

ATTITYDER OCH ERFARENHETER VID BESLUT OM ATT AVSTÅ HJÄRT- OCH LUNGRÄDDNING

FÖRFATTARE
PROGRAM/KURS

Kjell Klint
Omvårdnad examensarbete I
Fristående kurs, 15 Högskolepoäng
OM1640
VT 2010

OMFATTNING
HANDLEDARE
EXAMINATOR

15 högskolepoäng
Åsa Axelsson
Isabell Fridh

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel:	Attityder och erfarenheter vid beslut om att avstå hjärt- och lungräddning.
Engelsk titel:	Attitudes and experiences on decisions to withhold cardiopulmonary resuscitation.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Fristående kurs, Omvårdnad examensarbete I
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	21
Författare:	Kjell Klint
Handledare:	Åsa Axelsson
Examinator:	Isabell Fridh

SAMMANFATTNING

Hjärt- och lungräddning (HLR) är en behandling som kan rädda livet på en människa. Ibland kan det finnas skäl för en patient att inte genomgå HLR pga. att läkaren bedömer att HLR inte är medicinskt motiverat eller att patienten inte önskar behandling med HLR. Läkaren utfärdar då ett beslut om ej HLR. Vid beslut om ej HLR bör informationen ges på ett sådant sätt att hänsyn tas till patientens egen önskan, etiska aspekter och vad lagen säger. Syftet med denna litteraturgenomgång var att beskriva läkares, sjuksköterskors och patienters attityder och erfarenheter vid beslut om ej HLR. Metoden var en litteraturstudie omfattande elva artiklar till vilka olika frågeställningar ställdes. Frågorna berörde läkare och sjuksköterskors attityder till att diskutera beslut, när och hur ska en diskussion ske och patientens attityder till beslut om ej HLR. Resultatet visade att många patienter inte fick information eller var delaktiga vid beslut om ej HLR. Läkaren tog ofta ett beslut utan att ta reda på vad patienten ville. En orsak att inte informera patienterna var att de var för sjuka. Patienterna önskade däremot att frågan om beslut skulle tas upp till samtal. Det är läkaren som är ansvarig för ett beslut om ej HLR men många sjuksköterskor önskade vara mer delaktiga i beslutet. För det mesta var det sjuksköterskan som initierade en frågeställning till läkaren om ett beslut. Många sjuksköterskor ansåg att patienter och närstående borde vara delaktiga. Patienterna å sin sida önskade att sjuksköterskor och närstående skulle vara delaktiga i ett beslut. När ett beslut väl var taget tyckte de flesta sjuksköterskorna att de fått tillräckligt med information och en motivering till beslutet av läkaren. Däremot fick inte alltid patient och närstående reda på beslutet vilket försvårade kommunikationen mellan dem och sjuksköterskan.

Sökord: DNAR, Do Not Attempt Resuscitation Orders, Decision, Communication, Information, Participation, Review

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
EPIDEMIOLOGI.....	1
BESLUT OM EJ HLR.....	2
STYRDOKUMENT.....	3
INFORMATION.....	4
Vem ska ge information.....	4
Ska vi alltid ge information.....	4
ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR OCH PRINCIPER.....	4
Etiska överväganden.....	4
Principen om autonomi.....	5
Principen om att göra gott.....	6
Principen om att inte skada.....	6
Principen om att vara rättvis.....	6
KOMMUNIKATIONEN MELLAN SJUKSKÖTERSKA OCH PATIENT.....	6
SYFTE	7
METOD	7
DATABASSÖKNING.....	7
URVAL.....	8
ANALYS.....	8
RESULTAT	9
LÄKARENS ATTITYDER OCH ERFARENHETER VID BESLUT OM EJ HLR.....	9
Patientens delaktighet vid beslut om ej HLR.....	9
Att informera patienten om ej HLR.....	9
Svårigheter med att fatta beslut om ej HLR.....	9
Att involvera närstående.....	10
SJUKSKÖTERSKANS ATTITYDER OCH ERFARENHETER VID BESLUT OM EJ HLR.....	10
Sjuksköterskans delaktighet i beslut om ej HLR.....	10
När och hur bör en diskussion om ej HLR ske.....	10
Patientens delaktighet i beslut om ej HLR.....	11
Att informera patienten om ej HLR.....	11
Att involvera närstående.....	11
PATIENTENS ATTITYDER OCH ERFARENHETER VID BESLUT OM EJ HLR.....	12
Delaktighet vid beslut om ej HLR.....	12
Inställning till återupplivning.....	12
Vem som skall involveras i samtalet.....	12
KOMMUNIKATIVA SVÅRIGHETER.....	12
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION.....	13
RESULTATDISKUSSION.....	14
Betydelsen av att informera.....	14
Betydelsen av delaktighet.....	15
Betydelsen av kommunikation.....	16
KONKLUSION.....	18

PRAKTISKA IMPLIKATIONER.....	18
REFERENSER	19

BILAGOR

1 Artikelpresentation

INLEDNING

I dagens sjukvård kan vi göra mycket för att upprätthålla livet på en patient och dödsprocessen kan bli förlängd. En fråga är om det ger ett värdigt och meningsfullt liv. En behandling som kan rädda livet på en människa är hjärt-lungräddning (HLR). Det kan ibland finnas skäl till att en patient inte ska genomgå HLR på grund av att läkaren inte bedömer HLR som medicinskt motiverat eller att patienten inte önskar behandling med HLR. Läkaren utfärdar då ett beslut om ej HLR. Med detta menas att läkaren i förhand har beslutat att avstå hjärt- och lungräddning på patienten vid ett eventuellt hjärtstopp.

Det är läkaren som är ansvarig för ett beslut om ej HLR, men i beslutet kan både sjuksköterskan, patienten och de anhöriga vara inblandade. Då ett beslut om ej HLR berör sådana områden som liv och död berör det människors etiska värderingar. För en patient kan frågan om ett beslut om ej HLR aktualisera många olika livsfrågor. Vetskapen om den egna dödligheten väcks också hos läkaren och sjuksköterskan. Ibland bedömer sjuksköterskan utifrån sin kunskap att det är fel att starta HLR på en patient då resultatet kanske inte blir något värdigt liv. Patienten har inte heller alltid klart för sig att HLR inte alltid leder till liv (1, 2).

Information och kommunikation är viktiga komponenter i samspelet mellan patient och vårdpersonal. Läkare, sjuksköterskor och patienter har olika roller i kommunikationen med varandra där kunskaper, yrkestillhörighet, attityder och erfarenheter har betydelse vid beslut om ej HLR. Om det brister i kommunikationen mellan läkaren och sjuksköterskan kan det innebära att sjuksköterskan inte får den information hon är i behov av för att förhålla sig till patienten på ett rätt sätt och ge den omvårdnad patienten behöver. Hur mycket påverkar våra attityder och erfarenheter vårt sätt att informera och att fatta beslut om ej HLR?

Att ej utföra HLR på en patient kan benämnas på olika sätt som t.ex. 0-HLR eller att patienten är hjärtkryssad. I denna uppsats benämnes detta som beslut om ej HLR

BAKGRUND

EPIDEMIOLOGI

I Sverige dör cirka 90-95 000 människor varje år. Fullständig statistik finns fram till år 2006 då det dog 91 271 personer. Hjärt- och kärlsjukdomar var den vanligaste orsaken, och tumörer den näst vanligaste. Två tredjedelar av de personer som dog var över 75 år (3).

Cirka 2500-3000 personer drabbas varje år av hjärtstopp utanför sjukhus och behandlas av ambulanssjukvården (4). Likartade uppgifter för hjärtstopp på sjukhus saknas för hela riket.

Hur många patienter som skrivs ut levande efter hjärtstopp på sjukhus varierar kraftigt mellan olika undersökningar. Ofta ligger överlevnaden mellan 10-15 % (5). Rapporter från enskilda sjukhus visar en överlevnad på upp till 35 %. Slutsatsen blir att de flesta patienter på sjukhus inte överlever ett hjärtstopp (6).

Chansen att överleva ett hjärtstopp påverkas av olika prognostiska faktorer och det kan vara svårt att bedöma om de åtgärder som utförs vid ett hjärtstopp är positivt för patienten (7). Främsta skälet till att inte ge HLR är patientens dåliga prognos. Andra faktorer som minskar chansen för patienten att överleva är om tidigare återupplivning har skett, patienten har sepsis eller HLR har pågått i mer än 25 minuter, patienten har asystoli samt om patienten har tre eller flera sjukdomar som t.ex. hjärt-kärlsjukdom, kronisk njur-leversjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, lungsjukdom, diabetes eller malignitet (8).

Alla som överlever ett hjärtstopp återgår inte till ett normalt liv. En del patienter får ett liv med en låg livskvalitet på grund av hjärnskada eller försämring av funktionen av andra olika organ. Andelen av patienterna som får bestående svårigheter med kognition och utförandet av dagliga aktiviteter är 35-48 % (9, 10). Ett vanligt kognitivt problem är minnesproblem (11).

Ibland kan HLR tillfälligt återställa hjärtfunktionen hos döende patienter eller patienter med svåra kroniska sjukdomar. För dessa patienter leder det ofta till en förlängd dödsprocess och lidande (12).

BESLUT OM EJ HLR

Alla människor skall en gång dö. Men oftast vet vi inte vad vi ska dö av eller när döden inträffar. Hjärtstopp är inte liktydigt med död. I Sverige innebär död ”att en människa är död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort” (13).

Tankarna om att göra mun-till-mun-andning och bröstkompressioner uppstod på 1700- respektive 1800-talet. 1958 återupptäckte dr Knickerbocker och dr Kouwenhoven att bröstkompressioner kunde ge en kvarstående cirkulation. De publicerade sina upptäckter 1960 och sedan dess har kunskapen om HLR spridits över världen (14).

I mitten av 1970-talet framkom i USA en ökad oro för att HLR på vissa patienter kunde leda till onödig behandling och inte ändra deras prognos. Frågan var om sjukvården ska göra allt den kan göra (15). Läkarna började utfärda ordinationer till sjuksköterskorna om att HLR inte skulle startas om patientens hjärta skulle stanna. Ofta fattade läkaren detta beslut utan att tillfråga varken patient, närstående eller sjukvårdspersonal. Under 1980-talet utvecklades riktlinjer om att avstå från HLR främst beroende på ökad respekt för patientens autonomi. Patienter, närstående och sjukvårdspersonalen skulle involveras i beslutet om ej HLR (16).

