



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001-PRO-1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	212
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8607
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Sjukepleiarens kompetanse – omsorgsetikk i praksis.

The nurse's competence – Ethics of care in practice.

Kandidatnummer 212

Bachelor i sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Stord

Innleveringsdato: 21 april 2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sjukepleiarens kompetanse – omsorgsetikk i praksis.



Caring for the elderly. (Foto). Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.
https://quest.eb.com/search/132_3038534/1/132_3038534/cite

HLR-MINUS

Bachelorutdanninga i sjukepleie

Høgskolen på Vestlandet

Stord, kull 2018

April 2021

Antall ord: 8607

Antall sider: 37

SAMANDRAG

Tittel: Sjukepleiarens kompetanse – omsorgsetikk i praksis.

Bakgrunn for val av tema: Grunna erfart usikkerheit, og manglande kunnskap rundt etiske refleksjonar knytt til teamet HLR- minus, har det vært ynskje om å auka kompetansen innan teamet.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleie med fokus på omsorgsetikk ivareta pasientar som har HLR-minus?

Hensikt: Hensikta med oppgåva er å auka kompetansen innan etiske vurderingar ved å belyse forskning og omsorgsteori til å ivareta pasientar med HLR-minus.

Metode: Metoden i oppgåva er ein litteraturstudie. Det er nytta fire kvalitative forskingsartiklar og ein kvantitativ forskingsartikkel, samt relevant fag og pensum litteratur.

Funn: Brei etisk kompetanse, omsorgsetikk og verdiar som informasjon, autonomi og verdigheit blir oppfatta som særskilt viktig for å ivareta personar ved HLR-minus. Etisk kompetanse krev evner til handling gjennom kunnskap og veremåte. Kunnskap og ferdigheit, kjem gjennom drøfting og tillit.

Konklusjon: Det vil vere ei fagleg og skjønsmessig vurdering ved HLR-minus, og difor vert dei etiske vurderingane særskilt viktige, både ut i frå pasientens ynskjer og kva sjukepleie som vurderast til pasientens beste. Reflekterte sjukepleiarar som kan yte omsorga pasientane er i trong for, krevjer kunnskap, kompetanse, erfaring og etiske vurderingar.

Nøkkelord: Sjukepleie, HLR- minus, omsorgsetikk, verdigheit, etikk.

ABSTRACT

Title: The nurse's competence - Care ethics in practice.

Background: Due to experienced uncertainty and lack of knowledge about ethical reflections related to DNR, there has been a need to increase my competence within the theme.

Question: How can nursing with focus on care-ethics take care of patients who have DNR status.

Aim: The purpose of the study is to increase competence within the ethical assessment by referring to research and care theory to take care of patients with DNR.

Method: The method used is a literature study. Four qualitative research articles and one quantitative research article are useful, as well as other relevant literature.

Results: Broad ethical competence, ethics of care and values such as information, autonomy and dignity are perceived as particularly important for caring for people with DNR. Ethical competence requires the ability to act through knowledge and behavior. Knowledge and skills come through discussion making and trust.

Conclusion: It will be a professional and discretionary assessment for DNR, and therefore the ethical assessments will be particularly important, both in terms of the patient's wishes and which nursing is assessed in the patient's best interests. Reflective nurses who can provide care to patients that are in need of, require knowledge, competence, experience and ethical considerations.

Keywords: Nursing, DNR, ethics of care, dignity, ethics,

Innhald

1.0 INNLEIING	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing	2
2.0 TEORI	2
2.1 Kari Martinsens omsorgsteori	2
2.2 Verdighet	3
2.3 HLR og HLR-minus	4
2.4 Helsedirektoratets rettleiar innan HLR-minus	4
2.5 Yrkesetiske retningslinjer	5
2.6 Etikk i sjukepleie	6
2.7 Ikkje-skade prinsippet	6
2.8 Autonomi	6
2.9 Lovverk	7
2.9.1 Helsepersonellova	7
2.9.2 Pasient og brukarrettighetslova	7
3.0 METODE	9
3.1 Datainnsamling	9
3.2 Utval av artiklar	11
3.3 Kritisk vurdering	12
3.3.1 Kriteria	12
3.3.2 Ekskludering av artiklar og litteratur	12
3.4 Etikk i oppgåveskriving	13
4.0 RESULTAT	13
4.1 Artikkel 1 av Skårdal & Førde (2018)	13
4.2 Artikkel 2 av Engels et al (2020)	14
4.3 Artikkel 3 av Pettersson et al (2018)	15
4.4 Artikkel 4 av Pettersson et al (2020)	16
4.5 Artikkel 5 av Pettersson et al (2014)	17
4.6 Samla analyse av artiklane	18
5.0 DRØFTING	19
5.1 Det profesjonelle ansvaret	19

5.2 Pasientens sjølvråderett.	20
5.3 Relasjon og moral.	21
5.4 Omsorg styrt av prinsippa og reglar eller klinisk skjønn?	23
5.5 HLR-minus som omsorg.	25
6.0 AVSLUTNING.	26
7.0 REFERANSELISTE	27
8.0 VEDLEGG	29
Vedlegg 1: Oversiktstabell av artiklar	29

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Det er mange verdier å ta i betraktning som sjukepleiar når helsa svikter hjå våre pasientar. Som sjukepleiar, skal ein vise respekt for menneskeverd, skape likeverd og vise fagleg integritet. Samstundes har ein plikt til å berge liv, men og plikt til å bidra til ein verdig død. Med bakgrunn i dette, ser ein at sjukepleiarar står ovanfor kompliserte etiske dilemma i møte med pasientar som er alvorleg sjuke (Heggstad, 2018, s. 54 – 59). Sidan sjukepleiarar har eit stort ansvar ovanfor sine pasientar, spesielt ved avgjersler rundt liv og død, ynskja eg å sjå vidare kring dette.

Bakgrunn for val av tema er hovudsakleg grunna fleire etiske problemstillingar knytt til temaet HLR-minus. I erfart praksis, vart det ofte tala om å «skunde seg langsamt» ved hjartestans, der HLR-minus status ikkje var vurdert. At sjukepleiarar gjere bevisste val ved å avslutte livsforlengande behandling for tidleg, såg eg som urovekkande. Intensjonen var godt meint frå sjukepleiarens side, men er ikkje nødvendigvis til det beste for pasienten. Eg tenkte vidare kring korleis pasienten vert ivarteke ved slike prosessar.

Desse etiske problemstillingane gjennom sjukepleiestudiet har vært utfordrande og interessante. Usikkerheita og kunnskapen rundt HLR-minus har vært mangelfull, samstundes som det er stor usikkerheit og ulikt praktisert ved dei forskjellige praksisplassane. Noko som er ynskjeleg i denne oppgåva, er å styrke min kompetanse om sjukepleiaren sine etiske dilemma knytt til HLR-minus.

Sett frå eit sjukepleieperspektiv er sjukepleiarens involvering i prosessen rundt livets avslutning viktig, då ei slik avgjersle skal vere for pasienten og helsepersonellets beste. Sjukepleiarens indre tryggleik i form av tillit og kunnskap, er med på å styrke relasjon, og med det fremme pasientens ynskjer og behov. Saman med etisk kompetanse, erfaring og refleksjonar, vil sjukepleiaren naturleg kunne handtere slike etiske situasjonar betre (Brinchmann, 2005, s. 123 – 130).

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleie med fokus på omsorgsetikk ivareta pasientar som har HLR-minus?

1.3 Avgrensing

HLR-minus er ein vurdering som avgjer at ein pasient ikkje skal motta hjarte-og lungeredning ved hjartestans. I henhold til rettleiaren for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengande behandling, er hjarte-lunge redning anset som livsforlengande behandling (Helsedirektoratet, 2013, s. 4).

I oppgåva er det fokusert på avgjersla av personar over 18 år, som inneberer at barn er ekskludert, samt akutte situasjonar etter traume eller andre uføresette situasjonar.

I oppgåva er det dei mest sentrale aspekta ved lovverket som vert belyst.

2.0 Teori

2.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Oppgåva byggjer på Kari Martinsens sjukepleie-filosofi og omsorgsteori. Martinsen er ein norsk sjukepleiarteoretikar som har ein filosofisk framgang, og fokus på omsorg som sjukepleiarens fundament. Hennes teoriar har hatt stor innflytelse på den teoretiske utviklinga i sjukepleiefaget både i Noreg og i Skandinavia (Kirkevoll, 1998, s168).

Kari Martinsen omsorgsteori kan sjåast som aktuell i moderne sjukepleie, og samstundes aktuell ut frå oppgåvas samanheng, og for å svare på problemstillinga.

Noko som blir vektlagt i Martinsen sin omsorgsteori er at sjukepleiarar skal handle for pasientens vegne, og ikkje for oss sjølve. Ho er oppteken av at hjelpa til pasienten skal vurderast ut frå situasjonen og pasientens tilstand. Omsorg, som konkret handling, krev grunngeving. Denne grunngevinga byggjer på faglege og etiske vurderingar av situasjonen (Kirkevoll, 1998, s.169).

