

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
JMG, Institutionen för journalistik, medier och kommunikation

# **Att få dö i lugn och ro**

- En granskning av rutiner, dokumentation och riktlinjer kring 0-HLR

Katia Ostrowska  
Martin Trygg

Examensarbete i journalistik 22,5 hp, VT 2010  
Handledare: Torbjörn Hallerbäck

# Innehåll

Inledning	3
HLR sätts in på gamla och sjuka	4
”Hemskt sorgligt att det slutade så här”	5
Sjuksköterskor vill ha riktlinjer för 0-HLR	6
Patienter skickas till sjukhus i onödan	7
HLR-samordnare vill ha tydligare riktlinjer	8
Socialstyrelsen	9
Ska det vara så svårt att få dö i lugn och ro?	9
Metodrapport	10
Bilagor	11

*Svårt sjuka gamla människor borde få rätt att dö någon gång. Som det är nu så känns det som att alla ska räddas till vilket pris som helst.*

*– Anonym sjuksköterska*

Förr i tiden sa man att lunginflammationen är de gamlas bästa vän. I dag är det inte lika lätt. Sjukvården kan göra så oändligt mycket mer för att hålla människor vid liv, men frågan är - till vilket pris?

Vi har undersökt begreppet 0-HLR, en markering som läkare kan ge patienter som inte skulle gagnas av att återupplivas efter ett hjärtstopp. 0-HLR betyder alltså ingen hjärt-lungräddning, ingen HLR. Vi ser att rutinerna ibland brister. Det saknas enhetliga, nationella riktlinjer, vilket i värsta fall kan leda till att gamla, svårt sjuka människor får leva sina sista dagar med brutna revben och svår smärta orsakad av återupplivning som inte borde ha skett. Eller att döden sker i den kaosartade situationen som hjärt-lungräddning innebär, i stället för stillsam som vid ett hjärtstopp.

I dag är det upp till varje enskild läkare att fatta beslut om 0-HLR och se till att det följs. Riktlinjerna från Socialstyrelsen och Läkarsällskapet är allmänt hållna och det är svårt att få vägledning i beslutet. Dokumentationen av beslutet är inte heller enhetlig utan ser olika ut på olika sjukhus och kliniker, vilket bidrar till att det ibland blir fel. Vi har låtit sjuksköterskor i hela landet svara på frågor om hur det ser ut där de arbetar. Flera har upplevt att det gått riktigt snett.

# HLR sätts in på gamla och sjuka

## - trots att läkare bestämt att det inte ska göras

Fler än en tredjedel av sjuksköterskorna som deltagit i en ny undersökning har varit med om att patienter fått hjärt-lungräddning trots att läkare bestämt att de är för gamla och/eller sjuka. Detta kan strida mot Läkarsällskapets etiska riktlinjer och för patienterna kan det innebära svår smärta och lidande under livets sista dagar.

*Det var hemskt. Patienten fick flera revbensfrakturer och vårdades mycket svårt medtagen på intensivvården i sex dygn innan hon slutligen dog – igen. Hon var INTE tacksam.*

Så beskriver en av sjuksköterskorna som svarat på enkäten sin upplevelse av att ge HLR till en patient som inte borde fått det. 0-HLR eller hjärtkryss är en markering som läkare kan sätta på patienter som inte ska få hjärt- lungräddning om de får hjärtstopp. Anledningen är att patienten är så sjuk att denne har väldigt liten chans att överleva hjärtstoppet med bibehållen livskvalitet. Det kan också vara så att patienten själv har sagt att han/hon inte vill återupplivas. Ofta kommer frågan om 0-HLR upp när det gäller gamla och multisjuka patienter.

Enligt undersökningen som genomförts av studenter från journalistprogrammet i Göteborg i samarbete med Vårdförbundet har 34 av 88 sjuksköterskor som deltagit i en enkät varit med om att en 0-HLR-patient fått hjärt- lungräddning. Orsakerna kan vara oklara besked från läkare om vad som gäller för patienten, att beslutet inte dokumenterats tydligt eller att beslutet inte följt med mellan olika avdelningar på sjukhuset. Så här kommenterar några sjuksköterskor i enkäten:

*Det var ej inskrivet i journalen att det tagits beslut om 0-HLR.*

*(Jag var med om detta) tidigare, när jag jobbade som ambulanssjuksköterska. Det framgick inte av dokumentationen att det var 0-HLR och vi påbörjade HLR.*

*Läkarna på akuten läste inte i journalen, det finns inget sätt att få en signal om att denna patient har 0-HLR. När patienten kommer in akut hinner man inte titta på datajournalen.*

En viktig faktor att ta ställning till är att hjärt- lungräddning tar hårt på kroppen. Bröstkompressionerna knäcker lätt bröstkorgen på en skör människa, vilket innebär kraftiga smärtor om återupplivningen lyckas.

I Läkarsällskapets etiska riktlinjer står att läsa: ”När prognosen är oviss är det viktigt att inleda livsuppehållande behandling och sedan avbryta denna om den visar sig inte gagna patienten”. Livsuppehållande behandling, såsom hjärt- lungräddning, ska alltså inte sättas in om den inte gagnar patienten.

Anders Ågård, läkare och företrädare för svenska rådet för hjärt- lungräddning, svarar på frågor om 0-HLR från vårdpersonal på HLR-rådets hemsida. Han tycker att det behövs mer tvingande regler som gör att läkarna måste ta tydlig ställning.

– Som det är nu kan man som läkare glida undan. Det skulle behövas sökord i journalen eller blanketter som läkaren måste fylla i. Dokumentationen är en jätteviktig sak och det är något som man definitivt kan bli väldigt mycket bättre på.

Reglerna, tycker Anders Ågård, borde vara sjukhusgemensamma eller åtminstone klinikgemensamma för att skapa trygghet och undvika HLR-ingrepp som inte ska göras. Han menar att det är läkarnas ansvar att ta ställning och dokumentera besluten.

– Det ligger i den medicinska professionen att ta ställning. Men sjuksköterskor borde också vara med i diskussionen. Man skulle kunna ta upp det dagligen på rondan. Och om patienten förs vidare till en annan vårdinrättning kan ju denna göra en annan bedömning men beslutet måste i alla fall följa med.

*Not. Enkäten är skickad till 300 sjuksköterskor. 112 har återsänt enkäten varav 24 inte har varit med om 0-HLR och därför inte svarat på frågorna. Sammanlagt 88 sjuksköterskor har svarat på frågorna.*

## ”Hemskt sorgligt att det slutade så här”

**Klockan är strax efter 17 på kvällen. Marie Bengtsson och hennes kollegor på medicinavdelningen går runt med kaffevagnen och ger patienterna kvällsmat. Då går akutlarmet. Marie ser en av undersköterskorna komma springande.**

**– Jag hade aldrig sett henne så skärrad, säger Marie.**

Det är en hektisk kväll på avdelningen. Man har överbeläggning och många anhöriga har kommit efter jobbet för att besöka patienter. En praktikant från gymnasiets omvårdnadsprogram går bredvid Marie Bengtsson och de andra sköterskorna. Den ansvarige medicinläkaren är för kvällen en nyutbildad AT-läkare som inte har jobbat på avdelningen länge.

Men undersköterskan som kommer springande i korridoren är van. Hon har närmare 30 års erfarenhet i yrket, och det är därför Marie förstår att något är fel när hon ser hennes blick. Något har hänt. Undersköterskan säger åt de andra i laget att skynda sig till rum 19.

Inne på toaletten i rum 19, mellan toalettstolen och tvättstället, ligger en man i sextioårsåldern. Hans hud har börjat bli blå och det är blod på både väggar och golv. Marie känner direkt igen patienten.

– Han hade haft en sjukdom väldigt länge och hade dessutom cancer sedan ett par månader tillbaka så han var hos oss någon gång i veckan. Han var ganska ensam. Hade inte så många som kom och hälsade på, och då blir det ju så att man... ja, man tillbringar mer tid med dem som är ensamma, och så tror jag vi alla gjorde. Man ömmar ju mer för dem som inte har några anhöriga. Och jag tyckte så hemskt mycket om honom för han var så positiv och ödmjuk trots allt han drabbats av, säger hon.

Marie springer och hämtar defibrilleringsutrustning och syrgas, medan en av hennes kollegor ringer på medicinläkaren och narkos. Det finns två patienter till på rum 19 och de hör allt som händer. En annan sköterska flyttar ut dem ur rummet.

Sjuksköterskorna har precis kopplat upp mannen för att kunna göra hjärt- lungräddning när medicinläkaren kommer in genom dörren. Marie ser att han är stressad. Hon ser också på EKG-kurvan att hjärtrytmen inte går att defibrillera eftersom det inte finns någon elektrisk aktivitet i hjärtat.

– Man kan jämföra med en klocka. Klockan tickar men visarna rör sig inte, säger Marie.

Medicinläkaren säger att hjärt- lungräddning ska sättas in. Marie uppfattar det som att han springer fram och tillbaka i rummet medan ingreppet pågår. Hon gör kompressioner på patientens bröstorg och vid varje kompression vippas mannen fram och tillbaka som en vippbräda. Vid varje kompression kommer det blod ur hans mun. Ingen av sköterskorna har hunnit sätta på sig skyddskläder.

Hjärt- lungräddningen ger inget resultat och Marie och de andra sköterskorna frågar läkaren om de verkligen ska fortsätta. De försöker förklara att mannen har långt gången cancer. Medicinläkaren vill att de ska fortsätta.

Efter cirka tio minuter kommer narkosläkaren in i rummet. Han säger åt sköterskorna att avbryta ingreppet.

– Jag tror att han såg hur dåligt vi mådde. Det kändes som en lättnad när vi fick sluta, säger Marie.

