



UiT

NOREGS
ARKTISKE
UNIVERSITET

«HLR-minus»-omgrepet som klinisk praksis og etisk problem i eit akuttmedisinsk system

Erlend Oksavik

Vegleiar: Mads Gilbert, IKM

Rapport: MED 3950 Masteroppgåve

Profesjonsstudium medisin, kull 2012

Det helsevitskaplege fakultet, UiT Noregs arktiske universitet



Forord

Praktisk akuttmedisin er som medisinen i det heile eit fagfelt fult av etiske val og vanskar. Dette har det vorte forelese meg fleire gongar, men først då eg sjølv som fersk ambulansevikar for nokre år sidan fekk oppleve å måtte ta stilling til om ein skulle gjenopplive pasienten vil hadde rykka ut til, eller avgjere at livet her var tapt, forstod eg kor vanskelege desse problemstillingane kan vere. Minnet frå denne hendinga har følgt meg sidan, og eg har etterkvart forstått at slike episodar ikkje er reint sjeldne – verken i akuttmedisinen, eller i helsevesenet generelt.

Ettersom norske retningslinjer for *Begrensing av livsforlengende behandling* (1) oppmodar institusjonar til å utarbeide eigne prosedyrar og i stor grad baserar vurdering av «HLR-minus» på den einskilde lege sitt skjønn og initiativ, er det behov for å forske på emnet og bringe vitskaplege argument inn i denne debatten. Med denne oppgåva ynskjer eg å bidra til dette, slik at «HLR-minus»-omgrepet på sikt kan verte ein meir naturleg del av den kliniske praksisen og i mindre grad eit etisk problem.

Eg vil rette ein stor takk min dyktige vegleiar gjennom heile prosjektet, Mads Gilbert. Det har vore til enorm hjelp å få innspel på alt frå utforming av dokument, til praktisk hjelp i arbeidet med å lage og sende ut spørjeskjema, innhenting av nyttige referansar, tolking av resultat og vidare til å sette dette saman til den ferdige oppgåva. Dette har vore heilt avgjerande for det endelege resultatet, og har vore til stor inspirasjon!

Vidare vil eg rette ein stor takk til andre som har hjulpe med verdifulle innspel under arbeidet med å utforme spørjeskjemaet. Herunder PhD Maja Lisa Løchen, prof. Ellen Blix, PhD Stein Roald Bolle og PhD Ole Magnus Filseth. Tusen takk også til PhD Charlotta Rylander for stor hjelp med statistiske utrekningar, samt kommuneoverlege Trond Brattland og legevaktsoverlege Anton Giæver i Tromsø kommune for hjelp med distribusjon av invitasjon til studien.



Erlend Oksavik

Kristiansand, mai 2017

Innholdsliste

1	SAMANDRAG	1
2	INNLEIING	2
2.1	PRESENTASJON AV STUDIEN	2
2.2	FORMÅL	3
2.3	PROBLEMSTILLING	3
2.4	EKSISTERANDE KUNNSKAP	4
2.5	FØREBUANDE SAMTALAR	6
2.6	NORSKE RETNINGSLINJER	7
2.7	LOVHEIMLAR	9
	<i>Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)</i>	9
	<i>Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)</i>	10
2.8	GODKJENNINGAR	11
3	MATERIAL OG METODE	12
3.1	SAMANFATTING	12
3.2	SPØRJESKJEMAET	12
3.2.1	<i>Utforming</i>	12
3.2.2	<i>Distribusjon</i>	12
3.2.3	<i>Løyver og dispensasjonar</i>	15
3.3	STUDIEPOPULASJON	16
3.4	STATISTISKE ANALYSAR	18
4	RESULTAT	19
4.1	SPØRSMÅL OM MEININGAR KRING DAGENS PRAKSIS	20
4.2	SPØRSMÅL OM DAGENS PRAKSIS	21
4.3	SPØRSMÅL OM EIGENKOMPETANSE	25
4.4	SPØRSMÅL OM STUDIEPOPULASJONEN	28
4.5	GENERELLE KOMMENTARAR	29
5	DISKUSJON	32
5.1	FUNN	32
5.1.1	<i>Tankar for eige liv</i>	32
5.1.2	<i>Vurderingar og avgjersler</i>	32
5.1.3	<i>HLR og etikk</i>	34
5.1.4	<i>Dokumentasjon og informasjonsflyt</i>	34
5.1.5	<i>Deltaking</i>	35
5.2	METODEKRITIKK	36
5.2.1	<i>Svake sider</i>	36
5.2.2	<i>Sterke sider</i>	38
6	KONKLUSJON	39
	REFERANSELISTE	40
	VEDLEGG	45
	VEDLEGG 1, GODKJENNING AV REK	45
	VEDLEGG 2, PROSJEKTSKILDRING	46
	VEDLEGG 3, SPØRJESKJEMA	48
	ARTIKKELANALYSAR	53

Figurliste

FIGUR 1 , FRAMGANGSMÅTE FOR UTSENDING AV SPØRJESKJEMA _____	13
FIGUR 2 , PASIENTKASUS TIL SPØRSMÅL 6 - 9 _____	26
FIGUR 3 , RESULTAT FOR SPØRSMÅL 9: "OM OLE ER EIN SLEKTNING AV DEG, VIL DET ENDRE SYNSPUNKTET DITT?", MED KJØNNSDIFFERENSIERING. _____	27
FIGUR 4 , RESULTAT FOR SPØRSMÅL 18: "KVA ER DIN ARBEIDSSTAD OG/ ELLER FUNKSJON"? ____	28
FIGUR 5 , RESULTAT FRÅ SPØRSMÅL 19: "KVA ER DIN STILLINGSSTITTEL OG/ ELLER FUNKSJON?" _____	28
FIGUR 6 , RESULTAT FRÅ SPØRSMÅL 21: "KVA ER DIN ALDER?" _____	29

Tabelliste

TABELL 1 , DATOAR FOR UTSENDING OG PURRING AV SPØRJESKJEMA _____	13
TABELL 2 , OVERSIKT OVER INTERNE E-POSTLISTER I UNN SITT SYSTEM SOM FEKK INVITASJON TIL SPØRJEUNDERSØKINGA. _____	14
TABELL 3 , MOTTAKARLISTE OVER INVITASJON TIL SPØRJEUNDERSØKINGA SENDT FRÅ KOMMUNEOVERLEGEN _____	15
TABELL 4 , STUDIEPOPULASJON DEFINERT I PROSJEKTSKILDRING _____	16
TABELL 5 , GRUPPERINGAR AV STUDIEPOPULASJONEN SOM VERT NYTTA I DRØFTINGA AV STUDIERESULTATA _____	18
TABELL 6 , TAL INVITERTE OG RESPONDERTE TIL STUDIEN. _____	19
TABELL 7 , RESULTAT FRÅ SPØRSMÅL 3: "I KOR STOR GRAD BØR FYLGJANDE FAKTORAR VEKTLEGGAST NÅR EIN SKAL AVGJERE OM EIN PASIENT SKAL FÅ «HLR-MINUS»-STATUS? _	21
TABELL 8 , RESULTAT FRÅ SPØRSMÅL 17: "KOR OFTE VERT DET VURDERT OM EIN SKAL FJERNE ELLER OPPRETTHALDE STATUSEN PÅ EIN «HLR-MINUS»-PASIENT?" _____	22
TABELL 9 , RESULTAT FRÅ SPØRSMÅL 15: "FØLER DU AT DET ER TILSTREKKELEGE RUTINAR FOR Å INFORMERE DEI TILSETTE OM KVA FOR PASIENTAR SOM HAR «HLR-MINUS»-STATUS?" ____	23
TABELL 10 , RESULTAT FRÅ SPØRSMÅL 16: "FØLER DU AT DET ER TILSTREKKELEGE RUTINAR FOR Å INFORMERE DEI PÅRØRANDE OM KVA FOR PASIENTAR SOM HAR «HLR-MINUS»-STATUS?" _	24
TABELL 11 , RESULTAT SPØRSMÅL 10: "DERSOM HLR ER STARTA PÅ EIN PASIENT DER DU ER TIL STADES; FØLER DU DEG I STAND TIL Å KUNNE AVGJERE NÅR EIN EVENTUELT SKAL STOPPE BEHANDLINGA?" _____	25

1 Samandrag

Bakgrunn: «HLR-minus» er ein medisinsk term som omfattar å *ikkje* starte gjenoppliving (HLR, hjarte-lungeredning) ved livlausheit. Hjø patientar som på førehand sjølve har bestemt det, eller der gjenoppliving vert vurdert som fånytted og eventuelt vil forlenge ein plagsam dødsprosess, kan behandlingsansvarleg lege fastsetje «HLR-minus»-status. Det er få studiar både på norsk praksis og helsepersonell sine haldningar til «HLR-minus»-omgrepet, men litteraturen tydar på at Noreg har ein restriktiv bruk av dette samanlikna med andre vestlege land.

Material og metode: Studien er kvantitativ, basert på ei spørjeskjemaabasert tverrsnittundersøking blant eit utval helsepersonell og helsefagstudentar tilknytt UNN (Universitetssjukehuset i Nord-Noreg) og UiT (Universitetet i Tromsø, Noregs arktiske universitet). Spørjeundersøkinga vart gjennomført våren 2016. Statistiske utrekningar baserar seg på Chi-kvadrat T-test.

Resultat: Svarprosenten var 18 % (N = 265/1513). Av dei som hadde ei meining, svara 82 % (N = 177/215) at «HLR-minus» vert diskutert med for få patientar, og hø tilsette ved akuttavdelingar¹ svara 91 % (N = 85/93) det same. Ein dryg fjerdedel av personell med pasientansvar oppgav ikkje å dokumentere «HLR-minus»-status i pasientjournalen (N = 60/221, 27 %). Ein tredjedel (N = 79/216, 37 %) svara at det ikkje i tilstrekkeleg grad er rutinar for å informere tilsette om kva for patientar som har «HLR-minus»-status, og 42 % (N = 77/182) svara det tilsvarande om rutinar for informasjon til pårørande. Ein stor del av helsepersonell opplev ei plikt til å starte HLR på patientar som får hjartestans der det ikkje på førehand er fatta eit «HLR-minus»-vedtak. Samla svara 90 % (N = 239/265) at dei i stor grad er opne for sjølve å få status som «HLR-minus», om dei som gamle vert alvorleg sjuke og innlagt på sjukehus.

Fortolkning: Dagens praksis kring bruk av «HLR-minus» er ikkje tilfredsstillande kva angår frekvens i vurderingar, dokumentasjon og informasjonsflyt. Når vurderingar vert gjort, er dei tilsynelatande basert på dei faktorar som er anbefalt i retningslinjer. Helsepersonell ynskjer noko anna for seg sjølve, enn det dei tilbyr pasientane sine.

¹ Akuttmottak, observasjonspost, hjartesteam, anesthesi-, hjartemedisinsk-, hjartekirurgisk-, og intensivavdeling. Alle innanfor Akuttmedisinsk klinikk, Opin-klinikken og Hjarteklinikken hø UNN.

2 Innleiing

2.1 Presentasjon av studien

Praktisk akuttmedisin er liksom heile medisinen eit fagfelt fylt med etiske val og vanskelege avvegingar. Eit av desse er vurderinga av å avstå HLR ved til dømes livlausheit² og hjartestans. Spørsmål som når ein skal starte HLR, når ein skal stoppe HLR, kven som har nytte av HLR, kva behandlingsverdien er og kva ein eventuelt gjenopplivar den livause til, vert stadig meir påtrengande i takt med framveksta av nye metodar og ny kunnskap om gjenoppliving (2,3). Grenser flyttast og det er ikkje enkelt å svare klårt på mange av dei vala vi tek frå medisinske, så vel som etiske ståadar. Lokalt, nasjonalt og globalt er det stort behov for meir kunnskap om desse problemstillingane (1–4). Det kan verke som klinisk praksis ofte er tufta på tilfeldige val og ikkje ei gjennomdrøfta avgjersle der pasienten sitt beste er grunnlaget (5).

Studien omhandlar spørsmål kring omgrepet «HLR-minus». Ved hjartestans er helsepersonell i utgangspunktet tilplikta å starte HLR. Unntaket er om pasienten er døyande og alt har status «HLR-minus», eller behandlinga må reknast for å vere fånytt. Etersom det omhandlar liv og død er «HLR-minus» eit etisk vanskeleg emne i medisinen. Så vel stressnivå som tida er under press i akutte situasjonar og det er med dette også vanskeleg å arbeide praktisk med sjølve omgrepet når livlausheit oppstår.

Som nemnt i forordet, er bakgrunnen for studien ei sjølvopplevd erfaring av at praksis kring «HLR-minus» er eit krevjande emne i det norske helsevesenet. Denne erfaringa er henta etter å ha sett akuttmedisinen frå innsida som ambulanspersonell og etter å ha fått innblikk i både intra- og prehospital eldremedisin som medisinstudent. Interesse for problematikken kring «HLR-minus» har leia meg inn i gode samtalar om dette emnet med både kollegial, pasientar, pårørande og også personar utanfor helsevesenet. Såleis har eg fått inntrykk av at eg ikkje er aleine om desse tankane.

Etersom dette synet har vakse fram, har det også styrka ynsket mitt om å bidra til å betre praksisen. Med dette som bakgrunn fann eg det naturleg å skrive mi masteroppgåve om dette emnet.

² «Livlausheit» er i norsk samanheng ein person som ikkje reagerer på tiltale og ikkje pustar normalt når luftvegane er opna (ref.)

2.2 Formål

Formålet med prosjektet har vore å forsøke å kartlegge haldningar til omgrepet «HLR-minus» blant eit utval helsefagstudentar og helsepersonell. Eg ville trekke linjer og sjå om det er nokon samanheng mellom kva dei ulike respondentgruppene tenkjer kring problemstillinga og deira yrkesbakgrunn og praksis. Såleis vonar eg å kunne bringe meir kunnskap inn i debatten kring «HLR-minus» og vonleg oppnå ein større aksept og lågare terskel for å drøfte dette med aktuelle pasientar i primær- så vel som i spesialisthelsetenesta.

Samstundes har eg ynskja å sjå på den praktiske bruken av «HLR-minus» som ein medisinsk reiskap i klinisk praksis i, og utafør, sjukehus i vårt geografiske område. Er praksis samsvarande med dei retningslinjene som er gjeve og dei haldningane helsepersonell sjølve har (1,4)?

2.3 Problemstilling

I arbeidet med å utarbeide ei problemstilling var det ynskjeleg å setje fokus på problematikken kring «HLR-minus», og samstundes vinkle denne mot eit akuttmedisinsk perspektiv. Etter nokre litteratursøk viste det seg vanskeleg å finne studiar som omhandla praksis kring bruk av «HLR-minus» i Noreg, og det vart såleis naturleg at studien skulle byggje på ei undersøking kring dette emnet. Med desse perspektiva som utgangspunkt vart fylgjande problemstilling formulert:

«HLR-minus»-omgrepet som klinisk praksis og etisk problem i eit akuttmedisinsk system

Ei tverrsnittsundersøking av helsepersonell sine haldningar til, og praktisk bruk av, «HLR-minus»-omgrepet i og utanfor sjukehus i UNN sitt befolkningsområde.

Problemstillinga er vid og lite konkret. Etter å ha jobba med dette arbeidet over tid ser eg at det er vanskeleg å avgrense drøftingar og innhald, men eg vil i dei seinare delar av oppgåva vektlegge ulike emne i forhold til relevans opp i mot problemstillinga.

2.4 Eksisterande kunnskap

I vurderinga av «HLR-minus» må både etiske, medisinsk faglege og økonomiske vurderingar gjerast, slik det også er i alle andre spørsmål om kva behandling ein skal tilby den einskilde pasient (6). Ingen kan krevje fånytted behandling (7), og all behandling må vere til pasienten sitt beste, etter gjeldande etiske prinsipp (3,8,9). Er sannsynet stort for at ein vil klare å gjenopplive pasienten til eit tilvære med god livskvalitet og bevarte vitale funksjonar, vil argumenta vere gode for å gi denne behandlinga. Om det derimot er lite truleg at dette kan oppnåast, må argumenta for å vurdere «HLR-minus»-status drøftast med større tyngde.

Det vanlege tankesettet når det gjeld medisinsk behandling er at om det oppstår ein tilstand hjå pasienten som treng ein intervensjon, forsøker ein å skaffe seg mest mogleg kunnskap om denne tilstanden før ein legg dei ulike behandlingalternativa på bordet og fattar ei avgjersle. Med i prosessen er gjerne behandlararar, pleiarar, eventuelt pårørande og, såframt det er mogleg, pasienten sjølv. Ettersom det i tilfellet med gjenoppliving er snakk om liv og død, med ein kritisk tidsfaktor og eit betydeleg stressmoment, er det ein stor fordel å fatte denne avgjerdsla på førehand (10). Altså må ein ta initiativ til ei slik vurdering på førehand og fatte ei avgjersle basert på den kunnskapen som då føreligg.

Prognose ved hjartestans

Vi veit at sannsynet for å overleve hjartestans fell med aukande alder (11–13) og alvorleg kreftsjukdom (13–15). Aukande grad av organsvikt og nevrologisk sjukdom (i hovudsak demens) vil truleg også gi dårlegare overlevingsrate (11,16,17). Vidare er positive prediktorar for overleving av hjartestans om hendinga er bevitna(18), den tekniske kvaliteten på HLR, den initiale hjarterytmen³ og tid til første elektrosjokk (17–19). Overlevingsrate til utskrivning⁴ er i dei fleste tilfelle 15-20 % for hjartestans i sjukehus og 5-10 % for hjartestans utanfor sjukehus (2,20–22), noko som er langt lågare enn pasientar og folk flest trur (23,24). Det er også kjend at overlevande etter hjartestans er risikoutsett for å ikkje kome attende til den same livskvaliteten som tidlegare (25), men både overlevingsrate og prognose varierer sterkt med dei ulike

³ Skiljast vanlegvis mellom sjokkbare (ventrikkelflimmer, ventrikkeltakykardi) og ikkje-sjokkbare (asystole og pulslaus elektrisk aktivitet) hjarterytmar (ref.)

