



BACHELOROPPGAVE

HJERTE- OG LUNGEREDNING MINUS

**NÅR KAN SYKEPLEIEREN UNNLATE Å
STARTE HJERTE- OG LUNGEREDNING?**

FORFATTERE:

Jens Skaaden og Espen Danielsen

Dato:

08.05.2014

Sammendrag

Tittel:	Hjerte- og lungeredning minus – Når kan sykepleieren unnlate å starte hjerte- og lungeredning?	Dato:	08.05.2014
Deltakere:	Jens Skaaden Espen Danielsen		
Veileder:	Kristian Odberg		
Evt. oppdragsgiver:			
Stikkord/nøkkelord:	Sykepleierens rolle, HLR minus, HLR, Lovverk og Etikk		
Antall sider/ord: 43/ 11848	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja.	
<u>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</u>			
<p>I oppgaven stilles spørsmålet: Når kan sykepleieren unnlate å starte HLR når legen ikke har besluttet HLR minus? <i>Introduksjon:</i> Grunnen til at vi har valgt dette temaet er på grunn av den usikkerheten vi opplever at sykepleierne har vist/ gitt uttrykk for i samhandling med denne pasientgruppen. <i>Hensikt:</i> det er å se hvilke etiske og juridiske forpliktelser sykepleieren har i forhold til HLR minus. <i>Metode:</i> Metodedelen beskriver hvordan det er gått frem for å finne relevant litteratur. Dette er gjort gjennom søk i databaser. Det er drøftet syv forskningsartikler som omhandler temaet, men med forskjellige vinklinger. Drøftingen tar for seg sykepleierens rolle, HLR minus, lovverk og etikk. <i>Konklusjon:</i> Er at sykepleieren kan unnlate å starte HLR i situasjoner hvor pasienten har et så omfattende sykdomsbilde at HLR som behandling ikke vil ha noen nytte. Det er lovverket som påpeker dette og etikken sier at en alltid skal velge det alternativet som gir flere positive utfall enn negative.</p>			

Abstract

Title:	Do not resuscitate - When may the nurse decide not to start CPR when the doctor has not given a DNR order?	Date : 08.05.2014
Participants:	Jens Skaaden Espen Danielsen	
Supervisor:	Kristian Odberg	
Employer:		
Keywords:	Nurse's role, DNR, CPR, legislation and ethics.	
Number of pages/words: 43/ 11848	Number of appendix: 0	Availability: Open.
<p><u>Short description of the bachelor thesis:</u></p> <p>This thesis addresses the question: when may the nurse decide not to start CPR when the doctor has not given a DNR order? <i>Introduction:</i> The reason for choosing this topic is the uncertainty we feel that nurses have shown or expressed when working with this group of patients. <i>Aim:</i> We will strive to show which ethical and legal obligations a nurse has with regards to non DNR patients. <i>Method:</i> In the method section we will describe what we have done to find relevant literature through database searches. We have discussed seven research papers dealing with this issue, but with different perspectives. The discussion addresses the nurses role, DNR, laws and ethics. <i>Conclusion:</i> The thesis concludes that the nurse may choose not to start CPR when the patients condition is so grave that reviving the patient will not have a net positive effect. The legal precedence and the ethical viewpoint is that one should always choose the alternative where the positive outcomes outweigh the negative.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract	ii
1.0 Innledning	5
1.1 Introduksjon til tema.....	5
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensing	5
1.4 Sykepleiefaglig relevans	6
1.5 Relasjon til seksjonens forskningsområder	7
1.6 Tidligere forskning.....	7
1.7 Teoretiske perspektiver	9
1.8 Hensikt	12
2.0 Metode	13
2.1 Litteraturstudie	13
2.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning	13
2.3 Søkestrategi og resultater	14
2.4 Forskningsetiske overveielser	17
3.0 Resultat	18
3.1 Resultater i tabellform.....	18
3.2 Analyse	21
4.0 Drøfting	25
4.1 Sykepleierens ansvarsområde	25
4.2 HLR minus.....	27
4.3 Lovverk	30
4.4 Etikk.....	32
4.5 Kildekritikk	35
5.0 Konklusjon	37
6.0 Litteraturliste	39

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Vi har valgt å skrive om et tema som fatter vår interesse. Temaet vi har valgt å skrive om er unnlatelse av oppstart av hjerte- og lungeredning, som på fagspråket heter hjerte- og lungeredning (HLR) minus (Eikeland, Haugland og Stubberud 2010).

Norsk sykepleieforbund (2011) poengterer at sykepleieren har et personlig ansvar for å jobbe juridisk og faglig forsvarlig. Helsepersonelloven (2001) §4 beskriver viktigheten av at helsepersonell skal arbeide faglig forsvarlig. I dette legger loven at sykepleieren/helsepersonell ikke skal gå ut over sine kvalifikasjoner, og ved tvil tilkalle høyere kompetanse. I medisinske spørsmål er det legen som skal ta stilling til hvilke undersøkelser og behandlinger pasienten skal ha (ibid).

Grunnen til at vi finner temaet HLR minus faglig interessant er fordi vi i løpet av våre praksisperioder har observert at sykepleiere og leger synes dette kan være et vanskelig tema å ta opp. Vi har begge opplevd situasjoner i praksis der det er usikkerhet omkring det å starte HLR er en korrekt avgjørelse eller ikke. Dette med bakgrunn i at pasientens sykdomstilstand er omfattende og at muligheten for et fullverdig liv etter endt gjenopplivning er minimal, eller ikke til stede.

1.2 Problemstilling

Med dette tatt i betraktning er følgende problemstilling formulert:

”Hvilke forhold må være tilstede for at en sykepleier kan unnlate å starte hjerte- og lunge redning når legen ikke har fattet en beslutning om HLR minus?.”

1.3 Avgrensing

Hjertestans kan inntreffe i alle aldersgrupper, syke som friske. Med dette i bakgrunn er oppgaven avgrenset til å ta for seg eldre multimorbide pasienter der hjertestans er et forventet utfall og hvor legen ikke har tatt stilling til HLR minus. Komorbid / multimorbid er en tilstand

hvor en person har flere enn én psykisk lidelse og/ eller somatisk tilstand på samme tid, utover en hoveddiagnose (Helsedirektoratet, 2013). Det tas utgangspunkt i World health organization (2014) sin definisjon av eldre, som er fra 65 år og oppover. I denne sammenhengen forstås HLR som en forlengelse av en naturlig dødsprosess fremfor et livreddende tiltak (Helsedirektoratet, 2013). Helsedirektoratet (2013) skriver i sin Nasjonale veileder at hjerte- og lungeredning er et eksempel på livsforlengende behandling som utsetter pasientens død. Til tross for at HLR kan redde liv, kan aktiv behandling være til hinder for en fredfull død (ibid).

Oppgaven vil ikke ta for seg aktiv dødshjelp (eutanasi) og selvmord, sykepleieren skal heller legge til rette for en verdig død i form av lindring (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det er da viktig at den medisinske vurderingen er klar, i form av HLR minus. Hvis det ikke er gjort en grundig medisinsk vurdering i forkant av avsluttende behandling kan dette føre til at helsepersonellet bedriver aktivdøds hjelp (Helsedirektoratet, 2013).

Oppgaven vil i hovedsak avgrenses til å omhandle etiske og juridiske overveielser når sykepleieren står ovenfor en pasient som har fått hjertestans. Samt den beslutningsprosessen sykepleieren står ovenfor i en slik situasjon.

1.4 Sykepleiefaglig relevans

En sykepleier har flere ansvarsområder innenfor faget. For at oppgaven skal ha en relevans for sykepleiefaget legges det vekt på:

- ❖ Sykepleieren sitt ansvar for å lindre og bidra til en naturlig og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011).
- ❖ Sykepleierens personlige ansvar til å handle faglig, etisk og juridisk forsvarlig (ibid).
- ❖ Skille mellom legens og sykepleierens oppgaver, samtidig som det er viktig å vise det tverrfaglige samarbeidet som gjøres.

Når det ikke er tatt stilling til HLR minus kan pasienten være i fare for unødvendig lidelse og/ eller en uverdig død (Sævareid og Balandin 2011). Dermed kan sykepleierens mulighet for å legge til rette for en fredfull død etter sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk

sykepleierforbund, 2011) bortfalle. Videre skriver Sævareid og Balandin (2011) at sykepleiere konstant opplever et stressfullt dilemma mellom det å redde liv eller legge til rette for en verdig død. Dette kan sykepleieren tolke som et valg mellom å gjøre skade på pasienten eller å gjøre godt (ibid). Derfor kan situasjoner der HLR minus ikke er fattet av legen kunne sette sykepleieren i et etisk dilemma, og det kan redusere kvaliteten på sykepleierens arbeid.

1.5 Relasjon til seksjonens forskningsområder

Seksjonens forstningsområder kan relateres til to av tre forskningsområder for klinisk sykepleie. Dette er utdanningskvalitet og sykepleiekvalitet.

Utdanningskvalitet tilegnes på to måter, det er gjennom ”læringsmetoder i teoretisk og praktisk kontekst” og ”vurdering av sykepleiekompetanse” (Struksnes, 2011).

Læringsmetoder i teoretisk og praktisk kontekst tar for seg utvikling og evaluering av læringsmetoder og dens påvirkning på kunnskap og kompetanse (ibid). Vurdering av sykepleiekompetanse har til hensikt å vurdere sykepleiers kompetanse, gjennom videreutvikling ved å måle sykepleiekompetanse (ibid).

Sykepleiekvalitet fokuserer på to områder, dette er ”pasienters behov og sikkerhet” og ”personalets funksjon og sikkerhet” (Lillemoen, 2012).

Pasienters behov og sikkerhet omhandler kunnskapsutvikling knyttet grunnleggende behov, pasientsikkerhet og samhandling med pasient, pårørende og andre i helsetjenesten (ibid).

Personalets funksjon og sikkerhet henvender seg til fysiske og psykososiale arbeidssituasjoner og samhandling mellom yrkesgrupper i helsetjenesten (ibid).

1.6 Tidligere forskning

Forskning på temaet kan spores tilbake til midten av 1900-tallet. Det ble observert at pasienters hjerte sluttet å slå, og i forbindelse med anestesi til operasjoner ga dette mulighet til å observere pasientene nærmere (Dean, 2001). Dette resulterte i behandlingen åpen hjertemassasje (ibid). Det er ikke før på 1960- tallet lukket HLR ble beskrevet (ibid). I følge Jepson (2003) skriver Evans (1985) at HLR i utgangspunktet var tiltenkt pasienter med

hjerrestans som var mulig å reversere. Men teknikken utviklet seg raskt til å brukes når død oppstod, uansett tilfelle. I 1970- årene var betegnelsen HLR minus blitt en standar prosedyre i mange helseforetak, og etiske problemer rundt HLR minus ble identifisert samtidig (Schultz, 1997). Som et direkte resultat av en undersøkelse i 1987 gjort av *”Royal College of Physicians”* har ført til at helseforetakene har innført hjerrestans team i sykehusene (Dean, 2001).

Sævareid og Balandin (2011) sin forskning viser til resultater der det beskrives at sykepleiere og leger har forskjellige oppfatninger av HLR og HLR minus, og at dette i seg selv kan føre til etiske problemer. Oberle og Hughes (2000) skriver om Twomey (1989) som mener at sykepleieetikk er forskjellig fra medisinsk etikk, og moralen for behandlingen sykepleieren utøver vil være annerledes enn legens fordi sykepleieren står nærmere pasienten. Oberle og Hughes (2000) skriver om Viney (1996) sin forskning der det ble tatt for seg leger og sykepleiers erfaringer ved å avslutte behandling. Konklusjonen var relatert til deres roller. Legene var primært de som tok beslutningen om å avslutte behandling, mens sykepleierene var de som overleverte denne informasjonen. Som resultat av dette led legene av moralsk ubehag og sykepleierene led av moralsk stress.

