

Vilde Kjellbakken Knapp

## Hjerte- og lungeredning minus

Hvilke etiske og juridiske utfordringer kan oppstå hos sykepleiere ved HLR i fravær av en beslutning om HLR minus ?

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Tore Karlsen

Mai 2021



Vilde Kjellbakken Knapp

## **Hjerte- og lungeredning minus**

Hvilke etiske og juridiske utfordringer kan oppstå hos sykepleiere ved HLR i fravær av en beslutning om HLR minus ?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Tore Karlsen  
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden



## Forord

Først av alt ønsker jeg å takke min veileder Tore Karlsen. Du har vært oppmuntrende og positiv fra begynnelsen, og imponerer stadig med å være tilgjengelig for spørsmål til alle døgnets tider. Du viser at du har solid oversikt over sykepleiefaget, og har gjennom prosessen kommet med relevante innspill og betraktninger.

Valg av tema falt på sykepleie ved hjerte- og lungeredning minus da jeg har erfart en usikkerhet blant sykepleiere om når det er en etisk og juridisk korrekt avgjørelse å begynne hjerte- og lungeredning eller ikke. Pasienten kan ha en omfattende sykdomstilstand der muligheten for et fullverdig liv etter gjenoppliving er minimal eller ikke eksisterende. Forskningslitteratur understøtter at dette er en gjentakende utfordring.

Denne bacheloroppgaven er den avsluttende oppgaven på studiet for Bachelor i Sykepleie våren 2021. Jeg håper at både sykepleierstudenter, sykepleiere og andre kan ha nytteverdi av å lese min bacheloroppgave.

Studier kan til tider føles som en evigvarende lang og bratt oppoverbakke. Derfor ønsker jeg å takke medstudenter og kollegaer for oppmuntrende ord og positivitet, samt interessante diskusjoner om temaet.

*“Death is not the opposite of life,  
but a part of it.*

(Haruki Murakami, 2007)

## Sammendrag

|   |                          |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| <u>Tittel:</u> Hjerte- og lungeredning minus – Hvilke etiske og juridiske utfordringer kan oppstå i fravær av beslutningen om HLR minus ?   |                          | <u>Dato:</u><br>21.05.2021            |
| <u>Forfatter:</u> Vilde Kjellbakken Knapp   |                          |                                       |
| <u>Veileder:</u> Tore Karlsen   |                          |                                       |
| <u>Nøkkelord/stikkord:</u> Hjerte- og lungeredning, HLR %, etiske utfordringer og lovverk, sykepleierens rolle  |                          |                                       |
| <u>Antall sider/ord:</u> 30/8785  | <u>Antall vedlegg:</u> 0 | <u>Publiseringsavtale inngått:</u> Ja |
| <p><b>Bakgrunn:</b> Jeg har erfart en usikkerhet blant sykepleiere om når det er en etisk og juridisk korrekt avgjørelse å begynne hjerte- og lungeredning eller ikke. Pasienten kan ha en omfattende sykdomstilstand der muligheten for et fullverdig liv etter gjenoppliving er minimal eller ikke eksisterende. Forskningslitteratur understøtter at dette er en gjentakende utfordring.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med denne bacheloroppgaven vil være å belyse de etiske og juridiske utfordringene ved hjerte- og lungeredning minus dersom legen ikke har tatt standpunkt til det i forkant av en eventuell hjertestans.</p> <p><b>Metode:</b> Det er benyttet litteraturstudie som metode ved hjelp av strukturerte søk i databasene Ovid MEDLINE, Cinahl og PubMed. Det er drøftet fem forskningsartikler som omhandler temaet, men med forskjellig innfallsvinkel.</p> <p><b>Resultat:</b> Forskningslitteratur viser til at pasienter og pårørende har økt behov for tilstrekkelig informasjon om hva resuscitering innebærer. Samtidig viser funn at sykepleiere velger å begynne gjenoppliving dersom ordre om HLR minus ikke er tilstede, til tross for egne synspunkt om etikken av resusciteringsforsøket.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Riktig tilgjengelighet av beslutningen om HLR minus vil bidra til at pasienten får dø på en verdig og fredelig måte. På bakgrunn av motsigelser av det juridiske perspektivet er det ikke uforståelig at det oppstår etiske dilemmaer for sykepleiere ved en hjertestans hos en pasient der legen ikke har befattet beslutningen om HLR minus.</p> |                          |                                       |

## Abstract

|   |                              |                            |
|---|------------------------------|----------------------------|
| <u>Title:</u> Do not resuscitate – Which ethical and legal challenges may arise in the absence of a decision of cardiopulmonary resuscitation minus?  |                              | <u>Date:</u><br>21.05.2021 |
| <u>Author:</u> Vilde Kjellbakken Knapp  |                              |                            |
| <u>Supervisor:</u> Tore Karlsen   |                              |                            |
| <u>Keywords:</u> Cardiopulmonary resuscitation, DNR, nurse´s role, ethical issues and legislation   |                              |                            |
| <u>Number of pages/words:</u> 30/8785   | <u>Number of appendix:</u> 0 | <u>Availability:</u> Yes   |
| <p><b>Background:</b> The reason this topic has been chosen is that I´ve experienced uncertainty among nurses about when it is an ethically and legally correct decision to start cardiopulmonary resuscitation or not. The patient may have extensive state of disease where the possibility of a full life after resuscitation is minimal or non-existent. Research literature supports that it´s a recurring challenge.</p> <p><b>Aim:</b> The purpose of this thesis will be to shed the light on the ethical and legal challenges of cardiopulmonary resuscitation minus if the doctor hasn´t taken a stand on it in advance of a possible cardiac arrest.</p> <p><b>Method:</b> A literature study has been used as a method using structured searches in the databases Ovid MEDLINE, Cinahl and PubMed. Five research articles have been discussed that deal with the topic, but with different approaches.</p> <p><b>Results:</b> Research literature indicates that patients and next of kin have an increased need for sufficient information about what resuscitation entails. At the same time, findings show that nurses choose to begin resuscitation if DNAR orders aren´t present, despite their own views on the ethics of the attempt of resuscitation.</p> <p><b>Conclusion:</b> The proper availability of a DNAR order will contribute to the patient dying in a peaceful and dignified manner. Based on contradictions from the legal perspective, it´s not incomprehensible that ethical dilemmas arise for nurses in the event of a cardiac arrest where the doctor hasn´t considered the decision of a DNAR order.</p> |                              |                            |

# Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Forord</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>Sammendrag</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>Abstract</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>1.0 Innledning</b> .....   | <b>6</b>  |
| 1.1 Introduksjon til tema .....                                       | 6         |
| 1.2 Problemstilling .....   | 6         |
| 1.3 Avgrensning.....  | 6         |
| 1.4 Sykepleiefaglig relevans.....                                     | 7         |
| 1.5 Teoretiske perspektiver .....                                     | 8         |
| <b>2.0 Metode</b> .....   | <b>11</b> |
| 2.1 Litteraturstudie som metode.....                                  | 11        |
| 2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode.....                             | 11        |
| 2.3 Inklusjonskriterier .....   | 12        |
| 2.4 Søkestrategi og resultater.....                                   | 13        |
| 2.4.1 PICO skjema .....   | 15        |
| 2.4.2 Søkestrategi i tabellform.....                                  | 16        |
| 2.5 Forskningsetiske retningslinjer.....                              | 17        |
| <b>3.0 Resultat</b> .....   | <b>19</b> |
| 3.1 Matriser.....   | 19        |
| 3.1.1 Artikkel 1 .....  | 19        |
| 3.1.2 Artikkel 2 .....  | 20        |
| 3.1.3 Artikkel 3 .....  | 21        |
| 3.1.4 Artikkel 4 .....  | 22        |
| 3.1.5 Artikkel 5 .....  | 23        |
| 3.2 Analyse .....   | 24        |
| 3.2.1 Diskusjonen om HLR status med pasienten og deres pårørende..... | 24        |
| 3.2.2 Hvem er den ansvarlige i beslutningsprosessen?.....             | 25        |
| 3.2.3 Etikk.....  | 26        |



|  |           |
|--|-----------|
| 3.2.4 Lovverk.....   | 27        |
| 3.2.5 Dokumentasjon av HLR status .....                      | 27        |
| <b>4.0 Drøfting .....</b>                                    | <b>28</b> |
| 4.1 Tillate en naturlig død?.....                            | 28        |
| 4.2 Er beslutningen om HLR minus tatt på rett grunnlag?..... | 29        |
| 4.3 Etiske spørsmål ved resuscitering.....                   | 30        |
| 4.4 Juridiske retningslinjer .....                           | 31        |
| 4.5 Oppgavens sykepleiefaglige relevans.....                 | 32        |
| <b>5.0 Konklusjon.....</b>                                   | <b>34</b> |
| <b>6.0 Litteraturliste.....</b>                              | <b>36</b> |

## 1.0 Innledning

### 1.1 Introduksjon til tema

Jeg ønsker at bacheloroppgaven skal omfatte et tema som ikke er godt nok belyst i dagens helsevesen. Temaet omhandler etiske og juridiske utfordringer som oppstår når en sykepleier står ovenfor en situasjon der man vurderer å unnlate hjerte- og lungeredning, dersom det ikke er befunnet beslutning om det som på fagspråket heter hjerte- og lungeredning minus. Det vil si at hjerte- og lungeredning ikke skal iverksettes dersom det oppstår akutt respirasjons- eller hjertestans hos en pasient. (Krüger, 2005) Videre vil hjerte- og lungeredning også bli benevnt med forkortelsen HLR eller resuscitering. Hovedsakelig er HLR et medisinsk begrep som definerer gjenopplivingsforsøk med hjerte- og lungeredning. (Nordseth, 2018)

Gjennom tidligere praksisperioder og arbeidserfaring utenfor studiet, har jeg opplevd usikkerhet blant sykepleiere om når det er en etisk og juridisk korrekt avgjørelse å begynne hjerte- og lungeredning eller ikke. Det med utgangspunkt i at pasienten kan ha en omfattende sykdomstilstand der muligheten for et fullverdig liv etter gjenoppliving er minimal eller ikke eksisterende. Jeg har opparbeidet en oppfatning av at det er mange sykepleiere som synes dette er et vanskelig og utfordrende tema å forholde seg til. Nettopp derfor er det desto viktigere å belyse temaet.

