



**PATIENTENS MÖJLIGHET ATT VARA DELAKTIG VID
STÄLLNINGSTAGANDE INFÖR BESLUT OM HJÄRT-
LUNGRÄDDNING**

En litteraturöversikt

**THE PATIENT'S OPPORTUNITY TO PARTICIPATE IN DECISION-
MAKING REGARDING CARDIOPULMONARY RESUSCITATION**

A literature review

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2023-10-27

Kurs: H21SK

Författare: Amanda Nilsson

Författare: Lisa Munkby

Handledare: Camilla Tomaszewski

Examinator: Sissel Gleissman

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Ställningstagande till hjärt-lungräddning (HLR) innebär att utifrån ett medicinskt perspektiv väga nyttan av behandling mot riskerna som detta medför, samtidigt som patientens vilja tas i beaktande. Patienten kan behöva stöttning för att kunna vara delaktig i beslut kring den egna vården och det är sjuksköterskans uppgift att vägleda patienten i detta. Med hjälp av sjuksköterskan kan den existentiella hälsan främjas genom samtal om livet och synen på döden och lidandet. För att öka förståelsen och kunskapen kring dessa beslut finns det ett behov av att belysa patientens möjlighet att vara delaktig.

Syfte

Syftet var att belysa patientens möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande inför beslut om hjärt-lungräddning (HLR) vid inneliggande sjukhusvård.

Metod

Designen var en icke-systematisk litteraturoversikt och resultatet utformades med stöd i 15 vetenskapliga artiklar. Databaserna PubMed och CINAHL med hjälp av söktermer och artiklarna i resultatet kvalitetsgranskades utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag. En integrerad dataanalys genomfördes för sammanställning av resultatet.

Resultat

Utifrån resultatets innehåll utformades tre huvudkategorier; *Kunskap kring hjärt-lungräddning vid ställningstagande*, *Tydlig dokumentation och tidig information om ställningstagande* och *Individuell diskussion med ansvarig läkare vid ställningstagande*. Resultatet visade att de flesta patienter ville vara delaktiga i ställningstagande inför beslut om HLR, däremot var det många som inte fick chansen. Resultatet lyfte omständigheter och orsaker till detta samt hur vi kan inkludera patienter.

Slutsats

I vissa fall väljer vårdpersonal att exkludera patienten från ställningstagande. Studiens resultat betonar hur brist på delaktighet kan orsaka onödigt lidande för patienten och att detta med olika medel kan förhindras. Framför allt belyste studien en ökad möjlighet att vara delaktig när patienten får tidig information, det finns tydlig dokumentation och en god inställning till patientdeltagande hos vårdpersonal.

Nyckelord: Delaktighet, Hjärt-lungräddning, Lidande, Personcentrerad vård, Självbestämmande

ABSTRACT

Background

Decision-making regarding cardiopulmonary resuscitation (CPR) involves assessing the medical benefits and associated risks, while also considering the patient's preferences. Patients may require support to actively participate in decisions about their healthcare, and it is the nurse's responsibility to guide the patient in this process. With the assistance of a nurse existential well-being can be promoted through discussions about life and perspectives on death and suffering. To enhance understanding and knowledge of these decisions, there is a need to highlight the patient's opportunity for involvement.

Aim

The aim was to illuminate the patient's opportunity to be involved in decision-making regarding cardiopulmonary resuscitation (CPR) during inpatient hospital care.

Method

The design was a non-systematic literature review and the results were formulated with the support of 15 scientific articles. Data collection was conducted in the PubMed and CINAHL databases using search terms and the articles in the results were quality-assessed based on Sophiahemmet University's assessment criteria. An integrated data analysis was performed for the compilation of the results.

Results

Based on the content of the results, three main categories were formulated: *Knowledge about cardiopulmonary resuscitation in decision-making*, *Clear documentation and early information about decision-making* and *Individual discussions with the attending physician in decision-making*. The results indicated that most patients want to be involved in decision-making regarding CPR however, many did not get the opportunity. The results highlighted circumstances and reasons for why and how we can include patients.

Conclusions

In certain instances, healthcare professionals choose to exclude the patient from decision-making. The findings of the study emphasize how this lack of involvement can lead to unnecessary suffering for the patient and how it can be prevented through various measures. Most notably, the study illuminated an enhanced potential for participation when the patient receives early information, there is clear documentation and healthcare personnel exhibit a positive attitude towards patient involvement.

Keywords: Participation, Cardiopulmonary resuscitation, Suffering, Person-centered care, Self-determination

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Självbestämmande inom hälso- och sjukvården	1
Hälsa och existentiell hälsa	1
Hjärt-lungräddning (HLR) och etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning.....	2
Sjuksköterskans professionella ansvar vid ställningstagande till HLR	3
Personcentrerad vård	4
Delaktighet	4
Teoretisk utgångspunkt	5
Problemformulering	5
SYFTE	6
METOD	6
Design.....	6
Urval.....	6
Datainsamling.....	7
Kvalitetsgranskning.....	10
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	12
Kunskap kring hjärt-lungräddning vid ställningstagande	12
Tydlig dokumentation och tidig information om ställningstagande	13
Individuell diskussion med ansvarig läkare vid ställningstagande	15
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion.....	21
Slutsats.....	23
REFERENSER	25

BILAGA A-B

INLEDNING

År 2019 dog ungefär 8,9 miljoner människor i världen av ischemisk hjärtsjukdom, vilket motsvarar 16 procent av alla världens dödsfall det året (World Health Organization [WHO], 2020). Det är inte självklart att alla dessa människor har fått vara delaktiga i att besluta om de ska få återupplivande insatser. I Sverige räddas en person genom hjärt-lungräddning (HLR) var sjätte timme (Svenska Hjärt-Lungräddningregistret, 2023). Enligt kompetensbeskrivningen (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2023) ansvarar den legitimerade sjuksköterskan för att vården sker i samråd med patienten samtidigt som förutsättningar för patientens delaktighet skapas. Ett intresse kring att synliggöra patienters möjlighet att vara delaktig i ställningstagande inför beslut om HLR uppkom när en utav författarna, på sin arbetsplats, kom i kontakt med de utmaningar som finns inom området.

BAKGRUND

Självbestämmande inom hälso- och sjukvården

För att uppfylla kraven på en god vård säger Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 2017:30, 5 kap, 1 §) att vården bland annat ska bedrivas med respekt för patientens självbestämmande. Autonomi kan uppnås när sjuksköterskan respekterar patientens självbestämmande, önskingar och egna beslut kring sin vård (Sandman, 2019, s. 270–271). Utifrån ett konsekvensetiskt perspektiv kan det innebära att patienten tillåts fatta egna beslut så länge det ger goda resultat (Sandman, 2019, s. 270–271). Autonomi är synonymt med den fria viljan som enbart kan utövas när patienten får alla alternativ presenterade för sig (Teixeira & Cardoso, 2019). Kommunikation är därmed en förutsättning för beslutsfattande. Att respektera patientens autonomi är däremot inte detsamma som att vårdpersonalen behöver hålla med eller helt rätta sig efter dennes vilja (Teixeira & Cardoso, 2019). Patienten ska kunna agera självständigt och vården ska anpassas utifrån patientens egna beslut och önskemål men det bör också finnas gränser för hur mycket patienten får påverka (Sandman, 2019, s. 271).

I en studie av Samartini och Cândido (2021) uppmärksammas det att om äldre patienter får vara med och påverka sin vård kan deras livskvalitet och välbefinnande bevaras. Om vårdpersonal respekterar autonomi kan de äldre uppleva att de får vara med och påverka deras liv, vilket är en betydelsefull del i åldrandets process. Samartini och Cândido (2021) menar även att när autonomi är en del av omvårdnaden kan det leda till goda konsekvenser för äldres hälsa.

Hälsa och existentiell hälsa

WHO definierade tidigare hälsobegreppet som fysisk, psykisk och social hälsa (Dhar et al., 2013). Begreppet fick sedan ännu en dimension genom att även existentiell hälsa inkluderades. Definitionen av existentiell hälsa är i grunden hur vi tänker, vad vi känner och hur detta påverkar hur vi agerar. Uppfattningen kring den existentiella hälsan har betydelse för hur den fysiska, psykiska och sociala hälsan upplevs. Precis som när det handlar om dessa andra dimensioner av hälsa så är det möjligt att själv påverka den existentiella hälsan. Dhar et al. (2013) menar att detta kan göras genom samtal om livet och hoppet inför framtiden likväl som att det kan röra människans syn på döden och lidandet. Samtal kring denna typ av frågor kan upplevas svåra men sjuksköterskor i en studie av Stenman et al. (2023) betonar samtidigt vikten av att våga välkomna samtalen.

Att reflektera kring dessa frågor kan i sin tur skapa förutsättningar för god livskvalitet även vid svår sjukdom eller när en människa ställs inför livsavgörande beslut (Stenman et al., 2023). Ett sådant livsavgörande beslut skulle kunna vara ett ställningstagande inför beslut om HLR.

Hjärt-lungräddning (HLR) och etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning

Att utföra HLR innebär att rädda hjärtat och lungans funktion vid hjärtstopp genom att återfå spontan cirkulation och andningsfunktion (Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt-lungräddning [SLS, SSF & HLR-rådet], 2021). Vid HLR används bröstkompressioner och inblåsningar, om möjligt även syrgas, läkemedel och defibrillering.

Ställningstagande till HLR innebär att utifrån ett medicinskt perspektiv väga nyttan av behandling mot riskerna som detta medför, samtidigt som patientens vilja tas i beaktande (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). De allra flesta värderar livet mycket högt vilket gör att människan i händelse av sjukdom önskar behandling som förlänger livet, dock inte oberoende vad priset för överlevnad kan innebära.

Aspekter vid ställningstagande till HLR

När beslut om HLR fattas tas hänsyn till vilka risker behandlingen medför och hur behandlingen kommer att påverka patienten (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). Även prognostiska faktorer, aspekter kopplade till livskvalitet och hur patienten själv ställer sig till behandling sett utifrån existentiella, kulturella samt religiösa perspektiv tas i beaktning vid ställningstagande. Denna bedömning är alltså individanpassad (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). Gällande exempelvis åldersfaktorn visar statistik att äldre patienter mer sällan överlever HLR (Aune et al., 2011). Det ses däremot ingen signifikant skillnad mellan hög och låg ålder när det kommer till överlevnad med god neurologisk funktion. Enbart hög ålder kan därmed aldrig vara tillräckligt för att välja att avstå från HLR (Aune et al., 2011).

Enligt en svensk studie går det att utläsa en förbättring kring prognosen för personer som fått HLR under de senaste åren (Hessulf et al., 2018). Patienter som blev återupplivade på sjukhus år 2018 hade en överlevnad på 35 procent de första 30 dagarna och största andelen av dessa patienter överlevde i åtminstone ett år (Hessulf et al., 2018). När HLR däremot inte anses gynna patienten ska ansvarig läkare ta ställning till att avstå, ett beslut som ska baseras på medicinska grunder (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). Anledningar till att avstå från HLR är om den förväntade överlevnaden är kort eller om patienten har allvarlig obotlig cancer, grov hjärnskada alternativt svår minnessvikt som leder till att vara beroende av andra (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). I en artikel av Wee et al. (2017) om HLR från ett patientperspektiv lyfts flera risker med att genomgå HLR. Riskerna kan bland andra vara revbensfraktur och sternumfraktur (Wee et al., 2017).

När patienten är i livets slutskede kan HLR dra ut på processen och förvärra situationen i stället för att låta patienten somna in fridfullt (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). I de fall då beslutet blir "Ej HLR" bör beslutet vara fattat utifrån en vilja att lindra lidandet hos patienten. Vid hjärtstopp och därmed upphörd cirkulation finns risk att skador uppstår och att det liv som väntar patienten efter återupplivning består av funktionsnedsättningar som på olika sätt kan medföra försämrad livskvalitet (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). Enligt en studie av Haydon et al. (2017) gjord på personer som genomgått HLR ansågs livskvaliteten ligga på en acceptabel nivå efter behandling. En del överlevare beskrev dock nytillkomna problem i form av psykisk ohälsa och kognitiva besvär till följd av återupplivningen (Haydon et al., 2017). I vissa fall är HLR inte möjligt eller bör avslutas om det har

påbörjats (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). Det kan vara om det upptäcks att HLR inte är gynnsamt för patienten, om patienten redan är avliden eller att fortsatt HLR anses vara utan framgång. Ytterligare en anledning är om ett aktuellt ställningstagande till "Ej HLR" upptäcks (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021).

Dokumentation och information till patient och närstående

Vid ställningstagande till HLR är information till patient och närstående en betydelsefull del, samtalet bör lyfta både för- och nackdelar (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). För att patienter ska anses ha beslutsförmåga behöver de vara i förstånd att ta egna beslut och ha möjlighet att ta till sig information. Av respekt för patientens självbestämmande behövs patientens tillåtelse för att informera närstående om beslut gällande HLR. Om patienten önskar finns det möjlighet för närstående att vara närvarande vid samtalet. Närstående har dock en mer uttalad roll i de fall då patienten saknar beslutsförmåga eller befinner sig i ett palliativt skede (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021).

Som vårdgivare finns en förförståelse kring ämnet och informationen bör anpassas utifrån patientens förmåga och språkförståelse samt ske på en avskild plats (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). I en studie av Löfmark & Nilstun (2000) uttryckte sig nästan alla patienter positivt gällande samtal kring HLR och ansåg att öppna konversationer var att föredra. Däremot kan patienten alltid välja att avstå från att vara delaktig i samtalet och lämna över beslutsfattandet till läkaren (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). I dessa fall ska det ha varit på patientens efterfrågan och är det inte det bör läkaren vara lyhörd till patientens önskan. Ställningstagande till HLR ska alltid finnas dokumenterat i patientjournalen tillsammans med en motivering till varför HLR avstås, om så är fallet. Varje arbetsplats bör ha rutiner kring journalföring av beslut så att informationen är tydlig för alla involverade parter. Om det finns beslut om "Ej HLR" ska detta omprövas regelbundet för att det ska kunna framstå som ett aktuellt beslut. Skäl att ompröva beslutet är vid ankomst till sjukhus, byte av vårdavdelning eller inom primärvården, för det sistnämnda främst vid vård i hemmet. Vid avsaknad av ett aktuellt beslut ska HLR alltid påbörjas och det ska därför alltid ske om patientens vilja kring återupplivning är okänd. Det finns därför en risk att HLR utförs mot patientens önskan. Detta motiverar varför det ska finnas aktuella beslut gällande HLR. Enligt de etiska riktlinjerna för HLR bör ställningstagandet tas efter dialog mellan läkare, patient och dem som känner patienten bäst. Här har sjuksköterskan en betydelsefull roll (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021).

Sjuksköterskans professionella ansvar vid ställningstagande till HLR

Sjuksköterskans kompetensbeskrivning omfattar sex centrala områden (SSF, 2023). De centrala områdena är evidensbaserad vård, förbättringskunskaper för kvalitetsutveckling, samverkan i team, personcentrerad vård, informatik och säker vård. Kärnan i sjuksköterskans ansvarsområde är omvårdnad och genomsyras av ett etiskt förhållningssätt. Omvårdnaden ska bedrivas med respekt för människors värderingar, tro, integritet, värdighet och självbestämmande. Patienten kan behöva stöttning för att kunna vara delaktig i beslut kring den egna vården och det är sjuksköterskans uppgift att stötta, informera samt vägleda patienten i detta. Ett exempel på när sjuksköterskan behöver stötta patienten i sin vård är när patienten ställs inför frågor om livets slutskede, detta kan vara vid ett ställningstagande inför beslut om HLR. Sjuksköterskan behöver därför vara lyhörd och ha förmågan att framhäva patientens perspektiv vilket underlättas av en god relation mellan sjuksköterska och patient (SSF, 2023).

