

Marianne Holm Bråten, Martine Drange Sandbu
og Martine Svingen Ålrust

Ære livet og godta døden

Hvorfor oppstår etiske dilemmaer når en eldre pasient får hjertestans før det er tatt stilling til hjerte-lungeredning, og hvordan oppleves dette for sykepleieren?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Lars Aune Svarthaug
Mai 2019

Marianne Holm Bråten, Martine Drange Sandbu og
Martine Svingen Ålrust

Ære livet og godta døden

Hvorfor oppstår etiske dilemmaer når en eldre pasient får hjertestans før det er tatt stilling til hjerte-lungeredning, og hvordan oppleves dette for sykepleieren?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Lars Aune Svarthaug
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Ære livet og godta døden	Dato:	16.05.19
Deltaker(e)/	Marianne Holm Bråten		
	Martine Drange Sandbu		
	Martine Svingen Århus		
Veileder(e):	Lars Aune Svarthaug		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Hjertestans, hjerte-lungeredning (HLR), eldre pasient, etikk og sykepleierens erfaring		
Antall sider/ord:	42/10406	Antall vedlegg:	1
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Innledning: Ofte opplever sykepleieren å stå mellom de yrkesetiske retningslinjene og lovverket når status for gjenoppliving er uavklart. Pasienten, pårørende, legen og sykepleieren har ofte ulik oppfatning om vurdering av HLR-status og gjenoppliving.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å fremheve et tabubelagt tema. Dette ved å undersøke hvorfor etiske dilemmaer oppstår når en eldre pasient får hjertestans før HLR-status er avklart, og hvordan dette oppleves for sykepleieren.</p> <p>Metode: Det er søkt i Medline, EMBASE og Cinahl Complete med søkeordene; aged, heart arrest, resuscitation orders, nursing ethics, nursing role, experience og nurses. Syv artikler ble inkludert i oppgaven.</p> <p>Resultat: Etiske dilemmaer oppstår fordi det ofte blir sett på som et nederlag å dø i dagens samfunn grunnet mange muligheter for livsforlengelse. Leger og sykepleiere har forskjellig fokus, og det kom frem at noen leger ikke alltid følger pasientens ønske. Sykepleier burde involveres tidligere i et tverrfaglig samarbeid for å unngå forhastede avgjørelser. Det kom fram at det ikke var selve gjenopplivningen som var vanskelig å takle, men utfallet dersom det var dårlig. Debrifing ble trukket fram som en måte å få bearbeidet hendelsen på, i etterkant.</p> <p>Konklusjon: Etiske dilemmaer oppstår fordi det ikke finnes klare retningslinjer for vurdering av HLR-status og hva som er sykepleiers rolle. Dette skaper unødvendig stress for sykepleiere. Å kombinere etiske teorier kan være en hensiktsmessig måte å ta gode valg på, derfor bør etikk ha en større plass i helsefaglig- og medisinsk utdanning og praksis.</p>			

ABSTRACT

Title:	Honor life and accept death	Date:	16.05.19
Participants/	Marianne Holm Bråten		
	Martine Drange Sandbu		
	Martine Svingen Ålrust		
Supervisor(s)	Lars Aune Svarthaug		
Keywords	Heart arrest, CPR, elderly patient, ethics, nurses experience		
(3-5)			
Number of pages/words: 42 /10406	Number of appendix: 1		
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Introduction: A nurse often experiences a dilemma between professional ethical guidelines and legislation when it is uncertain whether resuscitation should be carried out. The patient, relatives, doctor and nurse often have different opinions regarding the assessment of CPR status and resuscitation.</p> <p>Aim: The purpose of this literature review is to highlight the difficult topic of resuscitation of elderly patients. It will investigate why ethical dilemmas arise when an elderly patient experiences cardiac arrest before the CPR status has been clarified. It will also investigate how the nurse experiences this situation.</p> <p>Method: To find relevant articles the following databases were used: Medline, EMBASE and Cinahl Complete. Search keywords used were: aged, heart arrest, resuscitation orders, nursing ethics, nursing role, experience and nurses. Seven articles were included in the thesis.</p> <p>Results: Ethical dilemmas arise because it is often seen as a defeat to die in today's society because there are so many opportunities for life extension. Doctors and nurses have a different approach to resuscitation and it emerged that some doctors do not always follow the patient's wishes. Nurses should be involved earlier in an interdisciplinary collaboration to avoid hasty decisions. It emerged that it was not the actual revival that was difficult to deal with, but rather the outcome, if this was negative. Debriefing was highlighted as a method to process the event in retrospect.</p> <p>Conclusion: Ethical dilemmas arise because there are no clear guidelines for assessing CPR status and what the nurse's role is. This creates unnecessary stress for nurses. Combining different ethical theories can be an appropriate way to make good decisions. It is therefore considered that ethics should have more presence in health-related and medical education and practice.</p>			

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
1. Innledning	5
1.1 Introduksjon til tema	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans og temaets betydning for klinisk sykepleiepraksis	5
1.3 Begrepsavklaring.....	6
1.4 Bakgrunn	7
1.4.1 Begrunnelse for valg av tema.....	7
1.4.2 Hjerte-lungeredning (HLR).....	7
1.4.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	8
1.4.4 Aktuelle lover.....	9
1.4.5 Etisk rammeverk.....	9
1.5 Hensikt og problemstilling	11
2. Metode	11
2.1 Søkedokumentasjon	12
2.2 Begrensning av antall artikler	15
3. Resultat	16
3.1 Presentasjon av artiklene i matriser.....	16
3.2 Fremstilling av artiklene og begrunnelse for inkludering	20
3.3 Sammenfatning av artiklene.....	22
3.3.1 Etiske dilemmaer ved gjenoppliving	22
3.3.2 Ære livet og godta døden	23
3.3.3 Pasientens verdighet og sykepleiers opplevelse.....	23
3.3.4 Blir HLR-status overholdt i alle situasjoner?	24
3.3.5 Pasientens livskvalitet etter gjenoppliving.....	24
3.3.6 Sykepleiers opplevelse av gjenoppliving	25
3.3.7 Bør sykepleier inkluderes tidligere i vurdering av HLR-status?.....	25
4. Diskusjon	26

4.1	Drøfting	26
4.1.1	<i>Etiske dilemmaer ved gjenoppliving</i>	26
4.1.2	<i>Ære livet og godta døden</i>	27
4.1.3	<i>Pasientens verdighet og sykepleiers opplevelse</i>	29
4.1.4	<i>Blir HLR-status overholdt i alle situasjoner?</i>	30
4.1.5	<i>Pasientens livskvalitet etter gjenoppliving</i>	31
4.1.6	<i>Sykepleiers opplevelse av gjenoppliving</i>	32
4.1.7	<i>Bør sykepleier inkluderes tidligere i vurdering av HLR-status?</i>	33
4.2	Metodediskusjon	34
4.2.1	<i>Valg av faglitteratur</i>	34
4.2.2	<i>Valg av vitenskapelige artikler</i>	34
4.2.3	<i>Reliabilitet, troverdighet og validitet</i>	35
4.2.4	<i>Overføringsverdi</i>	36
4.2.5	<i>Forskningsetiske overveielser</i>	37
5.	Oppsummering og konklusjon	37
5.1	Oppsummering	37
5.2	Konklusjon	38
6.	Referanseliste	39
7.	Vedlegg	42
7.1	Vedlegg 1: PICO-skjema	42

1. Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Sykepleiere har plikt til å starte hjerte-lungeredning (HLR) ved hjertestans (Helsepersonelloven, 1999). Likevel opplever mange sykepleiere det dramatisk å redde liv der det går på bekostning av å gi pasientene en verdig avslutning (Hofstad, 2017). I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere legge til rette for, og sørge for en naturlig og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2016). I en situasjon hvor HLR-status er uavklart, kan sykepleier føle seg fastlåst mellom to dilemmaer; følge plikten til å redde liv, eller gi pasienten en verdig død (Brinchmann, 2012, s. 81). Dette kan sees på som et etisk dilemma, hvor det eksisterer en konflikt mellom ulike etiske prinsipper, lover og retningslinjer som en kjenner seg forpliktet til (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 18). Denne litteraturstudien vil belyse etiske dilemmaer som oppstår når en eldre pasient med uavklart HLR-status får hjertestans, og hvordan dette oppleves for sykepleieren. Dette vil drøftes ved hjelp av et etisk rammeverk bestående av de fire prinsippers etikk og filosofene Immanuel Kant og Knut Erik Tranøy.

1.2 Sykepleiefaglig relevans og temaets betydning for klinisk sykepleiepraksis

Erfaring fra praksis i sykepleierstudiet viser at vurdering av HLR-status innebærer mange etiske dilemmaer, og er et mye omtalt og diskutert tema blant sykepleiere. Sykepleiere som arbeider med eldre pasienter hvor HLR-status ikke er tatt stilling til, føler en større usikkerhet og uro i utførelsen av sykepleie (Hofstad, 2017). Det fokuseres på etiske dilemmaer som oppstår ved å gjenopplive pasienter med høy mortalitet. I tillegg settes det spørsmålsteget ved om gjenoppliving noen ganger kan forlenge en allerede pågående dødsprosess. I 2017 ga fagtidsskriftet Sykepleien ut en temautgave kalt "Når er det nok?". Temautgaven belyste blant annet at "Seks av ti sykepleiere har gitt livreddende behandling de selv mente ikke ville være ønskelig eller gunstig for pasienten" (Hofstad, 2017). Følgende spørsmål ble stilt "Hvorfor er det så vanskelig å bare la folk dø?" (Hofstad, 2017). Etikken rundt HLR-status er svært sykepleiefaglig relevant, da det er en problemstilling som gjentar seg uavhengig av arbeidssted. For sykepleiepraksisens betydning bør dette temaet snakkes mer om fordi det kan oppleves vanskelig. Mer kunnskap om temaet kan hjelpe sykepleiere til å stå sterke og være mer sikre i sin arbeidsutførelse. At det blir mer åpenhet om temaet kan også muligens føre til utbedring av interne rutiner som kommer alle involverte til gode.

1.3 Begrepsavklaring

Eldre: Mennesker over 80 år (Statistisk sentralbyrå, 1999)

Hjerte-lungeredning (HLR): Hjerte-lungeredning er brystkompresjoner gitt i kombinasjon med innblåsninger i den intensjon å sikre tilstrekkelig sirkulasjon og ventilasjon (Haugen, 2015; Nordseth, 2019). I oppgaven brukes også ordet gjenopplivning for HLR.