⁴ "Survival to discharge", kor mange av pasientane overlev sjukehusopphaldet og vert skrivne ut?

prediktorar som nemnt ovanfor. Det er utvikla scoringsverktøy som kan nyttast vegleiarande for å finne prognose ved HLR (26), men bruk av dette er lite utbreidd i Noreg.

Prevalens av «HLR-minus» i Noreg

I Noreg er det gjort få studiar på prevalens av «HLR-minus»-vurderingar. Etter litteratursøk på norske data vart det berre gjort eit funn, der Mjåset og medarbeidarar viste at 9 % av pasientane i ei akutt slageining var omfatta av eit «HLR-minus»-vedtak (27). Ein studie hjå eit svensk universitetssjukehus viste at «HLR-minus»-status var dokumentert i journalen til 82 % av alle pasientar som døydde utan at det vart forsøkt HLR (28), og hjå eit britisk akuttsjukehus var det tilsvarende talet 87 % av alle som døydde (29). Ein studie av europeiske land viste at av venta (engelsk: "nonsudden") dødsfall varierte andelen pasientar med «HLR-minus»-status frå 33 % til 81 %, og dette var fordelt på både individuelle og institusjonelle vedtak (30,31). Såleis kan det verke som bruken av «HLR-minus» er meir utbreitt i andre vestlege land, enn i Noreg.

Krav til informasjon

Pasientar har rett til informasjon etter Pasient- og brukarrettigheitslova § 3-2 og § 3-3 (sjå nedenfor), noko ein norsk studie viste var i tråd med haldningane til norske intensivsjukepleiarar (32). Dette vart høgaktuelt i Storbritannia for nokre år sidan då Court of Appeal, som normalt er høgste ankeinstans i det britiske rettssystemet (33), fastslo at legar er pålagt ved lov å konsultere og informere pasientar dersom ein ynskjer å gi dei «HLR-minus»-status (34). Dette då Janet Tracey, ei kvinne med terminal lungekreft som vart innlagt på sjukehus etter ein bilkollisjon, fekk «HLR-minus»-status utan å verte informert.

Negative konsekvensar av «HLR-minus»

Det er fleire fordelar med bruk av «HLR-minus», men også utfordringar som kan gi negative konsekvensar for pasienten. Studiar har undersøkt om pasientar med «HLR-minus»-status vert behandla annleis enn dei utan dette. Desse har vist at denne pasientgruppa har tendens til å få sjeldnare tilsyn, samt er utsett for å i mindre grad få intravenøse medikamentet, smertelindring, kunstig ernæring, diagnostiske undersøkingar og væskebehandling (35–37). Det er også vist at legar og sjukepleiarar kan ha ulike oppfatningar av kva eit «HLR-minus»-vedtak skal omfatte (38).

2.5 Førebuande samtalar

Det er auka fokus på å kartlegge ynskjer og behov hjå geriatrike pasientar på eit tidleg stadium, mellom anna ved *førebuande samtalar* (37,39). Det har dei siste åra kome fleire innspel også i den norske helsedebatten kring dette emnet (40–43), og som to eldremedisinske verkty er førebuaende samtalar og «HLR-minus» ofte nært knytt saman til kvarandre.

Førebuande samtalar vart nyleg vart kartlagt av Gjerberg og medarbeidarar i ein tverrsnittsstudie av norske sjukeheimar. Der definerte ein omgrepet slik (44):

«Forberedende samtale» ble definert som «en samtale der pasient og/eller pårørende sammen med ansatte prøver å få frem pasientens ønsker for fremtidig behandling, pleie og omsorg hvis helsetilstanden forverres».

Denne studien viste at ein stor del av dei deltakande sjukeheimane (64 %) svarta at dei ”alltid” eller ”som oftast” praktiserte førebuaende samtalar. Der førebuaende samtalar vart nytta, inngjekk HLR-status som tema i 79 % av samtalane. I ein liknande studie på geriatrik sengpost hjå Sørlandet sjukehus Kristiansand, undersøkte Friis og medarbeidarar korleis pasientar der opplevde førehandssamtalar (45). Studien viste at 72 % av dei inkluderte meinte det hadde vore ei ”positiv oppleving” å samtale om desse emna, medan 26 % meinte det var ”greit nok”. Berre éin pasient opplevde samtalen som påtrengande og belastande.

Ein australsk studie randomiserte ei pasientgruppe for å studere effektane av førebuaende samtalar, ”Advance care planning”, opp i mot vanleg pleie og behandling, ”Usual care” (46). Denne viste at hjå intervensjonsgruppa visste behandlarane i større grad om pasienten sine ynskjer for pleie mot livets siste fase og desse ynskja vart i større grad tekne omsyn til her enn hjå kontrollgruppa (86 % vs. 30 %). Pasientar og pårørande i intervensjonsgruppa var i stor grad meir tilfredse på alle områder etter sjukehusopphaldet samanlikna med kontrollgruppa. I tillegg gjorde førebuaende samtalar at pårørande hadde signifikant færre symptom på post-traumatisk stress, angst og depresjon dersom pasienten døydde.

Førebuaende samtalar kan såleis bidra til å i enno større grad drive pasientsentrert eldreomsorg og er ein skånsam og verknadsfull måte å kartlegge pasientar sine ynskjer, tankar og behov. I dette ligg det også at ein ved å regelmessig bruke førebuaende samtalar kan få eit særst godt høve til å skape gode rutinar for å diskutere spørsmål som «HLR-minus» med pasientar og pårørande.

2.6 Norske retningslinjer

Helsedirektoratet kom i 2002 med eit rundskriv til alle helseforetak og somatiske sjukehus med retningslinjer for "Forhåndsvurdering ved unnlatelse av å gi hjerte-/lunge-redning" (47). Dette kom som ein konsekvens av at "Lov om pasient- og brukerrettigheter" vart iverksett 1. januar 2001. Lova avdekket eit behov for å presisere praksis kring «HLR-minus». Rundskrivet vart kritisert frå fleire hald (48,49), mellom anna av overlege og medlem av *Rådet for legeetikk*, Trond Markestad. Han skreiv i ein leiar i Tidsskriftet for den norske legeförening at:

"Helsetilsynets rundskriv gir viktige og riktige føringer, men gir signaler om for liten fleksibilitet. Det etterlater usikkerhet om tolkingar av innholdet og om sammenheng mellom lovverk og etiske valg. Retningslinjene må derfor diskuteres nærmere innad i fagmiljøene og sammen med lovgiverne og tilsynsmyndighetene." (50)

Etter dette kom Helsedirektoratet med ein nasjonal vegleiar for "Beslutningsprosesser ved begrensing av livsforlengende behandling" i 2009 og vidare ein revidert versjon i 2013 (1). Denne har erstatta rundskrivet frå Helsetilsynet i 2002 (47) og er mykje meir utfyllande. Såleis er det den nemnde vegleiaren som i dag er grunnlag for norsk praksis kring «HLR-minus» og andre avgrensingar av livsforlengende behandling.

Då vegleiaren (1) omhandlar *avgrensing av livsforlengende behandling* på generell basis og ikkje er spesifikk for «HLR-minus», medfører dette at det er nokre svakheiter som den sjølv omtalar:

"Fordi veilederen retter seg mot hele helsetjenesten, kan det oppstå behov for mer detaljerte veiledere innenfor enkelte fagfelt eller institusjoner. (...) Med utgangs-

punkt i denne veilederen oppfordres institusjoner å utarbeide egne prosedyrer for hjerte-lungeredning.”

Det har berre lykkast å finne ein slik lokal prosedyre, som er utarbeida av Aker sjukehus i samarbeid med Universitetet i Oslo (4). Truleg er det fleire institusjonar som har utarbeida egne retningslinjer utan å publisere desse for allmente. UNN har ikkje egne prosedyrar, og det er Helsedirektoratet sin nasjonale vegleiar som legg føringar for praksis av avgrensingar ved livsforlengande behandling i dette helseføretaket.

Fleire punkt i vegleiaren kan vere til stor nytte. Det er gjort klart når ein skal vurdere avgrensing av livsforlengande behandling. Dette skal gjerast i fylgjande tilfelle: Når pasienten ber om det, når behandlinga forlenger ein plagsam dødsprosess, når behandlinga forlenger eit liv med store plagar, ved varig opphøyr av høgare mentale funksjonar og/ eller ved koma. Det er også i klartekst sagt at den behandlingsansvarlege legen skal ta den eventuelle avgjerdsla om å avgrense livsforlengande behandling, men denne bør alltid bygge på ”drøftingar i det tverrfaglege behandlingsteamet rundt pasienten”.

Til sist presiserer vegleiaren at:

”Helsepersonell skal på en hensynsfull måte sørge for at de pasientene som ønsker det, gis mulighet til å tilkjenne sine verdier og ønsker rundt livets avslutning. Dette er særlig viktig for alvorlig syke pasienter som vil kunne trenge livsforlengende behandling i nær framtid, og før risikofylte inngrep.”

Det er såleis helsevesenet som skal legge til rette for at pasientar sine verdier og ynskjer kring den siste fasen skal kome fram og helsepersonell skal ta initiativ til denne kommunikasjonen. Dette er i tråd med pasientar sine egne ynskjer (5,51). Jamfør avsnittet ovenfor, er førebuaende samtalar eit godt døme på korleis dette kan praktiserast og standardiserast.

2.7 Lovheimlar

Det er i det norske lovverket fleire viktige lovheimlar om rettigheitar og plikter til pasientar, så vel som helsepersonell. Dei mest aktuelle i forhold til drøftinga i denne studien er lista under:

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

LOV-1999-07-02-63

§ 3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning

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

(...) Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

§ 3-3. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

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

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

(...)

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

§ 4A-3. Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Dato LOV-1999-07-02-64

§ 4. Forsvarlighet

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. (...)

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

§ 7. Øyeblikkelig hjelp

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og

brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.

2.8 Godkjenningar

Søknad for godkjenning av REK (Regionale komitéar for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk) vart sendt 17.12.15. Svar låg føre 26.01.16 (sjå vedlegg 1) med fylgjande vedtak:

”Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. hfl § 2.”

3 Material og metode

3.1 Samanfating

Studien er kvantitativ, basert på ei spørjeskjemaabasert tverrsnittundersøking blant eit utval helsepersonell og helsefagstudentar tilknytt UNN og/ eller UiT. Etter at prosjektskildringa (vedlegg 2) vart godkjent av studiekomiteén i november -15, vart spørjeskjemaet utforma vinteren og våren 2015-2016. Undersøkinga var open for deltaking i perioden 15. april til 13. mai 2016.

3.2 Spørjeskjemaet

3.2.1 Utforming

Spørjeskjemaet vart utforma vinteren og våren 2015-2016. Det vart først gjort fleire litteratursøk etter liknande studiar som kunne nyttast som basis for spørjeskjemaet, men dette viste seg vanskeleg å finne. Dermed vart spørsmål som var relevante for studien utforma og samanfatta til eit utkast.

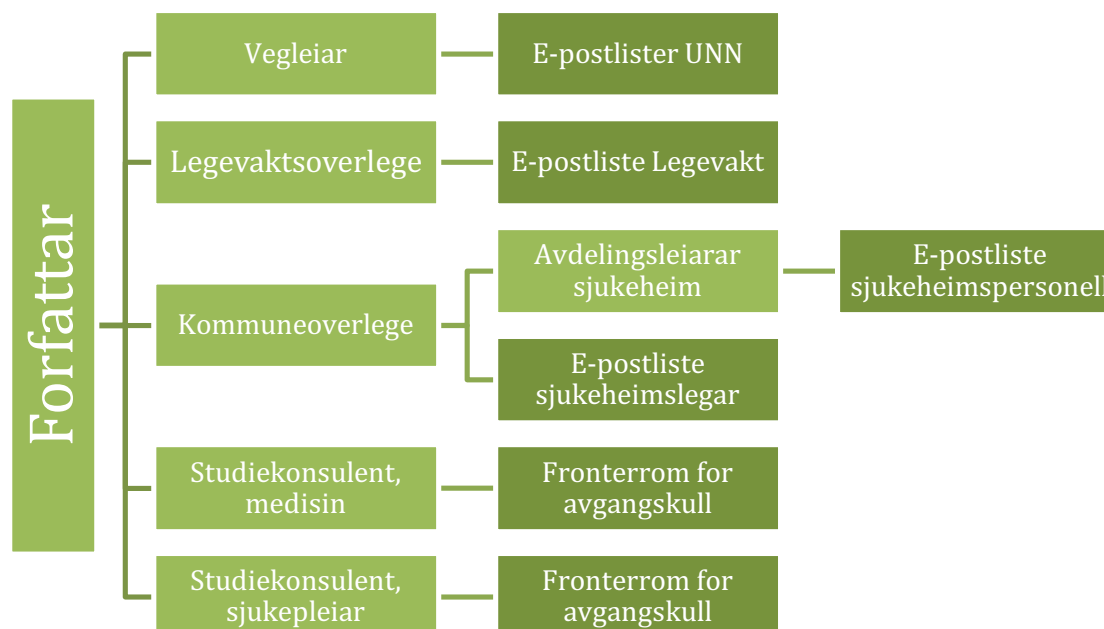
Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet har utforma ei sjekklister meint til bruk for lokale brukarundersøkingar, og denne vart nytta til hjelp i praktiske spørsmål (52). Vidare bidrog vegleiar med tett oppfølging og 3. utkast vart sendt til fleire av vegleiar sine kollegaar, samt ein tidlegare førelasar, som kom med gode innspel til den endelege ferdigstillinga.

Spørjeskjemaet vart ferdigstilt i mars 2016. Som ei endeleg kvalitetssikring vart tre medstudentar, som fall utanfor studiepopulasjonen, bedne om å gjennomføre spørjeundersøkinga via QuestBack® sine nettløysingar og kome med tilbakemelding. Spørjeskjemaet er lagt ved oppgåva som vedlegg 3.

3.2.2 Distribusjon

Spørjeskjemaet vart sendt ut til studiepopulasjonen i tida 15. - 25. april 2016. Legevakts- og kommuneoverlege i Tromsø kommune hjalp til med distribusjon av spørjeskjemaet til legevakt og sjukeheim. UiT sine studiekonsulentar hjalp til med distribusjon til avgangskulla på medisin- og sjukepleiarstudiet hjå UiT. Vegleiar fekk hende i aktuelle e-postlister til den delen av studiepopulasjonen som var tilknytt UNN

(sjå Tabell 2). Invitasjonen til desse vart sendt ut frå han sin e-postadresse hjå UNN. Ettersom resterande invitasjonar til deltaking vart sendt ut via kontaktpersonar og ikkje direkte til heile studiepopulasjonen vart det noko forseinking i prosessen for nokre av gruppene, jamfør Figur 1 og Tabell 1.



Figur 1, Framgangsmåte for utsending av spørjeskjema

Tabell 1, Datoar for utsending og purring av spørjeskjema

Gruppe	Invitasjon utsendt	Purring utsendt
<i>E-postlister UNN</i>	<i>15. april 2016</i>	-
<i>Avdelingsleiarar og legar på sjukeheim</i>	<i>18. april 2016</i>	<i>02. mai 2016</i>
<i>Sjukepleiarstudentar, avgangskull:</i>	<i>18. april 2016</i>	-
<i>E-postliste, legevakt:</i>	<i>19. april 2016</i>	<i>03. mai 2016</i>
<i>Medisinstudentar, avgangskull:</i>	<i>25. april 2016</i>	-

Spørjeskjemaet var opent for svar i fire veker frå første publiseringsdato (15. april – 13. mai 2016). Det var tenkt ei felles purring halvvegs i svarperioden, men grunna kommunikasjonssvikt var det berre to grupper som fekk denne, jamfør Tabell 1.

UNN

Oversikt over e-postlistene som vart nytta til utsending av invitasjon til dei UNN-tilsette er lista opp i Tabell 2. Merk at det her inngår intrahospitale avdelingar, samt

bil- og luftambulans. Klinisk etikkomite vart og inkludert, men denne gruppa er ikkje sporbar i spørjeskjemaet og vert ikkje omtala for seg sjølv i drøftinga.