### 1.2 Problemstilling

Følgende problemstilling er formulert med betraktning av introduksjonen til temaet:

*«Hvilke etiske og juridiske utfordringer kan oppstå hos sykepleiere ved hjerte- og lungeredning i fravær av en beslutning av hjerte- og lungeredning minus?»*

### 1.3 Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til eldre mennesker med multimorbiditet der det kan være forventet dødsfall i institusjon. Multimorbiditet kan defineres som en person som har flere sykdommer eller lidelser som spiller inn på hverandre i større eller mindre grad. (Hem, 2020) Det er tatt utgangspunkt i verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon av eldre som benytter begrepet om mennesker over 65 år. (Engedal, 2019) Helsedirektoratet (2013) beskriver at

resuscitering kan oppfattes som en forlengelse av den naturlige dødsprosessen hos multimorbide pasienter fremfor å være et livreddende tiltak.

Det er ingen tvil om at resuscitering redder liv, men samtidig kan aktiv behandling hindre en fredfull og verdig død. Oppgaven vil ikke ta for seg suicid (selvmord) eller eutanasi (aktiv dødshjelp). Dersom legen ikke har tatt den medisinske vurderingen av HLR minus vil det kunne medføre at sykepleieren utfører aktiv dødshjelp. (Helsedirektoratet, 2013)

Hovedsakelig vil oppgaven ha avgrensning til å omhandle juridiske og etiske utfordringer, og resonnering i situasjoner hvor sykepleieren opplever at pasienten har fått en hjertestans der det er fravær av HLR minus. I tillegg vil den omhandle sykepleierens beslutningsprosess i ovennevnte situasjoner.

#### 1.4 Sykepleiefaglig relevans

Helsepersonelloven (1999) jf. § 3 definerer helsepersonell som personell med autorisasjon jf. § 48 a eller lisens jf. § 49. Det vil si personer som har gjennomgått lov- eller forskriftsbestemt helsefaglig utdanning. (ibid.)

For at temaet skal kunne være sykepleiefaglig relevant vil det vektlegges at det er sykepleierens ansvar å bidra til lindring og sørge for palliativ pleie, og dermed kunne bidra til at pasienten får en verdig og naturlig død. Samtidig er det innenfor sykepleierens ansvar å handle etter etiske- og juridiske retningslinjer, samt at det skal være forsvarlig utført. I tillegg se på skillet mellom sykepleierens og legens oppgaver, men også viktigheten av et tverrfaglig samarbeid samtidig som sykepleieren erkjenner grenser for egen kompetanse. (Norsk Sykepleieforbund, 2011)

I situasjoner det ikke er tatt stilling til HLR minus kan pasienten være i risiko for en unødvendig lidelse og/eller en uverdig død. På grunnlag av dette kan sykepleierens muligheter til å tilrettelegge for en verdig og naturlig død i henhold til yrkesetiske retningslinjer, bortfalle. Ofte kan sykepleiere oppleve situasjoner der et valg mellom å redde liv eller legge til rette for en verdig død, kan oppleves som et etisk dilemma. Det kan medføre at sykepleieren tolker det som et valg mellom å gjøre pasienten godt eller skade pasienten. Situasjoner der beslutningen om HLR minus ikke er fattet av en lege kan sykepleieren settes i et etisk dilemma, og dermed redusere kvaliteten på arbeidet til sykepleieren.

## 1.5 Teoretiske perspektiver

Den største profesjonsgruppen i dagens helsevesen er sykepleiere. Arbeidet sykepleiere utfører foregår ofte i et tverrfaglig profesjonelt samarbeid med andre helseprofesjoner og servicepersonell. Arbeidet foregår i ulike arenaer, som i sykehjem, sykehus, pasientens eget hjem, på oljeplattform og i primitive feltsykehus i kriseområder. Felles for arbeidet er at sykepleieren samarbeider tett med legen, særlig i forbindelse med endringer i pasientens tilstand, spørsmål som oppstår for sykepleieren, eller dersom pasienten eller pårørende ønsker en samtale med legen. (Holter, 2015) Virginia Henderson beskriver sykepleierens funksjon som følgende:

*Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig. (Mathisen, 2015)*

I bacheloroppgaven vil sykepleierens funksjon omhandle tilrettelegging for en fredfull død. Det innebærer sykepleierens funksjon av lindring, hovedsakelig i form av palliativ pleie. Videre omhandler sykepleierens funksjon veiledning til pasient og pårørende i form av å gi kunnskap om pasientens diagnose og prognose, og eventuelle behandlingsalternativer. Ikke minst vil det innebefatte sykepleierens kvalitetssikring i forhold til sitt eget arbeid.

Sykepleierens funksjon ved lindrende behandling omfatter å begrense pasientens omfang av psykiske, fysiske og sosiale belastninger. En lindrende behandling skal fremme pasientens følelse av velvære, og sykepleieren må dermed rette oppmerksomheten mot pasientens livskvalitet, samt opplevelse og erfaringer i henhold til sin sykdom og lidelse. Samtidig har sykepleieren en undervisende funksjon som innebærer et ansvar ovenfor pasienter, pårørende, studenter og kolleger, der informasjon, undervisning og veiledning står sentralt. Hensikten er å fremme trygghet, men også bidra til at pasienten får hjelp til forståelse og mestring av konsekvensene av en sykdom og lidelse, og deres behandling. Ikke minst har sykepleieren ansvar for å kvalitetssikre arbeidet som utføres. Det innebærer egenvurdering av egen sykepleieutøvelse, og at sykepleieren selv skal kjenne til egen kompetanse. (Nortvedt & Grønseth, 2016)

I sykepleieyrket kan dilemmaer oppstå på en hverdagslig basis, og betegnes som en konflikt mellom sykepleierens profesjonelle plikt til å yte hjelp og pasientens autonomi. Ut fra dette defineres et etisk dilemma som et valg, en situasjon eller et problem som det kan se ut til at man ikke finner en tilfredsstillende løsning på, og som vil involvere valg mellom like uønskede alternativer. For sykepleieetikken kan de fire etiske grunnprinsippene benyttes for forståelsen av etisk problemløsning. (Brinchmann, 2012)

Mennesker kan uavhengig av alder og fysisk tilstand oppleve en hjertestans. Det kan være en forventet hjertestans grunnet langvarig sykdom, men det kan også være en hjertestans som er uforventet og forårsaket av et traume (for eksempel en alvorlig ulykke). En hjertestans, eller sirkulasjonsstans, betegnes som når hjertets pumpefunksjon av blod ut til kretsløpet opphører. Det forårsakes av asystoli, hjertets muskulatur står helt stille, eller av ventrikkelflimmer, hjertets muskulatur vibrerer. (Lindebjerg & Stubberud, 2015)

I 2013 kom et veiledningsskriv fra Helsedirektoratet, «Beslutningsprosess ved begrensning av livsforlengende behandling». I dette veiledningsskrivet kommer det ikke frem en tydelig definisjon av hjerte- og lungeredning minus. Sjefslege Dr. Krüger ved Diakonhjemmet sykehus kom i 2005 med en retningslinje for hjerte- og lungeredning minus. Han definerer at hjerte- og lungeredning ikke skal iverksettes dersom det oppstår en akutt respirasjons- eller hjertestans hos en pasient. Resuscitering innebærer å utføre brystkompresjoner, medikamentell behandling med adrenalin (åpner hjertets blodårer/koronararteriene) og cordarone (rytmestabiliserende/antiarytmika), ventilering i form av intubering for å sikre oksygentilførsel og defibrillering (hjertestarter). (Krüger, 2005) American Heart Association (AHA) introduserte i 1960 hjerte- og lungeredning, og det ble godkjent for klinisk praktisering og som en prosedyre i 1974. (Fallahi, M., et.al, 2018)

Helsepersonelloven §7 belyser helsepersonellens plikt til å umiddelbart igangsette påtrengende nødvendig helsehjelp når de anser et behov for det. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) kan gi noen begrensninger, men dersom pasienten ikke er i stand til å gi sitt samtykke eller motsetter seg helsehjelp skal allikevel nødvendig helsehjelp gis. (Helsepersonelloven, 1999) I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b (1999) har pasienten rett til å få ovennevnt behandling fra spesialisthelsetjenesten dersom behandlingen har nytteverdi. I Helsedirektoratets veiledningsskriv (2013) defineres hva som menes med nytteløs behandling. Det innebærer behandling som har en større mengde bivirkninger enn virkninger, en dårlig effekt av eller ikke tilstedeværende virkning av

behandlingen, eller dersom kostnaden er høyere enn nytteverdien av behandlingen. Sykepleierens funksjon blir dermed å sørge for lindring og legge til rette for en fredfull død.

I veiledningsskrivet til Helsedirektoratet (2013) er det tatt hensyn til at norsk lov og opinionen tar hensyn og vektlegger pasientautonomi, med forbehold om at pasienten er samtykkekompetent. Lexow (2010), leder av norsk resusciteringsråd, viser til følgende definisjon av samtykkekompetent pasient:

*«En samtykkekompetent pasient har som hovedregel rett til å samtykke til, eller nekte, faglig indisert livsforlengende behandling. Pasientens selvbestemmelse og medbestemmelse forutsetter god kommunikasjon.»*

Det kommer frem i pasient- og brukerettighetsloven § 4-2 (1999) at samtykket kan enten gis uttrykkelig (skriftlig eller muntlig) eller stilltiende (via kroppsspråk). Av samme lov jf. § 4-3 har mennesker over 18 år rett til å samtykke helsehjelp, men pasientens samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis ved fysiske eller psykiske forstyrrelser der pasienten ikke innehar forståelse om samtykkets omfang. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent opprettes vergemål jf. § 4-20 av vergemålsloven. (2010)

## 1.6 Hensikt

Hensikten vil med dette i betraktning være å belyse de etiske og juridiske utfordringene ved hjerte- og lungeredning minus dersom legen ikke har tatt standpunkt til det i forkant av en eventuell hjertestans. Målet er at sykepleiere skal kunne føle seg tryggere i valg som blir tatt i akutte situasjoner med hjertestans som en følge, med betraktning i de etiske og juridiske vurderingene som må gjøres.

