

Maria Adele Bjørkvoll Albrektsen: 10049
Ingeborg Aasen: 10039

Sykepleiers opplevelse av uavklart HLR-status til pasienter med kort forventet levetid

Litteraturbachelor
Antall ord: 7429

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2023

Maria Adele Bjørkvoll Albrektsen: 10049

Ingeborg Aasen: 10039

Sykepleiers opplevelse av uavklart HLR-status til pasienter med kort forventet levetid

Litteraturbachelor

Antall ord: 7429

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: I 2021 ble det registrert 5476 hendelser med hjertestans i Norge. Ny behandling gir større muligheter til å forlenge liv. Dette kan medføre etiske dilemmaer knyttet til om gjenopplivning er til pasientens beste. I Norge har kun døende pasienter rett til å motsette seg livsforlengende behandling.

Hensikt: Belyse sykepleiers rolle i beslutningsprosessen ved HLR-status, og utfordringer sykepleiere kan oppleve dersom HLR-status ikke er avklart til pasienter med kort forventet levetid.

Metode: Et litteraturstudium gjennomført våren 2023. Oppgaven er basert på åtte forskningsartikler funnet gjennom systematiske søk.

Resultater: Sykepleiere har en spesiell relasjon til pasientene. Ved beslutninger om HLR-status blir ikke alltid pasientens ønsker inkludert. Moralsk stress kan oppstå hos sykepleiere dersom de ikke involveres i beslutninger om livsforlengende behandling. Pasientens livskvalitet etter gjenopplivning er viktig for sykepleiere. For at sykepleierens erfaringer om pasienten skal bli tatt i betraktning, er tverrfaglig samarbeid nødvendig. God dokumentasjon av HLR-status er avgjørende for å unngå uklare situasjoner.

Konklusjon: Moralsk stress hos sykepleiere er nært knyttet til uklar HLR-status hos pasienter med kort forventet levetid. Deltakelse i beslutningsprosessen kan bidra til at sykepleiere blir tryggere i situasjoner med hjertestans.

Nøkkelord: Kort forventet levetid, HLR-status, sykepleiers opplevelse, mellommenneskelige forhold

Abstract

Background: 5476 cardiac arrests were registered in Norway in 2021. New treatment options ensure greater possibilities for keeping patients alive. Due to this, ethical dilemmas regarding cardiopulmonary resuscitation may arise, with questions concerning what the best option may be for the patient. In Norway, only people nearing death can resist life prolonging treatment.

Aim: To illuminate nurse's role in the decision-making process surrounding DNR-orders, and challenges nurses may experience if patients with short life expectancy has an unclarified DNR-order.

Method: A literary study completed during the spring of 2023, based on eight research articles found through systematic searches.

Results: Nurses have a special relationship with their patients. Patients' wishes are not always included in decisions regarding DNR-orders. Nurses may experience moral stress if not involved in the decision-making process regarding life prolonging treatment. Nurses find the patients' quality of life important. Interdisciplinary collaboration is necessary to include nurses' patient experiences. Thorough documentation of DNR-orders is crucial to avoid unclear situations.

Conclusion: Nurses' moral stress is related to unclear DNR-orders among patients with short life expectancy. Nurses' participation in the decision-making process can improve situations of cardiac arrest.

Keywords: Short life expectancy, DNAR order, nurse's experience, interpersonal aspects

Innhold

1.	Introduksjon.....	6
1.1.	Bakgrunnsteori	6
1.1.1.	Hjerte- og lungeredning	6
1.1.2.	Joyce Travelbee's teori om mellommenneskelige forhold	7
1.1.3.	Forhåndssamtaler.....	7
1.1.4.	Sykepleierens juridiske og etiske ansvar	8
1.2.	Formål og problemstilling	9
2.	Metode	10
2.1.	Beskrivelse av metode	10
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
2.3.	Søkestrategi	11
2.4.	Vurdering og utvelgelse av artikler	17
2.5.	Analyse.....	17
3.	Resultater	19
3.1.	Artikkelmatriser	19
3.2.	Sammenfattet resultat fra studiene	27
3.2.1.	Samhandling med pasienten.....	27
3.2.1.1.	Sykepleiers nære relasjon til pasienten	27
3.2.1.2.	Ivaretagelse av pasientens autonomi.....	27
3.2.2.	Sykepleierens etiske ansvar	27
3.2.2.1.	Moralsk stress	27
3.2.2.2.	Ivaretagelse av pasientens verdighet.....	28
3.2.2.3.	Mangelfull dokumentasjon.....	28
3.2.3.	Tverrfaglige beslutningsprosesser.....	28
3.2.3.1.	Viktigheten av sykepleiers rolle i beslutningsprosesser.....	28
3.2.3.2.	Tverrfaglig samarbeid	29
4.	Diskusjon	30
4.1.	Den mellommenneskelige relasjonen som ressurs	30
4.2.	Moralsk stress som følge av etiske dilemmaer.....	32
4.3.	Viktigheten av tverrfaglige beslutningsprosesser	33
4.4.	Implikasjoner for sykepleie.....	34
4.5.	Metodediskusjon - Styrker og svakheter.....	35
4.6.	Konklusjon	36
	Referanser.....	37

Tabeller

Tabell 1 Konsepttabell	10
Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
Tabell 3 Søketabell	12
Tabell 4 Håndsök	16
Tabell 5 Hovedtema og undertema	18
Tabell 6 Hovedtema med artikler	18
Tabell 7 Artikkelmatrise A	19
Tabell 8 Artikkelmatrise B	20
Tabell 9 Artikkelmatrise C	21
Tabell 10 Artikkelmatrise D	22
Tabell 11 Artikkelmatrise E	23
Tabell 12 Artikkelmatrise F	24
Tabell 13 Artikkelmatrise G	25
Tabell 14 Artikkelmatrise H	26

1. Introduksjon

I 2021 oppsto 5476 hendelser med hjertestans i Norge (Tjelmeland et al., 2021, s. 8). I løpet av de siste årene har ny medisin og behandling gitt store muligheter til å forlenge pasienters liv (Helsedirektoratet, 2013). Slike muligheter kan føre til etiske dilemmaer for sykepleiere, knyttet til om behandlingen er til pasientens beste eller om det bidrar til å forlenge lidelse. Veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling, skal støtte helsepersonell og bidra til kvalitetssikring i avgjørelser om livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013). Helsedirektoratet (2013) definerer livsforlengende behandling som alle tiltak som kan utsette en pasients død.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-9) fastslår at døende pasienter har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Dersom pasienten ikke evner å ytre egne ønsker, skal behandling unngås dersom pårørende og/eller tilhørende helsepersonell kan bekrefte at dette sammenfaller med pasientens ønske. I en melding til Stortinget beskriver helse- og omsorgsdepartementet at alvorlig syke samtykkekompetente pasienter i større grad bør kunne nekte medisinsk behandling, selv om de ikke er døende (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 42). I tillegg er det ønskelig å endre helsepersonells plikt til å utføre øyeblikkelig hjelp, dersom pasienten tydelig har uttrykt motstand mot dette tidligere.

I oppgaven ønsker vi å sette søkelys på et tema vi mener er aktuelt for sykepleiere i dagens helsevesen, og som vi tror blir mer relevant i fremtiden. Sykepleiere møter pasienter med kort forventet levetid både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Til tross for kort forventet levetid er det relativt å tenke at noen av disse pasientene vil dø tidligere enn forventet. Da er det viktig at en beslutning om HLR-status er tatt. Vi ønsker å belyse de etiske utfordringene mange sykepleiere står i til daglig, relatert til beslutninger om HLR-status.

1.1. Bakgrunnsteori

Innledningsvis presenteres begrepet hjerte- og lungeredning. Videre beskrives Joyce Travelbee's teori om mellommenneskelige forhold. Teorien bidrar til større forståelse av sykepleiers rolle i pasientnære situasjoner. Forhåndsamtaler presenteres som en ressurs for helsepersonell i beslutningsprosesser om HLR minus. Til slutt beskrives sykepleierens etiske og juridiske ansvar som viktig sykepleiekunnskap i situasjoner hvor HLR-status ikke er avklart.

1.1.1. Hjerte- og lungeredning

Hjerte- og lungeredning, heretter kalt HLR, skal utføres ved hjertestans (Nordseth, 2023). HLR minus konstaterer at det ikke skal utføres kompresjoner, defibrillering eller gis akuttmedisiner ved hjertestans (Lexow, 2010). Beslutning om HLR-minus skal baseres på diskusjoner i tverrfaglige team, selv om hovedansvaret ligger hos pasientens behandlingsansvarlige overlege (Oslo universitetssykehus, u.å.). HLR minus skal dokumenteres i pasientens journal. Det skal tydelig gjøres rede for opplysninger

vurderingen er basert på, helsepersonell som deltok i vurderingen og om pasient og pårørende var til stede. I tillegg skal informasjon om HLR minus gis muntlig ved hvert vaktskifte til involverte helsepersonell i pasientens behandling (Oslo universitetssykehus, u.å.).

I Norge eksisterer ingen kriterier som konkret sier at HLR vil være nytteløst, med mindre pasienten har irreversibel multiorgansvikt eller kreft med stor grad av metastaser (Lippert et al., 2010, Kjørstad & Haugen, 2013, referert i Helsedirektoratet, 2013). Nytteløs behandling innebærer behandling som ikke har effekt verken for å lindre lidelse eller forlengende liv (Helsedirektoratet, 2013). Utførelse av nytteløs behandling omtales som overbehandling (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 35). Det kan bidra til å forlengende pasientens dødsprosess, gjøre den mer smertefull enn nødvendig og gi en uverdigg avslutning på livet.

1.1.2. Joyce Travelbee's teori om mellommenneskelige forhold

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s. 177). Sykepleier hjelper pasienten og dens pårørende til mestring, forebygging og å finne mening i lidelse og sykdomserfaringer (Travelbee, 1999, s. 171–172). Den mellommenneskelige relasjonen baseres på gjensidig likestilling og respekt (Travelbee, 1999, s. 177). De ser ikke på hverandre som sykepleier og pasient, men som unike individer (Travelbee, 1971, referert i Tomey & Alligood, 2002, s. 420–421). Travelbee (1999, s. 171) mente at forutsetningen for et vellykket mellommenneskelig forhold er sykepleierens evne til å ivareta behovene hos hvert individ. Det innebærer behovet for å bli sett, hørt og forstått, slik at pasientens opplevelse av verdighet fremmes.

