene har gjort det mulig å holde liv i mennesker lenger enn før. Dette medfører at det brukes betydelige ressurser på helsetjenester i livets slutfase. Det er mange verdier å ta hensyn til i denne fasen, så som respekten for menneskeverdet, plikten til å redde liv, likeverd, respekt for pasientens autonomi, faglig integritet samt prinsippet om en verdig død. Utfordringen blir å finne riktig behandlingsnivå og -intensitet i livets slutfase, samtidig som man skal kunne ta en beslutning om at nok er nok (Kunnskapssenteret 2012).

Det har vært to viktige oppslag om HLR-minus i NRK i 2014. Disse har primært gått på dårlige rutiner for dokumentasjon av HLR-minus (NRK Dagsrevyen 2014a) og manglende respekt for Livstestament (NRK Dagsrevyen 2014b). Dette kan tyde på at det ikke finnes tilstrekkelige retningslinjer eller kliniske prosedyrer for å håndtere HLR-minus. Intensjonen med oppgaven er å belyse problemstillingen i et sykepleiefaglig perspektiv. Ønsket er at denne studien kan sette HLR-minus på dagsorden i håp om en framtidig forbedring av systemet og arbeidssituasjonen for sykepleiere.

I Norge kom det i 2002 et rundskriv fra Statens Helsetilsyn om forhåndsvurdering ved unnlatelse av å gi hjerte-lungeredning og journalføring av disse. Hensikten med rundskrivet var å gi klarere retningslinjer for helsepersonell i forhold til HLR-minus. I tillegg til dette ble alle somatiske sykehus i Norge anbefalt å ha egne skriftlige retningslinjer for forhåndsvurdering av pasienter hvor det kunne være aktuelt å ikke igangsette hjerte-lungeredning (Statens Helsetilsyn 2002). Rundskrivet ble i 2009 erstattet av en nasjonal veileder fra Helsedirektoratet: «Beslutningsprosesser ved begrenset livsforlengende behandling» (Helsedirektoratet 2013). Veilederen omhandler livsforlengende behandling generelt og omtaler HLR spesifikt kun med noen få ord:

*«Når det er enighet i behandlingsteamet om at hjerte-lungeredning ikke skal iverksettes ved hjertestans, skal dette journalføres. Det kan være viktig at pasient/pårørende er innforstått med beslutningen. Dersom hjerte eller respirasjonsstans oppstår før informasjon er gitt, skal hensynet til pasienten ha første prioritet, og ikke-medisinsk indisert HLR skal ikke settes i gang.» (Helsedirektoratet 2013 s.25).*

Ifølge veilederen skal en beslutning om å gi eller begrense livsforlengende behandling bygge på en sikrest mulig vurdering av de medisinske forholdene, både når det gjelder diagnose og prognose. I tilfeller hvor kompleksiteten, usikkerheten og uenigheten rundt beslutningsprosessen er stor, kan spørsmålene drøftes av helsepersonell sammen med helseforetakenes klinisk etikk komité (KEK). KEK har en rådgivende funksjon. Det er behandlingsansvarlig lege som tar den endelige beslutningen. Den skal tas på et bredt grunnlag hvor ulike vurderinger har kommet fram. Dette betyr at pleiepersonell helst skal delta i beslutningsprosessen (Helsedirektoratet 2013). På bakgrunn av dette er det viktig å belyse hvordan sykepleiere i praksis deltar i, forstår og håndterer beslutningsprosessen.

HLR-minus og beslutningsprosessen er et tema som er faglig, etisk og emosjonelt svært krevende for pasient, pårørende og beslutningstakere. Derfor er det særdeles viktig å håndtere det på en god måte. Avgjørelsene om å avslutte livsforlengende behandling og ikke gi HLR bør foregå i et tverrfaglig forum og følge nasjonal veileder (Ranhoff 2010). Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig i beslutningsprosessen og kan ifølge Eide og Eide (2011) trenes opp ved å benytte de muligheter som finnes til å reflektere over seg selv og sin praksis. God kommunikasjon skal være hjelpende og pasientrettet. I lovverket ligger det klare føringer for pasientens selvbestemmelsesrett (pasient- og brukerrettighetsloven § 4) og helsepersonells øyeblikkelig-hjelp plikt (Helsepersonelloven § 7). Avveiningene mellom retten pasienter har og plikten helsepersonell har, kan være vanskelige i møte med alvorlig syke og døende pasienter (Helsedirektoratet 2013).

Pasienten kan ha et «Livstestament» hvor det skriftlig er tatt stilling til livsforlengende behandling. Hvis pasienten har et gyldig livstestament, bør det respekteres (Helsedirektoratet 2013).

Sykepleiere har fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Bondevik 2012). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) presiseres følgende:

*"2.9 Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død".*

*"2.10 Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling".*

Utgangspunktet for klinisk sykepleie er møtet mellom sykepleieren og den enkelte pasienten. En god relasjon gjør det mulig å virkeliggjøre faglige mål. Her kommer viktige etiske prinsipper inn: velgjørenhet, ikke skade, autonomi, rettferdighet og barmhjertighet. Etikk handler om refleksjon over hva som er rett og galt. Etske dilemma handler om vanskelige valg, hvor flere verdier står opp mot hverandre. En skal også være oppmerksom på at hensynet til etisk prinsipp i forhold til selvbestemmelse, kan komme i konflikt med hensynet til velgjørenhet. For å styrke den etiske kompetansen er det nødvendig med etisk refleksjon (Nortvedt 2012).

Joyce Travelbee (2011) er i sin sykepleieteori opptatt av ordet menneske og definerer det som et unikt og uerstattelig individ. Hun sier også at det i virkeligheten ikke finnes pasienter, men kun enkeltmennesker som behøver omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker. Sykepleieren skal i den forbindelse bruke seg selv terapeutisk, det vil si, bruke sin personlighet og kunnskaper for å bevirke forandring hos den syke. Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk viser hun/han en dyp innsikt i det å være menneske. Travelbee (2011) mener at det er sykepleierens oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Det vil si å forholde seg til hverandre som to unike menneskelige individer. Relasjonen bygges etterhvert som sykepleieren samhandler med pasienten. Menneske-til-menneske-forholdet gir sykepleieren en unik mulighet til å oppfatte hvordan pasienten tenker, føler og oppfatter situasjonen. Ved å vise interesse for pasienten som et unikt menneskelig individ, vil sykepleiehandlingene bære preg av sympati og medfølelse og dermed lindre eller redusere pasientens plager. Da har sykepleieren oppnådd tillit hos den syke og forholdet vil utvikle seg til gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee 2011).

Fra et sykepleieperspektiv er sykepleiers involvering i prosessen rundt livets avslutning viktig, siden vurderingene oftest går ut på hva slags behandling som er til pasientens beste. Disse vurderingene krever kjennskap til pasientens verdier og livssyn (Kunnskapssenteret 2012). Sykepleieres indre trygghet i form av tilliten de møter hos pasienten når en god relasjon er skapt, og den ytre tryggheten i form av god kommunikasjon og tid til å ivareta den syke, er med på å styrke relasjonen og med det kjennskapet til pasientens ønsker og behov (Mathisen 2011).

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å bidra til forbedring av hvordan HLR-minus håndteres, gjennom å belyse sykepleieres involvering i og erfaring med HLR-minus prosessen i et sykepleiefaglig perspektiv.

## 2.0 METODE

Metode kan forstås som en fremgangsmåte eller et middel til å løse problemer, komme frem til ny kunnskap og etterprøve påstander som fremstilles som sanne, gyldige eller holdbare (Dalland 2008). Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. Gjennom en slik studie søker man systematisk etter litteratur, gransker den kritisk og samler relevant litteratur fra et valgt område (Forsberg og Wengström 2008; Polit og Beck 2012). Allmenne litteraturstudier skal hjelpe sykepleiere til å tilegne seg ny og relevant forskning, da bøker ikke alltid er oppdaterte (Forsberg og Wengström 2008). Metoden er redskapet som brukes for å samle inn informasjonen som behøves til undersøkelsen som skal gjøres (Dalland 2008). Den viktigste informasjonen brukt i en litteraturstudie er artikler skrevet av forskere, som har utført forskningen (Polit & Beck 2012).

### 2.1 Datainnsamling

Ut fra hensikten med studien ble kjerneordene brukt som emne- og søkeord. I tillegg ble andre relevante søkeord brukt. Litteratursøkene ble foretatt i anerkjente databaser som Medline, Cinahl, SweMed+, Google Scholar og Helsebiblioteket. To av de viktigste databasene når det gjelder sykepleieforskning er ifølge Polit og Beck (2012) Cinahl og Medline. Disse databasene kan man også finne ved å gå via PubMed, men da vil man ekskludere mange artikler i andre tidsskrifter som kan være relevante (Polit og Beck 2012). For å få treff på flest mulig relevante tidsskrifter, ble søkene primært gjort på Medline. Søkeordene ble kombinert i en fritekstsøking med hjelp av AND og OR for å få relevante treff (Forsberg og Wengström 2008). For å finne eventuell norsk forskning, ble det også søkt i Sykepleien Forskning og Tidsskrift for Den norske Legeforening, men uten resultat. Utover dette ble det utført håndøk i referanselisten til aktuelle artikler.

Søkeordene som ble brukt var: HLR, HLR minus, Res minus, Etikk, Etske dilemma, Autonomi, Dokumentasjon, Livstestament, Retningslinjer, Etikk komiteer, Involvering, Erfaring, DNR, DNAR, Ethics, Ethical dilemmas, Autonomy, Documentation, Advance Directives, Commitment, Death, Choice, Decision making, Involvement, Experience, Cardiopulmonary resuscitation. Det var vanskelig å få treff på artikler når ordet sykepleier/nurse og sykepleie/nursing ble kombinert med øvrige søkekriterier, derfor ble de utelatt. For å utvide søkene ble alltid «explode» haket av. Alle inkluderte artikler ble vurdert i forhold til relevans både til problemstillingen og sykepleiefaget. Forøvrig vises til vedlegg 1: Oversikt over litteratursøk.



Tabell 1: Eksempel på litteratursøk

Dato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antalltreff	Antall leste abstract	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkl. artikler
27.01.14	Medline	Abstract	Resuscitation AND Cardiopulmonary resuscitation AND ethics AND DNAR	5	2	1	1

## 2.2 Utvelgelse av artikler

Søkene kunne i første omgang lede til mange tusen treff, men ved å avgrense søket med publiseringsår, språk og flere søkeord, ble antall treff redusert. Først ble titlene lest. Dersom tittelen var interessant, ble abstraktet lest. De artiklene som så ut til å ha størst relevans for oppgaven, ble så lest i sin helhet. I noen tilfeller ble ikke artiklene funnet i fulltekst og de måtte søkes opp via andre databaser, som ScienceDirect, Clinical Nursing Studies og Swiss Medical Weekly. Disse er også anerkjente internasjonale databaser med kvalitetssikrede og fagfellevurderte artikler.

20 artikler ble gransket og vurdert i sin helhet. HiNT's tabell «Vurdering av forskningsartikkel» ble brukt i granskningen (Vedlegg 2: Vurdering av forskningsartikkel). Denne var en hjelp til vurdering av artiklene og organisering av artiklenes resultater.

12 artikler ble vurdert som relevante for oppgaven, 8 kvantitative og 4 kvalitative, fra tidsperioden 2001 til 2013 (Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler). Av de 12 artiklene ble 4 funnet via håndsøk i referanselister fra andre artikler.