HLR-status: I denne oppgaven blir begrepet brukt for å synliggjøre at det skal eller bør tas vurdering om det skal gjenopplives. En uavklart status.

HLR-minus: Pasienten skal ikke få livreddende behandling i form av hjerte-og lungeredning ved hjerrestans (Hofstad, 2017). HLR-minus skal journalføres (Helsepersonelloven, 1999).

Mortalitet: “Mortalitet, dødelighet, antall døde i en avgrenset befolkning i en gitt tidsperiode” (Langmark, 2018).

Slow code: Hjerte-lungeredning gjort så sakte at det ikke har noen hensikt (Sævareid og Balandin, 2011).

1.4 Bakgrunn

1.4.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet om HLR-status fra et etisk perspektiv ble valgt fordi det var en uunngåelig problemstilling uansett praksissted. En problemstilling som ledet til hete diskusjoner på avdelingene og som fikk sykepleiere til å gå hjem i frustrasjon. Dessuten var det et tema alle engasjerte seg i uavhengig av utdanning som sykepleiere, leger, fysioterapeuter og helsefagarbeidere. Temaet opplevdes som vanskelig fordi alle har sine erfaringer og meninger, ofte ledsaget av følelser. Å miste en man har kjær, er noe alle mennesker opplever i livet. Det kan være vanskelig for en sykepleier å være den som er tilstede når en pasient får hjertestans. Skal- skal ikke starte gjenoppliving? Har pasienten et eget ønske? Hva ønsker pårørende? Har HLR-status blitt avklart? Erfaringsmessig opplevde sykepleiere som sto i slike uavklarte situasjoner å være mer usikre og følelsespreget, enn om HLR-status var tydelig avklart. Temaet ledet også til mange interessante etiske refleksjoner i personalgruppene.

Som følge av dette er litteraturstudien avgrenset til eldre pasienter hvor HLR-status burde vært vurdert. Temaet vil naturlig nok inkludere mange andre interessante undertemaer som for eksempel ivaretagelse av pårørende, eutanasi og palliasjon, men disse vil ikke bli nærmere diskutert i denne oppgaven.

1.4.2 Hjerte-lungeredning (HLR)

HLR er det viktigste tiltaket ved hjertestans (Haugen, 2015, s. 48). Hjertestans identifiseres ved at en bevisstløs person etter å ha frigjort luftveiene ikke puster, eller har unormal respirasjon (Nordseth, 2019). HLR er brystkompresjoner gitt i kombinasjon med innblåsninger i den intensjon å sikre tilstrekkelig sirkulasjon og ventilasjon. Hensikten vil være å opprettholde nødvendig oksygentilførsel til vitale organer i påvente av mer avansert behandling, eller til pasienten viser tydelige livstegn. Dean (2001) beskriver fire komponenter som er viktige for å lykkes med HLR, den såkalte "Chain of survival"; tidlig tilgang, tidlig HLR, tidlig defibrillering og tidlig avansert behandling. Dersom det har gått over 30 minutter uten at pasienten viser livstegn, kan pasienten ha betydelige hjerneskader og et positivt utfall vil være urealistisk (Haugen, 2015, s. 48; Nordseth, 2019).

1.4.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for vurderinger og handlinger i utøvelsen av sykepleien (Norsk sykepleierforbund, 2016). Sykepleieren skal dessuten påse at pasientens verdighet og integritet blir ivaretatt. Det innebærer blant annet at pasienten har rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, rett til medbestemmelse, samt rett til ikke å krenkes. Under er det listet opp punkter fra retningslinjene som er de mest aktuelle for oppgaven:

- 1.1 Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap.*
- 1.2 Sykepleie har sitt etiske fundament i sykepleiens grunnlag og yrkesetiske retningslinjer.*
- 1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.*
- 1.6 Sykepleieren anvender de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid, og bidrar aktivt til etisk refleksjon i hverdagen.*
- 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.*
- 2.9 Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.*
- 2.10 Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling, og bidrar til pasientenes stemme blir hørt.*
- 2.11 Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene.*
- 3.1 Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt.*

(Norsk sykepleierforbund, 2016).

1.4.4 Aktuelle lover

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det i punkt 1.3 at sykepleieren har et personlig ansvar for at yrkesutøvelsen er juridisk forsvarlig. I tillegg er det punkter som omhandler pasientens rett til medbestemmelse og pårørendes rett til informasjon. Under er det listet opp noen lover som er aktuelle for oppgaven:

Pasient og brukerrettighetsloven (1999):

§ 3-1. Pasientens eller brukerens rett til medvirkning

§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

§ 3-3. Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende

§ 4-1. Hovedregel om samtykke. Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.

Helsepersonelloven (1999):

§ 4. Forsvarlighet. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

§ 7. Øyeblikkelig hjelp. Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

1.4.5 Etisk rammeverk

Immanuel Kant og Knut Erik Tranøy

Den norske filosofen Knut Erik Tranøy har uttalt at medisinsk etikk er en blanding av konsekvensetikk og pliktetikk (Brinchmann, 2012. s. 58). Ved konsekvensetikk er det alltid konsekvensene av handlinger som er gjeldende, men i sykepleie handler det også om etiske plikter (Brinchmann, 2012. s. 58). Når det er etiske plikter som styrer handlingene og det ikke tas hensyn til konsekvensene, kan det føre til vanskelige situasjoner i praksis (Brinchmann, 2012, s. 58). Helsepersonell har blant annet informasjonsplikt, taushetsplikt og plikt til å

redde liv (Helsepersonelloven, 1999). I følge Immanuel Kant sin teori om pliktetikk er det handlingene, uavhengig av konsekvensene, som er korrekt. Konsekvensetikk og pliktetikk har lik rangordning, og kan lett komme i konflikt med hverandre. Da kan det være hensiktsmessig å supplere med annen tenkning for å få til gode løsninger (Brinchmann, 2012, s. 58).

Fire prinsippers etikk

Sykepleieren skal til enhver tid handle etter faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det innebærer blant annet å alltid være oppdatert på ny forskning og nye prosedyrer for å yte best mulig sykepleie (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 18). Men sykepleie har også et etisk fundament (Norsk sykepleierforbund, 2016). De fire etiske prinsippene velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet, danner et viktig grunnlag for sykepleieryrket, med pasienten i fokus (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 18). Det var Bauchamp og Childress som først utviklet dette rammeverket (Brinchmann, 2012, s. 81).

Velgjørenhet innebærer å fremme den sykes helse på best mulig måte. Målet er ikke bare å gjøre godt, men også minimalisere ubehag og smerte. Dette gjøres ut ifra sykepleierens faglige forståelse hvor pasientens vel alltid er målet (Brinchmann, 2012, s. 85).

Prinsippet om å ikke skade, bygger på forståelsen av at sykepleier skal tilstrebe å handle godt for pasienten, og forhindre unødvendig belastning og lidelse. Dette innebærer også å beskytte liv og helse (Brinchmann, 2012, s. 87).

Prinsippet om autonomi handler om selvbestemmelse, som også er en juridisk rettighet. Dette punktet omfavner derfor også samtykkekompetansen. Pasienten skal motta god nok informasjon til å kunne ta et valg. Dersom pasienten ikke er i stand til å ta egne valg, må sykepleier handle ut fra sin forståelse for hva som er til pasientens beste. En slik handling må være basert på faglig kyndighet, og sykepleieren må ha innsikt i hvordan pasienten kan oppleve sin situasjon. Det kan derfor være hensiktsmessig å innlemme de pårørende i en situasjon hvor pasienten ikke er i stand til å ta egne valg (Brinchmann, 2012, s. 89).

Rettferdighetsprinsippet handler om at sykepleier må avveie hensyn til ulike pasienter og kunne prioritere mellom forskjellige og ofte konkurrerende helsebehov. Sykepleieren kan for

eksempel avgjøre hvilke behov som skal prioriteres. Prinsippet vil likevel være at like tilfeller behandles likt (Brinchmann, 2012, s. 92).

1.5 Hensikt og problemstilling

Arbeidet med oppgaven skal gi kunnskap, erfaringer og innsikt i valgt problemstilling og i skriveprosessen. Det innebærer blant annet å være systematisk, grundig og selvstendig (Thidemann, 2015, s. 20). På bakgrunn av erfaringene, er hensikten med denne litteraturstudien å belyse etiske dilemmaer som oppstår i en situasjon der HLR-status ikke er vurdert før en eldre pasient får hjertestans. De etiske dilemmaene vil bli diskutert opp mot yrkesetiske retningslinjer og lovverk. I tillegg vil dilemmaene drøftes ut fra valgt etisk rammeverk som er gjennomgått i punkt 1.4.5, samt forskning på området. Videre er hensikten å lære om hvilke erfaringer en sykepleier har fra deltagelse i gjenoppliving og hvordan opplevelsen kan bearbeides.

Problemstillingen er derfor formulert slik:

Hvorfor oppstår etiske dilemmaer når en eldre pasient får hjertestans før det er tatt stilling til hjerte-lungeredning, og hvordan oppleves dette for sykepleieren?

2. Metode

Oppgaven er en litteraturstudie. Det innebærer at allerede eksisterende forskningslitteratur samles og sammenfattes for å svare på problemstillingen som er valgt (Forsberg og Wengström, 2013, s. 25; Støren, 2013, s. 16). I denne litteraturstudien benyttes både kvalitative- og kvantitative vitenskapelige artikler. Kvalitative studier søker kunnskap og forståelse for opplevelser, meninger og erfaringer. Kvantitative studier observerer og søker etter forklaringer. Data i kvantitative studier er målbare og kan brukes til statistisk beregning og signifikans (Thidemann, 2015, s. 77-78). Resultatet i denne oppgaven skal i hovedsak inkludere primærkilder. Det vil si originale forskningsartikler skrevet av den eller de som har gjennomført studien. Kvalitetssikring av artiklene er viktig slik at det ikke dras en konklusjon på feil grunnlag (Forsberg og Wengström, 2013, s. 26). For å kvalitetssikre inkluderte artikler har det blitt sett etter fagfelleevaluering, IMRAD-struktur, at artikkelen presenterer ny kunnskap og at studien har blitt godkjent av etisk komite (Thidemann, 2015, s. 68.)