Tabell 2, Oversikt over interne e-postlister i UNN sitt system som fekk invitasjon til spørjeundersøkinga. Data er henta ut 19.04.2016 kl 16:00 - 18:30

E-postliste	Tal
<i>UNN-AKUTT (Akuttmedisinsk klinikk)</i>	811
<i>UNN-OPIN-IntOpv-Int-Spl Tø</i>	90
<i>UNN-OPIN-AnOp-HA-Akutt</i>	45
<i>UNN-OPIN-AnOp-NA (Narvik)</i>	26
<i>UNN-OPIN-LEGER</i>	277
<i>UNN-HLR-utvalget UNN</i>	19
<i>UNN-HLK-HKTR-Leger (alle)</i>	22
<i>UNN-HLK-HKTR-Sengep.Sykepl</i>	44
<i>UNN-HLK-HKTR-Operasj.Spl</i>	13
<i>UNN-HLK-HMTR-Leger (alle)</i>	65
<i>UNN-Klinisk etikkomite</i>	13
<i>UNN-K3K-Kreft-LEGER</i>	17
<i>UNN-K3K-Sykepl-Sengepost</i>	61
<i>UNN-MED-TØ-Geri-LEGER</i>	13
<i>UNN-MED-TØ-Geri-Sykepleiere</i>	41
Sum	1557

Sjukeheim

Invitasjonane til sjukeheimspersonell, som vart sendt ut via kommuneoverlegen, er diverre ikkje like godt dokumentert. Det har ikkje lukkast å få spesifisert når avdelingsleiarane på sjukeheimane vidare sendte invitasjonen til spørjeundersøkinga til personellet på dei respektive sjukeheimane. Det kan ei heller med sikkerheit fastslåast at alle avdelingsleiarande faktisk vidare sendte invitasjonen. Invitasjonane frå kommuneoverlegen vart sendt etter fordelinga som er vist i Tabell 3. Vidare føreligg det ikkje nokon oppdatert oversikt over tal tilsette på dei ulike avdelingane og ein har berre fått hende i eit omtrentleg tal på om lag 600 tilsette totalt i sjukeheimssektoren.

Tabell 3, Mottakarliste over invitasjon til spørjeundersøkinga sendt frå kommuneoverlegen

Etat	Undergruppe	Tal
Sjukeheim	<i>Avdelingsleiarar Kroken sjukeheim</i>	5
	<i>Avdelingsleiarar Kvaløysletta sjukeheim</i>	5
	<i>Avdelingsleiarar Mortensnes sjukeheim</i>	4
	<i>Avdelingsleiarar Jadeveien sjukeheim</i>	2
	<i>Avdelingsleiarar Sør-Tromsøya sjukeheim</i>	9
	<i>Helsehuset</i>	1
	<i>Legar</i>	13
<i>Byrådsavdeling for Helse- og omsorg</i>	<i>Utviklingssenter for sjukeheim og heimeteneste</i>	1
Sum		40
Totalt tal tilsette		Ca 600

Legevakt

Legevaktsoverlegen sendte ein felles e-post til tilsette ved Tromsø Legevakt. I denne lista var det i alt 92 mottakarar, jamfør Tabell 6.

Helsefagstudentar

Til studentpopulasjonen gjekk utsending av invitasjon frå studiekonsulentane for dei nemnde studentkulla. Desse la ut eit innlegg med invitasjonen på kulla sine informasjonssider på Fronter®⁵, men det vart ikkje supplert med eigen e-post til studentane. For å nå ut til ein større del av studentpopulasjonen vart invitasjon til studien også publisert på Facebook®, i dei to respektive kullgruppene. Dette vart gjort via studentar på dei to studia, som var medlem i dei to lukka gruppene.

3.2.3 Løyver og dispensasjonar

For interne e-postlister i UNN, vart løyve til bruk av desse innhenta via kommunikasjonsavdelinga hjå sjukehuset. For dei resterande gruppene hadde høvesvis kommuneoverlegen, legevaktsoverlegen og studiekonsulentar delegering til å innvilge løyve til bruk av dei nemnte modalitetar for å distribuere invitasjonar til deltaking i studien.

⁵ Nettbasert læringsplattform som nyttast til kommunikasjon mellom undervisarar, administrasjon og studentar.

3.3 Studiepopulasjon

I utgangspunktet var tanken å randomisere studiepopulasjonen, dette ved å få oversikt over samla tal personar som tilfredsstilte inklusjonskriteria, gruppere dei og så tilfeldig trekke eit bestemt tal deltakar frå kvar gruppe som skulle inkluderast i studien. Såleis var tanken at ein kunne gjere dei ulike gruppene meir jamstore med mindre grad av seleksjonsbias og enklare samanliknbare, særskilt i forhold til respondentrate.

Dette viste seg midlertidig å vere ein for krevjande framgangsmåte for denne studien sitt omfang. Dermed endra vi modalitet til å velje kva for grupper vi ynskja å inkludere og såleis invitere alle individa i desse til å delta. Frå prosjektskildringa (vedlegg 2) var det definert tre hovudgrupper som skulle inkluderast, jamfør Tabell 4.

Tabell 4, Studiepopulasjon definert i prosjektskildring

Hovudgruppe	Undergruppe
Helsefagstudentar	Udefinert
Prehospitalt helsepersonell	Sjukeheimspersonell, ambulansesarbeidarar, legevaktslegar
Intrahospitalt helsepersonell	Legar og sjukepleiarar i akuttmottak, intensiv-, kreft- og geriatrisk avdeling, samt deltakarar i hjartestansteam

Etter samråd med vegleiar, vart fylgjande endringar gjort:

- Obs.post (observasjonspost) vart lagt til *akuttmottaket* då dette er to nærliggande avdelingar med lik pasientgruppe og felles personell.
- Gruppa ”Ambulansesarbeidarar” vart endra til ”Ambulansepersoneell”. ”Ambulansesarbeidar” er ein beskytta tittel (53) for faglærte med autorisasjon og då det ikkje var mogleg å oppdrive ei eiga e-postliste berre for desse vart heile ambulansetenesta inkludert, då også vikarar utan autorisasjon.
- ”AMK” (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) vart lagt til som prehospitalt helsepersonell.
- ”Anestesiavdeling” vart lagt til som intrahospitalt helsepersonell
- Helsefagstudentar vart bevart og ein avgjorde at denne gruppa skulle omfatte avgangskullet på profesjonsstudium i medisin (6. års studentar), samt avgangskullet på sjukepleiarstudiet (3. års studentar).

- Hjerteredisinsk- og hjartekirurgisk avdeling vart lagt til som *ei* gruppe, ettersom desse avdelingane behandlar ein stor del pasientar som er kandidat for, eller har status som, «HLR-minus». Vidare er ein stor del av pasientar som har fått gjenoppliving innom desse avdelingane.
- ”Legevaktslegar”, vart endra til ”Legevakt” då også sjukepleiarar vart inkludert.
- ”Luftambulansetenesta” vart lagt til, med både legar og redningsmenn.

Fylgjande sat vi att med total 13 grupper, jamfør Tabell 6. Merk at ettersom UNN HF omfattar både sjukehuset i Tromsø, Narvik og Harstad er personell hjå dei aktuelle avdelingane frå alle desse tre sjukehusa inkludert i studien. Likevel er det ikkje differensiert mellom dei ulike sjukehusa, ettersom dette ikkje er relevant for studien og ville kravd ein god del meir arbeid med metode.

Som det kjem fram av Tabell 6 har det ikkje lukkast å finne tal inviterte til undersøkinga verken i gruppa ”Hjartesteam” eller ”Sjukeheim”. Gruppa ”Sjukeheim” er fylgjeleg delt i ”total” og ”lege”, då det føreligg oversikt over tal inviterte sjukeheimslegar, men ikkje over det resterande personalet.

Årsaken til dette gjeldande gruppa ”Sjukeheim” er at kommuneoverlegen ikkje hadde nokon felles e-postliste til alle tilsette. Dette då det er små- og stor stillingsprosentar, relativt høg grad av vikariat og ekstravakter og såleis også stor sirkulasjon i personellet. Dei som er tilsett over ei kort periode har heller ikkje alltid ei kommunal e-postadresse og ein del vikarar let den kommunale e-postadressa si stå ubrukt. Vidare visast det til avsnitt om ”Distribusjon til sjukeheim” (s. 14) for utgreiing om distribusjonen av invitasjon til undersøkinga.

Kva gjeld gruppa ”Hjartesteam” er dette eit tverrfageleg team på sjukehuset som består av helsepersonell frå ulike avdelingar og med ulik stilling. Då vi sendte ut invitasjon til spørjeundersøkinga lukkast vi ikkje i å finne ei eiga e-postliste for dette *teamet* og respondentane i denne gruppa er såleis beståande av personell som har fått invitasjon i kraft av ein annan relevant stillingsfunksjon. Dei fleste avdelingar som bidreg med personell til hjartesteamet er inkludert i studien, så ein stor del av personellet har vorte invitert, men det er diverre ikkje mogleg å presisere dette talet.

Gruppering

I den vidare drøftinga vert studiepopulasjonen delt inn i ulike grupperingar ettersom det høver seg i forhold til resultatane av studien, jamfør Tabell 5.

Tabell 5, Grupperingar av studiepopulasjonen som vert nytta i drøftinga av studieresultata

Hovudgruppe	Undergrupper	N
Helsefagstudentar	<i>Helsefagstudentar</i>	37
Prehospitale akuttavdelingar	<i>Ambulansetenesta AMK</i> <i>Legevakt Luftambulanse</i>	106
Intrahospitale akuttavdelingar	<i>Akuttmottaket/ obs.post</i> <i>Anestesiavdeling</i> <i>Hjartestanstem</i> <i>Hjartemedisinsk/ hjartekirurgisk avd.</i> <i>Intensivavdeling</i>	108
Langtidsavdelingar	<i>Geriatrisk avdeling</i> <i>Sjukeheim</i> <i>Kreftavdeling</i>	57

3.4 Statistiske analysar

Til statistiske utrekningar det vorte nytta IBM SPSS Statistics v. 24, med lisens via UiT sine avtalar på [LiReg](#). Det er nytta bivariante analysar med Chi-kvadrat T-test som er nytta som statistisk analysemetode, og for å definere eigna variablar har det vorte nytta *compute-* og *recode-* funksjonar.

4 Resultat

Samla svara 265 personar på spørjeundersøkinga. Alle grupper var representert og svarprosenten varierte frå 10 - 69 % (Gjennomsnitt = 24 %, Median = 20, Range = 59, SD = 15,97). Fordelinga mellom dei ulike arbeidsavdelingane er vist i Tabell 6. Fleire respondentar tilhøyrer fleire grupper og den samla verdien overstig dermed N = 265.

Tabell 6, Tal inviterte og responderte til studien. Ettersom tal inviterte frå sjukeheim er usikkert, er det utrekna sum inviterte og responderte med (før skråstrek) og utan (etter skråstrek) sjukeheimspersonell medrekna. Gruppa "Sjukeheim (lege)" er inkludert for å vise svarprosent og er ikkje medrekna i "Sum". Raden "Interferens" utgjer tal respondentar som er inkludert i fleire grupper, og er trukke frå i korrigert sum for ikkje å verte talde fleire gongar.

Gruppe		Inviterte			Responderte		
		Kvinner	Menn	Totalt	Kvinner	Menn	Totalt
-	Sjukeheim (lege)	7	6	13	5 (71 %)	4 (67 %)	9 (69 %)
1	Intensivavdeling	99	28	127	28 (28 %)	13 (46 %)	41 (32 %)
2	Akuttmottaket/ obs.post	86	32	118	26 (30 %)	12 (38 %)	38 (32 %)
3	Luftambulansenesta	14	29	43	2 (14 %)	10 (34 %)	12 (28 %)
4	Kreftavdeling	70	7	77	13 (19 %)	5 (71 %)	18 (23 %)
5	AMK	36	22	58	8 (22 %)	5 (23 %)	13 (22 %)
6	Helsefagstudent	142	42	184	20 (14 %)	17 (40 %)	37 (20 %)
7	Ambulansenesta	218	276	494	32 (15 %)	50 (18 %)	82 (17 %)
8	Geriatrisk avdeling	43	11	54	7 (16 %)	1 (9 %)	8 (15 %)
9	Legevakt	47	45	92	6 (13 %)	6 (13 %)	12 (13 %)
10	Hjartemedisinsk/ hjartekirurgisk avd.	84	57	141	10 (12 %)	6 (11 %)	16 (11 %)
11	Anestesiavdeling	123	105	228	11 (9 %)	12 (11 %)	23 (10 %)
12	Hjartestansteam	-	-	-	3 (-)	5 (-)	8 (-)
13	Sjukeheim (total)	-	-	ca 600	22 (-)	9 (-)	31 (-)
Sum		962	654	1616 / 2216	188	151	339
Interferens		54	49	103	74	2	74
Korrigert sum		908	605	1513 / 2113	114 (13 %)	149 (25 %)	265 (18%/ 13%)

4.1 Spørsmål om meiningar kring dagens praksis

Samla var det 66,8 % (N = 177) som meiner «HLR-minus» vert diskutert med for få pasientar, 13,2 % (N = 35) meiner «HLR-minus» vert diskutert ofte nok og 1,1 % (N = 3) meiner «HLR-minus» vert diskutert med for mange. Vidare svarar 17,4 % (N = 46) ”veit ikkje/ ikkje relevant” og 1,5 % (N = 4) har ikkje svart. Av dei gruppene som har ei meining om kor ofte «HLR-minus» vert diskutert (N = 215), svarar 82,3 % (N = 177) at «HLR-minus» vert diskutert ”med for få pasientar”.

Hjå respondentar i intrahospitale akuttavdelingar (sjå Tabell 5), meiner 91,4 % (N = 85) av dei med ei meining at «HLR-minus» vert diskutert med for få pasientar. Dette er signifikant meir enn resten av studiepopulasjonen ($P < 0,002$). Til samanlikning meiner 38,6 % (N = 22) av respondentar i *langtidsavdelingar* at «HLR-minus» vert diskutert ofte nok. Dette er signifikant meir enn resten av studiepopulasjonen ($P = 0,000$).

I alt 93,6 % (N = 248) av dei responderte meiner pasienten sjølv i ”stor”, eller ”særs stor grad” bør vere med å avgjere «HLR-minus»-status. Om legar meiner 95,8 % (N = 254) det same og tilsvarende 68,7 % (N = 182) om sjukepleiarar. Om lag ein tredjedel (29,5 %, N = 77) meiner familie og pårørande i liten eller ingen grad delta i denne prosessen. Av desse utgjer legar den største yrkesgruppa då 42,0 % (N = 29) av legane svarar dette mot 25,0 % (N = 48) av den øvrige populasjonen ($P < 0,008$). Mellom avdelingane er det langtidsavdelingane som skil seg ut då 38,6 % (N = 22) svarar at familie og pårørande i liten eller ingen grad bør vere med å avgjere «HLR-minus»-status. Dette er ein i grenseland ikkje-signifikant skilnad ($P < 0,055$).

Høvesvis 95,8 % (N = 252) og 92,4 % (N = 242) meiner prognose og sjukehistorie i stor- eller særs stor grad bør vektleggast når ein skal avgjere om ein pasient skal få «HLR-minus»-status, jamfør Tabell 7. Til samanlikning meiner 37,9 % (N = 99) det same om alder. Medan 70,2 % (N = 184) meiner mentalt funksjonsnivå bør vektleggast i stor eller særs stor grad, meiner berre 58,5 % (N = 152) det same om fysisk funksjonsnivå. Prehospitale akuttavdelingar er den gruppa som i størst grad svarar at mentalt funksjonsnivå i stor/ særs stor grad bør vektleggast (N = 81, 78,6 %, $P < 0,017$).

Tabell 7, Resultat frå spørsmål 3: "I kor stor grad bør fylgjande faktorar vektleggast når ein skal avgjere om ein pasient skal få «HLR-minus»-status ?

	Ingen/ liten grad	Stor/ særst stor grad	N
Alder	162 (62,1 %)	99 (37,9 %)	261
Sjukehistorie	20 (7,6 %)	242 (92,4 %)	262
Prognose	11 (4,2 %)	252 (95,8 %)	263
Fysisk funksjonsnivå	108 (41,5 %)	152 (58,5 %)	260
Mentalt funksjonsnivå	78 (29,8 %)	184 (70,2 %)	262
Andre faktorar	191 (82,3 %)	41 (17,7)	232

4.2 Spørsmål om dagens praksis

I dei fylgjande drøftingar vil resultatane omhandle spørsmål om dagens praksis av «HLR-minus». Etersom dette er spørsmål som ikkje angår ein del av studiepopulasjonen og det er meiningane til dei med tankar kring dette som er relevant for studien, vil svara "Ikkje relevant for meg" vere utelatne frå dei statistiske utrekningane under.

Vurdering og dokumentering av «HLR-minus»-status

I alt 76,0 % (N = 165) av dei med pasientansvar sikrar seg i stor- eller særst stor grad at «HLR-minus»-status er drøfta og bestemt mellom lege og pasient der ein tenkjer at det kan vere aktuelt. Det er liten varians mellom gruppene, men langtidsavdelingane skil seg ut samanlikna med resten då 88,7 % (N = 47) av desse svara i stor- eller særst stor grad. Dette er signifikant mot resten av populasjonen (P < 0,013).

Hjå dei intrahospitale akuttavdelingane var det eit fleirtal av respondentane som oppgav at færre enn 60 % av pasientane som vert vurdert for «HLR-minus», endar opp med å faktisk få «HLR-minus»-status (N = 34, 59,6 %, P < 0,006). Til samanlikning svara tre fjerdedelar av langtidsavdelingspopulasjonen at fleire enn 60 % av pasientane som vert vurdert for «HLR-minus», endar opp med «HLR-minus»-status (N = 36, 76,6 %, P = 0,000). Samla svara 53,1 % av populasjonen det same (N = 60).

Om lag tre fjerdedelar av dei med pasientansvar (73,9 %, N = 161) dokumenterer «HLR-minus»-status i pasientjournalen. Ein respondent svara at "pasienten er merka

tydeleg med armband eller liknande” (N = 1) og det er ingen som svarar at berre legane har oppdatert oversikt. Brorparten (59,6 %, N = 130) gir beskjed ved overlevering av pasienten, anten munnleg (N = 31), skriftleg (N = 43) eller både munnleg og skriftleg (N = 56). Likevel er det fire av ti som ikkje oppgjer å praktisere dette.