## 2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

### 2.3.1 Inklusjonskriterier

Artiklene som er inkludert i studien er originalartikler som omhandler HLR, HLR-minus og sykepleieres involvering i og erfaring med dette. Originalartikler var et av kravene i oppgaven. Oversiktsartikler (reviews) er imidlertid tatt med i introduksjons- og diskusjonskapittelet. Artikler om etikk og omsorg ved livets slutt er også inkludert, da dette er viktige aspekter i forhold til beslutningsprosesser ved livets slutt (Helsedirektoratet 2013). Artiklene ble forsøkt holdt innenfor en tidsramme på ti år, for å få den nyeste forskningen på området. En artikkel fra 2001 er imidlertid også inkludert, på grunn av artikkelens relevans i forhold til hensikten. Oppgaven vektlegger samtykkekompetente pasienter (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012, § 4-3). En av artiklene

omhandler ikke-samtykkekompetente pasienter, men er likevel tatt med på grunn av fokuset på sykepleierens rolle i forhold til medisinsk etikk og pasientens autonomi.

### 2.3.2 Eksklusjonskriterier

Pasient- og pårørendeperspektivene er sentrale i en slik oppgave, men de ble ekskludert på grunn av oppgavens omfang. Det ble funnet forskning om temaet fra hele verden, men artikler fra land som det ikke vil være naturlig å sammenligne Norge med, ble ekskludert. Pasientgruppen som ble valgt ekskluderte barn og ikke-samtykkekompetente pasienter. Artikler som ikke var tilgjengelige i fulltekst eller som måtte kjøpes, ble også ekskludert.

## 2.4 Analyse

Analysen er prosessen som skal vise hva funnene i materialet er og hva disse forteller (Dalland 2004; Polit & Beck 2012). Man kan anta at realitetene kan tolkes på forskjellige måter og forståelsen er avhengig av den subjektive tolkningen (Graneheim og Lundman 2004). Utfordringen er å minske mengden informasjon og identifisere et mønster. På den måten bygges et rammeverk slik at man kan presentere kjernen i resultatet (Forsberg og Wengström 2008). De 12 utvalgte forskningsartiklene ble lest gjennom flere ganger, kritisk vurdert og analysert. Funnene i artiklene ble så sammenfattet i kategorier. Artiklene ble tolket etter Graneheim og Lundman (2004) sin kategoribaserte tekstanalyse som deles inn i meningsenheter, subkategorier og kategorier. Som Polit og Beck (2012) poengterer, ble artiklene lest minst to ganger for å få en grundigere forståelse av hva artiklene omhandlet. Det ble også gjort notater i marginen og nøkkelord/setninger ble markert. Slik ble relevante meningsenheter identifisert og videreført til subkategorier og kategorier. Meningsenhetene ble til slutt sammenfattet til fire kategorier: Retningslinjer og prosedyrer for HLR og HLR-minus; Sykepleiers rolle i forhold til kommunikasjon, informasjon og dokumentasjon; Etske dilemmaer og Autonomiens betydning i beslutningsprosessen. Det vises for øvrig til tabell i vedlegg 4 som viser meningsbærende enhet, subkategori og kategori for en av meningsenhetene: Etske dilemmaer.

## 2.5 Etske overveielser

Med bakgrunn i Nürnberg-kodeksen som senere ble videreført til Helsinki-deklarasjonen, er det utarbeidet etske retningslinjer for sykepleieforskning (Dalland 2004; Polit og Beck 2012). Disse skal være med på å beskytte forsøkspersoner. De forskningsetiske utfordringene i litteraturstudien vil være problemer som er knyttet til bruken av forskningsresultater. Ved å forske på mennesker påtar man seg et ansvar overfor både enkeltpersoner, institusjoner og samfunnet, noe som betyr at det er nødvendig å vise aktsomhet (Dalland 2004).

I oppgaven er forfatterens bidrag anerkjent ved å bruke kildehenvisning. Plagiering er unngått. Direkte sitater er brukt i henhold til retningslinjene. Akademisk redelighet er viktig, da man gjennom kunnskapen som formidles bidrar til kunnskapsutvikling. Forutsetningen er at kildene er etterrettelige (Dalland 2012).

I 5 av artiklene var det dokumentert godkjenning fra etisk komité. De resterende artiklene ble funnet i databaser som Medline og PubMed som i følge Polit og Beck (2012) er de fremste internasjonale kildene til biomedisinsk litteratur.

Opgaven har et sykepleieperspektiv. Forskningen i 11 av artiklene var utført med sykepleiere som informanter. I en artikkel var leger informanter. Etske kriterier som at informantenes rettigheter var beskyttet i form av anonymitet og frivillighet, var ivaretatt. All informasjon ble behandlet konfidensielt. Informantene hadde mottatt informasjon om studien og de hadde samtykket i å delta. Etikk i forskning involverer beskyttelse av individet og beskyttelse av offentlig tillit. Dette medfører at fabrikking av data, manipulering av forskning og plagiering av andres ideer, resultater eller ord uten å henvise til kilden, er uetisk (Forsberg og Wengström 2008; Polit og Beck 2012).

## 3.0 RESULTAT

Pleie av syke ved livets avslutning kan for mange være både en personlig og faglig utfordring. Døden er en naturlig del av livet, men siden vår kultur feirer livet er ofte døden et ubekvent tema. I møte med disse utfordringene behøves kunnskap og erfaring for å håndtere det på en god måte.

### 3.1 Retningslinjer og prosedyrer for HLR og HLR-minus

Uklare retningslinjer og prosedyrer for HLR-minus går igjen i flere av artiklene (Giles og Moule 2004; Næss 2008; O'Hanlon m.fl. 2013; Robinson m.fl. 2007; Sævareid og Balandin 2011). I en studie av Næss (2008) i Norge, svarte over halvparten av respondentene at de ikke visste om det eksisterte retningslinjer for HLR-minus-beslutninger ved deres sykehus. I følge studien fantes det ingen nasjonal veileder i Norge, kun anbefalinger. Dermed kunne de ha store utfordringer med å gi informasjon som var forståelig for pasienten. Dette understøttes også i artikkelen til Sævareid og Balandin (2011) hvor sykepleiere er uvitende om gjeldende veiledere og burde hatt mer kunnskap og oppdateringer om dette. I HLR-minus-situasjoner anså deltagerne i undersøkelsen det som viktigst å følge norsk lov og de yrkesetiske retningslinjene.

I en irsk studie av O'Hanlon m.fl. (2013) ble sykepleieres syn når det gjelder HLR-prosessen ofte oversett. Kun 22 % av sykepleierne mente at de burde ha en rolle i beslutningsprosessen, resten mente at dette kun var et legeansvar. Til tross for dette funnet, kom det i samme studie fram at det burde tydeliggjøres gjennom nasjonal veileder og beslutningsprosesser for gjenopplivning, at sykepleiere burde inngå i prosessen. De så også at et tverrfaglig team bestående av leger og sykepleiere i fellesskap burde komme frem til grunnlaget for beslutningen. Det endelige vedtaket burde bli fattet av ansvarshavende lege, men sykepleiernes innspill burde veie tungt. I en nord-irsk studie av Robinson m.fl. (2007) kom det også fram at retningslinjene for HLR-minus var uklare, slik at de ga rom for ulike tolkninger. Sykepleierne i studien følte usikkerhet når de skulle overføre teori til praksis.

### 3.2 Sykepleiers rolle ved kommunikasjon, informasjon og dokumentasjon.

Sykepleiers rolle i sykepleietjenesten er å vurdere, planlegge og utføre sykepleie. Dette innebærer å vurdere pasientens tilstand eller endring i tilstand og iverksette tiltak som bidrar til å opprettholde liv og funksjoner eller til en fredfull død. Kommunikasjon, informasjon og dokumentasjon er viktige oppgaver i sykepleiefaget.

### 3.2.1 Kommunikasjon mellom sykepleiere og leger

I Beckstrand m.fl. (2006) fant de at leger ofte overlot ansvaret for kommunikasjon med pasienten til sykepleierne. Sykepleierne på sin side ønsket bedre kommunikasjon med leger for å kunne samle seg om et felles mål for pasienten og pleien rundt livets slutt. Sykepleierne tok ofte initiativ til samtaler om beslutningsprosessen og de kunne være frustrerte over at legene vegret seg mot å ta opp slike samtaler. Samtidig følte de også en lettelse over at det var legene som måtte ta ansvaret for beslutningen (Robinson m.fl. 2007, Sævareid og Balandin 2011). Robinson m.fl. (2007) fant at sykepleierne ser på tverrfaglig teamarbeid som viktig i beslutningsprosessen om gjenopplivning, men de følte ofte at deres bidrag i prosessen ble undervurdert. Sykepleierne kunne fortsatt oppleve en hierarkisk modell hvor legen bestemte uten å rådføre seg med sykepleierne. Dette kunne føre til kommunikasjonsbarrierer i helseteamet. Sykepleierne ønsket seg mer kontinuerlig faglig støtte fra legene. I Benbenishti m.fl. (2005) viste studien at det er betydelige forskjeller mellom regionene nord og sør i Europa i forhold til initiativtaking og enighet mellom leger og sykepleiere i beslutningsprosesser ved livets slutt. Samtidig viste studien at enigheten mellom de to profesjonene var stor når avgjørelsen først var tatt.

I følge Sævareid og Balandin (2011) følte sykepleierne at det til enkelte tider var vanskeligere å få tatt beslutninger om HLR-minus, spesielt netter, helger og ferier. Beslutninger ble ofte utsatt på grunn av legens utilgjengelighet og manglende erfaring og kjennskap til pasienten. Sykepleierne følte imidlertid god støtte i sykepleierkollegiet og solidariteten med fellesskapet gav dem en selvtillit til å initiere samtale med lege om temaet.

Som i flere andre studier viser også den sveitsiske studien av Imhof m.fl. (2011), at sykepleiere er de som utfordrer legene til å ta en beslutning om HLR-minus. Diskusjonen startet normalt når sykepleieren observerte forverring i pasientens helsetilstand. Sykepleiere uttalte at prosessen med å få på plass en HLR-minus beslutning for pasienten var en utfordring som krevde profesjonell, menneskelig og relasjonell erfaring. Den konkrete beslutningsprosessen bestod i å søke konsensus om HLR/HLR-minus.

Det var enighet blant begge profesjonene om at leger bør konsultere sykepleiere og diskutere deres oppfatning av situasjonen og pasienten før HLR-minus ble vurdert (Giles og Moule 2004). Til tross for dette følte kun 33 % av sykepleierne i studien at de ofte ble involvert i slike diskusjoner. Over halvparten av sykepleierne i undersøkelsen, 53 %, var enige i at legen hadde ansvaret for beslutningen.

I De Gendt m.fl. (2006) sin undersøkelse svarte 74.7 % at minst en sykepleier var involvert i den siste aktuelle situasjonen rundt samtaler om HLR-minus. De fleste avdelingssykepleierne syntes at deres team ble tilstrekkelig involvert av legen i disse samtalene, mens 28.2 % av avdelingssykepleiere følte de ikke ble involvert. I en studie av McMillen (2008) uttrykte sykepleierne at erfaring i yrket var en viktig faktor for om de ble involvert av legen i beslutningsprosessen. Sykepleieren tilbragte mest tid med pasienten og kunne slik få informasjon som de videreformidlet til legene.

### 3.2.2 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Sykepleierne i undersøkelsen til Sævareid og Balandin (2011) mente at det å ta opp HLR-minus med pasientene burde blitt gjort oftere og tidligere i sykdomsforløpet. De mente at det var viktig å gi pasientene mulighet til å snakke om HLR-minus, slik at de kunne uttrykke klart hva de ønsket. Dette gjorde at sykepleierne kunne føle seg trygge på at de oppfylte pasientenes ønsker og at de fulgte de juridiske kravene til HLR-minus. Sykepleierne ville gjerne respektere pasientenes ønsker og tok derfor initiativ til å snakke med legene om dette. Sykepleierne i studien så på HLR-minus som en måte å bevare pasientens verdighet på slutten av livet og unngå nytteløs behandling. På grunn av dette ønsket sykepleierne at HLR-minus skulle bli besluttet oftere.

