

# ”HLR minus, med rett til å la dø”

---

*Et møte med sykepleiers erfaring og opplevelse av forhåndsvurdering av  
HLR minus (Hjerte- lungeredning minus)*



**Irene Aasmul**

**Masterprogram i helsefag, sykepleievitenskap  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Det medisinsk - odontologiske fakultet  
Universitetet i Bergen**

**Høst 2009**

## **Forord**

Idèen til dette prosjektet er vokst fram i takt med min utvikling som sykepleier. Jeg har i min praksis erfart utfordrende situasjoner når det gjelder forhåndsvurdering av HLR minus, og på bakgrunn av dette har det vært et ønske om større forståelse og økt kunnskap om denne delen av sykepleiepraksisen. Jeg har tidligere i utdanningen min skrevet et essay som omhandler dette tema, denne kunnskapen blir utdypet her.

### *TAKK!*

Jeg vil gjerne takke alle informantene som engasjert har delt sine historier og erfaringer. Dere har bidratt slik at det har vært mulig å gi et virkelighetsnært bilde av praksis, det har og skapt inspirasjon til arbeidet med studien.

Takk også til min veileder professor Kjell Kristoffersen for konstruktive og inspirerende tilbakemeldinger, dette har ført til nye og spennende ideer underveis i prosessen.

Takk til ledelsen ved Haukeland Universitetssykehus for at jeg fikk tillatelse til å gjennomføre studien, og til avdelingssykepleierne som hjalp til med rekruttering av informanter. At kandidatene fikk anledning til å bli intervjuet i arbeidstiden har vært en stor fordel, så takk til dere som var positiv og imøtekommende.

Tusen takk til familien min som har vist forståelse for at dette prosjektet har vært tidkrevende og har opptatt meg særs mye i en tid nå, det er derfor til stor glede når hjelpen med barnevakt og praktiske gjøremål er tilgjengelig. En spesiell takk til mine to barn Ole Martin og Maria, dere stimulerer lysten til å utforske livets mange sider. Sammen med dere oppdages stadig nye perspektiver, noe som skaper motivasjon og glede. Sist men ikke minst tusen takk til min kjære Bjarte for ditt engasjement. Din lingvistiske kunnskap og gode kritiske sans har skapt mange refleksjoner og begivenhetsrike diskusjoner.

Din støtte og tålmodighet har gjort dette arbeidet mulig.

Bergen, november 2009

Irene Aasmul

# INNHold

<b>KAPITTEL 1. INTRODUKSJON .....</b>	<b>7</b>
1.1. Presentasjon av studien.....	7
1.2 Bakgrunn.....	7
1.3 Problemstilling .....	8
1.4 Generelt om emnet:.....	9
1.5 Aktuelle lover:.....	10
1.6 Oppgavens innhold og oppbygging .....	12
1.7 Oppsummering .....	13
<b>KAPITTEL 2 TEORETISK FORSTÅELSE .....</b>	<b>14</b>
2.1 Innledning .....	14
2.2 Yrkesetiske retningslinjer.....	14
2.3 Etisk Teori.....	15
2.4 Moral og faglig skjønn .....	21
2.5 Pasientens lidelse.....	22
2.6 Oppsummering .....	24
<b>KAPITTEL 3. TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET .....</b>	<b>25</b>
3.1 Innledning .....	25
3.2 Rundskriv fra statens helsetilsyn 2002 .....	25
3.3 Selvbestemmelsesrettens betydning .....	26
3.4 Hvilken effekt har vedtak om HLR minus på behandling?.....	27
3.5 Etiske betraktninger.....	27
3.6 Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus .....	28
3.7 Oppsummering .....	29
<b>KAPITTEL 4. METODE.....</b>	<b>30</b>
4.1 Innledning .....	30
4.2 Vitenskapsteoretisk forankring.....	31
4.3 Det kvalitative forskningsintervju .....	32
4.4. Kritikken mot det kvalitative forskningsintervju.....	34
4.5. Egen rolle som forsker .....	36
4.6. Gjennomføringen av studien .....	37
4.6.1 Utvalg og utvalgsprosedyre.....	37
4.6.2 Datainnsamling.....	39
4.6.3 Transkribering.....	40
4.6.4 Etiske refleksjoner.....	40
4.7 Pålitelighet og validitet.....	41
4.8 Analyse av data.....	43

4.9 Oppsummering .....	45
<b>KAPITTEL 5. BESKRIVELSE AV FUNN .....</b>	<b>46</b>
5.1 Innledning .....	46
5.2 Plikt/ Lover .....	47
5.2 Kommunikasjon med lege/ helsepersonell .....	51
5.3 Kommunikasjon med pasient / pårørende .....	57
5.4 Oppsummering .....	62
<b>KAPITTEL 6 DRØFTING AV FUNN.....</b>	<b>66</b>
6.1 Innledning .....	66
6.2 Sykepleiernes opplevelse i lys av de fire prinsippers etikk .....	66
6.3 Å se opplevelsen til sykepleieren i lys av plikketikk og konsekvensetikk.....	72
6.4 Å se opplevelsen til sykepleieren i lys av nærhetsetikk (ikke prinsippbasert etikk) .....	76
6.5 Å se opplevelsen til sykepleieren i lys av moral og skjønn .....	78
6.6 Å se situasjonen slik sykepleieren erfarer i lys av «lidelse» i sykepleien...	81
<b>KAPITTEL 7 DISKUSJON, IMPLIKASJONER OG KONKLUSJON .....</b>	<b>85</b>
7.1 Innledning .....	85
7.2 Studiens funn relatert til tidligere relevant forskning .....	85
7.3 Metodens egnethet .....	92
7.4 Implikasjoner for praksis.....	94
7.5 Implikasjoner for videre forskning .....	98
7.6 Konklusjon.....	100
<b>REFERANSER:.....</b>	<b>103</b>
<b>VEDLEGG: .....</b>	<b>107</b>
1. Informasjonsskriv til avdelingssykepleierne ved de medisinske sengeposter	
2. Forespørsel /informasjonsskriv til deltakerne og samtykkeerklæring	
3. Intervjuguide	
4. Norsk samfunnsvitenskapelig datatilsyn	
5. Søknad / Tillatelse fra Haukeland Universitetssykehus	

**TITTEL:** ”HLR minus, med rett til å la dø”

*Et møte med sykepleiers erfaring og opplevelse av forhåndsvurdering av HLR minus (Hjerte- lungeredning minus)*

**FORFATTER:** Irene Aasmul

Masterprogram i helsefag. Studieretning sykepleievitenskap. **År:** 2009

### **SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** HLR minus betyr at hjerte- lungeredning ikke skal iverksettes ved akutt hjerte- eller respirasjonsstans. Ved et slikt vedtak må legen lage et journalnotat med HLR minus, med begrunnelse for beslutningen. Det er med årsak i at det stadig innlegges flere gamle mennesker i norske sykehus at dette har blitt et tema med høy aktualitet for praksis i helseforetak.

**Studiens hensikt:** Målet er å øke kunnskapen om sykepleiers opplevelse av å være i situasjoner hvor det ikke er tatt stilling til HLR minus, og hvor de selv mener at dette burde vært vurdert.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie, med bruk av dybdeintervju som metode. 7 sykepleiere er intervjuet med henblikk på deres opplevelse av å være i nevnte situasjoner. Dekontekstualisering og rekontekstualisering har vært en del av analysen av de transkriberte intervjuene. Sykepleiernes beskrivelser blir presentert i fortettet form. Sitater blir brukt for å eksemplifisere opplevelser. Valgte perspektiver for drøfting av sykepleiernes erfaringer er teori som omhandler etikk, moral, skjønn og lidelse.

**Funn:** Sykepleier ser det som sin plikt å starte gjenoppliving hvis ikke lege har fattet vedtak og skrevet notat om HLR minus. Kommunikasjon både med kolleger, pasient og pårørende innebærer mange utfordringer, og særlig utfordrende er det at dette er et tema som ofte ikke blir snakket om før pasientens tilstand er svært dårlig.

**Konklusjon:** Sykepleierne ser det som problematisk å skulle ha fastlagt prosedyre for hvordan en skal håndtere situasjoner hvor de mener det burde ha vært HLR minus, de savner et faglig forum i sitt arbeidsmiljø, for diskusjon og refleksjon rundt tema.

**Nøkkelord:** HLR minus, Hjerte- lungeredning minus, etisk utfordring, etiske retningslinjer, pliktetikk, sykepleier, lege, kommunikasjon, holdninger.

**TITLE:** "DNR order, a license to let die"

*On nurses' experiences and opinions of the pre-assessment of DNR order (Do not resuscitate order)*

**AUTHOR:** Irene Aasmul, Master's Program in Health Studies. Scientific nursing. **Year:** 2009

## **ABSTRACT**

**Background:** DNR order means that cardiopulmonary resuscitation should not be implemented in cases of acute cardiac or respiratory arrest. In a case like this a physician has to make a journal note with a DNR order, with justification for the decision. It is because of the increasing amount of old people hospitalized in Norway that this has been a topic of high relevance for practice in health institutions.

**The study purpose:** The goal is to increase understanding of nurses' experience of being in situations where DNR has not been ordered, and how they feel this should have been taken into consideration.

**Method:** This is a qualitative study, using the method of in-depth interviews. 7 nurses were interviewed with a view to their experience of being in the previously mentioned situation. Decontextualizing and recontextualizing has been part of the analysis of the transcribed interviews. Nurses' descriptions are presented in a condensed form. Quotations are used to illustrate the informants' experiences. Selected perspectives for discussion of nurses experience are theories concerning; ethics, professional discretion, morality, and suffering.

**Findings:** Nurses see it as their duty to initiate resuscitation unless a physician has made a decision and ordered DNR. Communication both with colleagues, patients and their families involves many challenges and especially challenging is that this is a topic that is rarely considered before the patient's condition is very poor.

**Conclusion:** The nurses find it problematic to relate to an established procedure for how to handle situations when they believe it should have been ordered DNR; they express the need for an academic forum in their working environment, for discussion and reflections on the theme.

**Keywords:** DNR order, Cardiopulmonary resuscitation, ethical challenges, duty ethics, nursing, physician, communication, attitudes.

# Kapittel 1. INTRODUKSJON

## 1.1. Presentasjon av studien

Andelen av eldre i befolkningen er sterkt økende. Det finnes effektive medisiner mot mange alvorlige sykdommer. Det vil med andre ord si at man kan gjøre mye i et sykehus medisinsk sett for å ”holde liv” i en pasient, og hvis døden inntreffer i form av hjerte- og respirasjonsstans, skal livredning iverksettes. Samtidig fastslår de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at sykepleier skal bidra til å lindre lidelse, og til at pasienten får en verdig avslutning på livet (NSF 2007).

Tema i studien omhandler sykepleiers opplevelse av ”forhåndsvurderinger ved hjerte- lungeredning minus” (HLR minus) i somatisk sykehus. Jeg vil i denne studien ha fokus på dette fenomenet, spesielt når gamle mennesker innlegges i sykehus. Hvordan en vil definere *gammel* vil nok variere, kanskje på grunnlag av sykdomshistorie og livshistorie. Verdens helseorganisasjon definerer en person som eldre når han er 65 år, og som gammel etter fylte 80 år. Bondevik (2009) viser aldringens mangfold, ved å presentere ulike definisjoner av begrepet. Det være seg kronologisk alder, kroppslig aldring, psykologisk alder (opplevd alder), sosial aldring, funksjonell alder. Jeg vil derfor ikke sette noe kronologisk aldersgrense som utgangspunkt i studien, men lar dette bli berørt i intervjuer med sykepleiere ved Haukeland universitets sykehus, dette vil bli presentert i kapittel 5.

## 1.2 Bakgrunn

Hjerte- lungeredning (HLR) ble introdusert i 1960 og fikk stor betydning ved behandling av hjerteinfarkt. På midten av 70-tallet begynte man i USA med ordinasjoner om at HLR ikke skulle utføres på visse pasienter. I løpet av 80 - tallet ble det fastlagt retningslinjer om at pasient og sykepleierpersonalet skulle involveres i beslutningen om å avstå fra HLR minus. Dette ble i første omgang begrunnet med pasientens selvbestemmelsesrett, mens andre hevdet at slik informasjon kunne skade pasienten psykologisk og dette burde derfor unnvikes, og da med grunnlag i «ikke skade prinsippet» (Löfmark 2001).

Etter 10 år som sykepleier i somatisk sykehus har jeg erfart praksissituasjoner som denne studien omhandler. Jeg har i møte med pasienter opplevd utfordrende situasjoner som har ledet til et ønske om fordypelse, for å oppnå økt forståelse av dette fenomenet som sykepleier møter i sin yrkesutøvelse. Det har i hele prosessen vært viktig å la informantene sine «stemmer» komme frem. Min yrkesbakgrunn har medvirket til å motivere for prosjektet, men samtidig har jeg under prosjektet tilstrebet å legge min forforståelse tilside i den grad det er mulig, og søkt informantens opplevelse.

### 1.3 Problemstilling

Dette er et tema som vi i liten grad kan finne noe fasitsvar på, og lese oss til i lærebøkene, dette gjør tema desto viktigere å forske på, slik at kunnskapen og forståelsen for disse opplevelsene blir større. Hensikten i denne studien er å øke kunnskapen om sykepleiers opplevelser når det gjelder forhåndsvurdering av hjerte- lungeredning minus. Det fokuserer på hva sykepleierne opplever som vanskelig, og hvorfor det oppleves som vanskelig, og hvordan de løser slike situasjoner. Det er sykepleierens opplevelse av praksis som er ønsket belyst. Med bakgrunn i dette ble følgende hovedproblemstilling formulert:

*«Hvordan opplever sykepleiere å være i situasjoner hvor forhåndsvurdering av hjerte- lungeredning minus (HLR minus) etter deres syn burde vært vurdert, når gamle mennesker innlegges i somatisk sykehus?»*

Følgende forskningsspørsmål har vært styrende for arbeidet:

Hvilke situasjoner oppleves som vanskelig?

Hva oppleves som utfordrende i disse situasjonene?

Hvordan håndterer sykepleieren disse situasjonene?

Hva kan gjøres annerledes?



## 1.4 Generelt om emnet:

Statens helsetilsyn sendte i 2002 ut et rundskriv til landets helseforetak / somatiske sykehus. Dette rundskrivet omhandler forhåndsvurdering ved unnlattelse av å gi hjerte- lungeredning og journalføring av disse.

Rundskrivet fastslår blant annet at forhåndsvurdering av HLR minus skal nedtegnes i journalen. Videre skal det journalføres at det er gitt informasjon til pasient og pårørende om hovedinnholdet i dette. Ethvert helsepersonell vil ha plikt til å vurdere situasjonen på ny dersom hjerte / respirasjonsstans oppstår. Dette må gjøres selv om nedtegnelser i journalen anbefaler at hjerte / lunge - redning ikke bør gjennomføres. At det er angitt i journalen, kan kun være en veiledning til helsepersonellet.

Helsetilsynet anbefaler at alle somatiske sykehus har skriftlige retningslinjer for bruken av forhåndsvurdering av pasienter hvor det kan være aktuelt å ikke iverksette hjerte- lungeredning.

Haukeland universitetssykehus har utarbeidet slike retningslinjer som er beskrevet i metodebok for akutt indremedisin (2007). Noen av disse retningslinjene berører det etiske aspektet som vil være i mange situasjoner hvor forhåndsvurdering av hjerte- lungeredning minus skal vurderes. Blant annet står det skrevet at HLR minus betyr at hjerte- lungeredning ikke iverksettes ved akutt hjerte- eller respirasjonsstans. Retningslinjene gjelder ikke andre livsforlengende behandlingstiltak (medikamenter, væske, ernæring eller respiratorbehandling), hensikten er å unngå en uverdigg død. HLR minus skal anføres i pasientens kurve med legens signatur og dato. Legen må også lage et journalnotat med HLR minus med begrunnelse for beslutningen og hvem som har vært med på denne vurderingen, på hvilken måte pasient og eventuelt pårørende er informert. Hvis informasjon ikke er gitt skal dette begrunnes.

## 1.5 Aktuelle lover:

I det følgende gis en presentasjon om lovgivning, som kan anses å være av betydning i situasjoner hvor forhåndsvurdering av HLR minus er en aktuell vurdering.

### **Pasientrettigheter:**

Lov om pasientrettigheter av 2. juli, nr.63,1999 (heretter kalt pasientrettighetsloven) kapitel 4 omhandler samtykke til helsehjelp, og her presenteres følgende:

#### § 4-1. Hovedregel om samtykke:

*«Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.*

*Pasient kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykke tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen gis.»*

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

*«En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ut av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasienten ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres.»*

Det påpekes at helsepersonell må forsikre seg om at pasienten er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelse (Syse 2008-2009).

### **Helsepersonell:**

Lov om helsepersonell av 2 juli 1999 nr. 64 (heretter kalt helsepersonelloven), kapittel 2 omhandler krav til helsepersonells yrkesutøvelse.

§ 4 i helsepersonelloven omfatter forsvarlighet. Her presenteres følgende utdrag:

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

*”Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. ”*

Det påpekes videre i denne loven at i samarbeid med annet helsepersonell skal legen ta beslutninger i henholdsvis medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

§ 7 i helsepersonelloven omhandler øyeblikkelig hjelp, og følgende står skrevet:

*”Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig, begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.”*

På tross av lover som er aktuell for sykepleier i sin praksis, oppleves etiske utfordringer i situasjoner hvor en skal / bør foreta forhåndsvurdering av HLR minus.

Jeg vil avslutningsvis i dette kapittelet nevne at det fra Helsedirektoratet i 2009 er kommet ut en Nasjonal veileder som omhandler beslutningsprosesser for bergrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Det er i denne veilederen flere faktorer som også kan være aktuell når det fattes

vedtak om HLR minus. Men eksplisitt nevnes hjerte- lungeredning kort i kapittel 8 pkt 8.3:

*Når det er enighet om at hjerte- lungeredning ikke skal iverksettes ved hjertestans bør dette journalføres. I tillegg kan det være hensiktsmessig å føre «HLR minus» på et lett synlig sted, for eksempel pasientkurven.*  
(ibid:34 )

## 1.6 Oppgavens innhold og oppbygging

I første kapittel presenteres studiens bakgrunn, problemstilling og aktuelle forskningsspørsmål som har vært styrende. Det er blitt belyst aktuelle retningslinjer og lover som kan ses som aktuelle for tema.

I andre kapittel presenteres noen av de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Teori som senere skal belyse studiens funn gis en presentasjon her. Sentralt er etisk teori. Faglig skjønn og moral blir sett i lys av Kari Martinsen og det gis rom for Katie Eriksson sin beskrivelse av ”lidelse” som en møter i sykepleien.

Tredje kapittel omhandler valg av metode, selve forskningsprosessen, og det blir gjort en vurdering av intern og ekstern validitet. Kritikk av metoden blir også presentert. Forskerrollen og etiske aspekter knyttet til studien blir her belyst. Det gjøres også rede for analyseprosessen i denne delen.

I kapittel 4 introduseres en gjennomgang av relevant tidligere forskning. Dette er funn som er gjort etter søk i ulike databaser og med relevante søkeord.

I kapittel 5 presenteres studien funn. Disse presenteres i 3 tema, med underkategorier. Sitater fra intervjuene blir brukt for å eksemplifisere opplevelser. Avslutningsvis i dette kapittelet presenteres en fiktiv historie, som er laget på bakgrunn av funn. Denne historien refereres det til i drøftingskapittelet.

Kapittel 6 er et drøftingskapittel og her drøftes flere av studiens funn, i hovedsak refereres det til den fiktive historien som ble presentert avslutningsvis i kapittel 5. Teorien som ble presentert i kapittel 2, belyser her funn fra studien.

I Kapittel 7 diskuteres tidligere forskning i forhold til funn i denne studien. Det blir her også sett på metoden som er anvendt i studien, og dens egnethet. Det reflekteres over denne studiens betydning når det gjelder implikasjoner for praksis og videre forskning. Avslutningsvis presenteres konklusjon og sluttord.

## **1.7 Oppsummering**

I dette kapitlet ble studiens bakgrunn og problemstilling presentert. Rundskriv, retningslinjer og lover har blitt belyst. Dette er gjort for å vise noen av de formelle føringer som influerer sykepleieren i sitt møte med pasienten. I neste kapittel presenteres sentral teori for studien.

## KAPITTEL 2 TEORETISK FORSTÅELSE

### 2.1 Innledning

Med teori kan en forstå forenkling og systematisering av virkeligheten. Ordet stammer fra det greske verbet `å se på` «theoreo»: jeg ser på, observerer (Aadland 1997).

De endelige teorivalgene ble gjort etter at intervjuene var skrevet ut, og ble valgt på grunnlag av funn i studien. Den etiske dimensjonen ble vurdert som viktig i funnene. Jeg har derfor valgt å belyse noen av de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som er utarbeidet av Norsk sykepleierforbund (NSF 2007). For å få en større forståelse av retningslinjene og sykepleiepraksis belyses etisk teori. Det vil i første del av dette kapitlet bli en presentasjon av «De fire prinsippers etikk», deretter vil det bli sett på pliktetikk, konsekvensetikk og nærhetsetikk. Det var videre i denne forbindelse naturlig å se nærmere på forståelsen av, faglig skjønn og moral i lys av Kari Martinsen. Den etiske dimensjonen innehar også lidelse, dette begrepet vil derfor også bli presentert i lys av Katie Eriksson.

Teorien som presenteres i dette kapitlet vil bli drøftet i kapittel 6 i relasjon til funn fra empiri

### 2.2 Yrkesetiske retningslinjer.

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2007), er et viktig verktøy i møte med etiske dilemma. Retningslinjene vektlegger respekten for enkeltmenneskets liv og iboende krefter. Det skal være en helhetlig omsorg og pasienten har rett til å være medbesluttende og ikke bli krenket. Følgende sitater er fra de yrkesetiske retningslinjer (NSF 2007):

1.5 «Sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg selvbestemmelsesretten» (ibid:7)

1.8 "Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død" (ibid:8).

1.10 « Sykepleieren bidrar til en naturlig dødsprosess og død, der det er særlig viktig at nytteløs livsforlengende behandling avsluttes eller ikke påbegynnes»

(ibid:8)

1.11 «Sykepleieren viser respekt for den dødets kropp» (ibid:8)

## 2.3 Etisk Teori

Beauchamp & Childress (2009) er to amerikanske moralfilosofere som presenterer fire hovedprinsipper innen biomedisinsk etikk, som i følge Slettebø (2007) har fått stor relevans innenfor sykepleiefaglig etikk. Prinsippene som i det følgende vil bli presentert er ikke hierarkisk ordnet. De er av likeverdi. Prinsippene er prima facie - prinsipper, uttrykket er fra latinsk, og kan forstås som et prinsipp man vil følge ved første øyekast, men som man likevel kan fravike i bestemte situasjoner dersom andre hensyn tilsier det (Brinchmann 2008). Disse fire prinsipper vil i det følgende bli presentert:

- **Ikke skade** – Plikten til ikke å skade andre:

Ikke-skade- prinsippet har til hensikt at man aktivt skal fremme det som er det gode i pasientens liv og ikke skade pasienten. Dette har gjort forholdet mellom velgjørighet og autonomi til et vanskeligere etisk problem innenfor medisinsk etikk. Noen ganger er det slik at sykepleier og lege må ta avgjørelser uten å involvere pasienten. Det må utøves godt skjønn når en skal vurdere hva som er til pasientens beste (Slettebø 2009).

- **Velgjørighet** – Plikten til å gjøre godt mot andre:

Her vektlegges viktigheten av at en ikke bør påføre noen et onde eller en skade, dette bør forebygges, et eventuelt onde skal fjernes, og en bør fremme eller gjøre det gode. Det vil si at det foregående ikke skade - prinsippet er passivt, mens velgjørighetsprinsippet krever aktiv handling (Beauchamp et al. 2009). Paternalisme baserer seg på velgjørighetsprinsippet om at helsepersonellet vet hva som er det beste for pasienten, og handler deretter. I tidligere tider var legen nærmest enerådende når det gjaldt å bestemme hva slags behandling pasienten skulle ha. Det skilles mellom svak og sterk

paternalisme. Utøvelse av svak paternalisme forutsetter at helsepersonell må påvise svikt i pasientens kompetanse eller evne til frivillig å kunne ta gode avgjørelser på egne vegne. Holdningene fra tidligere tider var at legen visste best og gjorde det beste for pasienten. Slik er ikke bildet lenger. I dag er det autonomiprinsippet som har forrang i helsevesenet. Det innebærer at pasienten har rett til å bli informert om sin situasjon, og til selv å avgjøre hva han mener er det beste for seg (Slettebø 2009). Det er i helsevesenet også en tanke om å fremme «det beste» for pasienten, noe som viser seg i velgjørenhetsprinsippet (Slettebø 2009). Det er sterk paternalisme når sykepleieren eller legen bestemmer hva som er til det beste for pasienten. Det vil likevel være situasjoner hvor det er til «det beste for» pasienten at det utøves svak paternalisme. Helsepersonell bestemmer også her over pasientene, men i slike tilfeller vil det være fordi pasienten er i en tilstand hvor han ikke kan følge sin frie vilje. Det hevdes derfor at paternalisme er legitimt i en del tilfeller fordi det er helsepersonellens oppgave å vurdere pasientens tilstand og evne til å ta vare på seg selv (Slettebø 2004).

- **Autonomi** - Plikten til å respektere autonome personers beslutninger:

Autonomi` kommer av den greske sammensetningen av autos (selv) og nomos (lov, styring, regulering), altså selvbestemmelse. Her vektlegges pasientens selvbestemmelsesrett. Autonomiprinsippet har fått innpass i allmennmoralen, og likeså innen medisinsk etikk (Slettebø 2009). Det hevdes videre at det likevel ikke er enkelt i praksis, fordi helsepersonell kan se at pasienten tar avgjørelser som får fatale konsekvenser, at det strider mot helsepersonellens samvittighet og plikt til å hjelpe.

Paternalisme er motsatsen til autonomi og kan defineres som at noen (legen eller sykepleieren) bestemmer for den andre (pasienten) i dennes «beste interesse». Det kan fremlegges fire forutsetninger for at pasienten kan foreta autonome valg (Slettebø 2009):

1) pasienten må være kompetent, 2) pasienten må uttrykke et konsistent ønske, det vil si et ønske som er i samsvar med pasientens generelle livsholdning og livssyn, 3) pasienten må ha fått adekvat informasjon, det vil si tilpasset og tilstrekkelig informasjon, og 4) pasienten må være fri fra ytre press



fra pårørende, annet helsepersonell eller annen ytre påvirkning som ikke er relevant for de valgene en skal foreta. Det hevdes av White (1994) at det er tre kjennetegn ved den kompetente pasient. Det første er evnen til å uttrykke ønsker som er stabile. Med det menes at pasienten må ha ønsker som varer over tid. Det andre kjennetegnet er at pasienten må forstå hva valget gjelder. Hvilke konsekvenser beslutningen har både når det gjelder kognisjon og affeksjon. Pasienten må på den måten forstå informasjonen som blir gitt av helsepersonell. Denne informasjonen må tilpasses den enkelte pasient ut fra hans eller hennes forståelsesnivå. Det tredje kjennetegnet ved en kompetent person er at pasienten må ha evne til å bearbeide informasjonen og kunne veie ulemper og fordeler opp mot hverandre. Det understrekes i forhold til dette kjennetegnet at det ikke alltid er nødvendig med slik avveining av fordeler og ulemper, hvis saken det gjelder er ukomplisert.

Det er derfor viktig å se hvilken situasjon vi står overfor. Jo større risiko et tiltak medfører, desto viktigere vil det være å kunne påvise denne evnen før et valg respekteres. I situasjoner hvor pasienten ikke kan ta avgjørelser, skal pårørende trekkes inn i beslutningsprosessen (White 1994).

- **Rettferdighet** – Plikten til å behandle like tilfeller likt (formell rettferdighet til å fordele ressurser rettferdig (fordelingsrettferdighet):

Dette prinsippet kan for eksempel være gjeldende i forhold til fordeling av ressurser til ulike pasientgrupper og formål. Ifølge Beauchamp og Childress (2009:241 og 243) er det rettferdighet når man får som fortjent eller når det er likebehandling. Dette omtales som det formale likhetsprinsipp. Det betyr at like tilfeller behandles likt.