En annan betydande del av sjuksköterskans ansvarsområde är informatik (SSF, 2023). Med detta menas att kunna anpassa information utifrån patientens förutsättningar gällande bland annat kommunikation, kognitiva, fysiska och psykiska behov. Det behöver även finnas kunskap om innebörden av diskriminerande faktorer som ålder, kön, etnicitet, religion, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller annan sjukdom. För att kunna bedriva en inkluderande och jämlik vård behöver sjuksköterskan ta hänsyn till dessa faktorer och arbeta för att inkludera alla patienter och anpassa samtal utifrån varje individ (SSF, 2023).

Personcentrerad vård

En personcentrerad vård ger patienten möjlighet att få vara delaktig och påverka sin vård (Epstein & Street, 2011). Vården ska inte vara en börda för patienten utan den ska vara vårdande och hälsofrämjande, vilket Epstein och Street menar att den personcentrerade vården kan bidra med. Personcentrerad vård innebär att se personen i fråga och inte bara en patient (Westphal et al., 2016). Patientens upplevelse av vården bör uppmärksammas och respekteras (Dhar et al., 2013). Till patientens upplevelse hör inte bara den fysiska och psykiska hälsan utan även den existentiella hälsan. Därmed bör den personcentrerade vården tillgodose även denna dimension av hälsa (Dhar et al., 2013). Vården behöver anpassas utifrån varje individ eftersom alla människor har individuella behov, resurser och förväntningar kring sin vård (SSF, 2023). För att upprätthålla patientens värdighet och integritet bör den personcentrerade vården utgå från ett partnerskap mellan vårdpersonal och patient. Med en ömsesidig respekt från båda parter där kunskap kan utväxlas kan en god och säker vård formas (SSF, 2023).

Delaktighet

Delaktighet utgör en del av den personcentrerade vården då det är individens egen uppfattning om liv och hälsa samt ohälsa som är utgångspunkten (SSF, 2023). Delaktighet i vårdsammanhang syftar till att patienten, i största möjliga mån och utefter egen vilja och förmåga, ska vara involverad i beslut och utförande av den egna vården (SSF, 2023). Detta betonas även i Patientlagen [PL] som säger att "Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utföras och genomföras i samråd med patienten" (SFS 2014:821, 5 kap, 1 §).

I en studie av Jiang et al. (2021) har det framgått att delaktighet är en förutsättning för att kunna säkerställa god vårdkvalitet. Det framgår även att patienter idag har en stärkt position i vårdrelationen och att vårdtagare har gått från passiva deltagare till informerade och mer aktiva parter gällande den egna vården (Jiang et al., 2021). Patienten kan vara delaktig i sin vård på olika sätt, både genom beslutsfattande och i det faktiska utförandet (SSF, 2023). Gällande beslutsfattande används idag ofta delat beslutsfattande (Sandman, 2019, s. 271, 275). Detta innebär att patientens erfarenheter och åsikter vägs in precis som sjuksköterskans professionella bedömning och beslut fattas sedan gemensamt. Patientens förmåga att delta är en förutsättning för delaktighet. En försvärande faktor är när denna förmåga saknas då det finns en risk att vårdkvaliteten blir ojämlig (Sandman, 2019, s. 271, 275).

Teoretisk utgångspunkt

Det finns tydliga kopplingar mellan det som omgärdar ett ställningstagande till HLR, så som etik och lidande, och Katie Eriksson caritativa vårdteori. Teorin kretsar kring begreppet hälsa vilket ofta relateras till friskhet, sundhet och välbefinnande (Eriksson, 2018, s. 151). För detta arbete är de mest intressanta perspektiven hälsobegreppet satt i förhållande till lidande och vårdande i form av delande.

Den lidande människan

Eriksson (2018, s. 367) menar på att lidandet hör samman med hälsan, helheten, och att det finns flera sorters lidande som delas in i olika kategorier. *Sjukdomslidande* är ofta relaterat till en diagnos eller till konsekvenser som uppstår till följd av behandling medan *vårdlidande* representerar upplevelser av kränkning eller maktobalans i vårdrelationen (Eriksson, 2018, s. 384–394). Ett vårdlidande kan även orsakas av direkt brist på etik i vårdrelationen. *Livslidande* benämns i sin tur som tidigare upplevelser som påverkat personens existens, det egna livet likväl som döden och att välja icke liv. Livslidandet kan relateras till ett hot om förintelse i form att vara medveten om att döden närmar sig men utan vetskap om exakt när detta kommer att ske. Likaså en rädsla kring att inte bli sedd som individ. Dessa känslor av rädsla varvas med människans naturliga vilja att leva och att fortsätta kämpa för liv (Eriksson, 2018, s. 384–394).

Hälsa och lidande kan samexistera men det bör förtydligas att hälsa är något subjektivt och att fokus vid omvårdnad ska vara att lindra och göra lidandet uthärdligt (Eriksson, 2018, s. 395–397). All typ av lidande är inte möjligt att ta ifrån en människa men när det är möjligt finns det en del erfarenhet kring hur detta bör göras. En del i det lindrande arbetet är att bjuda in patienten och få denne att känna sig delaktig och hörd samt att vara öppen i kommunikationen. En välinformerad och delaktig patient känner ofta mindre oro och upplevelsen av lidande blir därmed mindre påtaglig (Eriksson, 2018, s. 395–397).

Vårdande i form av delaktighet

Att tillsammans med patienten vara en del av samma helhet är enligt Eriksson (2018, s. 263–265) en del av vårdandets process. Hon lyfter delaktighet som något som förekommer i otaliga former och som varierar från situation till situation. Eriksson menar på att det kan röra sig om ett delande av enskilda tankar men det kan även omfatta en människas hela livssituation. Vidare består delandeprocessen ofta av någon slags kommunikation eller interaktion mellan människor och delaktigheten kan i bästa fall bidra till att framkalla en känsla av befrielse hos patienten (2018, s. 263–265).

Problemformulering

Vid inneliggande sjukhusvård behöver ansvarig läkare ta ställning till om beslut om “Ej HLR” ska fattas. Detta ställningstagande är komplext både utifrån ett medicinskt och ett etiskt perspektiv. Trots att ett beslut om HLR är medicinskt ska hänsyn tas till patientens önskemål och värderingar. Patienter bör i största möjliga mån vara delaktiga i sin vård utifrån egen vilja och förmåga. Att inte få vara delaktig kan bidra till att ett lidande uppstår, att däremot ges möjlighet att vara delaktig kan ses som vårdande. Delaktighet har betydelse i livets alla skeden, detta inkluderar även dödsprocessen där beslut kring HLR kan förekomma. Inom den personcentrerade vården är det individens uppfattning om liv och hälsa samt ohälsa, alltså dennes existentiella hälsa, som är utgångspunkten. För att upprätthålla patientens värdighet och självbestämmande bör därför den personcentrerade

vården utgå från ett partnerskap mellan vårdpersonal och patient. Enligt de etiska riktlinjerna tas beslut gällande HLR allt för ofta utan att patient och närstående inkluderas. Vårdpersonalens inställning är inte alltid densamma och heller inte utförandet av samtalet. För att bidra till förståelsen och öka kunskapen kring dessa beslut finns ett behov av att belysa patientens möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande inför beslut om HLR vid inneliggande sjukhusvård.

SYFTE

Syftet var att belysa patientens möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande inför beslut om hjärt-lungräddning (HLR) vid inneliggande sjukhusvård.

METOD

Design

En icke-systematisk litteraturöversikt valdes som design. En litteraturöversikt är en sammanställning av den kunskap som finns tillgänglig inom ett omvårdnadsrelaterat område (Friberg, 2022b, s. 185). Den icke-systematiska litteraturöversikten skiljer sig från den systematiska litteraturöversikten då den systematiska ställer högre krav på omfattningen av litteratursökningen (Friberg, 2022b, s. 185). En systematisk litteraturöversikt inkluderar all data inom det valda forskningsområdet vilket i sin tur genererar ett resultat av högre kvalitet (Kristensson, 2014, s. 151). Utifrån förutsättningar och tillgängliga resurser vid skrivandet av en kandidatuppsats lämpar sig en icke-systematisk litteraturöversikt (Friberg, 2022b, s. 187–188). Arbetsprocessen är strukturerad liksom vid den systematiska litteraturöversikten men däremot på en lägre nivå (Friberg, 2022b, s. 187–188). Genom att studera den befintliga kunskapen inom området skapades förutsättningar att belysa patientens möjligheter vilket i sin tur besvarade arbetets syfte.

Urval

Enligt Kristensson (2014, s. 18) är inklusions- och exklusionskriterier samt avgränsningar nödvändiga för att säkerställa att det finns en relevans för studiens syfte likväl som att sökningen ska vara reproducerbar. I denna litteratursökning har därmed ett antal avgränsningar gjorts där förutbestämda kriterier har använts vid val av artiklar.

Avgränsningar

Syftet med att avgränsa en litteratursökning är att generera ett så relevant sökresultat som möjligt (Kristensson, 2014, s. 161–162). Avgränsningarna utgör en initial grund att utgå från vid fortsatt sökning och dessa består ofta av tidsintervall, om artikeln är granskad och det valda språket.

Initialt avgränsades litteratursökningen till tio år. För att minimera risken för bortfall av relevant data fanns en inställning om att vara fortsatt öppna för artiklar utgivna utanför den tidsramen. Detta innebar att avgränsningen blev år 2013 till 2023, samtidigt som relevanta artiklar publicerade innan år 2013 kunde tas med vid behov. Enligt Kristensson (2014, s. 162) bör tidsramen för litteratursökning anpassas efter syftets utformning och kan därmed sträcka sig längre tillbaka i tiden om detta anses nödvändigt. Artiklar som är granskade av

personer med kunskap och inblick i forskningsområdet kallas peer-reviewed (Kristensson, 2014, s. 157). Detta användes som en ytterligare avgränsning, vilket medförde ökad tillförlitlighet och kvalitet hos sökresultaten (Kristensson, 2014, s. 157). Östlundh (2022, s. 102) menar att vetenskapliga artiklar oftast är skrivna på engelska. Eftersom detta är ett språk som behärskas så valdes detta som avgränsning.

Inklusionskriterier

När avgränsningarna är genomförda kan sökresultatet smalnats av ytterligare med hjälp av inklusionskriterier (Friberg, 2022c, s. 53). Artiklarna väljs ut med hjälp av kriterier som styrs utifrån syftet för att anses vara lämpliga för studien.

Enbart vetenskapliga originalartiklar inkluderades. Originalartiklar är primärkällor och därmed är innehållet i dessa artiklar förstahandsinformation (Kristensson, 2014, s. 157). Alla artiklar med forskning gjord på personer över 18 år, oavsett kön, inkluderades. För att sökresultaten skulle vara av relevans för arbetets syfte inkluderades artiklar som belyser patientens möjlighet. Vidare inkluderades även artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats för att få en mer nyanserad uppfattning av det valda forskningsområdet. Kristensson (2014, s. 115) menar på att båda perspektiven är nödvändiga när det rör sig om forskning inom hälso- och sjukvården.

Exklusionskriterier

För att förhindra att artiklar som saknar relevans för syftet kommer med vid datainsamlingen används exklusionskriterier (Friberg, 2022c, s. 53). Dessa kriterier kan ge stöd i arbetet med att välja bort material och underlätta i att komma framåt med litteratursökningen.

En exklusion som gjordes var barn och ungdomar under 18 år mot bakgrund av att patienten ska ha förutsättningar att vara delaktig i beslut kring den egna vården. Av samma anledning exkluderades patienter med oförmåga att fatta informerade beslut, exempelvis patienter med gravt nedsatt kognitiv förmåga eller patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Artiklar med en koppling till covid-19 hade ett för specifikt fokus och exkluderades för att kunna framhäva ett mer övergripande perspektiv. Likaså exkluderades artiklar där det redan i titeln fanns ett tydligt fokus på ett specifikt religiöst perspektiv. Detta för att kunna presentera en så objektiv litteraturöversikt som möjligt. Artiklar som inte studerat inläggande sjukhusvård exkluderades. Denna litteraturöversikt ska baseras på originalartiklar och därför exkluderades dessutom översiktsartiklar som enligt Kristensson (2014, s. 151) är en sammanställning av resultatet från andra studier.

Datainsamling

Syftet med datainsamling är att ta fram litteratur av relevans för studien (Kristensson, 2014, s. 157). Enligt Kristensson (2014, s. 20) går processen ut på att redogöra för hur litteratursökningen har genomförts och vilka databaser som använts. Dessutom beskriver datainsamlingen hur sökstrategin utvecklades och tillvägagångssättet vid val av litteratur (Kristensson, 2014, s. 20). Litteratursökningen för denna studie påbörjades i september år 2023. Databassökning genomfördes systematiskt i två olika databaser, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och Public Medline (PubMed). Databaserna innehåller artiklar som fokuserar på olika områden, CINAHL har fokus på omvårdnadsrelaterat innehåll medan PubMed är mer inriktad på medicin (Östlundh, 2022, s. 88–89). Detta gjorde att de lämpade sig för att finna användbara artiklar för ändamålet.

I enlighet med Kristensson (2014, s. 158–162) delas datainsamlingsprocessen upp i olika moment med syftet att underlätta arbetet på grund av dess omfattning. Momenten bestod av tre delar där första steget var att utforma en sökstrategi där syftet användes som utgångspunkt. I detta led var fokus att fundera kring vad som letades efter. På så sätt kunde lämpliga sökord identifieras med hjälp av exempelvis Svensk MeSH, vilket står för Medical Subject Headings. Flera sökord identifierades utifrån studiens syfte med hjälp av begreppen hjärt-lungräddning, beslut, delaktighet och patient, se tabell 1. Enligt Kristensson (2014, s.161) är det möjligt att använda sig av booleska operatorerna OR, AND och NOT med syftet att kunna kombinera termerna i olika konstellationer. Sökningar genomfördes därmed med hjälp av booleska operatörer med avsikt att utöka eller begränsa sökningarna. På samtliga sökningar applicerades de valda avgränsningarna.

I nästa steg inleds själva sökningen, då behöver materialet värderas utifrån mängd och tillämplighet (Kristensson, 2014, s. 162–163). Enligt Kristensson (2014, s. 162-163) behövs en eventuell korrigerande av sökord och avgränsningar för att få fram ett mer avsmalnat resultat som stämmer överens med syftet. Sökningarna redovisades slutligen i en tabell, dels för att läsaren ska kunna värdera sökningarnas relevans men också för att det ska vara möjligt att reproducera sökningen.

Första sökningen gjordes via databasen PubMed, MeSH-termerna *resuscitation order* och *patient participation* inkluderades i sökningen och *covid* samt *dementia* exkluderades. Booleska operatorerna AND och NOT användes för att kombinera termerna i sökningen. Filter som användes var att artiklar skulle finnas i fulltext, vara skrivna på engelska och vara publicerade de senaste tio åren.

Andra sökningen utfördes, även denna i PubMed, och denna gång användes MeSH-termerna *cardiopulmonary resuscitation* och *decision making, patient*. Detta följt av *covid* och *dementia* som exkluderade termer. Samma booleska operatörer användes och avgränsningarna var samma som vid den första sökningen.

Tredje sökningen gjordes via databasen CINAHL med syftet att kunna jämföra utbudet i de olika databaserna. CINAHL Subject Headings *resuscitation orders* och *Decision Making, Patient* användes tillsammans med *covid-19* och *dementia* i sökningen, även här användes AND och NOT. Sökningen gjordes i avancerad sökning där filter applicerades i form av peer-reviewed, fulltext, engelska och avgränsning till de senaste tio åren. Via artiklar som framkom i sökningen gjordes en vidare sökning genom funktionen “Find Similar Results”, där ytterligare sju artiklar ansågs vara av intresse. Dessa presenterades i tabellen under “manuell sökning”.