Det är läkaren som har ansvaret för beslutet om att inte återuppliva en patient, men beslutet bör tas i samråd med patienten och/eller närstående. Hjärtstopp är ett akut tillstånd och därför måste ett beslut om ej HLR alltid tas som förhandsbeslut (7). Det betyder att sjuksköterskan alltid måste starta HLR på en patient som drabbats av hjärtstopp om inte läkaren beslutat om ej HLR (17). Ofta är det sjuksköterskan som tar upp frågan om ställningstagande till beslut om ej HLR med läkaren (16).

Det är en etisk fråga att utfärda beslut om att inte återuppliva en patient. Detta då en eventuell återupplivning skulle kunna leda till ett liv utan livskvalitet. I bedömningen om att inte återuppliva en patient spelar hälsotillstånd, prognos men även patientens åsikter och värderingar om sin livskvalitet in (17). Äldre patienter tror att HLR ger ett bättre resultat för överlevnaden än vad det egentligen gör (18).

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg har man gett ut Medicinetiska riktlinjer för HLR (7) för att vara till hjälp i dessa frågor. Där slås fast att ett förhandsbeslut om att HLR ej ska utföras ska gälla när patienten inte önskar HLR som behandling och/eller om läkarens bedömning är att HLR inte är medicinskt motiverat. Inom sjukvården ska beslut om ej HLR dokumenteras antingen i patientens journal eller andra medicinska papper (17).

STYRDOKUMENT

I lagstiftningen finns inga bestämmelser som tar upp frågan om beslut om ej HLR. Däremot finns det bestämmelser som tar upp frågan om information. Historiskt sett så har det inom vården funnits inställningen att patienten inte alltid bör eller vill höra utsagor eller få information om sin sjukdom (19). Att vara ärlig och ge en riktig och sann information är till viss del kulturellt betingat. Utvecklingen i vården har gått därhän att sjukvårdspersonalen idag ger en mer ärlig och sanningsenlig information än vad som gjordes tidigare (20).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall vården respektera patientens integritet och självbestämmande. Vidare säger lagen att patienten skall ges en information som är anpassad till den enskilda individen. Informationen kan gälla hälsotillstånd eller de metoder som finns för undersökning, vård och behandling. Kan inte patienten ta emot information kan den lämnas till närstående. Om det finns hinder för att ge information får den inte ges patient eller närstående (21).

Enligt Sahlgrenska Universitetssjukhusets medicin etiska riktlinjer (7) ska patienten beredas möjlighet att delta i en diskussion om beslut om ej HLR. Om en patient är kompetent att ta beslut och hans/hennes inställning är att drabbas jag av hjärtstopp ska HLR ej utföras, ska detta respekteras. Om patienten inte vill delta i beslutet om ej HLR kan detta överlåtas till patientens ansvariga läkare. Om patienten är så sjuk att han/hon inte kan ge sin inställning till beslut om ej HLR, ska det undersökas om patienten har haft några önskemål om detta tidigare. Finns inga sådana önskemål kan närståendes inställning tas med i beslutet.

Läkarförbundets etiska regler framhåller att läkaren ska respektera patientens rätt till information. Men även att läkaren ska avstå att ge information om inte patienten önskar det (22). I Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinetiska riktlinjer för beslut angående Hjärt Lungräddning (HLR) (23) framhålles att inför ett beslut bör ansvarig läkare både tala med berörd vårdpersonal och patienten. Om patienten inte är kontaktbar bör samtal ske med närstående. Om HLR ska utföras eller inte ska dokumenteras. Det är viktigt att berörd vårdpersonal får information om beslutet. Även närstående bör få information.

Sjuksköterskan skall enligt Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (24) ha förmågan att kommunicera med patienten på ett empatiskt, lyhört och respektfullt sätt. Sjuksköterskan skall i dialog med patienten ge en individuell anpassad information vid rätt tidpunkt. Det är viktigt att sjuksköterskan förvissar sig om att patienten förstår given informationen samt ser till att patienten är delaktig i vården och sin behandling. Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (25) ska sjuksköterskan ansvara för att den enskilda individen får

information som medför att hon/han förstår given behandling och att hon/han har möjlighet att välja eller vägra behandling.

INFORMATION

Vem ska ge information

Enligt Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (26) skall den som har ansvaret för en patient se till att patienten får en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd. Patienten ska även få information om de metoder för vård, behandling och undersökningar som finns.

Det är läkaren som ger de svåra beskederna till patienten. Det är värdefullt om sjuksköterskan är närvarande vid de tillfällen som information ges för att efteråt kunna förklara och förtydliga informationen till patient och närstående. I samband med palliativ vård och omsorg kan det vara sjuksköterskan som är mest lämpad att ge information. Ofta har sjuksköterskan en närmre relation med patient och närstående än vad läkaren har (27).

Ska vi alltid ge information

Arlebrink resonerar i boken Grundläggande vårdetik (19) kring frågan om patienten alltid skall ges full information. Vid svåra kroniska och livshotande sjukdomar kan det finnas skäl att inte berätta sanningen för den sjuke. Några skäl för att inte berätta sanningen är att patienten kan komma att må psykiskt dåligt, att patienten inte vill veta något om sin sjukdom eller att patienten vid ett negativt besked kan vara benägen att ta sitt liv. Andra argument kan vara att det inte är någon idé att berätta sanningen för patienten då hon/han ändå inte kommer att förstå, eller om sanningen kan få patienten att helt förlora sitt hopp om framtiden. Några skäl att berätta sanningen är att den enskilda individen visas respekt. Om patienten vet vad som kommer att hända minskar lidandet och han/hon får en större psykisk kraft. Enligt Tuckett (20) finns det patienter som verkligen vill och har intresse av att få veta vad som kommer att hända. Informerade patienter samarbetar med dem som ansvarar för deras vård och har lättare att förstå given behandling samt tolererar smärta bättre. Om en patient upptäcker att de inte fått höra sanningen kan det leda till misstro mot vårdpersonalen.

Enligt Sahlgrenska Universitetssjukhusets medicin etiska riktlinjer kan läkaren låta bli att fråga efter patientens inställning i samband med förhandsbeslut om att ej ge HLR till en patient. Detta kan gälla om patienten snart ska dö, läkaren bedömer att om patienten drabbas av ett hjärtstopp så kommer behandlingen med HLR inte lyckas samt om patienten har drabbats en obotlig hjärnskada eller är i ett långvarigt vegetativt tillstånd (7). Huruvida patienten i dessa situationer skall informeras om beslutet framgår dock ej av granskade styrdokument (7, 21-26).

ETISKA FRÅGESTÄLLNINGAR OCH PRINCIPER

Etiska överväganden

Från födelsen till döden är varje människa unik. Alla människor har rätt att få bestämma över sina egna liv. Alla människor har även rätt till bästa möjliga vård. Enligt Socialstyrelsen så bygger arbetet inom Hälso- och sjukvården på etiska grundprinciper. Principen om autonomi, att göra gott, att inte skada och att vara rättvis (28).

I omvårdnadsarbetet ställs sjuksköterskan inför etiska frågeställningar. Frågor kan

uppstå som kan beröra patienter, närstående, kollegor eller andra yrkesgrupper. Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska sjuksköterskan respektera mänskliga rättigheter, kulturella rättigheter, rätten till värdighet, rätten till liv och att behandla människor med respekt. För att uppnå detta ska sjuksköterskan förebygga sjukdom, återställa hälsa, främja hälsa och lindra lidande (25).

Ett etiskt problem innebär att principer, värden och intressen kolliderar och det är svårt att hitta en gemensam lösning. Det går inte att komma fram till en lösning endast genom kunskap om fakta kring problemet. Olika människor har olika svar på samma problem på grund av olika intressen och värden (29).

När etiska problem uppstår kan sjuksköterskan antingen gå efter sin erfarenhet eller sitt förnuft. I pliktetiken är det förnuftet som bestämmer hur vi ska handla i en viss situation. I konsekvensetiken är det den praktiska erfarenheten som avgör hur vi ska handla i en viss situation. I dygdetiken görs gällande att både förnuftet och den praktiska erfarenheten får visa hur sjuksköterskan ska handla i en viss situation (30).

För att hitta lösningar på etiska problem bör berörda parter föra en dialog. Denna grundas på delaktighet, respekt, öppenhet för varandra samt ömsesidig tolerans. Det viktiga är att bägge parter vill och är beredda att komma fram till ett resultat. Vid en dialog har sjuksköterskan ett ansvar att stödja patienten så denne får tid att fundera, tid för att förstå, tid att reflektera och acceptera. Dialogen bör återkomma för att patienten ska kunna ta till sig det som kommer fram. Sjuksköterskan måste acceptera att patienten och närstående kan ha andra tankar om ett problem (29).

En etiskt fråga är om läkaren skall fortsätta, eller avstå från/avbryta en behandling t.ex. beslut om att avstå från HLR. En fråga som då uppstår är om det finns sjukdomstillstånd som innebär att beslut om HLR är meningslöst och där beslut om att avstå/avbryta kan tas (31). Enligt litteraturen är det svårt att definiera när en behandling är meningslös. Istället är det så att läkaren i samråd med sjuksköterskan bör ta reda på patientens egen inställning till liv och död, och detta bör ligga till grund för om behandlingen är meningslös eller inte (32).

Principen om autonomi

Patientens autonomi värderas högt i dagens samhälle. Sjuksköterskan ska respektera patientens autonomi. Med detta menas att varje människa är en självständig och fri varelse. I patientens rätt till autonomi ryms begreppen självbestämmande, frihet, önskan om uppfyllelse samt oberoende. Som sjuksköterska ingriper man inte i patientens liv för sin egen skull utan för patientens skull (33).

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska sjuksköterskan bland annat verka för: *”en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras”* (25, s 4). Trots det uppstår situationer där patientens autonomi inte till fullo kan respekteras. Situationer som ställer sjuksköterskan inför en etisk konflikt. Detta kan t.ex. gälla tillfällen då patienten är instabil och inte vet vad hon vill, patientens önskemål är grundade på felaktiga eller för lite fakta eller patientens beslut är ogenomtänkta (34). Sandman (34) kallar detta att patienten har en ”problematiske vilja”. Patientens vilja ”har vissa egenskaper som vi spontant kan känna försämrar dess chanser att förtjäna respekt”.