Ingen av prinsippene blir sett på som viktigere enn andre. I noen situasjoner vil man likevel vurdere de ulike prinsippene opp mot hverandre ut fra hvilket prinsipp som bør veie tyngst i den aktuelle situasjonen (Beauchamp og Childress 2009). Hva en person vektlegger mest i den aktuelle situasjonen, vil være ulikt ut fra hvordan en vektlegger de ulike prinsippene. Dette kan problematisere situasjonen, men det er likevel et «verktøy» i etiske dilemma, for prinsippene sier noe hver for seg om hva som bør vektlegges i den aktuelle situasjonen. Disse prinsippene inngår i pliktetikkk og konsekvensetikkk. Disse

retningene vil det videre bli gjort rede for, det vil deretter i særlig grad bli vektlagt og kastet lys over det som inngår i teori relatert til nærhetsetikk.

### **Pliktetikk (deontologisk etikk):**

Pliktetikk fokuserer på å handle i overensstemmelse med visse plikter uansett konsekvensene. Ordet «deontologisk» kommer av gresk, `deonta`: det vi bør gjøre (Henriksen og Vetlesen 2006). Den tyske filosofen Immanuel Kant (1724-1804) er den mest kjente pliktetikeren. Kant forsvarte et humanistisk menneskesyn, han mente at mennesket fritt og autonomt kan velge mellom ulike handlingsalternativer. Følelser som lyst og begjær blir av Kant sett på som motsatsen til den fornuftsbaserte viljen. En skal i følge denne tenkningen ikke bare følge en plikt, handlingen må også motiveres ut fra pliktfølelse. Kant erklærte at en handlingsregel eller et påbud er noe som gjelder i alle situasjoner og for alle mennesker i lignende situasjoner. Dette er beskrevet som det første kategoriske imperativ. Med det menes at den handlingen en utfører vil være den etisk beste ikke bare i denne situasjonen, men også for alle andre i alle andre lignende situasjoner, det er en absolutt plikt som gjelder uansett.

Andre formulering av det kategoriske imperativ, er å handle slik at du alltid behandler menneskeheten, så vel i din egen person som i enhver annen person, ikke bare som et middel, men som et mål i seg selv. Kant er grunnleggende kritisk til å handle ut fra det en «opplever lyst til» eller «føler er rett» Sentralt er plikten til å fortelle sannheten og plikten til å redde liv (Henriksen og Vetlesen 2006).

### **Konsekvensetikk:**

En handling vurderes som moralsk riktig når den fører til en overvekt av gode konsekvenser. Herunder kommer prinsippet om velgjørenhet, og ikke skade - prinsippet. Konsekvensetikken har fokus på mål og konsekvenser og regnes som teleologisk etikk (Teleos = mål eller formål). Gode konsekvenser rettferdiggjør en handling, og gode konsekvenser kan være nytte, lykke eller lyst (Brinchmann 2008).

Innenfor konsekvensetikk finnes også det som kalles nytteetikk (utilitarisme), her vurderes konsekvensene ut fra hvilken nytte de gir. Jeremy

Benham (1748-1832) var en engelsk filosof og en sentral teoretiker innenfor den såkalte handlingsutilitarismen hvor en tar utgangspunkt i en konkret situasjon og vurderer at den handlingen som fører til mest mulig nytte for de involverte parter, er den etiske riktige handlingen. At mennesket anstrenger seg for å handle slik at det oppnår lyst og lykke og unngår ulyst og smerte var det som opptok han. Nytte defineres i denne sammenheng som lykke (Brinchmann 2008).

Innenfor konsekvensetikken finnes også det som kalles for regelutilitarisme som stiller krav til at handlingen skal kunne gjøres til en allmenn regel, i tillegg til at det er den handlingen som fører til mest mulig lykke. Den engelske økonom og filosofen John Stuart Mill (1806-1873) er en representant innenfor denne retningen. Han mente at handlingen måtte være i overensstemmelse med gjeldende regler og være den handling som gir mest mulig lykke for flest mulig. Det er likevel viktig at det ikke bare er konsekvensene av handlingen som avgjør om den er moralsk riktig eller ikke, en må ta utgangspunkt i regler, i stedet for å vurdere enhver situasjon på ny. Det forutsettes at regelen som skal gjelde, velges slik at de fører til gode konsekvenser. De gjeldende reglene må også kunne revurderes ved behov, slik at de sikrer gode konsekvenser. Det påpekes at en i følge et regelutilitaristisk perspektiv vil få problemer med å forsvare en handling som bryter med en allmenn regel (Brinchmann 2008).

### **Nærhetsetikk (ikke prinsippbasert etikk):**

I skandinaviske land kan følgende uttrykk anvendes som synonymer til nærhetsetikk; karakteretikk, dydsetikk, fenomenologisk etikk, relasjonsetikk, holdningsetikk, sinnelagsetikk (Bardosa da Silva 2006). Tenkere innenfor denne retningen mener etikk må begynne i praksis, ikke ovenfra, fra teoretiske normer og regler. Innenfor denne tradisjonen mener man at etikken oppstår i møtet mellom mennesker. Vi må være oppmerksomme på det særskilte ved den enkelte situasjon og ved møtet (Brinchmann 2005).

Knud Ejler Løgstrup (1905-1981) var en kjent tenker innenfor nærhetsetikk. Innenfor hans tenkning omtales den etiske fordring, som innebærer at vi ikke alltid kan rette oss etter eksisterende normer og konvensjoner:

*«Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender»  
(Løgstrup 1956:37)*

Vi skal handle godt for vår nestes skyld, ikke for oss selv er noe som blir vektlagt i Kari Martinsen sin omsorgsteori. Hun er opptatt av at hjelpen til pasienten må bestemmes ut fra situasjonen og omsorgsmottakerens tilstand:

*«En god situasjonsforståelse er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi hvor omsorgsyter overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrengende og respekten for menneskets selvbestemmelse som kan føre til unnlattelsessynder» (Martinsen 1991:16).*

Holdninger og dyder er med på å prege yrkesutøvelsen i sykepleien. Dyder er karakteregenskaper som innvirker på våre holdninger og handlinger. I dag er det i følge Brinchmann (2005) den konstruktivt kritiske og tolerante sykepleieren som verdsettes.

Ifølge Nyeng (1999) kan dyder i etikken ses på som et forsøk på å overkomme de relativt sterke kontrastene mellom konsekvens- og deontologisk etikk. Dydsetikken kan være en tilnærming som binder disse sammen ved å fokusere på spørsmål som ”Hvilket menneske ønsker jeg å være?” ”Kan jeg utføre denne handlingen og samtidig være det et menneske er ment å være?” ”Kan jeg som moralsk aktør bevare min sjel ved å gjøre dette?”. Dydsetikken tvinger hver enkelt til å granske sin egen stilling som moralsk aktør, hvilket innebærer å rette blikket innover. Skillet mellom plikt og konsekvens sprenges (Nyeng 1999).

## 2.4 Moral og faglig skjønn

Kari Martinsen er anerkjent for å ha kommet med viktige bidrag innen omsorgtenkning og sykepleie. Noen av hennes betraktninger omkring begreper som moral og faglig skjønn vil her bli belyst.

*”Moral er for Løgstrup (og meg) ikke en skoleretning, men en livsytring. Det moralske er å være i bevegelse fra seg selv og til den andre for å handle til den andres beste” (Martinsen 2003:21)*

Det faglige skjønnnet omhandler en sykepleie hvor den naturlige sansingen og erfaringen slippes til gjennom blikket, lukten, hørselen, og de følsomme ord (Martinsen 2003). Kari Martinsen viser i den sammenheng videre til Løgstrup som mener at å stille seg deltakende, åpen og likevel tilbakeholdent, avgir en mottakelsens etikk. Takknemlighet blir holdningen til livet. Slik samfunnet er bygd opp med fokus på produktivitet, ytelser og resultater er det en kritisk etikk. Hun viser hvordan Løgstrup var opptatt av det enkelte menneskets verdighet, og hvordan samfunnet er strukturert for å ta imot hverandre. Slik samfunnet er strukturert, viser et ønske om at kunnskapen skal få plass inn i et system, slik at vi skal kunne ”beherske” våre relasjoner (Martinsen 2003).

*”I en kultur med faste normer, regler og rammer vil skjønnnet ha vanskelige kår” (Martinsen 2005:259)*

Hvis en bare lar seg styre av prinsipper og regler, settes skjønnnet ut av kraft og en vil ikke klare å møte den andres sårbarhet. Når sykepleier skal utøve faglig skjønn, er oppmerksomhet essensielt. En oppmerksom sykepleier vil skape en ro i omsorgen, og begge parter, sykepleier og pasient vil i større grad våge seg ”frem”. Å kunne se ting i sammenheng, foreta distinksjoner og opparbeide en skjelnenevne er en viktig del av skjønnnet (Martinsen 2005).

Det faglige skjønn blir et viktig grunnlag for å våge å møte pasienten når han kommer med sin appell til oss. Det blir i denne sammenheng viktig som sykepleier å kunne gå ut av travelheten som eksisterer i helsevesenet, og gi møte med pasienten den ro og oppmerksomhet som den fortjener. Hvis vi i

sykepleien lar oss uanfektet styre av lover og regler og handler på grunnlag av dette, spør Martinsen (2005) om vi er i ferd med å miste evnen til undring, til å stå i motsetninger, og dermed også aktelsen for at livet har grenser og at noe alltid vil være fremmed for oss, men ikke uvedkommende.

At all tenkning og vitenskap skal kunne finne sammenheng og settes i et system, fører til en totalitetstenkning som er nøytral og kjølig med hensyn til hva et menneske gjør mot den andre (Martinsen 2003).

I følge Martinsen (2005) er moralen også blitt noe som klassifiseres og systematiseres i prinsipper, regler og standardiseres. Når alt skal standardiseres / klassifiseres inn i et system hvor hensikten er at vi behersker situasjonen med den annen, vil våre relasjoner og den spontane kjærligheten stå på spill (Martinsen 2005). Det påpekes at kjærligheten vanskelig kan standardiseres eller settes opp som en prosedyre. Martinsen (2003) undres over om kjærlighetens gjerninger i sykepleien er mulig med denne utviklingen. Hun ser en dobbel funksjon av ”nedskrevet kjærlighet”. Kjærlighet uten en ”nedskrivning” kan utarte seg til formløst ”føleri”. ”Nedskrevet kjærlighet” medfører konvensjoner som letter vår omgang med hverandre, og avstanden til hverandre blir så stor at vi kapsler oss inn i oss selv. På den måten kan vi som profesjonelle gardere oss mot den sårbarheten det medfører for en selv å ”gå inn” i situasjonen.

Hvis en som sykepleier lar seg styre av prinsipper og teorier uavhengig av situasjonen, kan en lett bli moralistisk. Når en er mer bundet av regler enn av mennesker er en moralistisk. Hvis en lar teorier og prinsipper være utgangspunktet ser en ikke den appell som utgår fra den andre om å handle til den andres beste (Martinsen 2003).

## 2.5 Pasientens lidelse

Eriksson (1995) skriver at den lidelse vi påfører hverandre ofte skjer ubevisst og at det ofte er en skjult lidelse. Tatarkiewicz (1976) hevder at fornedring og krenkelse er blant de viktigste kilder til lidelse. Sykepleieren må ha til hensikt å gi pasienten mulighet til å oppleve sin fulle verdighet og å forhindre alle former for krenkelse (Eriksson 1995).

Kristoffersen (2007) diskuterer de engelske begrepene "disease" og "illness". "Disease" viser til hvilken sykdom pasienten har. For eksempel kan en gammel mann ha diagnosen pneumoni. "Illness" forteller oss om pasientens opplevelse av sykdommen. Dette er individets opplevelse og kan ikke beskrives av diagnoser. For å møte pasienten i hans lidelse må en se pasienten fra begge disse perspektivene. "Illness", opplevelsen som den enkelte har av sin situasjon er det som gjør det hele utfordrende for sykepleiere i møte med individet (Kristoffersen 2007).

Eriksson (1995) presenterer tre forskjellige former for lidelse.

1) Sykdomslidelse: Denne lidelsen dreier seg om både fysisk smerte som skyldes sykdommen og behandlingen, og det kan være sjelelig og åndelig smerte. Det kan dreie seg om skam og fornedrelse. Den fysiske smerte kan noen ganger være lettere å møte eller lindre enn den sjelelige og åndelige. Når det gjelder den sistnevnte kan det dreie seg om pasientens opplevelse. Den vil i stor grad bli påvirket av pleierne sine holdninger.

2) Pleielidelse: Det kan her dreie seg om krenking av pasientens verdighet, at ulike pasienter kan tilskrives ulik verdi. Pasientens selvbestemmelsesrett reduseres straks han har blitt pasient. Det kan ofte vise seg at det i situasjonen er sykepleier som avgjør hva som er pasientens beste. Dette henger også sammen med den maktutøvelse en kan ha i sykepleierrollen.

3) Livslidelse: Dette er lidelse som oppstår når mennesket blir sykt. Å bli pasient kan oppleves som en trussel mot ens eksistens. Hele livssituasjonen blir berørt. Hvordan en som sykepleier møter pasienten vil ha stor innvirkning på lidelsen. Klarer vi å se pasienten som et individ?

Alle disse tre typer lidelser kan være gjeldende når et menneske opplever å bli pasient. Teoretisk sett kan en dele lidelse opp slik som dette, men i praksis vil dette fenomenet ofte være sammenvevd. Hva som er grunnlaget for pleien som gis pasienten har sitt utgangspunkt i vårt virkelighetsbilde. I dagens samfunn er virkelighetsbildet i altfor høy grad formet av et reduksjonistisk syn på mennesket og en overtro på teknologien (Eriksson 1995).

For å kunne møte det lidende mennesket som et subjekt og se hans opplevelse må en i følge Kristoffersen (2007), ha kunnskaper om den lidende

sin situasjon, ha vilje til å handle, og ha mot til å gripe inn når det enkleste kunne ha vært å la være.

## 2.6 Oppsummering

I dette kapitlet har aktuelle yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blitt presentert. På grunnlag av funn i studien ble det naturlig å se nærmere på etisk teori, og ulike retninger innenfor dette. Følgende etiske perspektiv og teorier har blitt presentert: De fire prinsippers etikk (velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet), pliktetikk, konsekvensetikk, og nærhetsetikk. Moral og skjønn ble i forlengelsen av dette naturlig å se nærmere på, og ble presentert i lys av Kari Martinsen sin teori. Den etiske dimensjon innbefatter også lidelse, så derfor har det avslutningsvis i kapitlet blitt introdusert Katie Erikson sin beskrivelse av begrepet. En drøfting av teorien som er presentert og studiens funn, vil bli presentert i kapittel 6.



## KAPITTEL 3. TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET

### 3.1 Innledning

Det vil i dette kapitlet bli presentert tidligere forskning som omhandler tema ”forhåndsvurderinger ved hjerte- lungeredning minus”. Det er blitt gjort søk i databasene PubMed, SweMed, Bibsys, IsiWeb, PsycInfo, Norart og Ovid Nursing, Cochrane library og helsebiblioteket med følgende søkeord:  
Norsk: Sykepleie, etiske holdninger, resuscitering, HLR minus, retningslinjer  
Engelsk: Nursing, ethical attitudes, resuscitation, DNR - orders, guidelines, NFR (not for resuscitation).

Det finnes tidligere studier som på ulike måte belyser tema som jeg undersøker i min studie. Da retningslinjer og lovgivning har vært i endring de siste årene (jf. kapittel 1), har jeg i hovedsak tatt for meg forskning av nyere tid.

### 3.2 Rundskriv fra statens helsetilsyn 2002

Nordtvedt et al. (2007) har i en studie sett på hvordan Rundskrivet fra statens helsetilsyn fra 2002, om forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte- lungeredning har blitt tolket av 20 norske helseforetak. Resultatet viste at innholdet i retningslinjene varierer fra de ulike helseforetakene. Sentrale momenter som indikasjoner, definisjoner, pasienter og pårørendes medvirkning, konflikthåndtering, samtykkekompetanse og relevante forhåndsønsker er ikke kommentert eller er uklart omtalt i mange av dem. Studien viser også at det er liten forskjell på retningslinjene som er revidert før og etter at Helsetilsynet presiserte helselovgivningen i 2002, men juridiske føringer er kommet sterkere inn. Forfatterne mener at dette resultatet bør bidra til at det utarbeides nasjonale retningslinjer.

Steen et al. (2003) har gjennomført en studie som viser at det mangler klare retningslinjer for når man *ikke* skal sette i gang hjerte- lungeredning (HLR minus) i norske sykehus. Det vises også her til rundskriv som ble utgitt av Statens Helsetilsyn i 2002 og deres strenge krav til prosedyre for HLR minus. I studien ble journalen til pasienter utskrevet fra en kirurgisk avdeling i en bestemt periode gjennomgått i forhold til informasjon om HLR minus og /

eller hjertestans. Studien viste at 13 av 69 pasienter hadde notat om HLR minus i sin journal. For åtte av de 13 manglet journalnotat eller det var ukorrekt signert. Tre av de andre fem pasientene var selv med på diskusjonen, i to tilfeller var de pårørende med. Hjerte- lungeredning ble ikke startet hos noen av de 14 pasientene som fikk hjertestans. Det var seks av disse som ikke hadde et vedtak om HLR minus, men alle hadde langtkommet, inoperabel kreft eller alvorlig kronisk hjertelungesvikt. Det var ikke tegn til at vedtaket affiserte annen behandling eller pleie. Avdelingen hadde en klar prosedyre for HLR minus, men den ble fulgt i mindre enn halvparten av tilfellene.

### **3.3 Selvbestemmelsesrettens betydning**

Næss (2008) har gjennomført en spørreundersøkelse (web- basert spørreskjema) blant sykepleiere som jobber i hjerteintensivavdelinger i Norge. Svarprosenten var 60 %, og 74% av de spurte mente at pasienten skal informeres i forhold til vedtak om HLR minus. 50 % svarte at de hadde opplevd at pasienten ikke ble informert om HLR minus.

Cherniack (2002) har sett på tidligere studier og hevder at de fleste eldre pasienter dør med en ordre på plass om at det ikke gis hjerte- lungeredning. Det hevdes at studier har vist at mange eldre i ulike deler av verden ønsker å gjenopplives, men at det er mangel på kunnskap i forhold til HLR. Det understrekes at det er bergrenset med studier i andre land enn USA. Det konkluderes i denne studien med at det er en økende bruk av HLR minus, men at det er uklart hva dette skyldes. Om det er et resultat av at lege og pasient har snakket sammen, eller om legen nekter pasienten autonomi ved ikke å spørre dem om HLR vites ikke. Det konkluderes med at det er flere faktorer som er avgjørende for om en pasient vil velge HLR minus. Det avhenger av hvem som spør, hvilken informasjon de har fått, og når de blir spurt.

Baskett et al. (2004) har gjennomført en studie for å vurdere ulike holdninger i Europa når det gjelder etiske aspekter ved gjenoppliving. Det var en spørreundersøkelse som innbefattet 20 europeiske land. Resultatet viste en betydelig variasjon i tolkningen av etiske dilemmaer. Det synes å være en tendens mot større anerkjennelse og respekt for menneskets autonomi

sammenliknet med tidligere år. Det konkluderes med at ved mange etiske spørsmål kan det ikke være klare og korrekte svar. Baskett et al.(2004) konkluderer med at det noen ganger kanskje vil være den beste løsningen, i uklare etiske situasjoner, å handle slik du ville ønske det, hvis du var pasient eller pårørende. Kompleksiteten uttrykkes ved følgende sitat:

*”Resuscitation is a science that should be carried out with art”*

### **3.4 Hvilken effekt har vedtak om HLR minus på behandling?**

Mjåset et al. (2008) gjennomførte en studie for å kartlegge omfang, sykdomsforløp og behandling av pasienter som omfattes av HLR minus-vedtak på norske sykehus. Studien er retrospektiv og omhandler pasienter innlagt ved seksjon for akutt slagbehandling. Studien viste at 79 av 855 ble omfattet av et HLR minus vedtak. Gjennomsnittlig alder var 80 år. Sykehusmortaliteten var 39/79 (49 %). Alle avgjørelser vedrørende behandlingsbegrensing kom etter at et HLR minus vedtak var fattet bortsett fra i ett tilfelle.

### **3.5 Etiske betraktninger.**

Malloy et al. (2009), har gjennomført en kvalitativ studie av 42 sykepleiere som jobbet ved sykehus (i Canada, Irland, Australia, og Korea). Hensikten var å utforske deres oppfatning av hvordan etiske beslutninger fattes, og i hvilken grad deres stemmer ble hørt. Informantene antydte at deres stemmer stilnet (ofte frivillig) eller ikke ble uttrykt i form av etiske avgjørelser. Det kom fram at deres etiske beslutninger skilte seg fra legenes.

Skogan (2008) har i en studie sett på hvilke faktorer som påvirker sykepleiers syn på bruk av ordren HLR minus i somatiske sykehus. Det vises her til at sykepleierne savner nasjonale retningslinjer for bruk av ordren HLR minus. Det konkluderes med at sykepleierne må utvise skjønn når de vurderer å starte livreddende hjerte- lunge redning. Faktorer som medisinsk prognose og pasientens alder påvirker sykepleierens syn på HLR minus, og pasientens medbestemmelsesrett skal vektlegges når HLR minus ordre blir diskutert.

Löfmark (2001) har i sin doktorgradsavhandling gjennomført studier som omhandler HLR minus. Resultatet viser at leger og sykepleiere er usikker på regler og etikk når det gjelder vedtak om HLR minus. Det ble vist at det var avvik mellom retningslinjer og holdninger i forhold til HLR minus. Det konkluderes med viktigheten av å starte en dialog om livets slutt med kronisk syke, eldre pasienter og deres pårørende, mens de er i stand til det å forstå et slikt vedtak.

Fattah et al. (2007) har i en studie fokus på livsforlengende behandling og de mange etiske vurderinger, særlig når slik behandling avsluttes. De belyser etiske utfordringer rundt livsforlengende behandling med utgangspunkt i to kasuistikker, en ved livets begynnelse og en ved livets slutt. Pga. den kontinuerlige teknologiske utviklingen i medisinen tar nok leger i dag flere etiske beslutninger enn før. Det etterlyses mer integrert etikkundervisning i medisinstudiet og bedre kjennskap til aktuelle forskrifter blant leger.

### **3.6 Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus**

Ranhoff og Linnsund (2005) gjennomførte en studie hvor tema var spørsmål om når sykehjemspasienter skal innlegges i sykehus. Bakgrunnen for studien er at sykehjemspasienter har høy alder, kroniske sykdommer, funksjonssvikt og ofte demens. Metoden var litteratursøk som ble kombinert med egen klinisk erfaring. Resultatet viste blant annet at de vanligste innleggelsesårsakene hos gamle generelt er hoftebrudd, pneumoni, hjerneslag, brystmerter, hjertesvikt og anemi.

Personalet ved sykehjem står overfor avgjørelser om sykehusinnleggelse. Disse avgjørelsene kan være vanskelig, og involverer både medisinske og etiske overveielser. Studien påviser videre uklarheter om hva som er avgjørende i denne beslutningsprosessen. I studien vises det til amerikanske sykehjem hvor de bruker begrepet ”do-not-hospitalize order” (”innleggelse minus”). Studien viser at praksisen ved sykehjem i Norge kan forbedres ved å øke legetjenestene og kunnskapen om lindrende behandling, samt ved at behandlingsnivå ved eventuell akutt sykdom planlegges i samråd med pasient og pårørende.

### **3.7 Oppsummering**

Disse studiene viser at temaet hjerte- lungeredning minus er aktuelt i helsevesenet i dag, og at det finnes ulike innfallsvinkler til temaet. Studiene påpeker aktuelle dilemma rundt fenomenet. Presentasjonen av tidligere forskning vil bli belyst og diskutert opp mot denne studiens funn i kapittel 7.

## KAPITTEL 4. METODE

### 4.1 Innledning

Forskning er ledet av antagelser om verden og hvordan verden skal forstås og studeres. Hvordan vi går frem for å samle kunnskap er avhengig av vitenskapssyn, verdier og oppfatninger av hva virkeligheten er og hvordan den bør studeres (Aadland 1997).

Kvalitativ tilnærming fører til at man får en helhetlig forståelse av det man vil undersøke (Halvorsen 2000). I kvalitativ forskning er man åpen for det uventede og gir rom for at deltakernes erfaringer kan bli artikulert med utgangspunkt i deres perspektiv (Wideberg 2001). Når en vil utforske opplevelse, tanker og holdninger er en kvalitativ tilnærming det som er best egnet (Carlsen & Staff 2003). Det kvalitative forskningsintervjuet prøver å forstå verden fra den personen som blir intervjuet sitt ståsted, metoden søker å få frem betydningen av folks erfaringer, og å avdekke deres opplevelse av verden. Formålet med det kvalitative dybdeintervju er å få tak i beskrivelser av den livsverden som intervjupersonen er i, og da med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet (Kvale 2007).

Målet med denne studien er å få belyst sykepleiere sin opplevelse av å være i situasjoner hvor hjerte - lungeredning minus ikke er vurdert, ofte hvor de selv som sykepleiere mener at dette burde vært vurdert. Det er da særlig med henblikk på deres erfaringer når gamle pasienter innlegges i sykehus. Temaet som forsøkes utforsket er et felles anliggende for sykepleiere som jobber ved medisinske sengeposter i somatisk sykehus, og jeg ser på grunnlag av tema og problemstilling, hvor jeg viser at jeg er interessert i sykepleiers opplevelse og erfaring, at en kvalitativ tilnærming er det som er best egnet. Jeg har også valgt å ha kvalitative dybdeintervju. Jeg vurderte fokusgruppeintervju, men etter en del refleksjon omkring det, ble det naturlig å ta i bruk kvalitative dybdeintervju. Siden dette er et tema hvor den enkelte har svært personlige erfaringer, og disse kan derfor oppleves som vanskelig å dele i for eksempel et fokusgruppeintervju. Kvale (2007) peker på at intervjuformen er spesielt egnet når man ønsker å undersøke hvordan mennesker forstår sin egen verden.

Intervjupersonen vil beskrive sine erfaringer og sin selvoppfatning, og klargjøre og utdype sine egne perspektiver på verden.

Videre i dette kapittelet vil jeg gjøre rede for vitenskapsteoretisk forankring, det kvalitative forskningsintervjuet, kritikken mot det kvalitative forskningsintervju, egen rolle som forsker, praktisk gjennomføring av studien (som innbefatter; utvalg og utvalgsprosedyre, datainnsamling, transkribering, etiske refleksjoner, pålitelighet og validitet) og analyse av data.

## 4.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Edmund Husserl (1889-1959) markerte seg som en sentral kritiker av den positivistiske reduksjonismen og la grunnlaget for fenomenologien. Fra 1930-tallet har fenomenologien fått økende innpass i filosofi og i humanistiske og samfunnsvitenskapelige fag (Bengtsson 1993). Hensikten innenfor denne type forskning er å finne fram til aktørenes egen forståelse av sine handlinger og hvilken mening handlingen har for aktørene selv (Kvale 2007).

Fenomenologi vil avdekke menneskets erfaringsverden, ikke slik man forstår eller ser verden i fugleperspektiv eller med en teoretisk distanse, men det som kjennetegner menneskets levde erfaring i verden, og som danner ethvert grunnlag for refleksjon om denne verden (Nortvedt og Grimen 2004).

Husserl betrakter kropp og sjel som sammenflettet, og bevisstheten som kroppens fundament. Det grunnleggende prinsipp i fenomenologien er å gå tilbake til fenomenet, til saken selv (Bengtsson 1993). Fenomenologien omhandler det som trer frem i væren gjennom erfaring, Heidegger (1889-1976) bruker i denne sammenheng begrepet hermeneutisk fenomenologi om sin undersøkelse av menneskets væren – i - verden, med det menes at han vil avdekke den alltid eksisterende forståelsesstrukturen ved menneskelig væren (Nortvedt og Grimen 2004).

