

BPABAC-1-2023 VÅR
Bacheloroppgave
Etiske utfordringer ved begrensnng av livsforlengende behandling



**Universitetet i
Stavanger**

**Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i paramedisin
Stavanger, 26.05.23**

Kandidatnr: 9412

Antall ord: 8454

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Temaet er aktuelt fordi man prehospitalt ofte må fatte raske beslutninger med begrenset informasjon om pasient og sykdomsforløp. Eldre pasienter kan ofte ha en omfattende sykdomstilstand, der muligheten for et fullverdig liv etter gjenoppliving er minimal eller ikke eksisterende. Forskningslitteratur understøtter at dette er en gjentakende utfordring (Druwè et al, 2020).

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan etiske og juridiske dilemmaer påvirker beslutningstakingen til prehospitalt helsepersonell. Det er særlig aktuelt når det må tas avgjørelser om å starte, fortsette eller avslutte HLR på eldre med komorbiditet.

Metode: Det er benyttet litteraturstudie som metode, ved hjelp av strukturerte søk i databasene Ovid MEDLINE, Cinahl og PubMed. Det er drøftet fire forskningsartikler som omhandler temaet, men med forskjellig innfallsvinkel.

Resultat: Forskingen viser at beslutningstakingen påvirkes av flere faktorer. Disse faktorene er knyttet til blant annet prosedyrer, omstendighetene rundt stansen, prognostiske faktorer, pårørende samt samhandling og kommunikasjon innad i behandlingsteamet. Samtidig viser funn at det kreves selvtillit og erfaring for å ta de rette beslutningene i en så kompleks situasjon som det en prehospital hjertestans er.

Konklusjon: Denne studien viser at beslutningstakingen ved prehospital hjertestans på eldre påvirkes av etiske og juridiske dilemmaer. Det er først og fremst motsetninger knyttet til de etiske prinsippene autonomi, velgjørenhet og å ikke skade, som skaper dilemmaer ved prehospital HLR på eldre med komorbiditet. Alder og diagnostiske prognoser påvirker beslutningene til en viss grad. Pårørende sine ønsker og reaksjoner, samt samhandling og kommunikasjon innad i behandlingsteamet har større betydning for hvordan de etiske dilemmaene løses. Det er behov for mer forskning om temaet, og de etiske dilemmaene trenger videre oppmerksomhet.

INNHold

1.0. INTRODUKSJON	3
1.1. Begrunnelse for valg av tema	3
1.2. Studiens hensikt	3
1.3. Problemstilling og avgrensning	4
1.4. Begrepsavklaring	4
1.5. Disposisjon	4
2.0. TEORI	5
2.1. Hjertestans	5
2.2. Resuscitering	5
2.3. Lovverk	6
2.4. Etikk	7
3.0. METODEBESKRIVELSE	9
3.1. Valg av metode	9
3.2. Kvantitativ og kvalitativ metode	9
3.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.4. Søkestrategi og resultater	10
3.5. Kvalitetsvurdering	11
3.6. Forskningsetiske retningslinjer	13
4.0 RESULTAT	14
4.1. Autonomi	14
4.2. Velgjørenhet	14
4.3. Å ikke skade	15
4.4. Litteraturmatrise	17
5.0. DISKUSJON	18
5.1. Autonomiprinsippet	18
5.2. Velgjørenhets og å ikke skade prinsippet	19
5.3. Rettferdighetsprinsippet	21
5.4. Vurdering av egen anvendt forskningsmetode	21
6.0. KONKLUSJON	22
LITTERATURLISTE	23
VEDLEGG 1: Flytskjema for utvalg av artikler	26

1.0 INTRODUKSJON

Denne bacheloroppgaven belyser hvordan etiske og juridiske dilemmaer påvirker beslutningstakingen til prehospitalt helsepersonell ved hjertestans på eldre med komorbiditet. Ofte må beslutningene tas på et offentlig sted der mange har innsyn, eller i private hjem med pårørende til stede (Nordby, 2019). Ved prehospital hjertestans har helsepersonell ofte begrenset kjennskap til pasientens diagnoser og funksjonsgrad. Prehospitalt har man også begrenset tid og ressurser, og må handle ut fra det man mener er til pasientens beste på bakgrunn av tilgjengelig informasjon. Det er store beslutninger om pasientenes liv som skal tas, og det er mange hensyn og etiske aspekt å forholde seg til. Ofte finnes det ingen fasit på hva som er rett eller galt (Nordby, 2019). Etiske dilemmaer og beslutningstaking er en liten del av pensum i paramedisinutdanningen. Det vil derfor være viktig å få en større forståelse av hvordan etiske og juridiske dilemmaer påvirker beslutningstakingen ved hjertestans. Det kan gjøre prehospitalt helsepersonell bedre i stand til å håndtere slike situasjoner, og det vil også bedre pasientsikkerheten.

1.1. Begrunnelse for valg av tema

Raske fremskritt innen resusciteringsvitenskap og intensivbehandling øker mulighetene for vellykket gjenopplivning av pasienter. I den vestlige delen av verden, der befolkningsandelen av eldre med komorbiditet øker, aktualiseres spørsmålet om hvor stor nytte disse eldre pasientene har av denne behandlingen (Mentzelopoulos, et al, 2018). Forskning fra blant annet Sverige og Danmark, viser at antall eldre med hjertestans øker, og at hjertestanspasienter over 80 år, har en overlevelsesprosent etter 30 dager på mellom 2- 4%, og minker med økende alder (Libungan et.al, 2015 og Wissenberg et.al, 2015).

Samtidig som andelen eldre i befolkningen øker, øker også befolkningens bevissthet rundt egne rettigheter. Norsk lov vektlegger også pasientautonomi i større grad enn tidligere (Lexov, 2010). Mentzelopoulos et al, (2018) hevder at pasientomsorgen de siste årene har blitt mer pasientsentrert, med et økt fokus på individets interesser, rettigheter og verdier. Ved en hjertestans er ikke pasienten selv i stand til å ivareta sine interesser og rettigheter, og det blir derfor helsepersonells ansvar å beskytte pasienten, jf. Verdighetsgarantiforskriften § 3 (Verdighetsgarantien, 2011), og helsepersonelloven § 4 (1999) – krav til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Prosedyrer for å avslutte HLR har blitt implementert og vurdert av ambulansetjenester over hele verden, men det har vist seg å være vanskelig å få til en internasjonal konsensus, og å tilpasse veilederne til den kliniske virkeligheten. Prosedyrene anbefaler en varsom tilnærming til å holde tilbake eller avslutte HLR på bakgrunn av prognostiske utsikter (Anderson et al., 2018) En beslutning om å starte HLR eller ikke, krever at prehospitalt helsepersonell har et høyt refleksjonsnivå, og er ydmyke i forhold til de vanskelige spørsmålene om verdighet, liv og død som kan oppstå i disse situasjonene (Lexov, 2010).

1.2. Studiens hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan etiske og juridiske dilemmaer påvirker beslutningstakingen til prehospitalt helsepersonell. Det er særlig aktuelt når de må ta avgjørelser om å starte, fortsette eller avslutte HLR på eldre med komorbiditet.

1.3. Problemstilling og avgrensning

De utfordringene som belyses under avsnittet *Bakgrunn for valg av tema*, i tillegg til prehospitalet relevans, har gjort at jeg har kommet frem til problemstillingen under:

«*Hvordan påvirker etiske og juridiske dilemmaer beslutningstakingen ved prehospitalet HLR på eldre med komorbiditet?*»

1.4. Begrepsavklaring

Hjertestans: hjertestans betyr at hjertet plutselig slutter å pumpe blod. Noen har en hjerterytme hvor hjertet bare vibrerer, andre har et hjerte som står helt stille. Begge disse trenger hjerte- lungeredning (Norsk resuscitasjonsråd, NRR, 2023). Pasienten er bevisstløs og puster ikke normalt.

HLR: (Hjerte-lunge-redning). Ved hjertestans blir det gitt brystkompresjoner og ventilasjoner for å opprettholde tilstrekkelig sirkulasjon og ventilasjon av vitale organer (Haugen, 2019).

HLR minus: det foreligger en forhåndsbestemt vurdering om at hjerte-lunge-redning ikke skal iverksettes ved akutt hjerte- eller respirasjonsstans. Hensikten med å gjøre en slik vurdering er å forhindre en uverdig død. En slik status skal alltid føres i pasientjournalen av behandlingsansvarlig lege (Helsedirektoratet, 2013).

Resuscitering: medisinsk begrep som i hovedsak brukes for å betegne gjenopplivingsforsøk med hjerte-lunge-redning (Opdahl & Nordseth, 2018).

Komorbiditet: komorbiditet betyr samtidige sykdommer, eller forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser hos samme person (Malt & Hem, 2020).

Autonomi: autonomi betyr selvstyre. Å ta et autonomt valg betyr at man kan ta et fritt, tilregnelig valg, basert på en tilfredsstillende mengde informasjon og kunnskap, og hvor den som velger er innforstått med konsekvensene av valgene sine (Nordby, 2019).

Samtykkekompetanse: Samtykkekompetanse betyr at pasienten kan forstå relevant informasjon, og ut fra denne informasjonen uttrykke sine egne ønsker (Helsedirektoratet, 2013).