## 2.0 Metode

I boken «*Metode og oppgaveskriving for studenter*» (Dalland, 2020) defineres metode som en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være holdbare, sanne eller gyldige. En metode vil kunne være til nytte ved å fortelle oss hvordan vi kan gå frem for å innhente kunnskap eller etterprøve kunnskap. Ved valg av metode som skal benyttes bør begrunnelsen innebefatte at metoden vil kunne gi gode data og kunne belyse problemstillingen på en interessant, men faglig måte. (ibid.) Metoden vil kunne være til nytte for innsamling av informasjon til litteraturstudien. Temaet jeg har valgt inneholder mange aspekter. Derfor vil det kunne være nødvendig å benytte en kombinasjon av ulike metodiske tilnærminger for at artiklene skal kunne komplementere hverandre og dermed gi et helhetlig syn på temaet. (ibid.)

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven bygges på en litteraturstudie. En litteraturstudie skal kunne tolke og sammenfatte litteratur om et spesifikt tema. Det innebærer å gjennomføre systematiske søk etter relevant litteratur. (NTNU, 2020) En negativ side ved litteraturstudien er at det kan medføre et snevert omfang for egne synspunkt og tolkninger av faglitteraturen. På grunnlag av utfordringer med å innhente ny informasjon fra andre kilder i litteraturstudien vil drøftingen og konklusjonen kunne bære preg av tidligere forskning og resultater. På den andre siden er litteraturstudien positivt ved at de faglige artiklene er oftest fagfellevurdert (kvalitetssikret av to-fire eksperter før publisering (Grønmo, 2021)), og utgitt og publisert i tidsskrifter, noe som forsterker påliteligheten til fagartiklene.

### 2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitativ metode kan benyttes for å innhente informasjon som kan beskrives ved hjelp av tall, dette for å kunne presisere og gi et mest mulig eksakt resultat. Sentralt i dette står hermeneutikk da tall ikke er selvforklarende. Hermeneutikk kan betegnes som læren om fortolkning, altså at man forsøker å finne frem til en underliggende mening eller gi en klarhet i forhold til noe som kan fremstå som uklart. (Dalland, 2020)

Kvalitativ metode kan på den andre siden benyttes for å innhente informasjon som ikke kan måles ved bruk av tall. Ved bruk av denne metoden står hermeneutikken mer sentralt enn ved kvantitativ metodebruk. Målet vil kunne være å få frem egenskaper eller karaktertrekk ved fenomenene, altså hvordan de inkluderte partene selv opplever det. (ibid.)

På hver sin måte kan både kvantitativ og kvalitativ metode bidra til bedring i forståelsen av hvordan mennesker individuelt, i grupper eller institusjoner samhandler eller utfolder seg. (ibid.)

## 2.3 Inklusjonskriterier

Målet med litteraturstudien var å finne minimum fem og maksimalt åtte relevante forskningsartikler. Både kvalitative- og kvantitative metoder var aktuelt for å innhente et helhetlig resultat på temaet og problemstillingen. For å søke strategisk i innhenting av informasjon tenker jeg at det er betydningsfullt at sykepleieren står sentralt, i henhold til det juridiske lovverket og det etiske rammeverket. (Brinchmann, 2012)

| Inklusjonskriterier   |
|---|
| Fagfellevurdert.  |
| Engelsk eller skandinavisk språk.                                   |
| Pasienter >65 år med multimorbiditet.                               |
| Studier gjort i år 2000 eller nyere.                                |
| IMRAD struktur.   |
| Etiske perspektiver og dilemmaer ved HLR minus tas opp i artiklene. |
| Juridisk relevans i henhold til temaet tas opp i artiklene.         |
| Sykepleieres oppfatning av HLR minus.                               |
| Tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og leger.                  |



|  |
|--|
| Sykepleierens profesjonelle rolle til pasienter i situasjoner der HLR vil være relevant. |
|--|

|   |
|---|
| Et gjennomgående sykepleieperspektiv i artiklene. |
|---|

For å kunne fastslå om det er en vitenskapelig publikasjon må fire kriterier oppfylles. Det første kriteriet er å presentere ny innsikt. For det andre må resultatene kunne være etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning. Samtidig må publikasjonen være på et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for interesserte forskere. Det siste kriteriet er at publikasjonen må være i en publiseringskanal med rutiner for fagfelleevaluering. (UiO, 2015)

NSD (2021) – norsk senter for forskningsdata ble benyttet for å fastslå tidsskriftets vitenskapelige nivå. To nivåer benytte for å bedømme det vitenskapelige nivået på artiklene. Nivå 1 omhandler publiseringskanaler som er vurdert til å tilfredsstille minimumskravet til en ekstern fagfelleevaluering, vitenskapelig redaksjon og minimum en nasjonal krets av forfattere. Nivå 2 er det høyeste nivået, og omhandler publiseringskanaler som er mest betydelige og kvalitetskrevede som har internasjonal prestisje. (ibid.)

For å fastslå artiklenes validitet og reliabilitet ble sjekklister utformet for kvalitative studier benyttet. (Helsebiblioteket, 2016) Dette for å kunne gi troverdig kunnskap. Validitet kan defineres som gyldighet og relevans, noe som vil si at det som undersøkes må ha relevans og være gyldig for det aktuelle problemet. Reliabilitet kan defineres som pålitelighet, og handler korrekt utførelse av målinger der eventuelle feilmarginer oppgis. (Dalland, 2020)

## 2.4 Søkestrategi og resultater

I søkeprosessen var det relevant å benytte flere databaser for å innhente fagartiklene. Relevante databaser var Ovid MEDLINE, Cinahl og PubMed. Fordelen med databasene er at tidligere søk med ulike søkekombinasjoner kan lagres. Ovid MEDLINE skilte seg ut ved at databasen opplevdes å være mer effektiv i den tidlige delen av søkeprosessen da den er mer oversiktlig og ryddig enn de andre ovennevnte. Det var allikevel aktuelt å benytte Cinahl og PubMed for å kunne kontrollere søkeord opp mot resultater av artikler, om det var de samme artiklene eller om det var mulig å finne flere relevante artikler.

En annen fordel med Ovid MEDLINE er at dersom man benytter ord som ikke er en MeSH-term (Medical Subjects Headings) vil databasen foreslå andre MeSH-term som kan erstatte ordet som er benyttet. MeSH defineres som et behjelpelig verktøy til å enkelt og raskt kunne finne de autoriserte søkeordene og dermed benytte dem direkte i informasjonskilder internasjonalt. MeSH benyttes som et emneordssystem i ulike databaser som for eksempel PubMed og Ovid MEDLINE. (Aasen, 2020)

Søkeprosessen bestod av kombinasjoner av flere søkeord, vist i tabell 2. Kombinasjonen av søkeord var ikke lik for hvert søk, men bestod av alternative kombinasjoner for å kunne finne flere artikler. Disse ble benyttet i de tre forskjellige databasene. Søkeordene viste seg å være spesifikke nok til å kunne finne relevante artikler som belyste temaet fra forskjellige perspektiver.

Den første utvelgelsesprosessen av relevante artikler bestod av en redegjørelse for valget da det oftest er mange resultater. Derfor kan man se på overskriftene til artiklene for å snevre inn antallet ved å se om den kan gi en indikasjon på innholdets relevans. Videre i prosessen kan sammendraget til de resterende artiklene gi indikasjon på om artikkelen svarer til inklusjonskriteriene, dersom de ikke var det så ble de forkastet. Til slutt i prosessen stod man igjen med artikler som kunne være relevante, og dermed ble lest i sin helhet. Dersom dem ikke var forskningsbaserte ble dem forkastet. Dette kan betegnes som eliminasjonsmetoder for å snevre inn artiklenes relevans.

I prosessen med å søke etter artikler var det imidlertid en del artikler som tilsynelatende var relevante, men med begrenset tilgang. Av den årsaken var det artikler som ble forkastet selv om dem i utgangspunktet kunne vært relevante. På den andre siden viste det seg å være ugunstig å søke på et søkeord av gangen, da artikkeltreffene ble for bredspektret.

### 2.4.1 PICO skjema

I forkant av litteratursøket ble det benyttet PICO skjema som kan bidra til å gi struktur, samtidig klargjøre problemstillingen til litteratursøket. I tillegg bidra til kritisk vurdering av og utvelgelsen av litteratur. (Helsebiblioteket, 2016) PICO kan også være nyttig for å identifisere og organisere eventuelle søkeord. Forskningslitteratur er hovedsakelig skrevet på engelsk, og derfor må søkeordene være på engelsk. PICO vil dermed kunne være med å danne et grunnlag for innhenting av den forskningsbaserte kunnskapen. (ibid.)