Principen om att göra gott

Att göra gott mot patienten innebär att alltid tänka på patientens bästa. Sjuksköterskan ska inte vara allmänt god utan måste reflektera och handla efter patientens bästa. Principen att göra gott hänger ihop med principen att lindra lidande. Lidande är subjektivt och kan vara både fysiskt, psykiskt eller existentiellt (19). Tyvärr är det så att vården kan ge ett ökat lidande. För patienten kan detta yttra sig som utebliven vård, maktutövning, kränkning av värdighet eller fördömelse (35).

Principen om att inte skada

I all vård gäller regeln att inte skada patienten. Ändå kan patienten skadas (28). Det kan uppstå skador i samband med att man hjälper patienten att bli frisk eller försöker få kontroll på patientens sjukdom. Skadan kan i förlängningen bli något gott som hjälper patienten att bli frisk eller får kontroll på sin sjukdom. Principen om att inte skada är giltigt om patientens undersökningar och behandlingar genomförs i försök att stärka autonomi för patienten (19).

Principen om att vara rättvis

Respekten för människors lika värde är en grundläggande grundsats för sjukvården. Alla patienter bör behandlas lika. I Hälso- och sjukvårdslagen står det att: *”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen”*. Det står även att *”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”* (21, § 2). Detta innebär att varje patient bör bedömas utifrån hans/hennes behov och vilken sjukdom patienten har och vad sjukdomen beror på (28).

KOMMUNIKATIONEN MELLAN SJUKSKÖTERSKA OCH PATIENT

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee (36) ser omvårdnad som en mellanmänsklig process där det uppstår en relation människa-till-människa. Sjuksköterskan hjälper en person, närstående eller ett samhälle att förebygga och hantera erfarenheter av sjukdom och lidande. Om det är nödvändigt hjälper sjuksköterskan berörda parter att finna mening i dessa erfarenheter. Relationen mellan sjuksköterskan och patienten kan inte ske förrän det uppstått ett möte där bägge parter uppfattar den andre som en människa. Ett samspel uppstår när sjuksköterska och patient lyssnar till varandra. Sjuksköterskan bör beakta vad hon gör, tänker, känner och upplever. I detta samspel kommer våra attityder och förhållningssätt in. Relationen människor emellan nås via fyra faser. Dessa är det inledande mötet, framväxt av identiteter, empati och sympati. En etablering av relationer kan ske med olika fart och med olika hastighet.

I det inledande mötet när sjuksköterskan möter patienten för första gången, observerar bägge parter varandra och utvecklar antaganden och fördomar om varandra. Ett resultat av detta samspel är att känslor utvecklas. Sjuksköterskan bör vara uppmärksam på sina egna attityder och förhållningssätt mot patienten, så att detta inte skymmer sjuksköterskans sätt att se på den enskilda patienten. När sjuksköterskan iakttar det unika med patienten och patienten börjar svara på detta leder det till en framväxt av identiteter mellan sjuksköterskan och patienten. Sjuksköterskan börjar förstå hur patienten tänker och upplever sin situation. Samtidigt börjar patienten förstå att sjuksköterskan också är en individ med tankar. Denna fas utvecklas och växer fram tills en nära relation är uppnådd. Empati betyder att man tar del i eller försöker förstå en annan människas väsen. Detta sker i en process där bägge parter måste vilja mötas och där var och ens tidigare erfarenheter är betydelsefulla. Sympati går ett steg längre än empati och innebär

en längtan att lindra lidande. Det går inte att känna sympati för någon och samtidigt ha distans till den personen. För sjuksköterskan innebär det att hon känner medkänsla och har en attityd och förhållningsätt att hjälpa och lindra patientens lidande. Framförallt syns detta i omvårdnaden och i samvaron med patienten. Dessa fyra faser leder slutligen till en ömsesidig förståelse och kontakt (36).

Information och kommunikation är viktiga komponenter i samspelet mellan patient och vårdpersonal. Styrdokumenten visar att information ska ges på ett visst sätt till patienten där principerna om autonomi, att göra gott, att inte skada och att vara rättvis är viktiga. Även vid beslut om ej HLR bör dessa principer användas. Frågan är om information och kommunikation sker på andra sätt i realiteten. Kan det vara så att andra faktorer, så som våra attityder och erfarenheter, styr våra beslut?

SYFTE

Studiens syfte är att beskriva läkares, sjuksköterskors och patienters attityder och erfarenheter vid beslut om ej HLR.

Följande frågor ställdes till texterna.

Vilken attityd har läkare och sjuksköterskor till att diskutera ej HLR med patient och/eller närstående?

Vilka attityder har läkare och sjuksköterskor till när och hur en diskussion om ej HLR ska ske?

Vilka attityder har patienter till att vara delaktiga i ett beslut om ej HLR?

METOD

Studien genomfördes som en litteraturgenomgång. Metoden innebar att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa den litteratur som framkommit inom litteraturgenomgångens valda problemområde. Från det framkomna resultatet som baserar sig på aktuell forskning, har det framkommit data som kan användas som diskussion i den kliniska verksamheten (37).

DATABASSÖKNING

Sökning efter artiklar gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Dessutom har manuell sökning gjorts genom att granska referenser i artiklar, böcker och tidigare uppsatser. Dessa sökningar genomfördes under våren 2009.

Artiklarna valdes ut genom att i första steget granska titeln på artikeln. Berörde artikeln syftet med litteraturstudien genomlästes i andra steget även studiens abstrakt. I tredje steget lästes hela artikeln. Under databassökningen klarnade kunskapen om vilka sökord som skulle användas och sökningen blev mer preciserad. De viktigaste sökorden fanns inte att tillgå i PubMeds MeSH databas, utan söktes som fritext. Sökord som användes är DNAR och Do-Not-Attempt resuscitation.

Artikel 47 fick jag tips om av lektor, Åsa Axelsson på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Artiklarna 39, 41, 45 och 48

söktes manuellt utifrån referenser i de artiklar som använts i denna litteraturgenomgång. Använda artiklar hittas i tabell 1 ”Redovisning av artikelsökning”.

TABELL 1
Redovisning av artikelsökning

<i>Databas</i>	<i>Datum</i>	<i>Sökord</i>	<i>Begränsningar</i>	<i>Träffar</i>	<i>Använda</i>	<i>Referens</i>
Cinahl	090410	DNAR		6	1	46
PubMed	090413	Do-Not-Attempt AND Resuscitation orders	Adult:19-44 till 80+ years	70	1	43
PubMed	090418	”do not resuscitate” AND decision		395	3	38,40, 42
PubMed	090425	Do-not-attempt resuscitation decision	Adult:19-44 till 80+ years	71	1	44
Manuell sökning	april & maj -09				5	39,41, 45,47, 48

URVAL

Under litteratursökningen granskades 29 artiklar. Av dessa plockades ett flertal bort men elva artiklar kvarstod till denna litteraturstudie. Artiklar plockades bort därför att de var litteraturstudier eller inte var relevanta för studiens syfte. Det fanns artiklar som berörde plötslig spädbarnsdöd men dessa togs inte med för att begränsa litteraturstudien till vuxna. Denna litteraturstudie berör inte patienter under 18 år.

De elva artiklar som användes hade mest uttömmande data och kunde bäst svara upp mot studiens syfte. Kriterierna var att artiklarna skulle belysa beslut om ej HLR med attityder och erfarenheter från läkare, sjuksköterskor och patienter. Artiklarna skulle dessutom belysa etiska frågor kring beslut om ej HLR. Det fanns flera artiklar att tillgå om att ta svåra beslut vid livets slut och det etiska resonemang som då kan uppstå. Men dessa artiklar handlade inte specifikt om beslut om ej HLR och har inte tagits med i denna litteraturstudie.

ANALYS

Artiklarna i studien är granskade genom både deduktiv och induktiv analys. Detta har genomförts genom att söka svar på mina frågeställningar i litteraturen och därefter gjordes en sammanställning av data utifrån frågeställningarna. Ytterligare ett tema framkom, kommunikativa svårigheter, som innehöll olika uppfattningar om begrepp och feltolkningar utifrån skilda referensramar vid beslut om ej HLR.

RESULTAT

I resultatet beskrivs sjuksköterskors, läkares och patienters attityder och erfarenheter vid beslut om ej HLR. Dels utifrån vad de ansåg och dels hur det var i realiteten. I resultatet beskrivs även olika kommunikativa svårigheter i samband med beslut om ej HLR.

LÄKARENS ATTITYDER OCH ERFARENHETER VID BESLUT OM EJ HLR **Patientens delaktighet i beslut om ej HLR**

Löfmark m.fl. (38), Hildén m.fl. (39) och Hildén m.fl. (40) visade att många läkare kände sig osäkra inför att ta reda på vad patienten ville angående beslut om ej HLR. De var tveksamma till om patienten skulle vara delaktig i diskussionen eller få information om beslutet. Därför tog läkaren ofta egna beslut utan att veta vilken patientens inställning var till ett sådant beslut. I artikeln av Hildén m.fl. (39) tog två av tre läkare oftast eller alltid beslutet ensamma. Löfmark m.fl. (38) fann att en orsak till att läkaren inte inkluderade patienten i beslutet var att patienten inte var mentalt kompetent, dvs. kunde kommunicera och förstå samt ta beslut. Av patienterna var 64 % inte mentalt kompetenta utan läkaren tog beslutet själv. Vidare visade Löfmark m.fl. (38) att när läkaren inkluderade patienter i beslutet så var det nästan alltid läkaren själv som tog initiativ till denna diskussion. För de patienter som var mentalt kompetenta ansåg hälften av läkarna att patienten skulle vara med i diskussionen. Hälften av läkarna ansåg även att patienterna skulle ta det slutgiltiga beslutet. I realiteten var endast en tredjedel av de kompetenta patienterna delaktiga i beslutet om sin egen person. Detta kan jämföras med artikeln av Hildén m.fl. (39) där 72 % av läkarna uppgav att de alltid eller ofta diskuterade ett beslut med patienter som kunde förstå och kommunicera. Majoriteten av läkarna instämde helt eller delvis med att patientens uppfattning var avgörande vid ett beslut. De läkare som behandlade många svårt sjuka patienter diskuterade beslut om ej HLR med sina patienter mindre ofta än andra.

Att informera patienten om ej HLR

I Löfmark med fleras (38) studie ansåg en tredjedel av läkarna att det fanns patienter som ville ha information om beslut om ej HLR men inte fick det. En fjärdedel trodde att vissa patienter fick besked om beslut som de ej velat ha. De flesta läkarna, ansåg att informationen till patienten getts vid rätt tidpunkt. I Oberles m.fl (41) artikel framkom att kommunikationen mellan läkare och patient var viktig. Frågor uppstod för läkaren om vad hon/han skulle säga, delvis på grund av osäkerheten i situationen, men också av en önskan att inte skada.

