



BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

SYKEPLEIER I BESLUTNINGSPROESSEN MOT HLR MINUS

*«HVA ER SYKEPLEIERENS JURIDISKE, ETISKE OG
MEDISINSKE ANSVAR?»*

FORFATTERE: TINA AILEEN SKJØNHALS OG PIA EBBING HOLST

Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Seksjon for sykepleie

09HBSPLH

Mai 2012

Sammendrag

Tittel:	Sykepleier i beslutningsprosessen mot HLR minus. Hva er sykepleierens juridiske, etiske og medisinske ansvar?	Dato: 04.05.12
Deltakere	Tina Aileen Skjønhals og Pia Ebbing Holst	
Veileder:	Randi Tosterud	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	HLR minus, sykepleie, beslutningsprosess, etikk.	
Antall sider/ord: 52/11 827	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: I oppgaven stiller vi en problemstilling som spør hva sykepleierens ansvar i en beslutningsprosess mot HLR minus er. Vi valgte dette temaet fordi vi følte at dette var noe vi ønsket tilegne oss mer kunnskap om. Hensikten med oppgaven var å få klargjort hva som er sykepleierens juridiske, etiske og medisinske ansvar i beslutningsprosessen. Vi har brukt forskjellige databaser for å finne relevant litteratur. Sentrale søkeord har vært <i>nurs*</i> , <i>DNR</i> , <i>decision-making</i> og <i>ethics</i> . Vi har også benyttet oss av pensumlitteratur. I drøftingsdelen har vi drøftet pasientens, pårørendes og sykepleiers rolle i beslutningsprosessen mot en avgjørelse om HLR minus. Vi har også drøftet ulike faktorer som spiller inn i en beslutningsprosess, slik som tid, kompetanse og rutiner. Avslutningsvis har vi skrevet hvilken betydning oppgaven har for sykepleiere og gjort en kritisk vurdering av valg av litteratur.		

Abstract

Title:	Nurses involvement in a decision-making process towards a DNR order. What are the legal, etchical and medical responsibilities of nurses?	Date: 04.05.12
Participants	Tina Aileen Skjønhals and Pia Ebbing Holst	
Supervisor	Randi Tosterud	
Employer:		
Keywords (3-5)	DNR, nursing, decision-making, ethics	
Number of pages/words: 52/11 827	Number of appendix: 1	Availability: Open
Short description of the bachelor thesis:		
<p>The discourse of this bachelor thesis is the responsibility nurses have in the decision-making process towards a DNR order. We chose this theme because we sought to gain more knowledge about this field. The aim of this thesis is to clarify nurses legal, ethical and medical responsibility in the actual decision-making process. We have used databases, as well as the curriculum in order to find relevant literature. The significant search words have been <i>nurs*</i>, <i>DNR</i>, <i>decision-making</i> and <i>ethics</i>. In the discussion part we have discussed the patients, next of kind and nurses role in the decision-making process towards a DNR order. We have also discussed different aspects that play a role in the decision-making process such as time, knowledge and routines. Finally, we have focused on the importance of this thesis for nurses and made an evaluation of the chosen literature.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	ii
Abstract	iii
1.0 Innledning	1
1.1 Introduksjon til tema	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensning	1
1.4 Sykepleiefaglig relevans	2
1.5 Relasjon til seksjonens forskningsområder	3
1.6 Teori	3
1.6.1 Hjerte-lunge-redning	3
1.6.2 HLR minus	4
1.6.3 Naturlig død	6
1.6.4 Autonomi	7
1.6.5 Paternalisme og svak paternalisme	7
1.6.6 Yrkesetiske retningslinjer	8
1.6.7 Sykepleierens ansvarsområde	8
1.6.8 Sykepleierens oppgave	9
1.6.9 Lovverk	10
1.7 Hensikten med oppgaven	10
2.0 Metode	12
2.1 Valg av perspektiv	12
2.2 Søking og resultater	12
2.3 Forskningsetiske overveielser	14
3.0 Resultat	16
3.1 Begrepsavklaring	16
3.1.1 Fagfellevurdering	16
3.1.2 Vitenskapelige publikasjoner og nivå	16
3.1.3 Kvantitativ og kvalitativ metode	16
3.2 Tabell resultat	17
3.3 Presentasjon av vitenskapelige artikler	19
4.0 Drøfting	27
4.1 HLR minus: det å tillate en naturlig død	27

4.2 Pasientens og pårørendes forståelse av informasjon gitt i beslutningsprosessen.....	28
4.3 Sykepleier i beslutningsprosessen.....	29
4.4 Mangel på tid, kompetanse og rutiner.....	30
4.5 Tid og rom for samtalen.....	31
4.6 Uenighet i beslutningsprosessen mot avgjørelsen om HLR minus.....	33
4.7 Skillet mellom <i>person</i> og <i>sykepleier</i>	34
4.8 Sykepleierens observasjoner.....	35
4.9 Sykepleierens samarbeid med lege.....	36
4.10 Pasienter uten pårørende.....	36
4.11 Oppgavens betydning for sykepleiere.....	37
4.12 Kildekritikk og metodiske overveielser.....	37
5.0 Konklusjon.....	39
6.0 Etterord.....	40
7.0 Litteraturliste.....	41
Vedlegg 1.....	I

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Tema for oppgaven er sykepleierens rolle i prosessen mot avgjørelsen om ikke å starte hjerte-lunge-redning ved pasienters hjertestans (HLR minus). I utdanningen lærer vi om hjerte-lunge-redning, men forholdsvis lite om hva som skjer i prosessen mot avgjørelsen om HLR minus. Vi vil derfor klargjøre hva som er medisinske, juridiske og etiske vurderinger og videre ta for oss de utfordringer som oppstår i denne prosessen mot beslutningen. Vi vil se nærmere på pasienten, pårørendes og helsepersonellens rolle, og da særlig fokusere på sykepleierens rolle.

1.2 Problemstilling

Hva er sykepleierens juridiske, etiske og medisinske ansvar i en pasientsituasjon hvor det skal vurderes at hjerte-lunge-redning ikke skal gjennomføres?

1.3 Avgrensning

Begrepet "HLR minus" betyr at det tas en forhåndsvurdering om at pasienten ikke skal motta hjerte-lunge-redning ved hjertestans (Sykehuset Innlandet, 2004) (Se vedlegg 1). I denne prosessen skal det sees på ulike kriterier som vi vil omtale nærmere i teorien (Sykehuset Innlandet, 2004). En nasjonal veileder, *Beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende*, fra Helsedirektoratet (2009) beskriver at hjerte-lunge-redning er et av flere eksempler på livsforlengende behandling. Dette er tiltak som kan utsette pasientens død. I Helsedirektoratets veileder står det konkret at en bør vurdere å begrense den livsforlengende behandlingen dersom den forlenger en smertefull dødsprosess, hvor døden utsettes kun kort tid. Det står også at en bør vurdere å begrense behandlingen selv om den kan føre til overlevelse, men hvor et liv med alvorlige fysiske eller psykiske plager ikke er til å unngå. I oppgaven velger vi å inkludere myndige, samtykkekompetente pasienter. Vi vil forholde oss til en situasjon hvor beslutningen tas før hjertestans oppstår, hvor det vil være tid for diskusjon. Vi ekskluderer dermed barn, pasienter uten samtykkekompetanse, samt akutte

situasjoner. Religion kan være en faktor for pasienten i beslutningsprosessen mot avgjørelsen om HLR minus, men dette blir ikke omtalt i oppgaven.

1.4 Sykepleiefaglig relevans

International Council of Nurses (ICN) omtaler i sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blant annet sykepleierens personlige ansvar for faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis (ICN, 2011). For å kunne oppnå en forsvarlig praksis er det nødvendig med tilfredstillende kunnskap. Dette er en situasjon vi som sykepleiere sannsynligvis kommer til å møte i arbeidslivet, og for å få mer kunnskap om temaet vil vi se nærmere på litteratur og forskningsartikler, samt etiske retningslinjer og lovverk.

Kari Martinsens teorier om sykepleie er relevant for temaet vårt, da hun synes å fremstå som en talsperson for den pasientgruppen som omtales i bacheloroppgaven, nemlig de “sykeste syke”. Hun omtaler viktigheten av omsorg, faglig skjønn og ikke minst hvordan sykepleier skal handle til det beste for pasienten, uavhengig av situasjonen (Martinsen, 2003). Vi oppfatter at det kan oppstå ulike situasjoner eller behov fra både pasientens og de pårørendes side i prosessen mot en avgjørelse om HLR-minus. Det vil her være aktuelt med et fokus på “resultatløs sykepleie”, det vil si at det ikke er noe mål om at pasienten skal bli friskere eller mer uavhengig. Omsorgen som da bør ytes er *vedlikeholdsomsorg*, som vil si at omsorgsarbeidet går ut på å møte pasienten i hans/hennes her-og-nå-situasjon, og sørge for at pasienten har det så godt som mulig (Martinsen, 2003). Omsorgsarbeidet tilstreber å unngå forverring, og opprettholdelse av funksjonsnivå. Vedkommende er i et stadie der man vurderer om HLR vil kunne gi pasienten noe verdig liv, hvis gjenopplivning i det hele tatt vil kunne la seg gjøre. Martinsens sykepleieteori med fokus på omsorg vil være relevant her.

Helsepersonelloven (1999) stiller også krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. Helsepersonells ansvar beskrives i § 4 for samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell, dersom pasientens situasjon krever dette.

1.5 Relasjon til seksjonens forskningsområder

Oppgaven relateres til *kvalitet i sykepleie*, da dette forskningsområdet har fokus på *pasienters behov og sikkerhet* og *personalets funksjon og sikkerhet* (Høgskolen i Gjøvik, 2011). De danske sykepleierene Janne Lyngaa og Birgit B. Jørgensen (2007) beskriver kvalitet i sykepleie som et mål som skal nås eller opprettholdes for at sykepleiekvaliteten skal være tilstrekkelig.

1.6 Teori

I dette kapittelet vil vi benytte oss av tidligere forskning for å teoretisk belyse ulike sider av problemstillingen. Her vil det også komme definisjoner på ulike begreper. Hva gjelder teoriens oppbygging har vi valgt å unnlate å dele teorien inn etter juridisk, medisinsk og etisk teori, da vi opplever at de flettes naturlig inn hverandre.

1.6.1 Hjerte-lunge-redning

Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) har på sine nettsider utarbeidet retningslinjer for avansert hjerte-lunge-redning (AHLR). Her beskriver de tiltakene for å behandle hjertestans, som vil si basal HLR (brystkompresjoner og innblåsninger), og hjelpemidler og medikamenter. Det er i tillegg blitt utarbeidet et hefte av dr. Kristian Lexow og prof. Kjetil Sunde på vegne av Norsk Resuscitasjonsråd (2011) som baserer seg på retningslinjene for 2010, som også blir brukt som kilde i teoridelen i oppgaven.

Basal hjerte-lunge-redning (BHLR) starter med å prøve og få kontakt med vedkommende. Om det ikke lykkes, få tak i hjelp og undersøk om pasienten puster normalt. Hvis pasienten ikke puster eller har unormal pust, ring 113 og start med å sørge for frie luftveier ved å bøye pasientens hode bakover og løfte haken frem. Fortsett deretter med brystkompresjoner som er harde, raske trykk på brystbenet mellom brystvortene. Kompresjonene bør være 5-6 cm dype og ha en jevn takt på 100 i minuttet. Etter 30 brystkompresjoner skal det gjøres to innblåsninger som avsluttes når brystkassen hever seg. Gjenta så 30 brystkompresjoner og to innblåsninger (30:2) til helsepersonell med nødvendig utstyr kommer (NRR, 2010).

Hjerte-lunge-redning med defibrillator (DHLR) vil starte med de samme tiltak som i BHLR. En defibrillator er en hjertestarter som også analyserer hjerterytmen (NRR, 2010). Defibrillatoren kobles til så snart det er tilgjengelig. Defibrillatoren vil vise hjerterytme og dersom defibrillatoren er halvautomatisk vil den også vise om den er sjokkbar eller ikke (ved manuell defibrillator må en selv avgjøre dette). Det er nødvendig å stoppe HLR under rytmeanalysen fordi analysen vil forstyrres av kompresjonene. Dersom maskinen viser at sjokk er indikert, følg instruksene og fortsett med HLR straks etter eventuelt sjokk.

Ved avansert hjerte-lunge-redning (AHLR) skal de tiltakene som nevnt ovenfor utføres først og fremst. Dersom det ikke er satt i gang eller har vært tvil om kvaliteten på HLR, anbefales det å gi god HLR i tre minutter før sjokk (NRR, 2010). Om sjokk ikke er indikert, kan det være nødvendig å gi adrenalin. Det kan også nevnes at det kan være aktuelt å starte med et prekordialt slag (et enkelt, hardt slag med knyttneven i hjerteregeionen) i løpet av de første 30 sekundene etter bevitnet hjertestans oppsto (Lexow og Sunde, 2011). Deretter fortsettes det med effektiv HLR.