Sköterskorna tvättar nu av sig själva, mannen och toaletten där de hittat honom. De lugnar patienter och anhöriga som är på besök och pratar med praktikanten som är orolig och upprörd. De ringer den nyligen avlidne mannens barn och talar om vad som har hänt. Sen fortsätter kvällsarbetet som blivit försenat på grund av det som hänt.

– Egentligen skulle man behöva sätta sig ner och prata med varandra efter en sådan här händelse, men det finns det inte tid till. Jag sov inte många timmar den natten, säger Marie.

Marie Bengtsson tycker att patienten som fick hjärtstopp den där kvällen definitivt borde ha haft en 0-HLR-markering i journalen. En markering som visar att den här patienten är för sjuk för att hjärt- lungräddning ska vara till någon nytta och att sådan därför inte ska sättas in vid hjärtstopp. Då hade han fått dö på ett värdigt sätt, tycker hon.

– Vi är skyldiga att tala om det här med 0-HLR. Och det behövs tydligare riktlinjer så att det inte blir upp till var och en hur man gör.

*Not.*

*Marie Bengtsson heter egentligen något annat.*

# Sjuksköterskor vill ha riktlinjer för 0-HLR

## HLR-experten: ”Jag är trött på att inget händer”

**32 av 88 sjuksköterskor som svarat på en enkät tycker att det behövs tydligare riktlinjer för hur beslut om 0-HLR ska tas. Anders Ågård som är specialistläkare och expert på hjärt-lungräddning vill skapa ett nationellt dokument med riktlinjer för att bringa ordning.**

0-HLR eller hjärtkryss är en markering i journalen som läkare kan ge patienter som inte ska få hjärt-lungräddning, HLR, om de får hjärtstopp. Anledningen är att patienten är så sjuk att denne har väldigt liten chans att överleva hjärtstoppet med bibehållen livskvalitet. Det kan också vara så att patienten själv har sagt att han eller hon inte vill återupplivas. Ofta kommer frågan om 0-HLR upp när det gäller gamla och multisjuka patienter. Majoriteten av sjuksköterskorna som svarat på enkäten tycker att 0-HLR-beslut tas i rimlig omfattning, men flera skriver i kommentarer att det varierar mycket från läkare till läkare hur ofta besluten tas:

*”Det är inte ovanligt att vi ger intensivvård till personer som kanske borde få dö i fred. Vi har nog blivit lite bättre på att låta dem göra det men det är personbundet beroende på vilken doktor som är ansvarig.”*

*”Det är beroende av vilka läkare som tjänstgör. Vissa läkare är ”flitigare” än andra att avstå HLR.”*

17 av dem som svarat tycker att beslutet borde ha fattats tidigare, men nästan hälften är osäkra på den punkten.

*”Beslutet borde oftast tas i ett tidigare skede i patientens sjukdom, kanske till och med så tidigt att patienten själv kan vara med och därmed kunna meddela om t.ex. intensivvård och respiratorbehandling är aktuellt.”*

*”Detta borde kanske funderas över oftare och framförallt tidigare under vårdtiden.”*

Martin Risenfors är överläkare på intensivvårdsavdelningen på Mölndals sjukhus. Här tas ofta beslut om 0-HLR och han menar att frågan är svår eftersom patienten och anhöriga om möjligt ska vara med i diskussionen.

– Jag brukar försöka snappa upp om patienten har en egen ingång på frågan och komma in på den vägen. Men man måste också akta sig för att fatta beslut för tidigt, då riskerar det att bli på för lösa grunder, säger han.

De flesta sjuksköterskorna i undersökningen tycker att dokumentationen av 0-HLR fungerar bra på den egna avdelningen, men 24 av dem svarar ja på frågan om de tycker att tydligare riktlinjer för dokumentation behövs. Kommentarer skvallrar om att dokumentationen fungerar i det dagliga arbetet, men att det kanske skulle behövas mer enhetliga rutiner.



*”Dokumentationen varierar lite mellan olika avdelningar. Kan tänka mig att variationen mellan olika sjukhus är ännu större. Inte bra när man t.ex. tar in hyrpersonal.”*

*”Normalt sett är det inga problem att hitta men det finns ofta utrymme för feltolkningar, t.ex. innebär 0-HLR ingen defibrillering? Ibland är beslutet svårt att hitta i den digra journalen. Det borde inte finnas risker för feltolkningar!”*

En dryg tredjedel av sjuksköterskorna som svarat på enkäten vill alltså ha tydligare riktlinjer gällande hur 0-HLR-besluten ska tas. Många betonar att frågan borde väckas tidigare och för fler patienter. En del är kritiska mot att för mycket resurser sätts in, resurser som kanske inte alltid gör att patienten mår bättre. En aspekt som få utanför vården känner till är att hjärt- lungräddning tar hårt på kroppen. Bröstkompressionerna kan orsaka frakturer på revbenen, vilket innebär kraftiga smärtor om återupplivningen lyckas.

*”Ibland tycker jag att man går in med alldeles för aggressiva åtgärder, då patienterna oftast är väldigt sjuka och sköra.”*

*”Svårt sjuka gamla människor borde få rätt att dö någon gång. Som det är nu så känns det som att alla ska räddas till vilket pris som helst.”*

Det finns riktlinjer. Några från Läkarsällskapet, några som kommer från Sahlgrenska Universitetssjukhuset och som även en del andra sjukhus använder, några framtagna av kliniker och vårdavdelningar som haft behov av det. Men inget är enhetligt och inget är tvingande. I dagarna har Anders Ågård, specialistläkare och HLR-expert, bjudit in åtta läkarföreningar, bland annat geriatrikföreningen och kardiologföreningen, för att höra om de är intresserade av att skapa ett dokument med nationell status.

– Jag är trött på att inget händer, att det finns riktlinjer spridda här och där. I England har tre stora föreningar, läkarföreningen, sjuksköterskeföreningen och den brittiska motsvarigheten till HLR-rådet, gått ihop och skrivit gemensamma riktlinjer som gäller för alla. Något liknande skulle behövas i Sverige.

Problemet är, enligt Anders Ågård, att det är svårt att ta sig friheten att skapa nationella dokument för den här typen av frågor på grund av att vården är uppdelad mellan landstingen och varje landsting ansvarar för sin vård.

De viktigaste punkterna i ett dokument med nationella riktlinjer bör handla om att ta ställning till 0-HLR och att sträva efter att göra vården patientcentrerad. Enligt Anders Ågård innebär det i praktiken att man som läkare ska skaffa sig en helhetsbild av patienten, ta reda på hur han eller hon lever sitt liv och ser på framtiden.

– Till exempel om man har en gammal patient som är inne för kronisk sjukdom så kan man ju ta ett samtal om hur mycket man som läkare kan göra om han eller hon blir sämre. HLR är en del av detta. Tanken med det är inte att det ska innehålla några nya, fantastiska formuleringar utan att göra det lite svårare att gömma sig och undvika att ta beslutet.

*Not. Enkäten är skickad till 300 sjuksköterskor. 112 har återsänt enkäten varav 24 inte har varit med om 0-HLR och därför inte svarat på frågorna. Sammanlagt 88 sjuksköterskor har svarat på frågorna.*

# Patienter skickas till sjukhus i onödan

När patienter flyttas mellan avdelningar brister det ibland i rutinerna. Patienter med 0-HLR riskerar att få hjärt-lungräddning och patienter som borde haft 0-HLR skickas akut till sjukhus.

– Vi får hit patienter flera gånger i veckan som borde fått dö i stillhet, säger Martin Risenfors, överläkare på intensivvårdsavdelningen på Mölndals sjukhus.

På medicinska intensivvårdsavdelningen vårdas många äldre, multisjuka patienter. Här är 0-HLR en vanlig markering.

– Här är vi ganska duktiga på detta, personalen har hög utbildning och frågan väcks väldigt tidigt, säger Monica Ragnewall, biträdande vårdenhetschef och HLR-koordinator.

Men samtidigt som många av avdelningens patienter kan få markeringen märker man att det kommer många till sjukhuset som redan borde haft den och som man inte kan göra något för.

– Det är rörigt i den övriga vården. Ofta kommer det hit patienter som är medvetlösa, många av dem borde fått dö hemma, säger Martin Risenfors.

– Man behöver vara mer aktiv i primärvården. Vi ser sällan någon dokumentation alls därifrån, fyller Monika Ragnewall i.

Monika Ragnewall har varit med och tagit fram den behandlingsblankett som man använder på avdelningen. Här står allt som personalen behöver veta om behandlingsbegränsningar. Blanketten sitter alltid längst fram i journalen och är därför lätt tillgänglig när det väl gäller. På några sekunder kan det handla om liv eller död.

– Jag kände att det behövdes eftersom vi har så många svårt sjuka patienter hos oss, säger hon.

Men trots att man ofta vet hur en patient ska behandlas vid hjärtstopp hjälper det inte alltid.

– Hos oss omprövas besluten dagligen men detta görs tyvärr inte hos alla. Det har varit svårt att få med beslutet genom hela kedjan. Det har hänt att patienten skickats på röntgen, fått hjärtstopp och återupplivats där trots 0-HLR, säger Martin Risenfors.

# **HLR-samordnare vill ha tydligare riktlinjer**

## **”många gånger arbetar vi oetiskt med 0-HLR”**

**En undersökning visar att HLR-samordnare och -utbildare i 13 av 21 landsting efterlyser tydligare riktlinjer kring 0-HLR. Samordnare i fem av landstingen menar att rutinerna fungerar dåligt.**

Det är studenter vid journalistprogrammet i Göteborg som har pratat med hjärt-lungräddningssamordnare och -utbildare i samtliga 21 landsting. Undersökningen visar att det ser väldigt olika ut på olika sjukhus. Många använder de etiska riktlinjer som tagits fram vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset men en del sjukhus saknar helt nedskrivna riktlinjer för 0-HLR. I dag finns inga övergripande riktlinjer för hela landet, utan det är upp till varje sjukhus eller avdelning att bestämma hur man vill jobba. Många HLR-samordnare och -utbildare efterlyser tydligare riktlinjer men vem som bör skriva dem är man mer osäker på. På Visby lasarett håller man på att införa en blankett för behandlingsbegränsningar som tagits fram på Karolinska. Men Lars Grahnström, sjuksköterska på intensivvårdsavdelningen i Visby, är inte nöjd.