For å finne relevante søkeord, ble PICO-skjema benyttet, se vedlegg 1. Emneordssystemet Medical Subject Headings (MeSH) og Cinahl headings for databasen Cinahl ble brukt for at søket skulle bli mer målrettet (Støren, 2013. s. 38). Søkeordene ble deretter brukt i kombinasjon i ulike databaser som vist i tabell to til seks. Databasene som ble brukt er; Medline, EMBASE og Cinahl Complete. Dette er databaser som er kjent innen medisin og sykepleie (Forsberg og Wengström, 2013. s. 75-77). For å finne relevante artikler ble disse søkeordene brukt; aged, heart arrest, resuscitation orders, nursing ethics, nursing role, experience og nurses. Ved å bruke disse søkeordene ble det funnet 144 artikler. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble brukt for å begrense søket og sortere ut relevante artikler, disse er presentert i tabell 1. Søk etter artikler ble gjort i tidsrommet januar til april 2019.

Tabell 1. Viser inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Voksen, eldre pasient	Barn
Institusjon/sykehus	Ikke godkjent av etisk komite
HLR-status og/eller beslutningen	Gjenoppliving utenfor sykehus eller institusjon
Publisert etter år 2000	Oversiktsartikler
IMRAD- struktur	Livredning ved ulykker/drukning eller lignende.
Peer reviewed	
Artikkel i fulltekst	

2.1 Søkedokumentasjon

Under er søkene fremstilt i tabellene to til seks. De valgte artiklene presenteres fortløpende etter hver tabell.

Tabell 2. Viser første søk i Medline.

Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1.Nurses	Medline		53151
2.Heart arrest	Medline		31617

3.Experience (keyword)	Medline		384197
		1 AND 2	79
		1, 2 AND 3	11

Artikkelen; *The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study*, ble inkludert (Clark og McLean, 2018).

Tabell 3. Viser andre søk i Medline.

Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1.Nurses role	Medline		39178
2.Ethics	Medline		90857
3.Resuscitation orders	Medline		2693
4.Heart arrest	Medline		31617
		1 AND 2	1755
		1, 2 AND 3	24
		1, 2, 3 AND 4	3

Artikkelen; *The resuscitation status of a patient: A constant dilemma*, ble inkludert (Dean, 2001).

Tabell 4. Viser tredje søk i Medline.

Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1.Ethics (Ethics + ethics nursing)	Medline		90857
2.Heart arrest	Medline		31617
3.Aged (aged + 80 and over)	Medline		1996213
		1 AND 2	179
		1, 2 AND 3	24

Artikkelen; *Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany*, ble inkludert (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001).

Tabell 5. Viser søk i EMBASE.

Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1.Nurse	EMBASE		162009
2.Aged	EMBASE		2742590
3.Resuscitation orders (keyword)	EMBASE		285
		1 AND 2	10628
		1, 2 AND 3	3

Artikkelen; *Nurses perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients*, ble inkludert (Sævareid og Balandin, 2011).

Tabell 6. Viser søk i Cinahl Complete.

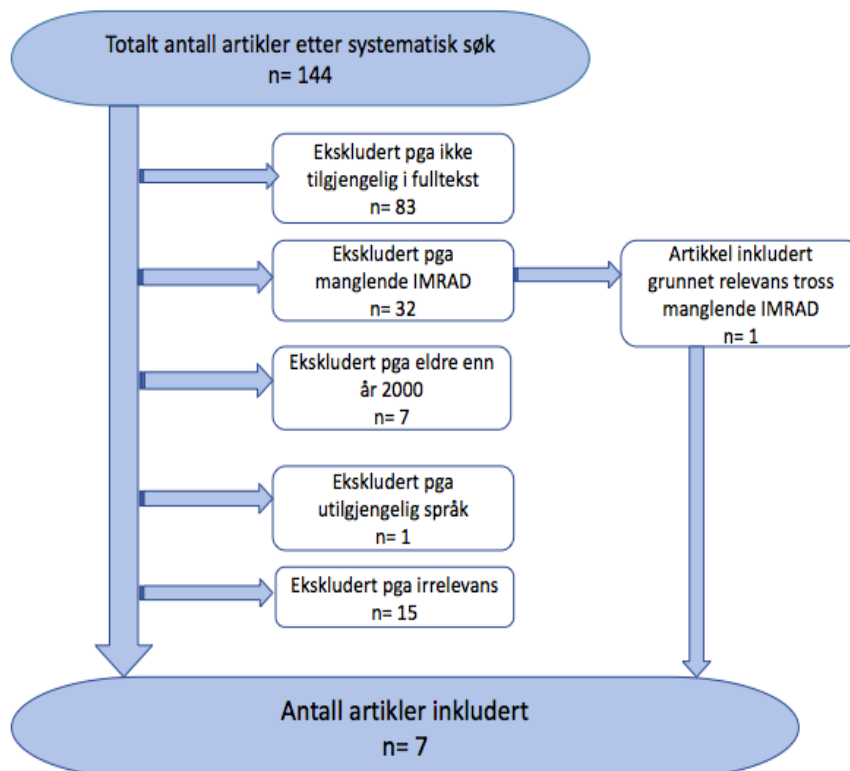
Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1.Nursing role	Cinahl		507490
2.Resuscitation orders	Cinahl		2705
		1 AND 2	103
Fulltekst			46
Årstall 2000-2019			40

Fra søket i Cinahl Complete ble tre artikler valgt;

1. *Role of the community matron in advance care planning and 'do not attempt CPR' decision-making: a qualitative study*, (Kazmierski og King, 2015).
2. *Do not attempt resuscitation decisions: the nursing role*, (Jepson, 2003).
3. *Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards*, (Gendt et al., 2007).

2.2 Begrensning av antall artikler

Ved de strukturerte søkene vist i tabell to til seks, ble det funnet totalt 144 artikler. 83 artikler ble luket ut fordi de ikke var tilgjengelige i fulltekst. Syv artikler ble ekskludert fordi de var eldre enn år 2000. De gjenværende 54 artiklene ble studert nøyer med tanke på IMRAD-struktur og relevans ved å lese sammendrag, og se på oppsettet til artiklene. Én artikkel ble ekskludert på grunn av uforståelig språk og hvor engelsk versjon var utilgjengelig. Videre ble 15 artikler ekskludert på grunn av manglende relevans. Til slutt ble 32 artikler luket ut fordi de manglet IMRAD-struktur. Én av disse ble likevel valgt fordi den var ytterst relevant for problemstillingen. Figur 1 viser antall treff før og etter begrensninger med inklusjons-og eksklusjonskriteriene fra tabell 1.



Figur 1. Flytdiagrammet viser antall treff og begrensning av artikler.

Av total 144 artikler etter systematiske søk, ble syv artikler inkludert. De syv valgte artiklene ble så lest og analysert med tanke på hensikt, resultater og innhold. Ut ifra dette ble artiklene sammenfattet i temaer.

3. Resultat

Etter gjennomført søk som beskrevet i metodekapittel, ble syv artikler inkludert. Artiklene er først presentert i matriser med tittel, forfatter, tidsskrift, hensikt, metode og resultater. Videre er artiklene fremstilt med hensyn til tendenser, hovedfunn og begrunnelse for hvorfor de er inkludert. Artiklene er videre sammenfattet i temaer presentert til slutt i dette kapitlet (Støren, 2013. s. 43).

3.1 Presentasjon av artiklene i matriser

Tabell 7. The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study.

Land og år	Storbritannia, 2018.
Forfattere og tidsskrift	Clark, R. og McLean, C. Intensive and Critical Care Nursing, nivå 1*.
Hensikt	Identifisere nødvendigheten av debriefing for sykepleiere etter å ha vært deltakende i en hjertestans, og deretter identifisere eventuelle hindringer i forbindelse med deltakelse i debriefingen.
Metode	Kvalitativ studie. Semi-strukturert intervju av syv sykepleiere. Benyttet lydopptak av de individuelle intervjuene.
Resultater	To hovedtendenser ble funnet. Profesjonelle behov for å kunne bruke opplevelsen til læring og forbedre praksis, og personlige behov for beroligelse og bekreftelse. Følgende hindringer for debriefing ble identifisert; manglende bevissthet og usikkerhet om debriefing som metode, tid for debriefing og mangel på klare retningslinjer.

Tabell 8. The resuscitation status of a patient: A constant dilemma.

Land og år	Storbritannia, 2001.
-------------------	----------------------

Forfattere og tidsskrift	Dean, J.A. British Journal of Nursing, nivå 1*.
Hensikt	Belyser etiske utfordringer i forbindelse med pasientens HLR-status.
Metode	Oversiktsartikkel.
Resultater	Love, prosedyrer og retningslinjer er nødvendige, men sykepleier trenger flere innfallsvinkler enn det disse gir. Resultatet viser at det er hensiktsmessig å bruke skjønn samt nødvendigheten av å øke den etiske kompetansen hos sykepleieren.

Tabell 9. Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany.

Land og år	Storbritannia, 2001.
Forfattere og tidsskrift	Richter, J., Eisemann, M. og Zgonnikova, E. Journal of Medical Ethics, nivå 2*.
Hensikt	Hvordan beslutninger om gjenopplivning påvirkes av sosiale, politiske og kulturelle forhold. Hensikten var også å undersøke om legene overholdt pasientens ønsker.
Metode	Kvantitativ metode. 535 leger ble inkludert i studien og svarte på et oppsatt spørreskjema med hypotetiske pasienttilfeller.
Resultater	Det ble avdekket forskjeller mellom Russland, Sverige og Tyskland i hyppigheten av gjenoppliving. Det ble også funnet forskjeller i hensynet til pasientens autonomi. Mer enn 50% av de spurte legene fra Russland ville starte gjenoppliving uavhengig av informasjon om pasientens ønsker. Studien påpeker nødvendigheten av at etikk burde ha en større plass i medisinsk utdanning og praksis.

Tabell 10. Nurses perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients.

Land og år	Norge, 2011.
Forfattere og tidsskrift	Sævareid, T. og Balandin, S. Journal of Advanced Nursing, nivå 2*.
Hensikt	Utforske sykepleieres tanker og holdninger om gjenoppliving hos de aller eldste pasientene (over 85 år).
Metode	Kvalitativ studie. Ti sykepleiere fra tre sykehus deltok i dybdeintervjuer.
Resultater	Tydelig avklaring i forhold til HLR-status var viktig for deltakerne. Sykepleierne opplevde det som stressende å gjenopplive pasienter der de selv anså behandlingen som nytteløs. Beslutning om HLR-status ble ofte unngått eller forsinket, noe som gjorde deltakerne skeptiske til å starte HLR. Likevel sto respekten for autonomi og lovverket sterkt, slik at de likevel startet gjenoppliving. Fem av deltakerne hadde også blitt spurt om å bruke "slow code". Studien viste at informasjonen legen gir til pasienten ikke er tilstrekkelig.