1.6.2 HLR minus

Klinisk Etikkomité Gjøvik har utarbeidet *Retningslinjer for HLR minus* (se vedlegg 1).

Prosedyren ble utarbeidet for alle leger og sykepleiere på Sykehuset Innlandet Gjøvik for å få avklart definisjonen, hvem som har ansvar og hva som skal dokumenteres. I oppgaven benyttes retningslinjene fra Sykehuset Innlandet som et supplement til Helsedirektoratets nasjonale veileder (2009). Dette fordi den nasjonale veilederen omtaler begrensning av livsforlengende behandling generelt og skriver lite spesifikt om retningslinjer i forhold til HLR minus.

Retningslinjene fra Sykehuset Innlandet omtaler HLR minus på en ryddig og oversiktlig måte og vil hovedsaklig bli brukt i teoridelen.

HLR minus gjelder som tidligere skrevet en forhåndsbestemmelse om at pasienten ikke skal motta hjerte-lunge-redning ved hjertestans. Det kan imidlertid finnes reservasjoner, der man ønsker begrensede akutte tiltak. Dette kan være et prekordialt slag og defibrillering, men omfatter ikke respiratorbehandling. Begrensede akutte tiltak ved hjertestans må dokumenteres (Sykehuset Innlandet, 2004).

Ansvar for beslutningen om HLR minus ligger på behandlingsansvarlig lege (Helsedirektoratet 2009).

Helsedirektoratet (2009) omtaler situasjoner der begrensning av livsforlengende behandling bør vurderes. Hvis behandlingen utsetter døden maksimalt noen uker, og likevel ikke lindrer smerter og plager tilfredsstillende, bør en vurdere om en skal fortsette behandling. Det samme gjelder i de tilfellene der behandlingen kan føre til overlevelse, men at det vil si å forlenge et liv med svært alvorlige og plagsomme fysiske og/eller mentale symptomer. I situasjoner der pasienten har store og uopprettelige hjerneskader og er diagnostisert til å være “vegetativ”, vil det være aktuelt å vurdere om livsforlengende behandling skal begrenses. Det samme gjelder for pasienter i koma hvor tilstanden er irreversibel.

Retningslinjene fra Sykehuset Innlandet (2004) nevner spesifikke kriterier som må være oppfylt før man kan ta beslutningen om HLR minus. Kriteriene er at pasienten må være døende og uttrykke ønske om å ikke motta livsforlengende behandling, pasientens pårørende må uttrykke tilsvarende ønske, samt at helsepersonell må finne det naturlig å respektere pasientens og pårørendes ønske.

Helsepersonells plikt til å utføre HLR opphører i de tilfeller der det er faglig enighet om at fortsatt medisinsk behandling vil være forgjeves med tanke på å bevare livet, eller hvis gjennomføring av HLR vil føre til en irreversibel tilstand som ikke samsvarer med et leveverdig liv. HLR minus bør forhåndsvurderes hos pasienter med så alvorlig sykdom at HLR ikke er medisinsk riktig, og hvor man er meget sikre på at effekten vil være en forlengelse av dødsleiet og en uverdigg avslutning på livet (Sykehuset Innlandet, 2004).

I følge Helsedirektoratet (2009) skal avgjørelsen om HLR minus revurderes når det foreligger usikkerhet eller uenighet i forhold til diagnose eller prognose mellom pasient, pårørende eller behandlingsteam. Å gi en fornyet vurdering vil si at det er annet kvalifisert helsepersonell som skal gjøre en ny vurdering av beslutningen om HLR minus. Pasientens situasjon og dermed

forutsetningene for beslutningen kan ha forandret seg, og man må ta en beslutning basert på den nye situasjonen.

Helsepersonellovens kapittel 8 omhandler dokumentasjonsplikten, og etter § 39 og § 40 skal avgjørelsen om HLR minus dokumenteres i pasientjournalen med begrunnelse. Legen må skrive "HLR minus" med eventuelle reservasjoner i pasientjournalen med signatur, og det skal også dokumenteres hva slags informasjon som er gitt og til hvem, og om det foreligger samtykke (Helsepersonelloven, 1999).

Pasient eller pårørende skal i prinsippet gi muntlig samtykke til HLR minus. Retningslinjene til Sykehuset Innlandet (2004) foreslår for legen å ta opp spørsmålet ved et tidspunkt der det er enighet om å avslutte livsforlengende behandling. Dersom pårørende og/eller pasient forstår hva avgjørelsen går ut på, og har aksept for at det ikke skal iverksettes nye livsforlengende behandlingstiltak når pasienten blir sykere, er dette tilstrekkelig. Legen kan i følge pasientrettighetsloven § 4-2 komme frem til en stilltiende aksept ut fra pasientens og/eller pårørendes holdning og handlemåte ved en samtale om å avslutte livsforlengende behandling.

Dersom pasienten og/eller pårørende ikke aksepterer HLR minus, kan det likevel være aktuelt å sette HLR minus, dersom det er faglig enighet om at HLR vil være nytteløst. Retningslinjene sier at det bør være faglig enighet blant behandlende leger og annet involvert helsepersonell, og man bør vurdere en fornyet vurdering. I slike situasjoner skal man dokumentere begrunnelsen for hvorfor man har valgt å sette HLR minus uten å ha oppfylt krav om samtykke (Sykehuset Innlandet, 2004).

Etter pasientrettighetslovens § 5-1 har pasienten rett til innsyn i sin egen journal, og kan gi de nærmeste pårørende innsynsrett. Dersom dette ikke er gjort, har de nærmeste pårørende som regel innsynsrett etter pasientens død (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

1.6.3 Naturlig død

Avdelingsoverlege Torgeir Bruun Wyller (2008) skriver i en leder i *Tidsskrift for Den norske legeforening* om det å tillate å dø naturlig og i fred. Her skriver han at de fleste vil være enige i å

unnlate å gi HLR i situasjoner hvor det vil være nyttesløst og hvor pasienten er i en prosess hvor døden er unngåelig. Slike medisinske vurderinger vil ofte være vanskelig å ta stilling til, men viktigheten av dens grundighet er svært nødvendig for at dette skal være den rette beslutningen for den enkelte pasienten. Wyller mener at HLR minus er et godt alternativ hvor døden ikke er å unngå og en fredelig død blir sikret.

1.6.4 Autonomi

Slettebø (2009) skriver at ordet *autonomi* brukes om pasientens medbestemmelse når det gjelder medisinsk etikk. Pasientautonomi går ut på pasientens rett til å være med på å bestemme formen for behandling han eller hun får, og retten til å nekte behandling (Slettebø, 2009).

For at en pasient skal kunne foreta et autonomt valg, skriver Slettebø (2009) videre at det er fire kriterier. Pasienten må være kompetent til å foreta valg, ha et vedvarende ønske, og motta nøytral og tilstrekkelig informasjon om behandling, konsekvenser av behandling og konsekvenser av å ikke motta behandling. Det fjerde kriteriet er at pasienten må kunne ta et selvstendig valg, uten ytre press. Senere i oppgaven, under "Lovverk", beskriver vi lov om pasient - og brukerrettigheter, som blant annet omtaler pasientautonomi.

1.6.5 Paternalisme og svak paternalisme

Paternalisme vil si at helsepersonell vurderer og avgjør hva som er best for pasienten (Nylenna 2009). En paternalistisk holdning vil si at helsepersonell bestemmer til pasientens beste, uten at pasienten kan bruke eget skjønn (Slettebø, 2009).

Kari Martinsen (1990) omtaler blant annet *svak paternalisme* som en nødvendig forutsetning for at sykepleier skal kunne bygge et tillitsforhold til pasienten. *Svak paternalisme* vil si at sykepleier må bruke sine faglige kunnskaper til det beste for hver enkelt pasient. Dette kan i noen tilfeller bety å aktivt inkludere pasienten i alle avgjørelser som skal tas angående han, og i andre tilfeller verne pasienten og la han få slippe å ta avgjørelser angående egen situasjon. Dette kan være avgjørelser pasienten ikke har forutsetninger for å ta, eller at pasienten selv gir uttrykk for at han ikke ønsker å ta stilling til det. Martinsen (1990) skriver videre at sykepleier må kunne

sette seg inn i pasientens situasjon. Sykepleieren må forsøke å se hvordan det hadde vært å selv være i vedkommendes situasjon, og hvordan hun hadde ønsket å bli behandlet. På den måten kan sykepleier finne ut hva pasienten er best tjent med, og kombinert med faglig skjønn handle til det beste for pasienten.

1.6.6 Yrkesetiske retningslinjer

I følge Slettebø (2009) sier Tranøy at allmenmoral består av aksepterte normer og verdier, og at etikk er en refleksjon over disse. Nedenfor har vi valgt å trekke ut konkrete etiske regler relatert til vår oppgave. Dette er yrkesetiske retningslinjer som er blitt utarbeidet av Rådet for sykepleieetikk, basert på FNs' menneskerettighetserklæring.

1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.

2.4 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

2.5 Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse.

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

2.10 Sykepleier bidrar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling.

ICNs' yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (s. 7-9)

Retningslinjene beskriver hvordan sykepleie skal utøves i henhold til etikk.

1.6.7 Sykepleierens ansvarsområde

ICN (2011) skriver i sine yrkesetiske retningslinjer at sykepleier selv har et ansvar for at den helsehjelpen de yter, skal være *faglig, etisk og juridisk forsvarlig* (s. 7). Helsehjelpen som

sykepleier yter deles inn i funksjonsområder i boken til Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (red.) (2011). Nedenfor har vi trukket ut de funksjonsområder som er relevante i oppgaven vår.

1. Helsefremming og forebygging

Selv om helsefremmende og forebyggende arbeid hovedsakelig rettes mot friske mennesker, har pasienter som er alvorlig syke og døende tiltak rettet mot seg. Dette går hovedsakelig ut på å lindre smerte, men også å forebygge at forverringer oppstår.

2. Behandling

Sykepleier har som et ansvar å hjelpe pasienten som har en akutt eller kronisk funksjonssvikt. Det kan være konkrete sykepleierhandlinger, men en del av oppgaven er også å samarbeide med annet helsepersonell og utføre delegerte oppgaver.

3. Lindrende

Å bidra til at pasientens plager reduseres og å hjelpe pasienten til en følelse av velvære, er en av sykepleierens oppgaver.

4. Veiledning

Sykepleier har også et ansvar for å hjelpe pasient og pårørende til å forstå i form av å undervise og veilede.

1.6.8 Sykepleierens oppgave

En av sykepleierens oppgaver er å samle informasjon om pasienten som bringes videre til legen. Ut fra denne informasjonen stiller sykepleiere diagnoser, kjent som sykepleiediagnoser (Dahl og Skaug, 2011). I følge Dahl og Skaug (2011) mener Carpenito (2002) at en sykepleiediagnose er en konkret beskrivelse av pasientens eller familiens problem. Medisinske diagnoser, behandlingsmetoder og enkelte sykepleiediagnoser kan ofte gå inn i hverandre og en sykdom vil i større eller mindre grad ha en innvirkning på pasientens liv. Her vil sykepleierens oppgave være å ivareta pasientens behov og være til støtte for pasienten, om pasienten skulle ha behov for det (Dahl og Skaug, 2011).

1.6.9 Lovverk

Helsepersonelloven (1999) vil være relevant da lovens formål blant annet er å medvirke til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse - og omsorgstjenesten. I helsepersonelloven finnes det krav til helsepersonellens yrkesutøvelse, hvor krav om forsvarlighet er beskrevet. Denne paragrafen omhandler eksplisitt helsepersonellens plikt til å utøve helsehjelp med faglig forsvarlighet og omsorgsfullhet. Det kommer også tydelig frem at helsepersonell har plikt til å overholde sine faglige kvalifikasjoner og hente inn bistand eller overlate oppgaver til kvalifisert personell når det er nødvendig.

Helsepersonelloven beskriver også helsepersonellens plikt til å gi nødvendig helsehjelp, når hjelpen anses som nødvendig. Unntaket ved en slik situasjon kommer frem i pasient - og brukerrettighetsloven § 4-9 (1999), hvor pasienten har rett til å nekte behandling eller motsette seg livsforlengende behandling. Ved motsettelse av livsforlengende behandling er det et krav om at pasienten er døende og har fått tilstrekkelig med informasjon.