O'Hanlon m.fl. (2013) har skrevet en artikkel hvor de utforsker sykepleieres forhold og meninger om HLR-minus. Mange kliniske områder mangler en prosedyre for HLR-minus. 91 % av sykepleierne svarte at de som standard behandling ville starte gjenopplivning om det ikke var fastsatt HLR-minus. 70 % svarte at legen bare enkelte ganger diskuterte HLR-minus med sykepleier og at 15 % av legene aldri kommuniserte med sykepleiere om dette. 52 % mente at det burde vært prosedyre å spørre pasienter om de ønsket å bli gjenopplivet. 35 % har vært uenige med lege om HLR-minus skulle journalføres eller ikke. Ønsket fra sykepleierne om at legene kunne ta mer initiativ til å beslutte HLR-minus når det er helt åpenbart at en pasient høyst sannsynlig ikke ville overleve et gjenopplivningsforsøk, understøttes også i Sævareid og Balandin (2011) sin studie. Det var fortsatt enighet om at pasienter skulle informeres og involveres mest mulig. Bare 25 % følte det var et sykepleieansvar å informere pasienten om HLR-minus. Nesten halvparten av sykepleierne ønsket å se alle pasienter forespurt om HLR-minus ved innleggelse i sykehus. 45 % var enige i at pasienter alltid skulle informeres om en HLR-minus avgjørelse og 47 % sa at de burde informeres noen ganger. I enkelte situasjoner mente informantene at det var bedre for pasienten at man ikke informerte om HLR-minus, særlig i situasjoner der det ikke var medisinske løsninger (O'Hanlon m.fl. 2013).

### 3.2.3 Informasjon om HLR-minus til pasienten

Imhof m.fl. (2011) har funnet at relevant informasjon om pasientens situasjon og/eller ønsker og preferanser ikke var tilgjengelige og ikke ble sett på som viktige ved innkomsttidspunktet til sykehuset. Fokuset ved innkomst var på den aktuelle diagnosen og anamnesen. Når det etter hvert ble vurdert om HLR eller HLR-minus skulle iverksettes, brukte legene, så vel som sykepleierne, medisinsk kunnskap og kunnskap om pasienten til å forsvare sin beslutning. I en norsk studie ser Næss (2008) på sykepleieres holdninger og erfaringer med HLR-minus i sykehus. Sykepleierne i studien spilte en aktiv rolle i beslutningsprosessen. De var klare på at det endelige ansvaret skulle ligge hos legen, men ønsket en interaktiv beslutningsprosess hvor sykepleieres kompetanse og kunnskap om pasienten ble tatt hensyn til. Studien viser at sykepleiere hadde en positiv holdning til å informere pasienter når en HLR-minus beslutning skulle vurderes, men den sier også at 50 % av sykepleierne hadde opplevd pasienter med en HLR-minus beslutning i journalen hvor pasienten ikke var blitt informert. 28 av 40 respondenter i studien sa at noen av de siste pasientene de hadde jobbet med som var HLR-minus, hadde blitt informert. Når sykepleiere ble spurt om deres generelle erfaringer med HLR-minus, svarte halvparten at de ofte hadde møtt pasienter som ikke var informert.

### 3.2.4 Dokumentasjon i journal om HLR-minus

I følge Giles og Moule (2004) mente hele 94 % av sykepleierne at pasientens HLR status måtte journalføres og bli rapportert muntlig ved hvert vaktskifte. Sykepleierne mente det var vanskelig å dokumentere HLR-minus på riktig måte i journalen, da dette ikke har vært standardisert. Sykepleierne hadde opplevd at legene brukte forskjellige fraser eller koder for å indikere HLR-minus og at dette hadde skapt usikkerhet og misforståelser.

## 3.3 Etske dilemmaer

Det er mange etiske dilemmaer knyttet til beslutningsprosesser om gjenopplivning i livets sluttfase. I Sævareid og Balandin (2011) uttrykte alle respondentene at de følte på de etiske utfordringene i studien. Det vanskeligste dilemmaet for sykepleierne var å sette i gang HLR på en pasient hvor forsøket var dømt til å mislykkes. Det at HLR-minus ikke var avklart var i tillegg en stressfaktor for sykepleierne (De Gendt m.fl. 2006; Sævareid og Balandin 2011). Videre har Sævareid og Balandin (2011) funnet at for norske sykepleiere stod lovverket og de yrkesetiske retningslinjene sterkt. Undersøkelsen viste at alle respondentene ville utført HLR i tilfeller hvor det ikke forelå en HLR-minus-beslutning, selv om de følte at det ikke var etisk riktig. Det største dilemmaet kom når det var behov for HLR på de eldste eldre. Vissheten om at få ville overleve gjenopplivningsforsøket, i tillegg til de fysiske skadene forsøket kunne utsette dem for, var en stor belastning for sykepleierne. De

fleste deltakerne i undersøkelsen mente at muligheten for god livskvalitet etter gjenopplivningen var viktig for i det hele tatt å foreta HLR.

Det viste seg å være stor forskjell mellom holdninger til og erfaring med informasjon gitt til pasienten i beslutningsprosessen. I Næss (2008) sin studie svarte 70 % av respondentene at pasientene var informert. Likevel hadde kun 23 % av respondentene opplevd at samtykkekompetente pasienter hadde HLR-minus i sin journal. Respondentene hadde ofte støtt på pasienter som ikke hadde fått informasjon. Forskjellen kunne forklares med mangelfull kunnskap og trening i å håndtere etiske dilemmaer, noe som gjorde at de kviet seg for slike samtaler. Det kunne påføre pasienten ytterligere problemer å ta opp HLR-minus, når pasienten allerede var i en sårbar situasjon. I følge den norske pasient- og brukerrettighetsloven kunne informasjon til pasienten bli holdt tilbake forutsatt at det var en veldokumentert avgjørelse. I studien til Richter og Eisemann (2001) poengteres det at intensiv og kontinuerlig undervisning av sykepleiere i medisinsk etikk er nødvendig for å ivareta pasientens autonomi bedre.

Sykepleierne ønsket at behandling skulle avsluttes på et tidligere tidspunkt enn legene ville. I Beckstrand m.fl. (2006) uttrykker sykepleierne at man måtte lære å sette en grense for å unngå overbehandling. De følte seg ofte fanget mellom teknologi og realitet. De mente at døden var en prosess mer enn en hendelse og at den måtte få gå sin naturlige gang.

Norge var med i en undersøkelse som omfattet 20 europeiske land, om holdninger vedrørende etiske aspekter ved gjenopplivning. Studien gjort av Baskett og Lim (2004) konkluderer med at det ikke var mulig å finne klare og riktige svar ved mange etiske spørsmål. Resultatet i artikkelen avslørte store internasjonale variasjoner i oppfatningen av etiske dilemmaer og en tendens til større respekt for selvbestemmelse.

### **3.4 Autonomiens betydning i beslutningsprosessen**

Respekten for pasientens autonomi står sterkt hos sykepleierne i Sævareid og Balandin (2011) sin studie. Deltakerne i studien ønsket at HLR og HLR-minus skulle bli diskutert mer fullstendig med pasienten, slik at vedkommende kunne ta informerte valg om sin egen behandling. Studien til Næss (2008) viste at det optimale var at pasienten deltok i diskusjonen og tok standpunkt til HLR-minus, men sykepleiernes erfaringer var at realiteten var annerledes.

Sykepleierne mente at det var like viktig å ta hensyn til at ikke alle pasientene ønsket å delta i beslutningsprosessen. HLR-minus er et følsomt tema og man ønsket ikke å tilføre pasienten unødig



angst eller bekymringer i den sårbare situasjonen som pasienten allerede var i (Giles & Moule 2004; Næss 2008). I Robinson m.fl. (2007) mente sykepleierne at pasientens autonomi burde bli ivaretatt, men ikke for enhver pris.

Livstestament er et dokument som aktualiseres ved beslutninger om livets slutt. I dokumentet kan sykepleier få vite om og følgelig forholde seg til pasientens ønske om behandling ved livets slutfase. Sykepleierne i studien til Beckstrand m.fl. (2006) mente at et Livstestament burde bli juridisk bindende. De uttrykte at dokumentet i dag fungerer som en «veileder», som man kan velge om man vil følge.

## 4.0 DISKUSJON

### 4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med litteraturstudien er å belyse sykepleieres involvering i og erfaring med HLR-minus-prosessen. Ut ifra sykepleieperspektivet er det fire hovedfunn som er mest framtrepende:

- Gode retningslinjer og prosedyrer er viktig for å få til en god prosess.
- Tverrfaglig samhandling mellom helsepersonell, samt samhandling mellom sykepleier og pasient når det gjelder både kommunikasjon, informasjon og dokumentasjon, er en annen viktig faktor.
- Pasientens autonomi er blitt viktigere med årene og verdsettes i dag høyt i Norge.
- Temaet HLR-minus bringer fram flere etiske problemstillinger. Disse er vanskelige å håndtere i beslutningsprosessen og uten noe fasitsvar.

I Norge finnes en veileder for beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling. HLR-minus omtales med få ord i denne veilederen. Det kan oppfattes slik at HLR-minus også er en begrenning av livsforlengende behandling siden begrepet ikke blir omtalt noe annet sted.

### 4.2 Retningslinjer og prosedyrer for HLR og HLR-minus

I nasjonal veileder for beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling står det: «En beslutning om å begrense livsforlengende behandling bør alltid bygge på drøftinger i det tverrfaglige behandlingsteamet rundt pasienten. Det er den behandlingsansvarlige legen som treffer beslutningen» (Helsedirektoratet 2013). I dette ligger en forventning om at sykepleiere bør trekkes inn i beslutningsprosessen, først og fremst på grunn av den nære relasjonen til pasienten, men også på grunn av det etiske og sykepleiefaglige ansvaret i livets slutfase.

Resultatet viser høy grad av uvitenhet om gjeldende lovverk, prosedyrer, veiledere og retningslinjer knyttet til HLR-minus-beslutninger (Giles og Moule 2004; Næss 2008; O'Hanlon m.fl. 2013; Robinson m.fl. 2007; Sævareid og Balandin 2011). Sykepleierne skal i hovedsak forholde seg til Helsepersonelloven i sin yrkesutøvelse. Sykepleien skal være kunnskapsbasert, det vil si at sykepleierne må holde seg oppdatert om nyeste forskning, bruke faglig skjønn bygget på klinisk erfaring og etiske vurderinger, ivareta pasientens behov og ønsker, og legge til rette for at pasienten selv kan ta velinformerte valg. I tillegg plikter arbeidsgiver å legge til rette for at det skal være mulig å holde seg faglig oppdatert.

Gode rutiner er et systemansvar. De yrkesetiske retningslinjene framhever at sykepleierne har et «faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleien, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere

2011). Disse skal være en hjelp til å utøve faglig og etisk skjønn og ut i fra dette ta en beslutning. I mangel på klare retningslinjer velger de fleste sykepleierne å forholde seg til lovverket, når de kommer i en situasjon hvor det er uklart om pasienten har en HLR-minus beslutning. De juridiske føringene påvirker den kliniske praksisen. Dette understøttes også i studien til Aasmul (2009). En sykepleier i Sævereid og Balandin (2011) sin studie sa at i tilfeller der HLR-minus ikke var besluttet, ville hun ha startet HLR for å holde seg innenfor lovens bestemmelser. Dette kan tolkes slik at det juridiske aspektet ble prioritert foran det etiske. Fordelen med nasjonale retningslinjer er at de vil gi samme føringer for alle. Samtidig vil det være en fordel om disse ikke er så detaljerte at de ikke gir rom for klinisk skjønn.

