



HÖGSKOLAN
Dalarna

Campus Lugnet

Institutionen för Hälsa och samhälle

Examensarbete inriktning omvårdnad

Grundnivå II, 15 högskolepoäng

VT 2008

Återupplivning

– upplevelser och erfarenheter kring
beslutsfattandet om hjärt- lung räddning
ur sjuksköterskors,
patienters och närståendes perspektiv.

En systematisk litteraturstudie

Författare
Anna Larsveden

Handledare
Tammy Blom

Examinator
Charlotte Hillervik



HÖGSKOLAN
Dalarna

Campus Lugnet
Department of Health and Social Sciences
Essay Course – Nursing
Undergraduate level II, 16 ECTS - credits
Springterm, 2008

Resuscitation

– Experiences Regarding Decision-making
about Cardio- Pulmonary Resuscitation
Among Nurses', Patients' and their Relatives'.

A systematic literature review

Author
Anna Larsveden

Supervisor
Tammy Blom

Examiner
Charlotte Hillervik

SAMMANFATTNING

Syftet med föreliggande studie var att beskriva sjuksköterskors, patienters och närståendes upplevelser och erfarenheter kring beslutsfattandet om återupplivning. Vidare var syftet att beskriva hur och i vilken utsträckning patienter och deras närstående gavs möjlighet till delaktighet i beslutet om återupplivning. Resultatet av denna systematiska litteraturstudie visade att sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter kring beslutsfattandet om hjärt-lung räddning har utforskats av flera forskare. Trots att både Hälso- och sjukvårdslagen i Sverige samt lagar och förordningar i andra länder anger att patienten har rätt till delaktighet och självbestämmande kring beslutsfattandet om sin vård och behandling, så engagerades patienten och dess närstående sällan eller inte alls. Majoriteten av respondenterna/informanterna i flertalet studier ansåg att hänsyn skulle tas till patientens egna önskemål och vara delaktiga i beslutet kring isättande av hjärt- lungräddning eller ej, men i realiteten fattades besluten oftast utan patienten eller de närståendes medverkan. Flera studiers resultat visade vidare att sjuksköterskor upplevde en rad etiska dilemman när det gäller beslutsprocessen kring återupplivning. Vad gäller patienters och närståendes möjlighet till delaktighet var det betydligt färre studier genomförda som belyste frågan ur deras perspektiv. De studier som fanns visade att patienter och närstående har en önskan om möjlighet till delaktighet, att få ta del av information och fatta egna beslut. Patienternas uppfattning stämde väl överens med hur deras närstående resonerade.

Nyckelord: HLR (hjärt- lungräddning), återupplivning, beslutsfattande, omvårdnad, erfarenheter, etik, närstående.

Key words: CPR (cardio-pulmonary resuscitation), DNR (do-not-resuscitate), resuscitation, decision-making, nursing, experiences, ethics, next of kin.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sidan
1. INTRODUKTION	4
1.1 Död i hjärt- kärl sjukdom i Sverige	4
1.2 Återupplivning	4
1.3 Möjligheter till överlevnad	5
1.4 Beslutsprocess kring ställningstagande till återupplivning	5
1.5 Dokumentation av förhandsbeslut om återupplivning	8
1.6 Problemformulering	8
1.7 Syfte	9
1.8 Frågeställningar	9
1.9 Definition av begrepp	9
2. METOD	9
2.1 Design	9
2.2 Urval	9
2.3 Mätinstrument vid kvalitetsgranskning av artiklar	10
2.4 Analys och tolkning av data	10
2.5 Etiska aspekter	11
3. RESULTAT	12
3.1 Sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter kring beslut om att återuppliva patienter eller ej	12
3.2 Patientens och närståendes möjlighet att delta i beslut om återupplivning eller ej	18
4. DISKUSSION	22
4.1 Sammanfattning av huvudresultat	22
4.2 Resultatdiskussion	23
4.3 Metoddiskussion	28
4.4 Förslag till ytterligare forskning	29
5. REFERENSER	30
6. BILAGOR	
Bilaga I Databassökning	
Bilaga II Bedömningsinstrument kvalitativa studier	
Bilaga III Bedömningsinstrument kvantitativa studier	
Bilaga IV Artiklar som ligger till grund för resultatet	

1. INTRODUKTION

1.1 Död i hjärt- kärlsjukdom i Sverige

Döden är en naturlig del av livet och är ett av livets grundvillkor. Längre avled de flesta individer på sjukhus, vilket har förändrats på senare år. I mitten av 1990-talet dog endast 42 % (n=39495) av den svenska befolkningen på sjukhus. Den högsta dödligheten, 49 % (n=46077) fanns bland hjärt- och kärlsjuka patienter (1).

Cirka 5000 av de 15 000 hjärt- kärl sjuka patienter i Sverige som årligen dör på grund av hjärtstopp, avlider på sjukhus (2). Med hjärtstopp menas att hjärtats mekaniska pumpande aktivitet upphör helt och ger upphov till kaos i hjärtats elektriska system. Plötsligt oväntat hjärtstopp orsakas till 90 % av ischemi, det vill säga syrebrist i hjärtat, och resterande tio procent beror på klafffel och andra hjärtsjukdomar (3).

Det nationella registret för hjärtstopp på sjukhus 2006 visade att tidigare överlevde inte fler än cirka 15 % av samtliga patienter som drabbats av hjärtstopp. Tack vare utveckling av mera sofistikerade behandlingsmetoder, har överlevnaden ökat till 34 % hos individer med hjärt- kärlsjukdomar (2).

1.2 Återupplivning

Om ett plötsligt hjärtstopp inträffar på sjukhus kan patienten behandlas och eventuellt överleva. Återupplivning eller så kallad hjärt- lungräddning (HLR) introducerades i Förenta Staterna i början av 1960- talet av Kouwenhoven, Jude & Knickerbocker. HLR innebär att genom inblåsningar föra syre till lungorna och genom yttre kompressioner på bröstkorgen upprätthålla en del av hjärtats cirkulation. Innan HLR utvecklades som vedertagen behandlingsmetod inom vården, accepterades döden, plötslig eller mera väntad, som oundviklig, och inte påverkbar. Obehandlat leder ett hjärtstopp omedelbart till döden.

Hjärt- lungräddning och en strömstöt genom hjärtat, det vill säga defibrillering, är båda nödvändiga för att återställa hjärtats funktioner (4).

Möjligheterna till överlevnad efter ett hjärtstopp är beroende av flera faktorer. För att uppnå maximala möjligheter för överlevnad krävs ett antal samordnade åtgärder. Kedjan som räddar liv innebär i korthet; tidigt larm, tidig defibrillering samt tidig avancerad HLR. Sena insatser minskar möjligheterna till överlevnad (3).

Döden är oundviklig och det är viktigt att identifiera de patienter som är i slutskedet av svåra icke behandlingsbara sjukdomar där återupplivningsförsök är meningslösa såväl ur ett medicinskt som ur ett etiskt perspektiv. Hänsyn bör tas till patientens egna önskemål om att eventuellt inte vilja bli föremål för återupplivningsförsök (5).

1.3 Möjligheter till överlevnad

Elshove-Bolk, Guttrumsen och Austlid (6) redogjorde i sin studie för samtliga 151 patienter som drabbats av hjärtstopp och som återupplivats på ett sjukhus i Norge under ett år.

Resultatet av studien visade att av de 151 patienterna, överlevde endast 26. Något förhandsbeslut om att avstå från återupplivning fanns ej dokumenterat i någon av de 151 journalerna.

Övervägande av risker mot möjligheter vid återupplivning är viktiga faktorer att ta hänsyn till, och beslutet att påbörja eller avstå ifrån HLR måste oftast tas inom loppet av några sekunder. Risker med återupplivning är bland annat bröstbensfraktur, revbensfraktur, mjältruftur, och syrebrist som leder till skador i hjärnan samt behov av intensivvård.

Dilemmat är att HLR är den enda behandlingsprocedur som inte kräver en läkarordination att påbörja, däremot krävs en läkarordination för att besluta om att avstå från återupplivningsåtgärder.

En Dansk studie redogjorde för livskvalitet hos patienter som var kvar i livet sex månader efter hjärtstopp (7). Av de 984 patienter som drabbats av hjärtstopp, överlevde endast 63 patienter. Studiens resultat visade att trots att överlevnaden var ringa hos denna patientgrupp, uppgav respondenterna att deras livskvalitet inte var sämre jämfört med befolkningen i övrigt.

1.4 Beslutsprocess kring ställningstagande till återupplivning

Läkaren är alltid den som har det medicinska ansvaret för patientens vård och behandling. Däremot måste patientens och/eller dess närståendes uppfattning samt önskan om eventuell återupplivning eller ej, vara vägledande i beslutsprocessen. Med närstående avses den eller de personer som patienten räknar som sina närmaste. Närstående utgörs oftast av den närmaste familjen, exempelvis make, maka, sambo, barn eller syskon men kan även vara nära vän till patienten. Läkaren måste inför ett sådant beslut om att eventuellt avstå ifrån återupplivning, ha ställt en så säker diagnos som möjligt samt tagit hänsyn till terapeutiska möjligheter och sjukdomens prognos.

