

Anne Greivstad
Hedda Skjæggestad Vangsøy
Marianne Veglingsrud

"Å være, gjøre og vite"

- Sykepleiers opplevelse av beslutningsprosessen
mot HLR-status

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Kristin Haugen

Mai 2020

Anne Greivstad
Hedda Skjæggestad Vangsøy
Marianne Veglingsrud

"Å være, gjøre og vite"

- Sykepleiers opplevelse av beslutningsprosessen
mot HLR-status

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Kristin Haugen
Mai 2020

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



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	«Å være, gjøre og vite» - Sykepleiers opplevelse av beslutningsprosessen mot HLR-status	Dato: 25.05.20
Forfattere:	Anne Greivstad Hedda Skjæggestad Vangsøy Marianne Veglingsrud	
Veileder(e):	Kristin Haugen	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Sykepleiers opplevelse, hjerte – lungeredning (HLR), beslutningsprosess, etikk.	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 0	
48/10855		
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven: Bakgrunn: Ofte oppstår det usikkerhet og uklarheter i klinisk sykepleiepraksis vedrørende beslutningsprosesser som omhandler livets slutfase. Etske og juridiske verdier, eksempelvis den lovfestede plikten til å utføre helsehjelp, eller respekt for enkeltmenneskets rett til autonomi er noen av mange forhold som spiller inn i en slik beslutningsprosess. Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å se nærmere på hvordan sykepleiere opplever sitt juridiske og etiske ansvar i beslutningsprosesser vedrørende HLR-status. Metode: Oppgaven er en litteraturstudie der vi har gjennomført søkt i Medline (Ovid), Cinahl Complete, PubMed (Medline) og SveMed+. Vi har brukt følgende søkeord: CPR, CPR orders, Nurse, Ethical issues, DNR, Primary health care, Resuscitation orders, Palliative care, Resuscitation decision, Ethics. Det ble inkludert seks artikler i studien. Resultat: Sykepleiere opplever ofte mangel på formell opplæring knyttet til beslutningsprosessen mot HLR-status. Det kommer frem i studien at sykepleiere syns det er vanskelig å snakke med pasienter og deres pårørende om beslutninger vedrørende HLR, men de mener likevel det er viktig å gjennomføre slike samtaler. Sykepleiere opplever også usikkerhet knyttet til eget ansvar vedrørende etiske og juridiske avveininger. God etisk kompetanse framstår som viktig for å håndtere etiske dilemmaer som oppstår i beslutningsprosessen mot HLR-status. Konklusjon: Økt fokus på tydelige krav og retningslinjer, den utfordrende samtalen, sykepleiers juridiske ansvar, samt styrking av etisk kompetanse vil kunne påvirke sykepleiers opplevelse av beslutningsprosessen vedrørende HLR-status.		

ABSTRACT

Title:	"Being, Doing and Knowing" - Nurse's Experience in Decision-Making towards CPR Status	Date: 25.05.20
Authors:	<u>Anne Greivstad</u> <u>Hedda Skjæggestad Vangsøy</u> <u>Marianne Veglingsrud</u>	
Supervisor(s)	<u>Kristin Haugen</u>	
Keywords (3-5)	<u>Nurse's experience, CPR, decision – making, ethics.</u>	
Number of pages/words: 48/10855	Number of appendix: 0	
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: Uncertainty often arise in clinical nursing practice regarding decision-making processes that deal with the end phase of life. Ethical and legal values, such as the statutory duty to provide health care, or respect for the individual's right to autonomy are some of the many factors that play a role in such a decision-making process.</p> <p>Aim: The purpose of this literature study is to look more closely at how nurses perceive their legal and ethical responsibilities in decision making regarding CPR status.</p> <p>Method: The thesis is a literature study where we have conducted searches in Medline (Ovid), Cinahl Complete, PubMed (Medline) and SveMed +. We have used the following keywords: CPR, CPR orders, Nurse, Ethical issues, DNR, Primary health care, Resuscitation orders, Palliative care, Resuscitation decision, Ethics. Six articles were included in the study.</p> <p>Results: Nurses experience a lack of formal training related to this decision-making process. The study reveals that nurses find it difficult to talk to patients and their relatives about CPR decisions, but they still believe it is important to have these conversations. Nurse experiences uncertainty related to own responsibility regarding ethical and legal considerations. Good ethical competence appears to be important for dealing with ethical dilemmas that arise in the decision-making process against CPR status.</p> <p>Conclusion: Increased focus on clear requirements and guidelines, the challenging conversation, the nurse's legal responsibility and the strengthening of ethical competence may influence the nurse's perception of the decision-making process regarding CPR status.</p>		

Forord

Denne bacheloroppgaven er utarbeidet ved NTNU, Institutt for helsevitenskap i Gjøvik, bachelor i sykepleie, gjennom skoleåret 2019/2020.

Vi kan se tilbake på tre interessante og minnerike år som studenter ved NTNU i Gjøvik. Årene har vært lærerike, utfordrende, morsomme og til tider frustrerende. Vi sitter igjen med mye kunnskap og erfaringer vi er takknemlige for.

Arbeidet med denne oppgaven har vært spennende og lærerikt, samtidig som prosessen har bydd på ulike utfordringer i en krevende tid. Våren 2020 rammet Covid-19-pandemien oss, og de mest inngripende tiltakene i fredstid ble iverksatt fra den norske regjeringen. Det meste av arbeidet har derfor foregått digitalt. Dette har gitt oss god, men kanskje annerledes erfaring når det kommer til samarbeid. Vi mener å kunne dra nytte av denne erfaringen i framtiden, både privat og som sykepleiere. I tillegg har vi i løpet av arbeidet ervervet oss dybdekunnskap på denne bacheloroppgavens tematikk.

Vi vil rette en stor takk til veilederen vår, Kristin Haugen, for gode, konkrete og raske tilbakemeldinger underveis i prosessen. Avslutningsvis vil vi gjerne takke hverandre for tre fine år som medstudenter og godt samarbeid med bacheloroppgaven.

Videre vil vi ønske dere god lesing.

Fyresdal, Kolbotn & Leira i Valdres, 25. mai 2020

Anne Greivstad, Hedda Skjæggestad Vangsøy & Marianne Veglingsrud

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
FORORD	3
1.0 INNLEDNING	6
1.1 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	6
2.0 BAKGRUNN	7
2.1 RELEVANT TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING	7
2.1.1 Hjerte-lungeredning	7
2.1.2 Den gode samtalen	7
2.1.3 Sykepleierens juridiske ansvar	8
2.1.4 Sykepleiers etiske ansvar	10
2.1.4.1 Yrkesetiske retningslinjer	10
2.1.4.2 De fire prinsippers etikk	11
2.1.5 Hensikt og problemstilling	12
2.0 METODE	14
2.1 SØKESTRATEGI	14
2.2 INKLUSJON – OG EKSKLUSJONSKRITERIER	15
2.3 DOKUMENTASJON AV ARTIKKELSØK	16
2.4 ANALYSEPROSESSEN	22
3.0 RESULTAT	23
3.1 PRESENTASJON AV ARTIKLENES RESULTATER	23
3.1.1 Artikkel 1	23
3.1.2 Artikkel 2	24
3.1.3 Artikkel 3	25
3.1.4 Artikkel 4	26
3.1.5 Artikkel 5	27
3.1.6 Artikkel 6	28
3.2 SAMMENFATTET RESULTAT AV ARTIKLENE	29
3.2.1 Tydelige krav og retningslinjer som verktøy	30
3.2.2 Juridiske krav og retningslinjer i uavklarte situasjoner	30
3.2.3 Å være, gjøre og vite	31
3.2.4 Den utfordrende samtalen	32
4.0 DRØFTING	33
4.1 TYDELIGE KRAV OG RETNINGSLINJER SOM VERKTØY	33

4.2 JURIDISKE KRAV OG RETNINGSLINJER I UAVKLARTE SITUASJONER	34
4.3 Å VÆRE, GJØRE OG VITE	37
4.3.1 <i>Etske retningslinjer i beslutningsprosessen</i>	37
4.3.2 <i>Pasientautonomi, livskvalitet og retten til en fredfull død</i>	40
4.4 DEN UTFORDRENDE SAMTALEN	42
4.5 KILDEKRITIKK	43
4.6 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	44
4.7 INNOVASJON I FAG- OG TJENESTEUTVIKLING	44
5.0 KONKLUSJON	46
LITTERATURLISTE	47

1.0 INNLEDNING

Hvert år får 2500-3000 pasienter i Norge hjertestans utenfor sykehus. I slike tilfeller er det livsnødvendig med raske og riktige tiltak for best mulig utfall for disse pasientene (Haugen, 2017). Samtidig oppgir seks av ti sykepleiere å ha utført livreddende tiltak som de selv mente ikke var verken ønskelig eller gunstig for pasienten (Hofstad, 2017). Mange sykepleiere opplever det som dramatisk å stå i situasjoner der plikten til å yte øyeblikkelig hjelp går på bekostning av å gi pasientene en verdig avslutning på livet. Økt kompetanse på etikk, kommunikasjon og god samhandling mellom pasienter, pårørende og sykepleiere kan bidra til å ivareta pasientens autonomi i livets slutfase (Helmers, 2017).

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Beslutningsprosessen knyttet til HLR-status er noe alle sykepleiere i klinisk praksis vil komme borti, uavhengig av arbeidssted. Begrepet HLR-status vil i denne oppgaven bli brukt om situasjoner der det er uavklart om hjerte – lungeredning, heretter forkortet HLR, skal startes dersom en hjertestans skulle oppstå. Ved HLR-minus menes det at det ikke skal iverksettes HLR ved hjertestans (Hofstad, 2017).

Som sykepleier har man et selvstendig ansvar for etisk og juridisk forsvarlig yrkesutøvelse. Dette innebærer blant annet å utøve sykepleie i tråd med yrkesetiske retningslinjer, andre etiske grunnprinsipper for sykepleie, samt til enhver tid gjeldene lovverk. For å handle på en korrekt måte, må sykepleiere ha kunnskap og ferdigheter, samt kjenne sitt kompetanseområde (Norsk Sykepleieforbund, 2018). Som nevnt innledningsvis i oppgaven opplever mange sykepleiere at kompleksitet knyttet til både etikk og lovverk skaper utfordringer rundt beslutninger i livets slutfase (Dahlberg, 2017). I lys av dette mener vi at tematikken vi har valgt for oppgaven er svært relevant for utøvelse av sykepleie.

2.0 BAKGRUNN

Som et resultat av lite kunnskap rundt beslutningsprosesser som omhandler livets slutfase oppstår det ikke sjelden usikkerhet og uklarheter i klinisk sykepleiepraksis (Dahlberg, 2017). Helsefaglige, etiske og juridiske verdier, eksempelvis den lovfestede plikten til å utføre helsehjelp, eller respekt for enkeltmenneskets rett til autonomi, er noen av mange forhold som spiller inn i en slik beslutningsprosess. Disse kunnskapene og verdiene utgjør et godt grunnlag i en prosess der sykepleier står ovenfor en situasjon det er påkrevd å vurdere om livsforlengende behandling i form av HLR skal settes i gang eller ikke. I en slik beslutningsprosess må pasientens meninger og verdier om mulig trekkes inn. Er ikke dette mulig, må pasientens nærmeste pårørende få ytre sitt syn på hva de mener pasienten selv ville ha ønsket dersom vedkommende hadde hatt mulighet til å bestemme selv. I tillegg til dette er det helsefaglige verdier som må spille inn. Samlet sett utgjør alle disse verdiene en kompleks beslutningsprosess rundt om det skal iverksettes livsforlengende behandling som hjerte – lungeredning eller ikke (Helsedirektoratet, 2009).

