



**Om hjärtat slutar slå
Patienters och anhörigas delaktighet i beslutet om
ej-HLR**

**If the heart stops beating
Patients' and relatives' participation in the decision
do-not-resuscitate**

Jennifer Bryfalk
Therése Hvalgren

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Omvårdnad – Vetenskapligt arbete 61-90 hp
Ht 2010

Sektionen för hälsa och samhälle
Box 823
301 18 Halmstad

Titel:	Om hjärtat slutar slå. Patienters och anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR
Författare:	Jennifer Bryfalk, Therése Hvalgren
Sektion:	Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad
Handledare:	Tommy Berntsson, Universitetsadjunkt
Examinator:	Stefanie Obermüller, Universitetslektor
Tid:	Höstterminen 2010
Sidantal:	15
Nyckelord:	Anhöriga, beslutsfattande, ej-HLR, HLR, patient
Sammanfattning:	<p>Sjuksköterskor har en nära relation till patienter och anhöriga och bör efter bästa förmåga möjliggöra deras delaktighet i vården. Trots att riktlinjer om hjärt-lungräddning (HLR) menar att beslutskompetenta patienter ska vara delaktiga i beslutet om ej-HLR, fungerar det inte alltid så i praktiken. I och med detta kan sjuksköterskor få svårt att hantera situationer som uppstår kring beslutet om ej-HLR. Syftet var att belysa patienters respektive anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR. Studien genomfördes som en litteraturstudie och 15 vetenskapliga artiklar analyserades. Studiens resultat visar att patienters och anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR påverkas av olika faktorer så som patienters livskvalité, information om sjukdom, prognos och HLR. Anhöriga vill och får ofta möjlighet att delta i ett beslut om ej-HLR. Anhörigas möjlighet till delaktighet beror främst på patienters beslutskompetens och det är läkare som möjliggör patienters och anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR. Sjuksköterskors samarbete med läkare i diskussionen om ej-HLR kan underlätta beslutsprocessen för samtliga parter. För att patienters och anhörigas delaktighet ska främjas bör riktlinjerna för beslut angående HLR ses över och möjligen uppdateras.</p>

Title: If the heart stops beating. Patients' and relatives' participation in the decision do-not-resuscitate

Author: Jennifer Bryfalk, Therése Hvalgren

Department: School of Social and Health Sciences, Halmstad University, P.O. 823, S- 301 18 Halmstad, Sweden

Supervisor: Tommy Berntsson, Lecturer

Examiner: Stefanie Obermüller, Senior Lecturer

Period: Autumn 2010

Pages: 15

Key words: Cardiopulmonary resuscitation, decision making, do-not-resuscitate orders, family, patient

Abstract: The nurse has a close relationship with patients and families and should promote the potential of their involvement in care. The medical practice differs from guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) which suggests that patients should be involved in the decision making about the do-not-resuscitate (DNR) order. Nurses may find it difficult to deal with situations that arise over the decision about DNR. The aim was to illuminate patients' and relatives' participation in the decision making concerning the DNR order. The study was conducted as a literature study and 15 scientific articles were analyzed. The results show that involvement of patient and next-of-kin in the decision not to resuscitate can be affected by various factors. Factors that could affect patient participation were patients' quality of life, knowledge about disease, prognosis and CPR. Family members often want and often get the opportunity to participate in the decision making concerning DNR. Relatives' ability to participate depends primarily on patients' ability to participate in the decision making. Doctors enable patients and families participation in the decision not for resuscitation. Nurses' collaboration with doctors in the discussion about the DNR order can facilitate decision making for all parties. The guidelines for decision about CPR should be reviewed and possibly updated in order to improve patients' and relatives' participation.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
HLR och ej-HLR	1
Patienters delaktighet	2
Anhörigas delaktighet	3
Sjuksköterskan och beslutet om ej-HLR	3
Syfte	4
Metod	5
Datainsamling	5
Databearbetning	5
Resultat	6
Patienters delaktighet i beslutet om ej-HLR	6
Anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR	8
Diskussion	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	11
Patienters delaktighet i beslutet om ej-HLR	11
Anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR	13
Sjuksköterskan och beslutet om ej-HLR	14
Konklusion	14
Implikation	15
Referenser	
Bilagor	
Bilaga I Tabell 1. Sökordsöversikt	
Bilaga II Tabell 2. Sökhistorik	
Bilaga III Tabell 3. Artikelöversikt	

Inledning

På samma sätt som det är frivilligt att söka och ta emot vård, har patienter rätt att avstå vård eller avsluta en behandling (Socialstyrelsen, 2010). I de fall patienter befinner sig i en situation där de inte har förmåga att själva fatta beslut kan anhöriga eller sjukvårdspersonal bli ålagda att fatta ett beslut åt dem. I USA började läkare i mitten på 70-talet fatta beslut om att inte påbörja hjärt- lungräddning (HLR) på en del patienter vid ett hjärtstopp (Löfmark, 2001). Riktlinjer arbetades fram i USA under 80-talet som ett stöd för att patienter, anhöriga och vårdpersonal skulle få möjlighet att ta ställning till huruvida HLR skulle utföras eller inte. Anledningen till att riktlinjer utformades var en ökad respekt för patienters självbestämmande i samband med att läkare och sjuksköterskor fått insikt om autonomiprincipen. I Asplund och Brittons (1990) studie framkom det att läkare vid svenska medicinkliniker sällan tog upp diskussionen om ej-HLR med patienter, de talade oftast med anhöriga om detta. I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (Svensk författningssamling [SFS] 1982:763) står det tydligt i § 2 a att patienter ska vara involverade i den egna vården. Vidare står det i § 2 b att information ska lämnas till anhöriga då information inte kan lämnas till patienter. Förr eller senare kan patienter och/eller anhöriga få möjlighet att fatta beslut om ej-HLR. Enligt Medicinsk etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning från Sahlgrenska Universitetssjukhuset [SU] (2008) finns riktlinjer och lagtext som tydliggör att patienter och anhöriga har rätt till delaktighet. Trots detta fattas beslut om ej-HLR utan patienters inställning, därmed kan ett felaktigt beslut fattas om HLR och utföras mot patienters vilja. Dock understryks att patienter kan överlåta beslutet om HLR till läkare. Utifrån praktiska erfarenheter i vården har det dessutom visat sig att patienter inte alltid involverats i beslutet om ej-HLR, däremot har anhöriga fått möjlighet till detta. Det kan därför vara angeläget att sjuksköterskor har en fördjupad kunskap om patienters och anhörigas deltagande i beslutet om ej-HLR.

Bakgrund

HLR och ej-HLR

HLR innebär att specifika åtgärder utförs då ett plötsligt hjärtstopp inträffar (Lindskog, 2004). För varje minut som går efter ett hjärtstopp minskar chansen för överlevnad med 10 procent (HLR-rådet, 2006). Varje sjukhus ska ha en fungerande larmorganisation så att vårdpersonal ska kunna ta hand om patienter direkt vid ett inträffat hjärtstopp. Då vårdpersonal konstaterar ett hjärtstopp larmas övrig vårdpersonal till patientrummet och HLR påbörjas direkt. Ankommen vårdpersonal får tilldelade arbetsuppgifter om att hämta akutvagn, larma akutgrupp och patientansvarig läkare. Analys av hjärtrytm och eventuell rekommenderad defibrillering ska utföras så fort som möjligt. Patienter som överlever hjärtstopp erhåller specialistvård vilket kan innefatta propplösande läkemedel och ballongvidgning av tillstängda kranskärl. Vård på intensivvårdsavdelning ingår som

standard under de första kritiska dygnet och har visat sig ha betydelse för patienters upplevelse av livskvalité (ibid.).

Socialstyrelsen (1992) förklarar att en av sjukvårdens uppgifter är att hjälpa patienter att dö under värdiga former vilket innebär ett tillstånd med så lite smärta och ångest som möjligt. Läkare kan därmed fatta ett beslut om att avsluta en livsuppehållande behandling men också besluta att avstå från att påbörja en sådan. Det är en läkares uppgift att fatta ett beslut om ej-HLR (Löfmark, 2001; SU, 2008; Svenska läkaresällskapet, 2000). Enligt Löfmark (2001) innebär ej-HLR att läkare ordinerar sjuksköterskor och undersköterskor att inte påbörja HLR vid ett hjärtstopp. I Riktlinjer för beslut angående hjärt-lungräddning beskrivs det att ett beslut om ej-HLR bör tas i ett tidigt skede när det gäller vård av svårt sjuka patienter (Svenska läkaresällskapet, 2000). Läkare startar en beslutsprocess om ej-HLR då faktorer hos patienter såsom ålder, prognos och sjukdom talar för att HLR inte kommer att få en positiv utgång vid ett eventuellt hjärtstopp (Löfmark, 2001; SU, 2008). I början av beslutsprocessen utforskar patientansvarig läkare de medicinska förutsättningarna för det unika patientfallet. Läkare undersöker vilka alternativa behandlingar som kan erbjudas, vilka som kan vara livsuppehållande och symtomlindrande (Eckerdal, Engström, Lynöe, Löfmark & Sallin, 2007). Vidare identifieras de alternativa behandlingarnas negativa faktorer som skulle kunna medföra försämrade livskvalité, exempelvis ökat fysiskt lidande och/eller konfusion. Därefter för läkare en dialog med patienter och anhöriga om de medicinska för- och nackdelarna med den erbjudna behandlingen. Beslutet som läkare fattar ska vara vetenskapligt förankrad, svara upp mot sjukvårdens grundläggande värderingar och basera sig på beprövad erfarenhet (ibid.). Beslutet samt vilka som deltagit i beslutsprocessen ska dokumenteras i patientjournalen. Beslutet om ej-HLR ska omprövas varje dag av läkare då patienters tillstånd kan förändras (Eckerdal, et al., 2007; SU, 2008; Svenska läkaresällskapet, 2000).

Patienters delaktighet

I HSL § 2 b (SFS 1982:763) står det att individuellt anpassad information ska ges till patienter angående sitt hälsotillstånd. Informationen ska innefatta de möjligheter som finns för vård och behandling. Det understryks att vård och behandling ska planeras och genomföras så långt det går tillsammans med patienter. Enligt Eckerdal et al. (2007) framkom det att patienter ska informeras om sjukdom, behandlingsalternativ samt vilken nytta eller risker dessa kan medföra för att kunna fatta ett autonomt beslut. Information som givits bör upprepas av läkare och bedömningen om patienters förståelse ska utföras flera gånger (Eckerdal, et al., 2007; SU, 2008).