Dean (2001) henviser til Tunstall- Pedoe (1992) sin tidligere forskning som er gjennomført i Canada og USA, basert på en analyse av 13,063 pasienter. Konklusjonen var at alder er et dårlig kriterie for å fastslå overlevelse etter gjennomgått HLR. Bakgrunnen for dette studiet var at den allmenne befolkningen hadde liten kunnskap om HLR og forventet at dette tiltaket hadde større effekt enn hva som var tilfellet (ibid). Forskningen til Sævareid og Balandin (2011) viser at hvis det ikke er tatt stilling til pasientens HLR status begynner sykepleieren HLR. Dette uavhengig av pasientens preferanser og mulighet for et positivt utfall (ibid).

Siden første gang HLR ble tatt i bruk har det vært usikkerhet og mangel på klarhet om den riktige bruken av HLR (Cadogan, 2010).

1.7 Teoretiske perspektiver

Sykepleieren samarbeider med en rekke profesjoner i helsevesenet. I følge Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2011) er det legen som er den viktigste samarbeidspartneren til sykepleieren. Legen blir kontaktet ved endringer i pasientens tilstand, når sykepleieren har spørsmål til videre tiltak, eller pasienten selv ønsker å snakke med legen (ibid). Videre beskriver Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2011) at sykepleieren har syv funksjoner. Disse funksjonene er:

- ❖ Helsefremming og forebygging,
- ❖ Behandling,
- ❖ Lindring,
- ❖ Rehabilitering og habilitering,
- ❖ Undervisning og veiledning,
- ❖ Organisering, administrasjon og ledelse
- ❖ Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2011, s. 17).

Punktene 1-5 retter seg mot pasienter og pårørende, mens punkt 7 retter seg mot utvikling av sykepleierfaget, samt administrasjon og ledelse av sykepleierne (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2011). I denne oppgaven blir tre av disse funksjonene ansett som relevante. Det er lindring, undervisning og veiledning og kvalitetssikring.

Sykepleierens mål ved lindring er å redusere fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige belastninger. Lindring skal fremme menneskers opplevelse av velvære (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2011). Videre har sykepleieren som oppgave å drive undervisning og veiledning. Dette tar sikte på å øke kunnskapen til pasienten, pårørende og studenter. Fokuset vil være at pasient og pårørende skal få tilstrekkelig kunnskap til at de kan fatte egne beslutninger anngående egen helse. Undervisningen rettet mot studenter og kollegaer gjøres for å heve kunnskapsnivået slik at de kan fatte riktige beslutninger til det beste for pasienten (ibid). Til slutt er det kvalitetssikringen av sykepleieren. Den er med på å sikre at sykepleieren arbeider faglig forsvarlig. Dette innebærer at sykepleieren skal evaluere sin egen sykepleieutøvelse og kjenne sine egne grenser for kompetanse (ibid). "Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling er summen av de tiltak vi iverksetter og systemer vi etablerer for å sikre en vis kvalitet og utvikle den videre" (Øgar og Hovland 2004, s.25).

Helsedirektoratet har i sin veileder (2013) ”Beslutningsprosess ved begrensning av livsforlengende behandling” anbefalt at hvert enkelt helseforetak utarbeider sin egen prosedyre rundt HLR minus. Definisjonen av HLR minus kommer ikke tydelig frem i den reviderte veilederen fra helsedirektoratet. På bakgrunn av dette benyttes definisjonen fra Rundskriv fra Statens helsetilsyn IK-1/2002: Forhåndsvurdering ved unnlattelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse, som er sitert av institutt for helse og samfunn. ”Ved hjerte-lunge-redning forstås de tiltak som iverksettes akutt for å gjenopprette sirkulasjon og ventilasjon hos pasienter hvor det inntreffer plutselig tilsynelatende livløshet” (ibid). Hjerte- og lungeredning igangsettes når en person får hjertestans. Hjertestans defineres som ”at hjertet plutselig slutter å pumpe blod rundt i kroppen” (Felleskatalogen, 2014). Tiltakene som benyttes ved hjertestans er medikamentell behandling, hjertestarter, hjertekompresjoner og avanserte teknikker som intubasjon av pasienten for å sikre optimal ventilering (Eikland, Haugland og Stubberud 2010). HLR minus innebærer at ingen av de tiltakene som er nevnt skal iverksettes (Institutt for helse og samfunn, 2010).

Behandlingen som nevnt over har pasienten rett til å få fra spesialisthelsetjenesten. Denne retten gjelder kun når en pasient har nytteverdi av den behandlingen som utføres av helsepersonell, jmf. §2-1b i pasientrettighetsloven (2001). Helsedirektoratet (2013) kommer med eksempler på hva nytteløs behandling innebærer. Dette kan være behandling som ikke har effekt, at behandlingens effekt er svært liten, når plagsomme bivirkninger er høyere enn nytten av behandlingen eller at kostnadene er høyere enn nytten av behandlingen. Dersom pasienten ikke har nytteverdi av behandlingen som utføres er sykepleierens ansvar å lindre lidelse, samt å bidra til en naturlig og verdig død (Norges sykepleierforbund, 2011).

Hvis en situasjon med hjertestans oppstår skal helsepersonell etter §7 i helsepersonelloven (2001) straks yte nødvendige helsehjelp. Dette uavhengig av om pasienten har mulighet til å samtykke, eller at pasienten motsetter seg helsehjelpen. Til tross for dette bortfaller øyeblikkelig hjelp plikten hvis annet helsepersonell med bedre kvalifikasjoner overtar, eller pasienten er døende og livreddende tiltak dermed anses som nytteløst (Befring og Ohnstad, 2001). Noe pasientrettighetsloven (2001) understøtter.

Pasientrettighetsloven (2001) §4-9 tar for seg at en pasient kan nekte livsforlengende behandling. Hvis pasienten ikke er i stand til å formidle dette til helsepersonellet skal helsepersonellet unnlate å gi denne behandlingen dersom pasientens nærmeste pårørende er enige i denne beslutningen.

Helsepersonell defineres ut fra §3 i helsepersonelloven (2001). Den omfatter personell med autorisasjon eller lisens, personell som arbeider innenfor helse- og omsorgssektoren, elever og studenter. Det vil si alt personell som utfører handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål (ibid). Sykepleier blir dermed etter helsepersonelloven (2001) betegnet som helsepersonell med autorisasjon, jf. §48.

Helsepersonelloven §4 (2001) tar for seg hvordan helsepersonellet skal forholde seg til pasientene for å ivareta pasientsikkerheten. Den stiller krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Videre skal helsepersonell innhente høyere kompetanse når dette kreves for å ivareta pasientsikkerheten. Dette støtter Norsk sykepleierforbund (2011) som sier at sykepleieren skal opptre juridisk forsvarlig. § 4 i helsepersonelloven poengterer også at det er legen som skal fatte beslutninger i medisinske spørsmål.

En sykepleier har som ansvar å fremme pasientens selvbestemmelsesrett, men samtidig skal sykepleieren gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasienten slik at pasienten vet at avgjørelsen han/hun tar er riktig (Norsk sykepleierforbund, 2011). Valget pasienten tar skal sykepleieren respektere (ibid). Dette faller inn under det etiske prinsippet som sier at en sykepleier skal respektere pasientens autonomi (Natvig, 2000).

Men prinsippet om paternalisme beskriver en persons handlinger når vurderinger og avgjørleser blir tatt på vegne av en personen uten at vedkommende er med i denne beslutningen (Natvig, 2000). Eide og Eide (2012) beskriver Knud Løgstrups teori om paternalisme som at en person, for eksempel sykepleier, kan vite bedre enn den andre, eksempelvis pasienten, om hva som er best for vedkommende.

De fire etiske grunnprinsipper kan gjerne brukes til forståelsen av etisk problemløsning, dette gjelder for sykepleieetikken (Natvig, 2000). Et etisk dilemma/ problem oppstår når normer eller verdier kommer i konflikt med hverandre slik at situasjonen oppfattes/ oppleves som vanskelig (ibid). Disse fire etiske prinsippene er:

Autonomiprinsippet, eller prinsippet om selvbestemmelse står sterkt i sykepleieretikken som respekt for menneskeverd og integritet. Å være autonom innebærer at du som person er i stand til å ta selvstendige valg basert på egne vurderinger angående egen helse (Natvig, 2000). For at pasienten skal kunne ivareta sin autonomi må sykepleieren legge til rette for dette ved å informere pasienten om hvilke valg han/hun har i den gitte situasjon (Norsk sykepleierforbund, 2011). Autonomiprinsippet er nedfelt i den norske lov, som retten til selvbestemmelse (Kristoffersen og Nordtvedt 2011). Dette prinsippet springer ut av pliktetikken, som er plikten til å handle rett men også fra å avstå å handle (Natvig, 2000).

To prinsipper som er knyttet til hverandre er prinsippet om ikke å skade og prinsippet om velgjørighet. Velgjørighetsprinsippet innebærer å velge det handlingsalternativet som gir flere goder enn ulemper, mens ikke skade prinsippet er plikten til å ikke gjøre skade på pasienten (Natvig, 2000). Dette innebærer at hvis en pasient, eksempelvis med hjertestans, får større skader ved HLR enn ved ikke å utføre HLR, innebærer det at sykepleieren velger å avstå fra HLR. Dette på grunn av at HLR vil gjøre skade på pasienten, samt at ulempene ved å drive gjennoppliving er større enn nytteverdien som oppnås for pasienten (Kelly, 2008).

Prinsippet om rettferdighet innebærer at alle skal behandles likt. Behandles noen ulikt skal relevante forskjeller ligge til grunn. Relevante forskjeller varierer fra situasjon til situasjon, og en konklusjon kommer ikke alltid tydelig frem (Natvig, 2000).

1.8 Hensikt

Med dette tatt i betraktning er hensikten å belyse temaet HLR minus og de etiske utfordringene dette fører med seg når legen ikke har tatt standpunkt til HLR minus i forkant av en hjertestans. Ved å belyse dette temaet kan det føre til at sykepleieren føler seg sikrere i valgene han/hun tar i en slik akutsituasjon med tanke på de etiske og juridiske overveielserne.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie

Dette er et litteraturstudie hvor det foretas systematiske søk etter relevant litteratur. I dette tilfellet i databaser for å finne relevante forskningsartikler. Det ble søkt etter litteratur som omhandler temaet HLR minus. Dette vil så bli bearbeidet og drøftet for at det så ledes frem til en konklusjon.

Svake sider ved en litteraturstudie kan være at det gir lite rom for egne meninger og tolkninger av det fagstoffet som blir funnet. Det er heller ingen mulighet til å innhente ny data fra andre kilder innen fagmiljøet for så å bearbeide dem. Dette gjør at vinklingen på problemstillingen kan bære preg av tidligere forskning og funn.

Sterke sider ved en litteraturstudie er at artiklene som benyttes er fagfellevurdert samt publisert i større tidsskrifter. Dette gjør at artiklenes innhold er pålitelig.

2.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning

Dalland (2012) sier at kvalitative metoder fanger opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Dette bygger på hermeneutikk som er læren om fortolkninger, der målet er å finne ut av meningsinnholdet i sosiale fenomener, på den måten de involverte opplever det selv (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Det er funnet tre kvalitative forskningsartikler, hvor alle tre tar for seg sykepleieres meninger og oppfatninger innenfor temaet HLR minus. I disse artiklene er det gjennomført intervjuer for å få frem disse meningene og oppfatningene.

Kvantitative metoder fanger opp meninger og opplevelser som kan tallfestes eller måles. Dette har til fordel at dataene er målbare og tallene gir mulighet til å foreta regneoperasjoner (Dalland, 2012). Tall og statistikk er ikke selvforklarende, så hermeneutikk er derfor et sentralt element i kvantitativ forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Det ble funnet to kvantitative forskningsartikler som tar for seg spørreundersøkelser som sykepleiere har besvart.