Ved en komplett relasjonsutvikling mellom sykepleier og pasient har målet med sykepleie blitt fullført (Travelbee, 1999, s. 172). Dette oppnås gjennom erfaringer, der det utvikles en gjensidig relasjon mellom sykepleier og pasient, der de ivaretar hverandres behov. Sykepleier tilegner seg nødvendig kunnskap og ferdigheter for å hjelpe pasienten. (Travelbee, 1999, s. 172). Det gjør at pasienten har tro på sykepleiers utøvelse av pleie. I klinisk praksis fungerer sykepleier ofte som et ledd mellom ansvarlig lege, pasienten og deres pårørende (Advent Health University, 2021).

1.1.3. Forhåndssamtaler

Helse- og omsorgsdepartementet beskriver et behov for å styrke pasient- og brukermedvirkningen til alvorlig syke pasienter (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 10). Det kan gjøres gjennom bruk av forhåndssamtaler og livstestament. I april 2023 ble det publisert et høringsutkast til nye nasjonale faglige råd, som omhandler forhåndssamtaler og planer ved begrenset forventet levetid (Helsedirektoratet, 2023). Rådene er rettet mot voksne pasienter med livstruende og/eller uhelbredelig sykdom og for komorbide eldre med høy risiko for alvorlige sykdomsepisoder eller skade.

Forhåndssamtaler kan bidra til unngåelse av misforståelser og redusert risiko for overbehandling, samtidig som det sikrer at alle aktuelle hensyn blir tatt (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 43). I tillegg kan forhåndssamtaler sikre at pasientbehandlingen baserer seg på diskusjoner gjort i tverrfaglige team tilknyttet pasienten (Oslo universitetssykehus, 2021). Samtalene bidrar til opprettholdelse av god og åpen kommunikasjon, både innad i helseteamet, og mellom pasient og helsepersonell. Forhåndssamtaler gir pasienter mulighet til å uttrykke personlige ønsker rundt livets slutt, samtidig som helsepersonell får større innsikt i pasientens ønsker (Meld. St. 24

(2019-2020), s. 43). Pasientens ønsker og verdier skal i størst mulig grad respekteres (Oslo universitetssykehus, u.å.). For å gi pasienten mulighet til å forstå et budskap og ta ansvar for egen helse, er det viktig med god og forståelig informasjon (Eide & Eide, 2017, s. 217; Kristoffersen, 2016, s. 397). Kommunikasjon gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med pasienten, få innsikt i hvordan pasientens behov kan ivaretas, og samtidig oppfylle sitt eget mål med sykepleie (Travelbee, 1999, s. 139). Dokumentasjon av forhåndsvurdering rundt HLR-status sørger for at de som er til stede ved en hjertestans, ofte sykepleiere, vet hva de skal forholde seg til (Oslo universitetssykehus, u.å.)

I samarbeid med Den norske Legeforening, har Foreningen Retten til en verdig død utformet et livstestament (Foreningen retten til en verdig død, u.å.). Det er laget for personer med uhelbredelig sykdom eller som har vært utsatt for en ulykke. Personene har ikke lenger en bevisst livsopplevelse, har sterke og langvarige smerter eller er preget av svekkelse eller hjelpeløshet. Testamentet bekrefter at det ikke skal iverksettes midler for å holde personen i live (Foreningen retten til en verdig død, u.å.).

1.1.4. Sykepleierens juridiske og etiske ansvar

Sykepleiere har et stort personlig, faglig, etisk og juridisk ansvar (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Norsk sykepleierforbund (2019) presenterer dette gjennom de 46 yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Grunnlaget for retningslinjene er at sykepleiere skal vise respekt for alle mennesker. I tillegg skal utøvelsen av sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) beskriver gjeldende rettigheter for pasienter og brukere innen helse- og omsorgstjenester. I Helsepersonelloven (1999) beskrives gjeldende lover for helsepersonell og virksomheter som utøver helsehjelp. For sykepleieutøvelsen står disse lovene sentralt.

Morley et al. (2019) forklarer moralsk stress som vonde følelser kombinert med psykisk ubalanse, noe som kan virke negativt på sykepleierens identitet og integritet. Det kan oppstå når den etiske og moralske riktige handlingen ikke kan innfris på grunn av hindringer utenfor sin kontroll. Det gjør at egne verdier og forpliktelser settes til side. Slike hindringer kan være lite tid, medisinsk makt, politikk eller juridiske aspekter (Morley et al., 2019). Oksavik & Kirchhoff (2019) forklarer at moralsk stress kan oppstå hos sykepleiere dersom pasientene mottar behandling av dårlig kvalitet. Det kan medføre en indre etisk konflikt der man ikke har mulighet til å utføre den handlingen man selv mener er rett å gjøre.

Prinsippet om autonomi står sterkt i beslutninger om HLR minus. Det inngår som en del av de fire prinsippers etikk, som omhandler velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (Brinchmann, 2017, s. 83–85). Autonomi innebærer at pasienten blir lyttet til, sett, hørt og forstått, og at personen får uttrykke hva som er viktig for seg (Eide & Eide, 2017, s. 56–57). Pasientens rett til autonomi er viktig for sykepleierens lindrende funksjon. Gjennom den lindrende funksjonen skal sykepleieren begrense pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Pasientens livskvalitet og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse er viktige fokusområder for den lindrende funksjonen. Verdens helseorganisasjon definerer livskvalitet som individets oppfatning av hvilken funksjon man har i eget liv, og i hvor stor grad personens mål, forventninger, standarder og bekymringer oppfylles etter kulturen og verdiene personen identifiserer seg med (World Health Organization, 2012). Helsedirektoratet beskriver akseptabel livskvalitet som at man er klar over egen og andres eksistens og at opplevd smerte og lidelse kan lindres (Helsedirektoratet, 2013). Sammenhengen mellom

livskvalitet og helse er stor (Pressman et al., 2019, referert i Nes et al., 2021). Likevel er forskjeller i livskvalitet mellom kronisk syke og friske mennesker mindre enn forventet (Nes et al., 2021). Det forklares med at nesten alle mennesker har evne til å tilpasse seg og leve med ulike helseplager og funksjonsnedsettelse.

1.2. Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å belyse sykepleiers rolle i beslutningsprosessen ved HLR-status, og utfordringer sykepleiere kan oppleve dersom HLR-status ikke er avklart til pasienter med kort forventet levetid. Med bakgrunn i dette har vi formulert følgende problemstilling:

Hvordan oppleves det for sykepleiere at HLR-status ikke er avklart til pasienter med kort forventet levetid?

I en videre presisering av problemstillingen har vi valgt å fokusere på HLR, og ser bort fra andre livsforlengende tiltak som ventilasjonsstøtte, oksygentilførsel og ernærings- og væskebehandling (Helsedirektoratet, 2013). Pårørende har ofte en viktig rolle i disse situasjonene, men i denne oppgaven har vi valgt å ikke vektlegge pårørende i stor grad. Oppgaven vil ta utgangspunkt i sykepleieperspektivet.

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Opgaven er utformet som en litteraturstudie der det er gjort systematiske litteratursøk. Litteraturstudie som metode baserer seg på å identifisere, kritisk vurdere og analysere relevant forskning (Mulrow & Oxman, 1997, referert i Forsberg & Wengström, 2015, s. 27).

Før vi gjennomførte søket fordypet vi oss i aktuell litteratur. Dette ga bedre innblikk i temaet og belyste hva som finnes av eksisterende teori (Forsberg & Wengström, 2015, s. 37). Gjennomgang av litteratur ga også bedre forutsetning for å formulere en konkret problemstilling. Aktuelle søkeord ble identifisert og satt i system i en konsepttabell, se tabell 1. Emneord og nøkkelord ble funnet ved hjelp av nettsidene MeSH (Universitetet i Agder, 2022) og Ordnett (Gyldendal, u.å.). Vi fikk også gode innspill til søkeord fra bibliotekarer på Bibliotek for medisin og helse, samt fra veileder og medstudenter gjennom arrangerte seminarer.

Systematiske litteratursøk ble gjennomført i fire databaser. Senere i kapittelet vil fremgangsmåte og presentasjon av søk legges frem.

Tabell 1 Konsepttabell

Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
Sykepleiere	HLR-status	Beslutninger	Kort forventet levetid
Nurses	Cardiopulmonary resuscitation	Decision making	Aged
Nurse's role	Resuscitation	Determination	Aged, 80 and over
Registered nurse	Resuscitation order	Conviction	Middle aged
Medical staff	DNR	Resolution	Short life expectancy
Attitude of health personnel	Do not resuscitate order		End of life
	Life-prolonging treatment		

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble valgt på bakgrunn av retningslinjer for litteraturstudium, samt våre egne kriterier. Kriteriene ble valgt for å finne de mest aktuelle artiklene.

Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurderte artikler	Artikler publisert før 2010
IMRAD-struktur	Fulltekst ikke tilgjengelig
Engelsk eller skandinavisk språk	Tar for seg kun legeperspektivet
Overførbarhet til norske forhold	Barn og ungdom
Tydelig sykepleiersperspektiv	
Kvalitative og kvantitative artikler	
Voksne pasienter	

De inkluderte forskningsartiklene har IMRAD-struktur. Fagfellevurderte artikler med både publikasjonsnivå 1 og 2 ble tatt med. Artiklenes publikasjonsnivå ble undersøkt i register over vitenskapelige publiseringskanaler (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). Ved starten av søkeprosessen ønsket vi å inkludere artikler publisert innen de ti siste årene, for å sikre oppdatert forskning. Da vi fant få relevante artikler endret vi kriteriet til å ekskludere artikler publisert før 2010. Vi ønsket et tydelig sykepleiersperspektiv i artiklene. Artikler med kun legeperspektiv ble ekskludert. Vi har inkludert både kvalitative og kvantitative artikler da de komplementerer hverandre (Forsberg & Wengström, 2015, s. 46).

Vi ønsket å avgrense problemstillingen til voksne pasienter med kort forventet levetid og har derfor ekskludert artikler om barn og ungdom. Voksne pasienter er en bred aldersgruppe. Likevel tenker vi at sykepleiers opplevelser knyttet til pasienter med kort forventet levetid kan være overførbart til alle voksne pasienter. Vi har inkludert artikler med skandinavisk eller engelsk språk og innholdet skal være overførbart til norske forhold.