Patienter upplevde samtalet om den egna sjukdomen och behandlingen som betydelsefullt för känslan av delaktighet (Kiessling & Kjellgren, 2004). Patienter uttryckte att information och kontinuitet var betydelsefullt för att de skulle kunna få en möjlighet att vara delaktiga och för att ha kontroll över vården. De menade även att delaktighet krävde ett engagemang från deras sida och de upplevde detta som energikrävande. I studien uttryckte en patient att delaktigheten ökade då vårdpersonal tillät att de fick vara med och ha kontroll på när saker skulle ske.

I Riktlinjer för beslut angående hjärt-lungräddning (Svenska läkaresällskapet, 2000) understryks det att läkare främst bör lyssna till patienters inställning till HLR. Är patienter beslutskompetenta ska medgivande ges till läkare för att kunna ta en diskussion med anhöriga. Då patienter inte är beslutskompetenta, vilket innebär att de förstår vad begreppet HLR innefattar, kan läkare lyssna till anhörigas inställning om HLR (SU, 2008).

Anhörigas delaktighet

Socialstyrelsens termbank (2004) definierar anhörig som en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna. I HSL § 2 b (SFS 1982:763) står det att anhöriga ska få information om patienters vård då patienter inte är kapabla till att ta emot eller ta till sig information. Information får däremot inte lämnas till anhöriga om det finns hinder för detta. Med ett hinder menas exempelvis att patienter har sekretess. I Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) 3 kap. § 1 definieras sekretess som ett förbud mot att muntligen och skriftligen avslöja en enskild uppgift. Vidare beskrivs det i 25 kap. § 1 att uppgifter om en person inte får lämnas till utomstående. Enligt Eriksson och Lauris (2000) studie ville anhöriga få information om patienters vård. De anhöriga ansåg att de fick för lite information från vårdpersonal om deras möjlighet till delaktighet. Som tidigare nämnts får anhöriga vara delaktiga i beslutet om ej-HLR då patienter har gett sitt samtycke till detta eller om patienter inte är kompetenta nog att fatta ett autonomt beslut (Svenska läkaresällskapet, 2000). Vidare beskriver denna riktlinje att anhöriga ska känna sig trygga och vara säkra på att patienter får en fortsatt god omvårdnad efter ett beslut om ej-HLR har tagits. För att anhöriga inte ska skuldbeläggas för att ha deltagit i ett beslut om ej-HLR, bör läkare förtydliga för anhöriga att det alltid är läkare som fattar det slutgiltiga beslutet om ej-HLR (Eckerdal, et al., 2007).

Engström och Söderbergs (2007) resultat visade att patienter ansåg att det var värdefullt om anhöriga kunde vara delaktiga i vårdprocessen. Anhöriga hade lättare för att kommunicera med patienter och kunde i en del fall förmedla information som vårdpersonal givit på ett bättre sätt. Detta bekräftades i Sahlberg-Blom, Ternstedt och Johanssons (2000) studie där de anhöriga beskrev sig själva som medlare för patienter. Det som anhöriga ansåg var betydelsefullt för att kunna fatta ett beslut om ej-HLR var att ta reda på patienters viljor (Meeker & Jezewski, 2008; Sahlberg-Blom, et al., 2000). Meeker och Jezewski (2008) menade att anhörigas personlighet och livserfarenheter kunde påverka deras vilja om att vara delaktiga.

Sjuksköterskan och beslutet om ej-HLR

Sjuksköterskor ska enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2007) sträva efter att främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom och återställa hälsa. Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskor ha förmågan att kunna kommunicera med patienter, anhöriga och vårdpersonal på ett empatiskt och respektfullt sätt. Det ska ingå i sjuksköterskors professionella förmåga att kunna vägleda och möjliggöra delaktighet genom en dialog med patienter och anhöriga. McMillens (2008) resultat visade att sjuksköterskors nära relation till patienter och anhöriga kunde underlätta för att avgöra när det var rätt tidpunkt att ta upp diskussionen om ej-HLR.

Hildén, Louhiala, Honkasalo och Palos (2004a) slutsats var att sjuksköterskor ville vara mer delaktiga i beslutet om ej-HLR. Sjuksköterskor menade att det var deras ansvar att ta upp diskussionen om ej-HLR med läkare i de fall läkare inte lyssnade till patienters åsikter och önskemål kring HLR (ibid.). Det har visat sig att sjuksköterskor tar upp beslutet om ej-HLR till en diskussion med läkare och både läkare och sjuksköterskor ville att sjuksköterskor skulle vara delaktiga i beslutet om ej-HLR (Asplund & Britton, 1990; Liljedahl, Lindberg & Jonsén, 2005). Samtidigt upplevde båda yrkesrollerna att sjuksköterskor redan var delaktiga i beslutet. Sjuksköterskor hade även en vilja och ett ansvar att förmedla patienters viljor (Dreyer, Førde & Nortvedt, 2010). De påstod att de hade en förmåga att förstå patienters icke-verbala kommunikation till skillnad från läkare.

På medicinklinik, kvinnoklinik och geriatrikklinik ansågs sjuksköterskorna vara mer delaktiga i jämförelse med kirurg- och anestesikliniker (Liljedahl, et al., 2005). Ett beslut om ej-HLR diskuterades mellan sjuksköterskor på olika avdelningar (De Gendt, Bilsen, Vander Stichele, Van Den Noortgate, Lambert & Deliens, 2007). Sjuksköterskor hanterade beslutet om ej-HLR på ett mer professionellt sätt om de hade en erfarenhet av att ha deltagit i diskussionen om ej-HLR tidigare (Jezewski, 1996). De Gendt et al. (2007) menade att sjuksköterskor i vissa fall ändå hade påbörjat HLR vid ett hjärtstopp då ett beslut om ej-HLR hade fattats. Det har visat sig att läkare i en del fall ger muntliga ordinationer till sjuksköterskor om ej-HLR (Löfmarks, 2001). Flera sjuksköterskor ansåg att det var patienter och anhöriga som kunde förväntas avgöra om vårdpersonal skulle avstå från att påbörja HLR vid ett hjärtstopp (Jezewski, 1996). Vidare menade sjuksköterskor att det var deras uppgift att stödja patienter och anhöriga när ett beslut skulle fattas.

Trots att det finns riktlinjer (SU, 2008; Svenska läkaresällskapet, 2000) som menar att patienter ska delta i beslutet kring ej-HLR fungerar det inte alltid så i praktiken. Enligt riktlinjer bör även anhöriga involveras i beslutet ej-HLR men enbart då patienter inte är beslutskompetenta. Sjuksköterskor anser sig ha en nära relation till patienter och anhöriga samt anser sig fungera som länk mellan patient, anhörig och läkare (Dreyer, et al., 2010). Detta styrks även i Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, där det beskrivs att sjuksköterskor är ålagda att ha god kunskap om patienters rättigheter samt möjligheter för att kunna initiera kontakt med rätt instans (Socialstyrelsen, 2005). För att sjuksköterskor lättare ska kunna hantera situationer som uppstår kring beslutet om ej-HLR är det betydelsefullt att belysa på vilket sätt patienter och anhöriga är delaktiga i detta beslut.

Syfte

Syftet var att belysa patienters respektive anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR.

Metod

Enligt Fribergs (2006) modell har en litteraturstudie genomförts vilket innebär att en fördjupning utförts inom ett avgränsat ämnesområde genom granskning av befintlig forskning.

Datainsamling

Genom en inledande litteratursökning skapades en första förståelse om vilken forskning som fanns om ämnet ej-HLR. Utifrån det funna materialet formulerades ett problemområde, därefter utformades ett syfte. Utifrån syftet bestämdes relevanta sökord (se tabell 1, bilaga I). Litteratursökningen utfördes i databaserna Cinahl, PubMed och Academic Search Elite. I PubMed användes MeSH-termer, i Cinahl användes Cinahl headings och i Academic Search Elite användes Subject terms och fritextord. För detaljerad beskrivning av inklusionskriterier se "limits" för varje sökning i tabell 2 (bilaga II). Sökningar som inte gav några relevanta träffar har redovisats i sökhistoriken med motivering att åskådliggöra att de valda sökorden har kombinerats i samtliga databaser. Flera resultatartiklar återkom i flera sökningar, dessa har markerats med asterisk (*) i sökhistoriken (tabell 2, bilaga II).

Review artiklar valdes bort i samtliga databaser men vid olika tillfällen. I Cinahl kunde review artiklar exkluderas genom att välja "research article" i limits. Databasen PubMed hade kategoriserat review artiklar så dessa lätt kunde identifieras och väljas bort. I Academic Search Elite kunde inte review artiklar identifieras innan abstract lästs igenom. Sökträffarnas titlar lästes igenom och utifrån syftet med litteraturstudien kunde en del artiklar redan här bedömas som irrelevanta. I titel och abstract exkluderades artiklar vars resultat med stor sannolikhet inte skulle kunna appliceras i den svenska sjukvården. Studierna som låg till grund för dessa artiklar hade genomförts i asiatiska och afrikanska länder. Övriga artiklar som valdes bort var sådana som handlade om specialistämnesområden såsom neonatalvård, pediatrik och akutvård. Detta redovisas i sökhistoriken som skillnaden mellan antal träffar och lästa abstracts. Efter detta valdes ytterligare artiklar bort då de inte bedömdes som relevanta till syftet, främst berodde detta på samma orsaker som förtydligas ovan. Detta redovisas i sökhistoriken som skillnaden mellan lästa abstracts och urval 1. Artiklar som valdes utifrån studiens syfte till urval 1 skrevs ut eller beställdes via Campusbiblioteket i Varberg. Första urvalets artiklar lästes igenom och diskuterades mellan författarna. Vid diskussionen framkom det att flera artiklar enbart handlade om vårdpersonalens delaktighet i beslutet om ej-HLR, kulturella- och etniska aspekter, medicinsk teknik, granskning av riktlinjer och utförande av HLR, hemsjukvård, friska personers åsikter om ej-HLR samt om behandlingar och vårdprogram i livets slutskede. Detta redovisas i sökhistoriken som skillnaden mellan urval 1 och 2. Avslutningsvis återstod femton artiklar varav en ingick i en doktorsavhandling.