Begge disse metodene bidrar på hver sin måte til å oppnå bedre forståelse av hvordan mennesker som individer eller i grupper, samt i institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012).

2.3 Søkestrategi og resultater

For å samle inn litteratur til dette litteraturstudiet ble det søkt i forskjellige databaser. Målet er å finne minimum fem forskningsartikler som kan belyse oppgavens tema.

Under artikkelsøkingen har perspektivet rettet seg mot forskning hvor sykepleieren er satt i fokus, med henblikk på de fire etiske grunnprinsippene og lovverket.

Databasene ovid nursing database, academic search elite og cinahl, ble brukt for å finne forskningartikler. Ovid nursing database ble brukt innledningsvis siden denne databasen lar søkeren ta vare på tidligere søk slik at effektiviteten økes. Ved å bruke denne databasen kan søkeren kombinere søkeord for å snevre inn antall artikkel funn og søkeren kan vinkle søket slik at det blir relevant for problemstillingen. En annen fordel med å bruke Ovid nursing database er at hvis søkeren skriver inn et ord som ikke er en Medical Subjects Headings (Mesh) term, foreslår databasen mesh termer en kan bruke for det bestemte ordet. Mesh termer er en samling av kontrollerte og godkjente søkeord en kan anvende i søkeprosessen etter artikler (Karolinska instituttet, 2014). Etter søket i Ovid nursing database ble academic search elite og cinahl tatt i bruk. De samme søkeordene, som vist i tabell 1, ble brukt i alle tre databasene. Det ble raskt etablert at det ble funnet like og ulike artikler i databasene. Academic search elite og cinahl lar søkeren ta vare på tidligere søk og kombinere disse, dette i likhet med ovid nursing database. Men i Ovid nursing database er dette mer oversiktelig og raskere å gjøre, på dette grunnlaget ble denne databasen brukt oftere enn de to foregående. Det ble brukt flere kombinasjoner som er vist i tabell 1. Ut i fra antall treff viste det seg at søkeordene var spesifikke nok til å finne artikler som belyste temaet. Det ble funnet syv forskningsartikler som belyser temaet fra både like og ulike vinkler.

Under søkeprosessen var det flere artikler som så relevante ut. Det viste seg imidlertid at det var begrenset tilgang til disse artiklene, og på bakgrunn av dette ble disse forkastet, med visshet om at disse kunne ha vært relevante. Det viste seg hensiktsløst å søke på kun et av

søkeordene om gangen uten at de ble kombinert med andre søkeord, dette fordi treffene ble så brede.

Den første utvelgelsesprosessen startet etter at søkeordene var skrevet inn i databasene og kombinert. Overskriftene til artiklene ble brukt som eliminasjonsmetode. Ga ikke overskriften en indikasjon på om artikkelens innhold var relevant, ble den forkastet. Hvis artikkelens overskrift var relevant gikk prosessen videre til å lese artikkelens sammendrag og senere hele artikkelen. Før artikkelen ble lest i sin helhet ble det vurdert om artikkelen var forskningsbasert eller ikke, hvis den ikke var det ble den forkastet.

Inkluderingskriteriene for artikkelsøket var:

- ❖ Eldre multimorbide pasienter over 65 år.
- ❖ Artiklene tar opp etiske perspektiver og dilemmaer.
- ❖ Artiklene tar for seg det juridiske perspektive til temaet.
- ❖ Det samarbeidet sykepleieren har med legen.
- ❖ Artiklene er rettet mot sykepleierperspektivet.
- ❖ Sykepleierens oppfatning av HLR minus.
- ❖ Sykepleierens ansvar ovenfor pasientene i en HLR situasjon.

Databasen for statistikk om høgere utdanning (DBH) (2014) ble brukt for å fastslå tidsskriftets vitenskapelige nivå og om det var fagfelleurdert. Dette ble gjort for å fastslå validiteten (gyldigheten) og reliabiliteten (påliteligheten) av artiklene. Med validitet menes det at resultatet skal trekke gyldige slutninger i forhold til det formålet undersøkelsen har satt seg (Nylenna, 1999). Reliabiliteten er muligheten andre forskere har til å komme frem til samme resultat under identiske forhold som undersøkelsen er gjort i (ibid).

For at en artikkel skal kunne publiseres som vitenskapelig må den fylle fire krav/kriterier: Artikkelen må vise ny innsikt innenfor temaet, resultatet må være utarbeidet på en slik måte at det er mulig å etterprøve (reliabiliteten) svarene, eller benytte det i annen forskning. Videre må fagstoffet være tilgjengelig for andre forskere som kan ha interesse av den. Til slutt må det være en publiseringskanal der artikkelen blir fagfelleurdert før publisering (Laskowska, 2014).

Kriteriene for at artiklene skal bli fagfellevurdert er utgitt av Universitets- og høyskolerådet (UHR), som er det viktigste samarbeidsorganet for norske universiteter og høyskoler (UHR, 2014). For å bedømme det vitenskapelige nivået på artiklene benyttes to nivåer. Nivå 1 betyr at det er ordinære vitenskapelige publiseringskanaler, mens nivå 2 betyr at det er kanaler med høyest internasjonal prestisje. Det engelske ordet for fagfellevurdering er peer review. Med dette menes det at artikler gjennomgår en prosess av vurderinger, og artikkelen må godkjennes av minst to eksperter innenfor området før den blir publisert (Dalland, 2012).

(Tabell 1)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Treff	Land	Artikkel funn
1. Ethics	Ovid nursing database	1+2+6	2		Ingen funn av relevante artikler.
		1+2+4	26		Ingen funn av relevante artikler.
2. Heart arrest		1+2+6+8	1		Ingen funn av relevante artikler.
		1+3+4+8	0		Ingen funn av relevante artikler.
3. Legislation		2+5+8	5	Norge	Sævareid, T. J og S. Balandin (2011). Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients.
England				Dean, Janet A (2001) The resuscitation status of a patient: a constant dilemma.	
4. Accountability					Ingen funn av relevante artikler.
5. Nursing ethics					
6. Critical care nursing		2+5+8+9	2		Ingen funn av relevante artikler.
7. Disease		5+8+9	11	England	Schultz, L. (1997). Not for resuscitation: two decades of challenge for nursing ethics and practice.
8. Cardiopulmonary resuscitation		8+9+11	24	Belgia	De Gendt, C. m.fl.(2006). Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards.
9. Decision making		8+1+13	3		Ingen funn av relevante artikler.
10. Ethical problems		2+5+9	4		Ingen funn av relevante artikler.
		8+11+1	6		Ingen funn av relevante artikler.
		8+9+10	24		Ingen funn av relevante artikler.
11. Nurses	5+8+9	11		Ingen funn av relevante artikler.	
	5+8+9	13		Ingen funn av relevante artikler.	
12. Perception	Academic search elite	8+9+11	42	Irland	Kelly, J (2008). Nurses' and Doctors' Perspectives on Slow Codes.
13. Nursing Role		2+5+8	1		Ingen funn av relevante artikler.
14. DNR order		10+11+12	13	Canada	Oberle, K og D. Hughes (2000). Doctors' and Nurses' Perceptions of Ethical problems in end-of-life Decisions.
		11+14	27	Israel	Ganz, F.D. m.fl. (2012). Resuscitation in general medical wards: who decides?
15. Elder care		2+8+1	18		Ingen funn av relevante artikler.
		2+9+10	3		Ingen funn av relevante artikler.
	Cinahl	5+8+9	14		Ingen funn av relevante artikler.
		2+5+8	6		Ingen funn av relevante artikler.
		2+4+1	1		Ingen funn av relevante artikler.
11+14		28		Ingen funn av relevante artikler.	

2.4 Forskningsetiske overveielser

Helsinkideklarasjonen er en etisk retningslinje som brukes aktivt av forskere over store deler av verden, og er sist revidert i 2013 (Førde, 2013). Helsinkideklarasjonen ble utarbeidet av legeforeningen i 1964 og bygger på Nürnbergkodeksen som bare omtaler forskning på friske. Dette er en kodeks som ble utarbeidet etter 2. verdenskrig i kjølvannet av de overtramp som ble utført overfor svakere grupperinger (Førde, 2013). Klinisk forskning står sentralt i Helsinkideklarasjonen og sårbare grupper blir satt i fokus. Videre poengterer den at vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap ikke skal påføre mennesker unødig ubehag og risiko (ibid). Helsinkideklarasjonen slår også fast at ny behandling alltid skal bli testet mot det beste som finnes av eksisterende behandling. Dette for å hindre utnyttelse av svakerestilte grupperinger som ikke har tilgang på eksisterende behandling (ibid).

Det ses at Helsinkideklarasjonen er relevant for oppgaven fordi problemstillingen tar for seg pasienter som har fått hjertestans. Denne pasientgruppen har ingen mulighet til å uttrykke sine meninger om oppstart av HLR eller ikke. Disse pasientene vil da være stilt svakere enn pasienter som er ved bevissthet og kan uttrykke seg.

I 2007 kom forskningsetikkloven. Denne "Loven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer" (ibid). Loven poengterer at alle nordmenn som driver forskning nasjonalt og internasjonalt ikke skal arbeide uredelig. Med uredelig mens forfalskning, fabrikkering, plagiering og andre alvorlige brudd med vitenskapelig praksis (ibid).

De syv forskningsartiklene som er brukt i oppgaven har ikke vært sponset, samt at deltagere og forfattere har ikke hatt egen vinning. Verken eiendom eller liv har kommet til skade under utarbeidelsen av artiklene. Dette har vært viktig å utelukke fordi det kan være med på å skade resultatet og kan ses på som etisk uforsvarlig.

3.0 Resultat

3.1 Resultater i tabellform

Referanse	Dean, Janet A (2001) The resuscitation status of a patient: a constant dilemma. I: <i>British journal of nursing</i> , 10(8), s.537- 543.
Hensikt/ problemstilling	Utforske de etiske problemstillingene av å sette gjenopplivningsstatus på pasienter.
Metode	Litteraturstudie som er basert på flere forskningsartikler. Blant annet en kvantitativ forsknings artikkel som tar for seg 3765 situasjoner der det ble gjennomført gjenopplivning.
Resultat	Dagens retningslinjer om beslutningsprosessen til HLR minus er ganske bestemte i sine anbefalinger om å starte gjenopplivning av pasienter. Lokale retningslinjer vil derfor fortsatt veilede leger og sykepleiere i bestemte helserelaterte situasjoner. Derfor må retningslinjene være helt klare på hvilket ansvar helsepersonell har ovenfor sine pasienter. Det er viktig at hele gruppen av helsepersonell er involvert i avgjørelsen i denne daglige praksisen og at pasienten involveres hvis det er mulighet for dette. Pårørende involveres hvis passende. Helsepersonellet skal fortsette å vurdere hver enkelt situasjon individuelt.
Kritikk	Artikkelen er en litteraturstudie som tolker flere forskningsartikler. Dette gjør at fagstoffet som er hentet fra dette studiet allerede er tolket tidligere. Fagstoffet i denne artikkelen kan dermed tolkes som en sekundærkilde. Artikkelen tar opp viktige etiske problemstillinger rundt temaet HLR minus. Artikkelen bruker tidligere forskning for å belyse relevante etiske problemer rundt HLR minus.