Innenfor hermeneutikken er det filosofiske grunnlaget for denne typer studier utviklet av de tyske filosofene Wilhelm Dilthey og Hans-Georg Gadamer. Hermeneutikk betyr fortolkningslære eller fortolkningskunst. Innenfor hermeneutikken legges det større vekt på forskerens forforståelse enn

innen fenomenologien (Grønmo 2004). Jeg tilstreber å ha en fenomenologisk innstilthet i min tilnærming i denne studien, men ser likevel at det skjer tolkninger underveis bevisst og ubevisst som preger studien. Det reelle blir nok derfor å kalle min posisjon og tilnærming for fenomenologisk - hermeneutisk. Jeg ser for eksempel at når en informant fremhever et syn eller mening som har vært nevnt av en tidligere informant har jeg hatt tendens til å spørre litt dypere i forhold til dette tema. Jeg har likevel en fenomenologisk innstilthet, men dog ikke helt fri for tolkning.

I følge Bengtsson (2006) er de fremste forløperne til den hermeneutiske fenomenologi blant annet Martin Heidegger, Hans-Georg Gadamer og Poul Ricoeur. En vil innenfor denne tenkningen argumenter for å se subjektets eksistens i verden og tiden, men at vi aldri har direkte tilgang til tingene selv. De er alltid allerede formidlet av subjektets forankring i en historisk periode, en sosial omgivelse, et visst språk osv.. Betrakningen har forståelsen struktur, den hermeneutiske sirkelens struktur, og på grunn av det må tingene tolkes (Bengtsson 2006).

### **4.3 Det kvalitative forskningsintervju**

Når en skal ha tilgang på intervjupersonens verden og til en forståelse av det syn på verden som danner grunnlaget for deres handlinger, har man en spesiell tilgang ved bruk av intervju (Kvale 2007). Det kvalitative forskningsintervjuet har såpass mange positive fordeler som er relevant for min problemstilling, og som jeg også ser i ettertid har ført til at jeg har kunnet få frem ny og viktig kunnskap som kan komme både helsepersonell og pasienter til gode. Når en ønsker å undersøke hvordan mennesker forstår sin egen verden er intervjuformen spesielt egnet. Den enkelte informant kan beskrive sine erfaringer og sin selvopfatning (Kvale 2007).

Kvale (2007) fremhever ulike aspekter ved det kvalitative forskningsintervjuet som har til hensikt å innhente beskrivelser av informantenes livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet. Av betydning fremheves følgende momenter: Temaet i det kvalitative forskningsintervjuet er den som blir intervjuet sin *livsverden*, hans eller hennes eget forhold til den. Intervjueren registrerer og



tolker meningen med det som blir sagt og måten det blir sagt på. Intervjuet har ikke til hensikt å kvantifisere, men en søker å innhente kvalitativ kunnskap, uttrykt med vanlig språk. En prøver å innhente beskrivelser som er åpne, nyanserte og som viser ulike sider av den intervjuede sin livsverden. En innhenter beskrivelser av hendelsesforløp og beskrivelse av spesifikke situasjoner, men ikke generelle meninger. Som intervjuer inntar man en bevisst naivitet hvor en er åpen overfor nye og uventede fenomener, og en søker å unngå ferdigoppsatte kategorier og tolkningsskjemaer. Under intervjuet er en fokusert på bestemte temaer.

Det er ikke stram struktur med standardiserte spørsmål eller fullstendig «ikke-styrende». En kan fange motsetninger i personens livsverden, fordi uttalelser av og til kan være tvetydige og på den måten gjenspeile dette. Intervjupersonen kan i løpet av intervjuet endre sine egne beskrivelser og tolkninger av et tema, det viser at selve intervjuprosessen kan gi ny innsikt og bevissthet. Intervjueren kan fremkalle ulike uttalelser om det samme temaet, avhengig av deres følsomhet overfor og kunnskap om intervjuets emne. Det er en interpersonlig situasjon, fordi kunnskapen produseres gjennom den personlige interaksjonen i intervjusituasjonen. Selve intervjuprosessen kan gi intervjupersonen ny innsikt i egen livssituasjon og dermed være en verdifull og berikende opplevelse (Kvale 2007). Disse beskrivelsene er i samsvar med hvordan jeg har valgt å gå fram i situasjonen. Under selve intervjuet ønsket jeg at hver informant skulle dele sine egne erfaringer i form av konkrete hendelser som hadde en spesiell betydning angående tema.

I følge Malterud (2003) vil en ved bruk av intervju som metode få tak i den ”rikeste” kunnskap. Dette opplevde jeg at jeg oppnådde. Informantene delte sine erfaringer og det kom naturlig historier som representerte disse erfaringene. Jeg fikk også tilbakemelding av informanter om at de opplevde det som berikende å delta, og at det opplevdes godt å få snakke om tema.

#### 4.4. Kritikken mot det kvalitative forskningsintervju

I følge Kvale (2007) finnes det ti vanlig reaksjoner (kritikk) på kvalitative intervjuer som sier at det kvalitative forskningsintervju ikke er:

1. vitenskapelig, men avspeiler bare folks sunne fornuft
2. objektivt, men subjektivt
3. troverdig, men partisk
4. reliabelt, for det er basert på ledende spørsmål
5. intersubjektiv, ettersom ulike lesere finner ulike meninger
6. en vitenskapelig metode, det er for personavhengig
7. vitenskapelig hypotesetestende, bare eksplorerende
8. kvantitativt, bare kvalitativt
9. generaliserbart, for det har for få intervjupersoner
10. valid, fordi det er basert på subjektive inntrykk

(ibid:204)

Kvale (2007) mener at det kan være en fordel å ha tenkt gjennom slike eksterne reaksjoner. Når det gjelder punkt 1 om at intervjuet ikke er vitenskapelig men bare gjenspeiler folks sunne fornuft, sier han at en vid definisjon av vitenskap er den metodiske produksjonen av ny, systematisk vitenskap. Heller enn å avvise den allmenne fornuft som noe uvitenskapelig, har dagliglivets samtaler her blitt ansett som en kontekst for utvikling av mer spesialiserte, vitenskaplige samtaler.

Kvale (2007) påpeker også at gyldig kunnskap søkes gjennom rasjonelle argumenter fra deltakerne i en samtale. Denne samtalens viktigste medium er språket, som hverken er objektivt eller subjektivt, men intersubjektivt. Så lenge partiskheten er erkjent eller det subjektive perspektivet er bevisst kan det være med å belyse enkelte sider ved fenomenene som undersøkes, hente frem nye dimensjoner og bidra til en kunnskapskonstruksjon med mange perspektiver.

Når det hevdes at bruk av ledende spørsmål i det kvalitative forskningsintervju fører til at kunnskapen ikke er reliabelt, mener Kvale (2007) at det ofte i for liten grad blir brukt ledende spørsmål i denne metoden. Dette fordi at ved å bruke ledende spørsmål på en bevisst og systematisk måte kan en

bekreftede eller avkreftede informasjon som kommer fram under intervjuet. Dette har jeg vært bevisst på i intervjusituasjonen og derfor også benyttet ledende spørsmål for å få bekrefte eller avkreftede min oppfatning av en beskrivelse, som f.eks. «forstår jeg deg riktig, at det er (...) slik du oppfatter situasjonen?». Spørsmålene kan lede i retninger som kan gi nye og betydelige kunnskaper. At ulike lesere legger ulik mening i intervjutolkningen er ikke en svakhet, men en styrke ved og en berikelse av intervjuforskningen. Det som blir viktig i den sammenheng er at perspektivene som brukes på en intervjutekst er klargjort. Når det hevdes at intervju ikke er noe vitenskapelig metode fordi det er for personavhengig, så kan det hevdes som motargument at en ønsker innenfor denne metoden å se intervjuerens person som det viktigste metodologiske verktøy. Data som er relevante skapes gjennom den unike interaksjonen mellom intervjuer og intervjuperson. Det settes selvsagt store krav til intervjuerens dyktighet, empati og hennes kunnskaper.

Når det gjelder punktet som hevder at intervjuet ikke er kvantitativ men bare kvalitativ er det slik at innen den moderne samfunnsvitenskapen anses ofte kvantifisering for å være selve kriteriet på vitenskap. Argumentene overser imidlertid de kvalitative beskrivelsenes betydning.

Når det hevdes at intervjufunnene ikke er generaliserbare på grunnlag av for få intervjupersoner, kan en spørre hvorfor man legger så stor vekt på generaliserbarhet. Innenfor samfunnsvitenskapen har målet om en universell generaliserbarhet blitt erstattet med en betoning av kontekstualisert og heterogen kunnskap.

Det 10. og siste punktet i den eksterne kritikken av det kvalitative dybdeintervjuet er at den baserer seg på subjektive inntrykk, og derfor ikke er en gyldig metode. Til det mener Kvale (2007) at en postmoderne tilgang beveger seg bort fra synet på kunnskap som noe som tilsvarende en objektiv realitet, og ser kunnskapen som en sosial virkelighetskonstruksjon. Fokus er dermed blitt endret fra observasjon av, til samtale og samhandling med, den sosial verden. En går utover de eldre psykometriske validitetsbegrepene, til også å forstå validering som kommunikasjon med, og handling i den sosiale verden. Forskningsintervjuene får dermed en privilegert stilling, som er basert på samtale og samhandling (Kvale 2007).

Jeg ser stor verdi i Kvaales (2007) argumentasjon mot kritikken av det kvalitative forskningsintervju, og det blir på bakgrunn av dette enda klarere at det er en viktig og verdifull metode som er godt egnet i min studie.

#### 4.5. Egen rolle som forsker

At jeg selv er sykepleier og jobber i medisinsk avdeling kan være en styrke. Jeg har hatt med meg kunnskap og holdninger inn i prosjektet. Dette har vært med meg i hele prosessen. Det er grunnlaget for ideen til prosjektet og det har preget meg i gjennomføring og i analysen. Selvsagt kunne det vært en fallgrube hvis jeg ikke hadde vært bevisst min forforståelse og egen forskerrolle i studien. Jeg har, som Malterud (2003) vektlegger, bevisst forsøkt å fjerne ”skylappene” og vært åpen for hva det empiriske materialet har gitt til studien. Hun påpeker også viktigheten av at en innehar en holdning om at jo flere overraskelser det empiriske materialet gir meg som forsker, desto bedre har jeg lyktes i å oppnå et resultat som er gyldig og ikke dominert av min forforståelse (Malterud 2003).

Det har vært vesentlige i denne prosessen for meg å veksle mellom forforståelse og bevisst åpenhet, nærhet og analytisk distanse. Jeg har i intervjusituasjonen vært inspirert av Kvale (2007) og Malterud (2003), med henblikk på å vektlegge god intervjuatferd. Jeg har under intervjuene tentativt vært ærlig, ikke «imponert» med mine kunnskaper/erfaringer i forhold til tema, men opptrådt støttende, rolig, naturlig og ikke truende. Jeg har under selve intervjuet tilstrebet å være en aktiv lytter som er oppriktig interessert i deltakernes erfaringer, jeg har ikke diskutert med deltakerne (selv om jeg er uenig). Dette siste punktet er noe Ryen (2003), fremhever som sentralt. Jeg har likevel benyttet den muligheten en har under intervju til å stille oppklarings spørsmål, slik at det blir klart hva deltakerne mener. Det har i interaksjonen vært viktig for meg som intervjuer å tilstrebe en holdning som innebærer at jeg ikke er forutinntatt, jeg har tilstrebet en fenomenologisk innstilthet, prøvd å «nullstille» meg i den grad det er mulig, og dermed vært interessert i den andre. Det kan være vanskelig som forsker å være helt objektiv, men en kan nærme seg objektivitetsidealet ved å være klar over at ens meninger og verdier spiller inn (Nåden et al. 1985). Det er i den sammenheng

viktig å understreke at etter ti år i somatisk sykepleie er det nok også erfaringer og ubevisste holdninger som preger meg. Dette har jeg etter beste evne prøvd å være bevisst, og avdekke slike momenter.

En faktor jeg tenker har preget meg i rollen som intervjuer er at jeg har videreutdanning i veiledning, og har erfaring med ansvaret for veiledningsgrupper for nyansatte og studenter. Dette ser jeg på som positivt i forhold til å få en god interaksjon, og å skape en atmosfære som er med på å styrke refleksjon hos informanten. Jeg har erfaring med bevisst bruk av kommunikasjon, for eksempel åpne spørsmål versus ledende spørsmål, samt effekt av taushet. Når dette er sagt er det viktig å understreke at jeg har vært bevisst på at dette ikke har vært noen veiledningstime. Faglig veiledning har et annet formål, men for den enkelte deltaker kan kanskje forskningsintervjuet skape refleksjoner som igjen vil få konsekvenser for egen praksis. Jeg tenker at min erfaring forhåpentligvis har vært en styrke i forhold til at jeg i større grad har klart å ha fokus rettet mot prosjektet. Det har gjort sitt til at jeg har vært relativt trygg under intervjuene. Samtidig vil jeg presisere at ingen intervjupersoner er like og det alltid er utfordringer i denne prosessen som en ikke har forutsett. Dette mener jeg likevel er en styrke i en slik type tilnærming, fordi jeg som forsker da må være 100 % fokusert og gripe de muligheter som utvikler seg i interaksjonen.

## **4.6. Gjennomføringen av studien**

Jeg vil i denne delen gjøre rede for hvordan jeg praktisk har gått frem for å gjennomføre studien når det gjelder rekruttering av informanter, datasamling, transkripsjon og etiske betraktninger.

### **4.6.1 Utvalg og utvalgsprosedyre**

Informantene jobber ved ulike medisinske sengeposter ved Haukeland Universitetssykehus (HUS). At jeg selv jobber ved dette sykehuset har vært grunnlag for noen valg når det gjelder utvalg. Jeg ville unngå å velge representanter fra egen post. Når noen kjenner meg godt som sykepleier og nær kollega vil det kunne ha innvirkning på intervjuprosessen. Det kunne også være

problematisk for meg og kollegaene at jeg er i en annen rolle enn hva jeg vanligvis er. Det kan fort føre til at jeg blir mindre utforskende fordi jeg da i større grad muligens vil ha en del ”tatt for gitt kunnskap”. Som forsker blant nære kolleger vil rollen min bli dobbel og vanskelig å håndtere i intervju, mens den vil bli langt enklere og tydeligere om jeg deltar som forsker i andre grupper. Det ble derfor sendt ut informasjonsskriv til avdelingssykepleiere ved andresengeposter på medisinsk avdeling for å rekruttere informanter.

Et prøveintervju ble utført med en sykepleier som jobber ved samme post som meg selv. Dette ble blant annet gjort for å teste ut intervjuguiden og trygge min rolle som intervjuer. Det ble deretter gjennomført 7 intervjuer med sykepleiere som alle jobber ved medisinsk avdeling. Informantene er blitt oppfordret til å dele sine egne erfaringer i form av konkrete hendelser, som leder til en opplevd historie som har hatt en spesiell betydning angående tema. I følge Malterud (2003) vil dette føre til at vi får tak i den ”rikeste” kunnskap. Det har vært av betydning at personene som deltar har blitt intervjuet inntil det ikke fremkommer nye elementer.

Sykepleierne som er blitt intervjuet har alle jobbet i mer enn 3 år. Dette var et kriterium for å delta i studien. Jeg ønsket i utgangspunktet at begge kjønn skulle være likt representert, det ble likevel bare en mann og syv kvinner. Det er derfor ikke gjort noe skille i forhold til dette i presentasjon av funnene, dette av hensyn til å bevare anonymitet.

Informasjon om prosjektet ble gitt ut skriftlig til avdelingsledere ved sengepostene ved medisinsk avdeling på HUS. Denne informasjonen ble levert ut til avdelingslederne av avdelingsleder ved den posten jeg selv jobber på. De ble oppfordret til å gi informasjon til sine ansatte og deretter ta kontakt med meg hvis det var interesse for å delta. Jeg fikk umiddelbar respons fra en avdeling, som hadde flere sykepleiere som var interessert. De andre postene måtte jeg purre på for å få deltakere.

## 4.6.2 Datainnsamling

Praktiske forhold:

Dette var en fase som krevde god planlegging. Målet var å disponere et rom under intervjuene som lå borte fra informantene sine avdelinger, slik at en i størst mulig grad kunne unngå forstyrrelser i form av telefoner eller kolleger som skal gi beskjeder o.l. Dette fikk jeg gjennomført slik at intervjuene har forgått på respondenten sin arbeidsplass, men på rom som har lagt i en annen etasje enn hvor sengepostene ligger. Intervjuene ble gjennomført i informantene sin arbeidstid.

I følge Malterud (2003) er det av betydning at deltakerne er godt informert om formål og opplegg. Deltakerne hadde derfor i forkant av møtet fått informasjon om studiet og samtykkeerklæring som de tok med underskrevet til intervjuet. At deltakerne var godt informert er etter mitt syn noe som hadde innvirkning på intervjuprosessen slik at det var lettere å holde fokus under intervjuet i forhold til tema.

Før selve intervjuet startet prøvde jeg å skape en god atmosfære, pratet litt generelt, tilbød kaffe eller annen drikk og en skål med noe godt i. Bevisst plassering av stoler og bord, slik at vi kunne ha øyekontakt og en slik nærhet at opptaket ble best mulig. Under intervjuene er det blitt brukt lydopptaker, slik at jeg har fått en riktig og god datasamling og har da i mindre grad behøvd å fokusere på å prøve å huske ulike utsagn, men i større grad hatt fokus på nonverbale utsagn og andre forhold som kan ha innvirkning på prosessen. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg), for på den måten å klare å holde fokus på tema. Når en ønsker å få vite noe en ikke visste fra før, eller å gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det i følge Malterud (2003) viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk. Dette er noe jeg har vært bevisst på under intervjuene. Denne guiden har ikke vært dominerende under intervjuene, men et hjelpemiddel. Det er i intervjuguiden, valgt å ha en åpen spørsmålsformulering. Når intervjuene har nærmet seg slutten har jeg sett på intervjuguiden for å sjekke at vi har berørt de aspekter i forhold til tema som var tenkt.

En kan få fram kreative ideer, engasjement, og rike nyanserte erfaringer og synspunkter ved å gi i oppgave å diskutere et fiktivt kasus (Halvorsen 2000). Jeg har derfor under intervjuene prøvd å få frem erfaringer og refleksjoner ved å introdusere en situasjon omkring tema, og det har vært med på å frambringe egne erfaringer hos informantene.

#### **4.6.3 Transkribering**

Transkriberingsarbeidet ble gjort av meg selv, slik at behandlingen av materialet i størst mulig grad har vært lik. Dette var et møysommelig arbeid, men det ga meg samtidig anledning til å gjennomgå materialet på nytt. Jeg var aktiv lyttende og kunne bruk god tid på å gjennomgå materialet. At jeg selv gjorde jobben med transkripsjon førte til at jeg fikk gjenoppleve erfaringen fra intervjusituasjonen og bli kjent med materialet fra en ny side. Det ble i første omgang transkribert ordrett. I følge Malterud (2003) kan en ordrett muntlighet gi leserne et annet bilde av samtalen enn det som samtalepartnerne hørte i situasjonen. Hun mener derfor at forskeren må være spesielt oppmerksom på risikoen for å latterliggjøre informantenes uttrykk når en tilstreber en mest mulig ordrett skriftliggjøring av en samtale. Teksten må derfor i noen grad redigeres under utskriften, men en må samtidig være bevist på at tekstens mening ikke forsvinner (Malterud 2003). Jeg har hatt som mål å være tro mot det opprinnelige materialet, men for å bedre lesbarheten har jeg i presentasjon av studiens funn noen steder måtte gjøre teksten mer «skriftlig».

#### **4.6.4 Etiske refleksjoner**

Forskningsetiske vurderinger:

Jeg var i starten av prosjektet i kontakt med Regional etisk komité (REK), og fikk tilbakemelding om at siden prosjektet ikke omhandler identifiserbare helseopplysninger fra informantene eller andre, men tar for seg sykepleiernes opplevelser i forbindelse med yrkesutøvelse vil ikke prosjektet være fremleggpliktig for REK.

Prosjektet ble meldt for Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og jeg fikk etter en tid tilbakemelding om at behandlingen av personopplysninger kunne settes i gang (se vedlegg 4).



Informasjon og spørsmål om godkjenning ble det søkt om hos leder ved medisinsk avdeling ved Haukeland universitets sykehus, og jeg fikk derfra godkjenning til å starte prosjektet (se vedlegg 5).

Deltakerne fikk før intervjuet informasjon om prosjektet og det ble undertegnet samtykkeerklæring (se vedlegg 2). Det var viktig at deltakerne fikk nok kjennskap til prosjektet, slik at de kunne avgjøre om de ønsket å delta eller ikke. Jeg informerte om anonymitet slik at deltakerne skulle føle seg trygg på at informasjonen de kom med blir behandlet konfidensielt. Respekten for informantene har vært grunnleggende i studien. Hvis jeg i etterkant av studiene kommer med overdrevne beskrivelser av deltakerne, kan det føre til at de føler seg stereotypisert på en respektløs måte (Malterud 2003).

Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter, og gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell. Det blir derfor spesielt viktig at deltakerne opplever tillit, respekt og at deres bidrag er av betydning. Å fortelle om faglige dilemma kan oppleves vanskelig (Malterud 2003).

#### **4.7 Pålitelighet og validitet**

Innenfor kvalitativ forskning kan en ikke snakke om statistisk generalisering, en er likevel ute etter systematisk og artikulert kunnskap om sammenhenger og en systematisk forståelse av interaksjoner og personers væremåte. En fordel kvalitativ forskning har er at den kan belyse fenomener og mening, sammenhenger, deres dybde og variasjonsbredde. Det som er felles for alle typer vitenskapstilnærming, er en systematisk frembringelse av kunnskap som kan artikuleres i språk og begreper (Nortvedt og Grimen 2004). I motsetning til et positivistisk vitenskapssyn har man i kvalitativ forskning et humanistisk syn hvor hver enkelt situasjon er unik og hvert fenomen har sin egen indre struktur og logikk.

##### **Intern validitet:**

For at den interne validitet / troverdighet skal ivaretas har jeg underveis måttet se på hvilken relevans de ulike deler i planen har for prosjektet, samt gjennomføring og analyse av studien. Jeg har stilt meg spørsmål om det for

eksempel er riktig metodisk å bruke en kvalitativ tilnærming med dybdeintervju som metode for å få belyst det fenomenet som er ønskelig? Etter mitt skjønn har metoden vært relevant.

Den interne validitet i denne studien styrkes av at jeg underveis i intervjuene har kunnet stille oppklarings spørsmål til informanten, for eksempel ”Når du sier det, betyr det...? ”eller” har jeg forstått deg riktig når du sier...?” Dette fremheves av Hounsgaard et al.( 2003) som en styrke til den interne validitet i denne metoden, hun kaller dette for en dialogisk validering, og mener at det vil styrke intersubjektiviteten mellom intervjuer og informant. Troverdigheten er styrket ved at en oppnår en god dynamikk i samhandlingen. Andre forhold som styrker den interne validiteten er at intervjuene er tatt opp på lydbånd.

Det er selvsagt viktig å få klargjort ulike fallgruver. Inklusjon og eksklusjonskriterier, vil kunne påvirke den interne og eksterne validitet. Validiteten styrkes også av at jeg har gjort rede for og klarer å håndtere min forforståelse, og er bevisst mine holdninger og faren for å påvirke deltakerne.

#### **Ekstern validitet:**

For å kunne si noe om studiens overførbarhet, den eksterne validiteten, må det klargjøres hvem resultatet av studien skal kunne overføres til. Jeg tar i denne studien for meg sykepleiere som jobber på sengeposter ved medisinsk avdeling i et somatisk sykehus. Slik jeg ser det er de data som fremkommer i denne studien relevant i forhold til problemstillingen som blir gjeldende for sengeposter ved medisinsk avdeling ved dette sykehuset. Ved at den interne validitet er ivaretatt, vil det øke overførbarheten til andre sykepleiere på HUS.

Ved andre sykehus kan det være andre variabler som influerer og man kan få svekket grad av overførbarhet. Likevel kan det gjennom prosjektet utvikles ny kunnskap som er av betydning for sykepleiere også på andre sykehus.

I følge Nord et al. (1998) er et vesentlig trekk ved denne type forskning mangelen på replikasjonsmuligheter. Mennesker, situasjoner, meninger og forskere forandres. Det betyr likevel ikke at den kunnskap som fremkommer har mindre verdi enn mer generaliserbare metoder (Nord et al. 1998).

At innsamlingen er gjort med en kvalitativ tilnærming, betyr at man baserer mye på empiri, og øker usikkerheten i forsøket på å produsere gyldig/sikker kunnskap. Desto mer materiale en samler inn, vil det føre til større variasjoner og at kompleksiteten blir større. Det er likevel en nødvendighet at systemer i samfunnet kan og bør forstås / studeres som en helhet (Wideberg 2001). Etter mitt syn vil en ved en kvalitativ tilnærming i større grad få tak i helheten. De kvalitative forskningsmetodene tilhører den hermeneutiske tradisjon. Den handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk (Malterud 2003). Det blir derfor spesielt viktig at min forforståelse blir klargjort og følger meg som en styrke gjennom prosjektet. I motsatt fall vil det være lite gyldighet og overførbarhet i kunnskapen som skal innhentes.

#### **4.8 Analyse av data**

Analysearbeidet startet allerede under intervjuene. Tilnærmingen har vært fenomenologisk-hermeneutisk. Lydopptak har blitt hørt på og reflektert over gjentatte ganger, det ble også under selve transkripsjonen gjort tolkning. At jeg gjorde transkripsjonen selv førte til at samtalene ble gjennomgått på nytt og jeg fikk anledning til å lytte. Det ble satt av tid etter hvert intervju, for å kunne som Kvale (2007) sier, sitte stille og rolig og tenke gjennom det som har kommet frem i løpet intervjuet, også den personlige interaksjonen. Dette har vist seg å være en verdifull praksis når transkripsjonene senere har blitt analysert.

Polit & Hungler (1999) vektlegger betydningen av å lese intervjuutskriftene flere ganger, for på den måten å finne mening og en dypere forståelse, dette har jeg gjort, noe som har vært svært tidkrevende men til stor nytte. Det har gitt meg mulighet til å reflektere over egne spørsmål og samhandlingen med informantene. Etter transkripsjon hadde jeg et materiale på 125 sider, og det ble derfor viktig å få en god oversikt. Det å ha et godt og effektivt kategorisystem har vært vektlagt. Hvis det ikke blir prioritert vil en som forsker ikke klare å identifisere og integrere viktige temaer på en adekvat måte (Polit & Hungler 1999).

I analysefasen har jeg benyttet Kvale (1997) sine tydelige beskrivelser av «seks trinn i analysen». Dette har vært hensiktsmessig og nyttig når Kvale for eksempel presiserer at analysefasen allerede starter i intervjusituasjonen.

Jeg har i analysen også vært inspirert og støttet meg til Malterud (2003) sine 5 trinn i analysen som representerer en modifisert framgangsmåte basert på Giorgi. I det følgende gjøres derfor en presentasjon av analysen etter transkripsjon: Etter transkripsjon ble intervjuene gjennomlest flere ganger. Jeg har hatt en fenomenologisk innstilthet, og tentativt lagt til side min forforståelse og teoretiske referanseramme. Målet på dette stadiet var å få et helhetsinntrykk, og jeg gjorde her som Malterud (2003) anbefaler, jeg motstod trangen til å systematisere. Når alt var ferdig lest, oppsummerte jeg inntrykk overfor meg selv, og spurte meg selv hvilke tema som skimtes.

I neste fase ble teksten lest på nytt, og meningsbærende enheter ble identifisert og klassifisert. Som hjelpemiddel brukte jeg fargekoder til å markere de foreløpige klassifikasjoner. Det ble her foretatt et valg om å eliminere den delen av intervjuet som gikk direkte på rapportsystemet på sykehuset (se intervjuguide). Dette grunngis i en oppdagelse av at det ble for omfattende å ta dette perspektivet med, men likevel en interessant vinkling som eventuelt kan sees på ved en annen anledning.

Deretter ble materialet dekontekstualisert og plassert innenfor valgte tema. Jeg var i denne fasen kritisk og eliminerte noe av materialet. Under dekontekstualiseringen ble alt materialet merket med hvor det er hentet fra (hvilket intervju og hvilken side). Analysen ble gjort på tvers av materialet (cross case analyse/temasentrert analyse). Tekst ble plassert i den «fargen» / det tema det syntes å passe inn i. Det dannet seg dermed et samlet bilde av alle informantene innenfor hvert tema.