– 0-HLR är väldigt bra när det fungerar, men många gånger arbetar vi oetiskt. Man sätter igång hjärtat på människor som man i efterhand kan se att det inte borde gjorts på, säger han.

Han tycker att det behövs fler 0-HLR-beslut och betonar vikten av att prata mer om frågan för att undvika att sätta in HLR på patienter som kanske inte borde ha det.

– Det finns en rädsla hos läkarna att ta den här diskussionen. Det bästa är ju att prata med både patient och anhörig, och det behöver ju inte vara rakt på utan mer en diskussion. Men samtidigt så är det ju ingen lätt fråga det här, säger Lars Grahnström.

Daniel Brattgård, sjukhuspräst på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och medlem av Statens medicinsk-etiska råd, håller med Lars Grahnström om att fler 0-HLR-beslut behövs.

– Medicinska ingrepp kan faktiskt bli mänskliga övergrepp. Vi har svårt att tillåta den naturliga döden idag. Förr brukade man säga att lunginflammationen var de gamlas bästa vän, ett hjärtstopp kan vara detsamma.

Många av HLR-samordnarna som intervjuats menar precis som Lars Grahnström att frågan om 0-HLR borde diskuteras mer. Att läkare bör våga ta upp frågan med patienten och anhöriga och att sköterskor och undersköterskor ska våga ta initiativ till diskussion. Så här säger en HLR-utbildare:

– Man kanske tänker att man inte ska sätta in HLR på en viss patient, men det är ingen som har lyft frågan. Det handlar om att läkaren ska fatta beslutet, men också om att annan personal ska våga ställa frågan. Läkaren tar inte alltid initiativet.

En annan tycker att det tas för få beslut om 0-HLR:

– Vissa patienter skulle vi inte ha startat hjärt- lungräddning på, de var för sjuka. Vi borde vara duktigare på att ta beslutet än vad vi är idag.

Och en tredje betonar skillnaderna mellan olika läkare när det gäller att lyfta frågan:

– Det varierar väldigt mycket om läkaren tar samtalet med patienten eller inte. Det beror på vilken läkare det är.

När frågan inte tas upp och 0-HLR inte beslutas om riskerar gamla och svårt sjuka patienter att dö under återupplivning eller att återupplivas och ha svåra smärtor under sin sista tid i livet. Lars Grahnström kallar det ovärdigt.

– När man sätter igång HLR så blir det ingen värdig död. Anhöriga kan bli skrämda och situationen är kaosartad. Om patienten klarar sig så kan det dessutom gälla veckor som denne har kvar att leva, ofta med brutna revben och andra skador, säger han.

Daniel Brattgård håller med om att HLR-ingrepp kan leda till en mindre värdig död.

– De äldre dör i ambulansen på väg till sjukhus eller på någon avdelning, istället för i en varm säng på äldreboendet eller hemma. Hjärtstopp innebär god, bråd död för man märker inte ens när det händer. Vi förhindrar det på det här sättet, säger han.

## **Socialstyrelsen: upp till den medicinskt ansvarige**

**På Socialstyrelsen håller man just nu på att se över de allmänna råden om livsuppehållande åtgärder i livets slutskede. Men det kommer inte resultera i några riktlinjer för behandlingsbegränsningar.**

**– Det här är inte ett område som regleras i lagen, säger Maria Jacobsson, jurist på avdelningen för regler och tillsyn.**

En dryg tredjedel av sjuksköterskorna som svarat på vår enkät vill alltså ha tydligare riktlinjer för O-HLR. Men det är inte upp till Socialstyrelsen att skriva dem. Där menar man att det är en medicinsk fråga som vården själv ska ta ansvar för.

– Det är en komplicerad fråga men våra föreskrifter blir hyfsat generella. Vi poängterar att det är viktigt att vara noggrann med dokumentation men vi har inget på detaljnivå om behandlingsbegränsningar i våra riktlinjer, det finns ingen lagstiftning på det området, säger Maria Jacobsson.

Hon menar att det är den behandlande läkaren som har ansvaret.

– I varje situation ska det finnas en medicinskt ansvarig som ska göra en medicinsk bedömning. Då kanske man ska tänka på att inte använda begrepp som behandlingsbegränsningar, som kan vara svåra för patienten att förstå, säger hon.

### **Vem är det som ska ta ansvar för att dokumentationen inte fungerar?**

– Det viktiga är att alla som har hand om patienten vet hur patienten mår för tillfället. Medicinsk bedömning ska ju göras utifrån varje situation och då är inte dokumentationen av något gammalt beslut så relevant.

**Men då riskerar ju patienter att återupplivas fast de är för sjuka, med svåra smärtor som följd.**

Därför är det viktigt att ha rutiner för vårdplaneringen och kontinuitet i vården. Socialstyrelsen kan uppmana vården att jobba med det.

# Ska det vara så svårt att få dö i lugn och ro?

**”Att få dö i lugn och ro”. Så definierar en av sjuksköterskorna i enkäten 0-HLR. Att slippa utsättas för ingrepp under dödsögonblicket. Att slippa dö i en ambulans på väg till akuten. Att slippa leva sina sista dagar med smärta och ångest. Men det kan vara svårt att undgå.**

Det är en av vårdpersonalens viktigaste uppgifter att rädda liv. Varje dag gör läkare, sjuksköterskor och undersköterskor fantastiska insatser för att människor ska få ytterligare några veckor, månader eller år på jorden. Men en annan viktig uppgift vården har, som kanske inte lika många känner till, är att ta beslut om att avsluta eller begränsa behandlingen för patienter som inte mår bättre av den. 0-HLR, alltså att inte ge hjärt-lungräddning, är en sådan behandlingsbegränsning. Skillnaden mellan 0-HLR och andra behandlingsbegränsningar som till exempel ingen dialys, är att ansvarig personal måste veta direkt när patienten får ett hjärtstopp om hjärt-lungräddning ska sättas in eller inte. Det finns därför större risk att det blir fel när rutinerna brister.

Utgångspunkten hos vårdpersonal är att hellre göra för mycket än för lite. Är man osäker på om ansvarig läkare har beslutat om 0-HLR eller om man inte hinner leta i journalen sätter man givetvis in hjärt-lungräddning. Det vore fruktansvärt för vilken sköterska eller läkare som helst om man inte ingripit och det senare kom fram att patienten skulle haft behandlingen. Likaså kan det för en stressad läkare som har jouten vara oerhört svårt att vid ett hjärtstopp ta beslut om att inte sätta in akut behandling då patienten inte har 0-HLR, även om allt tyder på att patienten inte kommer att klara sig ändå.

Problemet har två delar. Dels att det är upp till varje enskild läkare att ta beslutet, utan mer vägledning än allmänt hållna etiska riktlinjer från Socialstyrelsen och Läkarsällskapet. Det finns inget som tvingar läkaren att fatta ett beslut, vilket kan leda till att patienter som kanske borde haft 0-HLR återupplivas. En faktor som spelar in är att patienten, eller åtminstone dennes anhöriga, om möjligt bör vara med i diskussionen inför ett 0-HLR-beslut. För läkare är det givetvis en svår diskussion att ta och man kanske hellre undviker att ta beslutet för att slippa den. Den andra delen handlar om praktiska rutiner. I en del journalsystem ser man direkt vilka behandlingsbegränsningar patienten har, i andra får man leta sig igenom den ibland flera sidor långa journalen för att hitta ett eventuellt beslut. Ibland finns bara en muntlig överenskommelse om att patienten inte ska ha hjärt- lungräddning, en överenskommelse som kanske inte når fram till all personal. Skillnaderna mellan olika sjukhus och till och med mellan avdelningar, är också mycket stora. Vissa använder särskilda blanketter där behandlingsbegränsningar skrivs in, andra har ingenting nedskrivet överhuvudtaget. Bristfällig dokumentation kan ställa till det särskilt när patienter flyttas mellan avdelningar. Så här skriver en sjuksköterska om dokumentationen:

*Det finns patienter som ankommer operation med 0-HLR skrivet med blyerts på ett A4-papper – patientsäkert?*

Är det verkligen okej att det går till så här? Det borde finnas något sätt att göra dokumentationen mer enhetlig, åtminstone inom sjukhusen. Det behövs riktlinjer som kan vara ett stöd för både läkare och sjuksköterskor, riktlinjer som är tvingande och gäller för alla.

Enligt Socialstyrelsen är detta inget som de ska lägga sig i, och det är möjligt att de har rätt i det. Att ta beslut om behandlingsbegränsningar ligger i den medicinska professionen. Vem är det då som ska agera? Vården i Sverige är uppdelad på 21 landsting, vilket gör det svårt för enskilda att ta sig friheten att bringa ordning. Statens medicinsk-etiska råd och Läkarsällskapets dito sysslar med etiska frågor, vilket i och för sig är en del i det hela, men som inte löser problemet med vitt skilda rutiner.

I dagarna har specialistläkaren och HLR-experten Anders Ågård skickat ut inbjudningar till åtta läkarföreningar, bland annat kardiologföreningen och geriatrikföreningen, med en fråga om de vill delta i arbetet med att skapa riktlinjer med nationell status. Man har formulerat ett liknande dokument i Storbritannien, med lyckat resultat. Vi kan bara hoppas att Sverige tar efter.

