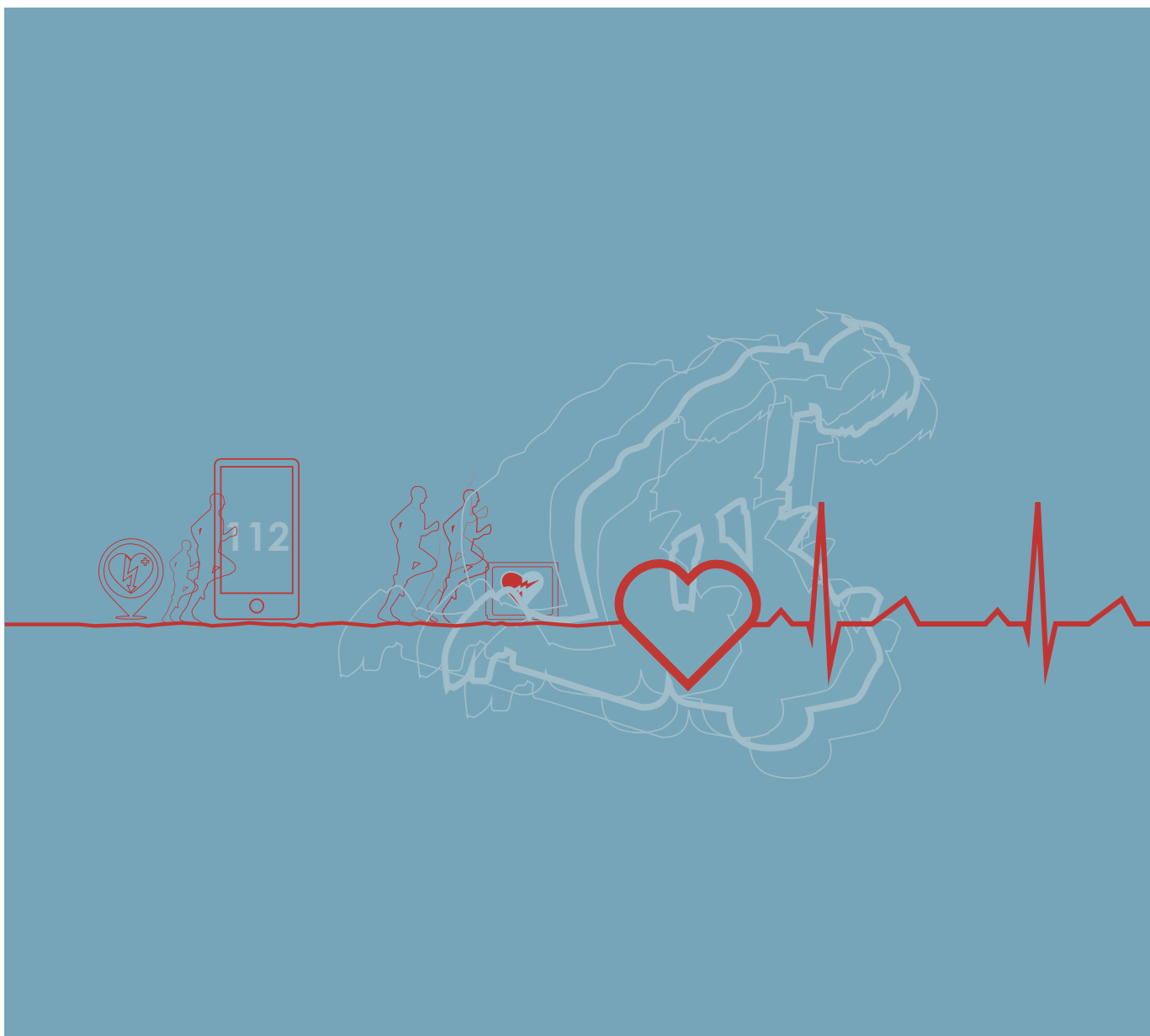


FØRSTEHJÆLPSDANNELSE

EN KVALITATIV UNDERSØGELSE AF DANSKERNES
PARATHED TIL AT YDE LIVREDDENDE FØRSTEHJÆLP



©
Udgiver: TrygFonden
Maj 2015



INDHOLD

FORORD	4
INDLEDNING	5
FØRSTEHJÆLPDANNELSE	7
DET PROFESSIONELLE BAGLAND	11
Et samlet førstehjælpende system og en overlevelseskæde	13
Den sundhedsfaglige rådgivning ved 1-1-2-opkaldet	15
Teknisk støtte – mobiltelefoner og hjertestartere.....	18
Professionel feedback til førstehjælperne.....	22
Nye forventninger til borgerne.....	24
FØRSTEHJÆLPERNE	29
Et radikalt øjeblik.....	29
En grænseoverskridende situation og handling.....	34
Mange måder at handle livreddende.....	39
Førstehjælpende aktører og	40
redskaber	40
Førstehjælpskursernes betydning.....	46
Dannelsen, der fik førstehjælperne til at handle.....	48
POTENTIELLE FØRSTEHJÆLPERE	57
Distancen.....	58
Førstehjælpskurser kan bidrage til at mindske distancen.....	61
Forpligtelsens sociale tyngde.....	63
Mange førstehjælpende handlingsmuligheder.....	65
Der ér nogen at støtte sig til.....	68
Der ér noget at støtte sig til.....	70
Potentielle førstehjælpere skal vide, at de ikke er alene.....	74
EN LILLE STOR SAG	75
REFERENCER	77
BILAG	80
EN ANTROPOLOGISK UNDERSØGELSE	80
Sociale mekanismer.....	80
Kvalitative data indsamlet i tre faser	82
NOTER	86



FORORD

Når vidner til et hjertestop træder til og begynder at give hjertemassage, mere end fordobles chancerne for, at den tilskadedekomne overlever. Det ved man. Men man ved meget lidt om, hvorfor danskerne handler eller ikke handler ved hjertestop. Det er baggrunden for, at vi har ønsket at få gennemført en antropologisk undersøgelse, der kan kaste lys over dette ukendte land.

Rapporten beskriver de mekanismer, der træder i kraft, når lægfolk stiller op og griber de handlingsmuligheder, der er i situationen. Rapporten beskriver også, hvorfor det er vigtigt at træde til, hvorfor det kan være svært at træde til, og hvad der kan støtte førstehjælperne og udviklingen af førstehjælpsdannelsen.

Med førstehjælpsdannelse mener vi en social mekanisme, der bygger på menneskers forventninger til hinanden. Førstehjælpskurser, oplysningskampagner og vejledninger er elementer i førstehjælpsdannelsen. Men de fører ikke i alle tilfælde til handling. Handlekraften udspringer af de sociale forventninger, der lever mellem mennesker og indbygges i omgivelserne via genstande som hjertestartere og mobiltelefoner.

Baggrundsrapportens indsigter bliver løbende anvendt i udviklingen af TrygFondens *Du kan redde liv*-kampagne. Derudover vil undersøgelsens resultater indgå i TrygFondens samlede indsats for, at flere mennesker overlever et hjertestop uden for hospitalet. Med offentliggørelsen af rapporten ønsker TrygFonden at stille resultaterne til rådighed for andre aktører - ambulancetjenester og øvrige præhospitale sundhedsprofessionelle, sundhedsfaglige rådgivere på regionernes vagtcentraler, førstehjælpsorganisationer, patientforeninger, myndigheder og andre, som har interesse i og ønsker at bidrage til befolkningens førstehjælpsdannelse.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af TrygFonden og gennemført af NIRAS i samarbejde med TrygFonden. TrygFondens projektleder for undersøgelsen er projektchef Grethe Thomas. Hos NIRAS har ekspertisechef Gertrud Øllgaard stået for undersøgelsen.

TrygFonden og NIRAS takker alle, der har bidraget til undersøgelsen. Det gælder forskere og sundhedsprofessionelle i Region Hovedstadens Præhospitale Virksomhed. Det gælder de 12 anonyme førstehjælpere, der har delt deres erfaringer med at stå i situationen. Og det gælder de 45 anonyme potentielle førstehjælpere og deres arbejdspladser, sportsklubber og hjem, som har åbnet for en stillingtagen til det at yde livreddende førstehjælp.