Jeg måtte forut for identifisering av tema spørre meg selv om det var noen felles temaer/stikkord/begreper som svarene i intervjuene kunne sorteres etter. Når de meningsbærende enheter var systematisert var neste steg i denne fasen koding. I denne prosessen tilstrebet jeg å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene som har sammenheng med tema. Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektete tekstelementer og den teoretiske referanserammen.

I den fjerde fasen ble intervjuene gjennomlest på nytt, innenfor hvert tema og kode. Samtidig var det viktig i denne fasen å være klar over at tema ikke er atskilt fra hverandre, de berører også meningsdimensjoner i andre tema.

Det ble laget sammenfatninger til hver kode, og jeg presenterte sitater fra informantene for å eksemplifisere funn. Dette er en omfattende fase, fordi innhold i hvert tema leses svært nøye, for ikke å «miste» essensen.

En stor utfordring her har vært å være selektiv, samtidig som jeg ikke måtte «miste» de meningsbærende enheter.

I den femte fasen har jeg sett på resultatene i sammenheng med den opprinnelige teksten. Dette har til hensikt å kontrollere at ting blir presentert på en riktig måte når det i presentasjonen er tatt ut av sin opprinnelige kontekst, et ledd i validering av funnene (Malterud 2003).

I starten av analysearbeidet var utfordringen å finne et system i datamengden. Etter hvert ble det viktig å kjenne på dilemma mellom å gjøre materialet strukturert og samtidig beholde det verdifulle innholdet som empirien gir.

## 4.9 Oppsummering

Den metodiske fremgangsmåten har i dette kapitlet blitt presentert. Forhold som er av betydning når en anvender kvalitativ tilnærming og bruk av dybdeintervju har vært vektlagt. Funn i empirien er et resultat av analyse og metodisk tilnærming. Funnene vil derfor bli presentert i neste kapittel. Sitater blir presentert for å eksemplifisere informantenes opplevelser. Områder hvor jeg har klippet bort tekstbiter og flyttet tekst med likt meningsinnhold sammen er markert med (...)

## KAPITTEL 5. BESKRIVELSE AV FUNN

### 5.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres studiens funn. 7 informanter deltar, og det er deres opplevelser og erfaringer med forhåndsvurdering av HLR minus i praksis som er fokus. Bare sykepleiere er intervjuet, 6 kvinner og 1 mann. Det er ikke i beskrivelsen gjort noe som viser om det er mannlig eller kvinnelig sykepleier som deler sine erfaringer. Dette av hensyn til anonymisering. Sitater vil bli presentert som eksempler på studiens funn. Sist i kapitlet vil det bli presentert en fiktiv historie på bakgrunn av elementer i informantenes bidrag.

Alle informantene hadde mer enn 3 års erfaring ved medisinsk avdeling i somatisk sykehus. Analysen har ført frem til 3 hovedtema:

-PLIKT/LOVER

- KOMMUNIKASJON MED LEGE / HELSEPERSONELL

-KOMMUNIKASJON MED PASIENT / PÅRØRENDE

Disse hovedtema med dertil hørende underkategorier blir presentert i tabell 1 under. Disse tema og kategorier vil følges fortløpende i dette kapitelet.

<b>1) Plikt/lover</b>	<b>2) Kommunikasjon med lege / helsepersonell</b>	<b>3) Kommunikasjon med pasient / pårørende</b>
HLR minus, en legeavgjørelse	Kommunikasjon mellom sykepleier og lege	Å tilkjenne den vanskelige situasjonen.
Regler og lover er styrende for praksis	Kommunikasjon mellom sykepleiere	Hvordan informasjonen blir gitt.
Påføres pasienten lidelse?	Forskjellen på legens og sykepleiernes vurderinger av HLR minus	Å snakke med pasient og/eller pårørende før en eventuell innleggelse.
	Standardiserte sykepleie – prosedyrer	Avslutningen bærer pårørende med seg hele livet.
	Informasjon mellom ulike instanser	Stort fokus på medisinsk behandling.

*Tabell 1. Hovedtema med underkategorier som representerer studiens funn*

## 5.2 Plikt/ Lover

Det ble reflektert en del rundt fordeling av ansvar i relasjon til forhåndsvurdering av HLR minus, og hvordan en som sykepleier forholder seg til dette regelverket, samt hvilke konsekvenser regelverket gir pasienten. Hva som er ens moralske ansvar og hva en opplever som ens plikt er to potensielle motsetninger som kom til uttrykk.

### **HLR minus, en legeavgjørelse.**

Informantene fremhevet at vedtak om HLR minus var en legeavgjørelse, men det var en avgjørelse som krevde aktive sykepleiere. Uten observante og engasjerte sykepleiere var det ofte en problemstilling som ikke ble tatt opp. Det er en lite ønsket situasjon for sykepleier å stå i en akutt situasjon og vurdere om gjenoppliving skal startes eller ikke. Dette var en medvirkende årsak til at en aktivt prøvde å få en avklaring omkring problematikken før noe slikt inntraff. At jussen legger føringer for praksis er med på å påvirke sykepleieren. En uttrykte sin oppfatning slik:

*Hvis det har vært tatt opp at her skal vi gjenopplive, og da stå inne hos pasienten med armene i kors og ikke gjenopplive. Jeg tror ikke det er mange som vil gjøre det. For da vil noen si at da har du ikke gjort jobben din, for du har fått beskjed om å gjøre det. Så vil kanskje sykepleieren si at jo jeg har gjort jobben min, for jeg har gjort det som er best for pasienten. Og da er det jo liksom sånn rettssak neste, og det blir jo vanskelig.*

Dette sitatet viser en situasjon hvor lege har vurdert at pasienten skal ha HLR, men at sykepleier kan være uenig i denne avgjørelsen. Det ble hevdet at i mange situasjoner er problemet at det faktisk ikke er diskutert eller vurdert noe i forhold til HLR, og at situasjonen da oppleves annerledes, det kommer da et større moment av usikkerhet inn i bildet i forhold til hva som er «riktig» i situasjonen. Da kan situasjonen være at HLR minus burde ha vært beordret,

men at tema simpelthen ikke er blitt diskutert. Slike situasjoner vil unngås, og sykepleierne føler derfor et ansvar for at tema blir diskutert.

Flere fortalte at de opplevde at det var høy terskel for å fatte vedtak om HLR minus. Det var erfaringer hvor det ble startet gjenoppliving selv med lege tilstedet, og dette på tross av at det opplevdes uverdig.

*... selv når vi har lege der, så startes det.(...) det sitter så hardt i, at en skal gjøre alt. Man kan tenke i ettertid at det ikke burde vært gjort.*

Årsaker for at det kunne oppleves uverdig var at pasienten var svært gammel og for dårlig til å klare å være i livet. Det var også noen som fortalte om mellomløsninger på HLR minus og HLR:

*Det er ofte legen har sagt at jeg kanskje skal prøve med 2-3 minutter gjenoppliving. Da har jeg jo fulgt det, selvfølgelig.*

Slike føringer ble beskrevet som lite tilfredsstillende, og vanskelig å akseptere. Det var ikke noen norm for at sykepleierne i en akutt situasjon kunne vurdere og ta beslutning om HLR minus.

### **Regler og lover er styrende for praksis:**

Det kom tydelig frem i intervjuene at informantene var opptatt av plikt. Hvis ikke det stod HLR minus på kurve eller journal, måtte det startes gjenoppliving, selv om sykepleier selv mange ganger mente at det ikke var riktig. En av sykepleierne fortalte om følgende erfaring:

*Da jeg var nyutdannet var jeg i en slik situasjon, to ganger. Da var det bare å hoppe opp i sengen og ringe i snoren. Jeg visste at det ikke var satt HLR minus, og samtidig visste jeg at pasienten var 90 år i begge tilfeller. (..)så kom legen og bare sa stopp, stopp med en gang. Da var det plikten, altså pliktetikken som styrte veldig.*



Hun forteller videre at dette var to erfaringer hvor begge tilfellene kunne vært vurdert i forhold til HLR minus i forkant og en hadde unngått denne avslutningen.

Det var også en tendens til irritasjon mot legene hvis de ikke så at pasienten var i en slik forfatning at det måtte vurderes å ta stilling til dette vanskelige dilemma. Det var noen situasjoner hvor sykepleieren ville hatt store problemer med å starte gjenopplivning. Hovedårsak til denne problematikken var den uverdigheten det ville påføre pasienten ved å utføre gjenoppliving. En av informantene beskrev en slik situasjon hvor hun mente det ville være vanskelig å gjennomføre HLR:

*Jeg visste jo at han var så dårlig at dette her går ikke bra i det hele tatt, men jeg følte at legen ikke tok sitt ansvar (...) jeg kjente jo at jeg ble litt irritert på han, når han ikke klarte å se at pasienten var såpass dårlig som han var. Akkurat i det tilfelle, hadde han fått en stans da, så hadde jeg hatt store problemer med å starte tror jeg. Men jeg hadde nok gjort det, siden det ikke stod HLR minus.*

### **Påføres pasienten lidelse?**

At en som helsepersonell er med på å påføre pasienten lidelse er en erkjennelse som kan være vanskelig å vedkjenne seg. Det kom likevel frem at dette faktisk kan være konsekvensen i slike dilemma som HLR minus medfører.

Sykepleierne ser at pasienten i noen situasjoner hvor det ikke er tatt stilling til HLR minus blir påført ekstra lidelse. Dette var situasjoner en anså som svært lite verdig og ønsket å unngå, samtidig ses det også at ressursene i en slik sammenheng blir disponert «feil». En av informantene delte følgende erfaring som eksemplifiserer problematikken:

*Vi hadde en pasient, han hadde virkelig langtkommet kreft, han ble overflyttet til en annen post og der fikk han hjertestans. Så gjenopplivet de han, så sendte de han på intensiven og der fikk han respirasjonsstans og til slutt lå han der i 1 måned. Han hadde dødd uansett. I stedet for å la han sovne inn når familien var tilstede, rolig og fredelig, så i stedet var familien der hver dag på intensiven, (...) hadde det vært min far*

*eller mor, så hadde jeg sagt vær så snill, la det gå sin gang. (...) Det er jo litt stygt å si men, det er jo mye ressurser i den tiden.*

Det å se at en faktisk påfører pasienten lidelse, angis som en viktig faktor for å få situasjonen avklart med lege. At dette er et tema som blir diskutert og vurdert, slik at en i fellesskap kan ha en faglig forsvarlig tanke bak situasjonen var ønskelig. Selv om det er legen som har ansvar for å fatte vedtak, anså sykepleierne det som sitt problemområde. En sa det slik:

*Det er jo vi som står der hvis pasienten stanser. Så det er jo vårt problem. Det er jo mange vi tenker skulle fått fred, men så skal vi likevel stå og gjenopplive dem, eller behandle dem til siste slutt.*

Ambivalens oppleves også i forhold til det informantene lærte i grunnutdanningen på sykepleien. En ser at plikten til å redde liv går på bekostning av å gi pasienten en verdig avslutning på livet. I ytterste konsekvens er en som sykepleier delaktig i denne lite verdige avslutningen, og det oppleves lite tilfredsstillende. En beskrev sitt syn slik:

*En gang er det slutt, og har de et kjempedårlig hjerte, så hva vekker du de opp til igjen? det er liksom det at de skal få dø en gang. (...) Det er uverdige, ja nå pågår ikke gjenopplivingen så lenge når du ser at det (...) det er veldig synd, at gamle må gjennom den belastningen. Jeg vet ikke hva jeg tenker men det er jo fortvilende, en fortvilende situasjon.*

Det fortelles at det mange ganger ikke er et reelt håp om å få liv i personen igjen. Pasienten kan ha lagt lenge dø i sengen før han blir tilsett av helsepersonell, og da før en eventuell stans blir oppdaget. Det reflekteres over kontrasten i avslutningen på livet for et gammelt menneske når systemet på sykehuset er slik at du må ha et vedtak om HLR minus for å «få lov» til å dø. Det kan utarte seg slik som en av informantene viser her:

*Å få stans på sykehuset er det verste stedet du kan få stans. (...) Spesielt på natten hvis det bare er 2 stykker på jobb, og masse å gjøre. (...) da*

*kan han ha lagt der 1 time også, så setter du i gang med full gjenoppliving, og anestesien ser jo at han kanskje har lagt ganske lenge, så de avslutter jo ganske fort.*

## **5.2 Kommunikasjon med lege/ helsepersonell**

Kommunikasjon mellom sykepleiere, og mellom sykepleiere og lege er en viktig del av den daglige drift på sykehuset. Sykepleierne opplevde at det ofte var deres ansvar å bringe tema om HLR minus opp til diskusjon. Det ble ved noen anledninger møtt med enighet og handlingskraft, mens det andre ganger opplevdes å bli feid under teppet. Dette ga sykepleierne en følelse av irritasjon og oppgitthet. Sykepleierne mente det var av stor betydning å kunne diskutere etisk vanskelige situasjoner sammen med sine likesinnede. Selve kommunikasjonen ble fremhevet som et viktig verktøy for helsearbeiderne. Det var likevel mange utfordringer knyttet til kommunikasjon i denne sammenheng når det gjelder forhåndsvurderinger av HLR minus.

### **Kommunikasjon mellom sykepleier og lege.**

Samtlige av informantene opplevde at det ofte var de som tok opp diskusjonen rundt HLR minus med lege. Det kunne også hende at lege brakte tema på banen, selv om det ikke var vanlig. Det var sjeldent at legen oppfattet tilstanden hos pasienten annerledes enn sykepleieren, men ønsket likevel oftere å se situasjonen litt mer an, før en bestemte seg for vedtak om HLR minus. Denne prosessen med «å se situasjonen an», mente flere av informantene varte for lenge, og det var en opplevelse av at legen gjentatte ganger måtte «mases» på.

Sykepleierne opplevde at det var store forskjeller fra lege til lege hvordan de «tok i mot» denne diskusjonen om forhåndsvurdering av HLR minus. Følgende sitat eksemplifiserer dette:

*En lege vi hadde, han hadde dette utrolige nære forholdet til livet og til døden. Han gikk veldig godt inn i den enkelte situasjonen, og du behøvde ikke mase.*

Det var ønskelig at flere kunne ha denne innstiltheten.

Det kunne i noen situasjoner være slitsomt og krevende å være den personen som måtte bringe temaet på banen, men informantene mente det var en styrke at man som sykepleier hadde litt erfaring når tema ble tatt opp til diskusjon, det ble antatt at det noen ganger kunne påvirke legene i hvor lydhør de var. Når en tok opp dette tema var det viktig at en som sykepleier hadde tenkt gjennom hvorfor en mente det burde vært vurdert HLR minus. En sa det slik:

*Jeg har jobbet så lenge at jeg skriker meg til litt respekt (latter), men jeg opplever ofte at de hører på meg. Men jeg hører mange som ikke får den tilbakemeldingen, og det er jo selvfølgelig noe med at de kanskje ikke har tiltro til den unge sykepleieren. Jeg må ha tenkt godt gjennom og argumentere godt for meg. (...) Hvis pasienten kommer fra akuttmottak eller intensiv og noen har satt dem på HLR minus der, da er det helt greit. Da føres det bare videre, men hvis de skal vurdere det selv, da er det vanskeligere.*

Det ble fortalt om erfaringer hvor sykepleieren har fått til «den gode samtalen» med pasienten, hvor en har snakket om livet, døden og pasientens tanker omkring dette. Problemet var noen ganger at når pasienten sine ønsker ble videreformidlet til lege var det ikke alltid at en godtok pasienten sine utsagn. Det kunne begrunnes med medisinske forklaringer, for eksempel at pasienten er dehydrert, dement eller andre ting, og dermed «ikke vet» hva han sier. Like fullt mener informantene at pasienten sine utspill må tas på alvor og sykepleier er i denne sammenhengen ofte pasientene sitt talerør. Det at døden er uunngåelig, er noe som ifølge sykepleierne i større grad må aksepteres blant helsepersonell i somatisk sykehus. Utfordringen blir å gjøre avslutningen så god som mulig. Når gamle mennesker legges inn på sykehus settes det store ressurser inn for å redde dem, og ofte er pasienten svært dårlig før sykepleieren tar tema om HLR minus opp med lege.

Ved noen anledninger er det satset mye ressurser på behandling, det blir dermed ofte vanskelig å ta beslutning om å avslutte. Kommunikasjonen mellom sykepleier og lege blir gjerne vanskeliggjort i slike situasjoner, fordi en gjerne har ulike «briller» på når en vurderer totalsituasjonen.

En hadde følgende erfaring:

*Legen ville ikke ta stilling til HLR minus, for det var gjort så mye, det var satset så mye. Det var snakk om millionbeløp, over så lang tid. Flere av oss sykepleiere tok det opp gjentatte ganger. Nei, nei det var ingen ting å diskutere, det er HLR pluss. Pasienten fikk hjertestans på en dagvakt og det ble iverksatt tiltak og hjertet begynte å slå igjen. Da var legen inne og satte HLR minus etter den episoden, og pasienten døde dagen etter. I denne situasjonen var det et sterkt ønske, særlig fra pårørende om fortsatt liv og det var jo satset store, store ressurser hele veien.*

Det blir hevdet at pårørende er ulik i hvordan de håndterer slike situasjoner. Noen vil bevare sine kjære for enhver pris, mens andre ønsker at pasienten ikke skal utsettes for unødig lidelse. Sykepleierne viste stor grad av refleksjon rundt de ulike perspektivene som en har i de ulike rollene. Det ble påpekt at disse forskjellige rollene kunne være en viktig faktor for at kommunikasjonen ble utfordrende.

### **Kommunikasjon mellom sykepleiere**

Informantene forteller at sykepleiegruppen som oftest er enige i situasjoner hvor det vurderes eller bør vurderes HLR minus. De opptrer også støttende og gir hverandre råd i vanskelig situasjoner. Det vies en spesiell oppmerksomhet til nyutdannede, fordi dette er et tema som erfares i praksis og er vanskelig å lære i løpet av årene på sykepleiehøyskolen.

Diskusjoner rundt forhåndsvurdering av HLR minus var noe som opplevdes som svært nyttig å reflektere over i fellesskap, men det ble i liten grad lagt til rette for felles faglige diskusjoner omkring dette tema. Det ble likevel i enkelt saker skapt rom for diskusjon. Det ble foretatt betraktninger om fremtiden og det faktum at det vil være mange flere eldre i tiden som kommer. En sa det slik:

*Det er mer sånn at vi står på vaktrommet, og snakker om det hvis problemstillingen er på post.(...) Men det er noe vi egentlig trenger å*

*diskutere mer. Nå når eldrebølgen kommer, i forhold til alt det etiske som da også vil komme.*

Det ble hevdet at utfordringen og behovet for en faglig arena for sykepleieren omkring tema blir mer og mer sentralt, og at det i praksis i større grad bør tilrettelegges for dette.

### **Forskjellen på legens og sykepleiernes vurderinger av HLR minus**

Disse yrkesgruppene ble hevdet å ha ulik forankring og dermed ulikt utgangspunktet for vurdering av HLR minus. Samvær og nærheten til pasienten er forskjellig. Det at sykepleieren i sin utdanning har omsorg som fag kom fram som faktorer som kunne være av betydning når en i noen situasjoner tenker ulikt omkring livet og døden. Hvem som har det endelige ansvaret for vedtaket om HLR minus har også betydning for hvordan en tenker om situasjonen. Det var en tendens til at noen av informantene opplevde at sykepleierne ofte ønsket en raskere beslutning omkring disse vurderingene enn legen:

*De (legene) vil gi det en lenger sjanse hvis det er en behandling som foregår, men det er jo ikke det at behandlingen skal avsluttes selv om det står HLR minus. Jeg opplever at legene er mye reddere for å stå i den der liv - død situasjonen (...) jeg tror det handler om at vi har omsorg som fag i utdanningen vår.*

Selv om sykepleier og lege i utgangspunktet kan vurderer situasjonen ulikt, så vises det en tendens til at det er av stor betydning at sykepleieren engasjerer seg og formidler sin oppfatning av situasjonen. Det var en oppfatning av at når sykepleierne tok opp dette tema, så var det en prosess som ble satt i gang. Sykepleierne så på seg selv som et viktig bindeledd mellom de ulike parter og var ofte de som fikk pårørende inn på «banen». Det vanskeligste for sykepleierne i denne sammenheng var når legen tilsynelatende ikke ønsket å ta ansvar for situasjonen. Det kunne være ulike oppfatninger av hva som kunne være årsak til en slik ansvarsfraskrivelse. En sa som følger:

*Det er jo ofte mange leger som bare har en vakt innom på posten, og føler gjerne at han ikke vil stå for det ansvaret, den korte tiden han er der.*

Dette var sykepleierne veldig bevisst, så de prøvde etter beste evne å få legen til å ta beslutninger på dagtid når det var kjente leger på post.

### **Standardiserte sykepleieprosedyrer**

Informantene mente at selve vedtaket om HLR minus var store avgjørelser som legen burde ta. Det var likevel ønskelig at det i større grad måtte være et tema for diskusjon i hverdagen:

*Det kunne i alle fall vært snakket mer om det når vi har møter, postmøter for eksempel (...) vi kunne lagt frem våre tanker, og hvordan vi opplever det (...) Nå er det liksom bare fra case til case.*

Det var likevel en tendens mot at dette var et tema som var vanskelig å legge i inn i standardiserte prosedyrer. Det ble av en av informantene gjort sammenlikninger med andre avdelinger som for eksempel kreft, hvor det var erfaringer på at de hadde et mer naturlig forhold til det å snakke med pasienten om livet og døden:

*Når det er folk som har kreft, da har vi en profesjonell kreftsykepleier som snakker med pasienten, og er opplært til det (...) Skulle det på andre avdelinger vært noe tilsvarende, en spesialutdannet, som tar opp sånne ting med eldre (...) en ressursgruppe, da tror jeg vi skulle klart å få til noe mer enn det vi har gjort i dag.*

Det å se hver pasient som unik og vurdere hver enkelt individuelt, kom fram som en vanlig standard i praksis. Alder alene var ikke nok grunnlag for å vurdere HLR minus, men likevel betydde den noe. Ofte var sykehistorien viktigst. Det var flere som hadde erfaring med at HLR minus - diskusjonen ble tatt i forhold til middelaldrende, og det gjaldt særlig pasienter med lang

sykehistorie og kroniske sykdommer, som i utgangspunktet hadde dårlig prognose. En uttalte sitt syn slik:

*Selvfølgelig har alder betydning, men hvis jeg tenker på kronikerne våre så er det er jo ofte 50 åringer som har vært gjennom utrolig mye og masse komplikasjoner. Så det er like gjerne de vi tar opp, for nå har de vært gjennom nok.(...) Jeg tror det er vanskeligere for legene å sette HLR minus på yngre pasienter.*

Et bevisst samfunnsøkonomisk perspektiv på vurdering av HLR minus ble avkreftet. Det ble hos noen likevel reflektert over ressursbruken på sykehuset. Stansteamet blir tilkalt ved akutt behov, når det er hjertestans, selv på svært gamle og syke pasienter. Flere mente at ressursene internt ble brukt feil, når en brukte det hos personer som en subjektivt sett mente burde få slippe å bli utsatt for den belastningen som en gjenoppliving medfører.

### **Informasjon mellom ulike instanser**

Det blir under intervjuene reflektert over fordelene med større flyt av informasjon, ved for eksempel å ha samme datasystem på sykehjem, hjemmesykepleien, eventuelt fastlegen og sykehusene. Det ble gjort tanker om at det i større grad ville ført til at helsepersonell lettere kunne orientere seg om pasienten sin syke- og livshistorie, og at han ikke blir utsatt for unødvendig lidelse både når det gjelder utredning, behandling og uverdigg død:

*Her på sykehuset begynner man egentlig på scratch (...) De kommer inn som ny pasient, og vi sitter der, og vet ikke hvilken vei en skal holde arket en gang, det er bare noen kråketegn fra akuttmottak. (...)en eller annen gang ut på dagen, når vi får tid å ringe til sykehjemmet, og der kommer du jo ikke gjennom (...) det er veldig mye tid som går før du får den nødvendige informasjonen om pasienten, så det å samkjøre datasystemet hadde jo vært det optimale selvfølgelig.*



### 5.3 Kommunikasjon med pasient / pårørende

Informantene var enige om at informasjon til pasient og pårørende er viktig, og kommunikasjon ble betraktet som et svært nyttig verktøy som blir brukt i deres daglige virke ovenfor pasient og pårørende. Det var av stor betydning hvordan informasjon / forespørsel om HLR minus ble gitt. Sykepleierne opplevde situasjonen som lite tilfredsstillende hvis en overlot beslutninger om HLR minus fullstendig til pasient eller pårørende. Det medførte en del utfordringer knyttet til kommunikasjonen når det er HLR minus som er tema.

#### Å tilkjennegi den vanskelige situasjonen

Å kunne imøtekomme pasient og pårørende og klare å se situasjonen fra deres ståsted, ble fremhevet som betydningsfullt.

Det at pårørende i mange sammenhenger blir pålagt stor grad av beslutningsansvar kan i følge informantene i noen situasjoner føre til at helsepersonell må handle på tvers av det som oppleves som etisk riktig i situasjonen. Det kan være situasjoner hvor verken pårørende eller pasient vil gi tapt. De vil være i livet. Det var en tendens til at det kunne bli førende for om det ble fattet vedtak om HLR minus eller ikke.

Informantene opplevde at en del pårørende er blitt mer bevisst på sine rettigheter og stiller dermed en del mer krav enn tidligere, dette øker også viktigheten av at pårørende erfarer at de blir «hørt». Selve samtalen om HLR minus er det legen sitt ansvar å gjennomføre, men det er ofte at sykepleieren på en naturlig måte får en dialog med pårørende om pasientens liv og tanker om døden. En sa det slik:

*Vi hører jo ofte med dem når de er på besøk, hva tenker dere, har han fått nok, eller vet dere om han selv har et ønske om å leve videre.*

Det fremkom som en forutsetning at en hadde en åpen og nær relasjon til pasient og pårørende, for å oppnå en god kommunikasjon.

### **Hvordan informasjonen blir gitt.**

Erfaringene var at legen vanligvis ønsket å få pasient eller pårørende sin «godkjenning» før det ble fattet vedtak om HLR minus. I første omgang var det vanlig å forholde seg til pasienten, men hvis en vurderte pasienten for syk til å kunne være med å ta stilling til et slikt vedtak var det vanlig å snakke med pårørende. Informantene erfarte at det ofte opplevdes vanskelig for pårørende. Flere av informantene trakk frem at selve begrepet HLR minus var noe som ikke var allment kjent, og at det derfor var viktig hvordan en ordlegger seg når en tar opp dette tema. Ved å informere om tema mer generelt i samfunnet, ville det trolig være lettere å kommunisere om HLR minus, samt å ta stilling til det sammen med pasienter. Uoppfordret sammenlignet flere av informantene problematikken når det gjelder kommunikasjon rundt HLR minus med kommunikasjon om organdonasjon:

*Det med donasjon er jo noe som folk har blitt kjent med gjennom at det har vært mye snakk om det i media (...) Pårørende står gjerne opp i situasjoner og må ta avgjørelser. Det er på en måte litt sånn med HLR minus også.(...) HLR minus kan jo være et begrep mange ikke vet eksisterer engang.*

Hvordan en kommuniserer med pasient eller pårørende om HLR minus bar preg av å være personavhengig, det var ikke noe felles norm på hvordan en kommuniserte rundt dette. Det ble i denne sammenheng også reflektert over at det kan være en belastning for pasient og pårørende å ta stilling til HLR minus. De kan være i krise, og for noen er det mer enn nok å forholde seg til at deres nærmeste er blitt alvorlig syk.