2.3. Søkestrategi

For å innhente datamateriale ble det gjennomført systematiske litteratursøk i de helsefaglige forskningsdatabasene Cinahl, Medline, Embase og SweMed+ (Forsberg & Wengström, 2015, s. 64–68). Databasene ble valgt etter anbefaling fra Bibliotek for medisin og helse.

Søkeprosessen startet med utforskende søk i databasene. I artikler fant vi emneord og nøkkelord vi kunne bruke til videre søk. I starten av søkeprosessen fant vi artikler som i liten grad hadde relevans for vår problemstilling. Det førte til at vi måtte endre på noen av emneordene i konsepttabellen. Prosessen ble gjentatt frem til litteratursøkene endte i relevante artikler, samt at emneordene samsvarte med problemstillingen. Vi fant god litteratur i både Medline og Cinahl. SweMed+ viste seg å ha ingen relevante artikler for vår problemstilling. Embase ble brukt helt mot slutten av søkeprosessen, da vi ikke lenger fikk noen nye treff i Cinahl og Medline. Det ble ikke funnet nye artikler i Embase.

Cinahl og Medline ble brukt på bakgrunn av deres helsefaglige og sykepleiefaglige fokus (Forsberg & Wengström, 2015, s. 64-65). Vi gjennomførte også ett håndsøk. Det innebærer manuell leting etter artikler eller tidsskrifter, for eksempel ved å studere referanselisten til andre artikler (Forsberg & Wengström, 2015, s. 64). Artikkelen fant vi gjennom litteraturlisten til en av forskningsartiklene vi ikke inkluderte.

Søkeordene fra konsepttabellen ble kombinert ved bruk av AND og OR, der OR brukes for å gi et større søkeresultat, og AND brukes for å begrense søket (Forsberg & Wengström, 2015, s. 69). Søkene ble avgrenset til fagfellevurderte artikler. I Cinahl ble det søkt etter artikler fra 2013 til 2023, med sammendrag tilgjengelig. Dette søket ble gjennomført først. Da vi fant for få relevante artikler i Cinahl, valgte vi å søke etter artikler fra 2010 i det endelige søket i Medline. I Medline ble det søkt etter artikler fra 2010 til 2023, med avgrensning til engelsk språk.

Videre presenteres søketabell som viser hvilke databaser det har blitt søkt i, kombinasjon av benyttede søkeord, antall treff og inkluderte artikler.

Tabell 3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	23.04.23	S1.	«Nurs*»		10019 4	
		S2	(MH «Nurses+»)		40067 2	
		S3	(MH «Nursing role»)		63461	
		S4	(MH «Attitude of Health personnel+») OR «attitude of health personnell»		12031 4	
		S5	(MH «Medical Staff») OR «medical staff»		12626	
		S6	(MH «Registered Nurses») OR «registered nurses»		87724	
		S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6		10782 72	
		S8	(MH «Resuscitation, Cardiopulmonary +») OR		16991	

			«resuscitation, cardiopulmonary»			
		S9	(MH «Resuscitation+» OR «resuscitation»)		65818	
		S10	«dnr»		1158	
		S11	«do not resuscitate»		2676	
		S12	(MH «Resuscitation Orders» OR «resuscitation order*»)		3296	
		S13	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12		66394	
		S14	(MH «Decision making+») OR «decision making»		188106	
		S15	«determination»		54166	
		S16	«decision*»		262326	
		S17	«resolution»		45225	
		S18	«conviction»		1418	
		S19	S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18		357384	
		S20	(MH «Aged+») OR «aged»		1107218	
		S21	(MH «Aged, 80 and Over+») OR «aged, 80 and over»		332256	
		S22	(MH «Middle Aged») OR «middle aged»		1136783	

		S23	«short life expectancy»		173	
		S24	S20 OR S21 OR S22 OR S23		15768 63	
		S25	S7 AND S13 AND S19 AND S24	2013-2023, Peer reviewed, Abstract available	236	4 (A, B)
Medline	24.04.2023	S1	(MH «Resuscitation orders») OR «Resuscitation orders»		4692	
		S2	(MH «Resuscitation+») OR «Resuscitation»		14890 8	
		S3	(MH «Cardiopulmonary resuscitation+») OR «Cardiopulmonary resuscitation»		30354	
		S4	«Do not resuscitate»		4077	
		S5	Life-prolonging treatment		312	
		S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5		15002 8	
		S7	(MH «Decision Making+») OR «Decision making»		39778 1	
		S8	(MH «Ethics+») OR «Ethic*»		31956 9	
		S9	(MH «Attitude of Health Personnel+») OR «Attitude of health personnel»		16950 9	

		S10	S7 OR S8 OR S9		82426 4	
		S11	(MH «Aged, 80 and over+») OR «aged, 80 and over»		10132 69	
		S12	(MH "Aged+") OR "Aged"		60002 19	
		S13	«End of life»		43903	
		S14	«Short life expectancy»		640	
		S15	S11 OR S12 OR S13 OR S14		60312 88	
		S16	(MH «Nurses+) OR «Nurses»		32451 6	
		S17	(MH «Nurse's Role») OR «Nurse's role»		44453	
		S18	S16 OR S17		34411 4	
		S16	S6 AND S10 AND S15 AND S18	2010-2023, Peer Reviewed, English language	225	5 (C, D, E, F, G)

Inkluderte artikler:

- A)** Petterson, M., Hedström, M., & Höglund, A. T. (2014). Striving for good nursing care: Nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care. *Nursing Ethics*, 21(8), 902–915. <https://doi.org/10.1177/0969733014533238>
- B)** Jensen, H., Ammentorp, J., Johannessen, H., & Ørding, H. (2013). Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(1), 93–101. <https://doi.org/10.1007/s11673-012-9416-5>
- C)** Tíscar-González, V., Gea-Sánchez, M., Blanco-Blanco, J., Moreno-Casbas, M. T., & Peter, E. (2020). The advocacy role of nurses in cardiopulmonary resuscitation. *Nursing Ethics*, 27(2), 333–347. <https://doi.org/10.1177/0969733019843634>

D) Sævareid, T. J., & Balandin, S. (2011). Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1739–1748. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x>

E) Saltbæk, L., Michelsen, H. M., Nelausen, K. M., Theile, S., Dehlendorff, C., Dalton, S. O., & Nielsen, D. L. (2020). Cancer patients, physicians, and nurses differ in their attitudes toward the decisional role in do-not-resuscitate decision-making. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(12), 6057–6066. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05460-7>

F) Arends, S. A. M., Steenbergen, M., Thodé, M., Francke, A. L., & Jongerden, I. P. (2022). Moral distress among nurses involved in life-prolonging treatments in patients with a short life expectancy: A qualitative interview study. *Patient education and counseling*, 105(7), 2531–2536. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.01.017>

G) Pettersson, M., Höglund, A. T., & Hedström, M. (2018). Perspectives on the DNR decision process: A survey of nurses and physicians in hematology and oncology. *PloS One*, 13(11), e0206550–e0206550. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206550>

Tabell 4 Håndsrøk

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	04.05.23	S1.	Do-not-attempt-resuscitation orders: attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses.	Peer reviewed	1	1 (H)

H) Bremer, A., Årestedt, K., Rosengren, E., Carlsson, J., & Sandboge, S. (2021). Do-not-attempt-resuscitation orders: attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 34–34. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00604-8>

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Litteratursøkenes resultater ble kritisk vurdert etter relevans for problemstillingen. Ved hvert søk ble artiklenes overskrift og abstrakt lest, som dannet et førsteinntrykk av studien (Forsberg & Wengström, 2015, s. 73) Deretter ble artiklene vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriterier. Til slutt ble relevante artikler lest i sin helhet, der de ble kritisk vurdert. Kvalitetsvurdering ble gjennomført ved bruk av helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklisene inneholder krav om at artiklene svarer på en klart formulert problemstilling, at resultatene er troverdige og at de er relevante for vår oppgave. Artiklene ble også vurdert etter publikasjonsnivå i register over vitenskapelige publiseringskanaler (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.).

I tillegg ble artiklene vurdert etter opprinnelsesland. Seks av artiklene er fra Skandinavia, mens to er fra Nederland og Spania. Vi ønsket flest studier fra Norden da helsevesenet i disse landene stort sett har overføringsverdi til norske forhold. Vi valgte også å inkludere studier fra Nederland og Spania, der vi har tatt hensyn til ulikheter i deres helsevesen sammenlignet med Norge. Prosessen resulterte i åtte artikler som var relevante for vår problemstilling.

2.5. Analyse

Forsberg og Wengström (2015, s. 152) beskriver analyse som å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler og undersøke dem hver for seg. Deretter settes delene sammen på en ny og helhetlig måte. Vi har valgt å bruke Evans' (2002) prosess for syntetisering i arbeidet med å analysere studiene. Videre presenteres modellens fire faser.

1. Første fase handler om å finne relevante studier gjennom systematiske søk (Evans, 2002). Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble fastsatt. Det ble gjennomført systematiske søk i utvalgte databaser og relevante studier ble tatt med videre i analysearbeidet. Studiene ble lest i sin helhet for å undersøke relevans for vår problemstilling og for å vurdere studienes kvalitet. Denne fasen er ytterligere beskrevet under søkestrategi og vurdering og utvelgelse av artikler.
2. Andre fase handler om å identifisere hovedfunnene i hver studie (Evans, 2002). Vi startet med å lese grundig gjennom de åtte artiklene hver for oss. Deretter markerte vi funn fra artiklene som var relevante for vår problemstilling. Til slutt ble funnene sammenlignet. Artikkelmatiser ble utarbeidet og ga en oversikt over artiklenes helhet.
3. Tredje fase handler om identifisering av artiklenes likheter og ulikheter (Evans, 2002). Ved å sammenligne alle artiklene ble det funnet tre hovedtemaer og sju undertemaer. Disse presenteres i tabell 5.
4. Fjerde fase handler om å samle sammen resultatene under hvert tema for å lage en felles beskrivelse (Evans, 2002). I denne fasen ble det utarbeidet sammenfattede resultater fra hvert hovedtema og undertema. For å gjøre dette arbeidet lettere ble tabell 6 utarbeidet. Det ga oversikt over hvilke artikler som inkluderer de tre hovedtemaene.