Tabell 11. Role of the community matron in advance care planning and 'do not attempt CPR' decision-making: a qualitative study.

Land og år	Storbritannia, 2015.
Forfattere og tidsskrift	Kazmierski, M. og King, N. British Journal of Community Nursing, nivå 1*.
Hensikt	Utforske fagsykepleiers opplevelse av beslutninger i forbindelse med livets slutfase. Dette med fokus på terminal pleie og beslutning om HLR-minus.

Metode	Kvalitativ studie. Seks sykepleiere gjennomgikk et semi-strukturert intervju. Fenomenologisk tilnærming.
Resultater	Studien gir innsikt i tidligere erfaringer når det gjelder beslutninger omkring behandling i livets slutfase og HLR-status. Dataene fremhevet kompleksiteten knyttet til omsorg for pasienter som lever med, og som ofte dør av kroniske og langvarige lidelser. I tillegg fremhevet de mulighetene sykepleier har til å effektivt støtte pasienten og familien gjennom livets slutfase.

Tabell 12. Do not attempt resuscitation decisions: the nursing role.

Land og år	Storbritannia, 2003.
Forfattere og tidsskrift	Jepson, J. British Journal of Nursing, nivå 1*.
Hensikt	Belyse sykepleieres holdninger til retningslinjer når det gjelder beslutning om HLR-minus. Undersøke om sykepleierne overholdt retningslinjene, og spesielt involveringen i beslutningsprosessen om HLR-minus.
Metode	Kvalitativ studie som benyttet spørreskjema. 94 deltagere ble inkludert, 45 sykepleiere som arbeidet på sykehus og 49 som arbeidet i primærhelsetjenesten.
Resultater	Studien avdekket forskjellig praksis når det gjaldt å sette seg inn i avdelingens retningslinjer for HLR-minus. Det ble funnet forskjeller mellom sykepleiere som jobbet på sykehuset og de som jobbet i primærhelsetjenesten. Sykepleierne som jobbet på sykehuset satte seg oftere inn i retningslinjene for vurdering av HLR-minus. Det ble også avdekket behov for større deltagelse i vurderingen av HLR-status.

Tabell 13. Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards.

Land og år	Storbritannia, 2007.
Forfattere og tidsskrift	De Gent, C., Bilsen, J., Vander Stichele, R., Van Den Noortgate, N., Lambert, M. og Deliens, L. Journal of advanced nursing, nivå 2*.
Hensikt	Undersøke sykepleiers rolle i beslutningsprosessen ved HLR-minus og om denne beslutningen blir overholdt når en pasient får hjertestans.
Metode	Kvantitativ studie som benyttet spørreskjema. 94 avdelingssykepleiere deltok.
Resultater	Responsraten var 86,2%. Av disse svarte 74,7% at det hadde vært en sykepleier involvert i beslutningen om HLR-minus. I 54,3% av tilfellene ble denne beslutningen overholdt. Hos pasienter hvor HLR-status ikke var gjennomgått, ble det startet gjenoppliving i 77,8% av tilfellene. Studien viste at tidlig involvering av sykepleiere i vurderingen av HLR-status, hindret utsettelse.

*Nivå 1: Ordinære vitenskapelige publiseringskanaler. Nivå 2: Er kanaler med høyest internasjonal prestisje (Norsk senter for forskningsdata, 2019)

3.2 Fremstilling av artiklene og begrunnelse for inkludering

Clark og McLean (2018) gav i sin studie en fremstilling av hvordan sykepleiere opplever å være i en situasjon hvor en pasient får hjertestans. Det ble skilt mellom profesjonelle og personlige behov for debrifing i etterkant av hendelsen. Studien viser blant annet at debrifing kan snu en negativ opplevelse til positiv ved å dra læring ut av situasjonen, og å bearbeide følelser i etterkant. Studien ble inkludert fordi den tar for seg sykepleiers opplevelse av situasjoner med hjertestans og hvordan dette kan bearbeides. Resultatene viser at ethvert gjenopplivingsforsøk kan sees på som viktig læring uansett utfall (Clark og McLean, 2018).

Artikkelen til Dean (2001) er en oversiktsartikkel og ble inkludert fordi den belyser viktigheten av å omfavne individualiteten i hver pasientsituasjon med tanke på skjønn, lover og retningslinjer. Dean (2001) fremhever at retningslinjer og lovverk i forbindelse med vurdering av HLR-status i noen tilfeller kan være for strikte. Det viktigste var å involvere hele den tverrfaglige arbeidsgruppen når beslutninger skal tas, samt pasienten der det er mulig, og pårørende når det er passende. Artikkelen understreker at ved å øke den etiske kompetansen til helsepersonell kan det hjelpe dem til å løse dilemmaer som oppstår (Dean, 2001).

Studien til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) ble inkludert fordi den belyser legenes rolle i beslutningsprosessen om HLR-minus. De undersøkte hvordan sosiale og kulturelle forhold kan påvirke beslutningen om gjenoppliving i Sverige, Tyskland og Russland. Studien påpekte blant annet at mange leger i Russland ikke følger pasienters ønsker, og at behandlingen av eldre pasienter varierer. Resultatene viste at svenske leger i færre tilfeller ville valgt livsforlengende behandling sammenlignet med tyske og russiske, og at de sjeldnere ville utført gjenoppliving. Over halvparten av russiske leger ville utført gjenoppliving på tross av at de kjente til pasientens ønske om å la være. Studien belyser mangel på respekt for pasientens ønsker, og konkluderer med at etikk derfor bør inkluderes mer i medisinsk utdanning og praksis (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001).

Sævareid og Balandin (2011) belyser sykepleieres opplevelser og tanker om å stå i situasjoner med hjertestans. Studien ble inkludert fordi den er gjort i Norge av norske forfattere, og derfor reflekterer den norske praksisen. Sykepleierne som er inkludert forteller om opplevelsen av å gjenopplive pasienter de selv mente burde blitt vurdert til HLR-minus. Studien undersøker de etiske utfordringene som oppstår, slik som autonomi og hvorvidt "slow code" er etisk riktig. Sævareid og Balandin (2011) beskriver også lovverket og de yrkesetiske retningslinjene, samt at informasjonen legen gir pasienten, i mange tilfeller ikke er tilstrekkelig. Resultatene understreker blant annet at tydelig HLR-status er viktig for sykepleiere (Sævareid og Balandin, 2011).

Studien til Kazmierski og King (2015) ble inkludert fordi den handler om sykepleiers opplevelse av beslutning og behandling ved livets slutt, inkludert HLR-minus. Den fremhever kompleksiteten i å pleie pasienter med langvarig kronisk lidelse, og hvordan sykepleier kan

støtte både pasient og pårørende. Studien gir innsikt i sykepleiernes erfaring med avansert behandling og HLR-minus (Kazmierski og King, 2015).

Jepson (2003) belyser sykepleiers rolle i beslutningsprosessen om HLR-minus, og hvilke tanker og behov sykepleieren har angående dette. Den belyser også sykepleiers holdning til retningslinjer når det gjelder HLR-status, og om disse blir overholdt. Forfatteren fremmer også spørsmål om hvordan denne rollen kan forandres. Studien ble inkludert fordi den understreker behovet for å anerkjenne den relasjonen sykepleier har til pasienten. I tillegg ble det undersøkt hva slags forhold sykepleiere har til de eksisterende rutine ved vurdering av HLR-status på sin arbeidsplass. Jepson (2003) konkluderer med at utvikling av retningslinjer om HLR-status som møter ulike behov, er viktig for å forbedre pasientomsorgen (Jepson, 2003).

Studien til De Gent *et al.* (2007) ble inkludert fordi den fokuserte på sammenhengen mellom pasienters HLR-status og hva som faktisk ble gjort dersom de fikk hjertestans. Målet med studien var å undersøke i hvilken grad sykepleiere ble involvert i beslutningsprosessen og deres overholdelse ved hjertestans. Forfatterne konkluderer med at sykepleier bør involveres tidlig i beslutninger om HLR-minus, dette blant annet for å hindre forhastede beslutninger i en akutfase. De understreker også at sykepleiere kan ha en viktig rolle i alle typer beslutninger i livets slutfase (De Gent *et al.*, 2007).

3.3 Sammenfatning av artiklene

3.3.1 *Etiske dilemmaer ved gjenoppliving*

Studien til Sævareid og Balandin (2011) handler om sykepleiernes opplevelse av å starte gjenoppliving av pasienter med uavklart HLR-status. Sykepleierne erfarte at de ble stående mellom lovverk og etiske prinsipper som velgjørenhet og ikke skade. Det ble reist spørsmål om hvordan det var å gjenopplive de aller sykeste og eldste pasientene, og hva slags liv de eventuelt ble reddet til (Sævareid og Balandin, 2011). Dean (2001) trekker fram at sykepleierne var opptatt av at HLR-status ble vurdert, og at dette var viktig for å kunne gi forsvarlig palliativ behandling. Dean (2001) foreslår også etiske teorier som kan være til hjelp for å løse, eller kritisk vurdere vanskelige dilemmaer i helsevesenet. Både pliktetikkk, konsekvensetikkk og de fire prinsippers etikk blir diskutert (Dean, 2001). Dean (2001) belyser

også at sykepleierne ønsker mer etisk kompetanse for å være bedre rustet til å kunne reflektere over mulige valg. Funn i artikkelen til Kazmierski og King (2015) viser at det er sammensatte verdier som blir utfordret i vurderingen av HLR-status.

3.3.2 Ære livet og godta døden

Dean (2001) trekker frem i sin artikkel at det er forventninger i dagens samfunn om å leve lenger, og at døden som er unngåelig, ikke lenger er akseptert. Dødsfall blir beskrevet som et nederlag og et tabu. Det reises også spørsmål om liv skal bevares for enhver pris. Ingen skal dø, men liv skal heller ikke forlenges unødvendig (Dean, 2001). “Mennesker bør ære livet og godta døden” (Dean, 2001). Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) understreker at moderne medisin gjør det mulig for leger å forlenge liv og utsette døden. Likevel beskriver Dean (2001) at dette er behandling som kan gjøre mer skade enn nytte når det kommer til eldre og syke pasienter. I studien til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) oppgis det at eldre er redde for at høyteknologisk overbehandling eller livreddende behandling bare vil forlenge lidelse og kompromittere deres verdighet.