Flere av informantene opplevde at pasientene ikke alltid forstod hva de var blitt spurt om når legen hadde diskutert HLR minus med pasienten. Dette ga gjerne pasienten uttrykk for til sykepleieren. En av informantene uttrykte sin frustrasjon på denne måten:

*Pasienten skal spørres, «vil du det, vil du det, vil du det». De blir jo helt sliten de ligger der, og skal svare og svare, og når legen går så ligger de og tenker, «svarte jeg rett, gjorde jeg rett nå». Jeg synes også det å*

*gi pårørende den tilleggsbøren, når de har en alvorlig syk pårørende, så i tillegg måtte stå og tenke på om de har gjort det rette der.*

Flere av informantene forteller om erfaringer hvor pasienten selv gir uttrykk for at de ønsker å prate om døden. Årsaken til at helsepersonell ikke alltid griper disse mulighetene ble begrunnet blant annet med tidspress og mye ansvar. Noen ganger kommer i tillegg appellen fra pasienten overraskende på sykepleieren, eller at det kan være uavklarte ting en sliter med selv i forhold til tanker om døden. Det ble under intervjuene uttrykt bekymring for at en ikke var gode nok til å ta inn over seg pasientens sine signaler når det blir uttrykt ønske om å prate om døden:

*Vi mister noen sjanser til både å høre om de er redd for å dø, og for å snakke om det å dø. Når de gir oss sånne "gavepakker" som det der, så kan du også snakke om hvordan de har hatt det bakover i tid. For da er de veldig sånn, «Jeg forsoner meg med at jeg skal dø, men jeg må snakke om det», og da er det ofte lett å snakke om det.*

Sykepleierne så på seg selv som en kommunikasjonshjelp mellom pasient, pårørende og lege:

*... man kan være en sånn sykepleier som tilrettelegger når legen er med inn til pasienten, for eksempel: «vi snakket om noe i sted, var det noe du ville ta opp med legen», Prøve å tilrettelegge for pasienten hvis det er vanskelig.*

Flere av sykepleierne mente at de fysiske forholdene i sykehuset, som lite tilgjengelige samtalerom vanskeliggjorde situasjonen med kommunikasjon. De fleste pasienter ligger på flersengsrom. Det var også erfaringer hvor legen fattet beslutningen uten å konferere med hverken pasient eller pårørende.

Erfaringen viste at det er store forskjeller på hvor deltakende pårørende ønsker å være i prosessen med HLR minus. En beskrev sin opplevelse av relasjon til pårørende slik:

*Jeg prøver å tenke at det kunne vært en av mine egne.(...) Noen pårørende vil smelle i bordet og si at dere må gjøre alt for enhver pris*

*og da er det ikke sånn at det skal være avgjørende, men det mennesket sier noe som vi må ta på alvor.(...) en må ha såpass mye empati at en ser at andre kan tenke annerledes enn en selv.*

### **Å snakke med pasient og/eller pårørende før en eventuell innleggelse.**

Informantene mente at vurderinger om HLR minus i mange tilfeller burde vært diskutert med pasienten på et langt tidligere tidspunkt, og da helst før sykehusinnleggelse. Dette burde ha vært et tema som var mer naturlig å snakke om på sykehjem, i hjemmesykepleien, og hos fastlegen. Når noen kjenner personen godt blir det en annen tilnærming til et slikt spørsmål, enn om en får det i forbindelse med sykehusinnleggelse, med mange ukjente mennesker rundt seg. Når det ikke er foretatt vurderinger om HLR minus på syke gamle mennesker, fører det til at det blir mye usikkerhet rundt en eventuell stanssituasjon. Følgende historie fra en av informantene viser hva som kan utspille seg:

*Det var en av våre gamle pasienter og han var jo, ja livstrett. Det var ikke tatt stilling til HLR minus, og han får hjertestans. Så jeg løper etter legen som kjenner ham godt. Han kommer, og legen sier han skulle vært HLR minus før vi begynner, men likevel forsøkte vi (siden det ikke var vurdert), og anestesi kom, voldsomt med folk. Anestesi og legen prøvde, men etter en stund sa legen, nei vi bare avslutter. Det ble en voldsom prosess. Pårørende ble omtrent kastet ut av rommet. Og pasienten lå på bekken, og av med bekken, og fram og tilbake (...).Pårørende hylgren.*

Dette er situasjoner som sykepleierne ønsker å unngå, og ser derfor betydningen av at det er et problemområde som det må tas hensyn til i tide, det vil si før hjertestans inntreffer.

Flere av informantene hadde erfaring med at mange gamle som ble innlagt var så dårlig at de etter deres oppfatning ikke skulle vært innlagt på sykehus, de skulle heller fått avsluttet sine siste dager på sykehjemmet. At det skjer innleggelser som ikke burde forekomme var en konsekvens av at tema var underkommunisert. Det kom fram flere mulige årsaker til dette, det kunne være

lite fagpersonell på sykehjemmet, mange vikarer og redsel for å påføre pasienten bekymringer. Noen ganger ble pasienter sendt tilbake til sykehjemmet slik at han / hun skulle få dø i kjente omgivelse.

Det ble av en fortalt om en pasient som ble innlagt på sykehus, og fikk full behandling, selv om pasienten på et tidligere tidspunkt hadde ytret ønske om at hun ikke ville innlegges i sykehus ved akutt sykdom eller ha gjenoppliving ved hjertestans:

*Hun fikk full behandling og... pårørende likte det ikke, men likevel hadde legen begynt behandling og da. Det stod tydelig i papirene hennes, men det var en pleier på sykehjemmet som ikke kjente pasienten så godt som hadde lagt henne inn. Hun ville kanskje ha dødd uten behandling, hun hadde jo en infeksjon. Lungebetennelse. De skal jo dø av en ting, sånn tenker jeg. Det skal utsettes og utsettes.*

Det var derfor et sterkt ønske at en i større grad måtte diskutere med pasienten hva de tenker om sykehusinnleggelse og HLR minus før en eventuell akutt tilstand inntreffer, og at dette ble overholdt og respektert.

### **Avslutningen bærer pårørende med seg hele livet.**

Informantene påpeker viktigheten av at en ikke glemmer at pårørende bærer den siste tiden med pasienten med seg gjennom resten av livet. Hvis pårørende ikke var til stede da pasienten døde, lurer de gjerne på hvordan avslutningen var. Det er av betydning at sykepleieren har empati og kan se at pasienten er noen sin søster eller bror, mor eller far. En sykepleier hadde følgende tanker omkring dette:

*Døden gjelder ikke bare den som dør, men det er dette å få døden til å være god og riktig for de som skal leve videre også, det er mitt mål.*

Når pårørende i etterkant spør hvordan avslutningen var, mente flere av informantene at en måtte være ærlig ovenfor pårørende og fortelle at en hadde prøvd å redde personen ved gjenoppliving.

*... på den ene siden har en lyst å lyve og fortelle at vi kom inn og hun sovnet inn fredelig, men på den annen siden må du informere om at pasienten ble funnet på rommet, vi prøvde med gjenoppliving og det ble prøvd med alt som var medisinsk mulig.*

Flere av informantene hadde opplevelser som viste at noen pårørende ble overrasket over at det var vanlig å starte med gjenoppliving på syke, gamle mennesker.

### **Stort fokus på medisinsk behandling.**

Informantene hevdet at det i sykehus var stort fokus på behandling, og at det i et slikt miljø er vanskelig å få endret fokus. For noen pasienter hadde det beste vært å få slippe, for andre kan det være riktig å prøve behandling, men likevel ha vedtak om HLR minus. Det ble også trukket fram at en i større grad må være lydhøre overfor pasienten sine anskuelser om videre utredning eller behandling.

Med økte muligheter innenfor den medisinske teknologi kom det fram at det ble desto viktigere å overveie hensikten med de ulike undersøkelser. Det ble fortalt at det ofte blir gjort vedtak om HLR minus i forbindelse med at annen behandling seponeres. Det ble i denne sammenhengen påpekt at HLR minus ikke betyr at behandling skal avsluttes. Det ble hos flere artikulert ønske om at en i større grad kunne fatte vedtak om HLR minus, men at pasienten likevel mottar behandling.

## **5.4 Oppsummering**

I dette kapittelet har jeg beskrevet de funn som har kommet frem i denne studien. Dybdeintervju av syv sykepleiere fra medisinsk avdeling har ført til at erfaringer omkring forhåndsvurdering av HLR minus har blitt belyst.

Informantene har delt opplevelser som sykepleierne i sin praksis besitter.

Tema som omhandler plikt / lover ble løftet frem, fordi det var noe som var svært styrende for sykepleierne i sin praksis. Plikt og lover var det informantene måtte forholde seg til i en travel hverdag, når det ikke ble tatt stilling til HLR minus. Det vil si at det ved en hjertestans ble startet

gjenoppliving, hvis det ikke var tatt stilling til HLR minus. Dette var ikke noe en gjorde ureflektert, og det var derfor en lite ønsket situasjon å være i. Det å stå alene og vurdere om pasienten skal gjenopplives eller ikke var en situasjon som opplevdes svært vanskelig, og slike situasjoner ville unngås.

Andre hovedtema er kommunikasjon med lege / helsepersonell. Dette var et område som informantene opplevde var utfordrende og vanskelig, men samtidig et sted de hadde mulighet til å påvirke situasjonen ved å ta tema opp med lege. Det var ønskelig med et faglig forum for å diskutere dette tema med annet helsepersonell. Kommunikasjon mellom fagpersonell ble ansett som svært viktig, da det ble vanskelig å lage standardiserte sykepleieprosedyrer i forhold til HLR minus. Det var ønskelig med større flyt av informasjon mellom ulike instanser, for eksempel ved pasientinnleggelse fra sykehjem.

Det siste tema som ble belyst omhandlet kommunikasjon med pasient / pårørende. Det var også atskillige utfordringer rundt dette. Empati og tilpasningsdyktighet til hvert unike individ ble tillagt stor betydning. Normen i sykehuset var at det skulle konfereres med pasient eller pårørende før det ble fattet vedtak om HLR minus, men dette ga også grunnlag for en del utfordringer. Det kom da frem at kommunikasjon om HLR minus med gamle kunne med fordel vært diskutert før akutt sykdom inntraff og før innleggelse i sykehus.

Det blir i det følgende presentert en fiktiv historie, som er konstruert på bakgrunn av funn i studien, som i det foregående har blitt presentert. Denne fortellingen vil være utgangspunkt i neste kapittel hvor studiens funn drøftes i forhold til den tidligere presenterte teori.

### Nattevakt:

*Det er to sykepleiere på jobb. Avdelingen er fylt opp med pasienter. Vi befinner oss på en medisinsk sengepost i et somatisk sykehus. Hver pasient er forskjellig med sin egen livshistorie og sykehistorie*

*Sykepleierne haster fra rom til rom. Det er 2 enerom i avdelingen. Disse er forbeholdt pasienter som er alvorlig syke, er døende, har smitte, eller som må skjermes av andre grunner.*

*Det er ankommet en ny pasient til avdelingen i vaktskiftet (til natten).*

*Det er en mann på 91 år, som kommer fra sykehjem. Han er innlagt med spørsmål om lungebetennelse, nedsatt almenntilstand, og har ikke fått i seg noe særlig å spise eller drikke den siste uken. Han blir lagt på enerom, da det ikke er andre rom ledig.*

*Pasienten er akkurat kommet til avdelingen da nattevakten begynner på jobb. Han har vært en snartur innom akuttmottak. Der ble han tilsett av lege, som da ordinerte blodprøver, røntgen, antibiotika og væske intravenøst. Sykepleier tar i mot pasienten: Hun tar seg i at hun får assosiasjoner til eventyret om den sjuende far i huset. I sengen ligger en krokett gammel mann. De første observasjoner er at han er blek i huden, han puster hurtig og besværet. Sykepleieren er effektiv, hun hilser høflig og tar diverse respiratoriske og sirkulatoriske målinger, mens hun informerer om hvilken behandling som er startet.*

*Karl Hansen er navnet, han er i følge med datter. Hun har vært med ham i flere timer nå, og ønsker å reise hjem. Hun gir uttrykk for at hun er lei seg, og sier at det er slitsomt og se faren slik, og forteller at han har vært mye syk i det siste. «Jeg håper han snart får slippe», sier hun. Hun reiser hjem for natten.*

*Sykepleieren er hos pasienten for å gjøre sine inntaksobservasjoner. Herr Hansen rister på hodet og sier: ”- det var nå mye styr for en gammel krok, vet dere egentlig hvor gammel jeg er?” Sykepleier svarer ikke, han fortsetter, ”- en gang må det jo ta slutt”. Tanken slår henne, jeg vet at du er gammel, men du er jo innlagt på sykehus, og i dag finnes det så mange medisiner som kanskje kan hjelpe. Hun opplever pasienten som svært dårlig. Hun leser gjennom papirene hans, for å sjekke om det er skrevet HLR minus på kurven / journalen. Det er ikke skrevet. Sykepleieren har lang erfaring og hun har en følelse av at pasienten ikke kommer til å klare seg. Hun kontakter lege som har tatt i mot pasienten og spør om ikke det burde vært tatt stilling til HLR minus. Han har det travelt og sier at nå er behandling startet, så det får det eventuelt bli tatt stilling til HLR på dagvakt i morgen.*

*Sykepleieren haster videre, hun har mange intravenøse antibiotikakurer som skal administreres, og en urolig dement dame som ikke får sove. Hun misliker situasjonen med den nye pasienten, men håper han klarer seg natten gjennom... Etter en ½ time rekker hun en tur innom ham igjen. Herr Hansen*



*ligger i sengen, hun hører ikke den tunge pusten lenger. Det er mørkt i rommet, hun går nærmere. Nattbordlampe gir et svalt lys over ansiktet hans. Han trekker pusten en gang, men da stoppet det. Hun roper: ” Hansen, hører du meg, hører du meg ”. Hun får ingen kontakt, han puster ikke lenger. Det raser mange tanker gjennom sykepleiers hode, men hun handler raskt. Drar i alarmen, og setter i gang HLR. Den andre sykepleieren på nattevakten kommer løpende til. Hun kaller på stansteamet, løper for å hente akutt-tralle. De er i full gang med HLR når stansteamet ankommer avdelingen og overtar. Lege er også kommet og etter noen minutter sier han, Nei stopp. Vi avslutter. Stansteamet forlater avdelingen. Pårørende kontaktes og blir informert om hendelsen og at man gjorde «alt man kunne».*

Denne fiktive fortellingen er basert på funnene fra empirien. Denne historien vil i neste kapittel bli sett i lys av ulike teorier innenfor etikk, som også innbefatter moral og skjønn. Den etiske dimensjonen innehar også lidelse, og teori innenfor dette vil også være med å kaste lys over funnene.

## **Kapittel 6 DRØFTING AV FUNN**

### **6.1 Innledning**

Funn i studien er blitt presentert i følgende 3 hovedtema: Plikt/lover, Kommunikasjon med lege/helsepersonell og kommunikasjon med pasient/pårørende, med dertil hørende underkategorier som er grundig presentert i kapittel 5. Den fiktive fortellingen om Herr Hansen ble presentert avslutningsvis i dette kapittelet. Denne fortellingen gjenspeiler i stor grad disse 3 hovedtema med dertil hørende underkategorier. Fortellingen er konstruert med den hensikt å gi et bilde av en konkret situasjon som sykepleier i sin praksis kan stå i, og en blir i denne historien plassert midt i det som er studiens problemstilling.

Det vil derfor i den følgende drøfting bli tatt utgangspunkt i denne fortellingen når funnene skal ses i lys av teori. Det ble klart i funnene at sykepleierne befinner seg i et etisk spenningsfelt. Dette kan ofte oppleves som en påkjenning. Når funnene løftes frem og ses i lys av teori, kan en se ulike refleksjoner og tilnærminger sykepleier kan ha i disse situasjonene. Teorien er mer utfyllende presentert i kapittel 2, men vil i stor grad sammen med lover og retningslinjer også bli presentert her. Følgelig vektlegges etisk teori, som en forlengelse av dette vil begrepene moral og skjønn i Kari Martinsens litteratur belyse fortellingen. Da lidelse er en dimensjon av etikken, vil det avslutningsvis i kapittelet bli presentert i lys av Katie Eriksson. Når det gjelder denne studiens funn i forhold til tidligere forskning vil dette bli diskutert i neste kapittel.

### **6.2 Sykepleiernes opplevelse i lys av de fire prinsippers etikk**

Beauchamp & Childress (2009) er som tidligere nevnt to amerikanske moralfilosofene som introduserte fire hovedprinsipper innen biomedisinsk etikk, som i følge Slettebø (2007) har fått stor relevans innenfor sykepleiefaglig etikk. Prinsippene er i utgangspunktet likeverdige. Prinsippene er prima facie-

prinsipper, dette kan forstås som prinsipper man vil følge ved første øyekast, men som man likevel kan fravike i bestemte situasjoner dersom andre hensyn tilsier det (Brinchmann 2008). Vi vender i det følgende tilbake til fortellingen fra den medisinske sengeposten for å belyse situasjonen / opplevelsen ut fra etikk.

### **Velgjørhetsprinsippet og ikke skade- prinsippet**

Innenfor ikke skade - prinsippet vektlegges viktigheten av at en ikke bør påføre noen et onde eller en skade, dette bør forebygges, et eventuelt onde skal fjernes, og en bør fremme eller gjøre det gode. Det vil si at dette prinsippet er passivt, mens velgjørhetsprinsippet krever aktiv handling (Beauchamp et al. 2009).

Sykepleieren i fortellingen ønsket å gjøre godt for den gamle mannen som var blitt alvorlig syk. Hun følte med den gamle mannen. Hun ønsket å dempe hans smerte og lidelse. Sykepleieren antok at det beste for pasienten hadde vært å få «sovne inn» hvis han fikk hjertestans. Hun anså at det ideelle ville være å sette seg ned med ham og gi ham en verdig avslutning på livet. Som den beste løsning prøvde hun å kommunisere med lege slik at hun kunne gjennomføre situasjonen slik hun vurderte som tilfredsstillende. Dette ble gjort i omsorg og respekt for den gamle.

Når fortellingen ses i lys av ikke skade- prinsippet, er det viktig å fremheve at det i yrkesetiske retningslinje, helsepersonelloven, samt at det foreligger en allmenn forståelse av at både sykepleier og lege skal tilstrebe å handle godt for pasienten, og at de også skal beskytte pasienten mot behandling eller dårlig omsorg som kan være til skade. Sykepleieren i fortellingen var opptatt av å gjøre godt for pasienten, og legen som hadde startet behandling var nok opptatt av det samme. Kanskje tenkte legen at det måtte være flere fagpersoner for å ta stilling til HLR minus? eller at den oppstartede behandlingen ga forhåpning om at dette skulle gå bra.

Sykepleieren opplevde at det å konfrontere pasienten med problemstillingen om HLR minus ikke var riktig på dette stadiet. Hun vurderte at i en slik situasjon ville dette skape redsel og angst. Hun opplevde at for å gå inn i denne situasjonen trengte hun å gå i dialog med annet helsepersonell og da særlig legen. Legen var opptatt, og den andre sykepleieren som var på jobb

var svært travel med andre pasienter som trengte oppfølging, omsorg og behandling. Det finnes ingen oppskrift for hvordan sykepleier skal håndtere denne situasjonen.

Slik denne fortellingen viser kan det være vanskelig å skille klart mellom elementene som har med velgjørenhetsprinsippet å gjøre, og de som har med ikke skade - prinsippet. Dette er i følge Brinchmann (2008) vanlig fordi disse to prinsippene hører så tett sammen at de av mange betraktes som to sider av samme sak. Det fremheves i den sammenheng at forståelsen av hva som gjør godt, og av hva som skader, forutsetter hverandre. Det kan derfor være avgjørende å ikke å tenke for entydig om hva som er godt og til skade i en konkret situasjon, men at det alltid vil være individuelt bestemt – selv om erfaring og faglig kunnskap kan være retningsgivende (Brinchmann 2008).

En kan ut fra historien ikke vite noe sikkert om hvorfor legen i denne fortellingen ikke ville diskutere HLR minus eller ta stilling til dette. Det vites ikke om han må prioritere andre ting som han anser som mer prekært eller om han opplever det som vanskelig å stille seg overfor denne situasjonen og være den beslutningsansvarlige slik sykepleieren ønsker. Det fremheves av Brinchmann (2008) at for å kunne ta en god og forsvarlig avgjørelser på et prinsippetisk grunnlag må man sørge for å bringe de nødvendige etisk relevante saksforhold opp på bordet og kun basere seg på disse. En kan ikke innenfor dette prinsippet vektlegge spekulasjoner om andres motiver (Brinchmann 2008). Det som likevel viser seg i funnene er at legens unnfalighet, uansett årsak påvirker sykepleieren, i hennes valgmuligheter i det etiske dilemma.

### **Autonomiprinsippet - retten til å bli informert og til å velge selv.**

Autonomiprinsippet har som tidligere beskrevet fått innpass i allmenmmoralen, og likeså innen medisinsk etikk (Slettebø 2009). Det hevdes videre at det likevel ikke er enkelt i praksis, fordi helsepersonell erfarer at pasienten tar avgjørelser som kan få fatale konsekvenser, at det strider mot helsepersonellets samvittighet og plikt til å hjelpe. Sykepleierens antakelse om at Herr Hansen ikke ville ha ønsket gjenoppliving ved hjertestans kan også forstås ut fra prinsippet om autonomi. Pasientautonomi er i dagens samfunn et sentralt etisk og juridisk prinsipp. Pasienter har for eksempel rett til informasjon om sin

helsetilstand og diagnose, og om forhold som angår dem selv og deres egen livssituasjon. I fortellingen om Herr Hansen kan en i lys av autonomiprinsippet hevde at han har rett til, og krav på informasjon om hans helsetilstand, prognose, og å få uttrykt sine ønsker i forhold til gjenoppliving. Pasientens rett til medvirkning og informasjon er også nedfelt i lovs form blant annet i pasientrettighetsloven § 4-1, hovedregel om samtykke, hvor det vektlegges at hvis samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand.

I situasjoner hvor pasienten for eksempel nekter behandling eller ikke vil ha gjenoppliving ved hjertestans bør det som tidligere beskrevet vurderes om pasienten er godt nok informert, om pasient er kompetent (det vil da si at vedkommende er mentalt skikket til å kunne ta et bestemt valg), om pasientens preferanser er konsistente (med det menes at de ikke motsier hverandre), og om pasienten er fri fra ytre press om å ta en avgjørelse som vedkommende ellers ikke ville ha tatt (Slettebø 2009).

Hvis pasienten skal kunne foreta et selvstendig valg, er forutsetningene at han har fått så god og objektiv informasjon som mulig om de ulike alternativene og deres positive og negative konsekvenser. Vurderingen av pasients kompetanse er en del av det kliniske og etiske skjønnet, det vil si at i forhold til Herr Hansen må sykepleier og / eller legen kunne danne seg et inntrykk av om han er mentalt i stand til å velge, og om han har forstått tilstrekkelig av den informasjonen han har fått, til å kunne foreta et begrunnet valg. Flere psykiske forhold kan påvirke personens evne til å foreta autonome beslutninger. At kravet om konsistens er oppfylt, vil si at valget stemmer overens med pasients verdier og holdninger, og at han ikke stadig skifter oppfatning. Dette er vanskelig å vite i den aktuelle historien, fordi sykepleier ikke kjenner pasienten fra tidligere og det er begrenset med informasjon hun har om pasienten.

Studiens funn viser at ved større flyt av informasjon mellom de ulike instanser, i dette tilfellet sykehjem – sykehus, er disse opplysninger som helsepersonell lettere og raskere kan vurdere. Det siste moment som innfris for at en pasient skal kunne foreta et autonomt valg er at en skal være fri fra ytre press for eksempel fra sykepleiere, lege eller pårørende. Hvis dette truer pasientens autonomi må det prøves å motvirke at dette skjer. Det er likevel

viktig å ikke være for kategorisk, relasjonelle bindinger er ikke alltid noe uheldig, fordi relasjonelle bindinger er et vilkår vi alle lever under. Her er det viktig at en skiller mellom dette og utilbørlig press som kan gjøre at pasienten tar standpunkter de egentlig ikke ønsker (Brinchmann 2008). Sykepleieren er i denne fortellingen opptatt av å ivareta Herr Hansen og hans pårørendes autonomi og integritet, og må derfor avveie nøye på hvilken måte informasjon skal gis, og i hvilken mengde og til hvem. I denne vurderingen og drøftingen anvendes ofte begrepet paternalisme.

Paternalisme er motsatsen til autonomi og kan defineres som at noen (legen eller sykepleieren) bestemmer for den andre (pasienten) i dennes «beste interesse». I følge Brinchmann (2008) kan paternalistiske holdninger hos helsepersonell bli ansett som noe negativt, men «svak paternalisme» vil bli godtatt når pasienten åpenbart er ute av stand til å vurdere hva som er til hans beste, men hovedregelen er at paternalisme skal unngås. Så i den aktuelle fortellingen står prinsippet om autonomi versus paternalisme sentralt, både forut for hjerstestans og når dette inntreffer. Det sentrale spørsmålet i etterkant blir at sykepleier og lege stiller seg spørsmålet, hva ville pasienten ha ønsket? I situasjoner hvor pasienten ikke kan ta avgjørelser, skal pårørende trekkes inn i beslutningsprosessen (White 1994). Dette er også en norm i praksis, men i den aktuelle fortellingen ble det vanskelig, fordi hendelsene skjer relativt raskt. Hvis herr Hansen hadde overlevd natten, kunne sykepleier på nytt tatt spørsmål om HLR minus opp på legevisitt. Funn fra studien viser at sykepleierrollen blir en viktig funksjon i denne konteksten, med hensyn til å være pådriver, og ha som mål å få i gang en prosess i forhold til å diskutere tema enten med pasient eller pårørende.

### **Rettferdighet – retten til likebehandling**

Prinsippet om rettferdighet omhandler som tidligere nevnt at like tilfeller skal behandles likt. Dette er et prinsipp vi kan si skal ha relevans i denne situasjonen. Herr Hansen får hjerstestans, skal ikke han bli forsøkt gjenopplivet på lik linje med alle andre som får hjerstestans? Burde han ikke i forkant fått anledning til å ta stilling til dette? Slik at han hadde fått en opplevelse av å få adekvat og nødvendig informasjon om sin helsetilstand og behandling, eller om

sentrale forhold ved sin egen livssituasjon, slik at han hadde hatt anledning til å foreta autonome valg i forhold til sitt eget liv?

Alderen til Herr Hansen er høy og sykepleier opplever at dette, sammen med sykdomsforløp, har betydning for hvordan situasjonen vurderes; skal han ikke skal få fred og ro rundt seg når hjertet stanser?

Rettferdighetsprinsippet kan for eksempel være gjeldende i forhold til fordeling av ressurser til ulike pasientgrupper og formål. Ifølge Beauchamp og Childress (2009:241 og 243) er rettferdighet når man får som fortjent eller når det er likebehandling. En kan vurdere situasjonen slik at alle fortjener en sjanse til å bli forsøkt gjenopplivet, at det er en mulighet som er tilstede, som derfor må brukes. Dette er for sykepleier likevel vanskelig fordi hun i den konkrete situasjonen ser at en kan påføre pasienten ekstra lidelse, eller at en ikke klarer å ivareta de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) som fremhever følgende i pkt. 1.8 ”*Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død*” (ibid:8).

### **Avsluttende refleksjon til «De fire prinsippers etikk»:**

Velgjørighet, ikke skade, autonomi og rettferdighet har nå blitt drøftet ut fra funnene / historien som ble presentert avslutningsvis i forrige kapittel. Dette er prinsipper som en i praksis kan forholde seg til når en har et etisk problem. Dette gjøres via differensiering, spesifisering og balansering. I denne drøftingen har det blitt funnet frem til relevante faktorer i fortellingen som gjelder for hvert av prinsippene. Det som er av betydning i denne sammenheng er at det i fortellingen er en situasjon som utvikles raskt, og dermed må beslutninger også tas raskt.

Ut fra funn i empirien i denne studien kan det sies at sykepleier reflekterer rundt disse fire prinsipper, men i større grad ønsker å kunne diskutere og vurdere sine refleksjoner med andre. Ingen av prinsippene blir regnet som viktigere enn andre. I noen situasjoner vil man likevel vurdere de ulike prinsippene opp mot hverandre ut fra hvilket prinsipp som bør veie tyngst i den aktuelle situasjonen (Beauchamp og Childress 2009). Hva en som person vektlegger mest i den aktuelle situasjonen som er presentert, vil være ulikt ut fra hvordan en vektlegger de ulike prinsippene. Dette kan problematisere

situasjonen, men det er likevel et nyttig «verktøy» i etiske dilemma å se de ulike perspektiv. Prinsippene sier noe hver for seg om hva som bør vektlegges i den aktuelle situasjonen. Disse prinsippene inngår i pliktetikk og konsekvensetikk. Disse retningene vil det videre bli gjort rede for. Det vil deretter i særlig grad bli vektlagt og kastet lys over det som inngår i tenkning i forhold til nærhetsetikk.