Videre i pasient - og brukerrettighetsloven (1999) står det at pasienten har generelt rett til nødvendig informasjon og medvirkning. Pasienten har rett til å få innsikt i den helsehjelpen personellet anser som nødvendig og rett til å få tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand. I tillegg har pasienten rett til å ikke motta informasjon, med mindre det har en klar hensikt for å unngå skade.

Hovedregelen om samtykke er at man kan kun yte helsehjelp når pasienten gir samtykke til dette. Samtykket er kun gyldig dersom det er blitt gitt nødvendig informasjon. Pasienten har rett til å trekke tilbake samtykket, men da skal det gis tilstrekkelig med informasjon om konsekvenser av dette (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999).

1.7 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å klargjøre sykepleierens rolle i prosessen mot en avgjørelse om HLR minus, og drøfte hvordan sykepleier kan håndtere denne beslutningsprosessen.

2.0 Metode

2.1 Valg av perspektiv

Under artikkelsøkingen har vi hele tiden hatt et sykepleiefaglig perspektiv. Likevel har det vært nødvendig å se på artikler som også har tatt for seg legens, pasientens og pårørendes perspektiv, men med sykepleier i fokus. Dette er for å kunne se helheten i beslutningsprosessen mot en avgjørelse om HLR minus.

2.2 Søking og resultater

I søkeprosessen har vi ekskludert artikler som omhandler pasienter uten samtykkekompetanse, nyfødte og barn og akuttsituasjoner. Vi har også valgt å ekskludere artikler som vi regner som lite oppdaterte på nyere helseteknologi og jus. Enkelte artikler har vi ikke hatt tilgang til, dermed ble de naturligvis ikke med i oppgaven vår. Disse artiklene, ut fra artiklenes tittel, kan ha vært relevante for vår oppgave. Vi har vært opptatt av at det skal være gjenkjennbart i norske forhold, og har inkludert artikler som omhandlet problemstillinger vi ønsket å drøfte i oppgaven.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. DNR	Ovid Nursing Database		8520
2. Nurs*			2244968
3. DNR AND nurs*		1+2	2921
4. Role			5317288
5. DNR AND nurs* AND role		1+2+4	1127
6. Moral			114388
7. DNR AND nurs* AND role AND		1+2+4+6	

moral			233
1. Nurs* 2. DNR 3. Attitude 4. Nurs* AND DNR AND attitude	Ovid Nursing Database	1+2+3	2255891 8588 723069 426
1. Allow Natural Death 2. Nurs* 3. DNR 4. Allow Natural Death AND nurs* AND DNR	Ovid Nursing Database	1+2+3	121 2256108 8592 50
1. DNR 2. Nurs* 3. Policy 4. DNR AND nurs* AND policy 5. DNR AND policy 6. Challenge 7. DNR AND challenge 8. Ethical issues 9. DNR AND ethical issues	Academic Search Elite	1+2+3 1+3 1+6 1+8	8889 216411 434445 17 69 193956 84 6127 7
1. Behandlingsunntatelse	Helsebiblioteket		1
1. DNR 2. DNR AND decision making	Academic Search Elite		9049 153
1. Norw* 2. Ethics 3. Moral 4. End-of-life	Ovid Nursing Database		195949 604950 115162 58157

5. Norw* AND ethics AND moral AND end-of-life		1+2+3+4	59
6. Decision			1022172
7. Norw* AND end-of-life AND decision		1+4+6	52
1. Allow natural death	Ovid Nursing Database		121
2. DNR			8600
3. Allow natural death AND DNR		1+2	63
1. Nurs*	Ovid Nursing Database		2255548
2. Do-not-resuscitate			12246
3. Beliefs			228729
4. Ethics			603866
5. Norw*			195690
6. Nurs* AND do-not-resuscitate AND beliefs AND ethics AND norw*		1+2+3+4+5	13
7. Nurs* AND do-not-resuscitate AND norw*		1+2+5	122
8. Attitudes			614556
9. Nurs* AND do-not-resuscitate AND beliefs AND attitudes		1+2+3+8	369

2.3 Forskningsetiske overveielser

Vi har vært i kontakt med leder for Klinisk Etikk Komité (KEK) på Gjøvik per telefon. Hun ga oss muntlig tillatelse til å bruke “Retningslinjer for HLR minus” fra Sykehuset Innlandet i Gjøvik i vår oppgave. I følge leder for KEK, var det ikke nødvendig med navn eller skriftlig tillatelse for bruk av retningslinjene.

Vi har gjennomgående brukt *Databasen for statistikk om høgre utdanning* (DBH) for å sikre at våre artikler ligger på et vitenskapelig nivå. Vi har fått opplyst at DBH kan ha noen feilopplysninger, men ut i fra vårt ståsted har vi ingen mulighet til å være kritiske utover det. Vi har derfor lagt til grunn at opplysningene fra DBH er korrekte.

3.0 Resultat

Under resultat vil vi først komme med begrepsavklaring på noen relevante begreper, og så presentere en tabell som viser en oversikt over forfattere, hensikt med studien, metode, resultat og hvordan vi fant de vitenskapelige artiklene. Deretter vil vi presentere de enkelte artiklene i løpende tekst. Her kommer vi til å skrive om hvordan vi kom frem til hver artikkel, hvorfor vi valgte å bruke den og hva artikkelen handler om.

3.1 Begrepsavklaring

3.1.1 Fagfellevurdering

Når en artikkel er fagfellevurdert vil det si at artikkelen blir vurdert av minst to eksperter på faget før den blir publisert. Dette er for å kvalitets sikre at innholdet er faglig korrekt og relevant (Søk og skriv, 2009).

3.1.2 Vitenskapelige publikasjoner og nivå

For at en artikkel skal publiseres vitenskapelig må den gjennom fire kriterier som består av at den skal vise ny informasjon, være brukelig og tilgjengelig for andre som skulle ønske å bruke den og tilhøre et tidsskrift eller lignende med rutiner på at den blir vurdert av eksperter på temaet (Høgskolen i Gjøvik, 2011).

3.1.3 Kvantitativ og kvalitativ metode

Den *kvantitative* metoden går ut på å samle informasjon og presentere dataen i tall og prosenter (Dalland, 2007). Dalland (2007) skriver at den *kvalitative* metoden går i dybden for å finne informasjon som ikke er målbare i tall. Begge metodene går ut på å forsøke å forstå samfunn, mennesker og handlinger. Dalland (2007) skriver videre at de kvantitative dataene går ut på å telle, mens de kvalitative dataene går ut på tolke.

3.2 Tabell over resultat

Referanse (Forfatter, tittel og år)	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Metode	Resultat Diskusjon	Kommentarer
<p>Sulmasy D.P, M. Kai He, R. McAuley, W.A. Ury</p> <p>«Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who should speak to patients about them» (2008)</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvilke holdninger helsepersonell har i forhold til hvilken rolle sykepleiere burde ha i beslutnings-prosessen mot HLR minus.</p>	<p>Kvantitativ metode. Studien var anonym med leger, avdelingsledere og sykepleiere på to forskjellige sykehus i New York. De fikk spørsmål om holdninger og verdier, meninger og deres eget syn på deres kompetanse i forhold til HLR minus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 68,9 % (n=345) av leger og avdelings- lederne mente at sykepleiere kunne innledet til diskusjon vedrørende HLR minus. - 46,8 % (n=218) av sykepleierene mente at de kunne innlede en beslutnings- prosess. - 84,3 % (n=216) sykepleiere følte seg trygge på å delta i en beslutnings- prosess mot HLR minus. 	<p>Artikkelen ble funnet ved søk i Ovid Nursing Database. Søke- kombinasjonen som ble brukt var <i>nurs* AND DNR AND attitude</i>.</p> <p>Artikkelen er fagfelle- vurdert og tidsskriftet ligger på vitenskapelig nivå 2 (DBH, 2012a).</p>
<p>Benbenishty J, F.D. Ganz, A. Lippert, H.-H. Bulow, E. Wennberg, B. Henderson, M. Svantesson, M. Baras, D. Phelan, P. Maia, C.-L. Sprung</p> <p>«Nurse involvement in end-of-life decision</p>	<p>Hensikten med dette studien var å undersøke legers syn på sykepleierens rolle i avgjørelser som omhandlet livets slutt.</p>	<p>Kvantitativ metode. Studien var en del av en større studie (the ETHICUS study). Studien ble utført ved 37 intensiv- avdelinger i 17 forskjellige land i Europa, fra 1. januar 1999 til 30. juni 2000. Alle voksne pasienter som døde eller</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Totalt 3086 avgjørelser om livets slutt ble tatt. - Legene mente at sykepleierene var involvert i 2412 (78,3 %) av disse. - Sykepleierene tok initiativ til 66 (2,1 %) beslutnings- prosesser. 	<p>Artikkelen ble brukt som kilde i ”Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who should speak to patients about them”.</p> <p>Funnet på tittelsøk i Ovid Nursing Database.</p> <p>Artikkelen er</p>

making: the ETHICUS Study» (2006)		hadde begrenset med livsforlengende behandlinger, var med i studien.	- I 20 (0,66 %) av tilfellene var det uenighet mellom sykepleier og lege.	fagfellevurdert og tidsskriftet ligger på vitenskapelig nivå 1 (DBH, 2012b).
Lind, R, G.F. Lorem, P. Nordtvedt, O. Herøy «Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions» (2011)	Hensikten med studien var å finne ut hvordan pårørende opplevde beslutningsprosessen rundt livets slutt.	Kvalitativ metode. Studien gikk ut på å intervju 27 pårørende til tidligere intensivpasienter. De 21 pasientene hadde gått bort 3-12 måneder tidligere. Studien ble utført ved norske intensivavdelinger på tre universitetssykehus og et distriktssykehus.	- 16 av 21 familier ble ikke inkludert i beslutningsprosessen. - Familiene som ikke ble inkludert, opplevde at de fikk lite informasjon med kun medisinske fakta, men ingen dialog. - Familiene som ble inkludert, opplevde at de fikk delta i diskusjoner og følte seg i varetatt av både leger og sykepleiere.	Artikkelen ble funnet ved søk i Ovid Nursing Database. Søkekombinasjon som ble brukt var <i>norw* AND end-of-life AND decision</i> . Artikkelen ble mottatt 24. august 2010 og akseptert 1. april 2011.
Pedersen, R., M. K. Bahus, E. M. Kvisle «Behandlingsunnløst, etikk og jus» (2007)	Hensikten fremstår å være å klargjøre ulike momenter ved behandlingsunnløst, på bakgrunn av etiske diskusjoner om når det er riktig å iverksette eller avslutte livsforlengende	Litteraturstudie. Gått i gjennom forsknings- og undervisningsmateriale om behandlingsunnløst, og satt sammen med nasjonale juridiske føringer på området.	- Nødvendig å ha fokus på behandlingsunnløst i helsepersonells arbeidshverdag og i utdanningen.	Vi fant artikkelen ved å søke på <i>behandlingsunnløst</i> i Helsebiblioteket. Tidsskriftet ligger på vitenskapelig

	behandling.			nivå 1 (DBH, 2012d).
Elliott, J., I. Oliver «Choosing between life and death: patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally ill cancer patient» (2008)	Hensikten virker å være å finne ut hvordan pasient og pårørende snakker om og oppfatter HLR minus, i en fase av livet der døden er nært forestående.	Kvalitativ metode. Intervju med 28 kreftpasienter, hvor alle hadde en forventet levetid på maksimalt 3 mnd. Ca 20 pårørende deltok.	<ul style="list-style-type: none"> - Både pasientene og pårørende oppfattet avgjørelsen om HLR minus som et reelt valg mellom liv og død, og hadde ikke vurdert at HLR kunne være nyttesløst. - Viktig å klargjøre begrensninger med HLR. - Behøver god kommunikasjon om hva HLR og HLR minus innebærer. - Etske og moralske utfordringer i sammenheng med beslutningen. 	Vi fant artikkelen ved å kombinere søkeordene <i>DNR AND descition making</i> i Academic Search Elite. Artikkelen er fagfellevurdert og tidsskriftet ligger på vitenskapelig nivå 2 (DBH, 2012e).

3.3 Presentasjon av vitenskapelige artikler

«Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who would speak to patients and families about them» av Sulmasy et al. (2008)

Med søkeordene *nurs** AND *DNR* AND *attitude* i Ovid Nursing Database fant vi artikkelen “Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who would speak to patients and families about them” (2008). Artikkelen er skrevet av Daniel P. Sulmasy et

al. Vi fikk et treff på 426 artikler, men valgte å gå gjennom titlene og eventuelt sammendraget på artiklene fordi det ville være lettere å finne aktuell litteratur.