# Metodrapport



## Inledning

0-HLR är ett begrepp som innebär att patienten inte får hjärt-lungräddning vid hjärtstopp. Den ska sättas i journalen men det finns inga övergripande rutiner om var den ska sättas. Ibland återfinns den som en markering under behandlingsbegränsningar, ibland på framsidan och ibland längre bak i journalen. Den går under många namn; hjärtkryss, hjärtnollad, nollad, ej-hlr, ej-♥, 0-♥ m.fl. Det är inget konstigt med själva begreppet, problemet ligger i om patienten faktiskt får markeringen och hur det fungerar efteråt. Begreppet ingår i det som kallas behandlingsbegränsningar och det är ofta äldre, multisjuka patienter som får markeringen. Anledningen är att läkare gör bedömningen att patienten inte kommer att gagnas av behandlingen eller att den till och med kan leda till att patienten mår sämre. Andra begränsningar man kan få i sin behandling är exempelvis ingen respirator eller ingen dialys.

Arbetet om 0-HLR började som ett tips till oss från ett par sjuksköterskor. De menade att det uppstod stress och dålig arbetsmiljö på grund av bristande rutiner med 0-HLR och att patienter riskerade att bli lidande på grund av detta. Ingen av oss visste vad 0-HLR egentligen innebar och tyckte det lät intressant. Det lät som något som borde vara mer uppmärksammat och vi undrade varför så inte var fallet. Det räckte dock med cirka fem minuters research för att inse att vi totalt missuppfattat vad det handlade om, från början såg vi rubriker om läkarnas dödsdomar mot patienter men problemen ligger inte i de specifika fallen. Istället begav vi oss in i en debatt som pågått länge. Den har dock sällan sippat utanför den akademiska vårdens väggar trots att den borde vara högst väsentlig för samhället i stort. Ibland dyker begreppet behandlingsbegränsningar upp i medier men det är ofta bara i förbifarten. Att inte denna debatt uppmärksammas mer förvånade oss. Det verkade ju ganska självklart att det här fanns en massa journalistiska jobb man kunde göra.

Detta var starten på vad som skulle bli ett enormt researcharbete där vi släppt mängder av idéer och försökt koka ner våra frågor till det som går att göra journalistik av. Det finns fortfarande enormt mycket man kan göra och många spår man kan följa upp. Men varför är det då intressant?

Vi hörde att sjuksköterskor ansåg att systemet, om det överhuvudtaget fanns ett system, var rörigt och att man ibland inte visste om man skulle återuppliva en patient eller ej, något som ledde till en stressad situation för sjuksköterskorna. Samtidigt klagade de på att läkarna inte tog diskussionen om detta med patienten och inte satte markeringen tillräckligt ofta vilket gjorde att människor som kunnat få en lugn död, istället dog i en kaosartad situation när de fick akut HLR.

Syftet med vårt arbete var att granska hur rutinerna kring 0-HLR ser ut och om det fungerar eller inte. Om rutinerna är olika på olika sjukhus, om 0-HLR sätts för ofta eller för sällan, vad det leder till för patienterna och hur det påverkar sjuksköterskornas arbetssituation. Och varför det ser ut som det gör.

Vi vill med detta arbete försöka visa att det går att göra journalistik av etiska och akademiska frågor som kanske inte alltid har ett rätt och ett fel, där det inte finns någon vinnare, bara förlorare och där det inte sitter någon "bad guy" på sitt kontor med alla svar. Vår historia grundar sig på problemet med etiska ställningstagande, vad man kan göra åt det och hur de inblandade ser på saken. Det här är en fråga som ytterst sällan lyfts i svensk press, därför tycker vi att det är värt att göra.

Vi har också velat granska ämnet för att bidra till att ge vårdjournalistiken nya

perspektiv. Det är sällan man ser journalister skriva om dessa frågor. Dels för att det är krångligt att göra intressant journalistik kring ämnet och dels för att det är svårt, det finns inget vitt och svart och det är ont om klara vinklar. Trots detta finns det oändligt mycket att skriva om och ett oändligt material att plocka från. För vår egen del känns det som vi fått en mycket större förståelse för hur man kan göra annorlunda journalistik kring vården och frågor som diskuteras där. När man bara trängt igenom den första muren finner man en värld som tycker det är kul att diskutera frågor som ställs av en nyfiken journalist.

## **Bakgrund**

Som vi nämnde i inledningen har denna debatt mestadels förts inom vården. Avhandlingar som publicerats har sällan kommit längre än till branschtidningar. Debattinlägg hamnar på samma ställe. De gånger som behandlingsbegränsningar tas upp i vanliga medier är det oftast när en läkare fått en anmälan på grund av sitt beslut. Men detta är något vården lever med dygnet runt, 365 dagar om året.

För att exemplifiera detta passar det bra att börja med ett kort inslag från Sveriges Radio P4 Sjuhärad. Vinkeln här liknar den vi direkt tänkte på när vi först fick höra om detta. Det är en typisk nyhetsvinkel och man har inte gått på djupet.

### **2005-08-15 Sveriges Radio P4 Sjuhärad**

<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=95&artikel=673527>

Här tar man upp att patienter inte har informerats om de fått inte kommer att återupplivas vid eventuellt hjärtstopp. Inslaget är ganska kort och sammanfattar problemet.

I branschtidningen Dagens Medicin återfinns en artikel från 2004. Den tar upp en undersökning som en sjuksköterska gjort som visar att patienter ofta vill bli informerade om 0-HLR men sällan blir det.

### **2004-05-19 Dagens Medicin**

<http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2004/05/19/svenska-lakare-daliga-pa-at/index.xml>

"En undersökning av Rolf Söderlind, sjuksköterska vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna, visar att så många som vart tredje larm om hjärtstopp aldrig borde göras. Ej-HLR, eller "hjärtnollning", det vill säga ett beslut i förväg om att inte återuppliva patienten genom hjärt-lungräddning vid ett eventuellt hjärtstillestånd kan uppfattas som en dödsdom - men också som en möjlighet till ett värdigt slut på livet. Men frågan är känslig. Enligt gällande riktlinjer ska patienten helst känna till och vara med vid beslutet".

### **2003-10-19 sid 15 Expressen**

Expressen gör en rewrite på ett inslag i rapport där det hävdas att "Det blir allt vanligare att läkare avstår från att försöka rädda döendes patienters liv när hjärtat har stannat eller andningen upphört." Enligt artikeln tycker dock läkare att "metoden" används för lite.

Sedan finns det några artiklar som tar upp när det gått snett. I värsta fall kan det leda till anmälningar.

## **2006-05-15 Sydsvenska Dagbladet**

<http://sydsvenskan.se/lund/article159323/Ratt-vagra-kvinna-livraddning.html>

Här handlar det om en kvinna som avlidit efter att ha fått hjärtstopp. Läkarna anmäldes av kvinnans sambo då han inte var överens med dem.

## **2009-04-04 Dagens Medicin**

<http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2009/04/04/lakare-polisanmalda-efter-/index.xml>

Även här gäller det anhöriga som anmält läkare efter att en äldre, multisjuk man fått hjärtstopp och avlidit.

När denna metodrapport skrivs sänds ett Uppdrag granskning som tar upp behandlingsbegränsningar. Programmet tar på flera ställen upp saker som vi också kommit fram till men det är vinklat på ett annat sätt.

Uppdrag granskning vinklar på ett fall med ett barn som fått flera olika behandlingsbegränsningar då han hade svår cancer. Vi tycker att inslaget visar på hur liten kännedom det finns om 0-HLR och övriga behandlingsbegränsningar, varför man gör dem och varför man också kan ta bort dem. I inslaget säger barnets mamma att hon aldrig hört talas om detta.

Vi ser därför vårt arbete som viktigt för att visa flera saker. Vi visar vad 0-HLR är och vad det innebär, vi visar vilka problem som finns och vi visar vilka brister det finns i rutinerna och varför det brister. Vi är också glada att vi har gått på djupet med en av aspekterna av problemet som Uppdrag Granskning tog upp. I programmet intervjuades en läkare som berättade att rutinerna kring 0-HLR inte var så bra och han tog dokumentationen i patientjournalerna som exempel. Men det var en läkare, på ett sjukhus. Vi har en hel undersökning som grund.

## **2010-05-12 Sveriges Television - Uppdrag Granskning**

[http://svt.se/2.132041/1.1995751/lakarna\\_lat\\_samuel\\_do\\_-\\_nu\\_utreds\\_fallet\\_av\\_aklagare?lid=puff\\_1912144&lpos=rubrik](http://svt.se/2.132041/1.1995751/lakarna_lat_samuel_do_-_nu_utreds_fallet_av_aklagare?lid=puff_1912144&lpos=rubrik)

## **Metod och teori**

Vi insåg ganska tidigt att för att kunna få en överblick över hur det såg ut skulle vi behöva göra en enkätundersökning bland sjuksköterskorna. Att bara gå på vad några enstaka berättat för oss skulle inte bidra till någon helhetsbild. Vi tänkte också att vi skulle få tag på journaler från patienter men insåg snabbt att det dels skulle bli för svårt och dels att det inte skulle ge oss något. Det spelar ingen roll om patienten vars journal vi tittar på har 0-HLR eller inte, det behöver ju inte betyda att något är fel. Vi bytte fokus och satsade på en undersökning. Vi tror att det är lämpligt att rikta undersökningen till sjuksköterskor eftersom det är de som först tillkallas vid ett hjärtstopp, det är de som tittar i journalen och det är de som utför hjärt-lungräddningen. Således är det också de som märker när det blir fel.

Eftersom det inte är något specifikt problem, utan mer ett systemfel vi ville undersöka, så kändes det viktigt att vi kunde peka på att det såg ut på så vis i stora drag för att sedan komplettera med specifika fall.

Vi hade även diskussioner om hur stor vår undersökning skulle vara. Skulle vi koncentrera oss på exempelvis Göteborg? Skulle vi göra den rikstäckande?