### 6.3 Å se opplevelsen til sykepleieren i lys av pliktetikk og konsekvensetikk

#### **Pliktetikk (deontologisk etikk):**

Pliktetikk fokuserer som tidligere nevnt på å handle i overensstemmelse med visse plikter uansett konsekvensene. Immanuel Kant (1724-1804) som tidligere har blitt presentert i kapittel 2 var en tysk filosof og den mest kjente pliktetikeren. Kant forsvarte et humanistisk menneskesyn. Han mente at mennesket fritt og autonomt kan velge mellom ulike handlingsalternativer. Følelser som lyst og begjær blir av Kant sett på som motsatsen til den fornuftsbaserte viljen. En skal i følge denne tenkningen ikke bare følge en plikt. Handlingen må også motiveres ut fra pliktfølelse (Brinchmann 2008). Kant formulerte *det kategoriske imperativ*. Det kan ses på som en handlingsregel eller et påbud som gjelder i alle situasjoner og for alle mennesker.

Han beskrev to formuleringer av det kategoriske imperativ, universaliseringsformuleringen og humanitetsformuleringen. Første formulering av det kategoriske imperativ / universaliseringsformulering lyder slik:

«Handle alltid slik at regelen eller maksimen for din handling kan gjøres til allmenn lov.» Med det menes at den handlingen en utfører vil være den etisk beste ikke bare i denne situasjonen, men også for alle andre i alle andre lignende situasjoner, det er en absolutt plikt som gjelder uansett (Brinchmann 2008).

Når en ser tilbake på historien om Herr Hansen, og hvis vi nå forutsetter at sykepleieren beslutter at det ikke er riktig å gjenopplive den gamle mannen.



Dette begrunner hun med høy alder, sykdom, uverdighet, respekt for døden, og lite sannsynlighet for at gjenoppliving vil få et positivt utfall.

Hvis man med dette ser på universaliseringsformulering av det kategoriske imperativ, vi det betyr at man kan bryte løfter i forhold til autonomiprinsippet, retningslinjer i forhold til HLR minus også i lignende situasjoner. Ved en slik praksis vil en innenfor pliktetikken stille spørsmål om pasienten kan miste tilliten til sykepleier og helsevesenet fordi det er umulig å stole på noen som til stadighet bryter med gjeldende normer og regler. Ut fra universaliseringsformulering av det kategoriske imperativ bør sykepleieren holde løftet / plikten sin å starte gjenoppliving.

Andre formulering av det kategoriske imperativ, er å «handle slik at du alltid behandler menneskeheten, så vel i din egen person som i enhver annen person, ikke bare som et middel, men som et mål i seg selv» (Brinchmann 2008). Kant er grunnleggende kritisk til å handle ut fra det en «opplever lyst til» eller «føler er rett» (Henriksen og Vetlesen 2006). Det blir i den presenterte fortellingen vanskelig for sykepleier å gjøre egne vurderinger ut fra denne tenkningen. Her må hun følge de plikter som foreligger. Sentralt er plikten til å fortelle sannheten og plikten til å redde liv, samtidig plikter sykepleier å gi god og kyndig omsorg. Det hevdes innfor denne tenkning at nødløgner aldri kan forsvares. Man bør alltid fortelle sannheten, fordi det ikke vil være meningsfylt å gjøre det å lyve til en allmenn handlingsregel. Pliktetikken er på mange måter hevdet å være det som ligger sterkt forankret i beskyttelsen av menneskeverdet (Brinchmann 2008). Studiens funn viser at dette også oppleves av sykepleier i praksis når det gjelder forhåndsvurdering av HLR minus. Sykepleier står i sin praksis overfor et etisk dilemma fordi det ikke er selvsagt for henne hvilken av de etiske pliktene som bør rangere høyest i denne situasjonen.

### **Avsluttende bemerkninger til pliktetikken:**

Personer som handler etisk korrekt ut fra pliktetikken, handler i overensstemmelse med visse plikter uavhengig av konsekvensene. Indre plikter er motivert innenfra, og ut fra den menneskelige fornuft. Ytre plikter begrunnes i religion, regler og lover (Brinchmann 2008). Det er disse pliktene som er i konflikt for sykepleier når hun står i en situasjon som er beskrevet i fortellingen. Det viser at tenkning kun ut fra plikt fører til vanskelige

situasjoner i praksis. Det skyldes at pliktene har uklar rangordning, og at ulike plikter kan komme i konflikt med hverandre (Brinchmann 2008). En ser fra funn i empirien at sykepleier rangerer ytre plikter høyt. Dette gjøres ikke ureflektert og oppleves som svært utfordrende og vanskelig. For å få til gode løsninger i praksis er det i følge funnene ønskelig at det må suppleres med annen tenkning enn bare plikt.

### **Konsekvensetikk:**

Som tidligere omtalt vil en i konsekvensetikken hevde at en handling vurderes som moralsk riktig når den fører til en overvekt av gode konsekvenser.

Herunder kommer prinsippet om velgjørenhet, og ikke skade - prinsippet.

Konsekvensetikken har fokus på mål og konsekvenser og regnes som teleologisk etikk (Teleos = mål eller formål). Gode konsekvenser rettferdiggjør en handling, og gode konsekvenser kan være nytte, lykke eller lyst (Brinchmann 2008). Når en i denne sammenhengen ser tilbake på fortellingen som representerer studiens funn kan en si at sykepleieren i et konsekvensetisk perspektiv kan begrunne unnlattelse av å starte HLR minus fordi hun vurderer konsekvensen av et slikt forsøk som negativt fordi hun da opplever at hun vil påføre pasienten ekstra lidelse, og formodentlig en forlenget dødsprosess. Hun kan og se det som et brudd på Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2007) hvor det som tidligere nevnt påpekes følgende:

*1.8 "Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død" (ibid:8).*

*1.10 « Sykepleieren bidrar til en naturlig dødsprosess og død, der det er særlig viktig at nytteløs livsforlengende behandling avsluttes eller ikke påbegynnes» (ibid:8)*

*1.11 «Sykepleieren viser respekt for den dødes kropp» (ibid:8)*

Hun kan se at ved et eventuelt forsøk på gjenoppliving vil konsekvensen bli at hun ikke klarer å ivareta disse retningslinjene. Hun kan og se på konsekvenser i forhold til egen rolle som yrkesutøver, og kan dermed risikere juridiske

negative konsekvenser hvis hun ikke følger de retningslinjer som foreligger for HLR minus.

Innenfor konsekvensetikk finnes det som kalles nytteetikk (utilitarisme), her vurderes konsekvensene ut fra hvilken nytte de gir. Jeremy Bentham (1748-1832) var som tidligere nevnt en engelsk filosof og en kjent sentral teoretiker innenfor den såkalte handlingsutilitarismen. Innenfor denne tenkningen tar man utgangspunkt i en konkret situasjon og vurderer at den handlingen som fører til mest mulig nytte for de involverte parter, er den etiske riktige handlingen. At mennesket anstrenger seg for å handle slik at det oppnår lyst og lykke og unngår ulyst og smerte var det som opptok ham (Brinchmann 2008), og det hevdes i den sammenheng at nytte defineres som lykke. I tråd med den tenkningen vil sykeleier i fortellingen kunne spørre seg hvilken nytte / lykke det gir pasienten at hun iverksetter gjenopplivingsprosedyre.

Innenfor konsekvensetikken finnes også som tidligere nevnt det som kalles for regelutilitarisme som stiller krav om at handlingen som utføres skal kunne gjøres til en allmenn regel, i tillegg skal en velge den handlingen som fører til mest mulig lykke. Innenfor denne retningen er det som nevnt den engelske økonomen og filosofen John Stuart Mill (1806-1873) som har satt dagsorden. Han mente at handlingen måtte være i overensstemmelse med gjeldende releger og være den handling som gir mest mulig lykke for flest mulig. Det vil si at det ikke bare er konsekvensene av handlingen som avgjør om den er moralsk riktig eller ikke, en må ta utgangspunkt i regler, i stedet for å vurdere enhver situasjon på ny. Det forutsettes at reglene som skal gjelde, velges slik at de fører til gode konsekvenser. De gjeldende reglene må også kunne revurderes ved behov, slik at de sikrer gode konsekvenser (Brinchmann 2008). Det påpekes at en i følge et regelutilitaristisk perspektiv vil få problemer med å forsvare en handling som bryter med en allmenn regel.

Hvis vi vender blikket tilbake til den fiktive historien, byr regelutilitarisme på noen utfordringer, dette fordi funnene viser at helsepersonell vektlegger den individuelle situasjonen og ikke bare reglene. I et regelutilitaristisk perspektiv vil det være problematisk å forsvare en handling som bryter med retningslinjer, som i dette tilfellet er at HLR minus skal anføres i pasientens kurve med legens signatur og dato. Legen må også lage et journalnotat med HLR minus med begrunnelse for beslutningen og hvem som

har vært med på denne vurderingen, på hvilken måte pasient og eventuelt om pårørende er informert (Fanebust et al. 2007). I tråd med dette perspektiv starter sykepleier HLR.

#### **Avsluttende bemerkninger til konsekvensetikk:**

I et konsekvensetisk perspektiv er det resultatene av handling som avgjør om den moralsk sett kan forsvares. Det vil som en ser i fortellingen naturlig nok bli ulikt handlingsforløp i historien ut fra hvilken retning sykepleier lar råde innenfor etikken.

### **6.4 Å se opplevelsen til sykepleieren i lys av nærhetsetikk (ikke prinsippbasert etikk)**

Som tidligere nevnt kan følgende uttrykk i Skandinavia anvendes som synonyme til nærhetsetikk: karakteretikk, dydsetikk, fenomenologisk etikk, relasjonsetikk, holdningsetikk, sinnelagsetikk (Bardosa da Silva 2006).

Tenkere innenfor denne retningen mener etikk må begynne i praksis, ikke ovenfra, som teoretiske normer og regler. Innenfor denne tradisjonen mener man at etikken oppstår i møtet mellom mennesker. Vi må være oppmerksomme på det særskilte ved den enkelte situasjon og ved møtet (Brinchmann 2008). Knud Ejler Løgstrup (1905-1981) var en kjent tenker innenfor nærhetsetikk. I hans tenkning omtales den etiske fordring, som innebærer at vi ikke alltid kan rette oss etter eksisterende normer og konvensjoner:

*«Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender» (Løgstrup 1956:37)*

Mange pasienter sier ikke eksplisitt hva de mener, og noen vil kunne oppleve det som et overgrep om sykepleieren spør direkte om deres mening. Fordringen for sykepleieren blir å fornemme hva pasienten mener og ønsker, og å ta imot pasientens uttrykk på en god måte, slik at han beholder sin åpenhet og tillit (Brinchmann 2008).

Kari Martinsen vektlegger dette i sin omsorgsteori, og hun er opptatt av at hjelpen til pasienten må bestemmes ut fra situasjonen og omsorgsmottakerens tilstand:

*«En god situasjonsforståelse er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi hvor omsorgsyter overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrengende og respekten for menneskets selvbestemmelse som kan føre til unnlattelsesynder»*

(Martinsen 1991:16).

Holdninger og dyder er med på å prege yrkesutøvelsen i sykepleien. Dyder er karakteregenskaper som innvirker på våre holdninger og handlinger. Innenfor denne etikken er det den mellommenneskelige relasjonen som er etikkens utgangspunkt. Den etiske begrunnelsen ligger i situasjonsforståelsen, ikke i generelle normer eller regler (Brinchmann 2008). Så hvis en ser tilbake på fortellingen om Herr Nilsen sitt møte med sykepleier, kan en ut fra denne tenkning si at sykepleier holder noe av dette menneskets liv i sine hender. Ifølge Nyeng (1999) kan dyder i etikken ses på som et forsøk på å overkomme de relativt sterke kontrastene mellom konsekvens- og deontologisk etikk.

Dydsetikken kan være en tilnærming som binder disse sammen ved å fokusere på spørsmål som ”Hvilket menneske ønsker jeg å være?” ”Kan jeg utføre denne handlingen og samtidig være det et menneske er ment å være?” ”Kan jeg som moralsk aktør bevare min sjel ved å gjøre dette?”. Dydsetikken tvinger hver enkelt til å granske sin egen stilling som moralsk aktør, hvilket innebærer å rette blikket innover. Skillet mellom plikt og konsekvens sprenges (Nyeng 1999).

Sykepleieren får ingen råd fra nærhetsetikken om hva hun skal gjøre eller hvordan hun bør handle. Nærhetsetikk er grunnlastetikk, i den forstand at den prøver å svare på hva det etiske *er*. Den etiske fordringen for sykepleieren består i å «svare» på appellen fra pasientens ansikt, eller å ta imot uttrykket fra pasienten på en slik måte at det blir godt for pasienten (Brinchmann 2008). Sykepleier i fortellingen er åpen for pasientens appell, og klarer dermed å sette seg inn i pasientens situasjon. Det er det som er grunnlaget for at sykepleier blir oppmerksom på uverdigheten i situasjonen, og ønsker støtte og

kommunikasjon med lege slik at en i fellesskap kan klare å ivareta pasientens verdighet.

Når vi ser denne etiske retning opp mot fortellingen om Herr Hansen, ser vi at en her må gå inn i seg selv, og sin egen moral som sykepleier, og la det være med som hjelp i hvilke valg en foretar. Det er også sentralt i funnene at sykepleier faktisk klarer å se både plikter og konsekvenser under ett, samt at det moralske aspektet ved ens handlinger blir overveid.

### **Avsluttende bemerkninger på nærhetsetikk:**

Sentralt i studiens funn er at det er sykepleier som står nærmest pasienten og gjerne er den som ser og tar i mot pasientens appell. Denne nære relasjonen fører til at sykepleier opplever stor grad av ansvar for situasjonen når det gjelder HLR minus. Dette på tross av at retningslinjer vektlegger at det er legen som har det overordnede ansvaret for slik beslutning (Fanebust et al. 2007).

## **6.5 Å se opplevelsen til sykepleieren i lys av moral og skjønn**

Som beskrevet tidligere er Kari Martinsen anerkjent for å ha kommet med viktige bidrag innen omsorgtenkning og sykepleie. Noen av hennes betraktninger omkring begreper som moral og faglig skjønn vil også her bli presentert og være med å kaste lys over fortellingen som representerer studiens funn.

*”Moral er for Løgstrup (og meg) ikke en skoleretning, men en livsytring. Det moralske er å være i bevegelse fra seg selv og til den andre for å handle til den andres beste” (Martinsen 2003:21)*

Det faglige skjønnnet omhandler en sykepleie hvor den naturlige sansingen og erfaringen slippes til gjennom blikket, lukten, hørselen, og de følsomme ord (Martinsen 2003). Kari Martinsen viser i den sammenheng videre til Løgstrup som mener at å stille seg deltakende, åpen og likevel tilbakeholdent, avgir en mottakelsens etikk. Slik samfunnet er bygd opp med fokus på produktivitet, ytelse og resultater er det en kritisk etikk. Hun viser hvordan Løgstrup var opptatt av det enkelte menneskets verdighet, og hvordan samfunnet er

strukturert for å ta imot hverandre. Slik samfunnet er strukturert, viser et ønske om at kunnskapen skal få plass inn i et system, slik at vi skal kunne ”beherske” våre relasjoner (Martinsen 2003).

*”I en kultur med faste normer, regler og rammer vil skjønnnet ha vanskelige kår” (Martinsen 2005:259)*

Hvis en bare lar seg styre av prinsipper og regler, settes skjønnnet ut av kraft og en vil ikke klare å møte den andres sårbarhet. Når sykepleier skal utøve faglig skjønn, er oppmerksomhet essensielt. En oppmerksom sykepleier vil skape en ro i omsorgen, og begge parter, sykepleier og pasient vil i større grad ”våge seg frem”. Å kunne se ting i sammenheng, foreta distinksjoner og opparbeide en skjelnenevne er en viktig del av skjønnnet (Martinsen 2005). Ved å følge disse tanker tilbake til fortellingen, kan en se at sykepleier absolutt har et faglig skjønn. Hun er opptatt av pasientens verdighet, hun prøver å skape en ro i omsorgen. Likevel viser funn at sykepleier opplever at hun må forholde seg til prinsipper og regler. Dette gjør situasjonen ekstra utfordrende og vanskelig.

Sykepleier i fortellingen bruker sitt faglige skjønn for å møte pasienten når han kommer med sin appell. Det blir i denne sammenhengen utfordrende for sykepleier å kunne gå ut av travelheten som eksisterer i helsevesenet, og gi møte med pasienten den ro og oppmerksomhet som den fortjener.

Hvis vi i sykepleien lar oss uanfektet styre av lover og regler og handler på grunnlag av dette, spør Martinsen (2005) om vi er i ferd med å miste evnen til undring, til å stå i motsetninger, og dermed også aktelsen for at livet har grenser og at noe alltid vil være fremmed for oss, men ikke uvedkommende. Hun sier videre at kjærligheten vanskelig kan standardiseres eller settes opp som en prosedyre. At all tenkning og vitenskap skal kunne finne sammenheng og settes i et system som fører til en totalitetstenkning som er nøytral og kjølig med hensyn til hva et menneske gjør mot den andre (Martinsen 2003). Funn fra studien viser at dette er et viktig poeng. Det blir i funnene fremhevet at situasjonen som er beskrevet i fortellingen er et område i sykepleien som vanskelig kan standardiseres eller settes opp som prosedyrer. Det blir likevel betydningsfullt for sykepleieren at verdier og relasjoner i større grad blir tatt opp og reflektert over i fellesskap.

Som tidligere nevnt fremhever Martinsen (2005) at moralen også er blitt noe som klassifiseres og systematiseres i prinsipper, regler og standarder. Når alt skal standardiseres / klassifiseres inn i et system hvor hensikten er at vi behersker situasjonen med den annen, vil våre relasjoner og den spontane kjærligheten stå på spill (Martinsen 2005).

Martinsen (2003) undres over om kjærlighetens gjerninger i sykepleien er mulig med denne utviklingen. Hun ser en dobbel funksjon av ”nedskrevet kjærlighet”. Kjærlighet uten en ”nedskrivning” kan utarte seg til formløst ”føleri”. ”Nedskrevet kjærlighet” medfører konvensjoner som letter vår omgang med hverandre, og avstanden til hverandre blir så stor at vi kapsler oss inn i oss selv. På den måten kan vi som profesjonelle gardere oss mot den sårbarheten det medfører for en selv å ”gå inn” i situasjonen. Funn fra empirien viser helt klart denne dimensjonen som Martinsen (2003) påpeker når det gjelder moral og «nedskrevet» kjærlighet. Sykepleierne står midt i dette spenningsfeltet, og viser høy grad av refleksjon i forhold til fordeler versus ulemper med klassifisering og systematisering. Området som omhandles i studien oppleves likevel som et område hvor det er vanskelig med klassifisering og nedskrivning, men situasjonen kan likevel i følge funnene forbedres ved at det blir et faglig forum for diskusjon og refleksjon rundt denne konteksten.

Dette samsvarer med det som Martinsen (2003) fremhever når hun påpeker at en lett kan bli moralistisk hvis en som sykepleier lar seg styre av prinsipper og teorier uavhengig av situasjonen. Når man er mer bundet av regler enn av mennesker er man moralistisk. Hvis en lar teorier og prinsipper være utgangspunktet ser en ikke den appell som utgår fra den andre om å handle til den andres beste.

### **Avsluttende bemerkninger i forhold til moral og skjønn:**

Kari Martinsens tenkning rundt faglig skjønn og moral er et viktig bidrag i teorien, dette er med på å kaste et nytt lys over et etisk dilemma som sykepleier møter i sin praksis når det gjelder forhåndsvurdering av HLR minus. Hennes



bidrag viser den relasjonelle konteksten som gjør at sykepleier opplever et stort ansvar.

## **6.6 Å se situasjonen slik sykepleieren erfarer i lys av «lidelse» i sykepleien.**

Eriksson (1995) beskriver som nevnt lidelsen i det å være et menneske. Tatarkiewicz (1976) hevder at fornedring og krenkelse er blant de viktigste kilder til lidelse. Den gamle mannen i fortellingen kommer med en appell til sykepleieren ved at han sier: ”vet dere hvor gammel jeg er? – en gang må det jo ta slutt”. Sykepleieren synes det er vanskelig å møte pasienten i denne appellen. Hun har mange andre pasienter hun burde sett til. Hun synes likevel det er viktige utspill pasienten kommer med og kontakter legen for vurdering av hjerte- lungeredning minus. Da det viser seg at legen ikke kan prioritere sykepleierens appell på det aktuelle tidspunktet, klarer heller ikke hun i den grad hun ønsker å «møte» pasienten der han er. Den gamle mannens ytring, som kan tolkes som om han er klar for livets slutt, eller at han innehar en lidelse som han ønsker å få snakke om, blir av nevnte årsaker vanskelig å håndtere. I følge Eriksson (1995) må sykepleieren ha til hensikt å gi pasienten mulighet til å oppleve sin fulle verdighet og å forhindre alle former for krenkelse.

Kristoffersen (2007) diskuterer som nevnt begrepene ”disease” og ”illness”. ”Disease” viser til hvilken sykdom pasienten har. I fortellingen har den gamle mannen diagnosen / disease pneumoni. ”Illness” forteller oss om pasientens opplevelse av sykdommen. Dette er individets opplevelse og kan ikke beskrives av diagnoser. For å møte pasienten i hans lidelse må vi se pasienten fra begge disse perspektiver. ”Illness” /opplevelsen som den enkelte har av sin situasjon er det som gjør det hele utfordrende for sykepleiere i møte med individet. Studienes funn viser at sykepleier er opptatt av begge disse perspektiver, og understreker viktigheten av å ivareta illness - perspektiv, samtidig som det er et perspektiv som er med på å forsterke den etiske dimensjon og utfordring når det gjelder opplevelsen av forhåndsvurdering av HLR minus.

Hvordan sykepleier møter pasienten, som i den gitte fortellingen er en gammel mann, som har en "disease" som mange vil karakteriserer som en sykdom som i dag kan helbredes ved hjelp av medisiner, er av avgjørende betydning for hans lidelse. Hvis sykepleier velger å møte ham med et perspektiv hvor en er opptatt av "illness" perspektivet, vil hun samtidig også akseptere at dette er en gammel mann, som gir uttrykk for at han er «trett av dage», og at det ikke er sikkert at han klarer å overvinne sykdommen, det kan være slutten av livet. Hvis sykepleier ikke klarer å ivareta pasienten i hans lidelse kan den bli forsterket og hans integritet kan bli krenket (Kristoffersen 2007).

Eriksson (1995) presenterer som tidligere nevnt tre forskjellige former for lidelse som en møter i sykepleien. Jeg vil i denne sammenheng se den tidligere presenterte pasientsituasjon i forhold til disse formene for lidelse:

1) Sykdomslidelse: Denne lidelsen dreier seg om både fysisk smerte som skyldes sykdommen og behandlingen, og det kan være sjelelig og åndelig smerte. Det kan dreie seg om skam og fornedrelse. Den fysiske smerte kan noen ganger være lettere å møte eller lindre enn den sjelelige og åndelige. Når det gjelder den sistnevnte kan det dreie seg om pasientens opplevelse. Den vil i stor grad bli påvirket av pleierne sine holdninger (Eriksson 1995). Hvis vi ser denne lidelsen i relasjon til den gamle mannen i fortellingen, kan en undre seg om hans uttalelse om alder skyldtes skam over å være bruker av helsevesenet. Sykepleier "sjekket" ikke ut pasientens lidelse og det er derfor ikke grunnlag for å vite nok om hans sykdomslidelse.

2) Pleielidelse: Det kan innenfor pleielidelse dreie seg om krenking av pasientens verdighet, at ulike pasienter kan tilskrives ulik verdi. Pasientens selvbestemmelsesrett reduseres straks en er blitt pasient. Det kan ofte vise seg at det i situasjonen er sykepleier som avgjør hva som er pasientens beste. Dette henger også sammen med den maktutøvelse en kan ha i sykepleierrollen (Eriksson 1995).

Hvis makten en har som sykepleier har blir brukt feil, kan en påføre pasienten lidelse, for eksempel hvis sykepleier absolutt må forholde seg til rutiner, og ikke klarer å sette seg inn i pasienten sin opplevelse og tanker omkring

situasjonen. Brukt på en god måte kan makten være positiv. Det essensielle blir at en ønsker å forstå den enkeltes situasjon, og akseptere denne.

Det som er fremtredende i fortellingen er at sykepleier er opptatt av det formelle regelverket, og hun håper at pasienten ikke dør fordi det ikke er tatt en vurdering om HLR minus. Dette skyldes at regelverket ikke samsvarer med det som hun vurderer som etisk riktig i situasjonen. Sykepleier er i denne fortellingen på den ene siden opptatt av de tekniske forhold rundt pasienten, behandling og medisiner, og at regelverket blir fulgt. På den annen side ønsker hun å gi den gamle mannen god lindring, og våge å møte ham i sin lidelse. Dette oppleves i situasjonen som to ytterligheter som vanskelig lar seg forene fordi det foreligger en del formelle retningslinjer som da sykepleier må forholde seg til.

3)Livslidelse: Dette er lidelse som oppstår når mennesket blir sykt. Å bli pasient kan oppleves som en trussel mot ens eksistens. Hele livssituasjonen blir berørt. Hvordan en som sykepleier møter pasienten vil ha stor innvirkning på lidelsen (Eriksson 1995). Klarer vi å se pasienten som et subjekt. Eller ser vi ham som et objekt, som blir omtalt som: ”Pneumonien på rom 430”. For å kunne møte det lidende mennesket som et subjekt og se hans opplevelse må en som Kristoffersen (2007) skriver, ha kunnskaper om den lidende sin situasjon, ha vilje til å handle, og ha mot til å gripe inn når det enkleste kunne ha vært å la være. Dette er en type lidelse som er sentral i forhold til denne studien. Funn fra studien viser at sykepleier opplever stor grad av empati med pasienten og får assosiasjoner til egne familieforhold. Det er med på å forsterke det ansvar som sykepleier opplever for å ivareta pasienten i den livslidelsen som oppleves med å bli syk og innlagt på sykehus.

### **Avsluttende bemerkninger om lidelse:**

Alle disse tre typer lidelser kan være gjeldende når et menneske opplever å bli pasient. Teoretisk sett kan en dele lidelse opp slik som dette, men funnene viser at i praksis vil dette fenomenet ofte være sammenvevd.

Katie Eriksson sin omtale av lidelse har her vært med å kaste lys over fortellingen som representerer studiens funn. Som en ser krever det slik Eriksson (1995) sier kompetanse hos sykepleier for å kunne gi omsorg «i

lidelsen». Det fremheves at ved å akseptere lidelsen som ligger i det å bli syk og være pasient, kan lidelsen også gi anledning til vekst, hvis det enkelte mennesket tar ansvar og kjemper (Overgaard 2003). En kan ut fra teori hevde at grunnlaget for pleien vi gir pasienten har sitt utgangspunkt i vårt virkelighetsbilde. I dagens samfunn er virkelighetsbildet i altfor høy grad formet av et reduksjonistisk syn på mennesket og en overtro på teknologien (Eriksson 1995). Som tidligere vist blir det fremhevet i de yrkesetiske retningslinjer (2007) at et viktig ansvar for sykepleiere er å lindre lidelse. Samtidig som det er av betydning slik Martinsen (2003) fremhever at en må akseptere at lidelsen er en del av livet.

# KAPITTEL 7 DISKUSJON, IMPLIKASJONER OG KONKLUSJON

## 7.1 Innledning

I dette kapitlet diskuteres egne funn og andres funn. Det vil også bli gjort **noen** refleksjoner rundt valg av metoden som er anvendt i denne studien. Videre vil jeg belyse hvordan denne studien svarer på problemstillingen i form av ny / og utfyllende kunnskap, samt hvilken relevans og betydning denne kunnskapen kan ha for praksis. Deretter presenteres noen tanker om forskning som kunne ha vært interessant å gjennomføre på bakgrunn av de funn som presenteres i denne studien. Sist i kapitlet presenteres noen avsluttende betraktninger.

## 7.2 Studiens funn relatert til tidligere relevant forskning

I det følgende blir denne studiens funn sett i lys av tidligere forskning.