Gurli Martinussen, direktør i TrygFonden



INDLEDNING

Hvad får lægfolk til at yde livreddende førstehjælp? Hvad spænder ben for handleparathed? Og hvad skal der til for, at flere lægfolk griber ind?

Spørgsmålene er vigtige, fordi man ved, at lægfolks handleparathed har stor betydning for overlevelsen ved hjertestop. Hvis vidner til et hjertestop griber ind og begynder hjertemassage, inden ambulancen når frem, stiger overlevelseschancerne to til tre gange¹.

Denne rapport handler om den førstehjælpsdannelse, som tilskynder lægfolk til at yde livreddende førstehjælp. Førstehjælpsdannelse er vores ord for de sociale mekanismer, der får lægfolk til at træde til og yde livreddende førstehjælp.

Rapporten sammenfatter resultaterne af en antropologisk undersøgelse af danskernes parathed til at yde livreddende førstehjælp². Undersøgelsens dataindsamling er gennemført i hovedstadsregionen i perioden fra september 2013 til marts 2014. Der er foretaget en kvalitativ dataindsamling i tre faser. Først ekspertinterview med professionelle aktører som læger, paramedicinere og sundhedsfagligt personale ved 1-1-2 på AMK-vagtcentralen³. Dernæst 12 individuelle interview med førstehjælpere og endelig 10 gruppeinterview med i alt 45 potentielle førstehjælpere.

Undersøgelsen er blevet gennemført på et tidspunkt, hvor der sker store fremskridt på området i Danmark. Chancerne for at overleve et hjertestop uden for hospitalet er steget mærkbart de seneste 10 år. Samtidig har stadigt flere danskere bevis på, at de har været på førstehjælpskurser (71 % i 2012), og hjertestarterne er blevet markant mere synlige i det offentlige rum⁴. En undersøgelse fra 2012 viser desuden, at langt størstedelen (87 %) af danskerne vurderer, at de vil forsøge at yde førstehjælp, hvis de kommer i en situation, hvor der er behov for det.

Men fremskridtene kommer ikke af sig selv. Det kræver bl.a., at befolkningen er indstillet på at træde til og yde den livreddende førstehjælp. Førstehjælpskurserne og den gode vilje fører ikke nødvendigvis til handling. Tal fra 2012 viser, at danskerne griber ind i godt 60 % af de tilfælde, hvor et hjertestop finder sted uden for et hospital⁵. Til sammenligning er tallene syv ud af ti i Norge⁶. Flere undersøgelser peger på, at befolkningen er bekymret for at gøre noget forkert, og for hvordan de vil reagere i en førstehjælpsituation⁷.

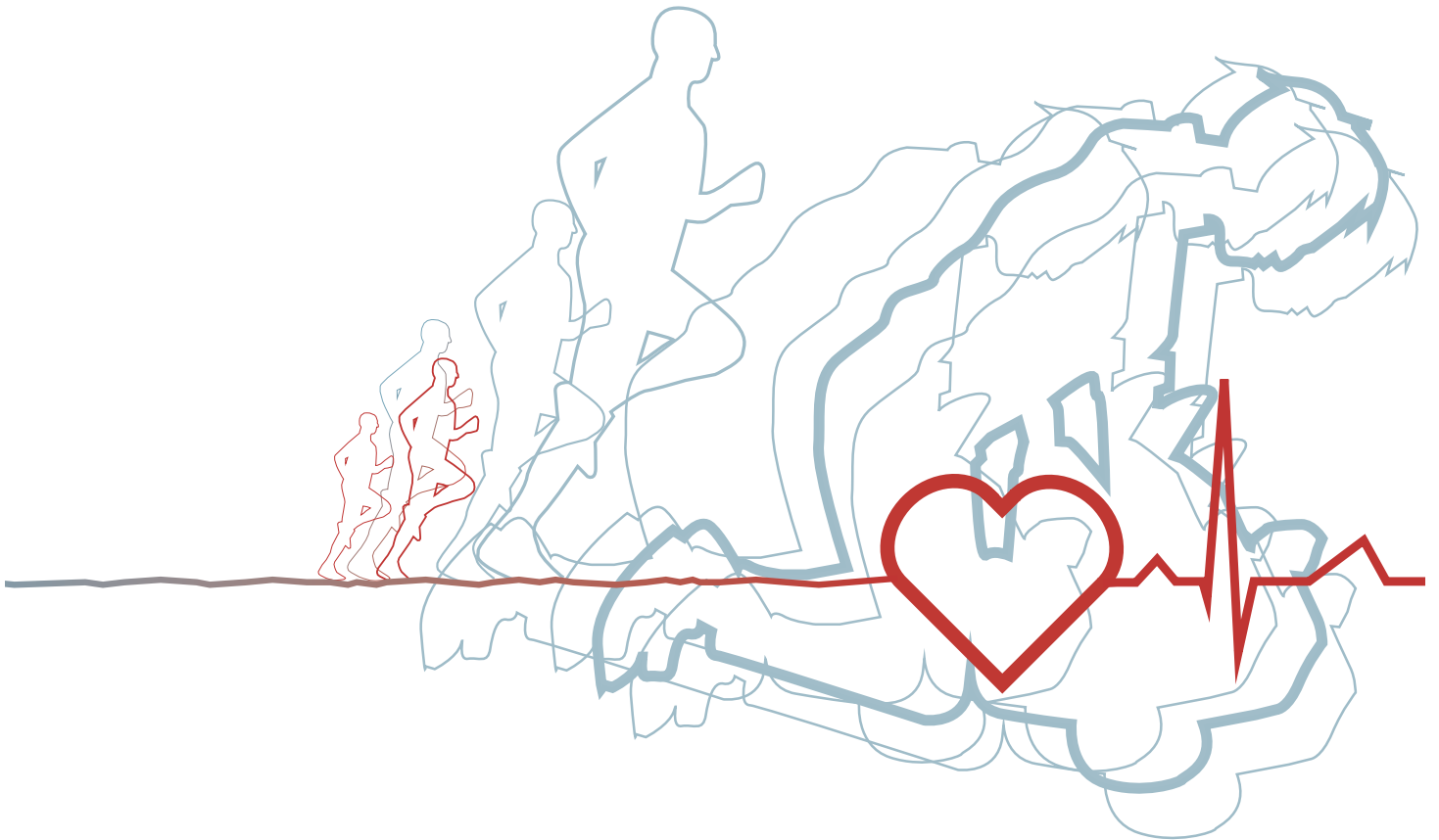
Med afsæt i disse undersøgelser har NIRAS' antropologer i samarbejde med TrygFonden tilrettelagt en kvalitativ undersøgelse, der giver en forståelse for lægfolks barrierer, motiver og potentialer for at træde til og yde livreddende førstehjælp. Fokus er på at forstå de sociale og kulturelle mekanismer, der træder i kraft i førstehjælpsituationen – det er de mekanismer, som vi kalder førstehjælpsdannelse, og som denne rapport handler om.



Rapportens opbygning

Rapporten er bygget op omkring tre hovedkapitler, der belyser førstehjælpsdannelsens betydning fra forskellige perspektiver: de sundhedsprofessionelles, førstehjælpernes og de potentielle førstehjælperes.

Rapporten indledes med en koncentreret sammenfatning af førstehjælpsdannelsens karakter, samt hvad der fremmer og udfordrer førstehjælpsdannelsen. Rapporten afsluttes med en perspektivering, der peger på, at førstehjælpsdannelse er en del af en bredere social dannelse. I rapportens bilag præsenteres undersøgelsens metoder, analytiske perspektiver og datagrundlag.



FØRSTEHJÆLPDANNELSE

Dette kapitel giver et kort resumé af rapportens beskrivelse af førstehjælpsdannelsen.

Førstehjælpsdannelsen viser sig, når lægfolk træder til og yder livreddende førstehjælp. Denne rapport beskriver, hvordan det at yde livreddende førstehjælp er en handling, der kræver dannelse i den forstand, at den forudsætter, at lægfolk overvinder den umiddelbare distance til en uvant og overrumplende situation. En situation, som foregår i grænselandet mellem liv og død. Et sted, hvor lægfolk ikke normalt forventes at befinde sig og handle. Førstehjælpsdannelsen træder i kraft og videreudvikles, når lægfolk overskrider sig selv og bliver i stand til at bidrage til at redde liv.