2.1 Relevant teori og tidligere forskning

Vi vil under dette kapittelet presentere relevant bakgrunns litteratur for å belyse tematikken rundt beslutningsprosessen knyttet til HLR-status. Senere vil denne litteraturen bli brukt for å drøfte forskningen vi har innhentet i vår litteraturstudie for å besvare valgt problemstilling.

2.1.1 Hjerte-lungeredning

Hjerte – lungeredning har til hensikt å opprettholde blodtilførselen til hjernen og andre vitale organer frem til annen medisinsk behandling kan startes. Dersom pasienten er bevisstløs og ikke puster normalt skal HLR igangsettes. Denne behandlingen består av både brystkomperasjoner og innblåsing, noe som innebærer blant annet å trykke brystkassen ned cirka 5-6 cm. Skulle gjenopplivingen lykkes, kan slike tiltak føre til alvorlige komplikasjoner videre i forløpet, eksempelvis ribbeinsbrudd og lungebetennelse (Haugen, 2017).

2.1.2 Den gode samtalen

Ifølge nasjonal veileder utgitt av Helsedirektoratet i 2009 er det sentralt med god kommunikasjon for å opprettholde pasientens selvbestemmelse – og medbestemmelsesrett.

Det er viktig at sykepleier kommuniserer godt med pasient og pårørende, samt formidler god informasjon for å unngå usikkerhet og uenigheter. Pasienter med alvorlig sykdom kan ha behov for ulik og tilpasset informasjon. Pasientene har ofte ulike ønsker for medvirkning, og det kan derfor være vanskelig å gi svar på hvordan temaet livsforlengende behandlingen bør formidles og diskuteres. Mangel på informasjon til pasienter og pårørende på grunn av begrenset tid, kompetanse og ressurser blant sykepleiere gjør at mange pasienter og pårørende vet for lite om ulike behandlingsmetoder, komplikasjoner, samt naturlige dødsprosesser. For at pasienten og deres pårørende skal kunne ta informerte valg og at pasientens autonomi blir ivaretatt, er det viktig med god informasjon og kommunikasjon (Helsedirektoratet, 2009).

For pasienter med alvorlige og kroniske sykdommer bør det gjennomføres en eller flere samtaler med pasienten selv og deres nærmeste pårørende. Slike samtaler bør fokusere på hva vedkommende betrakter som tilfredsstillende livskvalitet, samt hva som skal gjøres dersom helsetilstanden forverres eller akutt sykdom skulle oppstå. Slike samtaler bør så langt det lar seg gjøre gjennomføres av en person som pasienten har tillit til og som kjenner vedkommende godt. Pasienter som har samtykkekompetanse har retten til å motsi seg livsforlengende behandling. Med samtykkekompetanse menes det at pasienten har rett til å ta avgjørelser som omhandler sin egen helsehjelp. Det er en forutsetning for ivaretagelse av pasientens medbestemmelsesrett at slike samtaler gjennomføres tidlig, i tilfelle samtykkekompetansen av ulike årsaker senere skulle falle bort. Nyere forskning viser at pårørende har et større behov for informasjon når pasienten nærmer seg slutten av livet, mens pasientens behov reduseres. Innhold og beslutninger i slike samtaler skal dokumenteres godt i pasientens journal. Videre er det viktig at denne informasjonen videreformidles til alle som deltar i behandlingen av pasienten, samt at informasjonen følger pasienten videre i et behandlingsforløp (Helsedirektoratet, 2009).

2.1.3 Sykepleierens juridiske ansvar

Ifølge advokat og anestesilege Jørgen Dahlberg opplever ofte helsepersonell – herunder sykepleiere, at beslutningsprosessen som omhandler livets slutfase er utfordrende. Han trekker fram at faktorer som spiller inn er komplekse etiske forhold, samt at gjeldende regelverk oppleves som vanskelig tilgjengelig. Han framholder videre at forskning viser at sykepleiere, til tross for veiledere og rundskriv, opplever det som vanskelig å vurdere hva som er gjeldende for beslutningsprosesser som omhandler livets slutfase (Dahlberg, 2017).

I lov om helsepersonell kapittel 2 stilles det en rekke krav til sykepleierens yrkesutøvelse. Det understrekes blant annet at all helsehjelp som ytes skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull, samt i tråd med de faglige kvalifikasjoner som kan forventes. Det står også at dersom det samarbeides med annet helsepersonell, er det legen som skal ta beslutninger i spørsmål vedrørende undersøkelse og behandling av den enkelte pasient (Helsepersonelloven, 1999). I §7 om øyeblikkelig hjelp stilles det krav til at sykepleier straks skal utøve helsehjelp som ansees å være påtrengende nødvendig. Det skal utøves helsehjelp som ansees som påtrengende nødvendig også dersom pasienten ikke er stand til å samtykke, samt i situasjoner hvor pasienten faktisk motsetter seg det (Helsepersonelloven, 1999).

I pasient – og brukerrettighetsloven kapittel 3 gis pasienter og brukere rett til informasjon og medvirkning. Dette innebærer blant annet rett til å medvirke ved gjennomføring av helse – og omsorgstjenester. Dersom pasient eller bruker ikke har samtykkekompetanse gis nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Det skal ifølge loven legges stor vekt på pasientens ønsker i utforming av tjenestetilbud (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999). Nærmeste pårørende er den eller de som pasienten har oppgitt å være sine nærmeste pårørende. Er ikke dette oppgitt i journal, er nærmeste pårørende den eller de som i størst grad har varig og løpende kontakt med pasienten (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999).

Paragraf 3-2 i pasient – og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rett til informasjon. Sykepleier skal gi tilstrekkelig informasjon slik at pasienten får innsikt og kan ta valg når det kommer til egen helsesituasjon og aktuell helsehjelp. Informasjon skal som hovedregel ikke gis dersom pasienten ikke ønsker det. Videre i §3-3 reguleres informasjon til pårørende. Det skal gis informasjon til pårørende dersom pasienten samtykker til det, eller dersom forholdene tilsier det. Loven stiller også krav til informasjonens form. I §3-5 legges det vekt på at informasjonen som gis skal være tilpasset den enkelte pasient eller bruker, samt at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Sykepleier skal også forsikre seg om at informasjonen som er gitt er blitt oppfattet riktig. Det skal videre dokumenteres i pasientens journal at informasjon er gitt (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999).

Kapittel 4 i pasient – og brukerrettighetsloven regulerer samtykke til helsehjelp. Som hovedregel skal helsehjelp gis kun dersom pasienten samtykker til det. Pasienten må ha mottatt tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand og helsehjelp for å kunne gi et informert samtykke. Samtykke kan gis aktivt, men også stilltiende. Pasienter og brukere over 18 år har

som hovedregel samtykkekompetanse. Samtykkekompetansen kan likevel bortfalle helt eller delvis blant annet dersom pasienten lider av fysiske eller psykiske forstyrrelser, eksempelvis demens. Dersom en pasient over 18 år ikke har samtykkekompetanse skal det om mulig innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten sannsynligvis ville ha ønsket. Dette gjelder dersom helsehjelpen er av en slik art at det dreier seg om en alvorlig inngripen. Informasjonen som innhentes fra nærmeste pårørende skal journalføres i pasientens journal (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999).

2.1.4 Sykepleiers etiske ansvar

Etikk handler om hva som er godt, rett og rettferdig. For at sykepleiere skal utføre god etisk yrkesutøvelse er det sentralt med grunnleggende kompetanse innen etikk. Dette handler om å ha respekt for pasientens rettigheter og behov, samt å ta hensyn til hver enkelt pasient sine ønsker og opplevelser. Sykepleier må kunne se forbi pasientenes diagnoser, slik at de blir sett som helhetlige mennesker med individuelle behov (Lillemoen, 2015).

Et etisk dilemma omhandler ulike verdier og konflikter mellom disse (Odland, 2016). Slike dilemmaer kan forklares som en situasjon der sykepleier må velge mellom to eller flere verdier som ved første øyekast anses å være likeverdige alternativer. Et etisk dilemma oppstår ofte der pasientens autonomi kommer i konflikt med sykepleierens plikt til å hjelpe (Slettebø, 2016). For at sykepleier skal kunne håndtere etiske dilemmaer finnes det flere ulike teorier og modeller for etisk problemløsning. Slike er ment som en hjelp til å identifisere de aktuelle forhold som har betydning for å håndtere det etiske dilemmaet (Lillemoen, 2015).

2.1.4.1 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er sentrale når det kommer til sykepleiefaglige etiske vurderinger. Disse retningslinjene brukes blant annet i diskusjoner som omhandler faglig forsvarlig sykepleie. Sykepleieren har et selvstendig etisk og faglig ansvar for sin utøvelse av sykepleie, samt for å ivareta pasientens rett til respekt og verdighet (Norsk Sykepleieforbund, 2018).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det blant annet:

«Nr. 2.5 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.»

«Nr. 2.11 Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling og bidrar til at pasientens stemme blir hørt.»

«Nr. 2.12 Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene.»

(Norsk Sykepleieforbund, 2019).

2.1.4.2 De fire prinsippers etikk

Filosofene Beauchamp & Childress presenterte i 1970-årene de fire etiske prinsipper. De ulike prinsippene har stor relevans innenfor sykepleiefaglig etikk. Prinsippene velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet har lik verdi og ingen av prinsippene er viktigere enn andre. Det kan være situasjoner som gjør at det oppstår konflikt mellom de ulike prinsippene. Ved konflikt mellom prinsippene må de avveies og settes opp mot hverandre (Brinchmann, 2016).

Velgjørenhetsprinsippet – plikten til å gjøre godt mot andre.

Prinsippet omhandler å fremme og legge til rette for det gode. Det som er vondt skal elimineres, og så langt som mulig fjernes. Velgjørenhetsprinsippet krever at en gjør en aktiv handling som fremmer det gode (Brinchmann, 2016). Sykepleiere skal med sin fagkompetanse utføre handlinger til det beste for enhver pasient. Konsekvensen av en sykepleiehandling skal være til det beste for pasienten (Slettebø, 2013).

Ikke-skade – plikten til ikke å skade andre.

Sykepleieren har plikt til å følge opp og passe på at pasienter ikke blir skadet av den behandlingen sykepleieren utfører. Ingen pasienter skal oppleve at sykepleien påfører vondt eller skade. Ikke-skade og velgjørenhetsprinsippet henger tett sammen, og må forstås sammen. Det som kan skille prinsippene er at ikke-skade er en passiv handling, mens velgjørenhetsprinsippet er en aktiv handling (Slettebø, 2013).

Autonomi – retten til å bli informert og til å velge selv.