Databearbetning

Utifrån syftet identifierades femton vetenskapliga artiklar varav sex var kvantitativa och nio kvalitativa. Samtliga artiklar lästes ett flertal gånger av båda författarna och

diskuterades därefter. Resultatartiklarna granskades enligt Carlsson och Eimans (2003) granskningsmallar för kvantitativ och kvalitativ metod. Etiska aspekter togs upp i samtliga resultatartiklar. Granskningens syfte var att bedöma artiklarnas vetenskapliga kvalitet. Detta redovisas i artikelöversikten (tabell 3, Bilaga III) som presenterar resultatartiklarnas syfte, metod, slutsats och vetenskapliga grad. En sammanfattning av artiklarnas resultat utfördes och översattes till svenska, likheter samt skillnader kunde därefter utläsas. Efter att resultatartiklarna kritiskt granskats och analyserats, kunde två teman identifieras utifrån syftet med litteraturstudien. Resultatets två teman är *patienters delaktighet i beslutet om ej-HLR* och *anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR*.

Resultat

Patienters delaktighet i beslutet om ej-HLR

I åtta studier framkom patienters möjlighet till delaktighet i beslutet om ej-HLR, beskrivet utifrån patienters och läkares perspektiv (Deep, Griffith & Wilson, 2008a; Deep, Griffith & Wilson, 2008b; Elliott & Olver, 2008; Harkness & Wanklyn, 2006; Hildén, Louhiala & Palo, 2004b; Kim & Kjervik, 2005; Olver & Elliott, 2008; Robinson, Cupples & Corrigan, 2007). Olver och Eliotts (2008) resultat visade att majoriteten av patienter själva ville fatta beslutet om ej-HLR. Patienter ansåg att det var ett autonomt beslut som bygger på den egna upplevelsen av livskvalité. Vidare förklarade patienter att beslutet var personligt och att det var deras legala rätt att fatta ett sådant beslut så länge de var kompetenta för det. Kim och Kjerviks (2005) motsäger detta då 76,5 procent (277 av 362) av denna studies patienter enbart ville att anhöriga och läkare skulle fatta beslutet om HLR. Det fanns varken psykologisk eller symtomatisk förklaring till varför patienter inte ville delta i diskussionen. De psykologiska förklaringarna kunde vara ångest eller depression. En symtomatisk förklaring kunde exempelvis vara att patienter upplevde svår smärta. Samtidigt framhåller Elliott och Olvers (2008) studie att patienter kunde få skuld känslor om de beslutade sig för att avstå från HLR, speciellt om de såg på beslutet som ett val om att få dö. I en del fall ville inte patienter fatta beslutet om ej-HLR då detta kunde göra de anhöriga upprörda. I Olver och Eliotts (2008) resultat förklarade en patient att vårdpersonal hade kompetens att fatta ett beslut om ej-HLR då de hade en erfarenhet att veta när beslutet skulle fattas och samtidigt en förmåga att lyssna till de anhörigas viljor.

Läkare ska göra en noggrann bedömning och överväga om HLR kommer medföra en positiv utgång (Harkness & Wanklyn, 2006). Behandlingar som inte gynnar patienters livskvalité bör undvikas. Vidare bedömer läkare om patienter är kapabla att fatta ett beslut samt om patienters, sjuksköterskors och anhörigas åsikter kan tas hänsyn till. När patienter uppfattas vara beslutskompetenta tas en diskussion om HLR med patienter, anhöriga och med andra läkare och sjuksköterskor. Läkare tar främst upp diskussionen om ej-HLR då patienter befinner sig i ett tidigt stadiet av sjukdomen. För att patienters delaktighet ska främjas diskuteras också den information som givits. I två studier (Hildén, et al., 2004b; Robinson, et al., 2007) framkom det att läkare värdesatte och

lyssnade till patienters önskemål och viljor angående ett beslut om ej-HLR. Patienters önskemål och viljor hade betydelse eftersom dessa styrde hur vården skulle planeras. I ett enskilt patientfall (Deep, et al., 2008b) framkom det att läkaren inte tagit hänsyn till patientens vilja om ej-HLR utan lyssnade mer till den anhöriges vilja. Tidigare hade patienten uttryckt sin vilja om att få dö, samtidigt som den anhörige önskade att HLR skulle påbörjas om patienten fått hjärtstopp. Det har visat sig att läkare upplevde svårigheter att utifrån patienters tillstånd bedöma om de kunde delta i en diskussion eller inte (Robinson, et al., 2007). Samtidigt visade Deep et al:s (2008a) resultat att läkare var oroadade för att patienter inte förstod vad ett beslut om ej-HLR innebar. En läkare i studien förklarade att en patient uppgett att han inte ville bli intuberad vid ett hjärtstopp men ville däremot att vårdpersonal skulle utföra HLR. Läkaren hade påpekat för patienten att ett alternativ inte utesluter det andra då båda alternativen kan behöva användas vid ett hjärtstopp. Läkares ansvar var att förklara för patienter vad HLR och ej-HLR innefattade vid ett hjärtstopp. Deras ansvar var inte att ge rekommendationer till patienter om HLR skulle påbörjas vid ett hjärtstopp eller inte. Läkare ansåg att patienter inte fattade ett autonomt beslut då patienter följde rekommendationer istället för att bearbeta den givna informationen för att kunna fatta ett självständigt beslut (ibid.). Det har visat sig att läkare som hade ansvar för multisjuka patienter inte involverade patienter i diskussionen om ej-HLR utan fattade oftare ett enskilt beslut jämfört med andra läkare (Hildén et al., 2004b).

I sex studier framkom patienters tankar kring delaktighet i diskussionen om ej-HLR (Cox, Wilson, Jones & Fyfe, 2007; Deep, et al., 2008a; Elliott & Olver, 2008; Heyland, Frank, Groll, Pichora, Dodek, Rocker & Gafni, 2006; Johnson & Nelson, 2008; Olver & Elliott, 2008). Heyland et al. (2006) redovisade att 61 procent (273 av 447) av studiens patienter innan en diskussion om ej-HLR hade funderat över hur de ville ha det om deras hjärta skulle sluta slå. En patient uttryckte att en diskussion om ej-HLR kunde kännas obehaglig (Johnson & Nelson, 2008). En förklaring till varför diskussionen kunde kännas obehaglig framkom i en annan studie (Heyland, et al., 2006) då det visade sig att anledningen till detta bland annat kunde vara att patienter hade otillräcklig kännedom om sin prognos. Tre studier (Cox, et al., 2007; Elliott & Olver, 2008; Olver & Elliott, 2008) visade att patienter ville delta i diskussionen om ej-HLR. Det framkom vidare att diskussionen enligt patienter skulle ske då de befann sig i livets slutskede. En diskussion om ej-HLR skulle dock inte ske för tätt inpå beskedet om patienters diagnos eftersom denna tid redan upplevdes svår både av patienter och anhöriga. Olver och Elliott (2008) menade att de som skapat en nära relation till patienter, exempelvis sjuksköterskor, skulle ta upp diskussionen om ej-HLR med patienter då de bedömde att tiden var rätt. Patienter såg det som negativt att ta diskussionen inne på patientsalen där andra patienter kunde lyssna på samtalet (Cox, et al., 2007). Vidare förklarade patienter att de hade fått en känsla av att läkarna ville förstå dem som individer i diskussionen. Patienter utvecklade detta med att läkare i diskussionen kring ej-HLR använde ett enkelt språk och var ärliga om det aktuella tillståndet (Cox, et al., 2007; Deep, et al., 2008a). Diskussionen hade hjälpt patienter att förbereda sig för den sista tiden i livet och den hade även underlättat inför en kommande diskussion med de anhöriga om döden (Cox, et al., 2007).

I tre studier (Elliott & Olver, 2008; Johnson & Nelson, 2008; Olver & Elliott, 2008) framkom att patienter upplevde livskvalité som en betydande faktor för delaktighet vid ett beslut om ej-HLR. Johnson och Nelsons (2008) studie visade att patienter ville fatta

ett beslut om att avstå från återupplivning då livskvalitén försämrats. Patienter uttryckte att de var en belastning då deras försämrade livskvalité även skulle kunna påverka de anhöriga. Patienter förklarade att de inte ville bli återupplivade för att leva ett liv som innebar ett behov av vård dygnet runt (Elliott & Olver, 2008; Johnson & Nelson, 2008; Olver & Elliott, 2008). Vidare uttryckte patienter att de inte ville leva ett osjälvständigt liv. En patient uttryckte (Olver & Elliott, 2008) att ett liv som innebar att vara sängbunden, få mat genom slangar samt att ha andra människor som hjälper till med den personliga hygien inte var ett liv värt att bli återupplivad till. Två studier visade (Elliott & Olver, 2008; Olver & Elliott, 2008) att ett beslut om ej-HLR upplevdes som positivt av patienter då de menade att det var ett beslut som tillät en naturlig död. För patienter innebar en naturlig död en vilja om att få somna in.

Anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR

I åtta studier framkom det när anhöriga fick möjlighet att vara delaktiga i beslutet om ej-HLR, beskrivet utifrån anhörigas, patienters och läkares perspektiv (Ackroyd, Russon & Newells, 2007; Almoosa, Goldenhar & Panos, 2009; Elliott & Olver, 2008; Harkness & Wanklyn, 2006; Heyland, et al., 2006; Hildén, et al., 2004b; Olver & Elliott, 2008; Weiss & Hite, 2000). I Heyland et al:s (2006) studie framkom vidare att 51,9 procent (83 av 160) av de anhöriga fick delta i diskussionen kring ej-HLR om patienter inte hade kompetens för att kunna delta i diskussionen. I två studier om anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR framkom det att hälften av de anhöriga ville delta i diskussionen (Ackroyd, et al., 2007; Almoosa, et al., 2009). Harkness och Wanklyn (2006) resultat visade att anhöriga fick en möjlighet till delaktighet om beslutskompetenta patienter tillät detta. I en annan studie (Heylands, et al., 2006) bekräftas detta då majoriteten av patienter ville att anhöriga skulle delta i diskussionen om HLR när de själva var för sjuka för att kunna medverka. Däremot visar två studier (Elliott & Olver, 2008; Olver & Elliott, 2008) att patienter inte ansåg det som etiskt riktigt att överlämna beslutet till anhöriga. De menade att ett val mellan liv och död var ett för svårt beslut att fatta som anhörig.