1.5. Disposisjon

Oppgaven er strukturert i henhold til IMRAD-struktur (Grønseth & Jerpseth, 2019). Etter introduksjonen vil teorikapitlet presentere relevant teori for min problemstilling. Metod delen beskriver hvordan jeg har gjennomført litteraturstudien, herunder søkestrategi, kritisk vurdering av artiklene, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier. Resultatene fra de inkluderte artiklene vil bli presentert tematisk. Deretter vil jeg diskutere resultatene, og om det som presenteres samsvarer med aktuell teori og forskning. Avslutningsvis vil jeg oppsummere studien og svare på problemstillingen.

2.0. TEORI

I denne delen presenteres relevant teori knyttet opp mot bacheloroppgave og problemstilling (Dalland, 2022). Dette innebærer etiske og juridiske retningslinjer, samt en forenklet redegjørelse av hvordan behandling ved prehospital hjertestans er i dag.

2.1. Hjertestans

Mennesker kan uavhengig av alder og fysisk tilstand oppleve å få en hjertestans. Det kan være en forventet hjertestans grunnet langvarig sykdom, men det kan også være en hjertestans som er uforventet eller forårsaket av et traume. Det betegnes som hjertestans når hjertets pumpefunksjon av blod ut til kretsløpet opphører (Lindebjerg og Stubberud, 2015).

I 2021 var det i Norge 4622 personer som fikk uventet hjertestans utenfor sykehus. Ambulansepersonell startet eller fortsatte HLR på 2801 av disse pasientene, hvorav 755 fikk tilbake egensirkulasjon, for en kortere eller lengre periode. Det var 423 pasienter som overlevde (Norsk hjertestansregister, 2022).

Gjennomsnittsalderen for alle som fikk prehospital hjertestans i Norge i 2021 var 64 år. Den vanligste årsaken til hjertestans er hjertesykdom, med 60% av tilfellene. Andre vanlige årsaker til hjertestans er respirasjonssvikt som følge av sykdom, forgiftning eller ytre årsaker. I Norge fikk hele 85% HLR av tilstedeværende før ambulansen kom til stedet (Norsk hjertestansregister, 2022).

Begrepet «hjertestans» er noe utydelig. En hjertestans betyr ikke nødvendigvis fullstendig opphør i hjertets funksjon eller kontraksjoner. Under en stans kan hjerterytmen arte seg på ulike vis, og vi deler de inn i fire forskjellige arytmier som alle reduserer hjertets pumpefunksjon. Disse arytmiene er ventrikkelflimmer (VF), ventrikkeltakykardi (VT), pulsløs elektrisk aktivitet (PEA) og asystole. PEA og asystole er de mest alvorlige arytmiene, og kan ikke defibrilleres (Haugen, 2019).

2.2. Resuscitering

Ordet resuscitering stammer fra det latinske resuscitare som betyr «å våkne på ny». I medisinsk sammenheng brukes ordet i hovedsak som en betegnelse på gjenopplivningsforsøk med hjerte-lunge-redning (HLR) ved hjertestans (Opdahl & Nordseth, 2018).

Sjansen for å overleve hjertestans faller med 7-10% for hvert minutt som går uten at HLR blir iverksatt (Haugen, 2019). I tillegg til brystkompresjoner og ventilering, har tidlig defibrillering stor betydning for overlevelsen ved hjertestans. Defibrillering vil si at det sendes et strømstøt gjennom hjertet slik at muskelcellene «nullstilles». Denne «nullstillingen» gir hjertet mulighet til å gjenoppta normal rytme og pumpeaktivitet, og er den eneste effektive behandlingen av VF og VT. God HLR sørger for tilstrekkelig sirkulasjon og ventilasjon til å opprettholde nødvendig oksygentilførsel til hjernecellene og hjertet (Haugen, 2019).

Dersom man ikke lykkes med å få i gang egensirkulasjon, bør man vurdere om HLR skal avsluttes, og oppsummering og felles forståelse innad i teamet er å anbefale (Legevakthåndboken, 2023). Momenter som bør være med i vurderingen om å stanse er HLR er: tid fra hjertestans til HLR, tid fra hjertestans til første sjokk, alvorlig langt kommet

sykdom og høy alder. Når man er overbevist om at behandlingen er etisk uforvarlig, skal man avslutte (Legevakthåndboken, 2023).

NRR (2023) har utarbeidet en algoritme for avansert hjerte-lunge-redning som kalles AHLR. Denne algoritmen er basert på råd fra European Resuscitation Council, ERC, (2021), og skal benyttes av kvalifisert helsepersonell.

Ved AHLR prehospitalt jobber ofte både leger, sykepleiere, paramedisinere og ambulansesarbeidere i team. AHLR skal ifølge NRR (2023) utføres så lenge det er faglig og etisk forsvarlig, eller til pasienten viser sikre tegn til liv. NRR (2023) anser ikke alder alene som en faktor for å ikke starte HLR. Selv om begrepet «nytteløs behandling» brukes ofte, er det en risiko for at mangelfull kunnskap og fordommer kan påvirke beslutningene i begge retninger. Videre anbefaler NRR (2023) at beslutningene om å starte eller avslutte HLR tas av den mest kompetente i behandlingsteamet, og med respektfull kommunikasjon og åpenhet med resten av teamet (NRR, 2023).

2.3. Lovverk

Helselovgivningen handler i stor grad om rettigheter og plikter. At en pasient har en rettighet, medfører at helsepersonell har en tilsvarende forpliktelse. Pasientens rettigheter fremkommer i all hovedsak gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (1999), og helsepersonellens plikter fremkommer i stor grad gjennom helsepersonelloven (1999). Det er i spenningsrommet mellom helsepersonells plikter og pasientens rettigheter at de største utfordringene rundt skjønnsutøvelse og etisk dømmekraft utfordres (Molven, 2019).

All helsehjelp skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull, jf. helsepersonelloven § 4 (1999). Forsvarlighetskravet er en rettslig standard som angir generelle prinsipper som vil endres med faglige fremskritt og endrede verdioppfatninger. Kravet kan ses som overbygning for det som til enhver tid er god faglig praksis, og i tråd med etiske krav og omsorgsfull hjelp (Helsedirektoratet, 2013).

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp er særlig aktuell i akuttmedisinske situasjoner (Jamtli & Cordt-Hansen, 2019). Helsepersonelloven § 7 (1999) omhandler det som ofte blir kalt øyeblikkelig-hjelp-plikten, og den lyder som følger:

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.

Det er pasientene selv som bestemmer om de vil ha behandling eller ikke, jf pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1(1999):

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.

For at samtykke skal være gyldig, må pasienten være samtykkekompetent. Å være samtykkekompetent vil si at pasienten evner å forstå hvilken behandling som gis, og hvilke negative og positive følger det kan få (Molven, 2019). Dersom pasienten ikke er

samtykkekompetent skal det innhentes informasjon fra nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 (1999).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 (1999) inneholder særbestemmelser om pasienters rett til å nekte å motta behandling på tross av øyeblikkelig-hjelp-plikten. Mest relevant i denne sammenheng er retten en døende har til å motsette seg livsforlengende behandling. Skriftlig dokumentasjon av pasientens ønsker skal respekteres (Helsedirektoratet, 2013).

Forskrift om en verdig eldre omsorg (Verdighetsgarantien, 2011) har som formål å sikre alle en verdig, trygg og meningsfull alderdom i samsvar med sine individuelle behov, jf forskriftens § 2 (2011). Det fremkommer av forskriftens § 3.e.(2011), at dette også innebærer lindrende behandling og en verdig død.

2.4. Etikk

Etikk stammer fra det greske ordet «ethos», som betyr sedvane, skikk eller livsstil (Molven, 2019). I dagliglivet omfattes etikk av handlinger vi bedømmer med evaluerende ord som tilegner handlinger verdier (Beauchamp, 1991). Eksempler på slike ord er «god», «riktig», «forsvarlig», «uakseptabel», «dårlig» og «gal». Det som er riktig i henhold til regler, instruksjoner eller prosedyrer trenger ikke være etisk riktig. Et etisk dilemma kan defineres som en situasjon der det ikke er åpenbart hva som er den beste handlingen (Nordby, 2019).

Etiske problemer er knyttet til at vi forsøker å finne ut hvordan vi skal handle. Ofte er slike problemer knyttet til spørsmål som «Hva er rett og galt, godt og ondt?» Etiske problemer kjennetegnes derfor ofte ved at vi ikke har noen klar eller selvinnløsende løsning – det er derfor de er problemer for oss. (Henriksen & Vetlesen, 2012, s.112).

Faglige prosedyrer og juridiske lover er ikke tilpasset enhver tenkelig situasjon man kan møte. Målet med lover og prosedyrer er å si hva som skal eller kan gjøres, mens de etiske retningslinjene sier mer om hva som bør gjøres (Molven, 2019). De etiske retningslinjene må derfor fungere som en overordnet rettesnor for helsepersonell (Nordby, 2019).

Etiske dilemmaer kan oppstå når det er konflikt mellom helsepersonells plikt til å hjelpe og pasientens selvbestemmelse. De kan oppstå når det er uenighet om hvilken behandling pasienten skal få. Det kan være uenighet mellom helsepersonell og pårørende, men det kan også være uenighet innad i behandlingsteamet om hvilken behandling som bør gis (Bærøe, 2020).