I autonomibegrepet vektlegges pasientens rett til selvbestemmelse. Autonomi er et begrep som vokser og har fått en mer fremtredende plass i det norske helsevesenet (Slettebø, 2013). Pasientens rett til å ta autonome beslutninger er respektert både etisk og juridisk, og pasienter har rett til medvirkning og informasjon, samt mulighet til å nekte behandling. Hvis pasienten skal ha mulighet til å ta et autonomt valg er det essensielt at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om egen helsesituasjon og aktuell helsehjelp. Som sykepleier må man også vurdere om valget til pasienten stemmer overens med vedkommendes verdier og holdninger, også kalt konsistenskravet (Brinchmann, 2016).

Rettferdighet – plikten til likebehandling.

Sykepleieren må hele tiden ta vurderinger av hvilke pasienter som trenger mest tid, og hvordan ressursene skal fordeles. I slike vurderinger er rettferdighetsprinsippet aktuelt (Slettebø, 2013). Alle like tilfeller skal behandles likt, noe som også omtales som likhetsprinsippet. Prinsippet er essensielt i de aller fleste sykepleiehandlinger for å kunne tilby en rettferdig helsetjeneste. For at man skal opprettholde mest mulig rettferdighet i helsetjenesten må vurderinger som tas være helhetlige, systematiske, ha klare kriterier, og brukermedvirkning må være i fokus (Lillemoen, 2015).

2.1.5 Hensikt og problemstilling

Gjennom denne oppgaven utfordres vi til å orientere oss i og anvende relevant forskning og litteratur, samt utvikle en avgrenset problemstilling vi ønsker å se nærmere på. Hensikten med denne bacheloroppgaven er å bidra med kunnskap, erfaring og innsikt om aktuell problemstilling (Thidemann, 2015). Helsepersonell – herunder sykepleiere, opplever ofte beslutninger som berører livets slutfase som utfordrende, særlig i situasjoner hvor det oppstår uenighet mellom en eller flere av de involverte. I tillegg kan sykepleieren oppleve at vanskelig tilgjengelig lovverk, samt komplekse etiske forhold kan gjøre slike beslutningsprosesser ytterligere komplisert (Dahlberg, 2017). Med bakgrunn i dette ønsker vi derfor å holde fokus på hvordan sykepleiere opplever sitt juridiske og etiske ansvar knyttet til vurderinger i beslutningsprosessen rundt om hjerte-lungeredning skal gjennomføres eller ikke. Fordi sykepleier vil måtte stå i slike beslutningsprosesser på de aller fleste områder innenfor sin yrkesutøvelse har vi valgt å ikke begrense oss til et enkelt område eller arbeidsplass, men holde fokus på sykepleiers opplevelse i beslutningsprosessen. Vi har også i denne

sammenhengen valgt å bruke begrepet livets slutfase. Dette kan defineres og tolkes på mange måter, men vi har valgt å bruke det om pasienter som lider av en eller flere alvorlige eller kroniske diagnoser, uavhengig av alder og estimert gjenværende levetid. Vi håper med dette å kunne favne alle pasienter som kan ha nytte av at en vurdering vedrørende HLR-status blir tatt.

Vi har på bakgrunn av dette utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan opplever sykepleier sitt etiske og juridiske ansvar knyttet til beslutningsprosessen vedrørende HLR-status til pasienter i livets slutfase?

2.0 METODE

I denne oppgaven blir litteraturstudie anvendt som metode. Metode kan forklares som en fremgangsmåte og et hjelpemiddel for å løse et problem eller en situasjon (Dalland, 2014). En litteraturstudie har ikke som formål å presentere ny kunnskap, men derimot å systematisere litteratur som allerede er skrevet og presentert på forskjellige måter. Selv om en litteraturstudie ikke presenterer ny kunnskap, kan en med en slik metode få frem flere perspektiver på teori og kunnskap. Dette gjøres ved å bearbeide og anvende forskning som allerede er presentert. Et resultat av en litteraturstudie kan også være at en konkluderer med at det er manglete forskning på aktuell tematikk (Støren, 2013).

Litteraturstudier er viktige da de oppsummerer og gir et overblikk over all tilgjengelig forskning og litteratur innenfor et tema. For å oppsummere litteraturen i en studie, er vi nødt til å sammenligne resultatene i den inkluderte forskningen i detalj. Litteraturstudier er et godt verktøy i helse – og omsorgssektoren da forskningen blir sett på i et bredere perspektiv og synliggjør tilgjengelig informasjon og forskning for et aktuelt tema eller problemstilling (Aveyard, 2019).

2.1 Søkestrategi

I begynnelsen av dette arbeidet ble det gjennomført flere ulike søk i Oria og Helsebiblioteket. Dette ble gjort for å forsikre oss om at det fantes forskning på den tematikken vi ønsket å se nærmere på, samt for å skaffe oss en oversikt over temaet. Arbeidet med å finne forskningsartikler til et litteraturstudie gjøres ved å søke i databaser (Thidemann, 2015). Søkeprosessen startet i Oria med å begrense oss til kategorien «Medisin og Helsefag». Databasene vi benyttet oss av er blitt anbefalt av fagpersoner, og er knyttet til aktuelt fagfelt. Vi har derfor søkt i: Medline (Ovid), Cinahl Complete, PubMed (Medline) og SveMed+.

Basert på tematikken for oppgaven endte vi opp med å benytte følgende søkeord: CPR, CPR orders, Nurse, Ethical issues, DNR, Primary health care, Resuscitation orders, Palliative care, Resuscitation decision, Ethics.

2.2 Inklusjon – og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Forskning publisert de siste 5 år	Forskning eldre enn 5 år
Vitenskapelig artikkel	Fagartikkel
Studier sammenlignbare med Norge	Studier ikke sammenlignbare med Norge
Ung voksen/voksen/eldre pasientgruppe	Barn/ungdom
Publiseringskanal nivå 1 eller 2	Publiseringskanal nivå 3 eller lavere
Beslutningsprosessen rundt HLR	Akutte hendelser/ulykker
Artikkel tilgjengelig i fulltekst	
Fagfelleurdert forskning	

Tabell 2.2.1.

2.3 Dokumentasjon av artikkelsøk

Artikkel 1				
Role of the community matron in advance care planning and ‘do not attempt CPR’ decision- making: a qualitative study.				
Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1.CPR orders	PubMed (Medline)		1189	23. mars 2020
2.Palliative care	PubMed (Medline)		77983	
		1 AND 2	117	
Full Text			112	
Årstall 2015-2020			47	
Abstract			45	

Tabell 2.3.1

Artikkel 2

Managing do not attempt cardiopulmonary resuscitation conversations in the community.

Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1.Resuscitation orders	Cinahl Complete		3167	1. april 2020
2.Palliative care	Cinahl Complete		38632	
		1 AND 2	457	
Full Text			127	
Årstall 2015-2020			44	
Abstract Available			39	

Tabell 2.3.2

Artikkel 3

A comparative study on decision and documentation of refraining from resuscitation in two medical home care units in Sweden.

Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1.CPR	Cinahl Complete		12938	26. mars 2020
2.Primary health care	Cinahl Complete		71210	
		1 AND 2	3175	
Full Text			932	
Årstall 2015-2020			432	
Europa			167	

Tabell 2.3.3

Artikkel 4

Ethical competence in DNR decisions – a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care.

Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1.Nurse	PubMed (Medline)		378436	10.mars 2020
2.DNR	PubMed (Medline)		2847	
		1 AND 2	176	
Full Text			137	
Årstall 2015-2020			34	
Abstract			33	

Tabell 2.3.4

Artikkel 5

Struggling with issues about cardiopulmonary resuscitation (CPR) for end-stage heart failure patients.

Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1.CPR	Cinahl Complete		12938	31. mars 2020
2.Ethical issues	Cinahl Complete		58310	
		1 AND 2	313	
Full Text			119	
Årstall 2015-2020			21	

Tabell 2.3.5

Artikkel 6

Perspectives on the DNR decision process: A survey of nurses and physicians in hematology and oncology.

Søkeord- og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato
1.Resuscitation decision	PubMed (Medline)		6828	12. mars 2020
2.Ethics	PubMed (Medline)		226091	
		1 AND 2	2120	
Free Full Text			351	
Abstract			255	
Årstell 2015-2020			87	

Tabell 2.3.6

2.4 Analyseprosessen

Analyseprosessen startet med at vi leste alle de inkluderte forskningsartiklene hver for oss. Hvordan vi kom frem til de inkluderte artiklene er beskrevet under kapittel 2.3. For å forstå de inkluderte artiklene leste vi dem både i sin helhet, men også i deler for å få tak i detaljene. Vi satte opp sentrale punkter som dukket opp underveis, noe som var viktig for å holde fokus på aktuell problemstilling (Thidemann, 2015). Ved analyse av forskningsartiklene ble tematisk analyse anvendt. I en tematisk analyse er første steg å lage en oversiktlig oppsummering, noe vi valgte å gjøre hver for oss. Videre sendte vi den til hverandre for å forsikre oss om at vi hadde forstått innholdet i artiklene likt. Steg to i analysen henger tett sammen med forrige steg. Her lagde vi overskrifter og samlet funnene etter tematikk på tvers av artiklene. Det var viktig å lage disse overskriftene slik at vi kunne bruke de aktivt i oppgaven for å holde fokus på problemstillingen. I tredje steg ble artiklene sammenlignet for å finne ut hvilke artikler som underbygger hverandre, samt om noen hadde motstridene funn som kunne drøftes videre. Det siste steget i tematisk analyse er å sammenfatte resultatene (Aveyard, 2019). Disse blir presentert i kapittel 3.2, som viser en tydelig oversikt over hovedfunnene som er relevante for å kunne besvare vår problemstilling.

3.0 RESULTAT

Vi vil her presentere resultatene av gjennomført litteratursøk som er beskrevet i metodedel. Seks artikler ble inkludert, og vil her bli oversiktlig presentert med tittel, årstall, forfattere, utgiver, land, hensikt, metode og resultat. Det vil også framgå hvilken relevans studien har for oppgavens problemstilling.

3.1 Presentasjon av artiklenes resultater

3.1.1 Artikkel 1

Tittel:

Role of the community matron in advance care planning and ‘do not attempt CPR’ decisionmaking: a qualitative study.

Årstall:

2015.

Forfattere:

Mandy Kazmierski & Nigel King.

Utgiver:

British Journal of Community Nursing.

Land hvor studien er gjennomført:

Storbritannia.

Hensikt:

I Storbritannia mottar pasienter med langvarige sykdommer ofte tjenester fra hjemmesykepleien. Primærkontakter i hjemmetjenesten ble lansert i 2005 som en nøkkelperson for pasienter med komplekse helse – og sosialbehov. Pasienter i hjemmesykepleien har ofte et komplekst sykdomsbilde med flere og sammensatte hjelpebehov. Studien tar for seg primærkontaktens ansvar og rolle i forberedende samtaler hvor det blant annet tas stilling til beslutninger vedrørende livsforlengende behandling og HLR. Målet med studien var å finne ut om primærkontakter i hjemmesykepleien følte seg tilstrekkelig forberedt og rustet for å ta avgjørelser i spørsmål rundt HLR-status.

Metode:

Studien har innhentet kvalitative data generert fra seks primærkontakter i hjemmesykepleien. Dataene baserer seg på personlige intervjuer med primærkontaktene.