Svårigheter med att fatta beslut om ej HLR

I Oberles m.fl (41) artikel framkom att läkarnas etiska dilemma var att stå inför två vägval att besluta om ej HLR eller inte. De oroade sig över att de inte tagit rätt beslut. Hildén m.fl. (39) visade att de mest noterbara problemen för läkarna i samband med ett beslut var svårigheter att utvärdera patientens prognos, konflikter med familjemedlemmar, osäkerhet i att tillräckligt kunna motivera ett beslut, avsaknad av allmänna instruktioner för ett beslut, psykisk stress i samband med ett beslut samt konflikter med patienten. Enligt Löfmark m.fl. (38) ansåg läkarna ansåg att det för det mesta var etiskt rätt att ta ett beslut.

Att involvera närstående

Hildén m.fl. (39) visade att när patienten inte var mentalt kompetent diskuterade tre av fyra läkare med de närstående. I artikeln av Oberles m.fl (41) oroade sig läkarna över vad man skulle säga till de närstående när det slutgiltiga beslutet skulle delges.

SJUJSKÖTERSANS ATTITYDER OCH ERFARENHETER VID BESLUT OM EJ HLR

Sjuksköterskans delaktighet i beslut om ej HLR

I fyra artiklar som undersökte sjuksköterskans erfarenheter och attityder vid beslut om ej HLR framkom att de flesta sjuksköterskor ansåg att det är läkaren som är ansvarig för ett beslut om ej HLR (40, 42-44). Vidare visade tre av dessa artiklar att många sjuksköterskor ville vara mer delaktiga i beslutstagandet (40, 42, 44). Hildén m.fl. (40) visade att två tredjedelar av sjuksköterskorna trodde att deras synpunkter hade beaktats i beslutet medan 16 % inte trodde det. I en artikel av Manias (42) upplevde sjuksköterskorna det frustrerande att de inte kunde påverka beslutet och att ansvaret borde delas mellan läkare och sjuksköterskor. Jepson (44) visade att sjuksköterskorna upplevde sig som patientens förespråkare som hjälpte patienten att diskutera sina val inför ett beslut. Sjuksköterskorna ansåg sig ha de kunskaper och insikter om patientens livskvalitet som var viktiga för beslutet. Trots sjuksköterskornas yrkesmässiga bedömning och detaljerade förståelse av patientens tillstånd visade Oberles m.fl (41) att deras lägre ställning i den hierarkiska strukturen innebar att de kom i bryderi på grund av att läkaren inte lyssnade, att de förväntades tåga även när de bevittnade fel val och att de inte kunde inverka på beslutet. Sjuksköterskorna trodde att läkarna alltför ofta handlade efter sina egna värderingar istället för patientens eller de närståendes. Sjuksköterskorna tyckte att läkaren ofta inte ville tänka på det lidande som beslutet kunde leda till. Eftersom beslutet inte var sjuksköterskornas inriktades deras oro på "hur" och "varför" läkarna kommit fram till ett visst beslut. Sjuksköterskorna kunde till följd av detta känna vanmakt.

Enligt Næss (43), fanns det vad gäller externa faktorer påverkan på sjuksköterskans attityder vid beslut om ej HLR, inte några signifikanta skillnader förknippade med ålder, specialiserad utbildning eller graden av erfarenhet från kritiskt sjuka patienter. Hildén m.fl. (40) visade att de sjuksköterskor som var mest aktiva att diskutera beslut var de som vårdade allvarligt sjuka patienter eller de som hade åsikten att patienten skulle bestämma själv över sin vård. Manias (42) fann att en grupp som upplevde att de var begränsade att påverka beslutet var sjuksköterskor som arbetade inom intensivvården.

När och hur bör en diskussion om ej HLR ske

I två artiklar som undersökte information och patienters delaktighet vid beslut om ej HLR (38, 43) framkom att ett samtal och ett beslut ofta togs sent i patientens sjukdomsförlopp. Detta kunde innebära att patienten var för dålig för att läkaren eller sjuksköterskan skulle kunna ta reda på dennes inställning. Löfmark m.fl. (38) visade, att när ett samtal skulle äga rum eller ett besked delges en patient, borde patientens rätt till information vara i samklang med att inte skada patienten. Bara hälften av sjuksköterskorna ansåg att beslutet om ej HLR kommit vid rätt tidpunkt. Av sjuksköterskorna ansåg 14 % att beslutet skulle ha tagits tidigare.

Næss (43) visade att enligt sjuksköterskorna var det de som i 69 % av fallen initierade frågan om beslut om ej HLR till läkaren. Vidare fann Jepson (44) att sjuksköterskorna

ansåg att beslutet borde ha tagits i ett team där de var en av parterna i teamet kring beslutet. När beslutet om ej HLR var taget kunde sjuksköterskan få en stödjande roll för patient och närstående. Hildén m.fl. (40) visade att när ett beslut väl var taget ansåg de flesta sjuksköterskorna att de fått tillräckligt med information av läkarna och att de fått en motivering till besluten för att kunna vårda patienterna på ett bra sätt. I flera artiklar som beskrev patienters och närståendes delaktighet vid beslut om ej HLR (38, 40, 42, 43) framkom dock att patienten och närstående inte alltid fått information om att ett beslut tagits vilket kunde innebära att sjuksköterskan fick det svårare att förhålla sig till patienten på ett rätt sätt. I artiklar av Næss (43) och Löfmark m.fl. (38) uppgav sjuksköterskorna att det nästan alltid var etiskt rätt att ta ett beslut.

Patientens delaktighet i beslut om ej HLR

Manias (42) och Hildén m.fl. (40) visade att de flesta sjuksköterskor tyckte att patientens önskemål skulle följas och vara avgörande. Löfmark m.fl. (38) fann att mer än hälften av sjuksköterskorna ansåg att patienten skulle vara delaktig i beslutet. Sju procent av sjuksköterskorna ville inte att patienten skulle medverka i beslutet.

Enligt Næss (43) ansåg sjuksköterskorna att ett beslut var en process där deras kompetens och kunskap om patienten var viktig för resultatet. Flera artiklar som beskrev patienters delaktighet vid beslut om ej HLR (38, 40, 43, 44) visade att det krävdes en balanserad strategi för att få fram patientens uppfattning. Skälet till att inte alla patienter kunde vara delaktiga i beslutet berodde ofta på att de var alltför sjuka.

Att informera patienten om ej HLR

Tre artiklar som tog upp sjuksköterskans attityder (38, 42, 43) visade att sjuksköterskorna hade en positiv attityd till att informera patienterna om ett beslut. Löfmark m.fl. (38) visade att en tredjedel av sjuksköterskorna trodde att det fanns patienter som hade önskat information om ett beslut men inte fått det, medan det var 11 % som trodde att det fanns patienter som fått besked om ett beslut men som inte velat ha det. Næss (43) fann att 73 % av sjuksköterskorna ansåg att kompetenta patienter skulle få kännedom om att ett beslut tagits.

Att involvera närstående

Majoriteten av sjuksköterskorna, 67 %, ansåg att den kompetenta patienten borde få information om beslut före de närstående enligt en studie av Næss (43). Tre artiklar som undersökte sjuksköterskors attityder (40, 42, 43) visade att om patienten var så sjuk att han/hon inte kunde ge sin inställning till ett beslut ansåg sjuksköterskorna att de närståendes ståndpunkt skulle beaktas. Manias (42) fann att 71 % av sjuksköterskorna ansåg att de närstående borde vara mera delaktiga i beslutet. Hildén m.fl. (40) visade att tre fjärdedelar av sjuksköterskorna diskuterade beslut om ej HLR med närstående när patienten inte kunde kommunicera. Vidare visade Manias (42) att ofta var inte närstående involverade och det upplevde sjuksköterskorna som frustrerande. De gånger de närstående kunde påverka beslutet ansåg sjuksköterskorna att det var givande. Behållningen av detta blev en samverkan mellan närstående, sjuksköterskan och läkaren.

PATIENTENS ATTITYDER OCH ERFARENHETER VID BESLUT OM EJ HLR

Delaktighet vid beslut om ej HLR

Tre artiklar som undersökte patienternas attityder (45-47) visade att i allmänhet ville patienterna att frågan om ett beslut skulle tas upp till samtal. Vidare framkom i två av artiklarna (45, 46) att det var väldigt få som hade varit med om att diskutera sin inställning till detta. Gorton m.fl. (46) fann att patienterna önskade att de fick vara med i en sådan diskussion innan de blev alltför kritiskt sjuka. Dessa tankar fanns hos patienter både inom slut- och öppenvården. Löfmark m.fl. (47) visade att nästan alla patienterna önskade och var positiva till att tala om sina framtidsutsikter, prognoser, behandlingar och att eventuellt avstå behandling med HLR. De flesta patienterna hade en avspänd hållning till dessa frågor, men några upplevde det ändå svårt att tala om. Vidare fann Gorton m.fl. (46) att de flesta patienterna inte blev störda av ett resonemang. Av patienterna fann 10 % att frågan var upprörande men hälften av dessa patienter ville fortfarande ha ett samtal.

Ågård m.fl. (45) visade att beslutet inte var särskilt viktigt för de intervjuade patienterna. Ingen av patienterna hade känt sig särskilt obekvämt med att diskutera frågan. Istället verkade många patienter vilja kringgå frågan om ett sådant beslut för att diskutera andra aspekter av sin sjukdom och behandling. Vissa av de patienter som uppgav att de skulle vilja diskutera ett beslut, sa samtidigt att de önskade att läkaren skulle ta beslutet i samråd med dem eller som ett självständigt beslut. Ofta förlitade sig patienten i slutändan på läkaren men det innebar inte att patienten avböjde medverkan.

Inställning till återupplivning

De patienter som ville bli återupplivade hade enligt Löfmark m.fl. (47) olika kunskap och inställning till återupplivning. Många av patienterna ansåg att det var naturligt att tala om eventuella inskränkningar vid livets slut och uppgav att de inte ville ha någon livsuppehållande behandling. Ågård m.fl. (45) uppgav att nästan alla patienter var villiga att genomgå HLR. Så många som två tredjedelar skulle välja HLR trots att chansen att överleva var fem procent eller mindre. Det som var viktigt för patienterna var att inte bli neurologiskt funktionshindrade och till följd av detta bli en börda för familjen. Ungefär hälften av patienterna var inte medvetna om riskerna att drabbas av neurologiska funktionshinder efter ett hjärtstopp. De flesta patienterna överskattade sina chanser att överleva.