Ein dryg tredjedel svarar at det vert vurdert om ein skal fjerne eller oppretthalde «HLR-minus»-status ved overflytting/ utskrivning (N = 43, 35,2 %), medan fire av fem svarar at slik vurdering vert gjort dagleg, vekentleg, månadleg eller årleg (N = 97, 79,5 %). Det er interferens mellom gruppene, altså at ein respondent kan ha svara fleire alternativ, som vist i Tabell 8. Respondentane hjå intrahospitale akuttavdelingar svarar at dei i mykje større grad enn resten av populasjonen har vurdering dagleg og/ eller vekentleg enn resten av populasjonen (N = 52, 91,2 %, P = 0,000), og langtidsavdelingar har i større grad vurdering månadleg og/ eller årleg enn resten av populasjonen (N = 16, 45,7 %, P = 0,000).

Tabell 8, Resultat frå spørsmål 17: "Kor ofte vert det vurdert om ein skal fjerne eller oppretthalde statusen på ein «HLR-minus»-pasient?" Merk at kolonnen "Total" er rekna ut ved å summere tal respondentar og deretter subtrahere interferens.

Gruppering	Tal respondentar	Interferens	Total
Dagleg	49	7	74
Vekentleg	32		
Månadleg	8	0	26
Årleg	18		
Dagleg/ vekentleg	74	3	97
Månadleg/ årleg	26		
Ved overflytting/ utskrivning	43	18	122
Dagleg/ vekentleg/ månadleg/ årleg	97		

Rutinar for informasjon om kva pasientar som har «HLR-minus»-status

Meir enn ein tredjedel (N = 79, 36,6 %) meiner at det i ingen eller liten grad er tilstrekkelege rutinar for å informere dei tilsette om kva for pasientar som har «HLR-minus»-status, medan nærmare halvparten (N = 77, 42,3 %) meiner det same om informering av pårørande, jamfør Tabell 9 og Tabell 10.

Som det kjem fram av tabellane er det store skilnader mellom dei ulike gruppene, der prehospitala akuttavdelingar og ambulanspersonell (og redningsmenn) er dei to som skil seg mest frå dei resterande. Over halvparten (N = 40, 54,8 %) av respondentane frå prehospitala akuttavdelingar meiner det i liten eller ingen grad er tilstrekkelege rutinar for å informere dei tilsette om kva for pasientar som har «HLR-minus»-status. Tilsvarende tal er mykje lågare for både intrahospitala akuttavdelingar (N = 26, 26,8 %) og langtidsavdelingar (N = 11, 19,6 %).

Hjå ambulanspersonell (og redningsmenn), som er ein del av prehospitala akuttavdelingar (sjå Tabell 5), svarar 64,6 % (N = 31) det same som ovanfor, medan berre ein fjerdedel av legar (N = 16, 25,8 %) og sjukepleiarar (N = 23, 26,4 %) meiner dette. Alle dei nemnde tala er signifikante mot resten av populasjonen, som det kjem fram av Tabell 9. Det er også ein ikkje-signifikant kjønnskilnad (P < 0,087), då menn i større grad svarar liten eller ingen grad enn kvinner (N = 38, 43,2 % vs N = 40, 31,7 %).

Tabell 9, Resultat frå spørsmål 15: "Føler du at det er tilstrekkelege rutinar for å informere dei tilsette om kva for pasientar som har «HLR-minus»-status?"

		Ingen/ liten grad	Stor/ særs stor grad	P	N
Intrahospitala akuttavdelingar		26 (26,8 %)	71 (73,2 %)	0,007	97
Prehospitala akuttavdelingar		40 (54,8 %)	33 (45,2 %)	0,000	73
Langtidsavdelingar		11 (19,6 %)	45 (80,4 %)	0,002	56
Kjønn	Mann	38 (43,2 %)	50 (56,8 %)	0,087 ⁶	88
	Kvinne	40 (31,7 %)	86 (68,3 %)		126
Ambulansepersonell (og redningsmenn)		31 (64,6 %)	17 (35,4 %)	0,000	48
Lege		16 (25,8 %)	46 (74,2 %)	0,037	62
Sjukepleiar		23 (26,4 %)	64 (73,6 %)	0,011	87
Total		79 (36,6 %)	137 (63,4 %)	-	216

⁶ Signifikans er rekna innbyrdes i denne raden, på skilnad mellom menn og kvinner.

Likedan er det store skilnader mellom gruppene på spørsmål om ein føler det er tilstrekkelege rutinar for å informere dei pårørande om kva for pasientar som har «HLR-minus»-status, som vist i Tabell 10. Hjå prehospitala akuttavdelingar svarar nesten to tredjedelar (N = 32, 62,7 %) ingen eller liten grad, medan ein langt mindre fraksjon hjå intrahospitale akuttavdelingar (N = 31, 36,0 %) og langtidsavdelingar (N = 15, 27,8 %) meiner det same. Tett på tre fjerdedelar av dei responderte i gruppa *ambulansepersonell (og redningsmenn)* svara i ingen eller liten grad (N = 21, 72,4 %), medan ein tredjedel av både legar (N = 22, 36,7 %) og sjukepleiarar (N = 27, 35,5 %) svara det same. Det er signifikant fleire i prehospitala akuttavdelingar (P = 0,000) og ambulansepersonell (P = 0,000) som svara ingen eller liten grad, enn i den resterande studiepopulasjonen. Vidare er det ein signifikant kjønnskilnad då eit knapt fleirtal av menn svara ingen eller liten grad, medan berre ein tredjedel av kvinnene svara det same (N = 37, 53,6 % vs N = 40, 35,7 %, P < 0,018).

Tabell 10, Resultat frå spørsmål 16: "Føler du at det er tilstrekkelege rutinar for å informere dei pårørande om kva for pasientar som har «HLR-minus»-status?"

		Ingen/ liten grad	Stor/ særs stor grad	P	N
Intrahospitale akuttavdelingar		31 (36,0 %)	55 (64,0 %)	0,106	86
Prehospitala akuttavdelingar		32 (62,7 %)	19 (37,3 %)	0,000	51
Langtidsavdelingar		15 (27,8 %)	39 (72,2 %)	0,010	54
Kjønn	Mann	37 (53,6 %)	32 (46,4 %)	0,018 ⁷	69
	Kvinne	40 (35,7 %)	72 (64,3 %)		112
Ambulansepersonell (og redningsmenn)		21 (72,4 %)	8 (27,6 %)	0,000	29
Lege		22 (36,7 %)	38 (63,3 %)	0,280	60
Sjukepleiar		27 (35,5 %)	49 (64,5 %)	0,117	76
Total		77 (42,3 %)	105 (57,7 %)	-	182

⁷ Signifikans er rekna innbyrdes i denne raden, på skilnad mellom menn og kvinner.

4.3 Spørsmål om eigenkompetanse

88,7 % (N = 235) kjenner seg i stor, eller særst stor grad trygg på eigne HLR-ferdigheiter og 85,3 % (N = 226) har øva på HLR innan det siste året.

På spørsmål om i kor stor grad ein, dersom HLR er starta på ein pasient, kjenner seg i stand til å avgjere når ein eventuelt skal *stoppe* behandlinga, svarar eit fleirtal av dei responderte i stor- eller særst stor grad (N = 154, 58,1 %), jamfør Tabell 11. Det er ein tydeleg kjønsskilnad då menn i mykje større grad enn kvinner svarar i stor- eller særst stor grad (N = 89, 78,1 % vs N = 65, 44,2 %, P = 0,000). Aldersmessig er det flest eldre enn 40 år som svarar i stor- eller særst stor grad (N = 79, 69,3 %, P < 0,001). Brorparten av dei som svarar stor- eller særst stor grad har øva HLR innan siste år (N = 137, 60,9 %), men dette er ikkje ein signifikant skilnad (P < 0,062).

Tabell 11, Resultat spørsmål 10: "Dersom HLR er starta på ein pasient der du er til stades; føler du deg i stand til å kunne avgjere når ein eventuelt skal stoppe behandlinga?" Prosentutrekningar under "Totalt" er gjort basert på total studiepopulasjon (N = 265) og såleis manglar N = 2 (0,8 %).

	Ingen/ liten grad	Stor/ særst stor grad	P	N
Menn	25 (21,9 %)	89 (78,1 %)	0,000	114
Kvinner	82 (55,8 %)	65 (44,2 %)		147
Alder > 40 år	35 (30,7 %)	79 (69,3 %)	0,001	114
Øva HLR innan siste år	88 (39,1 %)	137 (60,9 %)	0,062	225
Ambulansepersonell	11 (15,3 %)	61 (84,7 %)	0,000	72
Legar	15 (22,1 %)	53 (77,9 %)	0,000	68
Sjukepleiarar	59 (62,8 %)	35 (37,2 %)	0,000	94
Studentar	24 (64,9 %)	13 (35,1 %)	0,002	37
Totalt	109 (41,1 %)	154 (58,1 %)	-	263

Av yrkesgrupper er det legar og ambulansepersonell/ redningsmenn som dominerer av dei som svara stor- eller særst stor grad (høvesvis N = 53, 77,9 % og N = 61, 84,7 %), medan sjukepleiarar og studentar i hovudsak utgjer gruppa som svara ingen- eller liten

grad (høvesvis N = 59, 62,8 % og N = 24, 64,9 %). Samanlikna einskildvis mot resten av studiepopulasjonen er alle resultatane signifikante (P < 0,002). Likevel hamna meir enn ein tredjedel av både sjukepleiarane (N = 35, 37,2 %) og studentane (N = 13, 35,1 %) i gruppa som svara stor- eller særstor grad.

Pasienthistorie

Vidare følgjer det fire spørsmål til ei tenkt pasienthistorie som er vist i Figur 2:

Ole Martinsen er 83 år, oppegåande og har fast sjukeheimsplass. Du kjenner godt til sjukehistorien hans: Alvorleg KOLS, hjertesvikt og det siste året har han hatt to alvorlege episodar med lungeødem. Frå tidlegare har han hatt hjarteinfarkt i 2011. Medikamentlista er lang. Det er ikkje kjent om Ole er vurdert for «HLR-minus».

Figur 2, Pasientkasus til spørsmål 6 - 9

Ole fell brått livlaus om og du er fyrste helsepersonell som kjem til. Kva gjer du?

84,5 % (N = 224) ville her ha starta HLR, medan 68,3 % (N = 181) valde å ”Ringe 113 eller utløyse lokal stansalarm⁸”. Det var liten varians mellom gruppene. Samla sett svara 5,3 % (N = 14) at dei valde å avstå frå tiltak, men av dei sjukeheimstilsette svara 19,4 % (N = 6) at dei ville ha gjort dette. Del respondentar som valde å avstå frå tiltak er også stigande med høgare alder; av dei yngre enn 25 år var det ingen (N = 0), av dei mellom 25 og 40 år var det 2,6 % (N = 3), av dei mellom 41 og 55 år var det 6,2 % (N = 5) og av dei eldre enn 55 år var det 27,3 % (N = 6) som valde å avstå frå tiltak.

Dersom du startar HLR; kor lenge vil du halde på?

Dette spørsmålet var ikkje avkryssing, men svar med fritekst, og det var i alt 100 tilbakemeldingar. Av desse anga eit knapt fleirtal (38 %, N = 38) ein tidsfaktor som svar på spørsmålet, der dei fleste ville halde på i 15-30 minutt (52,6 %, N = 20), medan 13 respondentar (34,2 %) ville halde på i under 15 minutt og 5 respondentar (13,2 %) ville halde på i over 30 minutt. Vidare oppgav 32 respondentar (32 %) ymse faktorar, men i hovudsak ville desse halde på til meir kyndig helsepersonell kunne overta behandlinga. Dei resterande (30 %, N = 30) ville halde på til ein lege tok ei avgjersle om å stanse behandlinga.

⁸ Lokal alarm for hjartestans på helseinstitusjon, som automatisk varslar anna avdelingspersonell og hjartestansteam der dette er tilgjengeleg.

Dersom du ikkje startar; kva er bakgrunnen for valget?

Dette spørsmålet var ikkje avkryssing, men svar med fritekst. Det var i alt 66 tilbakemeldingar som er gruppert etter fylgjande:

Grunngjeving for kvifor ein *ikkje* ville ha starta HLR (N = 31)

I hovudsak grunna dårleg prognose og stor risiko for forverra helsetilstand med redusert livskvalitet dersom gjenopplivinga skulle ha lukkast. Forstyrning av ein naturleg død i trygge omgivnader på sjukeheimen versus ein intensivtilstand. Nokon omtalar tilfellet med Ole som eit forventa dødsfall og ikkje ein akutt hjartestans ettersom han var sjukeheimspasient og med det truleg alvorleg sjuk.

Grunngjeving for kvifor ein ville ha starta HLR (N = 23)

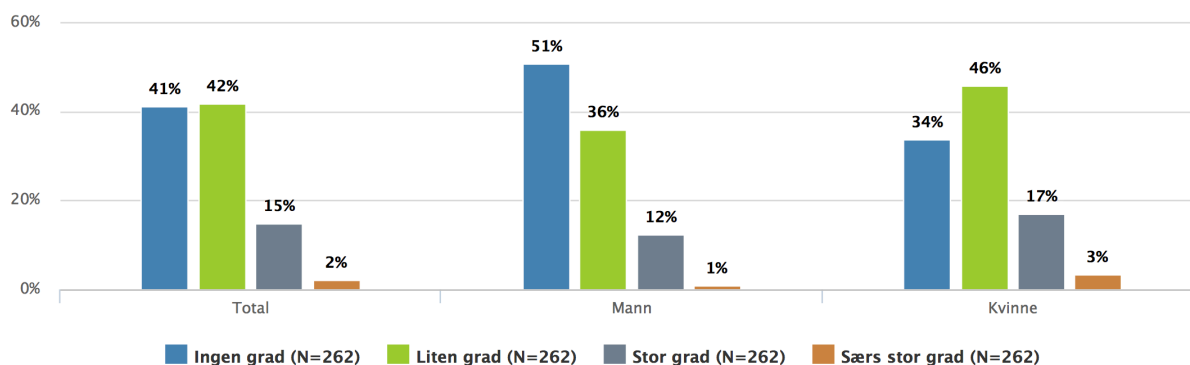
I all hovudsak grunna at ein som helsepersonell ”pliktar” å gi HLR, med mindre «HLR-minus»-status er fatta. Nokre meiner at ein veit for lite om pasienten til å kunne fatte at det her rett å la han døy.

Andre drøftingar (N = 12)

Omhandlar i hovudsak at ein, dersom ein kjende pasienten godt, hadde visst kva pasienten sjølv tenkte kring «HLR-minus» og i utgangspunktet respektert dette. Dette er svara hovudsakleg av personell hjå langtidsavdelingar, der fleire avdelingar har rutinemessig «HLR-minus»-vurdering hjå alle pasientar.

Om Ole er ein nær slektning av deg, vil det endre synet ditt?

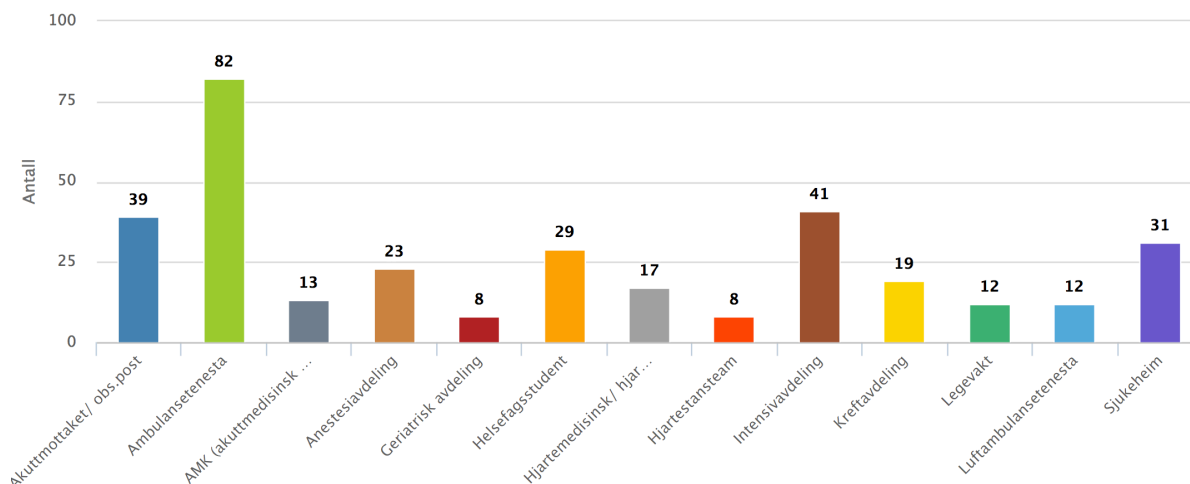
Dei aller fleste (N = 219, 82,6 %) svara ingen, eller liten grad på dette spørsmålet. Det var liten skilnad mellom gruppene, men det er ein ikkje-signifikant kjønnsdifferanse då menn i større grad heller mot ingen grad enn kvinner (P < 0,13), jamfør Figur 3.