Referanse	De Gendt, C. m.fl (2006). Nurses' involvment in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards. I: <i>Journal of advanced nursing</i> 57(4), s. 404-409.
Hensikt/ problemstilling	Hensikten er å finne ut hvor ofte sykepleiere er involvert i beslutningsprosessen mot HLR minus.
Metode	Det ble foretatt en kvantitativ forskningsstudie hvor 81 avdelingssykepleiere deltok i en spørreundersøkelse. Antall innleverte spørreundersøkelser var på 86,2%. Sykepleierne ble spurt om hvor ofte de startet HLR i situasjoner hvor det var fattet en beslutning om HLR minus, og motsatt. Sykepleierne ble også spurt om de var blitt involvert i beslutningsprosessen i forkant av avgjørelsen.
Resultat	Studien viser at 74,7% av sykepleierne er involvert i HLR minus prosessen. Sykepleierne er ofte de første til å bevitne en hjertestans. Dette fører til at sykepleieren har en mulighet til å påvirke utfallet av hjertestansen. Videre viste resultatet at sykepleierne startet gjenopplivning i 77,8% av tilfellene der det ikke var tatt stilling til HLR minus, mens 22,2% startet sjelden eller noen ganger.
Kritikk	Det var avdelingssykepleierne som svarte på spørreundersøkelsen og ikke sykepleierne som står i situasjonene. Det er et lite kvantitativt studie. Kun 81 avdelingssykepleiere deltok, og av disse svarte 70 av avdelingssykepleierne på undersøkelsen. Dette gjør at resultatet ikke har stor tyngde.

Referanse	Ganz, F.D m.fl. (2012). Resuscitation in general medical wards: who decides? I: <i>Journal of clinical nursing</i> 22, s.848-855.
Hensikt/ problemstilling	Hensikten var å undersøke sykepleierens tanker og holdninger rundt gjenoppliving på pasienter der dette ble sett på som nytteløst.
Metode	Det ble foretatt en anonym spørreundersøkelse. 117 sykepleiere fordelt på to universitetssykehus deltok i undersøkelsen. Omtrent 80 % av sykepleierne fra hvert sykehus deltok. Deltakerne ble delt inn i to grupper med bakgrunn i hva de svarte på innledende spørsmål. Spørsmålet var om de valgte å starte HLR på pasienter de anså som nytteløse å gjenopplive. Studiegruppen inkluderte de sykepleierne som ikke igangsatte HLR, mens kontrollgruppen inkluderte de resterende sykepleierne. Det var 19 sykepleiere som ikke igangsatte HLR, mens 98 sykepleiere startet HLR (kontrollgruppen).
Resultat	Totalt 142 spørreskjemaer ble delt ut, av disse ble 122 tilstrekkelig utfylt til at de ble inkludert i studien. Dette ga en besvarelse på 86 %. Det kom frem at 95 % av sykepleierne hadde vært de første til å bevitne hjertestansen minst en gang. På spørsmål om pasientens tidligere ønske om ikke å bli gjenopplivet ville ha betydning på deres avgjørelse om å igangsette HLR, svarte 83 % av sykepleierne at det ville være med å påvirke deres avgjørelse. Derimot ville kun 63 % av sykepleierne la påværende sin innstilling til ikke å starte HLR påvirke sin beslutning. På spørsmål om sykepleierne ble konsultert av legen, eller mangelen på konsultasjon, svarte henholdsvis 49% at de ble spurt, mens 51% at de ikke ble spurt. Nesten 1/5 av sykepleierne som deltok sa de ikke startet HLR når de anså dette som nytteløst
Kritikk	Studien var liten og inkluderte kun sykepleiere som jobbet på medisinske sengeposter på to sykehus. Utvelgelsen av kontrollgruppen kan ha blitt skjev på grunn av sykepleiernes påvirkning av hverandre under personalmøtet.

Referanse	Kelly, J (2008). Nurses' and Doctors' Perspectives on Slow Codes. I: <i>Nursing Ethics</i> , 15(1), s.110- 120
Hensikt/ problemstilling	Hensikten er å finne ut legers og sykepleiers syn på bruken av "slow codes".
Metode	Det ble brukt en kvalitativ metode for dette studiet. Deltakerne ble Intervjuet. Det var tre sykepleiere og to leger som deltok. Inkluderingskriteriene var at deltakerne måtte ha minst to års klinisk praksis.
Resultat	Resultatet viste at "Slow codes" forekom på sykehus. Dette på tross av at deltakerne var enige om at dette var en uverdigg metode å benytte. Sykepleierne mente at "slow codes" var uverdigg for pasienten og stressende for sykepleierne, samt at det var på grensen til eutanasi (aktiv dødshjelp). En sykepleier observerte at "slow codes" kunne unngås når leger hadde god kommunikasjon med pårørende. Legene mente at "slow codes" var et godt alternativ for pasienten fordi de gjennom erfaring hadde opplevd at en diskusjon om HLR status kunne være skadelig. Konklusjonen er at dette fenomenet bør diskuteres nøyere på et nasjonalt nivå. Helsepersonell bør få ytterligere opplæring i kommunikasjon og kliniske retningslinjer bør komme på plass.
Kritikk	Dette er en liten studie som ikke kan generaliseres, men styrken er den gode og dype informasjonen som kommer fram i dette studiet.

Referanse	Oberle, K. og D. Hughes (2000). Doctors' and Nurses' Perceptions of Ethical problems in end-of-life Decisions. I: <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 33(6), s.707-722.
Hensikt/ problemstilling	Identifisere og sammenligne leger og sykepleiere sine oppfatninger av de etiske problemene rundt å ta avgjørelser i forbindelse med pasienters slutfase av livet.
Metode	Det ble brukt Kvalitativ forskningsmetode. Syv leger og fjorten sykepleiere ble intervjuet.
Resultat	Alle deltakerne opplevde etiske dilemmaer med å fatte avgjørelser rundt avsluttende behandling til pasienter i livets slutfase. Leger og sykepleiere var enige i at hovedproblemet rundt avsluttende behandling var å se pasienten lide. De følte da en plikt til å redusere pasientens lidelse. Den største forskjellen var at legene tok beslutningen om avsluttende behandling, mens sykepleieren måtte leve med den beslutningen legen tok.
Kritikk	Vedlegget i artikkelen fremstår som lite oversiktlig og forståelig.

Referanse	Schultz, L. (1997). Not for resuscitation: two decades of challenge for nursing ethics and practice. I: <i>Nursing Ethics</i> , 4(3), s.227-238
Hensikt/ problemstilling	Artikkelen tar for seg sykepleierens rolle i HLR minus. Videre tar den stilling til hvorfor etiske prinsipper ikke er blitt innført i praksis. Videre tas det stilling til de etiske retningslinjene og retningslinjene for HLR minus og deres hovedproblemer.
Metode	Dette er et litteraturstudie som tar utgangspunkt i to pasientsituasjoner. Studien støtter seg også på flere kvantitative forskningsartikler.
Resultat	Artikkelen forteller om dårlig dokumentasjon, kun verbale beskjeder om HLR minus. Sykepleierne syntes dette var for dårlig, men ble ikke hørt fordi dette ikke var deres oppgave å avgjøre. Sykepleierne ble ofte forvirret rundt pasientens HLR status fordi legen(e) ikke hadde tatt stilling til dette eller at de ga muntlige beskjeder. Videre viste resultatet at avgjørelser om HLR minus må bli mer tydelig i forhold til de etiske prinsippene.
Kritikk	Artikkelen er en litteraturstudie som baserer seg på flere kvantitative forskningsstudier. Dette gjør at fagstoffet som er hentet fra disse studiene allerede er tolket tidligere. Fagstoffet i disse artiklene kan tolkes som sekundærkilder. Artikkelen tar for seg utfordringer med tanke på HLR minus fra de to siste ti- årene og sammenlikner de med dagens situasjon. Dette gir et godt innblikk i temaet.

Referanse	Sævareid, T.J. og S. Balandin (2011). Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. I: <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 67(8), s.1739- 1748.
Hensikt/ problemstilling	Denne artikkelen utforsker sykepleierens tanker og holdninger rundt HLR av de eldste pasientene.
Metode	Det ble brukt kvalitativ forskningsmetode i form av dybde intervju. Ti sykepleiere som jobbet på tre forskjellige sykehus deltok i intervjuet mellom 2009 og 2010.
Resultat	Sykepleierne syntes det var viktig med beskjed om "ikke å forsøke gjenoppliving". Dette siden deltakerne opplevde stress i møte med pasienter i livets slutfase der det ikke var fattet beslutning om HLR minus. Dette på tross av at sykepleierne mente pasienten kvalifiserte for en slik beslutning. Deltakerne innrømmet at det var vanskelig å fatte denne avgjørelsen i livets slutfase, men fortalte at beskjeder om og ikke starte HLR noen ganger var forsinket og underutnyttet. Deltakerne var skeptiske til å prøve gjenoppliving, men var helt klare på at det juridiske aspektet måtte følges. Fem av deltagerne hadde blitt spurt av legen om å "gå langsomt" slik at gjenoppliving ble nytteløst. Noen beskrev informasjonen legen ga til pasienten om HLR minus som mangelfull.
Kritikk	Fire av ti sykepleiere takket nei til oppfølgings intervju angående temaet, dette kan være med på å svekke resultatet i artikkelen. Samt at flere sykepleiere hadde mindre enn fem års arbeids erfaring. Artikkelen gjenspeiler de etiske dilemmaene norske sykepleiere opplever i forbindelse med hjertestans i sykehus. Videre viser artikkelen viktigheten av at helsepersonell har en forståelse av hva lovverket regulerer når HLR minus ikke er tatt stilling til.

3.2 Analyse

Å analysere innebærer å finne likheter og ulikheter i litteraturen (Polit og Beck, 2010). Dette kan gjøres med flere metoder. Den hermeneutiske tolkningsprosessen blir brukt her.

Forståelsen for faget blir brukt under analysen for å kunne fortolke innholdet i artiklene. Dette kalles for den hermeneutiske spiralen som bygger på forståelse og fortolkning. Grunnlaget for å bruke denne prosessen er de erfaringene og det teoretiske perspektivet som er bygd opp rundt oppgavens tema (Ridderstrøm, 2013).

Schultz (1997) forteller at sykepleieren ofte faller i mellom legens vurdering, pasienten og/eller pasientens pårørendes meninger om HLR status. Legene dokumenterer sjeldent, og sjeldent riktig (ibid). Verbale beslutninger rundt HLR status er den mest brukte metoden (ibid). Den verbale metoden brukes av leger grunnet at de er ukomfortable med å ta opp HLR status med pasienten. På grunn av dette er sykepleierne ofte forvirret over hva som skal gjøres. Sykepleierne tar da den letteste motstandsvei og starter HLR i uvisshet om pasienten vil gjenopplives eller ikke.

Et slikt press kan resultere i ”slow code”. Kelly (2008) belyser at ”slow code” prinsippet forekommer i klinisk praksis, noe også Ganz m.fl. (2012) fastslår. ”Tiltaket” ”slow code” blir gjort når pårørende ikke har et realistisk bilde av situasjonen pasienten er i. Pårørende vil gjøre alt for pasienten, men nytteverdien av HLR er ikke tilstede. Dette resulterer da i en ”slow code”- gå sakte frem (Kelly, 2008). Legen forklarer det med at pasientens behov blir ivaretatt fordi legen mener det ikke er rett behandling å starte HLR, og at denne behandlingen vil skade pasienten fremfor å være nyttfull. Legens behov blir ivaretatt fordi pasienten får dø, og familien får et inntrykk av at alt er prøvd (ibid). Sykepleierne mener at ”slow codes” kan løses ved at legene tar seg tid til å prate med både pårørende og pasientene, slik at de får tilstrekkelig med informasjon (ibid).