Läkare, sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal måste vara lyhörda för önskemål från patienten och dess närstående, samt ta hänsyn till såväl religiösa som kulturella skillnader (8). Det framgår i Hälso- och sjukvårdslagen (9) att all vård skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Om patienten är medvetlös och inte kan uttrycka sin egen vilja är det angeläget att vårdgivaren försöker förvissa sig om patienten tidigare i livet har uttryckt önskemål omkring sin död. Visar sig detta ej vara möjligt är det läkarens skyldighet att välja det alternativ som både ur medicinskt och etiskt perspektiv bäst tillgodoser patientens behov.

Ur medicinskt perspektiv är en åtgärd meningslös när den varken kan bota eller lindra sjukdom eller symtom. I akuta situationer är det inte alltid möjligt att förvissa sig om patientens önskemål eftersom beslut om eventuell åtgärd är brådskande (8, 9).

Vid vård av svårt sjuka patienter i terminalt skede bör det beslutas på förhand om återupplivningsförsök eller inte. Patienten och/eller dess närstående skall vidtalas inför beslutet och samråd bör ske med berörd vårdpersonal. Sjuksköterskan måste påbörja HLR på patienter med hjärtstopp om inget annat beslutats på förhand. Sjuksköterskan är ofta den som lyfter frågan om att återuppliva patienten eller ej med patientansvarig läkare om sjuksköterskan har en mycket svårt sjuk patient med dålig prognos (10).

Enligt Johnstone har sjuksköterskan inom ramen för sin yrkesutövning inte den lagliga rätten att ta beslut avseende olika medicinska åtgärder och livsuppehållande åtgärder. Likväl hamnar sjuksköterskor ofta i kläm i klinisk praxis, när en patient drabbas av ett plötsligt oväntat hjärtstopp. Vid avsaknad av ett förhandsbeslut om återupplivning är sjuksköterskan den som är lämnad med ett svårt etiskt beslut om att påbörja HLR eller inte. Sjuksköterskan är ansvarig för konsekvenserna av sina handlingar, men etiken måste ges ett utrymme. Sjuksköterskan är oftast den som tillbringar mest tid hos patienten, vilket ger större möjligheter till en utveckling av en vårdrelation som bidrar till en djupare kommunikation med patienten och dess närstående. Det är därför viktigt att sjuksköterskan är lyhörd, och initierar diskussioner om patientens möjligheter till självbestämmande och delaktighet omkring sin vård- och behandling samt beslut om livsuppehållande åtgärder (11).

Viktiga faktorer att ta hänsyn till vid beslut kring återupplivning av patienter med hjärtstopp är hög ålder, kort förväntad överlevnad och svåra kroniska sjukdomar eller att patienten själv uttryckt ett önskemål om att inte bli återupplivad vid hjärtstopp. Resultatet av en lyckad återupplivning kan leda till försämrad livskvalitet för patienten, med risk för komplikationer. Därmed riskerar patienten att fråntas rätten till en värdig och fridfull död (10).

Det finns olika kriterier för förhandsbeslut om återupplivning eller ej. Det kan vara till exempel i situationer där återupplivning inte är medicinskt motiverat eller sannolikt inte kommer att lyckas där döden bedöms nära. Vidare om patienten är djupt medvetslös, och/eller har en irreversibel svår hjärnskada, svåra slaganfall, terminal organsvikt eller svår demens (12). Beslut om att avstå från återupplivning av patienten motiveras ofta utifrån medicinska och rättsliga regler, men baseras i praktiken primärt med hänsyn till moraliska värden. Aspekter som meningen med livet, livskvalitet, livets värde i sig ställt mot patientens önskemål styr till stor del beslutsfattandet. Beslutsfattaren utgår till stor del från sina personliga preferenser, vad som är rätt och fel utifrån det egna perspektivet, vilket kan leda till att patientens rättigheter till delaktighet kränks (11).

Sjuksköterskor har ett betydande yrkesansvar som innebär att arbeta utifrån International Council of Nursing's (ICN: s) etiska kod som finns för professionen.

Den etiska koden innefattar fyra områden som handlar om att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Omvårdnaden ska bygga på respekt för individen, där patienten ges rätt till delaktighet och information där sjuksköterskan vidare ska skydda patienten samt tillgodose de svagare individernas rättigheter, det vill säga agera som ett slags advokat för patienten (13).

I Ritchers och Eisemanns studie (14) framgick att ju mer sjuksköterskorna är delaktiga i beslutet om HLR eller ej HLR, desto mera sällan skulle de genomföra HLR mot patientens vilja.

I en enkätundersökning utförd av Svenska Cardilogiföreningen svarade 104 läkare och 196 sjuksköterskor att delaktighet i beslutet omkring återupplivning och information till patienter och närstående är viktigt. Brist på patientens delaktighet kan leda till att etiska konflikter uppstår avseende de etiska riktlinjer där respekt för patientens självbestämmande och integritet ställs mot kravet att inte skada och göra gott (15).

1.5 Dokumentation av förhandsbeslut om återupplivning

Samtliga bedömningar och beslut om att avstå från hjärt- lungräddning skall dokumenteras omsorgsfullt i patientens journal. Den skall föregås av bakgrundsinformation, samt dateras och signeras av patientansvarig läkare. Informationen skall vara lätt tillgänglig, vilket är särskilt viktigt för att inga tveksamheter skall uppstå till exempel under jourtid då patientansvarig läkare inte alltid finns att tillgå (16).

Det framgick av en Svensk studie (17) där 220 patientjournaler granskades att beslut om att inte återuppliva patienten hade dokumenterats i endast 24 av patientjournalerna.

I samma studie intervjuades sjuksköterskor och läkare på sjukhuset där studien genomfördes. Det framkom att respondenterna ansåg att 45 av dessa 220 patientjournaler skulle ha innefattat ett beslut om att inte återuppliva patienten. Studiens resultat visade vidare att de närstående till patienterna inte hade varit delaktiga i beslutsprocessen av de patienter där ej HLR hade förhandsbeslutats.

1.6 Problemformulering

Oftast är sjuksköterskan den som kommer först till patienten och påbörjar HLR. I samband med akuta återupplivningssituationer kan en rad olika etiska dilemman uppstå, då sällan styrdokument eller förhandsbeslut om återupplivning tagits eller finns tillhanda. Patientens önskan är ofta inte känd och patientens och närståendes möjlighet till delaktighet i beslutsprocessen omkring återupplivning är ringa (18).

Flertalet sjuksköterskor vårdar dagligen svårt sjuka patienter, där risken för oväntade plötsliga hjärtstopp hos patienter är en del av arbetet. I resultatet från Ritchers och Eisemanns studie (14) visade att det oftast var sjuksköterskan som agerade som patientens advokat vad gäller att föra patientens talan vidare. Det finns olika problem som kan uppstå i samband med beslutet omkring återupplivning. Därför är det ett viktigt område att studera ur sjuksköterskors, patienters och deras närståendes perspektiv.

1.7 Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors, patienters och deras närståendes upplevelser och erfarenheter kring beslutsfattandet om återupplivning. Syftet var vidare att beskriva hur och i vilken utsträckning patienter och deras närstående gavs möjlighet till delaktighet i beslutet om återupplivning.

1.8 Frågeställningar

1. Vilka upplevelser och erfarenheter hade sjuksköterskor vid beslutet om att återuppliva patienter eller ej?
2. Hur och i vilken utsträckning gavs patienter och deras närstående möjlighet att vara delaktiga i beslutet om att återupplivas eller ej?

1.9 Definition av begrepp

Med återupplivning avses i föreliggande litteraturstudie, att påbörja hjärt-lungräddning (HLR) på en patient som drabbats av ett plötsligt oväntat hjärtstopp.

Med delaktighet avses i föreliggande studie patienters och närståendes möjligheter att erhålla adekvat information och ges möjlighet till självbestämmande i samband med förhandsbeslut kring återupplivning.

2. METOD

2.1 Design

Studien har genomförts som en systematisk litteraturstudie med deskriptiv analys av innehållet.

2.2 Urval

För att besvara frågeställningarna gjordes sökningar av artiklar via Högskolan Dalarnas och Landstinget Dalarnas biblioteks databaser. Databaserna som användes var: Blackwell Synergy, Cinahl, ELIN och PubMed. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade i vetenskapliga tidsskrifter och skrivna på svenska eller engelska, samt publicerade 1997-2008. Följande sökord användes: CPR (cardio-pulmonary resuscitation), DNR (do-not-resuscitate), resuscitation, decision-making, nursing, experiences, ethics och next of kin. I tabell 1-4 redovisas hur sökning av artiklar skett via de olika databaserna (bilaga I).

Sökorden användes i olika kombinationer och om antalet träffar översteg 100, lades ytterligare sökord till för att avgränsa urvalet. Sedan lästes artiklarnas titlar igenom, utifrån relevans till denna studies syfte och frågeställningar. Om titeln verkade intressant lästes artikelns sammanfattning. Om artikeln fortfarande föreföll relevant lästes artikeln i sin helhet. Om det var möjligt skrevs artiklarna ut i fulltext direkt, annars beställdes de via Högskolans bibliotek. Totalt erhöles 33 artiklar. Av dessa exkluderades 13 bort vid ytterligare genomläsning på grund av irrelevans i innehållet eller låg kvalitet. Kvarvarande 20 artiklar granskades och ligger till grund för föreliggande litteraturstudies resultat.