Vem som skall involveras i samtalet

Två studier som undersökte patienters attityder (46, 47) visade att en majoritet av patienterna ville att anhöriga skulle vara med i samtalet. Enligt Löfmark m.fl. (47) önskade de flesta patienterna även att en sjuksköterska skulle delta i samtalen om begränsningar i livets slut. Endast ett fåtal patienter önskade att läkaren ensam skulle tala med familjen.

KOMMUNIKATIVA SVÅRIGHETER

Hildén m.fl. (40) visade att vid vissa tillfällen kunde det uppstå problem om innebörden i ett beslut om ej HLR. Hälften av sjuksköterskorna ansåg att ett beslut innebar att man inte skulle påbörja återupplivning. Medan lite mindre än hälften av sjuksköterskorna trodde att ett beslut betydde en hel eller delvis palliativ och symptomriktad vård.

Liknande resultat för läkare visar Hildén m.fl. (39) i annan studie där 70 % av läkarna ansåg att ett beslut innebar att man inte skulle påbörja återupplivning medan 30 % ansåg att ett beslut underförstått betydde palliativ och symtomriktad vård.

Deep m.fl. (48) visade att vid samtal om ett beslut om ej HLR kunde patienterna uttrycka sina önskemål om återupplivning på ett sätt som öppnade för olika tolkningar. Detta kunde innebära att läkaren, patienten och de närstående hade olika uppfattningar om det beslut som tagits och läkaren kunde feltolka patientens önskan. Det kunde också vara de närståendes och inte patientens önskan som framkom i beslutet eller patienten och läkaren kunde ha skilda referensramar. Uttryck som användes i samtalet kunde ha olika betydelse för läkaren och patienten då dessa sällan blev förklarade när läkaren samtalade med patienten. Detta kunde gälla uttryck som HLR, livsuppehållande behandling etc. Flera patienter uppgav att de skulle acceptera en återupplivning men inte en livsuppehållande behandling. Detta innebär att de ser en skillnad mellan dessa två. Många läkare gjorde inte denna åtskillnad.

DISKUSSION

METOD DISKUSSION

Artiklar till denna litteraturstudie har framtagits både genom sökning i databas och genom manuell sökning. Arbetet med sökning av artiklar i databaserna visade att olika formuleringar och begränsningar av sökorden gav olika resultat och ledde till nya artiklar. En del artiklar framkom inte i databassökningen utan de söktes manuellt genom de funna artiklarnas referenslistor. En insikt av detta är att en sökning av artiklar genom en databas inte alltid är heltäckande utan en sökning bör ske på olika sätt. Dessutom kanske det fanns artiklar som hade passat denna litteraturöversikt men som inte framkommit.

Valet att genomföra litteraturstudien på ett deduktivt sätt hade sin grund i att begreppen kring beslut om ej HLR är vedertagna. Därför borde det finnas artiklar med likartade frågeställningar kring detta ämne, vilket resultatet i denna litteraturöversikt också visar. Under arbete framkom data som ledde till att artiklarna även fick analyseras induktivt. Av litteraturstudiens elva använda artiklar var sex kvantitativa, tre kvalitativa och två artiklar hade både kvantitativa och kvalitativa resultat. Bland de artiklar som framkom vid databassökningen var det en övervägande del som var kvantitativa. För urvalet till denna litteraturstudie valdes artiklar med både en kvantitativ och kvalitativ syn på frågeställningarna. Detta är en styrka och ger en större bredd på innehållet.

Artiklarna kom främst från Sverige, men även från övriga Norden och andra delar av världen. För resultatet var det bra att det inte bara var data från Sverige som kom med då det är av intresse hur man ser på dessa frågor i andra delar av världen. En svaghet kunde vara att det inte framkom några artiklar i databassökningen från den icke västerländska medicin- och vårdkulturen. Detta hade varit intressant att jämföra med och se om diskussionen om beslut om ej HLR förekommer där också.

De flesta artiklarna använde forskningsresultat från genomförda undersökningar som berörde sjuksköterskor, läkare, patienter och/eller anhöriga som arbetade eller vistades inom slutenvården. Några få artiklar hade hämtat data från öppenvården. Resultatet

visar att det är främst inom slutenvården som frågeställningar om beslut om ej HLR förekommer.

Data till artiklarna angående sjuksköterskorna är hämtat från sjuksköterskor som arbetade inom intensivvård, hjärtsjukvård och olika slags avdelningar och till viss del från öppenvården. Data för läkarna hämtades från läkare som arbetade allt från IVA till primärvård. Patient och anhörigas resultat kom från både sluten- och öppenvård. Bredden på resultatet ger en styrka. Då resultaten var rätt så likartade går det att säga att det finns en viss generaliserbarhet.

I Hildéns m.fl. (40) artikel var bortfallet stort då svarsfrekvensen var 51 % på de utskickade frågeformulären. Artikeln var ändå intressant då den gav resultat från en finländsk och därmed nordisk horisont. Data till studien hade dessutom samlats in från sjuksköterskor från olika slags specialiteter. Jepsens (44) studie var uppdelad i en kvantitativ och kvalitativ del. En enkätundersökning genomfördes, även här var bortfallet stort med en svarsfrekvens på 52 % på de utskickade frågeformulären. Men studien hade även en kvalitativ del som var intressant för ämnet. Bortfallet var stort även i Hildéns m.fl. (39) artikel (svarsfrekvensen 56 %). Artikeln var ändå intressant då den gav resultat från olika läkarspecialiteter.

I Oberles m.fl (41) artikel rekryterades sjuksköterskor och läkare till studien på olika sätt. Sjuksköterskorna rekryterades genom att olika enhetschefer identifierade sjuksköterskor som var speciellt intresserade av etiska frågor. Läkarna rekryterades genom att en till studien kopplad läkare kontaktade möjliga deltagare. Genom att på detta sätt rekrytera deltagare till studien finns det risk att urvalet styrs upp vilket i sin tur kan påverka resultatet. De sjuksköterskor som var intresserade av etiska frågor kanske hade en annan syn än de som inte var det. För läkarnas del kunde det även där finnas en risk att den rekryterande läkaren valde ut deltagare som hade en viss syn på etiska frågor. Denna artikel var dock relevant till denna litteraturöversikts syfte och aktualiserade kommunikationen mellan sjuksköterskan och läkaren.

Av artiklarna var två inte etiskt granskade. Varför studien av Næss (43) inte var etiskt granskad förklarades med att eftersom studien genomfördes anonymt fanns det inget behov av godkännande från någon etisk kommitté. Det finns ingen uppgift om att artikeln av Löfmark m.fl. (38) skulle vara etiskt granskad. En orsak kan vara att den har genomförts genom nyttjande av frågeformulär och att risken för kränkning av den personliga integriteten ansågs liten.

RESULTATDISKUSSION

När ett beslut om ej HLR blir aktuellt påverkar det både läkaren, sjuksköterskan och patienten. Frågor som berör information, delaktighet och kommunikation blir aktuella. Våra attityder och erfarenheter påverkar hur vi hanterar frågor som berör information, delaktighet och kommunikation.

Betydelsen av att informera

I de granskade styrdokumenterna och referenserna (7, 19-27) fanns det inga tydliga rekommendationer när samtalet om beslut om ej HLR skulle tas upp med patienten. Patienten ska beredas möjlighet att delta i diskussionen enligt Sahlgrenska universitetssjukhusets Medicin etiska riktlinjer för hjärt-lunggräddning (7). Svenska Läkarsällskapetets Delegation för medicinsk etik anger att inför ett beslut bör samtal med

patienten ske när det är möjligt (23). Det finns alltså inget entydigt svar på när ett samtal om beslut ska ske. Svaret är troligen som Löfmark m.fl. uttrycker det ”*när patienten ska informeras är en fråga om timing*” (38, s 424). Men hur vet man när det är rätt timing?

I flera av artiklarna talades det om att informera patienten (38, 43). Några artiklar gick längre och talade om att föra en diskussion med patienten (39, 40, 42, 48). Det är oklart om författarna menade samma sak eftersom detta inte definieras. Det finns en distinktion mellan att informera kontra ha en diskussion. En information kan vara ensidig men vid en diskussion sker det en kommunikation mellan minst två parter. Vid det förstnämnda har patienten inte så mycket att säga till om men under en diskussion kan patienten påverka beslutet. Det borde vara en skillnad att som patient få information om ett beslut kontra att ha en diskussion om ett beslut om ej HLR.

Patienterna önskade få information och att frågan om beslut om ej HLR skulle tas upp (45-47). Enligt de granskade styrdokumenterna har patienten rätt att få individuell information när så är möjligt (7, 21-25). Beslutet om att informera eller att inte informera en patient bör så långt som möjligt vara i överensstämmelse med såväl principen om autonomi som principen om att patienten inte ska skadas (38). Det finns argument både för att informera och att inte informera patienterna (19). Ett skäl att inte informera patienten var att patienten inte var mentalt kompetent dvs. kunde kommunicera och förstå samt ta beslut (38). Det fanns en skillnad mellan styrdokument och hur läkare och sjuksköterskor anser att det är (38, 42-45). Idag verkar trenden i sjukvården vara att vi ska berätta allt för patienten. Resultatet från artiklarna visar att det ibland inte är lämpligt att alltid berätta allt för patienten. Intressant är att jämföra med de riktlinjer som The Resuscitation Council i Storbritannien (49) har gett ut angående beslut som är relaterade till HLR. Enligt dessa bör läkaren informera de flesta patienter, men inte de som befinner sig i livets slut eller där informationen inte har något värde för patienten. En bedömning bör alltså göras av hur mycket information den enskilda patienten skall få.

Betydelsen av delaktighet

Det är läkaren som är ansvarig för ett beslut om ej HLR (23). Nästan alltid så är det läkaren som tar beslutet om ej HLR (40, 42). Patienterna fick inte alltid information om ett beslut. En orsak till det kunde vara att läkaren inte vågade tala med patienten (38). Ofta dröjde ett samtal om återupplivning tills patienten var alltför sjuk för att kunna medverka (38, 40, 43, 44). Läkare och sjuksköterskor bör vara lyhörda för patientens behov av delaktighet och skapa tillfälle för samtal med patienten. Alla läkare och sjuksköterskor är inte lämpliga att tala om djupare livsfrågor beroende på avsaknad av erfarenhet, inlevelseförmåga och empati. För att ta upp frågor om ”liv och död” i ett samtal krävs också att de vågar konfrontera sin egen rädsla för döden och vågar möta patientens reaktioner och frågor. Frågor som det inte alltid finns svar på. Därför är det så viktigt att läkare och sjuksköterskor sinsemellan har en öppen dialog kring dessa frågor.