(tabell 1)

| <b>Patients/<br/>population/problem</b>  | <b>Intervention/initiativ/<br/>action</b>  | <b>Comparison</b>                                  | <b>Outcome</b>  |         |
|--|--|--|---|---------|
| Hvilken populasjon/<br>hvilket problem<br>dreier det seg om?   | Hvilke tiltak vurderes?  | Hvilke<br>alternativer<br>finnes til<br>tiltakene? | Hvordan kan tiltakene<br>påvirke utfallet?<br>Hvilke utfall er<br>interessante?   | ↑       |
| -Pasienter over 65 år<br>med multimorbiditet.<br>(Elderly people &<br>old patients)<br>-Hjertestans.<br>(Cardiac arrest &<br>heart arrest) | -Resuscitering.<br>(Cardiopulmonary<br>resuscitation &<br>resuscitation<br>medicine) | -Ikke<br>resuscitering.<br>(DNR)                   | -Hvilke etiske og<br>juridiske utfordringer<br>kan oppstå hos<br>sykepleiere i<br>beslutningen om HLR<br>eller HLR minus.<br>(Nurse, nursing ethics,<br>ethical, dilemma,<br>challenges, decision<br>making, perception,<br>accountability &<br>viewpoints) | OR<br>↓ |
| ← AND →  |  |  |   |         |

## 2.4.2 Søkestrategi i tabellform

(Tabell 2)

| Søkeord                          | Database        | Kombinasjoner   | Treff | Land  | Artikkelfunn  |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-------|-------|---|
| 1. Nursing ethics                | Ovid<br>MEDLINE | 2 + 5 + 11 + 12 | 1     | Iran  | Fallahi, M., et.al (2018)<br><i>Nurses and physicians' viewpoints about decision making of do not attempt resuscitation (DNAR).</i> |
| 2. Nurse                         |                 |                 |       |       |   |
| 3. Cardiac arrest                |                 |                 |       |       |   |
| 4. DNR                           |                 |                 |       |       |   |
| 5. Cardiopulmonary resuscitation |                 | 5 + 9 + 17      | 35    |       | *   |
| 6. Accountability                |                 | 5 + 9 + 16      | 28    |       | *   |
| 7. Challenges                    |                 | 5 + 7 + 8       | 6     |       | *   |
| 8. Perception                    |                 | 1 + 7 + 9       | 0     |       | *   |
| 9. Ethical                       |                 | 3 + 5 + 15      | 4     |       | *   |
| 10. Dilemma                      |                 | 3 + 5 + 10 + 14 | 0     |       | *   |
| 11. Decision making              |                 | 2 + 8 + 16 + 17 | 1     | Norge | Saevareid, T. J & Balandin, S. (2011) <i>Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old people.</i>  |
| 12. Viewpoints                   |                 |                 |       |       |   |
| 13. Resuscitation medicine       |                 | 2 + 5 + 6 + 17  | 0     |       | *   |
| 14. Advocacy role                |                 | 4 + 12 + 16     | 0     |       | *   |
| 15. Elderly people               |                 | 4 + 5 + 9 + 17  | 11    |       | *   |
| 16. Old patients                 |                 | 5 + 14 + 16     | 0     |       | *   |
| 17. Heart arrest                 |                 | 5 + 15 + 17     | 1     |       | *   |

|  |  |                 |    |           |   |
|--|--|-----------------|----|-----------|---|
|  |  | 5 + 9 + 10 + 11 | 7  |           | *   |
|  | PubMed –<br>National<br>Library of<br>Medicine | 2 + 5 + 14      | 13 | Spania    | Tíscar-González V., et al.<br>(2019) <i>The advocacy role of<br/>nurses in cardiopulmonary<br/>resuscitation.</i> |
|  |  | 2 + 3 + 4 + 9   | 9  |           | *   |
|  |  | 2 + 3 + 5 + 9   | 34 | Australia | Hayes, B., (2012) <i>Clinical<br/>model for ethical<br/>cardiopulmonary<br/>resuscitation decision-making</i>     |
|  |  | 2 + 8 + 9 + 11  | 57 | Irland    | Kelly, J., (2008) <i>Nurses' and<br/>doctors' perspectives on slow<br/>codes</i>                                  |
|  |  | 4 + 5 + 9 + 16  | 5  |           | *   |
|  | Cinahl   | 5 + 15 + 17     | 2  |           | *   |
|  |  | 4 + 11 + 17     | 12 |           | *   |
|  |  | 5 + 9 + 16      | 7  |           | *   |
|  |  | 4 + 16 + 17     | 1  |           | *   |

\* Ingen funn av relevante artikler.

## 2.5 Forskningsetiske retningslinjer

Lov om organisering av forskningsetisk arbeid, også nevnt forskningsetikkloven, kom i 2006. Virkningsområdet jf. § 2 i forskningsetikkloven gjelder forskere og forskning i Norge. Formålet er at forskning både i offentlig og privat regi som blir utført av nordmenn enten nasjonalt eller internasjonalt, eller utføres i Norge skal gjennomføres i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. (Forskningsetikkloven, 2006) Verdens legeforening utformet i 1964 en deklarasjon, Helsinkideklarasjonen, og er et eksempel på etiske retningslinjer som forskere

benytter internasjonalt. Deklarasjonen ble sist revidert i 2013, og grunner i Nürnbergkodeksen som ble utarbeidet i ettertiden av den andre verdenskrigens forskningsetiske ugjerninger mot sårbare grupper. Nürnbergkodeksen omtaler kun forskning på friske mennesker, mens derimot tar Helsinkideklarasjonen for seg klinisk forskning og inkluderer sårbare grupper. (Førde, 2014)

Mennesker har ulik helse der noen rammes av funksjonshemming, sykdom eller invaliditet. Noen av ulikhetene vil kunne ha årsaker som er utenfor individets kontroll. Dette kan eksempelvis ses i forbindelse med diskriminering basert på kjønn, kultur eller rase, eller svikt fra samfunnets side til å kunne sørge for at alle mennesker uavhengig av deres økonomiske situasjon skal ha grunnleggende helsetjenester (Urke, 2020). Ut fra dette kan utsatte grupper være mennesker med sosiale eller økonomiske utfordringer. Det inkluderer mennesker som er hjemløse, problematisk rusmiddelbruk, psykiske lidelser eller funksjonshemming, multimorbiditet og innvandrere (Dahl, Bergsli, Van Der Wel, 2014).

Helsinkideklarasjonen understreker at hensynet til sårbare grupper vektlegges sterkt, men det skal ikke pålegges unødvendig risiko og ubehag under forskningen. Samtidig tilrettelegges det for forskning på individer og grupper. Dette med bakgrunn av at mangel på kunnskap kan føre til usikker behandling og utsette dem for unødvendig risiko. Derfor vil forskning være en nødvendighet for å innhente ny kunnskap for samfunnets og vitenskapens behov. (Førde, 2014) Helsinkideklarasjonen vil være relevant for bacheloroppgaven da pasientgruppen som er stilt opp mot problemstillingen er eldre, multimorbide mennesker som opplever en hjertestans. Denne sårbare pasientgruppen vil dermed ikke ha mulighet til å kunne gi uttrykk om egne meninger om de ønsker resuscitering eller ikke når en hjertestans inntreffer.

Deltakere og/eller forfattere har ikke hatt egen vinning i forbindelse med oppgaven eller artiklene. Artiklene som er benyttet har ikke vært finansiert av eksterne aktører. Under utarbeidelsen av de ulike artiklene har ikke liv eller eiendom kommet til skade. I forhold til oppgaven er dette viktig å utelukke med tanke på at det kunne vært ødeleggende for resultatet, og dermed oppfattes som etisk uforsvarlig.

## 3.0 Resultat

### 3.1 Matriser

#### 3.1.1 Artikkel 1

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Referanse</b> | Tíscar-González V., et al. (2019) The advocacy role of nurses in cardiopulmonary resuscitation. I: <i>Sage Journals. Nursing ethics</i> .  |
| <b>Hensikt</b>   | Målet er å beskrive beslutningspåvirkningen sykepleieren har i forbindelse med hjerte- og lungeredning hos pasienter.  |
| <b>Metode</b>    | Det ble benyttet en kvalitet tilnæringsmetode. Deltakerutvalget ble utført målrettet ved å invitere pasienter, pårørende og helseprofesjoner i ulike organisasjoner. Studien ble gjennomført i fire diskusjonsgrupper der de tok opp problemstillingen.  |
| <b>Resultat</b>  | Tre betydelige emner ble identifisert som deltakerne mente er sykepleieres beslutningspåvirkning i relasjon til HLR. Det første emnet omhandlet å følge pasienter i livets siste fase i en kontekst av medisinsk dominans. Deltakerne innrømmet en beskrivende medisinsk praksis med økt press om å redde liv. Det andre emnet beskriver helseprofesjonenes taushetspakt der dem gir etter for pårørendes preferanser. Dette vil medføre at pasienter ikke vil kunne få all informasjon om deres sykdomsprosess, noe som kan hindre deres deltakelse i beslutningsprosesser. Det siste emnet som identifiseres er juridisk usikkerhet og bekymringer. Helseprofesjoner beskrev sin uvitenhet om eksisterende lovverk, og bekymring for juridiske konsekvenser. På bakgrunn av dette pleide leger å praktisere medisin defensivt, da med aggressive, og av og til nytteløse behandlinger. |
| <b>Kritikk</b>   | Studien kan ikke generaliseres på grunn av den er lokalisert til et sted. I motsetning er det en styrke ved studien at den gir god informasjon i forhold til formålet med studien.   |

### 3.1.2 Artikkel 2

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Referanse</b> | Fallahi, M., et.al (2018) Nurses and physicians' viewpoints about decision making of do not attempt resuscitation (DNAR). I: <i>Multidisciplinary Respiratory Medicine</i>   |
| <b>Hensikt</b>   | Studien ble gjennomført for å kunne fastslå sykepleiere og leger sine synspunkt i forhold til avgjørelsen om HLR % .   |
| <b>Metode</b>    | Det ble foretatt en beskrivende analyse benyttet med en kvantitativ tilnærming ved bruk av spørreskjema og studieprotokoll. Deltakerutvalget omfattet sykepleiere og leger som arbeidet i sykehus tilknyttet Kemanashah University of Medical Science. Det var totalt 304 deltakere der fordelingen var 152 sykepleiere og 152 leger. Deltakerutvelgelsen bestod av en lagdelt kvote etter en briefing med kandidatene om metode og objektivitet av studien. |
| <b>Resultat</b>  | Gjennom analysen kom det frem at sykepleiere og leger er uenige i enkelte områder av beslutningsprosessen om ordren om å ikke begynne et resusciteringsforsøk. For eksempel sykepleierens rolle i beslutningsprosessen, og innhente samtykke fra pasient og pårørende. Imidlertid var legenes holdninger mer positive enn sykepleierens holdning til å innhente pasientens samtykke med evnen om å fatte en beslutning om HLR minus.                         |
| <b>Kritikk</b>   | En av begrensningene er restriksjonen studien har til kun tre sykehus i Iran. I tillegg valgte flere av deltakerne (rundt 36 %) å forlate studien, noe som kan ha påvirket resultatet. På bakgrunn av dette må resultatene behandles med forsiktighet.   |