Tabell 5 Hovedtema og undertema

Samhandling med pasienten	Sykepleierens etiske ansvar	Tverrfaglige beslutningsprosesser
Sykepleierens nære relasjon til pasientene	Moralsk stress	Viktigheten av sykepleiers rolle i beslutningsprosesser
Ivaretagelse av pasientens autonomi	Ivaretagelse av pasientens verdighet	Tverrfaglig samarbeid
	Mangelfull dokumentasjon	

Tabell 6 Hovedtema med artikler

Hovedtemaer som ble beskrevet	Artikler som inkluderte temaet
Samhandling med pasienten	A (Pettersson et al., 2014) B (Jensen et al., 2013) C (Tíscar-González et al., 2020) D (Sævareid & Balandin, 2011) E (Saltbæk et al., 2020) F (Arends et al., 2022) H (Bremer et al., 2021)
Sykepleierens etiske ansvar	A (Pettersson et al., 2014) B (Jensen et al., 2013) C (Tíscar-González et al., 2020) D (Sævareid & Balandin, 2011) F (Arends et al., 2022) G (Pettersson et al., 2018)
Tverrfaglige beslutningsprosesser	A (Pettersson et al., 2014) B (Jensen et al., 2013) C (Tíscar-González et al., 2020) D (Sævareid & Balandin, 2011) E (Saltbæk et al., 2020) F (Arends et al., 2022)

3. Resultater

Åtte artikler har blitt inkludert, der tre er kvantitative studier og fem er kvalitative studier. Videre presenteres studiene i artikkelmatriser der det gjøres rede for hensikt, metode, resultat og studienes relevans for problemstillingen.

3.1. Artikkelmatriser

Tabell 7 Artikkelmatrise A

Referanse A)	Pettersson, M., Hedström, M., & Höglund, A. T. (2014). Striving for good nursing care: Nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care. <i>Nursing Ethics</i> , 21(8), 902-915. https://doi.org/10.1177/0969733014533238
	Land: Sverige
Hensikt	Undersøker erfaringer om HLR-beslutninger blant sykepleiere som arbeider innenfor hematologi og onkologi. Studiens hensikt var å oppnå en dypere forståelse for sykepleiers rolle i beslutningene om HLR minus.
Metode	Kvalitativ studie med individuelle semistrukturerte intervjuer, utført ved fire sykehus i Midt-Sverige. Femten sykepleiere deltok, derav tolv kvinner og tre menn i alderen 21-60 år.
Resultat	Sykepleierne opplevde at en beslutning om HLR-status var viktig for god sykepleieutøvelse og for å sikre pasientens rett til en verdig død. Uklare og dårlig dokumenterte beslutninger var et hinder for god sykepleie. Integritet og livskvalitet var viktig i beslutninger om HLR-status. Endringer i pasientens tilstand ble tidlig oppdaget av sykepleierne og legene ble ofte kontaktet for en HLR-beslutning. Det var viktig at pasienten og pårørende ble informert av lege om HLR-status, og at sykepleier var til stede.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Selv om studien er gjennomført ved hematologiske og onkologiske avdelinger, opplever vi at resultatene kan relateres til de fleste avdelinger der sykepleiere kan arbeide. Studien ser på hvordan sykepleiere opplever beslutningsprosesser om HLR minus, som er relevant for problemstillingen.

Tabell 8 Artikkelmatrise B

Referanse B)	Jensen, H. I., Ammentorp, J., Johannessen, H., & Ørding, H. (2013). Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective. <i>Journal of Bioethical Inquiry</i> , 10(1), 93–101. https://doi.org/10.1007/s11673-012-9416-5 Land: Danmark
Hensikt	Undersøker opplevelser til danske sykepleiere, leger og intensivleger om avgjørelser rundt livets siste fase, og hvordan det påvirker beslutningsprosessen.
Metode	Fokus-gruppe-intervjuer gjennomført på to intensivavdelinger på to danske regionssykehus, mellom oktober og november 2009. Kvalitativt studiedesign. Individuelle intervjuer ble i tillegg gjort med leger tilhørende pasientens moderavdeling. To fokusgrupper ble intervjuet på hver intensivavdeling, med fire til seks deltakere per gruppe. Totalt elleve sykepleiere deltok.
Resultat	Tverrfaglig samarbeid, beslutningsprosessen og fremtidsperspektiver for pasienten var de største utfordringene. Tverrfaglig samarbeid var viktig i beslutningsprosessen. Vurderinger av pasientens beste var vanskelig da man ofte har ulike oppfatninger av hva livskvalitet innebærer. Sykepleierne var ofte de første til å vurdere pasientens situasjon som meningsløs, og opplevde at dersom deres meninger skulle bli tatt i betraktning, måtte de argumentere godt. Det var viktig at beslutninger ble godt dokumentert i pasientjournalene.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Studien er gjennomført på to intensivavdelinger, men vi opplever at resultatene kan relateres til de fleste avdelinger. Det er gjennomført intervjuer av både sykepleiere og leger, men vi har hentet resultatene som er relevante for sykepleiers opplevelse. Studien er relevant for problemstillingen da den undersøker det tverrfaglige samarbeidet og sykepleiers rolle i beslutninger i livets siste fase. Intervjuene ble gjennomført i 2009, noe som kan være en svakhet for vår oppgave

Tabell 9 Artikkelmatrise C

Referanse C)	<p>Tíscar-González, V., Gea-Sánchez, M., Blanco-Blanco, J., Moreno-Casbas, M. T., & Peter, E. (2020). The advocacy role of nurses in cardiopulmonary resuscitation. <i>Nursing Ethics</i>, 27(2), 333–347. https://doi.org/10.1177/0969733019843634</p> <p>Land: Spania</p>
Hensikt	Undersøker sykepleiers rolle i beslutninger om HLR-status, sett i lys av pasient-, pårørende- og helsepersonellperspektivet.
Metode	Kvalitativt studiedesign. Fire diskusjonsgrupper ble avholdt mellom oktober 2015 og mars 2016, med pasienter, pårørende, leger og sykepleiere. Totalt tretten sykepleiere deltok i studien. Deltakerne arbeidet på sykehus, i primærhelsetjenesten og ved akuttavdelinger i Spanias offentlige helsesystem.
Resultat	Medisinsk kunnskap dominerte over sykepleiekunnskap, spesielt i sykehusmiljøene. Leger og sykepleiere følte på ulikt moralsk ansvar. Legene ønsket å redde flest mulig liv, mens sykepleierne ønsket å respektere pasientens ønsker i størst mulig grad. Både legene og sykepleierne unngikk å snakke med pasientene om HLR. Medisinsk press førte til utfordringer i situasjoner der pasienter var i livets siste fase. Ethiske usikkerheter og bekymringer preget deltakerne.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Perspektivet til både pasienter, pårørende, sykepleiere og leger er inkludert. Likevel opplever vi at det er mulig å trekke ut resultatene som er relevante for sykepleieperspektivet. Religion og kulturelle forhold i Spania er noe annerledes enn i Norge. Dermed kan resultater om medisinsk dominans være ulikt fra norsk helsevesen. Vi anser likevel studien som relevant og overførbar til norske forhold.

Tabell 10 Artikkelmatrise D

Referanse D)	Sævareid, T. J., & Balandin, S. (2011). Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 67(8), 1739–1748. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x Land: Norge
Hensikt	Undersøker tanker og holdninger blant sykepleiere til å utføre HLR på de eldste pasientene.
Metode	Semistrukturerte dybdeintervjuer med kvalitativt studiedesign. Intervjuene foregikk mellom mars 2009 og januar 2010. Ti sykepleiere fra tre forskjellige sykehus i Norge deltok i studien, derav ni kvinner og en mann. Alle jobbet med eldre pasienter til daglig. Alder på sykepleierne varierte fra 25 til 54 år. Deltakerne hadde fra 1 til 32 års erfaring som sykepleiere.
Resultat	Sykepleierne opplevde stress dersom pasienter nærmet seg livets slutt og HLR-status ikke var avklart. Ved uavklart HLR-status kontaktet sykepleierne legene. Flere sykepleiere hadde fått beskjed av leger om å skynde seg langsomt ved gjenopplivningsforsøk. Sykepleierne opplevde dette som uetisk, og de hadde et stort ønske om å respektere pasientenes autonomi. Sykepleierne hadde en annen oppfatning av pasientene enn legene.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Relevant studie for problemstillingen da den undersøker sykepleiers opplevelse av HLR-status. Studien tar utgangspunkt i de aller eldste pasientene, men vi opplever at resultatene kan relateres til alle med kort forventet levetid. Intervjuene ble gjennomført mellom 2009 og 2010, som kan være en svakhet for vår oppgave.

Tabell 11 Artikkelmatrise E

Referanse E)	<p>Saltbæk, L., Michelsen, H. M., Nelausen, K. M., Theile, S., Dehlendorff, C., Dalton, S. O., & Nielsen, D. L. (2020). Cancer patients, physicians, and nurses differ in their attitudes toward the decisional role in do-not-resuscitate decision-making. <i>Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer</i>, 28(12), 6057–6066. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05460-7</p> <p>Land: Danmark</p>
Hensikt	Undersøker kreftpasienters og deres ansvarlige helsepersonells holdninger til beslutninger om HLR minus, beslutningsmyndighet og tidspunkt for beslutningen.
Metode	Kvantitativ studie gjennomført på en poliklinisk kreftklinikk på et dansk universitetssykehus. Studien er gjennomført ved bruk av spørreskjema. 904 kreftpasienter, 59 leger og 160 sykepleiere besvarte spørreskjemaet.
Resultat	De fleste deltakerne var enige i at beslutninger om HLR bør gjøres i samarbeid mellom lege og pasient. 76% av sykepleierne foretrakk samarbeid i beslutningsprosesser. 43% av pasientene foretrakk at diskusjonen rundt HLR-minus ble tatt opp tidlig i sykdomsforløpet. Det var enighet om at diskusjoner om HLR minus burde gjentas flere ganger.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Studien er relevant for å belyse problemstillingen da den undersøker hvordan beslutningsprosesser om HLR minus bør foregå. Flere av resultatene belyser pasientens perspektiv. Vi tenker at selv om problemstillingen tar utgangspunkt i sykepleiers opplevelse, er det også viktig å ta i betraktning pasientens tanker om temaet.