I datainsamlingsprocessens sista steg görs en första grovsällning innan artiklarna granskas i sin helhet (Kristensson, 2014, s. 164). Mot bakgrund av detta gjordes en grovsällning där det i första steget granskades titlar, för att kunna sälla bort och välja ut artiklar av intresse. Samma artiklar dök upp i en del sökningar vilket ledde till att dubletter exkluderades. I nästa steg gjordes, i enlighet med Östlundh (2022, s. 101), en ytterligare bedömning kring artikelns relevans med hjälp av ämnesorden och genomgång av artikelns abstrakt. För att underlätta granskning och kunna markera intressanta och betydelsefulla delar så skrevs valda artiklar ut i fulltext. Artiklarna inkluderades i litteraturöversikten utifrån bestämda inklusionskriterier och relevans för syftet. Slutligen delades artiklarna upp för att fastställa innehåll och relevans inför kvalitetsgranskningen och dataanalysen.

Tabell 1. Presentation av databassökning

Datum Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
9/9 PubMed Sökning 1	resuscitation order [MeSH Terms] AND patient participation [MeSH Terms] NOT covid [MeSH Terms] NOT dementia [MeSH Terms]	Senaste 10 åren Engelska Fulltext	25	15	6	6
9/9 PubMed Sökning 2	cardiopulmonary resuscitation [MeSH Terms] AND decision making, patient [MeSH Terms] NOT covid [MeSH Terms] NOT dementia [MeSH Terms]	Senaste 10 åren Engelska Fulltext	14	11	2	2
11/9 CINAHL Sökning 3	resuscitation orders AND Decision Making, Patient NOT covid-19 NOT dementia	Senaste 10 åren Engelska Fulltext Peer-reviewed	69	43	2	2
Manuell sökning*			7	7	7	5
TOTALT			237	117	21	15

*** Manuell sökning**

Via funktionen "Find Similar Results" i databasen CINAHL identifierades sju artiklar som ansågs kunna vara av relevans för syftet. Två av dessa artiklar sållades sedan bort efter granskning av dess helhet vilket innebar att fem artiklar återstod till resultatet: Bardach et al. (2017); Elliott & Olver (2011); Hiestand & Beaman (2019); Jensen et al. (2013); Sterpu et al. (2019).

Kvalitetsgranskning

Kvaliteten hos vetenskapliga artiklar kan variera från låg till hög och för att kvalitetssäkra en studies resultat krävs därmed en noggrann granskning (Kristensson, 2014, s. 164–166). Målet med granskningen är att generera en så hög kvalitet som möjligt hos de artiklar som tas med i resultatet. Initialt bör artiklarnas abstrakt genomgå en granskning, följt av att artikeln läses i fulltext som ett ytterligare steg i sällningsprocessen (Kristensson, 2014, s. 164–166). Friberg (2022a, s. 175–176) menar att sällningsprocessen medför att artiklar av låg kvalitet kan sorteras bort. Enligt Kristensson (2014, s. 164–166) möjliggör granskningen dessutom en bedömning av artikelns trovärdighet och upptäckt av eventuell bias. Slutligen genomgår samtliga kvarvarande artiklar en mer utförlig granskning av helheten för en sammanfattad kvalitetsbedömning. När bedömningen genomförs används en mall som utgångspunkt för att underlätta processen och säkerställa en systematisk granskning (Kristensson, 2014, s. 164–166).

I denna studie användes ett bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering och kvalitet för studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats. Detta bedömningsunderlag är framtaget av Sophiahemmet Högskola utifrån Berg et al. (1999) och Willman et al. (2016). Underlaget, se bilaga A, består av frågor och kriterier som används som utgångspunkt vid kvalitetsbedömningen. Dessa skiljer sig åt beroende på vilken typ av studie som avses, exempelvis om det är en kvalitativ eller en retrospektiv studie som granskas. Bedömningsunderlaget är graderat i tre nivåer bestående av hög kvalitet (I), medel (II) och låg kvalitet (III).

Enligt granskningsprocessen beskriven av Kristensson (2014, s. 164–166) inleddes processen med att granska abstrakt i syfte att kunna välja ut artiklar som värderades högt nog att läsas i sin helhet. Artiklarna lästes i fulltext och det gjordes sedan en individuell bedömning av kvaliteten utifrån de frågor och kriterier som ingår i mallen. Ställningstagande tas till om artiklarna stämmer helt, delvis eller inte alls med mallen (Kristensson, 2014, s. 164–166) för att sedan graderas med I, II eller III. När samtliga artiklar hade lästs jämfördes och diskuterades de individuella bedömningarna för att säkerställa samsyn gällande kvaliteten. Enligt Friberg (2022a, s. 175–176) förutsätter en god kvalitetsbedömning att författarna har ett kritiskt förhållningssätt vid granskning.

Processen dokumenteras för att till sist kunna redovisa antalet artiklar som lever upp till kvalitetskraven (Kristensson, 2014, s. 164–166). Sammanlagt inkluderades 15 originalartiklar i denna litteraturöversikt som placerades i en matris, se bilaga B. Dessa markerades även med en asterisk (*) i referenslistan.

Dataanalys

En dataanalys genomförs med syftet att redogöra för hur det insamlade materialet har bearbetats (Kristensson, 2014, s. 21). Denna redogörelse bör innefatta hur artikelgranskningen gick till, antalet artiklar som granskades och hur relevansen säkerställdes hos de valda artiklarna (Kristensson, 2014, s. 164–166).

En integrerad analys användes för sammanställning av resultatet. Enligt Kristensson (2014, s. 174) anses denna typ av analys vara fördelaktig vid en litteraturöversikt, då valda artiklar kan ställas i relation till varandra för att uppnå en överskådlig presentation av materialet. För att möjliggöra granskning och utvärdering av resultatet användes 15 vetenskapliga

artiklar. Till en början delades materialet upp innan det lästes igenom upprepade gånger för en god överblick kring dess innehåll. Därefter diskuterades innehållet för att kunna bedöma dess relevans. Den integrerade analysen utfördes sedan utefter de steg som enligt Friberg (2022b, s. 193–196) används för sammanställning i en litteraturöversikt. Först sammanställdes materialet i en matris innan en jämförelse av artiklarnas likheter och skillnader utfördes. Huvudkategorier och subkategorier identifierades utifrån matrisen och låg sedan till grund för hur resultatet utformades. Slutligen framställdes resultatet av det analyserade materialet i syfte att skapa en beskrivande presentation.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden ska vara genomgående vid utförande av studier för att kunna säkerställa en god etik (Kristensson, 2014, s. 49–55). Det etiska förhållningssättet ser till att ansvar tas för forskningspersoners välbefinnande och att informationen som studien genererar hanteras med hänsyn. Medicinsk forskning bygger på studier som görs på människor vilket betyder att forskningen behöver regleras för hur den kan bedrivas. Nürnbergkoden, som upprättades efter andra världskriget, är krav på hur forskningen ska bedrivas utifrån formulerade forskningsetiska regelverk och internationella överenskommelser. Helsingforsdeklarationen är ytterligare en reglering för hur forskning ska bedrivas. Deklarationen upprättades 1964 utav World Medical Association (WMA) och syftar på hur medicinsk forskning med forskningspersoner ska bedrivas. Tillsammans innebär dessa principer framförallt att ett informerat samtycke ska finnas, att allt deltagande ska vara frivilligt och att forskningspersonen när som helst får avbryta sin medverkan samt att integriteten bevaras (Kristensson, 2014, s. 49–55). Gällande medicinsk forskning ska det alltid finnas ett etiskt tillstånd, i Sverige regleras detta utav Etikprövningslagen (SFS 2003:460). Även om en litteraturöversikt inte är en originalstudie ska även denna typ av studie säkerställa en god etik, därför krävs det att forskningsetiska överväganden görs gällande den data som samlats in (Kristensson, 2014, s. 49–55).

Mot bakgrund av detta granskades alla artiklar med ett etiskt förhållningssätt där bland annat artiklarnas etiska godkännande undersöktes. Ett etiskt godkännande innebär att forskningen har genomgått en granskning av en etisk nämnd som konstaterat att den lever upp till de etiska kraven samt att forskaren själv etiskt har granskat sitt arbete enligt Etikprövningslagen (Kristensson, 2014, s. 49–55). Artiklarna granskades var för sig i syfte att säkerställa det etiska förhållningssättet och för att bibehålla objektivitet genom hela arbetsprocessen. Enligt Vetenskapsrådet (2017) ger detta möjlighet att undvika eventuella feltolkningar och att personliga värderingar påverkar analysen av resultatet. Då artiklarna var skrivna på engelska översattes de, detta innebar risk för feltolkningar vilket beaktades och reflekterades kring. Engelskt lexikon och synonymlexikon användes som hjälpmedel.

Vid en litteraturöversikt, som består av studier med artiklar skrivna av andra, är det av vikt att detta tas i beaktande och att erkännande ges till artikelförfattaren (Kristensson, 2014, s. 49–55). Därav skedde referering utifrån en referenshanteringsmall samt att plagiering har undvikts. Referering gjordes enligt Sophiahemmet Högskolas modifierade version av American Psychological Association (APA). Resultatet av vetenskapliga artiklar sammanställdes utan plagiat eller fabricering och en plagiatkontroll görs via Ouriginal.

RESULTAT

Litteraturstudiens resultat utgjordes av en sammanställning av 15 vetenskapliga artiklar, sju stycken med kvalitativ ansats och åtta med kvantitativ ansats. Utifrån Fribergs (2022b, s. 193–196) beskrivning av en integrerad analys grupperades de valda artiklarnas likheter och skillnader för att sedan bilda tre huvudkategorier med sju tillhörande subkategorier. Samtliga huvud- och subkategorier presenteras nedan i tabell 2.

Tabell 2. Översikt av huvudkategorier och subkategorier

Huvudkategori	Subkategori
Kunskap kring hjärt-lungräddning vid ställningstagande	<ul style="list-style-type: none">- Bristande kunskap om innebörden av HLR- Vårdpersonalens olika kunskaper kring riktlinjer för HLR
Tydlig dokumentation och tidig information om ställningstagande	<ul style="list-style-type: none">- Dokumentation om ställningstagande- Hur och när samtalet äger rum
Individuell diskussion med ansvarig läkare vid ställningstagande	<ul style="list-style-type: none">- Patientens perspektiv på delaktighet- Vårdpersonalens inställning till delaktighet- Brist på delaktighet och avsaknad av beslut om HLR

Kunskap kring hjärt-lungräddning vid ställningstagande

Kunskap skapar möjligheter och för att kunna besvara syftet undersöktes därför patienters kunskapsnivå gällande HLR. Då vårdpersonal ska kunna informera och involvera patienter medförde detta att även deras kunskap om HLR och tillhörande riktlinjer var av intresse. Subkategorierna blev därför *Bristande kunskap om innebörden av HLR* och *Vårdpersonalens olika kunskaper kring riktlinjer för HLR*.

Bristande kunskap om innebörden av HLR

Flera studier visade att det fanns bristande kunskap hos patienter om innebörden av HLR (Anderson et al., 2013; Wilson et al., 2014; Wee et al., 2017). En stor andel uppgav att de inte visste vad förkortningen stod för och dess betydelse (Wilson et al., 2014; Wee et al., 2017). Få patienter kunde uppges något moment som utförs under HLR (Wilson et al., 2014). En låg andel var medvetna om någon komplikation av HLR, de flesta kände inte till någon komplikation alls (Anderson et al., 2013; Wee et al., 2017; Wilson et al., 2014). Det visades att det fanns samband mellan utbildningsnivå och att vara medveten om komplikationer (Wee et al., 2017; Wilson et al., 2014). Manligt kön, hög ålder och att vara änka/änkling eller frånskild visade sig också ha samband med sämre kunskap om HLR, likaså patienter med sämre upplevd hälsa (Wilson et al., 2014). Färre än hälften hade utbildats i HLR och endast en låg andel hade sett HLR utföras (Wee et al., 2017). När information gällande HLR presenterades ansåg många att det var nytillkommen information för dem (Anderson et al., 2013). En del deltagare i samma studie ansåg dock att information om HLR var alldeles för brutal och kan orsaka skada. En patient som hade tidigare erfarenhet av ställningstagande till HLR upplevde att hon fick mer auktoritet och möjlighet till självbestämmande (Hiestand & Beaman, 2019). Alla patienter som deltog i

studien av Hiestand och Beaman (2019) uppgav att innebörden av "Ej HLR" var att de inte skulle återupplivas om deras hjärta stannar. För att kunna uppnå ett föredömligt ställningstagande till HLR behöver sjukhus öka allmänhetens kunskap, menade deltagare i studien av Bedulli et al. (2023).

Vårdpersonalens olika kunskaper kring riktlinjer för HLR

Studier visade att de flesta läkare hade kunskap om innebörden av hjärt- och lungräddning, det var få som inte är medvetna (Anderson et al., 2013; Wilson et al., 2014). Patienter i en studie menade att läkare har bäst medicinsk kunskap och kan därför fatta det mest gynnsamma beslutet (Elliott & Olver, 2011). En annan patient i studien menade att det inte endast går att förlita sig på en god kunskap utan att läkare också måste visa på en god kommunikation. Nästan alla läkare och sjuksköterskor hade varit delaktiga i dialoger om HLR, de flesta läkare och ett fåtal sjuksköterskor hade tagit beslut gällande HLR (Bremer et al., 2021). Studien av Bremer et al. (2021) visade samtidigt att det var en låg andel som hade läst de nationella riktlinjerna för HLR, det var fler sjuksköterskor än läkare. En annan studie visade att det fanns stor förvirring kring begreppet och dess innebörd samt att det fanns flera möjliga insatser och begränsningar som bidrog till förvirringen (Bardach et al., 2017). Samma studie konstaterade att detta leder till en osäkerhet hos vårdpersonalen över hur de ska agera vid ett hjärtstopp.

Tydlig dokumentation och tidig information om ställningstagande

Vid ställningstagande till HLR används flera delar inom informatiken. *Dokumentation om ställningstagande* utgjorde den första subkategorin och denna återspeglar patientens möjlighet att ha varit delaktig vid ställningstagande inför beslut om HLR. Ett samtal inför ställningstagande till HLR kan äga rum på olika sätt och vid olika tidpunkter under vårdtiden. I den andra subkategorin *Hur och när samtalet äger rum* lyftes hur dessa variationer kan påverka patientens möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande inför beslut om HLR.

Dokumentation om ställningstagande

Flera studier visade att dokumentationen i journalen, gällande HLR, inte var tillräckligt tydlig hos många patienter (Bardach et al., 2017; Bertilsson et al., 2020; Jensen et al., 2013). Beslutet om HLR var varken lättåtkomligt eller tillräckligt specificerat i journalen (Bertilsson et al., 2020; Jensen et al., 2013; Sterpu et al., 2019). Begränsningar var ofta svåra att lokalisera i journalen (Bardach et al., 2017). Det var många fall där sjukhusen missade att uppdatera tidigare beslut som inte längre var giltiga (Jensen et al., 2013). Diskussioner vid ställningstagande till HLR var ofta otydligt dokumenterat enligt en studie (Bardach et al., 2017). En annan studie menade att information gällande tidigare tillstånd innan sjukdomen inte heller var tillräckligt presenterad i journalen, vilket kunde påverka den framtida bedömningen för vård (Jensen et al., 2013). Det fanns fall där patientens önskemål hade dokumenterats men ett slutgiltigt beslut saknades (Bardach et al., 2017). Studiedeltagarna upplevde att det fanns en brist gällande dokumentation i journalen som skapade förvirring och oklarheter för vårdpersonalen. Det fanns inte tillräckligt tydliga direktiv på avdelningen gällande beslutet om HLR och alla hade inte tillgång till besluten trots att det fanns ett behov av detta (Bardach et al., 2017). Bristen och otydligheten gällande dokumentation försvårade deras arbete gällande vidare medicinsk behandling under vårdtiden och skapade en förvirring vid akut behandling (Bardach et al., 2017; Jensen et al., 2013).