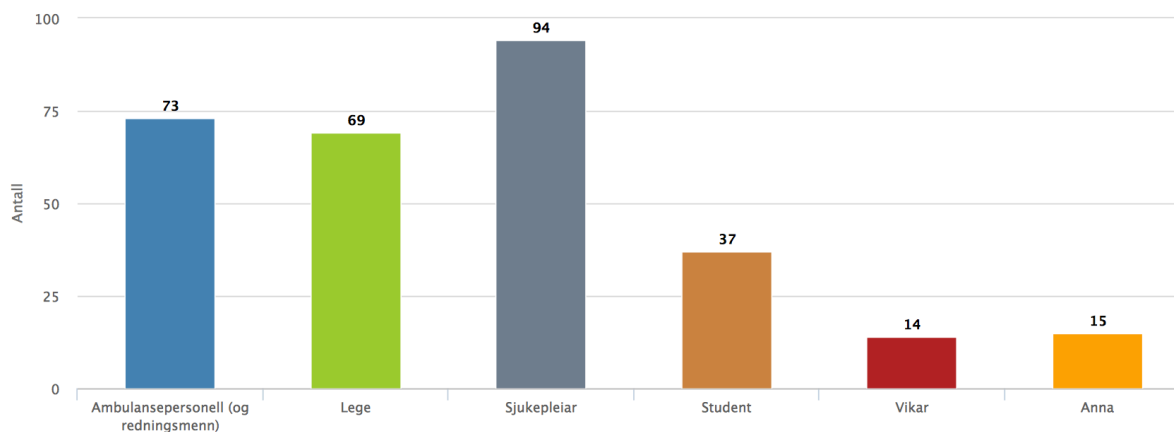
Figur 3, Resultat for spørsmål 9: ”Om Ole er ein slektning av deg, vil det endre synspunktet ditt?”, med kjønnsdifferensiering.

4.4 Spørsmål om studiepopulasjonen

Av dei responderte er fordelinga mellom dei ulike arbeidsavdelingane vist i Figur 4 og dei ulike yrkesgruppene vist i Figur 5. Fleire av respondentane har fleire titlar og/ eller arbeidsstadar og vil såleis vere medrekna i fleire grupper.

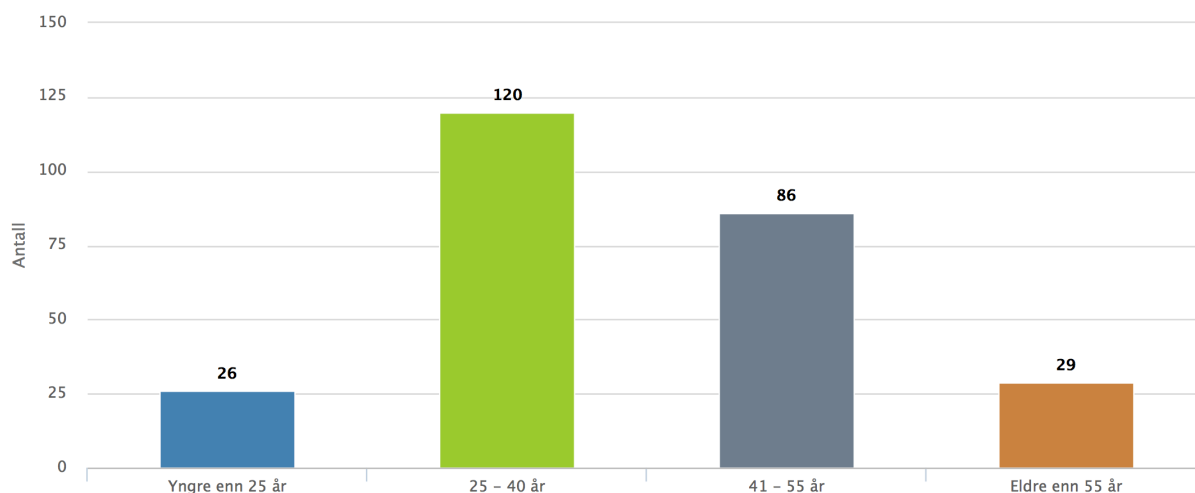


Figur 4, Resultat for spørsmål 18: "Kva er din arbeidsstad og/ eller funksjon?"



Figur 5, Resultat frå spørsmål 19: "Kva er din stillingsstittel og/ eller funksjon?"

Det var i alt 114 menn og 149 kvinner som deltok i undersøkinga, samt ytterlegare 2 som valde å ikkje svare på spørsmålet om kjønn. Dei fleste som deltok var i mellom 25 og 55 år, som vist i Figur 6.



Figur 6, Resultat frå spørsmål 21: "Kva er din alder?"

Om lag ein femtedel oppgav å ha ei religiøs overtyding (N = 47, 18,1 %) og nesten alle av desse svara at han eller ho sine tankar om «HLR-minus» i ingen eller liten grad vert påverka av den religiøse overtydinga (N = 44, 93,6 %).

Av den totale studiepopulasjonen svarar 90,2 % (N = 239) at det for dei i stor, eller særst stor grad vil vere aktuelt å få status som «HLR-minus» dersom som gamle vert innlagt på sjukehus grunna alvorleg sjukdom. Det er her liten skilnad både mellom dei ulike yrkesgruppene og arbeidsavdelingane, men alle dei som valde å avstå frå tiltak på *Ole* som vart funnen livlaus har svara at dei i stor eller særst stor grad sjølv vil vere open for «HLR-minus» (N = 14, P < 0,240).

4.5 Generelle kommentarar

Det siste spørsmålet i spørjeskjemaet lydde slik: "Har du andre tankar om korleis «HLR-minus» fungerer – eller ikkje fungerer – som eit medisinsk og etisk verkty i din arbeidskvardag?" Det var i alt 97 kommentarar, der 90 av desse tolkast kritiske til dagens praksis, medan 6 meiner det i dag er ein god praksis for bruk av «HLR-minus» og 1 er ikkje tolkbar. Under er det lista eit utval av kommentarane:

- "Hvorfor har ikke sykehjemslegen plikt til å vurdere HLR minus av sine pasienter? Når ballen først ruller med HLR, ambulanse, innleggelse på sykehus, er det vanskelig å stoppe opp og avslutte. Uverdige å måtte havne på Intensiv og dø her i stedet for å få en fin avslutning av livet på sykehjemmet."

- ”Det er bemerkelsesverdig få pasienter som kommer inn hos oss, hvor det på forhånd IKKE er tatt en HLR-beslutning. Og det kunne jo også være tatt beslutning om HLR pluss; all vurdering på forhånd før akutt sykdom, er til god hjelp.”
- ”Kanskje kunne feks etisk komite ved sykehuset være en pådriver for at temaet i det minste ble satt opp på dagsorden i naturlige settinger (internundervisninger etc).
- ”HLR- blir av og til forvekslet med "Behandling-" av enkelte helsepersonell.”
- ”Brukt riktig, letter det beslutningsprosessen ved livets slutt . Det gir mindre rom for synsing, og at det emosjonelle overtar for medisinske og etiske vurderinger.”
- ”Tror det er viktig å få en bredere diskusjon om liv og ambisjoner for medisinsk behandling hos alvorlig syke gamle der gjenoppliving er en liten del av bildet.”
- ”HLR status bør være skriftlig og tatt stilling til daglig på eldre og alvorlige syke pasienter. Behandlingsansvarlig lege bør gjøre dette slik at vakthavende lege blir i stand til å gjøre en god jobb, medisinsk og etisk sett.”
- ”Hva med pasienter som hadde HLR- status på sykehus og som skrives ut til hjemmet med samme prognose (f. eks kreft), opprettholdes da statusen?”
- ”Syns man kan vurdere å bruke "TND- tillat naturlig død" som finnes i Sverige innom palliativ pleie men blitt mer og mer brukt innom somatikk. Minus kan føles som at man ikke gir behandling tross at man gjør mye tross minus”
- ”Så syke som de fleste pasienter på et sykehjem er i dag, burde egentlig alle automatisk vært HLR minus.”
- ”Som allmennlege diskutere vi det av og til med pasienter men vi har ikke noe godt system som gjør at slike avgjørelser penetrerer kommunikasjonen mellom nivåene og profesjoene slik at denne informasjonen er sjelden tilgjengelig når det er behov for den”
- ”Legen har makten over livet, men jeg håper sykepleieren, og pasienten blir tatt med i slike avgjørelser der det lar seg gjøre.”
- ”Synet på livet mellom gruppene er også et stort problem. h(...)andling beslutet . Klimaten på kliniken ær något av "alla kan och skall ræddas till livet". Oavsett vilken prognos patienten har efter vistelse på intensiv. Statistik HLR-; "ikke dø på min avdelning".”
- ”Jeg opplever at eldre ikke får lov til å dø.”
- ”Det snakkes generelt i samfunnet for lite om døden. (...) Refleksjonen rundt liv og død og sykdom og alderdom er viktig i seg selv.”
- ”Nå vil jeg hevde at det ikke primært er leger i akuttmottak sin oppgave å gjøre denne vurderingen, men jeg mener at denne jobben i langt større grad bør pålegges fastleger, sykehjemsleger, leger på avdelinger der pasientene får sin hovedbehandling etc.”
- ”Vi har rutiner for tidlig etter innleggelse å avklare HLR status. (...) Dersom det

konkluderes med HLR minus opplever jeg at det blir mere ro rundt akutte situasjoner og at vi har mer fokus på det mellommenneskelige framfor det medisinske.”

- ”Opplever ofte at pårørendes syn/ønske settes over pasientens og at helsepersonell ikke "tør" å fronte en faglig begrunnelse for HLR-minus.”
- ”Det taes altfor lite stilling til HLR-status på pasienter innlagt på mitt sykehus. Det gjøres ikke engang rutinemessig på de dårligste pasientene på sengepost.”
- ”Jeg har drevet HLR og samtidig tenkt at "dette er bare makabert, la nå det stakkars mennesket få fred”.
- ”Har også registrert at HLR-minusstemplet ikke har blitt revurdert og fjernet hos pasienter som har kommet seg og vendt tilbake til et normalt liv.”
- ”HLR-" skal ikke i seg selv rettferdiggjøre behandlingmessig passivitet når pasienten ikke er klinisk livløs!”
- ”Som sykehjemslege synes jeg det virker noe kunstig, da det omtrent aldri oppstår akutt hjertestans. Men jeg har heller ikke noe godt alternativ.”
- ”Er det ikke satt HLR-, da starter man gjenopplivning. Det er ikke noen diskusjon. Og slik må og skal det være.”
- ”Jeg tror at i det store og det hele gir man avansert behandling til for mange pasienter, noe som i sum kanskje gir mer lidelse enn livskvalitet.”
- ”Det er viktig med en åpen og ærlig samtale med helsefag - pasient og pårørende. Jeg kaller den for den gode samtalen. Om vi er ydmyke og prater om temaet er min erfaring at pasienten har klare meninger om dette. Ofte kan det være pårørende som ikke vil "slippe””
- ”HLR minus fungerer i våres avdeling slik at døende pasienter får lov til å dø rolig og fredelig, enten her i sykehuset eller ved hjemmedød. Det er da snakket med pårørende om dette, og man bruker ressursene på å skape trygghet og smertelindring i sluttfasen.”
- ”På våres sykehjemsavdelingen har vi innkludert samtalen om HLR minus plus aktiv/lindring behandling i inkomstsamtaler med pasienter og pårørende. Mer problematisk er gamle skrøpelig som bor fremdeles hjemme, der den generelle befolkningen har blitt opplært at alle som falle om skal ha hjertelungredning.”

5 Diskusjon

5.1 Funn

I denne studien kjem det fram at 76,0 % av dei med pasientansvar sikrar at «HLR-minus»-status er drøfta og bestemt mellom lege og pasient der ein tenkjer at det kan vere aktuelt. Trass dette er det eit stort fleirtal som meiner «HLR-minus» vert diskutert med for få pasientar og så godt som alle tilsette hjå intrahospitale akuttavdelingar svarar dette. Langtidsavdelingane er i størst grad nøgd, sjølv om berre 4 av 10 meiner ein diskuterer «HLR-minus» ofte nok. Det er naturleg å tenkje at dette skuldast ei eldre pasientgruppe med generelt dårlegare helse, høgare mortalitet og lengre pasientopphald, som gir eit større fokus på, og betre tid til, «HLR-minus»-vurderingar på langtidsavdelingane.

5.1.1 Tankar for eige liv

90,2 % svarar at det for dei i stor grad vil vere aktuelt å få status som «HLR-minus» dersom dei som gamle vert innlagt på sjukehus grunna alvorleg sjukdom. Dette samsvarar med andre studiar som viser at helsepersonell i mindre grad ville valt livsforlengande behandling ved terminal sjukdom for seg sjølve enn det dei i praksis vel for pasientane sine (54,55). Døme på slik behandling er intensivopphald, kunstig ernæring, HLR og respiratorbehandling, og helsepersonell ynskjer òg i større grad enn pasientar å døy heime enn på sjukehus. Er det slik då helsepersonell kjenner til prognosar, behandlingsforløp og sjølve har sett ulike pasientskjebnar?

Ei amerikansk forskingsgruppe informerte ei pasientgruppe med malign kreftsjukdom om tre moglege omsorgsnivå; livsforlengande, normalt og symptomlindrande. Deretter randomiserte dei gruppa slik at halvparten i tillegg fekk sjå ein informasjonsvideo av pasientar på dei ulike omsorgsnivåa og til sist spurte ein pasientane om kva for eit omsorgsnivå dei sjølve ville ha valt. Hjå kontrollgruppa svara 25,9 % livsforlengande-, 51,9 % normal- og 22,2 % symptomlindrande omsorg, medan dei tilsvarande tala i intervensjonsgruppa var 0,0 %, 4,4 % og 91,3 % (56). Haldningane vi har og vala vi tek er følgjeleg sterkt påverka av førestellingar og kunnskapsgrunnlag.

5.1.2 Vurderingar og avgjersler

Så godt som alle meiner pasienten sjølv og legar bør vere med å avgjere «HLR-minus»-status. Dette samsvarar i stor grad med gjeldande retningslinjer (1), haldningar til

pasientar sjølv (41) og lovverk (sjå s. 9). Retningslinjene anbefalar også eit nært samarbeid med pårørande, dersom dette er godkjent av pasienten sjølv, og 70,5 % av studiepopulasjonen meiner at familie og pårørande bør delta i prosessen. Likefult er det legar og tilsette hjå langtidsavdelingar som, uklart av kva for grunn, i minst grad vil inkludere desse. Vidare meiner to tredjedelar at også sjukepleiarar i stor grad bør vere med i avgjersla, noko som det er klar støtte for i retningslinjene (1):

“Før man begrenser livsforlengende behandling til pasienter som mangler samtykkekompetanse, skal man samrå seg med annet kvalifisert helsepersonell.”

Av faktorar som bør vektleggast i vurderinga, skil prognose og sjukehistorie seg ut med respons godt over 90 %. Mentalt funksjonsnivå har noko høgare svarprosent enn fysisk funksjonsnivå, men begge to er vurdert som viktige. Ein tredjedel (37,9 %) meiner alder bør vektleggast, og sjølv om vi veit at dette er ein negativ prognostisk faktor for overleving av HLR (11–13), er det omstridt om dette skuldast alder i seg sjølv, eller aukande grad av komorbiditet med aukande alder (17). Såleis kan alder takast med i vurderinga, men ikkje eigenhendig setjast som grunnlag for «HLR-minus»-status (1).

Det er ein høgare fraksjon av pasientar som vert *vurdert* for «HLR-minus» som *får* «HLR-minus»-status hjå langtidsavdelingane, enn hjå intrahospitale akuttavdelingar. Årsaken til dette kan ikkje fastslåast ut i frå denne studien, men det kan tenkjast at langtidsavdelingane har ei pasientgruppe der ein større del er kandidatar for «HLR-minus». Det kan også tolkast slik at ein på intrahospitale akuttavdelingar har lågare terskel for å vurdere «HLR-minus»-status også hjå dei pasientane som truleg ikkje vil få dette, medan ein på langtidsavdelingane ventar lengre før pasientane vert vurdert.

Det framkjem god praksis på evaluering av «HLR-minus»-status, då ein stor del av studiepopulasjonen oppgjer rutinar for regelmessig vurdering av dette. Frekvensen er høg hjå intrahospitale akuttavdelingar med vurdering dagleg og/ eller vekentleg, medan langtidsavdelingar i hovudsak har noko lengre intervall (månadleg/ årleg). Med bakgrunn i pasientgrupper er dette ei naturleg fordeling, ettersom lengre pasientopphald gir betre kjennskap til pasientane og mindre behov for hyppig evaluering.

5.1.3 HLR og etikk

Av dei som kjenner seg i stand til å avgjere når ein skal stoppe HLR er det ikkje overraskande at ein finn majoriteten av legar og ambulanspersonell, då det er desse som møter slike situasjonar jamleg og såleis har erfaringsgrunnlag. Ettersom det i denne gruppa er eit fleirtal av menn (58,2 %), kan dette nok forklare delar av kjønnskilnaden, men det kan ikkje utelatast at det også er ein faktisk skilnad på menn og kvinner.

Det var ei overvekt av kommentarar som ytra ei oppleving av plikt til å *starte* HLR dersom ikkje «HLR-minus»-status er sett, og som kjent kan denne statusen berre setjast av lege (1). Dette er eit ikkje ukjent synspunkt som nyleg har vore debattert (57). Det er i tråd med retningslinjer (1,58) og lovverk at ingen kan pålegge helsepersonell å gi nyttelaus behandling, men det er òg tydeleg poengtert at om slutningsgrunnlaget er uklart skal ein starte behandling. Dermed kan det tolkast slik at også anna helsepersonell enn legar kan avgjere å ikkje starte HLR ved livlausheit, men det skal då vere klart at behandlinga vil vere nyttelaus, noko som krev stor kunnskap og erfaring å avgjere, særskilt i den akutte situasjonen.