Manias (42) visar att väldigt få av sjuksköterskorna är med i beslutet, medan Hildén m.fl. (40) uppger att nästan hälften av sjuksköterskorna fick vara med i beslutet. Här finns en diskrepans mellan de olika resultaten som kan vara intressant att fundera över. Skillnaden i resultat kan bero på att Manias (42) studie är några år äldre och att tankarna förändras mot en större öppenhet mellan läkare och sjuksköterskor (40, 44). Andra orsaker till skillnader i resultat kan vara kulturella, att det speglar olika sjukvårdssystem

eller var sjuksköterskorna arbetar. I Manias (42) studie är det sjuksköterskor från akutsjukvården som deltagit, medan Hildén m.fl. (40) främst har deltagande sjuksköterskor som inte arbetar inom akutsjukvården. Tempot i akutsjukvården är ofta högt och det finns inte alltid tid för läkaren att reflektera och diskutera med sjuksköterskan. Främsta målet är att bota patienten och inte förbereda patienten för döden. Inom den icke akuta sjukvården t.ex. vård vid livets slut tar sig läkaren tid att tillsammans med sjuksköterskan diskutera beslut om ej HLR, då döden här är något som är väntat och kommer att ske. Sjuksköterskan är den som vårdar och känner patienten bäst och kan ge synpunkter på beslutet. Intressant är att jämföra med The Resuscitation Council i Storbritannien (49) där det finns tankar om att sjuksköterskan vid vissa tillfällen ska kunna ta ett eget beslut om att avstå HLR utan att först tala med läkaren. Detta kan gälla t.ex. i slutskedet av en obotlig sjukdom då HLR inte skulle vara framgångsrik och inget beslut om ej HLR har tagits av läkaren.

En del läkare önskade att de kompetenta patienterna skulle ges möjlighet att vara med i diskussionen, samt att patientens uppfattning var avgörande vid ett beslut om ej HLR (38, 39). Tanken att den kompetenta patienten ska vara med i det slutgiltiga beslutet är intressant. I Hälso- och sjukvårdslagen talas om att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (21). Tankarna kring detta stämmer överens med tanken om att patienten själv skall medverka i beslutet. En frågeställning är om patienten vill eller kan medverka i beslutet. För att ta ett beslut krävs det kunskap om det beslut som ska tas. Fakta för och emot bör ställas mot varandra. Om en patient ska medverka i ett beslut ställer det stora krav på att läkaren redovisar fakta, men även på sjuksköterskan att hjälpa patienten med sitt beslut. Vissa patienter kommer säkerligen att uppskatta att de själva får medverka i ett beslut som berör dem själva. Andra patienter kommer sannolikt inte att vilja detta på grund av osäkerhet och en önskan att mer kompetenta personer ska ta beslutet för dem (44-47).

Flera studier visade att när patient och närstående inte var delaktiga och/eller fick information om ett beslut innebar det att sjuksköterskan fick det svårare att förhålla sig till patienten på ett rätt sätt när det gäller frågor om liv och död (38, 40, 42, 43). Sjuksköterskan arbetar nära patienten och om det finns ”dolda budskap” kan det vara svårt att dölja dessa. Här ställs sjuksköterskans yrkeskunnande på sin spets. Det gäller för sjuksköterskan att kunna ”lotsa” fram mellan sanning och ovetskap. För sjuksköterskan hade det troligen varit bättre om patienten hade varit delaktig. I frågor som berör information och delaktighet borde det finnas en diskussion mellan läkare och sjuksköterskor om vilket som är bäst för patienten.

Betydelsen av kommunikation

Kommunikation är en betydelsefull del i samspelet mellan patient och sjuksköterska. De flesta sjuksköterskor tyckte att patientens önskemål skulle följas och vara avgörande vid beslut om ej HLR (40, 42). Att fatta ett beslut var en process där sjuksköterskans kompetens och kunskap om patienten var viktig för resultatet (43). För att sjuksköterskan ska kunna ha kunskap och veta patientens önskemål måste hon ha en relation med patienten. Enligt Travelbee (36) är kommunikation ett sätt att utveckla en relation människa-till-människa. Genom kommunikation kan sjuksköterskan lära känna patienten, möta patientens behov och genom detta hjälpa patienten genom lidande, sorg och sjukdom. I det inledande mötet är det viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam på sitt förhållningssätt. För att sjuksköterskan ska kunna ha ett samtal kring beslut om ej HLR måste hon börja med att möta patienten, skapa en identitet och känna empati och

sympati. Travelbees tankar kring relationen människa-till-människa är viktiga för sjuksköterskan att fästa avseende vid. Förståelsen av dessa tankarna kan hjälpa sjuksköterskan att inse i vilket skede hon befinner sig i, samt skapa en förståelse för egna attityder och tänkesätt.

Artiklarna visade att sjuksköterskorna önskade vara mera med i samtalet kring beslutet om ej HLR (40, 42, 44) men i realiteten var det ofta som detta inte skedde (40, 42). Istället initierade sjuksköterskan en frågeställning till läkaren (43). Sjuksköterskorna önskade i jämförelse med läkarna att beslutet skulle ha tagits upp lite tidigare (38). Intressant är att de flesta patienterna önskade att en sjuksköterska skulle delta i samtalen (47). En orsak till detta kan vara att sjuksköterskorna kände patienterna bäst då det var de som vårdade patienten och hade kunskaper och insikter om patientens livskvalitet som var viktiga för beslutet (44). Det är läkaren som har ansvaret men det är ofta sjuksköterskan som har kontakt med patienten och tar upp frågan om beslut om ej HLR. Här möts kanske inte alltid de två yrkesgrupperna till en bra samverkan för patientens bästa. I Svenska Läkaresällskapets Delegation för medicinsk etiks riktlinjer för beslut angående HLR (23) står det att läkare och sjuksköterskor bör samråda med varandra. Frågan om sjuksköterskan ska vara med i diskussionen tas inte upp i de andra styrdokumenterna. Men det framgår att patienten bör få den bästa informationen, vilket bör vara då det sker en kommunikation mellan läkaren och sjuksköterskan. Det måste ske en diskussion mellan sjuksköterskor och läkare för att få en gemensam förståelse för patientens vård för att det ska bli en ”god vård”. Viktigt är att läkaren förstår vikten av att förklara sina skäl till beslut liksom lyssnar på sjuksköterskans men även patientens synpunkter.

Flera studier pekar på att det fanns en skillnad mellan vad patienten trodde och hur det var i verkligheten vid frågor som berör beslut om ej HLR (45, 48). Deep m.fl. (48) kom fram till att orsaken till att det kan bli skilda åsikter kan bero på både patienten och läkaren. I tolkningen av beslut om ej HLR visade resultatet att patienter uppgav att de skulle acceptera en återupplivning men inte en livsuppehållande behandling. De ser alltså en skillnad mellan dessa två tolkningar men många läkare gjorde inte denna åtskillnad. Många patienter förlitade sig i slutändan på att läkaren skulle ta ett riktigt beslut. Det som var viktigt för patienterna var att inte bli neurologiskt funktionshindrade och bli en börda för familjen (45). Resultatet bekräftas också av andra studier som visar att patienterna överskattade sina chanser att överleva ett hjärtstopp (50, 51). Patienten kunde uttrycka sig på olika sätt och dessa olika sätt tolkade sedan läkaren och tog sina beslut utifrån. Det var inte säkert att patienten och läkaren verkligen möttes. Det kunde bli feltolkningar mellan läkare och patient eller att de anhörigas önskan kom fram istället för patientens. Resultaten visar att det är viktigt att informera patienten om vad HLR innebär. De flesta patienter överlever inte ett hjärtstopp (6). För de som överlever är frågan om de efteråt får ett värdigt liv. Då det ofta är sjuksköterskan som initierar samtal om ett beslut och kanske den som bäst känner patienten (43), finns en möjlighet för sjuksköterskan att stödja patienten i samtalet kring beslut om ej HLR.

Hildén m.fl. (40) visade att för vissa sjuksköterskor betydde ett beslut om ej HLR att de inte skulle påbörja HLR men för andra sjuksköterskor betydde ett beslut att de skulle satsa på en palliativ och symtomriktad vård. Liknande skillnader i tankegångar fanns bland läkarna (39). Det är aldrig bra om ett beslut kan tolkas på olika sätt och det kan finnas risk att patienten kan drabbas negativt av detta. Viktigt är att förtydliga vad ett

beslut om ej HLR betyder för både läkare och sjuksköterskor. Ett sätt att förhindra missuppfattningar kan vara att sjuksköterskan är med i processen. Beslutet blir då tydligare för sjuksköterskan som har haft möjlighet att sätta sig in i beslutet kring patienten samt även fått möjlighet att ställa frågor. Inga andra studier i denna artikelgranskning har tagit upp problematiken kring olika tolkningar om vad ett beslut betyder utom de två studierna från Finland (39, 40). Om detta är en uttalad finländsk problematik eller något som man inte frågat om i andra studier är svårt att säga. Frågan är värd att titta närmare på. Till denna diskussion går också att koppla frågan om sjuksköterskan överskattar patientens förmåga att överleva ett hjärtstopp. Kan detta vara ett skäl som skapat en osäkerhet som lett till att vissa sjuksköterskor anser att ett beslut betyder att de skulle satsa på en palliativ och symtomriktad vård? Studier visar att vårdpersonalen överskattar patientens chanser att överleva ett hjärtstopp (50). För att motverka detta behövs information och en diskussion om hjärtstopp och beslut om ej HLR bland läkare och sjuksköterskor.