De fire etiske grunnprinsippene er viktige for forståelsen av den helsefaglige etikken (Brinchman, 2012). Disse prinsippene har stor tilslutning både nasjonalt og internasjonalt, og er autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet, å ikke skade prinsippet og rettferdighetsprinsippet. Disse prinsippene er handlingsledende, men kan også komme i konflikt med hverandre (Molven, 2019).

I 2013 gav Helsedirektoratet ut et veiledningsskriv, «Beslutningsprosesser ved begrenset livsforlengende behandling». Veilederen påpeker pasientens krav på omsorg og respekt i alle livets faser, og at respekt for livet også inkluderer respekt for en verdig død. Dette innebærer at dersom resuscitering forlenger en lidelsesfull dødsprosess, har man krenket dette kravet (Helsedirektoratet, 2013).

Respekten for pasientenes autonomi, forutsetter god kommunikasjon med pasient og pårørende. Informasjon om sykdom, prognose og bivirkninger må gis på en måte som gjør dem i stand til å ta de riktige valgene, på vegne av seg selv eller andre (Helsedirektoratet, 2013). Dersom pasientene mangler samtykkekompetanse, bør pasientenes ønsker slik pårørende og helsepersonell kjenner dem, respekteres (Helsedirektoratet, 2013). Til tross for at autonomi skal respekteres, kan verken pasient eller pårørende kreve faglig uforsvarlig, eller nytteløs behandling (Helsedirektoratet, 2013).

I velgjørhetsprinsippet og å ikke skade prinsippet, er det sentrale spørsmålet hva som er til pasientens beste ut fra medisinsk og faglig kunnskap (Helsedirektoratet, 2013). Nyttens og eventuelle ulemper ved behandlingen må vurderes. Rettferdighetsprinsippet innebærer at alle har rett på en likeverdig behandling, og en ansvarlig fordeling av ressurser. Når behandlingen vurderes som nytteløs, eller å ha marginal nytte, er ressursbruk viktig å trekke inn i de etiske vurderingene (Helsedirektoratet, 2013).

Begreper som ofte brukes i den etiske debatten er «akseptabel livskvalitet» og «nytteløs behandling». Akseptabel livskvalitet er man har en viss evne til kontakt og samhandling med andre, og at smerte og lidelse kan lindres (Helsedirektoratet, 2013). Ingen kan forlange nytteløs behandling, men nytteløs behandling er vanskelig å definere og vurdere. Uansett hvordan dette blir vurdert eller definert, er det spesielt viktig å vurdere ulemper, plager og kostnader ved behandlingen når sannsynligheten for å lykkes eller få god effekt, er liten (Helsedirektoratet, 2013).

3.0. METODEBESKRIVELSE

I boken «Metode og oppgaveskriving for studenter» (Dalland, 2022) defineres metode som en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskap, eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være holdbare, sanne eller gyldige. En metode vil kunne være til nytte ved å fortelle oss hvordan vi kan gå frem for å innhente og etterprøve kunnskap. Ved valg av metode som skal benyttes, bør begrunnelsen innebefatte at metoden vil kunne gi gode data og kunne belyse problemstillingen på en interessant, men faglig måte (Dalland, 2022).

3.1. Valg av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie skal kunne tolke og sammenfatte litteratur om et spesifikt tema. Ved å søke systematisk etter litteratur i relevante databaser, vurdere funnene kritisk og til slutt sammenfatte alt skriftlig, kan man belyse temaet i en problemstilling (Grønseth & Jerpseth, 2019). Å presentere hvordan man har kommet frem til kunnskapen er også en viktig del av en litteraturstudie (Thidemann & Thidemann, 2015).

3.2. Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitativ metode kan benyttes for å innhente informasjon som kan beskrives ved hjelp av tall for å kunne presisere, og gi et mest mulig eksakt resultat. Sentralt i dette står hermeneutikk da tall ikke er selvforklarende. Hermeneutikk betyr fortolkningslære, altså at man forsøker å finne frem til en underliggende mening eller gi en klarhet i forhold til noe som kan fremstå som uklart. (Dalland, 2022).

Kvalitativ metode benyttes ofte for å innhente informasjon som ikke kan måles ved bruk av tall. Målet vil kunne være å få frem egenskaper eller karaktertrekk ved fenomenene, altså hvordan de inkluderte partene selv opplever det (Dalland, 2022). På hver sin måte kan både kvantitativ og kvalitativ metode bidra til bedring i forståelsen av hvordan mennesker samhandler eller utfolder seg (Dalland, 2022).

3.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Målet med litteraturstudien var å finne minimum fire relevante forskningsartikler. Både kvalitative- og kvantitative metoder var aktuelt for å innhente et helhetlig resultat på temaet og problemstillingen.

For å kunne fastslå om det er en vitenskapelig publikasjon må fire kriterier oppfylles. Det første kriteriet er å presentere ny innsikt, det andre er at må resultatene kunne være etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning (UiO, 2015). Samtidig må publikasjonen være på et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for interesserte forskere, og det siste kriteriet er at publikasjonen må være i en publiseringskanal med rutiner for fagfellevurdering (UiO, 2015).

For å fastslå artiklenes validitet og reliabilitet ble de kontrollert opp mot spørsmål som ofte brukes internasjonalt for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt & Gundersen, 2022). Validitet i forskningssammenheng refererer til styrken og gyldigheten i et utsagn (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvale og Brinkmann definerer

validitetsbegrepet i samfunnsvitenskapelig forskning som i hvilken grad metoden man bruker er egnet til å undersøke det man ønsker å undersøke. Data som samles inn skal gi et mest mulig sannferdig bilde av virkeligheten, og resultatene man oppnår i undersøkelsen skal være gyldige for den gruppen undersøkelsen handler om. Validitet bør gjennomsyre hele forskningsprosessen (Nielsen, 2021).

I forskningssammenheng brukes reliabilitet for å beskrive i hvilken grad resultatene fra en studie kan reproduseres av en annen forsker ved en annen anledning (Kvale & Brinkmann, 2015). Reliabilitet i kvalitativ forskning handler om at studien og analysen av den, er konsekvent. I kvalitativ forskning kan forskernes subjektive meninger og oppfatninger kunne påvirke resultatet (Høgheim, 2020). Reliabiliteten i et kvalitativt forskningsintervju kan også dreie seg om hvorvidt informantene ville ha svart annerledes om en annen forsker hadde gjennomført intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Artiklene er også fagfellevurdert, og vurderes derfor som valide i henhold til forskningsstandard. Fagfellevurderinger utføres av uavhengige fageksperter som kritisk vurderer forskningsbidraget for å sørge for en bred kvalitetssikring av publiserte artikler (Nordtvedt et al., 2021). For oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier se tabell 1.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	Voksne pasienter med prehospital hjertestans uten dokumentert HLR status. Begge kjønn	Pasienter med inhospital hjertestans. Pasienter under 18 år.
Språk	Norsk og engelsk	Andre språk
Tidsavgrensing	2013-2023	Eldre artikler enn 10 år.
Studiedesign	Alle studiedesign	Fagartikler
Tilgjengelighet	Fulltekst	Bare sammendrag
Forskningsetikk	Studier utført i henhold til forskningsetiske retningslinjer	Studier som ikke samsvarer med forskningsetiske retningslinjer.

3.4. Søkestrategi og resultater

Tidlig i søkeprosessen gjorde jeg usystematiske søk på internett og i medisinske databaser for å få innsikt i forskning på temaet. På denne måten fant jeg flere forsknings- og fagartikler som belyste min problemstilling, men som ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Disse artiklene ble lagret og brukt i teori- og diskusjonskapitlet.

Et systematisk søk er planmessig gjennomført, godt dokumentert og etterprøvbart for andre (Grønseth & Jerpseth, 2019). I søkeprosessen var det relevant å benytte flere databaser for å innhente fagartiklene. Relevante databaser var Ovid MEDLINE, Cinahl og PubMed. Fordelen med databasene er at tidligere søk med ulike søkekombinasjoner kan lagres.

For å gjøre søket mitt strukturert, har jeg brukt PICO-rammeverket. PICO representerer en måte å dele opp problemstillingen på for å gjøre litteratursøket strukturert og hensiktsmessig

(Nordtvedt et al. 2021). Jeg valgte å bruke en revidert versjon av PICO (PIC) der jeg ekskluderte elementet «*outcome*», da det ikke var relevant for problemstillingen (Tabell 2).

Tabell 2: PICO-skjema

P: Patient/problem	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcome
Out of hospital cardiac arrest	Decision making	Ethics	

Søket ble gjennomført på engelsk, fordi flertallet av forskningsartiklene skriver et sammendrag på engelsk, og vil dermed bli identifisert gjennom denne søkestrategien. Søkeresultatene representerer eksisterende internasjonal forskning. I prosessen med å søke etter artikler var det noen artikler som tilsynelatende var relevante, men som hadde begrenset tilgang. Av den årsaken var det artikler som ble forkastet selv om de i utgangspunktet kunne vært relevante. Den første utvelgelsesprosessen av relevante artikler bestod av å lese se på overskriftene og sammendraget til artiklene for å se om det kunne gi en indikasjon på innholdets relevans. Fulltekstartikler er nødvendig for å kunne foreta en fullverdig vurdering av kvaliteten på forskningen, resultatene og de etiske overveielserne. Videre i prosessen ble artiklene vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Dette kan betegnes som eliminasjonsmetoder for å snevre inn artiklens relevans (Dalland, 2022).