2.3 Mätinstrument vid kvalitetsgranskning av artiklar

För att säkerställa att utvald litteratur höll hög vetenskaplig kvalitet, granskades och värderades artiklarna efter granskningsmallar för kvalitativa respektive kvantitativa vetenskapliga artiklar (bilaga II-III). Granskningsmallarna för bedömning av de kvalitativa respektive kvantitativa studiernas kvalitet är modifierade versioner utarbetade efter Forsberg och Wengström (19) samt Willman, Stoltz & Bahtsevani (20).

Den granskningsmall som användes för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier omfattade 25 frågor med ja respektive nej som svarsalternativ. Varje fråga som besvarades med ett ja erhöill ett poäng och de frågor som besvarades med nej fick ingen poäng. Det totala antalet poäng som artikeln kunde uppnå var således 25 poäng (Bilaga II). Artiklar som erhöill 21 poäng eller högre bedömdes ha hög kvalitet, 16-20 poäng som medelkvalitet och 15 poäng eller lägre bedömdes inte ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas i studiens resultat.

Den granskningsmall som användes för granskning av kvantitativa studier omfattade 29 frågor med ja respektive nej som svarsalternativ. Frågor som besvarades med ett ja fick ett poäng och frågor som besvarades med nej fick ingen poäng. Det totala antalet poäng som en artikel kunde erhålla var således 29 poäng (Bilaga III). Artiklar som erhöill 26 poäng eller högre bedömdes ha hög kvalitet, 20-25 poäng som medel kvalitet och 19 poäng eller lägre bedömdes inte ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas i studiens resultat.

2.4 Analys och tolkning av data

Samtliga valda artiklar som ligger till grund för resultatet i föreliggande litteraturstudie var skrivna på engelska. Därför bearbetades artiklarna i två steg.

Först lästes artiklarna igenom översiktligt för att återigen bedöma artikelns relevans i förhållande till studiens syfte och frågeställningar. Vid andra genomläsningen markerade uppsatsförfattaren relevanta områden i artiklarna. Dessa markerade områden översattes sedan till svenska för att säkerställa förståelsen av texten och minska risken för feltolkningar av uppsatsförfattaren. Slutligen sammanställdes de data som hämtats från artiklarna, vilket redovisas i denna litteraturstudies resultat (bilaga IV).

2.5 Etiska aspekter

Eftersom föreliggande studie var en litteraturstudie krävdes inget godkännande från den etiska prövningsnämnden. Uppsatsförfattaren har förhållit sig objektiv och behandlat litteraturen och resultatet objektivt, samt återgett dess resultat sanningsenligt och korrekt.

3. RESULTAT

Artiklarna som ligger till grund för studiens resultat redovisas i tabell 5 (bilaga IV).

3.1 Sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter kring beslut om att återuppliva patienter eller ej.

Tretton studier beskrev sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter omkring beslutet att återuppliva patienter eller ej (21-33).

Upplevelser och erfarenheter av delaktighet

Costello beskrev att den största utmaningen för sjuksköterskan var att ta hänsyn till patientens individuella behov och involvera denne i sin egen behandling (21). Syftet med studien var att utforska hur förhandsbeslut kring återupplivning fattades. De frågor som väcktes bland de 28 sjuksköterskorna var vad som kan legitimera beslut om att avstå från HLR. Informanterna ansåg att patientens egen förmåga att ta aktiv del i beslut omkring sin vård när det är lämpligt borde tillvaratas. Informanterna tolkade patientens sjukdom och prognos utifrån sina tidigare erfarenheter tillsammans med de normer och värden i den kontext de befann sig. Det framkom att frågor kring livets slut innefattar en rad moraliska aspekter, vilka ställde krav på sjuksköterskornas professionella förhållningssätt.

På liknande sätt redovisades resultaten från en annan studie (22) där majoriteten (98 %) av de 285 sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att hänsyn togs till patientens egna önskemål om att ta emot eller avstå från återupplivning. Vidare ansåg majoriteten av respondenterna att sjuksköterskan skulle vara med och bedöma patientens status. Sjuttien procent av deltagarna var av den uppfattningen att närstående skulle vara delaktiga i beslutet. Trots respondenternas inställning till delaktighet, togs besluten om att avstå från återupplivning i princip uteslutande av personalen. Patienten och/eller närstående var sällan delaktiga. Bristen på sjuksköterskans, patientens och de närståendes delaktighet upplevdes av respondenterna som mycket frustrerande. Sjuksköterskorna upplevde etiska dilemman, till exempel att inte kunna stödja patienten vid viktiga beslut, för att kunna underlätta patientens möjligheter till självbestämmande. Studiens resultat visade vidare att det inte fanns någon skillnad i patienternas möjlighet till delaktighet om enheten hade skriftliga riktlinjer avseende beslut rörande genomförandet av hjärt-lungräddning eller ej. Intensivvårdsjuksköterskor (n=70) i ovannämnda studie ansåg att enhetens karaktär och atmosfär bidrog till att avpersonalisera den svårt sjuke patienten. Vården av svårt sjuka patienter fokuserades på intensivvård och teknik, mer än en förberedelse för att dö.

Sjuksköterskorna ansåg att det fanns hinder för dem att agera som patientens advokat och ta tillvara patientens intressen avseende till exempel genomförandet HLR eller ej .

Kerridge visade i sin studie (23) att majoriteten av samtliga patienter och hälso- och sjukvårdspersonal som deltog i studien var av den uppfattningen att patientens vilja bör tas i beaktande i de beslut som handlar om att avstå från hjärt- lungräddning Sextio procent av patienterna uttalade önskemål om att vara delaktiga och ville ges möjlighet att ta förhandsbeslut om eventuell återupplivning. Färre patienter (34 %) jämfört med hälso- och sjukvårdspersonal (67 %) ansåg att patienterna alltid hade rätt att välja att avstå från återupplivning. Majoriteten av samtliga respondenter (80 %) i båda grupperna ansåg att läkaren var den som skulle ta beslutet vad gäller hjärt- lungräddning eller ej. Däremot var en tredjedel av respondenterna i patientgruppen av den åsikten att sjuksköterskan skulle vara engagerad i beslutsprocessen. Vidare ansåg mer än hälften av patienterna (55 %) och majoriteten av personalen (95 %) att patienten skulle vara den som tar beslut om hjärt- lungräddning eller ej. Majoriteten av personalen ansåg inte att det var okänsligt att diskutera eventuell återupplivning med patienterna. Endast ett fåtal patienter hade diskuterat återupplivning med sin läkare. Det framgick av studiens resultat att såväl patienter som personal ville att närstående skulle vara delaktiga i diskussionen.

I en brittisk studie där 78 sjuksköterskor deltog ansåg 73 % att personalen var de som fattade beslut för patienter som saknade förmåga att ta beslut om HLR (24). Syftet var att ta beslut som var i patientens bästa intresse, och respondenterna ansåg att patientens närstående skulle ges möjlighet till delaktighet i diskussionen. Att dokumentera och rapportera tagna beslut ansåg 94 % som viktigt. Respondenterna ansåg att överläkaren skulle konsultera sjuksköterskorna avseende patientens förmåga eller oförmåga till beslut kring återupplivning. Sjuksköterskans uppfattning var ofta av stor betydelse. Studiens resultat visade vidare att på grund av sjuksköterskans nära patientkontakt, var sjuksköterskan den som hade den bästa insikten och förståelsen för patientens önskemål. Det var sjuksköterskan som agerade som patientens advokat i beslutsfattandet kring hjärt- lungräddning.

I en belgisk studie där 81 sjuksköterskor deltog hade 75 % varit delaktiga i beslutet att avstå från hjärt- lungräddning (25). Tjugoåtta procent av deltagarna ansåg att sjuksköterskorna var delaktiga i alltför liten utsträckning vad gäller beslutet om hjärt- lungräddning eller ej. Sjuksköterskorna rådfrågades ibland men inte alltid.

Besluten diskuterades dock alltid bland sjuksköterskorna. I studien framkom även fördelar med att ta förhandsbeslut om hjärt- lungräddning eller ej, och vikten av sjuksköterskans tidiga engagemang i beslutsprocessen.

I Finland genomfördes en studie där 800 sjuksköterskor deltog (26). Sjuksköterskorna ansåg att beslut om att avstå från hjärt- lungräddning kunde ses som ett lagarbete mellan sjuksköterskor och läkare, som arbetar tillsammans med patient och närstående. Beslutet om att avstå från återupplivning togs oftast när patientens förmåga att ta beslut var nästan intill obefintlig. Det uppstod ibland etiska konflikter mellan hälso- och sjukvårdspersonal om kommunikationen dem emellan varit dålig eller om de hade olika uppfattning om vilket beslut som skulle tas. Majoriteten av respondenterna ansåg att det var viktigt att fråga de närstående om patienten inte själv uttryckt sin önskan om eventuell återupplivning. Mer än hälften av respondenterna hade diskuterat återupplivning med sina patienter och mindre än hälften ansåg att patienterna oftast var delaktiga i besluten. Femhundra nittio två sjuksköterskor angav att de förde diskussioner med de närstående när patienten saknade förmåga till att själv kunna vara delaktig i beslutsfattandet kring återupplivning. Mer än hälften ansåg att aktiv vård och behandling oftast höll på alltför länge. De problem som de associerade till besluten om att inte utföra hjärt- lungräddning var risken för konflikt med de närstående och patientens prognos. Flertalet sjuksköterskor rapporterade beslutet om att avstå från återupplivning som fattats av läkaren, till sina kollegor. Sjuksköterskorna uttryckte önskemål om att läkarna i högre grad skulle diskutera dessa frågor med patienterna och deras närstående.