3.3.3 Pasientens verdighet og sykepleiers opplevelse

Sykepleierne i studien til Sævareid og Balandin (2011) forteller om forsinkelser i beslutningen om HLR-minus, noe som ble oppfattet som uetisk. I tillegg opplevde sykepleiere at de ble mer usikre når dette var uavklart, og at beslutningen ikke ble tatt opp ofte nok (Sævareid og Balandin, 2011). Kazmierski og King (2015) oppgir at tidspunkt for å begynne vurdering av HLR-status, kan variere fra pasient til pasient. I tillegg settes det fokus på kompleksiteten i hvert pasienttilfelle, og relasjonen sykepleier har til pasient og pårørende (Kazmierski og King 2015). Mangel på avklarte HLR-statuser skaper stress og usikkerhet for sykepleieren (Sævareid og Balandin, 2011). Sævareid og Balandin (2011) forteller at det oppstår uetiske situasjoner som følge av at vurderingen av HLR-status er forsinket eller fraværende. Noen sykepleiere hadde blitt bedt om å utføre “slow code”, noe som innebærer at gjenopplivningen utføres så sakte at den ikke har noen hensikt (Sævareid og Balandin, 2011). Sykepleierne i studien til Sævareid og Balandin (2011) mente at vurdering av HLR-status var en måte å bevare verdigheten til pasientene på. Det å ta pasientene på alvor ved å ta opp tema om gjenoppliving, ble fremhevet som et verktøy for å oppnå best mulig terminal pleie. De trakk videre frem at dette kunne være med på å unngå unødvendig lidelse (Sævareid og

Balandin, 2011). I studien ble det også poengtert at vurdering av HLR-status ikke er ensbetydende med å leve eller dø. De mener det er viktig å informere pasienten om mulige utfall via samtaler om gjenoppliving (Sævareid og Balandin, 2011). I studien til Kazmierski og King (2015) beskrives rutinene med et skjema for vurdering av HLR-status. Dette skjemaet vegret avdelingssykepleierne seg for å signere på, noe som førte til at det heller ikke ble tatt opp med pasienten (Kazmierski og King, 2015). Noen av sykepleierne hadde dessuten erfaring med tidligere traumatiske episoder der HLR-statusen ikke hadde vært avklart (Kazmierski og King, 2015).

3.3.4 Blir HLR-status overholdt i alle situasjoner?

Både Dean (2001) og Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) oppgir at gjenoppliving startes på alle pasienter som ikke har blitt vurdert til HLR-minus. Ifølge De Gent *et al.* (2007) er sykepleierne ofte de første til å starte gjenoppliving ved hjertestans. I tillegg kommer det frem i studiene til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) og De Gent *et al.* (2007) at det blir startet gjenoppliving på pasienter som har HLR-minus. Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) beskriver ulike holdninger og vurderinger som grunnlag for at gjenoppliving blir startet. De Gent *et al.* (2007) oppgir at gjenoppliving blir utført fordi beslutningen ikke er godt nok dokumentert i journalen. Sævareid og Balandin (2011) opplyser at sykepleiere ikke er forpliktet til å starte gjenoppliving dersom de selv mener det er nytteløst, dette til tross for at pasienten ikke har HLR-minus. De Gent *et al.* (2007) oppgir at sykepleierne hadde mulighet til å velge å ikke starte gjenoppliving, selv om pasienten ikke hadde HLR-minus. Et slikt valg kunne bare tas dersom gjenopplivingen ble sett på som nytteløs. Altså, at gjenopplivingen kan være livsforlengende, men at det ikke nødvendigvis gir pasienten god livskvalitet (De Gent *et al.*, 2007).

3.3.5 Pasientens livskvalitet etter gjenoppliving

Dean (2001) opplyser om at sykepleiere kan se på gjenoppliving som nytteløs hos en pasient, men at det likevel er pasientens subjektive oppfatning av livskvalitet som teller. Pasientens autonomi blir derfor trukket frem som det viktigste (Dean, 2001). Dean (2001) beskriver også situasjoner hvor mange kan overleve en gjenoppliving, for så å dø kort tid etter, eller at de holdes i live mekanisk. Likevel oppgir Dean (2001) at suksessen av gjenoppliving ikke måles i om pasienten overlevde, men hvilken livskvalitet pasienten får. Dean (2001) beskriver et

samfunn med urealistiske forventninger når det kommer til gjenoppliving, og generelt lite kunnskap om hva dette faktisk innebærer. Kunnskapen er ofte hentet fra media, som i svært få tilfeller reflekterer den virkelige verden (Dean, 2001). Sævareid og Balandin (2011) viser til at alder ikke har noe å si for om du overlever gjenoppliving eller ikke.

3.3.6 Sykepleiers opplevelse av gjenoppliving

Sykepleierne i studien til Clark og McLean (2018) rapporterer om profesjonelle og personlige behov etter å ha vært deltakende i gjenoppliving. De profesjonelle behovene gikk ut på å dra læring av situasjonen, samt å få forståelse for hvorfor pasienten fikk hjertestans, og hvorfor gjenopplivingen ikke fungerte. De personlige behovene gikk ut på hvordan sykepleierne kunne håndtere følelsene de hadde i etterkant. Det ble også understreket at de personlige behovene ble større dersom gjenopplivingen var mislykket, eller dersom sykepleierne hadde en relasjon til pasienten (Clark og McLean, 2018). Sykepleierne opplevde hjertestans som forferdelig, med en følelse av engstelse. Dette understreket viktigheten av å ha muligheten til å snakke om hendelsen i etterkant, slik som debriefing kan bidra til (Clark og McLean, 2018). Ifølge Clark og McLean (2018) var det fire behov sykepleieren hadde etter å ha deltatt i gjenopplivning. Det var å snakke om det, få en bekreftelse på utførte tiltak i beslutningsprosessen, den profesjonelle kompetansen som ble brukt, og en bekreftelse på de personlige handlingene (Clark og McLean 2018). For å få dekket disse ulike behovene kunne debriefing benyttes (Clark og McLean 2018). Jepson (2003) poengterer også at behovet for å øke bevisstheten, og skape rom for diskusjon omkring vurderingen av HLR-statusen er nødvendig.

3.3.7 Bør sykepleier inkluderes tidligere i vurdering av HLR-status?

Vurdering av HLR-status er ikke alltid tatt stilling til når hjertestans oppstår (Clark og McLean, 2018). I fire av artiklene kom det frem at sykepleiere ønsker del, eller større del i vurderingen om HLR-status, men at de ikke ønsker fullt ansvar (Jepson, 2003; De Gent *et al.* 2007; Sævareid og Balandin, 2011; Kazmierski og King, 2015). Jepson (2003) konkluderer med at sykepleierne burde vært mer involvert i vurdering av HLR-status for å være bedre forberedt på situasjoner med hjertestans. Dette begrunnes i to av studiene med at sykepleierne er de som kjenner pasienten best, og som har sett et helhetlig bilde av pasienten over tid (Jepson, 2003; De Gent *et al.* 2007). Funnene i studien til De Gent *et al.* (2007) indikerer at et

tidlig engasjement fra sykepleierne vil kunne forbedre vurderingen av HLR-status. Dette poengteres også i studien til Jepson (2003) ved at sykepleierne ønsker mer medbestemmelse og et bedre tverrfaglig samarbeid.

I studien til Dean (2001) kommer det frem at sykepleierne syntes det var vanskelig å stå i situasjoner der HLR-statusen skulle vurderes. Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) og Sævareid og Balandin (2011) opplyser at leger og sykepleiere har ulikt fokus når en slik vurdering skal tas. Omstendigheter, erfaringer og faglig fokus gjør at leger og sykepleier ser ulikt på vurdering av HLR-status (Dean, 2001). Studien til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) viser også at legene vurderer ulikt, og at pasientens ønsker ikke alltid blir tatt hensyn til. Noen av legene i studien til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) mente at HLR-statusen er viktig og bør vurderes med en gang, men likevel er det ofte sykepleierne som bringer temaet på banen først (Sævareid og Balandin, 2011). I artiklene til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001), Jepson (2003) og De Gent *et al.* (2007) kommer det frem at tydeligere oversikt over retningslinjene en sykepleier bør ha i en slik situasjon, vil forbedre vurderingen og opplevelsen til sykepleieren. Det poengteres også at det burde være standardiserte retningslinjer ved vurdering av HLR-status når det er så store forskjeller (Richter, Eisemann og Zgonnikova 2001).

4. Diskusjon

For å svare på problemstillingen vil de sammenfattende resultatene drøftes i forhold til lovverket, yrkesetiske retningslinjer og det etiske rammeverket.

4.1 Drøfting

4.1.1 *Etiske dilemmaer ved gjenoppliving*

Dean (2001) belyser viktigheten av å bruke skjønn i hver pasientsituasjon, i tillegg til de konsekvente lover og retningslinjer. Ifølge Kants teori om pliktetikk er det handlingene, uavhengig av konsekvensene, som er korrekt etter pliktetikks normer (Brinchmann, 2012, s. 59). Når plikter som sykepleieren står overfor styrer handlingene og ikke tar hensyn til konsekvensene, kan dette føre til vanskelige situasjoner i praksis (Brinchmann, 2012, s. 65). Dean (2001) viser til Bauchamp og Childress's fire prinsippers etikk som et viktig rammeverk

innen sykepleie. Disse kan være til god hjelp når etiske dilemmaer skal diskuteres. Likevel kan ikke etiske dilemmaer løses uten å tenke på konsekvensene (Dean, 2011; Brinchmann, 2012, s. 55). Etikken hjelper ikke alltid sykepleieren til å ta valg, men den kan være til hjelp for å se de valgmuligheter som finnes (Brinchmann, 2012, s. 55). Sykepleierne i studien til Sævareid og Balandin (2011) erfarte at de ble stående mellom lovverk og etiske prinsipper som velgjørhet og ikke skade. De rapporterte også om at det å gjenopplive en eldre pasient med komplekse diagnoser, kunne reise spørsmål om hvem det gjør godt for, og i hvilken grad det ikke skader pasienten (Sævareid og Balandin, 2011).

