



**RÄDDA LIV TILL VARJE PRIS?**

Sjuksköterskors erfarenheter  
när beslut om ej hjärt- och lungräddning saknas

**SAVING LIFE AT ALL COSTS?**

Nurses' experiences  
when decisions unless CPR is missing

Examinationsdatum: 2013-12-16

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Kurs 40

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Författare: Pia Baltzer

Susanne Lönnå

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Margareta Westerbotn

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Liv och död är något som berör oss alla. Frågorna har sällan enkla svar, utan kräver ofta etiska överväganden. Hälso- och sjukvårdspersonal är ofta närvarande när vi föds, vid sjukdom och vid livets slutskede. Avgörande beslut om patientens liv eller död är svåra ställningstaganden, vilket tillhör sjukvårdspersonalens vardag. Vid återupplivningsförsök ställs vårdpersonalen inför komplexa dilemman, dels när hjärt- och lungräddning, bör starta, dels när hjärt- och lungräddning bör avslutas. Beslut om återupplivningsförsök baseras på varje individuellt patientfall som är ett komplext förhållande mellan vinster, risker och kostnader för patient, närstående, men även för hälso- och sjukvården.

### **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter när beslut om ej-HLR saknades för svårt sjuka patienter.

### **Metod**

En kvalitativ semistrukturerad intervju valdes som metod. Sju intervjuer med yrkesverksamma sjuksköterskor genomfördes. Intervjuerna analyserades med hjälp av en innehållsanalys.

### **Resultat**

Studiens resultat visade att avsaknad av beslut angående ej-HLR för svårt sjuka patienter påverkade sjuksköterskornas arbetssituation. Avsaknad av beslut skapade osäkerhet, stress och frustration. Sjuksköterskorna tvingades acceptera beslut och ibland utföra åtgärder som läkare ordinerat, vilket resulterade i att de ställdes inför etiska dilemman. Sjuksköterskorna i studien betonade betydelsen av ej-HLR beslut. Det skapade trygghet och lugn i omvårdnadsarbetet kring svårt sjuka patienter. Det uppstod inga akutsituationer, utan patienten fick istället lugnt och stilla somna in och avsluta livet.

### **Slutsats**

Avsaknad av ej-HLR beslut skapade osäkerhet, stress och frustration för sjuksköterskorna, vilket var en följd av bristande samarbete mellan läkare och sjuksköterskor. När ej-HLR beslut fanns uppstod däremot inga akutsituationer, istället infann sig trygghet och lugn i omvårdnadsarbetet. Beslutsfattandet kring ej-HLR bör gå snabbare, detta för att minska risken att patienter blir lidande

**Nyckelord:** Ej-HLR, behandlingsbegränsning, livsuppehållande behandling.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning.....	1
BAKGRUND .....	1
Hjärtstopp .....	1
Livsuppehållande behandling.....	1
Behandlingsbegränsningar .....	2
Riktlinjer och föreskrifter .....	2
Sjuksköterskans ansvar .....	3
Patienten och närståendes delaktighet.....	4
Etiska perspektiv .....	5
Sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser .....	6
Syfte .....	7
Metod .....	7
Val av metod .....	7
Urvalskriterier .....	8
Datainsamling.....	8
Databearbetning .....	9
Dataanalys .....	9
Forskningsetiska överväganden .....	11
Resultat.....	12
Behov av tydliga besked .....	12
Samarbete med kollegor och andra yrkesprofessioner.....	14
Yrkeserfarenhetens betydelse.....	16
Etiskt dilemma vid avsaknad av beslut .....	17
Diskussion .....	18
Resultatdiskussion.....	18
Metoddiskussion.....	20
Slutsats .....	23
Klinisk betydelse .....	23
Referenser.....	24

## BILAGOR A-C

## **INLEDNING**

Svåra frågor om liv och död är något som berör oss alla. Dessa frågor har sällan några enkla svar utan kräver ofta etiska överväganden. Hälso- och sjukvårdspersonal finns på plats när vi föds, vid sjukdom och i livets slutskede. Beslut som kan vara avgörande för patientens liv eller död är ett svårt ställningstagande och något som tillhör sjukvårdspersonalens vardag (Ingvar, Lagercrantz, Lynoe, Fürst, Frostegård & Rynning, 2009).

Beslut att avstå återupplivningsförsök, hjärt- och lungräddning, (ej-HLR) är viktiga och avgörande inom vården. Trots detta brister ofta kommunikationen mellan läkare och patient. Alla patienter önskar inte återupplivningsinsatser. Insatser som HLR och intubering kan vara medicinskt olämpliga och göra mer skada än nytta både för patient, närstående samt för vårdgivare (Robinson, Kolesar, Boyko, Berkowitz, Calam & Collins, 2012).

HLR genom mun- mot- mun metoden tillsammans med hjärtkompressioner utfördes första gången år 1960. Upptäckter och vetenskapliga framsteg om andningsstöd, cirkulation och defibrillering ledde under 1900-talet fram till det som idag utgör ramen för HLR. Enligt då gällande principer låg fokus på att återuppliva patienter som innan hjärtstilleståndet var vid god hälsa och bedömdes kunna återgå till ett normalt liv. Numera utförs HLR samt annan livsuppehållande behandling oavsett hälsotillstånd, såvida inte ett beslut om ej-HLR föreligger (Robinson et al., 2012; Ekmektzoglou, Johnson, Syros, Chalkias, Kalambalikis & Xanthos, 2012).

## **BAKGRUND**

### **Hjärtstopp**

Inom akutmedicin definieras hjärtstopp enligt följande; patienter som saknar livstecken och kräver behandling med bröstkompressioner och inblåsningar, eller defibrillering av potentiellt dödlig arytm (Skogvoll & Lexow, 2009).

Enligt Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2011) kan man tillföra en strömstöt med hjälp av defibrillator och därmed få hjärtat att börja slå igen. Tiden är dock avgörande, för varje minut som går minskar möjligheten att överleva med 10 procent.

### **Livsuppehållande behandling**

När patienten inte själv kan upprätthålla sitt eget liv erbjuder Hälso- och sjukvården patienten livsuppehållande behandling. Inom Hälso- och sjukvård är grundprincipen att patientens vårdbehov styr vilka insatser som ska erbjudas. Läkaren har det medicinska ansvaret för patientens vård och fattar det avgörande beslutet att avbryta eller inte påbörja en möjlig livsuppehållande behandling. Läkaren fattar även beslut om insatser med möjlig livsförkortande effekt ska sättas in (Ingvar et al., 2009).

Ett beslut kring återupplivning bör tas så snart läkaren har adekvat kunskap om patientens medicinska tillstånd. Därefter ska hänsyn till etiska principer tas. Återupplivningsförsök anses olämpligt att utföra om det finns tydliga indikationer på att det är meningslöst eller om det strider mot patientens vilja (Rudnicka-Drozak & Aftyka, 2011).

### Hjärt-lungräddning

Genom att påbörja HLR i ett tidigt skede kan man under en begränsad tid upprätthålla andning och cirkulation i väntan på defibrillator. HLR ska fortgå under hela hjärtstoppet, med undantag för eventuell defibrillering och/eller intubering för att förse hjärna och kranskärl med blod. HLR ska utföras med 30 bröstkompressioner och därefter följas av två inblåsningar (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011).

### Andra livsuppehållande behandlingar

Livsuppehållande behandlingar innefattar även läkemedelsbehandling till exempel cytostatika, diuretika, antibiotika, insulin och vissa kirurgiska ingrepp. Målet med behandlingen ska vara att förbättra patientens hälsotillstånd, i förhoppning att patienten själv kan återta kontrollen över de vitala funktionerna (SOSFS 2011:7)

### **Behandlingsbegränsningar**

Beslut om behandlingsbegränsningar är komplexa. Läkarens ställningstagande ska baseras på varje enskilt patientfall och är en avvägning mellan behandlingar som gynnar patienten eller anses vara fruktlösa. I motsats till aktiv dödshjälp, där patienten får hjälp att avsluta sitt liv, innebär behandlingsbegränsningar att avsluta eller avstå behandling som inte längre har gynnsam effekt och bedömts som resultatlösa (Pedersen, Bahus & Kvisle, 2007).

### Avstå från Hjärt- och lungräddning

Ansvarig läkare fattar beslut angående ej-HLR. Vid ej- HLR beslut har ansvarig läkare tagit ställning till att patienten inte ska återupplivas ifall ett plötsligt hjärtstopp inträffar. Ej-HLR beslut ska dokumenteras i patientens journal. Finns inget beslut dokumenterat ska HLR alltid påbörjas vid hjärtstopp, dock kan närvarande läkare besluta avstå från HLR ifall patienten är obotligt sjuk och/eller döende (Svenska Läkaresällskapet, 2013).

### Andra behandlingsbegränsningar

Läkare kan besluta att avbryta eller avstå från livsuppehållande behandlingar. Dialys, tillförsel av blod, näring, vätska, samt andningshjälp via respirator är exempel på behandlingar som kan begränsas, om dessa inte bedöms ha någon medicinsk effekt. Dessa åtgärder kan istället medföra komplikationer, samt onödigt lidande för patienten. När vården inte längre anses botande, övergår den till palliativ vård. Den palliativa vården ska vara symtomlindrande och behandlingen ska bland annat avse lindring av smärta och oro, för att ge patienten god livskvalitet vid livets slut (Socialstyrelsen, 2011).

### **Riktlinjer och föreskrifter**

I Sverige finns inga lagar som reglerar beslut angående livsuppehållande behandling, endast riktlinjer. Patientens autonomi skyddas av riktlinjerna och patienten har därmed rätt att avsäga sig livsuppehållande behandling, men kan däremot inte kräva HLR vid hjärtstopp. Detta komplicerar patientens delaktighet i beslutsfattandet och patienten blir därmed begränsad till läkarens medicinska bedömning angående ej-HLR (Svantesson, 2008).

### Riktlinjer

Hälso- och sjukvårdspersonal ska alltid utföra HLR på personer som vårdas inom hälso- och sjukvård och drabbas av hjärtstopp, såvida inte ej-HLR beslut finns dokumenterat i patientens journal (Svenska Läkaresällskapet, 2013).

Enligt Svenska Läkaresällskapet (2013) ska ej-HLR beslut tydligt framgå i vårdplaneringen och flera faktorer vägas in; patientens hälsotillstånd, risker i förhållande till vinster, samt patientens egen inställning. Ställningstagandet gäller inom verksamhetsområdet och endast under det aktuella vårdtillfället. Beslutet ska omprövas vid varje vårdtillfälle, samt om patientens hälsotillstånd eller åsikt i frågan förändras. Beslut gällande HLR bör göras i samråd med patienten och/eller närstående, samt övrig vårdpersonal.

Bakomliggande bedömning till beslut att avstå livsuppehållande insatser ifall patienten drabbas av hjärtstopp, ska tydligt framgå i patientjournalen. Även hur länge beslutet ska gälla, samt ifall skäl finns att ompröva beslutet. Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för rutiner angående dokumentation rörande beslut om HLR (Svenska Läkaresällskapet, 2013; Ingvar et al., 2009).

### Lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd

Vid svåra sjukdomstillstånd eller vid omfattande yttre skador, ska medicinska åtgärder vidtas i avsikt att stödja vitala funktioner, såsom andning, cirkulation, medvetande, blod-, närings- och vätskeintag. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS, 2011:7, § 2) definieras Livshotande tillstånd; ”tillstånd som på grund av sjukdom eller skada medför fara för en människas liv” och livsuppehållande behandling; ”behandling som ges vid livshotande tillstånd för att upprätthålla en patients liv” (Socialstyrelsen 2011, s. 7).

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor tar upp tre viktiga ansvarsområden för yrket: *Omvårdnadens teori och praktik; Forskning, utveckling och utbildning* samt *Ledarskap*. Dessa områden präglas av helhetssyn och etiskt förhållningssätt, vilket till exempel innebär hänsyn till patientens integritet och självbestämmande, samt respekt och öppenhet för olika värderingar och trosuppfattningar (Socialstyrelsen, 2005).

### **Sjuksköterskans ansvar**

Sjuksköterskeyrket är en legitimerad profession, vilket innebär självständigt ansvar och självbestämmande i samarbete med andra professioner. Omvårdnad är sjuksköterskans huvudsakliga ansvarsområde och ska tillämpas evidensbaserat (Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Evidensbaserad vård innebär att omvårdnaden och de åtgärder som utförs ska bygga på bästa tillgängliga vetenskap, samt ske i samråd med patient och vårdpersonal. Detta för att utföra bästa möjliga vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2011).

Sjuksköterskeyrket regleras av flertalet lagar, förordningar och föreskrifter. Däribland Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), Socialstyrelsens (SOSFS 2000:1) föreskrifter och allmänna råd för läkemedelshantering, samt Socialstyrelsens (SOSFS 1993:20) föreskrifter och allmänna råd om patientjournallagen (Socialstyrelsen, 2005).

I en avhandling av Svantesson (2008) om sjuksköterskors och läkares erfarenheter av ej-HLR beslut visade, att majoriteten av läkare välkomnade att sjuksköterskan initierade ej-HLR beslut. I praktiken var det dock sällan sjuksköterskan gjordes delaktig i dessa diskussioner och förberedelser. Enligt Lachman (2010) ställs sjuksköterskor inför etiska dilemman i situationer när ej-HLR beslut saknas för svårt sjuka patienter. Dessa situationer kan uppstå vid bristfällig kommunikation och sent fattade beslut. Sjuksköterskan bör då stå upp för patient och närstående, samt ta initiativ till diskussion med läkare angående ej-HLR.

### **Patienten och närståendes delaktighet**

Enligt Lachman (2010) har sjuksköterskan etiskt ansvar att involvera och stödja patient och närstående i ej-HLR beslut. För att patient och närstående ska kunna göra ett ställningstagande behöver de information om innebörden av HLR och ej-HLR. Sjuksköterskan bör säkerställa att patient och närstående ges löpande information, samt möjlighet att diskutera behandling och prognos med ansvarig läkare. Syftet med ej-HLR beslut var inledningsvis att ge patienten möjlighet att diskutera under vilka omständigheter det kunde anses motiverat att sjukvårdspersonal påbörjade återupplivningsförsök. Diskussionerna sker ofta alltför sent, när patienten saknar beslutsförmåga. Istället blir det närstående som får diskutera beslutet med läkaren.

#### Patienten

Enligt Ballin (2007) ska patienten ge sitt samtycke till ej-HLR beslut. Generellt önskar patienter vara delaktiga i beslut som berör livets slutskede. Studien visar att 32 procent av beslutskapabla patienter involveras i besluten samt att läkare tenderar underskatta patientens syn på vad som är livskvalitet.

Ej-HLR beslut ska skydda patientens autonomi. Beslut om ej-HLR ska förhindra ofördelaktiga behandlingsinsatser, något som sällan uppfylls och kan få allvarliga konsekvenser. Diskussion om livsuppehållande behandling tas inte alltid upp med patienten, som därmed fräntas möjligheten till informerat samtycke. Följden vid hjärtstopp kan bli att patienten återupplivas mot sin vilja och därmed utsätts för onödigt lidande för patienten (Yuen, Reid & Fetters, 2011).

Enligt Robinson et al. (2012) visade en studie utförd bland 429 patienter i åldrarna 40 år och äldre att merparten av patienterna hade kunskap om innebörden av ej-HLR beslut. De önskade även diskutera ej-HLR beslut medan de fortfarande hade hälsan i behåll. I praktiken diskuteras ej-HLR beslut oftast i slutet av patientens sjukdom. Hinder för diskussion om ej-HLR kan vara att läkare saknar erfarenhet av situationen, känner sig obekväma, eller rädsla att orsaka oro och stress hos patienten.

#### Närstående

Närstående definieras enligt Socialstyrelsens termbank (2004) som ”person som den enskilde anser sig ha en nära relation till”. När patienten saknar beslutsförmåga, bör ansvarig läkare ta upp frågan angående ej-HLR med närstående. Läkaren är ytterst ansvarig för beslutet, men bör diskutera med närstående vad de tror patienten skulle önskat. Om patienten bedöms ha mycket liten chans till överlevnad vid hjärtstopp, kan ansvarig läkare besluta avstå HLR (Svenska Läkaresällskapet, 2013).

Patientens och/eller närståendes uppfattning behöver inte vägas in i beslutet, men de bör informeras om läkarens bedömning (Svenska Läkaresällskapet, 2013).

## **Etiska perspektiv**

Enligt Cole och Healey (2013) handlar etik om reflektion över rätt och fel, väga det goda i förhållande till det onda. Etik innebär också att visa respekt och göra sitt bästa, men även visa omtanke och ta hänsyn till människors olika behov.

### Etiska principer

Prioriteringar och överväganden inom hälso- och sjukvården ska grundas på fyra principer, vilka har beslutats av Riksdagen, efter regeringens proposition (prop/1996/97:60). Tillsammans utgör de en etisk plattform för medicinskt agerande och medicinska beslut. De etiska principerna är; *Människovärdesprincipen, behovsprincipen, solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen*. Människovärdesprincipen är högst prioriterad för hälso- och sjukvården; alla människor har lika värde och samma rättigheter och ska behandlas lika. Behovs- och prioritetprincipen går före kostnadseffektivitetsprincipen, vilket innebär att svåra sjukdomstillstånd ska prioriteras, oavsett kostnader. Det etiska underlaget fungerar som hjälp och stöd för hälso- och sjukvården, vid svåra beslut och ställningstaganden (Socialstyrelsen, 2011).

Genom HLR räddas liv, dock gagnar det inte alltid patienten, till exempel om behandlingen inte bedöms vara medicinskt meningsfull eller etiskt försvarbar. För patienter som har teoretisk chans till överlevnad bör alltid återupplivningsförsök utföras. Förutsatt att det inte gått för lång tid sedan hjärtstoppet inträffade eller ifall hjärtstoppet är resultatet av obotlig eller dödlig sjukdom. Vårdpersonal ställs vid återupplivningsförsök inför två komplexa dilemman, dels när HLR bör starta, samt när det bör avslutas. Beslut om återupplivningsförsök baseras på varje individuellt patientfall och är ett komplext förhållande mellan vinster, risker samt kostnader för patient, närstående och hälso- och sjukvård (Rudnicka-Drozak & Aftyka, 2011).

### Etisk kod

Grundläggande vägledning för etiskt handlande och god omvårdnad finns formulerad i den etiska koden för sjuksköterskor, antagen av International Council of Nurses (ICN). Sjuksköterskans omvårdnadsarbete ska präglas av respekt för mänskliga rättigheter. Detta innefattar rätten till liv, rätten till värdighet och rätten att bli behandlad med respekt, oavsett ålder, kön, hudfärg, religion, kultur, sjukdom eller handikapp. Den etiska koden vägleder sjuksköterskan genom moralisk tillämpning att identifiera och lösa etiska dilemman. Den etiska koden har fyra ansvarsområden: Främja hälsa; Förebygga sjukdom; Återställa hälsa; Lindra lidande (International Council of Nurses, 2001).

### Etiska utmaningar för sjuksköterskan

Sjuksköterskan möter komplexa problem och etiska utmaningar inom vården. I sjuksköterskans omvårdnadsarbete ingår att minimera risken för patientskador, lindra lidande, samt bidra till meningsfullt liv för patienten. Sjuksköterskan fungerar som patientens "förlängda arm" då de ska föra patientens talan inför läkare och vårdteam. Utmaningar för sjuksköterskan kan vara att tolka och förstå patientens lidande, vara sanningsenlig och inge hopp för patienter också i svåra situationer (Pavlish, Brown-Saltzman, Jakel & Rounkle, 2012).



Även väga risker mot vinster, samt hitta tid i stressade arbetsmiljöer. Sjuksköterskan ska vara medveten om sitt moraliska ansvar och därför är det nödvändigt med öppen kommunikation, god samverkan och ett väl fungerande vårdteam (Pavlish, et al., 2012).

### Moralisk stress för sjuksköterskor

Sjukvården kräver att dagens sjuksköterskor måste ha både medicinsk kunskap och förmågan att hantera olika etiska situationer, vilket kan generera moralisk stress. Moralisk stress uppstår när sjuksköterskor har kunskap om rätt tillvägagångssätt, men saknar makt att agera, vilket kan bero på hierarkiska strukturer, regelverk eller brist på stöd. Moralisk stress kan också uppstå när sjuksköterskan inte samtycker till valet av tillvägagångssätt, upplever att patienten utsätts för onödigt lidande eller att frågor kring behandling inte diskuterats korrekt med patient och närstående. Detta kan ge upphov till stress, ångest och frustration som i sin tur kan inverka negativt på sjuksköterskans omvårdnadsarbete (Goethals, Gastmans & de Casterlé, 2010; Cohen & Erickson 2006).

### **Sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser**

I en intervjustudie av Saevareid och Balandin (2011) beskriver sjuksköterskor sina upplevelser av återupplivningsförsök på äldre och svårt sjuka patienter. I studien framkom att de upplevde stress när ej-HLR beslut saknades. I vissa fall var sjuksköterskorna tveksamma till återupplivningsförsök, även om det var nödvändigt att utföra HLR enligt rättsliga krav. Även om sjuksköterskorna hade förståelse för läkarnas svårigheter angående ej-HLR beslut, ansåg de att besluten togs för sällan och dessutom alldeles för sent. Beslut gällande återupplivningsförsök påverkade sjuksköterskornas arbetssituation. Ofta upplevde de ångest och ställdes inför etiska dilemman, då de måste utföra HLR på svårt sjuka patienter. Enligt sjuksköterskorna skulle ett ökat samarbete med de inblandade parterna minska detta.