Upplevelser och erfarenheter av riktlinjer

I Costellos studie (21) framkom att sjuksköterskor och läkare avvek från sjukhusets riktlinjer avseende återupplivning genom att inte låta patienten eller deras närstående vara delaktiga i besluten. Detta föreföll vara en medveten strategi för att skydda patienten och dess närstående från stress. Samma sjuksköterskor och läkare hade dessutom varit delaktiga i att skapa riktlinjer kring förhandsbeslut om att avstå från hjärt-lung räddning och implementera dem på enheten.

Mello och Jenkinson jämförde hur beslutsprocesserna såg ut kring återupplivning på olika sjukhus (27). I studiens resultat framkom att det fanns stora skillnader mellan de officiella riktlinjerna och hur beslut kring HLR eller ej fattades i praktiken. Ofta togs beslut för patienter utan patientens medverkan. Respondenterna var i liten utsträckning medvetna om sina lagstadgade skyldigheter.

Det anmärkningsvärda var att trots avsaknad av riktlinjer eller lagstadgade beslut trodde respondenterna att de hade skyldighet att utföra HLR i de situationer som krävde denna åtgärd. Hälften av respondenterna ansåg att beslut om att inte återuppliva var mer ett etiskt beslut än ett medicintekniskt beslut .

I en brittisk studie framkom att sjuksköterskorna ofta tvingades på egen hand, tillsammans med oerfarna läkare, fatta beslut om genomförandet av hjärt- lungräddning eller ej (28).

Detta inträffade speciellt på obekväma arbetstid. Sjuksköterskorna försökte initiera och påverka de mera erfarna läkarna att överväga ett förhandsbeslut om att ej återuppliva patienten för att undvika sådana situationer. Även om patienternas ålder var av betydelse för ett sådant ställningstagande, var det sekundärt för sjuksköterskorna. Förhandsbesluten om att inte återuppliva patienten fattades mest på grund av allvarlig sjukdom när det ansågs att återupplivningsförsök inte skulle vara meningsfullt för patienten. Det sjuksköterskorna uttalade som mest viktigt var till exempel önskemål att patienten inte skulle utsättas för onödigt fysiskt våld, att skydda patienten och att låta patienten behålla rätten till en värdig död utan kanyler, tuber, elchocker samt hjärtkompressioner. Sjuksköterskorna reflekterade vidare över att patienterna ibland hade orealistiska förväntningar på att återupplivning skulle lyckas, efter omfattande debatter i brittisk media.

Internationella jämförelser

Det viktigaste resultatet i Richter och Eisemanns studie var att förhandsbeslut om hjärt- lungräddning eller ej medgav en framkomlig väg för bevarandet av patientens autonomi (29). Patientens och närståendes önskan att vara delaktiga i beslutet kring vård och behandling var viktiga faktorer som 122 svenska sjuksköterskor värderade högre jämfört med 182 tyska sjuksköterskor. Studiens författare var av den uppfattningen att svenskar i gemen är mera engagerade som närstående inom sjukvården jämfört med närstående i Tyskland.

Det framkom vidare att det kunde vara ett etiskt dilemma om flera närstående till patienten hade olika uppfattning om vilken vård som skulle bedrivas och vilka beslut som behövde fattas, men resultatet visade ingen skillnad länderna emellan i det avseendet.

Etiska konflikter

I resultatet av en irländsk kvalitativ fenomenologisk studie deltog tre sjuksköterskor och två läkare (30). Det framkom att på vissa enheter inom vården tillämpades så kallade "slow-codes". Slow-codes innebär att återupplivande åtgärder avsiktligt dröjer så lång tid att patienten inte överlever. Slow-codes användes trots att det var emot rådande riktlinjer. Resultatet av studien visade att informanterna hade negativa erfarenheter vid tillämpning av slow-codes. Handlandet beskrevs som frustrerande och ledde till stress. Informanterna var av den uppfattningen att det upplevdes traumatiskt att tvingas utföra hjärt-lungräddning som med all sannolikhet skulle komma att misslyckas. Detta medförde en känsla av att spela teater och som meningslöst för patienten. Informanterna beskrev att orsaken till att "slow-codes" överhuvudtaget tillämpades var för att den som utförde återupplivningsförsöken, gjorde det beroende på den lagliga skyldigheten att utföra HLR vid avsaknad av förhandsbeslut. Informanterna var medvetna om att de bröt mot reglerna och det påverkade deras samvete. Intentionen att ändå bryta mot reglerna förklarades med att göra gott och för patientens bästa. Att legitimera tillämpningen av "slow-codes" blev resultatet av att inte ha diskuterat att avstå från hjärt- lungräddning med patienten eller deras närstående.

Resultatet av en kanadensisk studie där 405 intensivvårdssjuksköterskor deltog, visade att beslut om genomförandet av hjärt- lungräddning eller ej ofta övervägdes i vården av svårt sjuka patienter (31). Vården var oftast avancerad i syfte att rädda liv och bidrog till att sjuksköterskorna ibland engagerades i att vårda patienter där beslut om att avstå från återupplivning tagits. I och med att beslut togs lämnades sjuksköterskorna med de etiska dilemman som uppstod mellan att rädda liv kontra att ej utföra HLR. Sjuksköterskorna ifrågasatte besluten om att avstå från återupplivning och nyttan med fortsatt intensivvård för dessa patienter. Knappt hälften av respondenterna definierade återupplivning korrekt utifrån ett lagligt perspektiv. Resultatet visade att majoriteten av intensivvårdssjuksköterskorna skulle utföra återupplivningsförsök om inte ett förhandsbeslut om att avstå detsamma tagits, även om patienten troligen inte skulle överleva. Sjuttien procent av respondenterna ansåg att ett förhandsbeslut om att avstå från återupplivning togs när patientens livskvalitet bedömdes som dålig. Över hälften av sjuksköterskorna var av den uppfattningen att beslut om HLR eller ej fanns väl dokumenterade i patientens journal. Sjuttio procent av sjuksköterskorna hade lagt märke till att läkarna tvekade inför dokumentation av besluten. Majoriteten av respondenterna ansåg att patienten och de närståendes önskningar kring vården var viktiga.

I stort sett samtliga läkare och 81 % av sjuksköterskorna var vanligen involverade i beslutsfattandet kring återupplivning, liksom 97 % av patienterna samt 95 % av de närstående. Trots att sjuksköterskorna befann sig i nära patientvård, ansåg mer än hälften att de initierade diskussioner med patienten eller närstående kring återupplivning, medan något färre än hälften istället initierade den diskussionen med läkaren. Sjuksköterskorna kände sig osäkra på sin roll i beslutsprocessen, och 42 % angav att de var rädda för att hamna i olika etiska konflikter efter beslutet fattats. Majoriteten av studiens deltagare var av den uppfattningen att det skulle vara sjuksköterskan eller läkaren som skall initiera diskussionen om återupplivning med patienten.

I en Israelisk studie där 213 sjuksköterskor deltog framkom att patienter och deras närstående sällan tillfrågades om beslut kring återupplivning (32). En tredjedel av sjuksköterskorna hade aldrig eller nästan aldrig engagerat eller tillfrågat patienten eller deras närståendes om deras uppfattning omkring hjärt- lung räddning. Respondenterna angav som skäl till att inte engagera patient och närstående, att det var för svåra frågor att ta ställning till för patienten. Det medförde etiska problem såsom livets värde, autonomi, och nytta för patienten tillsammans med en känsla av frustration och ambivalens hos respondenterna att möta detta.

Återupplivning inom palliativ vård

Inom den palliativa vården kunde ingen av de 37 respondenterna erinra sig om att återupplivningsförsök hade skett på deras enhet (33). Syftet med denna studie var att belysa etiska dilemman kring hjärt- lungräddning inom palliativ vård. Trettiofyra respondenter hade aldrig diskuterat återupplivning med någon patient. De viktigaste gemensamma faktorerna som de ansåg vara viktiga att ta i beaktande vid beslut om att avstå från återupplivning var patientens prognos, livskvalitet samt patientens önskemål. Det var endast fyra sjuksköterskor som ej tog hänsyn till patientens ålder. Flertalet (n=35) av respondenterna saknade riktlinjer kring hjärt- lungräddning på sin enhet och 21 av sjuksköterskorna ansåg sig ha kompetens för genomförandet av HLR. Endast fem sjuksköterskor hade genomgått utbildning i hjärt- lungräddning det senaste året, och knappt hälften av de tillfrågade hade inte utbildats i HLR på mer än tre år. Studiens resultat visade vidare att flertalet respondenter överskattade möjligheterna att lyckas med återupplivning, och att regelbunden utbildning samt tillgång till medicinteknisk utrustning är av avgörande betydelse. Studiens författare lyfte fram vikten av att visa respekt för patientens självbestämmande om återupplivning och möjligheten till några extra timmar/dagars överlevnad som kunde leda till ökad livskvalitet för patienten.