Den norske filosofen Tranøy mener at innenfor profesjonene i helsevesenet som leger og sykepleiere blant flere, finner vi en blanding av pliktetikkk og konsekvensetikkk (Brinchmann, 2012, s. 58). I pliktetikken til Kant er det fokus på handling og ikke konsekvens (Brinchmann, 2012, s. 55). Pliktetikken har historisk sett hatt stor plass i sykepleie, men den kan ikke anvendes alene ved vanskelige situasjoner. Det er derfor hensiktsmessig å legge til annen tenkning for å finne gode løsninger (Brinchmann, 2012, s. 55). Studien som blir fremstilt i Sævareid og Balandin (2011) har fokus på nettopp det å kunne bruke etikken på en slik måte at valgene som sykepleiere gjør, forbedrer handlingene i hvert pasienttilfelle (Brinchmann, 2012, s. 55). Konsekvensetikken derimot, konsentrerer seg om utfallet av handlingen, og er ikke bundet til rigide regler (Brinchmann, 2012, s. 55). Dette poengteres i artikkelen til Dean (2001) ved at handlingen skal gjøre godt og ikke skade. Det kommer frem at sykepleiere i studien til Kazmierski og King (2015) både hadde behov for, og ønske om å få kompetanse i å bruke etiske teorier. Dette for å kunne gjøre gode valg i vanskelige situasjoner som oppstår når det jobbes med avklaring av HLR-status. Det kan derfor tenkes at å kombinere flere etiske teorier slik Tranøy poengterer, er en hensiktsmessig måte å komme fram til gode valg på (Brinchmann, 2012, s. 65).

4.1.2 Ære livet og godta døden

Det kan oppstå flere usikkerhetsfaktorer når en pasient får hjertestans (Slettebø, 2015, s. 219). Det kan blant annet være vanskelig å vurdere pasientens livskvalitet og ønsker dersom dette ikke er tatt stilling til i forkant. Ifølge Pasient-og Brukerrettighetsloven (1999) paragraf 3-1 har pasienten rett til medbestemmelse. Det er når pasienten ikke lenger kan gi uttrykk for sine

ønsker, at denne paragrafen blir vanskelig. Så lenge pasienten ikke har uttrykt spesielle ønsker før en eventuell hjertestans, er det opp til sykepleier å ivareta pasientens verdighet og integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999; Norsk sykepleierforbund, 2016). I tillegg har pasienten krav på faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I dagens samfunn forventes det å leve lenger, og at døden utsettes så lenge som mulig (Dean, 2001). Selv om pasienten har alvorlige sykdommer, kan livskvaliteten være god (Slettebø, 2015, s. 219). Døden blir i følge Dean (2001) beskrevet som et nederlag, fordi det å dø naturlig har blitt et vanskelig valg å ta når det eksisterer så mange muligheter for livsforlengelse. Det reises spørsmål om livet skal bevares for enhver pris. Ingen skal dø, men liv skal heller ikke forlenges unødvendig (Dean, 2001). I helsepersonelloven (1999) § 4 står det at sykepleierens utøvelse skal være forsvarlig. Men hva er mest forsvarlig i denne situasjonen? I helsepersonelloven (1999) under § 7 står det at: "Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig". Det betyr at sykepleieren har en plikt til å starte gjenoppliving dersom ikke annet er vurdert. Likevel står det i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, at det skal legges til rette for en naturlig og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2016). Mange sykepleiere opplever det derfor dramatisk å redde liv der det kan gå på bekostning av å gi pasientene en verdig avslutning (Hofstad, 2017).

Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) understreket at moderne medisin gjør det mulig for leger å forlenge liv og utsette døden. I studien kom det likevel fram at eldre pasienter var redde for høyteknologisk og livreddende behandling (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001). Dette fordi det kunne forlenge lidelse og kompromittere deres verdighet. De samme forfatterne oppga også at dette kunne gjøre mer skade enn nytte for eldre og syke pasienter (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001). Igjen havner prinsippet om å ikke skade midt mellom retningslinjer og lovverk. Prinsippet om å ikke skade, handler om å minimalisere ubehag og smerte, samt forhindre at pasienten påføres skade eller unødvendig belastning (Nortvedt og Grønseth, 2016 s. 18). Ifølge retningslinjene skal sykepleier utøve omsorgsfull hjelp, lindre lidelse, bidra til en verdig død, og sørge for at pasientens stemme blir hørt (Norsk sykepleierforbund, 2016). Samtidig står det i lovverket at pasienten har rett til medvirkning,

og at sykepleier er forpliktet til øyeblikkelig hjelp dersom ikke annet er vedtatt (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Det viktigste ser ut til å være de ønskene pasienten har anledning til å uttrykke selv i vurderingen av behandling og gjenoppliving. Disse ønskene kan også innebære hvem som tar avgjørelser på deres vegne, dersom det skulle oppstå en situasjon hvor det kan bli nødvendig (Slettebø, 2015, s. 219). Noen pårørende ønsker å holde liv i pasienten de har en relasjon til, uavhengig av pasientens situasjon eller på tross av hva pasienten selv har uttrykt ønske om. Sykepleier er forpliktet etter helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999). Dette ønsket kan derfor komme i konflikt med sykepleieres kunnskap om hva som er forsvarlig i livets slutfase (Slettebø, 2015, s. 219). Pårørende kan derfor reagere med ambivalens, usikkerhet og skyldfølelse dersom de aksepterer at videre behandling avsluttes og pasienten vurderes til HLR-minus (Slettebø, 2015, s. 219).

4.1.3 Pasientens verdighet og sykepleiers opplevelse

Sævareid og Balandin (2011) opplyser at det forekommer forsinkelser når det gjelder vurdering om HLR-minus. Hos sykepleierne ble dette oppfattet som uetisk fordi de kunne komme til å gjenopplive pasienter som ikke hadde ønsket det, og dermed ikke hadde fått muligheten til en verdig avslutning på livet (Sævareid og Balandin, 2011). Av erfaring ser det ut til at dette er en problemstilling som forekommer i norsk praksis. Legen ønsker å se ann situasjonen, mens sykepleierne vil ha en rask avklaring. Dette er forståelig da sykepleiere forteller om usikkerhet og unødvendig stress når dette ikke blir gjort (Sævareid og Balandin, 2011). I tillegg rapporterer sykepleierne i studien at HLR-status ikke blir gjennomgått ofte nok (Sævareid og Balandin, 2011). Kazmierski og King (2015) understreker kompleksiteten av vurdering av HLR-status og at dette varierer for ulike pasientsituasjoner. Det er legen som til slutt tar avgjørelsen, og det er forståelig at det er en vanskelig avgjørelse å ta (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001). Like vanskelig er samtalen med pasienten om dette temaet. Likevel understreker Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) at det ofte er verre for legen å ta opp temaet, enn det er for pasienten at det blir tatt opp.

I Sævareid og Balandin (2011) sin studie opplyser flere sykepleiere at de har blitt bedt om å utføre såkalt “slow code”. Det vil si at gjenoppliving startes, men at det utføres så sakte at det ikke har noen hensikt (Sævareid og Balandin, 2011). Sykepleierne opplevde dette som uetisk og lite verdig for pasienten. Uverdigg fordi alle fortjener lik mulighet til overlevelse, samtidig som at alle fortjener en fredfull død. Dette støttes av både lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven 1999; Norsk sykepleierforbund, 2016). Det kan virke som om dette er en snarvei eller en enkel løsning, da legen slipper å ta opp et tema som er vanskelige å snakke om (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001). Sykepleierne i studien til Sævareid og Balandin (2011) opplevde dette som respektløst overfor pasientene og mente at vurdering av HLR-status i samråd med pasienten, var en måte å bevare verdigheten til pasienten på. Erfaringsmessig gjennom utdanningen har det vist seg at å ha en god dialog med pasienten er viktig når vurdering om HLR-status skal tas. Det vil si at pasienten bør få god informasjon om tiltak som er gjort, og om hvilke avveininger og vurderinger som skal gjøres. Dette henger sammen med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) om pasientens rett til informasjon og medvirkning.

4.1.4 Bli HLR-status overholdt i alle situasjoner?

I studien til Dean (2001) og Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) kom det fram at gjenoppliving startes på alle pasienter som ikke har HLR-minus. Dette henger sammen med helsepersonellovens § 7 om øyeblikkelig hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Det betyr at dersom en pasient skulle få hjertestans, er sykepleier og annet helsepersonell pliktet til å starte gjenoppliving når ikke annet er bestemt. Gjenoppliving er påtrengende nødvendig for at pasienten skal få en mulighet til å overleve. Den samme hjelpen skal gis til pasienter som ikke er i stand til å samtykke (Helsepersonelloven, 1999). Av det norske lovverket ser det ikke ut til å være rom for tolkning. Likevel opplyses det i studien til Sævareid og Balandin (2011), som er av norske forfattere, at sykepleiere ikke er forpliktet til å starte gjenoppliving om de selv mener det er nytteløst. Dette til tross for at pasienten ikke er vurdert til HLR-minus (Sævareid og Balandin, 2011). I artikkelen til De Gent *et al.* (2007) ble det også beskrevet at sykepleieren hadde mulighet til å velge å ikke starte gjenoppliving, selv om pasienten ikke var vurdert til HLR-minus. I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleier har ansvar for å utøve omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, samt bidra til at pasienten får en naturlig og verdig

død (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det kan derfor tenkes at det er ut i fra dette ståstedet sykepleierne handler, når de unnlater å starte gjenoppliving hos noen pasienter. Likevel står det i helsepersonelloven § 4 om at helsehjelp skal være omsorgsfull og faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999). Dette fordrer at pasienten har samtykket til helsehjelpen, eller til begrensning av helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). De ulike krav til samtykke vil ikke bli nærmere diskutert.