Enligt Svantesson (2008) upplevde sjuksköterskor frustration över läkares beslut gällande livsuppehållande åtgärder, till exempel när patienter som borde fått avsluta livet i stillhet istället fick uppleva en svår död. Sjuksköterskorna ansåg att läkarna var rädda att fatta fel beslut. Flertalet riktlinjer betonar vikten av hela vårdpersonalens åsikter i samband med läkares beslut om behandlingsbegränsningar.

### Olika uppfattningar angående beslut om hjärt- och lungräddning

En studie utfördes av Friberg, Adolfsson och Lundberg år 1997 på ett Svenskt sjukhus gällande dokumentation och användning av ej-HLR. Studien visade på skillnader bland sjuksköterskor och läkarnas uppfattning huruvida HLR skulle utföras eller inte. I flera fall där både läkare och sjuksköterskor var samstämmiga om att patienter inte borde återupplivas vid eventuellt hjärtstopp, saknades formellt ej-HLR beslut, trots att det ansågs etiskt och medicinskt korrekt.

I en studie av Oberle och Hughes (2001) beskrivs sjuksköterskors och läkares uppfattningar kring etiska problem inom akutmedicinsk vård. Studiens fokus var beslutsfattande vid livets slutskede. Studien visade skillnader i sjuksköterskors och läkares perspektiv på etiska problem, relaterat till sina yrkesroller. Läkarna bar bördan av att behöva fatta ej-HLR beslut och dokumentera dessa. Det etiska dilemmat uppstod vid valet av tillvägagångssätt; fatta ej-HLR beslut eller inte, samt att de förväntades fatta "rätt" beslut. Läkarna uppgav hur de vändades över ifall beslutet var korrekt.

Sjuksköterskornas börda var att hantera och acceptera beslut fattade av någon annan. Läkarna upplevde även oro och moralisk stress över hur och varför beslutet hade fattats. I situationer där sjuksköterskorna tvivlade på beslutet, eller uppfattade beslutet som felaktigt, kände de sig bidragande till patientens lidande (Oberle & Hughes, 2001).

### Missförstånd och konflikter

Enligt studien av Oberle och Hughes (2001) var uppkomna missförstånd och konflikter mellan sjuksköterskor och läkare följden av sjuksköterskornas oförmåga att påverka eller delta i beslutsprocessen. Läkarna var medvetna om sjuksköterskornas svårigheter att hantera vårdbeslut, men såg inte, i motsats till sjuksköterskorna, svårigheterna som etiska problem. De upplevde inte heller någon moralisk stress i konflikter med sjuksköterskor. Däremot upplevde både sjuksköterskor och läkare etiska problem rörande patienters lidande i livets slutskede. Svårigheter att bevittna patienters lidande, samt moraliskt ansvar att lindra lidandet. Studien visade att skilda uppfattningar mellan sjuksköterskor och läkare rörande ej-HLR beslut var ett resultat av deras yrkesroller, snarare än skillnader i etiska och moraliska resonemang. Kommunikation, små resurser, konkurrerande uppfattningar och hierarkier var faktorer av betydelse. Ansvarig läkare för beslutet kunde ställas inför etiska dilemman och ifrågasätta sig själv huruvida beslutet var korrekt eller ej. Sjuksköterskorna måste acceptera besluten och ställdes inför etiska dilemman när de inte delade läkarens uppfattning. Oförmåga att påverka beslutet resulterade till ifrågasättande av läkarens resonemang.

Konflikter och missförstånd kan uppstå när vårdpersonalen har olika uppfattningar om etiska problem, vilket kan leda till spänningar i vårdteamet. Om gott samarbete ska vara möjligt när svåra beslut ska fattas vid livets slutskede, är det särskilt viktigt att kunna sätta sig in i andras perspektiv. En ökad dialog läkare emellan, samt mellan läkare och sjuksköterskor kring etiska aspekter, kan underlätta beslutsfattandet. Läkarens moraliska börda kan underlättas om de kan dela osäkerheten kring beslut med sjuksköterskan (Oberle & Hughes, 2001).

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter när beslut om ej-HLR saknas för svårt sjuka patienter.

## **METOD**

### **Val av metod**

Då studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter när beslut om ej- HLR saknades för svårt sjuka patienter, ansågs det lämpligt med kvalitativa semistrukturerade intervjuer som metod. Enligt Henricson (2012) är intervjuer som datainsamlingsmetod lämplig för studier där syftet är att undersöka människors subjektiva erfarenheter.

## Urvalskriterier

Urvalskriterier för intervjustudien var yrkesverksamma sjuksköterskor som arbetar med svårt sjuka patienter på akutmedicinsk vårdavdelning. Deltagarna skulle tala och förstå svenska språket, för att undvika missförstånd under intervjun. De skulle även ha minst två års arbetslivserfarenhet, för att bidra med kunskap och erfarenhet. Enligt Benner (1993) anses sjuksköterskan kompetent efter två till tre yrkesverksamma år, eftersom hon då behärskar oförutsedda situationer i omvårdnadsarbetet.

### Undersökningsgrupp

Samtliga intervjupersoner var sjuksköterskor som arbetade med svårt sjuka patienter på akutmedicinsk vårdavdelning i Stockholms län. En av intervjupersonerna saknade två års yrkeserfarenhet och uppfyllde därmed inte alla urvalskriterier. Vi valde att inkludera denna intervju i studien, då deltagarens erfarenheter ansågs ha betydelse för resultatet. Övriga sex deltagare hade mellan två till trettio yrkesverksamma år. Undersökningsgruppen bestod av totalt sju deltagare.

## Datainsamling

### Kontakt

Innan intervjuerna genomfördes kontaktades verksamhetschefen på ett akutsjukhus inom Stockholms län. Första kontakten med verksamhetschefen togs via elektronisk post (e-post) med förfrågan om att få genomföra intervjuer med sex till åtta sjuksköterskor (Bilaga A). En sammanfattning av arbetets innehåll och upplägg (Bilaga B) bifogades också. Därefter gav verksamhetschefen sitt skriftliga godkännande till genomförandet av intervjuerna på respektive enhet. Efter godkännandet kontaktades enhetscheferna på de två berörda avdelningarna via telefon respektive e-post. Efter telefonkontakt med presentation av oss själva samt studiens syfte togs efterföljande kontakt via e-post då det var ett enkelt sätt att skicka sammanfattning av arbetets innehåll och upplägg (Bilaga B). Enhetscheferna på respektive avdelning tog i sin tur kontakt med lämpliga deltagare som uppfyllde studiens urvalskriterier och syfte.

Antalet deltagare bör inte vara för stort i intervjustudien, eftersom analysarbetet då försvåras. Enligt Trost (2010) kan materialet då bli för stort att överblicka och försvårar urskiljandet av små detaljer

### Intervjuguide

Utifrån studiens syfte har semistrukturerad intervjuguide (Bilaga C) framtagits och använts. Semistrukturerad intervjuguide tillåter intervjupersonen tala fritt och berätta om egna upplevelser och erfarenheter, menar Kvale och Brinkmann (2009). Den kvalitativa semistrukturerade intervjun ställs med öppna frågor, vilket ger deltagaren större utrymme för bredare svarsmöjligheter. Ordningsföljden på frågorna kan ändras, följdfrågor kan läggas till under intervjun och på så sätt anpassas utifrån deltagarens berättelse.

Utifrån studiens syfte skapades frågor till intervjuguiden. När intervjuerna var genomförda visade sig svaren på frågorna beröra olika ämnen. Utifrån dessa ämnen skapades sedan tre huvudrubriker i intervjuguiden: *Sjuksköterskans erfarenheter*, *Patientens hälsotillstånd och omvårdnadsarbetet*, *Kommunikation och samarbete*.

### Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes. Pilotintervjun gav oss möjlighet att se hur väl intervjuguiden överensstämde och besvarade studiens syfte. Efter pilotintervjun genomfördes endast några få justeringar i intervjuguiden. Vi sammanförde två frågor då de visade sig ge samma svar. Enligt Trost (2010) kan en välgenomförd pilotintervju inkluderas i studien, vilket vi gjorde. Pilotintervjun togs med, då vi ansåg att den besvarade studiens syfte. Totalt ingick sju sjuksköterskor i studien.

### Intervjuernas genomförande

Tid och plats för intervjuerna bestämdes av deltagarna som skulle intervjuas. Samtliga intervjuer genomfördes under augusti och september år 2013 på respektive sjuksköterskas arbetsplats och i till arbetspassets start. Samtliga deltagare fick i anslutning till intervjun en sammanfattning av arbetets innehåll och upplägg. Deltagarna intervjuades var för sig och intervjuerna tog i snitt cirka 30 minuter. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafoner, efter att deltagarna gett sitt samtycke. Ljudinspelningarna gav oss möjlighet till större koncentration under intervjuerna, samt underlättade analysarbetet, eftersom vi kunde gå tillbaka och lyssna på intervjuerna upprepade gånger. I enlighet med Trost (2010) genomförde vi intervjuerna tillsammans och vi deltog båda aktivt genom att turas om att ställa frågorna, vilket ger gemensam och större förståelse för intervjumaterialet. Avslutningsvis efter varje intervju tillfrågades deltagaren om de hade några frågor eller hade något att tillägga. De informerades om möjligheten att kontakta oss via e-post eller telefon om de i efterhand hade mer att tillägga som kunde berika studien.

## **Databearbetning**

### Transkribering

För att kunna utföra en kvalitativ innehållsanalys, måste ljudinspelningarna enligt Kvale och Brinkmann (2009) överföras till text genom transkribering. Intervjuerna transkriberades ordagrant. För att fördjupa analysen togs även känslouttryck såsom skratt, suckar, samt pauser med. Detta för att skapa en tydlig helhetsbild av intervjumaterialet, samt behålla nyanserna i samtalet. Transkribering är ett sätt att reducera det stora datamaterialet, vilket gör det mer lätthanterligt och underlättar analysprocessen. Transkriberingsarbetet genomfördes i anslutning till intervjuerna och delades upp mellan författarna genom att den ena författaren transkriberade fyra- och den andre tre av samtliga intervjuer.

## **Dataanalys**

Efter avslutad transkribering valdes en kvalitativ innehållsanalys som metod. Vi läste igenom intervjumaterialet var för sig, för att få en helhetskänsla och gemensam förståelse för materialet. I enlighet med Henricson (2012) markerades stycken i transkriberingarna som vi ansåg vara betydelsefulla och besvarade studiens syfte. Markeringarna jämfördes sedan, för att inte gå miste om något väsentligt. Meningsenheter identifierades, vilket innebär den del av texten som är meningsbärande. Därefter kondenserades meningsenheterna för att korta ner deltagarnas formuleringar, utan att förlora det centrala i texten. De kondenserade meningsenheterna kodades och sorterades sedan in i elva underkategorier, se tabell 1. Underkategorierna resulterade sedan i fyra kategorier.

Representativa citat från intervjuerna har tagits med och redovisats i kursiv text, med indrag i resultatet. Avslutningsvis lästes transkriberingarna igenom en sista gång, för att inte gå miste om information av vikt för studien.