Tabell 12 Artikkelmatrise F

Referanse F)	<p>Arends, S. A. M., Steenbergen, M., Thodé, M., Francke, A. L., & Jongerden, I. P. (2022). Moral distress among nurses involved in life-prolonging treatments in patients with a short life expectancy: A qualitative interview study. <i>Patient Education and Counseling</i>, 105(7), 2531–2536. https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.01.017</p> <p>Land: Nederland</p>
Hensikt	<p>Undersøker om sykepleiere som arbeider på sykehus opplever moralsk stress ved involvering i livsforlengende behandling til voksne pasienter med kort forventet levetid.</p>
Metode	<p>Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer, gjennomført mellom oktober 2018 og juni 2020. Totalt 23 sykepleiere mellom 23-61 år med arbeidserfaring mellom 1 og 44 år ble intervjuet. Sykepleierne arbeidet på sykehus, og hadde i løpet av de siste seks månedene erfaring med livsforlengende behandling til voksne pasienter med kort forventet levetid.</p>
Resultat	<p>Sykepleierne var ikke involvert i avgjørelser om livsforlengende behandling, noe som førte til moralsk stress. Moralsk stress oppstod også når pasientene fikk negative utfall eller bivirkninger av behandlingen, når leger skapte urealistiske forventninger hos pasientene og når sykepleierne følte seg overstyrt eller ikke hørt på. Frustrasjon, sinne og maktesløshet ble identifisert som tegn på moralsk stress. Sykepleierne hadde et felles ønske om å støtte pasientene gjennom meningsfulle bidrag i beslutningsprosessen, samt inkludering i avgjørelser rundt livsforlengende behandling.</p>
Kommentar og relevans for problemstillingen	<p>En begrensning er at artikkelen ikke fokuserer spesifikt på HLR-minus, men generelt på livsforlengende behandling. Artikkelen har likevel blitt inkludert på bakgrunn av hovedtemaet som er moralsk stress relatert til livsforlengende behandling. Vi opplever at resultatene er overførbare til beslutninger om HLR minus.</p>

Tabell 13 Artikkelmatrise G

Referanse G)	Pettersson, M., Hedström, M., & Höglund, A. T. (2018). Ethical competence in DNR decisions –a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care. <i>BMC Medical Ethics</i> , 19(1), 63. https://doi.org/10.1186/s12910-018-0300-7 Land: Sverige
Hensikt	Undersøker sykepleieres og legers ulike sider ved beslutningsprosesser om HLR minus. Det ble også undersøkt hvilke prinsipper leger og sykepleiere anså som viktige i beslutninger om HLR minus.
Metode	Nettbasert korrelasjonsstudie med kvantitativt studiedesign. Datasamlingen foregikk mellom februar og oktober 2017. 132 sykepleiere og 84 leger som arbeidet på onkologiske og hematologiske avdelinger deltok i nettundersøkelsen.
Resultat	Majoriteten av deltakerne mente det var lite sannsynlig at pasienter og pårørende ble involvert i beslutninger om HLR minus, selv om de mente det var viktig. Sykepleierne understreket viktigheten av pasientautonomi i høyere grad enn legene. Flertallet av deltakerne mente det var viktig og sannsynlig at et vedtak om HLR minus ble informert til pasientteamet og dokumentert i pasientjournalen. De viktigste prinsippene ved beslutning om HLR minus var overlevelse og livskvalitet etter gjenopplivning, medisinsk prognose og pasientens rett til en fredfull død.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Studien har undersøkt både leger og sykepleieres opplevelser knyttet til HLR minus. Vi har hentet resultatene som er relevante for sykepleieperspektivet og vår problemstilling. Studien er relevant da den undersøker sykepleiers opplevelse av de ulike sidene i en beslutningsprosess om HLR minus.

Tabell 14 Artikkelmatrise H

Referanse H)	Bremer, A., Årestedt, K., Rosengren, E., Carlsson, J., & Sandboge, S. (2021). Do-not-attempt-resuscitation orders: Attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses. <i>BMC Medical Ethics</i> , 22(1), 34. https://doi.org/10.1186/s12910-021-00604-8 Land: Sverige
Hensikt	Studien undersøker leger og sykepleieres holdninger til diskusjon av beslutninger om HLR minus med pasienter og deres pårørende.
Metode	Kvantitativt studiedesign med nettbasert spørreskjema. Datainnsamlingen foregikk mellom oktober 2017 og februar 2018. 210 leger og 312 sykepleiere fra tre ulike sykehus i Sverige besvarte spørreskjemaet.
Resultat	75% av sykepleierne hadde deltatt i diskusjoner som førte til en beslutning om HLR minus. Flere sykepleiere beskrev at pasientens meninger ikke ble hørt og at beslutningen om HLR-status ikke ble diskutert med pasienten. Flertallet av leger og sykepleiere mente at pasientens ønsker alltid bør undersøkes før en beslutning om HLR minus blir tatt. Kritisk sykdom, alvorlig grad av demens og bevisstløshet ble oppgitt som årsaker til at noen pasienter ikke medvirket i beslutninger om HLR.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Selv om studien undersøker både leger og sykepleieres perspektiver, opplever vi det mulig å hente resultatene som er relevante for vår problemstilling. Studien er viktig for oppgaven, da den belyser pasientens autonomi og sykepleieres deltakelse i beslutningsprosessen.

3.2. Sammenfattet resultat fra studiene

I dette kapittelet presenteres resultatene fra studienes tematiske analyser. Resultatene presenteres ut fra hovedtemaer og undertemaer som ble funnet etter steg tre i Evans (2002) analysemodell.

3.2.1. Samhandling med pasienten

3.2.1.1. Sykepleiers nære relasjon til pasienten

I fire av studiene opplevde sykepleierne en spesiell relasjon til pasientene (Jensen et al., 2013; Pettersson et al., 2014; Sævareid & Balandin, 2011; Tíscar-González et al., 2020). Nærhet til pasientene og hyppige tilsyn gjorde at sykepleierne ofte så endringer i pasientens situasjon tidligere enn legene (Pettersson et al., 2014). Sykepleiernes nære forhold til pasientene gjorde at de ofte var de første til å oppleve pasientens situasjon som meningsløs (Arends et al., 2022; Jensen et al., 2013). I en av studiene fortalte sykepleierne om samtaler med pasientene om døden og livets slutt, og at dette ofte oppsto etter en relasjon og tillit til pasientene var etablert (Sævareid & Balandin, 2011).

3.2.1.2. Ivaretagelse av pasientens autonomi

Flere av studiene viste at pasientenes autonomi ikke alltid ble ivaretatt under beslutninger om HLR minus (Arends et al., 2022; Bremer et al., 2021; Jensen et al., 2013; Pettersson et al., 2014; Sævareid & Balandin, 2011; Tíscar-González et al., 2020). I studien til Sævareid og Balandin (2011) og Tíscar-González (2020) understrekte sykepleierne at de ville respektere pasientens ønsker. En av studiene fant at 81% av deltakerne, både leger og sykepleiere, mente at pasientens mening burde undersøkes før en beslutning om HLR minus ble tatt (Bremer et al., 2021). Sykepleierne beskrev nødvendigheten av nok informasjon til pasientene for å gi dem et realistisk innblikk i hva HLR minus innebærer (Sævareid & Balandin, 2011). Sykepleierne opplevde at kommunikasjonen ble enklere når pasientene hadde forstått begrepet HLR minus (Pettersson et al., 2014). En av studiene fant at det sjelden var pasientene selv som tok initiativ til å snakke om HLR minus (Bremer et al., 2021). Dersom en beslutning ble tatt uten pasientinvolvering, ble det begrunnet med at pasientene ikke var i stand til å delta i en diskusjon om HLR-status, på grunn av kritisk sykdom, alvorlig grad av demens eller bevisstløshet (Bremer et al., 2021). 43% av pasientene i studien til Saltbæk et al. (2020) mente HLR minus var passende å diskutere tidlig i sykdomsforløpet, mens 40% foretrakk å vente til senere.

3.2.2. Sykepleierens etiske ansvar

3.2.2.1. Moralsk stress

Sykepleierne opplevde det vanskelig å ha ansvar for pasienter der HLR-status ikke var tatt stilling til, og der overlevelse etter gjenopplivning var usannsynlig (Sævareid & Balandin, 2011). I studiene til Tíscar-González et al. (2020) og Arends et al. (2022) ble det funnet at sykepleierne opplevde et medisinsk press for å redde liv. Uklarheter rundt livsforlengende behandling førte til stress hos sykepleierne (Arends et al., 2022; Sævareid & Balandin, 2011). Dersom sykepleierne ble nødt til å starte HLR på en pasient som ikke ønsket det, eller det ble ansett som nytteløst, kunne det føre til spenninger og urovekkende følelser blant sykepleierne (Sævareid & Balandin, 2011). Sykepleierne følte

på frustrasjon og maktesløshet dersom deres synspunkter ikke ble hørt eller de ikke ble involvert i beslutningsprosessene knyttet til HLR-status (Arends et al., 2022). Mangel på beslutninger om HLR minus og lav deltakelse fra sykepleiere var en kilde til moralsk stress (Tíscar-González et al., 2020).

Fem deltakere fortalte at de hadde fått beskjed av leger om å skynde seg langsomt ved hjertestans (Sævareid & Balandin, 2011). En av sykepleierne i samme studie mente det var feigt å starte gjenopplivning med halvveis innsats. Deltakerne fortalte at de ville utført HLR på en person med hjertestans dersom det ikke var besluttet HLR minus, selv om situasjonen ikke opplevdes etisk riktig (Sævareid & Balandin, 2011).

3.2.2.2. Ivaretagelse av pasientens verdighet

Beslutning om HLR minus var viktig for å bevare pasientens verdighet ved livets slutt og for å unngå meningsløs behandling (Sævareid & Balandin, 2011). I en av studiene oppga sykepleierne etiske prinsipper som autonomi, ikke skade og velgjørenhet som viktig å ta hensyn til i beslutninger om HLR minus (Pettersson et al., 2014). Funn i studien til Pettersson et al. (2018) pekte på at uavhengig av profesjon, mente helsepersonell at livskvalitet etter gjenopplivning, medisinsk prognose og pasientens rett til en fredfull død var viktig å ta hensyn til i beslutningsprosesser knyttet til HLR minus. Sykepleierne nevnte livskvalitet som det viktigste etter en vellykket gjenopplivning (Pettersson et al., 2014, 2018; Sævareid & Balandin, 2011). Deltakerne i studien til Jensen et al. (2013) opplevde det vanskelig å medvirke til en beslutning om å avslutte livsforlengende behandling dersom pasientene ikke hadde mulighet til å komme med egne ønsker. Sykepleierne opplevde at deres synspunkter ikke alltid samsvarte med pasientens, og at man har ulike oppfatninger av hva livskvalitet innebærer (Jensen et al., 2013). Arends et al. (2022) pekte på at stort fokus på livsforlengende behandling kan føre til redusert livskvalitet hos pasienten.