En studie visade att det var mindre vanligt att ha ett beslut om HLR på intensivvårdsavdelning jämfört med övriga vårdavdelningar (Bertilsson et al., 2020). Samma studie uppmärksammade även att några patienter hade fått HLR trots att det fanns ett beslut om "Ej HLR". Det visades även att patienter inte hade fått HLR trots att det inte fanns ett beslut för "Ej HLR". Dessa patienter avled därför utan ett ställningstagande till HLR. Anledningen till detta var brist på information om patientens beslut om HLR. Informationen var i vissa fall dokumenterad i journalen och i andra fall fanns ingen dokumentation alls gällande HLR. Av de som inte fick HLR så var det flera som ansågs vara i alldeles för kritiskt tillstånd, flera var hjärndöda och några ansågs inte kunna överleva HLR längre än några minuter. Det var inte dokumenterat i journalen men läkare menade på att dessa patienter skulle få en naturlig död. Det framgick dock inte i journalen varför läkaren inte hade pratat med patienterna gällande den här informationen (Bertilsson et al., 2020).

En studie gjordes på två avdelningar där alla inkluderade patienter hade ett beslut om "Ej HLR" (Sterpu et al., 2019). Ungefär hälften på den ena avdelningen hade blivit informerade om beslutet enligt dokumentation i journalen. På den andra avdelningen hade endast ett fåtal blivit informerade enligt dokumentationen.

Hur och när samtalet äger rum

I två studier ansåg vårdpersonal att ju tidigare under vårdtiden som samtalet äger rum desto större är patientens möjlighet att vara delaktig (Bardach et al., 2017; Jensen et al., 2013). En tredje studie lyfte vikten av rätt tid och plats för samtal (Bedulli et al., 2023). Enligt en av studierna fanns olika uppfattningar kring val av tidpunkt men en stor del av intensivvårdspersonalen ansåg att det oftare borde ske innan patienten hamnar på IVA (Jensen et al., 2013). Möjligheten att uttrycka sin önskan är större i detta skede då patienten mer troligt är vaken och medveten om vad som sker (Jensen et al., 2013). I en studie av Bardach et al. (2017) upptäcktes det att samtal många gånger ägde rum först när patienten försämrats och inte längre hade förmågan att fatta beslut. Flera deltagare i studien uttryckte att samtalens kvalitet ofta sviktade och att patienten bör bli informerad så tidigt som möjligt för att kunna vara delaktig i beslutsfattandet (Bardach et al., 2017).

Studier av Sterie et al. (2022) och Bedulli et al. (2023) visade på att en vanligt förekommande metod för att få patienten delaktig i samtal kring HLR är att läkaren presenterar ett påstående som valideras av patienten. Ett exempel på metoden är att läkaren säger "om det blir något problem med hjärtat så återupplivar vi dig" varpå patienten förväntas bekräfta eller avfärda påståendet (Sterie et al., 2022). Sterie et al. (2022) fann att denna metod försämrar patientens möjlighet att uttrycka sin vilja. Bedulli et al. (2023) framhöll vidare att metoden omedvetet knuffar patienten i den riktning vårdpersonalen önskar snarare än att framhäva patientens önskan. Sterie et al. (2022) konstaterade att en bättre metod för patientdelaktighet var att presentera ett scenario följt av en fråga för patienten att besvara. Detta gjordes i studien genom att säga "om hjärtat skulle stanna, vill du att vi försöker återuppliva dig?". Samma studie fann ytterligare en metod som främjar patientens delaktighet vilket var att fråga patienten vad den önskar ska ske vid eventuellt hjärtstopp. Denna metod kräver att patienten specificerar sin önskan och inte bara bekräftar ett påstående (Sterie et al., 2022). Samtalet bör hållas öppet, utformas efter patienten och ja- och nej-frågor bör undvikas (Bedulli et al., 2023). Bedulli et al. (2023) beskrev att det ideala samtalet bör innehålla neutral och faktabaserad information som kan hjälpa patienten i beslutsfattandet men utan att vara ledande. Även Bardach et al. (2017) lyfte vikten av att presentera fakta för ökad möjlighet att patienten kan fatta informerade beslut.

Studien av Bedulli et al. (2023) tog upp kommunikationsträning, säkerställande av att patienten tolkat informationen korrekt och en ökad mängd samtal tidigt i vårdkedjan som förbättringsområden gällande delaktighet vid samtal kring HLR.

Individuell diskussion med ansvarig läkare vid ställningstagande

Den individuellt anpassade diskussionen som bör föranleda ett beslut om HLR präglas av olika perspektiv, dels patientens vilja och motivation till delaktighet men även hur vårdpersonal ställer sig till patientdeltagande. Dessa perspektiv kan påverka patientens möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande inför beslut om HLR och två av subkategorierna blev därför *Patientens perspektiv på delaktighet* och *Vårdpersonalens inställning till delaktighet*. I denna kategori lyftes även bristen på delaktighet och avsaknaden av beslut samt eventuella anledningar till detta varpå subkategorin *Brist på delaktighet och avsaknad av beslut om HLR* utformades.

Patientens perspektiv på delaktighet

Flera studier visade att de flesta patienterna ville vara delaktiga i ställningstagande till HLR (Anderson et al., 2013; Elliott & Olver, 2011; Hiestand & Beaman, 2019; Wee et al., 2017). En studie menade att de helst ville hålla denna diskussion med läkare på sjukhus och inte med sin husläkare (Wee et al., 2017). En annan studie visade att denna dialog var något patienterna på en perioperativ avdelning förväntade sig (Hiestand & Beaman, 2019). En ytterligare studie visade att faktorer som påverkade ett högre deltagande i ställningstagande till HLR var bland annat manligt kön, yngre, ensamboende och psykiskt frisk (Abe et al., 2021). För att minska tabun gällande denna fråga behövs en samhällsförändring menar Bedulli et al. (2023).

Strax under hälften av deltagarna i en studie fick möjligheten att vara delaktiga i ställningstagande till HLR, nästan alla valde att delta (Bremer et al., 2021). Studien visade även att det är mycket ovanligt att patienter själva tar initiativ eller efterfrågar diskussionen. De flesta studiedeltagarna i en annan studie önskade att få mer information om livsuppehållande åtgärder, de ville helst få se videos för att lära sig (Wee et al., 2017). En ytterligare studie visade att många var osäkra kring sin prognos och en del ansåg inte att de var i livets slutskede trots att det var läkarens bedömning (Mirachi et al., 2019). En annan studie visade däremot att patienterna uppskattade när läkaren hade dialog direkt med patienten och var rak och ärlig med sina åsikter, detta gav patienten möjlighet till informerat samtycke och att fundera kring sina val (Anderson et al., 2013). Samma studie visade dock att en del patienter ansåg att dessa dialoger kan vara ångestframkallande, eftersom de får svar på eventuella konsekvenser och detaljer. Andra studiedeltagare menade på att diskutera prognos, mål och värderingar är avgörande för att kunna förmedla den bästa vården. Även om det blev obekvämt så ville patienterna ha en diskussion gällande sin prognos för att få reda på om sjukdomen gick att bota. De ansåg att läkaren framstod som omhändertagande när de hjälpte till att undersöka vad som var bäst för patienten (Anderson et al., 2013).

En studie visade på att nästan alla studiedeltagare ansåg att det var patienten som skulle fatta beslutet om HLR (Elliott & Olver, 2011). Gällande dessa frågor lyfte studien vikten av patientens vilja, vid tillräcklig kunskap bör patienten få bestämma över dennes liv, enda till döden. Studiedeltagare ansåg att patienter ska få berätta deras val istället för att de ska bli informerade om vad andra bestämt. Beslut gällande HLR kan därför bara existera om patienten har uttryckt sin egen vilja menade studiedeltagarna. En annan studiedeltagare

menade att det är den som är medicinskt kunnig som lämpar sig bäst för dessa beslut, det finns ingen anledning att ifrågasätta det som patient. Ytterligare en studiedeltagare höll med och ansåg även att genom att exkludera patienter ur ställningstagandet så kan de bespara denna person emotionellt lidande. Dessa två studiedeltagare menade på att det här var läkarens ansvar (Elliott & Olver, 2011).

Vårdpersonalens inställning till delaktighet

I flera studier var vårdpersonal överens om att patientens önskan är relevant (Bedulli et al., 2023; Bremer et al., 2021; Jensen et al., 2013). Enligt Bremer et al. (2021) ansåg majoriteten av deltagarna att patientens önskan alltid bör uppmärksammas innan ett beslut om att avstå från HLR fattas. Bedulli et al. (2023) benämnde patientens önskan som central i beslutsfattande kring HLR. Vårdpersonal bör därmed göra sig medvetna kring vad patienten har för förväntningar, önsknings och värderingar (Bedulli et al., 2023). I en tredje studie uttryckte deltagarna att det ansågs enklare att både ge HLR samt att avstå från det när det fanns vetskap om att detta är vad patienten önskar (Jensen et al., 2013). Vidare ansåg en del av deltagarna i studien av Bremer et al. (2021) att HLR alltid ska utföras om patienten uttrycker en önskan om det. Detta oavsett om det finns etiska eller medicinska skäl som talar emot det. Andelen sjuksköterskor med denna ståndpunkt var nästan tre gånger så stor som andelen läkare (Bremer et al., 2021). I studien av Jensen et al. (2013) sågs att vårdpersonal med längre erfarenhet generellt sett fann besluten mer komplexa och verkade ha större insikt i risken att fatta felaktiga beslut.

Det framkom i en studie att läkare i praktiken fattade beslut om att avstå från HLR, utan att ta hänsyn till patientens önskan, baserat på att det medicinskt ansågs vara meningslöst med HLR (Elliott & Olver, 2011). Detta trots att det fanns en uttryckt önskan från patienten och att bortseende från denna kan vara svårt att rättfärdiga (Elliott & Olver, 2011). I en annan studie fanns det deltagare som ansåg att patientens deltagande i beslutsfattandet ses som meningslöst (Bedulli et al., 2023). Dessa deltagare var ofta läkare som ansåg att deltagandet inte var av tillräckligt värde för beslutet och att det snarare bör finnas goda skäl om patienten ska involveras, exempelvis nära förestående hjärtstopp (Bedulli et al., 2023). En studie av Bardach et al. (2017) lyfte en eventuell koppling mellan låg kvalitet på samtal kring HLR och att det kan finnas en viss motvilja från vårdpersonal gällande att diskutera dessa beslut med patienten. En del vårdpersonal upplevde att diskussioner kring HLR är svåra (Bedulli et al., 2023; Jensen et al., 2013). En deltagare uttryckte att det känns som att patienten upplever att det framställs som att den är döende när frågan tas upp och att det i sin tur känns hårt (Jensen et al., 2013). Deltagare i Bedulli et al. (2023) upplevde att de ses som "the bad guy" och en "skurk" när dessa diskussioner kommer på tal.

Brist på delaktighet och avsaknad av beslut om HLR

Enligt flera studier hade en relativt låg andel deltagare haft möjlighet att diskutera sin önskan kring livsuppehållande åtgärder med vårdpersonal (Abe et al., 2021; Bertilsson et al., 2020; Wee et al., 2017). Vidare framhöll Abe et al. (2021) att den vanligaste anledningen till att patienten inte varit delaktig var försämrade medvetandegrad. Likaså nämndes läkarens syn på patientdeltagande och de anhörigas önskemål som anledningar (Abe et al., 2021). Anledningar till bristande delaktighet kunde även vara nedsatt förmåga att ta till sig information och en vilja att undvika att skrämma upp patienten (Bedulli et al., 2023; Jensen et al., 2013). Bedulli et al. (2023) lyfte flera andra anledningar som ung ålder, god hälsa, begränsade resurser, hög ålder i kombination med multisjuklighet och en vilja att vidmakthålla patientens hopp likväl som den terapeutiska alliansen.

Flera studier visade att patienter och anhöriga i flera fall inte varit informerade om beslutet gällande hjärt-lungräddning (Bremer et al., 2021; Bertilsson et al., 2020; Sterpu et al., 2019; Mirachi et al., 2019). Ofta var anledningen till att patienten inte hade informerats eller inkluderats att patienten varit medvetlös (Bremer et al., 2021; Bertilsson et al., 2020) eller inte kunnat ta till sig information (Bertilsson et al., 2020). Enligt Bremer et al. (2021) kunde det även vara på grund av att patienten varit kritiskt sjuk eller dement. Det fanns dock fall där det inte gick att svara på varför vare sig patient eller anhöriga hade blivit informerade (Bertilsson et al., 2020; Sterpu et al., 2019; Mirachi et al., 2019). Enligt en studie sågs inte att patientens bristande närvaro vid beslut om att avstå från HLR hade någon egentlig påverkan på beslutet (Abe et al., 2021). När patienten inte närvarade föll beslutet på anhöriga i samråd med läkaren. I nästan alla dessa fall blev beslutet att avstå från HLR (Abe et al., 2021).

I en studie av Chang & Brass (2014) gjord på patienter med sepsis hade bara ungefär en tredjedel av deltagarna, under sin sjukhusvistelse, ett beslut om att avstå från HLR. Av dessa beslut fattades de allra flesta besluten inom 24 timmar. Faktorer som påverkade sannolikheten att det fanns ett beslut, inom 24 timmar, om att avstå från HLR var sjukhusets storlek och typ samt patientens ålder, kön, etnicitet och eventuell multisjuklighet. Lägre sannolikhet att ha ett beslut om att avstå från HLR sågs bland icke-vita etniska grupper. Den största skillnaden mellan etniska grupper observerades mellan vita och svarta patienter. Även bland latinamerikanska och asiatiska patienter sågs denna skillnad men i något lägre grad. En äldre, vit och multisjuk patient hade störst sannolikhet att ha ett beslut om att avstå från HLR (Chang & Brass, 2014).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Litteraturoversiktens syfte var att belysa patientens möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande inför beslut om hjärt-lungräddning vid inlagda sjukhusvård. I resultatet presenterades 15 originalartiklar som bearbetades utifrån en integrerad dataanalys. Genom att analysera artiklarnas innehåll utformades huvudkategorier med tillhörande subkategorier. Resultatet kunde sedan presenteras enligt tre huvudkategorier där den första var *Kunskap kring hjärt-lungräddning vid ställningstagande*. Den andra huvudkategorin var *Tydlig dokumentation och tidig information om ställningstagande* och den tredje och sista huvudkategorin var *Individuell diskussion med ansvarig läkare vid ställningstagande*. Det som framkom i resultatet kommer att diskuteras i förhållande till Katie Eriksson caritativa vårdteori med fokus på den lidande människan och vårdande i form av delaktighet. Diskussionen kommer även att kopplas till det som tidigare lyfts i arbetets bakgrund.