Basert på søkestrategi og inklusjons- og eksklusjonskriteriene, satt jeg igjen med 2 artikler fra Pubmed. Milling et al. (2022) publiserte en systematisk oversiktsartikkel som omhandler ikke-medisinske faktorer som påvirker beslutningstaking ved prehospital resuscitering. For å finne aktuelle artikler fra Milling et al. (2022) sin studie sjekket jeg referanselisten. I referanselisten fant jeg en systematisk oversiktsartikkel av Anderson, Gott & Slark (2017), som virket veldig aktuell på grunn av tittelen; «Commence, continue, withhold or terminate? A systematic review of decision-making in out-of-hospital cardiac arrest». Artikkelen til Anderson et al. (2017) var ikke tilgjengelig i fulltekst. Ved å sjekke hvem som hadde sitert Anderson et al. (2017) i google scholar, fant jeg to artikler som jeg også valgte å inkludere. Dette er illustrert ved hjelp av et flytskjema (vedlegg1).

3.5. Kvalitetsvurdering

Artiklene som ble brukt til å besvare oppgavens problemstilling har ulike forskningsspørsmål og -metoder. Den første artikkelen er fra Østerrike, og skrevet av Zajic et al. (2021). Formålet med denne studien var å finne ut hvor ofte leger fatter en beslutning om å starte eller stanse HLR ved prehospital hjertestans. Den forsøkte også å finne ut hvilke faktorer som påvirket en slik beslutning. Dette er en kvantitativ, retrospektiv studie av medisinske journaler fra området rundt Graz fra 2010-2018. 1004 journaler ble inkludert i studien. Kvantitative metoder egner seg godt når man ønsker å få en presis og systematisk oversikt over et stort datagrunnlag. Kvantitative studier som denne kan danne grunnlag for mer dyptgående kvalitative studier om temaet (Dalland, 2022). En mulig svakhet ved denne metoden er at alle resultat nødvendigvis ikke kan overføres til ulike land og ulike akutt-medisinske systemer, og at journaler kan ha blitt oversatt, såkalt detection bias. En slik skjevhet kan være en trussel mot validiteten av retrospektive studier (Nordtvedt et al. 2022). Den østerrikske akuttmedisinske kjeden ligner på den norske, og jeg anser derfor studiene for å være aktuelle

for norske aktører innen prehospital akuttmedisin. Den etiske komite ved det medisinske universitetet i Graz har godkjent studien.

Den andre artikkelen er skrevet av Brandling, Kirby, Black, Voss og Bengner (2017). Formålet med denne studien var å utforske hva som påvirker ambulansepersonell fra Storbritannia sin beslutningstaking ved gjenopplivningsforsøk. Forskningen ble gjort ved hjelp av case simulering, og fokusgruppe intervju fra februar-juli 2015. Casene var bevisst laget for å belyse hva som påvirker beslutningstaking ved prehospital hjertestans, og skape diskusjon i gruppene. Informantene, totalt 16 stykker, ble rekruttert via interne annonser i ambulansen i Storbritannia. Det var fire fokus grupper som deltok i studien. De tre første gruppene var ment å skulle teste ut og bearbeide forskningsmetoden, og bestod av informanter som jobbet i ledelsen, drev med undervisning og spesialister innen det prehospitalt arbeid. Den siste gruppen bestod av ambulansarbeidere. Diskusjonene i gruppene ble tatt opp og siden gransket ordrett for å finne fellestrekk og ulikheter mellom gruppene. Flertallet av temaene ble funnet i hver gruppediskusjon, og ble derfor funnet konsistente for alle fire gruppene. Fokusgruppeintervju som metode kan ha som fordel at forskers påvirkning reduseres i forhold til ordinært intervju. Det er fordi forskers rolle blir å styre samtalen i henhold til tema, mens samtalen i hovedsak forgår mellom informantene med minst mulig innblanding fra forskerne (Nielsen, 2021). En svakhet ved denne metoden, kan være at simulering ikke klarer å få frem de samme diskusjonene og følelsene som ved en reell hendelse.

Den tredje artikkelen til Anderson, Gott og Slark (2018), hadde som formål å utforske ambulansepersonells beslutninger om å starte, fortsette, holde tilbake eller fortsette resuscitering på pasienter med prehospital hjertestans. Studien ble utført ved hjelp av et semistrukturert intervju. Informantene var et målrettet demografisk utvalg av ansatte i ambulansetjenesten i New Zealand. For å få være med i studien måtte informantene ha deltatt på minimum to prehospitalt hjertestanser det siste året. Det er vanlig å bruke semistrukturerte intervjuer i kvalitativ forskning. Da har man forhåndsbestemt spørsmålene, og de stilles i samme rekkefølge til alle intervjuobjektene, men intervjueren har mulighet til å stille oppfølgings spørsmål (Dalland, 2022). En svakhet ved intervju som metode er at intervjuer må evne å oppfatte svarene, ta vare på dem, forstå dem og tolke dem for at intervjuet skal være pålitelig (Dalland, 2022). I denne studien ble alle intervjuene tatt opp, noe som er en styrke når resultatene skal tolkes og valideres.

Den fjerde artikkelen er skrevet av Leemeyer et al. (2020). Formålet med studien var å identifisere faktorer som påvirker beslutningstakingen til leger og sykepleiere ansatt i den nederlandske luftambulansen og vanlig ambulansepersonell, under resuscitering ved traumatisk, prehospital hjertestans. Jeg valgte å inkludere studien fordi den belyser noen av de samme etiske utfordringene som man kan oppleve ved medisinsk hjertestans. Metoden som er brukt er semi-strukturert intervju, etterfulgt av gruppediskusjoner, med 25 informanter ansatt i den prehospitalt tjenesten i Nederland. Resultatene ble kodet, og analysert av ATLAS, som er en programvare for kvalitativ dataanalyse. Kvalitativt intervju er en metode som passer bra når man ønsker å få frem nyanserte beskrivelser av en situasjon. Det er presisjonen i beskrivelsene og fortolkningen av hva innholdet betyr, som er styrken til det kvalitative intervjuet (Dalland, 2022). En svakhet ved denne studien kan være at den er utført i en liten del av Nederland, med relativt få informanter, og at overføringsverdien norske forhold kan påvirkes av dette.

3.6. Forskningsetiske retningslinjer

Forskere har ansvar for å overholde forskningsetiske retningslinjer, og spørsmålet om etikk i forskning strekket seg langt over det juridiske (Høgheim, 2020). Forskningsetiske spørsmål dukker opp i alle faser av forskningen, og forskerne må overholde sine juridiske forpliktelser og ivareta menneskene som berøres av forskningen (Høgheim, 2020). God vitenskapelig praksis.

Forskningsetikken i Norge reguleres av forskningsetikkloven (2017). Denne loven har som formål å bidra til at forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. God vitenskapelig praksis og redelighet i forskningen omhandler korrekt kildehenvisning og ærlig fremstilling av resultater (Nielsen, 2021). I all forskning som inkluderer mennesker vil deres liv bli påvirket av forskningen (Høgheim, 2020). I en intervjuundersøkelse vil det menneskelige samspillet påvirke intervjupersonene, og informasjon som kommer frem i intervjuet, vil kunne endre hvordan vi ser på menneskets situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det skal være frivillig å delta i forskning (Høgheim, 2020). Deltakelse skal skje på bakgrunn av fritt informert samtykke. Det vil ifølge Høgheim (2020) si at informantene skal motta og forstå tilstrekkelig informasjon om forskningen, slik at valget om å delta er tatt på et godt grunnlag. Valget om å delta må skje uten ytre press, og informantene må få vite at de kan trekke seg fra studien uten at dette vil få noen negative konsekvenser for dem (Høgheim, 2020).

Alle punktene nevnt ovenfor vil være viktige hensyn å ta i alle de kvalitative studiene jeg inkluderte. I den retrospektive studien til Zajic et al. (2021) ble det brukt anonymiserte data, og den etiske komiteen ved det medisinske universitetet i Graz frafalt behovet for informert samtykke, fordi det ikke ble gjort ytterligere inngrep.

4.0 RESULTAT

Artiklene jeg har tatt utgangspunkt i for å besvare min problemstilling omhandler prehospitalt helsepersonells beslutningstaking ved hjertestans. Artiklene tar opp ulike faktorer som påvirker om HLR blir startet, videreført eller stanset. De funnene som er av etisk relevans, og dermed aktuelle for min problemstilling, er først og fremst knyttet til spørsmål som omhandler autonomi, velgjørenhetsprinsippet og prinsippet om å ikke skade. Jeg vil presentere en og en artikkel under hvert tema. Litteratormatrisen gir en systematisk og kort sammenfatning av hovedelementene i de enkelte artiklene (Thidemann & Thidemann, 2015).

4.1. Autonomi

I Zajic et al. (2020) sin studie var det 23 pasienter hadde en dokumentert HLR minus, det ble startet livreddende behandling på tre av disse. Der hvor HLR hadde blitt startet av pårørende eller andre, valgte ambulansepersoneell å videreføre HLR på 87% av pasientene.