Med vår tenkte pasientkasus om "Ole" som vart funnen livlaus forsøkte vi å lage eit etisk dilemma som kanskje ville splitte studiepopulasjonen. Det viste seg vanskeleg, då den store majoriteten valde å utløyse stansalarm og starte HLR. Ein liten fraksjon av dei sjukeheimstilsette avsto frå tiltak, og også interessant er at med aukande alder var det fleire som også valde dette, men dette er funn utan signifikans. Det er vanskeleg å avgjere kva som vil vere det teoretisk rette i denne situasjonen, men utan å vite kva Ole sjølv ynskjer for framtidig behandling, tydar funna på at det er få av oss som ikkje ville ha forsøkt gjenoppliving på ein oppegåande mann i tidleg 80-åra, trass betydeleg komorbiditet og fast sjukeheimplass.

5.1.4 Dokumentasjon og informasjonsflyt

Det er ein stor majoritet som dokumenterer «HLR-minus»-status i pasientjournal, men likevel svarar 1 av 4 med pasientansvar å ikkje gjere dette. Dette er eit punkt det føreligg eksplisitte føringar for i norske retningslinjer både nasjonalt og lokalt (1,4). Det skal journalførast kva den einskilde pasient ynskjer av informasjon og behandling, kva som har framkome i eventuell førebuaende samtale (sjå avsnitt 2.5) og eventuell

«HLR-minus»-status. Det poengterast også at alle vurderingar angående avgrensing av livsforlengande behandling, medisinske som verdimesseige, skal journalførast.

Ved overføring til annan avdeling eller institusjon skal det fylgje med informasjon om kva som er sagt til pasient og pårørande, pasienten sine egne ynskjer og resultatet av «HLR-minus»-vurdering. Dette er i sterk kontrast til gjeldande praksis slik det kjem fram av denne studien, då nær på halvparten (40,4 %) av dei med pasientansvar ikkje gir beskjed om «HLR-minus»-status ved overlevering av pasient.

I relasjon til dette er det også meir enn ein tredjedel som meiner informasjonsrutinane ikkje er tilstrekkelege ovanfor pårørande og tilsette, der prehospitale akuttavdelingar utgjer brorparten. Eit stort fleirtal av ambulansesepersonellet, den yrkesgruppa som utførar store delar av pasientoverflytting mellom primær- og sekundærhelsetenesta, svarar det same. Det er frå tidlegare kjent at overflytting mellom avdelingar og institusjonar er assosiert med tap av informasjon og at standardiserte overflyttingsskjema kan vere ein måte å betre dette på (59). Resultata frå denne studien underbygger behovet for å utvikle ein betre praksis i så måte.

5.1.5 Deltaking

Svarprosenten er i underkant av 18 %, og den låge deltakinga i studien kan tolkast som eit resultat ein i seg sjølv bør feste seg ved. Dagens moderne helsevesen er høgteknologisk og samstundes som grensene for kva ein kan behandle og lindre stadig vert pressa utover, oppstår også viktige etiske og moralske utfordringar. Eit av desse er utan tvil spørsmålet om liv og død, for kvar skal ein setje grensa mellom det som skal reknast å vere god medisinsk praksis og det som vil vere ei uetisk forlenging av livet sin siste fase? Og kva vil konsekvensane vere om denne grensa vert feilplassert? Det er ikkje denne studien sitt formål å konkludere i så måte, men det er oppsiktsvekkande at så få som 1 av 5 helsepersonell let seg engasjere til å bidra med sine tankar i ein studie som dette.

5.2 Metodekritikk

5.2.1 Svake sider

Spørjeskjema

Spørjeskjemaet ligg til grunn for heile studien; utforming av spørsmål, val av responsmodalitetar, distribusjon og rutinar for puring er alle faktorar som påverkar studieresultata og -kvaliteten. Av denne grunn vart det vektlagt å jobbe omstendeleg med utforminga av spørjeskjemaet i denne studien, noko som gav i eit i hovudsak velformulert og relevant resultat.

Trass dette vart det gjort val som nok burde ha vore gjort annleis. Mellom anna var det fire generelle svaralternativ på fleirvalsspørsmåla (ingen-, liten-, stor- eller særst stor grad), og her burde det vore eit femte alternativ (nokon grad) slik det er anbefalt av Kunnskapssenteret (52). Det var også nokre spørsmål som nok med fordel kunne ha vore formulert annleis. Til dømes var spørsmål 12 (sjå vedlegg 3) formulert med alternativ som gjorde det vanskeleg å tolke og teste resultata. Andre spørsmål kunne ha vore utelate, medan det i ettertid har dukka opp fleire spørsmål som kunne ha vore interessante å undersøke. Spørsmål 17, 18 og 19 hadde moglegheit for å krysse av fleire svaralternativ, noko som gjorde dei statistiske utrekningane mykje meir krevjande enn om kvar respondent berre kunne gi eit svar. Dømevis kravde det mykje arbeid å sortere studiepopulasjonen etter desse gruppene og det viste seg vanskeleg å samanlikne grupper dersom ein del av populasjonen var inkludert i begge gruppene.

Studiepopulasjon og distribusjon

Studiepopulasjonen vart vald på bakgrunn av preferansar til student og vegleiar, og vi har begge tilknytning til fleire av gruppene. Vegleiar som avdelingsleiar for Akuttmedisinsk avdeling, UNN Tromsø og student som medstudent og tilsett i ambulanseavdelinga, UNN Tromsø. Dette gir ein risiko for at vi som forfattarar kan påverke resultatet gjennom kjende som er deltakarar i studien, men vi har bevisst ikkje svart på spørsmål angående spørjeundersøkinga i dei få tilfella det har vore eit tema.

Distribusjonen av undersøkinga er truleg ein av dei største svakheitene med studien. Ettersom det, med dei tilgjengelege ressursane som låg føre, var urealistisk å få gjennomført distribusjonen på andre måtar enn digitalt vart invitasjon til studien

sendt ut via e-post som vist i avsnitt 3.2.2. Dette vart gjort via kontaktpersonar som vist i Figur 1 og grunna kommunikasjonssvikt over e-post vart ikkje purringa sendt ut til heile studiepopulasjonen som tenkt. Dette er illustrert i Tabell 1 og gir ein klar *follow-up* bias.

Til studentgruppa vart spørjeskjemaet distribuert via Fronter® og Facebook®. Dette er noko utradisjonelt i forskingsformål, men ettersom ein stor del studentar truleg i større grad får med seg beskjedar på sosiale medium enn på sitt kull si informasjonsside til Fronter®, vart dette vurdert som eit godt trekk for vonleg å auke svarprosenten. Det er ein risiko at òg andre enn dei faktiske inviterte gruppene såleis fekk tilgang til spørjeundersøkinga, men invitasjonen vart publisert i lukka grupper for studentar på dei respektive kull og ikkje opne forum. Det må òg føyast til at det vart førespurt å sende ut invitasjon via e-post også til studentar, men bruk av dette vart ikkje tillate frå universitetet si side.

E-postlistene vi fekk tilgang til var store og truleg ikkje heilt oppdaterte, då både fast tilsette og vikarar var inkludert. Det er i helsevesenet ein stor del vikarar og då desse i variert grad les e-post på si jobbadresse regelmessig vil dette medføre at invitasjon til studien vart sendt mange som aldri faktisk fekk denne. Godt illustrert er dette via kommunehelsetenesta, der det, til trass for intensiv oppfølging og god hjelp av kommuneoverlegen, aldri lukkast i å få eit konkret tal over kor mange frå denne gruppa som vart invitert til deltaking i studien, som vist i Tabell 6.

Svarprosent

Det har i oppgåva vorte operert med ein svarprosent på 18. Reell svarprosent er likevel lågare enn dette, anslagsvis ein stad mellom 13 og 18 % som vist i Tabell 6. Svarprosenten som har vorte nytta er rekna ut frå dei sikre verdiane som føreligg og sjukeheimstilsette er følgjeleg ikkje teke omsyn til.

Låg svarprosent gjer at resultata i studien i liten grad kan generaliserast til å tolkast som gjeldande for den generelle studiepopulasjonen. Sjølv om ein, som tidlegare forklart, må ta utgangspunkt i at fleire faktorar bidreg til at det vart relativt få svar, er det framleis ein stor del som har valt å ikkje svare. Såleis kan funna det er reiegjort for i denne studien ikkje tolkast ukritisk til å spegle haldningane og praksisen til dei

respektive gruppene. Vidare vil det i ei slik undersøking basert på frivillig deltaking vere ein viss grad av sjølvseleksjonsbias, då respondentar som engasjerer seg i spørsmålet i større grad vil vere villige til å respondere enn andre. Såleis er det naturleg å forvente at resultatata gir større utslag i denne studien enn kva som faktisk er tilfelle.

Kontroll

Som einsam i arbeidet med denne studien, er funn, utrekningar, referansar og tekst gjort av berre ein person, utan regelmessig dobbelkontroll av andre enn forfattaren sjølv. Det har vore fortløpande vegleing undervegs og tettare oppfølging der dette har vore eit behov, men det vil vere ein risiko for at uoppdaga feil er til stades og at misstolkingar kan ha førekome.

5.2.2 Sterke sider

I forkant av gjennomføringa av studien var det mykje forarbeid med å utforme spørjeskjemaet. Det vart innhenta råd frå fleire andre fagpersonar, som nemnt i forordet, med rikeleg forskingserfaring og innspela frå desse var til stor hjelp. Såleis vart det utforma eit spørjeskjema som til trass for nokre manglar, dekkar fleire viktige aspekt kring problematikken knytt til «HLR-minus».

Spørjeundersøkinga var anonym og gjennomført utan moglegheit for at utfallsmålar kunne påverke deltakarane i undersøkinga i nokon retning.

Trass låg svarprosent er den samla studiepopulasjonen ikkje liten i norsk samanheng. N = 265 respondentar er høgt nok til å kunne differensiere dei i ulike grupper og likevel ha mange eit adekvat tal i kvar gruppe, jamfør Tabell 5. Dette gjer at studien bør kunne lesast med interesse.

6 Konklusjon

«HLR-minus» er eit medisinsk verktøy som studiepopulasjonen tilknytt UNN kjenner til og brukar i sin arbeidskvardag, og eit stort fleirtal av dei responderte meiner det i dag er for få pasientar som vert vurdert for «HLR-minus». Samstundes viser denne studien at helsepersonell i særskild stor grad ynskjer «HLR-minus»-status for seg sjølve, dersom dei som gamle vert hospitaliserte grunna alvorleg sjukdom.

I samråd med retningslinjer meiner studiepopulasjonen at både pasientar sjølve, legar, sjukepleiarar og pårørande skal ta del i vurderinga av «HLR-minus». Det er også stor semje om at prognose og sjukehistorie er dei faktorane som skal vektleggast tyngst i denne vurderinga, men også mentalt og fysisk funksjonsnivå, samt alder bør til dels ligge til grunn.

Det kan verke som ein stor del av helsepersonell opplev ei plikt til å starte HLR på pasientar som får uventa hjartestans, der det ikkje på førehand er fatta eit «HLR-minus»-vedtak. Dette er som oftast ei fornuftig haldning, men fleire røyster i fagmiljøet tek til ordet for at også anna kompetent helsepersonell enn legar kan avgjere at ein ikkje startar gjenopplivingsforsøk på ein livlaus person.

Det er ein relativt stor fraksjon som ikkje dokumenterer «HLR-minus»-status i pasientjournalen eller informerer om dette ved overflytting av pasienten, slik retningslinjene i Noreg pålegg ein å gjere. Mange meiner også at rutinar på å informere tilsette og pårørande om kva for pasientar som er omfatta at eit «HLR-minus»-vedtak ikkje er tilstrekkelege.

Denne studien tydar på at ein stor del av helsepersonell ikkje er særskilt opptekne av «HLR-minus»-omgrepet, men at det òg er fleire som engasjerer seg i spørsmålet. Dagens praksis verkar å ikkje vere tilfredsstillande og det er behov for eit større fokus på problemstillinga for å finne svar på spørsmål som til dømes korleis forbetre informasjonsflyt mellom ulike institusjonar, korleis forbetre dokumentasjonsrutinar og, som tidlegare nemnt, korleis gjere «HLR-minus» til ein meir naturleg del av den kliniske praksisen og i mindre grad eit etisk problem.

Referanseliste

1. Helsedirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. 2013 [sitert 25. april 2017]; Henta frå: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>
2. British Medical Association, Resuscitation Council (UK), Royal College of Nursing. Guidance from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. 2016.
3. Bossaert L, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood K, mfl. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation. 2015;95:302–11.
4. Aker sykehus. Retningslinjer for å avstå fra hjerte-lunge-redning (HLR minus) [Internett]. UiO, Institutt for helse og samfunn. 2010 [sitert 27. april 2017]. Henta frå: <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/manualer/norge/retningslinjer.html>
5. Sharp, Tim; Moran, Emily; Kuhn, Isla; Barclay S. Do the elders have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals. Br J Gen Pract. 2013;e657-68.
6. Modra LJ, Hilton A, Hart GK. Ethical issues in resuscitation and intensive care medicine. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2016;17(1):35–7.
7. Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units. CMAJ. 2007;177(10):1201–8.
8. Gillon R. Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics. J Med Ethics. 2015;41(1):111–6.
9. Winther F, Førde R. Medisinsk etikk [Internett]. Store medisinske leksikon. 2016 [sitert 23. mai 2017]. Henta frå: https://sml.snl.no/medisinsk_etikk
10. Varon J, Marik PE. Cardiopulmonary Resuscitation in Patients With Cancer. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2007;24(3):224–9.
11. Chan PS, Nallamothu BK, Krumholz HM, Spertus JA, Li Y, Hammill BG, mfl. Long-Term Outcomes in Elderly Survivors of In-Hospital Cardiac Arrest. N Engl J Med. 2013;368(11):1019–26.
12. Lannon R, O’Keeffe S. Cardiopulmonary resuscitation in older people – a review. Clinical Gerontology. 2010;20:20–9.

13. Ebell MH, Afonso AM. Pre-arrest predictors of failure to survive after in-hospital cardiopulmonary resuscitation : a meta-analysis. *Fam Pract.* 2011;28:505–15.
14. Kjørstad OJ, Haugen DF. Hjarte-lunge-redning til kreftpasientar i palliativ fase. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2013;133:417–21.
15. Reisfield GM, Wallace SK, Munsell MF, Webb FJ, Alvarez ER, Wilson GR. Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation: A meta-analysis. *Resuscitation.* 2006;71(2):152–60.
16. Herlitz J, Bång A, Gunnarsson J, Engdahl J, Karlson BW, Lindqvist J, mfl. Factors associated with survival to hospital discharge among patients hospitalised alive after out of hospital cardiac arrest: change in outcome over 20 years in the community of Goteborg, Sweden. *Heart.* 2003;89(1):25–30.
17. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: Incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med.* 2007;33(2):237–45.
18. Søholm H, Hassager C, Lippert F, Winther-Jensen M, Thomsen JH, Friberg H, mfl. Factors Associated with Successful Resuscitation after Out-of-Hospital Cardiac Arrest and Temporal Trends in Survival and Comorbidity. *Annals of emergency medicine.* 2015;65(5):523–31.
19. Stiell IG, Wells GA, Field B, Spaite DW, Nesbitt LP, Maio VJ De, mfl. Advanced Cardiac Life Support in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *N Engl J Med.* 2004;351:647–56.
20. Cooper S, Janghorbani M, Cooper G. A decade of in-hospital resuscitation: Outcomes and prediction of survival? *Resuscitation.* 2006;68(2):231–7.
21. Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Böttiger BW, Herlitz J, mfl. EuReCa ONE—27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation.* 2016;105:188–95.
22. Holler NG, Mantoni T, Nielsen SL, Lippert F, Rasmussen LS. Long-term survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation.* 2007;75(1):23–8.
23. Adams DH, Snedden DP. How misconceptions among elderly patients regarding survival outcomes of inpatient cardiopulmonary resuscitation affect do-not-resuscitate orders. *JAOA.* 2006;106(7):402–4.

24. Sundar S, Do J, O’Cathail M. Misconceptions about «do-not-resuscitate (DNR)» orders in the era of social media. *Resuscitation*. 2015;86:e3.
25. Wachelder EM, Moulaert VRMP, van Heugten C, Verbunt JA, Bekkers SCAM, Wade DT. Life after survival: Long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2009;80(5):517–22.
26. Ebell MH, Afonso AM, Geocadin RG. Prediction of Survival to Discharge Following Cardiopulmonary Resuscitation Using Classification and Regression Trees. *Soc Crit Care Med*. 2013;41(12):2688–97.
27. Mjåset C, Guldbrandsen P, Rønning OM, Thommessen B. Før og etter HLR minus-vedtak i en slagenhet. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2008;128(24):2819–22.
28. Aune S, Herlitz J, Bång A. Characteristics of patients who die in hospital with no attempt at resuscitation. *Resuscitation*. 2005;65(3):291–9.
29. Fritz Z, Heywood RM, Moffat SC, Bradshaw LE, Fuld JP. Characteristics and outcome of patients with DNACPR orders in an acute hospital; An observational study. *Resuscitation*. 2014;85(1):104–8.
30. Delden JJM van, Löfmark R, Deliens L, Bosshard G, Norup M, Cecioni R, mfl. Do-not-resuscitate decisions in six European countries*. *Soc Crit Care Med*. 2006;34(6):1686–90.
31. Heide A Van Der, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, mfl. End-of-life decision-making in six European countries : descriptive study. *Lancet*. 2003;361:345–50.
32. Næss M. «Do-Not-Attempt-Resuscitation»-orders in ICCUs: a survey of attitudes and experiences of nurses in Norway. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25(3):140–6.
33. Berg OT, Tvedt KA. Storbritannias politiske system [Internett]. Store norske leksikon. 2016 [sitert 24. mai 2017]. Henta frå: https://snl.no/Storbritannias_politiske_system
34. Fritz Z, Cork N, Dodd A, Malyon A. DNACPR decisions : challenging and changing practice in the wake of the Tracey judgment. *Clinical Medicine*. 2014;14(6):571–6.
35. Mockford C, Fritz Z, George R, Court R, Grove A, Clarke B, mfl. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: A systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation. *Resuscitation*. 2015;88:99–113.