### 3.1.3 Artikkel 3

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Referanse</b> | Saevareid, T. J & Balandin, S. (2011) Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old people. I: <i>Journal of Advanced Nursing</i>  |
| <b>Hensikt</b>   | Målet var å utforske sykepleieres tanker og holdninger i forhold til hjerte- og lungeredning hos de aller eldste pasientene.   |
| <b>Metode</b>    | I studien ble det tatt i bruk en kvalitativ forskningsmetode i form av dybdeintervju av ti sykepleiere. Informasjonen ble innhentet over en periode på et år (2009-2010). Sykepleierne arbeidet på tre forskjellige sykehus.   |
| <b>Resultat</b>  | <p>Sykepleierne forteller de opplevde en del stress i den palliative fasen hos pasienter der legen ikke hadde befattet beslutningen om HLR minus. Dette i tilfeller der sykepleierne oppfattet pasienten som kvalifisert til beslutningen. Deltakerne var klare på at det juridiske aspektet måtte følges, men at det ofte var fravær av eller svært forsinket dokumentasjon på HLR minus fra legen.</p> <p>Fem av de ti deltakerne opplevde at legen ba sykepleierne gå langsomt frem for å gjøre resuscitering nytteløst. I tillegg hadde noen sykepleiere opplevd at legen ga mangelfull informasjon om hjerte- og lungeredning minus til pasientene.</p> |
| <b>Kritikk</b>   | <p>En svakhet ved resultatet kan være at fire av ti sykepleiere ikke ønsket oppfølgingsintervju angående temaet. I tillegg hadde flere sykepleiere mindre enn fem års ansiennitet innfor sykepleieryrket.</p> <p>På den andre siden viser artikkelen hvor viktig det er at helseprofesjoner har god nok forståelse av hva det juridiske regulerer når det ikke er tatt stilling til HLR %.</p>   |

### 3.1.4 Artikkel 4

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Referanse</b> | Kelly, J., (2008) Nurses' and doctors' perspectives on slow codes<br>I: <i>Nursing Ethics</i>  |
| <b>Hensikt</b>   | Hensikten var å utforske sykepleieres og legers perspektiv på bruken av «å bevege seg langsomt» i forbindelse med hjertestans hos pasienter.   |
| <b>Metode</b>    | I studien ble deltakerne, som henholdsvis var tre sykepleiere og to leger, intervjuet. Det ble benyttet en kvalitativ tilnæringsmetode.<br>Inkluderingskriteriene for deltakelsen var å ha minimum to år relevant klinisk praksis.   |
| <b>Resultat</b>  | Deltakerne var enige om at «slow codes» er en uverdigg metode å benytte. Resultatet viste derimot at dette forekom på sykehus. Under intervjuene kom det frem at «slow codes» kunne oppfattes som på grensen til eutanasi og dette opplevdes som stressende for sykepleiere, ikke minst uverdigg for pasientene. I intervjuene kom det frem at én sykepleier observerte at ved god kommunikasjon mellom lege og pårørende, kunne «slow codes» unngås. Samtidig mente legene at metoden kunne være et godt alternativ for pasienten. Dette begrunnet dem med at de gjennom erfaring hadde opplevd at diskusjoner om HLR status kunne være skadelig for relasjonen mellom pasienten og pårørende.<br><br>Studien konkluderer med at helsepersonell bør få utdypende opplæring innenfor kommunikasjon som verktøy i praksis. Samtidig viser den til at det bør komme kliniske retningslinjer for HLR minus og «slow codes». |
| <b>Kritikk</b>   | På grunn av få deltakere kan ikke studien generaliseres, noe som er en svakhet. Samtidig er det en styrke ved studien at det kommer frem god og grundig informasjon om problemstillingen.  |

### 3.1.5 Artikkel 5

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Referanse</b> | Hayes, B., (2012) Clinical model for ethical cardiopulmonary resuscitation decision-making. I: <i>Internal Medicine Journal</i>   |
| <b>Hensikt</b>   | Hensikten var å utvikle en klinisk modell som kan brukes i utdanningen for å kunne forbedre konsistensen i beslutningsprosesser i forbindelse med HLR.  |
| <b>Metode</b>    | <p>Det ble benyttet kvalitativ forskningsmetode. Forskningen fant sted på to sykehus i Melbourne. Deltakergruppen var henholdsvis 11 eldre leger med spesialisering, 11 yngre leger inkludert medisinstudenter, og 11 sykepleiere.</p> <p>Det ble benyttet individuelle intervjuer som utforsket spørsmål tilknyttet beslutningstaking under HLR, beslutningsprosesser i forhold til HLR, og om deltakerne trodde avgjørelser i forbindelse med HLR var forskjellig fra andre medisinske beslutninger og deres erfaringer med gjennomføring av HLR.</p> |
| <b>Resultat</b>  | <p>Det ble identifisert temaer knyttet til både de tekniske og moralske aspektene ved avgjørelser i forbindelse med HLR. Videre ble det tatt opp tre hovedemner til beslutningsprosessen til HLR; tillit, HLR som beslutning om liv og død, og om måten man dør på er verdig eller ikke.</p> <p>Studien viser til at det er foreløpig en betydelig uenighet om den relative autoriteten til klinikeren (legen) og pasienten, og inkonsekvens (selvmotsigelser) i beslutningsprosesser vedrørende HLR.</p>   |
| <b>Kritikk</b>   | Denne studien kan ikke generaliseres, det på grunn av den er lokalisert til kun to sykehus i samme by. I motsetning er det en styrke ved studien at den gir god informasjon i forhold til formålet med studien.   |

## 3.2 Analyse

Dalland beskriver analyse som en prosess der man undersøker noe som er sammensatt av flere deler. Det faglige formålet med en analyse er å finne egenskapene eller enkeltdeler som bidrar til muligheten for å kunne forstå helheten bedre. Dette er en forutsetning for å kunne gjøre en selvstendig fortolkning av det gjeldende materialet. I betraktning av dette vil en analyse innebære å finne likheter og ulikheter i materialet. (Dalland, 2020) Det finnes forskjellige analysemetoder. Det er valgt å ta utgangspunkt i Aveyard (2014) sin forenklede metode for litteraturanalyse. Først må artiklene i resultatdelen leses grundig gjennom for å kunne skaffe oversikt over artiklenes innhold og metoder i de ulike studiene. Videre går man gjennom resultatdelen til studiene én gang til for å kunne identifisere hovedfunn. Temaer i hovedfunnene benyttes som grunnlag for å sortere funn i «grupper». Artiklenes innhold sammenlignes deretter for å kunne bli satt opp mot hverandre for drøfting. Studienes kvalitet må ses på med et kritisk blikk for å kunne identifisere styrker, svakheter, likheter og ulikheter. (Aveyard, 2014)

### 3.2.1 Diskusjonen om HLR status med pasienten og deres pårørende

Deltakerne i Kelly (2008) sin studie forteller at selv om «trege koder» var uverdige for pasienten, kunne en diskusjon om HLR status være foruroligende. Kelly (2008) definerer «slow codes» ved å vise til eldre pasienter med en uhelbredelig diagnose, som får hjertestans der pårørende ikke kan kontaktes. I teorien er de lovpålagt å påbegynne resuscitering, men de skal la pasienten dø ved å gå langsomt frem med bare brystkompresjoner og oksygenering, men ingen intubasjon. (ibid.)

Det ble erkjent at «trege koder» kunne oppstå dersom beslutningen ikke ble dokumentert. Allikevel var det deltakere som ikke ønsket at HLR status skulle diskuteres med pasienter. En lege i studien identifiserte at en diskusjon kunne være skadelig for pasientene. Samtidig påpeker deltakerne at samtalen om beslutningen av resuscitering burde gjennomføres på et tidspunkt der pasienten er kapabel til å kunne se for seg hva de ønsker skal skje når de blir syke. (ibid.) Hayes (2012) rapporterer om at pasienter komfortabelt deltok i diskusjonen om egen HLR status. En av deltakerne fortalte at flere pasienter ga uttrykk for følgende: «Nei, jeg ønsker ikke resuscitering, jeg har hatt et godt liv, bare la meg dø». (ibid.)

Balandin & Sævareid (2011) oppfattet at kvaliteten og mengden på informasjonen om resuscitering og HLR minus som ble gitt til pasienter og pårørende, varierte fra lege til lege. Deltakerne erkjente at de hadde et likt syn på pasientenes behov for tilstrekkelig informasjon for å kunne danne en realistisk forståelse av hva resuscitering innebærer. (ibid.)

I forhold til pasienter som ikke er samtykkekompetente understreker deltakerne i studien til Kelly (2008) at det er nødvendig med samtaler med pårørende, eventuelt verge. Studien viser til funn der pårørende ikke har en realistisk oppfatning av pasientens sykdomsbilde og prognose, og om nytteverdien er minimal eller ikke tilstedeværende i forbindelse med resuscitering. Samtidig har pårørende urealistiske forventninger om suksessraten ved HLR, som kan skyldes manglende informasjon om hva gjenopplivingsprosessen innebærer. Kelly (2008) påpeker at dersom helsepersonell får opplæring i utvikling av ferdigheter i sensitiv kommunikasjon vil det kunne fremme god kommunikasjon og tillit med pårørende.

Hayes (2012) hevder at diskusjoner med pårørende angående HLR status ofte fremstod som vanskeligere enn med pasientene. Det ble begrunnet med at deltakerne oppfattet at avgjørelsen om HLR status kunne være belastende for pårørende. Imidlertid ble det rapportert tidligere tilfeller der familier avstod fra HLR minus med grunnlag at de ønsket en beskyttelse mot å føle seg ansvarlig for pasientens død. (ibid.)