Førstehjælpsdannelsen er en social mekanisme, der bygger på menneskers forventninger til hinanden. Førstehjælpskurser, oplysningskampagner og vejledninger er elementer i førstehjælpsdannelsen. Men de fører ikke i sig selv til handling. Handlekraften udspringer af de sociale forventninger, der lever mellem mennesker og indbygges i omgivelserne via genstande som hjertestartere og mobiltelefoner.

Førstehjælpsdannelse redder liv

Førstehjælpsdannelse medvirker til, at flere overlever hjertestop uden for hospitalet. Og flere overlever hjertestop, fordi akutberedskab, læger og paramedicinere ved, at lægfolks bidrag er afgørende. Derfor gøres der i disse år en stor indsats for at indrette det livreddende system på en måde, så det støtter lægfolk i at kunne handle. Der er professionel støtte til borgernes indsats fra mange forskellige sider: Lægfolk, der ringer 1-1-2, kan få sundhedsfaglig støtte, instruktion og opmuntring til at yde den livreddende førstehjælp. I den situation er mobiltelefonen et vigtigt redskab, der bidrager til, at den sundhedsfaglige støtte kan komme helt tæt på hjertestoppet og situationen. Hjertestartere er også en vigtig støtte til lægfolk, fordi de giver såvel instruktion som diagnose af hjertestoppet og et livsvigtigt stød ved hjertestop.

Dette livreddende system er resultatet af en faglig udvikling, hvor akutberedskabet i Danmark har opnået store fremskridt samtidig med, at det i stigende grad er indrettet efter, at lægfolks indsats er et væsentligt led i en overlevelseskæde. For at kæden fungerer optimalt, skal lægfolk være parat til at handle og stille sig til rådighed. Derfor er førstehjælpsdannelsen så betydningsfuld.

Førstehjælperne har nogen og noget at støtte sig til

Når førstehjælperne træder til og yder livreddende førstehjælp, skyldes det i høj grad de forpligtelser og forventninger, som de møder i deres omgivelser. Både de forventninger, som de selv bærer med sig, og de forventninger, som andre giver udtryk for i situationen. Undervejs i den livreddende handling støtter førstehjælperne sig til viden fra kurser, professionel guidning via opkaldet til 1-1-2, hjertestartere og andre mennesker, som også bidrager førstehjælperne på forskellige måder.



Førstehjælpsdannelsen viser sig ved, at førstehjælperen tager hul på at handle. Derefter styrkes handlekraften ved, at de mobiliserer alle de ovennævnte ressourcer og støtter sig til dette professionelle bagland for førstehjælperne.

Det radikale moment, hvor lægfolk yder livreddende førstehjælp, er ikke en parentes i førstehjælperens liv. Det fylder meget mere i livet end den tid, det tager at yde den livreddende førstehjælp. Et vigtigt element i førstehjælpsdannelse er, at førstehjælperen får mulighed for at tage hændelsen med videre i sit liv, da dannelse er en vedvarende proces. Denne del af dannelsen fremmes både ved professionel debriefing og ved samtaler med pårørende og netværk. Når førstehjælperen oplever, at det har været rigtigt og meningsfuldt at handle, bliver disse samtaler et vigtigt bidrag til at fremme førstehjælpsdannelsen blandt dem, der lytter til førstehjælpernes fortælling.

Førstehjælpsdannelse kræver, at lægfolk overvinder distancen

Førstehjælpsdannelsen hindres af, at der blandt lægfolk er en tendens til at undgå at forholde sig til, at de kan komme i en situation, hvor de skal yde livreddende førstehjælp. Mange borgere lægger på flere måder distance til muligheden for, at de kan handle. Distancen viser sig ved, at lægfolk ikke kan forestille sig, at de kan gøre en forskel og være tiltænkt en rolle i en situation, der handler om et døende menneske. Distancen kan også tage en etisk form i den forstand, at der er lægfolk, som finder det moralsk forkert at gribe ind. For dem er det at yde livreddende førstehjælp en handling, som bør overdrages til professionelle, mens lægfolk bør blande sig udenom. En tredje dimension er den kognitive distance, hvor lægfolk simpelthen overser, at de er vidne til førstehjælpskrævende situationer, fordi de ikke magter at forholde sig til dem og handle.

Distancen hæmmer førstehjælpsdannelsen, men den er ikke uovervindelig. Førstehjælpsdannelsen sker, når lægfolk oplever, at andre mennesker ikke lægger samme afstand til situationen som dem selv. Når distancen nedbrydes, bliver den førstehjælpende handling en del af de sociale forpligtelser, som mennesker har i forhold til hinanden. Den livreddende førstehjælp bliver normal og selvfølgelig.

Denne normalisering betyder også, at det bliver lettere for potentielle førstehjælperer at forholde sig til og gribe den støtte, som de kan modtage fra førstehjælpskurser og ikke mindst fra rådgivning fra 1-1-2 og hjertestartere. Det er væsentligt for overvindelsen af distancen, at de potentielle førstehjælperer oplever, at det at yde livreddende førstehjælp ikke betyder, at man står alene med ansvaret for hjertelungeredningen. Førstehjælpsdannelsen fremmes, når den livreddende førstehjælp nedbrydes i mere overkommelige handlinger – fx at ringe 1-1-2 og lade sig guide, hente hjertestartere eller være klar til at tage over, hvor andre ikke længere magter hjertemassagen.