Detta kunde leda till att beslutet om att avstå från HLR uppfattades som dubbla budskap vad gäller innebörden av palliativ vård för patient, närstående och vårdpersonal.

3.2 Patientens och närståendes möjlighet att delta i beslut om återupplivning eller ej

Nio studier beskrev hur och i vilken omfattning patienter och deras närstående hade eller inte hade möjlighet till att vara delaktiga i beslutet om att utföra hjärt- lungräddning eller ej (21,27,34-40).

Upplevelser och erfarenheter av delaktighet

I Mello och Jenkinsons studie (27) framkom att diskussionerna med patienterna angående återupplivning var av dålig kvalitet. Det var sällan läkarna gav patienterna tillräckligt tillfredställande information så att patienterna kunde vara delaktiga i beslutet kring hjärt- lungräddning eller ej. Studiens resultat visade att respekt för patienternas möjligheter till självbestämmande var näst intill obefintliga.

I en svensk studie med 300 respondenter, var 104 deltagare läkare och 196 sjuksköterskor (34). Studiens resultat visade att 253 av de 300 respondenterna hade medverkat i beslut som berört återupplivning. Majoriteten, det vill säga 279 respondenter ansåg att sådana beslut skall diskuteras med de patienter som har förmåga till att vara delaktiga i beslutet kring återupplivning. Endast 21 respondenter ansåg att patienten inte skulle vara delaktig i beslutet. Vidare framkom det att det inte fanns någon skillnad avseende hur läkarna respektive sjuksköterskorna resonerade kring frågan. Respondenterna uppskattade att cirka en tredjedel av deras patienter varit delaktiga i besluten avseende hjärt- lungräddning. De flesta beslut om att avstå från återupplivning togs utan patientens eller deras närståendes delaktighet och utan att förvissa sig om vad patienten hade för önskemål. Respondenterna angav flera faktorer som påverkade deras beslut att inte engagera patienten, som till exempel att inte utsätta patienten för onödigt lidande och riskera att patienten skulle utsättas för ångest och vanda. Respondenterna var av den uppfattningen att beslutet om hjärt- lungräddning oftast togs för sent. Detta innebar att patienten inte längre kunde vara delaktig i beslutet på grund av försämrat hälsotillstånd.

Resultatet av en studie med fokusgrupper beskrev hur 17 friska äldre informanter resonerade kring återupplivning, samt hur de såg på möjligheterna att själva vara delaktiga i ett sådant beslut (35).

Informanterna var indelade i två fokusgrupper där den enda gruppens deltagare var yngre än i den andra gruppen. Informanterna ansåg att ansvarig läkare alltid skulle diskutera med patienten och dennes närstående omkring ett beslut att avstå från återupplivning när det så var lämpligt. Däremot ville inte alla informanter ta ställning för egen del. I gruppen med yngre informanter ville deltagarna i högre utsträckning vara delaktiga i beslut kring återupplivning medan gruppen med äldre informanter uttryckte inte alltid en sådan önskan. I fokusgruppernas diskussioner framkom att bättre utbildning av sjukvårdspersonalen skulle underlätta och förbättra patienternas möjligheter till självbestämmande. Informanterna pekade på svårigheterna att diskutera känsliga ämnen med för dem främmande människor. Informanterna uttryckte vidare att det finns potential att utveckla sjuksköterskornas roll inom vården. De ansåg att sjuksköterskan hade en mer patientnära kontakt jämfört med läkarna. Genom sjuksköterskornas mera regelbundna kontakt med patienterna och närstående, skulle det ge sjuksköterskan större möjligheter att lättare kunna ta upp dessa svåra frågor och vara mera delaktig i beslutsprocessen som ett stöd för patienten.

En amerikansk studie där 362 patienter deltog, beskrev hur stor andel av svårt sjuka patienter som föredrog att deras närstående eller deras läkare fattade beslut för dem om att avstå från återupplivning (36). Det framgick av studiens resultat att 279 patienter uttryckte ett sådant önskemål. Resterande 83 patienter ville att de önskemål om återupplivning som de tidigare framfört till sjukvården skulle göras gällande. Mer än hälften av respondenterna (260 patienter) uttalade ett önskemål att erhålla hjärt-lung räddning i händelse av ett plötsligt hjärtstopp. Det framgick inte av studiens resultat vilka underliggande faktorer som gjorde att deltagarna fäste så stor vikt vid att låta andra fatta besluten för dem.

Upplevelser och erfarenheter av förhandsbeslut om återupplivning

I en finsk studie där 220 äldre personer deltog, var hälften av deltagarna av den åsikten att de skulle vilja återupplivas i händelse av hjärtstopp (37). Deltagare som skulle vilja bli återupplivade uppfattade att möjligheterna att överleva ett hjärtstopp var högre än de som inte föredrog återupplivning.

De 114 respondenter som önskade återupplivning angav skäl som¹;

” Livet är dyrbart och värt att leva”

”Att vidmakthålla liv är ett värde i sig”

”Jag känner mig behövd av min familj och mina närmaste”

Däremot, av de 106 personer som inte skulle vilja återupplivas angav skäl som²;

”Jag är redan gammal och har levt ett fullt liv”

”Människan kan inte bestämma över sådana saker”

”Mitt liv är inte värt att leva”

”Jag känner mig inte behövd av min familj längre”

Anmärkningsvärt var att endast 26 av de 220 respondenterna medgav att rädsla för döden påverkade deras ställningstagande³;

”Jag är rädd för döden”

Studiens resultat visade att de faktorer som ansågs vara viktiga för respondenterna i ställningstagandet till återupplivning var ett meningsfullt liv, familj, vänner och religiösa aspekter. Det framkom av resultatet att vårdplanering där patient och närstående är delaktiga kan vara ett sätt att förbereda patienten på vård i livets slut. Det ger möjligheter att tillsammans med patienten föra goda etiska resonemang och värdera moraliska och religiösa aspekter.

I Elliot och Olvers studie intervjuades cancerpatienter och deras närstående (38). Patienterna befann sig i slutstadiet av sin sjukdom. I studiens resultat visade det sig att informanternas beslut om att vilja återupplivas eller inte tolkades som liktydigt med att välja mellan att leva eller dö. Informanterna kände att de tvingades göra etiska värderingar, värdera den sjukes liv och livskvalitet samt värdera relationen till varandra.

¹ ”Life is precious and worth living”, “Maintaining life is a value of its own”, “I feel needed by my family and my closest” (37, sid.168)

² ”I have already gained old and led a full life”, ”People cannot decide these things”, ”My life is not worth living”, ”I don’t feel needed by my family anymore” (37, sid.168)

³ ”I have fear of death” (37, sid.168)

Det framkom av studiens resultat hur svårt det kan vara för närstående att vara delaktiga i beslut kring återupplivning. En del av det resonemang som fördes var att endera är patientens liv inte värt att leva eller satsa på, eller att familjen bryr sig inte tillräckligt för att vilja att de ska leva, ställt emot att deras älskade nära hålls vid liv under oacceptabla omständigheter.

En annan studie där 60 cancerpatienter och 32 närstående deltog, tillfrågades respondenterna om sin uppfattning om patienten önskade bli återupplivad i händelse av ett hjärtstopp (39). Respondenterna informerades bland annat om att överlevnaden är mindre än en procent vid plötsligt oväntat hjärtstopp och en samtidig cancerdiagnos. Trettiofem av patienterna önskade bli återupplivade i händelse av ett hjärtstopp och 38 patienter ville att ett eventuellt förhandsbeslut om att avstå från återupplivning alltid skulle diskuteras med patienten.

Tjugo av de närstående angav önskemål om att deras sjuke anförvant skulle återupplivas. Majoriteten av de närstående var av den uppfattningen att beslutet kring hjärt- lungräddning skulle diskuteras med patienten. Mer än hälften av de närstående uttryckte önskemål om att vara delaktiga i diskussionen. Studiens resultat visade en stark korrelation mellan patienternas och deras närståendes uppfattning om hur ett eventuellt beslut skulle fattas. Tjugotvå patienter uttalade ett önskemål om återupplivning i händelse av ett hjärtstopp, men endast en av dessa patienter hade diskuterat detta med sin läkare. Läkarna fattade besluten om att avstå från återupplivning uteslutande utifrån kliniska faktorer. Det framgick av studien att trettiofyra av de patienter som deltog i studien, bedömdes av läkarna som ej lämpliga att återupplivas.

De faktorer som patienterna ansåg vara viktiga var bland annat livskvalitet och önskan att leva.

Internationella jämförelser/kulturella skillnader

För att beskriva kulturella skillnader i resonemanget kring återupplivning genomfördes en Japansk enkätstudie där sammanlagt 127 japanska sjuksköterskor deltog (40). Avsikten med studien var att beskriva Japanska sjuksköterskors attityd till utveckling av riktlinjer om återupplivning, vilket Konishi ansåg vara en skillnad jämfört med attityder hos sjuksköterskor i västvärlden. Enligt Konishi informerades patienter och närstående i Japan normalt inte om sjukdom, prognos och behandling, om patienten inte var allvarligt sjuk. Vid svår sjukdom informerades endast de närstående. Vid ett beslut om att avstå från återupplivning informerades aldrig patienten. Sjuksköterskorna i studien var indelade i två grupper. Den ena gruppen bestod av 65 sjuksköterskor verksamma i patientomvårdnad. Den andra gruppen bestod av 62 sjuksköterskor i arbetsledande position.