Sykepleier har et moralsk ansvar og en etisk plikt i møtet med etiske spørsmål og dilemmaer. Når verken gode retningslinjer eller beslutning om HLR-minus er på plass, kan det føre til forsterkede etiske dilemmaer, stress og angst blant sykepleierne. Dette er i overensstemmelse med Sævereid og Balandin (2011) sine studier. På den ene siden kan dette føre til at sykepleiere vegrer seg for å ta opp temaet HLR-minus. På den andre siden står det moralske ansvaret så sterkt hos de fleste sykepleiere at det vil overstyre deres personlige følelser. Prosedyrer og retningslinjer kan være gode å ha og gi en viss grad av trygghet, men samtidig vil man i slike situasjoner ikke komme unna etiske refleksjoner rundt problemstillingen. Rom for etiske refleksjoner kan være vel så viktige for sykepleiere som en mer detaljert lovgivning. Dette understøttes også i Aasmul's studie fra 2009.

Rundskrivet fra Statens Helsetilsyn IK-1/2002 (2002) anbefalte alle somatiske sykehus å ha egne skriftlige retningslinjer for å avstå fra hjerte-lungeredning. Anbefaling om retningslinjer er ikke videreført i den nye nasjonale veilederen, «Beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling» (Helsedirektoratet 2013) som erstattet rundskrivet fra Statens Helsetilsyn i 2009. Veilederen bruker bare fire linjer på HLR. Flere sykehus har i dag retningslinjer basert på den gamle veilederen fra 2002 (Aker Universitetssykehus 2010; Diakonhjemmet sykehus 2005; Stavanger Universitetssjukehus 2005). Klinisk etikkomite ved Helse Nord-Trøndelag (HNT) har i mars i år sendt ut forslag til «Retningslinjer for å avstå fra hjerte-lungeredning (HLR-minus)» til høring. Dette tar utgangspunkt i rundskriv fra Statens Helsetilsyn IK-1/2002 og UiOs retningslinjer og er deretter tilpasset HNT's behov (Vedlegg 5: Klinisk Etikk Komite HNT 2014). I den nasjonale veilederen står det at ikke ønsket livsforlengende behandling bør være et grunnlag for stadige etiske refleksjoner fremfor detaljert lovgivning. Siden veilederen også favner HLR-minus må man anta at dette også gjelder beslutninger om HLR-minus.

Resultatet viser at sykepleierne er tilfredse med å ha en rolle i beslutningsprosessen og at de slipper å ta den endelige beslutningen. Det er viktig å poengtere at sykepleiere ikke skal gå utover sitt kompetanseområde. Det er kun legene som vurderer medisinsk forsvarlighet og beslutningen om HLR-minus skal være en legeavgjørelse.

Diskusjonen om HLR-minus kommer ofte ikke opp før en akutt situasjon oppstår. Dette vanskeliggjør prosessen, fordi pasienten da som regel ikke er i stand til å være med på beslutningen. Det kan være at sykepleier må henvende seg til pårørende. Om de ikke kan eller ønsker å delta i beslutningsprosessen, må sykepleierne involveres i prosessen sammen med ansvarshavende lege. Bouley (2011) sin artikkel poengterer at det optimale må være å få på plass en beslutning om HLR-minus på et tidligere tidspunkt og sørge for at dette er dokumentert i journal.

Svært få av retningslinjene som har eksistert, går spesifikt inn på *når* det bør informeres om HLR-minus (Sommer m.fl. 2007). Dette kan være en av årsakene til at det ikke finnes prosedyrer på området. Siden det ikke lenger finnes noen nasjonal veileder spesifikt for HLR-minus, kan det virke rimelig å anta at det blir usikkerhet i helseforetakene om hvordan man skal håndtere dette. Artikkelen til Sommer m.fl.(2007) belyser at det er store forskjeller i de lokale retningslinjene som finnes på forskjellige sykehus og at innholdet ofte er uklart. Retningslinjene mangler tiltak for hvordan pasienten og/eller pårørende bør involveres når HLR vurderes som nytteløst. Mangelen på gode prosedyrer vil prege beslutningsprosessene, som igjen vil oppleves ulikt.

#### **4.3 Sykepleiers rolle ved kommunikasjon, informasjon og dokumentasjon.**

Sykepleiere har en viktig rolle i kommunikasjonen med og informasjonen til pasientene. Viktig er det også at all informasjon og ønsker som pasienten uttrykker blir dokumentert. På den måten blir sykepleierne en del av beslutningsprosessen. Likevel viser resultatet en variasjon i ønsket om hvor mye involvert sykepleierne ønsker å være.

##### **4.3.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og lege i beslutningsprosessen**

Resultatet viser at det er stor enighet blant sykepleierne om at de ønsker å delta i beslutningsprosessen om HLR-minus. Forskjellige former for involvering synliggjøres i studiene (Beckstrand m.fl. 2006; Imhof m.fl. 2011; Robinson m.fl. 2007; Sævareid og Balandin 2011). Resultatet viser at viktige elementer er bedre kommunikasjon, tverrfaglig teamarbeid og oftere, samt tidligere, initiativer fra legene. Sykepleierne følte de hadde god støtte i sykepleierkollegiet, men mindre faglig støtte fra legene.

I studien til Giles og Moule (2004) kom det fram at under halvparten av sykepleierne mente at de ble involvert i beslutningsprosessen. I en annen studie av Benbenishti m.fl. (2005) mente leger at sykepleiere ble involvert i stor grad, men at de ikke tok initiativ til samtaler om beslutningsprosesser ved livets slutt. Dette kan tolkes som at det er store ulikheter i oppfatningene om beslutningsprosessen blant sykepleiere og leger. I samme studie kom det også fram at sykepleiere i Nord-Europa var mer involvert i slike beslutninger og at dette kunne reflektere forskjeller i arbeidskulturen i de forskjellige regionene.

Resultatet viser at det var vanskeligere å få tatt en HLR-minus-beslutning om natten, i helger og i ferier. Tilkalt personell mangler ofte bakgrunnskunnskaper om pasienten og forhåndsvedtak er derfor viktig. Følgelig vil det være viktig at ansvarshavende lege vurderer slike vedtak regelmessig. Sykepleiere mener ofte at det er riktig å stoppe medisinsk behandling tidligere, da de kan se at pasienten ikke responderer på eventuell behandling og at pasienten blir utsatt for unødig lidelse. Lege er avhengig av å få tilbakemelding på igangsatt behandling da de ikke er tilstede for å observere pasienten til en hver tid. I studien til McMillen (2008) refereres det til uttrykket «planting the seed». Dette uttrykket beskriver prosessen når sykepleierne begynner å gjøre legene oppmerksomme på at det kanskje kan være på tide å tenke på å avslutte medisinsk behandling og vurdere en beslutning om HLR-minus.

Det kan virke som om sykepleierne ofte føler det blir deres ansvar å ta opp temaet HLR-minus med legen. Man kan tenke seg at sykepleieren ser på seg selv som pasientens advokat på grunn av sin nære relasjon til pasienten. Dette understøttes i Jepson (2003) sin studie. Undersøkelsen viser at sykepleiere ofte tar initiativet til å hjelpe pasient og familie til å ta et informert valg om HLR-minus og at sykepleiere har et ønske om at ansvar og rolle i prosessen blir klarere definert. God kommunikasjon er viktig for helsepersonell, men samtidig en utfordring. Flere av sykepleierne i studien til Aasmul (2009) oppfattet det som om legene kviet seg for å ta tak i situasjonen og få en avklaring. Det kunne se ut som om de to gruppene helsepersonell vurderte ut i fra ulike perspektiver og at kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleiere var enklere, fordi de kom med gode råd og støttet hverandre i prosessen. Arenaer for faglige diskusjoner om HLR-minus var savnet av informantene. Det er rimelig å anta at sykepleierne mente slike diskusjoner ville være nyttige for å få til en god prosess. Det medisinskfaglige ansvaret vil uansett ligge hos lege.

En sykepleier med lang erfaring og faglig tyngde vil stå bedre rustet til å veilede i vanskelige beslutningsprosesser. Det er utfordrende å stå alene i etisk vanskelige situasjoner (Aasmul 2009; Imhof m.fl. 2011; McMillen 2008). Leger og sykepleiere kan ha forskjellig syn på tidspunktet for når

det passer å ta opp HLR-minus og leger utsetter det lenger enn sykepleiere mener er ønskelig. Et godt tiltak kunne være å ha temaet på dagsorden under hver previsitt, hvor pasientens situasjon blir vurdert. Det vil oftest være sykepleier som observerer endringer hos pasienten og en av oppgavene er å viderefremde dette til legen. Det ville være naturlig at sykepleier tar opp HLR-minus hvis pasienten begynner å komme i en fase hvor det er naturlig å diskutere dette. Ranhoff (2010) understøtter teorien om at HLR-minus-beslutninger bør tas i et tverrfaglig forum.

#### 4.3.2 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Resultatet viser at god kommunikasjon er viktig i all samhandling med pasienter og at den kan bli enklere når man har en god relasjon til pasienten. HLR-minus er et alvorlig og vanskelig tema og mangel på kommunikasjonsferdigheter kan vanskeliggjøre kommunikasjonen. Dette kan igjen hemme beslutningsprosessen om HLR-minus. God kommunikasjon er en styrke som erfarne sykepleiere kan videreføre til sykepleiere med kortere fartstid i yrket. Veiledning fra de mer erfarne har stor verdi. Kommunikasjon er et viktig fagområde i sykepleieutdanningen, men man trenger erfaring for å bli god på profesjonell terapeutisk kommunikasjon. Dette understøttes i Travelbee's (2011) sykepleieteori som påpeker at kommunikasjonsferdigheter læres sammen med en terapeutisk bruk av seg selv. Sykepleiere vil da evne å tenke logisk, reflektere, resonnere og overveie. Slik kommunikasjon skal være både faglig begrunnet og til hjelp for pasienten.

Det ville blitt vanskelig å ha en felles norm for hvordan en skal kommunisere om HLR-minus. Pasientens helsetilstand er av stor betydning og kommunikasjonen må tilpasses den enkeltes situasjon. Mennesket som er sykepleier må møte mennesket som er pasient og evne å sette den andre i fokus. Dette er i tråd med Travelbee (2011) sin sykepleierteori som nevnt i kapittel 1.0. Det er et sykepleieansvar å hjelpe syke med å akseptere sykdom og lidelse. Dette understøttes også av Eide og Eide (2011) som sier at kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre ved å være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte. Verdien i helsefaget lar seg virkeliggjøre gjennom god kommunikasjon med pasient og pårørende.

På grunn av sin døgnkontinuerlige tilstedeværelse og oversikt over pasientenes situasjon, vil sykepleieren ha en nøkkelrolle i tverrfaglig samarbeid og i utformingen av pasientens tjenestetilbud (Hauge 2010). Dette kan tolkes slik at sykepleier også kan være den viktigste samtalepartneren for pasienten i en beslutningsprosess om HLR-minus. Man kan ikke se bort fra at temaet vekker uro hos pasienten. Det er derfor nødvendig med varhet og ydmykhet fra helsepersonells side. Man må finne tid og sted som passer for å ta opp temaet. Det kan kanskje være lettere å informere en pasient om HLR og HLR-minus, når vedkommende er relativt frisk, til forskjell fra når vedkommende føler seg

svært syk. Man kan tenke seg at sykepleieren blir en form for tilrettelegger for samtaler mellom lege og pasient. Kirkevold (2010) poengterer at interaksjon alltid er basert på gjensidig respekt og god kommunikasjon.