Martinsen (2003 s. 71) ser på moral og etikk som det same, og dette er noko som lever i menneskelege relasjonar. Forutan omsorg og moral, er relasjon avgjerande og viser seg i dei praktiske handlingane sjukepleiarane utfører. Det gode sjukepleiaren gjer i si utøving, blir

omtala som moral, og moral må læres. Når dette vises i handlingar kan sjukepleiar få pasientens tillit verdig (Martinsen, 2005, s. 164 - 166). Sjukepleiarens karakter for riktig åtferd er å kunne ta omsyn, som kan være moralsk viktig i enkelte situasjonar. (Martinsen, 2003, s. 144) meiner og at gjennom erfaring er det mogleg å opparbeida seg ein evne til korleis ulike forhold kan være moralsk relevant i ulike situasjonar. Ei slik innsikt i seg sjølv kan sjåast som ein form for dyd.

Martinsen meiner at dersom sjukepleiarar lar seg styre av prinsipp og reglar, setter ein skjønnnet ut av kraft, og som sjukepleiar vil ein ikkje klare å møte pasientens sårbarheit. Når sjukepleiaren skal utøve fagleg skjønn, er merksemd essensielt. Ein oppmerksam sjukepleier vil skape ei ro i omsorga, slik at pasient i større grad vil vise sin tillit. Å kunne sjå ting i samanheng, foreta distinksjonar og opparbeide en skjeleevne, er en viktig del av skjønnnet. Faglege skjønn blir et viktig fundament for å våge å møte pasienten ved deira tillit til oss (Martinsen, 2005, s.142 - 146).

Martinsen omtalar at makt og avhengigheit som omsorgenes dilemma. Relasjonen mellom sjukepleiar og menneskje er avhengig av at moralen spelar ei rolle i forvaltninga til pasienten. Sjukepleie må byggje på moralsk ansvarleg maktbruk, då maktbruk skal utøvast i samråd med prinsippet om ansvaret for dei svake (Kirkevoll, 1998, s.172).

2.2 Verdigheit

Heggestad (2018) omtalar verdigheit som eit sentralt omgrep i etikken, og eit grunnleggande behov for menneskje, samt ein kjerneverdi i sjukepleie.

Omgrepet verdigheit blir ofte skilt mellom to formar, ein ibuande form for verdigheit og ein opplevd verdigheit. *Ibuande verdigheit* er ein verdi som kan knytast til menneskeverdet og som ikkje kan takast i frå oss. Denne forma er viktig i pasientomsorga, då den fortel oss om at vi skal behandle alle menneskje som om at alle har same verdi og verdigheit (Heggestad, 2018, s. 17). *Opplevd verdigheit* er ein subjektiv oppleving som kan ivaretakast eller krenkast i møte med andre menneskje. Verdigheita handlar om korleis ein ser seg sjølv, og korleis ein opplever at andre ser og behandlar ein. Dette blir omtala som særleg sårbart i samanheng med sjukdom, aldring og i sosiale relasjonar (Heggestad, 2018, s. 19).

2.3 HLR og HLR-minus

HLR er forkortinga av Hjarte og lungeredning. HLR er livsforlengande behandling som vert gjennomført for å gjenoppretta ventilasjon og sirkulasjon hjå pasientar kor det inntreff tilsynelatande livlausheit grunna hjartestans. HLR inneberer brystkompresjonar, innblåsingar av luft i luftveggar, defibrillering og eventuelt medikamentell behandling (Haugen, 2017, s. 48).

Ved at pasienten har status HLR-minus, betyr det at hjarte lungeredning ikkje skal gjennomførast ved hjarte eller respirasjonsstans. Dette gjelder da ikkje andre livsforlengande behandling som ernæring, væsketerapi eller respiratorbehandling. Hjå pasientar som har sjølv bestemt det, eller vurderingar som konkluderer med at gjenoppliving kan forlenge ein plagsam dødsprosess, kan behandlingsansvarleg lege fastsetje HLR-minus status (Helsedirektoratet, 2013, s. 16).

2.4 Helsedirektoratets rettleiar innan HLR-minus

Rettleiaren for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengande behandling var for først gang utgitt i 2009, på eit grunnlag av den beste tilgjengelege kunnskapen, ordningar og gjeldande lovar. I henhold til rettleiaren frå Helsedirektoratet (2013, s. 1) er det utfordrande å gje helsehjelp til pasientar med dårleg prognose. Ved slike høve er det utfordrande avgjersler som må tas, som å starte eller å fortsetje livsforlengande behandling, eller å la være å igangsette hjarte- lungeredning. Helseprofesjonane, etikken og jussen bygger på viktige verdival som hjelpeplikt, omsorg og pasientens autonomi. Kunnskap og verdiar står sterkt i helseprofesjonane og gjev difor ei god forutsetning for å kunne ta gode avgjersler når det er nødvendig å vurdere livsforlengande behandling.

Det har vært eit behov i helsesektoren med ein rettleiar for prosessen rundt avgjersla om livsforlengande behandling. Avgjersla skal vurderast på ein fagleg forsvarleg og omsorgsfull måte. Ein fagleg og forsvarleg måte inneberer at vurderinga skal være basert på medisinske, helsefaglege og etiske vurderingar for pasientens beste der deira autonomi vert i vareteke. Desse vurderingane om kva er for det beste for pasientens kan være utfordrande både etisk og fagleg. Livsforlengande behandling kan være nødvendig, men ikkje nødvendigvis til det beste for pasienten når det kan bidra til liding (Helsedirektoratet, 2013, s. 6).

I henhold til Helsedirektoratet (2013, s. 4) er rettleiaren meint for å kvalitetssikre avgjersla til å avslutte livsforlengande behandling av alvorleg sjuke pasientar som har dårlege prognosar. Rettleiaren er meint for å lage ein struktur, og hjelp til slike avgjersler for helsepersonell, pårørande og er retta mot heile helsetenesta. Difor kan det og vere behov for meir detaljerte rettleiarar innan andre fagfelt eller institusjonar. Med livsforlengande behandling i rettleiarens samanheng, inneberer all behandling og tiltak som kan forlengje livet, til dømes hjarte- lungeredning.

I følge Helsedirektoratet (2013, s. 15) skal avgjersla om HLR-minus revurderast når det er usikkerheit eller ueinigheit i forhold til diagnose eller prognose mellom pasient, pårørande eller behandlingsteam. Ved å gje ein ny vurdering vil det seie at det er eit anna kvalifisert helsepersonell som skal gjere ein ny vurdering av avgjersla om HLR-minus. Pasientens situasjon og forutsetningar kan endra seg over tid, og difor må ta ein revurdere HLR-minus basert på den nye situasjonen.

2.5 Yrkesetiske retningslinjer

Grunnlaget for all sjukepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og ibuande verdigheit. Sjukepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Norsk sjukepleiar-forbund sine etiske retningslinjer skal være eit nyttig verktøy til å rettleie sjukepleiarar i å gjere gode val og handlingar. Retningslinjene skal kunne gje relevant rettleiing. Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar er til hjelp i møte med etiske dilemma, og i fylgje yrkesetiske retningslinjer, har sjukepleiarar og eit ansvar for å bidra til etisk refleksjon. Retningslinjene bør nyttast bevisst, aktivt og drøfte deira implikasjonar ved vanskelege val (NSF, 2019).

Ved å utøve sjukepleie er det fire grunnleggande ansvarsområder; å fremme helse, å forebygge sjukdom, gjenopprette helse og lindre liding. Desse fire ansvarsområda bygger og på menneskerettighetane som verdigheit, respekt og val. Som sjukepleier har vi plikt til å gje fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp ved å ta gode faglege, juridiske og etiske vurderingar. Punkt 1.3 i yrkesetiske retningslinjer omhandlar sjukepleiar profesjonens ansvar angående personleg ansvar innan etikk og jus. Punktet beskriv at sjukepleiaren har eit personleg ansvar for at eigen praksis er fagleg, etisk og juridisk forsvarleg (NSF, 2019).

Punkt 2.9 i dei yrkesetiske retningslinjene fortel at sjukepleiaren har ansvar for å lindre liding, og bidra til en naturleg og verdig død. Det siste punktet, som er og relevant for oppgåvas samanheng, er punkt 2.10; sjukepleiar bidrar aktivt i beslutningsprosessar om livsforlengande behandling (NSF, 2019).

2.6 Etikk i sjukepleie

Heggestad (2018, s. 9) beskriv av at etikk omhandlar å kunne skilje mellom rett og galt i våre handlingar og val. Ho beskriv at «etikk kan verke som svevande og lite konkret».

Det er vanleg at sjukepleiarar kjem i vanskelege situasjonar som kan karakteriserast som etiske utfordringar (NSF, 2019). Når sjukepleiarar kjem i slike situasjonar, er den beste måten å løyse det om ein jobbar vidare med situasjonen og løyser det på best mogleg måte. Stundom i arbeidet som sjukepleiar, kan det dukke opp etiske situasjonar som det ikkje finnes ein konkret løysning på. Desse utfordrande situasjonane blir omtala av Heggestad som eit etisk dilemma (Heggestad, 2018, s. 22).