Hvis legen ikke har kommunisert med pasienten eller pårørende om HLR minus og at dette ikke er bemerket i journaler, ville 77,8 % av sykepleierne startet HLR (De Gendt m.fl. 2006). Ganz m.fl. (2012) støtter dette, kun 19 % av sykepleiere ville unnlatt å starte HLR hvis de så dette som nytteløs behandling (ibid). Sævareid og Balandin (2011) refererer til Kelly (2007) som hevder at hvis legen ikke har tatt en beslutning om HLR minus er sjansen større for at sykepleiere reagerer langsommere i situasjoner der de mener behandlingen er nytteløs. Hvis pasienten selv ikke ønsker gjenopplivning ville sykepleierne respektert dette ønsket, til tross for at legen ikke har besluttet HLR minus (Schultz, 1997). Dean (2001) tar for seg situasjonen der helsepersonell mener HLR vil være nytteløst, men hvor pasienten selv ønsker gjenoppliving, og der pasienten selv mener de har en god livskvalitet så skal pasientens autonomi respekteres. Dette skal være tilstrekkelig for å ekskludere pasienten fra å bli satt som gjenoppliving minus. Slike situasjoner bør unngås, og De Gendt m.fl. (2006) hevder at leger bør involvere sykepleiere i prosessen mot HLR minus. De Gendt m.fl. (2006) mener også at legen skal søke den informasjonen sykepleieren innehar om pasienten. Sævareid og Balandin (2011) støtter dette ved å belyse at sykepleiere ofte vil delta i beslutningsprosessen i forhold til å ta stilling til ikke å starte gjenoppliving, men de vil ikke ta det fulle ansvaret. Studien Ganz m.fl. (2012) har gjennomført viser at majoriteten av sykepleierne aksepterer at de skal gjøre sitt ytterste for å gjenopplive en pasient med hjertestans, uavhengig om de er enige i handlingen eller ikke. 89 % bekreftet at de hadde deltatt på gjenoppliving de anså som nytteløs, i motsetning til 11 % som ikke hadde deltatt. Det kommer frem at det er fåtallet av sykepleierne som handler på egenhånd, eller har følt at de har handlet på egenhånd i forhold til denne avgjørelsen. Denne studien syntes å fastslå at de sykepleierne som handlet på

egenhånd tidligere hadde blitt tatt med i rådføringen om og ikke starte gjenoppliving av ansvarlig lege. Hele 84 % av sykepleierne ga uttrykk for at de ønsket å ta del i avgjørelsen om gjenoppliving skulle påbegynnes eller ikke. På spørsmål om de noen gang hadde blitt konsultert av legen i avgjørelsen om HLR svarte 49 % at de aldri hadde blitt rådført, mens 51% svarte at de hadde blitt rådført (ibid).

Avgjørelsen om og ikke å starte gjenoppliving er regulert av lovverket og nasjonale retningslinjer som varierer fra land til land. Tyskland, England og USA brukes som eksempler (Sævareid og Balandin, 2011). I disse landene kan pasienter som er klare og orienterte selv å ta stilling til om de vil ha livsforlengende behandling og eventuelt gjenoppliving hvis de får hjertestans. I Norge er dette valget kun forbeholdt døende pasienter (Sævareid og Balandin, 2011). Helsepersonell i Norge har heller ingen plikt til å informere pårørende eller pasienter om nytteløs behandling (ibid).

Dette kan skape etiske dilemmaer i Norge, og Dean (2001) tar for seg de etiske problemene rundt HLR. Hun tar for seg prinsippet i å verdsette livet, prinsippet om rettferdighet, prinsippet i å gjøre det rette og prinsippet i å snakke sant og være ærlig.

En situasjon som belyser dette er når kona til en pasient med hepatitt og nyresvikt beskriver sine følelser i forbindelse med at mannen hennes fikk hjertestans. Hun overvar gjenopplivingsfasen, som var vellykket, men poengterte at hennes mann var i en komatøs tilstand, med ribbeinsbrudd og brannså. Vedkommende døde tre dager senere (ibid). Denne situasjonen belyser problemene helsepersonellet kommer opp i med tanke på det å gjøre det beste for pasienten. Det denne situasjonen forteller er at selv om intensjonene er gode, betyr ikke det at det er det beste for pasienten (ibid).

Oberle og Hughes (2000) forteller om legers og sykepleieres oppfatning av etiske problemer i den daglig praksis med tanke på HLR minus. Legene og sykepleierne har forskjellige arbeidsoppgaver. Sykepleierne er mer involvert i pasientens liv enn det legene er og med det har sykepleieren en annen etisk bekymring ovenfor pasienten (ibid).

Det største etiske problemet blant legene var selve avgjørelsen om å sette HLR minus eller ikke, mens for sykepleierne var det største etiske problemet at de ikke hadde noe de skulle ha sagt under beslutningsprosessen. Dette var ikke legene enige i. Legene tvilte på sine egne

handlinger mens sykepleierne tvilte på legens handlinger (Oberle og Hughes, 2000).

Til tross for at legene og sykepleierne hadde forskjellige etiske verdier rundt beslutningsprosessen så hadde de det samme målet. Dette var å unngå å se pasienten og pasientens familie lide. Dette var det felles etiske problemet sykepleierne og lege møtte i praksis (Oberle og Hughes, 2000).

Sævareid og Balandin (2011) skriver at det bør tas hyppigere stilling til å sette HLR minus for å løse etiske problemer. Det ble også slått fast at å ha skikkelige rutiner rundt fastsettelse av HLR minus var viktig både for å ivareta pasienten, men også for sykepleieren som hadde ansvaret. De Norske sykepleierne mente at det ikke var deres ansvar å ta avgjørelsen om ikke å begynne HLR hvis annet ikke var sagt. Dette på tross av at det norske lovverket sier at ingen helsepersonell er pålagt å gi nytteløs behandling (ibid).

For å unngå å skape forvirring blant helsepersonellet legger Ganz m.fl. (2012) vekt på at samarbeidet mellom leger og sykepleiere i avgjørelsen om HLR bør bli bedre. Sykepleieren bør få en juridisk plattform som regulerer deres deltakelse i gjenopplivings spørsmål (ibid). For uten et godt samarbeid i tidlig fase av en stans situasjon, vil ikke pasienten ha noen mulighet for å overleve (ibid).

4.0 Drøfting

Professor Steen uttaler i et intervju til Norsk rikskringkasting (Egge og Omland, 2011) at siden begrepet ”døende” ikke er definert, byr dette på utfordringer i hvordan man skal tolke loven. Han mener at leger som skriver HLR minus i ”døende” pasienters journaler, etter pasientens ønske, dermed bryter loven. Videre mener han at pasienten selv skal kunne få bestemme om han/hun ønsker HLR, eller dø en naturlig død. Avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, Hans Petter Aaseth uttaler i samme intervju at han ser at helsepersonelloven noen ganger kan komme i konflikt med pasientens ønske om å dø. Han uttrykker også bekymring rundt valg pasienten tidligere har tatt med tanke på HLR minus, at kanskje de ikke er gjeldene når akutsituasjonen oppstår (ibid).

Helsedirektoratet (2013) skriver at å avslutte behandling til en døende pasient, eller påbegynne avsluttende behandling fører til at pasienten dør av sin grunnlidelse. Aktiv dødshjelp og hjelpe pasienten til selvmord er når ”behandlingen” som gis fører til forkortelse av livet (ibid). Alder er ikke et kriterium som alene kan benyttes når HLR minus skal fattes, noe som er forståelig. Dette fører til at det kan tolkes som at det ikke er lov å dø i dagens Norge uansett alder eller tidligere sykdomshistorikk. Dette med bakgrunn i at den medisinske forskningen har kommet så langt.

For å belyse det etiske dilemmaet sykepleieren kommer opp i når legen ikke har satt HLR minus er det nødvendig å belyse prosessen frem mot denne beslutningen. Helsepersonelloven (2001) og pasientrettighetsloven (2001) regulerer bruken av HLR minus og hva som må ligge til grunn for at denne avgjørelsen kan fattes. Det er også en menneskelig faktor som spiller inn. Pasienten skal bli hørt, det samme gjelder de pårørende og til slutt skal helsepersonellet fatte beslutningen.

4.1 Sykepleierens ansvarsområde

Dean (2001) understreker viktigheten av at pasienten får best mulig informasjon slik at de er i stand til å fatte best mulige beslutninger med tanke på egen helse. Dean (2001) skriver videre at det har vært mye omdiskutert at det er sykepleieren som har inntatt rollen som pasientens advokat/talerør, og maktkampen som er innad i helsevesenet har ført til at sykepleieren har

presset sitt profesjonelle ansvar lenger. Dean (2001) skriver at Walsh (1985) foreslår på bakgrunn av den nære relasjonen sykepleieren har til pasienten at sykepleieren innehar den beste posisjonen for å fremme pasientens interesser. Dette i bakgrunn i at sykepleieren sitter på informasjon om pasienten som legen nødvendigvis ikke har tilgang til (Dean, 2001).

Ved at sykepleier har en lydig og lyttende holdning, lar sykepleieren pasienten komme til ordet (Kristoffersen, 2011). Denne merforståelsen sykepleieren har for faget bruker han/hun til å gagne den enkelte pasienten mest mulig (ibid). Ved å gjøre dette legger sykepleieren til rette for at pasienten kan ivareta sin autonomi (Eide og Eide, 2012). Sykepleierne mente at pasienten måtte få muligheten til å diskutere spørsmålet om gjenoppliving, før en eventuell hjertestans. Slik at sykepleierne hadde noe å forholde seg til i de situasjonene der legen ikke hadde satt HLR minus (Sævareid og Balandin, 2011). Både for å respektere pasientens ønsker, men også for at sykepleierne kunne holde seg innenfor det juridiske lovverket (ibid).

Erfaringsmessig kan dette føre til diskusjoner mellom legen og sykepleieren siden de kan ha forskjellig syn på hva som er det beste for pasienten (Oberle og Hughes, 2000). Oberle og Hughes (2000) skriver at sykepleieren føler et moralsk stress siden de ikke har mulighet til å påvirke avgjørelsen som blir tatt i forbindelse med HLR minus, noe også Schultz (1997) og Ganz m.fl. (2012) påpeker. Dette kan føre til misforståelser og konflikter blant sykepleiere og leger (Oberle og Hughes, 2000). Oberle og Hughes (2000) belyser dette med at sykepleiere og leger har forskjellige arbeidsoppgaver rundt pasienten. Sykepleieren har en nærere relasjon til pasienten i og med at sykepleieren er hos pasienten på en daglig basis, og legen er mer distansert fra pasienten (ibid). På dette grunnlaget kan pasienten og pårørende bli usikre på om de til enhver tid får den beste informasjonen og behandlingen. Det er derfor viktig at sykepleieren og legen har et godt samarbeid slik at informasjonen som blir gitt av begge parter peker i samme retning (ibid).

Til tross for uenigheter mellom sykepleier og lege påpeker Oberle og Hughes (2000) at de har det samme målet, at pasienten skal få best mulig behandling. Oberle og Hughes (2000) nevner at hovedproblemet til leger og sykepleiere er å se lidelse hos pasienten, noe som gjør at sykepleieren og legen føler seg moralsk forpliktet til å lindre lidelsen. Ved at sykepleieren og legen lindrer denne lidelsen kan pasienten beskyttes mot krenkende handlinger. Dette er et ansvar sykepleieren har i følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011). Grunnet disse misforståelsene og konflikten ønsker sykepleierne

at deres rolle skal bli klarere definert (Jepson, 2003). Per i dag får sykepleieren liten anerkjennelse for det unike forholdet hun/han har med pasienten og muligheten sykepleieren har til å diskutere gjenoppliving med pasienten (ibid). Sykepleieren ønsker at det skal komme retninglinjer som anerkjenner deres rolle i denne situasjonen (ibid). Ikke bare på sykehuset, men også på nasjonsalt nivå (ibid).