Resultat:

Studien viste at deltagerne møtte komplekse etiske situasjoner rundt livsforlengende behandling og HLR-beslutninger på daglig basis. Den gir innblikk i hvordan deltakerne opplever å stå i disse situasjonene. Primærkontaktene hadde ikke fått noen formell opplæring knyttet til forberedende samtaler og HLR-beslutningen, til tross for fokus på dette i både nasjonale og lokale retningslinjer. Studien fremhever kompleksiteten knyttet til omsorg for pasienter som lever med kroniske og langvarige tilstander (Kazmierski og King, 2015).

Relevans for oppgavens problemstilling:

Studien ser på sykepleiers oppfatning av egen rolle og ansvar i etiske situasjoner vedrørende livsforlengende behandling og HLR. Den underbygger en oppfatning om at beslutninger vedrørende HLR er en utfordrende problemstilling for sykepleiere.

3.1.2 Artikkel 2

Tittel:

Managing Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation conversations in the community.

Årstall:

2020.

Forfattere:

Jennifer M. Hadley.

Utgiver:

British Journal of Community Nursing.

Land hvor studien er gjennomført:

Storbritannia.

Hensikt:

Målet med studien var å se nærmere på hvilken erfaring spesialistsykepleiere innenfor palliativ pleie har med samtaler som omhandler HLR. Studien fokuserer også på hvordan en skal kommunisere med pasienten og deres pårørende i slike situasjoner.

Metode:

Kvalitativ studie som er gjennomført med intervju av seks kliniske spesialistsykepleiere innenfor fagfeltet palliasjon.

Resultat:

Deltakerne i studien rapporterte om at observasjon av annet helsepersonell som gjennomførte samtaler rundt HLR-beslutninger var viktig for utøvelsen av egen praksis. Alle deltakerne følte på et profesjonelt ansvar for å gjennomføre slike samtaler på en følsom men tydelig

måte, samt på riktig tidspunkt. Det ble identifisert flere barrierer rundt samtaler om HLR-status, deriblant manglende selvtillit og erfaring med slike samtaler. Egne følelser og kultur blant sykepleierne viste seg også å spille inn. Studien peker på at avgjørelser vedrørende HLR-status bør initieres ved å kartlegge pasientens forståelse av sin egen tilstand og prognose. Det fremkommer også at det er god praksis å inkludere pasienter og pårørende i slike avgjørelser (Hadley, 2020).

Relevans for oppgavens problemstilling:

Studien fokuserer på sykepleierens ansvar knyttet til juridiske og etiske aspekter. Deltakerne i studiene påpekte at fokus på utdanning/opplæring er viktig når det kommer til forberedende samtaler om livets slutfase.

3.1.3 Artikkel 3

Tittel:

A comparative study on decision and documentation of refraining from resuscitation in two medical home care units in Sweden.

Årstall:

2019.

Forfattere:

Bogdan Sterpu, Pia Lindman & Linda Björkhem-Bergman.

Utgiver:

BMC Palliative Care.

Land hvor studien er gjennomført:

Sverige.

Hensikt:

Studien inkluderte to medisinske hjemmesykepleieenheter, en med retningslinjer vedrørende dokumentasjon og krav om HLR-avgjørelser og en enhet uten slike krav. Målet var å beskrive hyppigheten av å ikke starte opp gjenoppliving samt dokumentasjon av dette sett i lys av gjeldene retningslinjer eller fravær av slike.

Metode:

Det er anvendt kvantitativ metode. Studien baserer seg på journalen til pasientene i palliativ fase ved de to enhetene. Det ble samlet inn dokumentasjon knyttet til HLR-beslutningen, samt om pasient og pårørende var blitt informert om avgjørelsen.

Resultat:

Det fremgår av studien at tilstedeværelsen av skriftlige retningslinjer og krav om HLR-beslutninger ikke økte frekvensen på beslutninger knyttet til HLR. Enheten med retningslinjer og krav var assosiert med en høyere frekvens av dokumentasjon av HLR-beslutninger og at informasjon var gitt til både pasientene og deres pårørende (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019).

Relevans for oppgavens problemstilling:

Studien ser på betydningen av tydelige krav og retningslinjer knyttet til beslutningsprosessen mot HLR-status. Det vurderes om slike krav og retningslinjer kan støtte sykepleiere i deres etiske og juridiske ansvar i beslutningsprosessen mot HLR-status, eventuelt på hvilken måte.

3.1.4 Artikkel 4

Tittel:

Ethical competence in DNR decisions – a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care.

Årstall:

2018.

Forfattere:

Mona Pettersson, Mariann Hedström & Anna T. Höglund.

Utgiver:

BMC Medical Ethics.

Land hvor studien er gjennomført:

Sverige.

Hensikt:

Målet med studien var å undersøke hvordan leger og sykepleiere i onkologisk og hematologisk omsorg forstår begrepet etisk kompetanse knyttet til beslutningsprosessen mot HLR-status. Det undersøkes også hvordan slike ferdigheter kan læres og utvikles. Et annet mål var å undersøke hvilken rolle retningslinjer spiller for utvikling av etisk kompetanse i beslutninger rundt HLR-status.

Metode:

Det er gjennomført en kvalitativ studie hvor 15 sykepleiere og 16 leger fra flere ulike sykehus deltok. Alle som deltok jobbet med onkologi eller hematologi. Data ble samlet inn gjennom individuelle intervjuer.

Resultat:

Deltagerne i studien reflekterte rundt sin etiske kompetanse relatert til beslutningsprosessen mot HLR-status. Den etiske kompetansen som beskrives av respondentene relateres til Erikssons et al. sin etiske modell *å være, gjøre og vite*. De reflekterte rundt hva den etiske kompetansen burde omfatte, og hvordan den kan utvikles. Det kommer blant annet fram i studien at det er viktig med god medisinsk kompetanse for å kunne gjøre gode etiske vurderinger. Respondentene mente videre at utdanning, kurs, erfaring, selvrefleksjon, samt et godt klima for etisk refleksjon var viktige aspekter for å kunne lære og utvikle etisk kompetanse. Mange av legene så på retningslinjer som en hindring, mens sykepleierne gjerne så på det som en støtte i beslutningsprosessen (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018).

Relevans for oppgavens problemstilling:

Studien er med på å belyse ulike aspekter ved sykepleierens etiske ansvar i beslutningsprosessen mot HLR-status. Den belyser også hvordan slik etisk kompetanse kan læres og utvikles. Videre sier den noe om hvordan krav og retningslinjer kan virke inn på en slik beslutningsprosess.

3.1.5 Artikkel 5

Tittel:

Struggling with issues about cardiopulmonary resuscitation (CPR) for end-stage heart failure patients.

Årstall:

2014.

Forfattere:

Margareta Brännström & Tiny Jaarsma.

Utgiver:

Scandinavian Journal of Caring Sciences.

Land hvor studien er gjennomført:

Sverige.

Hensikt:

Hensikten med studien var å beskrive erfaringer og tanker hos sykepleiere som jobber med pasienter i livets slutfase. Videre belyser studien hvordan sykepleiere optimalt kan ta opp samtalen rundt HLR-beslutningen sammen med pasienten og deres pårørende.

Metode:

Det er gjennomført en kvalitativ studie hvor det i løpet av et år ble innhentet data gjennom gruppeintervjuer med sykepleiere fra ulike fagområder.

Resultat:

Sykepleiere i hjemmesykepleien opplever ofte utfordringer knyttet til både beslutningen og samtalen vedrørende HLR-status. Til tross for at det er vanskelig å snakke om HLR med pasienter og pårørende, beskriver deltagerne i studien at slike samtaler er viktige å gjennomføre. Denne samtalen viser seg å kunne være starten på en dypere og viktig samtale vedrørende livets slutfase. Studien viser videre at sykepleiere opplever usikkerhet rundt om HLR i det heletatt skal utføres hos pasienter i livets slutfase. Det fremkommer at det er viktig å diskutere utfordringene rundt temaet, samt avgjøre hvem, hvordan og til hvilken tid sykepleieren skal snakke om HLR med pasienter og deres pårørende (Brännström og Jaarsma, 2014).

Relevans for oppgavens problemstilling:

Studien belyser viktigheten av, samt hvilke utfordringer sykepleieren opplever rundt beslutningsprosessen knyttet til HLR-status. Den sier også noe om viktigheten av ansvarsfordeling i en slik prosess, slik at man sikrer seg at pasientene og deres pårørende blir ivaretatt etisk og juridisk i livets slutfase.

3.1.6 Artikkel 6

Tittel:

Perspectives on the DNR decision process: A survey of nurses and physicians in hematology and oncology.

Årstall:

2018.

Forfattere:

Mona Pettersson, Anna T. Höglund, Mariann Hedström.

Utgiver:

PLoS ONE.

Land hvor studien er gjennomført:

Sverige.

Hensikt:

Målet med studien var å undersøke hvordan sykepleiere og leger vurderte ulike aspekter i beslutningsprosessen mot HLR-status. Det ble fokusert på aspektene pasientdeltagelse,

informasjon og dokumentasjon, samt hvilke attributter deltagerne fant viktigst i denne beslutningsprosessen.

Metode:

Kvantitativ forskning der det ble gjennomført en nettundersøkelse av 132 sykepleiere og 84 leger som alle jobbet innen hematologi og onkologi.

Resultat:

Nesten halvparten av respondentene svarte at de mente det var lite sannsynlig at pasienten ville involveres i beslutningsprosessen og avgjørelsen vedrørende HLR-status. 21% mente det var uviktig å informere pasienten om avgjørelsen. Videre rapporterte 57% at de opplevde det som viktig å gi informasjon til pasienten, mens kun 21% trodde det var sannsynlig at dette faktisk ville skje. De aller fleste var enige om at det både var viktig og sannsynlig at hele teamet rundt pasienten ble informert om en beslutning vedrørende HLR-status, samt at avgjørelsen ble tydelig dokumentert. Undersøkelsen viste forskjeller mellom sykepleiere og leger, særlig når det gjaldt synet på viktigheten av deltagelse og informasjon til pasienter og deres pårørende. Det var viktigere for sykepleierne enn legene å diskutere avgjørelsen om HLR-status med pasienten og deres nærmeste pårørende. Attributtene som ble ansett som de viktigste for både sykepleiere og leger vedrørte i større grad medisinske enn etiske synspunkter. Uavhengig av profesjon var de tre viktigste attributtene *overlevelse og livskvalitet etter gjenoppliving, medisinsk prognose og retten til en fredfull død*. Det ble likevel funnet en forskjell; der sykepleierne satte pasientautonomi som den viktigste verdien, mente legene at ikke-skadeprinsippet var den viktigste verdien i beslutningsprosessen mot HLR-status (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018).

Relevans for oppgavens problemstilling:

Studien belyser hvilke etiske og juridiske synspunkter sykepleieren vektlegger i en HLR-beslutning. I tillegg framkommer det at leger og sykepleiere ofte vektlegger ulike attributter når en slik beslutning skal tas.

3.2 Sammenfattet resultat av artiklene

Med bakgrunn i analysen presentert tidligere vil vi her presentere resultatet av artiklene oppsummert i aktuelle temaer. Vi kom frem til fire hovedtemaer, hvorav et av disse temaene videre drøftes med to underpunkter i punkt 4.3.