3.2.2.3. Mangelfull dokumentasjon

Sykepleierne opplevde ofte ufullstendig dokumentasjon av HLR minus (Pettersson et al., 2014; Tíscar-González et al., 2020). Det ble funnet mangelfulle rutiner for rapportering av HLR-minus innad i pasientens team (Pettersson et al., 2014). I enkelte situasjoner ble det gitt uklare beskjeder om en pasients HLR-status, noe som kunne oppfattes forvirrende (Pettersson et al., 2014). I studien til Jensen et al. (2013) beskrev helsepersonellet viktigheten av at beslutninger om tilbakeholdelse av behandling blir beskrevet i detalj i pasientjournalen, for å hindre usikkerhet og at beslutninger blir endret uten grunnlag. Studien til Pettersson et al. (2018) fant at majoriteten av deltakerne mente det var både viktig og sannsynlig at beslutningen om HLR minus ble informert til pasientens team, og at beslutningen ble tydelig dokumentert.

3.2.3. Tverrfaglige beslutningsprosesser

3.2.3.1. Viktigheten av sykepleiers rolle i beslutningsprosesser

Sykepleierne ønsket at deres observasjoner og samtaler med pasientene skulle inkluderes i beslutningsprosesser (Arends et al., 2022). Sykepleierne var opptatt av å følge lover og yrkesetiske retningslinjer knyttet til gjenopplivning (Sævareid & Balandin, 2011). I tre av studiene ble det funnet at sykepleiere ofte tar initiativ til å snakke med

legene om pasienters HLR-status (Jensen et al., 2013; Pettersson et al., 2014; Sævareid & Balandin, 2011). Flere av sykepleierne opplevde at dersom deres kunnskap og opplevelser skulle inkluderes i beslutninger om livets slutt, måtte de formidle budskap på en tydelig måte og være gode til å argumentere (Jensen et al., 2013). I en av studiene oppga sykepleierne at de sjelden var til stede når beslutninger ble tatt (Tíscar-González et al., 2020).

3.2.3.2. Tverrfaglig samarbeid

I studien til Tíscar-González (2020) understreket deltakerne viktigheten av tverrfaglige beslutningsprosesser, for å unngå situasjoner der sykepleierne ikke vet om HLR skal igangsettes. 76% av sykepleierne foretrakk samarbeid i beslutningsprosesser (Saltbæk et al., 2020). I studien til Sævareid og Balandin (2011) understreket sykepleierne at det ikke var deres ansvar å ta selve beslutningen om HLR minus. I samme studie uttrykte sykepleierne et ønske om at legene skulle diskutere behandling ved livets slutt med pasienter og pårørende. Deltakerne i studien til Saltbæk et al. (2020) var enige om at diskusjoner knyttet til HLR minus bør gjentas flere ganger.

4. Diskusjon

I første del av kapittelet diskuteres funn fra forskningsartikler og teori opp mot problemstillingen: «Hvordan oppleves det for sykepleiere at HLR-status ikke er avklart til pasienter med kort forventet levetid?»

I andre del vil metoden diskuteres og oppgavens styrker og svakheter belyses.

4.1. Den mellommenneskelige relasjonen som ressurs

Flere studier viser at sykepleiere har en spesiell relasjon til pasientene (Jensen et al., 2013; Pettersson et al., 2014; Sævareid & Balandin, 2011; Tíscar-González et al., 2020). Dette kan tenkes å ha sammenheng med Joyce Travelbee's teori om mellommenneskelige forhold, som etableres gjennom erfaringer over lengre tid mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s. 177).

I tråd med yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere en viktig rolle i utøvelsen av helhetlig pasientomsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det innebærer ivaretagelse av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 31). Individuell pasientinformasjon gjør at sykepleier kan ivareta den enkeltes behov (Travelbee, 1999, s. 177). Det hjelper også pasienten til mestring, forebygging, opprettholdelse av verdighet og å finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee, J, 1971, referert i Tomey & Alligood, 2002, s. 420–421; Travelbee, 1999, s. 171). Dette legger til rette for den mellommenneskelige relasjonen, der det utvikles et forhold hvor trygghet og forventninger til hverandre etableres. I studien til Pettersson et al. (2014) kom det frem at sykepleiernes nærhet til pasientene gjorde at de oppdaget endringer i pasientens tilstand tidligere enn legene. Det kan tenkes at dette har sammenheng med sykepleiernes hyppige pasienttilsyn og den nære mellommenneskelige relasjonen. Funnene understreker viktigheten av sykepleiernes nære pasientforhold. Muligens kan sykepleiernes observasjoner bidra til at viktig pasientinformasjon kommer frem i tide. Det kan ha en avgjørende innvirkning på behandlingsvalg og beslutningsprosesser.

Arends et al. (2022) og Jensen et al. (2013) fant at sykepleiernes nære forhold til pasientene gjorde at de ofte var de første til å oppleve en pasientsituasjon som meningsløs. Eksempelvis kan det tenkes at legene ikke alltid har samme oppfatning av pasientens situasjon som sykepleierne, og at pasientens HLR-status dermed ikke blir tatt stilling til. For sykepleiere kan det bety at dersom hjertestans oppstår hos en pasient med uavklart HLR-status, må HLR iverksettes selv om det muligens strider med sykepleiernes egne verdier. Dette kan ses i sammenheng med studien til Sævareid og Balandin (2011), der sykepleierne opplevde det vanskelig å ha ansvar for pasienter med uavklart HLR-status, der sannsynligheten for overlevelse etter gjenopplivning var minimal. For sykepleiere kan dette føre til moralsk stress, da handlingen man selv mener er riktig ikke kan gjennomføres (Oksavik & Kirchhoff, 2019).

Sævareid og Balandin (2011) og Tíscar-González et al. (2020) fant i sine studier at sykepleierne ville respektere pasientens ønsker. Yrkesetiske retningslinjer beskriver at sykepleiere skal ivareta pasientens medbestemmelsesrett, samt retten til å ikke bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Videre fastslår pasient- og

brukerrettighetsloven (1999) at pasienter har rett til medvirkning i egne helse- og omsorgstjenester. Hvordan kan sykepleier fremme autonomi hos pasienter med kort forventet levetid, der HLR-status er uavklart?

Sykepleiere er pliktet til å respektere pasientens autonomi og selvbestemmelse (Helsepersonelloven, 1999). Prinsippet om autonomi inngår i de fire prinsippers etikk (Brinchmann, 2017, s. 83–85), og oppfylles ved at sykepleier respekterer pasientens ønsker (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18). Derimot ble det i en melding til Stortinget beskrevet at retten til selvbestemmelse hos alvorlig syke pasienter med kort forventet levetid må styrkes (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 9). Det kan tenkes at dette er et resultat av for dårlig pasientinvolvering i beslutningsprosessen om HLR-status. Dette støttes av seks ulike studier som viste at pasientens autonomi relatert til beslutninger om HLR minus, ikke alltid ble ivaretatt (Arends et al., 2022; Bremer et al., 2021; Jensen et al., 2013; Pettersson et al., 2018; Sævareid & Balandin, 2011; Tíscar-González et al., 2020). En mulig forklaring på dette kan være mangel på nødvendig informasjon og kommunikasjon, noe som strider med lovverket. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2.) fastslår at pasienter har rett til nødvendig informasjon og innsikt i egen helsetilstand og helsehjelp. I tillegg har de rett til å medvirke i egne helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1.). Bremer et al. (2021) utdyper at dersom pasienter ikke blir involvert i beslutninger om HLR-status, er det på grunn av kritisk sykdom, demens eller bevisstløshet. Med andre ord er det viktig at pasientens samtykkekompetanse vurderes, slik at de pasientene som evner å delta i beslutningen får muligheten.

Forhåndssamtaler kan bidra til å styrke pasient- og brukermedvirkning (Oslo universitetssykehus, u.å.). Det er et egnet verktøy for å sikre at alle parter blir ivaretatt i beslutninger om HLR-status og for å unngå misforståelser (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 43). Forhåndssamtaler kan gjøre det enklere for helsepersonell å forholde seg til behandlingsbeslutninger i fremtiden (Oslo universitetssykehus, u.å.). Travelbee (1999, s. 139) beskriver god kommunikasjon som viktig for å lære å kjenne hverandre på et individuelt nivå. Dette bekreftes av Sævareid og Balandin (2011) som beskriver at sykepleiers nære relasjon til pasientene kan føre til flere samtaler om døden og livets slutt. Sett i lys av studien til Bremer et al. (2021), er dette noe sykepleieren ofte må ta ansvar for, da det er sjeldent at pasienter selv tar initiativ til å snakke om HLR minus. Dette støtter Travelbee's teori, som sier at det er den profesjonelle sykepleieren sitt ansvar å etablere og opprettholde det mellommenneskelige forholdet (Travelbee, 1999, s. 177). På den andre siden er det mellommenneskelige forholdet basert på gjensidig innsats fra begge parter, der begge bidrar til å oppfylle hverandres behov (Travelbee, J., 1971, referert i Tomey & Alligood, 2002, s. 420–423).

43% av pasientene i studien til Saltbæk et al. (2020) ønsket å diskutere HLR tidlig i sykdomsforløpet. Pasienter trenger god og forståelig informasjon for å delta i beslutninger om egen helse, samt til å forstå hva HLR status betyr (Eide & Eide, 2017, s. 217; Kristoffersen, 2016, s. 397). Funn fra studien til Sævareid og Balandin (2011) viser at informasjon er viktig for pasientens forståelse av HLR minus. En annen studie viste forbedret kommunikasjon etter sykepleierne informerte pasientene om hva HLR minus innebar (Pettersson et al., 2014). Med dette understrekes viktigheten av forhåndssamtaler, da det kan bidra til å styrke pasientens autonomi. Trolig kan gjennomføring av forhåndssamtaler også føre til bedre forutsigbarhet for sykepleiere, spesielt i møte med pasienter med kort forventet levetid der HLR-status ikke er avklart.

Det kan tenkes at samtalene i større grad bidrar til at sykepleierne føler seg sikre på at pasientene får oppfylt egne ønsker i livets siste fase.