2.7 Ikkje-skade prinsippet

Nokre etiske prinsipp i behandling og omsorg er av grunnleggande karakter og har stor tilslutning nasjonalt og internasjonalt. Desse prinsippa bygger på felles tenking om at menneskeverdet er absolutt, og ikkje relativt. Eit av desse prinsippa er menneskets krav på respekt. Eit anna prinsipp, som har ein sentral plass i behandlinga og pleiesamanheng, er prinsippet om å opptre velgjerande, men samtidig ikkje skade. Ikkje-skade prinsippet har til hensikt at ein aktivt skal fremje det som er det gode i pasientens liv, og ikkje skade pasienten. Dette har gjort forholdet mellom velgjereheit og respekt til eit utfordrande etisk problem innanfor omsorgsetikk. Stundom er det slik at sjukepleiarar og legar må ta avgjersler på grunnlag av skjønn, når en skal vurdere kva som er til pasientens beste (Molven, 2017, s.69).

2.8 Autonomi

Definisjonen autonomi betyr ulikt ut i frå kva samanheng det vert nytta i. I den medisinske etikken, er det å respektere pasientens rett til å velje eller nekte helsehjelp. Ved at ein pasient fråseier seg retten til helsehjelp eller sjukepleie, må sjukepleiar forsikre seg om at pasienten er samtykkekompetent. Er pasienten ikkje samtykkekompetent, skal sjukepleiaren handle ut frå si forståing for kva som er til pasientens beste.

For å ha ei forståing for kva som er til det beste for pasienten, er det naudsynt å inneha grunnleggande moralsk bevisstheit. Innsikta i den enkelte pasient si oppleving, og innsikt i lover, er eit viktig fundament for å ivareta pasientens autonomi (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 18).

2.9 Lovverk

I det norske lovverket er det fleire viktige lovar om plikter og rettigheitar som gjeld helsepersonell og pasientar. Dei som er mest aktuell i oppgåva er presentert under og henta frå helseperonelloven og pasient- og brukarrettighetslova.

2.9.1 Helsepersonellova

Lov om helsepersonell, helseperonelloven, har som formål å bidra til sikkerheit for pasientar og kvalitet i helse-og omsorgstenesta, samt tillit til helsepersonell.

§ 4 Forsvarlegheit

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient (Helsepersonelloven, 2000, § 4).

§ 7 Øyeblikkelig hjelp

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukarrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser (Helsepersonelloven, 2000, § 7).

2.9.2 Pasient og brukarrettighetslova

Loven om pasient- og brukarrettighetar har som formål om å bidra til å sikre befolkninga lik tilgang på tenester av god kvalitet. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasientar og helse- og omsorgstenesta, fremme sosial tryggleik og ivareta respekten for den

enkelte pasientars liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 1-1). Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 inneheld og barns rett til informasjon. Sidan barn er ekskludert i oppgåva, er dette tatt ut av lova her.

§ 3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon...

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-1).

§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-2).

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4-1).

§ 4-9. Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4-9).

3.0 Metode

Ein metode er ein framgangsmåte, et middel til å løyse eit problem eller komme frem til ny kunnskap. Metoden driver oss til korleis vi kan tileigne oss eller innhente kunnskap (Dalland, s. 51). I denne oppgåva blir det nytta litteratursøk i databasar og brukt av data frå publiserte vitenskaplege artiklar. I oppgåva er det nytta fem forskingsartiklar, retningslinjer og relevant litteratur og pensum frå sjukepleiestudiet.

3.1 Datainnsamling

Ved å gjennomføre søk i databaser er det viktig å gjere problemstillinga så presis som mogleg. For å spisse problemstillinga, vart verktøyet PICO nytta. PICO er forkortinga for element som ofte vil være med i eit spørsmål. Desse elementa er «**P**roblem, **I**ntervention, **C**omparison og **O**utcome» (Nordtveit, 2020). Når det var opparbeida ein god struktur over problemstillinga, vart det nytta MeSH-generator for å gjere dei norske omgrep om til engelske omgrep. MeSH-orda hjelper ein til å forstå helsefagleg fagterminologi betre, og bidrar til meir presise søk i forskjellige databasar (Aasen, 2020). Helsebiblioteket har oversett sentrale omgrep innan helsefag frå norsk til engelsk. Databasar som det var søkt etter forskning i var; *CHINAL*, *OID/MEDLINE*, *PubMed*. Desse databasane blir omtala som viktige i sjukepleieforskning (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 64). Det vart og søkt i tidsskrifter som; *Tidsskrift for den norske legeforening* og *Nurse journal*. Søkeorda som vart nytta er presentert i tabellen under.

Dato	Database	#	Søkeord	Antal treff	Lest abstrakt	Leste artiklar	Tittel på brukte artiklar
10.03.2021	CHINAL	1	Resucitation orders	3075	1	0	
		2	Ethics, nursing	10288			
		3	Decision making	51676			
		4	1 and 2 and 3	3			

Dato	Database	#	Søkeord	Antal treff	Lest abstrakt	Leste artiklar	Tittel på valte artiklar
10.03.2021	MEDLINE / OVID	1	Nursing	51453	1	1	
		2	Ethics, nursing	10342			
		3	Resucitation orders	3930			
		4	1 and 2 and 3	1			
Dato	Database	#	Søkeord	Antal treff	Lest abstrakt	Leste artiklar	Tittel på valte artiklar
13.03.2021	Tidsskriftet	1	DNR	12	5	2	-Vedtak om å avstå fra gjenoppliving i sjukehus, 2018
		2	HLR minus	203			
		3	*2017 – 2021	31			
Dato	Database	#	Søkeord	Antal treff	Lest abstrakt	Leste artiklar	Tittel på valte artiklar
13.03.2021	PubMed	1	Nurse or nurse care	98 328	20	10	<p>-Impact of Do-Not-Resuscitate Orders on Nursing Clinical Decision Making</p> <p>-Ethical competence in DNR decisions</p> <p>-The ethics of DNR-decisions in oncology and hematology care</p>
		2	Decision making or nursing ethics	136 695			
		3	DNR order or DNR	6739			
		4	1 and 2 and 3	4537			
		5	*2017 – 2021 Full tekst, Medline og nurse journal. 18years+++	361			

		6	Petterson M	279			-Striving for good nursing care: nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care
--	--	---	-------------	-----	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Det var og nytta andre søkeord etter forskning; *Elderlycare, geriatrics, ethics, medical ethics* og *allow natural death*. Søkeord som ikkje er presentert i tabellen over, gav eldre eller ikkje relevante treff. Grunnlaget for å bruke andre søkeord, bunnar i at kvalitative forskingar kan ha kreative overskrifter som ikkje er intuitivt med artikkelens innhald (Christoffersen, et al., 2015, s.64).

I oppgåva er det nytta ein rettleiar frå Helsedirektoratet (2013). Rettleiaren er utbetra til å kunne gje rammer og støtte for HLR- minus avgjersler for behandlingsspersonell, pasient og pårørande. Rettleiaren vart henta frå nettsidene til Helsedirektoratet. En rettleiar omtalar og beskriv eit fagområde på eit generelt og overordna nivå, og kan innehalda ein eller fleire retningslinjer for handtering innan eit fagområde (Holtermann, 2018).

Grunna den krevjande pandemi-situasjonen i tida oppgåva har blitt skrive, har det vort utfordrande å få tilgang til relevant litteratur. Bibliotek har vore stengd, samstundes som bestilling av bøker har blitt forseinka eller ikkje kome fram i det heile. Dette er årsaka til at det vort nytta noko sekundær litteratur i oppgåva.

3.2 Utval av artiklar

For å avgrense søket, vart det nytta fleire søkeord kombinert med OR eller AND, samt gjort val av forskning i tidsperioden 2014 til 2021. Antal treff i databasane vart då redusert. Under søket vart titlane gjennomgått før eventuelt gjennomgang av abstraktet. Ved vurdering om abstraktet virka interessant og relevant til problemstillinga, vart artikkelen lest i sin heilheit. Under søket vart 13 artiklar lest og 27 abstrakt. Fem artiklar var av interesse, fire kvalitative og en kvantitativ frå 2014 til 2020.

Tre av dei valte artiklane vart allereie presentert i søket frå 2014 til 2021 med 1366 treff. Dette var artikkel nummer tre, åtte og atten i søket. Under søket var det observert at forfattarane Pettersson, M., Hedström, M & Höglund A.T., har mykje nyttig forskning innan oppgåva sitt tema. Difor vart det og gjort eit søk med «Pettersson M» frå 2014 til 2021, med

271 treff. Ut frå dette søket vart artikkel nummer to valt. Det ligg tabell som vedlegg i kapittel åtte som visar informasjon om alle valte artiklar.

Kvantitative artiklar har en fordel at dei gjev data i form av målbare einheitar og de kvalitative artiklane fangar opp meiningar og opplevingar som ikkje kan talfestast eller målast. Begge desse metodane kan bidra på kvar sin måte til ein betre forståing om korleis enkeltmenneske, slik som sjukepleiar handlar i gitte situasjonar (Dalland, 2018, s. 52). I henhold til Dalland (2018, s. 202) er kvalitativ forskingsintervju eit forsøk frå intervjupersonanes side å få fram folks erfaringar, og å avdekke deira opplevingar, noko som samsvarer med valte artiklar.