Mange kan bidrage til førstehjælpsdannelsen

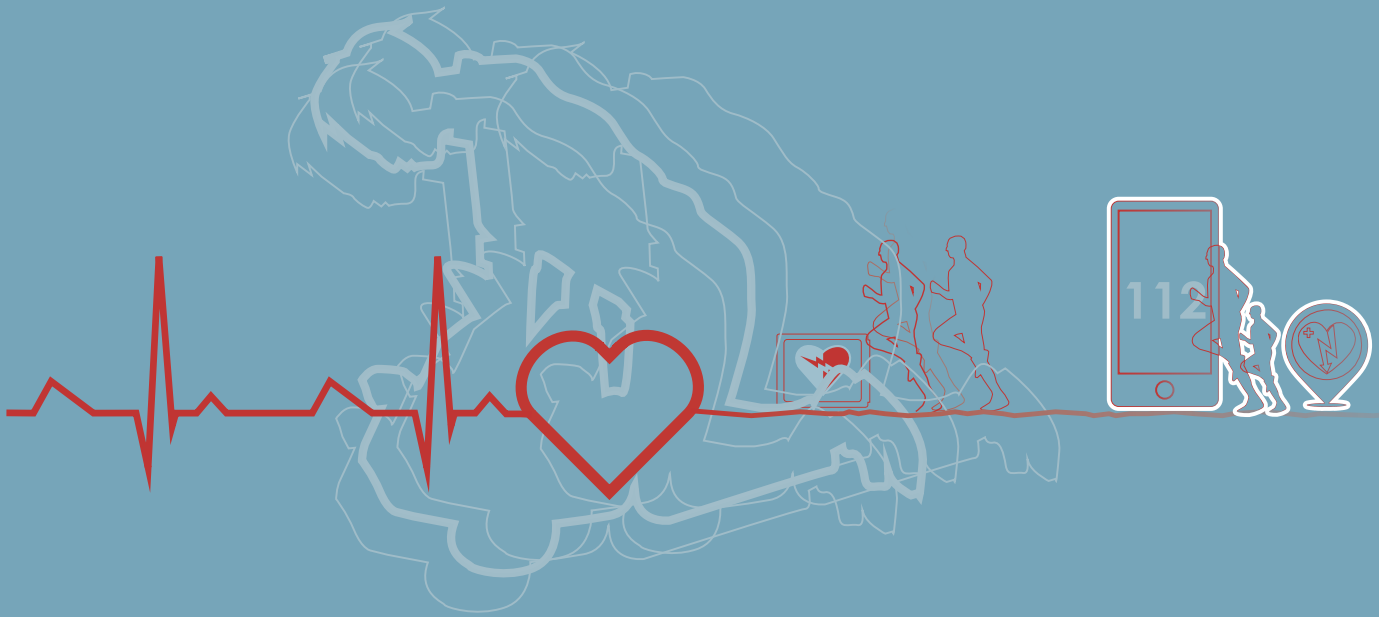
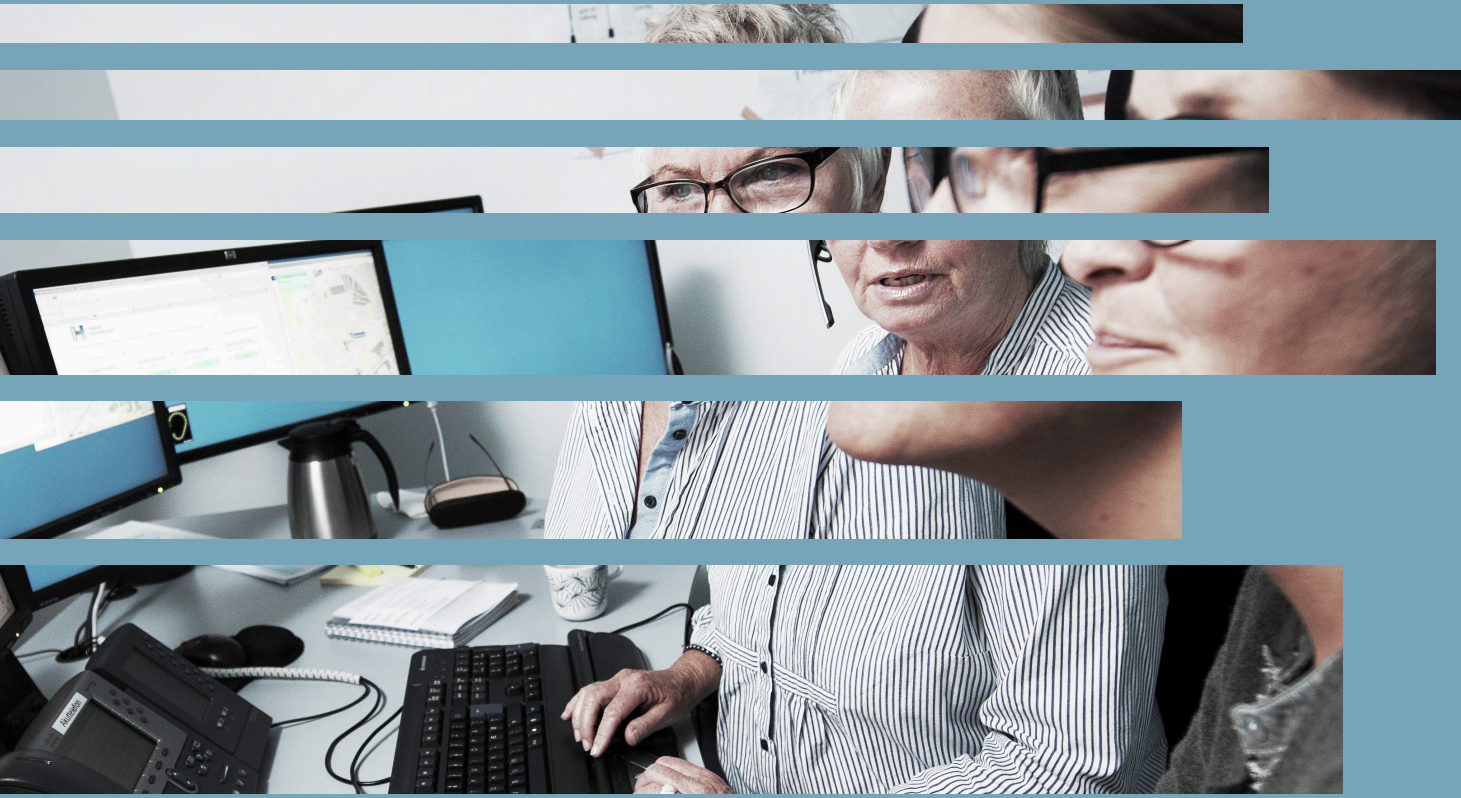
Førstehjælpsdannede borgere smitter deres omgivelser med deres oplevelse af, at det er muligt at handle, og at deres handlinger blev bakket op af professionel støtte i og efter situationen. Førstehjælpsdannelse er smitsom, fordi den er social og drevet af fællesskabsfølelse, forpligtelse og ansvar. Kvaliteter, der også knytter sig til det at være fx en god kollega, tennismakker, mor, håndboldtræner eller medborger. Førstehjælpsdannelsen sker i forpligtende sociale fællesskaber og får fællesskaberne til at vokse.

Undersøgelsen viser, at det er afgørende for førstehjælpsdannelsen, at sundhedsprofessionelle støtter og skaber plads for lægfolks handlinger. Lægfolk efterspørger og værdsætter sundhedsfaglig accept, guidning, støtte, anerkendelse og debriefing. Hver gang sundhedsprofessionelle møder førstehjælperer og potentielle førstehjælperer med denne indstilling, boostes førstehjælpsdannelsen.



Denne professionelle støtte kan ikke erstattes af førstehjælpskurser og kampagner. Men kurser, kampagner og apps kan bidrage til førstehjælpsdannelsen ved at forberede lægfolk på situationen og gøre opmærksomhed på, at det vigtigste er at træde til, handle så godt man kan og gøre brug af den støtte, der findes fra 1-1-2, andre borgere, hjertestartere, paramedicinere og læger.





DET PROFESSIONELLE BAGLAND

Hvert år rammes omkring 3.500 danskere af hjertestop uden for hospital. Ca. 10 % overlever, og andelen af overlevende er stigende⁸. Den stigende overlevelse hænger sammen med, at antallet af danskere, der træder til og yder livreddende førstehjælp i forbindelse med hjertestop, er steget væsentligt de seneste ti år. Alene fra 2001-2011 er antallet af hjertelungeredninger, der er foretaget før ambulancens ankomst, omtrent tredoblet, og navnlig de senere år har udviklingen taget fart⁹.

Danskerne er ved at tage hul på en radikal fornyelse inden for førstehjælpsfeltet. Udviklingen viser sig i en betydelig stigning i overlevelsesprocenten i forbindelse med hjertestop.

Denne udvikling hænger sammen med en række professionelle fornyelser i akutberedskabet og det medicinske bagland. Læger, paramedicinere og andre sundhedsprofessionelle indstiller i stigende grad deres arbejde på at anerkende og fremme, at lægfolk kan bidrage til, at flere overlever et hjertestop. Det handler dette kapitel om.

Kapitlet viser, hvordan lægfolks indsats er en afgørende brik i et samlet livreddende system, hvor professionelle arbejder for at styrke kontaktfladen til borgerne og støtte lægfolk i at yde den livreddende førstehjælp.

Et vigtigt element i kontakten mellem lægfolk og professionel er telefonrådgivningen ved 1-1-2. Her er der stort fokus på at hjælpe, guide og instruere borgere, der ringer i forbindelse med hjertestop. I den forbindelse har den stigende udbredelse af mobiltelefoner betydet, at de fleste borgere kan have telefonrådgivningens støtte ved hånden, når uheldet er ude. Både telefonrådgivere og mobiltelefoner kan guide lægfolk til at finde og bruge de hjertestartere, som er en afgørende teknisk støtte til, at lægfolk kan redde liv ved hjertestop.

Med dette livreddende systems anerkendelse af og støtte til lægfolks indsats, følger også forventninger til borgerne om, at de træder til. De forventninger handler mindre om, at lægfolk mestrer bestemte livreddende teknikker og færdigheder. Det handler først og fremmest om en parathed til at overskride sig selv og stille sig til rådighed. Denne selvoverskridelse er netop det, som dannelse handler om. Og derfor er førstehjælpsdannelse så betydningsfuld.