Vi bestämde oss för att gå ut till hela landet för att få en överblick och inte enbart lokalt.

Det är ju intressant att se vilka skillnader som finns eftersom det var en av våra frågor. Vi kontaktade sedan Vårdförbundet för att höra oss för om de ville hjälpa oss med att genomföra undersökningen. De nappade på vår idé och ställde sina statistiker till förfogande för att få en så bra bild som möjligt.

Vi gjorde även en andra undersökning, dels för att få perspektiv och dels för att få mer information och hitta möjliga intervjupersoner. I den undersökningen ringde vi till det största sjukhuset i samtliga landsting och ställde frågor efter ett förbestämt formulär. Vi pratade med HLR-samordnare eller HLR-utbildare eftersom dessa har bra koll på hjärt-lungräddning på sjukhus. Hos vissa gav det inte så mycket, hos andra gav det oss en möjlighet att ta del av formulär och även möjligheter till intervjuer. På det här viset hade vi nu två egna undersökningar att stödja oss mot samt allt det som gjorts tidigare. Ett enormt material med andra ord.

Utöver detta har vi gjort ett antal journalistiska intervjuer med personer som figurerar i artiklar samt ett antal bakgrundsintervjuer för att få information och lära oss mer om ämnet. Dessa har varat i allt från några minuter till några som pågått i flera timmar. Vi har besökt sjukhus, spenderat tid på avdelningar, träffat läkare, sjuksköterskor och andra som kan tänkas veta hur det ser ut.

Vårt ämne har två delar, en etisk och en rent praktisk. Vi valde därför att ställa frågor som skulle fånga båda dessa delar. Frågorna handlade alltså dels om hur man faktiskt arbetar i praktiken och dels om hur man tycker att det borde vara.

Vi har också diskuterat mycket kring anonymitet. Att enkäten skulle vara anonym kändes självklar, vi var inte ute efter att peka ut någon person eller sjukhus utan att granska ett system. På samma sätt har vi låtit sjuksköterskor vara anonyma när dom berättat om hur det går till på avdelningar. Med tanke på hur känsliga uppgifter och hård sekretess som råder på sjukhus har vi tagit hänsyn till varje persons önskemål.

## **Syfte och frågeställningar**

Vårt syfte med detta arbete var att reda ut och granska hur rutinerna kring 0-HLR ser ut. Frågan är långt ifrån svartvit och därför är det svårt, för att inte säga rent felaktigt att konkretisera allt för mycket när man reder ut det.

Vi utgick från ett antal frågeställningar:

- \*Hur ser rutinerna kring 0-HLR ut?
- \*Finns det enhetliga rutiner i hela landet eller jobbar man på olika sätt?
- \*Är dokumentationen tillfredsställande?
- \*Tas 0-HLR-beslut för ofta eller för sällan?
- \*Följs riktlinjerna från Läkarsällskapet?
- \*Behövs tydligare riktlinjer, både etiska och rent praktiska?
- \*Hur påverkas sjuksköterskornas arbetssituation?
- \*Hur påverkas patienterna?
- \*Vad finns det för bakomliggande strukturer eller tänkesätt som påverkar?

Det viktigaste i arbetet har för oss varit att tydligt visa att det inte handlar om rätt eller fel i det här fallet. Några braskande rubriker om missförhållanden i vården handlar det inte om utan om etiska ställningstaganden som är svåra att göra rätt och fel med. Sen

finns det självklart gånger då det verkligen görs fel i det praktiska arbetet och detta tar vi fasta på i våra resultat.

Går det då att göra granskande journalistik av detta?

Vi anser att det absolut går att göra. Vad vi har här en fråga som borde ges mer utrymme för diskussion och en fråga som få faktiskt vet existerar. Dödshjälpsfrågan är aktuell och det här tangerar ämnet även om det här inte handlar om någon aktiv dödshjälp. När ska man sluta vårda? När övergår ingrepp i övergrepp? Måste man alltid sikta på att så länge som möjligt försöka hålla en människa vid liv och när bör man prata om detta med patienten? Eller är det just det en läkares roll är? Hur mycket inflytande bör anhöriga ha? Och när bör de ha det?

Man kan dra det längre än så också. Varför är vi så rädda att prata om döden? Varför vill vi på alla sätt och vis leva så länge som möjligt?

Det här är frågor som dyker upp under arbetets gång och som gör ämnet så mycket större. Här har vi en fråga som inte handlar om att läkaren gör rätt eller fel i sitt ställningstagande utan om att det inom vården inte finns några fastslagna regler för hur man ska bete sig i dessa frågor. Vi har försökt att fokusera på de delar som går att undersöka och göra vettig journalistik av. Till exempel att mycket lite vägledning finns för läkarna, i en fråga där man verkligen skulle behöva stöd för att våga fatta beslut. Dessutom måste initiativet till förändringar komma från den egna kåren. Detta gör frågan än mer komplex och vi vill visa på hur det ser ut idag.

## Material och metदानvändning

Vi inledde arbetet med att försöka ta reda på så mycket som möjligt om 0-HLR och var eventuella problem kunde finnas. Det gjorde vi genom att söka på nätet med sökord som hjärtkryss, 0-HLR, ej HLR och hjärtnollning. Vi hittade ganska snabbt svenska rådet för hjärt-lungräddnings hemsida, och med detta även Anders Ågård, specialistläkare och HLR-expert. Vi stämde träff med honom för att få mer information och en ingång in i debatten. Vår första bakgrundsinformationsträff varade i cirka två timmar. Vi hade några stolpar att utgå ifrån men det utmynnade istället i ett bra samtal om hur 0-HLR används, varför det görs och vari problemen kan ligga. Här började vi inse storleken på vårt jobb och att en rejäl vinkling skulle behöva göras. Sökandet på internet gav oss också Daniel Brattgård, sjukhuspräst på Sahlgrenska universitetssjukhuset och medlem i Statens medicinsk-etiska råd. Honom träffade vi också för att få information. Samtalet med honom blev ungefär likadant som med Ågård. De båda var inte överens om allt men i stora drag höll de med varandra. Båda var överens om att det var en komplicerad etisk fråga och att riktlinjer från Socialstyrelsen inte skulle göra situationen bättre. Initiativet måste komma från vården själv och då från både läkare, sjuksköterskor och sakkunniga. Efter de här två intervjuerna visste vi mycket mer om företeelsen 0-HLR, hur det används och vad det finns för riktlinjer. Både Ågård och Brattgård bekräftade alltså de tips vi fått från sjuksköterskor, att det inte alltid fungerar så bra i praktiken. Men vi visste fortfarande inte om det fanns ett specifikt problem eller om det bara var rörigt. När vi sökt ordentligt hade vi ett gäng namn på personer som eventuellt skulle kunna vara intressanta för oss att prata med. Vi mejlade alla dessa och berättade vad vi gjorde. Vi ställde också frågor om vad som var intressant att gå vidare med. Alla svarade att de tyckte det var väldigt bra och intressant att vi gjorde vårt arbete om 0-HLR men ingen kunde peka på något specifikt problem. Däremot var det många som tyckte att det inte alltid fungerade som det skulle. Därför bestämde vi oss för att göra vår enkät ganska bred för att inte riskera att missa någon aspekt.

Därefter började vi med våra undersökningar. Vi har i grunden arbetat med två egna undersökningar samt intervjuer med en mängd olika personer. Många av dessa personer har aldrig citerats i vårt arbete men ändå uppmärksammat oss på olika saker eller tipsat oss om personer vi borde prata med. Här är flera personer värda att nämnas. Martin Östberg på vårdförbundet har varit vår kontaktperson och den som sett att vår enkätundersökning blev av. Han har medlat kontakter mellan statistikavdelning och chefer och sett till att enkäten blev utskickad, insamlad och att vi fick full bestämmanderätt över innehållet i den. Han har även kommit med tips på hur frågor borde omformuleras för att få en bättre bild och sett till att den fick vårdförbundets legitimitet när den skickades ut till sjuksköterskorna. Johan Almbrandt är statistiker på vårdförbundet och har varit oss behjälplig med urval, bortfall och hur vi kan presentera materialet med tanke på antalet svar.

Vissa personer har vi haft både informationssamtal och intervjuer med. Dessa är förutom Anders Ågård och Daniel Brattgård även Monika Ragnewall och Martin Risenfors, sjuksköterska respektive överläkare på Mölndals sjukhus. Dessa fick vi kontakt med via Anders Ågård. Vi tillbringade cirka två timmar på sjukhuset för att lära oss mer om hur 0-HLR används i praktiken, hur man tar snacket med patienter och anhöriga samt vad bristande rutiner kan få för konsekvenser.

Lars Grahnström som intervjuas i en av våra artiklar hittade vi genom vår landstingsundersökning. De HLR-samordnare som sa intressanta saker frågade vi om vi fick återkomma med fler frågor och det var just så vi gjorde med Lars Grahnström för att få material till våra artiklar. Vårt "case" som vi kallar för Monika Bengtsson kan vi inte berätta hur vi hittade eftersom det kan röja hennes anonymitet. De anonyma sjuksköterskorna, Frida och Hanna, har vi främst använt oss av i början, Frida för att få mer information om 0-HLR och Hanna till att ge oss feedback på enkätfrågorna.