I Brandling et al. (2017) sin studie var faktorer som innhenting av sykehistorie, HLR status og om HLR hadde blitt startet av pårørende som viktige. At pårørende var til stede påvirket beslutningstakingen. Informantene i studien var opptatt av å innhente informasjon om pasienten fra pårørende eller andre tilstedeværende. Forskerne trakk fram følgende sitat for å vise hvordan nærvær av pårørende kunne påvirke beslutningene:

M: ...there`s a DNR in place, they`re dying...but there`s 3 daughters, a husband, 4 nieces, all saying `Don`t let him die, don`t let him die`. So that`s quite a lot of pressure to ignore, isn`t it...If you`ve got the DNR...In your hand, then I would argue it. But it`s difficult. (Brandling et al., 2017, s. 3).

Også Anderson et al. (2018) fant at tidlig HLR fra pårørende var en avgjørende faktor for om HLR ble startet eller ikke. Familiens ønsker, og forventninger fra publikum, ble nevnt som avgjørende av alle informantene i studien. Det var ikke mange som etterspurte en HLR-status, men det at pasienten var diagnostisert med en alvorlig sykdom, eller mottok palliativ pleie, virket å gjøre beslutningen om å stanse HLR lettere for informantene. Disse sitatene ble trukket frem av forskerne for å vise hvor utfordrende det kan være når pårørende er til stede:

Sam (25 års erfaring): So those are always ethical dilemmas, the terminal patient that passes away. And the family kind of want or expect you to do something, they`ve called you to make that decision. So they`re ethically challenging, and sometimes you`ve got to involve the family and get the decision out of them. (Anderson et.al, 2018, s. 210).

Jessie (20 års erfaring): A lot of times people don`t want us to stop, but it doesn`t change our intervention. It is what it is. People will get upset, family will be upset, but if it`s the right decision for that situation, that patient then we just have to do it. (Anderson et al. 2018, s. 211).

Leemeyer et al. (2020), som studerte traumatiske hjertestanser, gjorde også funn som viste at det var viktig for informantene å få klarhet i om HLR var igangsatt av pårørende eller andre.

4.2. Velgjørenhet

Zajic et al. (2021) sin studie viste at på de hjertestansene som skjedde på jobb og andre offentlige steder, ble det startet HLR i 80-90% av tilfellene. De pasientene som har VF/VT får HLR i 99% av tilfellene. Hadde pasienten kjente sykdommer ble det ofte satt i gang HLR til tross for dette.

Studien til Brandling et al (2017) fant at informantene brukte sin kliniske erfaring og dømmekraft til å avgjøre om resuscitering var nytteløst, eller om det så ut som om pasientens tilstand var forenlig med liv. Informantene var bevisst på å følge gjeldende retningslinjer før man erklærte behandlingen som nytteløs. Noen av informantene oppga at de ofte drev HLR lenger enn det retningslinjene krevde, for å være sikre på at pasienten fikk så gode sjanser til å overleve som mulig. Transporttid til sykehus, sannsynligheten for overlevelse og om informantene trodde de ville klare å holde personen i live under transport dersom de fikk etablert egensirkulasjon, påvirket beslutningsprosessen. Disse faktorene ble vurdert opp mot å få hjelp til å stabilisere pasienten på stedet.

I studien til Anderson et al. (2018) fant de at informantene gjorde en rask vurdering av pasientens totale tilstand. Hvordan omstendigheten rundt stansen hadde vært var også en viktig faktor for å beslutte om HLR skulle startes eller tilbakeholdes. Forlenget innsats med HLR ble assosiert av tidlig varslings, tidlig start av HLR med god kvalitet og tidlig defibrillering. At pasienten var ung og frisk og at han hadde en sjokkbar rytme, indikerte også at HLR skulle startes. I tilfeller med usikkerhet rundt videre behandling, ble det søkt om konsensus fra andre i teamet eller medisinske ledere, for å sikre at alt ble gjort for å redde pasienten. Følgende sitat ble trukket frem for å vise hvilke vurderinger som ble gjort og hvilke faktorer som påvirker beslutningen:

Ash (30 års erfaring): «You still give a good burst if it looks reasonable. If people`s colour looks reasonable, it`s been witnessed, they`ve made a good effort to drag them off the bed or turn them over to start CPR, in that case. (Anderson et al. 2018, s. 210).

I studien til Leemeyer et al. (2020) var alle informantene enige om at de ville starte HLR nesten uansett, for så å innhente mer informasjon underveis før man eventuelt besluttet å avslutte. De som jobbet på luftambulansen var godt kjent med å prøve å finne reversible årsaker som hypovolemi, hypoksi, trykknemothorax og hjertetamponade. Noen av informantene fra ambulansetjenesten hadde også kjennskap til dette. Disse sitatene ble trukket frem av forskerne i studien:

Luftambulansesykepleier: There`s only one way to tell if it (resuscitation, red.) is really futile, and that is to start. And then you see where you get. I have a very lowthreshold to starting. (Leemeyer et al. 2020, s. 1199)

Ambulansesykepleier: It needs to be expedient. Or at least a meaningful chance. And he should have a reasonable quality of life afterwards. But then, who decides that. One may be happy in a wheelchair, another may not. I realize that`s not up to us. But in TCA cases this can be very intense. (Leemeyer et al. 2020, 1199).

4.3. Å ikke skade

Zajic et al. (2020) fant at der pasienten hadde lav ADL-funksjon¹, ble resuscitering stanset i 49% av tilfellene. På pasienter over 85 år ble HLR ikke utført på 73%-90% av pasientene (lokale forskjeller). På pasienter bosatt på institusjon ble det startet HLR på 54% av hjertestansene. Første monitorerte hjerterytme hadde også stor innflytelse på om HLR ble stanset. Ved asystole eller PEA ble HLR stanset i henholdsvis 35% og 15% av tilfellene. Av sykdommer var det ondartet kreft som hadde størst betydning på beslutningstakingen, hvor

¹ ADL-funksjon: Activities of Daily Living - aktiviteter i dagliglivet

det ikke ble startet HLR i 46% av tilfellene. Ved komorbiditet ble resuscitering stanset på 30% av pasientene.

I studien til Anderson et al. (2018) fant de at informantene gjorde en rask vurdering av pasientens totale tilstand, og hvordan omstendigheten rundt stansen hadde vært, som faktorer for å beslutte om HLR skulle startes eller tilbakeholdes. Alle informantene var bevisste på å få informasjon om stansen var bevitnet eller ikke, og hvor lang tid som hadde gått fra stans. Om pasienten hadde fått HLR fra pårørende, og om det var sjokkbar hjerterytme, påvirket beslutningstakingen. Pasienter som bodde på sykehjem med høy alder og komorbiditet, ble trukket frem som faktorer som påvirket beslutningen om å ikke starte HLR. Følgende sitater ble trukket frem for å vise hvilke vurderinger som ble gjort og hvilke faktorer som påvirker beslutningen:

Jude (3 års erfaring): And I think that`s probably what it is. How dead are they? Are they like warm and dead? Or are they cold and stiff and dead? (Anderson et al. 2018, s. 210).

Taylor (7 års erfaring): And they`re often in an odd position. They`re often cold to touch. They`ve got the film over their eyes, already. (...). All animal senses know that that is a dead body. So, you know not to jump in there. When I was new I always used to put the leads on just to make sure they were dead and there wasn`t anything I could do. But now you can very easily tell by that touch, the skin feels different. (Anderson et al. 2018, s. 210).

De uerfarne ambulansesarbeiderne beskrev at de fokuserte på behandlingen, uten å ofre omstendighetene mye oppmerksomhet. At de valgte å videreføre HLR, skyltes i stor grad frykt for skyld og kritikk. Et sitat som beskriver dette er:

Taylor (7 års erfaring): And we do have junior crews, as well. They don`t feel confident or comfortable not starting. So they`ll start with the hope that someone more senior will come and make that decision. I think I can understand that. Especially if it`s an inexperienced one. I used to do that as a new EMT. If you weren`t too sure. If I start then I can`t be blamed for not doing anything. (Anderson et al. 2018, s. 210).

I Leemeyer et al. (2020) sin studie fant forskerne at vedvarende asystole, og ingen tegn til liv var de viktigste grunnene til at HLR ble avsluttet. Noen av informantene anså resuscitering som nytteløs på bakgrunn av skademekanisme, stort blodtap og synlig deformering. Dersom det ble oppdaget skade uforenlig med liv, eller sannsynlighet for stor nevrologisk skade, påvirket det beslutningene til mange av informantene i studien. Frykt for negative reaksjoner fra luftambulanseselegen dersom man ikke startet, ble nevnt som en grunn til å starte resuscitering av ambulansesykepleierne. Ambulansesykepleierne ville at luftambulanseselegen kunne ta avgjørelsen selv når han kom på stedet. Det ble av luftambulanseseperoneell trukket frem at de kunne bli frustrert over at ambulanseseperoneell ikke hadde startet HLR, fordi de mente det var upassende. Ambulanseseperoneell kunne noen ganger føle at luftambulanseselegene var for aggressive i sin behandling. Manglende erfaring og kunnskap om gjeldende prosedyrer og litteratur, ble trukket frem som en mulig årsak til disse forskjellene av en luftambulansesykepleier. Informantene i studien oppga at de ofte drev forlenget HLR hvis andre i teamet ikke virket emosjonelt klar for å avslutte.