3.3 Kritisk vurdering.

Forskningsartiklar kan ikkje brukast ukritisk i ein litteraturstudie. Ved å nytta kritisk vurdering kan ein vurdere validiteten av informasjonen i studien. Sjølv om studiane er publisert i kjente tidsskrifter, er det likevel viktig å vurdere artikkelens gyldigheit, metodisk kvalitet, resultat og overføringsevne (Helsebiblioteket, 2020). Det er sjekklister på nettsidene til Helsebiblioteket som er nyttige til å bruke for å kritisk vurdere den metodiske kvaliteten i dei vitenskaplege artiklane. Studiane nytta i oppgåva, vart kritisk vurdert ved hjelp av sjekkelister, og er vurdert som godkjent til å nytta i litteraturstudien.

3.3.1 Kriteria.

Artiklane som er nytta i denne litteraturstudien har eit klar formål og har klar formulering for svar av eigen problemstilling. Artiklane omhandlar HLR-minus, etikk og verdiar innan sjukepleie. Artiklane har og eit forhold til skandinavisk eller vestleg verdiar innan sjukepleie. For å innhente den nyaste og oppdaterte forskinga vart det sett krav til at artiklane ikkje skulle være eldre enn sju år. I høve val av problemstilling, omhandlar dette tidlause etiske problemstillingar, og eg har vurdert på grunnlag av dette, at forskinga kan vere så gamal som sju år.

3.3.2 Ekskludering av artiklar og litteratur.

Artiklar som inneheld andre kulturar eller land som ikkje kan sjåast ilag med Norges verdiar og haldningar er ekskludert. Slike artiklar saman med artiklar som omhandla akutte vurderingar eller personar under 18 år vart ekskludert.

3.4 Etikk i oppgåveskriving.

Ved å gjennomføre forskning innan helsefag må det gjennomførast vurderingar kring etisk forsvarlegheit. Dette blir regulert på eit overordna nivå gjennom Helsinkideklarasjonen. Helsinki deklarasjonen inneheld rettleiande reglar som skal nyttast innan forskning som omfattar menneskje, og skal være med på å beskytte forsøkspersonar (Christoffersen et al, 2015, s. 43). Utfordringar i litteraturstudiet kan være å nytte bruken av forskingsresultata som kan bidra til å påføre skade eller unødig belastning til personar involvert i dei aktuelle artiklane (Dalland, 2018, s. 236). Artiklane frå Pettersson et al (2020, 2018 & 2014) har som bakgrunn i undersøkinga teke omsyn til Helsinkideklarasjonen, samt lokale og nasjonale retningslinjer. Engel et al (2020) har etiske vurderingar og ivaretaking av personvern godt forklart i artikkelen. Skårdal & Førde (2018) vart vurdert som ikkje framleggingspliktig for regional etisk komité, med grunnlag av at forskinga var gjennomført som eit kvalitetssikringsprosjekt.

Kunnskap frå andre forfattarar er anerkjent ved å vise til kjelder. Plagiering er unngått for å ikkje utgje andre sitt arbeid som mitt eige (Dalland, 2018, s. 164).

4.0 Resultat.

4.1 Artikkel 1 av Skårdal & Førde (2018).

Impact of Do-Not-Resuscitate Orders on Nursing Clinical Decision Making.

Bakgrunn: I artikkelen til Skårdal og Førde (2018) var bakgrunnen å undersøka om anbefalingane til rettleiaren for HLR-minus vart nytta i helseføretaka. Formålet var å undersøke avgjersleprosessen ved HLR-minus og pasientgruppa som det var nytta slike vedtak til.

Metode: Det var nytta ein kvantitativ retrospektiv journalgenomgang med oppfølgingstid på to år. Pasientane vart identifisert ved at dei hadde kritisk informasjon i journalsystemet og var innlagt på medisinsk avdeling.

Resultat: 363 av 12522 pasientar var inkludert i undersøkinga med HLR-minus.

Av 363 pasientar var gjennomsnittsalderen 82,5 år, og 116 hadde HLR-minus på grunnlag av eiga ynskje. Det var stor del avgjersler som var vurdert ut frå ein total vurdering av alder og

medisinsk situasjon. Malign sjukdom og hjarte- og kar liding var den vanlegaste medisinske situasjonen. Det var ein stor andel pasientar der det var kun et dokumentert grunnlag. Samstundes var det 38 pasientar det ikkje var dokumentert noko grunnlag for HLR-minus. Skårdal og Førde (2018) drøfter angående mangel på dokumentasjon, som kan indikere at vedtaket ikkje har tilstrekkeleg grunnlag for HLR-minus. Manglande dokumentasjon er ikkje i henhold til anbefalingane i den nasjonale rettleiaren.

Konklusjon: 363 av 12 522 pasientar hadde eit vedtak om HLR-minus. Pasientgruppa var karakterisert ved høg alder, morbiditet og høg mortalitet. 116 av 363 pasientar hadde vedtak om HLR-minus på bakgrunn av eige ynskje. Vurdering av pasientens samtykkekompetanse var aldri dokumentert i pasientjournalen. Det kan også være utfordrande å velje riktig behandlingsnivå og intensitet. Slike avgjersler bør individualiserast og er ofte knytt opp til etiske problemstillingar. Diskusjon med pasienten om prognoser og behandling i livets slutfase, auka ikkje angst. Men ved å halde tilbake informasjon for pasienten, kan det gje negative konsekvensar.

4.2 Artikkel 2 av Engels et al (2020).

Impact of Do-Not-Resuscitate Orders on Nursing Clinical Decision Making.

Bakgrunn: Tidlegare forskning har vist at pasientar med HLR-minus status påverkar vala til leger og behandlinga. Hensikta var å undersøka om HLR-minus status påverkar avgjersler til sjukepleiarar.

Metode: Artikkelen er ei kvalitativ undersøking. Det vart nytta ei anonym spørjeundersøking ved bruk av nettverktøyet SurveyMonkey. Det var 368 sjukepleiarar som deltok.

Resultat: Dei eksempelvis hendingane i spørjeundersøkinga inneheld 4 forskjellige caser om kva sjukepleiarane gjer ved endringar i pasienten helsetilstand. Det er vist i tabell at det var mindre sannsynleg at sjukepleiarane tilkallar bistand visst pasienten har HLR-minus status.

Konklusjon: Artikkelen konkluderer med at HLR-minus påverkar valet til sjukepleiarane. Dette inneberer at det er mindre sannsynleg at sjukepleiarar tilkallar akutt-teamet eller lege ved visse endringar i helsa med HLR-minus status. Samstundes gjev HLR-minus status det

og mindre sannsynleg at sjukepleiarane ikkje aukar omsorg til pasientar med endra mental status eller pustebesvær. Samstundes er det meir sannsynleg at mindre erfarne sjukepleiarar tilkallar hjelp frå lege, enn erfarne sjukepleiarar, som oftare står ut eskaleringa av pasientens tilstand. I henhold til artikkelen kan det i staden for HLR-minus status bli nytta systematiske omsorgsplanar, eller skalaer av omsorg, slik at dei får hjelp som kan gjere at dei får meir personleg og tilpassa omsorg eller behandling.

4.3 Artikkel 3 av Pettersson et al (2018).

Ethical competence in DNR decisions -a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care.

Bakgrunn: Ved onkologisk og hematologisk avdeling vert HLR-minus avgjersler ofte gjennomført. Ved desse avgjersla møter leger og sjukepleiarar utfordrande etiske dilemma. I henhold til Pettersson et al (2018) er etikk grunnleggande kompetanse i helsevesenet, og at ein treng denne kunnskapen for å handtere etiske dilemma på ein adekvat, etisk og ansvarleg måte.

Hensikta med studia, var å undersøke om legar og sjukepleiarar forstår konseptet med å nytta etisk kompetanse i avgjersla med HLR-minus og korleis slike ferdigheter kan lærast og utviklast.

Metode: Det var nytta en kvalitativ studie med individuelle intervju. I undersøkinga var det 15 sjukepleiarar og 16 legar som var informantar frå sju sjukehus i Sverige.

Resultat: Leger og sjukepleiarar i studien reflekterte over deira eigen etiske kompetanse i avgjersla ved HLR-minus, kva den skulle innehalde og korleis denne kunne utviklast. Ein modell for etisk kompetanse for helsepersonell inkluderer tre hovudelement: Å være, gjere, og vite. Dette er noko som antyd at etisk kompetanse krev evner til handling gjennom kunnskap og veremåte. Etisk kompetanse vil då utviklast gjennom erfaring i kommunikasjon og utdanning, og det å vere i eit støttande miljø er nødvendig for å oppretthalde høg etisk kompetanse.

Konklusjon: For å ta gode etiske HLR-minus avgjersler, må leger og sjukepleiarar utvikla passande dyder, kliniske retningslinjer og auka kunnskapen om etiske teoriar. Etisk kompetanse inkluderer og evner til å handle etter etiske vurderingar. Ved å kontinuerleg auka

kunnskapen om etikk, felles etisk forståing og eit god etisk arbeidsmiljø, kan dette betra samarbeidet mellom sjukepleiarar og legar i HLR-minus avgjersler.

4.4 Artikkel 4 av Pettersson et al (2020).

The ethics of DNR-decisions in oncology and hematology care.