Resultatet i litteraturoversikten visar att det finns flera faktorer som påverkar patientens möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande inför beslut om HLR. Resultatet visade att patienter generellt har en bristande kunskap om HLR, både innebörden av begreppet, hur det utförs och vilka konsekvenser som kan uppstå. Orsaker till bristande kunskap var låg utbildningsnivå, manligt kön, hög ålder och att vara änka eller frånskild. Inför samtal gällande HLR blir det därför viktigt för vårdpersonalen att anpassa informationen utifrån varje individ och dess kunskapsnivå. Med hjälp av att anpassa samtalen utifrån förmåga och förutsättningar kan patienten bli delaktig i dialogen. På så sätt kan sjuksköterskan

arbeta utifrån personcentrerad vård och enligt Eriksson (2018, s. 263–265) skapa ett vårdande genom delaktighet. Genom att se till att patienten förstår informationen och göra denne delaktig ges patienten möjlighet att vara autonom i sina egna val i vården. Via information kan dessutom maktobalans utjämnas och vårdlidande förhindras (Eriksson, 2018, s. 384–394). Patienter som har erfarenhet av att vara delaktig i ställningstagande kan också ha större möjlighet till självbestämmande i framtida dialoger. Detta kan bero på att patienten upplever att den kan ta för sig mer i samtalen eftersom det troligen finns en större förförståelse. Det kan förenkla vårdpersonalens arbete med att informera patienten då patienten redan har en del kunskap. Däremot om information om HLR och eventuell prognos är ny för patienten så kan den orsaka mer skada än nytta. En för detaljrik information kan upplevas brutal för patienten vilket kan orsaka ett lidande. Enligt Erikssons (2018, s. 384–394) teori kan det i ett sådant fall röra sig om ett livslidande då detta ofta relateras till en upplevelse av att döden närmar sig eller ett slags hot om förintelse. När det talas om existentiell hälsa menas snarare att samtal om livet, döden och lidandet kan skapa förutsättningar för en förbättrad livskvalitet. Detta skulle kunna appliceras på samtal om ställningstagande till HLR men belyser då samtidigt vikten av att anpassa samtalen och informationen utifrån individen.

Det är inte bara patientens kunskap som är avgörande för patientens möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande inför beslut om HLR, utan även vårdpersonalens kunskap. Vårdpersonalens kunskap skapar förutsättningar för hur ställningstagande inför beslut om HLR går till. Däremot visar en studie av Anderson et al. (2011) att läkares erfarenheter inte påverkar innehållet av diskussionerna vid ställningstagande. Diskussionerna sker ofta snabbt och var begränsade i sin omfattning. Läkarna gav inte patienten all nödvändig information för att kunna väga för- och nackdelar med att få HLR, de gav heller inte sin rekommendation. Vårdpersonalen styr vilken information som delas med patienten och hur detta går till. Enligt studien av Elliott & Olver (2011) så räcker det inte bara med en god kunskap kring ämnet utan det krävs även en god kommunikation. För att kunna ge en god kommunikation behöver vårdpersonalen ha kunskap om betydelsen av informatik och personcentrerad vård med fokus på delaktighet. Litteraturoversiktens resultat visar även på att det finns en stor osäkerhet kring begrepp. Det är färre läkare än sjuksköterskor som har läst riktlinjerna för HLR (Bremer et al., 2021). Vid okunskap och osäkerhet kan det ske missförstånd i akuta situationer som vid hjärtstopp. Om vårdpersonalen inte har rätt kunskap i denna situation kan patienten drabbas och det kan orsaka ett onödigt lidande. Om patienten har fått felaktig vård eller utebliven vård kan detta orsaka ett vårdlidande (Eriksson, 2018, s. 384–394).

För att förhindra vårdlidande är det därför betydelsefullt med en noggrann och korrekt dokumentation. Resultatet lyfter att dokumentationen ofta är bristfällig och otydlig men också svår att finna i journalen. En bristande dokumentation kan även här skapa en osäkerhet och förvirring. Det är därför avgörande med tydliga direktiv kring både begrepp och vart i journalen viktiga beslut återfinns så att den blir lättillgänglig för alla som behöver den (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). Idag har många patienter tillgång till sina journaler online och om dokumentationen saknas kan det orsaka förvirring för patienten. En brist på dokumentation kan bidra till att patientens delaktighet försummas vilket kan gå emot patientens rätt till självbestämmande och orsaka ett vårdlidande. Det som inte finns dokumenterat existerar inte, det är därför av vikt att all betydande information och beslut dokumenteras. Beslut gällande HLR ska omprövas regelbundet (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021), resultatet visar däremot att det finns många inaktuella beslut dokumenterade i journaler. Om ett aktuellt beslut saknas ska HLR alltid påbörjas vid en akut situation (SLS,

SSF & HLR-rådet, 2021). I dessa akuta situationer får patienten inte möjlighet att vara delaktig och därför skulle det kunna gå emot patientens önskan om behandling vilket kan orsaka ett vårdlidande. Detta är en konsekvens av inaktuella beslut, för att förhindra dessa situationer bör samtal ske tidigt vid inläggande sjukhusvård.

Resultatet visar att tidigt förekommande samtal om HLR ofta leder till större delaktighet. Generellt så är en förutsättning för delaktighet att patienten har förmågan att uttrycka sin vilja. Enligt de etiska riktlinjerna för HLR anses patienten ha beslutsförmåga om denne är kapabel att fatta egna beslut samt har förmågan att ta till sig information (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). Det skulle därför kunna antas att det faktum att tidiga samtal främjar delaktighet har en koppling till att patienten i ett tidigt skede ofta är i bättre tillstånd när det gäller vakenhet och medvetenhet. Epstein et al. (2015) styrker att tidiga samtal är idealet vid ställningstagande, det är även en av det mest betydande faktorerna. Resultatet lyfter just det faktum att samtalen ofta anses äga rum först när patienten inte längre har samma förmåga att uttrycka sin vilja längre. Detta styrker resonemanget kring patientens tillstånd och dess koppling till delaktighet samt att ett försämrat tillstånd påverkar möjligheten till delaktighet avsevärt. Samtal i för sena skeden ger inte alltid patienten möjlighet att vara delaktig och fundera över för- och nackdelar kring HLR. Detta kan leda till att beslutet endast blir medicinskt baserat och att patientens vilja i sin tur försummas. I de etiska riktlinjerna för HLR bör samtal inför ställningstagande inte bara genomföras vid rätt tidpunkt utan även på enskild plats (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). Detta är något som lyftes även i denna studies resultat. För att främja patientens delaktighet i samtal finns en mängd olika metoder som vårdpersonal kan använda sig av. Dessa visade sig vara olika effektiva och en del av de vanligast förekommande metoderna strider på vissa sätt mot de etiska riktlinjernas rekommendation om att samtalet inte bör vara ledande (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). När vårdpersonal omedvetet eller medvetet låter den egna ståndpunkten leda patienten i en viss riktning presenteras inte längre alla alternativ objektivt för patienten. Konsekvensen av detta blir att patienten inte längre får möjlighet att utöva sin fria vilja och självbestämmande. Enligt Erikssons (2018, s. 395–397) teori så bör en del av vårdens lindrande arbete dessutom vara en öppen och inbjudande kommunikation. Detta då en informerad och delaktig patient ofta känner mindre oro och lidande.

Utifrån resultatet går det att konstatera att de flesta vill vara delaktiga i ställningstagande inför beslut om HLR. Viljan och motivationen från patientens håll är en avgörande faktor, om patienter inte har ett intresse av att vara delaktiga så skulle deras möjlighet till delaktighet inte behöva undersökas. Drivande faktorer för att vilja delta är manligt kön, ung ålder, ensamboende och psykiskt frisk. Enligt Vahdat et al. (2014) är faktorer för att möjliggöra delaktighet, inom vården generellt, läkar-patientrelationen, patientens kunskap och tillräckligt med tid för att göra patienten delaktig. Även faktorer som påverkar individen som fysisk och psykisk förmåga, värderingar och tidigare erfarenheter med hälso- och sjukvården (Vahdat et al., 2014). Den individuella förmågan har alltså betydelse men hälso- och sjukvården skapar förutsättningarna. Att prata om HLR är idag tabubelagt i samhället, för att öka patientens möjlighet att vara delaktig behöver det ske en samhällsförändring. Patienterna i studien menade på att de uppskattade en direkt, öppen och ärlig kommunikation från vårdpersonalen (Anderson et al., 2013). Genom att öka medvetenheten om detta skulle det kunna vara ett steg i rätt riktning för samhällsförändringen. Om samtalen anpassas utifrån varje individ kan de vara vårdande genom delaktighet (Eriksson, 2018, s. 263-265). Studien av Anderson et al. (2013) visade även att samtalen kan upplevas ångestframkallande, detta skulle kunna orsaka ett livslidande. En konsekvens av livslidande skulle kunna vara att patienten väljer att avstå

från att vara delaktig i ställningstagandet och lämnar över beslutet till en medicinskt kunnig. I denna situation har sjuksköterskan en betydande roll för patienten. Sjuksköterskan känner ofta patienten bättre än läkaren och skulle därför kunna företräda patienten och troligen kunna förutsäga patientens önskan. Patienten har ett eget val och ska därför inte vara tvungen att delta i ställningstagande om de uttrycker att de inte vill. Tvång strider mot etiska principer som *respekt för autonomi* och *icke-skadaprintipen* (Elliott & Olver, 2011).

Denna studies resultat visade på att vårdpersonal generellt sett anser att patientens önskan är relevant vid ställningstagande. Samtidigt så fanns det också studier där läkare fattar beslut som går emot patientens önskan då de anser att det är meningslöst rent medicinskt att ta hänsyn till denna. I de etiska riktlinjerna för HLR nämns att vårdpersonal inte har någon direkt skyldighet att göra som patienten önskar när ett beslut har fattats på medicinska grunder (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021). Att inte kunna tillmötesgå patientens önskan kan på vissa sätt anses strida mot det som utgör sjuksköterskans centrala områden. Detta då det finns en etisk komplexitet kring ställningstagande likväl som att sjuksköterskans yrke baseras på personcentrerad vård och respekt för patientens värderingar, tro, integritet, värdighet och självbestämmande. Å andra sidan finns det en uppenbar problematik även i att blint följa patientens önskan. Självbestämmandet ska respekteras men inom rimliga gränser då patienten inte alltid är kapabel att fatta informerade beslut för sitt eget bästa. Självbestämmandet är inte heller synonymt med att vårdpersonal i alla lägen måste rätta sig efter patientens vilja. Gällande självbestämmande kan det då ses på ur ett konsekvensetiskt perspektiv där kontentan blir att patienten ska få fatta beslut så länge beslutet genererar goda resultat.

Sjuksköterskan känner ofta patienten bättre än läkaren och skulle därmed kunna påverkas i sin bedömning. Exempelvis är det tre gånger så många sjuksköterskor jämfört med läkare som anser att patienten alltid bör få HLR om denne önskar (Bremer et al., 2021). Vårdpersonal med längre erfarenhet har ofta en annan inställning till ställningstagandet och dess komplexitet än de med mindre erfarenhet (Jensen et al., 2013). Att de anser besluten vara mer komplexa skulle potentiellt kunna leda till en större noggrannhet vilket i sin tur kan innebära att patientens möjlighet att vara delaktig ökar. Att det framkom i resultatet att vårdpersonal ibland känner sig som, vad de själva beskriver som, "the bad guy" eller en "skurk" skulle kunna påverka kvaliteten på samtalen. Det skulle likaså kunna ha en negativ effekt på vårdpersonalens vilja att överhuvudtaget söka patientens delaktighet i dessa samtal. Att vara en del av samma helhet är en del av vårdandets process (Eriksson, 2018, s. 263–265) och en viss motvilja till detta verkar återfinnas hos vårdpersonal som antingen känner sig som onda i sammanhanget eller ser på patientdeltagande som meningslöst.

Relativt få deltagare hade haft möjlighet att diskutera sitt ställningstagande med läkare och var generellt dåligt informerade om beslutet. Resultatet belyste en mängd olika faktorer som på ett eller annat sätt påverkade om patienten var delaktig. Patientens medvetandegrad var en av de vanligaste anledningarna till att patienten inte är delaktig i ställningstagandet. Som tidigare diskuterats så kan detta ha en koppling till att samtalet ofta sker i ett senare skede än vad som är nödvändigt och att patienten då hunnit försämrats. Att patienten inte är tillräckligt medveten gör där och då situationen svår att påverka men det finns dock påverkande faktorer som hade kunnat undvikas. Ofta är dessa relaterade till vårdpersonalen, antingen genom att deras egen inställning till patientdeltagande blir ett hinder eller på grund av en rädsla att skrämma upp patienten. Det har i resultatet varit tydligt att det finns en viss rädsla hos vårdpersonal kring att orsaka emotionellt lidande i

samband med diskussionen. Likaså kan uteslutande av patienten och upplevelsen av att inte vara en likvärdig part i vårdrelationen bidra till att det uppstår ett vårdlidande (Eriksson, 2018, s. 384–394). Då de etiska riktlinjerna styrker att beslutet i slutändan är medicinskt och att vårdpersonal bör men inte har en direkt skyldighet att respektera patientens önskan (SLS, SSF & HLR-rådet, 2021), så finns här en stor risk för upplevelse av maktobalans.

Sjuksköterskan behöver enligt kompetensbeskrivningen vara medveten och ha kunskap om innebörden av diskriminerande faktorer som ålder, kön och etnicitet. Samtal behöver anpassas utifrån de förutsättningar individen har mot bakgrund av dessa faktorer (SSF, 2023). Att exempelvis en ung person med generellt god hälsa mer sällan inkluderas i ställningstagandet skulle kunna bero på att vårdpersonal anser att det inte egentligen är en fråga om ifall HLR ska utföras utan ett "självklart" beslut. Detta då det inte hade varit försvarbart rent medicinskt att inte utföra HLR, oavsett om det hade varit patientens önskan. Resonemanget kan även vändas åt andra hållet och istället appliceras på en äldre, multisjuk person där det "självklara" istället skulle kunna vara att avstå från HLR. Dessa faktorer påverkan på patientens möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande tar stöd i studiens resultat. Utöver åldersfaktorn sågs etnicitet ha en påverkan på om beslut om att avstå från HLR fanns. Den största skillnaden observerades mellan vita och svarta patienter men generellt fanns en lägre sannolikhet hos alla icke-vita etniska grupper. Sorkin et al. (2010) lyfter att afroamerikaner och latinamerikaner upplever att de får lägre kvalitet på sin vård än andra etniska grupper. Som tidigare nämnt har tidigare upplevelser av hälso- och sjukvården betydelse för möjligheten till delaktighet. Det skulle därför kunna antas att så länge som afro- och latinamerikaner upplever diskriminering inom vården kommer de heller inte kunna bli delaktiga i sin vård på samma sätt som andra etniska grupper.

Metoddiskussion

Enligt Kristensson (2014, s. 22) syftar metoddiskussionen till att reflektera kring de styrkor och svagheter som studiens metod kan tänkas ha. När metoden i en litteraturoversikt diskuteras bör särskilt fokus riktas mot sökstrategi, granskningsprocessen, kvaliteten och relevansen hos de valda artiklarna.

Den metod som valdes var en icke-systematisk litteraturoversikt. Enligt Kristensson (2014, s. 150) är denna metod lämplig när syftet är att sammanställa redan existerande forskning för att kunna bidra med en större förståelse kring ett problemområde. Metoden anses därmed kunna framställa värdefull information (Kristensson, 2014, s. 153). Den vetenskapliga tyngden avgörs av hur systematisk litteraturoversikten är, ju mer systematisk desto större tyngd (Kristensson, 2014, s. 151). Den icke-systematiska litteraturoversikten kan därför antas ha något lägre vetenskaplig tyngd och enligt Kristensson (2014, s. 153) räknas den ofta som en sekundärkälla. Dessutom är den mer tidseffektiv då den inte är lika omfattande eftersom hela forskningsområdet inte behöver presenteras (Friberg, 2022b, s. 187–188). Däremot finns det en risk att valet av artiklar blir selektivt vilket kan generera ett mindre objektiva resultat (Friberg, 2022b, s. 187). Nackdelarna med en icke-systematisk litteraturoversikt är något som har tagits i beaktande under arbetets gång, bland annat genom noggrann genomgång av sökresultaten och en utförlig kvalitetsgranskning.

