

Å få dø med verdighet

- Et kvalitetsforbedringsprosjekt om HLR *minus-rutiner*

Eivind Verley Kvittingen
Linda Karlsgot Hestvik
Silje Bergersen
Stine Nebb Ervik
Tine Torjuul Hansen



Prosjektoppgave i Kunnskapshåndtering, ledelse og
kvalitetsforbedring (KLoK)

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2014

Sammendrag

Tema og problemstilling: Med stadige medisinske fremskritt er det oppstått en nødvendig diskusjon om når behandling skal avsluttes. Med utgangspunkt i Indremedisinsk avdeling på Gjøvik sykehus tar dette kvalitetsforbedringsprosjektet for seg rutiner rundt vurdering og vedtak av HLR minus. Vi har identifisert to hovedområder med rom for forbedring, nemlig de lovfestede kravene til dokumentasjon, samt manglende rutiner rundt vurdering av pasienter.

Kunnskapsgrunnlag: Beslutninger om behandlingsunntak er viktig fordi det rører ved sentrale etiske prinsipper, fordi det er regulert av lover og fordi det har konsekvenser for økonomiske prioriteringer i helsevesenet. Helsedirektoratet har utgitt en nasjonal veileder som skal være til støtte for behandlingspersonell, pasienter og pårørende i denne beslutningsprosessen. Litteraturen bekrefter at gode rutiner rundt HLR minus er avgjørende for å sikre en god beslutningsprosess, og at økt fokus på behandlingsunntak resulterer i flere vurderinger og økt etterlevelse av vedtak. Av lovverket følger også plikten til å dokumentere HLR minus-vedtak i pasientjournalen. Flere norske studier har vist at dette ikke blir gjort på en tilfredsstillende måte.

Gjeldende praksis: Vi har vært i kontakt med både leger og sykepleiere ved Gjøvik sykehus. Hovedtrekkene i tilbakemeldingene er at HLR minus er problematisk å ta stilling til på vakt. Sykepleierne mener det oppstår usikkerhet særlig på kveldstid og i helger når situasjonen for noen pasienter er uavklart. Legene mener i tillegg at dette er et vanskelig tema å ta opp med pasienter og pårørende.

Tiltak og indikatorer: Målsetningene for kvalitetsforbedringsprosjektet kan beskrives i to punkter: Å sikre adekvat dokumentasjon av HLR minus-vedtak, samt å øke frekvensen og kvaliteten av HLR minus-vurderinger. Som tiltak for å oppnå dette vil vi innføre et standardisert skjema i DIPS for HLR minus-vurderinger, i tillegg til informasjonsintervensjon gjennom internundervisning og nye møterutiner som skal sikre at HLR minus kommer på dagsorden. For å måle kvalitetsforbedring foreslår vi en journalgjennomgang før og etter innføring av standardisert HLR minus-skjema, statistikk over antall utfylte skjema, antall HLR minus-vedtak rapportert på fredagsmøte med mer.

Vi anbefaler å gjennomføre prosjektet etter G. Langley og T. Nolans todelte modell for kvalitetsforbedring (1). Prosjektgruppen vi foreslår vil bestå av avdelingsleder, en

fagutviklingssykepleier, en representant fra Klinisk etikk-komité og en ansatt ved IKT-avdelingen.

Diskusjon/konklusjon: Vi mener dette prosjektet bør gjennomføres, og at tiltakene vi har foreslått er relevante og vil gi bedre kvalitet ved vurderinger og vedtak om HLR minus. Tiltakene krever ikke stor ressursbruk, og vi håper at Indremedisinsk avdeling ved Gjøvik sykehus er interessert i å gjennomføre prosjektet.

Innholdsfortegnelse

1	Tema og problemstilling	1
2	Hvorfor er det viktig med HLR minus-vurderinger?	3
2.1	Sentrale etiske perspektiver	3
2.2	Lovgivningen.....	4
3	Eksisterende veileder, lokale retningslinjer og tidligere rundskriv	5
3.1	Nasjonale retningslinjer	5
3.2	Hovedlinjer fra veileder IS- 2091 og tidligere rundskriv IK-1/2002.....	5
3.3	Lokale retningslinjer.....	7
3.4	Oppdatering av lokale retningslinjer?.....	7
4	Kunnskapsgrunnlag.....	9
4.1	Søkestrategi	9
4.2	Forskning om behandlingsunntatelse og HLR minus.....	9
4.2.1	Når skal HLR minus vurderes?	9
4.2.2	Hvorfor er det viktig med gode HLR minus-rutiner?	10
4.2.3	Pasientautonomi og kommunikasjon	11
4.3	Krav til dokumentasjon ved HLR minus	11
4.3.1	Dokumentasjonsplikt.....	11
4.3.2	Journalføring av HLR minus.....	12
4.3.3	Mangelfull dokumentasjon.....	12
5	Gjeldende praksis	14
5.1	Leger.....	14
5.2	Sykepleiere	15
6	Implementering	16
6.1	Tiltak og kvalitetsindikator.....	16
6.1.1	Dokumentasjonskrav	16
6.1.2	Rutiner og vurderingsfrekvens	17
6.1.3	Begrunnelse for valg av indikatorer	18
6.2	Plan for gjennomføring av tiltakene	19
6.2.1	Planleggingsfasen.....	20
6.2.2	Utførelsesfasen	22
6.2.3	Kontrollere og korrigere.....	24

6.2.4	Håndtering av motstand	25
7	Diskusjon.....	27
	Litteraturliste	28
	Vedlegg	Error! Bookmark not defined.

Oversikt tabeller og figurer

Tabell 1: Sentrale elementer angående beslutningsprosessen og dokumentasjon av denne slik det er omtalt i hhv rundskriv IK-1/2002 og veileder IS-2091	7
Tabell 2: Gjeldende rammer og lovverk knyttet til de ulike aspektene ved HLR minus.	13
Tabell 3: Tiltak, målsetninger og indikatorer.	18
Figur 1: PUKK-sirkel for kvalitetsforbedring.	20
Figur 2: Tidslinje for prosjektgruppas møter og den praktiske gjennomføringen av prosjektet	25

1 Tema og problemstilling

Det er en generell oppfatning i helse-Norge at overbehandling er et problem (2).

Overbehandling har konsekvenser for både pasient og sykehus, og argumentene som støtter dette spenner fra etiske vurderinger av livets slutfase til samfunnsøkonomiske betraktninger om ressursfordeling. I kjølvannet av betydelige medisinske fremskritt er det oppstått en nødvendig diskusjon om når behandling skal avsluttes. Nye farmakologiske muligheter og høyteknologiske behandlingsmodaliteter gjør det desto viktigere å huske grunnleggende etiske prinsipper som ligger til grunn for legekunsten: menneskeverdet, plikten til å redde liv, respekt for pasientens autonomi og faglig integritet.

Kunnskapscenteret utviklet i 2012 en prosjektplan som omhandler dette svært omfattende temaet (2). Denne kan være nyttig som et bakgrunnstykke når man jobber med kvalitetsforbedringsprosjekter der behandlingsbegrensning er i fokus. Da temaet er større enn hva dette prosjektet kan dekke, har vi begrenset det til å omhandle vurderingen om å unnlate resuscitering ved hjerte-/respirasjonsstans (HLR minus). Det er svært viktig å gjøre en grundig HLR minus-vurdering av pasientene det er aktuelt for, men svært vanskelig å si akkurat hvilke pasienter dette er. Mye klinisk skjønn og etikk kommer inn i bildet, og dette bidrar til at det oppfattes som et vanskelig tema.

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet tar utgangspunkt i Indremedisinsk avdeling på Gjøvik sykehus. Denne avdelingen ble valgt fordi de har eksisterende retningslinjer for vurdering av HLR minus, men disse er lite i bruk til tross for at de er 10 år gamle.

Etter erfaring fra praksis og jobb på forskjellige sykehus i Norge sitter vi igjen med en opplevelse av at rutineene rundt HLR minus er usystematiske, tilfeldige og personavhengige.