**Tabell 1.** Exempel på analysprocessen

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Men det blir ju osäkert faktiskt när man saknar ej-HLR beslut, för vissa läkare vågar inte, man hoppas att inget händer	Osäkerhet när ej-HLR beslut saknas. Rädsla hos läkarna. Hoppas inget händer	Avsaknad av ej-HLR beslut skapar osäkerhet	När beslut saknas	
Det är ditt beslut, nämen det är bra, då vet jag, svarar man. Man viker sig direkt, för jag orkar inte stånga mig blodig, jag vill inte ha konflikt	Ditt beslut, viker sig, orkar inte kämpa emot, vill inte ha konflikt	Konflikträdsla	Acceptera beslut	Samarbete med kollegor och andra professioner

#### Trovärdighet

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) bedöms trovärdigheten i en kvalitativ innehållsanalys genom begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

#### Tillförlitlighet

För att öka studiens trovärdighet användes ljudbandspelare och intervjuguide. Pilotintervju genomfördes och gav möjlighet att se intervjuguidens relevans, vilket också stärkte studiens tillförlitlighet. Vi har läst samtliga intervjuer och analyserat transkriberingarna gemensamt, vilket ytterligare stärker tillförlitligheten, menar Lundman och Hällgren Graneheim (2008). När resultatet var avslutat, lästes alla transkriberingar igenom en sista gång, detta för att säkerställa att resultatet inte hade misstolkats.

#### Giltighet

I resultatet presenterades representativa citat som framkommit under intervjuerna, vilket ger läsaren möjlighet att bedöma studiens giltighet, menar Lundman & Hällgren Graneheim (2008). Enligt Trost (2010) ska data redovisas så att deltagarens integritet bevaras och respekteras. Vi har gjort justeringar i citaten och uteslutit talspråk, detta för att undvika igenkänning av deltagarna.

#### Överförbarhet

Studiens trovärdighet innebär även hur överförbart resultatet är (Lundman & Hällgren Graneheim 2008).

Genom grundlig beskrivning av urvalskriterierna och deltagarna, samt en väl genomförd datainsamling och analys ges även här läsaren möjlighet att bedöma ifall resultatet är överförbart till annat sammanhang, menar Lundman & Hällgren Graneheim (2008).

### **Forskningsetiska överväganden**

Det finns riktlinjer för hur forskning ska bedrivas. Fyra huvudkrav ska uppfyllas; information-, samtycke-, konfidentiell-, och nyttjandekravet. I forskningsprocessens alla steg finns etiska frågor och överväganden att ta hänsyn till (Helgesson, 2006).

I studien har vi försökt eftersträva forskningsetiska aspekter genom att visa deltagarna respekt och hänsyn, utgå från informerat samtycke, samt skydda deltagarnas konfidentialitet. I enlighet med Helgesson (2006) som betonar vikten att agera efter bästa etiska förmåga, eftersträvades objektivitet genom undvikande av egna fördomar, vilket är avgörande för tolkningen av intervjumaterialet i kvalitativa studier.

#### Hänsyn till deltagarna

Enligt Helgesson (2006) är det viktigt att deltagarnas autonomi och personliga integritet bibehålls, men även att deltagarna inte utsätts för några risker eller skador i samband med studien. Det är viktigt att ta hänsyn och visa respekt för deltagarnas autonomi, genom att de själva bestämmer ifall de ville delta i studien. Deltagarna i studien tillfrågades fritt och utan påtryckningar ifall de ville medverka. Genom att visa respekt för deltagarnas integritet ställdes inga frågor rörande deltagarens privatliv, på så sätt kunde inte känslig information om privatlivet spridas. För att minska risken för deltagarna att informationen hamnade i fel händer, har vi förvarat ljudinspelningarna och informationen på lösenordsskyddade datorer.

#### Informerat samtycke

Deltagarna informerades om studiens innehåll och syfte, samt tillfrågades därefter om samtycke. Informerat samtycke innebär att deltagarna får information om studiens syfte, samt att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när deltagaren önskar. Genom att följa de forskningsetiska riktlinjerna reduceras riskerna och konsekvenserna för deltagarnas medverkan, samt ger studien en god vetenskaplig kvalitet, menar Helgesson (2006). Inför varje enskild intervju fick deltagarna både skriftlig och muntlig information om arbetets innehåll och upplägg. All medverkan var frivillig och kunde avbrytas när helst deltagaren önskade. Deltagarna erbjöds även läsa det slutliga arbetet i sin helhet.

#### Konfidentialitet och nyttjandekravet

Ett annat viktigt område var att värna om deltagarnas konfidentialitet så att inte obehöriga kunde ta del av informationen, samt att integriteten bevarades. Deltagarna informerades om skyddad konfidentialitet innan intervjuerna startade och att intervjumaterialet enbart kommer användas för studiens ändamål och inte för andra syften. All insamlad data hanterades konfidentiellt, intervjumaterialet sparades på lösenordsskyddade datorer, så att ingen obehörig kunde ges tillgång till materialet. Intervjupersonernas konfidentialitet skyddades även genom avidentifiering i resultatet. Deltagarnas identitet kommer endast vara känd av författarna till denna studie. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av diktafon. Ljudinspelningarna raderades från diktafonen innan den återlämnades. Ljudinspelningarna på datorer och transkriberingarna kommer att raderas när examinationen är godkänd, även detta för att bibehålla konfidentialiteten (Helgesson, 2006).

## RESULTAT

Sju yrkesverksamma sjuksköterskor intervjuades. Samtliga arbetade på ett akutsjukhus inom Stockholms län. Studiens resultat beskriver sjuksköterskors erfarenheter när ej-HLR beslut saknas. Analysprocessen av intervjuerna resulterade i fyra huvudkategorier: *Behov av tydliga besked, samarbete med kollegor och andra professioner, yrkeserfarenhetens betydelse och etiskt dilemma vid avsaknad av beslut*, samt totalt tio underkategorier, som redovisas i tabell 2.

**Tabell 2.**

<b>Kategorier</b>	Behov av tydliga besked	Samarbete med kollegor och andra professioner	Yrkeserfarenhetens betydelse	Etiskt dilemma vid avsaknad av beslut
<b>Underkategorier</b>	När beslut finns	Turbulens i personalgruppen	Bemötande	Övergrepp
	När beslut saknas	Stå till svars		Stress och frustration
	Sällan gehör	Acceptera beslut		
	Betydelse av dokumentation			

### Behov av tydliga besked

Samtliga sjuksköterskor såg brister i beslutsfattandet kring ej-HLR och att det kunde förbättras. Upplevelsen var att läkare inte ville ta beslutet, något som upplevdes vara frustrerande och skapade osäkerhet bland personalen. Fyra underkategorier framkom under analysen; *När beslut finns, När beslut saknas, Sällan gehör* och *Betydelse av dokumentation*.

Den gemensamma uppfattningen var att beslutsfattandet borde gå snabbare och att läkarna inte borde vara rädda att ta upp ämnet till diskussion. Sjuksköterskorna efterfrågade bättre och tydligare information från läkarna angående ej-HLR beslut.

*Läkare måste lära sig förstå att åldrandet är ingenting konstigt, det handlar om gamla människor, som förr eller senare hamnar i ett skede när dom dör, en fullt naturlig del av livet.*

Oftast var det sjuksköterskorna som initierade till ej- HLR, erfarenheten var att läkarna inte gärna tog upp diskussionen angående beslutet. Tänkbara orsaker som framkom var; rädsla att fatta fel beslut, anmälningsrisk, osäkerhet, hög arbetsbelastning och dokumentation.

*Det händer ibland att läkare säger att "här ska vi sätta ej-HLR" och då blir jag så snopen att jag ramlar av stolen nästan.*

### När beslut finns

När ej-HLR ordinerats till svårt sjuka patienter upplevdes trygghet och lugn i arbetet bland vårdpersonalen. Det uppstod aldrig någon akutsituation kring patienten och det väntande dödsfallet skapade ingen oro eller stress. Patienten fick lugnt och stilla somna in, det blev ett värdigt avslut och personalen kunde hålla patientens hand.

*Man gör det man kan för patienten, man är tryggare och lugnare i det. Annars tänker man att "gud vad skönt att jag hinner gå hem, att det inte hände någonting när jag var kvar".*

### När beslut saknas

Sjuksköterskorna beskrev det som vanligt förekommande att läkare inte tar ställning till ej-HLR beslut, utan istället hänvisar till kollegor i tjänst nästa dag. Det var heller inte ovanligt att ställningstagande till ordination av ej-HLR uteblev under helgen, även om patienten var döende. Dessa situationer upplevdes som frustrerande, problematiska och svårlösta. Samtidigt uttrycktes förståelse för att jourläkare i tjänst under kvällar och helger ställde sig tveksamma till ordinerings av ej-HLR, eftersom de saknade bakgrund och sjukdomshistoria om patienten.

*Men det blir ju osäkert faktiskt när man saknar ej-HLR beslut, för vissa läkare vågar inte, man hoppas att inget händer.*

Fler skäl som uppgavs till uteblivet ställningstagande till ej-HLR beslutet var den omfattande dokumentationen, som beslutet kräver. Även för att beslutet ska förankras hos närstående, något som inte alltid sker. De upplevde även skillnader mellan läkare beroende på ålder, yrkeserfarenhet och personlighet.

*Då kan överläkaren säga så här "jag vill se den här patienten imorgon på rondan innan jag tar beslutet", men det är många timmar till morgonronden och patienten är dålig. Det hinner hända väldigt mycket. Sen går läkarna hem och försämringen kommer under natten och vad gör vi då, det är en annan sak när dom är här.*

Sjuksköterskorna berättade om diskussioner de haft med läkare, där de ansåg att patienterna borde ordinerats ej-HLR. Istället för klara och tydliga beslut gav läkaren muntliga och diffusa besked. Sjuksköterskorna kunde uppmanas att utföra HLR, men begränsa återupplivningsförsöken till en eller två defibrilleringar. Diffusa besked skapade osäkerhet bland personalen, eftersom de inte riktigt visste hur, eller vad de skulle göra. Det ansågs viktigt att läkarna var tydliga.

*Jag tycker att man ska våga löpa linan ut, och inte säga, "gå långsamt fram, gör en eller två defibrilleringar, sen räcker det". Det tycker jag också är fel, antingen ska det vara defibrillering eller inte, det måste vara tydligare, mer tydlighet.*

I de fall närstående eller patienterna själva tydligt uttryckt vad de önskade, var beslutsfattandet enklare för läkarna. En aspekt som togs upp var läkarnas utbildning; akutläkare ville åtgärda till varje pris. Geriatrikerna upplevdes vara bättre att fatta ej-HLR beslut, de såg helhetssynen av patienten och hade större erfarenhet av palliativ vård.



Sjuksköterskorna upplevde generellt att läkare inte ville ta sig tid att samtala med patient eller närstående angående ej-HLR beslut.