Bakgrunn: Svenske forskrifter beskriv at ansvarleg lege, helst i samarbeid med behandlingsteamet, har ansvaret over HLR-minus avgjersla. Dersom det er mogleg, bør pasienten samtykke, og det kan sjåast som viktig at pårørande og involverte vert informert om avgjersla. Studiar har vist at leger og sjukepleiarar kan oppleve etiske dilemma i forhold til dette. Målet med studien er kva etiske resonneringar / argument leger og sjukepleiar brukar i forhold til HLR-minus avgjersler.

Metode: Det er nytta ein kvalitativ metode, med grunnlag i 287 kommentarar i eit studiespesifikt spørjeskjema. Det var 46 sjukepleiarar og 43 legar som informantar.

Resultat: Deltakarane i undersøkinga brukte situasjonsbasert etisk resonnement i forhold til HLR-minus avgjersler. Det var og viktig med omsorgsetikk, då grunnlaget for å ikkje gjennomføre hjarte- lungeredning var at det ikkje vil gje pasienten auka livskvalitet, men heller vil auke skade og lidning. Det kan og vere at pasienten uttrykker eit ynskje om å ikkje bli gjenoppliva ved hjartesvikt.

Analysen viste og til at omsorgsetikk er basert på etiske vurderingar når ein gjev god pleie til skrøpelege pasientar. Pasientane blei sett på som sårbare mot slutten av livet, og dermed var den etiske kompetansen først og fremst ute til å vise gode omsorg for den døande pasienten.

Konklusjon: Deltakarane i forskinga informerte at den utfordrande situasjonen innan etikk, var først og fremst bruk av retningslinjer. Det er også vist i tidlegare studiar at retningslinjer for HLR- minus kun var nyttig dersom dei som skulle nytta den hadde brei etisk kompetanse. Nokre av informantane meinte at det var tilstrekkeleg med nokre verdiar og rettigheter som autonomi, informasjon og verdigheit, med fokus kring pasientens rett til en verdig og fredfull død. Innan omsorgs-etikk vert det også informert om å unngå skade og sikre ein verdig, fredfull og naturleg død. Det vart og eit ynskje om å nytta ordlyden; Tillate ein naturleg død i staden for HLR-minus.

4.5 Artikkel 5 av Pettersson et al (2014).

Striving for good nursing care: nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care.

Bakgrunn: Innan onkologi og hematologi har pasientar nokre gongar ein så dårleg prognose at dei får HLR-minus status. Målet med studien var å undersøke sjukepleiarens erfaringar og oppfatningar av HLR-minus avgjersla, for å oppnå en djupare forståing av sjukepleiarens spesifikke rolle i avgjersla.

Metode: Artikkelen er ein kvalitativ forskning med individuelt intervju av 15 sjukepleiarar frå åtte avdelingar på fire sjukehus i Sverige.

Resultat: Å gje god sjukepleie innan HLR-minus, inneberer å unngå skade, observere integritet og livskvalitet som viktige verdiar. Hindringar ved å gje god sjukepleie var uklare og dårleg dokumenterte avgjersle, at pasientane og pårørande ikkje var informert og uenighet mellom pårørande og helsepersonell. Sjukepleiarane ytra eit behov for at alle partar var involvert i avgjersla om HLR-minus. Det blir beskrive i artikkelen at er den gode relasjonen sjukepleiarane utviklar til sine pasientane eit viktige element. På kreftavdelinga tilbringer sjukepleiarane alt frå veker, månader og år med pasientane. Sidan dei har ein relasjon og blir god kjende, blir det og lettare for sjukepleiarane å observere endringar i pasientens helse. Deltakarane i forskinga utrykte at det var grunna relasjon og tillit til pasientane som var grunngevinga til at sjukepleiarane var involvert i avgjersla ved HLR-minus. På bakgrunn av dette kunne det og sjåast som at pasientane kunne vere meir opne om eiga helse til sjukepleiaren. Sjølv kjende sjukepleiarane på at pasientane som hadde HLR-minus status, at dei ikkje fekk det dei trong av nødvendig sjukepleie. I forskinga har legane den endelege avgjersla når det var dei var usamde. Argumentet til legane var at dei har meir medisinsk erfaring og kunnskap enn sjukepleiaren. Sjukepleiaren hadde eit mot-argument med at relasjon og tillit over tid, er ein anna erfaring og kunnskap legene ikkje har.

Konklusjon: For å gje god sjukepleie var det naudsynt med veldokumenterte avgjersler innan HLR-minus, saman med godt informerte og inkluderte pasientar med pårørande. For å komme til einigheit i teamet, vert det krevd regelmessig etiske diskusjonar og forklaringar for

å få ei heilskapleg forståing av avgjersla. Ved å la sjukepleiaren vere delaktig i avgjersla og inkludere pårørande, kan avgjersla sikre tryggare behandling og omsorg til pasientens beste.

4.6 Samla analyse av artiklane.

Eksemplar på temaer som blir belyst i artiklane:

- Omsorgsetikk
- Autonomi
- Verdighet
- Etisk kompetanse
- Ikkje påføre skade og lidning

Skårdal & Førde (2018) konkluderer med at pasientgruppa som var oftast vurdert til HLR - minus var høg alder, morbiditet og høg mortalitet. Vurdering av pasientens samtykkekompetanse var aldri dokumentert i pasientjournalen. Det var også drøfta at samtale med pasientar om prognoser og behandling i livets slutfase, ikkje auka angst. Ved å halde tilbake informasjon for pasienten, kan det gje negative konsekvensar.

Pettersson et al (2018) konkluderer med at etisk kompetanse vert utvikla gjennom erfaring i kommunikasjon og utdanning, og det å vere i eit støttande miljø er nødvendig for å oppretthalde høg etisk kompetanse. For å ta gode etiske HLR-minus avgjersler, må leger og sjukepleiarar utvikla passande dyder, kliniske retningslinjer og auka kunnskapen om etiske teoriar. Etisk kompetanse inkluderer og evner til å handle etter etiske vurderingar. Ved å kontinuerleg auka kunnskapen om etikk, inneha ei felles etisk forståing og ha eit god etisk arbeidsmiljø, kan samarbeidet mellom sjukepleiarar og legar verte betre ved HLR-minus avgjersler.

Pettersson et al (2020) beskriv at det var viktig med omsorgsetikk, då grunnlaget for å ikkje gjennomføre hjarte- lungeredning var at det ikkje vil gje pasienten auka livskvalitet, men heller auke skade og lidning. Det kan også vere at pasienten og uttrykker eit ynskje om å ikkje bli gjenoppliva ved hjertesvikt. Analysen viste og til at omsorgsetikk er basert på etiske vurderingar når ein gjev pleie. Etiske kompetanse var først og fremst å vise god omsorg for den døande pasienten. Utfordringa innan etikk, var først og fremst bruk av retningslinjer. Det er også vist at retningslinjer for HLR- minus kun var nyttig dersom dei som skulle nytta

rettleiaren hadde brei etisk kompetanse. Innan omsorgs-etikk vert det også informert om å unngå skade og sikre ein verdig, fredfull og naturleg død.

Pettersson et al (2014) fortel at det å gje god sjukepleie innan HLR-minus, inneberer å unngå skade, observere integritet og sjå livskvalitet som viktige verdiar. Det blir beskrive i artikkelen at er den gode relasjonen sjukepleiarane utviklar til sine pasientane eit viktige element. Det var på grunnlag av relasjon og tillit til pasientane at sjukepleiarane var involvert i avgjersla ved HLR-minus. Ved å la sjukepleiaren være delaktig i avgjersla og inkludere pårørande, kan avgjersla sikre tryggare behandling og omsorg til pasientens beste.

5.0 Drøfting.

Ut i frå artiklane, ynskjer eg no å drøfte desse opp mot yrkesetiske retningslinjer, omsorgsteori, lovverk og rettleiar for å svare på problemstillinga: Korleis kan sjukepleie med fokus på omsorgsetikk ivareta pasientar som har HLR-minus?

5.1 Det profesjonelle ansvaret.

I forhold til situasjonen der pasientar har fått HLR-minus status, er det lege i saman med sjukepleiar som har eit fagleg hovudansvar i situasjonen. Dette er eit stort ansvar, der ein bokstavelig talt har makt til å bestemme over andre menneskje sine liv. Martinsen beskriv denne makta som eit etisk dilemma (Kirkevoll, 1998, s.172). Sjukepleiaren vil oppleve det som utfordrande ved å inneha denne makta, der andre menneskje er avhengig av omsorg og støtte, og som ein forsøker å skape ein relasjon og ein tillit til. Som sjukepleiar har ein ei stort ansvar, der ein til ei kvar tid må byggje sin praksis på moralsk ansvarleg maktbruk (Kirkevoll, 1998, s.172).

I svært mange tilfelle er det sjukepleiaren som er nærast pasienten i det daglege, og forskinga til Pettersson et al (2014) viser til at det er viktig at sjukepleiaren tek del i vurderingar ved HLR-minus, då legen gjerne ikkje treffer pasientane i like stor grad. Legane derimot viser til at dei har meir kunnskap og medisinsk erfaring til å ta desse vurderingane. Ein kan tenkje at ved dei avdelingane der det er eit samarbeider på tvers og saman med pasient og pårørande, og har etiske diskusjonar kring vurderingar ved HLR-minus, vil vurderinga bli meir fagleg forankra der ein får innspel frå fleire hold.