3.2.1 Tydelige krav og retningslinjer som verktøy

I studien utført av Brännström og Jaarsma (2014) trekkes det fram at sykepleiere ofte opplever utfordringer knyttet til både beslutningen og samtalen rundt HLR-status. Det framkommer blant annet at det oppleves som utfordrende, men viktig å avgjøre hvem, hvordan og til hvilken tid sykepleieren skal snakke om HLR med pasientene og deres pårørende. For å avklare dette viste det seg at tydelige retningslinjer kunne utgjøre en støtte for sykepleieren (Brännström og Jaarsma, 2014). I studien utført av Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman (2019) så man på hvordan tydelige retningslinjer vedrørende dokumentasjon og krav om HLR-avgjørelser påvirket beslutningsprosessen mot HLR-status. Sykepleierne i studien framholdt at de opplevde krav og retningslinjer som en støtte i deres etiske og juridiske ansvar relatert til beslutningsprosessen (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019). Denne oppfatningen støttes av studien til Petterson, Hedström og Höglund (2018), som viser til at mange sykepleiere ser på krav og retningslinjer som en støtte i beslutningsprosessen mot HLR-status (Petterson, Hedström og Höglund, 2018). Til tross for allerede eksisterende retningslinjer både nasjonalt og lokalt, framholdt mange sykepleiere at de opplevde mangel på formell opplæring knyttet til denne beslutningsprosessen (Kazmierski og King, 2015).

3.2.2 Juridiske krav og retningslinjer i uavklarte situasjoner

Problemstillingen vår skal blant annet finne svar på hvordan sykepleiere opplever sitt juridiske ansvar vedrørende beslutningsprosessen mot HLR-status. Selv om resultatartiklene våre ikke fokuserer direkte på juridiske krav og retningslinjer, har vi likevel valgt å se nærmere på dette temaet når vi har analysert de inkluderte artiklene.

Studien til Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman (2019) viser at relativt få pasienter i palliativ fase av sin sykdom har en beslutning vedrørende HLR-status (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019). Dette støttes av studien til Brännström og Jaarsma (2014) som viser til at sykepleiere stadig opplever usikkerhet rundt om HLR i det hele tatt skal utføres ved hjertestans hos pasienter i livets slutfase. Det kommer fram at denne usikkerheten relateres blant annet til uklarheter knyttet til sykepleierens juridiske ansvar. Sykepleierne opplever det som svært ubehagelig å stå i uavklarte situasjoner hvor en må handle raskt og kanskje risikere å handle mot juridiske krav og retningslinjer. Det fremkom også at sykepleierne hadde en

oppfatning av at det er legens juridiske ansvar å informere og diskutere HLR-status med pasientene (Brännström og Jaarsma, 2014). I studien til Pettersson, Höglund og Hedström (2018) kom det fram at medvirkning og informasjon til pasient og pårørende var viktig for de fleste av sykepleierne som deltok. De mente også at det var viktig å diskutere beslutninger vedrørende HLR-status med pasienten og deres nærmeste pårørende i tråd med gjeldende lovverk. Langt færre trodde dette kom til å skje i praksis. Det kom også fram at kravet om dokumentasjon i pasientens journal vedrørende slike beslutninger var mindre viktig for sykepleierne enn for legene som deltok i studien (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018). I studien utført av Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman (2019) så man at tydelige krav og retningslinjer relatert til HLR-beslutninger var assosiert med en høyere frekvens av dokumentasjon av HLR-beslutninger. Studien viste også at retningslinjene medførte at informasjon rundt beslutningene ble gitt til både pasientene og deres pårørende (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019).

3.2.3 Å være, gjøre og vite

Studien utført av Pettersson, Hedström og Höglund (2018) belyser ulike aspekter ved sykepleierens etiske ansvar i beslutningsprosessen mot HLR-status. Studien fokuserer på hvordan ferdigheter rundt etisk kompetanse kan læres og videreutvikles. Én modell for etisk kompetanse for sykepleiere inkluderer tre hovedaspekter; *å være, gjøre og vite*. Dette antyder at etisk kompetanse krever en viss form for karakter, evne til handling og besittelse av kunnskap. Deltagerne i studien reflekterte rundt sin egen etiske kompetanse knyttet til beslutningsprosessen mot HLR-status. Det fremkommer at fokus på utdanning, kurs, erfaring og refleksjon vil kunne være med på å utvikle den etiske kompetansen blant sykepleiere (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018). Kazmierski og King (2015) fokuserer i sin studie på sykepleierens oppfatning av egen rolle i etiske situasjoner vedrørende livsforlengende behandling og HLR. Studien belyser at etisk komplekse situasjoner vedrørende livsforlengende behandling og HLR-status oppstår på daglig basis. Den viser også til hvordan sykepleiere opplever å stå i disse situasjonene (Kazmierski og King, 2015).

Tydelig ansvarsfordeling mellom sykepleiere og leger har ifølge Brännström og Jaarsma (2014) innvirkning på at pasienten og deres pårørende blir inkludert i beslutningsprosessen mot HLR-status. I studien deres kom det også fram at det er viktig at informasjon blir gitt på riktig tidspunkt i sykdomsforløpet, slik at pasienten gis mulighet til å ta et autonomt valg vedrørende HLR-status (Brännström og Jaarsma, 2014). Dette støttes av studien til Hadley

(2020), der det fremkommer at det oppfattes som god sykepleiepraksis å inkludere pasienter og pårørende i beslutningsprosessen vedrørende HLR-status. Dette var spesielt viktig for å ivareta det etiske prinsippet autonomi (Hadley, 2020). Studien utført av Petterson, Höglund og Hedström (2018) rapporterte også at sykepleierne mente det var svært viktig med god informasjon til pasientene. Dette var viktig for at pasientene kunne delta aktivt i beslutningsprosessen for å ivareta sin egen autonomi. Videre så studien på hvilke attributter som var viktig for både sykepleiere og leger i slike beslutningsprosesser. Tilfredsstillende livskvalitet etter gjenoppliving, samt retten til en fredfull død var verdier som viste seg å være viktig for begge yrkesgrupper (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018).

3.2.4 Den utfordrende samtalen

Litteratur viser til den gode samtalen, og at den er av viktig betydning i beslutningsprosesser som vedrører livets slutfase (Helsedirektoratet, 2009). Til tross for dette viser funn fra våre resultatartikler at den gode samtalen gjerne oppleves som utfordrende for mange sykepleiere. Brännström og Jaarsma (2014) sin studie viser til at sykepleiere ofte opplever beslutningsprosessen og samtalen knyttet til HLR-status som utfordrende. De opplever det som vanskelig å snakke med pasienter og deres pårørende om beslutninger vedrørende HLR, men de mener likevel det er viktig å gjennomføre disse samtalene. Tidspunktet for samtalen, samt hvordan den gjennomføres kommer frem som en viktig del av sykepleien. Det vises til at denne samtalen ofte leder til en god og dypere samtale som omhandler pasientens ønsker og behov i livets slutfase. Studien fokuserer på hvordan sykepleier kan ta opp en slik samtale, samt på hvilken måte sykepleier kan gjennomføre denne med pasienten og deres pårørende (Brännström og Jaarsma, 2014). Studien utført av Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman (2019) fant blant annet at tydelige krav og retningslinjer knyttet til HLR-beslutningen viste seg å øke frekvensen av at samtaler knyttet til denne beslutningen ble tatt opp (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019). Studien til Hadley (2020) påpeker at sykepleierne følte et ansvar for at samtaler vedrørende HLR-beslutninger ble gjennomført på en følsom og tydelig måte overfor pasienten og deres pårørende. De fremholdt også at det bør være økt fokus på opplæring rundt slike samtaler (Hadley, 2020).

4.0 DRØFTING

I nesten all form for omsorg kan pasienter bli vurdert til å ha så dårlig sykdomsprognose at de enten ikke vil overleve HLR, eller vil ende opp med svært dårlig livskvalitet i etterkant av en slik prosedyre. En beslutning om HLR-minus kan tas av den legen som har hovedansvaret for pasienten. Sykepleiere og leger møter ofte etiske og juridiske dilemmaer knyttet til disse beslutningene.

Etikk er regnet som grunnleggende kompetanse innen helsefag, og kan forstås som kapasitet til å håndtere oppgaver som involverer etiske dilemmaer på en adekvat og etisk ansvarlig måte (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018). I lovverk som regulerer helsepersonells yrkesutøvelse stilles det en rekke krav til sykepleiere. Lovverket tydeliggjør blant annet at all helsehjelp som ytes skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull, samt i tråd med de faglige kvalifikasjoner som kan forventes (Helsepersonelloven, 1999). Dette kan tolkes som at sykepleiers etiske og juridiske kompetanse er svært viktig i beslutningsprosesser som omhandler livets slutfase. Vi vil nå drøfte disse aspektene i lys av presentert teori og forskning på området for å gi et svar på utarbeidet problemstilling.

4.1 Tydelige krav og retningslinjer som verktøy

I studien til Pettersson, Hedström og Höglund (2018) vises det til at tydelige retningslinjer kan være en god støtte for sykepleiere i beslutningsprosessen mot HLR-status (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018). Sterpu, Lindmann og Björkhem-Bergman (2019) viser også til at tydelige retningslinjer og krav knyttet til HLR-beslutningen assosieres med at pasientene og deres pårørende får god informasjon vedrørende beslutninger knyttet til livets slutfase (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019). Dette kan tyde på at krav og retningslinjer kan oppleves som en støtte for sykepleiere både i deres etiske og juridiske ansvar knyttet til HLR-beslutningen.

Vi ser at tydelige krav og retningslinjer viser seg å spille en viktig rolle for sykepleiere både når det gjelder etisk og juridisk ansvar relatert til HLR-status. Dette kommer også tydelig fram som et viktig funn i flere av våre resultatartikler. På bakgrunn av dette ønsker vi å diskutere sykepleierens behov for tydelige krav og retningslinjer opp mot både juridiske og etiske aspekter i de følgende punktene 4.2 og 4.3, i stedet for å drøfte dette som et eget funn alene.

4.2 Juridiske krav og retningslinjer i uavklarte situasjoner

Forskning viser at helsepersonell – herunder sykepleiere, ofte opplever det som vanskelig å vurdere hva som er juridisk gjeldende for beslutningsprosesser som omhandler livets slutfase. De opplever til tross for eksisterende veiledere og rundskriv at gjeldende regelverk er vanskelig tilgjengelig (Dahlberg, 2017). Studien utført av Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman (2019) så på hvordan lett tilgjengelige krav og retningslinjer knyttet til HLR-beslutningen påvirket blant annet frekvens, dokumentasjon og informasjon vedrørende slike beslutninger. Denne studien konkluderte med at selv i arbeidsmiljøer hvor krav og retningslinjer var lett tilgjengelig, økte ikke frekvensen på beslutninger vedrørende HLR-status (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019). Dette kan peke i retning av at utfordringer knyttet til juridiske overveielser kanskje ikke er den største barrieren for sykepleieren når det kommer til beslutningsprosessen mot HLR-status. På en annen side kan det tyde på at det i enkelte arbeidsmiljøer faktisk mangler krav og retningslinjer å støtte seg på i denne beslutningsprosessen.