I arbetets planeringsstadium fanns ett intresse av att utföra en intervjustudie. Hade detta varit möjligt kunde intervjuerna ha skett på en av författarnas arbetsplats, en hjärtmedicinavdelning. En intervjustudie är en bra metod om syftet med arbetet är att

belysa ett område som består av mycket kvalitativa data, exempelvis när det handlar om upplevelser, beskrivningar och uppfattningar (Kristensson, 2014, s. 127). Om denna intervjustudie hade genomförts skulle det ha kunnat bidra till att belysa patienters och vårdpersonals upplevelser vilket var det initiala syftet i projektplanen. Då det var en litteraturoversikt som skulle skrivas krävdes en omformulering då den befintliga forskningen inte ansågs vara tillräcklig för att kunna besvara syftet. Med hjälp av en icke-systematisk litteraturoversikt blev det sedan möjligt att finna relevant data som besvarade det slutliga syftet.

Avgränsning gällande tid kan ge en aktuell bild över forskningen (Östlundh, 2022, s. 102). Denna studies tidsbegränsning upplevdes underlätta sällningen av sökresultaten, då en stor mängd artiklar hade gjort sällningsprocessen för tidskrävande. Däremot kan det vara nödvändigt att sträcka sig längre tillbaka i tiden ifall det anses tillföra relevans till arbetets resultat (Kristensson, 2014, s. 162). Annars finns en risk att relevanta resultat faller bort, särskilt inom mindre efterforskade områden. Av denna anledning fanns en öppenhet för artiklar som låg utanför det valda tidsspannet. En artikel som låg utanför tidsspannet på tio år valdes ut till resultatet efter noggrann granskning. I CINAHL finns ett filter som kan sälla bort artiklar som inte är peer-reviewed men denna funktion saknas i PubMed. Mot bakgrund av detta har en manuell granskning avseende peer-reviewed utförts av samtliga artiklar som inkluderats från PubMed och från de manuella sökningarna.

Utifrån metodlitteratur av Friberg (2022) och Kristensson (2014) har inspiration hämtats för att utforma urvalet. Det gjordes ingen begränsning gällande kvalitativ och kvantitativ metod hos artiklarna i resultatet och i slutändan användes åtta artiklar med kvantitativ metod och sju artiklar med kvalitativ metod. Kristensson (2014, s. 115) menar på att kombinationen av de båda metoderna utgör en styrka då de kompletterar varandra och är nödvändiga för forskning inom hälso- och sjukvården. Under arbetets gång gjordes kompletterande exklusioner då det upptäcktes att en del artiklar som inte var av intresse tog upp för stort fokus bland sökresultaten. Detta rörde främst artiklar där ett specifikt religiöst perspektiv framkom i titel eller abstrakt likväl som artiklar som inte studerat inläggande sjukhusvård. I sökresultatet fanns det en del artiklar som inkluderade närståendes perspektiv. Då arbetets fokus låg på patienter som har beslutsförmåga valdes närståendeperspektivet medvetet bort eftersom de är mer involverade när patienten saknar beslutsförmåga.

Då litteratursökningen påbörjades under arbetet med projektplanen hittades redan då ett antal relevanta artiklar. Därför fattades ett beslut om att inte ta hjälp av en bibliotekarie i det senare skedet. Enligt Östlundh (2022, s. 84) bör tidsaspekten gällande insamling av data tas i beaktning och sökningarna kan därför med fördel påbörjas så tidigt som möjligt under arbetet. Därmed fortsattes den initiala sökstrategin på egen hand men det fanns en öppenhet för att ta hjälp om behov skulle uppstå. Med hjälp av bibliotekaries stöd kunde möjligtvis sökresultatet ha blivit mer omfattande vilket i sin tur hade kunnat generera högre tillförlitlighet och större objektivitet. Detta styrks av Kristensson (2014, s. 125) som säger att tillförlitligheten stärks med hjälp av ett omfattande sökresultat. Sökorden valdes ut efter att ha studerat metodlitteraturens beskrivningar. Sökord med relevans för syftet och problemformuleringen diskuterades fram med stöd i metodlitteratur och Svensk MeSH (Östlundh, 2022, s. 83). För att kunna kombinera termer är det möjligt att använda sig av booleska operatörer och i sökningar med synonymer är det fördelaktigt att använda sig av OR (Kristensson, 2014, s. 161). När OR användes för att kombinera synonymer för HLR framkom det ingen märkbar skillnad i resultatet och detta blev därför inte en del av de

slutliga sökningarna. Initialt exkluderades inga söktermer men vid första sökningarna visade det sig att det var nödvändigt att exkludera vissa begrepp med hjälp av NOT direkt i sökningen. Detta då flera resultat visade sig ha ett för stort fokus på demens och covid. Under covid-pandemin var förutsättningarna inom vården annorlunda, det gjordes därför en bedömning att dessa artiklar inte återspeglade de generella omständigheterna inom vården. Vid användning av NOT blev det möjligt att få ett specifikt sökresultat (Kristensson, 2014, s. 161) som gör det mer överkomligt att sälla igenom. Gällande val av databaser så är både CINAHL och PubMed bekanta sedan tidigare och har relevans för området. Dessa två blev därför ett naturligt val. Å andra sidan kan en begränsning till enbart två databaser påverka resultatet negativt då alla artiklar inte publiceras i alla databaser. Under datainsamlingsprocessen hittades flera artiklar via manuella sökningar. Enligt Kristensson (2014, s. 158) är det en fördel att använda sig av manuella sökningar då databaserna inte alltid är tillräckliga. Däremot kan det vara en svaghet att inkludera en större andel manuellt sökta artiklar då databassökningen blir mindre reproducerbar. Utifrån detta hade hjälp från en bibliotekarie kunnat bidra med en sökstrategi som genererar högre reproducerbarhet.

Artiklarna granskades utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (Berg et al., 1999; Willman et al., 2016). De flesta inkluderade artiklarna uppnådde en hög kvalitet utifrån enskild bedömning som sedan sammanställdes gemensamt, vilket styrker tillförlitligheten (Kristensson, 2014, s.124). Två artiklar uppfyllde inte alla kraven men trots detta blev de ändå inkluderade då det endast berörde otydligheter kring metodkritiken. Artiklarnas kvalitet ansågs i övrigt vara så pass hög att detta noterades men inte lades för stor vikt vid. I samband med att artiklarna granskades diskuterades även de forskningsetiska överväganden som tagits i beaktande i de valda artiklarna.

Studiens resultat bearbetades utifrån stegen i en integrerad dataanalys. Den integrerade analysen användes för att lättare kunna förstå och värdera studiens resultat samt för att skapa en god överblick (Kristensson, 2014, s. 174). Att använda sig av denna typ av analys bör ha haft en positiv påverkan på resultatet. Detta då artiklarna kan styrka varandra samtidigt som de kan lyfta olika perspektiv och tala emot varandra. När likheter och skillnader hos det valda materialet skulle identifieras användes färgkoder för att kunna urskilja de olika huvud- och subkategorierna. Detta medförde en mindre risk att relevant material missades samt underlättade i sammanställningen av studiens resultat.

Under arbetsprocessen har det funnits möjlighet att i grupp erhålla handledning där arbetet granskats kontinuerligt av både andra studenter och en erfaren handledare. Inför varje handledningstillfälle har arbetets innehåll diskuterats, under diskussionen har bland annat hänsyn tagits till förförståelsen kring ämnet. Segesten (2022, s. 27) lyfter värdet av att under handledningsträffar kunna diskutera arbetet med handledare. Det kan argumenteras för att diskussion och feedback från personer utan koppling till arbetet bidrar till en ökad trovärdighet och detta ses som en av arbetets styrkor.

Slutsats

Denna litteraturöversikt belyser patientens möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande inför beslut om HLR. Studiens resultat visade på sämre möjlighet att vara delaktig vid ställningstagande om patienten är ung och har generellt god hälsa eller tvärtom är äldre och multisjuk. Att som patient ha begränsade resurser, försämrad medvetandegrad och nedsatt förmåga att ta till sig information sågs också som hinder till delaktighet. När det finns en

vilja från vårdpersonal att vidmakthålla patientens hopp likväl som en rädsla att skrämma patienten så väljer vårdpersonal ibland att hålla patienten utanför beslutsfattandet. Studiens resultat betonar hur brist på delaktighet kan orsaka onödigt lidande för patienten men att detta med olika medel kan förhindras. Goda möjligheter till delaktighet sågs hos män, ensamboende, psykiskt friska och patienter med tidigare erfarenhet av beslut om HLR. Framförallt belyste studien en ökad möjlighet att vara delaktig när patienten får tidig information, det finns tydlig dokumentation och en god inställning till patientdeltagande hos involverad vårdpersonal.

Fortsatta studier

I litteraturöversikten upptäcktes statistiska skillnader mellan universitetssjukhus och andra sjukhus gällande förekomsten av beslut om att avstå från HLR. Det skulle därför kunna vara intressant att studera vidare kring varför det finns skillnader mellan olika typer av sjukhus och vilka dessa är. En annan påverkan på ställningstagandet inför beslut om HLR är närståendes. Det har framkommit under arbetets gång att närstående i vissa fall kan vara med och påverka besluten men hur det sker hade kunnat studeras vidare. Likaså hur det påverkar patienten och deras självbestämmande när närstående är delaktiga i ställningstagandet. Ytterligare ett intressant område att studera vidare inom vore att utföra en studie begränsad till Sverige. Detta skulle kunna ge en aktuell bild av hur patientdelaktighet vid ställningstagande ser ut just i Sverige och hur det påverkar oss som sjuksköterskor i vår yrkesroll.

Klinisk tillämpbarhet

Litteraturöversiktens resultat skapar förutsättningar för sjuksköterskan att vara medveten om faktorer som kan bidra till en ökad delaktighet för patienten. Genom att belysa tidigare erfarenheter inom det studerade området kan det generera gynnsamma förhållanden för framtida patienter. Vid ställningstagande inför beslut om HLR kan detta röra sig om hur vi samtalar om HLR, vad det finns för kunskap inom området och hur vi arbetar med delaktighet inom vården. Genom att öka förståelsen om patientens perspektiv kan det skapa förutsättningar för vårdpersonalen att anpassa sina vårdmöten för att förhindra onödigt lidande. Att vara medveten kring dessa perspektiv som lyfts i resultatet skapar bättre förutsättningar inför dessa känsloläsa samtal. Resultatet ger sjuksköterskan verktyg för att kunna bemöta patienter på det sätt som de är värda. En ökad kunskap hos både vårdpersonal och patienter kan bidra till en större förståelse och medvetenhet i samhället och i sin tur minska tabun kring ämnet. För att kunna minska tabun krävs även att vi hittar sätt att diskutera döden på. Det finns idag en förutfattad mening om att patienter kommer bli rädda om vårdpersonal börjar samtala om döden och livsuppehållande åtgärder. Detta kan mycket väl stämma i många fall men det får inte vara ett hinder som gör att samtalen uteblir. Denna litteraturöversikts resultat lyfter hur samtalen kan utformas på ett sätt som främjar delaktighet. Vårdpersonal bör erbjudas träning i kommunikation, vad som bör sägas i sådana känsliga samtal och vad som ska undvikas. Om samtalet dessutom presenteras som något rutinmässigt och inte synonymt med att döden är nära föreliggande så kan detta sannolikt avdramatisera samtalet för både vårdpersonal och patient. Att sprida kunskap och göra patienten delaktig främjar en god hälsa och välbefinnande vilket bidrar till en hållbar utveckling i enlighet med mål 3 (Globala målen, 2022).

Författarnas bidrag

Författarna Amanda Nilsson och Lisa Munkby har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av det självständiga arbetet.

REFERENSER

- *Abe, A., Kobayashi, M., Kohno, T., Takeuchi, M., Hashiguchi, S., Mimura, M., & Fujisawa, D. (2021). Patient participation and associated factors in the discussions on do-not-attempt-resuscitation and end-of-life disclosure: a retrospective chart review study. *BMC Palliative Care*, 20(6). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00698-8>
- Anderson, W. G., Chase, R., Pantilat, S. Z., Tulskey, J. A., & Auerbach, A. D. (2011). Code status discussions between attending hospitalist physicians and medical patients at hospital admission. *Journal of general internal medicine*, 26(4), 359–366. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1568-6>
- *Anderson, W. G., Cimino, J., & Lo, B. (2013). Seriously Ill Hospitalized Patients' Perspectives on the Benefits and Harms of Two Models of Hospital CPR Discussions. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 633-640. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.003>
- Aune, S., Eldh, M., Engdahl, J., Holmberg, S., Lindqvist, J., Svensson, L., Oddby, E., & Herlitz, J. (2011). Improvement in the hospital organisation of CPR training and outcome after cardiac arrest in Sweden during a 10-year period. *Resuscitation*, 82(4), 431–435. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.11.021>
- *Bardach, S. H., Dunn, E. J., & Stein, J. C. (2017). Clinician Perspectives on Challenges to Patient Centered Care at the End of Life. *Journal of Applied Gerontology*, 36(4), 401-415. <https://doi.org/10.1177/0733464815584668>
- *Bedulli, M., Falva, I., Merlani, P., Hurst, S., & Fadda, M. (2023). Obstacles to patient inclusion in CPR/DNAR decisions and challenging conversations: A qualitative study with internal medicine physicians in Southern Switzerland. *PLoS ONE*, 18(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282270>
- Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). SBU, SFF.
- *Bertilsson, E., Semark, B., Childmeijer, K., Bremer, A., & Carlsson, J. (2020). Usage of do-not-attempt-to-resuscitate orders in a Swedish community hospital: patient involvement, documentation and compliance. *BMC Medical Ethics*, 21(67). <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00510-5>
- *Bremer, A., Årestedt, K., Rosengren, E., Carlsson, J., & Sandboge, S. (2021) Do-not-attempt-resuscitation orders: attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses. *BMC Medical Ethics*, 22(34). <https://doi.org/10.1186/S12910-021-00604-8>
- * Chang, D. W., & Brass, E. P. (2014) Patient and Hospital-Level Characteristics Associated With the Use of Do-Not-Resuscitate Orders in Patients Hospitalized for Sepsis. *Journal of General Internal Medicine*, 29(9), 1256-1262. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2906-x>

Dhar, N., Chaturvedi, S. K., & Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1). <https://doi.org/10.4103/2224-3151.115826>

*Elliott, J. A., & Olver, I. (2011). Dying cancer patients talk about physician and patient roles in DNR decision making. *Health Expectations*, 14(2), 147-158. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00630.x>

Epstein, A. S., Shuk, E., O'Reilly, E. M., Gary, K. A., & Volandes, A. E. (2015). 'We have to discuss it': cancer patients' advance care planning impressions following educational information about cardiopulmonary resuscitation. *Psycho-oncology*, 24(12), 1767–1773. <https://doi.org/10.1002/pon.3786>

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of family medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet: Om det tidlösa i tiden*. Liber.

Friberg, F. (2022a). Att göra en integrerande sammanställning av kvalitativ forskning: Inspirerad av metasyntes. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 169–183). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022b). Att göra litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 185–199). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022c). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 41–56). Studentlitteratur.

Globala målen. (2022). *God hälsa och välbefinnande*. Hämtad 8 oktober, 2023, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

Haydon, G., van der Riet, P., & Maguire, J. (2017). Survivors' quality of life after cardiopulmonary resuscitation: an integrative review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 6-26. <https://doi.org/10.1111/scs.12323>

Hessulf, F., Karlsson, T., Lundgren, P., Aune, S., Strömsöe, A., Södersved Källestedt, M.-L., Djärv, T., Herlitz, J., & Engdahl, J. (2018). Factors of importance to 30-day survival after in-hospital cardiac arrest in Sweden: A population-based register study of more than 18,000 cases. *International Journal of Cardiology*, 255, 237-242. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.12.068>

*Hiestand, D., & Beaman, M. (2019). Perioperative Do-Not-Resuscitate Suspension: The Patient's Perspective. *AORN Journal*, 109(3), 326-334. <https://doi.org/10.1002/aorn.12612>

*Jensen, H. I., Ammentorp, J., Johannessen, H., & Ørding, H. (2013). Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(1), 93-101. <https://doi.org/10.1007/S11673-012-9416-5>

Jiang, N., Sun, M.-M., Zhou, Y.-Y., & Feng, X.-X. (2021). Significance of Patient Participation in Nursing Care. *Alternative Therapies*, 27(5), 115-119. <http://www.alternative-therapies.com/oa/6538.html>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & kultur.