Utöver detta har vi läst en stor mängd akademiska texter i form av C- och D-uppsatser samt avhandlingar och akademiska artiklar för att få en så god bild av frågan som möjligt. Dessa har vi hittat genom att söka på nätet samt i universitetsdatabaser. Vi har också haft tillgång till olika sjukhus riktlinjer samt i vissa fall de försättsblad man använder i journaler för att markera olika typer av behandlingsbegränsningar såsom 0-HLR. Dessa har vi fått tag på genom att fråga HLR-samordnarna i landstingsundersökningen, och när de har haft blanketter har vi bett dem att skicka dem till oss. Vi har dessutom intervjuat sakkunniga, sjuksköterskor, läkare och andra insatta för att få fram en helhetsbild av problemet. Dessa har vi hittat genom att de har tipsat om varandra. Många har tipsat oss om just HLR-rådet och Anders Ågård, detta eftersom han är landets främste expert på just 0-HLR. Den första undersökningen är en telefonundersökning där vi ringt runt till samtliga landstings HLR-samordnare. Det var ett ganska långdraget jobb men vi gjorde det vid sidan av annat så den har funnits med oss under arbetets gång. Till dessa har vi ställt förutbestämda frågor för att kunna jämföra alla landsting och se hur rutinerna skiljer sig. När vi telefonintervjuade HLR-samordnarna i de olika landstingen ställde vi samma frågor till alla för att få en bild av hur rutinerna ser ut på olika ställen i landet. Frågorna löd:

- Har ni riktlinjer för 0-HLR?
- Hur ser rutinerna ut?
- Fungerar det bra?
- Finns övergripande rutiner eller gör varje avdelning som de vill?
- Tycker du det skulle behövas övergripande riktlinjer?

Genom att ställa de här frågorna fick vi dels en bild av hur det faktiskt ser ut och dels av hur HLR-samordnarna tycker att det fungerar i dagsläget. Vi fick även svar på frågan om de anser att det behövs övergripande riktlinjer eller om det är något annat som borde förändras. Att vi intervjuade just HLR-samordnare beror på att det rimligen är de på sjukhuset som har bäst överblick över rutiner kring hjärt- lungräddning. Ett potentiellt problem är att organisationen ser olika ut på olika sjukhus och HLR-samordnarnas uppgifter är inte alltid desamma. Vissa sjukhus har inte HLR-samordnare utan bara utbildare och instruktörer. Men deras uppgifter är ändå ganska likartade och vi tyckte att det var bättre att prata med personal som faktiskt rör sig ute i verksamheten i stället för chefsläkare och sjukhuschefer. Vi inledde alla samtal med att berätta vad vi ville prata om och frågade sen varje intervjuperson om denne kände sig lämpad att svara på frågorna. Detta gjorde vi för att undvika att intervjua någon som inte hade koll på ämnet. Men i stort sett alla svarade att de var rätt person och ingen hänvisade uppåt utan i så fall till en kollega. HLR-samordnare är sjuksköterskor som har hand om att utbilda övrig personal i hjärt-lungräddning. En del har även i uppgift att föra statistik över hjärtstopp på sjukhuset, en del inte.

Den andra undersökningen är en enkätundersökning. Enkäten är skickad till 300 sjuksköterskor, 112 har svarat varav 24 har inte varit med om 0-HLR och därför inte svarat på frågorna. Vi ser här ett ganska stort bortfall men vi har fortfarande bedömt undersökningen som tillförlitlig då det i handlar om så pass specifika frågor att varje sjuksköterskas åsikt räknas. För att undvika missförstånd skriver vi aldrig ”var tredje sjuksköterska” utan ”var tredje sjuksköterska som svarat på enkäten/deltagit i undersökningen”. Detta har vi diskuterat med vårdförbundets statistiker och de höll med om att det var rätt att göra så.

Undersökningen är framtagen av oss och tillsammans med vårdförbundets statistiker är urvalet framräknat och enkäten är utskickad av vårdförbundet till de utvalda medlemmarna. Mot att vårdförbundet fick ta del av svaren, som givetvis är anonymiserade har vi kunna genomföra enkäten utan kostnad för oss. En anonym sjuksköterska hjälpte oss med att titta igenom enkäten och göra den på prov för att kolla att frågorna fungerade och gick att förstå. Vårdförbundet har inte haft några synpunkter på vilka frågor vi ställt utan ställt sig helt neutrala då förbundet anser att frågan har varit viktig att granska. När vi utformade enkäten utgick vi ifrån tidigare gjorda enkäter inom samma ämne. Dessa hittade vi som bilagor till uppsatserna som vi läste i början. Utifrån dessa arbetade vi fram frågor som skulle passa vår undersökning. Vi ville till exempel veta om övrig vård påverkades av 0-HLR beslut. I de flesta fall svarades det nej på detta men vissa svarade att så var fallet och gav också exempel på detta. Efter varje fråga lämnade vi plats för kommentarer så att respondenterna själva skulle få utveckla sina svar. Detta gjorde vi dels för att få ökad förståelse för vårt ämne och dels för att få material till artiklarna. Vi kan nu konstatera att det var väldigt bra att göra så. Vi fick en mängd intressanta citat och förstår mer om varför det ser ut som det gör. Vi har använt citaten från enkäterna i flertalet artiklar och några av de bästa citaten vi fått kommer faktiskt härifrån.

Vissa frågor har vi efterhand också kunnat konstatera att vi borde formulerat annorlunda. En sådan är fråga 5k: Omprövades beslutet om HLR under vårdtiden.

När vi sammanställde detta kunde vi konstatera att trots att det svarades ganska olika så kunde vi säga varför det var på det viset. Om nu beslutet inte omprövades kunde det ju bero på att patienten avlidit. Om patienten exempelvis låg på en intensivvårdsavdelning kan detta gå blixtnabbt. Dessutom insåg vi att ordet ”omprövas” kan tolkas som att beslutet ändras, och så behöver ju inte vara fallet. Här borde vi formulerat oss

annorlunda.

Även fråga 6a kan vi konstatera att svarsalternativen borde vara: ökat, minskat och ingen förändring istället för ökat, minskat och osäker. Här lämnade vi ingen plats för att det faktiskt inte behöver vara någon skillnad utan utgick ifrån att det förändrats. Fel av oss. (Enkäten bifogas i sin helhet som bilaga.)

Vi har ingen anledning att misstänka att någon skulle vilja förse oss med felaktig information i den här frågan, åtminstone inte någon av dem vi intervjuat. Sjuksköterskorna och HLR-samordnarna i enkäten och undersökningen har ingen orsak att frisera sanningen utan torde snarare vilja vara ärliga mot oss. Om vi berättar om problem i deras arbetsmiljö ökar ju chansen att något förbättras. Det vore annorlunda om enkäten var ställd till läkare, det är ju de som är ansvariga för att ta beslut och således ansvariga för om något blir fel.

Anders Ågård och Daniel Brattgård har heller ingen anledning att inte vara helt ärliga, de försöker ju också förbättra situationen vi berättar om. Vi har inga påståenden eller citat i texterna som inte flera av våra källor håller med om. Vi har inte heller något påstående som vi inte har kollat upp. Värderande påståenden som inte handlar om fakta går ju inte att belägga, men det är ingen som har sagt något som verkar orimligt eller som vi har anledning att betvivla. Vi har flera gånger utgått från något som en person har sagt eller som har framkommit i undersökningen, och sen frågat en helt annan person om detta stämmer eller hur han/hon ser på det. Ett exempel på detta är att Daniel Brattgård berättade att personer som borde haft 0-HLR och fått dö hemma eller på boenden ofta körs in akut till sjukhus vid hjärtstopp. Detta kunde Monika Ragnewall och Martin Risenfors som jobbar på sjukhus bekräfta.

Vi gjorde vårt bästa för att få ut enkäten så snabbt som möjligt, men det tog tid att få ett beslut från Vårdförbundet om de gick med på att hjälpa oss eller inte. Sen tog det ytterligare några veckor för statistikerna att räkna fram urvalet och att få enkäterna utskickade. Detta för att Vårdförbundet ville att enkäterna skulle skickas med post för att det brukar ge fler svar. Hade vi fått göra om exjobbet så hade vi försökt kontakta Vårdförbundet ännu tidigare, eftersom vi fick göra merparten av intervjuerna när vi fått in svaren och kodat dem. Vi inser nu att det tar ett par månader att genomföra en enkätundersökning, även om man har hjälp med utskick och statistik.

Vad gäller disposition gjorde vi tidigt en plan över vilka artiklar vi skulle vilja ha och kunde tänkas få ihop. Detta var väldigt bra eftersom det medförde att vi fick ett tydligt mål att sträva mot. När sen resultaten började komma in fick vi ändra en del i planen men vi har hållit oss till grundstrukturen och fått med de artiklar vi ville ha med.



## Arbetsfördelning

Vi har i stort sett gjort allt arbete tillsammans. Frågorna till enkäterna är skrivna tillsammans och sammanställda och analyserade ihop.

Katia har haft en lite mer förberedande roll, sett till att vi har veckolistor på vad vi måste göra och liknande medan Martin haft mer av en ordningsroll och haft koll på vilka vi haft kontakt med, gjort telefonlistor och haft struktur bakåt.

I slutfasen har Katia haft det största ansvaret för att skriva artiklar och Martin har haft det största ansvaret för metodrapporten.

Men allt jobb är gjort tillsammans och vi diskuterar alla steg vi tagit tillsammans.

## Målgrupp

Från början tänkte vi oss publicering i dagspress, som en artikelserie. Detta för att vår mening var att förmedla detta till allmänheten. Vi tror att det här är frågor som skulle intressera den breda allmänheten och framför allt personer som själva kan hamna i en situation där man behöver veta om detta eller anhöriga till äldre personer. Alla hamnar ju på sjukhus förr eller senare eller så har man en anhörig som gör det. Om man känner detta kan man själv bilda sig en uppfattning och inte kastas in i en etisk diskussion som pågått länge inom vården. Man får då en ökad förståelse för vad det innebär och kan utefter detta fatta ett beslut istället för att bli chockad över vad det innebär.