Aggela (2012) beskriver at sykepleierens rolle ved hjertestans har endret seg over tid slik at den medisinske behandlingen som gis og den spesifikke sykepleien viskes ut (ibid). Aggela (2012) trekker frem tre roller den moderne sykepleieren innehar ved hjertestans. Disse rollene er at sykepleieren skal delta i beslutningsprosessen ved HLR, være en sykepleier som tar seg av pårørende som overværer gjenopplivningsfasen, samt har ansvaret for medisinadministreringen (ibid). Grunnen til at sykepleieren bør være involvert i avgjørelsen om gjenoppliving er fordi det kan antas at de har gode forutsetninger for å vite pasientens verdier og tro siden de ofte har ansvaret for dem over lengre tid (Jepson, 2003).

For å sikre pasienten en best mulig overlevelse ved en eventuell hjertestans er medikamentell administrering viktig. Sykepleieren innehar en viktig rolle i den medikamentelle administreringen, og denne rollen ekspanderer (Aggela, 2012). Gjennom erfaringer helsepersonell har gjort seg under situasjoner med hjertestans har de ytret ønske om at sykepleieren kan innta en støttende og veiledende rolle ovenfor de pårørende som overværer gjenopplivningsprosessen (ibid). Fokuset til denne sykepleieren vil være å forberede pårørende på hva de vil få se, hvilke utstyr som blir brukt, samt hvordan pasienten ser ut. Fokuset hos denne sykepleieren vil være på familiemedlemmene/ pårørende under hele prosessen, og sykepleieren skal ikke involveres i gjenopplivningen (ibid).

4.2 HLR minus.

Når en situasjon med hjertestans oppstår hevder Schultz (1997) at sykepleieren ofte velger den enkleste utveien, som er å begynne hjerte- og lungeredning. I undersøkelsen Sævareid og Balandin (2011) gjennomførte ble sykepleierne spurt om hva de ville gjøre hvis HLR minus ikke var tatt stilling til, og samtlige svarte at de ville starte HLR. Dette på tross av at forskning gjennomført av Ehlenbach m.fl. i 2009 viser at overlevelsen av multimorbide pasienter over 65 år er lav. Dette forskningsstudiet er et kvantitativt studie som spenner seg over 13 år.

Studiet har tatt for seg overlevelsen av pasienter over 65 år som har gjennomgått HLR på sykehus. 433,985 tilfeller ble gransket. Det viste at overlevelsen etter utskrivelse fra sykehus kun var på 18,3 % (ibid). Videre var muligheten for å overleve en hjetestans dårligere hos mennesker med flere sykdommer (multimorbide) (ibid). De eldre pasientene som overlevde hjertestansen havnet som regel på institusjoner (ibid). På tross av denne forskningen uttalte "Carrie" til Sævareid og Balandin (2011) at uansett om pasienten var terminal og det var helt klart at denne pasienten ikke skulle gjenopplives, ville hun starte HLR for å ha "ryggen" fri (ibid). Ganz m.fl (2012) sin forskning bekrefter dette utsagnet ved at 81 % av sykepleierne svarte at de aldri har forsinket prosessen ved å starte gjenoppliving de anser som nytteløs.

Til tross for dette fikk Sævareid og Balandin (2011) frem i intervjuet at sykepleieren var helt klare på at lovverket måtte følges i situasjoner hvor pasienten var i livets slutfase, men også at det var mangelfull kompetanse blant sykepleierne på dette området. Dette skapte stor usikkerhet blant sykepleierne når legen ikke hadde tatt stilling til spørsmålet om HLR minus (ibid). "Carrie" sa til Sævareid og Balandin (2011) at hvis det ikke var noen tvil om at pasienten skulle dø, og at HLR dermed ville være hensiktsløst, ønsket hun at legen skulle sette HLR minus i journalen. Dette for at situasjonen skulle bli enklere å takle for sykepleierne/helsepersonellet som eventuelt måtte utføre nytteløs gjenoppliving (ibid). De Gendt m.fl (2006) poengterte at selv om det ikke var tatt stilling til gjenoppliving, hadde sykepleieren mulighet til å påvirke utfallet. Dette på grunn av at det er sykepleieren som regel er til stede når hjertestansen inntreffer (ibid). Mener sykepleieren at gjenopplivingen er nytteløs kan sykepleieren velge å avstå fra å drive gjenoppliving selv om det ikke er tatt en beslutning om dette (ibid).

For lovverket fritar sykepleieren fra å drive nytteløs behandling, og det kan kanskje gjøre at sykepleieren kan fokusere på å legge til rette for en verdig og fredfull død. I situasjoner der pasienten er i livets slutfase og det skal tas stilling til avsluttende behandling utfordres respekten for livet, men å ha respekt for livet innebærer å ha respekt for døden (Helsedirektoratet, 2013). Dette gjenspeiler seg i det Mathisen (2011) skriver. At noen pasienter ikke ønsker livsforlengende behandling, og det å forlenge livet deres ved å holde dem kunstig i live, innebærer for dem en uverdigg død (ibid).

På bakgrunn av denne usikkerheten mener Schultz (1997) sykepleieren må få større myndighet i forhold til avgjørelsen om HLR skal igangsettes. Jepson (2003) påpeker at

ansvarsområdet til sykepleieren er i endring. Hun belyser at sykepleieren ønsker samme myndighet som legen i beslutninger om HLR, noe Ganz m.fl. (2012) går langt i å indikere at sykepleieren allerede har. Dette på bakgrunn av at hvis sykepleieren velger å forsinke igangsettelsen av HLR vil dette føre til at det er sykepleieren som tar den endelige beslutningen, og ikke legen (Ganz m.fl, 2012), noe De Gendt m.fl. (2006) bifaller. På en annen side viser forskningen til De Gendt m.fl (2006) at hvis det ikke er tatt stilling til HLR minus ville 77,8% av sykepleiere ofte eller alltid starter HLR. Dette på tross av at sykepleieren i noen tilfeller ser på gjenoppliving som et nytteløst tiltak (Ganz m.fl. 2012). Ganz m.fl. (2012) viser til at hele 89 % av sykepleierne allikevel deltar ved gjenoppliving de i utgangspunktet ikke ville ha startet gjenopplivning på. På samme tid viser studien til Jepson (2003) at selv om det er utarbeidet retningslinjer for hjerte- og lungerdning, samt når gjenoppliving ikke skal startes, er etterlevelsen av retningslinjene dårlig. Jepson (2003) hevder at sykepleieren allerede har tatt ansvaret for å hjelpe pasienten og familien med å informere de involverte om avgjørelser knyttet til HLR.

Videre referer Dean (2001) til anbefalingene gitt av British Medical Association (BMA) (1999) om at hvis pasienten selv er ute av stand til å ytre ønske om behandling skal nærmeste familie eller pårørende representere pasientens syn på behandlingen. Det poengteres at pårørende kun reflekterer pasientens syn og at de ikke er de som skal ta avgjørelsen siden pårørende ikke vet hva som er det beste for pasienten (ibid). Sævareid og Balandin (2011) avdekket at sykepleierne var skeptiske til at pårørende skulle tale pasientens sak når pasienten selv ikke hadde mulighet til å uttrykke seg. Sykepleierne ønsket at diskusjonen med pasienten angående pasientens HLR status skulle tas opp så tidlig som mulig, der situasjonen tilsa at det var passende (Jepson, 2003).

For å kunne ta en beslutning om å unnlate å gi livsforlengende behandling skal grunnlaget hvile på en god medisinsk, diagnostisk og prognostisk vurdering (Helsedirektoratet, 2013). I tilfeller hvor en god medisinsk bakgrunn er usikkert eller ikke gir klare føringer for hva som er faglig forsvarlig skal beslutningen hvile på pasientens verdigrunnlag (ibid). Personer som skal være med i denne beslutningen er de som er involvert i pasientens situasjon, dette er pleiepersonell og moderavdeling (ibid). Dette for å innhente mest mulig informasjon slik at situasjonen kan vurderes fra ulike vinkler for å kunne fatte en best mulig beslutning. Den endelige beslutningen skal tas av behandlingsansvarlig lege, men terskelen for å innhente annet kompetent personell skal være lav ved usikkerhet om beslutningen (ibid).

Til tross for at retningslinjene for HLR minus jevnlig blir revidert i Norge er erfaringen at det er sykepleiere som bringer HLR status opp med både pasient og lege. Sævareid og Balandin (2011) skriver at sykepleierne ofte har en følelse av at det er de som bringer spørsmålet om HLR minus på banen. Som "Denise" sier " (...) det blir sjelden brakt på banen hvis sykepleieren ikke gjør det" (Sævareid og Balandin 2011, s.1743). Hun stilte videre spørsmål ved om grunnen for dette var at det var sykepleieren som stod i disse situasjonene. Sykepleierne i undersøkelsen ønsket at legene tok opp spørsmålet om avsluttende behandling og HLR- status med pasienter og pårørende (Sævareid og Balandin, 2011). Erfaringsmessig var legene noen ganger motvillig til dette grunnet at de personlig fryktet å skade pasienten (ibid).

Schultz (1997) refererer til Yarling og McElmurry (1983) som er enda mer bastant i sine uttalelser og mener at sykepleieren bør ha muligheten til å ta seg av hele prosessen angående HLR minus, samt dokumentasjonen. I følge institutt for helse og samfunn (2010) har sykepleieren en rolle i HLR minus prosessen når det kommer til akutsituasjoner. For det er vakthavende overlege og ansvarlig sykepleier som sammen skal ta avgjørelsen om HLR minus i denne situasjonen (ibid). Hvis sykepleieren ikke føler seg kompetent i slike situasjoner skal sykepleieren innhente informasjon og bistand fra annet kvalifisert helsepersonell, dette gjelder også leger (Helsepersonelloven, 2001). Ganz m.fl. (2012) sin undersøkelse viser at nesten 1/5 (19/117) av sykepleierne som ble spurt følte seg kapable til å fatte beslutninger angående HLR minus uten å konsultere legen. Jepson (2003) belyser at sykepleiere ønsker å bli involvert, på lik linje med sine medisinske kolleger, i hver enkelt situasjon der det blir tatt stilling til om pasienten skal gjenopplives.

4.3 Lovverk

Ganz m.fl (2012) skriver at i mange land, inkludert Norge, at sykepleieren ikke har myndighet til å ta beslutninger som innebærer HLR minus. Ganz m.fl (2012) referer til Schultz (1997) at dette kan føre til at sykepleieren velger å forsinke eller unngår å starte gjenoppliving hvis sykepleieren er overbevist om at dette er en nytteløs behandling, eller er overbevist om at pasienten selv ikke ønsker dette (Befring og Ohnstad, 2001). Kelly (2008) omtaler denne handlingen som "slow code" – gå sakte. På tross av dette står det i §7 i helsepersonelloven (2001) at helsepersonell skal starte gjenoppliving når en pasient får hjertestans. På samme tid fritar også denne paragrafen helsepersonell fra å drive gjenoppliving av pasienter som ikke

har nytte av behandlingen (ibid). Denne lovparagrafen støtter dermed sykepleierns mulighet til å handle selvstendig når legen ikke har tatt stilling til HLR minus. I tilfeller hvor pasienten har cancer med metastaser, irreversibel multiorgansvikt eller er multimorbid, kan denne beslutningen treffes (Helsedirektoratet, 2013). Utover dette sier Helsedirektoratet (2013) at det ikke er noen klare kriterier fra å avstå fra hjerte- og lungeredning, eller å se på det som et nytteløst tiltak. I samsvar med Schultz (1997) er erfaringen at sykepleieren er usikre på hvordan de skal håndtere situasjonen når multimorbide pasienter får hjertestans, der legen ikke har tatt stilling til HLR minus.