I artikkelen til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) og De Gent *et al.* (2007) kom det fram at det hadde blitt startet gjenoppliving også på pasienter som var vurdert til HLR-minus. Dette er beslutninger som kan gå på bekostning av å gi pasienten en verdig død, slik det står i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dersom vurderingen av HLR-minus er avklart og pasienten er tilstrekkelig informert, og har medvirket til beslutningen jamført pasient og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2, så skal dette respekteres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

4.1.5 Pasientens livskvalitet etter gjenoppliving

I studien til Dean (2001) blir autonomien trukket fram som det viktigste av de fire etiske prinsippene. Dette fordi at selv om sykepleier kan se på gjenoppliving som nytteløs hos en pasient, er det likevel pasientens egenopplevde livskvalitet og ønske som bør telle (Dean, 2001). Hensikten med gjenoppliving er å bringe pasienten tilbake til liv, men det er ikke dermed gitt at pasienten bringes tilbake til livet slik det var i utgangspunktet (Dean, 2001). Det finnes ingen garanti for hvordan utfallet vil bli og dette kan oppleves vanskelig for sykepleier å stå i (Clark og McLean, 2018). I studiene til Dean (2001) og Sævareid og Balandin (2011) kom det frem at samfunnet har urealistiske forventninger til gjenoppliving og at det er lite kunnskap om hva det innebærer. En slik urealistisk oppfatning av virkeligheten kan legge et stort press på helsepersonell om at alle burde gjenopplives for enhver pris. Samfunnets kunnskap om gjenoppliving reflekteres i media hvor pasienter som reddes, kommer tilbake til sin opprinnelige tilstand uten senskader (Dean, 2001). Sannheten er en annen. Dersom det går over 30 minutter uten at pasienten viser livstegn, kan pasienten ha betydelige hjerneskader og et positivt utfall kan være urealistisk (Haugen, 2015, s. 48; Nordseth, 2019). Dean (2001) beskriver i sin artikkel at suksessen av gjenoppliving ikke måles i at pasienten overlever, men hvilken livskvalitet pasienten får i etterkant. Dean (2001) beskriver også at noen pasienter gjenopplives for så å holdes i live mekanisk. Forfatteren

beskriver også situasjoner hvor mange kan overleve en hjertestans, for så å dø kort tid etter (Dean, 2001). Det kan derfor tenkes at pasienten i disse tilfellene blir påført mer lidelse enn det gjør godt. Ifølge yrkesetiske retningslinjer (2011) skal sykepleiere legge til rette for en verdig død. Ut i fra dette kan det derfor vurderes om det er en mer verdig avslutning å ikke gjenopplive, selv om det ikke var tatt en beslutning om HLR-minus (Norsk sykepleierforbund, 2016). God og realistisk informasjon om gjenopplivning og HLR-minus vil være hensiktsmessig, noe som igjen gjenspeiler seg i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-3.

4.1.6 Sykepleiers opplevelse av gjenoppliving

Sykepleierne i studien til Clark og McLean (2018) beskrev hjertestans som forferdelig og at de hadde en følelse av engstelse. Likevel beskrev Dean (2001) i sin artikkel at omstendigheter og erfaringer gjør at sykepleiere kan ha ulike reaksjoner på samme situasjon. Dette poengterer viktigheten av å skape rom for diskusjon og snakke om hendelsen i etterkant. Clark og McLean (2018) skilte mellom profesjonelle og personlige behov. De personlige behovene gikk ut på hvordan sykepleiere kunne håndtere følelsene, mens de profesjonelle behovene handlet om å dra læring ut av situasjonen. Flere av sykepleierne rapporterte om større behov dersom de hadde en relasjon til pasienten, eller om gjenopplivingen var mislykket (Clark og McLean, 2018). Clark og McLean (2018) trakk i sin studie frem debriefing som en viktig arena for å snakke om hendelsen i etterkant, og på den måten møte de ulike behovene sykepleierne hadde. Erfaringsmessig kan debriefing være en fin måte å få dekket ulike behov på, men da må det settes av tid for at dette skal være mulig i praksis. Jepson (2003) poengterte i sin studie at ved å øke bevisstheten, og å skape rom for diskusjon omkring vurdering av HLR-status før en hjertestans, kunne bidra til mindre stress og gjøre sykepleierne bedre rustet. Erfaring fra egen praksis viser at det finnes for lite kunnskap om debriefing som metode, etter hendelser som for eksempel hjertestans. Det viser seg å være tilfeldig om sykepleiere snakker om hendelsen og i hvilken kontekst det blir gjort. Dette kan indikere at det er behov for både rutiner, tid og kompetanse når det gjelder debriefing.

Sykepleierne i Sævareid og Balandin (2011) rapporterte om at de synes det var vanskeligere å gjenopplive pasienter som de selv mente burde få slippe. Det kan derfor se ut til at det er

utfallet som i mange tilfeller er det vanskeligste, og ikke selve gjenopplivingen. At gjenopplivingen kan være en tøff situasjon er forståelig, og den utfordrer både retningslinjen om å lindre lidelse og utøve omsorgsfull hjelp, og prinsippet om å ikke skade (Dean, 2011; Norsk sykepleierforbund, 2016).

4.1.7 Bør sykepleier inkluderes tidligere i vurdering av HLR-status?

Egen erfaring tilsier at sykepleier er den som oftest har mest informasjon om pasienten og som kjenner pasienten best. Dette fremkommer også både i artikkelen til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001), Jepson (2003) og De Gent *et al.* (2007). På bakgrunn av denne erfaringen og funn fra studiene, kan det se ut som sykepleierne ønsker å ta større del i vurderingen av HLR-statusen (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001; Jepson, 2003; De Gent *et al.*, 2007). I studien til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) er det også funn som forteller at det er stor forskjell på faglig fokus mellom legene og sykepleierne. Legene er ofte behandlingsorienterte, mens sykepleieren er lindrings- og pleieorientert (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001). Det at fokuset til lege og sykepleier i disse vurderingene er så forskjellig, kan vanskeliggjøre sykepleiers inkludering i denne prosessen (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001). Dette synliggjør at det er et behov for å utarbeide verktøy som kan brukes for å bedre kommunikasjonen og forståelsen mellom profesjonene.

Erfaring fra egen praksis tilsier at sykepleiere opplever det vanskelig å stå i situasjoner hvor HLR-status skal vurderes. Det er mange hensyn å ta, mange verdier som utfordres, og det kan føles uhåndterbart fordi kompetansen og verktøyene mangler. Funn i studien til Sævareid og Balandin (2001) forteller at sykepleierne opplevde det vanskelig å ta initiativ til dialog om vurdering av HLR-status. De opplevde ofte at dialogen kom for sent i behandlingsløpet (Sævareid og Balandin, 2001). Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) kan belyse én grunn til dette. De belyser stor forskjell i ansvarsforholdet mellom sykepleier og lege når det gjelder vurdering av HLR-status. Dette kan forklare både forsinkelsen og det vanskelige initiativet som sykepleierne opplevde (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001). Sykepleierne opplevde at den sene dialogen eller fraværet av den, hindret dem i å utføre god pleie (Sævareid og Balandin, 2011).

4.2 Metodediskusjon

4.2.1 Valg av faglitteratur

Fag- og forskningsbasert litteratur utover de valgte vitenskapelige artiklene er deler av pensum fra sykepleiestudiet de siste fire årene. Bøkene som er brukt er; *Akuttmedisinsk sykepleie*, *Etikk i sykepleien*, *Geriatrisk sykepleie*, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie og Klinisk sykepleie 1*. Bøkene; *Att göra systematiska litteraturstudier*, *Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*, *Bare søk og Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*, er brukt for hjelp til strukturert litteratursøk og akademisk skriving. Pensumbøker er ikke primærlitteratur da de kun gjengir relevant forskningslitteratur, teorier og faglige argumenter, og nettopp derfor kan det være vanskelig å se hvordan argumentene er underbygd (Støren, 2013. s. 17). Ulempen med å benytte sekundærlitteratur, er derfor at forfatter, eller oversetter, kan ha misforstått eller endret på innhold. I denne oppgaven er pensumlitteratur brukt for å hente rammeverket til litteraturstudien. Det etiske rammeverket som er valgt for oppgaven, er teorier som har blitt gjennomgått i sykepleierstudiet. Ved å ha et fast rammeverk rundt tema i litteraturstudien ble det lettere å se sammenhengene mellom etikken, retningslinjene og lovverket (Thidemann, 2015, s. 65-66). I tillegg er det benyttet yrkesetiske retningslinjer for sykepleier og gjeldene lovverk, da dette er med på å belyse hvilke bestemmelser og plikter en sykepleier skal forholde seg til.

Bevisst er det referert med sidetall der pensumlitteratur er benyttet, selv om Harvard-stilen ifølge Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU) belyser at det kun er nødvendig ved direkte sitat ved et funn, eller en konkret ide. Dette ble gjort for å gjøre det lettere å finne tilbake til valgt teori siden etikken introduseres flere steder i litteraturen.

4.2.2 Valg av vitenskapelige artikler

Alle de syv inkluderte artiklene belyser en eller flere aspekter ved problemstillingen, eller tema som er relevante til den. Begrunnelse for inkludering av valgte artikler er oppgitt under punkt 3.2 om framstilling av artikler. Artikkelen til Dean (2001) er en oversiktsartikkel som ga et innblikk i valgt tema, men den gir ikke et overblikk over all forskning på området, slik som en systematisk oversiktsartikkel vil gjøre (Støren, 2013. s. 16). For å besvare problemstillingen var det viktig med kvalitative studier som gikk i dybden av etiske utfordringer, samt erfaringer og opplevelser gjort av sykepleiere. Dette er studietyper som

undersøker menneskers subjektive opplevelse av et fenomen (Forsberg og Wengström, 2013, s. 54). Kvantitative studier er basert på objektivitet og gir resultater som kan klassifiseres, sammenlignes og muliggjør statistisk utregning (Forsberg og Wengström, 2013, s. 53). At det derfor har blitt inkludert fire kvalitative og to kvantitative artikler, i tillegg til én oversiktsartikkel, kan styrke oppgavens resultater (Thidemann, 2015, s. 79).

Det kan også anees som en styrke at tre av artiklene er publisert i tidsskrifter som er rangert til å være nivå to. Dette fordi tidsskriftene er av høyest internasjonal prestisje (Langmark, 2018). Tidsskrifter rangert til nivå to anees som ledende i sitt fagfelt og utgir de mest betydningsfulle artikler fra alle land. Artikler i slike tidsskrifter utgjør omtrent en femtedel av fagets vitenskapelige publikasjoner (Langmark, 2018). Det kan derfor tenkes at dette er artikler som har eller har hatt stor betydning for temaet.

Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) anbefaler kun å inkludere artikler fra de siste fem årene (Støren, 2013, s. 60). Dette ga for få treff. Søket ble derfor utvidet til å inkludere artikler fra år 2000. Dette ble gjort fordi de etiske teoriene og fenomenet oppgaven undersøker, anses som like relevant i år 2000 som i 2019.

Fire av artiklene er tydelig fagfelleverdert (Dean, 2001; Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001; Jepson, 2003; De Gent *et al.*, 2007). De tre siste artiklene er publisert i tidsskrifter der alle artikler fagfelleverdes før de kan inkluderes eller publiseres (Sævareid og Balandin, 2011; Kazmierski og King, 2015; Clark og Mclean, 2018).