Dette kapitel bygger på interview med sundhedsfaglige eksperter. Der er tale om forskere og praktikere, som spiller en central rolle i den professionelle fornyelse af håndteringen af hjertestop og førstehjælp i Region Hovedstaden og i Danmark: **Martin Fjordholt**, sektionsleder og sundhedsfaglig medarbejder v. AMK-Vagtcentralen, Herlev; **Carolina Malta Hansen**, læge og ph.d. studerende. v. Gentofte Hospital, debriefer for TrygFonden; **Freddy Lippert**, læge og direktør for Region Hovedstadens Præhospitale Virksomhed; **Thea Palsgaard Møller**, læge og forsker i 1-1-2-opkald og debriefing ved den Præhospitale Virksomhed, Ballerup; **Anne Møller Nielsen**, ph.d. introduktionslæge v. anæstesiaafdelingen, Bispebjerg Hospital, instructor, ALS, BLS v. DIMS (Danmarks Institut for Medicinsimulation); **Søren Loumann Nielsen**, overlæge og daglig leder for akutlægebilen Region Hovedstaden, cityområdet; **Mads Wissenberg**, læge og ph.d.-studerende med brug af data fra Dansk Hjertestopregister ved Hjertemedicinsk Afdeling, Gentofte Hospital samt anonyme sundhedsfaglige telefonrådgivere v. AMK-Vagtcentralen, Herlev.



Tit når de ringer, så kan de ikke: "Jamen jeg kan ikke, det har jeg aldrig prøvet." Det næste, jeg siger, er – jeg får givet udtryk for, at jeg ikke har nogen forventninger til dem: "Du skal bare gøre, hvad jeg siger. Vi tager det trin for trin". Magtesløshed møder vi absolut - den med "jeg kan ikke"

(Sundhedsfaglig rådgiver)

Hvis man ser på det samlede akutsystem fra 1-1-2 opkaldet til overlevelsen, er Danmark helt i toppen. Men det er vi først kommet de sidste år. Vi tænker det nemlig som et samlet system for borgerne

(Freddy Lippert)

Det er, som om folk bliver overrasket over, hvor nemt det er – så længe du har en livline: Du har en direkte kontakt til "hvad er det du gør". Mange siger selv: "Du skal jo gøre noget, du kan ikke gøre noget forkert, det ved man". Men det er vigtigt med forståelsen af systemet: At når du har alarmeret, så har du hjælpen lige ved hånden

(Thea Palsgaard Møller)

Det er interessant, at vi som samlet land har formået at rykke os i forlængelse af en lang række initiativer på flere fronter, og at overlevelsen i samme periode er steget markant. Samlet set indikerer det, at initiativerne har gjort, at indsatsen er blevet bedre – både inden hospitalsindlæggelse og efter

(Mads Wissenberg)

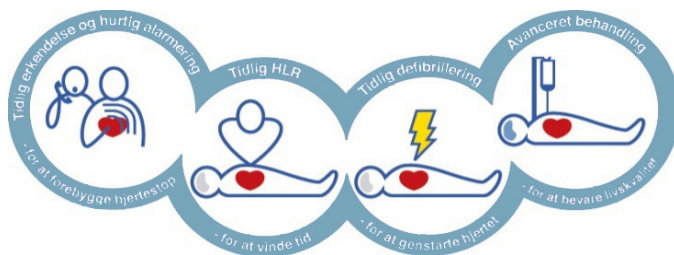


ET SAMLET FØRSTEHJÆLPENDE SYSTEM OG EN OVERLEVELSESKÆDE

Dele af den medicinske forskning finder i disse år nye veje til at redde liv ved at forske i komplekse biologiske og anatomiske forhold. Det gælder forskellige former for hjerteflimmer, sammenhængen mellem medicinindtag og risiko for hjertestop, hjertets elektriske aktivering efter hjertestop samt hvordan hjertet påvirkes af kølebehandling.

Sideløbende med dette er der en professionel opmærksomhed på, at lægfolk også bidrager, og at overlevelsen er signifikant højere i de tilfælde, hvor lægfolk har grebet ind¹⁰. I takt med, at den professionelle opgave breder ud, ændrer det professionelle blik på selve førstehjælpsituationen sig også. Førstehjælpen bygges i disse år gradvist op som et samlet 'livreddende system'.

Den livreddende indsats sker inden for hvert led i en samlet overlevelseskæde¹¹. Overlevelseskæden beskriver de led, der ofte er tilstede, når der reddes liv: tidlig erkendelse og hurtig alarmering; livreddende førstehjælp hjertelungeredning; evt. brug af hjertestarter; og overdragelse til professionelle, der stabiliserer og udøver avanceret behandling.



TrygFondens illustration af overlevelseskæden.

Den livreddende førstehjælp er ikke en enkeltstående handling, men en serie af handlinger, der er kendetegnet ved, at samspillet mellem dem er lige så livreddende som den enkelte handling i sig selv. Ekspertter peger på, at Danmark har en førerposition, når det gælder om at tænke førstehjælpen som et samlet system – lige fra 1-1-2-opkaldet til en eventuel overlevelse.

Lægfolks kontaktflader med dette livreddende system beskrives i det følgende.



Mange siger fuldstændig uprovokeret, at det var fantastisk at have dem [vagtcentralen] i røret. Den viden skal ud til folk - at de ikke står alene, at de ikke står med det ansvar, at de ikke skal træffe nogen beslutninger

(Carolina Malta Hansen)

Man skal med sin stemme få dem til det. "Jeg skal nok hjælpe dig. Du er ikke alene, du er mine øjne og hænder derude". Jeg skal vise, at jeg nok skal styre, så de ikke får skyldfølelse. Jeg skal tage noget ansvar fra dem

(Sundhedsfaglig rådgiver)

Min vigtigste opgave er at få sendt den rigtige respons ud. Så derfor er kommunikationen med indringer central

(Sundhedsfaglig rådgiver)

Nogle gange skal jeg bruge en rolig stemme og andre gange en bestemt stemme: "Nu skal du søreme høre efter, hvad jeg siger"

(Sundhedsfaglig rådgiver)

På landsplan er der indsat sundhedsfagligt personale på vagtcentralerne. Der er stort fokus på at identificere hjertestoppene, når folk ringer ind, og dernæst at guide folk i at lave hjertelungeredning. Man taler i bydeform - man arbejder med, hvordan man skal tale til folk, der ringer ind. Vi kan i hvert fald se, at endnu flere træder til nu, hvor det sundhedsfaglige personale er blevet indsat på vagtcentralerne

(Mads Wissenberg)

Dialogen er vigtigst for, at tingene lykkes. Og det arbejder vi også på herinde. At vi skal kunne tale med alle slags mennesker - de reagerer meget forskelligt

(Sundhedsfaglig rådgiver)



DEN SUNDHEDSFAGLIGE RÅDGIVNING VED 1-1-2-OPKALDET

En stor del af førstehjælpsindsatsen udspringer af AMK-vagtcentralen, der fungerer som et bindeled mellem de professionelle og borgerne. Her sætter den tiltagende sundhedsfaglige opmærksomhed på kontaktfladen til borgerne sit aftryk i fornyelser af centralens indsatser.

Siden 2011 har regionerne arbejdet systematisk med at forbedre kvaliteten i den præhospitale indsats på akutområdet. Fornyelsen viser sig på flere fronter og har betydet mere uddannelse af de sundhedsfaglige rådgivere, større systematik i rådgivningen og tættere samarbejde om dialogen med borgere, der ringer ind.

I Region Hovedstaden har det siden maj 2011 været en sygeplejerske eller en paramediciner, der guider borgerne ved 1-1-2-opkald¹². For at professionalisere kontakten til borgerne supplerer rådgiverne deres sundhedsfaglige bagage med kurser i kommunikation og træning gennem simulerede alarmopkald. Fokus er både på kommunikation, akuthåndtering, spørgeteknikker og telefonrådgivning. Der gøres m.a.o. en indsats for at skabe en meningsfuld dialog og et midlertidigt fælles kulturelt rum mellem de sundhedsprofessionelle og borgerne¹³.

Den enkelte rådgivers kontakt til indringeren har stor betydning for, hvor effektiv den livreddende indsats er. Den stigende professionelle bevidsthed om dette betyder også, at der konstant er fokus på at udvikle nye måder at mobilisere lægfolk på gennem den professionelle dialog.

Forskellige spørgetekniske greb kan bidrage til, at førstehjælpere begynder at yde førstehjælp, tilkalder hjælp og fastholdes i situationen. Ofte motiverer rådgiverne til indgriben gennem formuleringer som: "Hjælpen er på vej, nu skal vi to hjælpes ad." Så længe borgeren er lyttende, kan rådgiveren guide til handling: "Du skal bare gøre, hvad jeg siger. Vi tager det trin for trin."