Studien gikk ut på å finne ut hvorvidt sykepleierene deltok i beslutningsprosessen mot avgjørelsen om HLR minus og videre hva avdelingsledere, sykepleiere og leger mente om dette. Studien ble gjennomført i 2002 og fant sted i New York i USA, hvor de brukte to forskjellige sykehus med de samme retningslinjene. Siden studien er amerikansk, vil kilder, tall og opplysninger ikke være helt like som i Norge, men det vil gi oss en anelse om hvordan det er i praksis i Norge. American Nurses Association er medlem av ICN, slik som Norge (International Council of Nurses, 2011).

Artikkelen er fagfellevurdert og tidsskriftet, *Critical Care Medicine*, ligger på vitenskapelig nivå 2 (DBH, 2012a).

Sulmasy et al. (2008) skriver at sykepleiere kan og ofte har en viktig rolle i prosessen mot avgjørelsen om HLR minus, men at det er oftest legen som tar initiativ til slike samtaler. I artikkelen skriver de at det er noe usikkerhet om hvorvidt sykepleieren skal delta, men i følge Sulmasy et al. (2008), er det flere som mener at sykepleieren skal delta i det meste i denne prosessen nettopp på grunn av sykepleierens nære og daglige kontakt med pasienten.

Resultatene viser at 69,3 % (n=215) av legene mente i større eller stor grad at sykepleiere kunne ta initiativ til samtale om HLR minus. 81,7 % (n=218) av sykepleierene var enige i dette. Videre viser studien at flertallet av sykepleierene følte seg sikker på å diskutere en slik situasjon med pasient og familie og at de følte seg egnet til dette. Bakgrunnen for dette kunne være at sykepleiere tilbrakte mer tid med den døende pasienten, enn legene. På denne måten ble de bedre kjent med både pasienten og pårørende og det ville være lettere å gå inn på et slikt tema. Selv om de har denne kontakten med pasienten, følte 43,1 % av sykepleierene at det ikke var deres oppgave å ta opp denne problemstillingen, men legenes (Sulmasy et al., 2008).

«Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study» av Benbenishty et al. (2006)

Via artikkelen “Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who would speak to patients and families about them” av Sulmasy et al. (2006), fant vi artikkelen “Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS study”. Artikkelen er skrevet av Julie Benbenishty et al. og publisert i 2006. Studien er en del av et større studie som ble sponset av “the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine”. Studien gikk ut på hvorvidt sykepleiere deltok i slike beslutninger, om de tok initiativ og om det var enighet i den endelige avgjørelsen. Resultatene ble analysert og sammenlignet med de tre forskjellige regionene i Europa.

Vi besluttet å inkludere artikkelen fordi den er relevant i forhold til å se hvorvidt sykepleiere er involvert i beslutningsprosessen mot avgjørelser vedrørende livets slutt, samt se på hvilken rolle de har. Noen faktorer som gjør at resultatet kan være feiltolket kan være relatert til kilden, som her var legene. En av faktorene kunne være at kommunikasjonen mellom lege og sykepleier var svekket, for eksempel i forhold til hvem som innledet denne beslutningsprosessen. En annen årsak kunne også være at legene mente at det ikke var sykepleierenes oppgave å delta i beslutningsprosesser mot avgjørelser ved livets slutt, og dermed besvarte med “Ikke relevant” på svarskjema. Det er mulig resultatet hadde vært annerledes dersom sykepleierenes oppfatning også hadde vært med i studien.

Artikkelen er fagfellevurdert og tidsskriftet, *Intensive Care Medicine*, ligger på vitenskapelig nivå 1 (DBH, 2012b).

Artikkelen omhandler legenes syn på sykepleiere og deres rolle i beslutningsprosesser vedrørende livets slutt. Studien fant sted i Europa og ble oppdelt i tre regioner; sør, midt og nord (Danmark, Finland, Irland, Nederland, Sverige og Storbritannia). Studien omfattet leger og sykepleier på intensivavdelinger. Studien viste at sykepleierene var involvert i 78,2 % (n=3086) av de aktuelle beslutningsprosessene som ble utført. Benbenishty et al. (2006) mener at årsaken til dette kan være fordi sykepleierene har nærmere kontakt med pasienten og familien, enn hva legene har. Videre skriver Benbenishty et al. (2006) at sykepleierene i Nord-Europa var mer

involvert i beslutningsprosessen enn de i Sør-Europa. Denne forskjellen kan være at samarbeidet mellom leger og sykepleiere kan være tettere i Nord-Europa, men kan også skyldes variasjon i lovgivning og praksis. Videre skriver forfatterne at resultatene som er innsamlet viser at legene oppfatter at sykepleierene i stor grad er involvert i beslutningsprosessen ved livets slutt og at det i flest av tilfellene er enighet om utfallet av diskusjonen. Benbenishty et al. (2006) mener likevel at leger burde bli mer bevisste på å inkludere sykepleierene fordi det vil gjøre avgjørelsen lettere for legene selv, sykepleiere og pårørende.

«Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions» av Lind et al. (2011)

I Ovid Nursing Database fant vi artikkelen "Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions" av Ranveig Lind et al. (2011). Vi fant artikkelen ved å bruke søkekombinasjonen *norw** AND *end-of-life* AND *decision*. Her fant vi ikke pdf-filen, men brukte søkemotoren "Google" for å finne den på nettsiden som artikkelen henviser til.

Lind et al. (2011) har gjennomført en kvalitativt studie hvor metoden er intervjuer med etterlatte av pasienter som har ligget på intensivavdelinger i Norge. Hensikten med studien var å finne ut hvorvidt pårørende er inkludert i beslutningsprosessen mot avgjørelser ved livets slutt og om de mottok tilstrekkelig med informasjon. Vi besluttet å inkludere denne artikkelen da den tar for seg de etterlattes syn på beslutningsprosessen, samtidig som den beskriver konkret hvordan de etterlatte oppfatter sykepleiere.

Artikkelen er fagfellevurdert, men ligger ikke på DBH sine nettsider. På artikkelen står det at den ble akseptert 1. april 2011. Tidligere utgaver av tidskriftet, *Intensive Care Medicine*, er fullt fagfellevurdert fra 1977 til 2010, noe som gjør at det bygger under på troverdigheten på at innholdet i artikkelen er pålitelig. Tidsskriftet ligger på vitenskapelig nivå 1 (DBH, 2012b).

Lind et al. (2011) skriver innledningsvis om lovverk og at helsepersonell er pålagt å få et samtykke før de foretar medisinske tiltak. Når pasienten ikke er i stand til å gi dette samtykke, skal de handle etter det som er i pasientens beste interesse. Lind et al. (2011) skriver også at det å

trekke inn pårørende i en slik prosess kan være utfordrende, men helsepersonell er pliktet til å forhøre seg med pårørende om hvilke preferanser pasienten har.

I studien kom det frem at 16 av 21 familier ikke følte seg inkludert i beslutningsprosessen mot avgjørelser ved livets slutt (Lind et al., 2011). Disse familiene oppfattet det som at legene var travle og at når de først fikk mulighet til å snakke med lege følte de ikke at de fikk vite så mye om selve behandlingen, men mer medisinske detaljer som for eksempel blodprøvesvar.

Familiene mente også at de sjelden møtte sykepleiere sammen med legene. Familiene oppfattet sykepleierene som vennlige og empatiske, men motvillige og vage til å gi informasjon.

Familiene som deltok i beslutningsprosessen følte at legene var tilgjengelige, empatisk og inkluderende i diskusjoner. De følte et samarbeid mellom lege og sykepleier, men at sykepleierene var mer forsiktige med hva de sa. I denne gruppen var det likevel noen familier som mente at sykepleier ga klar og tydelig informasjon.

“Vent og se”-begrepet var noe som var tilfelles med begge gruppene i studien (Lind et al., 2011).

Et slikt begrep kan bli tolket som en grad av usikkerhet som er til for å beskytte de pårørende og kan gi pårørende håp om at pasientens situasjon skal bedre seg, skriver Lind et al. (2011).

Begrepet gjør også at den tiden som kunne blitt brukt til å starte en beslutningsprosess, i stedet blir brukt til å “vente og se”. Flere deltagere i studien var usikre på hva som ville skje etter at de hadde “ventet og sett” og flere følte at beslutningsprosessen kom brått på når den først ble innledet. I tillegg forteller noen få deltagere at de ikke ble spurt om pasientens ønsker. De fortalte at når det ble bestemt at at behandlingen skulle bli avsluttet, satt de igjen med en følelse av at de skulle ønske de var mer involvert i prosessen. På en annen side var det også noen familier som tok denne “vent og se”-perioden som en forberende fase for beslutningsprosessen. Disse familiene følte seg støttet, ivaretatt og følte at de fikk svar på sine spørsmål. Lind et al. (2011) konkluderer med at pasientens familie trenger klar og tydelig informasjon om pasientens tilstand og prognose. Lind et al. (2011) foreslår at sykepleiere må bli mer involvert i beslutningsprosesser mot livets slutt og at intensivavdelinger må forbedre kommunikasjonen mellom sykepleier, leger og familier.

«*Behandlingsunnløtelse, etikk og jus*» av Pedersen, R., M.K. Bahus, E. M. Kvisle (2007)

Ved å søke på *behandlingsunnløtelse* i Helsebiblioteket fant vi oversiktsartikkelen “Behandlingsunnløtelse, etikk og jus” (2007), som er publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Artikkelen er forfattet av Reidar Pedersen, Marianne K. Bahus og Erik M. Kvisle.

Tidsskriftet ligger på vitenskapelig nivå 1 (DBH, 2012c). Vi har ingen garanti for at artikkelen er fagfelleverdert, da det kun står redaktørens navn i sammenheng med godkjenningen. Artikkelen ble mottatt 07.11.06 og godkjent den 25.02.07, og vi har blitt opplyst at det gjerne tar lang tid for at artikkelen skal rekke å bli fagfelleverdert. Samtidig er dette ingen stor artikkel, og mulighetene for at den likevel har rukket å bli fagfelleverdert er tilstede. Vi forhørte oss på biblioteket på skolen, men de kunne ikke garantere at artikkelen er fagfelleverdert. Vi har likevel valgt å inkludere artikkelen, da den omtaler etiske problemstillinger angående beslutningsprosessen mot en avgjørelse om behandlingsunnløtelse. Artikkelen ble skrevet før Helsedirektoratets nasjonale veileder ble utgitt, og vi har derfor vært kritiske til hva vi har valgt å benytte oss av fra artikkelen.

Pedersen, Bahus og Kvisle (2007) skriver at etiske dilemmaer knyttet til behandlingsunnløtelse viser seg som en stor utfordring for leger og kliniske etikkomiteer. En norsk undersøkelse viste at en av tre norske leger ofte har gitt behandling til en pasient, selv om legen mente behandlingen burde ha vært avsluttet. Pedersen, Bahus og Kvisle (2007) velger å omtale behandlingsunnløtelse som å unngå å starte opp med og/eller avslutte livsforlengende behandling. Respekt for menneskeverd står sentralt i helsepersonells plikt til å redde liv, og man kan krenke menneskeverdet ved å igangsette behandling som oppfattes som hensiktsløs (Helsedirektoratet, 2009).

Pedersen, Bahus og Kvisle (2007) omtaler også hva som må til for å kunne vurdere hva som er til pasientens beste. De påpeker at legen må, sammen med kunnskap om diagnose og prognose, ha kjennskap til pasientens ønsker og livssyn. Leger kan være underlagt effektivitetskrav, noe som kan gi mindre rom for de vanskelige samtalene. I følge Pedersen, Bahus og Kvisle (2007) bør ikke leger begrense sin rolle til å kun gi informasjon til pasienten, for så å la pasienten sitte

igjen alene med de moralske og eksistensielle bekymringene. Mangel på tid og rom er trolig en faktor som bidrar til at samtale om behandlingsunntakelse ikke blir gjennomført.

Pedersen, Bahus og Kvisle (2007) henviser videre til Rodriguez og Young (2006) sine to publikasjoner som omtaler beslutningsprosesser ved alvorlig fremskredet sykdom. Publikasjonene indikerer at hovedfokus i disse samtalene burde være å avklare hvordan pasienten opplever den nåværende situasjonen, hva som er akseptabel livskvalitet, hva som menes med livsforlengende behandling og hva helsepersonell og pasient har som mål med denne behandlingen. Pedersen, Bahus og Kvisle (2007) skriver videre at gjennom god kommunikasjon mellom berørte parter og en god prosess mot beslutning av behandlingsunntakelse, kan konflikter og vanskelige etiske dilemmaer trolig forebygges.