Artikkelen til Engels et al (2020) viser til at kva sjukepleie som vart gitt for pasientar med HLR-minus status, hadde påverknad om det var erfarne eller nyutdanna sjukepleiarane. Funna viste til at dei erfarne sjukepleiarane gav mindre omsorg for pasientar ved HLR-minus status, enn ved pasientar utan ein slik status. Dei meir nyutdanna sjukepleiarane, tok raskare kontakt med lege ved endring av pasientar sin helsesituasjon, samt oppretthald av omsorg for pasientar sjølv om dei hadde status som HLR-minus. Ut frå dei yrkesetiske retningslinjene, skal sjukepleiaren gje fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp til alle sine pasientar. Sjukepleiaren har og ei personleg ansvar for eigen praksis, og at denne er fagleg, etisk og juridisk forsvarleg (NSF, 2019). Ved funna av ein slik forskjell i praksis, kan ein undre seg over kvifor det er slik. Det kan vere at erfarne sjukepleiarar jobbar etter innarbeida rutinar, at kulturen i arbeidsmiljøet er slik i avdelinga, at dei ikkje har etiske diskusjonar kring HLR-minus eller at sjukepleiarane ikkje held seg oppdatert innan faget sitt. Ved at enkelte sjukepleiarar ikkje viser den same omsorga for pasientar med HLR-minus status, gjere at dei kjem i etiske dilemma ved å bryte med dei yrkesetiske prinsippa til sjukepleiarar, men også ikkje-skade prinsippet (Molven, 2017, s.69). Martinsen meiner at dersom sjukepleiarar lar seg styre av prinsippa og reglar, setter ein skjønnet ut av kraft, og som sjukepleiar vil ein ikkje klare å møte pasientens sårbarheit. Faglege skjønn blir et viktig fundament for å våge å møte pasienten ved deira tillit til oss (Martinsen, 2005, s. 165). På den andre sida, kan ein sjå det som at den erfarne sjukepleiaren er tryggare i si rolle, ved at dei tenkjer at dei kan ivareta pasientane sjølv, utan å be om bistand frå lege. Samstundes svarer ikkje dette til at pasientane ikkje fekk anna pleie eller medikamentell behandling som dei kunne vere i behov for.

5.2 Pasientens sjølvråderett.

Studien til Pettersson et al (2014) legg fram at det å gje god sjukepleie inneberer å unngå skade, observere integritet og livskvalitet er viktige verdiar innan HLR-minus. I henhald til lovverket skal helsepersonell straks gi helsehjelp ved hjartestans, eller skrevet i lova som; «når at hjelpen er påtrengende nødvendig». Med dei begrensingar som fylgjer av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 kan det sjåast som det blir det ein konflikt mellom sjukepleiaren og pasientens autonomi, retten til sjølvval. Då vert nødvendig helsehjelp gitt sjølv om pasienten ikkje er i stand til å samtykke, og sjølv om pasienten motsetter seg helsehjelpa.

Dette kan sjåast i lag med studia til Skårdal & Førde (2018) ved at eit stort antal som har HLR- minus status, har valt det etter eige ynskje. Her verkar det til at § 4-9 etter forholda vil ha forkøyrersrett i høve til HLR-minus. Dersom ein vurderer det opp mot «ikkje skade prinsippet», kan det vurderast etter den hensikt å ikkje føre meir lidning hjå pasienten. Dette er og i samsvar med slik som Pettersson et al (2020) skriv at grunnlaget for å ikkje gjennomføre hjarte- lungeredning er å unngå skade og lidning, men heller yte god omsorg til pasienten.

Vert det snakka for lite om HLR – minus med pasientane, sjølv om det i tidlegare forskning viser til at det ikkje aukar redsle og angst for døden (Skårdal et al, 2018)? Kven sine behov vernar sjukepleiaren om då, seg sjølv eller pasientane? Å snakke med pasientar om vurderingar kring prognosar og mortalitet, kan vere ein vanskeleg samtale å starte. I Martinsen sin omsorgsteori, skal ein handle på pasientens vegne, og ikkje for oss sjølv (Kirkevoll, 1998, s. 169). Ved alvorleg sjuke og lidande pasientar, har dei rett på å få den informasjon som omhandlar dei sjølv, for å kunne ta vurderingar sjølv (lov om pasient- og brukarrettighetar, 2001, § 3-2). Dette fylgjer også autonomi-prinsippet ved at pasientane har makt over eigen situasjon i den grad det er mogleg (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 18). Ved å snakke meir opent med pasientane, vil dette også skape ein tillit til sjukepleiaren, som er eit viktig fundament ved omsorga. Forskinga til Skårdal et al (2018) fortel og at diskusjon med pasienten om prognoser og behandling i livets slutfase, aukar ikkje angsten, og ved å halde tilbake informasjon kan det gje negative konsekvensar. Ein må også vurdere lovverket etter § 3-1 i Lov om pasient – og brukarrettighetslova, og om ein har gjeve pasienten moglegheita til å påverke behandlinga si.

Dersom ein ser dette opp mot forskinga til Skårdal & Førde (2018), har ein stor del av pasientane sjølv valt HLR – minus. For å kunne ta slike avgjerder, seier dette noko om at pasientane må ha fått noko informasjon i forkant. Grunna manglande dokumentasjon, er det vanskeleg å seie kor pasientane har fått informasjon og kva informasjon som ligg til grunn for deira avgjersle. Eg vurderer at eit omsorgsetisk grunnlag frå sjukepleiaren, også i forkant av HLR-minus statusar, vil vere eit viktig fundament for vidare samhandling med pasient.

5.3 Relasjon og moral.

Relasjonen sjukepleiarane har til pasientane er viktig, og kjem fram i samtlege av forskingsartiklane (Pettersson et al, 2014, 2018 & 2020). Ved å kjenne pasientane godt, vil

ein raskt kunne sjå endringar i helsesituasjon og lettare kunne snakke med pasientane om moglegheit for HLR -minus. Martinsen ser moral og etikk under det same, og at dette viser seg gjennom menneskelege relasjonar (Martinsen 2003, s.71). Ho ser det vidare som avgjerande i handlingane sjukepleiarane utfører er moral i praksis, og at moral må lærast. Gjennom erfaring er det mogleg å opparbeida seg ein evne til kva som kan vere moralsk relevant i ulike situasjonar. Sjukepleiarar som oppnår tillit hjå pasientane sine, og viser omsyn gjennom handling, vil vere viktig moralsk. Sjukepleie handlar om å gjere situasjonen til pasienten best mogleg og kva som er til deira beste, realiserast ut frå dei ulike situasjonane. Ein dyktig sjukepleiar brukar sitt faglege skjønn og makta i den aktuelle situasjonen, slik at tillit blir mogleg (Martinsen, 2005, s. 164 – 166).

Heggestad (2018) omtalar verdigheit som eit sentralt omgrep i etikken, og eit grunnleggande behov hjå menneskje, samt ein kjerneverdi i sjukepleie. Ved å sjå moral saman med yrkesetiske prinsipp for sjukepleiarar og også opp mot omgrepet verdigheit, vil ein kunne gje god sjukepleie. Heggestad skiljer mellom den ibuande verdigheita og den opplevde verdigheita. Denne ibuande verdigheita kan knytast til menneskeverdet. Denne verdigheita er viktig å ha med i pasientomsorga i sjukepleie, då den seier noko om at vi skal behandle andre menneskjer med at vi alle har same verdi og verdigheit (Heggestad, 2018, s. 17). Den opplevde verdigheita i denne samanheng omhandlar meir kring korleis pasientane opplever omsorga som sjukepleiaren gir gjennom sine handlingar (Heggestad, 2018, s. 19). For pasienten, heng den opplevde verdigheita tett saman med korleis sjukepleiaren vil kunne oppnå tillit og relasjon til sine pasientar. Dette gjeld særleg med tanke på vurderingar om HLR-minus. Dette vert også støtta opp av forskinga til Pettersson et al (2014) ved at gode relasjonar kan føre til betre vurderingar av situasjonen i sin heilskap.

Sjukepleiarar i forskinga til Pettersson et al (2020) ynskja større fokus på omsorg ved dødane pasientar. Martinsen (Kirkevold, 1998, s. 171) omtaler omsorg som eit rasjonelt omgrep, som er eit forhold mellom to menneskjer. Dette forholdet er avhengig av at sjukepleiaren anerkjenne pasienten ut frå deira situasjon. Denne anerkjenninga for pasientens situasjon er avhengig av å kunne handle omsorgsfullt som kan sjåast som viktig visst pasienten er døande. Det kan sjåast som at det å respektere livet inkluderer respekten for ein verdig død. Det å forlenge ein smertefull dødsprosses kan krenke menneskjers verdigheit.