I fem studier (Ackroyd, et al., 2007; Almoosa, et al., 2009; Elliott & Olver, 2008; Heyland, et al., 2006; Larsen, 1999) framkom anhörigas tankar kring delaktighet i diskussionen om ej-HLR. Två studier (Heyland, et al., 2006; Larsen, 1999) visade att majoriteten av anhöriga i diskussionen ville veta hur patienters livskvalité kunde förändras efter ett lyckat HLR försök. Elliott och Olver (2008) förtydligar detta då det visade sig att anhöriga hade velat veta innan HLR påbörjades om utgången skulle kunna bli positiv eller negativ. Skulle utgången efter ett återupplivningsförsök vara positivt hade anhöriga inte tagit ett beslut om ej-HLR. Vidare framkom det i Larsens (1999) resultat att anhöriga tog hänsyn till flera faktorer både hos patienter och hos sig själva innan de kunde fatta ett beslut om ej-HLR. Dessa faktorer var bland annat: den sjuka individens upplevelser, upplevelser hos de som skulle fatta beslutet samt att både patienter och anhöriga hade en acceptans för livets slutskede. Anhöriga tyckte det var svårt att bedöma patienters upplevelse av livskvalité, de var oroad för patienters lidande och försökte därför kartlägga patienters emotionella och fysiska hälsa. Då patienter hade förlorat hoppet om framtiden påverkade detta anhörigas beslut om ej-HLR. Anhöriga menade att de visste vad patienter ville. Dock framkom det att endast fyra av femton anhöriga hade tagit diskussionen om ej-HLR med patienter eller att

patienter tidigare hade uttryckt sin vilja om HLR. I Eliott och Olvers (2008) studie bekräftas detta resultat då de anhöriga uttryckte det som en svårighet att fatta ett beslut om ej-HLR eftersom det för dem var ett beslut som handlade om patienters liv var värt att rädda eller inte.

När läkare bedömde att patienter led av depression och/eller ångest erbjöds anhöriga att vara delaktiga i beslutet om ej-HLR (Harnkess & Wanklyn, 2006; Hildén, et al., 2004b; Weiss & Hite, 2000). Läkare ville få reda på av anhöriga om de tidigare haft en diskussion med patienter om HLR. Vidare framkom det att läkare gav anhöriga en möjlighet att delta i en diskussion i de fall patienter inte själva hade möjlighet att kommunicera. Weiss och Hite (2000) redovisade i sin studie att läkare involverade anhöriga i beslutet om ej-HLR i 79,7 procent (165 av 207) av fallen. Ackroyd et al:s (2007) resultat visade däremot att läkare inte ville ta diskussionen om ej-HLR med patienter och deras anhöriga.

I fyra studier (Ackroyd, et al., 2007; Almoosa, et al., 2009; Heyland, et al., 2006; Larsen, 1999) framkom det hur sjuksköterskor och läkare kunde påverka anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR. Heyland et al:s (2006) resultat visade att 73,1 procent (117 av 160) av de anhöriga önskade information från läkare om främst patienters prognos. Majoriteten av de anhöriga ville dock att läkare främst gav information om patienters nuvarande tillstånd (Almoosa, et al., 2009). Vidare ansåg anhöriga att en diskussion med läkare underlättade deras kommande beslut om HLR (Ackroyd, et al., 2007; Larsen, 1999). Anhöriga ändrade sin inställning angående ej-HLR efter att de hade fått mer information om HLR från läkaren (Almoosa, et al., 2009). De anhöriga hade inte några förväntningar på att beslutet skulle fattas av läkare eller sjuksköterskor (Larsen, 1999). De hade uttryckt att det inte var beslutet i sig som var jobbigt utan alla känslor runtomkring, det fanns bland annat en oro för att fatta fel beslut. De menade dock att det var lugnande om sjuksköterskor eller läkare kunde bekräfta att de hade fattat rätt beslut om HLR. Samtidigt uttryckte de en oro för att vårdkvalitén för deras sjuke familjemedlem skulle försämrats efter att ett beslut om ej-HLR hade fattats.

Diskussion

Metoddiskussion

Litteraturstudiens syfte har delvis omformulerats under arbetets gång. I början inriktades sökningarna på patienters och anhörigas upplevelser i beslutet om ej-HLR. Snart upptäcktes att sökningarna inte gav några relevanta träffar då det inte fanns något lämpligt ämnesord som motsvarade upplevelser. De inledande sökningarna redovisas inte i sökhistoriken med tanke på att de inte svarade upp mot det slutgiltiga syftet. Då inga relevanta ämnesord för närstående eller anhörig gick att finna i databaserna användes sökordet family. Detta sökord var det som bedömdes ligga närmast till att motsvara definitionen av anhörig. Denna problematik kan utgöra en svaghet för litteraturstudien men samtidigt visar resultatet att det gått att finna relevanta artiklar med sökordet family. Litteratursökningen genomfördes i tre olika databaser, detta anses vara

en styrka för litteraturstudien. Cinahl och PubMed valdes då de är två databaser som inriktar sig på omvårdnad och var för ämnesområdet relevant att söka i. Academic Search Elite valdes då det är en databas som innehåller information om flera akademiska ämnesområden, varav en inom ämnesområdet medicin. Det ansågs därför vara relevant att även söka i denna databas då ett beslut om ej-HLR är ett medicinskt beslut. Beslutet ska främst fattas i samråd mellan patient och läkare, möjligen även i samråd med sjuksköterskor och anhöriga. Varje sökning genomfördes med sökorden i en strukturerad ordningsföljd vilket anses stärka resultatet. Sökningarna inleddes alltid med sökorden som motsvarade ej-HLR eller HLR, därefter kombinerades dessa sökorden med beslutsfattande, patient och anhörig (tabell 2, Bilaga II). Det var positivt att majoriteten av sökningarna endast innehöll ämnesord då detta ansågs minska risken för att relevanta artiklar missats i sökningarna. Fritextord användes enbart i Academic Search Elite vilka var patient och family (tabell 1, Bilaga I). Anledningen till varför fritextord använts i denna databas var att det inte fanns ämnesord i Subject terms som motsvarade patient och anhörig. Artiklar återkom i flera sökningar, detta uppfattas vara en styrka då det bekräftar att ämnesorden i samtliga databaser motsvarade varandra avseende innebörd.

En av resultatartiklarna var från år 1999 och hittades från början i den inledande litteratursökningen. Resultatartikeln ingick i en doktorsavhandling som presenterade forskning om enbart anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR och bedömdes därför vara värdefull för litteraturstudiens resultat. Av denna anledning utökades tidsintervallet i sökningarna från att artiklarna skulle vara publicerade inom de tio senaste åren, till de elva senaste åren. Flera artiklar valdes bort på grund av att de inte var relevanta utifrån litteraturstudiens syfte, även review artiklar valdes bort då dessa granskar och sammanfattar redan publicerade studier. Review artiklar får enligt Riktlinjer för skriftliga uppgifter och vetenskapliga arbeten inte användas i litteraturstudiens resultat (Högskolan i Halmstad, 2010). Vid vissa sökträffar lästes inte abstract igenom, detta berodde på att titeln tydligt visade att artikeln handlade om specialiserad omvårdnad, exempelvis neonatal och pediatrik. Artiklar inriktade mot specialiserad omvårdnad exkluderades eftersom denna litteraturstudie ska rikta sig mot allmännsjuksköterskors profession. Efter genomläsning av de artiklar som valts till urval 1, valdes artiklar bort på grund av att dessa inte besvarade frågeställningen om patienters och anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR.

En artikelöversikt och en sammanställning av de valda artiklarnas resultat framställdes under databearbetningen. Artikelöversikten och resultatsammanställningarna användes som arbetsmaterial och verktyg för att på ett strategiskt vis kunna jämföra de olika studierna i syfte att finna likheter och skillnader. Att använda detta strategiska arbetssätt underlättade databearbetningen och relevant information kunde utifrån syftet identifieras i resultatartiklarna.

Ingen av artiklarna baserade sig på svensk forskning, detta kan bedömas som en svaghet eftersom litteraturstudien då kunde blivit mer användbar för svensk hälso- och sjukvård. Däremot baseras resultatartiklarna på forskning inom Europa, USA och Australien vilket anses vara en styrka då artiklarnas resultat bör vara användbart för svenska förhållanden då vården i Sverige bedöms kunna vara relativt likartad. Vidare fanns en okunskap om hur sjukvårdens förutsättningar var i asiatiska och afrikanska länder. Dessa artiklar exkluderades för att det fanns en osäkerhet om forskningen kunde

appliceras i svensk sjukvård. Det skulle dock kunna finnas relevanta artiklar som genomfört sin forskning i dessa länder och detta kan därmed innebära en svaghet för litteraturstudien. Samtidigt exkluderades dessa för att behålla en kulturell begränsning samt för att minska eventuella olikheter mellan resultatartiklarnas innehåll.

En relativt jämn fördelning av sex kvantitativa och nio kvalitativa artiklar anses stärka litteraturstudiens resultat. De kvalitativa studierna besvarade främst på vilket sätt patienter och anhöriga såg på sin delaktighet. Samtidigt klargjorde de kvantitativa studierna främst patienters och anhörigas möjlighet att delta i beslutet om ej-HLR. Det framkom inte i resultatartiklarna att deltagarnas genus skulle påverkat resultatet. Därmed kan ingen slutsats dras om att deltagarnas genus skulle ha någon betydelse för delaktigheten i beslutet om ej-HLR.

Resultatdiskussion

Resultatartiklarna har granskats utifrån Carlsson och Eimans (2003) granskningsmallar för kvantitativ samt kvalitativ metod. Granskningsmallarna var utformade så att varje del i resultatartiklarna bedömdes i en skala mellan noll och tre. Sammanställningen av poängen från samtliga delar räknades om till procent vilket avgjorde vilken vetenskaplig grad artiklarna bedömdes ha. Elva av resultatartiklarna var av vetenskaplig kvalitet grad I och resterande fyra grad II. Av de fyra resultatartiklarna som hade sämre vetenskaplig kvalitet var två kvalitativa och två kvantitativa. Att dessa bedömdes som grad II berodde på att artiklarna bland annat hade sämre disposition och sämre strukturerad utformning samt högt bortfall eller ett bortfall som inte var angivet. Bortfallet berodde på att patienter försämrades under tiden studien pågick, informanter avböjde från att delta i studien samt att läkare inte hade tid eller vilja till att delta. Anledningen till att vissa patienter och anhöriga avböjde kunde tänkas vara att ämnet ej-HLR upplevdes som känsligt. Artiklarna av vetenskaplig grad II var endast procentandelar från att bedömas till vetenskaplig grad I, beslut togs därför att dessa skulle få ingå i litteraturstudien. De resultatartiklar vars vetenskapliga kvalitet bedömts till grad I hade i vissa fall också ett bortfall men de var disponerade på ett mer välskrivet och strukturerat sätt vilket därmed stärkte den vetenskapliga kvalitén. Mot bakgrund av detta ansågs Carlsson och Eimans (2003) granskningsmallar ha brister då poängskalan kunde utvidgats och varit mer detaljerad beskriven.