4.2. Moralsk stress som følge av etiske dilemmaer

Spenninger og urovekkende følelser kan oppstå hos sykepleiere dersom HLR utføres på en pasient som ikke ønsker det, eller dersom det ansees som nytteløst (Sævareid & Balandin, 2011). Uklarheter og mangel på beslutninger relatert til livsforlengende behandling er en kilde til moralsk stress (Arends et al., 2022; Sævareid & Balandin, 2011; Tíscar-González et al., 2020). Moralsk stress beskrives av Morley et al. (2019) som vonde følelser kombinert med psykisk ubalanse. Det kan oppstå i situasjoner der den etiske og moralske riktige handlingen ikke kan innfris på grunn av hindringer utenfor sin kontroll som lite tid, medisinsk makt, politikk eller juridiske aspekter (Morley et al., 2019).

På den ene siden er livskvalitet etter gjenopplivning, medisinsk prognose og retten til en fredfull død viktige perspektiver i beslutningsprosesser om HLR minus (Pettersson et al., 2014). På den andre siden opplever sykepleiere et eksisterende medisinsk press for å redde liv (Arends et al., 2022; Tíscar-González et al., 2020). Ny teknologi og moderne medisin gjør at flere sykdommer enn tidligere kan behandles, som gir større muligheter for livsforlengelse (Helsedirektoratet, 2013). Derimot vil nytteløs behandling verken bidra til å forlenge liv eller til å lindre lidelse (Helsedirektoratet, 2013). Imidlertid kan det forlenge pasientens dødsprosess og gi en uverdigg avslutning på livet (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 25). Det bryter med sykepleieres yrkesetiske retningslinjer om å sørge for en naturlig og verdig død (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Med bakgrunn i dette kan det oppstå etiske dilemmaer knyttet til om behandlingen er nyttig for pasienten eller om den forlenger dødsprosessen. Hvordan skal sykepleiere forholde seg til situasjoner der det er uklart om HLR vil være nytteløst eller ikke?

Det eksisterer ingen kriterier som konkret kan fortelle om HLR vil være nytteløst, med mindre pasienten har irreversibel multiorgansvikt eller kreft med stor grad av metastaser (Lippert et al., 2010, Kjørstad & Haugen, 2013, referert i Helsedirektoratet, 2013). På bakgrunn av dette kan ikke høy alder ansees som et godt nok kriterium for å unnlate HLR. Selv i tilfeller der HLR er vellykket, kan det likevel tenkes at sykepleiere opplever situasjonen som nytteløs. Til tross for at en pasient overlever hjertestans, trenger det ikke å bety at vedkommende vil leve i lang tid etterpå. Det kan tenkes at det tar lang tid før eldre mennesker er tilbake i sin habituelle tilstand etter gjenopplivning. Gjennom de siste årene har helsevesenet blitt mer bevisst på mulighetene til å redde liv. Kanskje er vi redde for å begå feil og for å bli kritisert i etterkant. Kan dette bety at det er behov for nye og mer tydelige retningslinjer for når HLR bør utføres og ikke?

Gjennom praksisperioder har vi erfart at pasienter med kort forventet levetid har uavklart HLR-status. Vårt inntrykk er at sykepleiere ofte må kontakte leger gjentatte ganger for at beslutningsprosesser om HLR-status skal settes i gang. Vi har hørt flere sykepleiere fortelle om redsel for at pasienter med kort forventet levetid skal få hjertestans på deres vakt, da det kan oppleves som et stort etisk dilemma om de skal utføre HLR eller ikke. Dette kan knyttes til funn fra Sævareid og Balandin (2011), som i sin studie beskrev at fem deltakere hadde fått beskjed av leger om å skynde seg langsomt dersom en pasient skulle få hjertestans. Sykepleierne i samme studie beskrev at det opplevdes feigt å starte HLR med halvveis innsats. I Helsepersonelloven (1999, § 7) står det derimot at dersom hjelpen er påtrengende nødvendig skal helsepersonell gi

den helsehjelpen de evner. Sett i lys av Helsepersonelloven (1999, § 7) tolker vi at helsepersonell ikke skal utføre ufullstendig HLR. I slike situasjoner må sykepleiere ta et valg om HLR skal utføres fullt ut eller om man skal avstå. Det kan tenkes at dette kan påføre sykepleiere stort moralsk stress.

I flere studier ble livskvalitet nevnt som det viktigste etter en vellykket gjenopplivning (Pettersson et al., 2014, 2018; Sævareid & Balandin, 2011). Sykepleierne syntes det var vanskelig å medvirke til en beslutning om å avslutte livsforlengende behandling dersom de ikke fikk undersøkt pasientens tanker om temaet (Jensen et al., 2013). De opplevde at pasientens synspunkter ikke alltid samsvarte med sykepleiernes, og at de hadde ulike oppfatninger av hva livskvalitet innebærer. Det kan tenkes at situasjoner der sykepleier ikke har mulighet til å innhente pasientens ønsker, kan føre til moralsk stress. Til tross for dette er det funnet mindre forskjeller i opplevd livskvalitet mellom kronisk syke og friske enn forventet (Nes et al., 2021). Det kan ha sammenheng med at nesten alle mennesker har tilpasningsevner til å leve med ulike helseplager og funksjonsnedsettelse (Nes et al., 2021). Sett i lys av dette er kanskje ikke livskvalitet et godt nok argument i beslutninger om HLR minus. Likevel synes mange det er uverdigg å gjenopprette liv der utfallet er at pasienten fremdeles eksisterer, men ikke lenger opplever mening. Dette støttes av Helsedirektoratet (2013) som beskriver akseptabel livskvalitet som at man er klar over egen og andres eksistens og at opplevd smerte og lidelse kan lindres.

En beslutning om HLR minus skal tydelig dokumenteres i pasientens journal (Oslo universitetssykehus, u.å.). Journalen skal inneholde hvilke opplysninger vurderingen er basert på, hvem som deltok i vurderingen og om pasient og pårørende var involvert. I tillegg står det i retningslinjene til Oslo universitetssykehus (u.å.) at informasjon om HLR minus skal gis muntlig ved hvert vaktskifte til involverte helsepersonell i pasientens behandling. Likevel opplevde sykepleierne i to av studiene at dokumentasjon av HLR minus ofte er ufullstendig (Pettersson et al., 2014; Tíscar-González et al., 2020). I tillegg opplevde de i enkelte situasjoner at det ble gitt uklare beskjeder om HLR-status, noe som kunne oppfattes forvirrende. Det kan tenkes at mangel på dokumentasjon av HLR minus er en kilde til moralsk stress hos sykepleiere. Dersom beslutningen ikke blir dokumentert tydelig, kan det oppstå situasjoner der HLR blir påbegynt selv om det ikke skal utføres. Feil grunnet ufullstendig dokumentasjon kan tenkes å oppleves vanskelig for sykepleiere. Pettersson et al. (2018) fant derimot i sin studie at beslutninger om HLR minus stort sett blir godt dokumentert og videreformidlet til pasientens team. Kanskje er ulikheter i rutiner og retningslinjer ved hver enkelt avdeling årsaken til at det ble funnet motsetninger i de ulike studiene.

4.3. Viktigheten av tverrfaglige beslutningsprosesser

Flere studier viser at sykepleiere ofte tar initiativ til å snakke med leger om pasienters HLR-status (Jensen et al., 2013; Pettersson et al., 2014; Sævareid & Balandin, 2011). I mange situasjoner fungerer de som et mellomledd mellom ansvarlig lege, pasienten og deres pårørende (Advent Health University, 2021). Hvordan oppleves det for sykepleiere å delta i beslutningsprosesser om HLR-status?

Sykepleiere skal forhindre at pasienten blir påført unødvendige belastninger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18). Dette kan oppleves som en stor påkjenning da det ikke er sykepleiere som bestemmer pasientens behandling. Avklaring av HLR-status er viktig for at sykepleieren skal forhindre unødvendige belastninger for pasienten, samt for utøvelse av sykepleierens lindrende funksjon. Sykepleierens lindrende funksjon innebærer å

ivareta pasientens livskvalitet og begrense fysiske, psykiske og sosiale belastninger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18). I en av studiene opplevde sykepleierne at dersom deres kunnskap og opplevelser skulle inkluderes i beslutninger om livets slutt, måtte de argumentere godt for sine meninger (Jensen et al., 2013). Kanskje kan det være nyttig å etablere sykepleiergrupper der etiske utfordringer knyttet til beslutninger om livets slutt diskuteres? Det kan føre til at sykepleiere blir tryggere på argumentasjon som tas med inn i tverrfaglige beslutningsprosesser

Tverrfaglige beslutningsprosesser er av stor betydning for sykepleiere (Tíscar-González et al., 2020). I en av studiene svarte 76 % av sykepleierne at de foretrakk samarbeid i beslutningsprosesser (Saltbæk et al., 2020). Dette støttes av retningslinje for forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte-lungeredning (Oslo universitetssykehus, u.å.) Retningslinjen oppgir at vurdering av HLR minus skal baseres på drøftinger innad i tverrfaglige team. Ved tverrfaglig samarbeid er det likevel legen som tar selve beslutningen om medisinsk behandling (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Trolig er dette kjent for sykepleiere, da Sævareid og Balandin (2011) understrekte i sin studie at sykepleierne mente det ikke var deres ansvar å ta selve beslutningen om HLR minus. Likevel kan det tenkes at sykepleieres tanker og observasjoner bidrar til at viktig pasientinformasjon kommer frem, som kan ha en avgjørende innvirkning på behandlingsvalg og avgjørelsesprosesser rundt HLR. Ulike profesjoner kan ha ulike syn på samme tema, noe som kan være nyttig for å belyse flere sider av en sak. Dermed kan man sammen komme frem til den mest riktige beslutningen. Saltbæk et al. (2020) fant i sin studie at deltakerne var enige i at diskusjoner rundt HLR minus bør gjentas flere ganger. Selv om en beslutning er tatt, kan det tenkes at pasientens tilstand forandrer seg, noe som kan medføre en endring personens ønsker. Derfor vil det være hensiktsmessig å gjennomføre flere samtaler om HLR minus.

4.4. Implikasjoner for sykepleie

Funnene viser at sykepleiere opplever usikkerhet og fortvilelse rundt beslutninger om HLR-status til pasienter med kort forventet levetid. Flere av studiene peker på uheldige situasjoner som kunne vært unngått dersom HLR-status hadde vært avklart på forhånd. Disse uheldige situasjonene er det i stor grad sykepleiere som står i. Yrkesetiske retningslinjer og gjeldende lovverk skal opptre førende for utøvelse av sykepleiefaget, men det viser seg at disse av og til taler mot hverandre. På bakgrunn av dette kan etiske dilemmaer oppstå, hvor det kan være vanskelig å vite det beste utfallet.