#### 4.3.3 Informasjon om HLR-minus til pasienten

Resultatet viser at forståelig og saklig informasjon til pasienten om HLR-minus er viktig for at pasienten skal ha mulighet til å gi et informert samtykke. Hvordan informasjonen blir framlagt og hvordan en ordlegger seg, er også viktig i en slik situasjon. "HLR-minus" er ikke allment kjent i samfunnet og det kan vanskeliggjøre kommunikasjonen og muligheten for å ta stilling sammen med pasienten. I mange tilfeller blir heller ikke informasjon som legen gir til pasienten forstått, noe pasienten kan gi uttrykk for til sykepleier i etterkant. Dette understøttes i Aasmul's (2009) studie.

Pasientens behov for informasjon er ofte stort. Samtidig skal man også huske at pasienter som ikke vil motta informasjon har rett til å være uinformert. I denne sammenhengen er det viktig å ta hensyn til hva loven sier om informasjon til pasienten (Molven 2010). I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 står det:

*«Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov»*  
(Pasient- og brukerrettighetsloven 2011).

Usikkerhet om hvem som skal gi informasjonen, kan i verste fall føre til at den ikke blir gitt. På bakgrunn av dette kan sykepleierne oppleve at deres rolle i prosessen blir uklart og de kan føle usikkerhet angående håndteringen av situasjonen. Det er også mange sykepleiere som går aktivt inn i informasjonsprosessen, der de ser at legene vegrer seg for samtalen om HLR-minus. Det er viktig å ta innover seg signaler som pasienter uttrykker i forhold til et ønske om å snakke om døden. Det kan virke som om sykepleiere i noen situasjoner projiserer sin egen frykt og ubekvemhet for døden. Sykepleiere mener det kan være vanskelig å finne riktig tidspunkt og omgivelser for å ta opp HLR-minus med pasienten. Dette understøttes av Aasmul (2009) som fastholder at det er viktig at informasjon blir gitt og at eventuell beslutning blir tatt før pasienten kommer i en akutt situasjon og havner på sykehus. Det kan også være nyttig med bedre informasjonsflyt mellom sykehjem, fastlege og sykehusene om pasientens syke- og livshistorie, for at pasienten skal slippe å bli utsatt for unødig utredning og behandling.

Det kan være ulike måter å gi informasjon om HLR og HLR-minus på. God dialog med pasienten kan være det beste, men i noen land, f.eks. Nord-Irland og Storbritannia, finnes det også en informasjonsbrosjyre som pasientene kan studere hvis de ønsker det (British Medical Association 2008). Denne brosjyren inneholder mulige svar på mange av spørsmålene pasientene kan ha. I tillegg har de også et skjema, se vedlegg 6: Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR) Communication sheet, hvor beslutninger om HLR-minus kan fylles ut.

#### 4.3.4 Dokumentasjon i forhold til HLR-minus

Dokumentasjon av alle tiltak om helsehjelp er lovpålagt. Dette vil si at tiltak skal skrives ned eller på annen måte registreres (Molven 2010). Dokumentasjon er en forutsetning for at observasjoner og tiltak kan bli fulgt opp, samtidig som mangelfull dokumentasjon kan føre til feilbehandling.

Dokumentasjon ivaretar både pasientens og helsepersonells rettssikkerhet (Dahl og Skaug 2011).

I følge resultatet er det en utfordring å dokumentere vedtak om HLR-minus, blant annet fordi standardiserte prosedyrer mangler. Ut i fra dette kan en tenke seg at journalføring av slik viktig informasjon kan bli utelatt, glemt eller skape misforståelser. I Norge brukes forskjellige dokumentasjonsverktøy. Sykepleieres viktigste hjelpemiddel er elektronisk pasientjournal (EPJ). I tillegg har hver pasient en kurve, og muntlig rapportering er også vanlig i de fleste sykehus. For at alle aktuelle skal være kjent med at en HLR-minus-beslutning er tatt, må dette kommuniseres til involverte helsearbeidere via EPJ, kurve og muntlig rapport. Det er leges ansvar å beslutte HLR-minus og dokumentere i journal og kurve. Det er vanlig i norske sykehus å ha en pasientansvarlig sykepleier som har det overordnede ansvaret for pasienten. Denne sykepleieren har et spesielt ansvar for å videreformidle viktig informasjon om pasienten til sine kolleger. Hensikten med god dokumentasjon er i denne sammenhengen at man skal unngå at sykepleiere starter gjenopplivning på pasienter som er HLR-minus. En slik situasjon vil være svært uverdigg for pasienten og en stor belastning for aktuell sykepleier.

#### 4.4 Etiske dilemmaer

Etiske dilemmaer ser ut til å vanskeliggjøre beslutningsprosessen om HLR-minus. De fleste artiklene vist til i resultatet kommer inn på etikken i prosessene. Det er tydelig at det etiske aspektet er av stor betydning. Innenfor etikken finnes ingen fasitsvar, men det er viktig å reflektere over de forskjellige etiske problemstillingene. Etiske dilemmaer oppstår der normer eller verdier kommer i konflikt med hverandre og slike situasjoner kjennetegnes ved at de oppleves som vanskelige (Natvig 2000). Som sykepleier vil man kanskje daglig møte situasjoner med etiske dilemmaer. Da er det viktig både å greie å stå i situasjonen der og da og å reflektere over den i etterkant. Man kan tenke seg at det er



viktig med etisk kompetanseheving av helsepersonell i form av refleksjonsgrupper og opplæring av ressurspersoner.

Resultatet viser at loven og de yrkesetiske retningslinjene står sterkt hos sykepleierne. Etske dilemmaer er en stor utfordring i sykepleien generelt og spesielt innenfor beslutningsprosesser om HLR-minus. Det virker rimelig å anta at sykepleiere kan føle stress og utrygghet når en slik beslutning ikke er tatt for aktuelle pasienter. Dette understøttes av De Gendt m.fl. (2006) og Sævareid og Balandin (2011). HLR eller HLR-minus er en beslutning om liv eller død, og beslutningen som tas må man som helsepersonell leve videre med. Det er viktig at flere er med på å diskutere og reflektere over HLR og HLR-minus før avgjørelsen blir tatt. Når tvilen eller uenigheten om beslutningen er stor, kan saken tas opp i klinisk etikk-komitéeer. Da disse komitéene ble opprettet i 1996 var formålet å identifisere, analysere og om mulig løse etiske problemstillinger knyttet til forskjellige pasientbehandlinger. Et krav var at komitéene skulle være tverrfaglig sammensatt (Senter for Medisinsk Etikk 2012). I følge Kalager m.fl. (2011) var meningen med komitéarbeidet at etiske problemstillinger skulle bli grundig og systematisk håndtert. Komitéene skulle ikke ha beslutningsmyndighet, men gi beslutningstøtte til klinikere og andre berørte parter. Samme undersøkelse viser at de som hadde benyttet kompetansen fra etikk-komitéeer, syntes det var nyttig. I dagens samfunn hvor de medisinske mulighetene stadig forbedres, vil nye etiske utfordringer kunne dukke opp. Desto viktigere vil det være at involverte parter blir hørt og at alle sidene ved saken blir belyst. Dette vil gjøre det mulig å komme fram til etisk akseptable beslutninger. Et viktig formål med retningslinjer er blant annet å gi føringer for hvordan etiske utfordringer bør håndteres. Spesielt viktig er dette på områder der verken vitenskapelige fakta eller helselovgivningen gir klare svar på hva som bør gjøres. Dette understøttes også av Førde m.fl. (2007). I følge Helsepersonelloven (2011) skal helsepersonell yte helsehjelp når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Samtidig sier pasient- og brukerrettighetsloven (2013) at en døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Loven sier imidlertid ingenting om hvem som skal defineres som en døende pasient. Dette kan føre til etiske problemstillinger.

Sykepleiere er ikke alltid like flinke til å gripe muligheten til å ta samtalen om døden med pasienten, selv om pasienten uttrykker ønske om dette. Begrunnelsen kan være både tidspress og mye ansvar. En annen utfordring kan være at pasienten ligger i flersengsrom, noe som kan vanskeliggjøre kommunikasjonen. Som sykepleier har man ofte et sterkt ønske om å kunne avsette tid og rom til den vanskelige samtalen. På den annen side er man i et stadig tidspress for å rekke alt som må gjøres. Å sette av tid til samtale og refleksjon sammen med pasienten vil være uvurderlig for vedkommende. Under en slik samtale vil det være viktig å tenke kvalitet i pleien framfor kvantitet.

Dette understøttes av Orvik (2013) som sier at som sykepleier kommer man ofte i en verdikonflikt mellom den profesjonelle tjenesten som skal ytes og systemets krav til effektiv produksjon.

Sykepleiere som gruppe er heller ikke stereotyp og alle har sine styrker og svakheter. Som mennesker er vi ulike. Å bruke den beste kompetansen som finnes innenfor gruppen kan være avgjørende for å få til et godt resultat. Ut fra det faktum at alle mennesker er forskjellige, vil det ikke være mulig å ha noen felles standard for hvordan man kommuniserer om HLR-minus. Det følger forventninger med sykepleierrollen, som å bli ivaretatt, vise empati, sympati og omsorg. Dette er i overensstemmelse med Travelbee (2011) som har sagt at sykepleier-pasient-interaksjonen skjer når sykepleier samhandler med den syke ved å gi fysisk omsorg, helsefremmende undervisning eller tilrettelegger aktiviteter. Hun sier videre at den sykes behov kan ivaretas konsekvent og betingelsesløst kun ved å ha et menneske-til-menneske-forhold til den syke.

#### 4.5 Autonomiens betydning i beslutningsprosessen

Å respektere pasienters autonomi stiller store krav til sykepleieres etiske refleksjon, kommunikasjon, og rolleforståelse (Kunnskapsenteret 2012). Flere av resultatene viste at pasientens involvering i egen behandling etter å ha fått god informasjon, var viktig for ivaretagelse av pasientens autonomi (Sævareid og Balandin 2001; Næss 2008; Robinson 2007). På den andre siden er det ikke alltid heldig å involvere pasientene i beslutningsprosessen, da HLR-minus er et følsomt tema. Ikke alle pasienter ønsker å være involvert. Den amerikanske filmregissøren Woody Allen (1976), har uttalt: «Det er ikke det at jeg er redd for å dø. Jeg vil bare ikke være til stede når det skjer». Dette kan være en tanke mange mennesker har i møte med døden. Ønsket om ikke å være involvert må respekteres på lik linje med ønsket om å være involvert.

HLR-minus er en legeavgjørelse, men uansett krever en slik beslutning aktive sykepleiere som observerer og er engasjerte. Sykepleieres faglige autonomi, eller den personlige dømmekraften, bør heller ikke undervurderes. Pasientens selvbestemmelse er viktig for sykepleiere og det er ofte sykepleier som kommer i en naturlig dialog med pasienten om temaet. Sykepleier har en unik mulighet for å veilede pasienten til å ta en egen beslutning. Forutsetningen for å få til en god dialog er en åpen og nær relasjon. For å kunne ta en autonom beslutning må pasienten ha god informasjon om begrepet HLR-minus og hva det innebærer.