«*Choosing between life and death: patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally ill cancer patient*» av Eliot, J., I. Olver (2008)

Ved å kombinere søkeordene *DNR AND decision making* i Academic Search Elite fant vi artikkelen “Choosing between life and death: Patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally ill cancer patient” (2008). Artikkelen er forfattet av Jaklin Eliott og Ian Olver, og omhandler hvordan pasienter og pårørende oppfatter samtalen om HLR minus, og hva HLR minus innebærer. Studien er basert på intervjuer med totalt 28 pasienter på en onkologisk avdeling i Australia, hvor alle var i den siste fasen av sykdomsstadiet med forventet levetid på maksimalt tre måneder. Selv om studien ikke er nordisk, gir den likevel et innblikk i hvordan beslutningen om HLR minus oppleves fra pasientens og pårørendes side.

Artikkelen er fagfelleurdert og ble publisert i *Bioethics*, som ligger på vitenskapelig nivå 2 (DBH, 2012d).

Eliott og Olver (2008) skriver innledningsvis at folk flest i velutviklede land dør i en medisinsk institusjon. Mange frykter å bli utsatt for alvorlige og uønskede medisinske intervensjoner når de nærmer seg døden, med konsekvenser for seg selv og sine nærmeste. I slike tilfeller er det aktuelt å ta avgjørelser som skal sørge for at slike intervensjoner ikke skjer, og en av disse avgjørelsene er å sette HLR minus. Eliott og Olver (2008) skriver at pasientene oppfattet avgjørelsen om HLR

minus som et faktisk valg mellom liv og død. Pasientene forventet at HLR ville gjenopplive dem, selv om det kunne være til en tilstand de ikke anså som leveverdig. Et gjennomgående ønske var å ikke å bli gjenopplivet til en tilstand der de ville være svært pleietrengende og ute av stand til å ta vare på seg selv. Artikkelforfatterne skriver at ingen av pasientene forestilte seg at HLR kunne være nytteløst, selv om HLR til denne pasientgruppen sjelden er vellykket ved hjertestans. Ved hjertestans er helsepersonell pliktig til å starte gjenoppliving, men det finnes ingen garanti på at det vil være vellykket.

Videre skriver Eliott og Olver (2008) at oppfatningen om at avgjørelsen om HLR minus er et valg mellom liv og død, kan være med på å gjøre avgjørelsen vanskeligere for både pasient og pårørende. Pasienten kan føle dårlig samvittighet ovenfor sine nærmeste for at han/hun ønsker å dø, og av den grunn ikke ønsker å ta del i avgjørelsen for ikke å såre familien. Pårørende kan føle at de må ta et umulig valg, ved å enten la pasienten dø, eller gjennomgå HLR og risikere at vedkommende blir gjenopplivet til en tilstand som verken pasient eller pårørende ville følt var leveverdig. Pårørende ga i tillegg uttrykk for at det å la pasienten dø, kunne tolkes som at de ikke brydde seg nok om vedkommende, og at pasientens liv ikke var verdt å redde. Elliot og Olver (2008) skriver at det å klargjøre HLR og de faktiske mulighetene for gjenopplivning for pasienten og pårørende, vil bidra til å gi et bedre perspektiv på avgjørelsen og klargjøre at den ikke nødvendigvis er et reelt valg mellom liv og død. På denne måten kan både pasient og pårørende ta et bedre informert valg.

4.0 Drøfting

I drøftingsdelen av oppgaven vil vi drøfte relevant forskning, teori, lovverk og yrkesetiske retningslinjer opp mot tema. Vi vil hele tiden ha et fokus på å finne svar på problemstillingen, hvor sykepleierens juridiske, etiske og medisinske ansvar står sentralt. I drøftingen kommer vi til å ta for oss hvordan sykepleier bidrar i en beslutningsprosess mot avgjørelsen om HLR minus, hvilke arbeidsoppgaver sykepleier har, hvordan samarbeid med lege foregår og pasient og pårørendes perspektiv på beslutningsprosessen. Avslutningsvis vil vi drøfte oppgavens betydning for sykepleiere.

4.1 HLR minus: det å tillate en naturlig død

Det finnes pasienter som mener at å bli holdt i live av hjelpeapparater er en uverdigg måte å forlate livet på (Mathisen, 2011). Det å forlenge dødsprosessen kan være krenkende for et menneskes verdighet og at alle har rett til å bli møtt med respekt i forskjellige stadier i livet. Døden er også et stadiet i livet. Respekten for livet innebærer også respekt for en verdig død (Helsedirektoratet, 2009). Begrepet HLR minus kan høres kaldt og brutalt ut, men det betyr også det å tillate en naturlig og verdig død (Wittmann-Price og Celia, 2010). Wyller (2008) skriver at det beste i flere tilfeller vil være å sette HLR minus, men at det kan være en vanskelig beslutningsprosess. Det er viktig at beslutningen vurderes nøye, baserer seg på medisinske fakta (Wyller, 2008), og at pasientens ønsker også skal bli hørt (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999). Pedersen, Bahun og Kvisle (2007) skriver om en undersøkelse hvor en av tre norske leger har gitt behandling til pasienten, til tross for at legen selv mente at behandlingen burde avsluttes. Det kan tolkes som at legene mente at det var best å la livet gå sin gang og tillate en naturlig død, i stedet for å fortsette nytteløs behandling. Wyller (2008) skriver at legene ofte ser denne beslutningsprosessen som en byrde, noe som kan være årsaken til at de velger å fortsette behandling. Wyller (2008) skriver videre at legene mener at pårørende skal unngå å føle en ansvarfølelse for en eventuell HLR minus-avgjørelse. Her oppfattes det som viktig at sykepleier viser sin støtte både til lege og pårørende (ICN, 2011), slik at de kan komme frem til en felles beslutning, i stedet for at en part skal føle ansvaret alene. Wyller (2008) konkluderer med at HLR minus er en måte å sikre en fredelig død. Martinsen (2003) har et sykepleiefokus hvor forbedring

ikke er et mål, å heller sørge for at pasienten har det godt i her-og-nå-situasjonen. Dette tolkes som at sykepleier har et ansvar for at pasienten får en naturlig og verdig død (ICN, 2011), hvor nytteløs behandling unngås (Helsedirektoratet, 2009).

4.2 Pasientens og pårørendes forståelse av informasjon gitt i beslutningsprosessen

Eliot og Olver (2008) oppdaget at pasientene de intervjuet oppfattet avgjørelsen om HLR minus som et reelt valg mellom liv og død. Ingen av pasientene hadde forestilt seg den muligheten at HLR kunne være nytteløst, på tross av at HLR sjeldent vil være vellykket til denne pasientgruppen. Pasientene hadde ulike kreftdiagnoser, og var i siste fase av sykdommen med en forventet levetid på maksimalt tre måneder. For at pasienten skal kunne ta en veloverveid avgjørelse om HLR minus, må vedkommende i følge Eliot og Olver (2008) både inneha kunnskap om hva HLR omfatter, og da også forstå at det i enkelte tilfeller vil være nytteløst. Sykepleier skal etter de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.4 gi pasienten *tilstrekkelig og tilpasset informasjon*, og være sikker på at pasienten har forstått informasjonen som er gitt (ICN, 2011). Dette kan forstås som at sykepleier skal forsikre seg om at pasienten har forstått hva legen har sagt om diagnose, prognose og hva HLR minus innebærer. Dersom pasienten for eksempel mangler kunnskaper om HLR og den reelle sannsynligheten for gjenopplivning i vedkommendes tilstand, må sykepleier etter de yrkesetiske retningslinjene bidra til at pasienten blir tilstrekkelig informert. På denne måten kan sykepleier bidra til at pasienten kan ta en veloverveid beslutning.

Egenerfart praksis tyder på at det ofte kommer spørsmål etter at legen har gått, og det vil da være nødvendig at sykepleier vet hva som er blitt sagt under dialogen. Lind et al. (2011) skriver at det i følge McAdam et al. (2010) kan være vanskelig for pasienten og pårørende å forstå omfanget av informasjonen de mottar i en følelsesmessig krevende situasjon. Cohen et al. (2005), Azoulay et al. (2002) og Abbott et al. (2001) mener at det å gi nødvendig informasjon over tid vil gjøre det lettere å delta i en beslutningsprosess mot avgjørelser vedrørende livets slutt (Lind et al., 2011). I studien var det en av de etterlatte som fortalte at han hadde mange spørsmål som sykepleier ikke kunne svare på. Lind et al. (2011) skriver også at sykepleiere sjelden deltok på møtene mellom lege og familien. Det er nødvendig å stille spørsmål om dersom sykepleier hadde deltatt på disse møtene, ville sykepleier da kunne ha svart på noen av disse spørsmålene?

Mathisen (2011) skriver at når en pasient og pårørende får en beskjed om at pasienten er syk, så er det sykepleierens oppgave å støtte familien. Det er derfor nødvendig at sykepleier og lege har en dialog og at sykepleier vet hva som blir sagt, hvordan det blir sagt og hva som skal skje videre. Mathisen (2011) skriver også at noen ganger kan lege foretrekke at pasientens sykepleier også deltar under samtalene. Her kan Mathisen (2011) sine ord oppfattes som at det kan være gunstig at sykepleier deltar under møter og samtaler med pasient og pårørende, også i beslutningsprosesser. På denne måten kan sykepleier svare på eventuelle spørsmål familien måtte ha.

4.3 Sykepleier i beslutningsprosessen

I ICNs yrkesetiske retningslinjer (2011) står det at det er sykepleierens oppgave å *bidra aktivt i beslutningsprosessen om livsforlengende behandling* (s. 9). I følge Helsedirektoratet (2009) er HLR et av tiltakene i livsforlengende behandling som kan utsette døden. HLR minus er dermed en begrensning av livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2009). I følge Sulmasy et al. (2008) skriver Giles og Moule (2004) og Stolman et al. (1990) at sykepleiere ofte ikke blir inkludert i beslutningsprosessen mot avgjørelsen om HLR minus. Det er grunn til å være kritisk til denne kilden med tanke på at Giles og Moules' (2004) artikkel er åtte år gammel og artikkelen til Stolman et al. (1990) er 22 år gammel, men det forstås som nødvendig å belyse at teorien ikke alltid samsvarer med hva som skjer i praksis. Studien som Benbenishty et al. (2006) gjennomførte viste at sykepleierene deltok i 78,3 % av beslutningsprosesser mot avgjørelsene om livets slutt. Benbenishty et al. (2006) viser til en annen studie som ble gjennomført av Deliens et al. (2000) i Belgia, hvor sykepleierene hadde en rolle i 44 % av beslutningsprosessene. Selv om dette ikke er norske studier, viser dette at sykepleiere generelt ikke alltid bidrar i beslutningsprosessene. Det er også relevant å se på årstallene her. Artiklene ble publisert med seks års mellomrom, noe som kan tyde på en utvikling i riktig retning. Om det hadde vært tall på dette fra 2011 eller 2012, ville man ha sett fremskritt? Likevel kan det være nødvendig å se på artikkelen som ble skrevet av Lind et al. i 2011. Selv om Lind et al. (2011) hadde kontakt med veldig få familier i forhold til de andre studiene, konkluderer Lind et al. (2011) med at sykepleiere sjelden deltar i beslutningsprosessen mot avgjørelsene om livets slutt.

Videre anser vi det som nødvendig å understreke at tallene Benbenishty et al. (2006) presenterer, viser at flertallet av sykepleierene deltar i beslutningsprossene. De mener at årsaken til dette kan være at sykepleiere har nærmere kontakt med pasient og pårørende. Helsepersonelloven § 4 (1999) stiller krav til helsepersonell om samarbeid, dersom situasjonen tilsier det. Lachman (2010) hevder at sykepleiere kan støtte pasienten ved å identifisere pasientens behandlingsmål og ønsket livskvalitet. Sykepleier kan beskytte og støtte pasientens interesser ved å vurdere pasientens forståelse av situasjonen og informasjonen han eller hun mottar (Lachman, 2010). Dette kan forstås som at sykepleier er en del av behandlingsteamet som er i en beslutningsprosess mot avgjørelsen om HLR minus. Helsedirektoratet (2009) anbefaler også at helsepersonell som deltar i den daglige behandlingen av pasienten, også bør delta i beslutningsprosessen. Dette underbygges av retningslinjene fra Sykehuset Innlandet (2004), hvor målgruppen er både leger og sykepleiere. Det kan tolkes som at sykepleier bør være involvert, for å sikre at den behandlingsansvarlige legens beslutningsgrunnlag er bredt. I denne sammenhengen, kan dette oppfattes som at det er nødvendig at sykepleier deltar i beslutningsprosessen mot avgjørelsen om HLR minus.