### Sällan gehör

Även i de fall där sjuksköterskorna uttryckte sina åsikter till läkare och sa vad de observerade, tog ej-HLR beslut lång tid att fatta. Beslutet togs alltför sent under vårdtillfället, när patienten var för dålig för att själv uttrycka sitt önskemål. Det krävdes påtryckningar från sjuksköterskorna innan läkare tog ställning angående beslutet och patienten blev lidande. Det berättades om patientfall där sjuksköterskorna ansåg att läkare borde ordinerat ej-HLR beslut, men inte fick gehör för det. Läkarna verkade uppleva ställningstagandet som besvärligt. Dessa diskussioner förekom minst en gång i veckan. Samtidigt fanns förståelse för läkarnas svårigheter att fatta beslutet, eftersom läkarna står ansvariga vid anmälningsfall. Uppfattningen var att läkarna låter anmälningsrisken gå före den etiska aspekten.

*Läkarna brukar ibland kontra med om man säger något att "du behöver inte stå ansvarig om det händer något, det är jag som får anmälan på mig". Då är det bara att avsluta diskussionen, då får jag ju leva med det och arbeta utefter det. När man har varit med ett tag så klarar man det bättre.*

### Betydelse av dokumentation

Det förekom även muntliga ej-HLR beslut. Dessa beslut dokumenteras aldrig. Det uppgavs vara ett sätt för läkarna att komma ifrån ej-HLR beslut, patient- och/eller närstående samtal, samt dokumentation. Det framkom hur viktig dokumentation av beslutet var, eftersom det annars var ogiltigt. Sjuksköterskorna var därmed skyldiga att utföra HLR om patienten drabbades av hjärtstopp, vilket upplevdes oetiskt och försatte dem i etiska dilemman. De upplevde medkänsla för patienterna, när de tvingades utföra HLR. Sjuksköterskorna önskade att dokumentationen skulle vara klar innan läkarna gick av sina arbetspass.

*När läkarna inte vill ta beslut, säger dom så här "det är klart ni inte ska göra HLR på honom, men jag skriver det inte, utan jag säger det nu till dig", det är också ett sätt för läkarna att inte våga ta beslutet.*

## **Samarbete med kollegor och andra yrkesprofessioner**

I studien framkom samarbetets betydelse och på vilket sätt personalgruppen påverkades när ej-HLR beslut saknades för svårt sjuka patienter. Tre underkategorier framkom; *Turbulens i personalgruppen, Stå till svars och Acceptera beslut.*

### Turbulens i personalgruppen

När svårt sjuka patienter saknade ej-HLR beslut, uppstod stress och turbulens bland personalen, något som påverkade personalgruppen negativt. Samtliga sjuksköterskor upplevde att de kunde prata öppet och ventilera med varandra när ej-HLR beslut saknades. Detta upplevdes vara betydelsefullt och en styrka i personalgruppen. En väl fungerande arbetsgrupp och ett gott samarbete underlättade arbetet i svåra situationer. De betonade även vikten av att må bra på arbetsplatsen och i personalgruppen för att kunna ge patienterna god vård.

*Man får väl hoppas att patienten inte lider så mycket av det, men i gruppen blir det väldigt turbulent. Jag har ju varit här så länge, så jag vet att det inte hjälper att prata med läkarna, för dom tar inte till sig det här.*

Sjuksköterskorna berättade om situationer där patienter under ett vårdtillfälle ordinerats ej-HLR av ansvarig läkare och senare blivit utskrivna, men återinlagda kort därefter. Under det nya vårdtillfället kunde annan läkarkollega göra ny bedömning och häva ej-HLR beslutet, trots patientens oförändrade hälsotillstånd.

*Läkarna pratar inte med varandra, de sitter vid samma kaffebord, men dom pratar inte om det, och ni kan ju tänka er hur det blir i personalgruppen*

#### Stå till svars

Sjuksköterskorna fick bemöta undersköterskornas frustration och förklara varför inget ej-HLR beslut tagits. Det uppstod även konflikter mellan dag- och nattpersonal, när beslut saknades. Nattpersonalen kunde ifrågasätta varför inget beslut var taget. Sjuksköterskorna upplevde frustration och de kände sig otillräckliga över att behöva stå till svars.

*”Varför har ni inte frågat” men det har vi ju ofta gjort och då får ju vi stå för varför inte doktorn har tagit beslutet.*

Sjuksköterskorna berättade om patientfall som efter hjärtstopp kommit till intensivvårdsavdelningen och läkaren blivit upprörd och ifrågasatt varför patienterna inte ordinerats ej-HLR beslut på avdelningen. Upplevelsen var att de fick stå till svars inför jourläkaren, då patienten fått hjärtstopp på avdelningen och HLR påbörjats.

*Jag borde verkligen ha gått på doktorn, men samtidigt så vill man inte, man känner sig som Syster Död ungefär, som hela tiden frågar efter ej-HLR*

Uppfattningen var att läkarna hade svårt att tala med närstående angående ej-HLR beslut, men framförallt var det svårt att tala med patienten. Patienternas hälsotillstånd var försämrat när de kom till avdelningen, därmed saknade de förmågan att själva uttrycka sina önskemål. Sjuksköterskorna beskrev att genom omvårdnadsarbetet kom de i kontakt med närstående och fick då frågor om behandlingsbegränsningar. De fick även stå till svars inför närstående som hade svårt att acceptera pågående behandlingar och ställde sig frågande till varför inte deras anhöriga fick somna in. Det kändes inte rätt att prata med närstående i läkarens ställe. De önskade att läkarna tog sig tid att prata med patienten och/eller närstående samt gav dem information om innebörden av ej-HLR beslut, i syfte att undvika missförstånd.

*Sen är det klart man frågar doktorerna också i efterhand och berättar att närstående ifrågasatte ”hur tänkte du i den här situationen, när du inte skrev beslutet?”, man vill ändå försöka förstå.*

#### Acceptera beslut

Under intervjuerna berättades om patientfall, där sjuksköterskor inte delade läkarens åsikt angående HLR. Enligt läkaren skulle personalen påbörja HLR ifall patienten fick hjärtstopp, trots att patientens hälsotillstånd kunde vara så försämrat, att sjuksköterskorna ansåg det förutsättningslöst med HLR.

*”Det är ditt beslut, nämen det är bra, då vet jag” svarar man. Jag viker mig direkt för jag orkar inte stånga mig blodig, jag vill inte ha konflikt.*

Ej-HLR diskussion med läkare upplevdes ta mycket energi från personalgruppen. Inga beslut togs, trots påtryckningar. Sjuksköterskorna valde att lägga energin på omvårdnadsarbetet kring patienten istället. Efter några års yrkeserfarenhet klarade sjuksköterskorna bättre av att hantera situationer där patienter saknade ej-HLR beslut i jämförelse med kollegor med mindre yrkeserfarenhet.

*Jag lider inte lika mycket som mina yngre kollegor gör, många lider när inget beslut är taget. Jag kan inte gå runt och oro mig hela tiden, man blir luttrad. Annars klarar man inte av att arbeta, så är det!*

### **Yrkeserfarenhetens betydelse**

Vikten av yrkeserfarenhet betonades i studien, men även betydelsen av läkarnas bemötande. Yrkeserfarenheten gjorde sjuksköterskorna säkrare i sin yrkesroll. Underkategorin *Bemötande* framkom vid analysen.

Det upplevdes att som nyutbildad och oerfaren sjuksköterska kunde det vara svårare att se patientens rehabiliteringspotential. Följden blev att de oerfarna efterfrågade läkarens åsikt istället för att framför sin egen gällande ej-HLR beslut. Med yrkeserfarenheten blev sjuksköterskorna tryggare i yrkesrollen och kunde framhärda sina åsikter gentemot läkare då svårt sjuka patienter saknade ej-HLR beslut.

*Läkarna kanske tycker man är jobbig då, men då får dom väl tycka det. Jag tycker jag ska prata för patienten, de är ju min första uppgift, eller min största uppgift är att ge lindrande vård.*

### Bemötande

Den samlade erfarenheten angående ej-HLR beslut var att läkarna lyssnade till sjuksköterskornas åsikter. Genom sitt omvårdnadsarbete kom de närmare patienterna och fick då större och bredare bild av hur patienterna fungerade i vardagslivet. De kunde då skapa sig helhetssyn av patienten och därmed tidigare än läkarna se när patientens hälsotillstånd försämrades. Upplevelsen var att de även kunde bli bemötta på olika sätt av läkarna, när de tog upp ej-HLR diskussionen. De möttes oftast med respekt och kommunikationen var öppen och rak, men de kunde även bemötas med raljerande och arrogans.

*Vi har kollegor som har blivit bemötta när de tagit upp frågan. ”vill du ha ihjäl patienten eller? Ett sådant bemötande gör att man aldrig vågar ta upp diskussionen igen, vi känner oss besvärliga när vi tar upp ej-HLR.*

## Etiskt dilemma vid avsaknad av beslut

Återkommande problem som upplevdes var att sjuksköterskorna ibland tvingades utföra ordinationer och åtgärder på svårt sjuka patienter, de ansåg borde ordinerats ej-HLR. Underkategorierna *Övergrepp* samt *Stress och frustration* framkom vid analysen.

### Övergrepp

När beslut saknades angående behandlingsbegränsningar för svårt sjuka patienter, upplevdes det som övergrepp att utföra ordinerade åtgärder. Det kunde till exempel vara provtagningar, dropp eller administrering av läkemedel.

Patienterna kunde vara svårstuckna och ibland ville de själva avstå ordinationer. I dessa situationer kände sjuksköterskorna medkänsla med patienterna.

*Hade det här varit för 100 år sen hade patienten inte levt, för den hade varit gammal. För det är faktiskt så, man blir gammal tillslut och man måste avsluta livet någonstans.*

Etiska dilemman och känslor av ambivalens upplevde ofta sjuksköterskorna inför svårt sjuka patienter. De ville ge god omvårdnad, samtidigt som det kändes oetiskt och svårt att påbörja HLR om patienten drabbades av hjärtstopp.

*Konsekvensen blir att man gör HLR, fast man tycker det är etiskt fel, när det är en svårt sjuk och gammal patient. Vi känner att det inte kommer att hjälpa, det kanske hjälper för stunden, men sen kommer det inte till någon nytta. Det är inte värdigt för patienten.*

### Stress och frustration

Det kändes oetiskt att återuppliva patienter som inte själva ville det. Många äldre patienter var nöjda och kände sig färdiga med livet. Det kändes både tungt och oetiskt att utföra HLR mot patientens vilja. När cancer- och multisjuka patienter återupplivas fick de sällan uppleva livskvalité.

*Ja, det händer att vi återupplivar patienten, men till vilket liv. I de flesta fall kommer patienten tillbaka en månad senare och så dör de, då fördröjer man ju bara lidandet.*

Sjuksköterskorna beskrev att de i sitt omvårdnadsarbete försökte vara lyhörda för närståendes känslor och åsikter. Speciellt i de fall där ej-HLR beslut saknades. De uttryckte frustration över situationer när patienter drabbats av hjärtstopp och närstående varit närvarande men inte informerats av läkare vad som gällde för patienten.