Rådgiverne oplever, at borgerne i mange situationer gribes af magtesløshed, mistro til egne evner, handlingslammelse eller en oplevelse af, at det ikke er deres ansvar. I disse situationer har det vist sig nyttigt for rådgiverne at anvende en mere skrap bydeformsretorik: "Hvad sker der nu? Meld tilbage til mig", "Sig til dem at..." Og hvis rådgiveren kan høre, at der kommer andre forbi, som kan hjælpe: "Kald på ham. Kald nu på ham!"

I nogle tilfælde gribes indringeren af panik, og kommunikationen slår fejl, fordi indringeren ikke er i stand til at lytte og modtage instrukser fra rådgiveren. Andre gange mislykkes samtalen på grund af indringers frustration over, at ambulancen ikke bliver sendt hurtigt nok afsted¹⁴.



Systematisk spørgepraksis

For langt de fleste førstehjælpere, der ringer til vagtcentralen, er der tale om en engangshandling: Det er første og eneste gang, de ringer 1-1-2. Det betyder, at samspillet mellem borgeres og professionelles førstehjælpsindsatser skal kunne fungere uafhængigt af borgerens erfaringsniveau.

Sideløbende med den uddannelsesmæssige oprustning af de sundhedsfaglige rådgivere, er systematikken omkring rådgivningens spørgepraksis blevet skærpet. Siden 2011 har rådgivningen taget udgangspunkt i Dansk Indeks for Akuthjælp, et landsdækkende medicinsk beslutningsstøtte-værktøj, som de sundhedsfaglige rådgivere støtter sig til¹⁵.

Dansk Indeks hjælper rådgiverne til at foretage hurtige og kvalificerede disponeringer ved at guide dem til at stille de relevante spørgsmål og samtidig angive, hvilken udrykningsrespons forskellige svar afkræver¹⁶. Dette indeks for akuthjælp er et tegn på den stigende professionelle bevidsthed om, at førstehjælpen skal fungere uanset lægfolks erfaring. Indekset hjælper rådgiverne til at tilpasse deres vejledning til, om borgeren eksempelvis har erfaring fra førstehjælpskurser eller ej.

Både læger og rådgivere påpeger, at de kontinuerligt minder sig selv om: Jeg har prøvet det her tusind gange, men for borgeren er det første og eneste gang.

Skærpelsen af rådgivernes kommunikationsfaglige profiler ledsages af fysiske reorganiseringer på akutområdet. Per 1. januar 2014 er der sket omfattende ændringer i Region Hovedstadens organisering. Reorganiseringen har bl.a. betydet en indskærpelse af, at den kommunikative profil på 1-1-2-opkaldene er kort og "lige på", mens rådgivere på 1813-linjen trænes i længere samtaler og i at få folk til at føle sig lyttet til.

Fokus på kontaktheden til borgerne, som den bredere professionalisering bidrager til, viser sig både i rådgivernes uddannelse, i deres daglige rådgivningspraksis og den fysiske organisering af AMK-Vagtcentralen. Fornyelsen af AMK-Vagtcentralens arbejde vidner desuden om, at den bredere professionalisering også betyder yderligere professionalisering. De professionelle faglige bedømmelser knyttes på nye måder sammen med kommunikative kompetencer og indsigter i menneskelig adfærd, psyke og motivation.



Akuttelefonen vil blive specialiseret, og derfor kommer vi til at opdele, hvem der sidder hvor og tager imod hvilke opkald. Dem hos akuttelefonen får en meget mere bred sundhedsfaglig baggrund

(Martin Fjordholt)

Vi fortæller folk, at det er hjertestop: "Det er vist hjertestop det her, nu skal du gøre det her for at hjælpe så godt, du overhovedet kan". Dansk indeks vejleder vi ud fra – det er pinnet ud, hvad vi skal sige

(Martin Fjordholt)

Den vellykkede episode: god kommunikation med indringer. At man får dem til at forstå, at det ikke er deres ansvar, men at vi har et fælles ansvar: "Det er ikke dig, det er os. Nu skal vi to se, hvad vi kan gøre sammen, indtil ambulancen kommer"

(Sundhedsfaglig rådgiver)



TEKNISK STØTTE – MOBILTELEFONER OG HJERTESTARTERE

Et vigtigt element i overlevelseskæden er teknologiske redskaber. Mobiltelefoner, apps og ikke mindst hjertestartere spiller en øget rolle i førstehjælpssituationen, hvor de skaber nye former for samarbejde mellem lægfolk og de professionelle.

Teknologierne understøtter den bredere professionalisering, fordi de bidrager til helt nye former for kontakt mellem borgere og professionelle. Mobiltelefoner, hjertestartere og apps fungerer som redskaber, der støtter den almindelige dansker i at yde en førstehjælpsindsats, der får et professionelt aftryk, til trods for at førstehjælperne ikke har forudgående tekniske kompetencer eller specialviden. Men redskabernes betydning afhænger naturligvis af, om borgerne tager dem til sig og kan bruge dem. Det vender vi tilbage til i de kommende kapitler. I det følgende præsenteres den tekniske støtte og de professionelles perspektiv.

Fastnettelefoner er gode, fordi de er registreret på fast adresse, men vi kan ikke få inddringeren hen til patienten

(Sundhedsfaglig rådgiver)

Jeg har ikke prøvet, at folk bruger app. Det er folk ikke gearede nok til, at de tænker på det i situationen – det kommer nok. God start med 1-1-2 appen – så man kan se, hvor de er

(Sundhedsfaglig rådgiver)

Apps i situationen betyder ikke noget, for det kan folk ikke begynde at kigge på. Der er ikke nogen, der har kigget på hjertestarter-appen før situationen, men folk snakker om det bagefter

(Carolina Malta Hansen)

Mobilen er vigtig – så kan de stå henne ved den syge og svare på spørgsmål om udseende

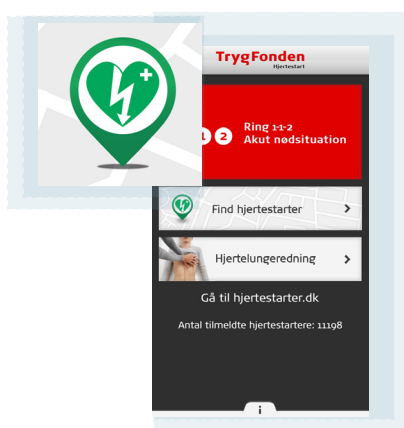
(Sundhedsfaglig rådgiver)



Den stigende udbredelse af mobiltelefoner skaber nye muligheder for førstehjælpen. Funktioner såsom medhør, GPS-tracking og apps åbner mulighederne op for, at mobiltelefonerne kan bidrage til at redde liv.

Mobiltelefoner er blevet en vigtig "livline" til rådgiverne. Den giver borgerne en vished om, at de ikke står alene med ansvaret og gør, at rådgiverne i højere grad kan bidrage med at træffe beslutninger om, hvad der skal og ikke skal gøres i situationen. Mobiltelefoner skaber en nærhed til situationen og tilskadekomne. De sætter førstehjælperen i stand til på én og samme tid at være fysisk nær ved tilskadekomne og nær ved vagtcentralen gennem dialogen med rådgiver. Mobiltelefoner er et afgørende element i det livreddende system¹⁷.

De professionelle er enige om, at apps frem til 2014 (endnu) ikke har spillet den store rolle i førstehjælpssituationen. Men der er samtidig en opmærksomhed på, at de apps, der er udviklet, åbner for nye udviklingsmuligheder i kontakten mellem borgerne og de professionelle.



TrygFonden Hjertestart app



1-1-2 app

De professionelle har store forventninger til den fornyelse i kontakten, som 1-1-2 appen åbner for. Et opkald til 1-1-2 via 1-1-2 appen betyder, at borgerne automatisk angiver GPS-koordinaterne for deres fysiske placering, så ambulancen kan finde tilskadekomnes præcise placering og undgå at køre forkert¹⁸.

Ofte er det de sundhedsfaglige rådgivere, som over telefonen informerer indringer om, hvor den nærmeste hjertestarter befinder sig. Men rent teknisk er denne information nu også tilgængelig via en app.