I gruppen sjuksköterskor verksamma i patientomvårdnad, ansåg 55 av dem att beslut om att avstå från återupplivning skall baseras på patientens val. Ju längre erfarenhet sjuksköterskorna hade, i desto högre grad ansåg de att patienten skulle ha möjlighet till delaktighet. Mer än hälften av sjuksköterskorna ansåg att beslut om att inte återuppliva en patient skall tas när det är mest lämpligt, vilket oftast betydde snarast. Vidare ansåg de att det var viktigt att införa riktlinjer för hjärt- lungräddning samtidigt som de var av den uppfattningen att patientens önskemål var en viktig komponent. Av de 62 sjuksköterskorna i arbetsledande position ansåg endast nio sjuksköterskor att det skulle vara möjligt att implementera riktlinjer kring återupplivning på sin enhet. Majoriteten, det vill säga 50 av deltagarna ansåg att det inte skulle vara möjligt, eftersom patienterna i regel inte informerades om sin diagnos och prognos. Sjuksköterskorna var av den uppfattningen att patienternas familjer skulle bedöma att det skulle bli för hemskt för patienten och därför skulle vilja hålla honom/henne utanför svåra beslut. Studiens resultat visade att psykosociala och kulturella faktorer förhindrade patienternas möjlighet till delaktighet i beslutet om att återupplivas eller ej. Konishis slutsats var att individuell autonomi bygger på västerländska etiska principer som inte är möjliga att tillämpa i Japan, där harmoni inom familjen har ett mycket högt värde. För att kunna införa riktlinjer om återupplivning måste dessa anpassas kulturellt.

4. DISKUSSION

4.1 Sammanfattning av resultat

Resultatet av föreliggande litteraturstudie visade att de faktorer som påverkar beslutsfattandet kring hjärt- lungräddning är mycket komplexa. Tretton studier (21-33) beskrev sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter kring beslutet om återupplivning. Resultaten från flera studier redovisade att majoriteten av respondenterna/informanterna ansåg att patienten och de närstående bör ges möjlighet att vara delaktiga i beslut omkring återupplivning.

Trots att patienten har laglig rätt till delaktighet och självbestämmande omkring sin vård och behandling, så informerades sällan patienten eller de närstående om beslutet om återupplivning eller ej. Detta bekräftades av flertalet studier (21-22,26-27,29,32). Beslutsprocessen kring återupplivning förändrades inte, trots utarbetade riktlinjer (22,27). Eftersom sjuksköterskor ofta är de som arbetar nära patienten, ges de möjligheter att agera som advokat för patienten och dess närstående i syfte att hjälpa till att föra patientens talan.

Flertalet studier visade att etiska dilemman kan uppstå i sjuksköterskans yrkesutövning kring beslutsprocessen när det gäller förhandsbeslut om att avstå från återupplivning (22,26,28,30-32,40). Färre studier beskrev hur och i vilken utsträckning patienter och deras närstående gavs möjlighet till delaktighet i beslut omkring återupplivning (21,26-27,33-40).

4.2 Resultatdiskussion

Resultatet av föreliggande litteraturstudie visade att flertalet studier (21-33) beskrev sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter kring beslutsfattandet om återupplivning eller ej.

Innebörden av ett förhandsbeslut om att avstå från återupplivning uppfattar uppsatsförfattaren som att avstå från hjärt-lung räddning i händelse av ett plötsligt oväntat hjärtstopp.

Därigenom ges patienten ingen möjlighet till fortsatt överlevnad. All annan vård och behandling ges till patienten utifrån läkarordinationer i varje enskilt fall. Vid avsaknad av ett förhandsbeslut om att avstå från hjärt- lung räddning innebär att patienten i händelse av ett plötsligt oväntat hjärtstopp blir föremål för återupplivande åtgärder och därigenom fråntas rätten till en värdig och fridfull död.

Även om möjligheterna till överlevnad efter ett plötsligt oväntat hjärtstopp är ringa finns personer som hade genomgått HLR och ansåg att de inte hade sämre livskvalitet än andra friska individer (7). Detta talar för att hjärt- lung räddning i vissa fall är mycket gynnsamt, i de fall där patienten överlever efter hjärtstopp och HLR och kan leva ett gott liv utan större komplikationer och med god livskvalitet. När patientens tillstånd är sådant att återupplivande åtgärder inte är meningsfulla ur vare sig medicinskt eller etiskt perspektiv, så anser uppsatsförfattaren att det är viktigt att patienten och de närstående inbjuds att vara delaktiga i beslut kring att avstå från återupplivning.

Läkaren är den som skall ta beslutet om att avstå från återupplivning, och är skyldig att välja det alternativ som bäst tillgodoser patientens behov (8,9). Uppsatsförfattaren är medveten om att sjuksköterskor inte har någon laglig rätt att ta beslut avseende olika medicinska åtgärder och livsuppehållande åtgärder. Däremot är sjuksköterskors medverkan i beslutsfattandet kring återupplivning viktigt, därför att bland annat skydda patienten och tillgodose de svagare individernas rättigheter, att agera som advokat för patienten samt medverka till att lösa de problem som uppstår. Sjuksköterskans yrkesansvar innebär att arbeta utifrån sjuksköterskans etiska kod (13).

Flertalet studiers resultat som ingick i föreliggande litteraturstudie (21-23,29,31) gav uttryck för vikten av att ta tillvara patientens förmåga att ta beslut avseende HLR eller ej. Vidare ansågs det vara viktigt att stödja patients delaktighet i beslutsprocessen kring återupplivning. Det framgår bland annat av riktlinjer utgivna av Socialstyrelsen (8) att återupplivning i möjligaste mån skall diskuteras med patienten och dess närstående. Även om lagar, förordningar och allmänna råd kan vara olika länder emellan med hänsyn till beslut avseende HLR eller inte, togs oftast beslutet utan patientens medverkan (21,22). Beslutet upplevdes som starkt frustrerande och det ledde till uppkomsten av olika etiska dilemman. Uppsatsförfattaren anser att om det finns möjlighet för sjuksköterskan att agera som patientens advokat, kan detta i sig vara ett sätt att för patienten visa sin delaktighet i beslut kring återupplivning, vilket bekräftas av Richter och Eisemanns studie (14). Som patientens advokat kan sjuksköterskan att tillmötesgå patientens önskemål och hindra att sjuksköterskan agerar mot patientens vilja.

Det framgick att sjuksköterskor sällan eller nästan aldrig tillfrågade patienter och närstående om beslut kring hjärt-lung räddning (32). Sjuksköterskegruppen ansåg att det var för svåra frågor för patienten att ta ställning till och kände en rädsla inför att möta detta. Uppsatsförfattaren anser att sjuksköterskor behöver synliggöra sin egen roll och värdera sina egna attityder kring innebörden av livskvalitet och i vems intresse beslut om att avstå från hjärt- lung räddning fattas samt hur patienter och deras närstående kan uppmuntras att ta aktiv del i sin vård och behandling. Om patienter och närstående inte ges möjlighet att vara delaktiga i beslutsfattandet kring återupplivning, fråntas de rätten till självbestämmande och besluten kommer även fortsättningsvis att tas utan deras medverkan.

Det framkom att enbart skrivna riktlinjer inte förändrade hur beslutsfattandet kring HLR genomfördes i praktiken (27,28). Patienterna involverades i mycket låg grad. Det ansågs att beslut omkring återupplivning kunde ses som ett mera etiskt beslut än ett medicintekniskt beslut (27). Uppsatsförfattaren instämmer med att beslut avseende återupplivning baseras på ett antal påverkande faktorer där samtliga etiska principer kan tas i beaktande. Egentligen finns det inget rätt eller fel, eftersom de etiska principerna således kan ställas mot varandra. För att om möjligt kunna beskriva skillnaden mellan ett etiskt problem och ett etiskt dilemma, så uppfattar uppsatsförfattaren att ett etiskt problem kan lösas men inte ett etiskt dilemma. Ett etiskt dilemma skulle kunna beskrivas som ett val mellan minst två likvärdiga otillfredsställande alternativ, som innefattar flera faktorer att ta hänsyn till.

Det kan bland annat vara mänskliga faktorer som till exempel; personliga principer, känslor och egna övertygelser om vad som är rätt och riktigt i den uppkomna situationen. Johnstone (11) menade att nyttoprincipen samt principen att inte skada kan tillämpas när resultatet av en åtgärd orsakar ytterligare lidande för patienten.

Uppsatsförfattaren anser att inte utföra återupplivningsåtgärder kan vara att skada patienten och leder till döden oavsett om döden är oundviklig eller ej. Patientens rätt till återupplivning samt sjuksköterskans skyldigheter att utgår utifrån gällande föreskrifter att utföra HLR, kan leda till en kollision mellan principen att göra gott och främja hälsa. En värdig och fridfull död är att göra gott och därigenom minska patientens lidande. Detta kan bekräftas med resultatet i Basiros studie (28) som visade att just sådana skäl att skydda patienten från onödigt lidande var en av orsakerna till att sjuksköterskorna försökte initiera förhandsbeslut om återupplivning. På så sätt kunde sjuksköterskorna undvika att ställas inför akuta situationer och tvingas påbörja återupplivning, där patienten riskerade att fråntas rätten till en fridfull och värdig död.