Gjennom den mellommenneskelige relasjonen, kommunikasjon og tillit kan sykepleiere oppnå en spesiell forståelse for pasienten. Denne pasientforståelsen er viktig å fremme i en beslutningsprosess tilknyttet HLR minus. Ytterligere kunnskap og forståelse rundt temaet kan bidra til å gjøre sykepleiere tryggere i sin rolle og i mindre grad oppleve usikkerhet og stress.

4.5. Metodediskusjon - Styrker og svakheter

Tidlig i prosessen oppdaget vi at det finnes begrensede mengder kunnskap om temaet vi har valgt. På bakgrunn av dette ble det søkt bredt for å unngå å miste relevante artikler. Det førte til at vi fikk mange treff i søkene våre. En svakhet ved oppgaven kan være at vi har mistet viktige artikler ved å kun lese artiklens overskrift og abstrakt i den første utvelgelsesprosessen. Vi tenker det ville ha styrket oppgaven vår dersom vi kunne vist til hvor mange artikler vi har valgt bort i denne prosessen.

Alle inkluderte artikler er publisert med engelsk språk. Vi oversatte artiklene til norsk tidlig i prosessen. Det gjorde det lettere å hente resultater og få oversikt over innholdet. Noe av innholdet kan ha fått en annen mening enn det som var tiltenkt. Ord kan ha blitt oversatt eller tolket feil. En annen mulig svakhet er bruk av sekundærlitteratur, der teorien kan ha blitt tolket flere ganger slik at budskapet har endret seg. Vi mener likevel at vi har vist dette på en tydelig måte, da vi underveis i oppgaven har brukt referanser til å tydeliggjøre bruk av sekundærlitteratur. En annen svakhet ved oppgaven kan være at vi har valgt å inkludere alle voksne pasienter med kort forventet levetid. Eksempelvis kan sykepleiers opplevelse av personer med kort forventet levetid utspille seg annerledes i møte med en tjue år gammel pasient, enn en nitti år gammel pasient. Likevel har vårt ønske vært å undersøke sykepleiers rolle til alle voksne med kort forventet levetid, da vi tenker det er en overførbarhet mellom alle aldersgruppene.

To av de inkluderte artiklene, Arends et al. (2022) og Jensen et al. (2013), har ikke et spesifikt fokus på HLR minus. Imidlertid har de undersøkt sykepleiers opplevelse rundt generell livsforlengende behandling. Vi har vurdert resultatene i begge artiklene som aktuelle for vår problemstilling. Flere av de inkluderte artiklene har fokus på lege- og pasientperspektivet i tillegg til sykepleieperspektivet. Vi har likevel valgt å inkludere disse artiklene da vi mener det var mulig å trekke ut relevante resultater for sykepleieperspektivet og problemstillingen.

De inkluderte artiklene er fra Norge, Sverige, Danmark, Spania og Nederland. En svakhet ved å inkludere artikler fra andre land, spesielt utenfor Skandinavia, er at man ikke kan vite hvor annerledes resultatene ville vært dersom studiene hadde blitt gjennomført i Norge. Kulturforskjeller, lovverk, økonomiske forhold, helsepersonellens utdanningsnivå og helsevesenets oppbygging kan ha en innvirkning på resultatene. Enkelte artikler av interesse ble vi nødt til å legge vekk, da vi opplevde at landet som forskningen hadde blitt gjennomført i, hadde for mange ulikheter fra Norge. Vi konkluderte med at eventuell data vi mistet gjennom dette ikke veide opp for risikoen av at resultatene ikke kunne overføres til sykepleiepraksisen i Norge.

4.6. Konklusjon

Oppgavens formål var å belyse sykepleiers rolle i beslutningsprosessen ved HLR-status, og utfordringer sykepleiere kan oppleve dersom HLR-status ikke er avklart til pasienter med kort forventet levetid. Oppgavens problemstilling var:

«Hvordan oppleves det for sykepleiere at HLR-status ikke er avklart til pasienter med kort forventet levetid?»

Hensikten med oppgaven har ikke vært å oppfordre til unnlattelse av HLR til pasienter med uavklart HLR-status. Å si at alle pasienter med kort forventet levetid ikke bør gjenopplives, har heller ikke vært hensikten. Derimot har vi forsøkt å belyse et etisk dilemma der sykepleiere ikke vet hva de skal forholde seg til ved hjertestans hos pasienter med uavklart HLR-status. Vi har belyst ulike sider ved det å utføre HLR til pasienter med kort forventet levetid, og sett på hvordan sykepleier i større grad kan være en del av beslutningsprosessen.

I deler av oppgaven har vi brukt Travelbee's teori om mellommenneskelige forhold, og sett hvordan sykepleiers nære pasientrelasjon kan være nyttig for beslutningsprosessen. Det har vist seg at sykepleiere er bevisst pasientens rett til autonomi, men at de ikke i stor nok grad klarer å oppfylle dette. Vi har også sett at sykepleiere opplever moralsk stress i uklare situasjoner der HLR-status ikke er avklart. Ved å inkludere sykepleiere i beslutningsprosessen i større grad, for eksempel gjennom forhåndssamtaler, kan sykepleieren bli tryggere på beslutningen som er gjort. I tillegg kan det i større grad føre til oppfyllelse av pasientens ønsker.

I løpet av skriveprosessen har vi forstått at temaet og problemstillingen er av stor relevans, og at fagområdet er i stadig utvikling. Gjennom stortingsmeldinger og nye nasjonale faglige råd settes det søkelys på temaet. Dersom oppgaven hadde hatt større omfang og vi hadde hatt bedre tid, ville det vært interessant å se videre på hvordan mer opplæring og kunnskap blant sykepleiere kunne endret deres rolle i beslutningsprosessen. Vi ville også sett nærmere på pasientens og pårørendes perspektiv knyttet til beslutninger om HLR-status. I fremtiden håper vi på mer forskning om temaet som i større grad kan belyse sykepleiernes utfordringer.

Referanser

- Advent Health University. (2021, juni 11). *Advocacy in Nursing: What Does a Nurse Advocate Do?* <https://www.ahu.edu/blog/advocacy-in-nursing>
- Arends, S. A. M., Steenbergen, M., Thodé, M., Francke, A. L., & Jongerden, I. P. (2022). Moral distress among nurses involved in life-prolonging treatments in patients with a short life expectancy: A qualitative interview study. *Patient Educ Couns*, *105*(7), 2531–2536. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.01.017>
- Bremer, A., Årestedt, K., Rosengren, E., Carlsson, J., & Sandboge, S. (2021). Do-not-attempt-resuscitation orders: Attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses. *BMC Medical Ethics*, *22*(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00604-8>
- Brinchmann, B. S. (2017). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Gyldendal.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 22. mai 2023, fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *20*(2), 22–26.
- Foreningen retten til en verdig død. (u.å.). *Livstestament*. Ditt valg - Retten til en verdig død. Hentet 16. mai 2023, fra <https://aktivdodshjelp.org/livstestament/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & kultur. Gyldendal. (u.å.). *Ordnett*. Hentet 22. april 2023, fra <https://www.ordnett.no/>

- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *4.1 Sjekklistor*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling* ([rev. utg.]).
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>
- Helsedirektoratet. (2023, april 27). *Forhåndssamtaler og planer ved begrenset forventet levetid (HØRINGSUTKAST)*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/forhandssamtaler-og-planer-ved-begrenset-forventet-levetid-horingsutkast>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Jensen, H. I., Ammentorp, J., Johannessen, H., & Ørding, H. (2013). Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective. *Journal of Bioethical Inquiry*, *10*(1), 93–101. <https://doi.org/10.1007/s11673-012-9416-5>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg, s. 349–406). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lexow, K. (2010). Ethiske spørsmål ved resuscitering. *Scandinavian Update Magazine*, *2*, 30–25.
- Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg—Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, *26*(3), 646–662.
<https://doi.org/10.1177/0969733017724354>

- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T., & Nilsen, T. S. (2021, desember 17). *Livskvalitet*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- Nordseth, T. (2023, januar 27). *Hjerte-lunge-redning*. Store medisinske leksikon.
https://sml.snl.no/hjerte-lunge-redning_-_HLR
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie—Funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Oksavik, J. D., & Kirchhoff, R. (2019). Moralsk stress blant sykepleiere i medisinske og kirurgiske avdelinger. *Nordisk sygeplejeforskning*, 9(2), 118–127.
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-05>
- Oslo universitetssykehus. (u.å.). *HLR - forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte-lungeredning*. Hentet 2. mai 2023, fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/4166>
- Oslo universitetssykehus. (2021). *HLR - Hjerte-lungeredning (GHLR, HHLR og AHLR)*.
<https://ehandboken.ous-hf.no/document/2539>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pettersson, M., Hedström, M., & Höglund, A. T. (2014). Striving for good nursing care: Nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care. *Nursing Ethics*, 21(8), 902–915.
<https://doi.org/10.1177/0969733014533238>
- Pettersson, M., Hedström, M., & 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), 63.
<https://doi.org/10.1186/s12910-018-0300-7>

- Saltbæk, L., Michelsen, H. M., Nelausen, K. M., Theile, S., Dehlendorff, C., Dalton, S. O., & Nielsen, D. L. (2020). Cancer patients, physicians, and nurses differ in their attitudes toward the decisional role in do-not-resuscitate decision-making. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(12), 6057–6066. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05460-7>
- Sævareid, T. J., & Balandin, S. (2011). Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1739–1748. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x>
- Tíscar-González, V., Gea-Sánchez, M., Blanco-Blanco, J., Moreno-Casbas, M. T., & Peter, E. (2020). The advocacy role of nurses in cardiopulmonary resuscitation. *Nursing Ethics*, 27(2), 333–347. <https://doi.org/10.1177/0969733019843634>
- Tjelmeland, I., Kramer-Johansen, J., Nilsen, J. E., Andersson, L.-J., Hafstad, A. K., Haug, B., Jortveit, J., Larsen, A. I., Lindner, T., Olasveengen, T., Andersen, T., & Skogvoll, E. (2021). *Et register over personer i Norge som er forsøkt gjenopplivet: Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak*. Norsk hjertestansregister.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Nursing Theorists and Their Work* (5. utg.). Mosby.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Universitetsforlaget.
- Universitetet i Agder. (2022). *MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*. <https://mesh.uia.no/>
- World Health Organization. (2012). *WHOQOL - Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/tools/whoqol>