4.4. Litteratormatrise

Artikkelforfattere, Årstall, navn på artikkel	Studiedesign og deltakere	Database	Hensikt	Resultat	Kvalitet	Etikk
Leemeyer et al. (2020). <i>Decision making in pre hospital traumatic cardiac arrest: a qualitative study.</i>	Semistrukturert intervju av 25 ansatte i luftambulansen og ambulansetjenesten i Nederland etterfulgt av diskusjonsgrupper. Dette er en kvalitativ metode.	Pubmed	Å identifisere faktorer som påvirker beslutningstakingen til ambulansespersonell under resuscitering av traumatisk prehospita l hjertestans.	Åtte faktorer ble identifisert som viktige påvirkningsfaktorer: -tilgjengelig informasjon -frykt for å skade -potensiell organdonasjon -alder -mistanke om selvmord -pårørende - meninger hos andre i behandlingsteamet -erfaring og utdanning	God	Studien ble unntatt av den lokale medisinske forskningsetiske komiteen.
Brandling et al. (2017). <i>Emergency medical service provider decision making in out of hospital cardiac arrest: an exploratory study.</i>	En utforskende studie av 16 engelske ambulansespersonell. Det ble brukt case-simulering, og diskusjonsgrupper. Dette er en kvalitativ metode.	Pubmed	Å utforske hva som påvirker beslutningstakingen til ambulansespersonell når de velger å starte eller avslutte resuscitering ved prehospita l hjertestans.	Studien viste at det er tre stadier i beslutningsprosessen: -utkall - ankomst på stedet - protokoll Faktorer innenfor de tre stadiene kan påvirke beslutningstakingen. Disse faktorene er: -fakta -struktur -kultur -team -risiko -personlighet	God	Godkjent av South Western Ambulance Service NHS Foundation Trust. Alle deltakere har signert på samtykke til at deres anonymiserte data kan brukes i studien.
Anderson et al. (2018). <i>Beyond prognostication: ambulance personnel's lived experiences of cardiac arrest decision making.</i>	Semistrukturert intervju av 16 ansatte i ambulansetjenesten på New Zealand. Dette er en kvalitativ metode.	Pubmed	Å undersøke ambulansespersonells beslutninger om starte, fortsette, holde igjen eller avslutte resuscitering ved prehospita l hjertestans.	Påvirkningsfaktorene virker å være delt inn i fire faser: utrykningsfase, ankomstfase, danne seg et helthetsbilde og overgangen til å avslutte behandlingen.	God	Godkjent av University of Auckland Human Ethics og ambulansetjenesten på New Zealand.
Zajic et al. (2021) <i>Factors associated with physician decision making on withholding cardiopulmonary resuscitation in prehospital medicin</i>	Retrospektivt studie 1525 pasientjournaler fra området rundt Graz ble undersøkt. Dette er en kvantitativ metode.	Pubmed	Å identifisere på hvilket grunnlag leger beslutter å starte eller holde tilbake forsøk på gjenopplivning ved prehospita l hjertestans.	Flere faktorer påvirker beslutningen om å starte eller holde tilbake resuscitering bl.a. tid, hjerterytme, alder på pasient, sykdomshistorie	God	Godkjent av den etiske komite ved det medisinske universitetet i Graz, Østerrike.

5.0. DISKUSJON

I denne delen diskuteres funnene fra resultatdelen. Jeg vil sammenligne funnene med teori, fagstoff og nyere forskning for å belyse min problemstilling. Jeg vil bruke de fire etiske prinsippene autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet, å ikke skade prinsippet og rettferdighetsprinsippet som et utgangspunkt for diskusjonen. Disse prinsippene påvirker hverandre, og det som kan virke riktig ut fra et perspektiv, kan være feil ut fra et eller flere av de andre. Det er da de etiske dilemmaene oppstår.

5.1. Autonomiprinsippet

Å ivareta autonomien til hjertestanspasienter innebærer å ta hensyn til eventuelt forhåndsutfylt informasjon om pasientens ønsker omkring livsforlengende behandling, samt informasjonsinnhenting fra pårørende (Mentzelopoulos et al., 2018). De fleste pasienter har ikke forhåndsutfylt informasjon, så opplysninger fra pårørende, eller helsepersonell som kjenner pasienten godt, er derfor sentrale (Helsedirektoratet, 2013). I tilfeller der det ikke foreligger dokumentasjon, og informasjon om pasienten mangler, må helsepersonell handle ut fra det som blir kalt antatt samtykke. Man antar da at pasienten mener livet er verdt å leve, og faktisk ønsker å bli utsatt for et resusciteringsforsøk (Lexov, 2010).

Betydningen av informasjonen man får fra de pårørende må alltid vurderes. Det som er viktig for å ivareta autonomiprinsippet, er å få informasjon om hva pasienten selv ville ha ønsket, ikke hva de nærmeste pårørende eller helsepersonellet ønsker (Helsedirektoratet, 2013). Det kan fort oppstå et dilemma i tilfeller der pasientens antatte samtykke grunnet for eksempel langtkommet sykdom ikke ønsker HLR, men pårørende ønsker det. Dersom informasjonen om pasientens egne ønsker er usikker, bør en legge større vekt på en medisinsk og helsefaglig vurdering av pasientens interesser. Dersom det medisinskfaglige beslutningsgrunnlaget ikke gir et klart svar på hva som bør gjøres, bør de pårørendes ønsker tillegges mer vekt (Helsedirektoratet, 2013).

Funn fra studien til både Anderson et al. (2018) og Brandling (2017) viser at pårørende oppleves å være en ressurs, men at de også kan være en utfordring for beslutningstakingen. I studien til Anderson et al. (2018), var informantene spesielt opptatt av informasjonsinnhenting fra pårørende i tilfeller hvor pasienten var gammel, med funksjonsnedsettelse og komorbiditet. I studien til Leemeyer et al. (2020) omtales ikke autonomiaspektet ved resusciering. Det tenker jeg er naturlig, siden studien omhandler traumatisk hjertestans, og at man som ambulansarbeider antar at pasienten er frisk fra før, og skal gjenopplives.

Jeg har gjennom praksiserfaring fått et inntrykk av at pårørende ofte kan ha en urealistisk oppfatning av pasientens sykdomsbilde og prognose. Samtidig kan de også ofte ha urealistiske forventninger om suksessraten ved HLR, som kan skyldes manglende informasjon om hva gjenopplivingsprosessen innebærer. Pårørende har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §3-3 og §3-5 (1999), krav på å få informasjon med mindre man har opplysninger om at dette strider med pasientens ønsker (Helsedirektoratet, 2013).

Informasjon og god kommunikasjon er viktig for tillitsforholdet mellom behandlingsansvarlig og pårørende. Pårørende skal ikke gis ansvaret for et vanskelig valg som det ifølge helsepersonelloven §4 (1999) er legens ansvar å ta, men det er viktig å tilstrebe et nært samarbeid mellom behandlingsteam og pårørende. Dersom pårørende ønsker behandling som

teamet mener ikke er faglig forsvarlig, må behandlingsteamet bruke tid på å forklare bakgrunnen for egne vurderinger, både medisinske og etiske. Spesielt viktig er det å forklare hva slags tilstand pasienten etter all sannsynlighet behandles til, hvilke belastninger og bivirkninger som kan oppstå ved behandling (Helsedirektoratet, 2013). Det er alltid helsepersonell som skal vurdere den faglige forsvarligheten av behandlingen, og ingen har rett til å kreve nytteløs behandling.

Til nå i diskusjonen har jeg omtalt situasjoner der det ikke foreligger en dokumentert HLR-status. Videre i dette kapitlet vil jeg se på hvordan en slik dokumentasjon kan påvirke beslutningstakingen.

Et av de viktigste rettslige spørsmålene knyttet til autonomi og samtykke, er om pasienten selv må gi det, når andre eventuelt kan gi det for dem, og hvordan samtykket må komme til uttrykk for at det skal være gyldig (Molven, 2019).

Harring, Tjelmeland, Andenæs og Kramer-Johansen (2022) fant at 198 norske pasienter, fra 2015-2019, mottok HLR til tross for at de hadde dokumentert HLR minus. Studien er basert på Norsk hjertestansregister sine tall. Forekomsten av HLR til HLR minus pasienter har doblet seg fra 2015-2019 (Harring et al., 2022). Dersom informasjonen om HLR status ikke blir gjort lettere tilgjengelig for ambulanspersonell, kan det være rimelig å forvente en fortsatt økning av disse tallene på bakgrunn av den kommende eldrebølgen både nasjonalt (FHI, 2018), og globalt. Harring et al. (2022) anbefaler at beslutning om HLR minus føres i kjernejournalen. Kjernejournalen er tilgjengelig for alt helsepersonell, samt pasienten selv. Ved å gjøre informasjonen mer tilgjengelig forhindres forhåpentligvis feilaktige og nytteløse gjenopplivningsforsøk, siden mangel på dokumentasjon oppgis å være hovedårsaken til det startes HLR til tross for at det foreligger en HLR-minus beslutning (Kangasniemi et al., 2018).