Vi fokuserer derfor på to sentrale områder i dette prosjektet: Det første er de lovfestede kravene til dokumentasjon, omtalt i teksten som «Dokumentasjonskrav». Studier i Norge har vist mangelfull etterlevelse av disse, og vi foreslår å innføre et standardisert skjema i DIPS som løsning. Det andre er mangelen på vurdering av pasienter. Dette gir seg utslag i frustrasjon hos de som jobber «på gulvet», altså sykepleierne, ved at det er usikkerhet om et resusciteringsforsøk skal igangsettes på pasienter der det ikke er gjort en tilfredsstillende vurdering av HLR minus. Vi foreslår flere tiltak for å forbedre dette, med mål om at alle aktuelle pasienter skal bli vurdert av behandlingsansvarlig (over)lege i løpet av en normal

arbeidsuke. Denne problemstillingen er omtalt i teksten som «Rutiner og vurderingsfrekvens» (6.1.2).

I tillegg anbefaler vi en oppdatering av eksisterende lokale retningslinjer for vurdering av HLR minus.

Målet med hele forbedringsprosjektet er å øke bevisstheten rundt vurderingen av HLR minus, i håp om at flere pasienter vil få en helhetlig vurdering på riktig tidspunkt og dermed en mer verdig avslutning på livet. Det finnes en nasjonal veileder som beskriver hva som skal være med i en slik vurdering, samt hvordan den skal dokumenteres. Selve vurderingen vil alltid være krevende, men gjennom opplæring og økt fokus, samt tilrettelegging av prosessen tror vi det er mulig å redusere motstanden mange leger føler mot en slik vurdering.

2 Hvorfor er det viktig med HLR minus-vurderinger?

Helsehjelp skal være basert på gode medisinske, helsefaglige og etiske vurderinger som respekterer pasientens rettigheter. Beslutninger om behandlingsunntakelse er viktig fordi det rører ved sentrale etiske prinsipper, fordi det er regulert av lover, og fordi det har konsekvenser for økonomiske prioriteringer i helsevesenet.

2.1 Sentrale etiske perspektiver

Det er flere viktige etiske betraktninger som står sentralt i vårt helsevesen, blant annet prinsippet om velgjørenhet, respekt for pasientens autonomi og verdighet (3). Disse er viktige å ta hensyn til ved vurdering av behandlingsunntakelse.

Prinsippet om velgjørenhet, å ikke skade, er et grunnleggende prinsipp som lett kan bli glemt når plikten og ønsket om å handle blir sterkt. Å ikke skade er ikke synonymt med mer behandling, og respekten for liv og verdighet betyr også respekt for at nok er nok.

Autonomi står sentralt i norsk helsevesen. Forutsatt at pasienten er samtykkekompetent, informert og ikke under press skal pasienten selv kunne ta stilling til om han ønsker behandling. Ofte tas denne type beslutninger så sent i forløpet at pasienten ikke lenger er samtykkekompetent (4).

Rettferdighet innebærer likeverdig behandling og ansvarlig fordeling av ressurser. Dette fremgår av Helsepersonelloven § 6 og er omtalt i sykepleieres og legers etiske regler (5, 6). Det vanskelig å stille ressurshensyn opp mot behandling, og det kan lett bli sett på som moralsk forkastelig. I Helsedirektoratets rapport «Prioriteringer i helsesektoren- verdigrunnlag, status og utfordringer» omtales disse utfordringene (7). I denne rapporten fremheves livsforlengende behandling som en tjeneste som i enkelte tilfeller ikke bør prioriteres foran annen behandling.

2.2 Lovgivningen

Lovverket setter rammene for vurdering og vedtak om HLR minus. Lovverket sier også noe om kravet til dokumentasjon for helsepersonell, dette omtales i delen om dokumentasjonsplikt.

Helsepersonelloven § 7 omhandler plikten til å gi øyeblikkelig hjelp (5). Dette gjelder også dersom pasienten er samtykkekompetent og motsetter seg helsehjelpen. Plikten er kun begrenset av de punkter som er omtalt i Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 (8). Loven er først og fremst formulert med tanke på akutte sykdomstilfeller, ulykker og kortvarig hjelp. I denne paragrafen har en døende pasient rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Hvis pasienten selv ikke kan formidle sitt ønske skal pårørendes uttalelser sammen med helsepersonellens selvstendige vurdering ligge til grunn for endelig beslutning om behandling eller ikke.

I tillegg til overnevnte lover omtales temaet andre steder i lovtekstene. Det fremgår av Helsepersonelloven §4, Spesialisthelsetjenesteloven §2-2 og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 4-1 at all helsehjelp må være faglig forsvarlig og omsorgsfull (5, 9, 10). I tillegg anses samtykke som svært sentralt slik det er omtalt i Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 (8).

3 Eksisterende veileder, lokale retningslinjer og tidligere rundskriv

3.1 Nasjonale retningslinjer

Det finnes per i dag ingen nasjonale retningslinjer som omhandler beslutning om HLR minus eller behandlingsunntatelse. Derimot har Helsedirektoratet utgitt en veileder IS-2091, «Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling» som skal gi rammer og være til støtte for behandlingspersonell, pasienter og pårørende i beslutningsprosessen (11).

Veilederen ble første gang utgitt i 2009, senere revidert 2013 og erstatter Helsetilsynets rundskriv IK-1/2002: «Forhåndsvurdering ved unntatelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse» (12).

3.2 Hovedlinjer fra veileder IS- 2091 og tidligere rundskriv IK-1/2002.

Rundskrivet fra 2002 omtaler kun unntatelse av å gi hjerte-/lunge-redning, altså «HLR minus», og journalføring av disse.

Rundskrivet bygger på Helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp og dets begrensninger etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9. Disse begrensningene settes som krav for å kunne sette HLR minus. Videre skal beslutningen dokumenteres i pasientjournal i henhold til gjeldende lovverk.

I en leder i Tidsskriftet kritiserte Trond Markestad, da representant for Rådet for legeetikk, dette rundskrivet for å ha for sterkt fokus på lovgivningen og at det i for liten grad ble åpnet for klinisk skjønn og etisk refleksjon (13).

Veileder IS-2091 fra Helsedirektoratet som har erstattet rundskrivet fra 2002, omtaler all form for livsforlengende behandling som vurderes der helbredende behandling ikke er mulig, inkludert HLR minus. Formålet med veilederen er å kvalitetssikre beslutningsprosesser knyttet til det å avstå fra eller å avslutte livsforlengende behandling. Dette gjelder alvorlig

syke pasienter med dårlig prognose, som uten slik livsforlengende behandling vil dø innen kort tid, det vil si i løpet av dager eller uker.

Veilederen tar for seg de aktuelle etiske og juridiske aspektene, samt potensielle utfordringer som kan oppstå underveis i beslutningsprosessen. Den gir også konkrete føringer for hvordan og hva som skal dokumenteres (se 4.3.1 Dokumentasjonsplikt).

Kort oppsummert konkluderer veilederen med følgende:

Beslutningen skal bygge på hva som ut fra en medisinsk og helsefaglig vurdering er forsvarlig og til pasientens beste, og hva pasienten ønsker. Beslutningen skal bygge på drøftinger i det tverrfaglige behandlingsteamet rundt pasienten, men behandlingsansvarlig lege treffer den endelige beslutningen.

Pasienter som ønsker det skal gis mulighet til å tilkjenne sine verdier og ønsker rundt livets avslutning. En samtykkekompetent og informert pasient som ikke ønsker livsforlengende behandling skal få ønsket sitt respektert. Ved manglende samtykkekompetanse skal nærmeste pårørende informeres når dette ikke strider mot pasientens eller pårørendes interesser. Om mulig skal det innhentes informasjon om hva pasienten ville ha ønsket.

Beslutninger om å begrense livsforlengende behandling skal dokumenteres i elektronisk pasientjournal og begrunnes.

Tabell 1: Sentrale elementer angående beslutningsprosessen og dokumentasjon av denne slik det er omtalt i hhv rundskriv IK-1/2002 og veileder IS-2091

	Rundskriv IK-1/2002	Veileder IS-2091
Beslutningsprosessen	<ul style="list-style-type: none"> • Pasient må være døende • Pasienten ønsker ikke å motta livsforlengende behandling • Pårørende har tilsvarende ønske • Helsepersonell finner at overnevnte ønsker bør respekteres 	<ul style="list-style-type: none"> • Medisinsk og helsefaglig vurdering - til pasientens beste • Pasientens verdier og ønske • Drøftes i tverrfaglig behandlingsteam • Behandlingsansvarlig lege treffer beslutning
Dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Vurderinger knyttet til pasrl § 4-9 • Informasjon mottatt fra/gitt pasient og pårørende 	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken behandling skal gis, ikke gis • Grunnlaget for beslutningen • Informasjon mottatt fra/gitt pasient og pårørende • Pasientens ønsker, uenighet/diskusjon underveis, verdivurderinger • Jevnlig revurdering av pasientens tilstand

3.3 Lokale retningslinjer

Ved indremedisinsk avdeling på Gjøvik sykehus har de egne retningslinjer for vurdering av HLR minus. Disse ble utarbeidet av Klinisk etikk-komité ved sykehuset og trådte i kraft 01.09.2004.

Hensikten med retningslinjene var   avklare ansvarsforhold, dokumentasjon og bruk av begrepet «HLR minus». Disse punktene omtales kort, samt grunnlaget som trengs for vurdering av HLR minus. Retningslinjene bygger hovedsakelig på rundskriv IK-1/2002 omtalt ovenfor (12).

3.4 Oppdatering av lokale retningslinjer?

Det aktuelle lovverket er hovedsakelig det samme som i 2002, og det er ingen endringer som har praktisk betydning for utforming av retningslinjene. Derimot er lovverket vektlagt mindre i den nye veilederen, og det åpnes for betydelig mer etisk refleksjon og bruk av klinisk skjønn.

Utover dette er det i veilederen gjort enkelte presiseringer angående krav til dokumentasjon.

Vurderingene knyttet til Pasientrettighetsloven § 4.9 er ikke nevnt, men diskusjoner underveis og verdigrunnlag skal dokumenteres, samt informasjon som er gitt til pasient og pårørende.

Med grunnlag i overnevnte punkter anbefaler vi en oppdatering av de lokale retningslinjene slik at de sammenfaller bedre med gjeldende veileder fra Helsedirektoratet. I tillegg bør det presiseres i retningslinjene at det ved signering av kurve også signeres for kontinuering av det eventuelle HLR minus-vedtak. Det vil dermed bli en kontinuerlig revurdering av beslutningen slik som anbefalt i veilederen.

4 Kunnskapsgrunnlag

Det ble foretatt innhenting av bakgrunnskunnskap med grunnlag i gjeldende retningslinjer fra Gjøvik sykehus og veileder IS-2091 fra Helsedirektoratet.

4.1 Søkestrategi

For å finne bakgrunnskunnskap som omhandler HLR minus ble det foretatt litteratursøk ved hjelp av McMaster PLUS (pyramidesøkfunksjonen) i Helsebiblioteket samt enkeltsøk i MEDLINE og Cochrane library. Søkeord som ble brukt i ulike kombinasjoner var «DNR», «Do-not-resuscitate», «DNAR», «Do not attempt resuscitation», «Advance Directives» og «End of life». Videre ble referanselister fra aktuell litteratur brukt til å finne andre relevante artikler. Fagtidsskriftet for det Europeisk Resuscitasjonsråd, «Resuscitation», har vært særlig relevant. Da det er begrenset med litteratur som omhandler kun HLR minus, har vi inkludert studier og systematiske oversikter som tar for seg behandlingsunntatelse generelt.

Med utgangspunkt i gjeldene veileder IS-2091 har vi identifisert aktuelle lover, forskrifter og proposisjoner til Stortinget (lovvedtak) som omhandler emnet dokumentasjon av HLR minus. Lovtekster ble hentet fra databasen lovdata.no. Videre ble det gjort søk i Tidsskriftet for Den norske legeförening med søkeordene «dokumentasjon» og «HLR minus», og et større litteratursøk i MEDLINE hvor søkeord om HLR minus og behandlingsunntatelse ble kombinert med «documentation».

4.2 Forskning om behandlingsunntatelse og HLR minus

4.2.1 Når skal HLR minus vurderes?

Det er forsøkt å identifisere hvilke pasienter som ikke vil ha nytte av gjenopplivning og livsforlengende behandling. Faktorer som ble assosiert med dårlig overlevelse og/eller prognose etter forsøkt gjenoppliving var metastatisk malignitet, hematologisk malignitet, høy alder og endret mental status (14-16). Det er også vist at slag ofte er assosiert med HLR minus-vedtak (17). I disse studiene understrekes det videre at funnene kun kan brukes som beslutningsstøtte ved HLR minus-vedtak og at individuelle vurderinger må tas i hvert tilfelle.

4.2.2 Hvorfor er det viktig med gode HLR minus-rutiner?

For å sikre en god vurderingsprosess av HLR minus er det viktig med gode rutiner. En oppsummeringsartikkel har sett på utfordringer som finnes i forbindelse med HLR minus-vedtak (4). De påpeker at selve vurderingene forekommer for sjeldent og for sent i pasientforløpet, noe som er problematisk da pasientene ofte ikke lenger er samtykkekompetente. Videre fremhever studien at leger ofte ikke formidler nok informasjon til pasientene om deres egen prognose og sannsynlighet for å overleve et eventuelt gjenopplivingsforsøk, noe som gjør at pasientene ikke kan gi et fullverdig informert samtykke. Artikkelen påpeker at leger har en tendens til å ekstrapolere HLR minus-vedtak til å bety «ingen andre behandlingstiltak», og gjør dermed færre undersøkelser og gir færre medikamenter. Det sistnevnte er også funnet i flere internasjonale studier, til forskjell fra norske studier som har vist en tendens til overbehandling (18-20).

Så vidt vi vet finnes det ingen standardiserte skjema for utfylling ved et HLR minus-vedtak i Norge. Til gjengjeld foreligger det studier som tyder på at det vil være nyttig å ta i bruk slike skjema. Etter introduksjon av en standardisert HLR minus-mal ved et sykehus i England fant de at flere overleger i større grad ble involvert i beslutningen, og at prosessen rundt beslutningen ble forbedret (21). Videre så de en økning i tilfredsstillende dokumentasjon, fra 86 til 98 prosent. Disse funnene støttes av to lignende studier fra England, hvor den ene også påpekte at bruk av skjema førte til bedre omsorg for pasientene (22, 23).

Flere intervensjonsstudier har sett på tiltak for å øke fokus på behandlingsunntatelse hos helsepersonell (gjennom etikkurs, informasjonskampanjer osv.). En metaanalyse publisert i 2014 oppsummerte disse studiene (24). De fant at ved å gjøre slike intervensjoner, og dermed øke helsepersonells bevissthet omkring temaet, førte det til:

- 1) Økt antall vurderinger om behandlingsunntatelse
- 2) Økt etterlevelse av vedtak om behandlingsunntatelse
- 3) Økt samsvar mellom pasientens preferanser for omsorg og den leverte omsorg
- 4) Bedret utfall for pasientene og deres pårørende

4.2.3 Pasientautonomi og kommunikasjon

Viktigheten av å involvere pasienter og pårørende i HLR minus-vedtak er understreket i både Pasient- og brukerrettighetsloven og veilederen fra Helsedirektoratet (8, 11). En nederlandsk studie fra 2011 har vist at pasienter og pårørende ønsker samtaler om behandlingsunntakelse, pasientenes prognose og livets slutt (25). En annen studie som understreker hvor viktig det er å involvere pasienter og pårørende i slike beslutninger fant at mange pasienter endret sine preferanser for behandling etter økt informasjon om gjenoppliving og betydning av HLR (26).

Selv om det har vært økende fokus på pasientautonomi er det studier som har vist at pasienters ønsker ikke blir etterlevd av klinikere, selv når de er kartlagt av helsepersonell (27, 28). En studie fra 2013 sammenlignet pasienters preferanser for behandling eller ikke behandling med legers antakelse om pasientenes preferanser (29). Dette korrelerte i 75 prosent av tilfellene for HLR og kun 60 prosent av tilfellene for mekanisk ventilasjon. Studien viser at klinikere er dårlig til å forutsi sine pasienters preferanser rundt behandlingsunntakelse, og understreker at informasjon, samtale og konsensus med pasienter og eventuelt pårørende er viktig.

4.3 Krav til dokumentasjon ved HLR minus

4.3.1 Dokumentasjonsplikt

Alt helsepersonell har dokumentasjonsplikt, det vil si plikt til å nedtegne og dokumentere sin virksomhet i pasientjournal (5, 30). Fra 1.1. 2001 ble kravene til dokumentasjon av undersøkelse og behandling utført av helsepersonell skjerpet med ny Helsepersonellov og Pasientrettighetslov (31). I tillegg ble det iverksatt en ny journalforskrift for å skjerpe dokumentasjonsrutinene (32). Forskriften er hjemlet i overnevnte lov om helsepersonell, og beskriver detaljert hvordan en journal skal føres, oppbevares og brukes (33).

Dokumentasjonsplikten er i hovedsak begrunnet i hensynet til kvaliteten på pasientbehandlingen, gjennom å sikre kontinuitet og kommunikasjon mellom helsepersonell, jfr. forsvarlighetsprinsippet. I tillegg kommer hensynet til muligheten for å etterprøve den helsehjelp som er gitt. Den skriftlige dokumentasjon som foreligger er således både et virkemiddel for kvalitetssikring og en indikator på kvaliteten av det arbeid som utføres (30).

Plikten til dokumentasjon gjelder for «nødvendige og relevante» opplysninger. Vurderingen av hva som inngår i dette vil være knyttet til pasientens helsetilstand og behov for helsehjelp. I journalforskriftens § 8 er det gitt en oversikt over hva journalen skal inneholde (31).

4.3.2 Journalføring av HLR minus

Etter at den nye loven om pasientrettigheter trådte i kraft 1.1. 2001, sendte Statens helsetilsyn ut det tidligere nevnte rundskrivet for å presisere begrepet og bruken av «HLR minus» (8, 12). Her kom man med en del anbefalinger om journalføringen av HLR minus. Helsetilsynet understreker at iverksetting av restriksjoner i behandling, deriblant HLR minus, inngår som et ledd i videre planlegging og oppfølging av pasienten. Av den grunn skal slike vedtak dokumenteres i pasientjournalen. Betegnelsen HLR minus skal kun brukes som et supplement til dette journalnotatet. Altså holder det ikke at HLR minus er notert på kurven, det skal alltid foreligge et journalnotat som begrunner avgjørelsen (33).

Lovverket stiller med andre ord krav til dokumentasjon, men sier ikke spesifikt hva som skal dokumenteres. I den gjeldende veilederen, har de tolket lovverket og gitt presise føringer for nettopp dette (se tabell 1) (11).

4.3.3 Mangelfull dokumentasjon

Tross lovverket og veilederens klare presisering med hensyn til dokumentasjon, har norske studier vist at det synes betraktelig på dette punktet. To artikler fra 2003, publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening, tok for seg journaldokumentasjon ved unnlatelse av livsforlengende behandling (19, 33).

Den ene studien gjennomgikk journalene til 119 pasienter som døde ved St. Olavs Hospital etter utskrivning fra intensivavdelingen i perioden 1999 til 2002 (33). 84 prosent av pasientene hadde behandlingsrestriksjoner, og blant disse var det 58 prosent med ikke-akseptabel dokumentasjon, det vil si enten manglende eller dårlig dokumentasjon. Forfatterne går så langt som å antyde at forskriften om pasientjournal § 8 brytes systematisk.

Den andre studien så på journalen til 69 pasienter utskrevet fra en kirurgisk avdeling, med hensyn til blant annet informasjon om HLR minus (19). For 8 av 13 pasienter med vedtak om

HLR minus, manglet journalnotat og/eller signatur. Den aktuelle avdelingen hadde en klar prosedyre for HLR minus, men den ble fulgt i mindre enn halvparten av tilfellene.

Tabell 2: Gjeldende rammer og lovverk knyttet til de ulike aspektene ved HLR minus.

Årstall	Hendelse
2000	Forskrift om pasientjournal, av 21. desember 2000 nr. 1385.
2001	Lov om pasient- og brukerrettigheter, av 2. juli 1999 nr. 63. Lov om helsepersonell, av 2. juli 1999 nr. 64. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., av 2. juli 1999, nr. 61.
2002	Rundskriv IK-1/2002. Forhåndsvurdering ved unnlatelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse. (Erstattet).
2009	Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling, Helsedirektoratet, 04/2009.
2011	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., av 24. juni 2011, nr. 30.
2013	Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling, Helsedirektoratet, 04/2009, rev 07/2013.

5 Gjeldende praksis

For å kunne foreslå tiltak for forbedring er det viktig å ha innsikt i dagens situasjon ved det kliniske mikrosystemet. Som beskrevet tidligere eksisterer det lokale retningslinjer for HLR minus-vurderinger, men det er usikkert til hvilken grad disse er implementert i den kliniske hverdagen. Under gjennomgå oppfatningene til leger og sykepleiere vi har vært i kontakt med.

5.1 Leger

Kun assistentleger og overleger kan sette HLR minus. De eksisterende retningslinjene er lite i bruk, noe som bekreftes i en uformell undersøkelse ved at kun 7 av 36 leger tilstede på morgenmøtet visste at de eksisterer (dette inkluderte omlag 10 turnusleger).

Da store deler av onkologien i Sykehuset Innlandet sokner til Gjøvik er HLR minus-vurderinger relativt hyppige. Det ble anslått at omtrent 10 prosent av inneliggende pasienter er HLR minus til en hver tid. Det er som oftest sykepleierne som sier ifra at en pasient bør vurderes, noe legene synes er verdifullt.

Legene synes det er problematisk å gjøre en HLR minus-vurdering når de går vakt. Dette fordi de har lite tid og ikke kjenner pasienten. De uttrykker et ønske om at vurderingen gjøres på dagtid.

Til sist påpeker legene at dette er et vanskelig tema å ta opp med pasient og pårørende. Legene er bekymret for at pasienten skal misforstå og tro at de ikke skal motta noen form for behandling.

Forslag til forbedring fra legenes side var å øke fokus på HLR minus, få HLR minus-vurderingen inn som en rutine og at et felt på kurven er dedikert til HLR minus-vurderingen.

5.2 Sykepleiere

Sykepleiere er den arbeidsgruppen som bærer den praktiske konsekvensen av HLR minus-vurderinger i kraft av å være de som oftest tilkaller hjelp og starter resuscitering ved en hjerte- eller respirasjonsstans.

Den generelle oppfatningen blant sykepleierne er at legene har svært forskjellig praksis når det kommer til HLR minus-vurderinger. Dette skaper usikkerhet ved stans, særlig på kvelder og i helger. Det forekommer tilfeller der legen ikke ønsker å ta en avgjørelse, og i stedet sier at sykepleierne skal «skynde seg langsomt om det skjer noe».

Sykepleierne er fornøyd med informasjonsflyten etter at HLR minus er blitt satt. Det blir notert på pasientlisten de har med til en hver tid, samt nevnt ved vaktskifte. Det er ikke deres oppfatning at det startes HLR på pasienter der HLR minus er satt.

6 Implementering

6.1 Tiltak og kvalitetsindikator

I dette kvalitetsforbedringsprosjektet ønsker vi å sette fokus på HLR minus-rutiner. Med bakgrunn i foregående tekst foreslår vi en revisjon av eksisterende lokale retningslinjer for HLR minus, etterfulgt av implementering av nye retningslinjer.

Selve vedtaket om HLR minus er en beslutning som må tilpasses hver enkelt pasient.

Tiltakene som foreslås her vil derfor ikke forsøke å identifisere de «riktige» pasientene.

Målsetningene og fokuset for dette kvalitetsforbedringsprosjektet kan kort beskrives i to punkter:

- 1) Dokumentasjonskrav: Å sikre adekvat dokumentasjon av HLR minus-vedtak.
- 2) Rutiner og vurderingsfrekvens: Økt frekvens av HLR minus-vurderinger og bedret kvalitet på vurderingsprosessen, uavhengig av om dette fører til flere eller færre HLR minus-vedtak.

Tiltakene som foreslås og indikatorer som kan brukes for å vurdere kvalitetsforbedring, vil omtales separat for de to ulike målsetningene. Den praktiske gjennomføringen av tiltakene vil bli beskrevet senere i oppgaven (6.2 Plan for gjennomføring av tiltakene).

6.1.1 Dokumentasjonskrav

Tiltak:

- **Innføre standardisert skjema: «Vurdering av HLR status»**

For å sikre tilfredsstillende dokumentasjon av HLR minus-vedtak foreslås det å innføre et standardisert skjema som skal legges inn i journalsystemet DIPS. Denne skal inneholde alle momenter som skal være dokumentert ved vurderinger og vedtak om HLR minus. Skjemaet kan også fungere som en sjekklister for å sikre at prosessen blir tilfredsstillende utført. Skjemaet erstatter nåværende praksis, der vedtaket dokumenteres i et vanlig journalnotat. Som tidligere skal “HLR minus”, med legens signatur, noteres på kurven. Det legges opp til at skjemaet også skal brukes der det blir

gjort en vurdering, men hvor det ikke blir fattet et HLR minus-vedtak. Slik skjemaet er utformet vil vedtak om HLR minus automatisk opphøre ved utskrivelse fra sykehus med mindre annet er spesifisert. Forslag til skjema «Vurdering av HLR status» er vedlagt (se vedlegg 1).

Indikator:

- **Prosentandel adekvat dokumenterte HLR minus-vedtak**

For å få et sammenligningsgrunnlag anbefales det å undersøke HLR minus-journalnotat skrevet før innføring av nytt skjema og bestemme andelen med tilfredsstillende dokumentasjon. Etter oppstart av prosjektet kan dette sammenlignes med andelen HLR minus-vedtak med korrekt utfylt skjema.

6.1.2 Rutiner og vurderingsfrekvens

Tiltak:

- **Informasjonsintervensjon**

Det bør benyttes internundervisning på morgenmøter for å formidle informasjon om prosjektet. Dette er omtalt i mer detalj i avsnitt 6.2.2.

- **Innføring av nye møterutiner**

Det foreslås å innføre en standard rutine på previsitten hvor HLR minus skal være et tema. Her skal lege ha hovedansvar for å vurdere aktuelle pasienter, mens sykepleiere oppfordres til å etterlyse vurderinger de føler må tas. Medisinsk avdeling ved Gjøvik sykehus har fellesmøte for leger hver fredag. Her skal det rapporteres hvor mange HLR minus-pasienter som er inneliggende.

Indikatorer:

- **Prosentandel adekvat dokumenterte HLR minus-vedtak**

Denne indikatoren vil også fungere som et indirekte mål på kvaliteten av vurderingene (30).

- **Antall utfylte «Vurdering av HLR status»-skjema**

Etter innføringen av det standardiserte skjemaet kan det gjøres en gjennomgang av alle

utfylte skjema slik at man får en indikasjon på frekvens av HLR minus-vurderinger (alle utfylte skjema) og frekvens av HLR minus-vedtak (skjema hvor vedtak er fattet).

- **Antall HLR minus rapportert på fredagsmøter**

Denne indikatoren vil kunne være et supplement til indikatoren over. Ved å se på disse tallene vil man kunne få et løpende tall på hvor mange vedtak som fattes. Ved å øke antall vurderinger vil man sekundært få et økt antall HLR minus-vedtak, selv om andelen vedtak per vurdering ikke nødvendigvis blir høyere. Derfor kan dette også være en løpende indikator på antall vurderinger.

- **Antall respirasjons-/hjertestans hvor det ikke blir gjort HLR og pasientene ikke har dokumentert HLR minus**

Dette tallet kan undersøkes før og etter intervensjonen og det forventes en nedgang etter gjennomføringen av prosjektet.

Tabell 3 gir en oppsummering av alle foreslåtte tiltak og indikatorer.

Tabell 3: Tiltak, målsetninger og indikatorer.

Tiltak	Målsetning	Indikator
Informasjonsintervensjon	Økt vurderingsfrekvens og forbedret vurderingsprosess	<ul style="list-style-type: none"> • Antall utfylte “Vurdering av HLR status”-skjema • Antall HLR minus • Antall respirasjons-/hjertestans hvor det <u>ikke</u> blir gjort HLR og pasientene <u>ikke</u> har dokumentert HLR minus
Innføring av nye møterutiner		
Innføre standardisert skjema: “Vurdering av HLR status”	Bedret dokumentasjon av HLR minus-vedtak Økt kvalitet på vurderingene	<ul style="list-style-type: none"> • Prosentandel adekvat dokumenterte HLR minus-vedtak

6.1.3 Begrunnelse for valg av indikatorer

Alle indikatorene vi har foreslått er prosessindikatorer. De er alle relevante, og informasjonen nødvendig for å foreta målingene er lett tilgjengelig. Indikatoren for å måle dokumentasjonsforbedring er pålitelig og tolkbar, og således den mest solide. Når det gjelder økt vurderingsfrekvens mener vi at indikatorene vi har foreslått er de som er mest relevante og pålitelige. De kan gjennomføres uten å ta i bruk større ressurser. Kvalitet på selve HLR minus-vurderingene er vanskeligere å måle. I mangel på en gullstandard burde de foreslåtte indikatorene gi en pekepinn på en kvalitetsforbedring. Det optimale ville ha vært å gjennomføre spørreundersøkelser for pasienter og leger angående prosessen rundt en slik

vurdering. Dette ville ha krevd mer ressurser og tidsbruk, og ble vurdert til å være for omfattende i denne sammenheng.

6.2 Plan for gjennomføring av tiltakene

Vi velger å følge G. Langley og T. Nolans todelte modell for kvalitetsforbedring i organisering og gjennomføring av dette prosjektet (1). Første del av denne modellen omfatter planleggingsfasen, og ønsker å avklare noen kjernesporsmål. Kort oppsummert kan de besvares slik:

1) «Hva ønskes oppnådd?»

Bedre rutiner rundt vurdering og vedtak om HLR minus.

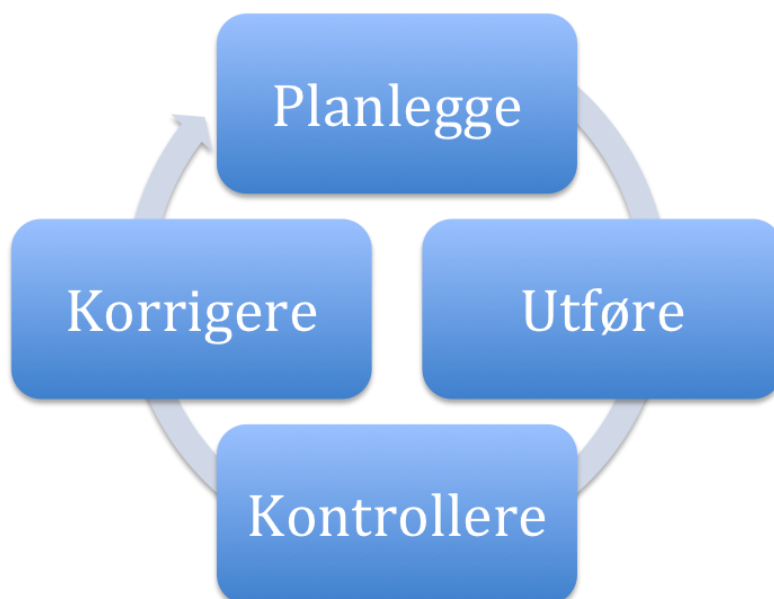
2) «Når er en endring en forbedring?»

Når antall HLR minus-vurderinger øker og dokumentasjonen av slike vedtak er tilfredsstillende.

3) «Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?»

Informasjonsintervensjon, nye møterutiner og innføring av standardisert skjema for HLR minus-vurderinger.

Den andre delen av Langley og Nolans modell består av en 4-trinns forbedringssirkel, PUKK-sirkelen. Se figur 1. Vårt konkrete forslag til bruk av denne beskrives nærmere under.



Figur 1: PUKK-sirkel for kvalitetsforbedring.

6.2.1 Planleggingsfasen

Denne fasen innebærer identifisering av problemet, innsamling av fakta, analyse av årsak og forslag til løsning. Planlegging har blitt gjort med tanke på implementering ved Medisinsk avdeling på Gjøvik sykehus.

Ansvar for den praktiske gjennomføringen ligger hos ledelsen. Å opprette en prosjektgruppe med forankring nettopp i ledelsen, vil bidra til et vellykket prosjekt (1). Første steg vil være å utnevne deltakere til prosjektgruppa. Vi foreslår avdelingsoverlege som leder, med sin nære tilknytning til både sykehusledelsen og de andre overlegene. Avdelingsoverlege vil fungere som møteleder, og bør være den som delegerer oppgaver til de andre i gruppa. I tillegg er det ønskelig med en representant fra sykepleierne, og det er nærliggende at en fagutviklingssykepleier utnevnes. Denne personen vil være informasjonskilde for de andre sykepleierne og pleiepersonell, samt være kontaktperson for tilbakemeldinger fra denne gruppen av ansatte. Det er i tillegg naturlig å involvere en representant fra Klinisk etikk-komité med tanke på den etiske forankringen av prosjektet, samt en ansatt ved IKT-avdelingen med DIPS-kompetanse. I startfasen av prosjektet vil en viktig oppgave for gruppa være å revidere retningslinjene for vurdering av HLR minus slik at de er oppdaterte.

I planleggingsfasen må det avgjøres hvordan indikatorene skal måles. Tidsaspektene er kun veiledende, og må selvsagt tilpasses lokale forhold.

Prosentandel adekvat utfylt HLR minus-vedtak:

Som beskrevet under Tiltak og indikatorer (6.1.) må det gjøres en gjennomgang av tidligere HLR minus-journalnotat for å få et sammenligningsgrunnlag. En i prosjektgruppa ved sykehuset kan ha ansvar for dette. Den vil måtte finne en strategi for å søke frem HLR minus-journalnotat i DIPS, for eksempel fra de siste 6 måneder. Ved å bruke skjemaet som er utarbeidet (Vedlegg 1) som sjekklister, kan man score hvor god dokumentasjonen på tidligere notater har vært. Etter innføring av skjemaet vil man måtte sette seg ned etter 6 måneder og undersøke alle HLR minus-vedtak som er gjort fra innføring av skjema, og beregne andelen av disse som er korrekt og fullstendig utfylt. Deretter kan dette sammenlignes med situasjonen før oppstart, og se om dokumentasjonen (og sekundært vurderingsprosessen) har blitt bedre.

Antall utfylte «Vurdering av HLR status»-skjema:

En gjennomgang av alle utfylte skjema kan gjøres for eksempel seks måneder etter innføringen. Deretter kan tallet registreres for å undersøke frekvensen av HLR minus-vurderinger, og antall HLR minus-vedtak.

Antall HLR minus rapportert på fredagsmøter:

Nye møterutiner tilsier at møteleder skal registrere antall HLR minus-pasienter som er inneliggende ved Medisinsk avdeling. Disse tallene skal innhentes av et medlem av prosjektgruppa, og vil være et løpende tall på antall vurderinger og vedtak. Dette kan i tillegg brukes som en kontroll på at alle HLR minus-vedtak blir dokumentert ved hjelp av «Vurdering av HLR status»-skjema.

Antall respirasjons-/hjertestans hvor det ikke blir gjort HLR og pasientene ikke har dokumentert HLR minus:

Denne indikatoren tilsier at noen i prosjektgruppa må gjøre en journalgjennomgang. Det må utformes en søkestrategi hvor man f.eks. et år tilbake i tid kan registrere alle dødsfall hvor det ikke har blitt forsøkt gjenoppliving, men hvor pasientene ikke hadde dokumentert HLR minus-vedtak. Deretter må en gjennomgang foretas 6 måneder etter tiltakene er satt i verk, slik at man kan sammenligne.

Det bør i forkant fastsettes møter for prosjektgruppa. Vi foreslår oppstart av prosjektet høsten 2014, for eksempel 1. september, fordi dette er etter endt sommerferie. På den måten er flest

mulig av de faste (over)legene tilstede ved implementering av de nye rutinene. Deretter er det naturlig å avholde et møte etter hver enkelt evaluering for å håndtere resultatet av disse. For dette prosjektet vil det da kunne planlegges å ha møte før oppstart, og én måned og tre måneder etter at tiltakene har blitt satt i verk. Indikatorene skal i vårt forslag måles etter 6 måneder, og det er naturlig med et møte for prosjektgruppa i forbindelse med dette. Det bør avsettes tid i etterkant til å innhente data og til å sammenligne med baseline; vi foreslår 2 måneder. Etter åtte måneder har man altså gått gjennom én PUKK-sirkel, og man kan om nødvendig starte på en ny. Dette avgjøres av prosjektgruppa på møtet etter 8 måneder. Tidspunktene er illustrert i figur 2.

6.2.2 Utførelsesfasen

I denne fasen setter man tiltakene ut i praksis. I samarbeid med leger og sykepleiere ved Medisinsk avdeling på Gjøvik sykehus, har vi kartlagt dagens praksis. Med bakgrunn i dette har KLoK-gruppa diskutert seg fram til konkrete tiltak som kan bedre dagens rutiner for HLR minus-vurdering og fastsatt indikatorer for å vurdere forbedring.

Hvordan tiltakene skal gjennomføres i praksis, vil i det følgende bli beskrevet.

Innføring av skjema: “Vurdering av HLR status”

Før et standardisert skjema kan bli tatt i bruk, må IKT-ansvarlig sørge for at dette er tilgjengelig blant utvalget av dokumenter som leger kan opprette i DIPS. Vi foreslår at skjemaet må opprettes som en egen dokumenttype, slik at det ikke «forsvinner» i mengden av andre journalnotat. Dermed blir dette dokumentet å finne i en egen gruppe i utforsker-funksjonen.

I praksis vil pasientens ansvarlige lege være den som gjennomfører dette tiltaket, som oftest en overlege. For en pasient hvor det er naturlig å utføre en vurdering av om gjenopplivning skal gjennomføres eller ikke, oppretter legen dokumentet «Vurdering av HLR status» i DIPS, og sørger for å fylle ut alle deler av skjemaet. Forslag til skjema er vedlagt (Vedlegg 1). Det skal tilstrebes en fortløpende vurdering av alle aktuelle pasienter, det vil si på dagtid alle hverdager. Den legen som har opprettet dokumentet må sørge for at dokumentet godkjennes når vurderingen er gjort og situasjonen er avklart. Som nevnt over, kontinueres vedtaket ved signering på kurven daglig. Gyldighet av skjemaet utløper ved utskrivelse av pasienten. Hvis

vedtaket endres i løpet av innleggelse skal det fylles ut nytt skjema. Det vil til enhver tid være det siste skjemaet som er gyldig.

Internundervisning på morgenmøtene

Vi foreslår å formidle informasjon om de nye retningslinjene, det gjeldende dokumentasjonskravet, det nye skjemaet «Vurdering av HLR status» og viktighet av gode HLR minus-rutiner gjennom internundervisning på morgenmøtet. I tillegg bør det informeres om at antall HLR minus-vedtak skal registeres av prosjektgruppa. Det er viktig at informasjonen når ut til alle ansatte som er involverte på ulike nivåer i systemet. Rent praktisk utføres undervisningen av prosjektgruppas deltakere i samme periode som de nye rutinene ønskes påbegynt. Vi anser det som mest naturlig at avdelingsoverlegen underviser legene, samtidig som fagutviklingssykepleier informerer/underviser de andre sykepleierne og annet pleiepersonell. Informasjonen bør være tydelig og konsis slik at legene ikke blir i tvil om hvordan tiltakene skal gjennomføres, og de andre involverte ansatte (sykepleiere og pleiepersonell) må få god innsikt i hvordan de skal forholde seg til de nye rutinene. I anledning informasjonsmøtet for sykepleierne, er det ønskelig at fagutviklingssykepleier oppfordrer sine kollegaer til å være oppmerksom på aktuelle pasienter som kan ha behov for vurdering. Ser de et slikt behov, oppfordres de til å etterlyse en HLR minus-vurdering ovenfor behandlingsansvarlig lege under previsitt eller visitt.

Innføring av nye møterutiner

På previsitt eller visitt foreslås det å innføre en standard rutine hvor vurdering av HLR tas opp. På denne måten får man økt fokus, og forhåpentligvis økt hyppighet av HLR minus-vurderinger. Det er legens ansvar å gjøre selve vurderingen, men sykepleier skal være bevisst på å nevne aktuelle pasienter som bør vurderes. Fordi pasientens helsetilstand kan endre seg, er det viktig å fortløpende vurdere HLR minus-status. Som et ledd i at legen går gjennom pasientens kliniske status, oppdaterer seg på funn og prøvesvar, samt vurderer endringer i medisiner, vurderes også kontinuering av HLR minus-status. Dermed vil den daglige signeringen av kurven medføre en signering av at HLR minus-status er vurdert og eventuelt kontinuert. Om ønskelig kan det innføres en egen linje på kurven for signering av HLR minus-status.

Medisinsk avdeling ved Gjøvik sykehus har fellesmøte for leger hver fredag. Her bør møteleder (avdelingsoverlege eller annen overlege) etterspørre hvor mange HLR minus-pasienter hver post har. Dette skal registreres og overbringes til prosjektgruppa for statistikk.

Videre foreslås det at møteleder skal minne om at alle pasienter aktuelle for HLR minusvurdering skal avklares før helgen. Et forslag til ordlyd er: «Hvor mange pasienter på din post er HLR minus? Er det andre som er aktuelle for vurdering? Isåfall, forsøk å avklare dette før helgen.»

6.2.3 Kontrollere og korrigere

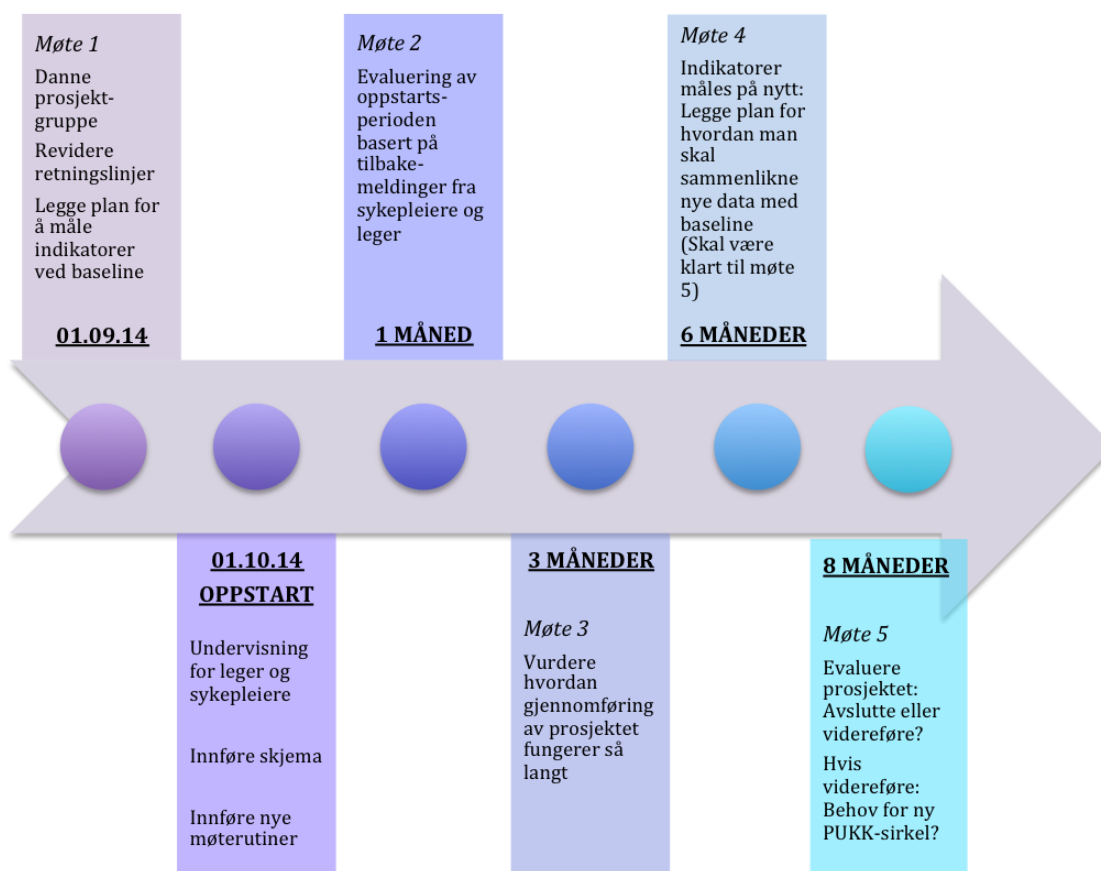
Kontroll -og korrigeringsfasen søker å vurdere om endringene har ført til bedring, samt å gjøre nødvendige endringer. PUKK-sirkelen skal på denne måten sikre at man kontrollerer effekten av tiltakene og at man gjør nødvendige endringer underveis (1).

Det henvises til planleggingsfasen for innføring i hvordan indikatorene skal kontrolleres.

Det bør i tillegg gis muligheter for tilbakemelding om hvordan de nye rutinene fungerer like etter oppstart, for eksempel på et morgenmøte. Dette kan gjennomføres etter én måned, noe som gir de involverte legene tilstrekkelig tid til å gjøre seg kjent med de nye rutinene.

Samtidig er dette såpass kort tid etter oppstart at eventuell misnøye kan rettes på innen rimelig tid, og gi rom for rask forbedring. Spørsmål som kan stilles ved dette møtet er om skjemaet «Vurdering av HLR status» fungerer, om det har oppstått noe frustrasjon og om noen har forslag til nødvendige endringer. Ved samme tidspunkt kan det være nyttig for prosjektgruppa å ha et møte for å diskutere håndtering av disse tilbakemeldingene.

Underveis i et slikt prosjekt foregår ofte trinnene i PUKK-sirkelen i flere sykluser, og gjør det mulig å gjøre justeringer og forbedringer underveis basert på tilbakemeldinger fra deltakere i prosjektet. Kontroll av indikatorene som er beskrevet i planleggingsfasen, vil også gi grunnlag for å vurdere behov for korrigerende. Ved hver endte PUKK-sirkel vurderes det om prosjektet videreføres, eventuelt om det avsluttes. Det vil være naturlig å gjennomføre denne sirkelen minst to ganger for å skape rom for god implementering.



Figur 2: Tidslinje for prosjektgruppas møter og den praktiske gjennomføringen av prosjektet

6.2.4 Håndtering av motstand

Ved endring av rutiner, vil man måtte forberede seg på å håndtere eventuell motstand (34). Hos legene og sykepleierne vil et nytt tiltak kunne oppleves som unødvendig, og bli et irritasjonsmoment i en ellers hektisk hverdag. Det kan være vanskelig å skape en holdningsendring som innebærer endring av praksis. Hos ledelsen kan man møte skepsis til om dette er et effektivt tiltak, og det vil stilles spørsmål om gevinsten ved innføring er større enn de administrative ulempene. I vårt kvalitetsforbedringsprosjekt står det etiske og juridiske perspektivet i forgrunnen. Det at dette prosjektet ikke fokuserer på å være kostnadsbesparende, kan møte motstand fordi sykehusavdelinger er under økonomisk press. En mulighet er å koble skjemaet «Vurdering av HLR status» opp mot DRG-systemet slik at leger får et insentiv til å fylle ut skjemaet.

Med tanke på håndtering av mulig motstand, er det blant annet viktig å skape engasjement for endring. På informasjonsmøtene hvor henholdsvis avdelingsleder og fagutviklingssykepleier forteller om de nye rutinene, må det derfor understrekes hvorfor tiltaket er både nødvendig og nyttig. I dette kvalitetsforbedringsprosjektet vil det etiske aspektet være viktig å vektlegge, i tillegg til det juridiske. I tillegg må implementering av de nye tiltakene unngå å legge for mye beslag på legenes og sykepleiernes tid. Dette kan løses ved at det avholdes effektive og forhåndsavtalte møter. I dette tilfellet kan det argumenteres for at innføring av et standardisert skjema vil kunne spare legen tid når det gjelder korrekt journalføring fordi den inneholder alle krav til dokumentasjon og fordi den skal være oversiktlig å fylle ut. Ved at man setter inn tiltak for økt informasjon rundt retningslinjer, bruker legene sannsynligvis mindre tid på å være usikre på hvordan de skal håndtere en slik situasjon. Et siste forebyggende tiltak er at tilbakemelding fra ansatte blir hørt, og at de på den måten får mulighet til å påvirke prosessen. Dette mulige problemet blir håndtert med evalueringsmøte for legene etter fire uker, samt at sykepleierne er deltakende i prosessen.

7 Diskusjon

Tidligere i oppgaven har vi argumentert for hvorfor HLR minus og behandlingsunnlatelse er et viktig tema. Når vurderinger rundt dette også oppleves problematisk i praksis, både av oss og de ansatte ved Gjøvik sykehus, syntes vi det var en passende problemstilling for en kvalitetsforbedringsoppgave.

Med de målsetninger vi har satt for prosjektet mener vi at tiltakene vi har foreslått er gjennomførbare og vil gi bedret kvalitet. Fordi dette er et tema hvor det ikke finnes noen harde utfall i form av overlevelse eller sykkelighet, men berører nettopp livets slutt og de etiske aspektene ved det, er det vanskelig å få noe direkte mål på kvalitetsforbedring. Likevel mener vi problemstillingen er sentral og høyst aktuell, og at det er stort rom for forbedring i forhold til dagens praksis.

De tiltakene vi foreslår krever ikke stor ressursbruk. Det vil kreve noe arbeid fra IKT avdelingen å innføre HLR minus-skjema i DIPS, men det meste arbeidet med utforming av skjemaet er allerede gjort. Når det gjelder internundervisning er dette noe alle avdelinger har i den daglige driften, og således krever ikke informasjonsintervensjonen vi foreslår noe særskilt annet enn at noen i prosjektgruppa forbereder og holder denne. Det som kommer til å bli mest tidkrevende er gjennomgang av tidligere journalnotat av HLR minus for å sammenlikne dokumentasjonen før og etter innføring av skjemaet «Vurdering av HLR status». Vi mener det er fornuftig å gjøre dette, da flere studier tyder på at manglende dokumentasjon er et problem.

Vi har foreslått tiltak som kan gjennomføres av medlemmer av prosjektgruppa, hvis sammensetningen blir som skissert. Prosjektet vil ikke kreve særskilte økonomiske ressurser, annet enn å lønne de som skal gjennomføre oppgavene.

Vi håper at Indremedisinsk avdeling ved Gjøvik sykehus er interesserte i å gjennomføre de tiltakene vi foreslår, da vi tror dette vil føre til bedre pasientomsorg i tillegg til at det sikrer dokumentasjonskravet ved beslutninger om HLR minus. Forøvrig mener vi at dette er noe alle sykehus i Norge burde ha gode rutiner på, og vi ser for oss at vårt prosjekt enkelt kan implementeres også andre steder enn på Gjøvik sykehus.

Litteraturliste

1. Bakke T, Brudvik M, de Vibe M, Konsmo T, Nyen B, Udness E, et al. En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid. Kunnskapssenteret, 2013.
2. Prosjektplan for: Tiltak for å unngå overbehandling i livets slutfase (pågående prosjekt). Kunnskapssenteret, 2012.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6 utg. . Oxford: Oxford, University Press, 2009.
4. Yuen JK, Reid MC, Fetters MD. Hospital do-not-resuscitate orders: why they have failed and how to fix them. *J Gen Intern Med.* 2011;26(7):791-7.
5. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr. 64. 1999.
6. Ethiske regler for leger. Den norske legeforening, 2002.
7. Prioriteringer i helsesektoren, verdigrunnlag, status og utfordringer. IS-1967. Helsedirektoratet, 2012.
8. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999-07-02-63, (1999).
9. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61, (1999).
10. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30, (2011).
11. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. IS-2091. 04/2009, rev 07/2013. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
12. Forhåndsvurdering ved unnløstelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse. Rundskriv IK-1/2002. Oslo: Statens Helsetilsyn; 2002.
13. Markestad T. HLR minus og behandlingsunnløstelse. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2003(123):3179.
14. Ebell MH, Afonso AM. Pre-arrest predictors of failure to survive after in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *Fam Pract.* 2011;28(5):505-15.
15. Ebell MH, Afonso AM, Geocadin RG. Prediction of survival to discharge following cardiopulmonary resuscitation using classification and regression trees. *Critical care medicine.* 2013;41(12):2688-97.
16. Ebell MH, Jang W, Shen Y, Geocadin RG. Development and validation of the Good Outcome Following Attempted Resuscitation (GO-FAR) score to predict neurologically intact survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation. *JAMA Intern Med.* 2013;173(20):1872-8.
17. de Decker L, Annweiler C, Launay C, Fantino B, Beauchet O. Do not resuscitate orders and aging: impact of multimorbidity on the decision-making process. *J Nutr Health Aging.* 2014;18(3):330-5.
18. Beach MC, Morrison RS. The effect of do-not-resuscitate orders on physician decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2002;50(12):2057-61.
19. Steen PA, Dye J, Mjåland O. Vedtak om å unnløst eventuell hjerte-lunge- redning i en norsk kirurgisk avdeling. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2003;123:3201-2.

20. Mjåset CG, P., Rønning OM, Thommessen B. Før og etter HLR minus-vedtak i en slagenhet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008;128:2819 – 22.
21. Butler JV, Pooviah PK, Cunningham D, Hasan M. Improving decision-making and documentation relating to do not attempt resuscitation orders. *Resuscitation*. 2003;57(2):139-44.
22. Fritz Z, Malyon A, Frankau JM, Parker RA, Cohn S, Laroche CM, et al. The Universal Form of Treatment Options (UFTO) as an alternative to Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR) orders: a mixed methods evaluation of the effects on clinical practice and patient care. *PloS one*. 2013;8(9):e70977.
23. Castle N, Owen R, Kenward G, Ineson N. Pre-printed 'do not attempt resuscitation' forms improve documentation? *Resuscitation*. 2003;59(1):89-95.
24. Houben CH, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of Advance Care Planning: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2014.
25. Bressers JP, Algra A, Dautzenberg PL, van Delden JJ. [Discussing the resuscitation policy at a geriatric ward: the experience of patients or their representatives]. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*. 2011;42(6):256-62.
26. Nicolasora N, Pannala R, Mountantonakis S, Shanmugam B, DeGirolamo A, Amoateng-Adjepong Y, et al. If asked, hospitalized patients will choose whether to receive life-sustaining therapies. *J Hosp Med*. 2006;1(3):161-7.
27. Bedell SE, Pelle D, Maher PL, Cleary PD. Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in the hospital: How are they used and what is their impact? *JAMA*. 1986;256(2):233-7.
28. Goodlin SJ, Zhong Z, Lynn J, et al. Factors associated with use of cardiopulmonary resuscitation in seriously ill hospitalized adults. *JAMA*. 1999;282(24):2333-9.
29. Downey L, Au DH, Curtis JR, Engelberg RA. Life-sustaining treatment preferences: matches and mismatches between patients' preferences and clinicians' perceptions. *J Pain Symptom Manage*. 2013;46(1):9-19.
30. Om plikt til dokumentasjon Ot.prp. nr. 13 (1998-99).
31. Duvaland L. Dokumentasjonsplikten for helsepersonell. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2002(122):2139 - 40.
32. Forskrift om pasientjournal av 2000-12-21-1385. 2000.
33. Aronsen T, Rekkedal LM, Hole A, Aadahl P. Journaldokumentasjon for alvorlig syke. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2003(123):2257 - 9.
34. Kotter JP. *Leading Change: Why Transformation Efforts Fail (HBR Classic)*. Harvard Business Review. 2007.

Vurdering av HLR status

- Skjemaet skal være en støtte for god dokumentasjon og et supplement til «HLR minus» skrevet på kurven.
- Eventuelt HLR minus-vedtak vil daglig kontinueres ved signering av kurve.

Diagnoser/relevante kliniske opplysninger:

HLR minus: JA NEI

Respirator minus: JA NEI

Er avgjørelsen diskutert med:

Pasient: JA NEI

Hvis NEI, hvorfor:

Pårørende: JA NEI

Hvis NEI, hvorfor:

Grunnlag for beslutningen, kryss av for egnede alternativer:

Pasientens tilstand tilsier at man trolig ikke vil lykkes med HLR.

Pasienten er samtykkekompetent og ønsker ikke at HLR utføres.

Pasienten er ikke samtykkekompetent og pålitelig kilde gir uttrykk for at pasienten ikke ville ønsket at HLR utføres. Angi kilde:

En potensielt vellykket HLR vil sannsynlig bli etterfulgt av en lengde og kvalitet på livet som ikke er til pasientens beste.

Annen årsak/kommentar:

Diskusjoner/uenigheter:

Lege som har ledet beslutningsprosessen:

Annet deltakende helsepersonell:

Beslutningen utløper alltid ved utskrivelse. Revurdering skal gjøres ved endring i pasientens tilstand.