Patienters delaktighet i beslutet om ej-HLR

Tre studier (Cox, et al., 2007; Elliott & Olver, 2008; Olver & Elliott, 2008) har visat att patienter ville ta diskussionen om ej-HLR när de befann sig i livets slutskede. Här finns en skillnad mellan patienters viljor och riktlinjer då läkare främst tar en diskussion om ej-HLR med patienter då de befinner sig i ett tidigt stadie av sjukdomen (Harkness & Wanklyn, 2006; SU, 2008). Det kan anses rimligt att ta en diskussion med patienter redan vid ett tidigt stadie av sjukdomen då patienters förmåga att fatta beslut hastigt kan försämrats. En tidig diskussion kan samtidigt minska risken för att etiska dilemman senare uppstår. Således kan en tidig diskussion om ej-HLR medföra att patienter och anhöriga får ut det bästa av den sista tiden tillsammans då de vid ett plötsligt hjärtstopp inte behöver fundera över vad som kommer att ske.

Utifrån litteraturstudiens resultat har faktorer kunnat identifieras som har påverkat patienters möjlighet till delaktighet i beslutet om ej-HLR (Cox, et al., 2007; Eliott & Olver, 2008; Heyland, et al., 2006; Kim & Kjervik, 2005; Olver & Eliott, 2008). Detta bekräftas av Kiessling och Kjellgren (2004) som också beskriver olika faktorer som kan påverka patienters viljor till att vara delaktiga. Beskrivna faktorer var kunskap om sjukdom, prognos och HLR samt kontinuitet bland vårdpersonal. Genom att sjuksköterskor främjar kontinuitet bland den vårdpersonal som vårdar patienter säkerställs patientsäkerheten (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2010).

Den information som läkare ger, hur den utvecklas och förklaras, avgör patienters möjlighet till delaktighet (Eckerdal, et al., 2007). Läkare bör främst lyssna till patienters viljor om ej-HLR (Svenska läkaresällskapet, 2000). Det är dock läkare som fattar det slutgiltiga beslutet (Eckerdal, et al., 2007). Det har framkommit att läkare i vissa fall inte tagit hänsyn till patienters viljor (Deep, et al., 2008b; SU, 2008). Detta har kunnat leda till att felaktiga beslut fattats som därmed kränkt patienters autonomi. Läkare menade att patienters självständiga beslut om ej-HLR kunde skapa ett onödigt lidande (Davey, 2001). Det framkom inte i studien vad läkare menade med onödigt lidande. Det kan tänkas att patienter som får information för att fatta ett beslut om ej-HLR får många tankar om hur och när livet kommer att sluta. Även om patienters involvering i beslutet om ej-HLR misstänks skapa ett onödigt lidande skall patienter ändå få förfrågan om att delta i diskussionen kring HLR. När ett beslut fattats utan att patienter fått vara delaktiga kan det betraktas som att läkare utövar maktmissbruk då de omöjligt kan förutse patienters viljor om HLR. I situationer då läkare bortser från patienters autonomi menar sjuksköterskor att det är deras ansvar att ta en diskussion med läkare (Hildén, et al., 2004a). I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det också att samarbete mellan vårdens olika yrkesroller bidrar till en bredare kunskap vilket kan leda till en helhetssyn på patienter (Socialstyrelsen, 2005).

Delaktighet i beslutet om ej-HLR påverkades av patienters upplevda livskvalité (Eliott & Olver, 2008; Johnson & Nelson, 2008; Olver & Eliott, 2008). Det kan därmed uppstå etiska dilemman. I en studie (Vandrevala, Hampson, Daly, Arber & Thomas, 2006) har det visat sig att upplevelsen av livskvalité är personlig och kan variera från person till person. Patienter kunde exempelvis uppleva god livskvalité trots att de kände obehag och smärta. De fann det däremot otillfredsställande att fatta ett beslut om ej-HLR eftersom det kunde såra anhöriga. Utifrån denna kunskap kan det därför ses som svårt för sjuksköterskor att bedöma patienters upplevelse av livskvalité. Sjuksköterskor måste därför ha ett helhetsperspektiv på patienter för att på så sätt kunna identifiera de individuella behoven. Enligt SSF (2010) har sjuksköterskor också ett ansvar för att skapa en fungerande relation till patienter som bygger på en personcentrerad vård. Vidare visade litteraturstudiens resultat att patienter ville fatta ett beslut om ej-HLR då detta tillät en naturlig död som innebar att patienter kunde få somna in (Eliott & Olver, 2008; Olver & Eliott, 2008). Detta kan tolkas som att patienter hade en önskan om att få dö under värdiga former. Det anses rimligt att patienter som under sin friska livsperiod fattat egna beslut om livet även ska få möjlighet att göra det då det gäller den egna döden. En värdig död kan enligt Weisman förklaras som en god död (Regionalt onkologiskt centrum i Uppsala/Örebroregionen, Akademiska sjukhuset, 2003). Sjuksköterskor har kunskap om att patienters uppfattningar kan variera om vad en värdig död skulle kunna innebära. Det bedöms därför vara av värde att involvera såväl patienter som anhöriga för att få reda på deras tankar kring beslut i livets slutskede.

Vidare har genus kunnat identifieras som en påverkande faktor för patienters delaktighet (Vandrevala, et al., 2006). Patienters personliga syn på delaktighet i beslutet om ej-HLR skiljde sig åt mellan män och kvinnor. Manliga patienter menade att beslutet bör fattas av de som har en professionell kompetens, samtidigt ville kvinnliga patienter att anhöriga skulle fatta ett beslut åt dem (ibid.). Grunden till varför män litade mer till professionell kompetens skulle kunna bero på att män i historien många gånger haft ett självständigt ansvar avseende att försörja sin familj till skillnad från kvinnor. Därmed kan mäns val att överlämna beslut till professionella vara med hänsyn mot familjen. Kvinnliga patienter kan ofta anses ha en närmare relation till sina anhöriga till skillnad från manliga patienter och överlåter därmed beslutet till anhöriga. Det ska dock understrykas att patienters överlåtande av ett beslut är individuellt och kan skilja sig mellan olika fall oberoende av genus. Vidare beskriver Vandrevala et al. (2006) att patienter oavsett genus behövde medicinsk information från sjukvårdspersonal samt stöd från anhöriga för att kunna fatta ett autonomt beslut om ej-HLR. Det kan tilläggas att en av sjuksköterskors flera arbetsuppgifter är att stödja patienter och anhöriga då ett beslut ska fattas (Jezewski, 1996).

Anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR

Patienter har förklarat att anhöriga i en del fall haft en bättre förmåga att förmedla vårdpersonalens information och såg helst att anhöriga var involverade i vårdprocessen (Engström & Söderberg, 2007). Sjuksköterskor ska samtidigt försöka verka för att teamet inkluderar anhöriga i den personcentrerade vården (SSF, 2010). Däremot har det visat sig att anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR skapat etiska dilemman då deras beslut inte alltid stämt överens med patienters beslut (Deep, et al., 2008b). Sjuksköterskors involvering av anhöriga i beslutet om ej-HLR skulle därför kunna innebära att patienters autonomi inte respekteras. Det har nämligen visat sig att anhöriga vid beslut om ej-HLR i hälften av fallen fattat ett beslut som inte överensstämde med patienters viljor (Marks & Arkes, 2008). I en svensk studie (Löfmark & Nilstun, 1998) framkom det att sjuksköterskor och läkare ansåg att patienter måste ge tillåtelse om att informera anhöriga angående patienters beslut om ej-HLR, vilket också beskrivs i HSL (SFS 1982:763). En involvering av anhöriga i beslutet om ej-HLR skulle dock kunna leda till att anhöriga möjligen ifrågasätter patienter om varför de tagit ett beslut om ej-HLR. Därmed skulle anhöriga kunna påverka patienter till att ändra sitt beslut.

Det har framkommit att anhöriga i en del fall känt oro för att ett beslut om ej-HLR skulle påverka vårdpersonalens fortsatta vård av patienter (Larsen, 1999). I riktlinjer från Svenska läkaresällskapet (2000) står det att anhöriga ska kunna känna sig trygga med det beslut som fattats och vara säkra på att vårdpersonal fortfarande ger god omvårdnad till patienter. Det framgår tydligt att sjuksköterskor enligt riktlinjer (SSF, 2007) ska försöka lindra patienters lidande samt främja hälsa och detta kan i samtalet med anhöriga behöva tydliggöras. Detta för att anhöriga ska få en insikt om att god och säker vård av patienter inte avslutas för att ett beslut om ej-HLR har fattats. Trygghet anses vara en viktig faktor för att en god och säker vård ska kunna bedrivas. Utan trygghet skapas ingen tillit mellan sjuksköterskor, patienter och anhöriga, en sådan situation kan därmed bli missgynnande för vårdmiljön (Karlsson & Sandén, 2007). För att tillit till sjukvården ska uppnås är det nödvändigt att sjuksköterskor skapar en

relation till de inblandade i vården. Detta skapas bland annat genom att sjuksköterskor är lyhörda för patienters och anhörigas behov.

Sjuksköterskan och beslutet om ej-HLR

Trots att läkare fattat ett beslut om ej-HLR har sjuksköterskor i vissa fall ändå påbörjat HLR (De Gendt, et al., 2007). Anledningen skulle kunna vara att läkare inte tydligt dokumenterat beslutet i patientjournalen utan i vissa fall endast gett muntliga ordinationer om ej-HLR (Löfmark, 2001). Detta kan betraktas som fullständigt oacceptabelt då en brist i dokumentationen kan leda till en risk för patientsäkerheten. I Patientdatalagen (SFS 2008:355) stärks detta i 3 kap. § 1-2 då det framkommer att dokumentation av patientvård ska bidra till en god och säker vård. Det kan tyckas att sjuksköterskor inte ska behöva påminna läkare om att dokumentera beslut om ej-HLR men för att inte riskera patientsäkerheten kan detta ibland vara nödvändigt.