Forhold som medisinsk prognose, pasientens alder og autonomi påvirker sykepleierens syn på HLR-minus. Dette betyr at sykepleier skal være en aktiv deltager i prosessen ved livets slutt. I dette ligger også det å respektere individet og dets preferanser. Dette understøttes av Bondevik (2012) som presiserer at man skal respektere pasientens rett til handlefrihet i saker som angår ham/henne.

Denne retten er også nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. På bakgrunn av dette vil målet være å ivareta pasienten i livets slutfase på en god og verdig måte. Det ligger dypt forankret i sykepleierprofesjonen at pasienten selv har rett til å ta beslutninger om sitt eget liv. Kirkevold (2010) understreker at respekt for pasientens verdier og ønsker, er respekt for pasientens selvbestemmelse. I dette ligger også muligheter for å revurdere beslutningen om HLR-minus om pasientens tilstand skulle forbedres. Det kan virke som om dårlig medisinsk prognose og høy alder er de faktorer som skal til for at sykepleier tar et initiativ overfor lege til å beslutte HLR-minus. Det optimale vil selvfølgelig være å få med pasienten på en dialog om temaet, men i de fleste tilfeller kan dette være vanskelig, spesielt i akutte situasjoner. Da vil fokuset naturlig nok være på grunnen til innleggelsen og det kan virke som om sykepleier og lege da involverer pårørende mer i beslutningsprosessen.

Det vil som regel være vanskelig å vite hvor mye en pasient ønsker å være involvert i diskusjonen om sin egen avslutning på livet. Dette kan indikere at man må gå varsomt fram og bruke sin intuisjon og erfaring som sykepleier. Beslutningene kan være svært komplekse og situasjonsbetinget skjønner er uunnværlig. Man bør være forsiktig med å påtvinge pasienten informasjon som han kanskje ikke vil ha. Ydmykhet er også respekt for pasientens valg. Dette understøttes i Tonelli's artikkel (2005) som skriver at det å påføre en pasient emosjonell, psykisk og fysisk ubehag i møte med respekten for autonomi, kan sees på som umenneskelig snarere enn respektfullt.

Et Livstestament er et dokument som ikke er juridisk bindende, men som i dag fungerer som en veileder i den endelige beslutningen om HLR eller HLR-minus. I Norge jobber Helsedirektoratet med et livssynsnøytralt Livstestament som skal bli juridisk bindende. Norge er et av få land i Europa som ennå ikke har dette (Nortvedt 2014). Om man har et Livstestament så er det pasientens ønske at man forholder seg til det. Pasientens autonomi blir ivaretatt, noe sykepleier ønsker. Det kan imidlertid være vanskelig å vurdere gyldigheten, særlig hvis livstestamentet ikke er oppdatert på flere år. Det understreker igjen behovet for gode retningslinjer for å fasilitere beslutningsprosessen. Et juridisk bindende livstestament kan på den andre siden introdusere nye dilemmaer. Hvis f.eks. en pasient har fått en bedret prognose etter at livstestamentet ble opprettet, kan man spørre seg om pasienten ville ha ombestemt seg dersom vedkommende var i stand til det? Hva kreves for at en pasient skal ha ombestemt seg? Må dette være dokumentert som det opprinnelige livstestamentet, eller er det nok med en uttalelse til lege eller sykepleier?

## 4.6 Metodediskusjon

I en litteraturstudie skal man redegjøre for valg av metode og også drøfte de sterke og svake sidene ved metoden (Dalland 2012). Oppgaven er en litteraturstudie hvor søkestrategien er gjennomført usystematisk. Dette kan ha bidratt til at relevante artikler ikke har kommet fram i søket.

Det ble brukt en del tid på å finne norske retningslinjer for HLR-minus. Fordi det finnes lite forskning og litteratur på området, ble det tatt telefonisk kontakt med Statens Helsetilsyn og Helsedirektoratet uten at de kunne gi noen svar. Det var først etter å ha kontaktet professor Reidun Førde, senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, at det ble bekreftet at slike retningslinjer ikke lenger finnes i Norge. Det kan ses som en styrke at oppgaven tar opp et tema som er lite belyst. Myndighetene har for tiden et begrenset regelverk for håndtering av HLR-minus i Norge. Det finnes lite forskning om emnet generelt og spesielt i Norge. Dette kan være en svakhet, da det begrenser hva en får belyst.

Det hadde vært en fordel å finne flere norske artikler om temaet, på grunn av særnorsk lovgivning og retningslinjer. Det ble ikke funnet forskning om emnet i norske tidsskrifter. Man kan se på det som en styrke å ha med forskning fra andre land, som gjenspeiler erfaringer fra et større mangfold av sykepleiere. Uansett kan de utenlandske studiene være relevante også i norsk sammenheng. Styrken er at de kan belyse erfaringer og holdninger som kan bidra til utvikling og læring under norske forhold, på grunn av kulturelle forskjeller og andre verdsett. Denne oppgaven har ikke gitt rom for å sette seg inn i andre lands lovgivning om HLR-minus. Det har likevel kommet frem noen forskjeller: I Sveits, hvor eutanasi er tillatt, vil det gi alvorlig syke og døende en helt annen mulighet enn her i Norge. I Storbritannia er pasientinformasjonen systematisert i større grad.

Søkene etter forskningsartikler er avgrenset til de siste 10 år, for å fange opp den nyeste forskningen på området. Mye har skjedd de siste årene og mye kommer til å skje framover, spesielt i Norge, hvor temaet hittil har fått lite oppmerksomhet. Her kan nevnes Livssynsnøytralt livstestament og juridisk bindende livstestament. Fokus i media bidrar også til å aktualisere temaet. Det er funnet to norske forskningsartikler som er inkludert i oppgaven. Det er få, men kan likevel ses på som en styrke, siden de omhandler norske forhold og norsk lovverk.

Det har vært nødvendig å avgrense omfanget på oppgaven på grunn av tiden som var til rådighet og begrensningen i antall ord. Pårørendeperspektivet er ekskludert. Det kan være en svakhet, da pårørende ofte er involvert i beslutninger om HLR-minus. Det samme gjelder pasientperspektivet, som er sentralt i problemstillingen. Disse avgrensningene gjør at problemet i hele dets bredde ikke er fanget opp.

Det ble funnet lite kvalitativ forskning. Dette kan ses på som en svakhet da det ikke får fram holdninger og oppfatninger blant sykepleiere. Personlige perspektiver på rollen i beslutningsprosessen blir ikke belyst i samme grad i kvantitativ forskning.

En forskningsartikkel fra 2001 kan ses på som en svakhet fordi den er gammel. Artikkelen er likevel relevant i dag og av den grunn tatt med. En annen forskningsartikkel omhandler legers syn på sykepleieres involvering. Det kan være en styrke å få saken belyst fra flere sider, derfor er denne artikkelen inkludert.

Alle forskningsartiklene som ble brukt i oppgaven er skrevet på engelsk. Det tas forbehold om at engelskferdighetene gir rom for feiltolkninger og eventuelle feil i oppgaven.

Det ses heller ikke bort fra at begrensninger i kunnskap om forskningsmetodikk kan ha resultert i svakheter i oppgaven. Mer tid og kunnskap kunne ha bidratt til bedre vurderinger av artikkelfunn og bruk av artikler.

## 5.0 KONKLUSJON

Hensikten med litteraturstudiet var å se på sykepleieres involvering i og erfaring med beslutningsprosessen knyttet til HLR-minus. Oppgavens tema er av stor betydning for sykepleiere som arbeider i alle deler av helsevesenet. Funnene i de utvalgte artiklene belyste at det å få på plass en beslutning om HLR-minus er en utfordrende og krevende oppgave.

Funnene viser at lovverket er det som er enklest å forholde seg til, siden prosedyrer, retningslinjer og veiledere er mangelfulle og på flere steder ikke-eksisterende. Derfor finnes det heller ingen felles føringer for hvordan beslutningsprosessen skal håndteres. Funnene viser også at standardiserte dokumentasjonsrutiner for HLR-minus er mangelfulle.

Flere studier viser at autonomien er et punkt som sykepleierne setter høyt. Juridisk bindende og livssynsnøytralt livstestament ser ut til å være et dokument som ønskes realisert. Man kan tenke seg at det vil gjøre beslutningsprosessen enklere når pasienten har et slikt dokument og at dokumentets eksistens er nedtegnet i journal. Det virker rimelig å anta at dokumentet vil bli respektert på en annen måte hvis det blir juridisk bindende.

De fleste studiene påpekte at etiske problemstillinger ofte var til stede i vanskelige situasjoner. Etisk refleksjon blir viktig for å forstå og finne best mulige løsninger på etiske problemer. Det er et etisk ansvar for sykepleiere å bidra til god kommunikasjon og god samhandling. Dette kan være det som skal til for å oppnå en god løsning både for det tverrfaglige arbeidet og for pasienten.

Kompetanseheving i etikk kan bidra til å gi sykepleiere et tryggere fundament for sin etiske fagutøvelse.

Oppgaven har et sykepleieperspektiv. Det har vært lite oppmerksomhet om HLR-minus i Norge og det kan se ut som om mer kunnskap er nødvendig både for helsepersonell og befolkningen for øvrig. Man kan tenke seg at det er viktig med videre forskning på temaet og at forskningen også inkluderer pasienters- og pårørendes involvering i beslutningsprosessene.

I lys av mangelfull kunnskap om HLR-minus kan det være viktig å sette HLR-minus på dagsorden både i helsevesenet og på den politiske arenaen. Dette kan på sikt være et bidrag til at man når målet om å gi flere pasienter en verdig død.

## Litteraturliste

Aasmul I (2009) *HLR minus, med rett til å la dø*, Masterprogram i helsefag, sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Det medisinsk – odontologiske fakultet

Allen W (1975) <<http://www.ordtak.no/sitat.php?id=5816>>[lastet ned 22.03.14]

American Heart Association (2010) Part 1: Executive summary, i: *Guidelines for CPR and ECC*. s. 640, Volume 122, Issue 18, Supplement 3, November 2, 2010

Baskett P J F og Lim A (2004) The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe, i: *Elsevier*; Volume 62, issue 3, September 2004, p. 267-273

Beckstrand R L, Callister L C og Kirchoff K T (2006) Providing a “good death”: critical care nurses’ suggestions for improving end-of-life care, i: *American Journal of Critical Care*; January 2006; 15: 38-46

Benbenishty J, Ganz F D, Lippert A, Bulow H-H, Wennberg E, Henderson B, Svantesson M, Baras M, Phelan D, Maia P og Sprung C L (2005), Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study, i: *Intensive Care Med* (2006) 32: 129-132

Bondevik M (2012) Sykepleie til eldre – grunnleggende prinsipper, i: Bondevik M og Nygaard H A (red.) *Tverrfaglig Geriatri*, 3. utg., Bergen, Fagbokforlaget

Bouley G (2011) The rapid response team nurse’s role in end-of-life discussions during critical situations, i: *Dimens Crit Care Nurs*. 2011;30(6):321-325

Brinchmann B S (red.) (2010) *Etikk i sykepleien*, 2.utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

British Medical Association (2008)<<https://www.resus.org.uk/pages/deccprmd.pdf>>[lastet ned 22.03.14]

Burns J P, Edwards J, Johnson J, Cassem N H og Truog R (2003) Do-Not-Resuscitate order after 25 years, *Crit Care Med* 2003 Vol. 31, No 5 s. 1543-1550

Dahl K og Skaug E-A (2011) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie, i: *Grunnleggende sykepleie bind 2*, 2.utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Dalland O (2004) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3 utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Dalland O (2012) *Metode og oppgaveskriving*, 5 utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

De Gendt C, Bilsen J, Stichele R V, Noortgate N V D, Lambert M og Deliens L (2007) Nurses’ involvement in ‘do not resuscitate’ decisions on acute elder care wards, i: *Journal of advanced nursing* 57(4), s. 404-409.