4.4 Mangel på tid, kompetanse og rutiner

Helsedirektoratet (2009) skriver om noen årsaker til at alvorlig syke og døende og pårørende ikke mottar tilstrekkelig informasjon om livsforlengende behandling og en begrensning av denne. Disse årsakene kan være at helsepersonellet har manglende rutiner, være under tidspress eller ikke innha nok kompetanse. Lind et al. (2011) foreslår at leger og sykepleiere bør diskutere hvordan de kan inkludere familiene i beslutningsprosessene mot avgjørelser ved livets slutt. De skriver også at når legene endelig kommer frem til en beslutning om å igangsette en beslutningsprosess, er tid et problem. Etter at Lind et al. (2011) hadde gjennomført sin studie, fant de ut at noe begge gruppene deres hadde til felles, var begrepet “vent og se”. Dette begrepet resulterte i at kommunikasjonen med familien om behandlingens mål og pasientens ønsker ble tatt opp senere enn hva pårørende hadde behov for. Helsedirektoratet (2009) skriver også at tidsmangel ikke er god nok grunn til at disse samtalene ikke tas opp. Det kan oppfattes som at dette gjelder situasjoner hvor beslutningsprosesser ikke blir satt i gang i det hele tatt, men kan også tolkes som at Helsedirektoratet (2009) mener at tidsmangel ikke er grunn nok til at

samtalene blir tatt opp for sent i forhold til pasient og pårørendes behov. Det er nødvendig å sikre gode rutiner for slike samtaler (Helsedirektoratet, 2009). Studien som ble gjennomført av Lind et al. (2011), viste at familiene trenger regelmessige møter med helsepersonell med en balanse mellom håp og direkte informasjon om prognosen for pasienten. Etterlatte som Lind et al. (2011) snakket med, ga uttrykk for at avgjørelsen om å avslutte livsforlengende behandling og dermed unnlate å gi HLR ved hjertestans, kom brått på. De ønsket at de hadde blitt mer inkludert i beslutningsprosessen, for å ha mulighet til å reflektere over avgjørelsen og uttrykke eventuell tvil. Dette kan tolkes som at pårørende behøver tid til å bearbeide pasientens tilstand og eventuelle begrensninger i den livsforlengende behandlingen. Helsedirektoratet (2009) skriver at kompetansemangel kan være en årsak til at pasientene og pårørende ikke får tilstrekkelig med informasjon. Dette kan oppfattes som et lovbrudd, da det står klart i helsepersonelloven § 4 (1999) at dersom helsepersonellet ikke sitter med de faglige kvalifikasjoner som er nødvendig, skal det innhentes annet kvalifisert helsepersonell, eventuelt skal pasienten henvises videre. Helsepersonell må uansett innhente kunnskap, slik at de får kompetanse til å delta i beslutningsprosesser vedrørende livets slutt. Institusjoner og arbeidsgivere har et ansvar for at deres ansatte utvikler sin kompetanse på området (Helsedirektoratet, 2009). Sykepleiere har også selv et ansvar for ikke å overgå sine grenser for egen kompetanse (ICN, 2011).

4.5 Tid og rom for samtalen

Pasienter som er alvorlig syke eller døende har gjerne varierende behov for informasjon, og ulike ønsker om hvor mye de vil delta i beslutningsprosessen. Tid og sted for samtale om begrensning av livsforlengende behandling bør velges med omhu, da både pasient og pårørende ofte er i en sårbar og svært følelsesladet situasjon (Helsedirektoratet, 2009). Egnede tidspunkt for å snakke om blant annet HLR minus kan variere fra pasient til pasient. I følge Helsedirektoratet (2009) kan egnede tidspunkt for eksempel være ved reinnleggelse på grunn av komplikasjoner i forbindelse med kronisk sykdom. Andre tidspunkter kan være når pasienten har svært dårlig prognose, eller når pasientens behandling går over til å være palliativ. Før enhver langvarig livsforlengende behandling bør pasientens preferanser angående begrensning av livsforlengende behandling drøftes (Helsedirektoratet, 2009). Videre i Helsedirektoratets nasjonale veileder henvises det til flere artikler som anbefaler at samtalen om livsforlengende behandling og eventuelt begrensning

av denne, skjer så tidlig som mulig. Det kan for eksempel være i forbindelse med inntakssamtale ved sykehjem, eller når alvorlig syke pasienter blir innlagt på sykehus (Helsedirektoratet, 2009).

Samtidig har en av oss erfart at spørsmål om HLR minus ved innleggelse på sykehus kan oppleves som vanskelig for pasienten. Hun opplevde at pasienten ble sjokkert og lei seg over spørsmålet, og pasienten følte at HLR var en selvfølge ved hjertestans. Pasienten opplevde ikke den underliggende sykdommen som så alvorlig at han ikke ville ønske å bli gjenopplivet. Pasienten var litt redusert, men verken pasient eller pårørende opplevde innleggelsen som alvorlig. Pasienten ble spurt rett ut om han ønsket gjenopplivning ved et eventuelt hjertestans, uten videre informasjon. Dette førte til at pasienten opplevde spørsmålet som både vanskelig og uberettiget. Bahun, Pedersen og Kvisle (2007) henviser til Rodriguez og Young (2006) sine to publikasjoner som omtaler hvor fokuset på samtaler om behandlingsavslutning bør være. Publikasjonene antyder at en innfallsvinkel i samtaler om behandlingsavslutning bør være å avklare hvordan pasienten opplever den nåværende situasjonen og hva pasienten føler er akseptabel livskvalitet. Fokuset bør også være å forklare hva som menes med livsforlengende behandling og hvilke eventuelle behandlingsmål helsepersonell og pasienten har. Pasienten bør også få gitt uttrykk for om vedkommende ønsker livsforlengende behandling kun i en begrenset tidsperiode (Rodriguez og Young, 2006). Dette kan forstås som en måte å bidra til at pasienten får en god forståelse av hva HLR og HLR minus innebærer, og samtidig bidra til å lette en vanskelig samtale for både helsepersonell, pasient og pårørende, ved å la ønsket livskvalitet være fokus.

Helsepersonellet som har den nære og daglige kontakten med pasienten, er ofte de første til å registrere at pasienten ønsker å snakke om temaet livsforlengende behandling og har spørsmål knyttet til dette. Pasientens ønsker skal videreformidles, og behandlingsansvarlig lege skal følge opp pasienten hvis vedkommende ønsker det (Helsedirektoratet, 2009). Det vil derfor være en av sykepleierenes oppgaver å sørge for at pasientens ønsker og spørsmål angående livsforlengende behandling blir videreformidlet til legen (Kristoffersen, 2011).

Mange pasienter og pårørende har liten innsikt i medisinsk behandling og naturlige dødsprosesser (Helsedirektoratet, 2009). Helsedirektoratet (2009) henviser videre til en studie gjennomført av Parker et al. (2007), som viser at pårørendes behov for informasjon øker mot slutten av livet, mens pasientens eget behov for informasjon minsker. Punkt 3.1 i de yrkesetiske retningslinjene omtaler sykepleierens ansvar i forhold til pårørendes rett til informasjon, hvor sykepleier skal bidra til at pårørende får den informasjonen de har krav på. Denne retten er stadfestet i lovverket. Gir pasienten samtykke eller forholdene tilsier det, har den nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetslovens § 3-3 krav på informasjon om pasientens medisinske tilstand og den medisinske behandlingen pasienten mottar (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom det oppstår uenighet mellom pasient og pårørende, skal sykepleier først og fremst ta hensyn til pasientens ønsker (ICN, 2011).

4.6 Uenighet i beslutningsprosessen mot avgjørelsen om HLR minus

Det kan oppstå situasjoner der pasienten og/eller pårørende er uenige med behandlingsteamet i beslutningsprosessen mot avgjørelsen om HLR minus (Helsedirektoratet, 2009). Pasienten og/eller pårørende kan ønske livsforlengende behandling, selv om behandlingsteamet anser dette som nytteløst og verken medisinsk eller etisk riktig. I slike situasjoner skal en vurdere fornyet vurdering, men det er likevel vesentlig at pasienten og pårørende får en god begrunnelse for vurderingen som er gjort. Begrunnelsen skal bestå av både den medisinske vurderingen, og hva behandlingsteamet mener er det etiske riktige å gjøre i situasjonen (Helsedirektoratet, 2009). Pasient og pårørende har ofte lite kunnskap om medisinsk behandling og konsekvensene av slik behandling. Det vil derfor være avgjørende å forklare på hvilken måte pasientens tilstand kan bli påvirket dersom livsforlengende behandling fortsettes og HLR blir iverksatt ved en eventuell hjertestans. Samtidig er det viktig å forklare hva slags liv pasienten sannsynligvis vil få etter en slik behandling (Helsedirektoratet, 2009), da pasienten og pårørende ikke nødvendigvis har en realistisk oppfatning av hva HLR kan utrette (Eliot og Olver, 2008). Her kan sykepleierens ansvar for veiledning (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (red.), 2011) bidra til at pasienten kan ta en veloverveid beslutning.

Uenighet der pasient og/eller pårørende ønsker livsforlengende behandling i strid med behandlingsteamet, kan i følge Helsedirektoratet (2009) ofte komme av manglende tillit til behandlingsteamet. Sykepleier kan oppfattes av pasient og pårørende som mer vennlige, støttende og mer empatiske enn leger (Lind et al., 2011). Dette kan tolkes som at ved å støtte pasienten og pårørende, gi god informasjon og ta hensyn til pasientens autonomi, kan sykepleier bygge opp tilliten. For at sykepleier skal kunne bygge opp et tillitsforhold til pasienten, hevder Martinsen (1990) at *svak paternalisme* er en av forutsetningene. Sykepleier må forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon, og se hvordan hun selv ville ha blitt behandlet. Sykepleier må videre bruke faglig skjønn, og handle til pasientens beste (Martinsen, 1990). Dette kan oppfattes som at sykepleier, ved å blant annet følge de yrkesetiske retningslinjene samt benytte seg av svak paternalisme, vil kunne bidra til å skape tillit i beslutningsprosessen. Dette kan forstås som at sykepleiere kan være behjelpelige i en situasjon der det er uenighet i beslutningsprosessen mot avgjørelsen om HLR minus.

I følge Helsedirektoratet (2009) kan det være mulig å forsøke å forebygge uenighet og usikkerhet i forhold til livsforlengende behandling eller avgjørelsen om å avslutte denne. Dette forutsetter tilstrekkelig informasjon og god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/pårørende underveis i beslutningsprosessen. Dette underbygges av Pedersen, Bahun og Kvisle (2007), som skriver at konflikter og vanskelige etiske dilemmaer trolig kan forebygges gjennom god kommunikasjon i beslutningsprosessen.

4.7 Skillet mellom *person* og *sykepleier*

Sykepleierens medisinske ansvar er å blant annet samle informasjon som skal videreformidles til legen (Dahl og Skaug, 2011). Egenerfaring tilsier at sykepleier må tilbringe tid med pasienten for å kunne gjøre nødvendige observasjoner. Kristoffersen og Nortvedt (2011) skriver at dersom sykepleier skal yte helsehjelp til pasienten, må helsehjelpen utføres på en kunnskapsbasert og omsorgsfull måte. At det å skape et forhold basert på tillit, empati og tålmodighet er nødvendig. Som sykepleier er det viktig å utvise respekt og forståelse for pasientens situasjon. Dette fører til at pasienten føler seg ivaretatt (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Dette oppfattes som faktorer som gjør at sykepleier og pasient skaper en relasjon. Å ha denne relasjonen, vil ofte føre til at

sykepleier blir påvirket emosjonelt, skriver Kristoffersen og Nortvedt (2011). De spør derfor hva det er som skiller sammenhengen mellom et pasient - og sykepleierforhold, fra et personlig forhold til familie og venner. Forholdet sykepleier har som privatperson til andre, er som regel ubegrenset og det vil være emosjonelle bånd som knytter menneskene sammen. (Kristoffersen og Nortvedt, 2011). Et pasient - og sykepleierforhold mener Kristofferson og Nortvedt (2011) er preget av “ensidighet” (s. 85), hvor sykepleieren har som ansvar å yte omsorg fordi det er en del av yrket og arbeidsoppgavene. Sykepleieren kan ikke kreve eller vente at pasienten skal gi noe tilbake. Pasienten får helsehjelp fordi sykepleieren er etisk og juridisk pliktet til dette. I ICNs yrkesetiske retningslinjer (2011) står det at sykepleie skal *bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert* (s. 7) og i helsepersonellovens § 4 om forsvarlighet (1999) står det at helsehjelpen som ytes skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. Helsehjelpen som ytes skal altså ikke ytes fordi pasientens kvaliteter og særpreg tilsier det, men fordi det er pasientens rettighet og sykepleierens plikt (Kristoffersen og Nortvedt, 2011).