36. Ewings R. Limitations of care and do not resuscitate orders: A patient's/relative's perspective. *Resuscitation*. 2016;98:A5–6.
37. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2014;28(8):1000–25.
38. Fritz Z, Fuld J, Haydock S, Palmer C. Interpretation and intent: A study of the (mis)understanding of DNAR orders in a teaching hospital. *Resuscitation*. 2010;81(9):1138–41.
39. Mullick A, Martin J, Sallnow L. An introduction to advance care planning in practice. *Br Med J*. 2013;347:f6064.
40. Gjerberg E, Førde R, Pedersen R, Bollig G. Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social science & medicine*. 2010;71(4):677–84.
41. Gjerberg E, Lillemoen L, Førde R, Pedersen R. End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes - experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatrics*. 2015;15(103).
42. Gjerberg E, Bjørndal A. Hva er en god død i sykehjem. *Forskning [Internett]*. 2007 [sitert 3. mai 2017];2:174–80. Henta frå: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2377584/Gjerberg_2007_Hva.pdf?sequence=1&isAllowed=y
43. Flaatten H. Leger med grenser. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013;133(4):382.
44. Gjerberg E, Lillemoen L, Weaver K, Pedersen R. Forberedende samtaler i norske sykehjem. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2017;137:447–50.
45. Friis P, Førde R. Forhåndssamtaler med geriatriske pasienter. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2015;135:233–5.
46. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *Br Med J*. 2010;340:c1345.
47. Helsetilsynet. Forhåndsvurdering ved unnløtelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse. 2002;
48. Pedersen R, Bahus MK, Kvisle EM. Behandlingsunnløtelse, etikk og jus. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2007;127(12):1648–50.
49. Steen PA, Dye J, Mjåland O. Vedtak om å unnløte eventuell hjerte-lunge-

- redning i en norsk kirurgisk avdeling. Tidsskr Nor Legeforen. 2003;22(123):3201–2.
50. Markestad T. HLR minus og behandlingsunntatelse. Tidsskr Nor Legeforen. 2003;123:3179.
 51. Bruce-Jones P, Roberts H, Bowker L, Cooney V. Resuscitating the elderly: what do the patients want? J Med Ethics. 1996;22:154–9.
 52. Folkehelseinstituttet. Sjekkliste : Planlegging av lokale kvantitative brukerundersøkelser. 2014;1–9. Henta frå: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-lokale-brukerundersokelser>
 53. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits [Internett]. 2008 [sitert 10. mai 2017]. Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-10-08-1130?q=ambulansesarbeider>
 54. Sprung CL, Carmel S, Sjøkvist P, Baras M, Cohen SL, Maia P, mfl. Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: The ETHICATT study. Intensive Care Med. 2007;33(1):104–10.
 55. Carmel S. Life-sustaining treatments: What doctors do, what they want for themselves and what elderly persons want. Social science & medicine. 1999;49:1401–8.
 56. El-Jawahri A, Podgurski LM, Eichler AF, Plotkin SR, Temel JS, Mitchell SL, mfl. Use of Video to Facilitate End-of-Life Discussions With Patients With Cancer: A Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2009;28:305–10.
 57. Sævareid Trygve Johannes Lerein; Lillemoen Lillian; Nortvedt Per. Å skynde seg langsomt, en konsekvens av plikt? Dagens Med [Internett]. 2016;1–5. Henta frå: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/10/02/a-skynde-seg-langsomt--en-konsekvens-av-plikt/>
 58. Ågård A, Herlitz J, Castrén M, Jonsson L, Sandman L. Guidance for ambulance personnel on decisions and situations related to out-of-hospital CPR. Resuscitation. 2012;83(1):27–31.
 59. Lamantia MA, Scheunemann LP, Viera AJ, Busby-Whitehead J, Hanson LC. Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: A systematic review. JAGS . 2010;58(4):777–82.

Vedlegg

Vedlegg 1, Godkjenning av REK



REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	May Britt Rossvoll	77620757	22.01.2016	2015/2487/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			08.12.2015	

Mads Gilbert
Klinikk for akuttmedisin

2015/2487 «HLR-minus»-omgrepet som klinisk praksis og etisk problem i eit akuttmedisinsk system

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 07.01.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Institutt for klinisk medisin
Prosjektleder: Mads Gilbert

Prosjektleders prosjekttale

Praktisk akuttmedisin er som medisinen i det heile eit fagfelt fullt av etiske val og vanskar. Eit av desse er vurderinga av det å forstå hjarte-lungeredning (HLR) ved til dømes livlausheit og hjartestans. Spørsmål som når ein skal starte HLR, når ein skal stoppe HLR, kven som har nytte av HLR, kva behandlingverdien er og kva ein eventuelt gjenopplivar den livlause til, vert stadig meir påtrengande i takt med framveksta av nye metodar og ny kunnskap om gjenoppliving (1). Grenser flyttast og det er vanskeleg å svare på mange av dei vala vi tek både frå medisinske og etiske ståadar. Lokalt, nasjonalt og globalt er det stort behov for meir kunnskap om desse problemstillingane (2, 3) og det kan verke som klinisk praksis ofte er tufta på tilfeldige val og ikkje ein gjennomdrøfta slutnad der pasienten sitt beste er det grunnleggande. Eg ynskjer med dette å forsøke å finne nokre svar som kan bidra til å kartlegge noverande praksis og etiske problem knytta til å starte, forstå frå å starte og avslutte gjenoppliving.

Vurdering

Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på menneske, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Mastergradsprosjektets formål er å kartlegge holdninger til begrepet «HLR-minus» blant helsepersonell og helsefagstudenter. Man vil forsøke å finne svar som kan bidra til å kartlegge nåværende praksis og etiske problem knyttet til å starte, avstå fra å starte og avslutte gjenoppliving.

Det forutsettes at helsepersonell skal overholde sin lovpålagte taushetsplikt ved datainnsamlingen.

REK vurderer at prosjektet ikke vil gi ny kunnskap om sykdom og helse. Prosjektet skal ikke vurderes etter helseforskningsloven.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggelsespliktig, jf. hfl § 2.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Kopi til: knut.fredriksen@uit.no

Vedlegg 2, Prosjektskildring

Prosjektskildring for masteroppgåve i medisin for stud.med. Erlend Oksavik

«HLR-minus»-omgrepet som klinisk praksis og etisk problem i eit akuttmedisinsk system

Ei tverrsnittundersøking av helsepersonell sine haldningar til, og praktisk bruk av, «HLR-minus»-omgrepet både i og utanfor sjukehus i UNN-Tromsø sitt område.

Bakgrunn

Praktisk akuttmedisin er som medisinen i det heile eit fagfelt fult av etiske val og vanskar. Eit av desse er vurderinga av det å forstå hjarte-lungeredning (HLR) ved til dømes livlausheit og hjartestans. Spørsmål som når ein skal starte HLR, når ein skal stoppe HLR, kven som har nytte av HLR, kva behandlingsverdien er og kva ein eventuelt gjenopplivar den livause til, vert stadig meir påtrengande i takt med framveksta av nye metodar og ny kunnskap om gjenoppliving (1). Grenser flyttast og det er vanskeleg å svare på mange av dei vala vi tek både frå medisinske og etiske ståadar. Lokalt, nasjonalt og globalt er det stort behov for meir kunnskap om desse problemstillingane (2, 3) og det kan verke som klinisk praksis ofte er tufta på tilfeldige val og ikkje ein gjennomdrøfta slutnad der pasienten sitt beste er det grunnleggande. Eg ynskjer med dette å forsøke å finne nokre svar som kan bidra til å kartleggje noverande praksis og etiske problem knytta til å starte, forstå frå å starte og avslutte gjenoppliving.

Formål

Formålet med studien er å kartlegge haldningar til omgrepet «HLR-minus» blant helsefagstudentar og helsepersonell. Eg vil forsøke å trekke linjer mellom desse og sjå om det er samheng mellom kva dei ulike gruppene tenkjer kring problemstillinga. Samstundes ynskjer eg å sjå på den praktiske bruken av «HLR-minus» som ein medisinsk reiskap og klinisk praksis i, og utafør, sjukehus i vårt geografiske område. Er denne praksis samsvarande med dei retningslinjene som er givne og dei haldningane helsepersonell sjølve har (4, 5)?

Materiale og metode

Eg ynskjer å gjennomføre ei skjema-basert spørjeundersøking der tre grupper er inkludert: *Helsefagstudentar, prehospitalt helsepersonell* (sjukeheimspersonell, ambulansarbeidarar, legevaktslegar) og *intrahospitalt helsepersonell* (legar og sjukepleiarar i akuttmottak, intensiv-, kreft- og geriatrik avdeling, samt deltakarar i hjartesteam). Eg vil nytte spørjeskjema for samling av data, mest truleg med ei nettbasert spørjeteneste (QuestBack®). Spørjeskjema vert sendt ut april/ mai 2016, data samla inn fortløpande og bearbeiding av data vil førekome langsgåande i skuleåret 16/17. For statistisk analyse vil eg nytte SPSS. Ved behov vil eg nytte regresjonsanalyse for å samanlikne ulike variablar som funksjon av kvarandre.

Formelle godkjenningar

Vegleiarkontrakt ligg vedlagt. Søknad til REK vert sendt til neste søknadsfrist 8/12-15.

Referansar

1. Bossaert, L., et al. "European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015 section 11 the ethics of resuscitation and end-of-life decisions." *Resuscitation* 95 (2015): 301-10.
2. Mockford, Carole, et al. "Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: a systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation." *Resuscitation* 88 (2015): 99-113.
3. Fritz, Zoë B. McC, et al. "Characteristics and outcome of patients with DNACPR orders in an acute hospital; an observational study." *Resuscitation* 85.1 (2014): 104-108.
4. Nasjonal veileder om beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Oslo: *Helsedirektoratet*, (2009).
5. Retningslinjer for å avstå fra hjerte-lunge-redning (HLR minus). *UiO: Institutt for helse og samfunn* (2010).

Vedlegg 3, Spørjeskjema



Spørjeskjema om «HLR-minus»

Ved hjartestans er helsepersonell pliktig til å starte hjarte- lungeredning (HLR) uavhengig av pasienten sitt ynskje. Unntaket er om pasienten er døyande og har status «HLR-minus». «HLR-minus»-omgrepet omfattar altså at ein ikkje skal starte HLR ved livlausheit.

Ved denne studien ynskjer vi å kartlegge haldningar til, og praktisk bruk av, «HLR-minus»-omgrepet blant helsepersonell i, og utanfor, sjukehus i UNN-Tromsø sitt område. Vi er interessert i dine tankar og meiningar kring dei problemstillingane det blir spurt om, og vert veldig takksame om du tek deg tid til å hjelpe oss med dette! For å sikre at vi berre får eit svar frå kvar person må du oppgi di e-postadresse, men denne er ikkje sporbar og undersøkinga er anonym. For meir info, kontakt Erlend Oksavik (476 60 092, boksavik@gmail.com)

1) Meiner du «HLR-minus»-tema vert diskutert med pasientar:

- Ofte nok
- Med for få pasientar
- Med for mange pasientar
- Veit ikkje/ ikkje relevant

2) I kor stor grad bør fylgjande grupper vere med å avgjere «HLR-minus»-status hjå den einskilde pasient?

	Ingen grad	Liten grad	Stor grad	Særs stor grad
Legar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjukepleiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasientar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambulansepersonell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familie/ pårørande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3) I kor stor grad bør fylgjande faktorar vektleggast når ein skal avgjere om ein pasient skal få «HLR-minus»-status?

	Ingen grad	Liten grad	Stor grad	Særs stor grad
Alder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjukehistorie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prognose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysisk funksjonsnivå	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mentalt funksjonsnivå	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasienten si meining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legen si meining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjukepleiaren si meining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pårørande si meining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre faktorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4) I kor stor grad kjenner du deg trygg på eigne, praktiske HLR-ferdigheiter?

- Ingen grad
 - Liten grad
 - Stor grad
 - Særs stor grad
-

5) Når øva du sist på HLR?

- Innan siste månad
 - Innan siste år
 - Innan siste to år
 - Det er meir enn to år sidan
-

Ole Martinsen er 83 år, oppegåande og har fast sjukeheimplass. Du kjenner godt til sjukehistorien hans: Alvorleg KOLS, hjartsvikt og det siste året har han hatt to alvorlege episodar med lungeødem. Frå tidlegare har han hatt hjarteinfarkt i 2011. Medikamentlista er lang. Det er ikkje kjent om Ole er vurdert for «HLR-minus».

6) Ole fell brått livlaus om og du er fyrste helsepersonell som kjem til. Kva gjer du? (Du kan krysse av for fleire svar)

- Tilkallar anna personell
 - Startar HLR
 - Avstår frå tiltak
 - Veit ikkje
 - Ringer 113 eller utløyser lokal stansalarm
-

7) Dersom du startar HLR; kor lenge vil du halde på?

8) Dersom du ikkje startar; kva er bakgrunnen for valget?

9) Om Ole er ein nær slektning av deg, vil det endre synspunktet ditt?

- Ingen grad
- Liten grad
- Stor grad
- Særs stor grad

10) Dersom HLR er starta på ein pasient der du er til stades; føler du deg i stand til å kunne avgjere når ein eventuelt skal stoppe gjenopplivinga?

- Ingen grad
- Liten grad
- Stor grad
- Særs stor grad

11) Dersom du har pasientansvar; i kor stor grad sikrar du deg at «HLR-minus» er drøfta og bestemt mellom lege og pasient (evt. familie)?

- Ingen grad
- Liten grad
- Stor grad
- Særs stor grad
- Ikkje relevant for meg

12) Dersom du brukar å vere med i vurdering av «HLR-minus»; i kor mange tilfelle endar det med at pasienten får status som «HLR-minus»?

	10- 20%	20- 40%	40- 60%	60- 80%	80- 100%	Ikkje relevant for meg
Svar som eit anslag i prosent:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Med pasientansvar meiner vi alle typar pasientansvar du som helsepersonell har.

13) Dersom du har pasientansvar; korleis er rutineane på arbeidsplassen din for å informere dei tilsette om kva for pasientar som har «HLR-minus»-status? (Du kan krysse av for fleire svar)

- Det vert tydeleg merka på felles oppslagstavle på personalromet
- Det står tydeleg i pasientjournalen
- Det blir dokumentert i elektronisk pasientjournal
- Pasienten er merka tydeleg med armband eller liknande
- Det vert kommunisert mellom sjukepleiar og lege ved kvart vaktskifte
- Det er berre legane som har oppdatert oversikt
- Vi får/ gir skriftleg beskjed når vi mottek/ leverar pasienten
- Vi får/ gir munnleg beskjed når vi mottek/ leverar pasienten
- Ikkje relevant for meg
- Vi har andre rutiner på min arbeidsplass

14) Dersom du svarte ovanfor at de har andre rutiner på din arbeidsplass; kva rutiner har de?

15) Føler du at det er tilstrekkelege rutinar for å informere dei tilsette om kva for pasientar som har «HLR-minus»-status?

- Ingen grad
 - Liten grad
 - Stor grad
 - Særs stor grad
 - Ikkje relevant for meg
-

16) Føler du at det er tilstrekkelege rutinar for å informere dei pårørande om at pasienten har «HLR-minus»-status?

- Ingen grad
 - Liten grad
 - Stor grad
 - Særs stor grad
 - Ikkje relevant for meg
-

17) Kor ofte vert det vurdert om ein skal fjerne eller oppretthalde statusen på ein «HLR-minus»-pasient? (Du kan krysse av for fleire svar)

- Dagleg
 - Vekentleg
 - Månadleg
 - Årleg
 - Ved overflytting/ utskrivning
 - Ikkje relevant for meg
-

18) Kva er din arbeidsstad og/eller funksjon?

- Akuttmottaket/ obs.post
- Ambulansetenesta
- AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral)
- Anestesiavdeling
- Geriatrisk avdeling
- Helsefagsstudent
- Hjartemedisinsk/ hjartekirurgisk avdeling
- Hjartestansteam
- Intensivavdeling
- Kreftavdeling
- Legevakt
- Luftambulansetenesta
- Sjukeheim

19) Kva er din stillingstittel og/ eller funksjon?

- Ambulansepersonell (og redningsmenn)
 - Lege
 - Sjukepleiar
 - Student
 - Vikar
 - Anna
-

20) Kva er ditt kjønn?

- Mann
 - Kvinne
-

21) Kva er din alder?

- Yngre enn 25 år
 - 25 - 40 år
 - 41 - 55 år
 - Eldre enn 55 år
-

22) Har du ei religiøs overtyding?

- Ja
 - Nei
-

23) Vert dine tankar om «HLR-minus» påverka av di religiøse overtyding?

- Ingen grad
 - Liten grad
 - Stor grad
 - Særs stor grad
 - Ikkje relevant for meg
-

24) Om du tenkjer på ditt eige liv: Dersom du som gamal vert alvorleg sjuk og innlagt på sjukehus, i kor stor grad vil det vere aktuelt for deg å få status som «HLR-minus»?

- Ingen grad
 - Liten grad
 - Stor grad
 - Særs stor grad
-

25) Har du andre tankar om korleis «HLR-minus» fungerer - eller ikkje fungerer - som eit medisinsk og etisk verkty i din arbeidskvardag?