### **Rundskriv fra statens helsetilsyn 2002:**

Som tidligere nevnt kom det et rundskriv fra statens helsetilsyn i 2002, som omhandler *Forhåndsvurdering ved unnlattelse av å gi hjerte-/lungeredning og journalføring av disse*. Helsetilsynet anbefalte alle 31 helseforetak i Norge om å ha skriftlige retningslinjer for bruken av forhåndsvurdering hvor det kunne være aktuelt å ikke iverksette hjerte- lunge redning, og sende inn sine retningslinjer. Nordtvedt et al. (2007) har i en studie sett på 20 innsendte retningslinjer, for å få frem og sammenlikne innhold. Resultatet viste at innholdet i retningslinjene varierer fra de ulike helseforetakene. Sentrale momenter som indikasjoner, definisjoner, pasienter og pårørendes medvirkning, konflikthåndtering, samtykkekompetanse og relevante forhåndsønsker er ikke kommentert eller er uklart omtalt i mange av dem.

Studien viser også at det er liten forskjell på retningslinjene som er revidert før og etter at Helsetilsynet presiserte helselovgivningen i 2002, men juridiske føringer er kommet sterkere inn. Forfatterne mener at dette resultatet bør bidra til at det utarbeides nasjonale retningslinjer. Det kom i min studie frem at sykepleierne opplevde det som litt uklart hvordan legene oppfattet disse

retningslinjene, da erfaringer tilsa at det var individuelle forskjeller i hvordan legene håndterte problemstillingen. Sykepleierne så det slik at deres funksjon og rolle i denne sammenhengen var å formidle sine observasjoner og tanker omkring tema til lege, men at det var opp til legen å fatte vedtaket. Det opplevdes som frustrerende at det var såpass store forskjeller i hvordan legene håndterte slike anmodninger og henvendelser fra sykepleier.

Steen et al. (2003) har gjennomført en studie som viser at det mangler klare retningslinjer for når man ikke skal sette i gang hjerte – lungeredning (HLR minus) i norske sykehus. Det henvises også i denne studien til rundskrivet som ble utgitt av Statens Helsetilsyn i 2002 og de strenge krav det her ble stilt til prosedyre for HLR minus. I den nevnte studien ble journalen til pasienter utskrevet fra en kirurgisk avdeling i en viss periode gjennomgått i forhold til informasjon om HLR minus og / eller hjertestans. Studien viste at 13 av 69 pasienter hadde notat om HLR minus i sin journal. For åtte av de 13 manglet journalnotat eller det var ukorrekt signert. Tre av de andre fem pasientene var selv med på diskusjonen, i to tilfeller var de pårørende med. Hjerte- lungeredning ble ikke startet hos noen av de 14 pasientene som fikk hjertestans. Det var seks av disse som ikke hadde et vedtak om HLR minus, men alle hadde langt kommet, inoperabel kreft eller alvorlig kronisk hjerte- lungesvikt. Det var ikke tegn til at vedtaket affiserte annen behandling eller pleie. Avdelingen hadde en klar prosedyre for HLR minus, men den ble fulgt i mindre enn halvparten av tilfellene.

Årsaken til et slikt resultat kan slik jeg ser det gi grunnlag for flere refleksjoner, her kommer noen: Helsepersonellet som er hos pasienten når han får hjertestans bruker sitt faglige skjønn og vurderer at det ikke skal startes gjenoppliving selv om det ikke er dokumentert noe vedtak om HLR minus. En annen forklaring for resultatet kan være at sykepleierne har startet gjenoppliving men at de ikke har dokumentert at de har iverksatt dette. Som en tredje forklaring kan det være at det i den aktuelle avdelingen var en kultur hvor en anså dødsfallet som en naturlig avslutning i en langt kommet kreftsykdom eller hjerte- lungesykdom, siden studien var på en avdeling med slike diagnoser. Dette blir antagelser, men viktige betraktninger da resultatet ikke er forenlig med mine funn. Min studie viser at sykepleierne (ifølge egne

utsagn) vil starte gjenoppliving når det ikke er tatt forhåndsvurdering eller dokumentert HLR minus.

### **Betydning av selvbestemmelsesrett når det fattes vedtak om HLR minus:**

Det er flere studier som omhandler oppfatning av pasienten sin selvbestemmelsesrett. I min studie kom det fram at det i dagens praksis er vektlagt stor betydning at pasienten orienteres, eventuelt blir spurt om deres tanker omkring HLR minus. Det ble i den tråden understreket at når det tas stilling til HLR minus er pasienten ofte svært dårlig, noe som fører til at det ofte blir pårørende som får denne informasjonen eller forespørsel. Det var ikke noe fast norm for hvordan denne informasjonen ble gitt, det var svært personavhengig, men det ble gitt uttrykk for at dette var legens ansvar. Det ble fortalt om leger som var flink på dette området og noen som var svært famlende, slik at det ble vanskelig for pasienten / pårørende å forstå hva de ble spurt om. Funn i min studie viser også en opplevelse blant informantene av at en som sykepleier i mange sammenhenger påfører pasienten eller de pårørende et for stort ansvar når forespørsel om HLR minus ble framlagt som om dette er et valg pasient eller pårørende må ta stilling til.

Næss (2008) gjennomførte en spørreundersøkelse (web- basert spørreskjema) blant sykepleiere som jobber i hjerteintensiv - avdelinger i Norge. Svarprosenten var 60 %, og 74 % av de spurte mente at pasienten skal informeres i forhold til vedtak om HLR minus. 50 % svarte at de hadde opplevd at pasienten ikke ble informert om HLR minus. Som en ser av denne studien opplever sykepleierne det som viktig at pasienten blir informert. Siden informantene fra nevnte studie er sykepleiere som jobber i hjerteintensiv - avdeling, blir det viktig å understreke at det kan være en forskjell som er av betydning når en ser spørreundersøkelsen i forhold til min studie som omhandler medisinske sengeposter, hvor det jobber «vanlige» sykepleiere og det ikke er pasienter som trenger kontinuerlig overvåking. Her kan det foreligge kulturforskjell. Samt at min studie omhandler problemstillingen når gamle innlegges i sykehus.

Det blir derfor naturlig å se på Cherniack (2002) som har studert tidligere studier om dette tema, det hevdes i denne studien at de fleste eldre

pasienter dør med en ordre på plass om at det ikke gis hjerte – lunge - redning. Det påpekes hos Cherniack (2002) at studier har vist at mange eldre i ulike deler av verden ønsker å bli gjenopplivet, men at det er mangel på kunnskap i forhold til HLR. Det understrekes i den sammenheng at det er bergrenset med studier i andre land enn USA. Det konkluderes i den studien med at det er en økende bruk av HLR minus, men at det er uklart hva dette skyldes. Om det er et resultat av at lege og pasient har snakket sammen, eller om legen nekter pasienten autonomi ved ikke å spørre dem om HLR vites ikke. Når valget om HLR minus overlates til pasienten, konkluderes det med at det er flere faktorer som er avgjørende for hva en pasient vil velge. Det avhenger av hvem som spør, hvilken informasjon de har fått, og når de blir spurt. Det siste momentet her samsvarer med funn i min studie, hvor det også hevdes at det er av betydning hvordan informasjon om HLR minus blir gitt, og at det er stor forskjeller på hvordan det faktisk blir gjort. Det antydes i min studie at pasientens selvbestemmelsesrett (autonomiprinsippet) noen ganger blir tillagt for stor vekt. Dette begrunnes med at det å være gammel, å bli akutt syk og innlagt i sykehus er for mange en tøff og vanskelig opplevelse, og at det da kan bli et ugunstig tidspunkt å diskutere, samt ta stilling til HLR minus.

Baskett et al. (2004) har som tidligere nevnt gjennomført en studie for å vurdere ulike holdninger i Europa når det gjelder etiske aspekter ved gjenoppliving. Det var en spørreundersøkelse som innbefattet 20 europeiske land. Resultatet viste en betydelig variasjon i tolkningen av etiske dilemmaer. Det synes å være en tendens mot større anerkjennelse og respekt for menneskets autonomi sammenliknet med tidligere år. Det konkluderes med at ved mange etiske spørsmål kan det ikke være et klart og korrekt svar. Det påpekes også at kanskje den beste løsningen i enhver situasjon som er uklar, er etiske å handle slik du ville ønske, hvis du var pasient eller pårørende. Det kom også frem i min studie at autonomiprinsippet står sterkt i dagens sykehus. Men informantene hadde også erfaringer hvor legene skrev HLR minus på kurve uten å konferere med noen, så noen av informantene ga derfor i min studie uttrykk for at de var usikker på hva som «egentlig» var det rette.



### **Hvilken effekt har vedtak om HLR minus på behandling**

Som tidligere nevnt gjennomførte Mjåset et al. (2008) en studie for å kartlegge omfang, sykdomsforløp og behandling av pasienter som omfattes av HLR minus - vedtak på norske sykehus. Studien er retrospektiv og omhandler pasienter innlagt ved seksjon for akutt slagbehandling. Studien viste at 79 av 855 ble omfattet av et HLR minus vedtak. Gjennomsnittlig alder var 80 år. Sykehusmortaliteten var 39/79 (49 %). Alle avgjørelser vedrørende behandlingsbegrensning kom etter at et HLR minus vedtak var fattet bortsett fra i ett tilfelle. Når en ser på min studie var det også en opplevelse hos sykepleierne at det var lettere for legen å fatte beslutning om HLR minus på gamle pasienter enn yngre. Funn i min studie antyder også at vedtak om HLR minus og seponering av behandling var noe som ble gjort parallelt, og flere av sykepleierne opplevde at legen ofte tolket det som en side av samme sak når sykepleieren tok opp tema om HLR minus. Det ble i min studie poengtert at sykepleierne ikke delte denne oppfatningen. Det var et ønske fra informantene at en i større grad kunne sette HLR minus, men likevel kontinuere behandlingen hvis en så at denne kunne ha effekt.

### **Etiske betraktninger:**

Malloy et al. (2009), gjennomførte en kvalitativ studie av 42 sykepleiere som jobbet på sykehus (i Canada, Irland, Australia, og Korea). Hensikten var å utforske deres oppfatning av hvordan etiske beslutninger ble fattet, og i hvilken grad deres stemmer ble hørt. Informantene antydte at deres stemmer stilnet (ofte frivillig) eller ikke ble tatt til følge i form av etiske avgjørelser. Det kom fram at deres etiske beslutninger skilte seg fra legenes. En ga følgende eksempel:

*.....every doctor gets to make their own personal decision because they`re independent practitioners. I have to follow the policy of the agency but doctors don` t. They are appointed above us (Canada).*

Det blir i min studie fremhevet at sykepleiers stemme i varierende grad blir hørt, og det oppleves som at deres engasjement er av betydning i prosessen om å vurdere HLR minus. Samtidig ble det påpekt fra informantene at det kunne

være en fordel å ha en del erfaring som sykepleier for å våge å ta opp tema, og bli hørt.

Skogan (2008) har som tidligere vist sett på hvilke faktorer som påvirker sykepleiers syn på bruk av ordren HLR minus i somatiske sykehus. Dette er en relativt ny studie hvor det er brukt fokusgruppeintervju. Det konkluderes med at sykepleierne mener det må utvises skjønn når de vurderer å starte livreddende hjerte- lunge redning. Når det gjelder bruk av skjønn ble dette også vektlagt i min studie, men sykepleieren anså det som vanskelig å følge dette i praksis. Skogan (2008) hevder at faktorer som medisinsk prognose og pasientens alder påvirker sykepleierens syn på HLR minus, og pasientens medbestemmelsesrett skal vektlegges når HLR minus ordre blir diskutert. Det er funn som samsvarer med det som kom fram i min studie, selv om det i min studie fremheves at dilemma om HLR minus ofte også er stort blant kronikere med gjentatte innleggelser som etter normen ikke blir ansett som gamle, men som blir dårligere og dårligere.

Det kom også i min studie fram at det er viktig å vektlegge pasientens selvbestemmelse, men at det opplevdes en del frustrasjon rundt dette da det var store forskjeller i hvordan informasjon / forespørsel om HLR minus ble gitt. Skogan (2008) hevder at et av de mest interessante funnene var betydningen av pasientens «vilje til å leve» og «livsgnist» sin innvirkning på om det ble fattet vedtak om HLR minus. Dette kom også fram i min studie som en faktor som var medvirkende i forhold til om det ble fattet vedtak om HLR minus, men at det kunne oppfattes som vanskelig for sykepleier, særlig hvis de ut fra sitt faglige skjønn ikke kunne se at det ville få noen positiv konsekvens å starte gjenoppliving. Det hevdes også i Skogan (2008) sin studie at sykepleierne savner nasjonale retningslinjer for bruk av ordren HLR minus. Det ble likevel stilt spørsmål om det er gjennomførbart å lage slike kriterier. Det var et avgjørende funn også i min studie at sykepleierne opplevde det som vanskelig å skulle ha fastlagt prosedyrer, men vektla at dette var et tema som i større grad kunne forbedres ved at tema fikk større fokus i hverdagen.

Det kom i min studie i liten grad fram hvordan informantene oppfattet dagens regelverk annet enn at de måtte forholde seg til det som var skrevet i journal, mens noen av informantene ga uttrykk for at de var usikker på hva som var «det rette». Dette konkluderes det også med i Löfmark (2001) sin

doktorgradsavhandling «Do-not-resuscitate orders». Der fremheves det at leger og sykepleiere er usikker på regler og etikk når det gjelder vedtak om HLR minus. Det ble vist at det var avvik mellom retningslinjer og holdninger i forhold til HLR minus. Det konkluderes med viktigheten av å starte en dialog om livets slutt med kronisk syke, eldre pasienter og deres pårørende, mens de er kapabel til det å forstå et slikt vedtak. Dette er i tråd med funn fra min studie, hvor sykepleierne ser at slik systemet er i dag, hvor det er lagt opp til at en skal ta stilling til HLR minus når en er gammel og syk og innlegges på sykehus kan være problematisk.

Det påpekes i min studie som fordelsmessig hvis dette tema hadde blitt diskutert og snakket om med pasientene og deres pårørende på et tidligere tidspunkt. En av sykepleierne sa det slik:

*«Pasienten skulle ikke vært lagt inn i mange tilfeller. Det skulle vært avklart ute i primærhelsetjenesten. På sykehjemmene, hos fastlegen. Vi får en gammel far og mor selv. Og selv skal vi bli gamle og dø.»*

Fattah et al. (2007) har i en studie fokus på livsforlengende behandling og de mange etiske vurderinger, særlig når slik behandling avsluttes. De belyser etiske utfordringer rundt livsforlengende behandling med utgangspunkt i to kasuistikker, en ved livets begynnelse og en ved livets slutt. På grunn av den kontinuerlige teknologiske utviklingen i medisinen tar trolig leger i dag flere etiske beslutninger enn før. Det etterlyses mer integrert etikkundervisning i medisinstudiet og bedre kjennskap til aktuelle forskrifter blant leger. På bakgrunn av vanskelige etiske problemstillinger ved forhåndsvurdering av HLR minus ble det også i min studie etterlyst integrerte faglige diskusjoner på et generelt plan, og ikke bare fra sak til sak.

### **Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus:**

Ranhoff og Linnsund (2005) gjennomførte en studie hvor tema var spørsmål om når sykehjemspasienter skal innlegges i sykehus. Bakgrunnen for studien er at sykehjemspasienter har høy alder, kroniske sykdommer, funksjonssvikt og ofte demens. Metoden var litteratursøk som ble kombinert med egen klinisk

erfaring. Resultatet viste blant annet at de vanligste innleggelsesårsakene hos gamle generelt er hoftebrudd, pneumoni, hjerneslag, brystmerter, hjertesvikt og anemi. Personalet ved sykehjem står overfor avgjørelser om sykehusinnleggelse. Disse avgjørelsene kan være innfløkt og involverer både medisinske og etiske overveielser. Studien påviser videre ukklarheter om hva som er avgjørende i denne beslutningsprosessen. I studien vises det til amerikanske sykehjem hvor de bruker begrepet ”do-not-hospitalize order” (”innleggelse minus”). Studien påpeker at praksisen ved sykehjem i Norge kan forbedres ved å øke legetjenestene og kunnskapen om lindrende behandling, samt ved at behandlingsnivå ved eventuell akutt sykdom planlegges i samråd med pasient og pårørende. Mange av funnene i denne studien samsvarer med sykepleiere fra somatisk sykehus (i min studie) sine opplevelser, hvor det vektlegges fra sykepleierne at det er mange gamle som innlegges som heller skulle ha blitt behandlet på sykehjemmet.

Det vises i min studie til eksempel med innleggelse hvor det i utgangspunktet var avklart at pasienten ved akutt sykdom ikke skulle innlegges i sykehus eller ha livsforlengende behandling, men at dette ikke ble overholdt. Det konkluderes i den sammenheng med at det bør være god kompetanse og kjent personalet på jobb på sykehjemmet. Det reflekteres også i min studie over at en hadde unngått en del innleggelser, hvis en som helsepersonell hadde «våget» å gå i dialog med pasienten på et langt tidligere tidspunkt enn hva som antas å være vanlig nå.

### **7.3 Metodens egnethet**

Vitenskapelig virksomhet har som primært mål å utvide vår erkjennelse. For å kunne oppnå dette er en hovedregel for vitenskapelig virksomhet å benytte metoder som er adekvate i forhold til problemfelt og problemstilling (Thornquist 2002).

I kapittel 4 har den kvalitative tilnærmingen med bruk av dybdeintervju blitt presentert, og belyst i forhold til hvordan den ble brukt i min studie. I etterkant av gjennomføring og analyse mener jeg at det for dette prosjektet har vært en egnet tilnærming. Studiens funn har sammen med teori og tidligere forskning ført til en dypere forståelse av det som var ønskelig med studien.

Tema i studien viste seg å kreve mye refleksjon, det er et område i sykepleierens hverdag som vanskelig kan besvares utfyllende i for eksempel et spørreskjema. Det ble av flere av informantene påpekt etter intervjuet at det var godt å få snakke om disse opplevelsene, og det ble gitt flere positive tilbakemeldinger på at dette tema ble aktualisert. At det er et omfattende tema viser også funnene, det var mye som informantene ønsket å formidle og det ble gitt mange skildringer som eksemplifiserte deres erfaringer. Det ble derfor et omfattende materiale, som etter endt transkribering bestod av 125 tettskrevne sider. I inklusjonskriteriene inngikk det at informantene måtte ha jobbet ved medisinsk avdeling i mer enn 3 år.

De som deltok hadde alle relevant erfaring fra 7 til 15 år. Noen hadde også erfaring fra andre instanser i helsevesenet, men minimumserfaringen fra sykehus var 7 år. Så kunnskaper og opplevelser som kom fram i bevisstheten var varierte fra de var nyutdannet og fram til i dag.

### **Min rolle som forsker:**

Min rolle som forsker har blitt presentert i kapittel 4. Jeg vil i denne delen understreke at når jeg tidligere har beskrevet viktigheten av å være bevisst min forforståelse, har dette vært en viktig prosess for å tilstrebe en åpenhet for det som empirien har kastet lys over. Det er likevel sentralt som Thornquist (2002) presiserer at problemstillinger kommer ikke av seg selv. Våre oppfatninger og tankemodeller om kunnskap og fenomener i verden, det som er av epistemologisk og ontologisk art styrer vårt blikk. Dette er med på å påvirke hvilke spørsmål en ønsker å stille og hvilke en velger å se bort fra. Det har derfor vært betydningsfullt å klargjøre min egen forforståelse siden dette har vært av betydning for valg av tema, men jeg har etter beste evne jobbet bevisst med at min forforståelse i minst mulig grad skal influere på informantene, og forsøkt å la den være med meg som en styrke gjennom prosjektet.

Erfaringen av å være forsker er mangeartet, som sentralt kan nevnes at jeg har opplevd min egen rolle som svært sentral i en slik type tilnærming. At jeg som vist i kapittel 4 har hatt som intensjon å oppnå god interaksjon er av betydning

for å få frem kunnskap. At rom, tid, og sted var godt planlagt var faktorer som ble viktig for å skape en ro og fokusering i prosjektet.

Det har vært betydningsfullt for prosjektet at det ble gjennomført prøveintervju. Dette ble gjennomført på en kollega, og det ble klart for meg at det kan være utfordrende å forske på nære kolleger. Dette fordi man innehar en del «felleskunnskap», eller som jeg oppdaget at det ligger en del tatt for gitt kunnskap i «luften», slik at det blir vanskeligere å stille seg undrende og «uvitende» til fenomenet. Det ligger en utfordring i plutselig å skulle være i en annen rolle enn hva en vanligvis er overfor et annet menneske. Det var dog en svært positiv erfaring å ha gjennomført et prøveintervju. Jeg fikk kjenne på hvordan det var å være i forskerrollen, samt prøvd ut intervjuguiden. Prøveintervjuet ble det også tatt lydopptak av. Jeg kunne i ettertid sitte og høre gjentatte ganger på min intervjuatferd, spørsmålsformulering, aksept av taushet og i hvilken grad jeg la føringer. Dette intervjuet ble også transkribert, slik at jeg skulle få en nær kjennskap til materialet, samt at jeg fikk en erfaring med dette arbeidet. Dette var et godt utgangspunkt og gjorde meg i større grad forberedt til intervjuene. Som vist er man som forsker en svært sentral person i den kvalitative tilnærmingen, og en vil nok alltid påvirke innsamlingen av data, analyse og presentasjon av funn. Så i følge Malterud (2003) hevdes det at spørsmålet ikke er hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan.

## 7.4 Implikasjoner for praksis

Ingen forskningsmetode kan påta seg bevisførsel, man kan i beste fall sannsynliggjøre noe (Malterud 2003:40). Jeg mener denne studiens validitet er styrket av forhold som gjelder gyldighet og generaliserbarhet presentert i kapittel 4, hvor jeg har gjort rede for intern og ekstern validitet. Jeg vil i denne konteksten trekke frem tre punkter som Malterud (2003) mener kan sammenfatte vitenskapelig kunnskap; relevans, validitet og refleksivitet. Jeg vil videre se hvordan innholdet i disse begrepene er ivaretatt i denne studien. Når det gjelder relevans, er min oppfatning at denne studiens funn er noe som andre kan dra nytte av. Den bidrar med en type kunnskap som er relevant for sykepleiere i praksis. Funnene gir en beskrivelse av en praksissituasjon som

sykepleier står i, og som det ikke automatisk kan være «enkle» svar eller tilnærminger til. Det har vært gjort grundige litteratursøk i ulike databaser, under hele prosessen med studien. Siste søk var gjort i november 2009. Det at det finnes andre studier som på noen områder peker mot tilsvarende konklusjoner som denne studien gir, anser jeg som en indikasjon for at dette er et felt som har krav på større oppmerksomhet og anerkjennelse enn hva som er praksisen i dag. At det i andre studier også ses på forhold rundt HLR minus med andre perspektiv enn hva jeg har gjort, bidrar til at en får enda mer kunnskap om fenomenet enn hva denne studien kan bidra med. Ved at det i min studie er gjort bruk av dybdeintervju har ført til at studien viser til en opplevelse av en virkelighet som er beskrevet gjennom den enkeltes erfaring / opplevelse, uten påvirkning fra andre, noe som for eksempel kan være tilfellet ved fokusgruppeintervju. Da kan det dannes kollektive meninger, og et resultat kan og være at noen deltagere gjerne ikke våger å komme med sin egentlige opplevelse av fenomenet. En vil i en slik tilnærming også være avhengig av å få til en god gruppedynamikk, slik at ingen av deltakerne får dominere.

Jeg valgte som tidligere beskrevet å gjøre ett intervju med hver kandidat, men hadde avtale om at vi kunne gjøre et oppfølgingsintervju om dette ble nødvendig. Hvert intervju varte fra 60 - 90 minutter og det var ikke behov for å intervjuer noen av kandidatene flere ganger og jeg ble heller ikke kontaktet av noen av dem.

Når det gjelder refleksivitet fremheves det av Malterud (2003) at forskeren i prosess og produkt må vise vilje og evne til å sette spørsmålsteget ved framgangsmåte og konklusjoner i eget prosjekt i form av tvil og ettertanke. Det har derfor vært viktig for meg å klargjøre min forforståelse i denne prosessen (jf. kapittel 4). Det er som tidligere beskrevet slik at jeg i forhold til valg av tema er styrt av «min virkelighet». Jeg måtte derfor innstille meg på å være åpen for det empiriske materialet.

En del av min forforståelse innebar en forestilling om at sykepleiere i større grad ville la sitt faglige skjønn være styrende i en akutt situasjon hvor en må ta stilling til HLR minus. Det viste seg at skjønnnet var styrende for deres engasjement i forhold til å ta tema det opp til diskusjon med legen, men det var øyensynlig ikke avgjørende i en situasjon hvor det var spørsmål om å starte

gjenoppliving i praksis. Deres faglige skjønn forekom som betydningsfull for hvor vanskelig situasjonen opplevdes. Tidligere i dette kapitlet under pkt 7.2, hvor jeg ser på denne studiens funn relatert til tidligere relevant forskning, henvises det til noen studier som påpeker at sykepleiere lar seg styre av deres faglige skjønn. Det diskuteres i den delen mulige årsaker til at mine funn ikke gir samme resultat.

Jeg ble ikke overrasket over at kommunikasjon var viktig når det gjelder forhåndsvurdering av HLR minus, men det som derimot vekket min oppmerksomhet og som jeg ikke fant i tidligere studier var tanker om at det kunne virke positivt inn på denne etiske utfordringen i praksis at det i større grad burde vært faglige fora for HLR minus på sengepostene, nettopp fordi informantene så at dette var en type kunnskap som ikke kunne fastlåses i standardiserte prosedyrebøker, slik mye av dagens anvendte kunnskap blir.

Jeg hadde i utgangspunktet også som mål å inkludere emnet sykepleiedokumentasjon og betrakte hvilken betydning innføring av såkalt «stille rapport» og avvikling av den tradisjonelle muntlige rapporten har hatt på forhåndsvurdering av HLR minus. Det viste seg imidlertid å være uten direkte relevans for det som var sykepleiers opplevelse av å stå i disse situasjonene, dette ble etter en del bearbeiding nedprioritert.

I en del av prosessen ble det gjort som Malterud (2003) anbefaler, jeg prøvde å stille meg på utsiden av hva som var mitt utkikkspunkt for observasjoner og tolkninger, slik at jeg på den måten har kunnet øke bevisstheten om hvilke ”briller jeg har på” når jeg leser mine data, jeg har da kunnet vurdere hvilken betydning den kulturelle og teoretiske tradisjonen jeg står i for de spørsmål jeg har stilt. Dette er forhold som jeg underveis har prøvd å gjøre rede for, både når det gjelder bakgrunn, vitenskapsteoretisk forankring, metode og egen rolle som forsker. Hvis disse forholdene ikke klargjøres kan det føre til såkalt bias, en preferanse eller partiskhet, men ved en klargjøring av disse forhold er det med på å vise hvordan en som forsker påvirker studien. En påvirkning av forskningsprosessen er uunngåelig, så noe av refleksiviteten er derfor å vise hvordan og i hvilken grad påvirkningen skjer, noe som har vært tilstrebet gjennom hele prosjektet.



Når det gjelder validitet har jeg i kapittel 4; metode, gjort rede for den interne og eksterne validitet og hvordan den er blitt ivaretatt. Det understrekes her at metodisk var det å gjennomføre et prøveintervju noe som var med på å styrke validiteten. Det ga rom for forbedring allerede før møte med informantene. Forholdene viser at den interne er validitet er søkt ivaretatt, og funnene kan antas å være gjenkjennelig for andre sykepleiere enn de intervjuede, især på dette sykehuset hvor intervjuene er foretatt. Som vist tidligere er retningslinjer og kultur når det gjelder HLR minus ulikt på andre avdelinger og sykehus, så funnene kan ikke automatisk generaliseres. Men sammen med tidligere studier bidrar også denne studien til å beskrive en praksissituasjon som absolutt er aktuell utover det sykehuset som disse funnene er hentet fra. Slik sett kan nok denne studien være med på å øke forståelsen og refleksjonen rundt dette fenomenet hos sykepleiere også på andre sykehus. Med en tilnærming som her er anvendt søker man en annen type forskning som gir oss enn annen type kunnskap enn mer generaliserbar kunnskap.