Dokumentering av pasientens ønsker kan fremme god omsorg og forhindre overbehandling mot slutten av livet (Mentzelopoulos et al., 2018). Det vil være i tråd med både autonomi-, verdighets- og å ikke skade prinsippet. Det vil også kunne redusere stress, frykt og depresjon hos pårørende. Mentzelopoulos et al. (2018) påpeker at en HLR minus dokumentasjon ikke må mistolkes til å omhandle annen behandling, som for eksempel smertelindring og væskebehandling, for det kan ikke rettferdiggjøres ut fra et etisk perspektiv.

ERC (2021) trekker frem økt bruk av såkalt «advance care plans» som et av fem hovedpunkter i sine etiske retningslinjer. Det innebærer at pasienter og pårørende skal få være med å lage en plan for hvordan de ønsker at behandlingen mot slutten av livet skal være. Det innebærer god kommunikasjon med helsepersonell om fordeler og ulemper ved behandlingen. ERC (2021) anbefaler at dokumentasjon av HLR-minus integreres i denne planen, og at pårørende og samfunnet generelt må opplyses om hva resuscitering innebærer, og hva behandlingen kan medføre.

5.2. Velgjørhets og å ikke skade prinsippet

Velgjørhets- og å ikke skade prinsippet er særlig aktuelt i situasjoner der behandlingen forlenger en plagsom dødsprosess, og der behandlinger forlenger et liv med store plager, som ofte kan være tilfellet hos eldre med hjertestans. Som helsepersonell er det ofte naturlig å spørre seg om hvilken livskvalitet pasienten får hvis han overlever. Det er ofte usikkerhet

knyttet til dette spørsmålet, og det er heller ikke sikkert at vår vurdering samsvarer med pasientens egne vurderinger. I henhold til disse prinsippene bør nytten oppveie ulempene ved behandlingen, og behandlingen bør avsluttes dersom den er til hinder for en god avslutning på livet (Heggestad, 2023). I mange tilfeller er det vanskelig å vurdere nytten av en behandling, så derfor kan det være riktig å starte en behandling selv om det er usikkert om den vil være nyttig. Da er det spesielt viktig at prehospitalt helsepersonell gjør gode observasjoner og dokumenterer disse, jf Helsepersonelloven § 40 (1999). Prinsippet om velgjørenhet kommer til uttrykk gjennom ønsket om at det skal gå bra med pasienten, og derfor har omstendighetene rundt en hjertestans stor betydning for hvordan helsepersonell vurderer hva som er til det beste for pasienten.

Det som betyr mest for beslutningstakingen er om den såkalte «Kjeden som redder liv» (NRR, 2023) er intakt. «Kjeden som redder liv» beskriver fire tiltak som må gjøres ved hjertestans, og tre av dem kan gjøres før ambulansen kommer. Det er tidlig varsling av nødetatene, tidlig igangsetting av god HLR og tidlig strømstøt fra en hjertestarter. At denne kjeden er intakt er helt avgjørende for at pasienten skal ha gode prognoser for overlevelse (NRR, 2023).

Å vurdere omstendighetene rundt en hjertestans, samtidig som man skal innhente informasjon om sykdomshistorie, og vurdere prognostiske overlevelsesmulighet, er krevende. I studien til Anderson et al. (2018), var det spesielt de mest erfarne ambulansesarbeiderne som oppgav at analyse av omstendigheter og sykdomshistorie var viktig for dem. En mulig grunn til det kan være at de handler ut fra erfaringer de har gjort seg ved tidligere hjertestanser. De har en helt annen trygghet på egne ferdigheter og egen dømmekraft, enn det nyutdanna helsepersonell har. Dette samsvarer med funn fra studien til Anderson et al (2018), der særlig de uerfarne ambulansesarbeiderne sier de er glad de har en fastsatt prosedyre de kan følge, fordi det tar bort noe av beslutningsansvaret. Det er viktig at de som er nye og uerfarne i tjenesten, støttes og gis tid til å utvikle den selvtiliten og de ferdighetene som kreves for å emosjonelt takle av måtte bestemme og avslutte HLR.

Druwè et al (2020) utførte en studie på helsepersonells evne til å vurdere egen innsats under prehospital HLR på eldre som hensiktsmessig eller nytteløs. Funn fra studien viste at dømmekraften var dårlig, og at det ble startet HLR på mange eldre til tross for veldig dårlige overlevelsesprognoser. Mulige årsaksforklaringer kan være at helsepersonell ikke var godt nok kjent med de prognostiske faktorene som påvirker overlevelse ved hjertestans på eldre, eller at de bare vegret seg for å ta den vanskelige beslutningen om å avslutte HLR. Druwè et al (2020) mener mange HLR forsøk på eldre er et brudd på det etiske prinsippet om å ikke skade, fordi overlevelsesprognosene er dårlige. Selv ved overlevelse er det stor sannsynlighet for nedsatt fysisk og psykisk kapasitet (Druwè et al., 2020). Druwè et al (2020) mener at det haster å få på plass både en profesjonell og samfunnsmessig debatt for å sikre at vi ikke skader våre eldre med nytteløs HLR.

Beslutninger som omfatter hensyn til pasienten, pasientens familie, samfunnet, og alle parter rettigheter bør i større grad tas med i de etiske vurderingene rundt resuscitering. Åpen kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og familie kan begrense mange etiske dilemmaer rundt resuscitering og behandling mot slutten av livet (Akdeniz et al., 2021)

Leemeyer et al. (2020) fant i sin studie at tillitsforholdet til andre medlemmer i behandlingsteamet var utfordrende for noen. Forskning har vist at mangel på god kommunikasjon i behandlingsteamet kan føre til symptomer på utbrenthet, depresjon og post-

traumatisk stress (Curtis & Vincent, 2010). Dårlig kommunikasjon har negativ påvirkning på beslutningsprosesser, så en bedring av kommunikasjonen med pårørende og innad i behandlingsteamet kan forebygge uønskede hendelser og bedre pasientsikkerheten. ERC (2021) nevner viktigheten av delt beslutningstaking og god kommunikasjon mellom helsepersonell i sin etiske veileder.

5.3. Rettferdighetsprinsippet

Rettferdig fordeling av ressurser er regulert av Helsepersonelloven § 6 (1999). Hva som er unødvendig ressursbruk er gjenstand for en viss grad av skjønn, men hensynet til å begrense ressursbruken må vike for kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp der det måtte oppstå konflikt mellom disse to hensynene (Helsedirektoratet, 2022). Loven pålegger helsepersonell å unngå unødig ressursbruk, og gjelder i alle deler av tjenesten, og omfatter ikke bare bruk av penger, men også tid. Det innebærer at helsepersonells arbeidstid skal brukes effektivt, og at pasienten ikke må påføres unødig venting eller utsettes for mer intensiv eller langvarig behandling enn nødvendig (Helsedirektoratet, 2022).

Ressurser brukt på et område, kan gå på bekostning av andre pasienter med store behov for hjelp. En måte å eksemplifisere dette på er å tenke seg at en eldre pasient får hjertestans. Da sendes rutinemessig to ambulanser, lege på vakt, gjerne også luftambulans og brannvesenet til stedet. Ved å binde opp så mye ressurser blir man, spesielt i mindre urbane strøk, sårbare om det skulle skje noe annet alvorlig som kjeper at nødetatene griper inn. Man kan da spørre seg om det er verdt å binde så mye ressurser på en pasient, som i utgangspunktet har en veldig dårlig prognose?

Selv om vi i Norge er langt framme innen medisinsk behandling og forskning, fører knappe ressurser likevel til at helsevesenet står overfor store utfordringer når ressurser skal fordeles på syke og pleietrengende. Kunnskap om teknologi og medisinske muligheter, må derfor følges av evne og vilje til også å gjøre seg etiske refleksjoner om hvorvidt det er hensiktsmessig å ta i bruk de mulighetene medisinen og teknologien byr på.

Mentzelopoulos et al. (2018) trekker i likhet med ERC (2023), fram økt fokus på å forhånds dokumentere pasientens ønsker omkring HLR, samt å implementere disse og gjøre de lett tilgjengelige for helsepersonell, som et viktig steg for å hindre bruk av ressurser på unyttig HLR.

5.4. Vurdering av egen anvendt forskningsmetode

Alle metodiske tilnærminger har både svakheter og styrker. Slik er det også med denne oppgaven. Det relativt begrensede utvalget av bare fire forskningsartikler, er en utfordring for oppgavens reliabilitet. Det at alle artiklene konkluderer i samme retning, anser jeg som en styrke ved denne studien.

Jeg ønsket å bruke forskning fra Norge, men fant bare en artikkel om temaet som var på norsk. Denne artikkelen var ikke tilgjengelig i fulltekst, og ble derfor ikke inkludert i studien. Å bruke artikler fra flere land anser jeg som en styrke for oppgaven for å kunne sammenligne forskningsresultater fra ulike deler av verden. Svakheten med å inkludere andre land, er hvorvidt de er kulturspesifikke nok til å sammenlignes med den norske ambulansetjenesten. Å skrive bacheloroppgave har vært en lærerik og krevende prosess. Jeg skulle ønske jeg hadde bedre kjennskap og forståelse av hva et systematisk litteratursøk og kildekritisk forståelse

innebar i forkant av studien, for jeg tror det ville ha lettet jobben med å analysere og systematisere mine funn.

Det at alle artiklene er skrevet på engelsk medfører en viss risiko for at oversettelse og forståelse kan ha påvirket oppgaven. Jeg har forsøkt å være verdinøytral og objektiv i min analyse, men mine tanker og meninger rundt temaet kan likevel komme til uttrykk.