Appen TrygFonden Hjertestart viser placeringen af alle de hjertestartere, der er registreret på hjertestart.dk. Ved at downloade appen kan danskere på et kort se, hvor den nærmeste hjertestarter befinder sig¹⁹. Appen er primært udviklet i forberedelsesøjemed. I en akut situation guider telefonrådgivere ved 1-1-2 brugerne til den nærmeste hjertestarter.



Hjertestartere

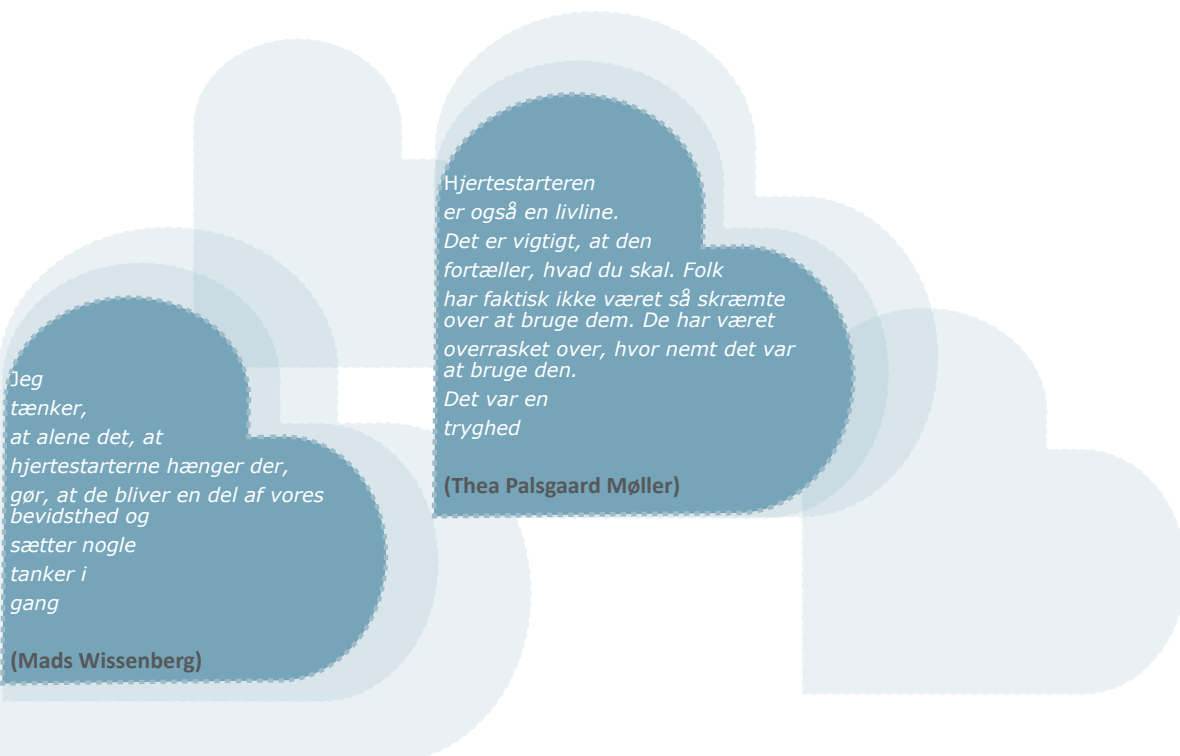
Det anslås, at der findes ca. 20.000 hjertestartere i Danmark²⁰. Antallet er stigende, og der er også en stigende andel af dem, der er registreret, så vagtcentralen ved, hvor de er, og kan henvise til dem. 11. januar 2015 var der 11.017 registrerede hjertestartere fordelt over landet²¹, og tallet vokser støt fra dag til dag. Disse tal vidner om, at Danmark er i verdensliten, både når det gælder udbredelsen og registreringen af hjertestarterne²².

Hjertestarteren har afgørende livreddende betydning, fordi den kan give førstehjælperen professionel guidning til hvad, der skal gøres, registrere om der er tale om et hjertestop, give et livreddende stød og fortælle, om der er behov for hjertelungeredning²³.

Hvis lægfolk bruger hjertestarteren, kan den fungere som en livreddende professionel forpost, indtil ambulancen når frem. De professionelle oplever, at befolkningen tillægger hjertestartere stor betydning i førstehjælpssituationen. Maskinen får autoritet med sine instrukser og har ofte den effekt, at diskussioner om, hvordan situationen skal gribes an, ophører, og der kommer ro på situationen.

Hjertestartere kan gøre en stor forskel i førstehjælpssituationen og betyde liv eller død for tilskadekomne. Men maskinerne har også en revolutionerende betydning for det efterfølgende forløb. Hjertestarteren giver en ny form for adgang til tilskadekomnes tilstand under de kritiske sekunder og minutter, hvor der blev ydet førstehjælp. Maskinens analyser giver indsigt i, hvorvidt tilskadekomne rent faktisk havde hjertestop samt detaljerede informationer om tidsforløbet.

Professionelle sætter lid til teknologier som hjertestartere. De indgår i helt nye samarbejder med lægfolk om det at redde liv.



...nu ved vi, hvad der batter: hjertemas- sage og stød

(Søren Loumann Nielsen)

Gode erfaringer med hjertestartere: man får data tidligere – hvad er der gået galt i dette hjerte? Man kan godt tænke, når folk indlægges, at de ikke har haft hjertestop, fordi de er helt vågne og klare. Her kan man få oplysninger fra hjertestarterne om, at han faktisk har haft hjertestop, og hvordan hjerterytmen var

(Martin Fjordholt)

Vi har det største antal registrerede hjertestartere i verden, og også den højeste koncentration (hjertestarter/km²) af registrerede hjertestartere i verden. Vi er også de eneste i verden, der har et landsdækkende hjertestarternetværk, som er koblet til vagtcentralen med validerede oplysninger om hjertestarterplacering, tilgængelighed og status

(Carolina Malta Hansen)



PROFESSIONEL FEEDBACK TIL FØRSTEHJÆLPERNE

Det skærpede fokus på kontaktfladen til borgerne har samtidig givet anledning til en ny lægefaglig opmærksomhed på betydningen af debriefing af førstehjælperne. Debriefing vil sige, at førstehjælpere, som har ønsket dette, kontaktes telefonisk umiddelbart efter, at de har medvirket i en førstehjælps episode.

Under debriefingen tales hændelsesforløbet igennem, og førstehjælperen har mulighed for at dele oplevelser og indtryk og få et professionelt input på sagens forløb og førstehjælperens håndtering af den. Når der tilbydes debriefing, er det typisk en læge, der forestår debriefingen, som ofte varer 30-60 minutter.

Resultater fra pilotforsøg og forskning på området viser en stor fortællelyst hos de tidligere førstehjælpere. Borgerne bliver glade for, at der bliver fulgt op på hændelsen. Debriefing fungerer som "tak for hjælpen" til den enkelte førstehjælper, der ofte oplever at kunne lægge hændelsen bedre bag sig efter en debriefing. Men debriefingen påvirker også befolkningens handleparathed og førstehjælpsdannelsen.