KONKLUSION

Enligt denna litteraturstudie hade läkare, sjuksköterskor och patienter varierande attityder och erfarenheter vid beslut om ej HLR. De flesta läkarna tog ofta beslut om ej HLR sent i patientens sjukdomsförlopp, utan patientens medverkan. I allmänhet ville patienterna att frågan om ej HLR skulle tas upp till samtal men det var väldigt få som hade diskuterat sin inställning till detta. Ofta förlitade sig patienten i slutändan på läkaren men det innebar inte att patienten avböjde medverkan. Sjuksköterskor och patienter hade gemensamma attityder och erfarenheter. Många sjuksköterskor önskade vara mer delaktiga i beslutet och att patienter och närstående skulle vara delaktiga. Patienterna önskade att sjuksköterskor och närstående skulle vara delaktiga. Det var ofta sjuksköterskorna som initierade frågan om ett beslut. Beslutet borde enligt sjuksköterskorna ha tagits i ett team där de var en av parterna. En konsekvens av att patienter och närstående inte fick reda på ett beslut var att sjuksköterskan kunde få det svårare att förhålla sig till patienten på ett rätt sätt.

PRAKTISKA IMPLIKATIONER

Denna litteraturstudie visar att det finns en potential för att diskutera frågor som berör information, kommunikation och delaktighet vid beslut om ej HLR. Förslag är att ta upp detta till diskussion inom sjukvården. Läkaren ska kanske inte ta hela ansvaret för ett beslut utan ta hjälp av sjuksköterskan i den etiska diskussionen. Det finns behov av att utveckla ett material som kan användas som underlag för diskussion kring frågor som berör beslut om ej HLR. Till varje fråga kan det finnas argument för och emot t.ex. ska vi informera eller inte informera patienten. Ett sådant material skulle kunna bidra till att starta en etisk diskussion bland personalen på olika vårdenheter.

REFERENSER

1. Löfmark R, Nilstun T. Informing patients and relatives about do-not-resuscitate decisions. Attitudes of cardiologists and nurses in Sweden. *Journal of internal medicine* 1998;243:191-195
2. Adams D.H, Sneddens D.P. How misconceptions among elderly patients regarding survival outcomes of inpatient cardiopulmonary resuscitation affect do-not-resuscitate orders. *J Am Osteopath Assoc.* 2006;106:402-40
3. Socialstyrelsen. Statistik Hälsa och sjukdomar Dödsorsaker 2006 Hämtad från WWW 2010-04-06:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-42-6>
4. Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus. Årsrapport 2008. Hämtad från WWW 2010-04-06:
http://www.hlr.nu/nationella_reg/nat_reg_out_hosp/rapport2008.pdf
5. Skrifvars M.B, Castren M, Nurmi J. m.fl. Do patient characteristics or factors at resuscitation influence long-term outcome in patients surviving to be discharged following in-hospital cardiac arrest. *Journal of internal medicine* 2007;262:488-495
6. Skrifvars M.B, Castren M, Aune S. m.fl. Variability in survival after in-hospital cardiac arrest depending on the hospital level of care. *Resuscitation* 2007;73:73-81
7. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2004). *Medicinsk etiska riktlinjer för hjärt – lungräddning (HLR)*. Hämtad från WWW 2010-04-06:
http://www.hlr.nu/skrivet_om_hlr/etik_rikl/sahlgrenska/Etiska%20riktlinjer.pdf
8. Khalafi K, Ravakhah K, West B.C. Avoiding the futility of resuscitation. *Resuscitation* 2001;50:161-166
9. Roine R.O, Kajaste S, Kaste M. Neuropsychological sequelae of cardiac arrest. *JAMA* 1993;269(2):237-242
10. Stibrant-Sunnerhagen K, Johansson O, Herlitz J. m.fl. Life after cardiac arrest; a retrospective study. *Resuscitation* 1996;31:135-140
11. O'Reilly S.M, Grubb N.R, O'Carroll R.E. In-hospital cardiac arrest leads to chronic memory impairment. *Resuscitation* 2003;58(1):73-79
12. Marik P.E, Zaloga G.P. CPR in terminally ill patients? *Resuscitation.* 2001;49:99-103
13. Svensk Författningssamling SFS Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död. Hämtad från WWW 2010-04-06:
<http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1987:269>
14. Axelsson Å. Bystander cardiopulmonary resuscitation effects, attitudes and reactions. Akademisk avhandling från Hjärtkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborgs Universitet; 2000.
15. Lee M.A, Cassel C.K. The ethical and legal framework for the decision not to resuscitate. *West J Med* 1984;140(1):117-22
16. Löfmark R. Do-not-resuscitate orders. Ethical aspects on decision making and communication among physicians, nurses, patients and relatives. Akademisk avhandling från Enheten för medicinsk etik, Medicinska fakulteten, Lunds universitet; 2001.
17. Holm S, Jørgensen E.O. Ethical issues in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 2001;50:135-139
18. Miller D.L, Jahnigen D.W, Gorbien M.J. m.fl. Cardiopulmonary resuscitation: How useful? Attitudes and knowledge of an elderly population. *Archives of internal medicine* 1992;152:578-582

19. Arlebrink J. Grundläggande vårdetik – teori och praktik. Andra upplagan. Studentlitteratur; 2006.
20. Tuckett A.G. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature. *Nursing ethics* 2004;11(5):500-513
21. SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Hämtad från WWW 2010-04-06: <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19820763.HTM>
22. Läkarförbundets etiska regler – Sveriges Läkarförbund 2002. Hämtad från WWW 2010-04-06: <http://www.slf.se/templates/Page.aspx?id=28087>
23. Svenska Läkaresällskapet Delegation för medicinsk etik (2000). Riktlinjer för beslut angående Hjärt- Lungräddning (HLR) Hämtad från WWW 2010-04-06: <http://www.svls.se/cs-media-old/xyz/000001299.pdf>
24. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. 2005. Hämtad från WWW 2010-04-06: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
25. Svensk sjuksköterskeförening. *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från WWW 2010-04-06: <http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf>
26. SFS 1998:531 Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Hämtad från WWW 2010-04-06: <https://lagen.nu/1998:531>
27. Farrell M. The challenge of breaking bad news. *Intensive and critical care nursing*. 1999;15:101-110
28. Socialstyrelsen. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2. Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede. Stockholm; Socialstyrelsen. Hämtad från WWW 2010-04-06: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/14518/1992-70-2_1992702.pdf
29. Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. Omvårdnadens etik – sjuksköterskan och det moraliska rummet. Stockholm, Liber; 2008.
30. Birkler J. *Filosofi och omvårdnad – etik och människosyn*. Stockholm, Liber; 2007.
31. Younger S.J. Who defines futility? *JAMA* 1988;260:2094-2095
32. Löfmark R, Nilstun T. Conditions and consequences of medical futility-from a literature review to a clinical model. *Journal of medical ethics* 2002;28:115-119
33. Sandman L. On the autonomy turf. Assessing the value of autonomy to Patients. *Medicine, health care and philosophy* 2004;7:261-268
34. Sandman L, Woods S. (red) *God palliativ vård – etiska och filosofiska aspekter*. Lund, Studentlitteratur; 2003.
35. Arman M, Rehnsfeldt A. *Vårdande som lindrar lidande – etik i vårdandet*. Stockholm, Liber AB; 2006.
36. Travelbee J. *Mellemmennesklige aspekter i sygepleje*. 3:e upplagan. Köpenham, Munksgaard; 2006.
37. Granskär M, Höglund-Nielsen B. (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Axelsson Å. Litteraturstudie (sid 173-188) Studentlitteratur; 2008.
38. Löfmark R, Nilstun T. Do-not resuscitate orders-should the patient be informed. *Journal of internal medicine* 1997;241:421-425

39. Hildén H-M, Louhiala P, Palo J. End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. *J Med Ethics* 2004;30:362-365
40. Hildén H-M, Louhiala P, Honkasalo M-L. m.fl. Finnish nurses' views on end-of-life discussions and a comparison with physicians' views. *Nursing ethics* 2004;11(2):165-178
41. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of advanced nursing* 2001;33(6):707-715
42. Manias E. Australian nurses' experiences and attitudes in the "do not resuscitate" decision. *Research in nursing & health* 1998;21:429-441
43. Naess M. "Do-not-attempt-resuscitation"-orders in ICCUs: A survey of attitudes and experiences of nurses in Norway. *Intensive and critical care nursing* 2009;25(3):140-146
44. Jepson J. Do not attempt resuscitation decisions: the nursing roles. *British journal of nursing* 2003;12(17):1038-1042
45. Ågård A, Hermerén G, Herlitz J. Should cardiopulmonary resuscitation be performed on patients with heart failure? The role of the patient in the decision-making process. *Journal of internal medicine* 2000;248:279-286
46. Gorton A.J, Jayanthi N.V.G, Lepping P. m.fl. Patients' attitudes towards "do not attempt resuscitation" status. *Journal of medical ethics* 2008;34:624-626
47. Löfmark R, Nilstun T. Not if, but how: one way to talk with patients about forgoing life support. *Postgrad med j* 2000;76:26-28
48. Deep K.S, Griffith C.H, Wilson J.F. Discussing preferences for cardiopulmonary resuscitation: What do resident physicians and their hospitalized patients think was decided? *Patient education and counseling* 2008;72:20-25
49. The British Medical Association, the Resuscitation Council (UK), the Royal College of Nursing. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. 2007. Hämtad från WWW 2010-04-06:
<http://www.resus.org.uk/pages/dnar.pdf>
50. Kerridge I.H, Pearson S.A, Rolfe I.E. m.fl. Impact of written information on knowledge and preferences for cardiopulmonary resuscitation. *The medical journal of Australia* 1999;171:239-242
51. Heyland D.K, Frank C, Groll D. m.fl. Understanding cardiopulmonary resuscitation decision making: perspectives of seriously ill hospitalized patients and family members. *Chest* 2006;130:419-428

BILAGA 1
Artikelpresentation

Ref.nr.	38
Titel	Do-not resuscitate orders-should the patient be informed?
Författare	Löfmark R, Nilstun T.
Tidskrift	Journal of internal medicine
Publ. År	1997
Land	Sverige
Syfte	I vilken utsträckning deltar patienter, läkare och sjuksköterskor i besluten om ej HLR, och hur ska den etiska konflikten som uppstår när patienter informeras och deltar i en diskussion om beslut om ej HLR beskrivas och analyseras.
Metod	Randomiserad kvantitativ studie. Frågeformulär som tidigare testats i en pilotstudie skickades till 10 % av medlemmarna i Svenska cardiologföreningen Av dessa 300 var 104 hjärtläkare och 196 sjuksköterskor. Svarefrekvensen var 73 %.
Antal referenser	21