*Det var ett plötsligt hjärtstopp, på en gammal man och då frågade närstående "men varför startar ni HLR, varför låter ni honom inte bara vara?"*

Sjuksköterskorna bevittnade patienternas lidande, men fick inget gehör från läkarna, utan blev ofta bemötta med oförståelse. En svårt sjuk patient hade inför läkaren uttryckt sin vilja att inte bli återupplivad om drabbad av hjärtstopp, trots detta ordinerades inte patienten ej-HLR.

*Patienten hade inte förstånd om sitt eget bästa. Patienten hade haft många hjärtinfarkter och ville inte mer. Han var helt klar och redig, helt orienterad och läkaren sa åt honom ” du har inte förstånd om det, så du får inte ej-HLR av mig”*

Sjuksköterskorna upplevde inre stress och frustration, när ej-HLR beslut sänkades. Deras erfarenhet var att det blev rörigt och osäkert kring svårt sjuka patienter som saknade beslut. Det skapade osäkerhet i omvårdnadsarbetet, likaså när patienten drabbades av hjärtstopp. Detta upplevdes som både tragiskt och hemskt.

*Jag tycker att det är hemskt, jag tycker det är mycket tragiskt att dom inte ser att livet är på väg bort, men de är väl för svårt för läkarna.*

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

I föreliggande studie framkom sjuksköterskors uppfattning om att läkarna var ovilliga till ordination av ej-HLR, vilket upplevdes som ett återkommande problem. Besluten förhalades och ställningstaganden till ej-HLR hänvisades vidare till läkarkollegor. Tänkbara orsaker till problemen som framkom var läkarnas brist på yrkeserfarenhet, rädsla att fatta fel beslut och anmälningsrisk. Detta stöds även i studien av Robinson et al., (2012) som menar att hinder för ej-HLR diskussion kan vara läkarnas avsaknad av yrkeserfarenhet, samt rädsla att orsaka oro och stress hos patienten. Sjuksköterskor i föreliggande studie uttryckte samtidigt förståelse för läkarnas svårigheter till ordination av ej-HLR, eftersom läkare var ansvariga vid anmälningsfall. De uttryckte även förståelse för de läkare som saknade bakgrund och sjukdomshistoria om patienten. Uppfattningen som framkom var att läkare lät anmälningsrisken gå före den etiska aspekten. Sjuksköterskorna delade uppfattningen att det var oetiskt att återuppliva svårt sjuka patienter, när det stred mot patientens vilja. Enligt Socialstyrelsen (2011) är det läkarnas skyldighet att ta hänsyn till patientens autonomi och vara lyhörda i de fall patienten inte längre önskade livsuppehållande behandling. Resultatet visade på ett komplext problem för sjukvårdspersonalen gällande ej-HLR, då flera faktorer ska vägas in. Detta styrks av Svenska Läkaresällskapet (2013) som menar att hänsyn ska tas till patientens hälsotillstånd, autonomi, samt risker i förhållande till vinster.

Det föreföll utifrån resultatet i studien, att samtal om döden var ett känsligt ämne och visade på behovet av yrkeserfarenhet och god samverkan mellan läkare och sjuksköterskor. Detta stöds av Oberle och Hughes (2001) som menar att en ökad dialog mellan vårdpersonalen angående etiska aspekter skulle underlätta beslutsfattandet kring ej-HLR. Genom att dela den moraliska bördan och genom god samverkan är det vår uppfattning att osäkerheten kring besluten kan underlättas.

Resultatet visade att läkarna ibland gav muntliga ej-HLR beslut, eller diffusa besked om HLR. Muntliga beslut dokumenterades inte och saknade därmed juridisk giltighet eftersom ett ställningstagande att avstå HLR ska dokumenteras i patientens journal. Saknas sådan dokumentation förutsätts att ansvarig läkare gjort bedömningen att HLR ska utföras om patienten drabbas av hjärtstopp (Svenska Läkaresällskapet, 2013). Sjuksköterskorna kunde uppmanas att utföra HLR, men begränsa återupplivningsförsöken till ett fåtal defibrilleringar.

Läkarnas agerande gav upphov till problem och skapade osäkerhet för sjuksköterskorna i omvårdnadsarbetet. Ej-HLR beslut krävde omfattande dokumentation, vilket även innefattade läkarens information till närstående. Det framkom att patient och närstående sällan involverades i besluten, detta uppgavs som ett skäl till varför ej-HLR beslut inte dokumenterades. Enligt Svenska Läkaresällskapet (2013) bör beslut gällande HLR göras i samråd med patienten och/eller närstående, samt övrig vårdpersonal.

Det föreföll från studiens resultat att läkare inte alltid tog hänsyn till patientens autonomi vid ställningstagandet. Genom att återuppliva patienten kunde liv räddas, men det var inte alltid till patientens fördel, utan kunde istället förlänga patientens lidande. Enligt Yuen et al. (2011) ska ej-HLR beslut skydda patientens autonomi, vilket enligt Lachman (2010) ursprungligen var syftet med ej-HLR beslutet. Sjuksköterskorna uttryckte i likhet med Robinson et al., (2012) och Lachman, (2010) att ej-HLR beslut diskuterades alltför sent under vårdtillfället, när patientens hälsotillstånd var så pass försämrade, att de själva inte kunde uttrycka sina önskemål. Resultatet av långdragna beslutsprocesser var att patienterna blev lidande.

Studiens resultat visade att sjuksköterskorna upplevde stress och frustration när ej- HLR beslut saknades. De ställdes inför etiska dilemman och upplevde ångest när de utförde HLR på svårt sjuka patienter, vilket påverkade arbetssituationen negativt. När ej-HLR beslut saknades upplevdes det både osäkert och rörigt kring patienten, vilket skapade turbulens bland personalen. En studie av Saevareid och Balandin (2011) menar att ökat samarbete mellan läkare och sjuksköterskor, skulle förbättra arbetssituationen.

Sjuksköterskorna menade att de ställdes inför etiska dilemman, samt upplevde ångest när de tvingades acceptera läkares beslut och utföra HLR på svårt sjuka patienter. Resultatet visade att sjuksköterskorna inte alltid delade läkarnas uppfattning, om vad som var bäst för patienten. Ordinationer, så som provtagning och administrering av läkemedel upplevdes som övergrepp och sjuksköterskorna var medkännande med patienten. Sjuksköterskornas upplevelser styrks av Cohen och Erickson (2006) som menar att de upplever moralisk stress, när de saknar makt att agera, trots kunskap om rätt tillvägagångssätt. De upplevde att patienten utsattes för onödigt lidande. I studien framkom sjuksköterskornas känslor av ambivalens. De ville ge patienten god omvårdnad. Genom omvårdnadsarbetet kom sjuksköterskan nära patienten och kunde därmed tidigare än läkarna uppmärksamma förändringar i patientens hälsotillstånd. Det uttrycktes att sjuksköterskornas största uppgift var att lindra patientens lidande. Detta stöds av Pavlish et al. (2012) som menar att sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet ska minimera riskerna för skador, lindra lidande, samt bidra till meningsfullt liv för patienten.

Det föreföll i studien att läkarna visade brist på lyhördhet och förståelse för sjuksköterskornas yrkeskompetens. Resultatet visade på ett behov av läkarnas tillit till sjuksköterskans omvårdnadsarbete och yrkeskompetens, eftersom de arbetar nära patienten och därmed kan skapa sig en god uppfattning om patientens hälsotillstånd. Detta föreföll vara ett komplext problem, då sjuksköterskan tvingades acceptera beslut och samtidigt utföra åtgärder som stred emot den egna uppfattningen om vad som var rätt för patienten. Resultatet styrks av Cohen och Erickson (2006) som menar att moralisk stress uppstår när sjuksköterskorna själva upplever att rätt tillvägagångssätt inte följs, men själv saknar makten att fatta beslut.

När sjuksköterskorna tog upp ej-HLR till diskussion med läkare, blev de oftast bemötta med respekt, men kunde även bemötas på ett arrogant och raljerande sätt. Följden av dåligt bemötande blev att sjuksköterskorna kände sig besvärliga och ville inte ta upp diskussionen igen. Läkare upplevdes sakna intresse för omvårdnadsarbetet och såg dem inte alltid som en tillgång. Sjuksköterskorna var de som oftast initierade till ej-HLR diskussioner. Den samlade erfarenheten var att läkarna lyssnade och respekterade sjuksköterskornas åsikter, men de fick sällan gehör. Detta stöds även av Lachman (2010) som menar att sjuksköterskan sällan görs delaktig i förberedelser och diskussioner kring ej-HLR.

I studiens resultat framkom att det uppstod konflikter mellan dag- och nattpersonal, jourläkare, och intensivvårdspersonal, då svårt sjuka patienter saknade ej-HLR beslut. Sjuksköterskorna upplevde att de fick stå till svars för läkarens agerande, vilket var frustrerande och gav känslan av otillräcklighet. Oberle och Hughes (2001) menar i sin studie att olika uppfattningar kring etiska problem kan ge upphov till missförstånd och konflikter. Det skapar därmed spänningar i vårdteamet. De betonar vikten av gott samarbete och förmåga att sätta sig in i andras perspektiv, vid beslut som berör livets slutskede.

Samtliga sjuksköterskors erfarenheter var att personalgruppen kunde tala öppet och ventilera med varandra när ej-HLR beslut sänkades. Detta upplevdes som en stor styrka. Det goda samarbetet gjorde att sjuksköterskorna orkade med svåra situationer bättre. Enligt Pavlish et al. (2012) är god samverkan, öppen kommunikation och ett väl fungerande vårdteam, en förutsättning för sjuksköterskornas förmåga att hantera etiska utmaningar och komplexa problem i sitt omvårdnadsarbete.

Vikten av yrkeserfarenhet lyftes fram av sjuksköterskorna i studien. De som arbetat många år kände sig tryggare i sin yrkesroll. De vågade stå på sig och framföra sina åsikter i situationer när svårt sjuka patienter saknade ej-HLR beslut. Uppfattningen var att oerfarna sjuksköterskor frågade efter läkares åsikt, istället för att framföra sin egen. Det föreföll att som nyutbildad och oerfaren sjuksköterska upplevdes det svårare att hantera situationer rörande liv och död, i jämförelse med mer erfarna kollegor. Erfarenhetens betydelse för kompetensen stöds av Benner (1993) som menar att sjuksköterskans kompetensutveckling är en pågående process. Genom att praktisera sina kunskaper når sjuksköterskan högre nivåer, från nyutbildad till erfaren. Medicinsk kunskap samt förmåga att hantera etiska situationer är krav som sjukvården ställer på dagens sjuksköterskor enligt Goethals et al. (2010).

I studiens resultat framkom att ej-HLR beslut ofta var långdragna processer, med följden att svårt sjuka patienter återupplivades när de drabbades av hjärtstopp. Sjuksköterskorna var av uppfattningen att detta många gånger förlängde patientens lidande. Dessa situationer kan betraktas som komplexa dilemman, eftersom sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete och i enlighet med ICN's etiska kod (2001) ska lindra patientens lidande. Det bör vara en mänsklig rättighet att lugnt och stilla få avsluta livet på ett värdigt sätt.

## **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter när ej-HLR beslut saknas för svårt sjuka patienter.

Vi ville med denna studie beskriva deltagarnas subjektiva erfarenheter och ansåg kvalitativ intervjustudie bäst lämpad som metod. En litteraturstudie ansågs inte kunna ge studien ett lika nyanserat resultat av deltagarnas subjektiva erfarenheter. Enligt Trost (2010) är studiens syfte avgörande för valet av metod. En kvalitativ intervjustudie ger ökad förståelse för erfarenheter och upplevelser, utifrån deltagarens verklighet.

Deltagarnas erfarenheter utifrån studiens syfte, framkom med tydlighet i resultatet, vilket med stöd av Lundman och Hällgren Graneheim (2008) visade att vald metod besvarade studiens syfte.

Totalt intervjuades sju deltagare vilket vi ansåg lämpligt eftersom materialet blev hanterbart i förhållande till studiens omfattning och tidsram. Analysarbetet underlättades genom att antalet deltagare i studien gav ett material som inte blev alltför omfattande i storlek. Enligt Trost (2010) är ett mindre antal men väl genomförda intervjuer att föredra framför ett omfattande intervjumaterial, då risk finns att gå miste om viktiga detaljer. Vi ansåg att antalet deltagare i studien och mängden material riskerade att ge resultatet mindre substans och relevant information. Materialet blev ändå innehållsrikt, då deltagarna hade god erfarenhet av studiens syfte.

Deltagarna i studien arbetade med svårt sjuka patienter inom akutmedicin och diskussioner kring ej-HLR beslut var vanligt förekommande på deltagarnas arbetsplatser. Då vården av patienter på akutmedicinsk avdelning är inriktad på att behandla sjukdomstillstånd, inte inriktad på palliativ vård, såg vi en möjlig problematik i förhållandet mellan åtgärdande vård och behandlingsbegränsningar, med fokus på ej-HLR beslut.

Samtliga deltagare talade svenska, vilket vi ansåg underlättade tolkningen av materialet. Det gav även möjlighet att urskilja nyanser i talspråket, vilket vi ansåg var positivt då det förstärkte innebörden av deltagarnas berättelser. Genom att både vi och deltagarna behärskade svenska språket, uteslöts även riskerna för språkförväxlingar och misstolkning av materialet.

Sex av deltagarna hade mellan två till trettio års yrkeserfarenhet. Med stöd av Benner (1993) som menar att sjuksköterskan anses kompetent efter två till tre yrkesverksamma år, var vi av åsikten att deltagarnas erfarenheter berikade studien. En av deltagarna uppfyllde inte urvalskriterierna, då två års yrkeserfarenhet saknades. Intervjun inkluderades dock, eftersom deltagaren tillförde både kunskap och upplevelser av intresse för studien och dess syfte. Deltagaren hade nyligen erhållit sjuksköterskelegitimation och saknade följaktligen längre erfarenhet av sjuksköterskeyrket. Detta visade sig bli intressant för vårt resultat då vi såg skillnader i deltagarnas uppfattningar och agerande i ej-HLR diskussioner beroende på hur länge de arbetat som sjuksköterskor.

Intervjuerna genomfördes med stöd av semistrukturerad intervjuguide. Vi upplevde intervjuguiden som ett bra underlag med möjlighet att ändra ordningsföljd på frågor, samt ställa följdfrågor anpassade efter deltagarnas berättelser. Vi ansåg med stöd av Kvale och Brinkmann (2009) att fördelen med öppna frågor var deltagarnas möjlighet att tala fritt kring upplevelser, erfarenheter och känslor. Nackdelar med semistrukturerad intervjuguide ansågs vara att öppna frågor möjliggjorde svar irrelevanta för studiens syfte, samt upprepningar av redan beskrivna händelser.



Enhetscheferna på respektive avdelning kontaktade och förmedlade lämpliga deltagare till studien, utifrån ställda urvalskriterier. Nackdelen med att vi inte själva kontaktade deltagarna var ovissheten om deras erfarenheter av ej-HLR beslut, vilket kunde ge ett mindre innehållsrikt resultat. Vi upplevde det dock enbart positivt, då deltagarna utifrån syftet tillförde studien ett intressant material, samt att deltagarna upplevdes genuint engagerade i ämnet. Samtliga intervjuer genomfördes på ett akutsjukhus. Valet av akutsjukhus föll sig naturligt, då en av oss genomfört verksamhetsförlagd utbildning på sjukhuset och erfarit att ej-HLR diskussioner var vanligt förekommande där.

Nackdelen med att begränsa studien till akutsjukhus, var att vi gick miste om intressanta jämförelser av sjuksköterskors erfarenheter vid avsaknad av ej-HLR beslut, inom andra vårdenheter. Studien kunde även utförts på exempelvis äldreboende då det i resultatet framkom att sjuksköterskorna hade erfarenhet av att arbeta med geriatriker. Geriatriker upplevdes ha god erfarenhet av palliativ vård och utgick från en helhetssyn på patienten. Akutläkare upplevdes i jämförelse med geriatriker, ha mindre kunskaper om palliativ vård, samt var inriktade på att åtgärda och behandla symtom.

Vi genomförde samtliga intervjuer tillsammans. Samarbetet fungerade bra, då vi stöttade varandra och turades om att ställa frågor, samt kompletterade med följdfrågor. Enligt Trost (2010) kan två intervjuare vara en fördel om de saknar erfarenhet av ämnet, samt ger större förståelse för intervjumaterialet. Risk finns att deltagaren känner sig underlägsen om två personer intervjuar, ett ojämnt maktförhållande uppstår. Detta var vi medvetna om, samt tog hänsyn till deltagarnas autonomi. Genom att tillfråga deltagarna om samtycke före intervjun, gavs deltagaren möjlighet att själv bestämma över sin medverkan. Samtliga deltagare gav sitt samtycke och upplevdes inte besvärade av att intervjuerna genomfördes av två personer.

Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av diktafon med deltagarnas samtycke. Ljudinspelningarna gav möjlighet till full koncentration på samtalet under intervjuerna, vilket upplevdes som positivt. Analysarbetet underlättades, eftersom vi kunde gå tillbaka och lyssna på intervjuerna upprepade gånger. Därigenom minskade risken att missa viktiga detaljer. Enligt Kvale och Brinkman (2009) kan ljudinspelning med fördel användas vid intervjuer, detta för att öka studiens trovärdighet.

Vid transkribering av intervjuerna upplevde vi att bakgrundsljud ibland gjorde det svårt att uppfatta enstaka ord i samtalet, vilket krävde att vi fick lyssna om på vissa ljudsekvenser flera gånger. Enligt Trost (2010) finns nackdelar med ljudinspelningar, då det är besvärligt och tidskrävande att lyssna och spola tillbaka många gånger. Det positiva med diktafonerna upplevdes ändå överväga det negativa, eftersom vi anser att ljudinspelade intervjuer bör vara mer tidseffektiva, än anteckningar som görs för hand. Vid antecknande för hand, finns även risk att gå miste om information, samt gör det svårt att hinna med.

Intervjumaterialet förvarades på lösenordsskyddade datorer med stöd av Kvale och Brinkmann (2009) som menar att, deltagarnas konfidentialitet och integritet ska skyddas och respekteras under analysprocessen. Därigenom kunde inga obehöriga ta del av materialet. Deltagarna i studien oidentifierades och benämndes som *sjuksköterska ett - sju*, beroende på i vilken ordning de intervjuades. Samtliga ljudinspelningar raderades ur diktafonerna innan återlämning. Genom att deltagarnas medverkan i studien uppmärksammades på arbetsplatsen, finns möjlighet att i efterhand, med tillgång till studien, härleda intervjutext till specifik deltagare.

Detta kan av deltagarna uppfattas som integritetskränkande, anser vi. För att bevara deltagarnas konfidentialitet, omformulerades citaten i resultatet för att utesluta talspråk. Därigenom kunde identifiering av deltagarna undvikas. Enligt Helgesson (2006) ska deltagarna skyddas från skador, som kan leda till att deltagaren framstår i sämre dager och leda till sämre relationer på arbetsplatsen.

Vi läste igenom samtliga transkriberingar för att få en gemensam förståelse för innehållet. Därefter diskuterade vi och jämförde våra tolkningar av materialet, vilket ytterligare och i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2008) stärker studiens tillförlitlighet. Representativa citat presenterades i resultatet och gav därmed läsaren möjlighet att bedöma studiens trovärdighet och giltighet, genom jämförelse mellan citat och resultat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

### **Slutsats**

Resultatet visade att det finns brister i beslutsfattandet kring ej-HLR och att det bör förbättras. Beslutsfattandet kring ej-HLR blev långdragna processer och dessa beslut bör gå snabbare. Detta för att minska risken att patienter blir lidande. Läkarna förhalade ej-HLR beslut och hänvisade till annan kollega och det krävdes ofta påtryckningar från sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna fick stå till svars inför andra yrkesprofessioner och anhöriga när ej-HLR beslut saknades. När ej-HLR beslut saknades, uppstod stress och frustration bland personalen, något som påverkade personalgruppen negativt. Dock fanns förståelse för de läkare som saknade bakgrund och sjukdomshistoria om patienten. Diffusa och muntliga beslut från läkarna skapade osäkerhet. Sjuksköterskornas upplevelser var att anmälningsrisken gick före den etiska aspekten och patienten blev då lidande.

När sjuksköterskorna tvingades acceptera och utföra åtgärder som läkaren ordinerat, resulterade det ofta i etiska dilemman. Det upplevdes oetiskt att påbörja HLR på svårt sjuka patienter. Sjuksköterskorna upplevde osäkerhet, inre stress och frustration när ej-HLR beslut saknades för dessa patienter. När Ej-HLR beslut fanns, infann sig istället trygghet och lugn i omvårdnadsarbetet med svårt sjuka patienter. Patienten fick lugnt och stilla somna in och avsluta livet.

### **Klinisk betydelse**

Det är vår förhoppning att denna studie ska få betydelse för sjuksköterskors arbete i den kliniska verksamheten. Resultatet visade att sjuksköterskor ställdes inför svåra etiska dilemman i avsaknad av ej-HLR beslut för svårt sjuka patienter. Problematiken i detta bör lyftas fram, i syfte att öka förståelsen för sjuksköterskans arbetssituation, samt leda till förändringar och förbättringar. Förhoppningen är även att studien ska belysa behovet av samarbete och kommunikation mellan berörda yrkesprofessioner gällande ej-HLR beslut.

### Fortsatta studier

Behov av vidare forskning som tar upp sjuksköterskors erfarenhet när beslut om ej-HLR på svårt sjuka patienter har uppmärksamats under studiens gång. Fortsatt forskning skulle kunna öka förståelsen för sjuksköterskornas situation när ej-HLR beslut saknas.

Då denna studie fokuserade på sju sjuksköterskor som arbetade på ett akutsjukhus, skulle det även vara av intresse att göra en studie av sjuksköterskors erfarenheter av ej-HLR beslut som arbetar inom andra områden utanför akutmedicin. Dessutom skulle det vara intressant med en jämförande studie ur läkarnas perspektiv, om erfarenheter och upplevelser rörande ej-HLR beslut för att se hur de uppfattar ställningstagandet och ifall de upplever att beslutsfattandet gällande ej-HLR kan förbättras.

## REFERENSER

- Ballin, NH. (2007). Do-not-resuscitate orders--ethical and legal considerations. *Ugeskrift for Laeger, 169 (13)*, 1201-4. Hämtad 21 augusti, 2013
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: Mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Cohen, JS. & Erickson, JM. (2006) Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 10 (6)*, 775-80. Hämtad 16 september 2013
- Cole, M. & Healey, G. (2013). Doing the right thing! A model for building a successful hospital-based ethics committee in Nunavut. *International Journal on Circumpolar Health, 5 (72)* doi: 10.3402/ijch.v72i0.21326. Hämtad 3 september, 2013
- Ekmektzoglou, KA., Johnson, EO., Syros, P., Chalkias, A., Kalambalikis, L. & Xanthos, T. (2012). Cardiopulmonary resuscitation: a historical perspective leading up to the end of the 19th century. *Acta Medico-Historica Adriatica:AMHA, 10 (1)*, 83-100. Hämtad 29 augusti, 2013
- Friberg, H. & Adolfsson, A., Lundberg, D. (1997). Decisions not to resuscitate in a Swedish university hospital. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 41(10)*, 1263-6. Hämtad 28 april, 2013
- Goethals, S., Gastmans, C. & de Casterlé, BD. (2010). Nurses' ethical reasoning and behaviour: a literature review. *International Journal of Nursing Studie, 47(5)*, 635-50. Hämtad 16 september 2013  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909004027>
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ingvar, M. Lagercrantz, H. Lynoe, N. Fürst, C J. Frostegård, J. & Rynning, E. (2009). *Liv och död: Livsuppehållande behandling från början till slut*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

International Council of Nurses, (2001) The ICN code of ethics for nurses. *Nursing Ethics*, 8(4), 375-9 Hämtad 16 september, 2013

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Lachman, V. (2010). Do-not-resuscitate orders: nurse's role requires moral courage. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical- Surgical nurses*, 19(4), 249-51. Hämtad 28 augusti, 2013

[http://ana.nursingworld.org/DocumentVault/Ethics\\_1/resuscitate.aspx](http://ana.nursingworld.org/DocumentVault/Ethics_1/resuscitate.aspx)

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Oberle, K. & Hughes, D. (2001). Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of advanced nursing*, 33(6), 707-15. Hämtad 16 september, 2013

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.01710.x/pdf>

Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Jakel, P. & Rounkle, AM. (2012). Nurses' responses to ethical challenges in oncology practice: an ethnographic study. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 16(6), 592-600. doi: 10.1188/12.CJON.592-600. Hämtad 3 september, 2013 <http://ons.metapress.com/content/c90212179310970k/fulltext.pdf>

Pedersen, R., Bahu, MK. & Kvisle, EM. (2007). Withholding and withdrawing treatment, ethical and legal aspects. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, raekke*, 127 (12), 1648-50. Hämtad 3 september, 2013 från <http://tidsskriftet.no/article/1550306>

Proposition 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.

Robinson, C., Kolesar, S., Boyko, M., Berkowitz, J., Calam, B. & Collins, M (2012). Awareness of do-not-resuscitate orders: what do patients know and want? *Canadian family physician*, 58(4), 229-33. Hämtad 21 augusti, 2013

<http://www.cfp.ca/content/58/4/e229.long>

Rudnicka - Drozak, E. & Aftyka, A. (2011). The ethics of resuscitation. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. XLIII, 3: 160-165 Hämtad 30 april 2013  
[http://anestezjologia.net/en/articles/item/19940/the\\_ethics\\_of\\_resuscitation](http://anestezjologia.net/en/articles/item/19940/the_ethics_of_resuscitation)

Saevareid,TJ. & Balandin,S. (2011). Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. *Journal of advanced nursing*, 67(8), 1739-48. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x. Hämtad 29 april, 2013

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.  
SOF 2000:1. *Föreskrifter och allmänna råd för läkemedelshantering*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOF 1993:20. *Föreskrifter och allmänna råd om patientjournalen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Skogvoll, E. & Lexow, H. (2009). Heart arrest-definition and occurrence. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. 129 (13), 1351-2. Hämtad 30 april 2013  
<http://tidsskriftet.no/article/1852245>

Socialstyrelsen. (2004). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad från  
<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Socialstyrelsen. (2011). *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOSFS 2011:7. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från  
[http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-7/Documents/2011\\_7.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-7/Documents/2011_7.pdf)

Svantesson, M. (2008). Postpone death? : Nurse-physician perspectives on life-sustaining treatment and ethics rounds. Doktorsavhandling, Örebro Universitet.

Svenska Läkarsällskapet., Svensk sjuksköterskeförening., Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2013) *Etiska riktlinjer för hjärt- och lungräddning (HLR)*. Stockholm: Svenska Läkarsällskapet; Svensk sjuksköterskeförening; Svenska rådet för hjärt-lungräddning. Hämtad från <http://hlr.nu/sites/hlr.nu/files/attachment/riktlinjer20maj.pdf>

Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2011). *S-HLR: HLR för sjukvårdspersonal: Kursbok med webbutbildning*. Stockholm: HLR-rådet.

Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Hämtad från [http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/OM.Evidensbaserad.vard\\_web.pdf](http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/OM.Evidensbaserad.vard_web.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Etiska riktlinjer för Hjärt-lungräddning (HLR)*.

Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från

<http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/HLR.riktlinjer20maj.pdf>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4:e upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Yuen, JK., Reid, M. & Fetters, MD. (2011). Hospital do-not-resuscitate orders: why they have failed and how to fix them. *Journal of general medicine*, 26(7), 791-7. doi:

10.1007/s11606-011-1632-x. Hämtad 22 augusti, 2013.

Till verksamhetschef  
NN  
XX Akutsjukhus i Stockholms Län

Vi heter Susanne Lönnå och Pia Baltzer. Vi är sjuksköterskestudenter (termin fem) vid Sophiahemmet Högskola, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör behandlingsbegränsning, ej HLR (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och upplägg). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid avdelningarna X och X på XX akutsjukhus, enligt medföljande kriterier:

- Sex – åtta yrkesversamma sjuksköterskor
- Minst två års yrkeserfarenhet
- Tala och förstå Svenska språket

Om Du godkänner att studien genomförs vid avdelningarna X och X, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid avdelningarna X och X är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Students namnteckning

---

Students namnförtydligande

Susanne Lönnå

0739 – XX XX XX

[susanne.lonna@student.sophiahemmet.se](mailto:susanne.lonna@student.sophiahemmet.se)

Students namnteckning

---

Students namnförtydligande

Pia Baltzer

070-XXX XX XX

[pia.baltzer@student.sophiahemmet.se](mailto:pia.baltzer@student.sophiahemmet.se)

Handledares namnteckning

---

Handledares namnförtydligande

Britten Jansson

08- XX XX XX

## **Sammanfattning av arbetets upplägg och innehåll**

Vi heter Pia Baltzer och Susanne Lönnå. Vi är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin fem och ska genomföra självständigt arbete, omfattande 15 hp. Området som ska studeras berör behandlingsbegränsning.

**Preliminär titel:** LIVSUPPEHÅLLANDE BEHANDLING. En kvalitativ intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter när beslut om ej HLR saknas

**Problemområdet beskrivs kortfattat:** Svåra frågor om liv och död är något som berör oss alla. Dessa frågor har sällan några enkla svar, utan kräver ofta etiska överväganden. Hälso- och sjukvårdspersonal finns ofta på plats när vi föds, vid sjukdom och i livets slutskede. Beslut som kan vara avgörande för patientens liv eller död är ett svårt ställningstagande, något som tillhör sjukvårdspersonalens vardag. Vårdpersonal ställs vid återupplivningsförsök inför två komplexa dilemman, dels när HLR bör starta, samt när det bör avslutas. Beslut om återupplivningsförsök baseras på varje individuellt patientfall och är ett komplext förhållande mellan vinster, risker och kostnader för både patienter och anhöriga, men även för hälso- och sjukvården

**Syftet med arbetet:** Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter när beslut om ej HLR saknas för svårt sjuka patienter.

**Specifik frågeställning:** Hur påverkas sjuksköterskans omvårdnadsarbete i avsaknad av läkares ställningstagande till ej HLR vid svårt sjuka patienter.

**Arbetets design och metod för datainsamling:** En kvalitativ semistrukturerad intervjustudie ska utföras av sju sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter.

**Tidslängd för arbetet:** Vecka 34-40. Vi önskar påbörja intervjuerna under vecka 34 och avsluta intervjuerna senast vecka 36. Senare är dock inte möjligt, då arbetet ska vara inlämnat senast 2013-10-04.

Mvh

Pia Baltzer och Susanne Lönnå



## **INTERVJUGUIDE**

### **Introduktion**

Vilket år tog du sjuksköterskeexamen och hur länge har du arbetat på den här avdelningen?

Har du gått någon vidareutbildning efter din grundutbildning?

Beskriv dina erfarenheter när beslut om ej-HLR saknas för svårt sjuka patienter?

### **Patientens hälsotillstånd och omvårdnadsarbetet**

Beskriv vilka patienter som får ett beslut om ej-HLR och vad som ligger till grund för ett sådant beslut?

Berätta när en patient som du vårdat fått beslut om ej-HLR och vilka behandlingsbegränsningar det då rörde sig om?

Berätta ifall du upplevt situationer där patienter borde ha haft ett beslut om ej-HLR, men där läkaren inte fattat ett sådant beslut?

Beskriv hur du upplever att sjuksköterskans omvårdnadsarbete påverkas i avsaknad av beslut om ej-HLR för svårt sjuka patienter?

Berätta vilka känslor väcker det hos dig?

Ge exempel på någon situation där patienten kunde ha kommit till skada eller utsattes för onödigt lidande när beslut om ej-HLR saknades?

### **Kommunikation och samarbete**

Vem eller vilka är det som vanligen tar initiativet för beslut om ej-HLR på er avdelning?

Har du någon gång varit med och initierat för beslut om e- HLR på en patient och kan du berätta om det?

Hur görs patienten och anhöriga delaktiga när ett beslut om ej-HLR ska diskuteras?

Hur upplever du att kommunikationen fungerar mellan sjuksköterskan och läkaren när beslut om ej-HLR ska fattas, upplever du att du är delaktig och att dina åsikter vägs in vid dessa beslut?

Hur upplever du kommunikationen och samarbetet inom personalgruppen kring patienter med beslut om ej-HLR?

### **Avslutning**

Tycker du att beslutsfattandet om ej-HLR kan förbättras och i så fall på vilket sätt?

Är det något som vi inte har tagit upp under intervjun, som du tycker är viktig och vill berätta om?