Det kan være utfordrende å sammenligne de ulike artiklene på grunn av ulike metodevalg, men kombinasjonen av kvalitative og kvantitative studier gir ulik kunnskap om det samme fenomenet, og artiklene utfyller hverandre på en bra måte.

6.0. KONKLUSJON

Denne studien viser at beslutningsprosessene ved prehospitalet hjertestans på eldre påvirkes av etiske og juridiske dilemmaer. Det er først og fremst motsetninger knyttet til de etiske prinsippene autonomi, velgjørenhet og å ikke skade som skaper dilemmaer ved prehospitalet HLR på eldre med komorbiditet. Alder og diagnostiske prognoser påvirker beslutningene til en viss grad. Pårørendes ønsker og reaksjoner, samarbeidsklime og kommunikasjon innad i behandlingsteamet har større betydning for hvordan de etiske dilemmaene løses. Det er behov for videre oppmerksomhet og forskning om temaet. For å håndtere de etiske dilemmaene som oppstår prehospitalet, kreves evne til etisk refleksjon på et høyt nivå.

LITTERATURLISTE

- Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Med.* 2021 Mar 12;9:20503121211000918. doi: 10.1177/20503121211000918. PMID: 33786182; PMCID: PMC7958189.
- Anderson, N. E., Gott, M., & Slark, J. (2017). Commence, continue, withhold or terminate?: a systematic review of decision-making in out-of-hospital cardiac arrest. *European Journal of Emergency Medicine*, 24(2), 80-86. doi:10.1097/mej.0000000000000407
- Anderson, N.E., Gott, M., Slark, J. (2018). Beyond prognostication: ambulance personnel's lived experiences of cardiac arrest decision-making. *Emerg Med J.* 2018 Apr;35(4):208-213. doi: 10.1136/emered-2017-206743. Epub 2018 Jan 5. PMID: 29305380.
- Beauchamp, T. (1991). *Philosophical ethics*. New York: McGraw-Hill.
- Brandling, J., Kirby, K., Black, S., Voss, S., Bengler, J. (2017). Emergency medical service provider decision-making in out of hospital cardiac arrest: an exploratory study. *BMC Emerg Med.* 2017 Jul 25;17(1):24. doi: 10.1186/s12873-017-0136-3. PMID: 28743232; PMCID: PMC5526270.
- Brinchmann, B. S. (2012). *Etikk i sykepleien*. (3. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bærøe, K. (2020). Etiske utfordringer i legevakt. I Hansen & Hunskaar (Red). *Legevaktarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Curtis, J. R. & Vincent, J.-L. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet*, 376(9749), 1347-1353. 10.1016/S0140-6736(10)60143-2
- Dalland, O. (2022). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Druwè, P., Benoit, D.D., Monsieurs, K.G., Gagg, J., Nakahara, S., Alpert, E.A., et al (2020). Cardiopulmonary Resuscitation in Adults Over 80: Outcome and the Perception of Appropriateness by Clinicians. *Journal of the American geriatrics society*, 68 (1), 39-45. doi/10.1111/jgs.16270
- European resuscitation council. (2021). *ERC guidelines 2021*. Lokalisert på: [ERC Guidelines \(cprguidelines.eu\)](https://www.ercguidelines.eu)
- Forskningsetikkloven. LOV-2017-04-28-23. Lokalisert på: [Lov om organisering av forskningsetisk arbeid \(forskningsetikkloven\) - Lovdata](#)
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie. Praktiske råd i skriveprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Harring, A.K.V., Tjelmeland, I.B., Andenæs, R., Kramer-Johansen, J. (2022). Blir beslutninger om behandlingsbegrensninger respektert utenfor sykehus når man har ringt 113? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 8 (3), 1-13. Lokalisert på: <https://doi.org/10.18261/tfo.8.3.1>
- Haugen, J.E. (Red.) (2019). *Akuttmedisin-utenfor sykehus*. (4. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Heggestad, A. K. T. (2023). Livsforlengende behandling gir etiske utfordringer. *Sykepleien*. DOI-nummer: [10.4220/Sykepleiens.2023.91137](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.91137)
- Helsedirektoratet (2013, juli). *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. (Veileder IS-2091). Lokalisert på: [Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- Helsedirektoratet (2022, mars). *Helsepersonelloven med kommentarer*. Rundskriv. Lokalisert på: [Krav til helsepersonells yrkesutøvelse - Helsedirektoratet](#)
- Helsepersonelloven, LOV- 1999-07-02-64. (2023). Lokalisert på: [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)
- Høgheim, S. (2020). *Masteroppgaven i GLU*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jamtli, B. & Cordt-Hansen, K. (2019). Helsepersonells juridiske ansvar. I Haugen, J.E. (Red.), *Akuttmedisin - utenfor sykehus*. (4.utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kangasneimi, H., Setälä, P., Huhtala, H., Kämäräinen, A., Virkkunen, I., Jämsen, E., Yli-Hankara, A., & Hoppu, S. (2018). Out-of-hospital cardiac arrests in nursing homes and primary care facilities in Pirkanmaa, Finland. *Acta Anaesthesiol Scand*, 62(9), 1297-1303. <https://doi.org/10.1111/aas.13152>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utgave). Oslo: Gyldendal akademisk
- Leemeyer AR, Van Lieshout EMM, Bouwens M, Breeman W, Verhofstad MHJ, Van Vledder MG. (2020). Decision making in prehospital traumatic cardiac arrest; A qualitative study. *Injury*. 2020 May;51(5):1196-1202. doi: 10.1016/j.injury.2020.01.001. Epub 2020 Jan 7. PMID: 31926614.
- Legevakhåndboken (2023). *HLR-Hjerte-lunge-redning for helsepersonell*. Lokalisert på: [HLR — Hjerte-lunge-redning for helsepersonell - Hjerte-lunge-redning \(HLR\) for helsepersonell - Hjertestans - Legevakhåndboken \(lvh.no\)](#)
- Lexow, K. (2010). *Etiske spørsmål ved resuscitering*. Lokalisert på: [etiske-sporsmal-ved-resuscitering-sum-ver-01.pdf \(statsforvalteren.no\)](#)
- Libungan, B., Lindqvist, J., Strömsöe, A., et al. (2015). Out-of-hospital cardiac arrest in the elderly: a large scale population-based study. *Resuscitation*, 2015; 94:28-32.
- Lindebjerg, M. B. & Stubberud, D-G. (2015). Førstehjelp. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5 utgave). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Malt, U. & Hem, E. (2020) : *Komorbiditet i Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 9. mai 2023 fra <https://sml.snl.no/komorbiditet>
- Mentzelopoulos, S.D., Slowther, A.M., Fritz, Z., Sandroni, C., Xanthos, T., Callaway, C., Perkins, G.D., Newgard, C., Ischaki, E., Greif, R., Kompanje, E. & Bossaert, L. (2018). Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Med*. (2018). 44:703-716. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5202-0>

- Milling, L., Kjær, J., Binderup, L.G., Schaffalitzky de Muckadell, C., Havshøy, U., Christensen, H.C., Christensen, E.F., et al. (2022). Non-medical factors in prehospital resuscitation decision-making: a mixed-methods systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* **30**, 24. <https://doi.org/10.1186/s13049-022-01004-6>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6.utgave). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nielsen, D. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordby, H. (2019). *Samhandling i prehospitalt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Gundersen, M.W. (2022). *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. (3. utgave). Oslo: Cappelen Damm.
- Norsk hjertestansregister (2022). *Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak*. Lokalisert på: [Årsrapport 2021 Norsk hjertestansregister.pdf \(kvalitetsregistre.no\)](#)
- Norsk resuscitasjonsråd. (2023). *Plutselig uventet hjertestans*. Lokalisert på: [Plutselig uventet hjertestans \(nrr.org\)](#)
- Opdahl, H. & Nordseth, T. (2018) *resuscitering* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 9. mai 2023 fra <https://sml.snl.no/resuscitering>
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2023). § 4. Lokalisert på: [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)
- Thidemann, I. J. & Thidemann, M. U. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Universitetet i Oslo. (2015). *Publikasjonskanaler, nivåer og poeng*. Lokalisert på: [Publikasjonskanaler, nivåer og poeng - For ansatte - Universitetet i Oslo \(uio.no\)](#)
- Verdighetsgarantiforskriften (2011). *Forskrift om en verdig eldreomsorg. (2010-11-16)*. FOR-2010-11-12-1426. Lokalisert på: [Forskrift om en verdig eldreomsorg \(verdighetsgarantien\) - Lovdata](#)
- Wissenberg, M., Folke, F., Hansen, C.M., et al. (2015). Survival after out-of-hospital cardiac arrest in relation to age and early identification og patients with minimal chance of long-term survival. *Circulation*. 2015; 131 (18): 1536-1545.
- Zajic, P., Zoidl, P., Deininger, M., Heschl, S., Fellingner, T., Posch, M., et al. (2021). Factors associated with physician decision making on withholding cardiopulmonary resuscitation in prehospital medicine. *Sci Rep*. Mar 4;11(1):5120. doi: 10.1038/s41598-021-84718-4. PMID: 33664416; PMCID: PMC7933171.

VEDLEGG 1: Flytskjema for utvalg av artikler