Löfmark, R., & Nilstun, T. (2000). Not if, but how: one way to talk with patients about forgoing life support. *Postgraduate Medical Journal*, 76(891), 26–28. <https://doi.org/10.1136/pmj.76.891.26>

*Mirachi, F. L., Juhasz, K., Cooney, T. E., Puller, J., Kordes, T., Weissert, L., Lewis, M. L., Intriери, B., & Cook, N. (2019). TRIAD XII: Are Patients Aware of and Agree With DNR or POLST Orders in Their Medical Records. *Journal of Patient Safety*, 15(3), 230-237. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000631>

Samartini, R. S., & Cândido, V. C. (2021). Reflections on elderly autonomy and its meaning for the practice of nursing care. *Revista brasileira de enfermagem*, 74(3), e20200723. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0723>

Sandman, L. (2019). Etik. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3. uppl., ss. 259–279). Studentlitteratur.

Segesten, K. (2022). Ännu en metodbok. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 19–28). Studentlitteratur.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 16 september, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

SFS 2014:821 *Patientlag*. Hämtad 7 oktober, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/

SFS 2017:30. *Hälso-och sjukvårdslag*. Hämtad 7 oktober, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

Sorkin, D. H., Ngo-Metzger, Q., & De Alba, I. (2010). Racial/ethnic discrimination in health care: impact on perceived quality of care. *Journal of general internal medicine*, 25(5), 390–396. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1257-5>

Stenman, T., Näppä, U., Rönngren, Y., & Melin-Johansson, C. (2023). "Daring to deal with the difficult and unexpected" registered nurses' confidential conversations with patients with palliative care needs: a qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 22(108). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01228-y>

*Sterie, A.-C., Weber, O., Jox, R. J., & Rubli Truchard, E. (2022). "Do you want us to try to resuscitate?" Conversational practices generating patient decisions regarding cardiopulmonary resuscitation. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 887-894. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.042>

*Sterpu, B., Lindman, P., & Björkhem-Bergman, L. (2019). A comparative study on decision and documentation of refraining from resuscitation in two medical homecare units in Sweden. *BMC Palliative Care*, 18(80). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0472-z>

Svenska Hjärt-Lungräddningregistret. (2023). *Årsrapport 2022*. Hämtad 8 oktober, 2023, från <https://arsrapporter.registercentrum.se/shlr/20230914/>

Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening & Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2021). *Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR)*. [https://swenurse.se/download/18.379cbe0f1798311744114239/1621497422304/Etiska%20riktlinjer%20f%C3%B6r%20hj%C3%A4rt-lungr%C3%A4ddning%20\(HLR\)%20andra%20upplagan%20\(2021\).pdf](https://swenurse.se/download/18.379cbe0f1798311744114239/1621497422304/Etiska%20riktlinjer%20f%C3%B6r%20hj%C3%A4rt-lungr%C3%A4ddning%20(HLR)%20andra%20upplagan%20(2021).pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2023). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.5b9522411887c8d873d5c38a/1686557116681/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska.pdf>

Teixeira, C., & Cardoso, P. R. C. (2019). How to discuss about do-not-resuscitate in the intensive care unit? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(3), 386–392. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190051>

Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S., & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Patient involvement in health care decision making: a review. *Iranian Red Crescent medical journal*, 16(1). <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/Godforskningssed_VR_2017.pdf

*Wee, S., Chang, Z. Y., Lau, Y. H., Wong, Y. K. Y., & Ong, C. Y. M. (2017). Cardiopulmonary resuscitation: from the patient's perspective. *Anaesthesia and Intensive Care*, 45(3), 344-350. <https://doi.org/10.1177/0310057X1704500309>

Westphal, E. C., Alkema, G., Seidel, R., & Chernof, B. (2016). How to Get Better Care with Lower Costs? See the Person, Not the Patient. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 19–21. <https://doi.org/10.1111/jgs.13867>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4. uppl.). Studentlitteratur.

*Wilson, M. E., Akhoundi, A., Krupa, A. K., Hinds, R. F., Litell, J. M., Gajic, O., & Kashani, K. (2014). Development, validation, and results of a survey to measure understanding of cardiopulmonary resuscitation choices among ICU patients and their surrogate decision makers. *BMC Anesthesiology*, *14*(15). <https://doi.org/10.1186/1471-2253-14-15>

World Health Organisation. (2020). *The top 10 causes of death*. Hämtad 8 oktober, 2023, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. uppl., ss. 79–109). Studentlitteratur.

BILAGA A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större väl planerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väl definierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Väl beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Abe, A., Kobayashi, M., Kohno, T., Takeuchi, M., Hashiguchi, S., Mimura, M., & Fujisawa, D. 2021 Japan	Patient participation and associated factors in the discussions on do-not-attempt-resuscitation and end-of-life disclosure: a retrospective chart review study	Att undersöka patientens närvaro och deltagande i diskussion kring ställningstagande till HLR och vid samtal där det konstateras att patienten befinner sig i livets slutskede. Samt faktorer som påverkade patientens egen medverkan i diskussionen.	<u>Design:</u> Retrospektiv genomgång av journaler. <u>Urval:</u> Studien bestod av patienter som blev inlagda och dog från april 2018 till mars 2019 på det sjukhus där studien utfördes. Man exkluderade patienter som hade hjärtstopp vid ankomst till sjukhuset, dödfödda barn, personer under 18 år vid dödstillfället och patienter med efterlevande familj som inte nekade deltagande. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in av två läkare som självständigt gick igenom patienternas journaler och identifierade eventuell förekomst av samtal av den typ som studien undersökte. <u>Dataanalys:</u> Efter att man genomfört den deskriptiva analysen delades patienterna in i två grupper beroende på om patienten deltagit i samtal eller inte. Sedan jämfördes egenskaperna hos de två gruppernas patienter och logistisk regression användes för att undersöka faktorerna som var kopplade till deltagande.	358 (19)	Ställningstagande till HLR utfördes hos 336 av 358 patienter men patienten var deltagande i enbart 33,3% av fallen. Faktorer som var kopplade till högre deltagande var patienter av det manliga könet, patienter som levde ensamma och att diagnosen var ställd för mer än 1 år sedan. Den vanligaste orsaken till att patienten inte deltog i samtalet var sänkt medvetandegrad, läkarens bedömning och på familjens förfrågan. Där patienten inte var delaktig och beslutet skedde i samråd mellan läkare och anhöriga blev det i de allra flesta fallen ett beslut om "Ej HLR". Gällande samtal om att patienten befinner sig i livets slutskede så förekom dessa i 341 av 358 fall och vid 50,1% av dessa tillfällen var patienten deltagande. Man såg inga tydliga tecken på att patientens närvaro eller frånvaro hade någon påverkan på det slutgiltiga beslutet.	R I

II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Anderson, W. G., Cimino, J., & Lo, B. 2013 USA	Seriously Ill Hospitalized Patients´ Perspectives on the Benefits and Harms of Two Models of Hospital CPR Discussions	Att beskriva allvarligt sjuka patienters perspektiv på experters utlåtande angående tillvägagångssätt för diskussion vid beslut gällande HLR.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Allvarligt sjuka patienter som kan diskutera HLR, som har en eventuell prognos att gå bort inom ett år. De som inte talar engelska och de som lider av psykisk ohälsa blev exkluderade. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer för att ta reda på patienters åsikter kring de två videos som har visats där läkare har diskuterat HLR med två olika inriktningar, en med värdebaserad modell och en informationsspecifik modell. <u>Dataanalys:</u> Tema analys för att lyfta för- och nackdelar för diskussionens specifika delar.	20 (11)	Resultatet visade att olika tillvägagångssätt gällande information är bättre vid vissa situationer än andra. Diskussionernas innebörd kunde orsaka skada när informationen var för detaljrik och dyster men också när den är definitiv och svår att acceptera. De som värderade läkarens rekommendationer ansåg att läkaren förstod patientens perspektiv och kunde hjälpa till när beslutet var svårt att fatta. Patienterna uppskattade när läkaren hade dialog direkt med patienten och var rak och ärlig med sina åsikter. Information om HLR ansågs som nyttillkommen information för många. Patienter ville vara delaktiga i diskussioner och få reda på sin prognos, de uppgav dock att de ansåg att det kunde orsaka oro och vara obekvämt. De uppfattade läkaren som omtänksam när de försökte ta reda på vad som var rätt för patienten. Deltagare som föredrog den informationsspecifika videon sa att den gav en mer detaljrik information och en bättre modell för patienter att utvärdera beslutet.	K I

III

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bardach, S. H., Dunn, E. J., & Stein, J. C. 2017 USA	Clinician Perspectives on Challenges to Patient Centered Care at the End of Life	Att identifiera vårdpersonals perspektiv för att patienter ska kunna vara delaktiga och framföra sin önskan vid medicinsk behandling och patientens insikt. Möjligheter att kringgå dessa hinder och därmed förbättra vård vid livets slutskede undersöktes också.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Målinriktat urval, totalt 72 personer. 15 läkare, 48 sjuksköterskor, 4 socialarbetare och 5 andningsterapeuter valdes ut som man ansåg vara mest sannolika att vara delaktiga i en diskussion gällande HLR. <u>Datainsamling:</u> 72 enkätstudier sammanställdes i ett Word dokument. <u>Dataanalys:</u> Informationen från enkätstudierna jämfördes konstant mot varandra, flera sorteringar gjordes för att identifiera teman.	72 (-)	Flera hinder gällande patientens önskan upptäcktes angående ställningstagande till HLR. Tillfälle och kvalitet av diskussionen. Kvaliteten på samtalen är avgörande för patientens delaktighet, det finns en koppling mellan vårdpersonalens inställning till samtal om HLR och kvaliteten på samtalen. Det framkom att det finns svårigheter gällande tidigare preferenser och utgångna tidigare ställningstaganden. Tidigare samtal om HLR skapar mer möjlighet för patienten att vara delaktig. Däremot sker dock ofta samtalen i ett för sent skede. Det finns en förvirring gällande termen HLR och dess innebörd, både hos patienter och vårdpersonalen. Det finns flera olika insatser och begränsningar. Förvirringen skapar en osäkerhet hos vårdpersonalen över hur de ska agera i akuta situationer. Dokumentationen var otydlig och svår att lokalisera i journalen. Direktiven på avdelningen var inte tillräckligt tydliga för vare sig dokumentation eller vårdbegränsningar.	K I

IV

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bedulli, M., Falva, I., Merlani, P., Hurst, S., & Fadda, M. 2023 Schweiz	Obstacles to patient inclusion in CPR/DNAR decisions and challenging conversations: A qualitative study with internal medicine physicians in Southern Switzerland	Att undersöka de tillvägagångssätten som används av läkare vid beslut och diskussioner kring HLR.	<p><u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie.</p> <p><u>Urval:</u> Läkare på internmedicinavdelningar på de 4 största sjukhusen i Ticino, Schweiz. Man inkluderade läkare med minst 6 månaders erfarenhet av kliniskt arbete efter läkarexamen. Studenter och läkare med mindre än 6 månaders klinisk erfarenhet exkluderades.</p> <p><u>Datainsamling:</u> 4 fokusgrupper online på Zoom med moderator och assisterande moderator. Tillfällena spelades in och pågick mellan 42–60 minuter.</p> <p><u>Dataanalys:</u> Intervjuerna transkriberades och anonymiserades. Moderatören och den assisterande moderatören delade insikter och noterade dessa.</p>	19 (134)	<p>Resultatet visade att patientens involvering i beslut om HLR ofta anses poänglöst trots att deltagarna föredrog delat beslutsfattande och såg patientens önskan som central i beslutsfattandet.</p> <p>Det framkom även att de flesta konversationerna karaktäriseras av att läkaren hänsynsfullt för patienten i den riktning som stämmer med läkarens rekommendation, detta trots att målsättningen är en icke-manipulativ konversation. Resultatet lyfte vikten av att samtal sker vid rätt tid och på rätt plats. Samtalen ska vara öppna och baseras på information som underlättar för patienten utan att vara ledande. Vårdpersonal uppfattar ofta samtalen som svåra och att de ses som en slags "skurk". Områden som deltagarna anser kan förbättra delaktigheten är kommunikationsträning och att samtalen hålls i ett så tidigt skede som möjligt.</p> <p>Resultatet tog upp att bristande delaktighet kan bero på försämrad förmåga att ta till sig information, ung ålder, begränsade resurser, god hälsa och hög ålder kombinerat med multisjuklighet. Det kan även bero på en vilja att bibehålla den terapeutiska alliansen, vidmakthålla patientens hopp och att inte vilja skrämna upp.</p> <p>Studien lyfte behov av att öka allmänhetens kunskap kring HLR och att det finns en tabu kring ämnet som kräver en förändring på samhällsnivå.</p>	K I

V

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bertilsson, E., Semark, B., Childmeijer, K., Bremer, A., & Carlsson, J. 2020 Sverige	Usage of do-not-attempt-to-resuscitate orders in a Swedish community hospital – patient involvement, documentation and compliance.	Att undersöka patientens delaktighet i, dokumentationen av, och efterföljsamheten av giltiga beslut kring HLR.	<u>Design:</u> Retrospektiv studie. <u>Urval:</u> Alla patienter som dog eller blev dödförklarade på Kalmar sjukhus under år 2016. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in från elektroniska patientjournaler. <u>Dataanalys:</u> Data analyserades av hjärtsjuksköterska och hjärtläkare, vid funderingar diskuterades det bland skribenterna.	630 (30)	Enligt studiens resultat hålls dokumentation av beslut kring HLR inte alltid aktuell och den var många gånger inte tillräckligt tydlig eller lättåtkomlig. 412 av 630 patienter hade inte fått vara delaktiga i diskussionen om HLR. I 75 av 630 fall hade man inte heller informerat vare sig patienter eller anhöriga om att ett ställningstagande till "Ej HLR" fanns. Anledningar till detta var att patienten varit medvetlös eller inte kunnat ta till sig information. Många gånger gick det inte att hitta någon anledning till att patienter och anhöriga saknat information om beslutet. Resultatet visade att en del patienter fått HLR trots att beslut om att avstå från HLR fanns samt att patienter inte fått HLR trots att beslut om att avstå inte fanns dokumenterat.	R I

VI

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bremer, A., Årestedt, K., Rosengren, E., Carlsson, J., & Sandboge, S. 2021 Sverige	Do-not-attempt- resuscitation orders: attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses	Att beskriva attityder, uppfattningar och praxis bland svenska läkare och sjuksköterskor när det gäller att diskutera ställningstagande till HLR med patienter och anhöriga samt att undersöka om läkarna och sjuksköterskorna kände till de etiska riktlinjerna för HLR.	<u>Design:</u> Retrospektiv observationsstudie. <u>Urval:</u> Studien inkluderade läkare och sjuksköterskor från sjukhus i tre olika regioner. Man gjorde ingen avgränsning gällande typ av vårdavdelning. <u>Datainsamling:</u> Ett studiespecifikt frågeformulär med 34 frågor användes mejlades ut till deltagarna. 28 av frågorna handlade om "Ej HLR" medan övriga frågor rörde demografi och kunskap kring de etiska riktlinjerna. <u>Dataanalys:</u> Deskriptiv statistik användes vid analys för att kunna presentera attityder, uppfattningar och praxis samt kännedom kring riktlinjerna. T-test användes även för att jämföra demografiska skillnader mellan professionerna.	522 (2555)	99% av läkare och 75% av sjuksköterskor hade deltagit vid samtal om HLR. Nästan alla läkare och en låg andel sjuksköterskor hade fattat beslut om HLR. Ungefär var tredje läkare/sjuksköterska hade läst riktlinjerna för HLR, en högre andel (38%) av sjuksköterska jämfört med läkarna (29%) och 63% hade hört dem. Ungefär 40% av patienter hade förmåga att delta i diskussion kring HLR och av dessa var det 79% som faktiskt deltog. Bara 6% av gångerna initierades diskussionen av patienten själv. Majoriteten av vårdpersonalen (81%) ansåg att patienten alltid ska få uttrycka sina preferenser innan ett beslut fattas. Resultatet visade att en del ansåg att HLR alltid ska utföras på en patient som själv har detta som önskemål, oavsett om det finns skäl att låta bli. Sjuksköterskor ansåg detta tre gånger så ofta som läkare. Studien lyfte att patienter och anhöriga i flera fall inte fått information om beslutet och att detta kunde bero på att patienten varit medvetlös, kritiskt sjuk eller dement.	R I