Sjuksköterskors delaktighet i beslutet om ej-HLR har visat sig främja patienters autonomi (McMillen, 2008). I HSL § 2 b (SFS 1982:763) understryks att patienter ska ges individuellt anpassad information om exempelvis den egna vården och behandlingen. Därmed kan det anses vara en del av sjuksköterskors ansvar att också förklara för patienter om deras rättigheter att delta i beslut som berör den egna vården. Det framkom även att sjuksköterskor kunde förmedla patienters viljor då de hade lättare för att kommunicera med patienter och anhöriga än läkare (Dreyer, et al., 2010). Därför kan riktlinjer som ger ensamt ansvar till läkare i beslutsfattandet om ej-HLR ifrågasättas. Löfmark och Nilstun (1998) presenterade i sin studie ett förslag om att gemensamma riktlinjer borde framarbetas där läkares och sjuksköterskors kunskapsområden bör kombineras för att förbättra beslutsfattandet om ej-HLR. Denna förbättring skulle kunna innebära en ökad delaktighet för patienter och anhöriga. Trots förslag om att skapa riktlinjer gemensamt framtagna av läkar- och sjuksköterskeprofessionen har några sådana inte framarbetats ännu. Detta kan bero på att forskningen som berör sjuksköterskors delaktighet i beslutet om ej-HLR och deras främjande av patienters och anhörigas delaktighet kring ämnet är otillräcklig. En medverkan av sjuksköterskor i framtagandet av riktlinjer om ej-HLR skulle kunna innebära att patienters autonomi främjas, att missförstånd bland vårdpersonal minskar samt att delaktigheten i beslutet om ej-HLR ökar för patienter och anhöriga.

Konklusion

Patienters delaktighet i beslutet om ej-HLR påverkas av olika faktorer såsom upplevelsen av livskvalité, information om sjukdom, prognos och HLR. En diskussion om HLR kunde upplevas obehaglig för patienter då de hade otillräcklig kännedom om sin prognos. Patienters viljor om att delta i diskussionen om ej-HLR varierar, detta kan ha flera orsaker varav en då patienter inte anser sig ha tillräckligt med kunskap om HLR. En diskussion om HLR skulle inte tas för tätt inpå beskedet om sjukdom och prognos då denna tid redan kunde vara svår för patienter och anhöriga. Diskussionen skulle enligt patienter tas upp av vårdpersonal, gärna av de sjuksköterskor som skapat en nära relation till patienter. De flesta anhöriga vill och får ofta möjlighet att delta i ett

beslut om ej-HLR och anhörigas möjlighet till delaktighet beror främst på patienters beslutskompetens. Vid deltagande i beslutet om ej-HLR tog anhöriga bland annat hänsyn till patienters fysiska och emotionella hälsa. Då anhöriga fattat ett beslut om ej-HLR ville de gärna få bekräftat av vårdpersonal om de hade fattat rätt beslut. Läkare möjliggör patienters och anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR. De gör en grundlig genomgång om betydelsen av att HLR utförs innan diskussionen tas upp med patienter och/eller anhöriga. Det är läkare som i en del fall tillsammans med sjuksköterskor avgör om patienter är kompetenta för att delta i beslutet om ej-HLR. Sjuksköterskor fungerar i många fall som en länk mellan patienter och läkare. Vid samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor i diskussion om ej-HLR kan detta underlätta beslutsprocessen för samtliga parter.

Implikation

För att patienters och anhörigas delaktighet ska främjas bör riktlinjer för beslut angående HLR ses över och möjligen uppdateras. Svensk forskning inom ämnesområdet ej-HLR bör utökas för att på så vis förbättra handlingsberedskapen i situationer som uppstår till följd av ett fattat beslut om ej-HLR. Beslut om livsuppehållande åtgärder där beslutet om ej-HLR ingår bör tas upp redan i sjuksköterskeutbildningen då såväl studenter som färdiga sjuksköterskor förr eller senare kommer möta patienter som har ett beslut om ej-HLR. Sjuksköterskor bör ha fördjupade kunskaper om ej-HLR eftersom de många gånger kan behöva ta initiativ till en diskussion kring beslutet med läkare. Ytterligare forskning som fokuserar på sjuksköterskors främjande av patienters och anhörigas delaktighet i beslutet om ej-HLR bör genomföras. Därefter bör riktlinjer gemensamt framtagna av läkar- och sjuksköterskeprofessionen skapas.

Referenser

- * Ackroyd, R., Russon, L., & Newell, R. (2007). Views of oncology patients, their relatives' and oncologists on cardiopulmonary resuscitation (CPR): questionnaire-based study. [Electronic version]. *Palliative Medicine*, 21(2), 139-144.
- * Almoosa, K., Goldenhar, L., & Panos, R. (2009). Characteristics of discussions on cardiopulmonary resuscitation between physicians and surrogates of critically ill patients. [Electronic version]. *Journal of Critical Care*, 24(2), 280-207.
- Asplund, K., & Britton, M. (1990). Do-not-resuscitate orders in Swedish medical wards. [Electronic version]. *J Intern Med*, 228(2), 139-145.
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad*. Hämtad 2010-12-27 från:
http://dspace.mah.se/dspace/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf
- * Cox, K., Wilson, E., Jones, L., & Fyfe, D. (2007). An exploratory, interview study of oncology patients' and health-care staff experiences of discussing resuscitation. [Electronic version]. *Psycho-Oncology*, 16(11), 985-993.
- Davey, B. (2001). Do-not-resuscitate decisions: too many, too few, too late? [Electronic version]. *Mortality*, 6(3), 247-264.
- * Deep, K., Griffith, C., & Wilson, J. (2008a). Communication and decision making about life-sustaining treatment: examining the experiences of resident physicians and seriously-ill hospitalized patients. [Electronic version]. *J Gen Intern Med*, 23(11), 1877-1882.
- * Deep, K., Griffith, C., & Wilson, J. (2008b). Discussing preferences for cardiopulmonary resuscitation: what do resident physicians and their hospitalized patients think was decided? [Electronic version]. *Patient Education and Counseling*, 20(1), 20-25.
- De Gendt, C., Bilsen, J., Vander Stichele, R., Van Den Noortgate, N., Lambert, M., & Deliens, L. (2007). Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 404-409.
- Dreyer, A., Førde, R., & Nortvedt, P. (2010). Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice? [Electronic version]. *Journal of Medical Ethics*, 36(7), 396-400.
- Eckerdahl, G., Engström, I., Lynöe, N., Löfmark, R., & Sallin, K. (2007). Respektera patientens rätt avstå från livsuppehållande behandling. Nya riktlinjer från Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik. *Läkartidningen*, 104(41), 2969-2971. Hämtad 2010-11-25 från:
http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/7/7329/LKT0741s2969_2971.pdf

- * Elliott, J., & Olver, I. (2008). Choosing between life and death: patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally ill cancer patient. [Electronic version]. *Bioethics*, 22(3), 179-189.
- Engström, A., & Söderberg, S. (2007). Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), 569-576.
- Eriksson, E., & Lauri, S. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' relatives. [Electronic version]. *European Journal of Cancer Care*, 9(1), 8-15.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- * Harkness, M., & Wanklyn, P. (2006). Cardiopulmonary resuscitation: capacity, discussion and documentation. [Electronic version]. *Q J Med*, 99(10), 683-690.
- * Heyland, D., Frank, C., Groll, D., Pichora, D., Dodek, P., Rocker, G., & Gafni, A. (2006). Understanding cardiopulmonary resuscitation decision making: perspectives of seriously ill hospitalized patients and family members. [Electronic version]. *CHEST*, 130(2), 419-428.
- Hildén, H-M., Louhiala, P., Honkasalo, ML., & Palo, J. (2004a). Finnish nurses views on end of-life discussions and a comparison with physician's views. [Electronic version]. *Nursing Ethics*, 11(2), 165-178.
- * Hildén, H-M., Louhiala, P., & Palo, J. (2004b). End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. [Electronic version]. *Journal of Medical Ethics*, 30(4), 362-365.
- HLR-rådet. (2006). *S-HLR för sjukvårdspersonal*. (1:a uppl.). Göteborg: Stiftelsen för HLR.
- Högskolan i Halmstad. (2010). *Riktlinjer för skriftliga uppgifter och vetenskapliga arbeten*. Hämtad 2010-12-20 från: <https://www.hh.se/download/18.70cf2e49129168da015800089169/Riktlinjer+vet+arbete+reviderad+vt+2010+4-2.pdf>
- Jezewski, MA. (1996). Obtaining consent for do-not-resuscitate status: advice from experienced nurses. [Electronic version]. *Nursing outlook*, 44(3), 114-119.
- * Johnson, HM., & Nelson, A. (2008). The acceptability of an information leaflet explaining cardiopulmonary resuscitation policy in the hospice setting: a qualitative study exploring patient's views. [Electronic version]. *Palliative Medicine*, 22(5), 647-652.
- Karlsson, M., & Sandén, I. (2007). En grupp sjuksköterskors beskrivning av goda vårdssituationer i palliativ vård. *Vård i nord*, 27(1), 50-53.

- Kiessling, T., & Kjellgren, K. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*, 24(4), 31-35.
- * Kim, S., & Kjervik, D. (2005). Deferred decision making: patient's reliance on family and physicians for CPR decisions in critical care. [Electronic version]. *Nursing Ethics*, 12(5), 493-506.
- * Larsen, G. (1999). Family members' experience with do-not-resuscitate (DNR). [Electronic version]. *Journal of Family Issues*, 20(2), 269-289.
- Liljedahl, L., Lindberg, H., & Jonsén, E. (2005). Läkares erfarenheter vid beslut att avstå hjärt-lungräddning. *Vård i Norden*, 25(1), 4-9.
- Lindskog, B. (2004). Medicinsk mini ordbok. *Hjärt-lungräddning* (s. 159). Stockholm: Nordstedts akademiska förlag.
- Löfmark, R., & Nilstun, T. (1998). Informing patients and relatives about do-not-resuscitate decisions. Attitudes of cardiologists and nurses in Sweden. [Electronic version]. *Journal of internal medicine*, 243(3), 191-195.
- Löfmark, R. (2001). *Do-not-resuscitate orders. Ethical aspects on decision making and communication among physicians, nurses, patients and relatives*. Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Enheten för medicinsk etik: Medicinska Fakulteten.
- Marks, M., & Arkes, H. (2008). Patient and surrogate disagreement in end-of-life decisions: can surrogates accurately predict patients' preferences? [Electronic version]. *Medical decision making*, 28(4), 524-531.
- McMillen, R. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. [Electronic version]. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(4), 251-259.
- Meeker, M., & Jezewski, MA. (2008). Metasynthesis: withdrawing life-sustaining treatments: the experience of family decision-makers. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 163-173.
- * Olver, I., & Elliott, J. (2008). The perceptions of do-not-resuscitate policies of dying patients with cancer. [Electronic version]. *Psycho-oncology*, 17(4), 347-353.
- Regionalt onkologiskt centrum i Uppsala/Örebroregionen, Akademiska sjukhuset. (2003). *Vårdprogram i palliativ vård för vuxna cancerpatienter*. Uppsala: ROC.
- * Robinson, F., Cupples, M., & Corrigan, M. (2007). Implementing a resuscitation policy for patients at the end of life in an acute hospital setting: qualitative study. [Electronic version]. *Palliative Medicine*, 21(4), 305-312.
- Sahlberg-Blom, E., Ternestedt, B., & Johansson, J. (2000). Patient participation in decision making at the end of life as seen by a close relative. [Electronic version]. *Nursing Ethics*, 7(4), 296-313.