Att arbeta enligt så kallade ”slow-codes”, var ett sätt för sjuksköterskan att legitimera sitt handlande utifrån bristen på förhandsbeslut (30). Uppsatsförfattaren är av den uppfattningen att även om det inte är klart uttalat, så förekommer liknande diskussioner och tankegångar inom den svenska sjukvården. Att ta ett förhandsbeslut om att avstå från återupplivning kräver stor försiktighet. Patienter som är inneliggande på sjukhus är särskilt sårbara. Information om en så komplex och känslig fråga som återupplivning kanske inte kan tas emot eller uppfattas rätt under dessa omständigheter. För att undvika riskerna med att utsätta patient och närstående för stress och obehag kring diskussioner om återupplivning, så legitimeras ibland handlandet att ändå utföra hjärt- lung räddning trots att patienten troligen inte kommer att överleva.

Däremot framgick det av en annan studie (31) att majoriteten av sjuksköterskorna skulle utföra återupplivningsförsök om förhandsbeslut saknades. Detta talade för att sjuksköterskorna oftast agerade utifrån sina lagliga skyldigheter. Uppsatsförfattaren anser att detta agerande tyder på högt ansvarskännande hos sjuksköterskor utifrån lagligt perspektiv (8,9) men medför konsekvensen att etiska problem inte ges tillräckligt med uppmärksamhet i yrkesutövningen. Införandet av till exempel etiska ronder på enheten kan vara en framkomlig väg att öka hälso- och sjukvårdspersonalens medvetenhet om hur viktigt det är att etiken ges ett större utrymme i patientomvårdnaden.

Sjuksköterskan var den som erhöll mycket värdefull information om patienten, och den som hade den bästa insikten och förståelsen för patientens önskemål (24). Sjuksköterskan fick därmed möjlighet att agera som advokat för patienten och att föra patientens talan. Detta bekräftas av en annan studie (25) där en tredjedel av sjuksköterskorna ansåg att de var involverade i alltför låg utsträckning i beslutsfattandet om återupplivning. Uppsatsförfattaren anser att det finns en slags tradition hos hälso- och sjukvårdspersonal att tro att de är de mest kompetenta att fatta beslut för sina patienter. Ett slags beskyddande av patienten som kolliderar med patientens rätt till självbestämmande. Genom att öka självkännedomen hos sjuksköterskor skulle det kunna bidra till en bättre förberedelse för dem att bemöta frågor från patienter och närstående kring återupplivning.

Finska sjuksköterskor ansåg att beslutet kring livsuppehållande åtgärder oftast togs för sent, när patienten saknade förmåga att kunna delta i beslutet (26). Ansvaret lades på patientens närstående och vårdpersonalen och beslutet fattades utifrån vad de närstående och personalen uppfattade vara i patientens bästa intresse. Uppsatsförfattaren anser att sjukvårdspersonalen i högre grad bör förutsätta att samtliga patienter innehar förmåga till att fatta egna beslut omkring sin vård och behandling så länge inte motsatsen är bevisad. En klar och redig patient kan förstå och ta emot information, fatta egna beslut och förstå vilka konsekvenser beslutet leder till. Ytterligare utbildning i etik samt kommunikationsträning skulle underlätta för sjuksköterskor att förstå sin egen roll och tydliggöra beslutsprocessen kring återupplivning.

När det gäller patienter och närståendes möjligheter till delaktighet i beslut om återupplivning, så visade föreliggande litteraturstudies resultat att det fortfarande är ett relativt outforskat område. Endast nio studier beskrev resultat ur patienters och närståendes perspektiv (21,27,34-40). Det fanns studier som belyste att det förekom att patienten och/eller närstående inte behandlades som självständiga individer med respekt för självbestämmande och integritet (21,27). Läkarna gav inte patienterna tillräckligt med information för att kunna vara delaktiga i besluten som rörde återupplivning. Att inte involvera vare sig patienten eller närstående var en medveten strategi för att skydda patienten och de närstående från stress (21) .

Uppsatsförfattaren anser att det är av stor vikt att engagera patienten såväl som de närstående i frågor som rör livets slut. Det handlar om att tillse att alla berörda är delaktiga och får adekvat information om patientens tillstånd. Detta bekräftas av Löfmark och Nilstuns studie (34) som visade att flertalet av respondenterna ansåg att beslut kring återupplivning alltid skall diskuteras med de patienter som har förmåga att kunna fatta beslut.

Resultatet från två studier (35,37) visade att deltagarna ansåg det vara viktigt att patienter och deras närstående skulle involveras i besluten omkring återupplivning. Däremot ville inte alla deltagare i Philips och Woodwards studie (35) ta ställning till återupplivning för egen del. De pekade bland annat på svårigheterna att diskutera känsliga saker med främmande människor.

Elliott och Olvers resultat (38) visade att patienterna och deras närstående tolkade beslut kring återupplivning eller inte, som ett val mellan att leva eller att dö, tillsammans med ett antal etiska värderingar som de måste ta ställning till. Uppsatsförfattaren är av den uppfattningen att en viss begreppsförvirring tycks råda om vad ett beslut om att avstå från återupplivning egentligen innebär. Det förekommer olika tolkningar av innebörden av ett sådant beslut, där beslutet betyder allt ifrån att enbart avstå från hjärt-lung räddning till att patientens behandling övergår från kurativ till palliativ vård. Detta påvisar betydelsen av det är nödvändigt med utveckling av tydlig information till patienter och närstående. Det är också viktigt att fundera på när informationen skall ges.

Ackroyd, Russon och Newell (39) informerade sina respondenter att möjligheten till överlevnad med en samtidig cancerdiagnos är mindre än en procent. Ändå angav 58 % av patienterna att de önskade bli återupplivade i händelse av ett hjärtstopp. Ibland är människans uppfattning om möjligheter till överlevnad genom återupplivning oralistiska. Tack vare olika debatter i media, film, TV-serier och annat presenteras en bild av att flertalet patienter som drabbats av hjärtstopp överlever, än vad som i verkligheten är möjligt (2, 6). När ett förhandsbeslut om att avstå från återupplivning inte har föregåtts av adekvat information till patienter och närstående, så anser uppsatsförfattaren att det finns risk för att patientens och/eller dennes närståendes förväntningar kring återupplivning vida överstiger vad sjukvården kan åstadkomma. Om informationen till patienten och de närstående varit bristfällig kan de misstolka ett beslut om att avstå från återupplivning, som liktydigt med att avstå och tacka nej till all vård och behandling och därigenom erhålla en andra klassens vård. Både Ackroyd, Russel och Newell (39) och Hyun och Kjervik (36) lyfte fram att de ansåg att patientens närstående skulle ha en framträdande roll och vara delaktiga i beslutsfattandet kring återupplivning, i motsats till informanterna i Elliot och Olvers (38) studie, där informanterna lyfte fram det som snarare besvärligt att behöva ta beslut för sin sjuke anförvant.

Olika religiösa och kulturella skillnader har betydelse för hur beslut omkring återupplivning kommuniceras och fattas på olika ställen i världen. I den japanska studien (40) visade resultatet att det troligtvis inte är möjligt att införa riktlinjer omkring återupplivning i Japan.

De japanska sjuksköterskorna var positiva till att göra patienten mera delaktig i besluten omkring sin vård och behandling men eftersom deras kultur skiljer sig så markant från övriga västvärlden måste sådana riktlinjer anpassas kulturellt. I Sverige anger Hälso- och sjukvårdslagen (9) att hänsyn skall tas till religiösa och kulturella skillnader .

Uppsatsförfattarens erfarenhet är att besluten oftast tas utifrån de normer som finns i Sverige, utan större hänsyn till sådana olikheter. Med den ökade invandringen har den Svenska sjukvården en stor utmaning att anta ur detta perspektiv.

4.3 Metoddiskussion

Eftersom uteslutande engelsk litteratur användes till föreliggande litteraturstudie har processen varit tidskrävande. Ett genomgripande arbete med att översätta materialet genomfördes för att undvika feltolkningar. En viss risk kan ändå finnas för misstolkning av data. Citat ur artiklar i denna litteraturstudie har även skrivits på ursprungsspråket för att minimera risken för feltolkningar av uppsatsförfattaren.

Processen inleddes med en översiktlig litteratursökning där nyckelorden modifierades efter hand. Det framgick att det genomförts få studier som speglar patientens och närståendes syn på delaktighet, utifrån föreliggande studies syfte och frågeställningar. De artiklar som valdes ut granskades kritiskt och poängsattes utifrån granskningsmallar (19,20), för att säkerställa den vetenskapliga kvaliteten (bilaga II-III).

Vid artikelgranskningen framgick det inte alltid klart och tydligt om studien genomgått etisk granskning och godkänts av en etisk prövningsnämnd. Detta kan ha haft inverkan på de valda artiklarnas kvalitet. För publicering i vetenskapliga tidskrifter krävs ett godkännande från en etisk prövningsnämnd och uppsatsförfattaren har gjort bedömningen att samtliga artiklar var prövade. Resultatet kan även ha påverkats av att använda artiklar från andra länder än västvärldens, eftersom religiösa och kulturella skillnader kan ha haft inverkan på etiska ställningstaganden. De artiklar som speglade patienters och närståendes möjlighet till delaktighet i beslutet omkring återupplivning var inte många, vilket försvårat att dra slutsatser utifrån deras perspektiv i denna litteraturstudie.