Repetisibilitet i den forståelse at en skal kunne oppnå like resultater ved gjentakelse av forsøket, brukes ofte som et mål på pålitelighet i medisinsk forskning. Som tidligere nevnt vil det ved en slik type tilnærming som her er anvendt være for mange forhold som påvirkes av min rolle som forsker på en eller annen måte, det være seg datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon (Malterud 2003). Innenfor kvalitative forskningsstrategier blir det derfor et mål å utnytte det mangfoldet som dette representerer, og det blir dermed en erkjennelse av at det finnes flere gyldige versjoner av kunnskap (Malterud 2003). Så jeg har nok i pakt av meg selv og den jeg er med de kunnskaper jeg har med meg i «sekken» vært med på å påvirke studien i alle ledd. Kravet til gyldighet slik det er brukt innenfor kvantitativ metode er i følge Malterud (2003) sjeldent relevant i kvalitativ forskning.

Når det gjelder gyldighet i denne studien har jeg hatt til hensikt å ha en rød tråd gjennom hele prosjektet, det har tentativt vært en logisk forbindelseslinje mellom problemstilling og forskningsspørsmål prosjektet har hatt til hensikt å belyse, og de teorier, metoder og data som har ført fram til kunnskapen.

## **FORENE TEORI OG PRAKSIS**

En måte å binde teori og praksis, er å stille krav til teorien om praksisrelevans (Lorensen 1998). Jeg opplever at den valgte teorien i denne studien, jf. kapittel 2 belyser en opplevelse i praksis med ulike perspektiver, og at teorien faktisk kan anvendes til å klargjøre de utfordringer som sykepleierne møter i den beskrevne situasjonen. Ved å belyse tema slik jeg har gjort i kapittel 6, hvor teorien relateres til funnene, kan dette også bidra til å påvirke og stimulere til faglige diskusjoner og i større grad sette ord på hvilke opplevelser og valgmuligheter en har når HLR minus er en aktualitet. Det bør nevnes at mine funn kunne ha vært interessant å se i lys av annen teori også, som for eksempel makt og brukermedvirkning. Likevel ser jeg at den anvendte metode og teori i stor grad har medvirket til å klargjøre forskningsspørsmålene og problemstilling. I følge Henriksen et al. (2006) finnes det ingen nøytrale standpunkter eller holdninger i vårt møte med andre mennesker og i valget av hva vi vil at livet vårt skal bli. Det vil derfor alltid være etisk ”stoff” i måten vi stiller oss til andre mennesker på.

### **7.5 Implikasjoner for videre forskning**

Studiens funn viser at dette er tema som berører og engasjerer sterkt, det er derfor etter mitt skjønn av betydning at det blir løftet fram og satt søkelys på. Det ble i denne studien valgt å se situasjonene og opplevelsene med HLR minus i lys av teorier og begreper som omhandler etikk, skjønn, moral og lidelse. Den situasjonen som sykepleiere opplever i forhold til HLR minus åpner også opp for å se opplevelsen i lys av andre teorier og gir derfor formodentlig grunnlag for videre forskning. Det kunne ha vært interessant med tilsvarende type studie hvor nyutdannede sykepleieres opplevelser, deres tanker, og eventuelt erfaringer ble kastet lys over.

En kvalitativ studie blant leger ville, etter mitt syn, være av relevans, da med tanke på hvordan denne yrkesgruppen opplever forhåndsvurdering av HLR minus når eldre mennesker innlegges i sykehus, og eventuelt hvilke etiske utfordringer de møter, og gjerne med deres erfaring av relasjonen til sykepleierne i denne sammenhengen. Det vises i denne studien at sykepleier i stor grad forholder seg til legen når det gjelder dette tema, så det å prøve å

forstå denne interaksjonen, og de føringer som ligger i denne relasjonen synes å være interessant.

En slik type studie som her er gjennomført kan også være med på å danne grunnlag for utvikling av spørreskjema for eventuelt å gjennomføre en kvantitativ studie blant sykepleiere. Hensikten med en slik type studie kunne være å få mer generaliserbar kunnskap. Like fullt er dette kanskje et tema som krever en del refleksjon, og som etter mitt syn er lettere å stimulere til gjennom et kvalitativt dybdeintervju enn ved bruk av spørreskjema.

Som tidligere vist ble helseforetakene oppfordret til å utarbeide egne retningslinjer etter at rundskriv fra statens helsetilsyn fra 2002 som omhandlet forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte- lungeredning ble sendt ut. Resultatet viste at innholdet i retningslinjene varierer fra de ulike helseforetakene. Sentrale momenter som indikasjoner, definisjoner, pasienter og pårørendes medvirkning, konflikthåndtering, samtykkekompetanse og relevante forhåndsønsker er ikke kommentert eller er uklart omtalt i mange av dem. Så i den grad kulturen i sykehus lar seg påvirke av retningslinjer vil det være vanskelig med generalisering. Det er flere studier som viser at det er ønskelig med nasjonale retningslinjer når det gjelder forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte- lungeredning (Nordtvedt et al. 2007 og Skogan 2008). Ved en eventuell utarbeidelse av nasjonale retningslinjer kan det å ha en forståelse av helsepersonell sin opplevelse av fenomenet gi et viktig bidrag og grunnlag til slike nasjonale retningslinjer.

Underveis i prosessen tok jeg som forsker kontakt med Klinisk Etikk - Komité (KEK) ved Haukeland Universitets sykehus (komiteen ble ikke nevnt under intervjuene). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2007) skal det ved samtlige helseforetak være etablert en klinisk etikk - komité. Komiteene skal bidra til å høyne kompetanse i klinisk medisinsk etikk for å kunne identifisere, analysere og om mulig løse etiske problemstillinger. Tilbakemeldingen fra KEK var at problemstillingen rundt HLR hadde vært oppe både i forbindelse med tidligere rundskriv fra Statens helsetilsyn, og i forbindelse med den nye veileder for begrenset livsforlengende behandling (jf. Kapittel 1). Komiteen hadde ikke hatt noen henvendelser fra, eller henvendt seg til sykepleiere når det gjaldt HLR minus. Det hadde etter mitt skjønn, på bakgrunn av funn, vært interessant å få mer inngående kunnskaper om mulighet for mer

samarbeid / faglige fora mellom KEK og sykepleiere ved medisinske sengeposter når det gjelder de utfordringer denne studien tar opp.

Det ville også ha vært av interesse å se nærmere på hvordan pasient og pårørende opplever forespørsel om HLR minus. Det finnes noen tidligere studier som har sett på dette, men her vil trolig kultur, alder, sosiale forhold, sykdomshistorie være forhold som er av betydning.

## 7.6 Konklusjon

Denne studien har etter min oppfatning klart å øke forståelsen av sykepleiers opplevelse av en etisk utfordrende situasjon i praksis.

Når en ser på funn i denne studien, er det også viktig å se hvilken posisjon sykepleier har i sykehussystemet. Sykepleierne står nært pasienten, andre helsearbeidere, og pårørende, dermed deltar denne yrkesgruppen i relasjoner som fører til gjensidig påvirkning i forholdene. Yrkesgruppen innehar store kunnskaper og refleksjoner om egne og andres posisjoner. Dette er viktige forutsetninger for å forstå sykepleiers "egentlige" valg i de etiske utfordringer. Det er av den grunn av betydning at sykepleiers opplevelse også søkes forstått ut fra et større perspektiv. Sykepleierens opplevelse er alltid som Bengtsson (2006) vektlegger allerede formidlet av subjektets forankring i en historisk periode, en sosial omgivelse, et visst språk osv.. Betragtningen har forståelsen struktur, den hermeneutiske sirkelens struktur, og på grunn av det må tingene tolkes (Bengtsson 2006).

I følge funn og min tolkning er det absolutt potensial for forbedring av situasjonen som sykepleier opplever og erfarer i situasjoner hvor det er aktuelt å vurdere HLR minus, men en må da også vektlegge den posisjon som sykepleier befinner seg i og ta hensyn til det. Det kan slik jeg tolker funnene ikke bare skje endringer hos sykepleieren alene.

Denne studien viser at sykepleier i en akutsituasjon ikke føler seg bekvem med å la sitt faglige skjønn være styrende hvis det oppstår en hjertestans. Hun vil da følge det hun anser som hennes hovedplikt. Dette gjøres ikke ureflektert og kan i noen sammenhenger gi en opplevelse av at pasienten påføres lidelse. Kommunikasjon mellom lege og sykepleier viser at det i stor

grad er sykepleier som tar opp tema om HLR minus til diskusjon og ønsker avklaring. Erfaringer viser at legen ofte vil se situasjonen an før vedtak fattes. Sykepleiere diskuterer i noen grad HLR minus seg imellom, men dette er stort sett begrenset til konkrete tilfeller. Det savnes som nevnt et faglig forum som ivaretar dette området for sykepleierne. Det ble kom fram at dette var et tema som det var vanskelig å lage noe standard sykepleieprosedyre på, men det var ønskelig at det i større utstrekning ble tatt opp på mer generelt grunnlag i praksishverdagen.

Informantene så mange fordeler ved større flyt av informasjon mellom ulike instanser. Hvis så hadde vært tilfelle kunne en lettere gjøre opp status om pasientens totalsituasjon, noe som er av betydning for om det fattes vedtak om HLR minus.

Når det gjaldt kommunikasjon med pasienten om HLR minus var dette svært ofte utfordrende, fordi pasienten ofte var blitt svært dårlig før vurdering av HLR minus ble tatt opp til vurdering, og av den grunn uetisk og rimeligvis angstskapende å diskutere HLR med pasient i en slik situasjon. Det innebar at det ofte var pårørende som måtte være delaktig i diskusjonen om gjenoppliving.

Det var av betydning hvordan pårørende ble informert eller forspurt om å ta stilling til HLR minus. Informantene opplevde det som en fordel hvis det i større utstrekning hadde vært tatt opp med den gamle pasienten før en eventuell innleggelse, og ikke avvente til akutt sykdom inntraff.

Det var viktig for sykepleierne at en i dette spenningsfeltet klarte å ivareta pårørende, da det ble påpekt at situasjonen rundt døden er noe pårørende bærer med seg resten av livet. Det ble i forlengelsen av dette reflektert rundt det faktum at det i sykehuset råder en kultur hvor medisinsk behandling og muligheter har stor dominans, og at det derfor var desto viktigere å lære seg å ”stoppe opp” og se på hensikten ved enkelte utredninger og ta vare på individet. Det ble i den sammenheng vektlagt at det heller ikke alltid bør være slik at behandling seponeres, selv om det fattes vedtak om HLR minus.

Økt kompetanse om situasjonen som utspiller seg når det ikke tas stilling til HLR minus kan få positive konsekvenser for det gamle mennesket som innlegges i sykehus, det er av betydning for pårørende, og det er et område

som berører sykepleiergruppen sterkt siden det er de som ofte befinner seg i dette spenningsfeltet i sin praksis.

Denne studien gir oss et innblikk i sykepleiers opplevelse av en etisk utfordrende situasjon i praksis. Dette er en type kunnskap som ikke lager store overskrifter, eller blir standardisert i en prosedyrebok. Det er etter mitt syn desto viktigere at denne erfaringskunnskap blir belyst og diskutert. For å si det med Løgstrup sine ord:

*«Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender» (Løgstrup 1956:37)*

Det er dette ansvaret sykepleierne i denne studien kjenner at de har, selv om de formelt sett opplever og støtter seg til at de ikke har noe ansvar, da det er legen som skal fatte denne beslutningen. Det at sykepleier er i praksis, og *ser* pasienten, og er den som er med pasienten ved en eventuell hjertestans er av stor betydning og gir dem som mennesker et stort ansvar. Følgende sitat fra Lèvinas (2002:44) kan gi et bilde av sykepleiers relasjon med pasienten.

«Jeg tror, at sprogets begyndelse ligger i ansigtet.

På en eller anden måde kaller det, i sin tavshed, på én.

Ens reaktion på ansigtet er et svar.

Ikke blot et svar, men et ansvar.»

Dette viser at i interaksjonen ser sykepleieren individet, og hun innehar en type kunnskap som ikke er verbalt artikulert, men dog av stor innvirkning på situasjonen. Forhåpentligvis kan denne studien være med å bidra til å gjøre oss klokere på denne delen av praksisfeltet til sykepleierne. Funnene i denne studien gir etter mitt syn mulighet til vekst og utvikling og kan formodentlig være et grunnlag for å arbeide videre med tema, og på den måten bedre og i større grad synliggjøre situasjonen i praksis.

## Referanser:

- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Baskett P.J.F, Lim A. (2004) *The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe*. *Resuscitation* 62 (267-273)
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press
- Bengtsson, J. (2006) *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer, Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Brinchmann S.B. (2005) *Etikk i sykepleien*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Bondevik, M. (2009). *Gammel og frisk, Om gerontologi og hundreåringer*. Bergen: Folio Forlag
- Carlsen Lødrup K.C. og Staff A (2003) *Forskningshåndbok Fra ide til publikasjon* VIRUSS.
- Cherniack, EP (2002). *Global Ethics Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it?*. *Journal of Medical Ethics* 2002:303-307
- Eriksson K. (1995). *Det lidende menneske*, Oslo: Tano
- Fanebust R, Langøren J, Lindås R og Norheim F. O (2007) *Herte-Lunge redning Minus (HLR-Minus) Metodebok i akutt indremedisin*. Bergen: Haukeland Universitets Sykehus
- Fattah S., Johnsen H.K, Norheim F.O.(2007) *Livsforlengende behandling- analyse av to kasuistikker* Tidskrift for Den norske legeforening nr. 7, 2007:127:878-81
- Grimen, H., Nortvedt, P. (2004) *Sensibilitet og Refleksjon, Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget
- Halvorsen K (2000)*Forskningsmetode for helse og sosialfag* Oslo Cappelen Akademiske Forlag as
- Helsedirektoratet (2009) *Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende*. Oslo: Best. Nr. 15-1691 Avd. kvalitet og prioritering.

- Helse og Omsorgsdepartementet (2007) *kliniske etikk komiteer*. Redaksjonell artikkel, Helse- og omsorgsdepartementet, 05.01.2007
- Henriksen, J. O. Vetlesen A. J. (2006) *Nærhet og distanse, Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Houngaard L, Nielsen Ø. G. og Lorensen M. (2003) *Forskning i klinisk sykepleie* Akademiske forlag A/S og Dansk selskap for Sygeplejeforskning
- Kristoffersen K (2007). *Lidelse og Kronisk sykdom. I: Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Red.: Eva Gjengedal, Berit Rokne Hanestad: Cappelen Akademiske Forlag
- Kvale S. (2007) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.:Oslo
- Lèvinas. E. (2002) *Fænomenologi og etik, moderne tenkere*. Danmark: Gyldendal
- Lorensen M. (1998) *Spørsmålet bestemmer metoden*. Oslo: Universitetsforlaget
- Løgstrup, Knud E. (1956). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal
- Löfmark, R. (2001) *Do-not-resuscitate orders*, Lund: Universitetstryckeriet
- Malloy D.C, Hadjistavropoulos T, McCarthy E.F, Evans R.J, Zakus D.H, Park I, Lee Y, Williams J. (2009) *Culture and Organizational Climate: Nurses` Insights Into Their Relationship With Physicians*. *Nurs Ethics* 2009;16;719
- Martinsen K. (1991) *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk- filosofiske essays*. Oslo: Tano.
- Malterud K (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* 2. utgave Oslo Universitetsforlaget
- Martinsen K. (2003) *Fra Marx til Løgstrup, Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Universitetsforlaget
- Martinsen K. (2005) *Sårbarheten og omveiene, Løgstrup og sykepleien*. I Bøwath, Sørensen, Bugge (red.) *Løgstrups mange ansikter*. Fredriksberg: Anis forlag
- Mjåset C, Gulbrandsen P, Rønning O.M, Thommessen B. (2008) *Før og etter HLR minus-vedtak i en slagenhet*. *Tidsskrift Norsk Legeforening* nr. 24, 2008: 128:2819-22



- Nortvedt, P. Slettebø, Å. (2006) *Etikk for helsefagene*, Oslo: Gyldendal Akademiske
- Nortvedt P, Høie E. G. A, Pedersen R, Sommer I. (2007) *Retningslinjer for forhåndsvurdering av å avstå fra hjerte-lunge-redning* Tidsskrift Norsk Legerforening nr.10,2007; 127: 1368-9
- NSF (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier*. ICNs etiske regler. Norsk Sykepleierforbund Oslo :<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etik> (lokalisert 29.10.2008)
- Nyeng F. 1999 *Etiske teorier – en systemisk fremstilling av syv etiske teoriretninger*. Norge Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Næs, M. (2009) «Do-Not-Attempt-Resuscitation» -orders in ICCUs: A survey of attitudes an experiences of nurses in Norway Intensive and Critical Care Nursing 25, 140-146
- Ot.prp. nr. 12 (1998-99). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Ot.prp. nr 13 (1998-99). *Om lov om helsepersonellmv (helsepersonelloven)*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.
- Polit F. D & Hungler P. B (1999) *Nursing Research, Priciples and Methods* kap. 22. 6. utgave. New York Lippincott Williams & Wilkins
- Ranhoff H.A, Linnsund M. J (2005) *Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus* Tidsskrift for Den norske legeförening nr 13-14, 2005; 125:1844-7
- Ryen A.2002 *Det kvalitative intervjuet* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S
- Skogan S. (2008) *Hva er sykepleiers syn på HLR minus?* Høgskolen i Oslo
- Slettebø, Å. (2004). *Strebing mot pasientens beste*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Slettebø, Å. (2005). *Etiske utfordringer og kvalifikasjoner i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statens helsetilsyn, (2002). *Forhåndsvurdering ved unnlatelse av å gi hjerte-/lungeredning og journalføring av disse*. Rundskriv IK-1/2002 2000/4 190 Oslo

- Steen A. S, Dye J, Mjåland O. (2003) *Vedtak om å unnlate eventuell hjerte-  
lunge-redning i en norsk kirurgisk avdeling* Tidsskrift for Den norske  
legeforening nr. 22, 2003; 123: 3201-2.
- Syse, A. (2008-2009). *Norges Lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren  
2008-2009*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tatarkiewicz W. (1976) *Analysis of happiness* Warszawa: Polish scientific  
publishers
- Thornquist E. (2002) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* Bergen:  
Fagbokforlaget
- White, B. C. (1994): *Competence to consent*. Washington DC: Georgetown  
University Press.
- Wideberg K (2001) *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*  
Universitetsforlaget
- Aadland, E. (1997). «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori og metode i helse-  
og sosialfag*. Otta: Tano Aschehoug

## **Vedlegg:**

1. Informasjonsskriv til avdelingssykepleierne ved de medisinske sengeposter
2. Forespørsel /informasjonsskriv til deltakerne og samtykkeerklæring
3. Intervjuguide
4. Norsk samfunnsvitenskapelig datatilsyn
5. Søknad / Tillatelse fra Haukeland Universitetssykehus

**INFORMASJONSSKRIV OM EN KVALITATIV STUDIE, SOM  
ØNSKES UTFØRT HØSTEN 2008.**

Mitt navn er Irene Aasmul, jeg studerer master i helsefag - sykepleievitenskap ved UIB. Dette gjør jeg ved siden av min jobb som sykepleier ved medisin post 8 ved Haukeland Universitets Sykehus.

Jeg skal høsten 2008 starte på min masteroppgave. Tema for oppgaven er Hjerte- lungeredning minus (HLR minus). Jeg ønsker å se på de etiske utfordringer som sykepleier kan oppleve når HLR minus ikke er tatt opp til vurdering av lege, og når sykepleier selv mener at dette burde vært gjort. Dette er et omfattende tema og kan ses i lys av ulike perspektiv.

Jeg mener at sykepleier er en sentral person i denne sammenheng, fordi dette er en yrkesgruppe som er nær pasient og ofte får god kjennskap til deres syke- og livshistorie. Med et økende antall eldre mennesker som innlegges i sykehus, blir oppgavens tema stadig mer aktuell.

Dette er en kvalitativ studie og jeg ønsker å ha individuelle dybdeintervjuer med sykepleiere som har jobbet i sykehus i mer enn 3 år. Da det har vært en stor utvikling ifht. rapportsystem i sykehus, er det ønskelig at noen av informantene også har jobbet ved sykehuset da det tidligere var vanlig med den tradisjonelle muntlige rapport.

Det er ønskelig å foreta intervjuene av aktuelle sykepleiere i deres arbeidstid. Sted og tidspunkt vil bli avtalt nærmere.

Det er fint hvis avdelingssykepleier videreformidler informasjon om prosjektet til sykepleierne i avdelingen, og jeg håper på snarlig tilbakemelding om aktuelle kandidater. Ved spørsmål eller ytterligere informasjon om prosjektet, ta gjerne kontakt: Irene Aasmul tlf. Jobb: 55 975522/ Mob: 41164544

Med vennlig hilsen  
Irene Aasmul

## **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave**

Jeg er masterstudent i Helsefag - sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er forhåndsvurderinger ved hjerte- lungeredning minus (HLR -minus) i somatisk sykehus.

Jeg ønsker å se på de etiske utfordringer som sykepleier kan oppleve når HLR minus ikke er tatt opp til vurdering av lege, og når sykepleier selv mener at dette burde vært gjort. Dette er et omfattende tema og kan ses i lys av ulike perspektiv.

Jeg mener at sykepleier er en sentral person i denne sammenheng, fordi dette er en yrkesgruppe som er nær pasient og ofte får god kjennskap til deres syke- og livshistorie. Med et økende antall eldre mennesker som innlegges i sykehus, blir oppgavens tema stadig mer aktuell. Formålet med prosjektet er å få fram sykepleiers perspektiv i forhold til de opplevelser som sykepleiere i somatisk sykehus står overfor når det gjelder forhåndsvurdering av hjerte- lungeredning minus.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 5-7 sykepleiere som har jobbet ved Haukeland Universitetssykehus i mer enn 3 år.

Tema i intervjuet vil dreie seg om opplevelser, meninger, etiske utfordringer og eventuelt annet som du som sykepleier mener er av betydning i forhold til tema.

Det gjøres lydopptak og jeg tar notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Jeg ønsker at det skal være mulighet for et annengangsintervju / oppfølgingsintervju hvis det er behov for det.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli fjernet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2010.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 41 164544, eller sende en e-post til [irene.aasmul@bluezone.no](mailto:irene.aasmul@bluezone.no)

Du kan også kontakte min veileder Kjell Kristoffersen ved institutt for samfunnsmedisinske fag på telefonnummer 55 58 61 58.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen  
Irene Aasmul  
Øvre Fredlundveien 20  
5073 Bergen

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av sykepleiers opplevelse av forholdene rundt forhåndsvurderinger ved hjerte- lungeredning minus og ønsker å stille på intervju.

Signatur ..... Telefonnummer .....

**Intervjuguide:**

Kan du si noe om hvordan det er å være i situasjoner hvor HLR minus ikke er blitt vurdert, mens du selv mener at dette burde vært vurdert.

Fortell meg om en erfaring du har med forhåndsvurdering av HLR - (hjerte- lungeredning minus)?

Hvordan opplever du de etiske vurderingene som blir gjort i forkant av HLR -?

Hvilke forhold rundt de etiske vurderingene kunne du evt. tenke deg annerledes?

Hva tenker du om å ha sykepleieprosedyrer ifht. utfordringer når en står i situasjoner hvor en mener HLR minus burde vært vurdert?

Hvilken betydning tenker du at alder, sykehistorie, pasientens livsverden har i denne vurderingen?

Hvordan oppleves det å skulle ta opp denne vurderingen med lege, pasient eller pårørende?

Hvordan opplever du som sykepleier at din vurdering er i samsvar med legens vurdering?

Hvordan opplever du som sykepleier at dine vurderinger er av betydning?

.....  
Hvilken betydning har det i denne sammenheng at det er innført såkalt ”stille rapport”

I hvilken grad er dokumentasjonen til nytte for pasienten?

Utgjør dagens krav til sykepleiedokumentasjon noe forskjell mht. nærhet eller distanse til pasienten?

Utgjør dagens krav til sykepleiedokumentasjon noe forskjell mht. kommunikasjon mellom sykepleiere vedrørende etiske problemstillinger?

Er det noe annet i forhold til dette tema du ønsker å få sagt?

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Kjell Kristoffersen  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Kalfarveien 31  
5018 BERGEN

Vår dato: 18.08.2008

Vår ref.: 19545 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.07.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19545	<i>Forhåndsvurderinger ved hjerte – lunge - redning minus i somatisk sykehus</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kjell Kristoffersen</i>
Student	<i>Irene Aasmul</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

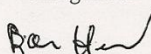
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Irene Aasmul, Øvre Fredlundvei 20, 5073 BERGEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no





## Prosjektvurdering - Kommentar

19545

Utvalget informeres muntlig og skriftlig om prosjektet og samtykker skriftlig til deltakelse.

Personvernombudet forutsetter at det ikke fremkommer direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger om pasienter eller annen tredjeperson gjennom intervjuene.

Opplysningene anonymiseres ved prosjektslutt, 31. desember 2010. Personvernombudet minner om at anonyme opplysninger er opplysninger som det ikke er mulig å direkte (via navn eller fødselsnummer eller referanse til slike opplysninger) eller indirekte (via sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. arbeidssted, stilling, alder og kjønn) føre tilbake til enkeltpersoner.

Følgende mail ble sendt til Solveig Hansen assisterende  
avdelingsdirektør ved Medisinsk avdeling på Haukeland

Universitets sykehus:

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å INTERVJUE SYKEPLEIERE VED  
MEDISINSK AVDELING I  
FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE.

Mitt navn er Irene Aasmul, jeg er masterstudent i helsefag -  
sykepleievitenskap ved UIB. Dette gjør jeg ved siden av min jobb som  
sykepleier ved medisin post 8 ved Haukeland Universitetssykehus.

Jeg starter høsten 2008 på min masteroppgave.

Tema for oppgaven er Hjerne- lungeredning minus (HLR minus). Jeg  
ønsker å se på de etiske utfordringer som sykepleier kan oppleve når  
HLR minus ikke er tatt opp til vurdering av lege, og når sykepleier selv  
mener at dette burde vært gjort. Dette er et omfattende tema og kan  
ses i lys av ulike perspektiv.

Jeg mener at sykepleier er en sentral person i denne sammenheng,  
fordi dette er en yrkesgruppe som er nær pasient og ofte får god  
kjennskap til deres syke- og livshistorie.

Med et økende antall eldre mennesker som innlegges i sykehus, blir

oppgavens tema stadig mer aktuell.

Dette er en kvalitativ studie og jeg ønsker å ha individuelle dybdeintervjuer med 5-7 sykepleiere som har jobbet ved Haukeland Universitetssykehus i mer enn 3 år. Da det har vært en stor utvikling ifht. rapportssystem i sykehus, er det ønskelig at noen av informantene også har jobbet ved sykehuset da det tidligere var vanlig med tradisjonell muntlig rapport.

Det er ønskelig å foreta intervjuene av aktuelle sykepleiere i deres arbeidstid. Sted og tidspunkt vil bli avtalt nærmere.

Jeg har vært i kontakt med REK (Regional etisk komité), og fått tilbakemelding om at prosjektet ikke er meldepliktig for dem. Prosjektet er meldt til NSD (Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste), og er der ferdigbehandlet og godkjent for igangsetting.

Min veileder er Kjell Kristoffersen som arbeider ved samfunnsvitenskaplig fakultet - UIB, tlf: 55586158

Jeg håper på positiv tilbakemelding om tillatelse til å starte prosjektet.

Jeg sender vedlagt prosjektplan, informasjonsskriv til avdelingsledere, og informasjonsskriv med samtykkeerklæring til deltakere.

Mvh. Irene Aasmul

Øvre Fredlundv. 20

5073 Bergen Tlf. 55 604688/ Mob. 41164544

----- Opprinnelig melding -----

Fra: Hansen, Solveig [mailto:solveig.hansen@helse-bergen.no]

Sendt: 10. september 2008 07:45

Til: [irene.aasmul@bluezone.no](mailto:irene.aasmul@bluezone.no)

Emne: VS: Forespørsel om gjennomføring av intervjuer i forbindelse med masterstudie

Hei Irene.

Herved grønt lys for gjennomføring av intervju.

Lykke til med oppgaven. Det blir spennende å se resultatet. Vi vil gjerne at du presenterer det for oss når du er ferdig.

Mvh Solveig