### **3.2.2 Hvem er den ansvarlige i beslutningsprosessen?**

Studien til Tíscar-González., et al (2019) viser til at det er blitt anbefalt at avgjørelsen om HLR minus skal tas av ansvarlig lege i samråd med et tverrfaglig team, pasienten og deres pårørende. I den samme studien gir pasientene uttrykk for at det er legen som antas å ha de nødvendige medisinske kunnskapene, og derfor vil ha evnen til å ta beslutningen om HLR status. Videre ble sykepleierne verdsatt med egenskaper som sympati og vennlighet, men de ble imidlertid ikke referert til som fagpersoner med medisinsk kunnskap og evne til å ta beslutninger. (ibid.)

Fallahi., et al (2018) sin studie viser til at det er underlagt legens ansvar å utstede beslutningen om HLR minus. I tillegg gir de uttrykk for at det er nødvendig at beslutningsprosessen foregår i samråd med etisk komité, konsultasjon med andre leger og sykepleiere. Samtidig viser studien til at å utelukke sykepleierne fra beslutningsprosessen om HLR minus er i strid med yrkesetiske retningslinjer for sykepleie i Iran. Videre blir sykepleiere omtalt som en

nøkkelrolle i beslutningsprosessen mot HLR minus grunnet deres nære samspill med pasientene og deres pårørende. (ibid.)

Balandin & Sævareid (2011) sin studie forsterker de ovennevnte resultatene der sykepleierne arbeider tett på pasientene, der det ikke er deres ansvar å ta en beslutning om HLR status. Derimot er det legens ansvar, men de anerkjente at det kan være en utfordrende beslutningen for legen. Kelly (2008) viser til at den ansvarlige legen begrunner beslutningen om trege koder ved å henvise til etiske prinsipper om å ikke gjøre skade, men gjøre godt. Det begrunnes med at behovet til pasienten ivaretas fordi legen ikke ser nytteverdi med resuscitering, og at behandlingen er mer til skade enn nytte. «Slow codes» kan forhindres ved at sykepleiere og leger tar seg tiden til å gi pasientene og pårørende tilstrekkelig informasjon om pasientens realistiske sykdomsbilde. (ibid.)

### **3.2.3 Etikk**

Tíscar-González., et al. (2019) understreker at avgjørelsen om å igangsette hjerte- og lungeredning kan være etisk sammensatt. Det med bakgrunn i behovet til å vurdere både mengde- og livskvalitet, satt i kontekst med pasienters skrøpeligheit og varierende kapasitet i forhold til å ta en avgjørelse. Hos noen pasienter kan det være fjerntliggende med vellykket resuscitering, noe som medfører at resuscitering kan potensielt være nytteløst. Før man kan ta en beslutning om behandlingen er nytteløs eller ikke, vil det være nødvendig å veie fordeler og ulemper opp mot hverandre tatt i betraktning av pasientens individuelle verddivurderinger. (ibid)

En av deltakerne i studien til Balandin & Sævareid (2011) forteller at hun ved et tilfelle hadde utført vellykket resuscitering, men samtidig var i tvil om pasientens autonomi hadde blitt respektert. Deltakerne hevdet at mangfoldet om HLR preferanser ble utvidet til hvilken betraktning pasienten har om et verdig liv og død. (ibid.) Videre erkjenner deltakerne at de ville ha utført resuscitering ved hjertestans hos en terminal pasient i fravær av en beslutning om HLR minus. Dette med bakgrunn i at det ikke er deres beslutning om å ikke påbegynne et resusciteringsforsøk, til tross for egne synspunkt om etikken av resusciteringsforsøket. (ibid.)

### 3.2.4 Lovverk

Balandin & Sævareid (2011) påpeker at avgjørelsen angående å begynne et resusciteringsforsøk er regulert av et lovverk og retningslinjer, som er varierende fra land til land. I land som USA, England og Tyskland kan pasienter som er samtykkekompetente selv ta stilling om de ønsker livsforlengende behandling, og resuscitering ved en eventuell hjertestans. Derimot, i Norge, har kun terminale pasienter mulighet til å ta stilling til om de ønsker livsforlengende behandling og resuscitering. De juridiske retningslinjene i Norge sier heller ingenting om pliktighet til å informere pasienten eller pårørende om behandling uten nytteverdi. (ibid.) Deltakerne hevder at de juridiske retningslinjene overgår personlige preferanser i forbindelse med HLR, og at dem anbefaler helsepersonell å påbegynne resuscitering for å holde sin egen nese «ren». (ibid).

Fallahi, M., et.al (2018) understreker at lav selvtillit, mangel på tillit fra sykepleiernes side i forhold til legenes kunnskap, tvetydige lover og rettsprosess forklarer sykepleiernes negative holdning i forhold til deres ansvar om å skaffe pasientens samtykke til å ta en beslutning om HLR minus. Kelly (2008) beskriver at det oppstår «slow codes» når det ikke er befattet beslutning om HLR minus, og pårørende ønsker at alt skal gjøres selv om nytteverdien ikke er tilstedeværende. For å kunne forhindre langsomme koder presenterte deltakerne i studien Kelly (2008) et synspunkt om at retningslinjer vil kunne være nyttig. Det for å kunne styrke pasientens autonomi, og mestre utfordringer pasientene kan ha ved en diskusjon angående preferanser av HLR. Dersom det ikke er fattet beslutning om HLR minus velger ofte sykepleiere å begynne resuscitering selv uten pasientens samtykke. (ibid.)

### 3.2.5 Dokumentasjon av HLR status

Kelly (2008) belyser at lidelse kan påføres pasienter og forårsakes gjennom tilskyndelse ved en treg kode dersom en beslutningsordre om HLR minus ikke er skriftlig dokumentert. Samtidig forklarte deltakerne i studien at for at dokumentasjonen om HLR status kunne journalføres, måtte pasienten være samtykkekompetent. (ibid.) Tíscar-González., et al (2019) påpeker også at beslutningen skal dokumenteres skriftlig i pasientens journal for at alle involverte helseprofesjoner skal være klar over avgjørelsen. I studien til Balandin & Sævareid (2011) kom det frem at HLR minus ofte var dårlig dokumentert, og det hadde sammenheng med at diskusjonen om beslutningen ikke hadde funnet sted.

## 4.0 Drøfting

Beslutningen om et resusciteringsforsøk skal påbegynnes eller ikke, må ofte tas i løpet av få sekunder. Dette uten kjennskap til pasientens ønsker, sykdomsbilde eller årsaken til hjerte stansen. Lexow (2010) påpeker derfor videre at det er viktig at helseprofesjoner på forhånd har reflektert rundt etiske utfordringer som kan oppstå i disse situasjonene. Oftest vil ikke etiske problemstillinger ha et klart svar. På bakgrunn av dette vil det derfor være viktig at personell innenfor helsevesenet innehar et høyt refleksjonsnivå, men også tilstrekkelig ydmykhet i forhold til de etiske problemstillingene som omhandler verdighet, liv og død for pasientene. (ibid.)

### 4.1 Tillate en naturlig død?

I Helsedirektoratets (2013) veiledningsskriv kommer det frem at en pasient vil dø av sin grunnlidelse dersom behandlingen til en terminal pasient avsluttes, eller ved å påbegynne palliativ behandling. Eutanasi og bidra til suicid oppstår dersom behandlingen fremmer forkortelse av pasientens liv. (ibid.) Når beslutningen om HLR minus skal fattes er ikke alder alene et kriterium. Det kan medføre en oppfatning om at det ikke er tillatt å dø i Norge, uavhengig av pasientens alder eller sykdomsbilde til tross for at dagens medisinske forskning er fremskreden. (ibid.)

Lexow (2010) hevder at ved manglende beslutning og journalføring av HLR minus vil helsepersonell ofte føle seg presset til å begynne et resusciteringsforsøk. Da kan uverdige situasjoner for pasienten lett oppstå. I stedet for at pasienten opplever en verdig og fredelig avslutning på livet, vil døden kunne bli et oppstyr med fremmede mennesker. Norsk sykepleierforbund (2011) understøtter at pasienter har rett til å oppleve en fredfull og verdig død. Samtidig påpeker Kelly (2008) at den ansvarlige legen begrunner beslutningen om «slow codes» ved å henvise til etiske prinsipper om å gjøre pasienten godt, og ikke skade. Legen forklarer det med at pasienten tillates å dø ved at pasientens behov ivaretas. Det begrunnes med at det ikke kan ses nytteverdi med resuscitering, og at behandlingen vil være mer skadelig enn til nytte. (ibid.)

Tíscar-González., et al (2019) og Kelly (2008) påpeker at beslutningen om HLR minus skal dokumenteres skriftlig i journalen for at involverte helseprofesjoner skal være klar over beslutningen. På den andre siden kommer det frem i studien til Balandin & Sævareid (2011)



at det ofte var mangelfull dokumentasjon, og at det var i sammenheng med fraværende diskusjon om beslutningen. Helsedirektoratet (2013) påpeker at for å kunne sikre en fredfull og verdig død må beslutningen om HLR minus komme klart frem i medisinske kurver og journaler.

## 4.2 Er beslutningen om HLR minus tatt på rett grunnlag?

Helsedirektoratet (2013) påpeker i sitt veiledningsskriv at det kan oppstå situasjoner der det er uenighet mellom behandlingsteamet og pasienten og/eller pårørende i beslutningsprosessen. Behandlingsteamet kan anse resuscitering som nytteløst, men pasienten eller deres pårørende kan ønske livsforlengende behandling. Tíscar-González., et al (2019) erkjenner at det ofte forekommer en ensidig avgjørelse fra legen, uten konsultasjon med pasienten og pårørende. Samtidig nevnes det at det anbefales at avgjørelsen angående HLR minus skal tas av ansvarlig lege i samråd med et tverrfaglig team, pasienten og deres pårørende. (ibid.)

Ifølge § 3-3 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) nevnes det; *«Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.* Pasienten utnevner hovedsakelig hvem som er deres nærmeste pårørende. I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 b (1999) defineres nærmeste pårørende som følgende; *«Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten.»*

Helsedirektoratet (2013) hevder at det kan forsøkes å forebygge usikkerhet og uenighet rundt livsforlengende behandling, eller avgjørelsen om å avslutte den. Det forutsetter tilstrekkelig informasjon og god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/pårørende gjennom beslutningsprosessen. Kelly (2008) og Balandin & Sævareid (2011) underbygger dette ved å gi uttrykk for at pasienter og pårørende har et behov for tilstrekkelig informasjon for å kunne danne et realistisk syn av hva resuscitering innebærer.