Artikkelanalysar

Referanse:		GRADE	
Gjerberg E, Lillemoen L, Weaver K, Pedersen R. Forberedende samtaler i norske sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen. 2017;137:447–50.		Dokumentasjonsnivå	I Ib
		Anbefaling	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Kartlegge forekomsten av og gjennomføringen av forberedende samtaler i samtlige norske sykehjem.</p> <p>Konklusjon</p> <p>I stadig flere sykehjem gjennomføres en form for forberedende samtale, men tidspunkt, innhold i samtaler og hvem som deltar varierer. Pasienten deltar sjelden i slike samtaler. Det er behov for kompetanseoppbygging og nasjonale retningslinjer.</p> <p>Land</p> <p>Norge</p> <p>År datainnsamling</p> <p>2014</p>	<p>Design: Spørreskjema, 19 spørsmål, 2 purringer</p> <p>Populasjon: N=486</p> <p>Inklusjon: Alle norske sykehjem med langtidsavdelinger (N=848). Stilet til institusjonssjef/enhetsleder.</p> <p>Eksklusjon: Sykehjem uten langtidsavdeling</p> <p>Statistiske metoder: Bivariate analyser med kjikvadrattest. SPSS v. 22.</p> <p>Godkjenning: Ikke meldepliktig til NSD (Norsk senter for forskningsdata) eller REK (Regional etisk komité)</p>	<p>Respons: 57,3% (N=486/848), alle fylker representert.</p> <p>Forekomst: 20% praktiserte forberedende samtaler «alltid», 44% «som oftest», 28% «av og til» og 7% «sjelden/ aldri». 93% hadde innkomst-samtale med pasient og/eller pårørende.</p> <p>Innhold: Et stort flertall tar opp spørsmål om henholdsvis sykehusinnleggelse, smertelindring og hjerte-lunge-redning (HLR). Litt under halvparten (47 %) svarte at også «andre spørsmål knyttet til livets slutfase og døden» tas opp.</p> <p>Deltakere: Som oftest pårørende og sykehjemslege deltar, sjeldnere pasient. Ofte pasientdeltakelse ved høyere legedekning ($p < 0,001$). <30% gjennomfører samtaler flere ganger, som del av en prosess.</p> <p>Retningslinjer: Sykehjem med retningslinjer praktiserer i større grad alltid samtaler ($p < 0,05$), og har oftere samtaler flere ganger ($p < 0,005$).</p> <p>Dokumentasjon: 96% journalfører «som oftest» pasientens ønsker.</p>	<p>Kontrollkriterier</p> <p>Var populasjonen utvalget er hentet i fra klart definert? Ja</p> <p>Var utvalget representativt? Ikke relevant</p> <p>Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? Nei</p> <p>Er svarprosenten høy nok? Nei, <60-70%</p> <p>Var datainnsamlingen standardisert? Ja</p> <p>Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene? Ja</p> <p>Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? Ja</p> <p>Diskusjon av forfatterene</p> <p>Store variasjoner i praksis. Mangel på nasjonale anbefalinger, ulik tolkning av begrepet «forberedende samtaler» og ulik forståelse av når samtale er riktig for pasienten.</p> <p>Sykehjemspasienter deltar unntaksvis i samtaler. Blir da pasientens rett til medbestemmelse ivaretatt? Kjenner pårørende pasientens ønsker og preferanser? Stor variasjon i legedekning.</p> <p>Svakheter: Svarprosent. Spørreskjema var stilet til ledelsen uten daglig pasientkontakt.</p>

Referanse:		GRADE	
El-Jawahri A, Podgurski LM, Eichler AF, Plotkin SR, Temel JS, Mitchell SL, mfl. Use of Video to Facilitate End-of-Life Discussions With Patients With Cancer: A Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2009;28:305–10.		Dokumentasjonsnivå	Ib
		Anbefaling	
Formål	Material og metode	Resultat	Diskusjon
To determine whether the use of a goals-of-care video to supplement a verbal description can improve end-of-life decision making for patients with cancer.	<p>Design: Randomised control trial (RCT)</p> <p>Population: Massachusetts General Hospital, N=50</p> <p>Inclusion: Diagnosis of malignant glioma, ability to communicate in English, provide informed consent, MMSE-score \geq 24.</p> <p>Exclusion: All other cancer types</p> <p>Outcome: Postintervention preference for care category, pre-/ and postintervention preference for CPR</p> <p>Confunding factors: Baseline differences between the two groups (higher mean age, higher percentage of males, lower percentage of married), research staff was not blinded in the randomization</p> <p>Statistical methods: Exact χ^2 test, McNemar test, two-sample t-test.</p>	<p>Response: 73 patients were approached. 14 declined participation, 9 were ineligible due to mismatch with inclusion criteria.</p> <p>Verbal group: N= 27. Post intervention preferred 7 life-prolonging care (25.9%), 14 basic medical care (51.9%), and 6 comfort care (22.2%; 95% CI, 8.6% to 42.3%). At baseline, 8 indicated a willingness to undergo CPR (29.6%; 95% CI, 13.8% to 50.2%), 14 declined (51.9%), and 5 were uncertain (18.5%). Post intervention, 11 expressed a willingness to undergo CPR (40.7%; 95% CI, 22.4% to 61.2%) while 16 declined (59.3%; P=0.15)</p> <p>Video group: N=23. Post intervention preferred none life-prolonging care, 1 basic medical care (4.4%), 21 comfort care (91.3%; 95% CI, 72.0% to 98.9%), and one was uncertain of his preferences (4.4%; P=0.0001)</p> <p>At baseline, 8 indicated a willingness to undergo CPR (34.8%; 95% CI, 16.4%–57.3%), 11 declined (47.8%), and 4 were uncertain (17.4%). Post intervention, 2 two expressed a willingness to undergo CPR (8.7%; 95% CI, 1.1% to 28.0%), and 21 declined CPR (91.3%; P=0.04).</p> <p>Comparison: Postintervention distribution of CPR preferences was significantly different between the two groups (P=.02).</p>	<p>Kontrollkriterier</p> <p>Er fomålet med studien klart formulert? Ja</p> <p>Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet? Ja</p> <p>Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre? Ja</p> <p>Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres? Ja</p> <p>Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet? Nei</p> <p>Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien? Ja</p> <p>Discussion by the authors</p> <p>When faced with the possibility of their cancer progressing, participants with malignant glioma who viewed a video of the various goals-of-care options in addition to listening to a verbal description were more likely to prefer comfort measures and avoid CPR, were more knowledgeable regarding the subject matter, and were more certain of their decision when compared to patients only hearing a verbal narrative</p> <p>Limitations: Research staff was not blinded, small study group who were primarily white and well-educated, baseline differences between the groups, repetition of the verbal narrative in the video, possible emotional response to the video.</p>
Konklusjon	Compared with participants who only heard a verbal description, participants who viewed a goals-of-care video were more likely to prefer comfort care and avoid CPR, and were more certain of their end-of-life decision making. Participants reported feeling comfortable watching the video.		
Land	USA		
År datainnsamling	2008-2009		

Referanse:		GRADE	
Sprung CL, Carmel S, Sjøkvist P, Baras M, Cohen SL, Maia P, mfl. Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: The ETHICATT study. <i>Intens Care Med.</i> 2007;33(1):104–10.		Dokumentasjonsnivå	I b
		Anbefaling	
Formål	Material og metode	Resultat	Diskusjon
To evaluate attitudes of Europeans regarding end-of-life decisions.	<p>Design: Questionnaire</p> <p>Population: N=1899, from 142 hospitals.</p> <p>Inclusion: Physicians and nurses working in the ICU. Patients hospitalized in the ICU > 3 days, within the last 12 months, who had improved. Close family members who were present in the ICU during the hospitalization.</p> <p>Exclusion: Not able to complete the questionnaire or age < 18 years</p> <p>Outcome: Value vs. quality of life and the desire to go into ICU if diagnosed with a terminal illness.</p> <p>Confounding factors: Possibility of recall bias</p> <p>Statistical methods: χ^2 and Fisher's exact test and multiple logistic regression</p> <p>Approvals: Ethics Committee approval included informed consent from respondents or a waiver of informed consent</p>	<p>Response: 43% (N=1899/4389). Physicians: 59% (N=528/895), nurses: 54% (N=629/1160), patients: 22% (N=330/1476) families: 48% (N=412/858).</p> <p>Other: Physicians and nurses found quality of life more important in their end-of-life decisions for themselves than patients and families ($p < 0.01$).</p> <p>When asked how to be treated if diagnosed with a terminal illness, physicians and nurses wanted fewer ICU admissions, uses of CPR, and ventilators and slightly fewer instances of active euthanasia for pain than patients and families ($p < 0.001$) for each.</p> <p>If suffering from severe dementia, even fewer respondents [271 (17%)] wanted life-saving treatments than for a terminal illness or permanent unconsciousness: 9 physicians (2%), 34 nurses (6%), 106 patients (33%), and 122 families (30%, $p < 0.001$).</p> <p>The majority of respondents want life-saving treatment in an ICU if it would prolong life with a good quality of life for 12 months [1,648 (93%)], 6 months [1,505 (87%)], or 3 months [1,267 (74%)] but not 1 month [845 (49%)] or 1 week [579 (34%)].</p>	<p>Kontrollkriterier</p> <p>Var populasjonen utvalet er henta i frå klart definert? Ja</p> <p>Var utvalet representativt? Ja</p> <p>Er det reiegiort for om respondentane skiljer seg frå dei som ikkje har respondert? Ja</p> <p>Er svarprosenten høg nok? Nei, <60-70%</p> <p>Var datainnsamlinga standardisert? Uklart</p> <p>Er objektive kriterier nytta for vurdering av utfallsmåla? Ja</p> <p>Har ein i dataanalysa nytta adekvate metodar? Ja</p> <p>Discussion by the authors</p> <p>The study demonstrates that physicians and nurses believed that for themselves quality of life is more important, whereas patients and families believed value of life was more important. For aggressive treatments (ICU, CPR, and ventilation) physicians and nurses wanted fewer treatments than patients and families if they had a terminal illness. Impaired cognitive functioning is more frightening than a terminal disease</p> <p>Strengths: Uniform questionnaire</p> <p>Limitations: Attitudes rather than actual behaviour were evaluated, relatively low response, exclusion of those who did not fit with the criteria, possibility of recall bias, no given definition of quality and value of life.</p>
Konklusjon			
Quality of life was more important for physicians and nurses than patients and families. More medical professionals want fewer ICU treatments and prefer being home or in a hospice for a terminal illness than patients and families.			
Land			
Czech Republic, The Netherlands, Israel, Portugal, Sweden, and the United Kingdom			
År datainnsamling			
Ikkje oppgitt			

Referanse: Søholm H, Hassager C, Lippert F, Winther-Jensen M, Thomsen JH, Friberg H, mfl. Factors Associated with Successful Resuscitation after Out-of-Hospital Cardiac Arrest and Temporal Trends in Survival and Comorbidity. <i>Annals of emergency medicine</i> . 2015;65(5):523–31.		GRADE	
		Dokumentasjonsnivå	III
		Anbefaling	
Formål	Material og metode	Resultat	Diskusjon
To identify what temporal trends and influencing factors existed for out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) in one region.	Design: Retrospective analysis Population: N=2527 Inclusion: Patients with all-cause OHCA in the Copenhagen area, where resuscitation was attempted and with dispatch of emergency medical services (EMS). Exclusion: Patients < 18 years, with obvious signs of irreversible death and non-Danish residents. Outcome: Successful resuscitation defined as admission to the hospital. Survival to hospital discharge. Confounding factors: Selection bias Statistical methods: x ² test, multiple logistic regression analyses and Mantel-Haenszel x ² test. Approvals: Regional ethics committee and the Danish Data Protection Agency.	Study group: Of 3699 OHCA, 2527 patients were attempted resuscitated (68%). Figure shows outcome: <pre> graph TD A[Successful resuscitation n = 923 (37%)] --> B[Survivors to discharge n = 393 (43%)] C[Ongoing CPR at hospital arrival n = 91 (4%)] --> D[Survivors to discharge n = 20 (22%)] E[Unsuccessful resuscitation n = 1,513 (60%)] </pre> Associated factors for successful resuscitation: Shockable primary rhythm (OR=3.93; 95% CI 3.10-4.98), bystander-witnessed arrest (OR=3.51; 95% CI 2.69-4.56), OHCA in public (OR=2.12; 95% CI 1.63-2.76), and EMS-witnessed arrest (OR=2.03; 95% CI 1.28-3.20). Discharged alive: A total of 413 patients (16%) were discharged alive, and they were primarily men (79% vs 65%), with public arrest (49% vs 29%), a shockable primary rhythm in 75% vs 37% of cases and the comorbidity burden was low, with 55% vs 41% of patients with no comorbidity. 91% of patients (n=374) were discharged home as final destination, and 7% (n=27) were discharged to a nursing home. OHCA-trend: Number of OHCA patients with bystander CPR performed, shockable rhythm, and cardiac arrest in a public space was found to increase significantly during the study period (P<.001, P=.03, and P=.049, respectively). Witnessed arrests showed a non-significantly increase (P=.06). Patients with successful resuscitation increased by 3.2% (95% CI 1.8% to 4.5%; P<.001), and the survival to hospital discharge increased by 1.6% (0.5% to 2.7%; P=.003) each year during the study period. No change in mean age, sex distribution, or time to EMS was found.	Kontrollkriterier Var populasjonen utvalet er representativt i frå klart definert? Ja Var utvalet representativt? Ja Var datainnsamlinga standardisert? Ja Er objektive kriterier nytta for vurdering av utfallsmåla? Ja Har ein i dataanalysa nytta adekvate metodar? Ja Discussion by the authors Bystander CPR was observed in about 50% of OHCA patients. OHCA in public, shockable rhythm and bystander- or EMS-witnessed arrest, and are important factors associated with outcome, whereas comorbidity, employment status, and sex should not be used in the decision about whether to continue or to terminate active therapy. Limitations: Retrospective design. No data on duration of CPR attempts, CPR quality or defibrillator use. Differences in EMS system.
Konklusjon			
The strongest independent factors associated with successful resuscitation were shockable rhythm, witnessed or public arrest, bystander CPR, shorter time to arrival of the EMS, cardiac cause, and lower age. Despite increased illness burden, this short term outcome from cardiac arrest improved as care system efforts matured.			
Land			
Denmark			
År datainnsamling			
2007-2011			

Referanse:		GRADE	
Fritz Z, Heywood RM, Moffat SC, Bradshaw LE, Fuld JP. Characteristics and outcome of patients with DNACPR orders in an acute hospital; An observational study. Resuscitation. 2014;85(1):104–8		Dokumentasjonsnivå	III
		Anbefaling	
Formål	Materiale og metode	Resultat	Diskusjon
To establish the characteristics and outcomes of patients with Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR) orders; to assess whether particular patient characteristics are associated with discussing resuscitation orders with patients.	<p>Design: Retrospective case note analysis</p> <p>Population: N=541, at an acute hospital</p> <p>Inclusion: All patients who had died or received DNACPR order in a one-year period.</p> <p>Exclusion: None</p> <p>Outcome: To compare demographic and in-hospital information for 1) patients with DNACPR orders, 2) patients who died in hospital and, 3) patients discharged with DNACPR orders who had survived or died one year post-discharge.</p> <p>Confunding factors: mization</p> <p>Statistical methods: Uni- and multivariate logistic regression analysis.</p>	<p>Study group: 541 DNACPR orders were returned from 11272 non-elective admission. 270 ended with the death of the patient, (49.9%) while 271 ended with the patient being discharged (50.1%).</p> <p>Characteristics: Among 127 patients who died and 118 who were discharged with DNACPR orders, there were similarity in terms of age and gender. Patients who died were more likely to have a higher MEWS score on admission. Patients who were discharged were more likely to have a higher Charlson Co-morbidity score (OR for each point 0.87, CI 0.78, 0.97, p=0.01).</p> <p>Discussions: Out of 264 DNACPR orders analysed, 132 (50%) were discussed with the patient or relative: 50.7% in the group that died, and 49.2% in the group that were discharged (adjusted OR 0.97, CI 0.59, 1.60, p=0.91). There were no characteristics which were strongly associated with discussions occurring.</p> <p>Documentation: Of those who died in hospital 86.2% had a DNACPR order. Of the remaining 13.8%, we expected patients to fall into 2 groups: those for whom absence of a DNACPR order was an active decision and those for whom it had not been considered.</p>	<p>Kontrollkriterier</p> <p>Var populasjonen utvalet er henta i frå klart definert? Ja</p> <p>Var utvalet representativt? Nei</p> <p>Var datainnsamlinga standardisert? Ja</p> <p>Er objektive kriterie nytta for vurdering av utfallsmåla? Ja</p> <p>Har ein i dataanalysa nytta adekvate metodar? Ja</p> <p>Discussion by the authors</p> <p>DNACPR orders are not synonymous with in-hospital death, as 49% survived to discharge, and 17% of patients were alive at one year. Only 50% of patients had documentation that their DNACPR orders were discussed. However, lack of discussion was not related to poor outcome, and discussions occurred (or did not) independent of severity of illness (as assessed by MEWS) and by number of comorbidities. Factors that increased the likelihood of a patient having a DNACPR order before death were age, and an increased length of stay. By providing DNACPR orders later in admissions, patients may undergo CPR attempts which are futile and could have been avoided.</p> <p>Strengths: Representative population.</p> <p>Limitations: Retrospective study. Unable to locate some notes (1% of the total). Data collected from a single hospital.</p>
Konklusjon	Current focus of use of DNACPR orders only on those identified as most likely to die makes inappropriate resuscitation attempt a likely occurrence.		
Land	United Kingdom		
År datainnsamling	2009		