Norsk lovverk stiller en rekke krav til sykepleieren vedrørende medvirkning og informasjon til pasienter og deres pårørende, samt dokumentasjon av den helsehjelpen som ytes. I pasient – og brukerrettighetsloven kapittel 3 gis pasienter og pårørende rett til informasjon og medvirkning ved gjennomføring av helse – og omsorgstjenester. Det understrekes at pasientens ønsker skal tillegges stor vekt (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999). Følgende viser at sykepleieren har et tydelig ansvar for å gi tilstrekkelig informasjon slik at pasienten får tilfredsstillende innsikt i sin egen situasjon, og dermed aktivt kan medvirke. Sykepleieren skal også gi informasjon til pasientens pårørende dersom pasienten samtykker til det, eller dersom forholdene tilsier det. Det lovfestes også at det skal dokumenteres i pasientens journal at slik informasjon er gitt (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999). I studien til Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman (2019) så man at tydelige krav og retningslinjer relatert til HLR-beslutninger var assosiert med en høyere frekvens av dokumentasjon av HLR-beslutninger, samt at informasjon rundt dette var gitt til både pasientene og deres pårørende (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019). Dette kan bety at tydelige og tilgjengelige retningslinjer kan være hensiktsmessig, da de kan hjelpe sykepleieren å imøtekomme sitt juridiske ansvar knyttet til beslutninger vedrørende HLR-status. Denne oppfatningen støttes også av studien til Pettersson, Hedström og Höglund (2018) som fant at sykepleiere, i motsetning til leger, så på tydelige retningslinjer som en støtte i beslutningsprosessen mot

HLR-status (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018). Til tross for dette viser annen forskning at sykepleiere opplever det som utfordrende å involvere pasienter og deres pårørende i slike beslutninger. Studien til Brännström og Jaarsma (2014) framholder at en av de viktigste årsakene til dette angis å være at mange av deltagerne i studien mener at en slik beslutning alene bør baseres på en medisinskfaglig vurdering (Brännström og Jaarsma, 2014). En slik holdning kan tyde på at ikke alle sykepleiere fullt ut er bevisst sitt juridiske ansvar relatert til beslutninger som angår livets slutfase. Til tross for dette fant studien til Pettersson, Höglund og Hedström (2018) at majoriteten av de sykepleierne som ble intervjuet mente at medvirkning og informasjon til pasienten og deres pårørende i slike beslutninger var viktig. Derimot mente langt færre at det var sannsynlig at dette kom til å skje i praksis. I samme studie kom det fram at tydelig dokumentasjon rundt avgjørelsene om HLR-status var viktigere for legene enn for sykepleierne (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018). Dette kan underbygge oppfatningen om at sykepleieren bør bevisstgjøres sitt juridiske ansvar i forhold til medvirkning, informasjon og dokumentasjon i beslutningsprosessen mot HLR-status.

I pasient – og brukerrettighetsloven stilles det ikke bare krav til at informasjon skal gis, men også til informasjonens form. Sykepleier skal gi god informasjon som er tilpasset den enkelte pasient. Informasjonen skal også gis på en hensynsfull måte, og sykepleier skal forsikre seg om at informasjonen som er gitt er blitt oppfattet riktig (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999). Det kan være utfordrende for sykepleieren å vite hvem som har ansvaret for å gi informasjon, samt hvordan den skal gis på best mulig måte. I studien gjennomført av Brännström og Jaarsma (2014) svarte samtlige deltagende sykepleiere at de mente det var legens ansvar å informere og diskutere HLR-status med pasienten (Brännström og Jaarsma, 2014). I lov om helsepersonell hjemles det at det er legen som skal ta beslutninger i spørsmål vedrørende undersøkelse og behandling av den enkelte pasient (Helsepersonelloven, 1999). Denne ordlyden kan tolkes som at det er legen sitt ansvar å fatte selve beslutningen, men ikke som ensbetydende med at legen alene er ansvarlig for å informere og samtale om slike beslutninger med pasienten. I studien til Brännström og Jaarsma (2014) kan det oppfattes som at sykepleierne i studien dermed mistolker lovverket. Videre i samme studie kom det likevel fram at sykepleierne gjerne ser på seg selv som den som har nærmest og mest løpende kontakt med pasienten og deres pårørende. Derfor kan nettopp sykepleierne være riktig person til å innlede samtaler som omhandler pasientens ønsker i livets slutfase (Brännström og Jaarsma, 2014).

Et poeng som også trekkes fram i studien til Brännström og Jaarsma (2014) er at sykepleiere mener det er viktig å involvere både pasienten og deres pårørende i samtaler vedrørende livets slutfase. Sykepleiere erfarer likevel at man også bør samtale med pasienten uten de pårørende tilstede i alle tilfeller der pasienten er samtykkekompetent. Dette kan hjelpe til med å sikre at det er pasientens egen vilje som er kommet fram, og ikke de pårørendes (Brännström og Jaarsma, 2014). Studien til Hadley (2020) viser at sykepleiere føler et stort ansvar knyttet til å gjøre samtaler om livets slutt så gode som mulig for pasienten. De finner det utfordrende å balansere mellom å gi informasjon på en sensitiv men tydelig måte, samt at man skal forsikre seg om at informasjonen som gis oppfattes riktig. Å invitere pasienten til en samtale vedrørende ønsker rundt framtidig behandling angis å være en god tilnærming til spørsmålet knyttet til HLR-status. Dette er en anbefalt tilnærming til spørsmålet om HLR-status også i annen litteratur (Hadley, 2020). Til tross for at sykepleieren gjerne er den som har best og mest løpende kontakt med pasienten og deres pårørende, oppgir likevel flere at de mangler selvtillit til å ta opp samtaler vedrørende beslutningsprosessen knyttet til HLR-status (Kazmierski og King, 2015). Dette kan tyde på at mange sykepleiere har for lite kunnskap og erfaring rundt temaet.

Lov om helsepersonell stiller krav til sykepleierens yrkesutøvelse. I §7 om øyeblikkelig hjelp stilles det krav til at sykepleier straks skal utøve helsehjelp som ansees å være påtrengende nødvendig. Det skal utøves helsehjelp som anses påtrengende nødvendig også dersom pasienten ikke er stand til å samtykke, samt i situasjoner hvor pasienten faktisk motsetter seg det (Helsepersonelloven, 1999). Denne paragrafen er i seg selv et argument for at det er viktig å avklare behandlingsspørsmål i forkant av at hjelpen anses å være påtrengende nødvendig. Ved en hjertestans vil det være livsnødvendig med raske og riktige tiltak for best mulig utfall for pasienten, og hjelpen kan dermed anses å være påtrengende nødvendig (Haugen, 2017). Seks av ti sykepleiere oppgir å ha utført livreddende tiltak som de selv mente ikke var verken ønskelig eller gunstig for pasienten (Hofstad, 2017). Dette støttes blant annet av studien til Brännström og Jaarsma (2014) som viser at sykepleiere ofte opplever usikkerhet rundt om HLR i det hele tatt skal utføres ved hjertestans hos pasienter i livets slutfase. De anser det som svært viktig å diskutere utfordringene knyttet til HLR, samt avgjøre hvem, hvordan og til hvilken tid sykepleieren skal snakke om HLR med pasienter og deres pårørende. Dette for å unngå å havne i uavklarte situasjoner hvor man må handle raskt og kanskje risikere å handle mot juridiske krav og retningslinjer (Brännström og Jaarsma, 2014). Studien til Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman (2019) viser også at relativt få pasienter i palliativ fase av sin

sykdom har en beslutning vedrørende HLR-status (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019). En konsekvens av dette kan være at sykepleiere ofte må stå i uavklarte situasjoner, og dermed oppleve stress og usikkerhet knyttet til sin yrkesutøvelse.

4.3 Å være, gjøre og vite

Et etisk dilemma kan beskrives som å måtte velge mellom ulike handlinger som alle kan oppleves å være etisk riktige. Et funn i våre resultatartikler er at etisk kompetanse for sykepleiere kan inkludere tre hovedaspekter; *å være, gjøre og vite* (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018). Dette antyder at etisk kompetanse krever at sykepleier innehar en viss form for personlig karakter, medisinskfaglig kunnskap, samt evne til å overføre dette til handling i praksis.

Etikk er regnet som grunnleggende kompetanse innen helsefag, og kan forstås som kapasitet til å håndtere oppgaver som involverer etiske dilemmaer på en adekvat og etisk ansvarlig måte. For å løse etiske utfordringer knyttet til yrkesutøvelsen har sykepleiere egne yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund, 2019). I tillegg finnes det flere etiske refleksjonsmodeller man kan ta i bruk for å løse etiske dilemmaer (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018). Til tross for eksisterende retningslinjer og refleksjonsmodeller opplever sykepleiere ofte utfordringer knyttet til beslutningsprosesser vedrørende HLR-status (Brännström og Jaarsma, 2014). Dette kan tyde på at det settes av for lite tid til etisk refleksjon i en hektisk arbeidshverdag. Igjen kan dette føre til usikkerhet og manglende utvikling av etisk kompetanse blant sykepleiere.

4.3.1 Etiske retningslinjer i beslutningsprosessen

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere påpeker at sykepleiere har et etisk og faglig ansvar for egen yrkesutøvelse. Retningslinjene tydeliggjør blant annet at sykepleiere skal sørge for å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasientene sine. Sykepleier skal også formidle informasjonen på en tilpasset og forståelig måte, samt forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen som er gitt (Norsk Sykepleieforbund, 2019). I studien utført av Hadley (2020) fremgår det at samtaler vedrørende HLR-beslutningen bør begynne med å kartlegge pasientens forståelse av egen sykdomstilstand og prognose. Alle deltakerne i studien påpekte at det var viktig at slike samtaler ble gjennomført på en følsom og tydelig måte (Hadley, 2020). Dette peker i retning av at sykepleier må kartlegge pasientens forståelse av

egen sykdom og prognose for å kunne gi tilpasset informasjon vedrørende HLR-beslutninger. Eksempelvis kan det tenkes at pasienten ikke forstår hva HLR innebærer. Det vil da være viktig at sykepleier forklarer dette, samt hvilke mulige komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med slike tiltak. Forøvrig er det viktig at pasienten forstår informasjonen som formidles for å kunne ta selvstendige avgjørelser som angår eget liv. Dette vil da kunne føre til at sykepleier håndhever punkt nr. 2.5 i de yrkesetiske retningslinjene som omhandler tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasienten (Norsk Sykepleieforbund, 2019).

Beslutningsprosessen vedrørende HLR-status kan være et utfordrende tema, og det kan oppstå uenigheter mellom de involverte yrkesgruppene (Dahlberg, 2017). I studien utført av Petterson, Höglund og Hedström (2018) kommer det frem forskjeller mellom leger og sykepleiere når det kommer til deltagelse og informasjon til pasient og pårørende i beslutningsprosessen mot HLR-status. Det framkommer at sykepleierne mente det var viktig å diskutere avgjørelsen om HLR-status med både pasienten og deres pårørende (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018). Likevel fremholder deltakerne i studien til Hadley (2020) at de har lite erfaring med samtaler som omhandler beslutningsprosessen rundt HLR, og formidler at de har manglende selvtillit på dette området (Hadley, 2020). Dette peker i retning av at utdanning og opplæring blant sykepleiere kan være viktig for å øke kvaliteten på slike samtaler. Videre vil dette kunne skape trygghet og øke selvtilliten hos sykepleiere som skal utføre samtaler knyttet til HLR-beslutningen. Alt dette kan føre til økt kunnskap hos sykepleiere vedrørende slike beslutningsprosesser, og videre gi pasienten og deres pårørende følelse av å bli godt ivaretatt.