Diakonhjemmet Sykehus (2005), HLR-minus: unnlatelse av hjerte-lungeredning  
<[http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/manualer/norge/HLRminus\\_diakonhjemmet.pdf](http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/manualer/norge/HLRminus_diakonhjemmet.pdf)> [lastet ned 27.02.14]

Eide H og Eide T (2011) Hva er hjelpende kommunikasjon? i: *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk

Eikeland A, Haugland T og Stubberud D-G (2011) Sykepleie ved hjertesykdommer, i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R (red.), *Klinisk sykepleie 1*, 4.utg., s. 234-235, Oslo, Gyldendal Akademisk

Forsberg C og Wengström (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur

Førde I S, Berner M, Pedersen R og Førde R (2007) Mangelfull oversikt over etiske retningslinjer, i: *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 10, 2007; 127:1394-6

Giles H og Moule P (2004) Do not attempt resuscitation decision-making: a study exploring the attitudes and experiences of nurses, i: *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in critical care* 2004, Vol 9 No 3, s.115-122

Graneheim U H og Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, i: *Nurse Education Today*, 24, s.105-112

Hauge S (2010) Sykepleie i sykehjem, i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff A H, *Geriatrisk sykepleie*, Oslo Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet (2013) *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*, Nasjonal veileder, Oslo

Helsepersonelloven (2014) *Lov om helsepersonell*, LOV-2013-06-21-82, <<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>> [lastet ned 03.04.2014]

Imhof L, Imhof R M, Janisch C, Kesselring A og Zenklusen R Z (2011) Do not attempt resuscitation: the importance of consensual decisions, i: *Swiss Medical Weekly*, 2011; 141: W13157

Jepson J (2003) Do not attempt resuscitation decisions: The nursing role, i: *British Journal of nursing* 12.17 (Sep 25-Oct 8, 2003): 1038-1042

Kalager G, Førde R og Pedersen R (2011) Er drøfting av pasientsaker i klinisk etikk-komiteer nyttig? *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 2, 2011; 131: 118-121

Kirkevold M (2010) Individuell sykepleie, i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff A H (red.) *Geriatrisk sykepleie; god omsorg til den gamle pasienten*, Oslo, Gyldendal Akademisk



Kunnskapssenteret (2012) Prosjektplan for: Tiltak for å unngå overbehandling i livets slutfase, prosjektnummer 689, Oslo

Mathisen J (2011) Sykepleie ved livets avslutning, i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, Oslo, Gyldendal Akademisk

McMillen R E (2008) End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences, i: *Intensive and Critical Care Nursing* (2008) 24, 251-259

Molven O (2010) *Sykepleie og jus*, 3 utg. Oslo, Gyldendal Akademisk

Natvig R S (2000) *Sykepleie – etikk*, 2 utg. Oslo, Gyldendal Akademisk

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICN's etiske regler*, Oslo Norsk Sykepleierforbund

Nortvedt P (2012) *Omtanke – En innføring i sykepleiens etikk*, Oslo, Gyldendal Akademisk

Nortvedt P (2014) *Livsnøytralt testamente* Sykepleien 2014 102(02) s.66-67

NRK Dagsrevyen (2014)a

<<http://tv.nrk.no/serie/dagsrevyen/nnfa02020814/08-02-2014#t=19m50s>>[lastet ned 08.04.14]

NRK Dagsrevyen (2014)b

<<http://www.nrk.no/nordland/vil-ha-offentlig-livstestamente-1.11631312>>[lastet ned 08.04.14]

Næss M (2008) "Do-not-attempt-resuscitation" –orders in ICCUs: A survey of attitudes and experiences of nurses in Norway. *Intensive and Critical care Nursing* 25, s 140-146

O'Hanlon S, O'Connor M, Peters C og O'Connor M (2013) Nurses' attitudes towards Do Not Attempt Resuscitation orders, i: *Clinical nursing studies*, 2013, Vol. 1, no. 1, s. 43-50

Orvik A (2013) *Organisatorisk kompetanse – I sykepleie og helsefaglig samarbeid*, 1 utg. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag

Pasient- og brukerrettighetsloven (2012) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*, LOV-2012-12-14-86 <[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)> [lastet ned 03.04.2014]

Polit D F og Beck C T (2012) *Nursing Research; generating and assessing evidence for nursing practice*, 9.utg, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins

Ranhoff A H (2010) Den akutt syke gamle, i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff A H (red.) *Geriatrisk sykepleie; god omsorg til den gamle pasienten*, Oslo, Gyldendal Akademisk

Richter J og Eisemann M R. (2001) Attitudinal patterns determining decision-making in severely ill elderly patients: a cross-cultural comparison between nurses from Sweden and Germany. *International Journal of Nursing Studies* 38, s.381-388

Robinson F, Cupples M og Corrigan M (2007) Implementing a resuscitation policy for patients at the end of life in an acute hospital setting: qualitative study, i: *Palliative Medicine* 2007; 21: 305-312

Senter for medisinsk etikk (2012) <<http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/spesialisthelsetjenesten/om-kek/>> [lastet ned 05.02.2014]

Sommer I, Pedersen R, Høye A G E og Nortvedt P (2007) Retningslinjer for forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte-lunge-redning. *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 10 2007; 127: 1368-9.

Statens Helsetilsyn (2002): Forhåndsvurdering ved unnlattelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse. Rundskriv IK-1/2002

<<http://www.harboe.org/Svein/Langesund/Helsetilsynet%20HLR%202002.pdf>> [lastet ned 30.03.14]

Stavanger Universitetssjukehus (2005), HLR minus og avslutning av behandling

<[http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/manualer/norge/HLRminus\\_stavanger\\_2005%20.pdf](http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/manualer/norge/HLRminus_stavanger_2005%20.pdf)> [lastet ned 27.02.14]

Sævareid T J og Balandin S (2011) Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients, i: *Journal of Advanced Nursing* 67(8), 1739-1748

Tonelli M R (2005) Waking the Dying – Must we always attempt to involve critically ill patients in End-of-Life Decisions? *Chest Journal* 2005; 127:637-642

Travelbee J (2011) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Oslo, Gyldendal Akademisk

Universitetet i Oslo (2010), Retningslinjer for å avstå fra hjerte-lungeredning (HLR minus)

<<http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/manualer/norge/retningslinjer.html>> [lastet ned 27.02.14]

## VEDLEGG

### Vedlegg 1: Oversikt over litteratursøk

Dato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall Treff	Antall leste abstract	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkl. Artikler
27.01.14	Medline	Abstract	Resuscitation AND Cardiopulmonary resuscitation AND ethics AND DNAR	5	2	1	1
28.01.14	Medline	Full text og Abstract	DNAR AND End of life care/terminal care	11	4	2	1
06.02.14	Medline	Abstract	DNAR AND Elderly people/aged	129	11	2	1
12.02.14	Medline		EOLD (End of life decision).	22	5	2	1
26.02.14	Google Scholar	Fra 2010 - Current	Do not attempt resuscitation AND Autonomy AND Decisions	10800	30	4	2
26.02.14	Google Scholar	Siste 10 år	End of life care AND nurses	17600	7	2	1
26.02.14	ScienceDir ect	Journals Siste 10 år	End of life decisions AND nurse	20727	12	3	1

## Vedlegg 2: Vurdering av forskningsartikkel

Tabell Vurdering av forskningsartikler Et eksempel

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel \_\_\_\_\_

Hovedområde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Forfatter/e \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ Språk \_\_\_\_\_ År \_\_\_\_\_

Type studie \_\_\_\_\_

Original \_\_\_\_\_ Review \_\_\_\_\_ Annet \_\_\_\_\_

Resultater: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kommentarer: \_\_\_\_\_

Kvalitetsbedømming \_\_\_\_\_

Viktige stikkord:

### Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

Forfatter År Land	Studiens Hensikt	Design Intervensjon/ Instrument	Deltagere/ Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Baskett PJF og Lim A  (2004)  Storbritannia	Vurdere holdning i forhold til etiske aspekter rundt gjenoppliving i Europa.	Kvantitativ studie	Deltagere: 25 fra 20 land i Europa.	Store forskjeller i tolkning av etiske dilemmaer innenfor Europa.	Undersøkelsen ble bare sendt til ett sted i hvert land og er da nødvendigvis ikke representativt for hele landet. Alle deltakende land var en del av Helsinki-deklarasjonen og «European Human Rights Act»
Beckstrand R L Callister L C Kirchhoff K T  (2006)  USA	Å samle forslag for å forbedre omsorg ved livets slutt.	Kvantitativ studie	Deltagere: 861 Frafall: 548	Implementering av forslag fra erfarne sykepleiere kan øke kvaliteten på omsorg ved livets slutt og legge til rette for en god død.	
Benbenishty J Ganz F D Lippert A Bulow H H Wennberg E Henderson B Svantesson M Baras M Phelan D Maia P Sprung C L  (2005) Israel, Danmark, Sverige, England, Irland, Portugal	Undersøke legers oppfatning av sykepleiers rolle i beslutningsprosesser rundt livets slutt.	Kvantitativ studie.	37 Intensiv Avdelinger i 17 Europeiske land.	Sykepleiere oppfattes å være involvert i stor grad i beslutningsprosessen men tar i liten grad initiativ til diskusjon.	Det er legers oppfatninger av sykepleiers involvering. Første av denne type studie gjennomført i Europa på dette området. Relevant for å belyse forskjellen i oppfatningene.

Forfatter År Land	Studiens Hensikt	Design Intervensjon/ Instrument	Deltagere/ Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
De Gendt C Bilsen J Stichele R V Noortgate NVD Lambert M Deliens L  (2006)  Belgia	Involvering av sykepleiere i HLR-minus beslutningsprosess og deres etterlevelse av beslutningen.	Kvantitativ studie.	Deltagere: 81 Frafall: 13	Sykepleiere bør være involvert tidlig i beslutningsprosessen rundt HLR-minus og prosessen ville blitt forbedret om dette var tydeliggjort i prosedyrer.	Godkjent av medisinsk-etisk komite i Brussel.
Giles H Moule P  (2004)  Storbritannia	Hva er sykepleieres holdning til og erfaring med HLR-minus beslutninger og er det forskjell på sykepleiers holdning og erfaring i forhold til alder, grad, total erfaring, erfaring på aktuell avdeling og type profesjon.	Kvantitativ studie.	Deltagere: 78 Frafall: 42	Sykepleierne ønsket større involvering i beslutningsprosessen og var opptatt av god journalføring	Godkjent av etisk komite. Respondentene ble informert at det ikke var noen plikt å delta og at de kunne trekke seg når som helst fra studien. De hadde full anonymitet.
Imhof L Imhof R M Janisch C Kesselring A Zenklusen R Z  (2011)  Sveits	Å beskrive involvering av leger og sykepleiere i HLR-minus beslutningsprosess og analysere beslutningsmønstre.	Kvalitativ studie	Deltagere: 92 Frafall: 0	Konsensus er av avgjørende betydning for team-arbeidet og god pasientomsorg. Tverrfaglige beslutninger i prosessen er det optimale.	