- Sahlgrenska universitetssjukhuset [SU]. (2008). *Sahlgrenska universitetssjukhuset – medicinsk etiska riktlinjer för hjärt- lungräddning (HLR)*. Hämtad 2010-11-23 från: <http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/medinfo/hlr.pdf>
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (1992). *Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens termbank. (2004). *Anhörig*. Hämtad 2010-11-24 från: <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=1023>
- Svenska läkaresällskapet. (2000). *Riktlinjer för beslut angående hjärt- lungräddning (HLR)*. Hämtad 2010-11-23 från: <http://www.svls.se/cs-media-old/xyz/000001299.pdf>.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2010). *Strategi för utbildningsfrågor*. Hämtad 2010-12-27 från: http://www.swenurse.se/PageFiles/8167/Nr76_22nov_Strategi_Utbildnfrag_webb.pdf
- Vandrevala, T., Hampson, S., Daly, T., Arber, S., & Thomas, H. (2006). Dilemmas in decision-making about resuscitation – a focus group study of older people. [Electronic version]. *Social science & medicine*, 62(7), 1579-1593.
- * Weiss, G., & Hite, C. (2000). The do-not-resuscitate decision: the context, process, and consequences of DNR orders. [Electronic version]. *Death studies*, 24(4), 307-323.

Tabell 1. Sökordsöversikt**Bilaga I**

Sökord	PubMed MeSH-term	Cinahl Cinahl headings	Academic Search Elite Subject terms
Ej-HLR	Resuscitation orders	Resuscitation orders	Do-not-resuscitate orders
HLR	Cardiopulmonary resuscitation		CPR (first aid)
Beslutsfattande	Decision making	Decision making	Decision making
Patient	Patients	Decision making, patient	Patient (fritext)
Anhöriga	Family	Decision making, family	Family (fritext)

Tabell 2. Sökhistorik

Bilaga II:1

Databas	Datum	Sökord/Limits	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
Cinahl	2010-11-10	(MH "Resuscitation orders" Major concept) AND (MH "Decision making") Limits: abstract available; research article; English language; published from 1999- 2010	18	9	3(1*)	3(1*)
PubMed	2010-11-12	"Cardiopulmonary Resuscitation"[Majr:NoExp] AND "Decision Making"[Majr:NoExp] Limits: abstract; English; published from 1999-2010	26	20	12(2*)	7(2*)
PubMed	2010-11-12	"Resuscitation Orders" [Majr:NoExp] AND "Decision making" [Majr:NoExp] AND "Family" [Majr:NoExp] Limits: abstract; English; published from 1999-2010	5	5	2(1*)	1(1*)
PubMed	2010-11-16	"Resuscitation orders" [Majr:NoExp] AND "Decision making" [Majr:NoExp] AND "Patients" [Majr:NoExp] Limits: abstract; English; published from 1999-2010	1	1	1	0
Academic Search Elite	2010-11-17	"Do-not-resuscitate orders" AND "Decision making" AND Family Limits: published date from 1999-2010	6	6	2(1*)	2(1*)
Academic Search Elite	2010-11-17	"CPR (first aid)" AND "Decision making" AND Patient Limits: published date from 1999-2010	12	7	4(2*)	2
Cinahl	2010-11-17	(MH "Resuscitation orders") AND (MH "Decision making, family") AND (MH "Decision making, patient") Limits: abstract available; research article; English language; published from 1999- 2010	4	3	0	0

Tabell 2. Sökhistorik**Bilaga II:2**

Databas	Datum	Sökord/Limits	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
Cinahl	2010-11-17	(MH "Resuscitation orders") AND (MH "Decision making, family") Limits: abstract available; research article; English language; published from 1999-2010	15	6	2(1*)	0
Cinahl	2010-11-17	(MH "Resuscitation orders") AND (MH "Decision making, patient") Limits: abstract available; research article; English language; published from 1999-2010	22	5	0	0

Tabell 3. Artikelöversikt

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Veten- skaplig kvalitet
2007 England Academic Search Elite	Ackroyd, R., Russon, L., & Newell, R.	Views of oncology patients, their relatives and oncologists on cardio- pulmonary resuscitation (CPR): questionnaire- based study	Att under- söka cancer- patienter och deras anhörigas syn på HLR. När och om diskussionen om ej- HLR ska tas upp med patienter och anhöriga.	<i>Kvantitativ metod.</i> Frågeformulär om HLR besvarades av cancerpatienter (n=60) och anhöriga (n=32). <i>Inklusionskriterier:</i> >18 år, mentalt stabila. Engelsktalande var inget krav, tolk fanns tillgänglig. Bortfall 20 procent (n=15). Bortfallet berodde på försämrad sjukdom (n=5), tackade nej (n=9), inlärningssvårigheter (n=1).	Trots att information hade givits till patienter om den dåliga chansen för överlevnad efter HLR, ville ändå majoriteten av patienter och anhöriga att HLR skulle utföras. Studien visade att patienter välkomnade diskussionen om ej-HLR.	Grad I
2009 USA PubMed	Almoosa, K., Goldenhar, L., & Panos, R.	Characteristics of discussions on cardio- pulmonary resuscitation between physicians and surrogates of critically ill patients.	Att få en djupare förståelse för samspelet mellan läkare och patienters make/maka vid ett beslut om HLR.	<i>Kvalitativ metod.</i> Prospektiv studie. Intervjuer av anhöriga utfördes på intensivvårdsavdelning (IVA). Telefonintervjuer utfördes då en del anhöriga inte kunde delta. Anhöriga (A) besvarade formuläret (n=84). <i>P Inklusionskriterier:</i> 24 h vistelse på IVA, hälsotest, tillgänglig anhörig. <i>A inklusionskriterier:</i> över 18 år och beslutskompetenta. <i>P Exklusionskriterier:</i> beslutkompetens, tidigare uttryckt sin önskan om HLR, avslutat en livsuppehållande behandling. Bortfall 46 procent.	Hälften av patienters anhöriga deltog under diskussionen om HLR. Majoriteten av deltagarna var nöjda med diskussionen om ej-HLR.	Grad II

Tabell 3. Artikelöversikt

Bilaga III:2

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 England Cinahl	Cox, K., Wilson, E., Jones, L., & Fyfe, D.	An exploratory, interview study of oncology patients' and health-care staff experiences of discussing resuscitation	Att undersöka hur diskussionen kring HLR upplevs av patienter, deras familj och för vårdpersonalen.	<i>Kvalitativ metod.</i> Semistrukturerade intervjuer. Cancerpatienter (P) (n=21) intervjuades, varav nio genomfördes tillsammans med anhöriga. Sjukvårdspersonal intervjuades också (n=14). <i>P Inklusionskriterier:</i> Deltagit i diskussion om ej-HLR och ålder 57-83 år. Bortfall 6,6 procent (n=2), två deltagare nekade att de deltagit i en diskussion om ej-HLR.	Patienter ville diskutera ej-HLR då tiden kändes rätt. Vårdpersonal avgjorde utifrån patientens mentala och fysiska tillstånd då tiden är rätt. Patienter tyckte det var viktigt att diskussionen togs. Anhöriga var tveksamma till om diskussionen skulle tas med patienten och familjen.	Grad I
2008a USA PubMed	Deep, K., Griffith, C., & Wilson, J.	Communication and decision making about life-sustaining treatment: examining the experiences of resident physicians and seriously-ill hospitalized patients	Att kartlägga hur diskussioner tas upp om livsuppehållande åtgärder samt identifiera faktorer som påverkar läkares pedagogiska kommunikationsförmåga.	<i>Kvalitativ metod.</i> Semistrukturerade intervjuer. Läkare (n=80), patienter (n=23) och anhöriga (n=12) deltog. <i>Inklusionskriterier:</i> Tala engelska, > 18 år, samtliga skulle även deltagit i en diskussion om ej-HLR. Bortfall 4 procent (n=2) av läkare.	Läkare hade en föreställning om att patienters möjlighet till att fatta ett vårdbeslut kunde komma att hindra patienten från att få adekvat vård. Läkare gav patienter nödvändig information i hopp om att patienter skulle fatta rätt beslut. För att möjliggöra ett gemensamt vårdbeslut bör läkare se över den egna yrkesrollen.	Grad I

Tabell 3. Artikelöversikt

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008b USA PubMed	Deep, K., Griffith, C., & Wilson, J.	Discussing preferences for cardiopulmonary resuscitation: what do resident physicians and their hospitalized patients think was decided?	Att undersöka på vilket sätt palliativa patienter, deras anhöriga och läkare tolkar och tar hänsyn till patienters önskningar kring diskussionen om ej-HLR.	<i>Kvalitativ metod.</i> Semistrukturerade intervjuer. Patienter och anhöriga intervjuades som par vid olika tillfällen (n=28). Patienter (n=16), Patient och anhörig (n=7), enbart anhörig (n=5). <i>Inklusionskriterier:</i> över 18 år, känna igen sina anhöriga och tala flytande engelska. Bortfall 5 procent (n=3). Tre inbjudna deltagare avböjde på grund utav trötthet, ångest och smärta.	Studien beskrev patienters, anhörigas och läkares uppfattningar om livsuppehållande behandling. Patienters önskningar följdes inte alltid. Läkares information om patienters återhämtningsprocess efter ett HLR försök kunde få anhöriga att ändra sin åsikt om livsuppehållande behandling.	Grad I
2008 Australien Academic Search Elite	Elliott, J., & Olver, I.	Choosing between life and death: patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally ill cancer patient	Att undersöka hur patienter och deras anhöriga talar om svåra beslut i livets slutskede.	<i>Kvalitativ metod.</i> Intervjuer där öppna frågor om HLR och ej-HLR ställdes. Deltagare var cancerpatienter (n=28), anhöriga (n=24). <i>Inklusionskriterier:</i> engelska som första språk, över 18 år. Inget bortfall angivet.	Att fatta ett ej-HLR beslut var för patienter och anhöriga ett moraliskt dilemma. Patienter kände skuld om anhöriga skulle ta beslutet och anhöriga kände skuld då de menade att ej-HLR beslutet innebar att patientens liv inte var tillräckligt värt för att rädda.	Grad I