Ref.nr.	39
Titel	End of life decisions: attitudes of Finnish physicians
Författare	Hildén H-M, Louhiala P, Palo J.
Tidskrift	J Med Ethics
Publ. År	2004
Land	Finland
Syfte	Undersöka Finländska läkares erfarenheter av beslut angående livstestamenten och beslut om ej HLR samt deras åsikter om den roll som patienter och familjemedlemmar har i dessa beslut.
Metod	Kvantitativ. Ett frågeformulär skickades ut till 800 läkare inom specialiteterna internmedicin, neurologi, onkologi och till allmänpraktiserade läkare. Ett nytt frågeformulär skickades till de som inte svarat i första utskicket. Adresserna till läkarna valdes slumpvis ut från Finlands läkarförbunds register. Svarefrekvensen var 56 %. Data analyserades och statistisk analys utfördes med hjälp av datorprogrammet SPSS.
Antal referenser	25

Ref.nr.	40
Titel	Finnish nurses' views on end-of-life discussions and a comparison with physicians' views
Författare	Hildén H-M, Louhiala P, Honkasalo M-L. m.fl.
Tidskrift	Nursing ethics.
Publ. År	2004
Land	Finland

Syfte	Undersöka finska sjuksköterskors erfarenheter av beslut vid livets slut och deras åsikter om den roll patienter, familjemedlemmar och de själva har i dessa beslut. Dessa resultat jämförs med vad läkare har haft för åsikter i dessa frågor i en tidigare publicerad studie.
Metod	Kvantitativ studie med frågeformulär till 800 sjuksköterskor. Svarefrekvensen var 51 %. Sjuksköterskorna antogs slumpmässigt genom adresser i två finska sjuksköterskeföreningar. Sjuksköterskor i fyra specialiteter undersöktes. Frågeformuläret hade tidigare testats i ett pilotförsök. Studiens resultat jämfördes med en annan studie av Hildén H-M et al 2003. Data analyserades och statistisk analys utfördes med hjälp av datorprogrammet SPSS.
Antal referenser	24

Ref.nr.	41
Titel	Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions
Författare	Oberle K, Hughes D.
Tidskrift	Journal of advanced nursing
Publ. År	2001
Land	Canada
Syfte	Att kartlägga och jämföra läkare och sjuksköterskors uppfattning om etiska problem och beslut vid livets slut.
Metod	Kvalitativ metod. Intervjuer skedde med 7 läkare och 14 sjuksköterskor som arbetar på medicinska och kirurgiska avdelningar för vuxna på sjukhus. En stickprovsmetod användes för att identifiera lämpliga sjuksköterskor. En till studien knuten läkare kontaktade läkare för deltagande. Ostrukturerade intervjuer användes. Intervjuerna spelades in på band, transkriberades, analyserades och kategoriserades.
Antal referenser	39

Ref.nr.	42
Titel	Australian nurses' experiences and attitudes in the "do not resuscitate" decision
Författare	Manias E.
Tidskrift	Research in nursing & health
Publ. År	1998
Land	Australien
Syfte	Mäta sjuksköterskors erfarenheter och attityder vid beslut om ej HLR.
Frågeställningar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gör det någon skillnad för kompetenta patienter och närstående vilken medvetenhet sjuksköterskorna har inför beslut om ej HLR. 2. Påverkar sjuksköterskors medvetenhet om beslut om ej HLR så det blir någon skillnad hur ofta sjuksköterskor agerar som talesmän för närstående inför ett beslut om ej HLR, och

hur ofta sjuksköterskan gör strategier för patientens vägnar inför beslut om ej HLR:

3. Påverkar sjuksköterskans praktiska kunnande att det blir någon skillnad för kompetenta patienter och närstående inför ett beslut om ej HLR.

4. Påverkar sjuksköterskans praktiska kunnande att det blir någon skillnad i hur ofta de agerar som talesmän för närstående vid beslut om ej HLR. och hur ofta sjuksköterskan gör strategier för patientens vägnar inför beslut om ej HLR, och hur effektiva sjuksköterskor är att påverka ett beslut om ej HLR.

Metod

Kvantitativ. Ett frågeformulär skickades ut till 360 sjuksköterskor på sex sjukhus. Svarsfrekvensen var 285 (79 %) av frågeformulären. Systematiskt stratifierat stickprov användes vilket innebar att från varje sjukhus valdes det ut 15 sjuksköterskor från fyra specialiteter, alltså 60 sjuksköterskor per sjukhus. Studien föregicks av en pilotstudie med ett frågeformulär till 24 sjuksköterskor.

Antal referenser

71

Ref.nr.

43

Titel

”Do-not-attempt-resuscitation”-orders in ICCUs: A survey of attitudes and experiences of nurses in Norway.

Författare

Næss M.

Tidskrift

Intensive and critical care nursing

Publ. År

2009

Land

Norge

Syfte

1. Undersöka attityder och erfarenheter vid beslut om ej HLR för sjuksköterskor som arbetar på intensivvårdsavdelningar och då speciellt om de fokuserar på information till patienten och dess anhöriga.
2. Se om ålder, specialiserad utbildning och omfattningen av erfarenhet av kritiskt sjuka patienter påverkar attityder och erfarenheter.

Metod

Kvantitativ. En webbaserad enkät på 35 frågor som var anonym användes för sjuksköterskor på åtta intensivvårdsavdelningar i Norge. Svarsfrekvensen var 176/295 (60 %). Av enkätens frågor hade 19 frågor erhållits från en tidigare studie av Löfmark R, Nilstun T. 1997, 1998. Resterande frågor hade tillkommit genom en pilotstudie. Statistisk analys utfördes med hjälp av datorprogrammet SPSS.

Antal referenser

21

Ref.nr.

44

Titel

Do not attempt resuscitation decisions: the nursing roles

Författare

Jepson J.

Tidskrift

British journal of nursing

Publ. År

2003

Land	Storbritannien
Syfte	Undersöka sjuksköterskornas medvetenhet om nya Brittiska riktlinjer kring beslut om ej HLR samt sjuksköterskornas roll i beslutet om ej HLR.
Metod	Kombinerad kvantitativ och kvalitativ studie. Sjuksköterskor valdes ut genom kvotering. Dels en enkätundersökning till 86 sjuksköterskor inom ett sjukvårdsområde med en svarsfrekvens på 52 %, dels intervjuer med semistrukturerade frågor till 49 sjuksköterskor på ett sjukhus. Studien föregicks av en pilotstudie. Data från hjärtstopp på sjukhus användes för att utveckla studien. Data analyserades i dataprogrammet Formic 3. Kvalitativa data som kommentarer analyserades tematiskt.
Antal referenser	22

Ref.nr.	45
Titel	Should cardiopulmonary resuscitation be performed on patients with heart failure? The role of the patient in the decision-making process.
Författare	Ågård A, Hermerén G, Herlitz J.
Tidskrift	Journal of internal medicine
Publ. År	2000
Land	Sverige
Syfte	Få en djupare förståelse på vilka grunder patienter med hjärtsvikt bildar sina attityder till HLR, och i vilken utsträckning de vill delta och påverka beslut om ej HLR.
Frågeställningar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patienternas kunskap om HLR, inklusive deras uppskattning om deras chans att överleva HLR. 2. Patienternas erfarenheter och preferenser när det gäller deltagande i diskussioner om HLR. 3. Patienternas önskan att idag genomgå HLR. 4. Patienternas känslomässiga upplevelser av diskussion om HLR.
Metod	Kombinerad kvalitativ och kvantitativ studie med intervjuer av 40 patienter. Studien föregicks av 18 pilot intervjuer. Under de 40 intervjuerna samlades data in med öppna svarsalternativ tills svaren på frågorna blivit klarlagda. Intervjumaterialet var systematiskt genomgången för att hitta mönster som kodades och kategoriserades. Belysande exempel på patienternas citat presenterades under varje kategori. Nio strukturerade fasta svar kompletterade intervjun för att få en kvantitativ beskrivning av problemet.
Antal referenser	41

Ref.nr.	46
Titel	Patients' attitudes towards "do not attempt resuscitation" status
Författare	Gorton A.J, Jayanthi N.V.G, Lepping P. m.fl.
Tidskrift	Journal of medical ethics
Publ. År	2008

Land	Storbritannien
Syfte	Få en bättre förståelse för patienters attityder vid en diskussion om beslut om ej HLR innan de blir kritiskt sjuka. I detta inkluderas även de anhörigas roll samt hitta sätt att meddela ett beslut om ej HLR.
Metod	Kvantitativ prospektiv studie. Studien föregicks av en pilotstudie med 30 frågeformulär. Ett frågeformulär och en förklarande broschyr delades ut till patienter i öppenvården under en period av två veckor. Av sammanlagt 500 enkäter som delades ut så var svarsfrekvensen 386 enkäter (77 %).
Antal referenser	7

Ref.nr.	47
Titel	Not if, but how: one way to talk with patients about forgoing life support
Författare	Löfmark R, Nilstun T.
Tidskrift	Postgrad med j
Publ. År	2000
Land	Sverige
Syfte	Kan ett vanligt kliniskt samtal användas för att undersöka om svårt sjuka patienter vill diskutera om eventuella möjliga begränsningar i livsuppehållande åtgärder.
Metod	Kvalitativ metod. Intervjuer skedde under en fyraveckorsperiod med 21 patienter (ett bortfall) på en medicinavdelning. Dessa patienter hade dokumenterade beslut om ej HLR eller angivna kriterier för allvarlig sjukdom. En intervjumetod nära en klinisk konversation användes. Intervjuerna spelades in på band, transkriberades, analyserades och delades in i åtta kategorier.
Antal referenser	10

Ref.nr.	48
Titel	Discussing preferences for cardiopulmonary resuscitation: What do resident physicians and their hospitalized patients think was decided?
Författare	Deep K.S, Griffith C.H, Wilson J.F.
Tidskrift	Patient education and counseling
Publ. År	2008
Land	USA
Syfte	Undersöka på vilket sätt allvarligt sjuka patienter som låg på sjukhus, deras närstående och läkare tolkar diskussionen om patientens preferenser vid HLR. Hur ofta det fanns skillnader i det upplevda resultatet av diskussionen om HLR och vilka faktorer som ligger bakom dessa skillnader när de inträffar.
Metod	Kvalitativ metod. Läkare och dess patienter samt närstående intervjuades i semistrukturerade intervjuer. Schemat för intervjuerna hade framtagits efter en litteraturgenomgång. Frågorna i intervjuerna hade innan testats på olika läkare. 56 intervjuer med 28 matchade par med läkare/patient/närstående genomfördes. Intervjuerna spelades

in på band, transkriberades, analyserades och kategoriserades. Det sistnämnda med hjälp av datorprogrammet ATLAS.

Antal referenser

24