Sykepleiere har et ansvar for at både pasientens og pårørendes rett til informasjon ivaretas (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Det framgår i studien til Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman (2019) at arbeidsplasser som har tydelige retningslinjer og krav til HLR-avgjørelser, har høyere frekvens av informasjon til pasient og pårørende, samt dokumentasjon av avgjørelsene (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019). Dette kan bety at tydelige retningslinjer hos hver enkelt arbeidsplass kan føre til at pasienten og deres pårørende får tilstrekkelig, tilpasset og god informasjon av sykepleier vedrørende HLR-status. Dette kan videre peke i retning av at flere arbeidsplasser bør etablere og forme retningslinjer for å ivareta pasientens og pårørendes rett til informasjon og medvirkning.

Som sykepleier er en pliktig til å følge de yrkesetiske retningslinjene. Et av punktene innebærer at sykepleiere skal delta i beslutningsprosesser som omhandler livsforlengende behandling (Norsk Sykepleieforbund, 2019). HLR er en form for livsforlengende behandling, og dermed er sykepleier pliktig til å delta i beslutningsprosesser som omhandler dette (Helsedirektoratet, 2009). Forøvrig kan det oppstå uenigheter og utfordringer relatert til slike beslutningsprosesser (Dahlberg, 2017). I studien til Petterson, Hedström og Höglund (2018) fremkommer det uenigheter mellom leger og sykepleiere vedrørende beslutningsprosessen knyttet til HLR-status. Legene så på relevante retningslinjer som en hindring, mens sykepleiere så på disse som en støtte i en utfordrende beslutningsprosess (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018). Det kan tenkes at uenigheter mellom leger og sykepleiere i forhold til bruk av retningslinjer, kan være med på å skape en barriere mellom de to yrkesgruppene. Dette kan igjen føre til at sykepleiere ikke blir like inkludert som de burde i beslutningsprosesser vedrørende HLR-status. Alt dette kan føre til at sykepleiere ikke får håndhevet punkt nr. 2.11 i de yrkesetiske retningslinjene, som stiller krav til aktiv deltagelse i beslutningsprosesser som omhandler livsforlengende behandling (Norsk Sykepleieforbund, 2019).

I henhold til de yrkesetiske retningslinjer punkt nr. 2.12, skal sykepleiere bidra til at pasienter får oppleve en verdig død (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Studien gjennomført av Brännström og Jaarsma (2014) viser til usikkerhet blant sykepleiere rundt om det skal gjennomføres HLR hos pasienter i livets slutfase (Brännström og Jaarsma, 2014). I en undersøkelse som tidligere er utført rapporterer seks av ti sykepleiere å utført livreddende tiltak hvor de selv mente at dette verken var ønskelig eller gunstig for pasienten (Hofstad, 2017). Dette tyder på at sykepleiere opplever å stå i etisk utfordrende situasjoner hvor det oppstår konflikt mellom kravet om å utføre HLR og det å gi pasienten en verdig død. Det kan tenkes at slike situasjoner ofte oppstår i situasjoner hvor det ikke er tatt en beslutning vedrørende HLR-status. Petterson, Höglund og Hedström (2018) kom i sin studie fram til at de aller viktigste attributtene for både leger og sykepleiere knyttet til HLR-beslutningen var overlevelse og livskvalitet etter gjenoppliving, medisinsk prognose og retten til en fredfull død (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018). Samlet sett kan dette bety at det gjerne oppstår konflikt mellom hva som er etisk riktig å gjøre i situasjoner hvor det ikke er tatt en beslutning vedrørende om det skal gjennomføres HLR eller ikke.

4.3.2 Pasientautonomi, livskvalitet og retten til en fredfull død

Som tidligere nevnt er velgjørenhet, ikke – skade, autonomi og rettferdighet ulike prinsipper med stor relevans innenfor sykepleiefaglig etikk. Prinsippene har lik verdi og ingen er viktigere enn andre. Velgjørenhetsprinsippet og ikke – skadeprinsippet henger tett sammen, forskjellen er at velgjørenhet er en aktiv handling og ikke – skade en passiv handling (Slettebø, 2013). Det å fremme og legge til rette for det gode, beskriver velgjørenhetsprinsippet godt (Brinchmann, 2016). Resultatartiklene vi har brukt i oppgaven vektlegger prinsippet autonomi, og har mindre fokus på de andre prinsippene. Alle prinsippene henger likevel tett sammen. Studien til Pettersson, Höglund og Hedström (2018) fokuserer på ikke – skadeprinsippet knyttet til HLR-beslutningen. Legene i studien mente at ikke – skade var den viktigste verdien i beslutningsprosessen rundt HLR-status, mens sykepleierne mente autonomi var det viktigste. Denne forskjellen oppstod selv om de etiske prinsippene i utgangspunktet skal ha lik verdi og vektlegges likt (Brinchmann, 2016). Dette kan peke i retning av at et team sammensatt av leger og sykepleier vil kunne ivareta pasientens verdier på en verdig måte, selv om de vektlegger de etiske prinsippene ulikt.

De inkluderte resultatartiklene tar i hovedsak for seg vurderinger knyttet til pasientautonomi, og pasientens rett til å medvirke i beslutninger vedrørende egen helse. Samtlige studier fokuserer også på rutiner for vurderinger og informasjon rundt samtale i livets slutfase. Hadley (2020) viser til at utvalget i hennes studie opplevde et profesjonelt ansvar for å gjennomføre samtaler knyttet til livets slutfase på riktig tidspunkt i sykdomsforløpet. Sykepleierne i studien uttrykte viktigheten av å gi riktig og tydelig informasjon til pasienten og deres pårørende, slik at de sammen med legen kan gjøre det beste valget for hver enkelt pasient. Studien tydeliggjør også at det å inkludere pasienter og pårørende i avgjørelser rundt livets slutfase er god sykepleiepraksis (Hadley, 2020). Likevel viser studien til Pettersson, Höglund og Hedström (2018) at halvparten av deltakerne mente at det var lite sannsynlig at pasienten ville bli inkludert i beslutningsprosessen og avgjørelsen knyttet til HLR-status. Dette kan tyde på at pasientene ikke får den informasjonen de har krav på. Til tross for dette rapportere nærmere 60% av deltakerne i studien at de mener det er svært viktig at en informerer pasientene, slik at de aktivt kan delta i beslutningsprosessen og pasientautonomien blir ivaretatt (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018). Dette kan peke i retning av at ved å inkludere pasientene i slike avgjørelser oppstår det ingen unødig skade for den enkelte pasient

Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman (2019) finner i sin studie at arbeidsplasser med klare retningslinjer og krav vedrørende HLR-beslutninger var assosiert med at pasientene og deres pårørende fikk den informasjonen de har krav på. Ved at sykepleierne inkluderer pasienten i avgjørelser knyttet til livets slutfase, vil dette kunne påvirke utfallet av beslutningene som tas (Sterpu, Lindman og Björkhem-Bergman, 2019). Tydelig fordeling av ansvarsoppgaver mellom sykepleiere og leger har også vist seg å være viktig for at pasienten og deres pårørende skal bli inkludert i beslutninger knyttet til HLR-status (Brännström og Jaarsma, 2014). Dette kan tyde på at tydelig tverrfaglig ansvarsfordeling er viktig for ivaretagelse av pasientautonomi.

Studien til Brännström og Jaarsma (2014) viser til at sykepleiere er opptatt å velge riktig tidsrom for samtaler vedrørende HLR-status. Dette er viktig for å unngå unødig skade for pasienten. Dersom sykepleieren venter for lenge med å ta opp samtalen knyttet til HLR-status kan dette føre til at sykdomsforløpet til pasienten ikke gjør det mulig å få et adekvat svar knyttet til beslutningen (Brännström og Jaarsma, 2014). Ved at sykepleierne gir tydelig informasjon på riktig tidspunkt, gir det pasienten mulighet for å ta et autonomt valg (Slettebø, 2013). Likevel viser studien til Pettersson, Höglund og Hedström (2018) at sykepleiere og leger ikke alltid inkluderer pasientene og deres pårørende i beslutningsprosessen rundt HLR-status (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018). Dette kan føre til at pasientene ikke gis mulighet til å ta autonome valg.

Sykepleiere skal gi pasienter tydelig informasjon til riktig tidspunkt for at hver enkelt pasient skal kunne ta sine egne valg (Brinchmann, 2016). Forberedende samtaler vedrørende livets slutfase og beslutninger om HLR-status bør gjennomføres på en verdig måte. Dette stiller krav til sykepleierens etiske kompetanse (Helsedirektoratet, 2009). Studien til Pettersson, Höglund og Hedström (2018) viser til at respondentene mener at utdanning, kurs, erfaring, selvrefleksjon, samt et godt arbeidsmiljø for etiske refleksjoner er viktig for å kontinuerlig utvikle sykepleierens etiske kompetanse. Det framkommer også at retningslinjer er en god støtte for at sykepleiere skal ta del i flere samtaler om livets slutfase og beslutninger om HLR-status (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018). Likevel viser Kazmierski og King (2015) til at sykepleierne i deres studie ikke hadde fått formell opplæring knyttet til forberedende samtaler og beslutningsprosessen mot HLR-status (Kazmierski og King, 2015). I tillegg viser Hadley (2020) til at sykepleierne i hennes studie opplever manglende selvtilit

og erfaring knyttet til slike samtaler og beslutninger (Hadley, 2020). Imidlertid viser studien til Pettersson, Hedström og Höglund (2018) at sykepleiere gjerne opplever støtte i tydelige retningslinjer rundt beslutningsprosesser knyttet til HLR-status, mens legene ofte ser på dette som en hindring (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018). Studien til Pettersson, Höglund og Hedström (2018) fant også andre forskjeller mellom sykepleiere og leger, særlig når det gjaldt synet på viktigheten av deltagelse og informasjon til pasient og pårørende (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018). Dette er interessante funn, og kan skyldes at legene er de som er ansvarlige for å ta den endelige avgjørelsen vedrørende HLR-status. Det kan tenkes at dette gir legene mer erfaring og bedre selvtillit knyttet til denne beslutningsprosessen, noe som gjør dem mindre avhengige av retningslinjer. Sykepleierne derimot, støtter seg i denne sammenhengen på legen, og tar ikke selvstendige avgjørelser knyttet til dette. Av den grunn får de ikke mulighet til å utvikle selvtillit på området.

Sykepleieren skal sørge for rettferdighet i helsetjenesten, noe som betyr at alle pasienter skal få lik behandling (Slettebø, 2013). I lys av vår problemstilling kan en se på rettferdighet knyttet til at sykepleieren skal sørge for en naturlig og verdig død (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Studien til Pettersson, Höglund og Hedström (2018) viser til flere attributter som var viktig for både sykepleiere og leger i beslutningsprosessen knyttet til HLR-status. Livskvalitet i etterkant av gjenoppliving, samt retten til en fredfull død fremkom som viktig for begge yrkesgrupper (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018). Til tross for vellykket HLR, kan komplikasjonene etter både hjertestansen og utførte livreddende tiltak være alvorlige (Haugen, 2017). En konsekvens av dette kan være at pasienten ikke opplever livskvalitet i etterkant av gjenopplivning, og fratras retten til en fredfull død.