Tabell 3. Artikelöversikt

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2006 Storbritannien PubMed	Harkness, M., & Wanklyn, P.	Cardiopulmonary resuscitation: capacity, discussion and documentation.	Att bedöma hur ofta dokumentationen av HLR beslut sker för patienter över 65 år på ett sjukhus i USA.	<i>Kvantitativ metod.</i> Observerande studie. Patienters (n=104) journaler granskades. Forskarna besökte sex avdelningar, en äldremottagning och en akut strokeenhet under en dag för att ta reda på om beslutet om ej-HLR dokumenterades och om anhöriga var involverade i beslutsprocessen. Ett dokument för beslut om ej-HLR fanns tillgängligt för sjukvårdspersonal. Inget bortfall angivet.	Onödig behandling borde undvikas. För att kunna fatta ett beslut om ej-HLR borde en bedömning göras om: HLR kommer att ha en positiv utgång, om patienter är kapabla att fatta ett beslut, om patienters, vårdteamets och anhörigas önskemål kan tas hänsyn till. Då ett beslut har fattats bör det dokumenteras.	Grad II
2006 USA Academic Search Elite	Heyland, D., Frank, C., Groll, D., Pichora, D., Dodek, P., Rocker, G., & Gafni, A.	Understanding cardio-pulmonary resuscitation decision making: perspectives of seriously ill hospitalized patients and family members	Att beskriva patienters syn på problem inom kommunikation som är relaterat till HLR beslut. Andra syftet var att undersöka om cancerpatienters HLR beslut skilde sig från de patienter som inte hade cancer.	<i>Kvantitativ metod.</i> Frågeformulär besvarades av patienter (n=447) och anhöriga (n=160). <i>Inklusionskriterier:</i> patienter över 55 år med en avancerad sjukdom som innebar en 50 procent chans överlevnad på sex månader. <i>Exklusionskriterier:</i> svårigheter med språket. Bortfall 2,9 procent (n=22). Bortfallet berodde bland annat på att patienter avbröt sitt deltagande, en patient dog, alla anhöriga besvarade inte formuläret.	Patienter hade dålig kunskap om HLR. 1/3 av patienter ville inte ta en diskussion med läkare om HLR. De flesta patienter ville ha en gemensam diskussion med läkare och anhöriga. Strategier som ökar patienters förståelse om HLR behövs för att förbättra kvalitén på beslutsprocessen om ej-HLR.	Grad I

Tabell 3. Artikelöversikt

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2004b Finland PubMed	Hildén, H-M., Louhiala, P., & Palo, J.	End of life decisions: attitudes of Finnish physicians	Att undersöka Finska läkares upplevelser av att patienters fria viljor styr beslutet om ej-HLR och deras syn på att patienter och anhöriga deltar i dessa diskussioner.	<i>Kvantitativ metod.</i> Ett frågeformulär skickades ut till 800 läkare, läkarna var: allmänläkare (n=400), medicinläkare (n=207), neurolog (n=100) och onkolog (n=93). Frågeformuläret handlade bland annat om: hanteringen av patienters fria viljor, ej-HLR beslut, erfarenheten och upplevelser med att fatta ett ej-HLR beslut. Bortfall 5,6 procent (n=45). Bortfallet berodde på att frågeformulär skickades tillbaka utan att vara ifyllda.	Dilemma kan uppstå om läkare väljer att involvera patienter i diskussionen om ej-HLR. Det fanns olika tolkningar om vad ej-HLR innebar och detta kunde i slutändan påverka patientens behandling, detta oroade läkare. Det fanns en balansgång mellan respekten för patientens autonomi och behandling.	Grad I
2008 Storbritannien PubMed	Johnson, HM., & Nelson, A.	The acceptability of an information leaflet explaining cardiopulmonary resuscitation policy in the hospice setting: a qualitative study exploring patients view.	Att undersöka hur patienter accepterade att få information om HLR via en broschyr.	<i>Kvalitativ metod.</i> Semistrukturerade intervjuer gjordes på patienter (n=7) med svår cancerprognos som besökte sjukhuset över en dag. <i>Exklusionskriterier:</i> omedvetenhet om diagnos, inte kunde tala engelska, förvirrade, sedan tidigare kritiska till forskningen. Bortfall 46 procent (n=6). Berodde på ämnet och försämrat sjukdomstillstånd.	Undersökningen visade att information via enbart en broschyr om HLR inte kunde ses som ett optimalt sätt att kommunicera på. Patienter förklarade dock att en broschyr kunde få igång tankegångarna om HLR. Om HLR skulle diskuteras borde informationen innefatta risker med HLR och statistik över lyckade återupplivningsförsök.	Grad I

Tabell 3. Artikelöversikt

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2005 USA Academic Search Elite	Kim, S., & Kjervik, D.	Deferred decision making: patients' reliance on family and physicians for CPR decisions in critical care.	Att undersöka vilka faktorer som påverkar patienter att lämna över beslutet om ej-HLR till anhöriga och läkare.	<i>Kvantitativ metod.</i> Prospektiv studie, frågeformulär skickades ut till patienter (n=362) från fem olika vårdcentraler. <i>Inklusionskriterier:</i> Befinna sig i livets slutskede. <i>Exklusionskriterier:</i> Patienter som inte hade ett beslut om ej-HLR och som inte hade smärta. Inget bortfall angivet.	Istället för att patienter skulle fatta beslutet om ej-HLR lämnade de över ansvaret på läkare och deras anhöriga. En diskussion om ej-HLR borde ske i livets slutskede genom ett samarbete mellan patienter, anhöriga och vårdpersonal.	Grad I
1999 USA Academic Search Elite	Larsen, G.	Family members' experiences with do-not- resuscitate (DNR)	Att undersöka hur anhöriga upplevde att det var delaktiga i beslutet om ej-HLR.	<i>Kvalitativ metod.</i> Semistrukturerade intervjuer. Anhöriga (n=15) från 11 stycken familjer som hade fattat ett beslut om ej-HLR. De anhöriga var 45-80 år gamla. Patienterna var 65-95 år gamla. <i>Inklusionskriterier:</i> samtliga skulle ha varit delaktiga i beslut om ej-HLR. Inget bortfall angivet.	Anhöriga kände ett stort ansvar/skyldighet att medverka i beslutet om ej-HLR. De kunde leva med sitt beslut om de kände stöd från vårdpersonal. De ville att vårdpersonal fortfarande skulle ge patienter god vård efter beslutet om ej-HLR hade tagits.	Grad I

Tabell 3. Artikelöversikt

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 Australien PubMed	Olver, I., & Elliott, J.	The perceptions of do-not-resuscitate policies of dying patients with cancer	Att undersöka hur 28 cancerpatienter såg på deras delaktighet i beslutet om ej-HLR.	<i>Kvalitativ metod.</i> Intervjuade cancerpatienter (n=28), fjorton patienter valde att ha anhöriga närvarande under intervjun. <i>Inklusionskriterier:</i> över 18 år, befinna sig i livets slutskede, emotionellt stabila, engelskt talande. Patienter hade olika former av cancer. Inget bortfall angivet.	Patienter ansåg att det fanns ett behov av en modell för att ett beslut om ej-HLR ska kunna genomföras. Modellen skulle tillgodose patienters autonomi och samtidigt finnas till för de patienter som inte vill delta i diskussionen om ej-HLR. Beslutet om ej-HLR skulle vara noga dokumenterat och det ska framgå vart diskussionen har ägt rum mellan vårdpersonal, patienter och familjemedlemmar.	Grad I
2007 Irland Cinahl	Robinson, F., Cupples, M., & Corrigan, M.	Implementing a resuscitation policy for patients at the end of life in an acute hospital setting: qualitative study.	Att undersöka läkare och sjuksköterskors åsikter och erfarenheter om hjärt- lungräddning för patienter i livets slutskede.	<i>Kvalitativ metod.</i> Sjuksköterskor och läkare intervjuades eller ingick i fokusgrupper. Sjuksköterskor och läkare delades upp i två fokusgrupper. Deltagare som inte kunde delta i fokusgrupper på grund av ett arbetspass ingick i fyra semistrukturerade intervjuer istället. Inget bortfall angivet.	Utifrån resultatet har det framkommit att riktlinjer för återupplivning bör ses över, med hänsyn till patienter i livets slutskede. Vårdpersonal har fått kritik från rättsväsendet till följd av att ett beslut om HLR har fattats. Det är viktigt att ta reda på vilka svårigheter vårdpersonal uppfattar för att kunna ge god vård.	Grad II

Tabell 3. Artikelöversikt

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Veten- skaplig kvalitet
2000 USA Cinahl	Weiss, G., & Hite, C.	The do-not- resuscitate decision: the context, process, and consequences of DNR orders.	Att undersöka patienter och anhörigas del- aktighet i ett beslut om ej-HLR, att undersöka hur patienter förflyttas på olika avdelningar innan de avlider. Hän- synen till beslut om ej-HLR och längden på vistelsetiden i relation till ett beslut om ej-HLR.	<i>Kvantitativ metod.</i> Studerade journaler som tillhörde avlidna patienter (n=249) blev slumpmässigt utvalda. Patienterna hade avlidit under året 1994. Bortfall 51 procent (n=235).	I studien framkom det att läkare rutinmässigt diskuterade beslut om ej-HLR med patienter och/eller deras anhöriga. Patienter med ett beslut om ej- HLR önskade att få stanna på ett ställe under vårdtiden och inte förflyttas till någon intensivvårdsavdelning.	Grad II