På den andre siden har pasienter i enkelte land rett til selv å bestemme om vedkommende ønsker gjenoppliving eller ikke (Sævareid og Balandin, 2011). I Norge er denne selvbestemmelsesretten kun forbeholdt de som er døende, og reguleres av pasientrettighetsloven (2001) §4-9. Nekter pasienten behandling er det viktig å utelukke at pasienten har sykdommer eller ytre faktorer som kan påvirke vedkommendes avgjørelse (ibid). Dette for å være sikker på at pasienten ikke tar en avgjørelse vedkommende ellers ikke ville tatt (Brinchmann, 2010). Med dette tatt i betraktning har helsepersonell en plikt til å informere pasienten om denne retten, samt en plikt til å informere om de tiltak som blir utført (Helsepersonelloven, 2001). Videre skal pasienter bli hørt i medisinske spørsmål angående egen helse (Pasientrettighetsloven, 2001). Hvis en pasient ikke kan uttrykke sine ønsker er det pårørende som skal ta valg for vedkommende sammen med ansvarlig helsepersonell (ibid). Om dette påpeker Oberle og Hughes (2000) at pårørende ofte handler ut fra sine egne behov og meninger fremfor pasientens og at dette da kan være en feil kilde (ibid). Hvis pårørende ikke er samtykkekompetent, klarer eller ønsker å fatte en beslutning om HLR status, så er denne beslutningen legens (Pasientrettighetsloven, 2001). Videre mener sykepleiere at legen ofte handler ut fra sine egne verdier og ikke ut fra pasienten selv eller pårørendes verdier (Oberle og Hughes, 2000).

Hvis en lege er usikker på behandlingsoalternativene skal legen rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell. Helsepersonelloven (2001) §4 pålegger helsepersonell å innhente annet kvalifiser personell hvis dette er nødvendig for å vurdere pasientens videre behandling. Pasientrettighetsloven (2001) §2-1 gir pasienten rett til en fornyet vurdering av sin helsetilstand hvis pasienten ønsker dette. Hvis helsepersonell og pårørende ikke er enige i avgjørelsen om diagnose/prognose eller den faglige forsvarligheten kan dette indisere at pasienten har rett til fornyet vurdering (Helsedirektoratet, 2013). Lovgivningen regulerer i

liten grad situasjoner hvor det er satt spørsmålsteget rundt livsforlengende behandling, men det er viktig å samarbeide om en fornyet vurdering hvis det er uenighet rundt vitale spørsmål (ibid).

Helsedirektoratet (2013) skriver videre at pasienter og pårørende ikke har krav på informasjon om HLR minus hvis livsforlengende behandling ikke har noen nytteverdi. Det er i disse situasjonene viktig at beslutningen om HLR minus hviler på en god diagnostisk og prognostisk bakgrunn (ibid). Det er også viktig at beslutningen om HLR status kommer klart frem i kurver og journaler, for på denne måten kan helsepersonell sikre at pasienten får en verdig og rolig død (ibid).

4.4 Etikk

At pasienten får en verdig og rolig død understøttes av Norsk sykepleierforbund (2011), som sier at sykepleieren skal legge til rette for dette. Sett fra et etisk perspektiv har alle pasienter rett til omsorg og respekt i alle livets faser (Helsedirektoratet, 2013). I helsetjenesten er prinsippene om velgjørighet, ikke å skade, respekt for pasientens autonomi og verdighet, samt rettferdighetsprinsippet sentrale begreper (Dean, 2001). Dean (2001) sier videre at det å jobbe ut fra etiske prinsipper kan være med på å gi en god pekepinne på hvordan etiske dilemmaer skal løses. For eksempel der pasienten går i hjertestans og legen ikke har tatt stilling til HLR minus.

Hvis en pasient går i hjertestans og ikke vil ha nytte av gjenopplivningen kan sykepleieren velge å jobbe etter det etiske grunnprinsippet velgjørighet. Dette på grunn av at gjenopplivningen som sykepleieren utfører muligens bare fører til at livet forlenges og ikke nødvendigvis fører til bedre livskvalitet for pasienten (De Gendt m.fl., 2006). Det vil si at nytteverdien av behandlingen som gis skal være større enn ulempene ved behandlingen (Dean, 2001).

Cadogan (2010) beskriver at sykepleieren kan påføre pasienten skader under gjenopplivningsprosessen. Dette i form av costafrakturer (ribbeinsbrudd) som forekommer i 97% av tilfellene der gjenoppliving blir utført, samt sternumfrakturer (43 %) (brystbeinsbrudd) som det mest vanlige (ibid). Cadogan (2010) referer til Black (2004) som sier at eldre pasienter er mer utsatt for skade i form av multiple frakturer. Dette antas å være på grunn av

at eldre pasienter har mindre muskelmasse og større sannsynlighet for å ha osteoporose (benskjørhet) (Cadogan, 2010). Cadogan (2010) refererer også til Krischer (1987) som skriver at 50 % av de som overlevde HLR på sykehus fikk en form for nevrologisk skade.

Hvis en sykepleier handler etter ikke skade og velgjørenhetsprinsippet kan det være nødvendig å velge bort HLR til fordel for en mer verdig og fredfull død (Dean, 2001). Dette er noe som kan være vanskelig å bedømme når pasienten er i livets slutfase (Helsedirektoratet, 2013). Er det ikke tatt stilling til om pasienten skal gjenopplives, på tross av at pasienten åpenbart lider, kan dette føre til at pasienten får en uverdigg død (Sævareid og Balandin, 2011). Denne situasjonen kan føre til at sykepleieren blir satt i et etisk dilemma (ibid). Å forlenge en lidelsesfull dødsprosess kan krenke menneskers verdighet (Helsedirektoratet, 2013), og det bør da heller settes fokus på å lindre lidelse som er en sterk etisk forpliktelse (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det bør da vurderes om HLR minus kan benyttes for å respektere det naturlige sykdomsforløpet pasienten har (Institutt for helse og samfunn, 2010). Wyller (2008) skriver at HLR minus er et godt virkemiddel for å oppnå en verdig og fredfull død. Den medisinske vurderingen må da vise til at behandlingen er nyttesløs for at HLR minus skal iverksettes som et slikt virkemiddel (ibid).

”Slow codes” er et uetisk prinsipp som forekommer i praksis (Kelly, 2008), noe også Ganz m.fl. (2012) påpeker. På tross av dette belyser Ganz m.fl. (2012) at dette praktiseres av noen sykepleiere. Sannsynligheten for at ”slow code” blir benyttet øker når pårørende ikke godtar at videre behandling er nytteløs, frykten for å krenke pasienten ved å diskutere HLR status, eller frykten for søksmål (Kelly, 2008). I følge Sævareid og Balandin (2011) mener Ditillo (2002) at ”slow code” kan forekomme når HLR statusen ikke er tatt stilling til. ”Slow codes” brukes når helsepersonellet ikke tror HLR vil ha noen nytte for pasienten eller at det vil føre til skade på pasienten (Sævareid og Balandin, 2011 og Ganz m.fl., 2012). Grunnen til at denne formen blir benyttet er at helsepersonell er for dårlige til å snakke med både pasient og pårørende i spørsmål om HLR minus (Sævareid og Balandin, 2011). Leger og sykepleiere har forskjellige syn på hva dette innebærer, men begge gruppene har problemer med å bruke dette prinsippet. Sett fra legens ståsted brukes denne koden når legen føler seg tvunget til å gjenopplive pasienten (Kelly, 2008). Sykepleieren ser det mer fra pasientens perspektiv og definerer ”slow code” som når familien ønsker at alt skal være prøvd, på tross av at dette medfører store lidelser for pasienten (ibid).

I intervjuet DePalma m.fl. (1999) har gjennomført mener en lege at ”slow code” aldri er passende å bruke. Legen mener at en beslutning om HLR minus bør tas og holdes fast ved, eller utføre hjerte- og lungeredning etter prosedyren. Ikke varianten midt imellom slik ”slow code” er. Hvis en lege mener at HLR minus ikke bør bli gjennomført, er det legens ansvar å fortelle pårørende hvorfor dette er indisert. Er pårørende uenige i dette mener legen de må finne en annen behandler (ibid). Ved å holde fast på beslutningen om hvorfor HLR minus er en korrekt avgjørelse, kan dette overbevise familien/pårørende om at dette er en riktig beslutning (ibid).

Eide og Eide (2012) referer til Løgstrup som mener at en person med sterk vilje kan ha en tendens til å prøve å ”overtale” motparten, i dette tilfellet pårørende/pasienten, til å etterkomme hans/hennes syn. At sykepleieren blir herre over pårørendes/pasientens syn og meninger, fremfor å ta hensyn til pårørendes/pasientens meninger og syn. Løgstrup mener utfordringen ligger i å klare å ta hensyn til motpartens synspunkt, og ikke hva man selv mener blir det beste resultatet (ibid). Videre poengterer Løgstrup viktigheten av og ikke være ettergiven, men å tørre å stå i etiske utfordringer med pårørende/ pasientene (ibid). Samtidig trekker Løgstrup et klart skille mellom å ta ansvaret for noen og det å ta ansvaret fra noen. Det første vil være å arbeide etisk og det andre vil være maktmisbruk (ibid).

Forskning (Sævareid og Balandin, 2011) viser at sykepleiere fortsatt ikke vet hvordan de skal forholde seg til pasienter der det ikke er tatt stilling til HLR minus. Sævareid og Balandin (2011) belyser at sykepleiere fortsatt har mangelfull kunnskap om HLR minus, noe også deltakerne bekrefter i form av de svarene de gir. Deltakerne var helt klare på at de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skulle følges, samt lovverket.

4.5 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å avgjøre om en kilde er sann. Dette betyr at de kildene som benyttes skal vurderes og karakteriseres (Dalland, 2012). Dalland (2012) skriver at Leth og Thurèn (2000) mener at kildekritikk er en metode for å skille mellom verifiserte opplysninger og spekulasjoner.

Artiklene som er benyttet spenner seg over 15 år. Den eldste artikkelen er fra 1997, og den siste ble utgitt i 2012. Det har vært vanskelig å finne artikler som har tatt for seg kjerneproblemet i problemstillingen. Ingen av artiklene som er benyttet går dirkete på oppgavens problemstilling, men artiklene er vinklet på forskjellige måter innenfor temaet. Dette bidrar til at oppgaven har fått et bredere spekter enn det som har vært ønskelig. På samme tid har det ikke vært tilatt at egne synspunkter og meninger kommer frem i særlig grad. Dette gjør at meninger og synspunkter rundt denne problemstillingen preges av andre, noe som har gjort det vanskelig å få frem det som har vært ønskelig. De artiklene som tar for seg sykepleierens rolle i beslutningsprosessen fokuserer kun på beslutningene sykepleieren må ta frem mot HLR minus. Artiklene tar ikke stilling til beslutningene sykepleieren må ta når pasienten har gått i hjertestans. Det artiklene poengterer er at sykepleieren støtter seg til lovverket i disse situasjonene, og at sykepleieren har mangelfull kunnskap i hvordan de skal håndtere dette.

Artiklene er utarbeidet etter forholdene i Belgia, Canada, England, Irland, Israel og Norge. Geografien på hvor artiklene kommer fra er noe det ikke har blitt tatt hensyn til når artiklene ble valgt. Sett i ettertid er dette noe som muligens burde vært tatt hensyn til siden forholdene helsepersonell jobber under varierer fra land til land, noe som også kan være avgjørende for resultatene i artiklene. Med dette tatt i betraktning er resultatet i artiklene sett på med kritiske øyne, og det er prøvd å trekke ut litteratur som er relevante for norske forhold. Veilederen fra Helsedirektoratet (2013) er benyttet for å understøtte relevansen artiklene har overført til norske forhold.

International council of nurses (ICN) (2013) er en organisasjon som bidrar til å publisere etiske retningslinjer for sykepleiere. Ikke alle land er medlem av denne organisasjonen. England er ikke medlemmer av denne organisasjonen og kritikken rettes derfor mot de

artiklene som er utformet i England. Dette fordi de etiske retningslinjene muligens ikke samsvarer med norske forhold.