4.8 Sykepleierens observasjoner

Under observasjoner er det nødvendig at sykepleier bruker det kliniske blikket, som består av å registrere det sykepleier “ser, hører, lukter og kjenner” og ved å snakke med pasienten (Kristoffersen 2011, s. 178). På denne måten vil sykepleier, ved sette sammen sine observasjoner med fagkunnskaper og empati, se sammenhengen. I denne sammenhengen, oppfattes det som relevant å være kritiske til det å inneha “for mye” empati sammen med det kliniske blikket. Om sykepleier “føler med” pasienten for mye, vil informasjonen som sykepleier videreformidler til lege være nøytral? I følge Kristoffersen (2011) skriver Martinsen (2000) om det å være “sanselig deltakende” og “objektivt registrerende” (s. 179). Dette tolkes som at sykepleier skal vise omsorg, men samtidig samle informasjon på en “objektiv” måte. Dette anses som svært viktig for at behandlende lege skal motta korrekt informasjon i en beslutningsprosess om HLR minus.

4.9 Sykepleierens samarbeid med lege

I følge Kristoffersen (2011) er sykepleierens samarbeid med lege viktig. Det er legen som blir kontaktet når sykepleier observerer endringer i pasientens medisinske situasjon. Det er også en av sykepleierens oppgaver å kontakte lege, dersom pasienten ønsker det. Samarbeid mellom disse to arbeidsgruppene er viktig for at det skal bli gjort riktige avgjørelser og for at de nødvendige tiltakene blir igangsatt så snart som mulig (Kristoffersen, 2011). Dette kan tolkes som at et godt samarbeid mellom sykepleier og lege er en forutsetning for at den medisinske behandlingen blir optimal. Egen erfaring viser at kvaliteten på samarbeidet mellom sykepleier og lege kan variere, og at det i enkelte tilfeller kan være en viss uenighet i opplevelsen av pasientens tilstand. Dette kan tolkes som en mulig risiko for at pasientens og pårørendes tillit til den medisinske behandlingen ikke blir optimal, og det oppfattes derfor som svært viktig at sykepleier og lege går aktivt inn for et godt samarbeid.

4.10 Pasienter uten pårørende

Det kan hende at pasienten ikke har pårørende rundt seg i beslutningsprosessen mot avgjørelsen om HLR minus. Det kan være ulike årsaker til dette, som for eksempel at familien er splittet eller at familie og slektninger ikke har mulighet til å være der (Smebye og Helgesen, 2011). Uten disse sosiale ressursene kan pasienten bli mer sårbar og føle det vanskelig å takle situasjonen, i følge Smebye og Helgesen (2011). Dette kan tolkes som at enkelte pasienter, som ikke har noen pårørende å støtte seg til, kan oppfatte en beslutningsprosess som vanskelig. Vi anser det som viktig at sykepleier ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg (ICN, 2011) i en slik situasjon fordi han ikke har et støtteapparat som familie og venner. Smebye og Helgesen (2011) henviser til *bufferteorien*, som kan oppfattes som at de sosiale ressursene kan føre til at påkjenningene i en situasjon oppleves mindre belastende, og at dette kan føre til at pasientens opplevelse av mestring opprettholdes. Av egen erfaring kan pasienten i situasjoner der han ikke har pårørende tilstede i beslutningsprosessen, ha store behov for sosial støtte. Sykepleieren har plikt til å hjelpe pasienten med å ivareta “håp, mestring og livsmot” (ICN 2011, s. 8), og det kan forstås som viktig at sykepleieren er oppmerksom på at denne pasientgruppen kan ha et stort behov for sosial støtte og omsorg.

4.11 Oppgavens betydning for sykepleiere

Som nevnt innledningsvis i oppgaven, lærer vi forholdsvis lite om HLR minus i utdanningen. Av egen erfaring er HLR minus et omdiskutert tema, hvor mange sykepleierstudenter og sykepleiere er usikre på sin egen rolle i beslutningsprosessen mot avgjørelsen om HLR minus. Selv om sykepleierens plikt til aktiv deltakelse står beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene, oppfatter vi at det er svært varierende praksis. Dette underbygges blant annet av Lind et al. (2011) sin studie, som beskriver en variasjon i sykepleieres deltakelse ved beslutningsprosesser angående livets siste fase. For at sykepleiere skal kunne delta i slike beslutningsprosesser og ivareta kravet om faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999), bør en forutsetning være at sykepleieren innehar tilstrekkelig kompetanse innenfor temaet. Pedersen, Bahus og Kvisle (2007) omtaler behovet for større fokus på behandlingsunntakelse både i helsepersonells utdanning og arbeidshverdag. Vi oppfatter pasienten som klart viktigst i beslutningsprosessen, da det er vedkommendes liv avgjørelsen gjelder. Ved å klargjøre de ulike ansvarsområdene sykepleier har i en beslutningsprosess mot en avgjørelse om HLR minus, kan sykepleiere bli mer bevisste på hvordan han eller hun kan bidra til en medisinsk, juridisk og etisk forsvarlig, samt ryddig prosess.

4.12 Kildekritikk og metodiske overveielser

I denne oppgaven er det blitt brukt flere artikler som vi har ansett som relevante for vår problemstilling. De fleste studiene har vært gjennomført i andre land enn Norge, og vi har da vært kritiske i form av å se om innholdet var gjenkjennelig med norske forhold. Vi har foretatt noen undersøkelser som for eksempel i forhold til yrkesetiske retningslinjer. Alle land som har vært med i studiene som vi har tatt for oss, er medlem av *International Council of Nurses* (ICN, 2011). Samtidig har vi vært kritiske i forhold til lovverk, da vi ikke kan ta for gitt at norske lover samsvarer med utenlandske i forhold til helsepersonell og pasienter.

Av teori har vi hovedsakelig valgt å benytte oss av primærkilder. Vi har fått opplyst at ved å benytte seg av en primærkilde, unngår man at stoffet er bearbeidet av andre. Der hvor forfatteren av pensumlitteraturen ikke er primærkilde, har vi benyttet kildehenvisninger for å finne frem til

primærkilden. Likevel har det noen ganger vært nødvendig å bruke sekundærkilder, da primærkilden ikke har vært tilgjengelig av ulike årsaker. I den nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet (2009), henvises det til både oversiktsartikler, studier og rundskriv fra Helsedirektoratet. Dette vil si at den nasjonale veilederen er en sekundærkilde, men vi har likevel valgt å benytte den da den er konkret, oversiktlig og systematisk oppsatt. I arbeidet med oppgaven har vi ikke funnet noen grunn til å være kritiske til Helsedirektoratet som kilde, men det er verdt å nevne at det kan komme en ny utgave av den nasjonale veilederen i løpet av 2012. Helsedirektoratet (2009) skriver at det skal foretas en ny vurdering og en eventuell korrigerings innen 3 år.

For å kunne underbygge teorien og for å knytte teorien opp mot sykepleierens ansvar og plikter, har vi brukt helsepersonelloven. Vi har benyttet oss av pasient- og brukerrettighetsloven for å stadfeste pasientens og pårørendes rettigheter. Vi har ikke vært kritiske til nevnte lovverk.

Retningslinjene fra Sykehuset Innlandet Gjøvik (SIG) er blitt brukt først og fremst i teorien for å utdype begrepet HLR minus. Vi synes også at det var relevant å inkludere de i oppgaven, for å vise hvordan lokale retningslinjer kan være utarbeidet. Klinisk Etikk Komité Gjøvik (KEK) utarbeidet disse retningslinjene i 2004. KEK brukte blant annet Helsetilsynets rundskriv IK-1/2002, *“forhåndsvurdering ved unnlatelse av å gi hjerte-lunge-redning og journalføring av disse”*, som kilde. Med tanke på at det er ti år siden Helsetilsynets rundskriv ble skrevet, gjør det at KEK's retningslinjer kan bli svakere som kilde. Vi har likevel valgt å bruke retningslinjene og vi har brukt den nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet fra 2009 for å sikre at innholdet i retningslinjene fra SIG ikke er utdaterte.

Underveis i utdanningen har vi fått ulike erfaringer relatert til beslutningsprosesser og til livets slutt. Vi valgte derfor å trekke frem noen konkrete eksempler for å vise hvordan ting kan foregå i praksis.

5.0 Konklusjon

Problemstillingen vår var “Hva er sykepleierens juridiske, etiske og medisinske ansvar i en pasientsituasjon hvor det skal vurderes at hjerte-lunge-redning ikke skal gjennomføres?”. Vi valgte HLR minus som tema for oppgaven, da vi ønsket å lære mer om sykepleierens ulike ansvarsområder i forhold til beslutningsprosessen mot en avgjørelse om HLR minus. Gjennom oppgaven har vi funnet relevant teori og forskning for å kunne drøfte, og til slutt kommet frem til følgende konklusjon:

- Sykepleierens juridiske ansvar er å sørge for at pasientens rett til informasjon og medvirkning blir ivaretatt. Sykepleier er lovpålagt å utføre faglig forsvarlig sykepleie, og dermed be om bistand i situasjoner hvor hun/han ikke er kompetent. Sykepleieren har også et ansvar for å sørge for at pårørende får informasjonen de har rett på.
- Sykepleierens etiske ansvar er å bidra aktivt i beslutningsprosessen mot HLR minus, dette i form av å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg og støtte, og fremme pasientens autonomi. Sykepleieren har også en yrkesetisk plikt til å være omsorgsfull og utvise respekt til de pårørende.
- Sykepleierens medisinske ansvar er å gi objektiv pasientinformasjon til behandlingsansvarlig lege og utføre delegerte oppgaver i forhold til den medisinske behandlingen.

Etter å ha lest forskningsartikler, oppfatter vi det som varierende praksis i forhold til hvorvidt sykepleier deltar og hvilket ansvar han/hun har i en beslutningsprosess mot avgjørelsen om HLR minus. Helsedirektoratet påpeker at årsaker til dette kan være at sykepleier ikke innehar nok kompetanse på område, manglende rutiner eller tidsmangel. Vil et større fokus på HLR minus i helsepersonells utdanning og arbeidshverdag kunne føre til økt kompetanse og bedre rutiner? Det hadde vært interessant å lese en norsk, kvalitativ studie, hvor sykepleierenes deltakelse i og syn på beslutningsprosesser mot avgjørelsen om HLR minus er i fokus.

6.0 Etterord

I etterordet vil vi evaluere oppgaven vår, og samtidig skrive om hvordan prosessen i oppgaveskrivingen har foregått.

Vi har fra starten av hatt samsvarende ideer om hva vi ønsket å fokusere på i oppgaven. Etter å ha valgt tema og formulert en problemstilling, begynte vi å søke etter relevant litteratur og forskningsartikler. Vi deltok på et seminar med to andre bachelorgrupper, hvor vi fikk verdifulle tilbakemeldinger fra andre medstudenter og veileder. Etter dette seminaret begynte vi med regelmessige og effektive arbeidsdager. Det har vært en jevn progresjon i arbeidet med oppgaven. Oppgaveskrivingen har vært en lærerik prosess, hvor vi har tilegnet oss nye kunnskaper, men også lært oss selv bedre å kjenne når det gjelder det å samarbeide med andre. Ved å reflektere over ulike problemstillinger som har dukket opp underveis i oppgaven, har vi blitt mer bevisste på våre egne verdier og holdninger. Det å skrive i en gruppe kan være utfordrende, men vi har basert gruppearbeidet på åpenhet og ærlighet, noe som har bidratt til et godt samarbeid.

Vi valgte å unnlate å dele teoridelen inn etter juridisk, medisinsk og etisk teori, da vi følte at de ulike temaene ble naturlig flettet inn i hverandre. I ettertid står vi fast ved dette, da vi oppfatter det som nødvendig å trekke inn både lovverk, fag og etikk for å omtale sykepleie.

I arbeidet med denne oppgaven har vi lært at sykepleier er en viktig støttespiller i en beslutningsprosess mot en avgjørelse om HLR minus. Hensikten med oppgaven var å klargjøre sykepleierens rolle i beslutningsprosessen mot en avgjørelse om HLR minus. Vi føler vi har fått klargjort sykepleierens rolle ved å ta frem etiske retningslinjer, lovverk, teori og forskning, og knyttet det opp mot beslutningsprosessen mot en avgjørelse om HLR minus.

I ettertid av arbeidet med oppgaven har vi sett at det kunne ha vært interessant å skrive om begrensning av livsforlengende behandling generelt, og ikke bare HLR minus. Samtidig er HLR minus et viktig tema også for sykepleiere, da det gjerne er sykepleieren som står i en situasjon ved hjertestans og må iverksette HLR.

7.0 Litteraturliste

Benbenishty, J. et al. (2006) Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study. I: *Intensive Care Medicine* [online]. 32 (1) p.129-132. URL: <http://search.proquest.com/docview/216217205?accountid=43158> (26.04.12)*

Dahl, K og E.-A. Skaug (2011) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt og E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, B. 2*. Gyldendal Norsk Forlag, s. 16-60.