### 4.3 Ethiske spørsmål ved resuscitering

Alle pasienter har rett til omsorg og respekt i alle fasene av livet sett fra et etisk perspektiv. (Helsedirektoratet, 2013). Brinchmann (2012) gjør rede for de fire prinsippers etikk der hvert prinsipp defineres som en plikt. De lyder som følgende: velgjørenhet – plikten til å gjøre godt mot andre, ikke skade – plikten til å ikke skade andre, autonomi – plikten til å respektere autonome personers beslutninger, og rettferdighet – plikten til å behandle like tilfeller likt. (ibid.) Tíscar-González., et al (2019) understreker at avgjørelsen om å begynne resuscitering kan være etisk sammensatt. Dermed vil det kunne være nyttig å arbeide ut fra de etiske prinsippene før å kunne løse det etiske dilemmaet.

Eksempelvis kan sykepleieren velge å arbeide etter prinsippet velgjørenhet dersom en pasient får hjertestans, der det er fravær av beslutningen om HLR minus og nytteverdien av behandlingen er minimal eller ikke tilstedeværende. Samtidig nevnes det at gjenopplivingsprosessen vil kunne skade pasienten mer enn den er til nytte. (Kelly, 2008) Hos eldre mennesker vil beinmassen reduseres grunnet redusert kalsiumopptak, noe som øker risikoen for frakturer. (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014) Dermed vil eldre mennesker være mer disponible for å oppleve costaefturer (ribbeinsbrudd) og sternumfraktur (brystbeinsbrudd) ved resuscitering. Samtidig reduseres muskelmassen hos eldre mennesker og de har høyere sannsynlighet for å utvikle osteoporose (benskjørhet). Noe som kan gjøre eldre mer utsatt for multiple frakturer, samt behov for lengre rehabiliteringstid. (ibid) Lexow (2010) påpeker videre at resusciteringsforsøk kan ende med hypoksisk hjerneskade, men at det forekommer sjeldent.

Lexow (2010) understreker at legen må ta stilling til om det er etisk forsvarlig å påbegynne resuscitering med tanke på at behandlingen kan gi pasienten unødige lidelser, og i verste fall forlenge den naturlige dødsprosessen. Samtidig påpeker Norsk sykepleierforbund (2011) at pasienten har rett til å få en fredelig og verdig avslutning på livet. Dersom en sykepleier velger å handle etter de etiske prinsippene velgjørenhet og ikke skade andre, kan det være nødvendig å ikke påbegynne resuscitering. Helsedirektoratet (2013) påpeker at dette kan være vanskelig å bedømme i pasientens terminale fase. Balandin & Sævareid (2011) understøtter at ved fravær av den medisinske avgjørelsen om HLR minus, til tross for at pasienten lider, vil det kunne føre til en uverdigg død. Noe som kan medføre et etisk dilemma for sykepleieren. (ibid.) Det kan krenke menneskers verdighet å forlenge dødsprosessen dersom pasienten lider.

(Helsedirektoratet, 2013). Dermed kan de yrkesetiske retningslinjene til sykepleieren ved palliativ pleie følges. (Norsk sykepleierforbund, 2011)

Kelly (2008) påpeker at «langsomme koder» er et uetisk prinsipp som forekommer i arbeidslivet. Det understøttes av Balandin & Sævareid (2011) som forklarer at dette forekommer ved fravær av beslutningen om HLR minus. Fallahi., et al. (2018) poengterer at sykepleiere har et tett samspill med pasienten og deres pårørende, og ser deres perspektiv. Ut fra dette forklarer Kelly (2008) at «langsomme koder» defineres som når pårørende ønsker at alle behandlingstiltak skal være utprøvd, til tross for at pasienten vil oppleve store lidelser. Videre poengteres det at sannsynligheten for «langsomme koder» iverksettes i tilfeller der pårørende ikke godtar at nytteverdien av behandlingen ikke er tilstede. Fra legens ståsted benyttes denne «koden» i tilfeller der legen føler seg presset til resuscitering. (ibid.)

Forskning viser at sykepleiere har manglende kunnskap i forbindelse med HLR hos pasienter der det er fravær av beslutningen om HLR minus. (Balandin & Sævareid, 2011) Det belyses gjennom studiene til (ibid), Kelly (2008), Tíscar-González., et al (2019) og Hayes (2012) at sykepleiere synes det er utfordrende å forholde seg til pasienter uten status om HLR minus.

#### 4.4 Juridiske retningslinjer

Kelly (2008) belyser at sykepleiere unnlater å begynne gjenoppliving dersom sykepleieren er overbevist om at behandlingen ikke har nytteverdi. Til tross for dette belyser Helsepersonelloven (1999) § 7 helsepersonellens plikt til å umiddelbart igangsette påtrengende nødvendig helsehjelp når de anser et behov for at det er nødvendig. Allikevel understøttes det av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 (1999) noen begrensninger, men dersom pasienten ikke er i stand til å samtykke eller motsetter seg helsehjelp skal allikevel nødvendig helsehjelp gis. (Helsepersonelloven, 1999) Samtidig fritar Helsepersonelloven (1999) § 7 helsepersonell fra å bedrive behandling uten nytteverdi selv om dette ikke kommer frem i klar kontekst. På den andre siden uttrykker Helsedirektoratet (2013) at man ikke skal se på resuscitering som et nytteløst tiltak eller at det er noen klare retningslinjer for å avstå fra hjerte- og lungeredning.

Av § 4-9 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kommer det frem at pasienter i terminal fase kan allikevel motsette seg livsforlengende behandling i Norge. Dersom pasienten motsetter seg livsforlengende behandling vil det være vesentlig å utelukke at pasienten ikke har sykdommer eller ytre faktorer som påvirker vedkommendes avgjørelse. (ibid.)

Brinchmann (2012) understreker at det er for å sikre at pasienten ikke tar et valg som ellers ikke ville blitt gjort. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, vil det være pårørendes ansvar i samråd med den ansvarlige legen og et tverrfaglig team. (Tíscar-González V., et al (2019)

Forutsetningen for at nærmeste pårørende blir kontaktet og informert vil være i medhold av § 3-3 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), at pasienten samtykker eller helsepersonellet likevel finner andre årsaker til at informasjonen bør videreformidles. Dersom pasienten har tydelig gitt beskjed om at nærmeste pårørende ikke skal ha informasjon, skal det i utgangspunktet respekteres. Rettighetene til pårørende utvides i noen tilfeller, i medhold av § 3-2, jf. § 3-3 pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Det skyldes at noen pasientgrupper i slike tilfeller i stor grad formodes å behøve hjelp fra nærmeste pårørende for å kunne ivareta egne behov og interesser. (Molven, 2015) På den andre siden hevder imidlertid Hayes (2012) og Kelly (2008) at pårørende tar avstand fra HLR minus med grunnlag i at de ikke har en realistisk oppfatning av pasientens sykdomsbilde og prognose, samtidig som de ønsker beskyttelse mot å føle seg ansvarlig for pasientens død.

#### 4.5 Oppgavens sykepleiefaglige relevans

I sykepleierutdanningen undervises det henholdsvis lite om HLR minus. Av egen erfaring gjennom studier og arbeid er dette et omdiskutert tema. Mange sykepleierstudenter og sykepleiere gir uttrykk for usikkerhet i forhold til egen rolle i beslutningsprosessen om HLR minus. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskrives sykepleierens plikt til aktiv deltakelse, til tross for dette er det varierende i praksis. (Norsk sykepleieforbund, 2011) Balandin & Sævareid (2011) og Fallahi, et al. (2018) underbygger dette ved at de beskriver varierende sykepleiepraksis i deltakelse ved beslutningsprosessen om HLR minus. En forutsetning for at sykepleiere skal kunne delta i beslutningsprosessen og ivareta kravet om å yte faglig forsvarlig sykepleie, vil være å inneha tilstrekkelig kompetanse. Hayes (2012) omtaler imidlertid behovet for større fokus på utdanningskvalitet innenfor temaet. I beslutningsprosessen vil pasienten være den viktigste nøkkelbrikken med tanke på det er en avgjørelse om vedkommendes liv. Sykepleiere kan dermed øke sin bevissthet for å kunne bidra til en forsvarlig og ryddig prosess i henhold til juridiske-, etiske- og medisinske retningslinjer.

## 4.6 Kildekritikk

Dalland (2020) beskriver kildekritikk som en vurdering og karakterisering av den litteraturen som er funnet. Det vektlegges at en skal kunne redegjøre for kriteriene som er benyttet under utvelgelsen av aktuell litteratur.

Opgavens artikler er forholdsvis utarbeidet i Iran, Irland, Norge, Spania og Australia. Det er store geografiske avstander mellom landene der artiklene er utarbeidet. I og med helseprofesjoner arbeider forskjellig fra land til land under ulike retningslinjer, burde det kanskje blitt tatt mer hensyn til under utvelgelsen. Det er henholdsvis forsøkt å trekke ut litteratur fra artiklene som kan være relevante for norske helseprofesjoners arbeid ved å benytte den nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet (2013). Artiklene er ut fra dette sett på med et kritisk blikk. Samtidig finnes organisasjonen, ICN – International Council of nurses (2013), som bidrar i publiseringen av etiske retningslinjer til sykepleiere. Medlemslisten deres viser til at alle publikasjonslandene er medlem. Noe som kan medføre at de etiske retningslinjene samsvarer med de retningslinjene som praktiseres i Norge.

I arbeidet med å finne relevante artikler har det vist seg å være utfordrende å finne artikler som har tatt for seg hovedutfordringen i problemstillingen. Artiklene har derimot ulike innfallsvinkler mot problemstillingen. Noe som har medført et bredere spekter enn utgangspunktet, men på samme tid har det ikke vært mulig å la egne meninger og synspunkter komme frem. Derfor vil meninger og synspunkter omkring oppgavens problemstilling være påvirket av tidligere tolkninger av temaet. Artiklene tar ikke særlig for seg de etiske og juridiske utfordringene som oppstår når en hjertestans inntreffer. Derimot tar artiklene for seg etikken, det juridiske og helseprofesjonenes roller i arbeidet frem mot en beslutning om HLR minus.