VII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Chang, D. W., & Brass, E. P. 2014 USA	Patient and Hospital-Level Characteristics Associated With the Use of Do-Not- Resuscitate Orders in Patients Hospitalized for Sepsis	Att undersöka sambandet mellan hälso- sjukvårdssystem, patient och sjukhus jämfört med beslut gällande HLR, i tidigt och sent skede av inläggning hos patienter med sepsis.	<u>Design:</u> Retrospektiv studie <u>Urval:</u> Inklusionskriterier: vuxna över 18 år, patienter med inläggande vård på grund av sepsis, Exklusionskriterier: Journaler med sekretess eller där data saknades, patienter inläggande på icke-akut avdelning, yngre än 18 år. <u>Datinsamling:</u> Retrospektiv kohort-studie som använde OSPHD system för att kunna samla in data. <u>Dataanalys:</u> Beskrivande analys i syfte att kunna jämföra olika variabler.	77 329 (63 671)	Multisjuka patienter har störst möjlighet att få ett beslut gällande HLR, ofta inom 24 timmar. Andra faktorer relaterade till sjukhus, hälso-sjukvårdssystem, ålder, etnicitet, kön och vad patienten själv önskar har också en påverkan på sannolikheten att få ett beslut inom första dygnet. Att tillhöra andra etniska grupper än vit påverkade sannolikheten negativt, de etniska grupperna hade därför lägre sannolikhet att få ett beslut om HLR inom 24h.	R I
Elliott, J. A., & Olver, I. 2011 Australien	Dying cancer patients talk about physician and patient roles in DNR decision making.	Att undersöka hur patienter döende i cancer anser att ett HLR beslut ska arrangeras, vilka roller som patient och läkare har, jämföra detta med medicins beslut gällande HLR.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie <u>Urval:</u> Inklusionskriterier: Patienter som var döende i cancer, över 18 år, engelska som förstaspråk, hade en trolig överlevnad på 3 månader, medvetna om sitt tillstånd, vara förmögna att kunna hantera en diskussion och emotionellt stabila. <u>Datinsamling:</u> En intervjustudie gjordes. <u>Dataanalys:</u> Syntetiskt tillvägagångssätt. Diskursiv analys av kvalitativa data.	28 (6)	Resultatet visade att vissa patienter anser att ett beslut angående HLR är ett personligt beslut som ska göras utav patienten. Andra menar på att det är ett medicinskt beslut, vilket ska göras av läkare. Det bygger på att det sker en god kommunikation mellan patient och läkare menar andra. Alternativt att med hjälp av information och att kunskap som förmedlas av läkaren till patienten kan patienten och läkaren samråda och komma fram till ett gemensamt beslut, delat beslutsfattande.	K I

VIII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Hiestand, D., & Beaman, M. 2019 USA	Perioperative Do- Not-Resuscitate Suspension: The Patient's Perspective	Att beskriva patientens uppfattning kring vad "Ej HLR" innebär och att utforska patientens förväntningar gällande diskussion kring en ändring i beslut om HLR vid behov av operation.	<u>Design:</u> Mixad metod, en icke-experimentell kvalitativ studiedesign. <u>Urval:</u> Patienter på medicinsk onkologi- avdelning. Inklusionskriterier var att kunna tala och förstå engelska, ett dokumenterat beslut om HLR och att patienten inte hade några planerade eller nyligen utförda operationer. <u>Datansamling:</u> Inspelade semi-strukturerade patientintervjuer utfördes och man tog stöd i patientjournaler. Patientjournalerna användes i syfte att kunna bekräfta och samla in data som exempelvis ålder och medicinsk information som patienterna var osäkra kring. <u>Dataanalys:</u> Intervjuerna transkriberades och två personer i forskningsteamet analyserade materialet för att utse teman. En annan erfaren person i teamet bekräftade sedan valet av teman.	17 (19)	Patienterna i studien uttryckte att de förväntade sig att få vara delaktig i diskussionen om sin HLR-status i fall där operation blir nödvändig och ställningstagandet kring HLR eventuellt behöver ändras. Patienterna uttryckte dessutom en stark övertygelse gällande sin autonomi vid beslutsfattande kring sin HLR- status. En patient upplevde att hennes autonomi och auktoritet kring ställningstagandet förstärktes av det faktum att hon varit delaktig vid ställningstagande tidigare. Samtliga deltagare bekräftade att de förstod att "Ej HLR" innebär att återupplivning inte kommer att utföras vid hjärtstopp. För vissa patienter i studien var beslutet att välja "Ej HLR" kopplat till frågor om livskvalitet.	K I

IX

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Jensen, H. I., Ammentorp, J., Johannessen, H., & Ørding, H. 2013 Danmark	Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective	Att undersöka utmaningarna som finns när det gäller beslut kring livsuppehållande åtgärder, ur dansk intensivvårdspersonals perspektiv.	<u>Design:</u> Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie <u>Urval:</u> De deltagande var antingen sjuksköterskor, anestesiologer eller primärläkare (inom specialiteter med hög procentuell andel patienter som läggs in på intensivvårdsavdelning). Både män och kvinnor, oavsett ålder och antal år med erfarenhet av intensivvården inkluderades. <u>Datainsamling:</u> För sjuksköterskorna och anesthesiologerna använde man sig av fokusgruppsintervjuer, dock separata fokusgrupper beroende på profession. För primärläkarna användes individuella intervjuer av logistiska skäl. <u>Dataanalys:</u> Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades. Utifrån dessa gjordes sedan en systematisk textkondensering av huvudförfattaren med fokus på ett etiskt perspektiv.	29 (-)	Resultatet visade på olika syn gällande på vilket sätt och när i tiden som samtal med patienten skulle förekomma. Många deltagare var överens om att tidigt förekommande samtal var att föredra då patienten hade bättre möjligheter att kunna uttrycka sin önskan då. Vårdpersonal ansåg att det var lättare att utföra och avstå från HLR om detta var patientens önskan. Generellt såg man dessutom att vårdpersonal med längre erfarenhet fann besluten mer komplexa och verkade ha större insikt i risken att fatta felaktiga beslut. Vissa deltagare upplevde att samtalen är svåra och att patienten kan uppleva att de är döende om frågan ställs. Enligt studien kunde brist på delaktighet bero på viljan att inte skrämna patienten men även att patienten har försämrade förmåga att förstå information. Studien visade även att dokumentationen i journalen ofta var dåligt uppdaterad och inte tillräckligt specificerad samt att tidigare information i patientens journal många gånger var otillräcklig vilket försvårar bedömning och behandling.	K I

X

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Mirachi, F. L., Juhasz, K., Cooney, T. E., Puller, J., Kordes, T., Weissert, L., Lewis, M. L., Intrieri, B., & Cook, N. 2019 USA	TRIAD XII: Are Patients Aware of and Agree With DNR or POLST Orders in Their Medical Records	Att undersöka om beslut kring HLR och andra återupplivande åtgärder var utifrån patientens preferenser och om patienten var medveten om de har gått med på dessa beslut.	<u>Design:</u> Prospektiv studie <u>Urval:</u> Patienter som var ineliggande under 1/9 -2017 till 30/9 - 2018 som hade ett ställningstagande till HLR. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in retrospektivt via journalsystem och prospektivt via intervjustudie. <u>Dataanalys:</u> Analysera förekomsten av avvikelser gällande ställningstagande till HLR och preferenser för sin vård. Ytterligare analys med en subgrupp för att ta reda på om de var skillnad gällande demografiska faktorer. För att ta fram P-värdet användes t-test, Mann-Whitney U-test eller Fisher test.	101 (13)	Alla deltagare i studien hade ett beslut gällande HLR. Resultatet visade att 30% efterfrågade HLR. Utav de som ville få HLR var det över 30% som ville få intubering. Utav de som inte ville få HLR var det 63% som ville få ett försök med medicinsk hjälp för att se om det skedde någon förbättring. Det var 25% av patienterna som var omedvetna om beslutet om HLR. 50% Var osäkra gällande deras prognos. 40% Av patienterna upplevde att de inte var i livets slutskede. 44% Av alla ställningstagande stämde inte överens med patientens vilja, dessa fall kunde man se samband med yngre patienter.	P II
Sterie, A.-C., Weber, O., Jox, R. J., & Rubli Truchard, E. 2022 Schweiz	“Do you want us to try to resuscitate?” Conversational practices generating patient decisions regarding cardiopulmonary resuscitation	Att undersöka hur läkare lyfter patienters preferenser kring HLR under inskrivningssamtal på sjukhus.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie. <u>Urval:</u> Patienter på en akut geriatrisk avdelning som var inlagda för rehabilitering efter vistelse på universitetssjukhus. <u>Datainsamling:</u> Inspelade inskrivningssamtal mellan patient och läkare. <u>Dataanalys:</u> Metod för samtalsanalys. Samtliga inspelningar transkriberades och översattes från franska till engelska.	41 (10)	Resultatet visade att det vanligaste tillvägagångssättet var att läkaren gav ett alternativ som patienten skulle validera med ett ja eller nej (ex. “vill du att vi ska försöka återuppliva?”). Denna metod ansågs inte stärka patientens möjlighet att uttrycka sin vilja. En metod som ansågs vara bättre var att presentera ett scenario för patienten följt av en fråga (ex. “om hjärtat skulle stanna, vill du att vi försöker återuppliva dig?”). Det bästa sättet var att fråga öppet vad patienten önskar, då får patienten chansen att vara autonom och läkaren behandlar dessutom patienten som en kunnig part i diskussionen.	K II

XI

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Sterpu, B., Lindman, P., & Björkhem- Bergman, L. 2019 Sverige	A comparative study on decision and documentation of refraining from resuscitation in two medical homecare units in Sweden	Att beskriva hur frekvent ställningstagande till HLR och dokumentation gjordes på två ASIH avdelningar.	<p><u>Design:</u> Retrospektiv studie</p> <p><u>Urval:</u> Patienter inlagda på två avdelningar på en specifik dag på varje enhet.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Läkare på varje avdelning granskar alla inlagda patienters journaler gällande dokumenterat ställningstagande av HLR.</p> <p><u>Dataanalys:</u> En statistisk analys gjordes med hjälp av Graph-Pad Prism version 6.0. För att det ska anses som statistiskt signifikant ska p vara mindre eller lika med 0,05. En jämförelse gjordes mellan de två avdelningarna.</p>	535 (125)	Avdelning A, där alla ska enligt riktlinje ha ett ställningstagande till HLR, hade 100% ett ställningstagande. Avdelning B, som inte hade samma krav, hade endast 79% ett ställningstagande. Dokumentation gällande att informera patienten om ställningstagande var 53% på avdelning A och 14% på avdelning B. Gällande dokumentation om information till anhöriga vara 42% på avdelning A och 6% på avdelning B. Det visades att dokumentationen var bristfällig och saknades i flera fall, vilket var avgörande för hur vårdpersonalen skulle agera i akuta situationer.	R I

XII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Wilson, M. E., Akhoundi, A., Krupa, A. K., Hinds, R. F., Litell, J. M., Gajic, O., & Kashani, K. 2014 USA	Development, validation, and results of a survey to measure understanding of cardiopulmonary resuscitation choices among ICU patients and their surrogate decision makers	Att utveckla och utvärdera en enkätundersökning för att estimeras förståelsen kring HLR hos intensivvårdspatienter och deras ställföreträdande beslutsfattare.	<u>Design:</u> Kvantitativ enkätstudie. <u>Urval:</u> Patienter och ställföreträdande beslutsfattare på en kirurg- och en medicin/kirurgintensivavdelning på ett och samma sjukhus, inskrivna senaste 48 timmarna. Om patienten ansågs kunna fatta beslut och var orienterad inkluderades patienten själv och om inte inkluderades dennes ställföreträdare. Studien exkluderade minderåriga, fångar, gravida kvinnor och ej engelsktalande personer. <u>Datainsamling:</u> För utvärdering av enkäten användes först fokusgrupper bestående av intensivvårdsläkare och sjuksköterskor. Sedan gjordes även pilottest av enkäten på 10 patienter och 10 ställföreträdare. Enkäten omarbetades innan den verbalt administrerades till deltagarna. <u>Dataanalys:</u> Statistisk analys.	89 (3)	En stor del av patienter (P) och ställföreträdare (SF) har dålig kunskap kring HLR och återupplivningsalternativ. 44% av P och 24% av SF kunde ej förklara syftet med HLR. 88% av P och 73% av SF kunde inte nämna kompressioner eller konstgjord andning som komponenter vid HLR. 41% av P och 24% av SF kunde inte nämna en enda komplikation av HLR. 25% av deltagarna (båda grupperna) kunde inte specificera att HLR inte utförs vid ett beslut om "Ej HLR". Resultatet visade att faktorer kopplade till sämre kunskap var låg utbildningsnivå, manligt kön, hög ålder, sämre upplevd hälsa och att vara änka/änkling eller frånskild. Studien visade även att det är få läkare som inte är medvetna om innebörden av hjärt-lungräddning.	P I

XIII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Wee, S., Chang, Z. Y., Lau, Y. H., Wong, Y. K. Y., & Ong, C. Y. M. 2017 Singapore	Cardiopulmonary resuscitation-from the patient's perspective	Att undersöka deltagarnas kunskap och ta del utav deras perspektiv gällande HLR-beslut och undersöka hur processen till HLR-beslut kan förbättras.	<u>Design:</u> Kvantitativ enkätstudie. <u>Urval:</u> Inklusionskriterier: Patienter som genomgått en elektiv operation för mer än 24h sedan som är redo för utskrivning. Patienter som kan tala engelska eller mandarin och hade möjlighet att ge verbalt samtycke. Exklusionskriterier: Patienter som har kommunikationssvårigheter. Patienter med psykisk sjukdom. Patienter som är gravida. Patienter som är fångar. Patienter som var sjuka vid intervjutillfället. <u>Datainsamling:</u> En intervjustudie med enkäter gjordes för att samla in data. <u>Dataanalys:</u> Det gjordes en statistisk analys för att analysera den data som presenterades i formulären.	51 (16)	Många patienter hade bristande kunskap gällande HLR och andra återupplivande åtgärder. Det var få deltagare som visste vad HLR stod för och dess innebörd. Få visste vilka komplikationer som kan ske av HLR. Det visade sig att det fanns ett samband mellan kunskap om HLR och utbildningsnivå. Många patienter var villiga att lära sig mer och förbättra sin kunskap inom ämnet. Patienterna ville delta i diskussion med sin läkare gällande HLR-beslut. Däremot hade endast en låg andel fått möjligheten till det tidigare. Diskussionerna gällande HLR-beslut skulle kunna förbättras om patienter och deras anhöriga har en mer aktuell och realistisk syn på HLR-beslut.	P I

XIV

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet