

Har du opplevd at en pasients HLR-status har vært uklar og det har blitt startet gjenopplivning eller andre akutttiltak selv om det etter din vurdering kanskje ikke ville være ønskelig eller gunstig for pasienten?

1. For mange år siden (ikke universitetssykehus): Amputasjon av ben i spinalanestesi grunnet gangren på terminal somnolent /nesten bevisstløs pasient, som ikke gav uttrykk for at tilstanden påførte vedkommende smerte i forkant. Reagerte derimot tydelig på smerte under inngrepet, da personalet var redde for å gi vedkommende for store doser anestesi. Pas. døde etter kort tid samme dag.
2. Forsøk på gjenopplivning på en ny pasient på døgnenhet, der det var vanskelig å manøvrere i journal i akuttsituasjon. HLR minus ble oppdaget etter pasientens død.
3. Eksempler er å gi mer antibiotic behandling selv om det hjelper ikke lenge til pas. Men pga. pårørende sine ønsker.
4. Ikke tatt stilling til status enda
5. Min plikt som sykepleier er å starte HLR ved stans. Er statusen uklar, så starter jeg frem til legen ankommer og kan ta stilling til dette. Og det er like vanskelig hver gang og jeg har følt at det kan være uverdigg/uetisk. Dette har heldigvis ikke skjedd mange ganger i min karriere. En gang så måtte det startes HLR og legen hadde glemt å skrive i journalen at det ikke skulle startes gjenopplivning, og pasient og pårørende var informert om dette.
6. Det var en nettopp innkommet pas med kjent stor hjertesvikt og svært dårlig kapasitet. Pas fikk hjertestans og gjenopplivning ble startet. Pas var i realiteten død pga. massivt infarkt, men hjertekompresjon og støt ble gitt. Det ble holdt på i ca 10-20 min før vaktlegen ba oss avslutte. Brystbeinet til pas må ha brukket, for det var et stort hulrom der kompresjonen foregikk. Vi skal jo redde liv, men dette gikk langt over grensa. Pas var etter min mening i sin fulle rett til å dø der og da.
7. Pårørende blir som oftest hørt. Helsepersonell våger ikke å ta den utfordringen
8. Dement pasient som fikk hlr pga hjertestans mot pas og pårørende sin vilje. Var ikkje godt nok dokumentert deira ønske.
9. Spesielt væske og antibiotika behandling. Dette har medført at pasienten har levd 5 - 10 dager lengere.
10. Lege har ikkje tatt avgjerder om hlr +/- og då måtte me starta HLR når me egentlig ikkje ville pga det då pasienten då hadde HLR + dokumentert av lege.
11. Lager behandlingsplaner for hver enkelt pas. Der taes det standpunkt til HLR i samarbeid med lege pårørende og pas dersom pasient kan være med å ta avgjørelse på dette punktet. Når en pasients tilstand kommer i kategorien pre terminal. Dette dokumenteres i pas papirer.
12. Pasienter er blitt lagt inn på sykehus til tross for soleklar behandlingsavklaring når det har oppstått akutte situasjoner. Disse akuttsituasjonene er diskutert med pasienten i forkant og står beskrevet i behandlingsavklaringen.
13. Har opplevd en svært dårlig pasient skulle sendes til sykehus og denne døde i hallen på sykehjemmet. Ambulansepersonell og en ung turnuskandidat startet hjerte-lungeredning og de var i ferd med å legge inn tube hos pasienten. Da jeg fikk summet meg og fikk et overblikk, ba jeg alle om å avslutte gjenopplivningen. Dette ble hørt og respektert og all behandling ble avsluttet. For meg ble det en uheldig og uetisk situasjonen overfor pasienten.
14. Det ble gjennomført HLR på en pasient som sto på HLR -, trolig grunnet uvisshet hos personalet. Livet sto ikke til å redde.

15. En pasient ble sendt på sykehus etter at han (på sykehjem), hadde sagt at han ikke ønsket å gjenopplives hvis hjertet hans skulle stoppe. Idet han kom på akuttmottaket, gikk han i stans - og ble gjenopplivet. Pasienten slet med smerter i ribbein, etc. i ukesvis etterpå - og sa flere ganger at han skulle ønske at personalet på sykehuset ikke startet HLR.
16. Det er svært lite fokus på HLR-status på sykehjem. Mange tenker nok at de fleste har/burde hatt HLRminus. Alle som jobber i helsevesenet ønsker å ha ryggen sin fri, med andre ord, er ikke dette avklart på forhånd vil man sende pasientene unødig til behandling/utredning om ikke slike ting er tatt et standpunkt til på forhånd. For man vil være på den sikre siden. Og sist men ikke minst, det skal ikke være opp til hver enkelt helsearbeider og vurdere behovet for aktiv/ palliativ behandling, HLR status eller videre forløp for pasienten. Jeg mener dette er legens ansvar i samråd med pasienten og pårørende.
17. dårlig pasient, ble funnet uten puls, HLR startet opp, avsluttet kort tid etterpå da lege var i avdelingen
18. Pas ble sendt på sykehus, selv om det var avklart med legen, at pasienten ikke skulle leges inn på sykehus.
19. Dere skulle latt meg dø, sa pasienten etter opplevning
20. Pasienter har kommet til oss fra 2 linje tjenesten og beslutningen om HLR minus er ikke tatt. Vi satt igang gjenoppliving. Legen her tar beslutningen tidlig om HLR status, slik at vi som sykepleier vet hva vi skal forholde oss til
21. At eldre pas med sammensatte lidelser blir sendt til sjukehus for å få behandling. Også en hendelse der pårørende kontaktet legevakten og fikk pas innlagt da de ikke var fornøyd med lege og spl sin vurdering. Pas kom tilbake til sykehjemmet dagen etter da pas var i bedring pga rett behandling.
22. Person med demens. Hjertestans nattetid. Fagarbeider ringer 113-ambulans og nattppl. men amb kommer først. Ambulansepersonell starter HLR
23. Litt uklart rundt hvem som kan ta faglig beslutning. Vi jobber mye med behandlingsavklaring hos oss, så det har bedret seg. Stort sett legene som vegrer seg for samtalen med pasienten, pårørende og det å sette HLR -
24. Pasient med stor hjertesvikt, orket knapt sitte oppreist kort tid i stol, ble sendt til sykehus pga hjertestans og fikk HLR , kom tilbake og beskrev det som et overgrep selv, ville ikke oppleve dette igjen!! Døde kort tid etterpå.
25. Pasienten som hadde langtkommen kols og hjertesykdom har blitt gjenopplivet fordi det ikke var avklart HLR status
26. Akuttsituasjon, startet resuscitering da man ikke hadde opplysninger tilgjengelig nok
27. Noen ganger har det vært manglende erfaring som gjør at hlr blir igangsatt.
28. En pasient som hadde vært dårlig over tid, der lege ville sette i gang antibiotika behandling. Pasienten var ikke kontaktbar, begynte vise å tydelige tegn på marmorering på bl. annet beina som utviklet seg mens jeg stod og argumenterte med at pasienten var døende.
29. HLR minus var ikke vurdert på noen av pasientene på naboavdelingen. Da en multisyk pasient på ca. 92 år fikk hjertestans, ble det startet gjenopplivningsforsøk, ambulans med lege kom umiddelbart og det ble vurdert legeheliokopter. Tross gjenopplivningsforsøk over lengre tid hjalp det ikke. Tenker at hvis man hadde avklart HLR-status på forhånd, hadde man kunnet unngått hjertekompresjoner, støt og diskusjoner hvorvidt pas. skulle på sykehus eller ikke. Da kunne heller pas. fått en fredelig og verdig død. I ettertid ble alle pas. på denne avd. vurdert ift. HLR minus eller ikke. Så noe positivt kom det ut av denne hendelsen.

30. Har ikkje vært på jobb selv, men hørt om dette fra kollegaer. Det ble satt i gang hlr på en pasient som burde vært hlr ÷ Det er et gjentakende problem at hlr status er uklar. Det er legenes oppgave å revurdere dette hver 3. mnd og det blir ikke fulgt opp.

31. Særlig ved vikarer fra byråer.

32. Manglende diskusjon i forkant i samråd med lege, pårørende og pleiere,

33. HLR på 96 år gammel pas. med hjertestans.

34. Jobber med mange demente som bor i omsorgsboliger på et sted, delvis institusjon. som regel pårørende tar ansvar og beslutninger der, pga hoved diagnosen demens.

35. De pasientenes situasjoner som kan oppleves stadig vanskelige blir når samtaler med nærmeste pårørende ikke fører frem angående aktiv behandling når den anses av behandlende lege som uhensiktsmessig. Dette kan skje av og til hos alvorlige syke pasienter som ikke har samtykkekompetanse, og pårørende kan ønske om at alt kan prøves for å holde pasientene i live. (forlenge lidelse). Heldigvis bedre løsning finnes etter flere samtaler eller legen tar siste beslutning i forhold til hver enkelt pasient prognose/ situasjon.

36. Pasienten hadde ofte gitt uttrykk for at pasienten ville dø, men når pasienten blir bevisstløs foreligger det ikke klarhet i forhold til HLR minus og gjenoppliving ble igangsatt. Det gunstigste for pasienten som døde senere samme døgn, var om vedkommende hadde fått sovne stille inn.

37. Noen ganger når leger får spørsmål om det er aktuelt å sette pasienten på HLRsvarer de at de ikke setter dette på pasienter som bor hjemme (omsorgsbolig blir regnet som hjemme), men at det er litt opp til oss sykepleiere å avgjøre om det er det beste for pasienten med gjenoppliving. Så i helt klare tilfeller mener noen sykepleiere at dette helt klart er en pasient de ikke ville ha startet med gjenoppliving, mens jeg mener at jeg ikke kan ta en slik avgjørelse uansett. Dette er en av de tingene jeg har kjempet for mang en gang uten å komme til målet!! Det må helt klart bli klarere hva som skal gjøres, slik at alt er klart for pasient, pårørende og de som jobber rundt de dårlige og gamle hva som skal gjøres om noe skjer.

38. Det er her viktig at når en ser at pasienten blir dårligere, fallerer, tar en samtale med pårørende og lege, så en får avklart i god tid, slik at alle vet om det er HLR - eller HLR+ Dette da en unngår mye unødig belastning for alle parter.

39. Da jeg jobbet i hjemmetjenesten. Kronisk syk, gammel dame som ønsket å dø, det var dokumentert, men vakthavende lege valgte likevel å sette i gang gjenoppliving. Han sa at han måtte holde på til ambulansen kom når han først hadde satt i gang. Dama var død, og det var en uverdigg avslutning på livet.

40. Helsepersonell er ikke godt nok informert

41. Hvis HLR status er uklar, HLR bør startes uansett

42. Det er blitt glemt å skrive inn HLR minus i journalen til en pasient, og en ukjent lege på nattevakt startet gjenopplivning da pasient fikk hjertestans. Dette medførte at pasienten ble holdt i live, men med mye smerter. Pasienten døde noen dager senere, da var det avklart HLR minus også i journalen.

43. Dette skjer oftest i forbindelse med en akutt forverrelse av en tidligere 'stabil' kronisk tilstand.

44. Ja, det har jeg opplevd. Stygt å si det... men jeg tror legene tar det som en øvelse....

45. I påvente av at lege skal ta stilling til HLR %, har det blitt startet gjenoppliving

46. Dårlig pasient med langtkommen cancer-sykdom, store smerter og veldig kort forventet levetid, uten avklart HRL-status ble gjenopplivet ved hjertestans.

47. pasienter flyttes mellom avdelinger pga av plassmangel og da kan viktig informasjon gå tapt.

48. Opplevde at en multimorbid og hjelpetrengende mann på 95 år fikk hjertestans på ortopedisk sengepost. Stansteam ble tilkalt, og det ble satt i gang HLR. HLR-status var ikke klarert, men det ble etterhvert rask besluttet å avslutte HLR på bakgrunn av pasientens livskvalitet etter gjenopplivning, samt pga. hans multimorbiditet og handikap.

49. Dersom HLR status ikke er avgjort før helgen ønsker ofte visittgående lege i helgen å ikke ta stilling til dette ettersom legen ofte ikke kjenner til pasienten eller til har god nok kunnskap om sengepostens fagfelt.

50. HLR status var avklart, men ikke dokumentert av lege eller rapportert fra sykepleier mellom vakter

51. En har startet HLR fordi det ikke var skrevet HLR-.

52. Kols pas langkommet som ikke ønsker mer niv beh.

53. Jobber i nyfødt intensiv. Derfor noen urelevante spørsmål

54. Har (for mange år siden) opplevd at pasienter med klar dødelig diagnose (f eks svært aggressiv hjernetumor) har blitt lagt på og holdt i "live" på respirator over sommerferien (over 4 uker) for at "den som kjenner pasienten best" kunne ta stilling til evt videre behandling.

55. Tidlegare då eg arbeidde på sengepost kunne det skje når det ikkje var avklart på førehand.

56. Pasient med alvorlig KOLS blir intubert i akuttmottak pga. respirasjonssvikt. Det ble ikke fanget opp at det var journalført at ved neste forverring av KOLS-tilstanden skulle man avstå fra intubasjon og respiratorbehandling, men gi palliativ behandling. Flere dager senere gikk man over til palliativ behandling og trappet ut respiratorbehandlingen og pasienten døde etter kort tid.

57. Hlr status skulle diskuteres dagen etter, pas. Fikk hjertestans på morgenen denne dagen og hjerte-lungeredning måtte startes. Klarte ikke redde pasienten og legene hadde tenkt å sette hlr- .

58. Har opplevd at det har vært startet HLR og at det har vært mumlet i stansteamet om at dette skulle ikke vært gjort. Og også at det etter stanssituasjoner har vært pratet om at det var uverdige, uetiske og at det skulle vært satt HLR minus.

59. rett og slett for ofte... Begrepet "HLR-minus" diskuteres og kollegaene legger ulikt i det. Har opplevd mange ganger at ulike tolkninger her har ført til krangel og konflikter blant kollegaene.

60. Hvis HLR status ikke er dokumentert i kurven, eller veldig tydelig kommunisert muntlig, starter vi HLR, men i praksis er det ikke VT eller VF altså arytmieproblematikken som er størst. Det er jo f.eks. om man skal kontinuere pressorbehandling, respiratorbehandling, når evt avslutte. Hvis en dårlig intensivpasient får VT eller VF, er det jo sjelden man får de igang igjen ttf AHLR.

61. Jobber med nyfødte og premature barn. Spesielt de i uke 23 og 24 kan av og til få for mye behandling.

62. Antibiotika behandling avsluttet, så startet opp igjen av ny lege.

63. Det er utført studier på pasienter med kreft med spredning som viser at det har

ingen hensikt å utføre gjenopplivning av denne gruppen. Dersom ikke lege tidleg skriver HLR- på pasienten hender det av og til at pas. får stans, det skal være en svært bevisst spl. på vakt som stopper gjenopplivning på pas. Vi på vår avdeling har lege fra ulike land og med ulik praksis på HLR-, vi som spl.grupper prøver å være bevisst at vi ikke starter gjenopplivning dersom vi mener det ikke er ønskelig eller gunstig for pasienten. Men opplever som oftest et press til å starte fordi vi ikke har en fullstendig gjennomført praksis på vår kreftavdeling. Sist jeg tok opp med vår danske lege HLR status på en pas. med langtkommen kreft med spredning ble jeg avfeid, pas. døde av hjertestans alene hjemme 4 dager etter utskriving. Jeg opplever også innen hematologi at det blir satt i gang ikke ønskeleg eller ugunstig behandling på denne gruppen av eldre pasienter særlig over 70 år.

64. Ikke satt hlr- selv om det helt klart burde vært det! Ofte vi spl på post som må ta opp det spørsmålet, legene har ofte ikke tenkt over det.

65. Har opplevd at man har startet C-pap behandling på pas med uhelbredelig sykdom og hvor man først hadde bestemt at dette ikke skulle gjøres, da det ville forlenge forløpet. Likevel kan det hende det lindret pustebesvær og gjorde livet bedre for pas.. Dette er vanskelige vurderinger.

66. Ved stansuttrykning, der det i ettertid viser seg at pas er HLR-

67. Spesielt AB iv

68. pasient ønsket minus hlr, men ble overtalt til livsnødvendig operasjon.

69. Pasienten er for syk til klare dette.

70. Det har ikke blitt vurdert å ta HLR før pas. Har fått hjertestans til tross for alvorlig sykdom.

71. Stor usikkerhet rundt HLR og loven. Jeg ser flere opp mot hundre år som får HLR, det er ikke lov å dø lengre. Ny trend hvor ingen tør stoppe opp.

72. I en akutt tilstand har en kanskje ikke fått kartlagt pasientens sykehistorie.

73. gammel og kronisk syk pasient. Alvorlig lungebetennelse for n'te gang på kort tid. Sykepleier ønsker fort å få satt hlr minus, legen er enig men dokumenterer ikke fortløpende. Noen timer senere får pasienten hjertestans og gjenopplivning startes

74. En lege var usikker på avgjørelsen og startet full prosess, pasienten ble koblet til respirator og det tok lang tid før det ble avslutning.

75. Eg synest at dei siste 10 åra er dette blitt mykje betre. lallefall i intensivavdelingen. Ein er blitt mykje flinkare til å ikkje forlenge døden og ha lage plan for det som skal skje ved td hjartestans. Det er ikkje alltid like lett å planlegge alt. Det å kunne setje HLR - krev litt erfaring hos ein lege og ein skal ha respekt for at det er ei vanskeleg avgjerdsle. Det er lett for oss sjukepleiarar å meine noko når me slepp å ta den endelege avgjerdsla.

76. En pasient i palliativ fase som var terminal ble liggende på kirurgisk avdeling pga plassmangel på kreftavd, og det var ikke skrevet HLR- i journal. Dette resulterte i at sykepleierne på vakt startet HLR. Slike situasjoner kan oppstå, spesielt når pasienten ikke ligger på moderpost f.eks. når det er fullt der de skulle ligget.

77. Pasient som var kritisk syk og ble satt på HLR minus. Pasienten kom seg betraktelig til tross for multimorditet. Pårørende og behandlende lege mente at en kunne ta vekk HLR status grunnet alder. Pasienten sin tilstand ble igjen forverret og HLR status ble nevnt flere ganger, men ikke dokumentert. Det oppsto hjertestans og en satt i gang tiltak. I dette tilfellet var pasienten meget syk fra tidligere og det var årsaken for HLR status i utgangspunktet.

78. Jeg har jobbet 20 år i ambulansetjenesten, leger og sykepleiere holder dette

vedtaket skjult for ambulanspersonell - skremmende!!

79. Eldre syk mann som var nyoperert med Bypass ble gjenopplivet med aortadisseksjon fordi staten hadde investert og brukt mye penger på han. Han overlevde ikke og fikk ikke vært med pårørende den siste tiden han levde.

80. Helg og leger som ikke kjenner pasient og dermed ikke vil ta stilling til HLRstatus.

81. Det har vært diskutert, men ikke konkludert eller tatt opp med pårørende, ei heller nedskrevet, når HLR situasjon oppstår.

82. Manglende kontinuitet, helg mm har gjort fortløpende vurdering vanskeleg

83. "HLR minus etter ett til to sjokk" brukes av enkelte som ikke er komfortable med å ta en slik avgjørelse men som er veldig enig i at det vil være uetisk å gjenopplive.. forvirrende og tøvette.. også eksempler på at mangel av kommunikasjon mellom sykepleier og lege gjør at en nysatt HLR minus-status ikke oppdages før etter at man har gjort flere forsøk på gjenoppliving.

84. Selv om vi er en Postoperativ avdeling er vi buffer avdeling for hele sykehuset. Dvs vi har også i blant intensivpasienter, medisinske overvåkningspasienter og vi fungerer som kirurgisk overvåkningsavdeling. Derfor får vi mange pasienter som har blitt akutt kritisk dårlige og hvor det tross mange sykdommer/plager fra tidligere ikke er tatt stilling til HLR status. Legedekningen hos oss varierer veldig etter hvor travelt legene har så det kan ta lang tid før legene har tid å gjøre en HLR vurdering. Vi sykepleiere har fokus på dette og spør så fort vi har anledning hvis vi vurderer at det kan være relevant med HLR minus. Er det ikke HLR minus må vi starte HLR uansett og så få avklart etterhvert.

85. prehospitale HLR status blir ikke akseptert med de første når pasienten kommer i akuttmottaket. Da er det ansvarlig lege som må ta stilling til dette på nytt

86. 92 år gammel alvorlig brannskade, endte opp på respirator i 2 døgn før hun døde cancer pasient som var terminal pasient ble gjenopplivet pga dokumentasjon manglet på at det ikke skulle gjøres

87. HjerTESTANS pasienter fra sykehjem som kommer på akutt mottak

88. Opplever ofte at leger kvier seg for å sette HLR-, og at det blir valgt en "mellomløsning" med at det blir satt respirator minus men at det kan gis støt på ventrikulære rytmer og kortvarig HLR. Dette til tross for at pasienten har kroniske sykdommer med kortvarig leveutsikter og ofte uttrykker pasienten selv at han er mett av dage. Vi sykepleiere synes dette er problematisk å forholde oss til. Det bør være enten eller!

89. Det har hendt mine kolleger, men ikke meg personlig. Ofte går avdelingen en helg i møte med en pasient som skulle vært avklart men ikke er det. Helg er sårbar med mindre erfarne leger som synes det er utfordrende å stå med ansvaret om HLR-. Vi sykepleiere har blitt flinkere til å si fra fort om behovet for en vurdering og da blir vi oftere hørt enn for to-tre år siden. Grunnen kan være at avdelingen har fått ansvar for flere palliative siden 2013 og møter de nye utfordringene bedre.

90. Det kan ha skjedd når pasienten har blitt akutt og uventet sykere, der man kan "se" at det ikke har hensikt med HLR. Utgangspunktet var uansett palliativ behandling.

91. Som regel ser vi fort om pasienten vil få et verdig/fint liv pga helsetilstanden de kommer i til avd. Dersom vi skjønner at dette kan få to utfall, snakker vi alltid med legen om HLR status, fordi det er viktig for oss at dette er avklart, slik at vi har et utgangspunkt å forholde oss til. Som regel gjør vi det kun med de vi ser ikke har særlig mye gevinst av å fortsette behandling, spes. når alt av behandling har vært prøvd, men ikke nytter lenger.

92. Beslutningen om ikke å starte HLR var ikke dokumentert i pasientens journal, det var kun gjort muntlig under visitten.
93. Opplever ofte at legegruppen kvier seg for å ta en avgjørelse i forhold til AHLR ... sykepleierne må noen ganger etterspørre og pushe på for en avgjørelse og en klar dokumentasjon i journal!
94. Hender det ikkje er tatt stilling til HLR status, og då må ein byrje HLR til ein har fått tilkalla lege som kan bestemme om ein skal fortsetje. Hender også at det er bestemt kortvarig HLR, eller andre variantar av begrensa HLR hjå pasientar som er svært dårlige/har lite sjanse til å overleve fordi grunnsjukdommen deira er så alvorlig. Synest ofte dette er vanskelig å skulle forholde seg til for då startar ein med gjenoppliving på pasientar som kanskje eigentleg burde få død fredelig og roleg på ein verdig måte.
95. Pasient med langtkommen cancerrykdom
96. Lege har i tilfelle ikke dokumentert HLR status, selv om det har vært diskutert. Derfor ble HLR startet, for så å bli avsluttet når lege kom til stedet.
97. Det er ikke tatt stilling til HLR
98. De lærde strides, man kan behandle, beslutningsvegring gjør at man går videre. At flere avdelinger er involvert i behandlingen, eks. kor. og kreft. Ingen vil avslutte behandling fordi det kan ha effekt. Pasient selv ønsker å avslutte, men blir ikke hørt, og pårørende klamrer seg til siste halmstrå
99. Opplever at leger er unnvikende på å gå i dialog med pårørende om å sette HLR, noe som fører til at tiltak bli satt i gang mot pasient/ pårørendes ønske
100. En pasient kommer inn med en hjerneblødning. Etter en stund går han i stans. Ingen har tatt stilling til HLR-status. Dette var en mann over 70 år. Blir starter med gjenopplivning, og etter 4 minutter kommer behandlende lege inn på rommet og sier vi skal avslutte. Han burde tatt stilling til dette og informert sykepleierne som hadde ansvaret for pasienten hva han tenkte før han gikk ut av rommet ...
101. Pas blir sendt til medisinsk intensiv overvåking og dør der istedenfor en roligere avslutning på avd de er kjent.
102. Eldre, multisyk pasient hvor leger var uenige i HLR-status fordi enkelte ønsket utredning/undersøkelse før det ble konkludert med status. Pasienten fikk hjertestans, gjenopplivning gjennomført og pasienten fikk en hjerneskada i etterkant.
103. Ved innleggelser i helg/natt hvor HLR status ikke er tatt stilling til av lege
104. Lege ønsket ikke å ta stilling til dette den dagen og avvendet til neste dag. Pasienten døde på natten etter gjenopplivningsforsøk
105. Det har oppstått akutte situasjoner når hlr-status ikke har blitt tatt stilling til.
106. Jeg har opplevd at det er i fellesskap med pasient
107. Ikke opplevd dette på poliklinikk hvor je arbeider nå, men har erfart det tidligere på sengepost. Årsak var utsatt beslutning om HLR- og opplevdes uetisk både for pleier og pasient (gjenoppliving var ikke mulig).
108. Alvorlig syk pasient ble overført fra lokalsykehus til min avdeling. Fikk hjertestans 30 minutter etter ankomst. Hadde såvidt lest i papirene at han var HLR minus på lokalsykehuset, men siden han ikke var fullstendig tatt imot av lege enda ble det likevel satt i gang hjerte-lunge-redning. Pasienten ble overflyttet til Medisinsk Intensiv Overvåking og senere til lungeavdelingen (alt dette i løpet av et lite døgn), hvor han døde dagen etter. Det har også skjedd at behandlingsansvarlig overlege ikke vil sette HLR minus fordi "pasienten er gammel og skrøpelig, her må det utvises skjønn". Vanskelig å vite da hva man skal gjøre i

en ev. hjertestans-situasjon.

109. Har opplevd at det er satt HLR minus på pas. før innleggelse som ikke har "fulgt med pas." når de har blitt innlagt. Pas. har gått i stans og man har startet HLR for så å plutselig få beskjed midt oppi det hele: "Stopp, pas. er HLR minus!"

110. Jobber i en avdeling der mange av pas har svært sammensatt og komplekst sykdomsbilde. Mange ulike aktører (kirurger, anestesileger, sykepleiere etc) og mange ulike meninger. Ikke alltid at en får fatt i lege som skal fatte beslutninger raskt

111. Vakthavende lege startet antibiotika og væskebehandling i mottak på terminal pasient som ble lagt inn fra sykehjem.

112. Saker til Klinisk etikkomite viser at dette skjer. Og det skjer at akutttiltak iverksettes til tross for at det er avklart i pasientjournal at det ikke skal gjøres. Ellers skjer det ved for tidlig født med alvorlig sykdom/skade, fordi man vet lite om tilstanden og må avklare situasjonen før man kan ta stilling til om videre behandling er gunstig eller ikke.

113. Dame over 90 år. Hjertestans på post. Starter hlr frem til lege kommer etter lang tid (mange minutter) og avslutter Mange ribbein brakk. Handlingen virket helt umoralsk

114. Jeg jobber på ortopedisk avd og har sjelden disse dilemmaene

115. Når legen ikke har satt HLR minus så starter vi som oftest med gjennomlivning selv om det kanskje ikke ville være ønskelig eller gunstig for pasienten. Det er grunnen til at sykepleiere er opptatt av å avklare HLR status, mens legene ofte ønsker å utsette den problemstillingen lengst mulig. Legene kvier seg ofte til å sette HLR minus, mens vi sykepleiere har ikke tid til å vurdere for og imot når det skjer noe akutt.

116. Akuttinnlagt eldre dame fikk behandling ved hjertestans. Pårørende ble sinte og opprørte da det sto i hennes journal at det ikke skulle iverksettes livreddende behandling ved hjertestans. Ingen av helsepersonalet hadde hatt mulighet til å lese journal på dette tidspunkt. Damen var syk og i høy alder (95+). Døde på intensiv etter 2 dager. Så gamle mennesker bør få død naturlig når det går den veien.

117. Pasientens ønske om å avstå var ikke kjent, dvs det var journalført men pga overflytting var ikke dette blitt "fanget opp" av spl/lege på avd.

118. Gjennom jobben prehospitalt er jeg ofte på institusjoner hvor dette er et uklart tema. Dette gjelder mest sykehjem. Ansvarlig sykepleier/helsepersonell viser ofte stor usikkerhet i HLR status hos den enkelte pasienten og det oppleves som relativt ofte at de har forsøkt å starte HLR e.l. på tross av pasientens tilstand. Det kan virke som om det mangler "avtaler" mellom lege/sykehjem/pasient og pårørende i forhold til hva som skal gjøres hvis den enkelte pasient blir akutt syk/får hjertestans. I tillegg oppleves det som at man stedvis har et høyt antall vikarer som vet svært lite om den enkelte pasienten. Et siste punkt er datering og kvalitetssikring av dokumentasjonen som sier noe om hva som skal gjøres/ikke gjøres - dette kan tidvis være svakt og vanskelig å finne frem for de ansatte.

119. Jeg jobber på en kirurgisk semi-intensiv avdeling, hvor vi samarbeider med både kirurger og anestesileger. Det er ofte uenighet mellom disse faggruppene om når behandlingen skal avsluttes. Dette gjør det vanskelig for oss å arbeide.

120. Jeg svarer ut fra min tidligere praksis på sykehjem, det er sjelden vi i psykisk helsearbeid kommer i slike situasjoner.

121. Det er flere år siden. En pasient med alvorlig sykdom men som var stabil og "oppegående" fikk akutt hjertesvikt/hjertestans. Det var døtrene som var blitt spurt om deres mening. De var ikke enige, og det var blitt utsatt å ta en beslutning. Det ble startet HLR, men uten å lykkes. Det har senere blitt større fokus på å ha en plan for oppfølging.

122. ca prostata + ca urethra + KOLS grad 4 + nyresvikt grad 3 + DIA II.

123. Grunnet vente på legevisitt over flere dager

124. I min tid som intensivsykepleier har jeg opplevd at legen ikke ønsker å "miste" en pasient. Ved postoperative komplikasjonen kan det hende at det blir startet opp respiratorbehandling selv om pasienten er over 80 år. Nå som sykepleier på sykehjem ser jeg variasjoner av leger. For noen er det tabu til å ta en samtale med pårørende angående temaet. Det er ikke sykepleieren som setter status. Selv om en sykepleier har stor påvirkningskraft. Det er et stort etisk dilemma at på den ene siden forskning utvider grenser som gjør at vi stadig blir eldre takke for medisiner, operasjoner o.l.. På den andre siden, de eldre eller uhelbredelige syke ikke får avslutte livet på en verdig måte uten å måtte forlenge lidelser. Noen eldre klarer å bestemme selv med "sultestreik". Jeg har stor respekt for det.

125. Har kun hørt om et tilfelle for noen år siden.

126. Svært senil dement 90 åring m hjertesvikt og nyresvikt blir forsøkt gjenopplivet på gulvet m mye styr og mange medpasienter rundt. Pas hadde sovnet inn i stolen v spisebordet da det ikke var tegn til kvelning el.

127. Vi hadde ikke god policy på jobben min den gang med å ha HLR status i fokus. Hadde derfor en meget syk kols person som helt klart skulle hatt HLR - som stod på HLR+, og som jeg måtte starte HLR på, vedkommende våknet aldri. Det ble også gjort på en annen dame, hun våknet til liv, men var veldig skuffet etterpå, døde kun 3-4 dager senere, forferdelig unødvendig. Etter det er jeg personlig veldig opptatt av at vi får rett HLRstatus på beboerne våre.

128. Pasient gitt uttrykk for ønske om å slippe, betydelig forverring av situasjon, det ble ikke gitt god nok informasjon om utviklingen, pårørendes usikkerhet og redsel smittet over på pasient, lege og helsepersonell, sendt til sykehus med 2.5 t. transport. Returneres etter et døgn for så å dø i institusjon i hjemkommune.

129. Har egentlig opplevd at jeg som sykepleier og legens oppfatning har vært gjensidig

130. Vi får ofte svært dårlige og multisyke pasienter fra sykehuset hvor hlr status ikke er nevnt i epikrise. Med legevisitt kun 2 dager i uka, kan det gå flere dager før hlr status tas stilling til. Når man tar innkomst av nye pasienter på legevisitt har vi heldigvis fått gode rutiner på at det alltid skal tas stilling til hlr-status.

131. Manglende behandlings avklaring kan føre til ugunstige/uønskede innleggelser på sykehus/behandling. HLR-status er ofte avklart men ikke spm om videre behandling. Gjelder ofte geriatiske pasienter i overgang mellom palliativ/terminal fase.

132. Gammel dame på langtidsavdeling fikk hjertestans, personalet startet gjenoppliving som ikke skulle vært startet. Pas var død.

133. En dame nesten hundre år fikk hjertestans. hlr status var ikke satt. gjenoppliving ble starter. Pårørende ble ringt mens hlr pågikk.

134. Vi har full oversikt over hvilke pasienter som er HLR- på tavlen på arbeidsrommet. Denne oversikten oppdateres ved alle endringer.

135. Sykehusinnleggelse på cyanotisk pas. som var svært terminal. Kunne ha vært værende på sykehjemmet. Døde få timer etter innleggelsen.

136. Eldre beboer på demtavdeling som hadde hatt ett fall og var redusert etter dette. Hadde hatt legetilsyn, men det var ikke tatt stilling til HLR. Et par netter senere ble pas funnet på gulvet livløs. 113 bl ringt og sykepleier startet gjenopplivning selv om hun følte at det ikke var riktig. Når lege kom til, avsluttet han gjenopplivning.

137. En eldre pasient får akutt hjertestans ved bordet. Han har ingen nære pårørende, så det blir ringt til flere slektninger og verge for å høre hva de ønsker angående gjenopplivning. De tar ikke telefonen, og vi velger å ringe 113 uansett. Pasienten dør i armene mine akkurat i det Ambulansepersonell kommer og starter gjenopplivning og setter adrenalin. Det blir mye oppstyr. Men livet står ikke til å berge. Som helsepersonell følte vi at det ikke ble noen verdig slutt på livet.

138. Nyinnlagte pas. kan få en "uriktig" behandling fordi man ikke har full oversikt på pas. og situasjon, ikke snakket med pårørende, da setter man igang HLR i tilfelle det er ønsket.

139. Det virker som at det er lett for en lege å sette HLR minus, men at de ofte ønsker optimal behandling på sykeste syke- langt inn i den terminale fase.

140. En langtkommen dement dårlig mann, som selv sier at han ikke vil leve slik lenger ble akutt syk. Han ble akutt syk av en infeksjon og det ble startet antibiotika intravenøst. Pårørende var uenig i dette, slik at dette ikke skjer ved flere anledninger til denne mannen. Jeg ble litt paff da jeg kom på jobb og fikk høre at det var startet opp.

141. Der pleier misoppfattet HLR- og starter gjenopplivnings

142. Arbeider kun på natt. Opplevd tidligere situasjoner der nye pasienter har hatt HLR neg status i sykehuset, men at HLR status har ikke blitt vurdert ved innleggelse i vår enhet. Det vil si at pasienten har fremstått som IKKE HLR minus.

143. Hos oss er det ikke tydelig oppført i journalsystemer ang HLR status, men det "ligger i kortene" at skrøpelige gamle med alvorlige diagnoser ikke gjenopplives ved hjertestans. Problemet er mer andre akutte tilstander som slag, hjertesvikt, infeksjoner, hvor pasienter har blitt sendt på sykehus uten at det på forhånd var lagt noen plan ved slike tilstander

144. Vi har ikke alltid oversikt på hvem som står på HLR minus. Man har det på egen avdeling, men ofte har man ansvar på andre avdelinger der man ikke kjenner pasientene.

145. Vi bruker sjelden HLR-status på pasientene. Vi kollegaer diskuterer gjerne med hverandre om hva vi ville gjort ved en eventuell akutt livstruende tilstand hos flere av pasientene, men mange ganger føles det selvsagt hva vi ville gjort, ut i fra pasientens alder, helsetilstand og hans/hennes egne meninger.

146. Har ikke opplevd situasjonen på omsorgsboligen der jeg jobber.

147. Oppstart av væskebehandling til pasienter som er i terminalfase.

148. Det er ofte uklart hva som ligger i en HLR- status, og tiltak som ikke omfatter fysisk hjerte- lunge redning blir satt igang selv om det etter min vurdering er livsforlengende behandling som jeg vet pasienten ikke ønsker.

149. I en hastesituasjon er det ikke alltid en har klart for seg om vedkommende er HLR -.

150. Beboer innlagt på sykehus selv om HLR-

151. Gjelder pas. I omsorgsbolig. Svært dårlig pas. og HLR minus var ikke avklart med fastlege. Spl er da pliktig å starte HLR. Dette er vanskelig etisk dilemma.

152. Pasienten kom inn på demens avd. Dagen etter fikk pasienten stans. Ble utført HLR av oss på avd. Fordi vi ikke viste at pasienten hadde HLR -

153. Når pasienter blir dårligere, er pasientens hrl status noe som raskt blir tatt opp mellom sykepleier, lege pasienten og pårørende. Det er svært sjelden et spørsmål om det.

154. Det kan jo skje raske forandringer med pasientene. Ikke alltid mulig å følge opp HLR-status.

155. Pasient med akutt sepsis, startet antibiotikabehandling. Har i bunnen uheldelig sykdom som tok flere over flere funksjoner. Totalt pleietrengende. Uttrykt i flere år et ønske om å få dø.

156. Heller det motsatte: at det pasientens HLR-status var uklar, derav ble det IKKE startet med gjenoppliving selv om pasienten ikke hadde rescutiere (HLR-).

157. Multimorbide pasienter med alvorlig demens er ikke vurdert i forhold til HLR og det er startet gjenoppliving, eller tilfeller hvor sykehuset har vurdert til HLR minus, men pårørende er uenig og tilsynslegen har derfor heller ikke satt HLR status.

158. På kirurgiske avdelinger i sykehus er det ofte vanskelig å få satt -HLR fordi pasienten møter mange ulike leger som alle "ikke kjenner" pasienten godt nok til å snakke med pasienten om dette

159. Opplevelser der ikke legen har tatt dette spørsmålet opp med alvorlig syke. Eller at pasienten er blitt dement før spørsmålet blir tatt opp.

160. Denne utdypning er kanskje noe utenfor, men savner klar dokumentasjon fra lege, utifra legens synspunkt vedr. sykehusinnleggelse ved akutt sykdom hos beboere. Har selv erfart en situasjon, der lege ikke hadde tatt klar stilling til/skrive konkret, at beboer er satt på palliativ behandling. Savn av dokumentasjon på minus sykehusinnleggelse. Medførte at beboer ble innlagt sykehus. På sykehus satt på HLR - operasjon -. Pasient sovnet inn på sykehuset etter 4 dager på sykehus. Burde innleggelsen vert unngått?

161. Ble, på en helligdag, nødt til å ringe legevakta for å kunne få gitt en palliativ pasient lindrende medisiner. På legevakta kom jeg ikke fram til min hensikt med samtalen før ambulanse ble sendt grunnet indikasjoner på sepsis. Pasienten hadde ikke respondert på AB-behandling ved sykehjemmet og overlevde heller ikke oppholdet på sykehuset.

162. Pas på telemetri som får stans, og hele teamet er i gang med AHLR....så kommer det ofte beskjed om " jammen her er det jo HLR- " Så problemet er at noen vet, men ikke journalfører.

163. Det er gjerne satt HRL- på en pasient, men gjerne uten at pasienten selv er informert. Kommer en da på nattevakt vil ikke vakthavende lege informere en pasient han ikke kjenner, og en må dermed utføre HRL om nødvendig. Det er også flere tilfeller der det gjerne står HRL- på kurve, men det er usikkert om pasienten selv og pårørende er informert, eller om den/de skal informeres, og så lenge det er uklarheter må HRL gjennomføres

164. blitt skaffet for lite tilleggsopplysninger. Forhastede beslutninger tas. Eks pas på sykehjem med KOLS grad 4, 86 år. Får resp. Stans på sykehjemmet, tubes og hentes med luftambulanse. Kjøres 20 mil til nærmeste sykehus, langt fra pårørende. Burde vært tatt stilling til HLR status på sykehjemmet. Sluppet en brutal slutt på livet.

165. HRL status har ikke blitt tatt opp til vurdering og derfor ikke blitt notert i journal . Gjenoppliving har derfor blitt satt i gang.

166. Eldre kvinne med sammensatt sykdomsbilde innlegges på ortopedisk sengepost etter fall. Fastslått brudd på lårhals. Ikke klar og orientert. Mens hun ligger på sengepost og venter på operasjon faller oksygenmetning, hun puster anstrengt og blir vanskeligere å kontakte. Mens pasienten kjøres til intensivavdeling blir hun ikke kontaktbar. HLR startes og stansalarmen utløses når hun ankommer intensiv. Pårørende ikke til stede i situasjonen. Man får i gang hjertet igjen, pårørende tilkalles - pasienten dør innen tre timer.

167. I den sammenheng synst vi det er uverdigg for pasientar å få livet avslutta med

HLR i staden for fred og ro

168. hele problemstillingen passer dårlig med min jobb som jordmor

169. Har ofte opplevd at HLR-status er uklar, eller legene kvier seg for å ta stilling til det pga de nødvendige samtalene som må til! Har dog ikke kommet i situasjonen og måtte gjenopplive noen. Det er et fryktelig etisk dilemma dette. Temaet HLR minus er tabu her i Norge. Sammenlign med Storbritannia, hvor de har mye mer informasjon (brosjyrer og div) som pasient og pårørende kan få. Hvorfor er denne samtalen så vanskelig??

170. Når stansalarmen går kommer hele akuttteamet, og ingen av dem kjenner pasienten og starter umiddelbart. Når så indrenmedisiner dukker opp er det ikke sikkert han/hun heller kjenner pasienten og må lese seg opp. Vi kan ikke vente med HLR og starter gjenoppliving umiddelbart. De gangene du da lykkes har du kanskje skaffet deg en intensivpasient som ikke fikk en verdig død, men som senere dør på intensiv på respirator

171. Den akutte pas

172. Helsearbeidere plikter å sette i gang HLR og så lenge dette ikke er vurdert så må vi sette i gang HLR uansett hvordan tilstanden til pasienten er, fordi det er jobben vår og ikke jeg som sykepleier kan ta stilling til. Jeg kan på forhånd diskutere dette med legene når jeg opplever at det er aktuelt. De fleste gangene opplever jeg konstruktive diskusjoner med legene, men har også opplevd unødvendig livsforlengende behandling, hvor kirurgene og anestesilegene og sykepleierne var uenig om livsforlengende behandling. Jeg har opplevd å utføre HLR på pasienter som jeg mener skulle få en rolig og verdig død, men som sagt så lenge dette ikke er avklart på forhånd må vi gjøre det som er vår plikt.

173. Vi sykepleiere tar ofte opp med legen hvorvidt det skal dokumenteres i journalen HLR min eller ikke. Det er stor turnover i avdelingen og vi har behov for at det skal være gjort en vurdering. På hverdager blir det gjort vurderinger fortløpende men i helgene kan vakthavende kvie seg noe for å gjøre denne vurderingen da de ikke kjenner pasienten og pårørende godt nok. De trygge legene er gode på å ta vurderingen sammen med sykepleier, god dokumentasjon, pasientens status og opplysninger fra pasient og pårørende.

174. Ikke tatt stilling til HLR før hjerte stans...

175. Pasienten har blitt innlagt på kvelden, men status til minus HLR skulle snakkes neste dag med palliativt team og pårørende.

176. høy alder hos pasient som har ikke ønsket å leve lenger. Har opplevd som pårørende å ikke bli hørt i forhold til HLR minus.

177. Multiorgansvikt hos alkoholiker

178. Ofte gjelder dette pasienter med uklar HLR status som blir hentet fra hjemmet kutt, hvor akuttmedisin har startet HLR

179. Døende pasient i palliativ setting hvor Ahr - ikke var satt. Pasienten var ikke lenger kontaktbar, hadde fått små lindrende doser morfin gjennom dagen. Var uhelbredelig syk og veldig døende. Pasienten fikk VT og ble sjokket, selv om alle sykepleiere og legen på vakt hadde store motsetninger mot dette. Pasienten døde

180. Vi går med stanscalling, og da spesielt hos meget gamle syke på sengeavd.

181. Starter på operasjoner av multimorbide pasienter som umulig kan gå bra

182. Jobber i barselavdeling nå, lite aktuell problemstilling i avdelingen vår. Følger foreldre til nyfødt intensiv som overtar oppfølging.

183. Langkommet lungecancerpasient med uavklart HLR status og uerfaren

turnuslege startet gjenoppliving. Ble fort avsluttet når akutt tem kom.

184. OBS - jeg jobber ikke lenger med direkte pasientbehandling

185. Føler av og til at legene vegrer seg for å ta skrittet fullt ut og sette HLR minus på kurven, men sier at hvis arytmier inntreffer, så gir dere ett støt eller "gå sakte" handling.

186. Har hendt når feks pårørende ikke ønsker at det settes HLR minus. Når lege og sykepleier er uenige om HLR status

187. Blitt tilkalt til sengepost, hjertestans på pas som nærmest er terminal

188. Pasient med uhelbredelig kreft og alvorlig syk får stans på natt. Det blir satt igang hlr, men livet sto ikke til å reddes

189. opplever ganske ofte at at personellet (sykepleiere og leger) på post ikke vet nok om pasientene, og tør ikke ta en så viktig avgjørelse i den kritiske situasjonen en hjertestans er. Som anestesisykepleier er jeg med i stansteamet på vårt sykehus.

190. Opplever stadig at avklaring på behandlingsnivå ikke blir tatt på dagtid noe som gjør det svært vanskelig for vakthavende lege på kveld og natt å ikke "satse for fullt" ved forverring av tilstand selv om pasienten sannsynligvis påføres mer lidelse før sin død ved å gjøre det.

191. dårlige pas fra sykehjem, pas som kommer inn med store hjerneblødninger

192. Jeg har mange ganger opplevd at overlegene som har fulgt pasienten over tid har ment det skal være HLR- og har notert dette i kurve tidligere, men at ved nye innleggelser tør ikke de yngre legene som tar imot pasienten å videreføre dette. "Skulle det bli stans i natt så bare start gjenoppliving, og ring meg"

193. Eldre pas med allerede svake hjerter som likevel dør neste dag, men med betydelig mer smerter og ubehag.

194. For eksempel pasienter med langtkommen alvorlig kreftsykdom hvor det ikke er tatt stilling til HLR status. Dersom pasienten bor hjemme og det oppstår en akutt situasjon og ambulanse tilkalles.

195. Nyresvikt og alvorlig, nyoppstått hjertesvikt. Dialyse ble utført til tross for at pas var terminal, døde noen timer senere

196. Pasient som nylig har kommet inn til sykehuset - hvor lege i akuttmottak ikke har tatt denne vurderingen. Altså før postlege har sett pasienten.

197. Ja hos helt nye pasienter som ikke er kjent for leger og sykepleiere

198. En har lett for å starte når det ikke er avklart på forhånd. Pas ikke er godt nok diagnostisert.

199. Alvorlige diagnoser som ikke forenelig med liv som diagnostiseres som hjertestans i en alder av 92 år. Da er livet slutt.

200. Det har jeg opplevd både når jeg tidligere arbeidet med kreftpasienter og nå der man ikke har startet prosessen med foreldre eller pasient selv

201. Har opplevd flere ganger i akuttmottak at det blir startet behandling av pasienter til tross for at de ikke ønsker noe livsforlengende behandling. Noen ganger er det fordi pasienten ikke kan gi uttrykk for ting selv, andre ganger har det vært fordi pasienten ikke blir hørt på, eller blir "overstyrt" i forhold til hvilke ønsker den uttrykker. Har inntrykk av at det oftest er fordi turnusleger som er ferske ikke tør å ta beslutninger om å avstå fra behandling eller at en rett og slett har det så travelt at en ikke får tid til å undersøke godt nok pasientens status og

funksjonsnivå før inntak. De gangene jeg har tenkt at det blir overbehandling eller behandling av feil fokus dreier det seg som regel om eldre mennesker særlig fra sykehjem, som jeg opplever har lite de skulle ha sagt om sin egen behandling.

202. Kom på nattevakt hvor vi hadde en tiltagende dårlig multimorbid pasient, sykepleierne spurte vakthavende lege om vedkommende kunne ta stilling til HLR før vedkommende gikk hjem og la seg (hjemmevakt), dette ønsket ikke legen for dette var et emne som burde tas opp på legevisitt. I løpet av natten ble pasienten enda dårligere og nærmet seg raskt livets slutfase. Sykepleierne ringte på turnuslegen for tilsyn og med spm om vi skulle starte HLR, turnuslegen kjenner ikke pasienten og hadde ingen mulighet til å ta en veloverveid bestemmelse i denne situasjonen. Gjennom telefonkontakt med vakthavende lege og turnuslege ble det grunnet mangel på tid startet HLR. Ble avsluttet når stansteamet ankom

203. Nyfødt. Situasjonen ER uklar og det er lettere å se etterpå hva som var riktig. Alle ønsker å gjøre sitt beste

204. Opplevd at turnuslege startet HLR på pasient i akuttmottak, selv om det var avklart fra legevakt at pasienten var terminal. Hun var gammel og hadde ingen nærmeste pårørende. Anestesilegen avsluttet livreddende tiltak når han kom. Pasienten døde etter noen få minutter. Dette var kanskje det mest graverende men har opplevd flere lignende episoder. Har fått inn pasienter i akuttmottak der det er startet HLR på pasienter med HLR minus ute av hjemmesykepleie/sykehjemspersonale.

205. Har startet opp HLR, og kjent at flere costa og sternum knakk etter å ha fått beskjed av kompresjonsansvarlig i stanstimet, at jeg ikke komprimerte hardt nok. Damen hadde nettopp sovnet inn trolig på grunn av blødende ulcus. Dette var på full avdeling med overbelegg. Hadde det stått HLR- ville jeg ha prioritert annerledes og sittet fastvakt når jeg har hatt anledning. Tror det har blitt mer verdig. (Asslege beklaget det veldig, at hun ikke hadde satt HLR-).

206. Ukjent for meg, eldre kronisk syk pasient. Mye plager. Startet med HLR ved hjertestans, medisinkurve hentet, da HLR status var uklar, stod ingenting. Lege ankom, man fortsatte litt til, men avsluttet og pasienten døde. Dette skjedde ikke på et sykehus, men på et medisinsk senter hvor pasienten var innlagt. Legen var en pensjonert fastlege, som jobbet ekstra. HLR- status burde ha vært satt ved første visitt.

207. Stans hos pasient der legene nølte med å ta en avgjørelse ifht hlr. Vi måtte derfor igangsette HLR, når stans teamet kom ble de stående å vurdere i stedet for å ta over før de besluttet at vi skulle avslutte.

208. For mange år siden, var ikke så vanlig å avklare HLR -

209. Det gjelder som regel eldre mennesker hvor pas bor på sykehjem og lider av en demenssykdom. Det har ikke blitt diskutert på forhånd hverken m lege eller pårørende.

210. Pas med langt kommet lungecancer som ble utført HLR på x fler

211. Startet opp HLR på terminal pasient, eller pasienter som er 90+ og bor på sykehjem og er dement.

212. Startet HLR på en pas som det var satt HLR minus på. Pga usikkerhet på post.

213. Et eks: en pas med alkoholisk leverkoma blir lagt på post uten at det er tatt stilling til HLR, og pårørende er ikke informert tilstrekkelig om prognose. Pas stanser og man setter i gang da pårørende er tilstede.

214. Svært mulitimorbid pasient med svært stor grad av overvekt er innlagt med store leggsår og pneumoni. Lege seponerer kateter og mener at pasienten skal mobiliseres. En dag jeg kommer på jobb går jeg inn og finner pasienten død.

Pasientens hud var marmorert og det var tydelig formeg at det var en stund siden døden inntraff. Det var min første dag på avdelingenalene etter fullført opplæring så jeg forteller en kollega om pasienten. Min kollega ber meg slå alarm for vi må starte gjenopplivning. Jeg kjente det gikk i mot alle mine etiske prinsipper. Hva med verdigheten? det beste er vel om han får slippe.

Pasienten er jo allerede død, jeg var irritert over at det ikke var tatt stilling til HLR minus. Dette var tanker jeg tenkte. Allikevel gjorde jeg som jeg fikk beskjed om.

Jeg satt i gang gjenopplivning og holdt på til stanstemet kom. Min kollega ga meg akuttralla og jeg ble instruert av legen på temaet i hva jeg skulle gjøre.

Videre ble pasienten intubert, flere ribbein knakk før dødspunktet ble satt 12 min senere. Adrenalinet pumpet. Alle gikk og jeg stod igjen.

For alltid vil denne historien prege meg og være med meg. Jeg fikk tilbud om å snakke med noen etter hendelsen, og jeg kan med stor sikkerhet si at jeg etter denne episoden har vært nøye med å bringe opp spm om HLR minus for å slippe å stå i sånne situasjoner.