Dalland, O. (2007) Hva karakteriserer en metode? I: Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal Norsk Forlag, s. 80 - 97*

Elliott, J. og I. Olver (2008) Choosing between life and death: patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally ill cancer patient I: *Bioethics* [online]. 22 (3), s. 179-189. URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=503e13df-675e-4e7e-bad5-267a60923b70%40sessionmgr11&vid=5&hid=24> (18.02.12)*

Helsedirektoratet (2009) Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende [online]. URL: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-veileder-for-beslutningsprosesser-for-begrensning-av-livsforlengende-behandling-hos-alvorlig-syke-og-doende/Publikasjoner/Nasjonal_veileder_f_117069a.pdf (23.03.12)*

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#map0> (11.03.12)*

Høgskolen i Gjøvik (2011) Kvalitet i sykepleie [online]. URL: http://www.hig.no/helse/sykepleie/forskning/kvalitet_i_sykepleie (10.03.12)

Høgskolen i Gjøvik (2011) Vekt på forskning [online].

URL:http://www.hig.no/index.php/forskning/vitenskapelig_publicisering/vekt (25.04.12)

International Council of Nurses (2011) Members [online]. URL: <http://www.icn.ch/about-icn/members/> (28.04.12)*

Klinisk Etikk Komite Gjøvik (2004) Retningslinjer for HLR minus. Gjøvik: Sykehuset Innlandet*

Kristoffersen, N.J. (2011) Sykepleier i organisasjon og samfunn. I: Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt og E.-A. Skaug (Red.). Grunnleggende sykepleie, B. 2. Gyldendal Norsk Forlag, s. 281-341.

Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt, E.-A. Skaug (2011) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt og E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, B. 1.* Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 15-29.

Kristoffersen, N.J., P. Nortvedt (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt og E.-A. Skaug (Red.). Grunnleggende sykepleie, B. 1. Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 83-133.

Lachman, V. (2010) Do-Not-Resuscitate Orders: Nurse's Role Requires Moral Courage. I: *Medsurg Nursing* [online]. 19 (4) p. 249-51, 236. URL: <http://search.proquest.com/docview/743882659/fulltextPDF?accountid=43158> (18.02.12)*

Lexow, K. og K. Sunde (2011) AHLR - Norsk grunnkurs i avansert hjerte-lungeredning. Retningslinjer 2010. Norsk Resuscitasjonsråd: Laerdal Medical*

Lind, R. et al. (2011) Family members' experience of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions. I: *Intensive Care Medicine* [online]. 37 (7) p. 1143 - 1150. URL: <http://www.springerlink.com/content/011p813888n1j333/fulltext.pdf> (26.04.12)

Lyngaa, J. og B.B. Jørgensen (red.) (2007) *Sygeplejeleksikon*. København: Munksgaard Danmark, s. 350.*

Martinsen, K. (1990) Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring I: Jensen, K. (red). *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 61-97.

Martinsen, K. (2003) Omsorg, sykepleie og medisin. Universitetsforlaget*

Mathisen, J. (2011) Sykepleie ved livets avslutning. I: Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt og E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, B. 3*. Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 295-335.

Norsk Resuscitasjonsråd (2010) Avansert hjerte-lungeredning (AHLR) - voksne [online]. URL: <http://www.nrr.org/wp-content/uploads//2010/12/3.-DHLR-retningslinjer-2010.pdf> (16.04.12)*

Norsk Resuscitasjonsråd (2010) Basal HLR - voksne [online]. URL: <http://www.nrr.org/wp-content/uploads//2010/12/2.-BHLR-retningslinjer-2010.pdf> (16.04.12)*

Norsk Resuscitasjonsråd (2010) Bruk av hjertestarter (DHLR) [online]. URL: <http://www.nrr.org/wp-content/uploads//2010/12/3.-DHLR-retningslinjer-2010.pdf> (16.04.12)*

Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (2012a) *Critical Care Medicine* [online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/kanalDetalj.do?produktid=341567&bibsys=> (03.05.12)*

Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (2012b) *Intensive Care Medicine* [online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/kanalDetalj.do?produktid=340997&bibsys=> (03.05.12)*

Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (2012c) *Bioethics* [online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/kanalDetalj.do?produktid=438431&bibsys=> (03.05.12)*

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (2012d) *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/kanalDetalj.do?produktid=342882&bibsys=03.05.12>)*

Nylenna, M. (2009) *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget*

Pasient - og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient - og brukerrettigheter [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#map0> (18.04.12)*

Pedersen, R., M. K. Bahun og E. M. Kvisle (2007) Behandlingsunntak, etikk og jus I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. 12 (6), s. 1648-50. URL: <http://tidsskriftet.no/Its-pdf/pdf2007/1648-50.pdf> (23.03.12) *

Rådet for sykepleieetikk (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.*

Slettebø, Åshild (2009) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Smebye, K. L. og A. H. Helgesen (2011) Kontakt med andre. I: Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt og E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, B. 3*. Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 41-70.

Sulmasy, Daniel P. et al. (2008) Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who should speak to patients and families about them. I: *Critical Care Medicine* [online]. 36 (6), s. 1817-1822 URL: <http://graphics.uk.ovid.com/ovftpdfs/PDHFFNBGOEKEPJ00/fs046/ovft/live/gv025/00003246/0003246-200806000-00019.pdf> (19.04.12)*

Søk og skriv (2009) Fagfellevurdert [online]. Bergen: NHH, UiB og HiB. URL: <http://sokogskriv.no/index.php?action=static&id=81> (25.04.12)*

Wittmann-Price, R og L.M. Celia (2010) Exploring perceptions of “do not resuscitate” and “allowing natural death” among physicians and nurses. I: *Holistic Nursing Practice* [online]. 24 (6), s. 333-337 URL: http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=CLPIPDJKAHFCEGKPFNALHGEGNEAEAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.55%257c7%257c10%26FORMAT%3dtitle%26FIELDS%3dTITLES%26S%3dCLPIPDJKAHFCEGKPFNALHGEGNEAEAA00&directlink=ht tp%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNEGHEGKPKA00%2ffs046%2fovft %2flive%2fgv023%2f00004650%2f00004650-201011000-00006.pdf&filename=Exploring+Perceptions+of+%22Do+Not+Resuscitate%22+and+%22Allo wing+Natural+Death%22+Among+Physicians+and+Nurses.&navigation_links=NavLinks.S.sh.5 5.7&link_from=S.sh.55|7&pdf_key=B&pdf_index=S.sh.55 (29.04.12)*

Wyller, T.B. (2008) Hvem skal få dø i fred? I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. 24 (12), s. 2818. URL: <http://tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2008/2818.pdf> (26.03.12)*

Vedlegg 1

 Sykehuset Innlandet		Divisjon Gjøvik		Pasientbehandling	
Retningslinjer for HLR minus				Indremedisin Gjøvik	
				GvK05.01/17.09-04	
Utgave: 1.02	Utarbeidet av: Klinisk Etikkkomité Gjøvik	Godkjent av: Rolf A. Slaastad	Gjelder fra: 01.09.2004	Side 1 av 2	

1. Hensikt og omfang

Hensikten med denne prosedyren er å avklare definisjon, ansvarsforhold, dokumentasjon og bruk av begrepet "HLR minus" i pasientbehandlingen ved Indremedisin Gjøvik. Hensikten er at alle oppfatter og bruker begrepet på samme måte og at dette erstatter tidligere begreper som: "AUR" og "R-".

2. Ansvar/målgruppe

Alle leger og sykepleiere.

3. Handling

Definisjon:

Ved hjerte-lunge-redning (HLR) forstås de tiltak som iverksettes *akutt* for å gjenopprette ventilasjon og sirkulasjon hos pasienter hvor det inntreffer *plutselig* tilsynelatende livløshet. HLR omfatter brystkompresjon, innblåsing av luft i lungene og defibrillering.

"HLR minus" omfatter *ikke* planlagt avslutning av livsforlengende behandling, slik som pågående respiratorbehandling, intravenøs terapi, sondeernæring og antibiotikabehandling. Avslutning av slik behandling betegnes *behandlingsumlatelse* og er aktuelt dersom fortsatt livsforlengende behandling er nytteløs.

Reservasjoner:

I noen tilfeller kan det være ønskelig å forsøke begrensede akutte tiltak, slik som slag mot hjerteregionen og defibrillering, men ikke intubering og respiratorbehandling. Dette må eventuelt dokumenteres.

Grunnlag:

I utgangspunktet har helsepersonell plikt til å gi HLR (Helsepersonelloven § 7.2). Anvendelse av begrepet "HLR minus" betyr at det tas en *forhåndsbestemmelse* om at hjerte-lunge-redning ikke skal iverksettes dersom pasienten får respirasjons- eller sirkulasjonsstans. Før en slik bestemmelse gjøres, skal følgende forutsetninger være oppfylt i flg lovteksten:

- Pasienten må være døende
- Helsepersonellet må finne at pasienten ikke ønsker å motta livsforlengende behandling
- Pasientens pårørende må gi uttrykk for tilsvarende ønsker
- Helsepersonellet må finne at pasientens og pårørendes ønske åpenbart bør respekteres

Pårørende kan imidlertid ikke overprøve pasientens ønske. Vurdering av "HLR minus" gjøres altså hos pasienter som har så alvorlig sykdom at hjerte-lunge-redning med meget høy grad av sikkerhet ikke kan forventes å ha annen effekt enn en forlengelse av et dødsleie.

Dersom det *ikke* er foretatt en forhåndsvurdering av "HLR minus" er det ikke nødvendigvis noen plikt til å utføre HLR. Plikten opphører dersom det er faglig enighet om at fortsatt

Utgave: 1.02	Retningslinjer for HLR minus	GvK05.01/17.09-04 Side 2 av 2
--------------	-------------------------------------	----------------------------------

medisinsk behandling er nytteløst med hensyn til å bevare livet, eller dersom HLR vil føre til en irreversibel tilstand som utelukker et menneskeverdig liv.

Imidlertid bør det gjøres en forhåndsvurdering av "HLR minus" hos en døende pasient i sykehus dersom hjerte-lunge-redning ikke er riktig ut fra en medisinsk faglig vurdering. Det vil beskytte pasient og pårørende mot det som kan oppleves som en uverdig avslutning på livet.

Informasjon og samtykke:

For å kunne bestemme "HLR minus" kreves det i prinsippet et muntlig samtykke fra pasient eller pårørende. Det naturlige tidspunktet for å ta opp spørsmålet kan være når det er enighet om å avslutte livsforlengende behandling. I en slik samtale vil legen avklare om pasient og/eller pårørende har forståelse og aksept for en slik beslutning. Det vil gjerne ikke være nødvendig å gå i detalj om hva HLR omfatter. Det er tilstrekkelig å oppnå aksept for at ingen nye livsforlengende behandlingstiltak skal settes i verk når pasienten blir sykere. Et stilltiende (presumert) samtykke kan da utledes fra den holdningen som kommer fram ved en slik samtale.

Når det ikke er mulig å oppnå aksept for "HLR minus" fra pasient og/eller pårørende, for eksempel ved benektning, kan det være akseptabelt å bestemme "HLR minus" dersom det er faglig enighet blant behandlende leger om at hjerte-lunge-redning er hensiktsløs, og at det ut fra en faglig vurdering ikke er tilrådelig å gå nærmere inn på temaet med pasienten. Det bør da være enighet blant alt involvert helsepersonell, og "second opinion" bør vurderes. Begrunnelsen for hvorfor krav om samtykke ble fraveket må dokumenteres i journalen.

Ansvar:

Pasientens behandlende lege, fortrinnsvis overlege, har ansvaret for beslutningen om "HLR minus". Ansvarlig lege på vakt kan ta en slik beslutning for den tiden vekten varer. Selv om avgjørelsen tas av ansvarlig lege, er det viktig at spørsmålet drøftes med annet helsepersonell som deltar i den daglige behandlingen av pasienten. Beslutningen om "HLR minus" skal jevnlig revurderes.

Dokumentasjon:

Begrunnelsen for beslutningen, hva og til hvem det er gitt informasjon, og samtykke, skal dokumenteres i pasientens journal. "HLR minus" skrives på pasientkurve med leges signatur. Underordnet lege kan skrive dokumentasjonen, men det skal da i notatet henvises til lege som har ansvaret for beslutningen. Pasienten har innsynsrett i journalen. Nærmeste pårørende kan gis innsynsrett av pasienten, og de har vanligvis innsynsrett etter pasientens død.

4. Referanser

Lovgrunnlag:

Lov om pasientrettigheter, Rundskriv I-60, 2000.
Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., Rundskriv I-59, 2000.
Helsetilsynet, Rundskriv IK-1/2002.

Litteratur:

Markestad T. HLR minus og behandlingsunnløst. Tidsskr. Dnlf 2003;22:3179.