Än så länge har vi dock inte lyckats sälja in det. Grejen med detta arbete är ju att det inte direkt finns någon ”bad guy” och det gör det lite svårare för oss att ge den dramaturgiska presentationen. Branschen själva som skrivit om detta innan verkar dock mer positiv och Vårdförbundets egen tidning har visat visst intresse av vår granskning. Vi vet också att många inom vården vet om vad vi gör och är intresserade av resultatet. Det har varit oerhört peppande att gång på gång få höra från intervjupersoner att det ska bli jättespännande att få se våra resultat och att vi ska höra av oss när vi börjar bli klara. Vi tror därför att vi kommer satsa på en publicering i Vårdfackets tidning.

Men, våra resultat kan även vara intressanta för en bredare allmänhet, och vi kan, om det skulle bli aktuellt, formulera om vissa av artiklarna så att de blir lätta att förstå och mer intressanta för en dagstidning. Vi har medvetet utformat våra artiklar så att de kan skrivas ihop till färre och längre, eller publiceras som paket. Därför har vi definitioner av HLR och 0-HLR i flera av artiklarna, och samma intervjupersoner återkommer gång på gång. Varje artikel ska kunna stå för sig men också kunna kombineras med någon av de andra. Särskilt case-artikeln tänker vi ska kunna delas upp och varvas med fakta från undersökningarna för att göra texten levande.

# Källförteckning

## Skriftliga källor

### Avhandlingar, uppsatser och böcker

Björkegren Maria, Stenlund Marie, (2007) *Kirurgers uppfattning om att avstå hjärt-lungräddning påverkar sjuksköterskans omvårdnad*, D-uppsats, Specialistsjuksköterska inom allmän hälso- och sjukvård med inriktning mot kirurgisk vård, Linköpings universitet, Linköping

Boström Kirsi, Karevaara Anette, (2005) *Sjuksköterskors uppfattning om att avstå från hjärt- och lungräddning (0-HLR)*, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap - Enheten för vårdvetenskap, Uppsala universitet, Uppsala

Gustavsson Beldt, Linda och Linde Susanna, (2008) *Sjuksköterskors upplevelser kring 0-HLR - Beslutsprocessen, etiska dilemman samt riktlinjer*, D-uppsats, Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap, enheten för vårdvetenskap, Uppsala universitet, Uppsala

Halldin Hansson Ann, Skeppstedt Maria, (2008) *Hinder och etiska dilemman vid ställningstagande till hjärt-lungräddning*, Examensarbete, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan Väst. Trollhättan 2008

Hammarin Anna, (2005) *To do or not to do - En forskningsöversikt om vilka konsekvenser ett beslut om 0-HLR kan få för patienten*, Omvårdnad/Vårdvetenskap, Sophiahemmet högskola, Stockholm

Hanson, Nils (2009) *Grävande journalistik*, Ordfront

Marklund Elisabeth, (2001) *Ställningstagande till återupplivning av svårt hjärtsjuka patienter, C-uppsats*, Institutionen för Folkhälso- och Vårdvetenskap - Enheten för vårdvetenskap, Uppsala universitet, Uppsala

Ågård A, Hermerén G, Herlitz J, (2000) *Should cardiopulmonary resuscitation be performed on patients with heart failure? The role of the patient in the decision-making process*, Journal of medicine: 248,

### Riktlinjer, SOU, rapporter och liknande

Sahlgrenska universitetssjukhuset – *medicinsk etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR)*, Etiskt forum, Informationsavdelning Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Svenska Läkaresällskapet 2000:6. *Riktlinjer för beslut angående Hjärt-Lungräddning (HLR)*. Delegation för medicinsk etik, Svenska Läkaresällskapet, Stockholm

SOU 2000:6. *Döden angår oss alla - värdig död vid livets slut*. Delbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede. Stockholm: Socialdepartementet.

SOSFS 1992:2. *Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*. Allmänna råd från Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen.

## **Vetenskapliga artiklar**

Arkes Hal R och Marks Melissa A. Z, (2008), *Patient and Surrogate Disagreement in End-of-Life Decisions: Can Surrogates Accurately Predict Patients' Preferences?*, Sage online, <http://mdm.sagepub.com/cgi/content/abstract/28/4/524>

Löfmark R, (1994) *Patienten bör avgöra*, Läkartidningen, Vol 91, Nr 42

## **Muntliga källor**

*citerade*

Daniel Brattgård

031-3422312

Sjukhuspräst på Sahlgrenska universitetssjukhuset och medlem i Statens medicinsk-etiska råd

Anders Ågård

0761-360364

Specialistläkare och Etikexpert

Monika Ragnewall

031-3431837

Sjuksköterska, Mölndals sjukhus

Martin Risenfors

031-3430816

Överläkare, Mölndals sjukhus

Lars Grahnström

073-5628550

Sjuksköterska på IVA – Visby Lasarett

Maria Jacobsson

075-2473187

Jurist på Socialstyrelsen

+ ett flertal sjuksköterskor som är anonyma.

## *Ickeciterade*

Vårdförbundet

Fackförbund

260210 – 11.30

Hjärt- och lungsjukas riksförbund

Patientorganisation

260210 – 11.30

Hans Rudstam

075-2473000 – växeln

Tjänsteman – Riskdatabasen Socialstyrelsen

12.00 4/3-10

\*Frida  
Sjuksköterska  
träffat lördag 7/3-10

\*Hanna  
Sjuksköterska  
kontinuerligt

Martin Östberg  
08-147743, 070-3273770  
Jobbar med undersökningar på vårdförbundet

Sookia Carlsson  
070-7903869  
informatör Svensk sjuksköterskeförening

Ann-Sofie Magnusson  
Sjuksköterska samt lärare på JMG  
10/3 13.00

Birgitta Geijer  
Vårdenhetschef avd 14 Sahlgrenska  
birgitta.geijer@vgregion.se  
10/3 13.00

Mona Claesson  
Sjuksköterska hemsjukvården i Borås  
mona.claesson@boras.se

Vera Dahlqvist  
Forskare i vårdvetenskap, Umeå  
vera.dahlqvist@nurs.umu.se  
11/3- 11.00

Johan Berlin  
Forskare på vårdal institutet, högskolan väst  
johan.berlin@hv.se

Inger Torpenberg  
08-4122412  
Sekreterare, Etiska rådet, svensk sjuksköterskeförening  
11/3- 11.30

\*Madde  
Läkarstudent/läkare  
10/3- 20.00

Susanne Flyborg  
Psykiater  
sflyborg@hotmail.com  
11/3- 12.00

HLR-rådet  
031-82 16 61  
11/3 14.00

Jessica Ulltorp  
0455-736598  
HLR samordnare – Blekinge sjukhuset

Ulla Gunnarsson  
023-491405  
HLR samordnare – Falu Lasarett

Andrea Widén  
0498-268514  
f.d chefsläkare – Visby Lasarett

Bertil Almberg  
0498-268853  
HLR samordnare – Visby Lasarett

Ia Sundin  
026-155565  
Kliniskt träningscentrum – Gävle sjukhus

Gun Zyra  
035-134284  
HLR utbildare – Länssjukhuset i Halland

Pia Linnatie  
063-154306  
Organisatör hjärtenheten – Östersunds sjukhus

Agneta Norén  
036-323210  
HLR samordnare – Jönköpings sjukhus

Nilla Hedman Lindkvist  
0480-84601  
HLR samordnare – Länssjukhuset Kalmar

Åsa Schön  
0920-283598  
HLR samordnare – Sunderby Lasarett

Liselott Rehn  
040-336670  
Sjuksköterska HLR sektionen - MAS

Lillian Vecke  
073-9661348  
HLR koordinator – Karolinska

Kristina Stigbahr  
016-105468, 0150-56294  
HLR samordnare – Mälarsjukhuset

Hjördis Pell  
018-6113748  
HLR samordnare – Uppsala Universitetssjukhus

Jan Rockstadius  
054-616939  
HLR samordnare – Centralsjukhuset Karlstad

Gunilla Sköld  
054-616939  
HLR samordnare – Centralsjukhuset Karlstad

Sam Wenngren  
090-7851208  
Kliniskt träningscentrum – Norrlands Universitetssjukhus

Karin Thunell  
HLR samordnare – Centrallasarettet i Västerås

Marie-Louise Södersved Kjellestedt  
021-175802  
Centrum klinisk forskning – Centrallasarettet i Västerås

Yvonne Karlsson  
019-6020141  
HLR samordnare – Universitetssjukhuset Örebro

Solveig Aune  
031-3423225  
enhetschef HLR centrum – Sahlgrenska

Annika Englund  
013-228521  
HLR samordnare – Universitetssjukhuset Linköping

Anette Nord  
013-228521  
HLR samordnare – Universitetssjukhuset Linköping

Johan Almbrandt  
08-147856  
Statistiker vårdförbundet

\* = Anonymiserad

# Bilagor

## Enkätstudie

Till Dig som är sjuksköterska!

Som en del i vår utbildning på journalistprogrammet på Göteborgs universitet vill vi göra en undersökning angående sjuksköterskors uppfattning om förhandsbeslut om att avstå från hjärt- och lungräddning (0-HLR).

Vi undrar om Du skulle vilja dela med Dig av dina synpunkter genom att besvara denna enkät. För att studien ska kunna genomföras behöver vi Din hjälp och vi är mycket tacksamma för Ditt deltagande. Beräknad tidsåtgång för ifyllandet av enkäten är cirka 10-15 minuter. Det är viktigt att ifyllandet görs individuellt.

Deltagandet är givetvis anonymt och alla uppgifter behandlas konfidentiellt enligt lagen om källskydd. Du får väldigt gärna kontakta oss om du vill berätta mer eller har frågor om enkäten!

Vänlig hälsning,

Katia Ostrowska  
katia.ostrowska@gmail.com  
0704-89 90 44

Martin Trygg  
e.m.trygg@gmail.com  
0736-24 82 99



**Några frågor om Din bakgrund.** Markera med ett kryss.

1. Kön Man  Kvinna
2. Ålder - 29  30 – 39  40 – 49  50 – 59  60 – 65
3. Hur länge har Du varit verksam som sjuksköterska? \_\_\_\_\_ år

**Frågor om att avstå från HLR.** Markera Din ståndpunkt med ett kryss. Försök svara på alla frågorna. Kryss för ”osäker” är också ett svar. Efter varje fråga kan Du kommentera Ditt svar. Vi är mycket tacksamma om du gör det.