Det er i hovedsak brukt primærkilder. I noen tilfeller er det brukt sekundærkilder på grunn av at primærkilden ikke har vært tilgjengelig. Dette kan være uheldig siden flere forfattere har tolket innholdet, noe som kan gjøre at meningsinnholdet blir vinklet på en annen måte enn det primærkilden har ment i utgangspunktet. To av artiklene som er benyttet er litteraturstudier, slik at fagstoffet som er hentet fra disse studiene allerede er tolket tidligere. Fagstoffet i disse artiklene kan dermed tolkes som en sekundærkilde.

I mangel på forskning som går direkte på sykepleierens rolle når pasienten har gått i hjetestans har det blitt benyttet kilder fra internett. Det er lagt vekt på å finne internettkilder som er anerkjent innenfor fagmiljøet.

5.0 Konklusjon

Temaet for denne oppgaven har vært HLR minus. Spørsmålet som er stilt er hvilke forhold som må være til stede for at en sykepleier skal kunne unnlate å starte HLR når legen ikke har vært inne i bildet. I løpet av oppgaven er det drøftet og vurdert etiske og juridiske aspekter ved dette temaet for å kunne svare på vår problemstilling.

For å kunne konkludere er det viktig å poengtere at pasienter som vil ha nytte av hjerte- og lungeredning skal ha denne behandlingen. I tilfeller hvor pasienten for eksempel har cancer med metastaser, irreversibel multiorgansvikt eller er multimorbid, kan denne beslutningen om unnlattelse av gjenopplivning treffes (Helsedirektoratet, 2013). Til tross for dette poengterer Helsedirektoratet (2013) at det ikke er noen klare kriterier fra å avstå fra hjerte- og lungeredning, eller å se på det som et nytteløst tiltak. Videre poengterer Pasientrettighetsloven (2001) §4-9 at døende pasienter kan motsette seg livsforlengende behandling. Videre pålegger helsepersonelloven (2001) §7 helsepersonell å yte øyeblikkelig hjelp i situasjoner der dette er påkrevd. På samme tid fritar denne loven helsepersonell fra å drive nytteløs behandling, men dette kommer ikke frem i klartekst. Grunnet disse motsigelsene er det forståelig at sykepleiere kan bli forvirret når en hjertestans oppstår og legen ikke har tatt en beslutning om HLR minus.

Mener sykepleieren at HLR minus skulle vært konkludert med, og legen ikke har tatt stilling til dette, kan dette føre til at sykepleieren velger å reagere så sakte at HLR blir nytteløst, ”slow code”. Forskning foretatt av Kelly (2008) fastslår at både leger og sykepleiere synes bruken av ”slow code” er et uetisk prinsipp. På tross av det konkluderer Ganz m.fl. (2012) at dette forekommer i praksis. Dette på bakgrunn av usikkerheten helsepersonell føler knyttet opp mot det å ta opp problemstillingen med pasient og pårørende i forkant av hjertestansen. Hvis en slik situasjon oppstår kan etikken være til hjelp. De fire etiske grunnprinsipper lærer oss å ikke påføre unødvendig skade på en pasient og dette går sammen med velgjørhetsprinsippet. Velgjørhetsprinsippet forteller at en alltid skal velge det alternativet som har flere positive utfall enn negative.

I og med at lovverket kan være forvirrende konkluderer Sævareid og Balandin (2011) med at sykepleieren har for dårlig kunnskap om lovverket som regulerer avsluttende behandling i pasienters slutfase av livet. Han anbefaler at det blir satt økt fokus på dette i sykepleierutdannelsen, samt at allerede ferdigutdannede sykepleiere får tilbud om å øke sin

kompetanse innenfor dette området. Det mest heldige hadde vært om lovverket hadde vært tydeligere på hva som skulle gjøres i hvilke situasjoner. Ganz m.fl. (2012) foreslår i sin forskning at det må utarbeides en juridisk plattform som sykepleierne kan støtte seg på slik at de kan komme med sine synspunkter og meninger i spørsmål om gjenoppliving. Dette på grunn av at hvis ikke lovverket kommer på plass vil sykepleieren muligens fatte beslutninger som forulemper den medisinske avgjørelsen som er fattet (ibid).

For å oppsummere blir svaret på problemstillingen: ”*Hvilke forhold må være tilstede for at en sykepleier kan unnlate å starte hjerte- og lungeredning når legen ikke har fattet en beslutning om HLR minus?*”. Sykepleieren kan unnlate å starte gjenoppliving i visse situasjoner hvis forholdene ligger til rette for dette. Hvis en pasient etter gode medisinske begrunnelser ikke har nytte av videre behandling grunnet et komplisert sykdomsforløp, og at sykdomsforløpet vil ende i døden, kan en sykepleier rettmessig avstå fra å gjenopplive denne pasienten. En annen situasjon hvor sykepleieren kan avstå fra HLR er når pasienten er bevisstløs og både ansvarlig lege og pårørende samtykker til at HLR vil være nytteløst. Det er videre viktig å bemerke at de etiske prinsippene ikke skade og velgjørenhet kan være en dårlig indikator på å avstå fra HLR. Dette grunnet at selv om sykepleieren mener at skadene som kan bli påført pasienten under gjenoppliving kan føre til dårlig livskvalitet, i form av nevrologiske skader. Det er ikke opp til sykepleieren å avgjøre om disse skadene er en større ulempe enn døden. Det er også viktige å huske på at alle yrkesgruppene ønsker det beste for pasienten, men grunnet forskjellige utdanninger vil de se problemstillingen på ulike måter. Derfor er et godt samarbeid og god kommunikasjon på tvers av yrkesgruppene viktig. Uten disse forutsetningene vil ikke pasienten, uansett anstrengelser, få en mulighet til en verdig død.

Til tross for at sykepleieren kan unnlate å starte HLR i visse situasjoner, ses det som mest hensiktsmessig at beslutningen om HLR minus er på plass før en hjertestans. Dette for og ikke sette sykepleieren i et etisk dilemma og verdigheten til pasienten blir ivaretatt på en god måte. Dette krever en god beslutningsprosess hvor legen, sykepleieren og pasienten har en god, lyttende og åpen kommunikasjon.

6.0 Litteraturliste

Aggela, B.T. (2012) Nurse's Role in the Modern resuscitation Era. I: *Hospital Chronicles* [online]. 7(1) s.25-31. URL:

<http://www.hospitalchronicles.gr/index.php/hchr/article/viewFile/389/406> (16.04.2014).

Befring, A. K. og B. Ohnstad (2001) *Helsepersonelloven- med kommentarer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Brinchmann, B.S. red. (2010) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Cadogan, M.P. (2010) CPR Decision Making and Older Adults. I: *Journal of Gerontological Nursing*, 36(12), s. 10-15.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Database for statistikk om høgre utdanning. (2014) *Publiseringskanaler* [Online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. URL:

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (14.03.14)

Dean, J.A. (2001) The resuscitation status of a patient: a constant dilemma. I: *British journal of nursing*, 10(8), s.537- 543.

De Gendt, C. m.fl.(2006). Nurses' involvment in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards. I: *Journal of advanced nursing* 57(4), s. 404-409.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) *Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller* [online]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. URL: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/> (10.04.2014)

DePalma, J.A. m.fl. (1999) "Slow" code: perspectives of a physician and critical care nurse. I: *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(3), s.89-99.

Egge, J.H. og E. Omland (2011) *Professor: Leger bryter loven hver uke* [online]. Oslo: Norsk rikskringkasting. URL: http://www.nrk.no/norge/_-flere-bor-fa-do-tidligere-1.7654809 (10.04.2014)

Ehlenbach, W.J. m.fl (2009) Epidemiologic Study of In-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation in the Elderly. I: *The new england journal of medicine*, 361(1), s. 22-31.

Eide, T. og H. Eide (2012). *Kommunikasjon i relasjon, sammhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eikeland, A., T. Haugland og D.G. Stubberud (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I: Almås, H, Stubberud, D.G og Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie bind 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Felleskatalogen (2014) *Hjertestans* [online]. URL: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/hjertestans> (03.04.2014).

Forskningsetikkloven (2007) *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56> (02.05.2014)

Førde, R. (2013) *Helsinkideklarasjonen* [online]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. URL: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (10.04.2014)

Ganz, F.D. m.fl. (2012). Resuscitation in general medical wards: who decides? I: *Journal of clinical nursing* 22, s.848-855.

Helsedirektoratet (2013) *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling* [online]. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Publikasjoner/IS-2091.pdf> (29.03.2014)

Helsedirektoratet (2013) *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* [online]. Oslo: Helsedirektorater. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/samtidige-lidelser>

Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell m.v.* [online]. Lovdata.
URL:<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=øyeblikkelig+hjelp> (27.03.2014)

Institutt for helse og samfunn (2010) *Retningslinjer fra å avstå fra hjerte-lungeredning (HLR minus)* [online]. URL: <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/manualer/norge/retningslinjer.html> (28.03.2014)

International council of nurses (2013) *Members list* [online]. Sveits. URL:
<http://www.icn.ch/about-icn/members-list/> (30.04.14).

International council of nurses (2013) *Our mission* [online]. Sveits. URL:
<http://www.icn.ch/about-icn/icns-mission/> (30.04.14).

Jepson, J. (2003) Do not attempt resuscitation decisions: the nursing role. I: *British Journal of Nursing*, 12(17), s. 1038-1042.

Karolinska institutet (2014) *Handledning i MeSH-indexering* [online]. Sverige. URL:
<http://kib.ki.se/node/173143> (05.05.2014)

Kelly, J. (2008). Nurses' and Doctors' Perspectives on Slow Codes. I: *Nursing Ethics*, 15(1), s.110- 120.

Kristoffersen, N.J, F. Nordtvedt og E.A Skaug (2011). Om sykepleie. I: Kristoffersen, N.J, F. Nordtvedt, E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 15- 29.

Kristoffersen, N.J, og F.Nordtvedt (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J, F. Nordtvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 83- 133.

Kristoffersen, N.J (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J, F. Nordtvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.207- 280.

- Laskowska, A. (2014) *Vekt på forskning* [online]. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. URL: http://hig.no/forskning/vitenskapelig_publicisering/vekt (05.05.2014)
- Lillemoen, M. (2011) *Kvalitet i sykepleie* [online]. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (28.03.2014)
- Mathisen, J. (2011) Sykepleie ved livets avslutning. I: Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 295- 335.
- Natvig, R.S. (2000) *Sykepleieetikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (26.03.2014)
- Nylenna, M. red. (1999) *Store medisinske leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Oberle, K. og D. Hughes (2000). Doctors' and Nurses' Perceptions of Ethical problems in end-of-life Decisions. I: *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), s.707-722.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. URL: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-+og+brukerrettighetsloven* (28.03.2014)
- Polit, D.F. og C.T. Beck (2010) *Essentials of nursing research appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ridderstrøm, H. (2013) *Hermeneutikk* [online]. Oslo: Høgskolen i Oslo. URL: <http://home.hio.no/~helgerid/litteraturogmedieleksikon/hermeneutikk.pdf> (15.04.2014)
- Schultz, L. (1997). Not for resuscitation: two decades of challenge for nursing ethics and practice. I: *Nursing Ethics*, 4(3), s.227-238

Struksnes, S.K. (2011) *Utdanningskvalitet* [online]. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/utdanningskvalitet> (28.03.2014)

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

Univesitets- og høskolerådet (2014) *Om UHR* [online]. Oslo. URL: http://www.uhr.no/om_uhr (23.04.14)

World health organization. (2014) *Definition of an older or elderly person* [online]. URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (26.03.2014)

Wyller, T.B. (2008) *Hvem skal få død i fred?* [online]. Oslo: Tidsskrift for den norske legeforening . URL: <http://tidsskriftet.no/article/1780824/> (09.04.14)

Øgar, P. og T. Hovland (2004). *Mellom kaos og kontroll*. Oslo: Gyldendal.