4.2.3 *Reliabilitet, troverdighet og validitet*

Reliabilitet eller troverdighet i forskning handler om hvor pålitelig innsamlet data er (Christoffersen *et al.* 2015, s. 23). I kvantitative studier vil det si i hvilken grad de samme resultatene kan oppnås ved gjentatte målinger av samme fenomen (Forsberg og Wengström, 2013, s. 104). Studien til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) inkluderte 535 leger fra Russland, Sverige og Tyskland. Formålet var å undersøke om det eksisterte sosiokulturelle forskjeller i hvordan beslutninger i livets slutfase ble tatt, og resultatene viste nettopp dette. Det kan tenkes at samme resultat kan oppnås dersom studien gjøres på nytt eller dersom andre land inkluderes. Dette styrker påliteligheten og validiteten til studien (Forsberg og

Wengström, 2013. s. 104). Studien til De Gent *et al.* (2007) undersøkte i hvilken grad sykepleier var involvert i vurderingen av HLR-minus. Resultatene er basert på svar fra avdelingssykepleiere og ikke sykepleiere fra pleien. I tillegg er det kun rapportert fra den siste beslutningen på hver avdeling. Dette svekker påliteligheten da det kan tenkes at sykepleiere som jobber i pleien har andre erfaringer enn hva avdelingssykepleier rapporterte. Dersom studien hadde inkludert alle sykepleierne fra de respektive avdelinger og gått over en lenger periode, kan det tenkes at resultatet hadde blitt annerledes og mer gyldig. I begge de kvantitative studiene ble det brukt spørreskjema for å utforske hensiktene (Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001; De Gent *et al.*, 2007). Selv om dette er studiedesign som ikke kan sammenlignes med randomiserte, kontrollerte studier, kan resultatene likevel representere studienes formål godt, og dermed være valide (Forsberg og Wengström, 2013. s. 92; Christoffersen *et al.* 2015. s. 24).

Reliabilitet i kvalitative studier som Jepson (2003), Sævareid og Balandin (2011), Kazmierski og King (2015) og Clark og McLean (2018) er mindre hensiktsmessig da disse studiene benyttet semi-strukturert intervju som innsamlingsmetode (Christoffersen *et al.* 2015. s. 24). To av studiene var kontekstavhengige (Jepson, 2003; Clark og McLean, 2018), mens to ønsket å undersøke sykepleiers opplevelser og erfaringer (Sævareid og Balandin, 2011; Kazmierski og King, 2018). Semi-strukturerte intervju gir deltakerne mulighet til å svare friere på spørsmål om samme tema, men spørsmålene kommer ikke nødvendigvis i samme rekkefølge (Forsberg og Wengström, 2013. s. 134). Fordelen er at deltakerne kan gi utdypende svar om sine opplevelser, mens ulempen er at spørsmålene kan oppfattes ulikt (Forsberg og Wengström, 2013. s. 135). Fordi mennesker med ulik erfaringsbakgrunn ofte kan ha ulik oppfatning av samme situasjon, er dette studier som er vanskelig å gjenta for å oppnå samme resultat (Christoffersen *et al.*, 2015. s. 24). Studiene er likevel troverdige da funnene reflekterer formålet med studiene, og flere av resultatene kan overføres til virkeligheten (Forsberg og Wengström, 2013. s. 146; Christoffersen *et al.* 2015. s. 25).

4.2.4 Overføringsverdi

Funn i de fire kvalitative studiene kan overføres til virkeligheten fordi de på ulike måter undersøker sykepleieres erfaring og opplevelser som kan tenkes å være gjeldende også i Norge. Resultatene i studien til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) er overførbar da sosiokulturelle forskjeller også finnes i andre land. Funn i Studien til De Gent *et al.* (2007)

kan også tenkes å være overførbart da lignende resultater sannsynligvis også ville blitt rapportert på lignende avdelinger i Norge.

4.2.5 Forskningsetiske overveielser

Fem av syv artikler er godkjent av etisk komite og har med et avsnitt i artikkelen som utbroderer dette. En artikkel er en oversiktsartikkel, det kan derfor tenkes at denne ikke har samme krav til forskningsetiske overveielser som originalartikler. I artikkelen til Richter, Eisemann og Zgonnikova (2001) er det ikke noe informasjon om etiske overveielser. Denne er likevel inkludert fordi den er basert på et hypotetisk scenario, og fordi den er publisert i *Journal of Medical Ethics* som er et internasjonalt anerkjent tidsskrift gradert til nivå to (Langmark, 2018).

5. Oppsummering og konklusjon

5.1 Oppsummering

Hensikten med gjenoppliving er å bringe pasienten tilbake til liv, men det er ikke dermed gitt at pasienten bringes tilbake til livet slik det var i utgangspunktet. Etiske dilemmaer omkring hjertestans oppstår fordi død blir sett på som et nederlag når det finnes så mange muligheter for livsforlengende behandling. I tillegg henger dette sammen med prinsipper som autonomi, gjøre godt og ikke skade. Sykepleiere kan i noen tilfeller oppleve gjenopplivning som nytteløst, men likevel er det pasientens egenopplevde livskvalitet som bør telle. Disse faktorene kan gjøre det vanskelig for sykepleier å stå i situasjoner med hjertestans, spesielt når HLR-status er uavklart. Etikk hjelper ikke alltid sykepleieren til å ta valg, men kan være til hjelp for å se de valgmuligheter som finnes.

Det ble vist at mange leger ikke følger pasientens ønsker, verken når det gjelder behandling eller gjenoppliving. Det kan derfor tenkes at sykepleier burde involveres tidligere i et tverrfaglig samarbeid. Det ble også vist at leger og sykepleiere har forskjellig fokus noe som kan vanskeliggjøre sykepleiers inkludering. Dette synliggjør at det kan være behov for å utarbeide verktøy som kan brukes for å bedre kommunikasjonen og forståelsen mellom profesjonene. Klarere og oppdaterte retningslinjer for hvilken rolle sykepleier kan ha i vurderingen av HLR-status vil mulig kunne forbedre dette.

Mange sykepleiere opplever det dramatisk å redde liv der det går på bekostning av å gi pasientene en verdig avslutning. Dette fordi det utfordrer både retningslinjer og lovverk i tillegg til følelsen av å ikke gjøre godt for pasienten eller bidra til en verdig død. Flere sykepleiere oppga at det ikke var selve gjenopplivingen som var vanskelig, men utfallet. Det ble rapportert om både profesjonelle og personlige behov etter å ha vært deltakende i en gjenopplivning. Debriefing ble trukket fram som en arena hvor sykepleierne får anledning til å snakke om hendelsen i etterkant.

I problemstillingen ble pasientgruppen avgrenset til eldre, men alder viser seg å ikke ha betydning for overlevelsen.

5.2 Konklusjon

Etiske dilemmaer oppstår fordi det ikke finnes klare retningslinjer for vurdering av HLR-status og hva som er sykepleiers rolle. Når HLR-status ikke er vurdert, blir sykepleieren stående mellom motstridende etiske prinsipper, yrkesetiske retningslinjer og lovverk. Ved hjertestans skaper dette usikkerhet som påfører sykepleieren unødvendig stress og følelsesmessige belastninger. Å kombinere etiske teorier kan være en hensiktsmessig måte å ta gode valg på, derfor bør etikk ha en større plass i helsefaglig- og medisinsk utdanning og praksis. Tidligere involvering av sykepleieren kan bidra til større ivaretagelse av pasientens ønske og verdighet, samt å minimalisere uønskede og forhastede beslutninger ved hjertestans.

6. Referanseliste

- Brinchmann, B.S. (2012) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske, s.81-96.
- Christoffersen, L. *et al.* (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Clark, R. og McLean, C. (2018) The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study, *Intensive & Critical Care Nursing*, 47, s. 78-84. doi: 10.1016/j.iccn.2018.03.009
- Dean, J.A. (2001) The resuscitation status of a patient: A constant dilemma, *British Journal of Nursing*, 10(8), s. 537-543. doi: 10.12968/bjon.2001.10.8.5318
- De Gendt, C. *et al.* (2007) Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards, *Journal of advanced nursing* , 57(4), s. 404-409. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04090.x
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Haugen, J.E. (2015) Hjerne-lunge-redning, i Haugen, J.E (red.) *Akuttmedisinsk sykepleie*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.47-65.
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (Hentet: 11.februar 2019).
- Hofstad, E. (2017) Gjenoppliver mot bedre vitende, *Sykepleien #Når er det nok?*, 105(5) s.32-35. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/05/gjenoppliver-mot-bedre-vitende> (Hentet: 1. mai 2019).

Jepson, J. (2003) Do not attempt resuscitation decisions: the nursing role, *British Journal of Nursing*, 12(17), s. 1038-1042. doi: 10.12968/bjon.2003.12.17.11719

Kazmierski, M. og King, N. (2015) Role of the community matron in advance care planning and 'do not attempt CPR' decision-making: a qualitative study, *British Journal of Community Nursing*, 20(1), s. 19-24. Tilgjengelig fra:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a7de1d3f-a802-4d02-9acc-dbd8a9f61c32%40pdc-v-sessmgr06> (Hentet: 2.mars 2019)

Langmark, F. (2018) Mortalitet, *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra:
<https://sml.snl.no/mortalitet> (Hentet: 11.mars 2019).

Nordseth, T. (2019) Hjerte-lunge-redning, *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra:
<https://sml.snl.no/hjerte-lunge-redning> (Hentet: 11.mars 2019).

Norsk senter for forskningsdata (2019) *Forklaring til søkefeltene*. Tilgjengelig fra:
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmSok> (Hentet: 1.mai 2019)

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 8. februar. 2019).

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse, i Stubberud, D.G., Grønseth, R., Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-37.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 11.februar 2019).

- Richter, J. Eisemann, M. og Zgonnikova, E. (2001) Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany, *Journal of Medical Ethics*, 27(3), s. 186-191. doi: 10.1136/jme.27.3.186
- Slettebø, Å. (2015) Juridiske rammer og etiske utfordringer, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 212-224.
- Statistisk sentralbyrå (1999) *Eldre i Norge*. Tilgjengelig fra:
<https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf> (hentet: 12.mars 2019).
- Støren, I. (2013) *Bare søk, praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sævareid, T.J. og Balandin S. (2011) Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients, *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), s. 1739–1748. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x
- Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg 1: PICO-skjema

P: Problem/pasientgruppe/diagnose	I: Intervensjon, tiltak, eksponering	C: Eventuell sammenligning med et annet tiltak/eksponering	O: Outcome. utfall (det vi vil ha kunnskap om).
Eldre pasient som får hjertestans, eller er i beslutningsprosessen ved vurdering av HLR-statusen. Søkeord Aged Heart arrest	Hjerte-lungeredning eller ikke. Søkeord Resuscitation orders		Etiske utfordringer/dilemmaer for sykepleier. Lovverk Søkeord Nursing ethics Nursing role Experience Nurses