Hovedsakelig er det benyttet primærkilder, men i noen tilfeller er det benyttet sekundærkilder. I utgangspunktet kan dette være uheldig på grunn av forfatterens tolkning av innholdet. Det kan medføre at artiklenes innhold i utgangspunktet kan være påvirket av en annen innfallsvinkel enn meningsinnholdet. Fagstoffet som er hentet fra studiene kan være tolket tidligere, og kan dermed regnes som sekundærkilder. På bakgrunn av manglende artikler i forhold til etiske spørsmål ved resuscitering har det blitt benyttet andre kilder fra internett. Det har blitt vektlagt å benytte kilder som er anerkjent innenfor det sykepleiefaglige- og medisinske miljøet.

## 5.0 Konklusjon

Bacheloroppgavens tema omhandler etiske og juridiske utfordringer sykepleiere kan møte ved en hjertestans i fravær av beslutningen om HLR-minus. Gjennom oppgaven har både etiske og juridiske aspekter ved temaet blitt vurdert og drøftet for å kunne svare på gjeldende problemstilling: «Hvilke etiske og juridiske utfordringer kan oppstå hos sykepleiere ved hjerte- og lungeredning i fravær av en beslutning av hjerte- og lungeredning minus?» For å kunne komme med en konklusjon til problemstillingen vil det være viktig å poengtere at pasienter som vil ha nytte av resuscitering, skal ha denne behandlingen.

Sykepleieren må ta hensyn til de gjeldende juridiske retningslinjene, og er ansvarlig for at pasientens rett til autonomi blir ivaretatt. Samtidig er sykepleieren pliktet til å utføre faglig forsvarlig sykepleie, det innebærer å be om bistand i situasjoner som går over egen kompetanse. På bakgrunn av motsigelser av det juridiske perspektivet er det ikke uforståelig at det oppstår etiske dilemmaer for sykepleiere ved en hjertestans hos en pasient der legen ikke har befattet ordre om HLR minus. Kanskje det vil være behov for en juridisk lovendring dersom det er ønskelig med økt kommunikasjon med eldre, norske pasienter og deres pårørende i forbindelse med preferanser om HLR?

Ved en hjertestans må beslutningen om å begynne et resusciteringsforsøk eller ikke tas i løpet av få sekunder. Beslutningen må tas i uvitenhet om pasientens meninger, sykdomsbilde, prognose, eller den bakenforliggende årsaken til hjertestansen. Derfor vil det være mest hensiktsmessig at beslutningen om HLR minus befattes i god tid for å kunne redusere utfall av nytteløs resuscitering. I helsedirektoratets veiledningsskriv (2013) defineres hva som menes med nytteløs behandling. Det innebærer behandling som har en større mengde bivirkninger enn virkninger, en dårlig effekt av behandlingen eller en ikke tilstedeværende virkning av behandlingen, eller dersom kostnaden er høyere enn nytteverdien av behandlingen.

Beslutningen må tas i betraktning med pasientens individuelle opplevelse av betydningen av et verdig liv, samt en realistisk oppfatning av pasientens sykdomsbilde og prognose. Riktig tilgjengelighet av beslutningen om HLR minus vil kunne bidra til at pasienten får dø på en verdig og fredelig måte. Derfor vil det være viktig at personell innenfor helsevesenet innehar et høyt refleksjonsnivå, men også tilstrekkelig ydmykhet i forhold til de etiske problemstillingene som omhandler verdighet, liv og død for pasientene. (ibid.)

På bakgrunn av dette kan sykepleieren kunne slippe å oppleve etiske og juridiske utfordringer ved hjertestans der det er fravær av beslutningen om HLR minus.

## 6.0 Litteraturliste

Aasen, S. E., 2020. *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket. [Internett]

Available at: <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

[Funnet: 14. April 2021].

Aveyard, H., 2014. *Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide*. 3. utg. Berkshire: Open University Press.

Brinchmann, B. S., 2012. *Etikk i sykepleien*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dahl, E. Bergsli, H. Van der Wel, K A., (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. En rapport fra Høgskolen i Oslo og Akershus. [Internett]

Available at:

<https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

[Funnet: 15. April 2021].

Dalland, O., 2020. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 7. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Engedal, K., 2019. *Alderdom*. [Internett]

Available at: <https://sml.snl.no/alderdom>

[Funnet: 23. Mars 2021].

Fallahi, M., et.al., 2018. *Nurses and physicians' viewpoints about decision making of do not attempt resuscitation (DNAR)*. [Internett]

Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6046093/>

[Funnet: 13. April 2021].

Førde, R., 2014. *Helsinkideklarasjonen*. [Internett] Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene.



Available at: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

[Funnet: 14. April 2021].

Grønmo, S., 2021. *Fagfelle vurdering*. [Internett]

Available at: <https://snl.no/fagfelle vurdering>

[Funnet: 22. Mars 2021].

Hayes, B., 2012. *Clinical model for ethical cardiopulmonary resuscitation decision-making*.

[Internett]

Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1445-5994.2012.02841.x>

[Funnet: 14. April 2021].

Helsedirektoratet, 2013. *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Beslutningsprosesser%20ved%20begrensning%20av%20livsforlengende%20behandling%20-%20Veileder.pdf/>

[/attachment/inline/fc013b2b-2a7c-4a02-a7fd-9db54](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Beslutningsprosesser%20ved%20begrensning%20av%20livsforlengende%20behandling%20-%20Veileder.pdf/)

[Funnet: 22. Mars 2021].

Helsebiblioteket., 2016. *Kvalitativ metode* [Internett]

Available at: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

[Funnet: 11. Mai 2021].

Helsebiblioteket., 2016. *PICO*. [Internett]

Available at: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

[Funnet: 07. Mai 2021].

Helse- og omsorgsdepartementet., 1999. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*.

[Internett]

Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

[Funnet: 23. Mars 2021].

Helse- og omsorgsdepartementet., 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. [Internett]

Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruke>

[Funnet: 23. Mars 2021].

Hem, E., 2020. *Komorbiditet*. [Internett]

Available at: <https://sml.snl.no/komorbiditet>

[Funnet: 23. Mars 2021].

Holter, I. M., 2015. Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I Grov, E. K. & Holter, I. M., (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

International Council of Nurses., 2021. *Members list* [Internett]

Available at: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Public\\_NNAs%20Address%20list\\_Feb\\_2021%20Eng\\_1.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Public_NNAs%20Address%20list_Feb_2021%20Eng_1.pdf)

[Funnet: 19. April 2021].

International Council of Nurses., 2021. *Who we are* [Internett]

Available at: <https://www.icn.ch/who-we-are>

[Funnet: 19. April 2021].

Justis- og beredskapsdepartementet., 2010. *Lov om vergemål (vergemålsloven)*. [Internett]

Available at: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2010-03-26-9>

[Funnet: 15. Mai 2021].

Kelly, J., 2008. *Nurses' and doctors' perspectives on slow codes*. [Internett]

Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733007084164>

[Funnet: 13. April 2021].

Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H., 2014. *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kröger, Ø., 2005. *Diakonhjemmet sykehus*. [Internett]

Available at: [https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-](https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/retningslinjer-veiledere/hlr-minus-)

[helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/retningslinjer-veiledere/hlr-minus-](https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/retningslinjer-veiledere/hlr-minus-)

[diakonhjemmet.pdf](#)

[Funnet: 30. Oktober 2020].

Kunnskapsdepartementet., 2006. *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*. [Internett]

Available at: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

[Funnet: 15. April 2021].

Lexow, K., 2010. *Etiske spørsmål ved resuscitering*. [Internett]

Available at:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/e5b40a28bd1048d6ae406a632fe0efb6/etiske-sporsmal-ved-resuscitering.pdf>

[Funnet: 10. April 2021].

Lindebjerg, M. B. & Stubberud, D.-G., 2015. Førstehjelp. I Grov, E. K. & Holter, I. M., (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk s. 534-587.

Mathisen, J., 2015. Hva er sykepleie?. I Grov, E. K. & Holter, I. M., (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Molven, O., 2015. *Helse og jus*. 8. utg. Oslo: Gyldendal Juridisk

Murakami, H., 2007. *Death is not the opposite of life, but a part of it*. [Internett]

Available at: <https://www.azquotes.com/quote/365842>

[Funnet: 19. Mai 2021].

Nordseth, T., 2018. *Resuscitering*. [Internett]

Available at: <https://sml.snl.no/resuscitering>

[Funnet: 13. April 2021].

Norsk Sykepleieforbund., 2011. *Norsk Sykepleieforbund*. [Internett]

Available at: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

[Funnet: 22. Mars 2021].

Nortvedt, P. & Grønseth, R., 2016. Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Almås, Hallbjørg., (red.) *Klinisk sykepleie bind 1*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

NSD - norsk senter for forskningsdata., 2021. *Om register over vitenskapelige publiseringskanaler*. [Internett]

Available at: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Om>

[Funnet: 9. Mai 2021].

NTNU biblioteket i Gjøvik., 2020. *Litteraturstudium og bias*. [Internett]

Available at: <https://vimeo.com/459298954/1d5d1ca8ba>

[Funnet: 22. Mars 2021].

Saevareid, T. J & Balandin, S., 2011. *Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old people*. [Internett]

Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x>

[Funnet: 13. April 2021].

Tíscar-González V., et al., 2019. *The advocacy role of nurses in cardiopulmonary resuscitation*. [Internett]

Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733019843634>

Universitetet i Oslo., 2015. *Publikasjonskanaler, nivåer og poeng*. [Internett]

Available at: <https://www.uio.no/for-ansatte/arbeidsstotte/fa/publisering/etter-publisering/cristin/kanaler-nivaer/>

[Funnet: 9. Mai 2021].

Urke, H. B., 2018. Helsefremmende arbeid - ideologier og begreper. I Gammersvik, Å og

Larsen, T., 2018. *Helsefremmende sykepleie - I teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget

