



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

DILEMMA VID VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE – HLR ELLER EJ-HLR

PATIENTENS, ANHÖRIGAS SAMT
SJUKSKÖTERSKANS INVOLVERING I
BESLUTSPROCESSEN

– EN SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE

BERGSTRÖM PAULINA

FERM CECILIA

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90 p
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2011

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

DILEMMA VID VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE HLR ELLER EJ-HLR

**PATIENTENS, ANHÖRIGAS SAMT
SJKSKÖTERSKANS INVOLVERING I
BESLUTSPROCESSEN**

– EN SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE

BERGSTRÖM PAULINA

FERM CECILIA

Bergström, P & Ferm, C. Dilemma vid vård i livets slutskede – HLR eller ej-HLR. Patientens, anhörigas samt sjuksköterskans involvering i beslutsprocessen – en systematisk litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2011.

Abstrakt: Beslut gällande patienters HLR-status fattas av läkare, men den process som föranleder beslutet bör involvera flera parter. I enlighet med autonomiprincipen ska patienter vara delaktiga i de beslut som berör deras egen vård.

Syftet: med denna litteraturstudie var att undersöka några frågor kring HLR/ej-HLR vid vård i livets slutskede. *Metoden* var en systematisk litteraturstudie, baserad på tio vetenskapliga artiklar. Litteratursökningen utfördes i databaserna PubMed och CINAHL, samt manuella sökningar. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades i litteraturstudien. I *resultatet* framkom det tre olika huvudteman samt två underteman. Det tema som framkom tydligast i resultatet var; information i livets slutskede. Informationsbehovet rörande HLR, bland patienter som vårdas i livets slutskede, skiljer sig åt och bör därför individanpassas. Eftersom sjuksköterskor oftast är de som har mest kontakt med obotligt sjuka patienter, är det av stor vikt att de involveras i beslutsfattandet. Det framkom även att patientens livskvalitet är en faktor som inverkar på beslut gällande HLR. Upplevelsen av livskvalitet är individuell och kan därför vara svår för andra att bedöma. Att värna om patienters rätt till autonomi är essentiellt och speciellt gällande livsavgörande beslut. Allmänsjuksköterskans roll vid vård i livets slutskede bör därför vara, att på bästa möjliga vis tillmötesgå patienterna och därmed även underlätta de anhörigas sorgarbete.

Nyckelord: HLR, beslutsfattande, information, livets slutskede, livskvalitet.

DILEMMA FOR CARE IN FINAL STAGES OF LIFE- CPR OR DNR

PATIENTS, RELATIVES AND THE NURSE
INVOLVEMENT IN THE DECISION- PROCESS.

– A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

BERGSTRÖM PAULINA

FERM CECILIA

Bergström, P & Ferm, C. Dilemma for care in final stages of life – CPR or DNR. Patients, relatives and the nurse involvement in decision-process- a systematic literature review. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2011.

Abstract: Decisions regarding patient's CPR status are made by doctors, but the process that causes the decision should involve several parties. In accordance with the autonomy principle, patients should be involved in the decisions that affect their own care. *The aim* of this study was to examine some questions regarding CPR / DNR in the final stages of life. *The method* was a systematic literature review, based on ten articles. The literature search was performed in the databases PubMed and CINAHL, as well as manual searches. Both qualitative and quantitative articles were included in the literature review. The results revealed three main themes and two sub-themes. The theme that emerged most clearly in the results was: information in final stages of life. The need for information regarding CPR, among patient's cared for at the end of life, differs and should be individualized. Because nurses often are the ones who have most contact with terminally ill patients, it is essential that they get involved in decision making. It also revealed that the patient's quality of life is a factor influencing the decision regarding CPR. The perception of quality of life is individual and can therefore be difficult for others to judge. Protecting patients' rights to autonomy is essential, especially regarding vital decisions. General Nurses role, when caring for patients in their final stages of life, should therefore be, in the best possible way, to accommodate the patients and by doing so also help to ease the relative's grief.

Keywords: CPR, decision making information, end of life, quality of life.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND.....	6
HLR	6
Ej-HLR	7
Beslutsprocessen.....	7
Riktlinjer.....	7
Dokumentation – journalföring.....	8
Sjuksköterskans roll.....	9
Etiska aspekter	9
Autonomiprincipen.....	9
Godhetsprincipen samt principen att inte skada.....	9
Rättvisprincipen.....	9
Livskvalitet	10
SYFTE	11
Frågeställningar	11
Definitioner.....	11
METOD	11
Steg 1- Precisera forskningsproblemet	11
Steg 2- Precisera studiernas inklusions- och exklusionskriterier.....	12
Inklusionskriterier.....	12
Exklusionskriterier	12
Steg 3- Formulera en plan för litteratursökningen.....	12
1. Identifiera tillgängliga resurser.....	12
2. Identifiera relevanta källor	12
3. Avgränsa forskningsproblemet och fastställa huvuddragen i sökningen ...	13
4. Utveckla en sökväg för varje söksystem	13
Steg 4- Genomför litteratursökningen och samla in de studier som möter inklusionskriterierna	13
Steg 5- Tolka bevisen från de individuella studierna	14
Steg 6- Sammanställa bevis	14
Steg 7- Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet.....	15
RESULTAT	16

Information i livets slutskede.....	16
Involvering av patienten och andra.....	17
Anhöriga.....	17
Sjuksköterskan.....	18
Livskvalitet	18
DISKUSSION.....	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Information i livets slutskede	22
Involvering av patienten och andra	22
Anhöriga.....	23
Sjuksköterskan.....	23
Livskvalitet.....	24
SLUTSATSER.....	24
REFERENSER	25
BILAGOR.....	28
Bilaga 1: Protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier	29
Bilaga 2: Protokoll för kvalitetsbedömning av kvantitativa studier	31
Bilaga 3: Artikelmatris.....	32

INLEDNING

Intresset att skriva om patienters och dess anhörigas möjligheter att delta i beslutsfattandet kring ej-HLR, väcktes av en tidigare upplevelse på ett äldreboende. En äldre kvinna som tidigare drabbats av stroke fick ytterligare en stroke, med hjärtstopp som följd, och hittades livlös på golvet i sin lägenhet. Det fanns ingen dokumentation rörande HLR i kvinnans journaler, likaså saknades vetskap om hennes egna preferenser i denna fråga. Personalen på boendet saknade riktlinjer om hur de skulle agera vid ett plötsligt hjärtstopp. HLR påbörjades och ambulans tillkallades. Kvinnan överlevde, men bara i två veckor – två veckor av sondmatning, smärta och radikalt försämrad livskvalitet. Hade någon diskuterat de beslut, som kan bli nödvändiga att fatta i livets slutskede, med henne?

BAKGRUND

Enligt en amerikansk studie utförs HLR på cirka en tredjedel av de patienter som dör på sjukhuset. Majoriteten av dessa dör trots återupplivningsförsök. Några av de patienter som har fått HLR överlever initialt, men endast ett fåtal av dessa lever tillräckligt länge för att bli utskrivna från sjukhuset. Ännu färre kan återgå till det liv som de hade innan de skrevs in på sjukhuset till följd av irreversibla hjärnskador (Mirza et al, 2005).

HLR

Hjärt-lungräddning (HLR) är en allmänt etablerad och potentiellt livräddande behandlingsmetod vid plötsligt hjärtstopp (Ågård et al, 2008). Manuell HLR innebär att utövaren manuellt utför mun- till- mun inblåsningar med syfte att syresätta blodet samt utför bröstkompressioner, vilka åstadkommer blodcirkulation ut i kroppens vävnader. Plötsligt hjärtstopp beror oftast på ett nedsatt blodflöde till någon del av hjärtmuskeln på grund av ateroskleros i hjärtats kranskärl, vilket gör att hjärtats rytm rubbas. Den dominerande orsaken till hjärtstopp är kammarflimmer, som kännetecknas av mycket snabb och oregelbunden kammarritm. Effekten blir att hjärtats pumpförmåga omedelbart upphör. Den som drabbats blir inom 10-20 sekunder medvetslös, efter ytterligare 30 sekunder har andningen upphört. Både medvetslösheten samt den upphörda andningen beror på akut syrebrist i hjärnan. Dessa faktorer samt pulslöshet utgör symtomen vid plötsligt hjärtstopp (Nationalencyklopedin, 2010).

Prognosen för den drabbade påverkas bl.a. av eventuell bakomliggande sjukdom, orsaken till hjärtstoppet samt den tid det tar från hjärtstoppet till påbörjad HLR. För varje minut som går försämras överlevnadschansen med cirka 10 procent och risken för bestående hjärnskador ökar ju längre hjärnan är utan blodcirkulation (Ågård et al, 2008).

Specialistutbildad ambulanspersonal använder sig oftast av mer avancerad teknik vid hjärtstopp. Beror hjärtstoppet på kammarflimmer används en defibrillator, vilken ger en elektrisk ström genom bröstkorgen för att återställa den normala impulsbildningen. Avancerad hjärt-lungräddning (A-HLR) innebär intubation och

tillförsel av läkemedel, något specialistutbildad personal utför antingen på plats eller vidare på sjukhusets intensivvård (Nationalencyklopedin, 2010).

Ej-HLR

Ej-HLR innebär att ingen hjärt-lungräddning ska utföras vid plötsligt hjärtstopp. Beslutet om ej-HLR skall antecknas av ansvarig läkare i patientjournalen och vara tydligt för sjukvårdspersonalen. Patienter som har ej-HLR dokumenterat i sin journal, skall fortfarande ges fullgod medicinsk behandling, om inget annat finns dokumenterat (Ågård et al, 2008). DNR (Do-Not-Resuscitate) är det engelska begreppet för ej-HLR.

Beslutsprocessen

Avsikten med medicinska behandlingar kan vara att bota, ge livsförlängande behandling samt utföra palliativ omvårdnad. Patientens välbefinnande måste alltid vägas in i de beslut som fattas rörande behandlingen (Beck - Friis & Strang, 1995). Den som är sjuk och befinner sig i livets slutskede, skall ges en god och anpassad omvårdnad under den återstående delen av livet. Sjukvårdens uppgift är att hjälpa den sjuke att på ett värdigt och smärtfritt sätt få avsluta sitt liv under så lugna förhållanden som möjligt (Socialstyrelsen, 1992).

Läkare ställs ofta inför den svåra uppgiften att besluta huruvida HLR verkligen är till gagn för patienten eller ej. Faktorer som påverkar beslutet kan präglas av patientens ålder, svår kronisk sjukdom, sjukdomsprognos samt patientens livskvalitet (Ågård et al, 2008). Vården skall bygga på respekt för människans självbestämmande och integritet (HSL, 1982:763). Trots detta fattar läkare ofta beslut om HLR på förhand, utan att samtala med patienten kring dennes önskemål. Det finns då risk att HLR utförs mot patientens vilja (Mirza et al, 2005; Ågård et al, 2008). I ställningstagandet om HLR ska utföras eller ej, måste även bedömningen av patientens överlevnadschanser samt prognos vägas mot återupplivningsförsökets negativa effekter. Patientens livskvalitet kan efter återupplivning försämrats avsevärt till följd av hjärnskador och ytterligare funktionsnedsättning i andra organ. Ett omotiverat återupplivningsförsök kan inkräkta på patientens rätt till en värdig död (Ågård et al, 2008). Enligt HLR-rådet, (2009) anser sjuksköterskor att det i vissa patientfall är svårt att behöva utföra HLR då de själva tycker att insatsen är oetisk eller ovärdig den sjuke. Ofta saknas tydliga restriktioner angående vad som skall göras vid ett plötsligt hjärtstopp. Det är vanligt förekommande att sjuksköterskan tar initiativ till att lyfta fram frågan om HLR bör utföras eller ej, men oftast fattas beslutet för sent i sjukdomsförloppet. Patientens tillstånd kan då ha blivit så pass försämrat att det inte längre är möjligt att efterhöra hans/hennes önskemål (a a).

Riktlinjer

The British Medical Association (BMA) och the Royal College of nursing (RCN) har tagit fram riktlinjer gällande HLR- beslut. Enligt dessa riktlinjer ska inte HLR utföras om det anses vara effektlöst, om HLR är emot patientens vilja, eller om livslängden samt livskvaliteten inte är i överensstämmelse med patientens egen önskan (Biegler, 2003). I de nya riktlinjer som utfärdats av Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, framgår vad patienten har för rättigheter i livets slutskede. För att patientens autonomi ska kunna upprätthållas, måste patienten informeras om sjukdomen, de behandlingar som kan tänkas bli

aktuella samt vilken nytta eller biverkningar dessa kan ge (Eckerdal et al, 2007). Den information som ges till patienten, är inte alltid tillräckligt klar och tydlig. Patienten förstår inte alltid vad beslutet handlar om och den givna informationen tenderar också att anpassas så att patienten accepterar ett beslut som är i enlighet med vad läkaren anser är rätt (HLR-rådet, 2009). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2008), belyser vikten av att informera patienten om rätten att välja om de vill ta emot eller vägra behandling. På Sahlgrenska universitetssjukhuset har man utarbetat medicinsk- etiska riktlinjer kring utförandet av HLR. Lider patienten av svår och/ eller obotlig sjukdom, skall möjlighet att delta i diskussion rörande HLR vid hjärtstopp ges (Ågård et al, 2008; Biegler, 2002).

Det är läkarens ansvar att från början meddela patienten om att sjukdomstillståndet kan vara allvarligt, samt att uppmuntra till att informationen delas med de anhöriga. En öppen diskussion kring detta gör att eventuella missförstånd undviks då patienten vårdas i livets slutskede (Berlin & Sandberg, 2009). Negativa aspekter rörande patientens fortsatta livskvalitet skall belysas. Patienten skall ges rätt att överlåta eventuella beslut åt ansvarig läkare. I de fall patientens somatiska tillstånd omöjliggör deltagande i beslutsfattandet, skall anhörigas åsikter vägas in. Ibland kan en patientansvarig läkare, utan samtycke från varken patient eller anhörig, fatta beslut om ej-HLR. Dessa beslut fattas om; patienten bedöms vara i livets slutfas, läkare kan förutspå att HLR inte kommer att lyckas och/ eller tillståndet bedöms vara irreversibelt (Ågård et al, 2008). De anhöriga får dock inte alltid reda på när ett beslut om ej-HLR fattas, något sjuksköterskor behöver ha i åtanke då de vårdar patienten (HLR-rådet, 2009).

Dokumentation – journalföring

Vid vård av patienter skall det enligt Patientdatalagen (2008) föras patientjournal. En patientjournal skall innehålla de uppgifter som är nödvändiga för att säkerställa en god vård. I journalhandlingen skall framgå vilka uppgifter som lämnats till patienten samt de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsmetod (Socialstyrelsen, 1992).

Ett förhandsbeslut om att avstå från HLR ska dokumenteras i patientjournalen. Journalen ska innehålla uppgifter om datum, skäl för beslut samt vem eller vilka som deltagit i beslutsfattandet. Det bör antecknas om patienten/anhöriga informerats om beslutet. Beslut om att inte utföra HLR, införs även på en specifik rad med en särskilt angiven plats och formuleras ”**EJ HLR**”, efter antecknas datum samt ansvarig läkares signatur (Hautau et al, 2006).

Dokumentationen skall finnas lättillgängligt och bidra till att vårdplaneringen kan upprätthållas. Detta är särskilt viktigt med tanke på vad som kan ske under jourtid, då det annars föreligger risk att behandlingsåtgärder utförs som inte är förenligt med den planering som gjorts av ansvarig läkare. Det är av stor vikt att samtliga bedömningar finns redovisade i journalen, med tanke på eventuella frågor som de anhöriga kan tänkas ha efter patientens bortgång. Detta kan vara en hjälp för dem i sorgarbetet samt förklara sådant som de inte kunnat ta till sig under den akuta fasen (Socialstyrelsen, 1992).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan skall, enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005), kunna kommunicera med patienter, anhöriga, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan skall i samtal med patient och/eller dess anhörig, ha förmågan att ge stöd samt vägledning, för att på så vis bidra till optimal delaktighet i vård och behandling. Sjuksköterskan skall vid samtal med patient och/eller anhörig, ge en individuellt anpassad information vid rätt tidpunkt. Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2008) ingår det i sjuksköterskans arbetsuppgift, att på ett lättbegripligt sätt ge patienten den information som rör given behandling. Vidare skall sjuksköterskan förvissa sig om att patient och/eller anhörig förstår given information. Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar patienter som inte själva uttrycker sina behov, samt de som har särskilt uttalade informationsbehov. Sjuksköterskan skall ha god kännedom om patientens rättigheter/möjligheter och kunna förmedla kontakt med rätt instans. Sjuksköterskan skall ha förmågan att följa de författningar, riktlinjer samt rutiner som råder (a a).

Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att; främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande. Arbetet skall samordnas med närstående yrkesgrupper. I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår även att erbjuda vård till individen och anhöriga (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor , 2008).

Etiska aspekter

All vård inom hälso- och sjukvården skall bygga på följande fyra etiska principer; autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen.

Autonomiprincipen

Det är varje människas rätt att bestämma över sitt liv och därmed skall vården bygga på respekt för varje individs självbestämmande. Vård och behandling skall, i den mån det är möjligt, utföras i samråd med patienten. En förutsättning för att patienten skall ha möjlighet att kunna fatta självständiga beslut är, att han/hon har förstått vad beslutet innebär. Patienten måste ges realistisk information för att möjliggöra detta. Att en människa är sjuk eller beroende av andras hjälp, betyder inte nödvändigtvis att han/hon saknar förmåga att själv vara med och bestämma (Socialstyrelsen, 1992).

Godhetsprincipen samt principen att inte skada

All sjukvårdspersonal har en skyldighet att ”göra gott”, det vill säga, vårda och hjälpa de sjuka. En grundregel inom sjukvården är att inte skada. Detta utesluter dock inte att det föreligger risker och biverkningar vid vissa behandlingar, vilka man inom sjukvården kan behöva räkna med, men dessa accepteras då de kompenseras av den nytta som behandlingen medför. Då patienter vårdas i livets slutskede, måste nyttan av vald behandling vägas mot de icke önskvärda biverkningar som sådan typ av behandling kan ge (Socialstyrelsen, 1992).

Rättvisepincipen

Respekten för människors lika värde är en grundregel i all sjukvård. Vården skall ges på lika villkor för hela befolkningen. Ingen patient får diskrimineras på grund

av kön, ålder, funktionsnedsättning, sjukdomstyp eller dess orsak (Socialstyrelsen, 1992).

Livskvalitet

Livskvalitet är en subjektiv upplevelse vilken definieras i termer av, att känna psykologisk och emotionellt välbefinnande. Begreppet innefattar även individens förmåga att kunna utföra sådant han eller hon själv vill, ha god fysisk och psykisk hälsa samt att kunna delta i sociala aktiviteter. Vid vård i livets slutskede är patienters fysiska välbefinnande en av de viktigaste faktorerna relaterat till livskvalitet (Ying et al, 2009). I en prospektiv studie av Dinis (1994) framgår det, att patienter som har överlevt hjärtstopp efter utförd HLR märker att deras arbetsförmåga försämrats efter att de skrivits ut från sjukhuset. Studiedeltagarna upplevde även en försämring av deras mentala kapacitet, framförallt förmågan att registrera omgivningen. Dessa faktorer påverkar individens livskvalitet negativt (a a).

Livets slutskede kan vara en plågsam tid både för patienten och för dess anhöriga. Vid behandlande vård som utförs under denna fas måste biverkningar och risker begränsas, för att så långt som det är möjligt bibehålla patientens livskvalitet. Det är patientens egen syn på sin livskvalitet som ska påverka beslut om eventuella vårdinsatser. Patienters upplevelse av sin sjukdom, kan skilja sig åt mellan olika individer och det är inte alls säkert att de har samma uppfattning som deras behandlande läkare, gällande deras situation (Beck - Friis & Strang, 1995; Perron et al, 2002).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att undersöka några frågor kring HLR/ej-HLR vid vård i livets slutskede.

Frågeställningar

1. Ges patienter som vårdas i livets slutskede tillräcklig information gällande HLR?
2. Vem bör involveras i diskussionen?
3. På vilka grunder fattas beslut om ej-HLR?

Definitioner

Definitionen för begreppet patient är: vuxna personer som behandlas/vårdas i livets slutskede. Definitionen för patient i livets slutskede är: ett tillstånd med obotlig, symtomgivande, progressiv sjukdom där den förväntade överlevnaden är kort (Karolinska Institutet, 2008). Definitionen för begreppet HLR är: behandlingsmetod vid plötsligt hjärtstopp (a a). Definitionen för begreppet palliativ vård är: vård i livets slutskede där målet med behandlingen är att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienten och anhöriga utan att vare sig förlänga patientens liv eller att påskynda dennes död (Beck - Friis & Strang, 1995). Definitionen för begreppet hospice är: avdelningar där endast obotligt sjuka och patienter i livets slutskede vårdas. Den vård som patienterna erhåller är palliativ (a a). Definitionen för livskvalitet i livets slutskede är: att patienten har så god fysisk, psykisk och social funktion som möjligt i vardagen, i relation till patientens uppfattning och värdering av sin egen livskvalitet (a a).

METOD

För att söka svar som belyser syftet, har en systematisk litteraturstudie genomförts. Referering kommer att ske med hjälp av Hellström (2005). Vägledning genom litteraturstudien erhålls från Willman & Stoltz (2002) sjustegsmall:

1. Precisera forskningsproblemet
2. Precisera studiernas inklusions- och exklusionskriterier
3. Formulera en plan för litteratursökningen
4. Genomför litteratursökningen och samla in de studier som stämmer överens med inklusionskriterierna
5. Tolka bevisen från de individuella studierna
6. Sammanställ bevisen
7. Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet

Steg 1- Precisera forskningsproblemet

Innan fastställandet av ämnet för litteraturstudien utfördes en pilotsökning i PubMed. Detta för att undersöka om det fanns tillräckligt med material för studien, vilket är i enlighet med Willman & Stoltz (2002). Forskningsproblemet preciserades därefter med syfte och frågeställningar.

Målet med studien är att klargöra patienters möjlighet till delaktighet i beslut som fattas i livets slutskede.

Denna studie riktar sig till legitimerade sjuksköterskor samt övrig vårdpersonal.

Steg 2- Precisera studiernas inklusions- och exklusionskriterier

Efter att bearbetning och fastställande av syftet gjorts, utformades inklusions- och exklusionskriterier. För att söka artiklar skulle kunna användas i litteraturstudien, krävdes det att de uppfyllde vissa kvalitetskriterier. Artiklarna skulle vara publicerade eller accepterade i en vetenskaplig tidskrift med traditionellt granskningsförfarande, så kallad peer review. Både kvalitativa samt kvantitativa artiklar var av intresse så länge de svarade mot syftet. Vetenskapliga artiklar har oftast ett visst format för att organisera innehållet, vilket innebär att den innehåller abstrakt, introduktion, metod, resultat, diskussion samt referenser (Polit och Beck, 2006).

Inklusionskriterier

- Studier med kvantitativ eller kvalitativ ansats.
- Artiklar som handlar om vuxna personer som vårdas i livets slutskede.
- Artiklar som handlar om verksamma sjuksköterskor, samt övrig vårdpersonals, inställning till HLR i livets slutskede.
- Artiklar som handlar om information om HLR.
- Artiklar som handlar om anhörigas inställning till HLR i livets slutskede.
- Artiklar som handlar om livskvalitet i livets slutskede.
- Artiklar på engelska och svenska.

Exklusionskriterier

- Artiklar som handlar om barn.
- Artiklar som inte har fokus på vård i livets slut.

Steg 3- Formulera en plan för litteratursökningen

Willman & Stoltz (2002) beskriver med hjälp av fyra steg, hur den praktiska delen av litteratursökningen kan gå till.

1. Identifiera tillgängliga resurser

Hänsyn tas till disponibel tid för litteraturstudien, vilken är begränsad, så även de ekonomiska förutsättningarna (Willman & Stoltz, 2002). Endast de kostnadsfria artiklar som finns tillgängliga via Malmö högskolas databaser användes.

2. Identifiera relevanta källor

Väsentlig information för litteraturstudiens syfte, erhöles via databaserna PubMed och CINAHL. PubMed är den största sökmotorn i databasen Medline, som drivs av United States National Library of Medicine. CINAHL är en databas som fokuserar mer på omvårdnadsvetenskapliga artiklar (Willman & Stoltz, 2002).

Då flera artiklar ansågs intressanta för litteraturstudien, studerades deras referenslistor för att finna ytterligare artiklar. Utöver sökningar i de namngivna databaserna utfördes manuella sökningar med hjälp av sökmotorn Google, vilket

gav träffar på relevanta organisationers hemsidor. Kurslitteratur studerades för att erhålla kunskap inom valt forskningsområde.

3. Avgränsa forskningsproblemet och fastställa huvuddragen i sökningen

Övergripande fokus på sökningarna bestäms genom att finna relevanta söktermer (Willman & Stoltz, 2002). Studiens söktermer var; *CPR* (cardiopulmonary resuscitation), *terminal care*, *palliative care* och *hospice*.

4. Utveckla en sökväg för varje söksystem

Utformningen av de olika databasernas söksystem skiljer sig åt, likaså skiljer sig utformningen av övriga sökmotorer på internet från varandra. För insamling av betydelsefull litteratur bör därför sökstrategier utvecklas. Sökorden kombinerades med hjälp av de Booleanska termerna AND, OR och NOT, (redovisas i tabell 1) (Willman & Stoltz, 2002).

Steg 4- Genomför litteratursökningen och samla in de studier som möter inklusionskriterierna

Litteratursökningar gjordes i databaserna PubMed och CINAHL. De valda söktermerna användes i både PubMed och CINAHL, men även vid manuella sökningar. En av de i studien inkluderade artiklarna hittades via HLR- rådets hemsida, där intressanta uppsatser fanns publicerade. Ur dessa uppsatser referenslistor valdes relevanta artiklar ut, vars abstrakt studerades. En i många uppsatser återkommande artikel valdes ut för kvalitetsbedömning. För att begränsa antalet träffar användes limits, vilket innebär att sökningarna anpassas efter de för studien valda inklusionskriterierna, vilka redovisas i sökningstabellerna nedan (tabell 1).

Tabell 1. Sökstrategi i PubMed och CINAHL

	Sökord	Antal träffar	Antal granskade abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal använda artiklar
PubMed	"CPR" (MESH) AND "Terminal care" (MESH)*	136	31	7	2
	"CPR" AND "Palliative care"*	37	9	4	1
	"CPR" AND "hospice"*	23	11	4	1
	*Limits: "Links to fulltext", "abstract", "english/ swedish" "human", "all adult 19+".				
CINAHL	Sökord	Antal träffar	Antal granskade abstract	Antal lästa artiklar	Antal använda artiklar
	"CPR" AND "Terminal care"***	57	13	5	-
	"CPR" AND "Palliative care"***	52	22	9	5
	"CPR" AND "Hospice"***	20	4	-	-
***Limits: "Fulltext", "abstract", "human", "all adult", "english/swedish", "peer reviewed".					

Steg 5- Tolka bevisen från de individuella studierna

Granskning av de för litteraturstudien valda artiklarna gjordes separat. Därefter jämfördes de olika tolkningarna av artiklarna med varandra. För att bedöma de olika artiklarnas kvalitet användes, för denna studie modifierade, granskningsprotokoll inspirerat av Willman & Stoltz (2002). Ett granskningsprotokoll för studier med kvalitativ metod (bilaga 1) och ett för studier med kvantitativ metod (bilaga 2). Genom att poängsätta artiklarna utefter om svaret på granskningsprotokollens olika frågor blir ja eller nej, kan artiklarnas kvalitet graderas. Ett jakande svar får 1 poäng och ett nej får 0 poäng. Poängen summeras och räknas om i procent av den totala, möjliga poängsumman. Beroende på vilken procent artikeln erhöll placerades den in i en graderingsskala med ett visst antal steg (Willman & Stolz, 2002). I denna studie används en tregradig kvalitets skala. Grad I = 80-100%, grad II = 70-79% och grad III = 60-69%.

Steg 6- Sammanställa bevis

Efter att kritiskt granskat, sorterat och kvalitetsbedömt de insamlade artiklarna sammanställdes materialet. För att få en klar bild över det insamlade materialet redovisas ofta resultatet av sammanställningen i tabeller, så kallade matriser

(bilaga 3) (Willman & Stolz, 2002). De artiklar som inkluderades överensstämde bäst med litteraturstudiens syfte och inklusionskriterier. Kvalitetsgraden på de inkluderade artiklarna bedömdes vara grad I (hög) samt grad II (medel). Efter grundlig granskning av de inkluderade artiklarna framkom de teman som sedan blev rubriker och underrubriker i litteraturstudiens resultatdel.

Steg 7- Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet

En naturlig del i forskningsprocessen är att utforma rekommendationer baserade på resultaten. Denna litteraturstudie behandlar tio artiklar, vilket bedömdes vara ett för litet antal för att formulera rekommendationer. Bevisens kvalitet ansågs vara otillräcklig, vilket resulterade i att metodmallens ”steg 7” valdes bort.

RESULTAT

Resultatet behandlar tio artiklar, varav åtta med kvalitativ metodansats och två med kvantitativ metodansats. Efter artikelgranskningen kunde olika huvudteman samt underteman urskiljas. Huvudteman; information i livets slutskede, involvering av patienten och andra, samt livskvalitet. Underteman; anhöriga, samt sjuksköterskan.

Tabell 2. Sammanställning av inkluderade artiklar.

Typ av artikel	Författare/År/Land	Studiedeltagare	Kvalitet
Kvalitativ	Costello, J & Horne, M/2003/UK	22	Grad II
Kvalitativ	Costello, J/2002/UK	33	Grad II
Kvalitativ	De Gendt, C et al/2007/Belgien	94	Grad I
Kvantitativ	Heyland, DK et al/2006/Canada	607	Grad I
Kvalitativ	Johnson, HM & Nelson, A/2008/Canada	6	Grad I
Kvalitativ	Lopez, RP/2009/USA	10	Grad I
Kvantitativ	Löfmark, R & Nilstun, T/1998/Sverige	288	Grad I
Kvalitativ	McLennan, S et al/2010/Nya Zeeland	16	Grad I
Kvalitativ	Thorns, AR & Ellershaw, JE/1999/UK	37	Grad II
Kvalitativ	Vandrevala, T et al/2005/UK	48	Grad II

Information i livets slutskede

Informationsbehovet rörande HLR, bland patienter som vårdas i livets slutskede, skiljer sig åt. I en studie gjord av Heyland et al (2006) framgår det, att 25.5 % av patienterna ville ha mycket information för att kunna fatta beslut om HLR och lika många (25.5 %) önskade ingen information alls. Ett större antal av deltagarna (39 %) föredrog endast lite information. Studien visade även, att < 3 % av alla deltagande patienter hade en korrekt kunskap om innebörden av HLR.

I en undersökning om patienters acceptans av en informationsbroschyr, vilken gav realistisk information om HLR, framgick det, att ingen av patienterna blev

upprörd över att läsa informationen. En tyckte däremot att informationen var väldigt direkt och tre patienter ansåg att den borde följas av en diskussion (Johnson & Nelson, 2008). I en annan studie, av Thorns & Ellershaw, (1999), fick läkare och legitimerade sjuksköterskor frågan om hur många patienter de diskuterat HLR med på avdelningen, varpå 86 % svarade ingen.

I Johnson & Nelson, (2008) studie framgick även, att tidpunkten för informationen var essentiell, samt att informationen borde vara individanpassad.

Involvering av patienten och andra

I frågan gällande vem som skulle involveras i diskussionen kring HLR, svarade 23.2 % av studiedeltagarna enbart dem själva och 34.1 % önskade ett samarbete mellan dem själva, deras anhöriga och läkare (Heyland et al, 2006). Den policy som finns på sjukhus i Storbritannien (riktlinjer utformade av BMA och RCN), vilken menar att beslut om HLR ska involvera patient och/eller anhöriga, efterföljs inte av läkare (Costello, 2002).

Studieresultat från ett hospice i Storbritannien visar, att 73 % av personalen vilken bestod av sjuksköterskor och övrig vårdpersonal, ansåg att patienterna och dess anhöriga skulle involveras i diskussionen om HLR (Costello & Horne, 2003).

En studie av Lopez (2009) visade på att beslut, angående de boendes HLR- status, ofta fattades utan att diskutera detta med de boende själva. Studien visade även, att de patienter på vårdboendet som inte hade ej-HLR status, fick bättre omvårdnad vid akuta tillstånd än de med ej-HLR status.

Anhöriga

I de fall patienten inte var kapabel att på egen hand delta i beslutsprocessen kring HLR, ville 51.9 % av de anhöriga att de själva, andra anhöriga samt läkaren var de som skulle involveras (Heyland et al, 2006). En studie utförd i Sverige visar, att 97 % av respondenterna, vilka var svenska kardiologsjuksköterskor och kardiologer, till viss del skulle involvera anhöriga. Respondenterna skulle delge anhöriga information om patientens ej-HLR status, i de fall patienten var oförmögen att själv vara delaktig. 61 % angav att de skulle avvakta med att delge anhöriga till en oinformerad, men kompetent, patient till dess att patienten själv hade informerats om sin status, medan 22 % svarade att de inte hade väntat (Löfmark & Nilstun, 1998). I de fall anhöriga deltar i beslutsprocessen, ansåg patienten själv att sannolikheten var större för att deras egen vilja efterföljs (Vandrevala et al, 2006).

Män och kvinnors åsikter, rörande vem som ska delta i beslutsprocessen kring HLR i livets slutskede, kan skilja sig åt. Män ansåg i större utsträckning att återupplivning är ett medicinskt beslut, som ska involvera endast läkare, medan det visade sig att det var vanligare att kvinnor ville involvera anhöriga i beslutsprocessen. Studiedeltagarna ansåg att det var läkarna som var mest lämpade för att göra en professionell bedömning av lämpligheten med att utföra HLR, men de ansågs samtidigt vara alltför benägna att återuppliva (Vandrevala et al, 2006).

Många respondenter i Löfmark & Nilstun (1998) studie uppmärksammade betydelsen av på vilket sätt anhöriga informerades och att det är nödvändigt att de har fått adekvat information, så att de på ett värdigt sätt kan delta vid patientens bortgång.

Sjuksköterskan

Sjuksköterskor ansågs vara den yrkesgrupp som hade mest kontakt med obotligt sjuka patienter, trots detta fattade läkare ofta beslut rörande HLR på egen hand utan att konsultera sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna önskade själva bli involverade i beslutsprocessen (Costello, 2002).

Resultatet från De Gendt et al (2007) studie visar att beslut som fattats gällande patienters HLR-status inte alltid efterföljs. På de patienter med ej-HLR status utfördes HLR aldrig i 54.3% av fallen och sällan i 39.5% av fallen. På de patienter utan ej-HLR status utfördes HLR alltid i 34.6% av fallen och ofta i 43.2% av fallen.

I en annan studie ansåg sjuksköterskorna, att det borde vara mer konsulterande med flera olika parter, däribland anhöriga, vid beslutsfattande gällande ej-HLR. Samtliga sjuksköterskor i denna studie ansåg att patienterna skulle ges möjlighet att diskutera HLR med sjukvårdspersonalen (McLennan et al, 2010).

Costello & Horne (2003) visar att 68 % av sjuksköterskorna och övrig vårdpersonal på hospice ansåg, att HLR skulle leda till en onaturlig död och ett förlängt lidande för den redan svårt sjuka patienten. En naturlig död definierades som; att tyst försvinna iväg från denna värld, med respekt och utan lidande. Majoriteten (82 %) av personalen, ansåg att HLR inte hade på hospice att göra, med undantag för ”unga” patienter som får aktiv behandling.

Sjuksköterskor som arbetar på vårdboenden, får indirekt rollen som beslutsfattare gällande de boendes HLR- status, då läkare förlitar sig på deras bedömning av de boendes tillstånd (Lopez, 2009).

Livskvalitet

Inställningen kring beslut om HLR kan påverkas av patientens livskvalitet (Costello & Horne, 2003). Många av patienterna uttryckte att de inte skulle vilja bli återupplivade om deras livskvalitet var låg (Johnson & Nelson , 2008). Att få kunskap om förväntad livskvalitet post-HLR är av stor vikt för patienter och anhöriga vid diskussion kring HLR (Heyland et al, 2006). Livskvaliteten var en av de viktigaste faktorerna vid avgörande om HLR (Thorns & Ellershaw, 1999). Återupplivning skall endast utföras om patienter upplever att de har en acceptabel livskvalitet pre-HLR eller om utfallet av HLR kan förväntas ge patienterna acceptabel livskvalitet (Costello & Horne, 2003; Vandrevalla et al, 2006).

Enligt de sjuksköterskor som deltog i en studie av Costello & Horne (2003), borde inte HLR utföras på obotligt sjuka patienter på hospice. De uppmärksammade många praktiska och moraliska svårigheter som kan uppstå efter en lyckad återupplivning, för att kunna säkerställa patienternas framtida livskvalitet. I McLennans et al (2010) studie identifierade sjuksköterskorna tre negativa effekter gällande utförandet av HLR i lönlösa situationer; ovärdig död, förlust av moral bland personalen, samt trauma för både personal och anhöriga. Hur acceptabel

livskvalitet definieras är individuellt och är därför svårt för andra att avgöra. Unga individers livskvalitet var väsentligen högre värderad än äldre individers (Vandrevala et al, 2006).

I studien av McLennan et al (2010) framkom tre olika åsikter gällande vem som sjuksköterskor ansåg skulle avgöra om en patient har acceptabel livskvalitet eller inte. Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att patienterna själva, om de var kapabla till att delta, anhöriga samt läkare och sjuksköterskor skulle involveras i avgörandet. Några sjuksköterskor ansåg att patienterna själva skulle avgöra, men i de fall de ej var kapabla skulle anhöriga avgöra i deras ställe. Ett fåtal sjuksköterskor ansåg, att i de fall patienterna ej var kapabla, skulle läkaren avgöra.

DISKUSSION

Nedan följer litteraturstudiens metod- och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Inför litteraturstudien valdes ett systematiskt tillvägagångssätt med vägledning av Willman & Stoltz (2002). Utformningen av litteraturstudien utgår från Willman & Stoltz (2002) sju steg, vilka gav studien ett tydligt ramverk. Studien har genomförts med en kvalitativ ansats. Studiens fokus har varit att sammanställa artiklar rörande inställningen till några frågor kring HLR/ej-HLR vid vård i livets slutskede.

Litteraturstudiens syfte besvarades med 8 kvalitativa artiklar samt 2 kvantitativa artiklar. Kvalitativa artiklar var mer önskvärdt då de ansågs ge en djupare förståelse för litteraturstudiens syfte.

Av Willman & Stoltz (2002) sju steg, genomfördes endast sex i denna litteraturstudie. Det sjunde steget, *Formulera rekommendationer baserade på bevisen*, utelämnades. För att kunna formulera rekommendationer krävs det att studieresultatet är generaliserbart, flera av för litteraturstudiens valda artiklar, har få deltagare vilket påverkar generaliserbarheten negativt. Bristen på relevanta nordiska studier ledde till att majoriteten av de inkluderade artiklarna var från länder utanför Norden, något som påverkar den relevans de kan tänkas ha för nordisk hälso- och sjukvård (a a). Litteraturstudiens begränsade storlek, på 10 inkluderade artiklar, anses i detta fall inte erbjuda en tillfredsställande mängd evidens för att kunna formulera rekommendationer.

För att finna studier som svarar mot litteraturstudiens syfte samt frågeställningar söktes artiklar i databaserna PubMed och CINAHL. PubMed är den största sökmotorn i databasen Medline och innehåller ett stort antal vetenskapliga artiklar inom området medicin. CINAHL the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature är en databas som fokuserar mer på omvårdnadsvetenskapliga artiklar. Google är en allmän sökmotor som användes i sökandet efter vetenskaplig litteratur.

Sökorden fastställdes under arbetets gång. Den primära söktermen var CPR, vilken gav ett alltför stort antal träffar i både PubMed och CINAHL. Via intressanta artiklars nyckelbegrepp erhöles litteraturstudiens slutliga söktermer. Sökningar utfördes även i databaserna PsychInfo och Cochrane Library, men ingen av dessa sökningar resulterade i användbara artiklar. En källa till bias kan vara att valda söktermer var felaktiga, kombinerades fel eller var för få. Både ämnesord uppsökta i databasernas uppslagsverk, s.k. thesaurus, samt fritexttermer användes för att få en utökad sökning och därmed minimera risken att gå miste om intressanta artiklar.

Initialt begränsades sökningarna till artiklar publicerade senare än tio år tillbaka i tiden, men då äldre relevanta artiklar hittades togs begränsningen bort.

De artiklar som slutligen valdes ut för att ingå i litteraturstudien var de som, förutom att de överensstämde med inklusion- och exklusionskriterierna även inkluderade verksamma sjuksköterskor, patienter som vårdas i livets slutskede samt deras anhöriga.

Artiklar som behandlade diskussioner om skillnader på grund av etnicitet och religion exkluderades, då de ansågs tillföra ytterligare en dimension till litteraturstudien. De artiklar som använts härstammar från Sverige, Storbritannien, USA, Canada, Nya Zeeland samt Belgien. Endast artiklar på svenska och engelska inkluderades i studien, vilket kan ha medfört att vissa relevanta artiklar förbisets. Risken ansågs liten, då majoriteten av vetenskapliga artiklar publiceras på engelska.

Ekonomisk begränsning gjordes redan från början, vilket är en svaghet i litteraturstudien. Artiklar som inte kunnat erhållas i full text utan betalning har exkluderats.

Artiklar som efter granskning ansågs vara för komplicerade och svårtolkade sorterades bort. Brist på kunskap om vissa metoddesigner var en svaghet vid kvalitetsbedömningen av artiklarna och kan ha medfört att kvalitetsgraden har missbedömts.

Tidsaspekten är ytterligare något som har inverkat på resultatet av studien. Sökningar och antalet granskade artiklar fick begränsas, vilket innebär att det finns en risk att relevanta artiklar missats. Studiens omfattning och djup har påverkats av tidsaspekten, likaså inhämtande av djupare kunskap gällande de olika metoddesignerna som har använts i de inkluderade artiklarna.

En styrka i litteraturstudien är att de inkluderade artiklarna kvalitetsgranskades av två, oberoende av varandra, granskare, vilket stärker bedömningens trovärdighet (Willman & Stoltz, 2002).

Vissa av de inkluderade artiklarnas syfte (Lopez, 2009; De Gendt et al, 2007; Costello & Horne, 2003) överensstämde ej helt med litteraturstudiens syfte, men då vissa delar ansågs innehålla relevant material inkluderades de.

För att kvalitetsbedöma de olika artiklarna gjordes en modifiering av de granskningsprotokoll som finns presenterade i (Willman & Stoltz, 2002). De frågor som ansågs irrelevanta för litteraturstudien togs bort. Efter att artiklarna poängsatts och summerats, räknades svaren om i procent, vilket underlättade jämförelsen av de olika artiklarnas styrka. Artiklarnas procentsats omvandlades sedan till grader. De artiklar som inkluderades i litteraturstudien var enbart de som erhöll grad I och grad II, då artiklar som bedömdes som grad III inte ansågs vara tillräckligt vetenskapliga.

Resultatdiskussion

Nedan följer en diskussion gällande de fynd som framkommit i de inkluderade artiklarnas resultat. Fynden korreleras med annan relevant litteratur.

Information i livets slutskede

För att patientens autonomi ska kunna tillgodoses, ska patienten informeras om sin sjukdom samt de behandlingar som kan tänkas bli aktuella (Eckerdal et al, 2007). Detta överensstämmer med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2008), vilka säger att en viktig del av sjuksköterskans arbetsuppgifter är att uppmärksamma de patienter som inte själva har förmågan att uttrycka sitt behov av information. Den informationen som rör given behandling, ska ges på ett lättbegripligt sätt. Detta är i enlighet med Beck - Friis & Strang (1995) som menar, att kvaliteten på den information patienten mottar är betydelsefull och kan påverka dennes livskvalitet.

Information om HLR i livets slutskede, bör anpassas efter varje enskild individs behov och ges vid rätt tillfälle (Johnson & Nelson, 2008). Att varje patient har sina individuella behov, är något all vårdpersonal måste vara klar över (Hautau et al, 2006). Patienter har bristande kunskap om innebörden av HLR. I studien av Heyland et al (2006) framkom det att endast 3 % av deltagande patienter hade korrekt kunskap. Samma studie visade även, att det är lika stor andel av patienterna som önskar att få information om HLR då de befinner sig i livets slutskede, som patienter vilka inte önskar erhålla någon information alls gällande HLR.

Patienter som önskar erhålla information om tillvägagångssätt vid utförandet av HLR, eventuella risker samt överlevnadsprognos, ska ges möjlighet till detta. Betoning ligger på att framföra informationen på ett taktfullt sätt, samt att den som har givit informationen försäkras om att patientens uppfattning är korrekt (Ågård et al, 2008). Johnson & Nelson (2008) studie, visar att patienter som gavs realistisk information om HLR med hjälp av en broschyr, ställde sig positiva till detta. Vissa av deltagarna poängterade dock att informationsbroschyren borde följas upp av en muntlig diskussion. Enligt Beck - Friis & Strang (1995) bör information till patienten ges spontant, då det visar på respekt för patientens självbestämmande. Det är viktigt att informationen är uppriktig och ärlig, samt att inget undanhålls patienten, i annat fall kan tilliten till vårdpersonalen ta skada. I de fall patienten mottar svåra besked, kan tillitsbristen medföra att patienten lämnas utan stöd gällande just det som han/hon har behov av att samtala om. Thorns & Ellershaw (1999) visar dock i sin studie, att sjuksköterskor och läkare i de flesta fall avstår helt från att diskutera HLR med patienter ineliggande på avdelning.

Involvering av patienten och andra

Patienter ska så långt det är möjligt involveras i sin egen vård. En människa som är sjuk eller beroende av andras hjälp, behöver nödvändigtvis inte sakna förmågan att själv delta i beslut rörande sin egen vård (Socialstyrelsen, 1992). Studieresultat från ett hospice i England visar att majoriteten av respondenterna, vilka bestod av sjuksköterskor och övrig vårdpersonal, ansåg att patienter och deras anhöriga borde involveras i diskussionen kring HLR (Costello & Horne, 2003). I en studie gjord av Heyland et al (2006) framgick det, att det fanns stora individuella skillnader gällande patienternas preferenser om vilka som skulle involveras i diskussionen kring HLR. 23.2 % av patienterna svarade att det var endast dem själva som skulle involveras, medan 34.1 % önskade att involvera även deras anhöriga och läkare i diskussionen.

Läkaren anses vara den som är mest lämpad i bedömningen av huruvida HLR ska utföras eller inte. Samtidigt anses läkare vara alltför benägna att återuppliva patienter vid hjärtstopp. Män och kvinnors åsikter, rörande vem som ska delta i beslutsprocessen kring HLR i livets slutskede, skiljer sig åt. Männerna anser i större utsträckning, att beslutet endast bör involvera läkaren, medan det är vanligare att kvinnor även vill involvera de anhöriga (Vandrevala et al, 2006).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall vården bygga på respekt för människans självbestämmande och integritet. Förhandsbeslut om HLR fattas trots detta allt som oftast utan att samtala med patienten kring dennes önskemål. Det finns då risk att HLR utförs mot patientens vilja (Mirza et al, 2005; Ågård et al, 2008). Costello (2002) visar i sin studie, att ingen av läkarna tog hänsyn till sjukhusets policy, vilken menar att beslut om HLR ska involvera patient och/eller anhöriga. Sjukhusets policy är i enlighet med de riktlinjer som The British Medical Association (BMA) och the Royal College of nursing (RCN) i Storbritannien tagit fram (Biegler, 2003). I en annan studie baserad på information från fyra vårdboenden i USA, framgår att de boendes HLR-status ofta fattas utan att de själva involverats i beslutsprocessen. Det visade sig även att patienterna med ej-HLR status i sin journal, fick sämre omvårdnad än de övriga, vid akuta tillstånd (Lopez, 2009).

Anhöriga

Stöd till en döende patient måste innefatta de anhöriga. Stödet behövs av två skäl; dels leder de till att det anhöriga får ork att ge mer stöd till den döende, dels leder det till mindre lidande hos de anhöriga och underlättar sorgarbetet (Beck - Friis & Strang, 1995).

I de fall patienters somatiska tillstånd omöjliggör deltagande i beslutsfattandet, skall anhörigas åsikter vägas in (Ågård et al, 2008). De anhöriga ska ges stöd och vägledning för att på ett optimalt sätt kunna känna delaktighet i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005). Det ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter att erbjuda vård även till anhöriga (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2008). Heyland et al (2006) presenterar i sin studie, att 51.9 % av de anhöriga ville, att de själva, andra anhöriga samt läkare skulle delta i beslutsprocessen kring HLR. Detta avsåg de fall då patienten själv saknade förmåga att delta. I Löfmark & Nilstun (1998) studie utförd i Sverige framgår det att studiedeltagarna, vilka var kardiologsjuksköterskor och kardiologer, till viss del skulle involvera anhöriga i beslutsprocessen. Majoriteten av deltagarna var kardiologsjuksköterskor och det fanns ingen signifikant skillnad på vad de ansåg jämfört med vad kardiologerna ansåg.

I de fall patienten saknade förmåga att själv delta, skulle anhöriga delges patientens ej-HLR status. Studieresultatet från Vandrevala et al (2006) visar på, att patienterna anser att sannolikheten är större att deras egen vilja efterföljs om deras anhöriga deltar i beslutsprocessen.

Sjuksköterskan

Costello(2002) visade i sin studie, att sjuksköterskor var den yrkesgrupp som hade mest kontakt med patienterna. Trots det fattar läkare ofta HLR-beslut på egen hand, utan att involvera sjuksköterskor. Sjuksköterskorna själva önskade dock bli

involverade i beslutsprocessen (a a). Beslut om ej-HLR bör göras i förväg och sjuksköterskor bör bli involverade i ett tidigt skede (De Gendt et al, 2007). I en annan studie ansåg samtliga sjuksköterskor att patienter skulle ges möjlighet att diskutera HLR med sjukvårdspersonalen, samt att flera parter skulle involveras i beslutsprocessen (McLennan et al, 2010).

De patienter som befinner sig i livets slutskede, bör enligt majoriteten av sjuksköterskorna, inte utsättas för HLR vid hjärtstopp. Undantag skulle ske i de fall patienten är ung och genomgår aktiv behandling. Sjuksköterskorna i studien ansåg, att återupplivning av redan svårt sjuka patienter, skulle leda till en ovärdig död och förlängt lidande (Costello & Horne, 2003).

Livskvalitet

Återupplivning av patienter ska endast ske om de själva anser sig ha en acceptabel livskvalitet, samt om utfallet av HLR kan förväntas ge patienterna en acceptabel livskvalitet (Costello & Horne, 2003; Vandrevalla et al, 2006). Det finns risk att patientens livskvalitet påverkas negativt efter återupplivning till följd av irreversibla hjärnskador (Ågård et al, 2008), vilket även framgår av Dinis (1994) studie. Enligt de sjuksköterskor som deltog i studien av Costello & Horne (2003) borde inte HLR utföras på obotligt sjuka patienter på hospice. Ett omotiverat återupplivningsförsök kan inkräkta på patientens rätt till en värdig död (Ågård et al, 2008). De uppmärksammade flera praktiska och moraliska svårigheter som kan uppstå post-HLR, för att kunna säkerställa patienternas framtida livskvalitet (Costello & Horne, 2003).

Livskvaliteten var en av de viktigaste faktorerna vid avgörande om HLR (Thorns & Ellershaw, 1999), vilket stämmer överens med studieresultat från Costello & Horne (2003) samt Vandrevalla et al (2006). Många av patienterna uttryckte att de inte skulle vilja bli återupplivade om deras livskvalitet var låg (Johnson & Nelson, 2008). I en studie gjord av McLennans et al (2010) framkom olika åsikter gällande vem som skulle bestämma om patientens livskvalitet var acceptabel. Enligt deltagarna i studien av Vandrevalla et al (2006) är det enbart den berörda patienten själv som kan avgöra om dennes livskvalitet är acceptabel. De ansåg även att livskvalitet var väsentligen högre värderad för yngre individer än för de som är äldre. Att behandla patienter olika på grund av ålder strider mot rättvisepincipen (Socialstyrelsen, 1992).

SLUTSATSER

Arbetet med denna litteraturstudie har lett fram till slutsatsen, att information kring HLR vid vård i livets slutskede bör ges utifrån patienternas individuella preferenser. Informationsbehovet är olika stort för olika patienter och en viktig uppgift för sjuksköterskan är därför att vara uppmärksam på vilka värderingar och behov patienterna och deras anhöriga har. Patientens livskvalitet är en viktig faktor vid bedömning av HLR-status, men det är patientens egen upplevelse av livskvalitet som borde avgöra. Läkarna är de som fattar beslut gällande patienters HLR-status, men det är sjuksköterskorna som tillbringar mest tid med obotligt sjuka patienter. Sjuksköterskor borde därför alltid involveras i beslutsprocessen kring HLR.

Avslutningsvis är förhoppningen, att denna litteraturstudie ska visa vikten av att sjuksköterskor får utbildning i hur de på bästa möjliga vis kan ge patienter, som vårdas i livets slutskede, individanpassad information angående HLR.

REFERENSER

- Beck - Friis, B & Strang, P (1995) Palliativ medicin. Stockholm: Liber AB, kap. 1: 18-33.
- Berlin, J & Sandberg, H (2009) *Team i vård, behandling och omsorg*. Lund: Studentlitteratur AB, s 38-42.
- Biegler, P (2003) Should patient be required to write a do not resuscitate order? *J Med Ethics*, 29:359-363.
- Costello, J (2002) Do Not Resuscitate orders and older patients: findings from an ethnographic study of hospital wards for older people. *Journal of advanced nursing*, 39(5):491-499.
- Costello, J & Horne, M (2003) Nurses and health support workers' views on cardiopulmonary resuscitation in a hospice setting. *International journal of palliative nursing*, 9(4):157-165.
- De Gendt, C, et al (2007) Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4):404-409.
- Dinis, RM (1994) Quality of Life After Cardiopulmonary Resuscitation. *American College of Chest Physicians*, 106 (2):524-530.
- Eckerdal, G, et al (2007) *Respektera patientens rätt avstå från livsuppehållande behandling. Nya riktlinjer från Svenska Läkaresällskapetets delegation för medicinsk etik*. Läkartidningen 41:104, s 2969.
- Hautau, AB et al (2006) *VILA-Vård i livets slutskede*.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Vårdprogram Mölndal, s 7.
- Hellström, L (2005) *Anvisningar för skrivande studenter. Handfast handledning för studenter som skriver rapporter och examensarbeten*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle.
- HLR- rådet (2009) Sjuksköterskors upplevelser kring 0- HLR.
><http://www.hlr.nu/index.php?q=node/180>< Hämtad 2010-11-18.
- Heyland, DK, et al (2006) Understanding cardiopulmonary resuscitation decision making: perspectives of seriously ill hospitalized patients and family members. *Chest*, 130(2):419-428.
- Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.
- ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor (2008).

- Johnson, HM & Nelson, A (2008) The acceptability of an information leaflet explaining cardiopulmonary resuscitation policy in the hospice setting: a qualitative study exploring patients' views. *Palliative Medicine*, 22(5):647.
- Karolinska Institutet (2008).
><http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=2633&a=6235&l=sv>< Hämtad 2010-11-30
- Lopez, RP (2009) Decision-making for acutely ill nursing home residents: nurses in the middle. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5):1001-1009.
- Löfmark, R & Nilstun, T (1998) Informing patients and relatives about do-not-resuscitate decisions. Attitudes of cardiologists and nurses in Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 243:191-195.
- McLennan, S, et al (2010) Nurses share their views on end-of-life issues. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 16(4):12-14.
- Mirza, A, et al (2005) Cardiopulmonary resuscitation is not addressed in admitting records for the majority of patients who undergo CPR in the hospital. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 22(1):20-25.
- Nationalencyklopedin; hjärt-lungräddning.
><http://www.ne.se/lang/hjart-lungraddning>< Hämtad 2010-09-16.
- Patientdatalagen, 2008:355.
- Patientjournalagen (1985:562).
- Perron, N, J et al (2002) Quality of life of Do-Not-Resuscitate (DNR) patients: how good are physicians in assessing DNR patients' quality of life? *Swiss Med Wkly*, 132(39-40):562-565.
- Polit, D & Beck, C (2006) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, s 139.
- Socialstyrelsen (1992) *Allmänna råd för livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*, (1992-70-2).
- Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*, (2005-105-1).

- Thorns, AR & Ellershaw, JE (1999) A survey of nursing and medical staff views on the use of cardiopulmonary resuscitation in the hospice. *Palliative Medicine*, 13(3):225.
- Vandrevala, T, et al (2006) Dilemmas in decision-making about resuscitation - a focus group study of older people. *Social Science & Medicine*, 62(7):1579-1593.
- Willman, A & stoltz, P (2002) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB, s 51, 120-123.
- Ying, YC et al (2009) Factors associated with lower quality of life among patients receiving palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9):1860-1871.
- Ågård, A, et al (2008) *Medicinsk-etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning*. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, s 3-9.

BILAGOR

Bilaga 1: Granskningsprotokoll kvalitativ metod

Bilaga 2: Granskningsprotokoll kvantitativ metod

Bilaga 3: Artikelmatris

Bilaga 1: Protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod enligt Willman & Stoltz (2006), modifierat av författarna.

Författare/år:

Titel:

Studiens syfte:

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant? Ja Nej Vet ej

– Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

– Råder datamättnad? Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till
en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Är beskrivning av fenomen/analys adekvat? Ja Nej

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Grad I

Grad II

Grad III

Kommentar:

.....
.....

Bilaga 2: Protokoll för kvalitetsbedömning av kvantitativa studier

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod enligt Willman & Stoltz (2006), modifierat av författarna.

Författare/år:

Titel:

Forskningsmetod:

Studiens syfte:

Kriterier för exkludering

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| – adekvata exklusioner | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| – Urvalsförfarandet beskrivet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| – Representativt urval? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Bortfall

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| – Bortfallsanalysen beskriven? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| – Bortfallsstorleken angiven? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| – Etiskt resonemang? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Hur tillförlitligt är resultatet?

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| – Är instrumenten valida? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| – Är instrumenten reliabla? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| – Är resultatet generaliserbart? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Huvudfynd

Hur stor var effekten? Hur beräknades effekten?.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Grad I Grad II Grad III

Kommentar:
.....
.....

Bilaga 3: Artikelmatris

Författare/År/Land/Titel	Syfte	Metod/Studiepopulation	Resultat	Typ/Kvalitet/ Kommentar
Costello, J/2002/UK/” Do Not Resuscitate orders and older patients: findings from an ethnographic study of hospital wards for older people”.	Att undersöka på vilket sätt äldre patienter tillhandahöll vård i livets slutskede.	<p>Design: etnografisk, observation och semistrukturerade intervjuer.</p> <p>56 patienter från tre avdelningar inkluderades i studien, alla med olika medicinska sjukdomstillstånd. Alla patienter hade ≥ 22 dygns sjukhusvistelse. Medelåldern var 76 år (65-92).</p> <p>Formella och informella intervjuer utfördes med: 28 legitimerade sjuksköterskor, 5 från den medicinska personalen. Alla respondenterna ombads att ge sin syn på användandet av ej-HLR order. De formella (semi-strukturerade) intervjuerna genomfördes utanför sjukhuset och bandades. De informella intervjuerna var de samtal som ägde rum under observation på sjukhuset, vilket var det enda tillvägagångssätt som användes i samtal med patienterna. 160 timmars observation under en period på 9 månader genomfördes. För dataanalys användes etnografisk innehållsanalys.</p>	<p>Under den period som de 56 deltagande patienterna vistats på sjukhuset (≥ 22 dygn) hade 41 patienter fått ej-HLR antecknat i sina journaler. Ingen av dessa patienter hade informerats om deras ej-HLR status eller involverats i beslutsprocessen, trots sjukhusets HLR policy.</p> <p>Genom analysen framkom två huvudteman gällande beslutsprocessen kring HLR samt utdelandet av ej-HLR status: (1) Ej-HLR order och icke-användandet av HLR kan ses som en form av medicinsk välgörenhet, till följd av den paternalistiska attityden hos läkare. (2) Det var en klar indikation på att icke-användandet av HLR för vissa patienter samt utdelandet av ej-HLR status var en socialt konstruerad process, i stort baserad på läkares och sjuksköterskors försök att förbättra patientens livskvalitet och för att minska ångest.</p>	<p>Kvalitativ/Grad II (71 %)/Tydligt definierat syfte. Studiens urvalsförfarande beskrivs oklart, förvirring uppstår gällande vilka som ingår i studiepopulationen. Studiens begränsningar beskrivs tydligt. Etiskt godkännande finns, men inget etiskt godkännande finns för att intervjua patienterna.</p>

Författare/År/Land/Titel	Syfte	Metod/Studiepopulation	Resultat	Typ/Kvalitet/ Kommentar
<p>Costello, J & Horne, M/2003/England/”Nurses and health support workers’ views on cardiopulmonary resuscitation in a hospice setting”.</p>	<p>Att undersöka personalens respons på införandet av en HLR-policy på hospicet.</p>	<p>Artikeln bygger på delar ur ett större etnografiskt projekt som genomfördes på ett hospice i nordvästra England. Projektet utfördes efter att British Medical Association/Royal College of Nursing och Resuscitation Council UK, publicerat guidelines med uppmaning till alla kliniker som kunde ställas inför beslutet att utföra HLR eller inte. Dessa skulle utveckla lokal policy kring HLR.</p> <p>Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Respondenterna bestod av 12 registrerade sjuksköterskor samt 10 hälsovårds arbetare. Intervjuerna hölls utanför sjukhuset och varade i 30 minuter. Data analyserades i flera omgångar. De inspelade intervjuerna transkriberades sedan, för att forskaren skulle kunde urskilja olika teman. Dessa teman jämfördes sedan med forskarens fältdagbok samt intervjuanteckningar.</p>	<p>Tre huvudteman framkom efter dataanalysen; patienter skulle ges möjligheten att dö naturligt, HLR var moraliskt fel samt patienter och dess anhöriga skulle involveras i beslutet om HLR/ej- HLR. 68 % av respondenterna ansåg, att HLR, skulle generera i en onaturlig död och ett förlängt lidande för den redan svårt sjuka patienten. En naturlig död definierades som; att tyst försvinna iväg från denna värld, med respekt och utan lidande. Införandet av en HLR-policy, skulle innebära stora organisatoriska förändringar, samt motstånd från personalen. Majoriteten (82 %) av personalen, ansåg att HLR inte hade på hospice att göra. Majoriteten av patienterna på hospicet, hade irreversibel cancer. Respondenterna ansåg inte att dessa skulle ges aktiv behandling med HLR, eftersom det var osannolikt att de därefter skulle erhålla en god livskvalitet. 59 % av respondenterna ansåg att det inte fanns tillräcklig utrustning och möjlighet att ta hand om de patienter som överlevde efter utförd HLR. 73 % av respondenterna ansåg, att patienterna och dess anhöriga, skulle involveras i diskussionen om HLR, vilket är kärnan i den palliativa omvårdnaden.</p>	<p>Kvalitativ/Grad I (86 %)/ Syftet är svårfunnet. Intervjuerna hölls utanför arbetsplatsen vilket stärker resultatets tillförlitlighet. Begränsningarna är angivna. Etiskt granskad.</p>

Författare/År/Land/Titel	Syfte	Metod/Studiepopulation	Resultat	Typ/Kvalitet/ Kommentar
De Gendt, C et al/2007/Belgien/”Nurses’ involvement in do not resuscitate decisions on acute elder care wards”.	Att undersöka i vilken grad sjuksköterskor deltog i beslutsfattandet rörande ej-HLR på akuta äldreomsorgsavdelningar samt om de följer besluten vid ett plötsligt hjärtstopp.	Design: retrospektiv. Datainsamling genomfördes med strukturerade frågeformulär, som skickades till de 94 sjukhus i Flanders som hade en akut äldreomsorgsavdelning. På varje avdelning ombads den huvudansvarige sjuksköterskan att besvara frågeformuläret (n=94). För att minimera risken för bortfall baserades datainsamlingen på ”the Total Design Method”, vilket innebär att respondenterna påminns efter en vecka och sedan ytterligare en påminnelse efter två veckor.	Svarsfrekvensen var 86.2% = 81 sjuksköterskor returnerade besvarade frågeformulär. I 74.7% av det senaste fallet av beslutsfattande gällande ej-HLR hade minst en sjuksköterska varit delaktig. Frågan rörande om HLR utfördes vid plötsligt hjärtstopp på patienter med ej-HLR status samt på de patienter utan ej-HLR status hade 5 svarsalternativ; aldrig, sällan, ibland, ofta samt alltid. På de patienter med ej-HLR status utfördes HLR aldrig i 54.3% av fallen och sällan i 39.5% av fallen. På de patienter utan ej-HLR status utfördes HLR alltid i 34.6% av fallen och ofta i 43.2% av fallen. Konklusion: Sjuksköterskor har en viktig roll i alla beslut rörande patienter i livets slutskede. Beslut om ej-HLR bör göras i förväg och sjuksköterskor bör bli involverade i ett tidigt skede.	Kvalitativ/Grad I (93 %)/Väl avgränsad problemformulering. Hög svarsfrekvens. Bortfallet ansågs inte påverka studiens resultat. Svagheter samt styrkor diskuteras. Etiskt godkännande finns.

Författare/År/ Land/Titel	Syfte	Metod/Studiepopulation	Resultat	Typ/Kvalitet/ Kommentar
<p>Heyland, DK et al/2006/Canada/ "Understanding cardiopulmonary resuscitation decision making: perspectives of seriously ill hospitalized patients and family members".</p>	<p>Primärt syfte: Att tillhandahålla omfattande beskrivningar av äldre patienters, som har långt framskriden medicinsk sjukdom eller cancer och som dör på sjukhuset, inställning i frågor gällande kommunikation och beslutsfattande relaterat till HLR-alternativ.</p> <p>Sekundärt syfte: Att undersöka om patienter med cancer och utan cancer hade olika perspektiv på beslutsfattande gällande HLR.</p>	<p>Design: tvärsnittsstudie.</p> <p>Face-to-face intervjuer med frågeformulär baserat på en modell, vilken beskriver de olika komponenterna vid beslutsfattande i medicinska möten. Svar på öppna frågor antecknades ordagrant.</p> <p>Studien utfördes på 5 akutvårdssjukhus (alla med 400-520 platser) i Canada. 447 patienter (78.6%) och 160 anhöriga (90.9%) deltog i studien, men ett bortfall på 6 patienter efter att intervjuerna påbörjats och 1 patient dog dagen innan intervjun.</p> <p>Inklusionskriterierna var: patienter >55 år och minst en av följande andra sjukdomar i en framskriden fas: 1. COPD 2. Kronisk hjärtsvikt 3. Cirros 4. Cancer 5. Förväntad vistelse på sjukhus >72 h. Dessa kriterier definierar en patientgrupp med 50% risk att dö inom 6 månader (sjukdomarna ska specificeras ytterligare för att överensstämna med definitionen).</p> <p>Patienter med kommunikationssvårigheter exkluderades.</p>	<p>45.6% av patienterna hade 0-HLR i journalen under sin sjukhusvistelse.</p> <p>Utbyte av information: < 3 % av alla patienter hade en korrekt kunskap om HLR-utfall. Majoriteten av patienterna (61.1%) hade övervägt vad de ville skulle göras om de drabbades av hjärtstopp, men mer än 1/3 (37 %) ville inte ha en diskussion kring HLR med sin läkare. 34.3% av patienterna hade talat med en läkare om HLR, och 46.4% hade diskuterat det med anhöriga.</p> <p>För patienter som kände att frågorna var relevanta för dem var sannolikheten, att de ville diskutera HLR med läkaren, fem gånger större. På frågan hur mycket information de skulle vilja ha för att kunna fatta ett beslut om HLR svarade 25.5% att de ville ha mycket information, men ett lika stort antal ville inte ha någon information alls. Patienter och anhöriga identifierade två områden där behovet av information var extremt viktigt: kunskap om förväntat sjukdomsförlopp samt kunskap om förväntad livskvalitet post-HLR.</p> <p>Övervägande: 23.2% av patienterna ville göra övervägandena själva, och 34.1% ville involvera även anhöriga och läkare. Om patienten inte själv kunde uttrycka sin vilja, så ansåg 51.9% av de anhöriga att övervägandet skulle göras av dem, andra anhöriga och läkaren.</p> <p>Beslutsfattande: 22.5% av patienterna ville besluta själva, 26.6% ville fatta beslutet i samråd med läkaren och 26.8% ville besluta själva, men ville veta läkarens åsikt.</p> <p>Det fanns ingen signifikant skillnad på patienter med cancer eller patienter utan cancer gällande preferenser i beslutsfattandet.</p>	<p>Kvantitativ/ Grad I (93 %)/ Stort urval, litet bortfall tydligt syfte, välskriven.</p> <p>Studien har fått etiskt godkännande.</p>

Författare/År/ Land/Titel	Syfte	Metod/Studiepopulation	Resultat	Typ/Kvalitet/ Kommentar
<p>Johnson, HM & Nelson, A /2008/Canada/ "The acceptability of an information leaflet explaining cardiopulmonary resuscitation policy in the hospice setting: a qualitative study exploring patients' views".</p>	<p>Att utvärdera acceptansen av en informationsbroschyr, vilken gav realistisk information om HLR.</p>	<p>En fenomenologisk tolkningsanalys så kallad; Interpretative phenomenological analysis (IPA) användes. IPA är en kvalitativ undersökningsmetod, med syftet att i detalj undersöka deltagarnas syn på ämnet, och vilken innebörd det har för dem. Metoden lämpar sig bra för små undersökningsgrupper. Studien utfördes av en läkare vars specialitet var palliativ omvårdnad. Studiedeltagarna var patienter med avancerad cancer, tillhörande den polikliniska verksamheten eller ineliggande. Vid ankomst fick patienterna var sin informationsbroschyr om HLR, men det gavs ingen rutinmässig muntlig information om HLR. De patienter som var allt för sjuka, inte fått sin diagnos, var förvirrade, inte talade engelska, eller de som redan var kända av forskaren sedan tidigare, exkluderades. 6 patienter inkluderades i studien och 6 exkluderades. Forskaren utförde semistrukturerade intervjuer med de inkluderade, med syftet att få en bild av vad de ansåg om broschyren. Intervjuerna bandades och transkriberades sedan.</p>	<p>Ingen av respondenterna blev upprörda av att läsa broschyren. 3 av patienterna ansåg att broschyren borde följas upp av en muntlig diskussion och 1 patient tyckte att en muntlig diskussion var skrämmande. Respondenterna ansåg att timingen hade stor betydelse, då HLR skulle diskuteras. Vid frågan om vem som skulle fatta beslut om HLR, ansåg 3 patienter att de själva ville bestämma, 2 ansåg att det var något doktorn skulle bestämma och 1 ville att familjen skulle fatta beslutet. Temat livskvalitet, berörde respondenterna mest. Flera av respondenterna ville inte bli hållna vid liv om deras livskvalitet inte var fullgod, eller om de blev en börda för familjen. Flera respondenter talade om den potentiella risk som HLR kunde medföra. Den huvudsakliga oron var att bli en börda för familjen till följd av HLR.</p> <p>I de fall där respondenterna hade accepterat sin irreversibla sjukdom, var diskussionen om HLR onödig. 2 patienter hade inte accepterat att deras tillstånd var irreversibelt. De hoppades fortfarande på behandlings resultat. De ansåg att deras livskvalitet var god trots symtom. Bägge respondenterna ville bli återupplivade vid ett hjärtstopp, och bägge kände, att den låga chansen att lyckas vid HLR, inte spelade någon roll för närvarande. De sista 2 respondenterna accepterade döden som sådan, men trodde inte att den skulle inträffa inom det snaraste, därför var inte HLR beslut något de prioriterade. Möjligheten att försiktigt diskutera HLR med dessa patienter, vore av stor vikt.</p>	<p>Kvalitativ/ Grad I (93 %)/ Syftet är tydligt och klart. Litet urval, men analysmetoden (IPA) som används, är en bra metod för små urval. Deltagarnas åsikter stärktes genom citat. Studiens begränsningar är tydligt beskrivna. Att det var läkaren på Hospice som utförde intervjuerna kan vara en källa till bias.</p> <p>Etiskt godkännande finns.</p>

Författare/År/Land/ Titel	Syfte	Metod/Studiepopulation	Resultat	Typ/Kvalitet/ Kommentar
Lopez, R.P/2009/USA/ ”Decision-making for acutely ill nursing home residents: nurses in the middle”.	Att undersöka och beskriva processen kring beslutsfattande som sjuksköterskor på vårdboenden måste genomgå då de boende blir akut sjuka och att därigenom utveckla en teori baserad på de involverade sjuksköterskornas erfarenheter.	Design: grounded theory, vilket innebär systematisk datainsamling, som sedan analyseras genom konstant jämförelse, för att på så vis utveckla en teori. Semi-strukturerade intervjuer kompletterades med observation och informella samtal (triangulering). Datainsamlingen på varje vårdboende pågick tills mättnad uppnåts. Studieresultatet redovisades sedan för personalen på de deltagande vårdboendena. 10 sjuksköterskor från 4 vårdboenden, i en amerikansk förort, valdes ut. Inklusionskriterierna var; minst 18 år, hantera engelska språket, villig att delta i studien samt att de hade erfarenhet av beslutsfattande för boende som haft någon form av förändring i sitt hälsotillstånd. Ålder på deltagarna var 28-50 år.	Det som sjuksköterskorna på vårdboendena upplevde som en problematisk situation, och som studien skulle belysa, var hur de skulle planera vården för att kunna bemöta akut sjuka boende. Sjuksköterskorna upplevde att de hamnade ”mitt i mellan” då de ville upprätta en vårdplan som var i linje med de boendes preferenser och behov, men som även skulle bli accepterade av de anhöriga och läkarna. Det som framkom i studien var en process, som fångade sjuksköterskornas ansträngningar för att ”tillfredsställa alla parter”. Processen hade fyra faser: bedöma allvarlighetsgraden, meddela anhöriga, känna in de anhörigas vilja och rollen som mellanhand. Studiens konklusion: Studien belyser delar av den kompetens som krävs av sjuksköterskor. Öppen och ärlig kommunikation är grunden, för att kunna ge bästa möjliga vård. Beslutsfattandet är inte i överrensstämmelse med de grundläggande principerna om informerat samtycke, självbestämmande och autonomi. För samstämmighet prioriterades anhöriga framför de boende.	Kvalitativ/Grad I (86 %)/Studiens trovärdighet stärks genom triangulering, forskaren stannade kvar tills mättnad uppnåts samt studiens resultat redovisades för berörd VB-personal. Studiens begränsningar är tydligt beskrivna. Etiskt godkännande finns.

Författare/År/Land/ Titel	Syfte	Metod/Studiepopulation	Resultat	Typ/Kvalitet/ Kommentar
Löfmark, R & Nilstun, T /1998/Sverige/”Infor- mation patients and relatives about do-not-resuscitate decisions. Attitudes of cardiologists and nurses in Sweden”.	Att undersöka attityden bland svenska läkare och sjuksköterskor gällande information som ges till patienter vid ett beslut om ej-HLR.	En pilotstudie gjordes först. Data samlades in med hjälp av ett frågeformulär som sändes till 104 slumpmässigt valda svenska kardiologer och 196 kardiologsjuksköterskor, tillhörande Svenska kardiologsällskapet. Totalt deltog 99 kardiologer och 189 kardiologsjuksköterskor. Svarsfrekvens 73 %.	De flesta svenska kardiologer samt kardiologsjuksköterskor ansåg, att patienter och anhöriga skulle bli informerade gällande patientens DNR- status om de frågade. 97 % svarade, att i de fall patienten inte var kapabel att motta information, skulle de anhöriga bli informerade om de frågade. 67 % ansåg att de anhöriga skulle bli informerade även om de inte frågade. De flesta respondenterna ansåg, att de patienter som var mentalt kompetenta, först och främst skulle bli informerade om deras DNR- status, och själva få besluta om informationen skulle föras vidare till de anhöriga. Sammantaget hade samtliga respondenter identiska åsikter gällande information till patienter och anhöriga vid beslut om ej-HLR.	Kvantitativ och randomiserad/Grad I (86 %)/Syftet är tydligt formulerat. Studiepopulationen är stor. Det framgår inte om studien fått ett etiskt godkännande. Studien är > tio år gammal, men då den återkommer i flera studier ansågs den relevant.

Författare/År/Land/ Titel	Syfte	Metod/Studiepopulation	Resultat	Typ/Kvalitet/ Kommentar
McLennan, S et al/2010/Nya Zeeland/"Nurses share their views on end-of-life issues".	Att undersöka hur sjuksköterskorna vid Dunedin Hospital, ser på sin roll då patienter i livets slutskede ska fatta livsavgörande beslut.	Design: nedsänkning/kristallisering. Data samlades in via semistrukturerade "face-to-face"- intervjuer med sjuksköterskor inom intensivvård (IVA) samt sjuksköterskor som arbetade med äldre personers hälsa. n= 16 Medelålder sjuksköterskor som arbetade med äldre personers hälsa: 41.2 (30-55) år. Medelålder sjuksköterskor inom intensivvård: 38.3 (28-58) år.	Samtliga sjuksköterskor som deltog i studien, ansåg att det var viktigt att diskutera frågor kring livets slutskede med sina patienter. Många betonade att det rätta tillfället var av stor vikt. I frågan om vem som skulle inbjuda till diskussion, skiljde sig de båda sjuksköterskegrupperna åt. Antingen enbart läkarna eller läkarna och sjuksköterskorna. Samtliga deltagare ansåg att patienterna skulle ges möjlighet att delta i diskussioner kring HLR, och samtidigt erhålla realistisk information kring vad HLR innebär. Sjuksköterskorna identifiera tre negativa effekter gällande utförandet av HLR i lönlösa situationer; ovärdig död/ förlust av moral bland personalen/ trauma för både personal och familj. Samtliga sjuksköterskor i studien var överens om att upphöra med behandling vid situationer där chansen att tillfriskna var minimal, med hänsyn till patientens rätt till en värdig död. De belyste vikten av att involvera familjen och föra diskussioner med dem kring deras anhörige. Olika åsikter framkom rörande vem som skulle bestämma om patientens livskvalitet var acceptabel. De flesta ansåg att det var en fråga som skulle diskuteras tillsammans med patienten, om denne var kapabel, dennes familj samt doktorer och sjuksköterskor.	Kvalitativ/Grad I (86 %)/Inget tydligt formulerat syfte. Urvalsförfarandet är inte tydligt beskrivet. Metod och resultat är tydligt. Etiskt godkännande finns.

Författare/År/Land/ Titel	Syfte	Metod/Studiepopulation	Resultat	Typ/Kvalitet/ Kommentar
Thorns, AR, Ellershaw, JE/1999/UK/"A survey of nursing and medical staff views on the use of cardiopulmonary resuscitation in the hospice".	Att titta närmare på hälso- och sjukvårdspersonalens förståelse, attityder och erfarenheter kring HLR, för att kunna utveckla en skriftlig policy gällande HLR- beslut.	Ett semistrukturerat frågeformulär sändes till samtliga registrerade sjuksköterskor samt läkare på en palliativ enhet med plats för 30 patienter. Av 46 sända frågeformulär fylldes 37 i och skickades tillbaks. Sex respondenter var läkare och de övriga 31 var sjuksköterskor. Svarsfrekvens 80 %. Fiktiva scenarion, relevanta för enheten, beskrevs i formuläret. Följande frågor ställdes: Tycker du att det är personalen som ska diskutera HLR med patienten? Tycker du att HLR ska påbörjas vid en oväntad försämring? Vilken skulle bli den ungefärliga överlevnadsfrekvensen efter HLR i detta kliniska scenario, om den utfördes på din enhet?	Ingen av respondenterna kunde minnas att de utfört HLR på den palliativa enheten. Fyra respondenter (11 %) kunde identifiera några patienter som tidigare vistats på enheten, där HLR skulle varit en möjlig åtgärd. Behovet av en policy kring HLR hade i dessa fall varit befogat. Vid förfrågan om hur många patienter respondenterna hade diskuterat HLR med svarade; 86 % inga, 14 % svarade väldigt få. Ytterligare 16 % gjorde kommentarer gällande huruvida diskussion om HLR skulle föras med patienten eller inte. 11 % var för en diskussion och 5 % var emot. Det framkom åtta faktorer, vilka respondenterna ansåg var viktiga, vid ett beslut om HLR/ej -HLR: Prognos, livskvalitet, patientens önskan, rättsliga aspekter, respondentens moraliska övertygelse, familjeomständigheter, ålder samt respondentens spirituella tro. 95 % av respondenterna var medvetna om att det inte fanns någon HLR policy på enheten. 57 % kände sig trygga med sina HLR kunskaper, men bara 14 % hade fått möjligheten att träna på HLR under det senaste året.	Kvantitativ/Grad II (71 %)/Tydlig problemformulering men vagt formulerat syfte. Analysarbetets beskrivning är otydlig. Resultatet är tydligt. Det framgår inte om studien fått ett etiskt godkännande.

Författare/År/Land/ Titel	Syfte	Metod/Studiepopulation	Resultat	Typ/Kvalitet/ Kommentar
Vandrevala, T m fl/2005/ UK/ “Dilemmas in decision- making about resuscitation—a focusgroup study of older people”.	Att undersöka hur äldre, friska personer ser på beslutsfattandet gällande deras vård i livets slutskede, särskilt deras inställning till HLR.	En semi-strukturerad fokus- gruppguide användes för att underlätta diskussionen. Diskussionerna bandades och transkriberades sedan ordagrant. Samma två handledare höll i alla gruppdiskussionerna. Urvalet gjordes via relevanta organisationer, där personer som uppfyllde inklusionskriterierna inbjöds till att delta. Dessa kriterier var: 65 år eller äldre, boende i kommunen, engelskspråkig samt ha mental förmåga att delta i en fokus- gruppdiskussion. Även de deltagare med en kronisk sjukdom, men inte hospitaliserade, inkluderades. 8 grupper (n=48), varje grupp hade 5-7 deltagare.	Genom en utredande analys kunde två övergripande huvudteman urskiljas: (A) det individuella perspektivet på livskvalitet samt (B) involverandet av andra i beslutsfattandet. Dessa huvudteman reflekterar i stort sett de dilemman som deltagarna associerade till återupplivningsbeslutet. Inom varje huvudtema identifierades flera återkommande, mer specifika teman: (A) medicinskt tillstånd, fysisk kontra psykisk skada, ålder och åldersdiskriminering samt vara en börda. Den allmänna uppfattningen var, att en god livskvalitet kvalificerar en person till återupplivning, men vad som definieras som god livskvalitet är individuellt. (B) involvera läkaren samt involvera anhöriga. Dilemmat var, riskera att förlora sin autonomitet kontra att förlita sig på andra.	Kvalitativ/Grad II (71 %)/Syftet är inte tydligt definierat. Analysförfarandet är tydligt beskrivet, likaså urvalsprocessen. Begränsningar finns angivna. Ingen etisk granskning går att finna.