4.4 Förslag till ytterligare forskning

Uppsatsförfattaren vill understryka att sjuksköterskor dagligen befinner sig i olika arbetssituationer där de agerar i klinisk verksamhet. Denna yrkesgrupp är alltid ansvarig för konsekvenserna av sina yrkesmässiga handlingar. När det gäller beslut kring återupplivning finns behov av att ytterligare utforska de underliggande faktorer som påverkar beslutsprocessen och vilka faktorer som underlättar respektive förhindrar patienter och närståendes möjligheter till delaktighet.

Ytterligare studier kring återupplivning är en nödvändighet för utveckling av omvårdnaden av patienter som riskerar att drabbas av ett plötsligt oväntat hjärtstopp, samt att höja kvaliteten på omvårdnaden. Detta kommer att bidra till att kunna erbjuda patienten en god och säker vård utifrån sjuksköterskans profession och de etiska regelverk som styr sjuksköterskeyrket. Resultatet av föreliggande litteraturstudie visade att besluten om att avstå från återupplivning ofta grundar sig på personliga, ekonomiska, etiska samt medicinska faktorer som det finns ett behov av att belysa ytterligare utifrån sjuksköterskans yrkesområde.

Eftersom det föreligger brist på forskning som speglar patientens och närståendes möjligheter till delaktighet kring beslutet om återupplivning eller ej, så finns även ett behov av att fördjupa kunskaperna ur deras perspektiv.

5. REFERENSER

1. Socialdepartementet (hemsida på Internet). Döden angår oss alla – värdig död vid livets slut. Delbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede. SOU 2000:6 (uppdaterad 29 februari 2008, citerad 14 mars 2008). Tillgänglig på:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/5A6DA0B1-06B4-40B3-9926-7D71980D5563/2089/1992702.pdf>
2. Svenska Cardiologiföreningen (hemsida på Internet). Nationellt register för hjärtstopp på sjukhus. Årsrapport 2006 (citerad 14 mars 2008). Tillgänglig på:
http://www.hlr.nu/skrivet_om_hlr/nat_reg_hlr/nat_reg_in_hosp/register2006.pdf
3. Socialstyrelsen (hemsida på Internet). Riktlinjer för hjärtsjukvård.2004-102-1 ISBN:91-7201-874-7 (uppdaterad 18 juni 2004, citerad 14 mars 2008). Tillgänglig på:
<http://www.sos.se/FULLTEXT/102/2004-102-1/2004-102-1.pdf>
4. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. JAMA 1960;173:1064-1067
5. British Medical Association (hemsida på Internet). A joint statement of the British Medical Association, The Resuscitation Council (UK) and The Royal College of Nursing. Decisions relating to cardio-pulmonary resuscitation. October 2007. (uppdaterad november 2006, citerad 14 mars 2008). Tillgänglig på:
[http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFCPRDecisions07/\\$FILE/DecisionsRelatingResusReport.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFCPRDecisions07/$FILE/DecisionsRelatingResusReport.pdf)
6. Elshove-Bolk J, Guttormsen AB, Austlid I. In-hospital resuscitation of the elderly: Characteristics and outcome. Resuscitation 2007;74 372-376
7. Horsted TI, Rasmussen LS, Meyhoff CS, Nielsen SL. Long term prognosis after out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation 2007;72 214-218

8. Socialstyrelsen (hemsida på Internet). Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede. Allmänna råd från Socialstyrelsen. SOSFS 1992:2 (uppdaterad 29 februari 2008, citerad 14 mars 2008). Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/5A6DA0B1-06B4-40B3-9926-7D71980D5563/2089/1992702.pdf>
9. Svensk författningssamling 1982:763. Hälsa och sjukvårdslagen. Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård. 37:e upplagan. Stockholm; Liber AB 2006.
10. Svenska läkaresällskapet (hemsida på Internet) Delegationen för medicinsk etik. Riktlinjer för beslut angående hjärt- lung räddning (HLR). 2000:6 (uppdaterad mars 2008, citerad 14 mars 2008). Tillgänglig på: <http://www.svls.se/cs-media-old/xyz/000001299.pdf>
11. Johnstone M-J. Bioethics: A nursing perspective. 4:e upplagan. Australien; Southwood Press Elsevier 2004
12. Sahlgrenska universitetssjukhuset (hemsida på Internet) Etiskt forum. Medicinsk etiska riktlinjer för hjärt-lung räddning (HLR). (uppdaterad 26 februari 2008, citerad 14 mars 2008). Tillgänglig på: <http://sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/medinfo/hlr.pdf>
13. Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Brommatryck & Brolins AB 2007
14. Ritcher J, Eisemann MR. Attitudinal patterns determining decision-making in severely ill elderly patients: a cross-cultural comparison between nurses from Sweden and Germany. International Journal of Nursing Studies 2004;38 301-388
15. Löfmark R, Nilstun T. Informing patients and relatives about DNR decisions. Attitudes of cardiologists and nurses in Sweden. Journal of Internal Medicine 1998;243 191-195
16. Svensk författningssamling Patientjournalagen 1985:562 3§. Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård. 37:e upplagan. Stockholm; Liber AB 2006.
17. Frieberg H, Adolfsson A, Lundberg D. Decisions not to resuscitate in a Swedish university hospital. Acta Anaesthetica Scandinavia 1997;41(10)1263-1266

18. Niemi-Murola L, Mäkinen M, Castren M. Medical and nursing students' attitudes toward cardiopulmonary resuscitation and current practice guidelines. *Resuscitation* 2007;72 257-263
19. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. 1:a upplagan. Stockholm; Natur och kultur 2003
20. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. 2:a upplagan. Lund; Studentlitteratur 2006.
21. Costello J. Do Not Resuscitate orders and older patients: findings from an ethnographic study of hospital wards for older people. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 39(5) 491-99
22. Manias E. Australian Nurses' Experiences and Attitudes in the "Do Not Resuscitate" Decision. *Research in Nursing and Health* 1998;21 429-41
23. Kerridge I, Pearson S-A, Rolfe I, Lowe M. Decision making in CPR: attitudes of hospital patients and healthcare professionals. *The Medical Journal of Australia* 1998;169 128-31
24. Giles H, Moule P. Do not attempt resuscitation' decision-making: a study exploring the attitudes and experiences of nurses. *Nursing in Critical Care* 2004;9(3)115-21
25. DeGent C, Bilsen J, Vander Stichele R, Van Den Noortgate N, Lambert M, Deliens L. Nurses' involvement in do not resuscitate decisions on acute elder care wards. *Journal of Advanced Nursing* 2006;57(4)404-9
26. Hildén H-M, Louhiala P, Honkasalo M-L, Palo J. Finnish nurses' views on end-of-life discussions and a comparison with physicians' views. *Nursing Ethics* 2004;11(2) 165-78
27. Mello M, Jenkinson C. Comparison of medical and nursing attitudes to resuscitation and patient autonomy between a British and an American teaching hospital. *Social Science Medicine* 1998;46(3) 415-24
28. Basiro D. Do-not-resuscitate decisions: too many, too few, too late? *Mortality* 2001;6(3) 248-64

29. Richter J, Eisemann M. Attitudinal patterns determining decision-making in severely ill elderly patients: a cross-cultural comparison between nurses from Sweden and Germany. *International Journal of Nursing Studies* 2001;38 381-88
30. Kelly J. Nurses' and doctors' perspectives on slow codes. *Nursing Ethics* 2008;15(1) 110-20
31. Thibault-Prevost J, Jensen L, Hodgins M. Critical Care Nurses' Perceptions of DNR Status. *Journal of Nursing Scholarship* 2000;32(3) 259-65
32. Werner P, Carmel S, Ziedenberg H. Nurses' and social workers' attitudes and beliefs about and involvement in life sustaining treatment decisions. *Health and Social Work* 2004;29(1) 27-35
33. Thorns A, Ellershaw J. A survey of nursing and medical staff views on the use of cardiopulmonary resuscitation in the hospice. *Palliative Medicine* 1999;13 225-32
34. Löfmark R, Nilstun T. Do-not-resuscitate orders – should the patient be informed? *Journal of Internal Medicine* 1997;241 421-25
35. Phillips K, Woodward V. The decision to resuscitate: older people's views. *Journal of Clinical Nursing* 1999;8 753-61
36. Hyun Kim S, Kjervik D. Deferred decision making: patients' reliance on family and physicians for CPR decisions in critical care. *Nursing Ethics* 2005;12(5) 493-506
37. Laakkonen M-L, Pitkala K, Strandberg T, Berglind S, Tilvis R. Older people's reasoning for resuscitation preferences and their role in the decision-making process. *Resuscitation* 2005;65 165-71
38. Elliot J, Olver I. Choosing between life and death: patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally ill cancer patient. *Bioethics* 2008;22(3) 179-89

39. Ackroyd R, Russon L, Newell. Views of oncology patients, their relatives and oncologists on cardiopulmonary resuscitation (CPR):questionnaire-based study. *Palliative Medicine* 2007;21 139-44

40. Konishi E. Nurses' attitudes towards developing a Do Not Resuscitate policy in Japan. *Nursing Ethics* 1998;5(3) 218-27