5.4 Omsorg styrt av prinsippa og reglar eller klinisk skjønn?

Fleire av studiane (Pettersson et al, 2018 og 2020) henviser til vanskar med å nytta rettleiaren for avgjersle-prosessar ved avgrensing av livsforlengande behandling. I forskinga til Pettersson et al (2020) kjem det fram at det er etisk utfordrande ved HLR- minus når ein nyttar rettleiaren. For å kunna nytta slike rettleiar, meiner Pettersson et al (2018) at dei som skal nytta rettleiaren ha ei brei etisk kompetanse innan feltet. Det å auka kunnskapen om etiske teoriar kjem og fram i denne forskinga. Det at vurderingar innan HLR-minus kan være utfordrande, både etisk og fagleg, kjem fram i forskinga til Petterson et al (2020) og Helsedirektoratets (2013) rettleiar. Sjølv om rettleiaren er utvikla på grunnlag av erfaringar, og er meint for å kvalitetssikre avgjersla, kan det stille spørsmål om dette er den rette vegen å gå. Samstundes er det anbefalt i rettleiaren frå Helsedirektoratet (2013, s. 4) til å gjere lokale tilpassingar og vurderingar hjå dei enkelte helseføretak. Rettleiaren gjev overordna føringar, og oppfordrar til at helseføretaka utarbeidar meir detaljerte rutinebeskrivingar, ut frå deira fagfelt og organisering. Sidan artiklane er frå Sverige og USA, vil truleg deira rettleiar inneha variasjonar frå den Norske rettleiaren.

I rettleiaren (Helsedirektoratet, 2013, s. 21) vert det anbefalt dokumentasjon om kva som ligg bak vurderinga for HLR-minus. Difor er funna i forskinga til Skårdal og Førde (2018), der det kjem fram at det føreligg mangelfull dokumentasjon til vurderingane rundt HLR-minus. Ved lite dokumentasjon kring vurderingane, kan det bli vanskeleg dersom helsesituasjonen til pasienten endrar seg, og om ein bør revurdere status av HLR-minus. Pasientar kan i slike høve stå med HLR-minus status, utan at helsesituasjon deira tilseier at det rette. Dersom ikkje slike høve vert revurdert, kva omsorg vil pasientane få då? Særleg vert dette gjeldande dersom ein ser det opp mot tidlegare drøfting ved sjukepleiarar som gav mindre omsorg for pasientar som hadde HLR-minus status.

Ut frå kva Martinsen skriv i sin omsorgsteori, kjem det fram at sjukepleiarar skal handle for pasientens vegne, og ikkje for oss sjølve. Dersom sjukepleiarar lar seg styre av prinsippa og reglar, setter ein skjønnet ut av kraft (Martinsen, 2005, s.148). Ved å slavisk følge reglane vil sjukepleiaren mogleg ikkje klare å møte pasientens sårbarheit som kan sjåast som viktig i omsorga. Sett frå eit sjukepleiarperspektiv om å skape tryggleik, kan det å forholde seg til prinsipp og reglar gjere slike situasjonar utfordrande. Artikkelen frå Engels et al (2020) beskriv og at HLR-minus statusen påverkar vurderingane til sjukepleiarane ved at det er

mindre sannsynleg ar det blir tilkalla lege ved endra heltestatus. Dette kan tolkast som lovverket og viker bort for fordelten til pasientens val, sjølv om lovverket har som formål å bidra til sikkerheit for pasientane på begge frontar.

I forskinga til Skårdal & Førde (2018) kjem det fram at det er mangelfull dokumentasjon kring pasientanes samtykkekompetanse. Med tanke på den høge alderen for pasientane med HLR-minus status som kjem fram her, kan ein undre seg over om alle er samtykkekompetente. Dersom ein ser dette opp mot lovverket, ved §3-2 i pasient – og brukarrettighetslova, pasientens og brukarens rett til informasjon; Kven veit om pasienten verkeleg har forstått informasjonen med risikoar og konsekvensar? I møte med pasientar som ein ikkje kjenner så godt til, kan ein gjerne forstå vanskelegheitane ved dei etiske vurderingane. Det er enda meir urovekkande at det kan bli teke avgjersle på ulikt grunnlag dersom ein ikkje har dokumentasjon som seier noko om tidlegare vurderingar. Ved å fylgje rettleiaren ved dokumentasjon av vurderingane HLR-minus, vil vidare vurderingar lettare bli fatta på best mogleg grunnlag.

I henhold til Engels et al (2020) sin studie kan det i staden for HLR-minus status bli nytta systematiske omsorgsplanar til kvar enkelt pasient. Då kan pasientane få ein meir personleg og tilpassa omsorg eller behandling. Det er og støtta oppa av det Pettersson et al (2018) skriv, at å auka den etiske kompetansen og handle etter etiske vurderinga, får ein meir heilskapleg avgjersla og i tillegg eit betre samarbeid mellom legar og sjukepleiarar. I henhold til yrkesetiske retningslinjer har sjukepleiarar eit ansvar å ta gode vurderingar i omsorga basert på etikk. Ved å opparbeida seg evna til å vurdere kva som kan være moralsk relevant i slike situasjonar blir det faglege skjønn eit viktig fundament i omsorga til pasienten (Martinsen, 2003, s. 145). Ein balansegang mellom det faglege skjønn og den systematiske nytta, kan rettleiar sjåast som å være utfordrande. Sjølv om ein rettleiar kan mogleg gjere det klinisk enklare ved å få ein forenkla avgjersla med konkrete løysningar slik som forklart i rettleiaren.

Fleire av artiklane viser til at det er trong for auka kunnskap kring etiske vurderingar ved HLR-minus, og at auka kompetanse i saman med erfaring og handling, kan gje betre vurderingar ved HLR-minus. Pettersson et al (2018) viser til at rettleiaren ikkje fungerer utan denne auka kompetansen, og at dette kan aukast gjennom kommunikasjon, auka kunnskap om etiske teoriar, kliniske retningslinjer og eit støttande miljø. Forskinga viser også til at det er viktig med veldokumenterte avgjersle og regelmessige etiske diskusjonar. Ved å ha gode

etiske arbeidsmiljø, vil helsepersonell få eit betre samarbeid, og kunne gje ei betre samla pleie for sine pasientar.

5.5 HLR-minus som omsorg.

Forskinga til Engels et al (2020) viser det til at pasientane som har HLR – minus status får mindre omsorg og at det ikkje vart tilkalla lege like raskt ved endring i helsesituasjon. Ved at HLR-minus status gjere at pasientane ikkje får dekkja behov, kan ein stille seg undrande til om denne statusen kan påføre pasientane meir lidning. Lovverket er tydeleg på at helsepersonell skal utføre sitt arbeid forsvarleg og omsorgsfullt ut frå situasjonen (Helsepersonelloven, 2000, § 4). Samstundes er eit av dei grunnleggande ansvarsområder innan sjukepleie å lindre lidning. Punkt 2.9 i dei yrkesetiske retningslinjene fortel at sjukepleiaren har ansvar for å lindre lidning, og bidra til en naturleg og verdig død (NSF, 2019)

I tillegg kjem aspektet om helsepersonalet har kunnskap om kva HLR- minus eigentleg står for? Ved at pasienten har status HLR-minus, betyr det at berre hjarte-og lungeredning ikkje skal gjennomførast. Sjølv om pasientar har vedtak om HLR-minus, har dei rett på all anna sjukepleie, som omsorg, ernæring og anna medikamentell behandling for at dei skal ha det best mogleg (Helsedirektoratet, 2013, s. 25). Når ein pasient har vedtak kring HLR-minus, er dei kjend med at livet går mot slutten. Sjukepleiarens rolle i slike situasjonar, kan vere av stor betydning. Ved å møte pasienten med ekte omsorg og evner til å gje omsorg og tryggleik i ein slik situasjon, kan sjåast som særleg viktig. Dette vert støtta av Martinsen (2005, s. 86) som skriv at kjærleikens ide er normer, prinsipp og gode haldningar, og at utan kjærleik vil menneskelivet gå til grunne. Pasientar med vedtak om HLR-minus, treng å kjenne på at nokon genuint viser at dei bryr seg. Omsorgsetikk omhandlar ikkje berre menneskelege handlingar, men og om handlinganes formål, som at pasientane kjenner seg ivaretekne.

Artikkelen til Pettersson et al (2020) kjem med innspel at i staden for å kalle det «HLR-minus», er det betre med anna ordlyd som «tillat naturleg død». Ved å la orda vere meir naturleg vil ein på lik linje med Martinsen møte pasienten på eit anna grunnlag ved å kunne sjå pasienten i sin heilheit og bruke erfaringar for å forstå pasienten og handle godt for dei (Martinsen, 2003, s. 138). Sjukepleiaren sine yrkesetiske vurderingar gir ansvar for å lindre lidning samt bidrar til en naturlig og verdig død. Desse vurderingane kjem frå kunnskap og erfaring (Martinsen, 2003, s. 144).

6.0 Avslutning.

Sjukepleiaren som innehar handlingskompetanse til å sjå den enkelte pasient ut frå deira behov, ynskjer og samla helsesituasjon, vil ha eit betre grunnlag for vurderingar ved HLR - minus. Pasientar som kjenner seg ivaretatt og opplyst om eigen situasjon, vil kunne kjenne på ein betre autonomi og råderett over sitt eige liv. Ved å vise pasienten omsorg og samstundes skape ein relasjon til den enkelte, vil saman kunne gje støtte til grundige vurderingar ved HLR-minus. Ved at pasienten kan kjenne på ei verdigheit i ein vanskeleg livssituasjon, som det kan vere ved slike vurderingar, vil vere ei viktig oppgåve for sjukepleiaren å ivareta.