Forfatter År Land	Studiens Hensikt	Design Intervensjon/ Instrument	Deltagere/ Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
McMillen M (2007) Storbritannia	Hvilken rolle har sykepleierne i behandlingsunntakelse og hvordan dette påvirker dem.	Kvalitativ studie.	Deltagere: 8 Frafall: 0	Sykepleiere har et viktig bidrag i beslutningsprosessen ved livets slutt. Betydningen av at sykepleiere får støtte i sin rolle i beslutningsprosessen og deres ansvar med å fortsette med god pasient-omsorg etter at en beslutning er fattet.	Godkjent av etisk komite.
Næss M (2008) Norge	Undersøke sykepleieres holdninger og erfaringer med HLR-minus.	Kvantitativ studie	Deltagere: 176 Frafall: 119	Sykepleiere var positive til å informere pasienter om HLR-minus men kun halvparten hadde erfart at slik informasjon ble gitt.	Høyst relevant for oppgaven da den er norsk.
O'Hanlon S O'Connor M O'Connor M Peters C (2013) Irland	Utforske sykepleieres meninger og erfaringer med HLR-minus-beslutninger.	Kvantitativ studie.	Deltagere: 178 Frafall: 73	Det er stort behov for videre kunnskap, trening og tverrfaglig samarbeid på dette området.	Høyst relevant på grunn av nyere forskning.
Richter J Eisemann M R (2000) Tyskland Sverige	Å forklare viktigheten rundt beslutningsprosessen for sykepleiere, og se på underliggende holdninger og se på mulige forskjeller mellom sykepleiere fra to europeiske land.	Kvantitativ studie.	Deltagere: 200 Frafall: 5 %	Sykepleieres deltagelse i beslutningsprosessen eller i prosessen med å få på plass et Livstestament jo sjeldnere ville de sette i gang HLR mot pasientens vilje.	Litt gammel studie men fortsatt relevant.

Forfatter År Land	Studiens Hensikt	Design Intervensjon/ Instrument	Deltagere/ Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Robinson F Cupples M Corrigan M  (2007)  Nord-Ireland	Undersøke leger og sykepleieres holdninger og erfaringer rundt HLR for pasienter i terminal fase.	Kvalitativ studie.	Deltagere: 16 Frafall: 0	Det er et behov for oppdateringer av retningslinjer med spesiell vekt på behov for terminale pasienter.	Godkjent av etisk komite.
Sævareid T J Balandin S  (2011)  Norge	Undersøke sykepleieres tanker og holdninger rundt HLR av eldste eldre.	Kvalitativ studie	Deltagere: 10 Frafall: 0	Deres opplevelse var at beslutninger om HLR-minus ofte var for lite brukt og noen ganger for sent brukt. Bedre tverrfaglig samarbeid kunne redusere angst, stress og etiske dilemmaer hos sykepleiere. Sykepleiere behøver mer kunnskap om gjeldene regelverk for HLR og HLR-minus.	Høyst relevant for oppgaven da den er norsk.



#### Vedlegg 4: Eksempel på analyse av tema:

Meningsbærende enheter	Sub-kategorier	Kategorier
Det vanskeligste dilemmaet var å sette i gang HLR på en pasient hvor forsøket var dømt til å mislykkes. (1)	Mangelfulle beslutninger.	Etiske dilemmaer i beslutningsprosessen rundt HLR-minus.
Uavklart HLR-minus var en stressfaktor for sykepleierne. (1 og 2)		
Det norske lovverket og de yrkesetiske retningslinjene påvirket beslutningene. (1)		
Undersøkelsen viste at alle respondentene ville utført HLR i tilfeller hvor det ikke var tatt en HLR-minus-beslutning selv om de følte at det ikke var etisk riktig. (1)	Dilemma mellom lovverk og etikk.	
De fleste mente at god livskvalitet etter gjenopplivingen var en sentral indikator for i det heletatt å foreta HLR. (1)		
Sykepleierne følte at de manglet kunnskap og trening i potensielle etiske dilemmaer. (3)	Sykepleier kviet seg for HLR-minus-samtaler.	
Sykepleier ønsket at behandlingen skulle avsluttes på et tidligere tidspunkt enn legene. (4)	Uenighet mellom profesjonene.	
Norge var med i en europeisk undersøkelse som konkluderte med at det ikke var mulig å finne klare og riktige svar ved etiske spørsmål. (5)		

1. Sævareid og Balandin
2. De Gendt
3. Næss
4. Beckstrand
5. Baskett og Lim

## **Vedlegg 5: Klinisk Etikk Komite Helse Nord-Trøndelag (HNT).**

### **Retningslinjer for å avstå fra hjerte-lunge-redning (HLR minus)**

#### **1. Definisjon**

Ved hjerte-lunge-redning forstås de tiltak som iverksettes akutt for å gjenopprette sirkulasjon og ventilasjon hos pasienter hvor det inntreffer plutselig tilsynelatende livløshet.

Redningen innebærer: Kraftig dunk i brystet, utvendig hjertekompresjon, innblåsing av luft i lungene, stabilisering/stimulering av hjerterytme med elektrisk defibrillering, medikamenter, og senere eventuelt trakealintubasjon og mekanisk ventilasjon.

**HLR minus uten reservasjon innebærer at ingen av de tiltakene som er nevnt ovenfor skal iverksettes.**

#### **2. Reservasjoner**

I noen tilfelle er det ønskelig å se eventuell effekt av begrensede tiltak, f.eks. defibrillering.

I praksis gjelder dette pasienter hvor man mener at begrensede tiltak bør gjennomføres på linje med annen terapi, men anser ytterligere tiltak som nytteløse.

**Ved HLR minus med reservasjon skal det angis klart hvilke tiltak som iverksettes.**

F.eks.: "HLR minus (+ defibrillering)".

Ved respirasjons-/sirkulasjonsstans som direkte skyldes feil i behandlingen, kan hjerte-lunge-redning starte selv om en avgjørelse om HLR minus er tatt.

#### **3. Grunnlag**

HLR minus skal bare brukes hos pasienter med så alvorlig sykdom at hjerte-lunge-redning med en meget høy grad av sikkerhet ikke kan forventes å ha annet enn en kortvarig effekt. HLR minus kan benyttes for å respektere pasientens naturlige sykdomsforløp.

Det er viktig at det er skapt en felles forståelse for HLR minus begrepet.

#### **4. Informasjon og medvirkning**

I de tilfeller der hjerte-lunge-redning med meget høy grad av sikkerhet ikke kan forventes å ha annet enn kortvarig effekt, skal dette tas opp med pasienten for eksempel i en samtale om diagnose, prognose og behandling.

Dersom pasienten er over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon.

Det er en forutsetning at informasjonens form og innhold gis i forhold til pasientens forutsetninger.

Dersom pasient ikke ønsker informasjon, skal informasjon som hovedregel ikke gis mot pasientens uttrykte vilje.

Dersom pasient eventuelt nærmeste pårørende anmoder om at hjerte-lunge-redning gjennomføres selv om det med meget høy grad av sikkerhet ikke kan forventes at slik helsehjelp vil ha annet enn kortvarig effekt, skal behandlingsansvarlig lege gi videre informasjon til pasient eventuelt nærmeste pårørende.

Behandlingsansvarlig lege skal deretter ta ny beslutning og eventuelt be om råd fra klinisk etisk komité.

Deretter skal avdelingsoverlege ta det endelige valget gjennom en medisinsk faglig beslutning som bygger på et helhetlig faglig grunnlag.

## **5. Ansvar**

Pasientens behandlingsansvarlige lege har hovedansvaret for å ta avgjørelsen om HLR minus, men beslutningen bør basere seg på en tverrfaglig vurdering. Legen som tar beslutningen om HLR minus, skal umiddelbart informere den ansvarlige sykepleier.

I akuttsituasjoner skal avgjørelsen om HLR minus tas i samråd med vakthavende overlege og sykepleier som har ansvar for pasienten, men slik at vakthavende overlege har ansvaret for avgjørelsen.

Avgjørelsen om HLR minus bør kontinuerlig vurderes, men kan bare endres av behandlingsansvarlig lege. Dette er spesielt viktig ved overflytting til annen avdeling og ved utskrivelse.

## **6. Dokumentasjon**

HLR minus (evt. med reservasjon og/eller tidsbegrensing) skal anføres på pasientkurven med legens signatur og dato og i journalen med begrunnelse. I journalnotatet skal det også stå hvilke personer som har vært med på avgjørelsen. Det skal også journalføres om og på hvilken måte pasienten (eller pårørende) er informert, eventuelt med begrunnelse for at informasjon ikke er gitt.

## **7. Referanse**

- Rundskriv fra Statens helsetilsyn IK-1/2002: Forhåndsvurdering ved unnlatelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse.

UiOs retningslinjer publisert 16. feb. 2010 16:05 tilpasset HNTs behov 6.12.2013/11.3.2014.

**Vedlegg 6: Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR) Communication sheet**



**Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR) Communication sheet**

For Adults Aged 18 Years and Over

**1** Full Name \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Hospital /H&C No. \_\_\_\_\_  
 Ward \_\_\_\_\_  
 Consultant \_\_\_\_\_

This form must be completed in black ballpoint pen **DO NOT** use patient labels. When completed it should be placed in a prominent place in the patient's notes. All staff involved in this patient's care must be made aware of this DNACPR Order. This DNACPR is invalid if sections 1-6 are not completed. If staff are in any doubt as to the validity of this DNACPR Order they **Must Resuscitate** the patient until clarification has been obtained.

**2** Date of DNACPR Order:  

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

**In the event of a cardiac or respiratory arrest no cardiopulmonary resuscitation (CPR) should be attempted on the above named patient. This DNACPR Order applies to resuscitation only and all other appropriate patient care must be provided**

**3** Basis on which DNACPR decision has been reached:  
 \_\_\_\_\_

**4** Members of the multidisciplinary team involved in this decision:  
 \_\_\_\_\_

**5** Has this decision been communicated with either the patient or their next of kin.  
 If so please list.  
 \_\_\_\_\_  
 If no communication has occurred please state the reason(s): N.B. "NOT APPROPRIATE IS NOT ACCEPTABLE ENTRY"  
 \_\_\_\_\_

**6** Details of authorised healthcare professional completing this DNACPR Order:  
 Name \_\_\_\_\_ Position \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_  
 If below grade of consultant, name of consultant/health care professional in charge, date and time they authorised you to complete DNACPR:  
 Authorising consultant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

**7** Reviewed and endorsed by patient's consultant/on-call consultant, if form not completed by a consultant:  
 Name \_\_\_\_\_ Position \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

**8** Is a review of DNACPR order appropriate: Yes  No  Review date: \_\_\_\_\_

**To cancel this DNACPR Order mark a diagonal line across front of form and complete cancellation section 13 of DNCPR Order on rear of this form**



**Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR)  
Communication Sheet**  
For Adults Aged 18 Years and Over

<b>9</b>	Name _____	Position _____
	Signature _____	Date _____ Time _____
	Next review date if appropriate: _____	
<b>10</b>	Name _____	Position _____
	Signature _____	Date _____ Time _____
	Next review date if appropriate: _____	
<b>11</b>	Name _____	Position _____
	Signature _____	Date _____ Time _____
	Next review date if appropriate: _____	

The below section must be completed if DNACPR Order is suspended during this admission

<b>12</b>	DNACPR order suspended by
	Name _____ Position _____
	Signature _____ Date _____ Time _____
	Reason DNACPR order suspended:
	Date & Time to be reinstated /reviewed:

The below section must be completed by the person who has cancelled this DNACPR Order

<b>13</b>	DNACPR Order cancelled by:
	Name _____ Position _____
	Signature _____ Date _____ Time _____
	Reason DNACPR Order Cancelled:
	<b>This DNACPR Order will be rescinded upon discharge from this WHSCT Facility unless otherwise stated</b>

For Further information on how to complete this form or for any questions relating to DNACPR orders please refer to the Western Health & Social Care Trust (WHSCT) Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation Policy or contact the WHSCT Resuscitation Service.