4. Känner du till något tillfälle då förhandsbeslut fattats om att avstå från HLR på den avdelning där Du arbetar? Ja  Nej

Kommentar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Om Du svarat nej på fråga 4: fortsätt till fråga 6!

5. Återkalla det senaste tillfället då förhandsbeslut fattades om att avstå från HLR på den

avdelning där Du arbetar och försök svara på följande frågor:

- a) Var patienten i stånd att delta i beslutet? Ja  Nej  Osäker
- b) Diskuterades beslutet med patienten? Ja  Nej  Osäker
- c) Diskuterades beslutet med någon anhörig? Ja  Nej  Osäker
- d) Var Du själv involverad i diskussionen? Ja  Nej  Osäker
- e) Diskuterades beslutet med sjuksköterska?(annan än Du) Ja  Nej  Osäker
- f) Diskuterades beslutet med annan? Ja  Nej  Osäker   
(om ja, vem/vilka \_\_\_\_\_)
- g) Var det etiskt rätt att i detta fall besluta om 0-HLR? Ja  Nej  Osäker

h) Borde beslutet ha fattats tidigare? Ja  Nej  Osäker

i) Hur dokumenterades beslutet?

---

---

---

j) Omprövades beslutet om HLR under vårdtiden? Ja  Nej  Osäker

k) Vem eller vilka tog initiativet till att avstå från HLR?

Patienten? Ja  Nej  Osäker

Anhörig(a)? Ja  Nej  Osäker

Sjuksköterska?(Du själv eller annan) Ja  Nej  Osäker

Annan? Ja  Nej  Osäker   
(om ja, vem/vilka \_\_\_\_\_)

Kommentar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. a) Tas, på den avdelning där Du arbetar, förhandsbeslut om att avstå från HLR i allmänhet för ofta  i rimlig omfattning  för sällan  osäker

b) Har antalet beslut om 0-HLR ökat eller minskat? Ökat  Minskat  Osäker

Kommentar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Tror Du att det på Din avdelning finns patienter med 0-HLR som inte blir informerade om detta, men som skulle vilja bli informerade?

Ja  Nej  Osäker

Kommentar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Vilka informeras om 0-HLR-beslut där du arbetar?

Patienten? Ja  Nej  Osäker

Anhörig(a)? Ja  Nej  Osäker

Sjuksköterska?(Du själv eller annan) Ja  Nej  Osäker

Annan? Ja  Nej  Osäker   
(om ja, vem/vilka \_\_\_\_\_)

8. a) Hur brukar beslut om 0-HLR dokumenteras på din avdelning?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Tycker du att dokumentationen fungerar bra?

Ja  Nej  Osäker

Är det lätt att hitta beslutet när man ska avgöra om HLR ska sättas in?

Ja  Nej  Osäker

Kommentar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Vem / vilka tar initiativet till beslut om 0-HLR på Din avdelning?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. a) Hur definierar Du 0-HLR?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Påverkas övrig vård av patienten om denne har 0-HLR?

Ja       Nej       Osäker

Om ja, på vilket sätt?

---

---

---

---

c) Har du någon gång behövt ta beslut om att sätta in/avstå från HLR på grund av att du varit osäker på om läkaren beslutat om 0-HLR eller inte?

Ja       Nej       Osäker

Kommentar: \_\_\_\_\_

---

---

---

d) Har du någon gång varit med om att HLR satts in på en patient med 0-HLR?

Ja       Nej       Osäker

Kommentar: \_\_\_\_\_

---

---

---

e) Har du någon gång varit med om att HLR **inte** satts in, trots att patienten **inte** haft 0-HLR?

Ja       Nej       Osäker

Om ja, vad berodde det på att HLR inte sattes in?

---

---

---

---

f) Vet du vilka patienter som har 0-HLR på avdelningen där du arbetar?

Ja       Nej       Osäker

Kommentar: \_\_\_\_\_

---

---

g) Tycker du att rutinerna gällande dokumentation och information om vilka patienter som har 0-HLR fungerar bra på avdelningen där du arbetar?

Ja       Nej       Osäker

Kommentar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

h) Tycker du att det skulle behövas tydligare riktlinjer gällande hur 0-HLR-beslut ska tas?

Ja       Nej       Osäker

Kommentar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

i) Tycker du att det skulle behövas tydligare riktlinjer gällande hur 0-HLR-beslut ska dokumenteras?

Ja       Nej       Osäker

Kommentar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

300 enkäter skickades ut  
24 har skickat in men ej varit med om 0-HLR  
88 har svarat på frågorna

1.

Man:IIII IIII II

Kvinna: IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII I  
-----

2.

-29:III

30-39:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII

40-49:IIII IIII IIII IIII IIII IIII

50-59:IIII IIII IIII I

60-65:III  
-----

3.

År:  
-----

4.

Ja: IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII  
III

Nej:  
-----

5. Återkalla det senaste tillfället då förhandsbeslut fattades om att avstå från HLR på den avdelning där Du arbetar.

a) Var patienten i stånd att delta i beslutet?

Ja:IIII IIII

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII III

Osäker: IIII IIII

b) Diskuterades beslutet med patienten?

Ja:IIII II

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII II

Osäker: IIII IIII III

c) Diskuterades beslutet med någon anhörig?

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII I

Nej:IIII

Osäker:IIII IIII IIII II

d) Var Du själv involverad i diskussionen?

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII

Osäker:III

e) Diskuterades beslutet med sjuksköterska?(annan än Du)

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII

Nej:IIII IIII IIII IIII I

Osäker:IIII IIII IIII IIII II

f) Diskuterades beslutet med annan?

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII

Nej:IIII IIII I

Osäker:IIII IIII IIII IIII IIII II

g) Var det etiskt rätt att i detta fall besluta om 0-HLR?

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII II

Nej:

Osäker:IIII

h) Borde beslutet ha fattats tidigare?

Ja:IIII IIII IIII II

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII II

Osäker:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII

5i

Not:

\*j) Omprövades beslutet om HLR under vårdtiden?

Ja:IIII IIII IIII II

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII

Osäker:IIII IIII IIII I

5k) Vem eller vilka tog initiativet till att avstå från HLR?

patient

Ja:III

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII III

Osäker:IIII IIII IIII II

anhörig

Ja:IIII IIII III

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII III

Osäker:IIII IIII IIII IIII IIII I

sjuusköterska

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII I

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII III

Osäker:IIII IIII IIII IIII IIII

annan

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII I

Nej:IIII

Osäker:IIII IIII III

6a) Tas, på den avdelning där Du arbetar, förhandsbeslut om att avstå från HLR i allmänhet

för ofta:

i rimlig omfattning: IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII

för sällan: IIIII IIIII IIIII II

osäker: IIIII IIIII

6b) Har antalet beslut om 0-HLR ökat eller minskat?

ökat: IIIII IIIII IIIII IIIII

minskat: IIIII I

osäker: IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII II

\*7a) Tror Du att det på Din avdelning finns patienter med 0-HLR som inte blir informerade om detta, men som skulle vilja bli informerade?

Ja: IIIII IIIII IIIII I

Nej: IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII II

Osäker: IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII

7b) Vilka informeras om 0-HLR-beslut där du arbetar?

patient

Ja: IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII I

Nej: IIIII IIIII IIIII IIIII

Osäker: IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII III

anhörig

Ja: IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII III

Nej: I

Osäker: IIIII IIIII

sjuusköterska

Ja: IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII

Nej: I

Osäker: III

annan

Ja: IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII III

Nej: IIIII

Osäker: IIIII IIIII III

-----  
8a

Hur brukar beslut dokumenteras?

kom:

8b) Tycker du att dokumentationen fungerar bra?

Ja: IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII

Nej: IIIII

Osäker: IIIII III



8c) Är det lätt att hitta beslutet när man ska avgöra om HLR ska sättas in?

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII II

Nej:IIII IIII

Osäker:IIII IIII I

-----

9

Vem tar initiativet?

---

10a

Hur definerar du 0-HLR?

\*10b) Påverkas övrig vård av patienten om denne har 0-HLR?

Ja:IIII IIII

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII I

Osäker:IIII II

Om ja, på vilket sätt?

10c) Har du någon gång behövt ta beslut om att sätta in/avstå från HLR på grund av att du varit osäker på om läkaren beslutat om 0-HLR eller inte?

Ja:IIII IIII IIII

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII II

Osäker:II

\*10d) Har du någon gång varit med om att HLR satts in på en patient med 0-HLR?

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII III

Osäker:IIII I

10e) Har du någon gång varit med om att HLR **inte** satts in, trots att patienten **inte** haft 0-HLR?

Ja:IIII IIII IIII II

Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII II

Osäker:IIII IIII

Om ja, vad berodde det på?

10f) Vet du vilka patienter som har 0-HLR på avdelningen där du arbetar?

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII

Nej:IIII IIII

Osäker:IIII IIII

10g) Tycker du att rutinerna gällande dokumentation och information om vilka patienter som har 0-HLR fungerar bra på avdelningen där du arbetar?

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII

Nej:IIII II

Osäker:IIII I

10h) Tycker du att det skulle behövas tydligare riktlinjer gällande hur 0-HLR-beslut ska tas?

Ja:IIII IIII IIII IIII IIII IIII II  
Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII  
Osäker:IIII IIII IIII IIII I

10i) Tycker du att det skulle behövas tydligare riktlinjer gällande hur 0-HLR-beslut ska dokumenteras?

Ja:IIII IIII IIII IIII III  
Nej:IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII  
Osäker:IIII IIII IIII