Hensikta med HLR-minus, er at det skal vere trygt for pasient og helsepersonell dersom pasient vert i behov for HLR, slik at ein hindrar unødvendig liding og ein forlenga dødsprosess for pasienten. Dersom sjukepleiaren har ein brei etisk kompetanse, viser forskinga at rettleiaren vil vere til hjelp. Rettleiaren som viser til kva dokumentasjon som bør ligge ved slike vurderingar, vert viktig for å sikre at alle partar skal føle seg ivaretekne, og at denne prosessen skal vere så trygg som mogleg. Samstundes viser forskinga til at det i praksis er lite eller mangelfull dokumentasjon for pasientar som har HLR – minus status.

I omsorgsetikk kjem det fram at gode etiske vurderingar kjem av kunnskap og erfaring. Ut frå forskinga, kjem det fram at dei erfarne sjukepleiarane ikkje gav den same omsorga og pleia for pasientar med HLR- minus. Her samsvarer ikkje teorien med praksis, ved at erfarne sjukepleiarar i utgangspunktet innehar ein breiare etisk kompetanse, men likevel ikkje gav omsorga pasientane var i behov for.

Det vil vere ei fagleg og skjønsmessig vurdering ved HLR-minus, og nettopp derfor vert dei etiske vurderingane særskild viktige, både ut i frå pasientens ynskjer og kva sjukepleiar vurderer som pasientens beste. Eit godt arbeidsmiljø med felles etisk forståing, der det er rom for etiske drøftingar, vil kunne gje ei betre samla vurdering av pasientens situasjon. I botn må dei yrkesetiske prinsippa, lovverk, ikkje skade-prinsippet liggje som grunnlag. At sjukepleiaren har ei viktig rolle for pasientar ved HLR- minus, kjem tydeleg fram i forskinga, og at reflekterte sjukepleiarar som kan yte omsorga pasientane er i trong for, krev kunnskap, kompetanse, erfaring og etiske vurderingar.

7.0 Referanseliste

- Aasen, S.E. (2020, 3. Januar). Helsebibloteket: Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Brinchmann, B.S. (Red.). (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Caring for the elderly. (Foto). Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest. https://quest.eb.com/search/132_3038534/1/132_3038534/cite
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Oslo: Gyldendal akademiske
- Engels, R., Graziani, C., Higgins, I., Thompson, J., Kaplow, R., Vettese, T. & Massart, A. (2020). Impact of Do-Not-Resuscitate Orders on Nursing Clinical Decision Making. *South medical journal*. 113(7), 330-336. DOI: 10.14423/SMJ.0000000000001112
- Haraldstad, I., S. & Førde, R. (2018). *Tidsskrift Norsk Legeforening: Vedtak om å avstå fra gjenoppliving i sjukehus*. doi: 10.4045/tidsskr.17.013
- Haugen, J.E. (2017). *Akuttmedisinsk sykepleie* (3.utg). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Heggestad, A. (2018). *Etikk i klinisk sykepleie*. Oslo: Det Norske samlaget
- Helsebiblioteket. (2020). Kritisk vurdering. Henta 24.03.21 frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutning ved begrenning av livsforlengende behandling*. (ISBN-nr. 978-82-8081-152-3). Henta frå <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Beslutningsprosesser>
- Helsepersonelloven. (2000). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Holtermann, M. (2018). Helsebiblioteket; *Hva er forskjellen på veileder, retningslinje, behandlingslinje og pasientforløp?* Henta 23.03.21 frå <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/hva-er-forskjellen-pa-veileder-retningslinje-behandlingslinje-og-pasientforlop>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup -om etikk og sanselighet i sykepleie* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe as
- Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5.utg). Oslo: Gyldendal juridiske.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2017). *Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse*. Almås, H (Red.). *Klinisk sykepleie* (5.utg, bind.1, s. 17 – 39). Oslo: Gyldendal akademiske.
- NSF. (2019). Yrkesetiske -retningslinjer. Henta 20.03.21 frå <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-12-63). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pettersson, M., Hedstrøm, M. & Høglund, A. (2014). Striving for good nursing care: nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care. *Nursing ethics*, 21(8), DOI: 10.1177/0969733014533238
- Pettersson, M., Hedstrøm, M. & Høglund, A. (2018). Ethical competence in DNR decisions - a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care. *BMC medical ethics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0300-7>
- Pettersson, M., Hedstrøm, M. & Høglund, A. (2020). The ethics of DNR-decisions in oncology and hematology care: a qualitative study. *BMC medical ethics*, 21(1), <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00508-z>

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Oversiktstabell av artiklar

Tittel, forfatter År	Hensikt	Utval	Metode, Datasamling	Resultat
Impact of Do-Not-Resuscitate Orders on Nursing Clinical Decision Making R, Engels., C, Graziani., I, Higgins., J, Thompson., R. Kaplow., T, Vettese & A, Massart, 2020	Hensikten med studien er å undersøke om HLR minus status påvirker «decision making» frå sjukepleiere.	Undersøkinga vart sendt på e-post til sjukepleiarar på to sjukehus og det var 368 sjukepleiarar som deltok. Sjukepleiarar som arbeidar med alvorleg sjuke pasientar, til dømes intensiv, vart ekskludert i undersøkinga.	Kvalitativ Anonym spørjeundersøkelse, Det vart nytta ei anonym spørjeundersøking ved bruk av nettverktøyet SurveyMonkey. Undersøkinga inneheldt fire mindre eksemplar på hendingar, etterfølgt av reflekterande spørsmål.	Det er mindre sannsynleg at sjukepleiarar tilkalle hjelp med forverring av helsetilstand. Omsorgs nivået til sjukepleiarar er uendret ved forverring av sjukdom.
Ethical competence in DNR decisions -a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care M, Pettersson., M, Hedstrøm & A, Høglund. 2018	Korleis sjukepleiarar og legar forstår begrepet etisk kompetanse for å ta eller være involvert i avgjersla ved HLR minus, men og korleis ferdighetar kan lærast og utviklast. Ein annan hensikt var å undersøkje kva rolle retningslinjene har i forhold til etisk kompetanse i HLR minus avgjersla.	Undersøkinga var det 15 sjukepleiarar og 16 legar som var informantar frå sju sjukehus i Sverige. Alle deltakarane var tilsette på onkologi og hematologi avdelingar..	Det var nytta en kvalitativ studie med individuelt intervju. Intervjua vart analysert ved hjelpa av tematiske innhaldsanalyse og gjennomført under skjerma forhold.	Sjukepleiarar og legar reflekterte over deira etiske kompetanse i henhold til HLR minus avgjersla og kva, men og korleis, den kan utvikles. Begrep i den etiske kompetansen er; være, gjøre og vite.

Tittel, forfatter År	Hensikt	Utval	Metode, Datasamling	Resultat
The ethics of DNR-decisions in oncology and hematology care: a qualitative study M, Pettersson., M, Hedstrøm & A, Høglund. 2020	Målet var å utforske kva etiske argument leger og sjukepleiarar bruker ved HLR minus avgjersla innan onkologi og hematologi.	216 legar og sjukepleiarar som jobbar på 16 onkologi og hematologi avdelingar i Sverige. Kommentaran e vart gjeven av 89 deltakarar, 46 sjukepleiarar og 43 legar.	Det er nytta ein kvalitativ metode, med grunnlag i 287 kommentarar i eit studiespesifikt spørjeskjema.	Deltakarane brukte situasjon basert etisk resonnement men og omsorgs etikk. Retningslinjer vart sett som problematiske. Sjukepleiarane meinte det var viktig å drøfte HLR situasjonar.
Tittel, forfatter År	Hensikt	Utval	Metode, Datasamling	Resultat
Striving for good nursing care: nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care M, Pettersson., M, Hedstrøm & A, Høglund. 2014	Hensikten med studien var å studere sjukepleiarens erfaringar og oppfatning av HLR minus statusar og få ein forståing for sjukepleiarens rolle i avgjersla ved HLR minus.	Artikkelen er ein kvalitativ forskning med individuelt intervju av 15 sjukepleiarar frå åtte avdelingar på fire sjukehus i Sverige.	Artikkelen er ein kvalitativ forskning med individuelt intervju.	Sjukepleiarar yte god sjukepleie ved å balansere og observere integritet og livskvalitet som viktige verdiar. Hindringar for god pleie var uklare og dårlege dokumenterte avgjersler, mangelfull informasjon til pasientar og pårørande og ueinigheit mellom omsorgspersonar og familie. Var ynskje om diskusjon om HLR minus avgjersla med pårørande (alle parter)

Tittel, forfatter År	Hensikt	Utval	Metode, Datasamling	Resultat
Vedtak om å avstå fra gjenoppliving i sjukehus. Invild Haraldstad Skårdal & Reidun Førde, 2018	Formålet med studien var å undersøke beslutningsprosessen ved vedtak om å avstå fra gjenoppliving og pasientgruppen der det er fattet et slikt vedtak.	Gjennomgang av 12522 innleggelsar. Det var nytta 363 pasientar med HLR minus status.	Kvantitativ retrospektiv journal gjennomgang.	Gjennomsnittsalder 83år, 30 dagars mortalitet 60%, to års mortalitet 15,2%. Maling sjukdom 71 år. Pasienten ynskja status HLR minus status sjølv. 32 tilfeller var ikkje dokumentert. Fleire damer enn menn med HLR minus status etter eige ynskje