4.4 Den utfordrende samtalen

Helsepersonell – herunder sykepleiere, opplever ofte usikkerhet og uklarheter relatert til samtaler vedrørende livets slutfase (Dahlberg, 2017). Det stilles krav til at sykepleier skal delta i samtaler og beslutningsprosesser som omhandler dette temaet. I følge Kazmierski og King (2015) opplever likevel sykepleiere at de får for lite opplæring knyttet til forberedende samtaler vedrørende HLR-status (Kazmierski og King, 2015). Også studien til Hadley (2020) påpeker at fokus på utdanning og opplæring er viktig for å kunne håndtere beslutningsprosessen mot HLR-status (Hadley, 2020). Til tross for at forberedende samtaler kan være vanskelig å ta opp, beskriver deltagerne i studien til Brännström & Jaarsma (2014)

at disse samtalene er viktige å gjennomføre. De viser seg nemlig å kunne være starten på en dypere og viktig samtale angående ønsker og behov i livets slutfase (Brännström og Jaarsma, 2014).

Pasienter har ofte ulike ønsker for medvirkning, og det kan være utfordrende å svare på hvordan samtaler om livsforlengende behandling bør formidles og diskuteres. Nasjonal veileder utgitt av Helsedirektoratet (2009) tydeliggjør viktigheten av at sykepleier kommuniserer godt med pasient og pårørende, og formidler god informasjon for å unngå usikkerhet og uenigheter (Helsedirektoratet, 2009). Det er også viktig med god informasjon og kommunikasjon for at pasientene og deres nærmeste pårørende skal kunne ta informerte valg, og at autonomien ivaretas. I studien gjennomført av Hadley (2020) vises det til at deltakerne mener det er god praksis å inkludere pasienter og pårørende i avgjørelser knyttet til HLR-status (Hadley, 2020). Dette kan peke i retning av at sykepleiere har fokus på ivaretagelse av pasientautonomi gjennom god kommunikasjon og tilstrekkelig informasjon til pasienter og deres pårørende. Dette til tross for at det framkommer at sykepleierne ofte opplever disse samtalene som utfordrende.

4.5 Kildekritikk

Å være kildekritisk omhandler hvordan man evner å vurdere og karakterisere litteraturen man har benyttet. Det er viktig å forholde seg kritisk til kildene sine, og være bevisst på hvilke kriterier en benytter seg av under utvelgelsen av litteratur. Formålet med å stille seg kritisk til kildene sine er å involvere leseren i de vurderingene man har gjort. Man må vurdere litteraturens validitet for å belyse problemstillingen man ønsker svar på. Validitet omhandler relevans og gyldighet av forskningen som er gjort. Videre bør en redegjøre for kildene sine på en slik måte at det er tydelig hva slags kilde som er benyttet. Leseren må overbevises om at kildene har god reliabilitet for valgt problemstilling, noe som innebærer at kildene må være pålitelige og relevante (Dalland, 2014).

De seks studiene som er inkludert i litteraturstudien er hentet fra anerkjente databaser hvor publiseringskanalene har vitenskapelig nivå én. Studiene som blir presentert i vår oppgave er ikke eldre enn fem år. Ved å ekskludere studier som er eldre enn fem år kan vi risikere at eldre relevant forskning uteblir. Likevel vil det at vi har valgt studier som er fra de siste fem år, føre til at vi får frem den nyeste forskningen knyttet til fagfeltet (Dalland, 2014).

Vi har ikke inkludert noen studier fra Norge, men har valgt studier som er utført i land som er sammenlignbare med Norge. Årsaken til dette inklusjonskriteriet er at vi ønsker å drøfte problemstillingen vår relatert til helsetjenester i land vi kjenner godt, har erfaringer fra og senere skal jobbe i. Landene studiene er gjennomført i er Sverige og Storbritannia. Dette er land vi mener kan sammenlignes med Norge. Alle studiene vi har inkludert er publisert på engelsk, noe som kan føre til at feiltolkninger kan forekomme.

Vi har valgt å inkludere to studier som er utført av de samme forfatterne. Vi innser at en slik handling vil kunne føre til et entydig perspektiv på problemstillingen vår. Likevel mener vi etter en vurdering at studiene fokusere på ulike ting, samt at den ene er kvalitativ og den andre er kvantitativ forskning (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018) (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018).

4.6 Forskningsetiske overveielser

I forskningen til Kazmierski og King (2015) er det gitt etisk godkjenning fra The Research Ethics Panel ved School of Human and Health science ved universitetet i Huddersfield (Kazmierski og King, 2015).

I litteraturstudien inkluderer vi som nevnt to artikler skrevet av Pettersson, Höglund og Hedström der begge er fra 2018. Felles for disse studiene er at de er gjennomført i henhold til internasjonale retningslinjer for empirisk forskning. For begge artiklene er det søkt om etisk godkjenning der de har fått til svar at dette ikke var nødvendig grunnet studiens art (Pettersson, Hedström og Höglund, 2018) (Pettersson, Höglund og Hedström, 2018).

Resten av den inkluderte litteraturen er godkjent av etisk komité og har egne avsnitt i artiklene som sier noe om dette. Vi anser på bakgrunn av overveielsene som er gjort at forskningen som er inkludert i oppgaven ivaretar forskningsetiske retningslinjer på en tilfredsstillende måte.

4.7 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling

Hensikten med en litteraturstudie er ikke å komme med nyskapende funn, men å sammenstille allerede eksisterende kunnskap (Thidemann, 2015). Arbeidet med denne oppgaven har ikke fremskaffet nyskapende funn. Det finnes mye teori og forskning på området, samt et

forholdsvis tydelig lovverk. Likevel er det fortsatt mye usikkerhet og manglende kunnskap rundt dette temaet i klinisk sykepleiepraksis. Det kan tenkes at hovedutfordringen med dette er at de etiske aspektene er komplekse, og at det dermed ikke kan lages en fasit som kan anvendes hos samtlige pasienter. Alle situasjoner må vurderes individuelt, og det kan være lett å skyve ansvaret over på andre.

5.0 KONKLUSJON

I løpet av arbeidet med denne oppgaven har det kommet tydelig fram at sykepleiere opplever det som utfordrende å stå i situasjoner hvor det ikke er tatt stilling til HLR-status hos pasienter i livets slutfase. Slike situasjoner oppstår relativt hyppig i klinisk sykepleiepraksis, og kan derfor oppleves som belastende for sykepleiere i sin arbeidshverdag. Sykepleierne opplever etiske dilemmaer knyttet til usikkerhet om det skal gjennomføres HLR eller ikke. Etiske verdier som trekkes fram som sentrale er blant annet pasientens grad av livskvalitet etter gjenoppliving, samt pasienters rett til en fredfull død.

Sykepleiere og leger samarbeider ofte tett i pasientnært arbeid, og uklarheter rundt hvem som har ansvar for hva, kan være en barriere for å ta opp spørsmål rundt HLR-status. Norsk lovverk regulerer i utgangspunktet denne ansvarsfordelingen forholdsvis tydelig. Likevel tyder det på at sykepleiere opplever det som vanskelig å orientere seg i lovverk, noe som kan føre til at de ikke ivaretar sitt juridiske ansvar knyttet til livets slutfase på en tilfredsstillende måte. Mange sykepleiere opplever tydelige krav og retningslinjer vedrørende HLR-status som en støtte i beslutningsprosessen. Å innlede samtaler knyttet til livets slutfase oppleves for de fleste sykepleiere som utfordrende, da de opplever å ha lite opplæring og erfaring med slike samtaler. Det er likevel viktig for dem at disse samtalen gjennomføres, samt at de blir gjennomført til rett tid og på riktig måte. Dette både for å ivareta pasientens autonomi, samt å imøtekomme juridiske krav som stilles til sykepleieren.

For å utvikle god etisk kompetanse er det flere aspekter som oppleves som viktige for sykepleiere. Fokus på læring, utvikling og erfaring, samt et godt klima for etisk refleksjon på arbeidsplassen framstår som viktig. Sykepleierne opplever sin etiske kompetanse som sentral for å sikre pasientautonomi, samt at pasientens rett til en verdig og fredfull død ivaretas.

Økt fokus på tydelige krav og retningslinjer, den utfordrende samtalen, sykepleierens juridiske ansvar, samt styrking av etisk kompetanse, vil kunne påvirke sykepleiers opplevelse av beslutningsprosessen vedrørende HLR-status.

Litteraturliste

- Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care - a practical guide*. London: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Brinchmann, B. S. (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 81- 96.
- Brännström, M. og Jaarsma, T. (2014) Struggling with issues about cardiopulmonary resuscitation (CPR) for end-stage heart failure patients, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2). doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12174>.
- Dahlberg, J. (2017) *Dette sier loven om beslutninger i livets slutfase*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/05/dette-sier-loven-om-beslutninger-i-livets-slutfase> (Hentet: 18. februar 2020).
- Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hadley, J. M. (2020) Managing Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation conversations in the community, *British Journal of Community Nursing*, 25(2), s. 58-64. doi: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.2.58>
- Haugen, J. E. (2017) Hjerte-lunge-redning, i Haugen, J. E. (red.) *Akuttmedisinsk sykepleie - utenfor sykehus*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 47-63.
- Helmers, A.-K. B. (2017) *Uklar HLR-status kan oppleves dramatisk*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/05/uklar-hlr-status-kan-oppleves-dramatisk> (Hentet: 30. mars 2020).
- Helsedirektoratet (2009) *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/> (Hentet: 31. mars 2020).
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Hentet: 18. februar 2020).
- Hofstad, E. (2017) *Gjenoppliver mot bedre vitende*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/05/gjenoppliver-mot-bedre-vitende> (Hentet: 31.mars 2020).
- 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). doi: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.1.19>.

- Lillemoen, L. (2015) Etikk i sykepleien, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm, s. 297- 335.
- Norsk Sykepleieforbund (2018) *Forsvarlighet - Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20191202100138/NSF%20Forsvarlighetshefte-april_2018.pdf (Hentet: 18.februar 2020).
- Norsk Sykepleieforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 20.april 2020).
- Odland, L.-H. (2016) Menneskesyn, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 25- 42.
- Pasient - og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient - og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven> (Hentet: 18. februar 2020).
- Pettersson, M., Hedström, M. og Höglund, A. T. (2018) Ethical competence in DNR decisions—a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care, *BMC Medical Ethics*, 19(1), s. 63. doi: 10.1186/s12910-018-0300-7.
- Pettersson, M., Höglund, A. T. og Hedström, M. (2018) Perspectives on the DNR decision process: A survey of nurses and physicians in hematology and oncology, *PLoS ONE*, 13(11), s. 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0206550.
- Slettebø, Å. (2013) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2016) Etske dilemmaer, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 43- 53.
- Sterpu, B., Lindman, P. og Björkhem-Bergman, L. (2019) A comparative study on decision and documentation of refraining from resuscitation in two medical home care units in Sweden., *BMC Palliative Care*, 18(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0472-z>.
- Støren, I. (2013) *Bare søk!* Oslo: Cappelen Damm.
- Thidemann, I. J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