Med venner laver man en konsensus om, hvorfor noget skete - var det rigtigt, at jeg gjorde sådan osv. Man får det ikke bearbejdet det på samme måde, som hos en uvildig sundhedsfaglig person. Det er noget andet at få at vide af en professionel at "sådan er det". At få klart svar

(Thea Palsgaard Møller)

Folk har givet udtryk for, at det var rart at få feedback, men også rart at vide, at man ville få feedback - "Går det helt galt, bliver der samlet op på mig"

(Thea Palsgaard Møller)

De fleste, der har ydet førstehjælp, snakker utroligt meget om det bagefter. De har rigtig meget at fortælle

(Carolina Malta Hansen)

Idéen bag debriefing var en almen tanke om, at disse mennesker har været ude for noget meget anderledes, og give dem mulighed for at tale om det og ikke mindst få ros

(Carolina Malta Hansen)

Vores debriefing handler om at give folk feedback, når de ringer 1-1-2. Hvis folk ved, at de har gjort noget godt og gjort det rigtige, vil det være en god oplevelse, som de vil fortælle videre til deres omgangskreds. Dermed bliver der skabt en forventning om, at man handler, og at det er en god ting at gøre. Deres oplevelse bliver en positiv oplevelse - også for deres omgivelser

(Freddy Lippert)



Pilotforsøg med debriefing vidner om, at briefing kan give meget tilbage til førstehjælperen og indfri mange formål:

- ⊕ Give afklaring på, om førstehjælperen har gjort det rigtige i situationen, og svare på spørgsmål om, hvad man eventuelt kunne eller ikke kunne have gjort anderledes. Herunder give anledning til, at førstehjælperen kan få professionel anerkendelse for sin indsats.
- ⊕ Udgøre en ventil for de mange indtryk, førstehjælperen havde i situationen, og de tanker og forestillinger, som hændelsen har sat i gang efterfølgende.
- ⊕ Skabe afklaring omkring hændelsesforløbet og give svar på spørgsmål, som det måtte have rejst hos førstehjælperen, herunder også om praktiske forhold og teknikaliteter. Hvis en hjertestarter har været anvendt i situationen, kan debriefingen eksempelvis give anledning til, at førstehjælperen får indblik i de analyser, hjertestarteren har lavet af tilskadekomnes hjerterytme, og betydningen af dennes indgriben.
- ⊕ Give en tryghed for førstehjælperen i situationen, hvor der handles. Systematisk debriefing giver en vished om, at går det galt i situationen, bliver der samlet op på førstehjælperen og taget hånd om de konsekvenser, det måtte have for førstehjælperen.
- ⊕ Give anledning til, at førstehjælperen får et 'tak' på samfundets vegne for at have grebet ind og taget sig af en medborger. Debriefingen er en måde at returnere en samfundsmæssig omsorg på.

Debriefing er en vigtig nøgle til, at førstehjælpshændelsen bliver en god oplevelse for førstehjælperen, uanset hændelsens udfald. Og de professionelle er også opmærksomme på, at bliver hændelsen en positiv oplevelse for førstehjælperen, bliver den også fortalt videre som en sådan i førstehjælperens omgangskreds og i det bredere samfund. Denne dynamik har betydning for handleparathed i befolkningen mere generelt. Ved at den enkelte førstehjælper kommer godt videre, og måske endda kommer styrket igennem oplevelsen, bidrager det til, at der i befolkningen skabes en positiv forventning om, at man handler i situationen, og at det er godt at handle.

Som sådan kan udviklingen af debriefing være et væsentligt professionelt bidrag til dansker-nes førstehjælpsdannelse.

De kan få placeret oplevelsen, så de ikke står alene med det. Det er anderledes at tale med venner end med en sundhedsfaglig

(Thea Palsgaard Møller)

Debriefing gør, at vi som fagpersoner kan give dem et svar og [en form for] omsorg fra samfundet: "Tak fordi du tog dig af din medborger!"

(Carolina Malta Hansen)

Folk vil gerne vide, om de gjorde det rigtigt – der er noget praktisk feedback – "Skulle jeg have sat elektroderne anderledes?"; "Jeg glemte at tjekke, om der var noget i munden...". Det kan være svært at se, om der var vejrtrækning – det har de brug for at snakke om

(Carolina Malta Hansen)



NYE FORVENTNINGER TIL BORGERNE

Der er nogle, der kan starte med at sige, at de står med et lille barn – det kan de ikke. Men når man så får sagt: "Jamen du skal!" – så tager de ansvar. Så får man et godt samarbejde

(Sundhedsfaglig rådgiver)

Nogle synes, at når de har ringet, så har de ikke noget ansvar, så går de. Så jeg prøver at få dem til at forstå, at man skal blive der. Puffe lidt til deres samvittighed. Prøver at fortælle, at de jo mener, at vedkommende er i nød, og så må man blive der. Eller sige at man SKAL blive der – det er ulovligt at gå. 95 % bliver. Jeg siger: "Sådan en situation kan du ikke sætte mig i, jeg kan ikke se, hvad der foregår derude"

(Sundhedsfaglig rådgiver)

En række tendenser har vist, at det professionelle fokus i stigende grad retter sig mod forbindelserne mellem de professionelle og borgerne og en generel styrkelse af kontakten til lægfolk. Udviklingen ledsages af nye forventninger til de borgere, som har fået en mere central betydning i det samlede livreddende system. Her er udbredelsen af førstehjælpskurser et vigtigt bidrag, men kurserne giver ikke i sig selv den handlingsparathed, der skal til for at redde liv.

Kurser og parathed

En række tendenser er med til at udbrede danskernes deltagelse i førstehjælpskurser:

- 🕒 Siden 2005 har det formelt set været obligatorisk at undervise i førstehjælp i de danske folkeskoler som en del af undervisningen i det timeløse fag, færdslære. Generelt hersker der dog stor uvidenhed på skolerne om, at førstehjælpsundervisningen er obligatorisk. Undersøgelser viser også, at der blandt lærere er en stor usikkerhed i forhold til at bevæge sig ud i at undervise i livreddende førstehjælp. Samtidig er der dog også en oplevelse af, at undervisning i førstehjælp harmonerer med folkeskolens opgaver som en dannelsesinstitution²⁴.
- 🕒 I efteråret 2006 blev det lovpligtigt at gennemføre et førstehjælpskursus i forbindelse med erhvervelse af kørekort. Og siden 2013 sikrer en ny bekendtgørelse, at der også gennemføres førstehjælpskursus i forbindelse med erhvervelse af knal-lertkørekort.
- 🕒 Der findes ingen lovkrav om førstehjælp på danske arbejdspladser²⁵. Ifølge CSR-kompasset, et online-redskab for ansvarlig leverandørstyring søsat af Erhvervs- og Vækstministeriet og DI, skal virksomhederne dog sikre, at "arbejdsstedet er forsynet med passende redningsudstyr samt fornødne hjælpemidler til førstehjælp i ulykkestilfælde", og at "et tilstrækkeligt antal personer er oplært i førstehjælp"²⁶.



De professionelle erfaringer bekræfter undersøgelser, der peger på, at førstehjælpskurser ofte styrker kursisternes tiltro til, at de vil gribe ind og yde førstehjælp²⁷. Der er en positiv sammenhæng mellem danskere, der føler sig i stand til at yde livreddende førstehjælp, og danskere, der har taget et førstehjælpskursus. Og jo kortere tid siden kursets gennemførelse, desto bedre klædt på til at yde førstehjælp føler kursisterne sig²⁸. Kurser øger danskernes vurdering af deres egen handleparathed.

Forskning viser også, at der ikke er nogen sammenhæng mellem kursernes længde og folks førstehjælpsformåen. Efter tre måneder er udbyttet af et 4-6 times førstehjælpskursus det samme, som udbyttet af et 30-minutters kursus²⁹. Der er altså ikke en direkte sammenhæng mellem kursers længde og handleformåen.

Sammenhængen mellem kurser og handleparathed er i det hele taget ikke entydig. Den isolerede effekt af kurserne er vanskeligere at kortlægge. Mens kurser booster befolkningens grundteknikker og selvtillid for nogle, er de også medvirkende til at skabe nogle uhensigtsmæssige forventninger og usikkerhed hos andre.

Det sker ofte i førstehjælpsituationen, at der råbes: "Er der nogen, der kan førstehjælp?" Et råb om hjælp, der har mulighed for at tilføre situationen flere førstehjælpskompetencer, men omvendt også et udtryk for, at det let overses, at de, der allerede er tilstede, kan gøre den altafgørende forskel – kursuserfaring eller ej.

Det har man jo lavet undersøgelser på... én af de ting, man har fundet ud af er, at hvis man har fået et kursus, så griber man lettere ind

(Anne Møller Nielsen)

Det er selvfølgelig ikke altid nok, at man har taget et kursus. Det er altid godt, men det vigtigste er, at man handler

(Mads Wissenberg)

Det er nogle helt særlige mennesker [der træder til uden nogen form for kursus] det er rent instinkt – der er ingen frygt og intet behov for viden. Men det er sjældent

(Carolina Malta Hansen)

Studier viser, at kursus i livreddende førstehjælp øger villigheden til at træde til

(Mads Wissenberg)



Førstehjælperens lydhørhed er afgørende

Førstehjælpskurser gør en forskel, og de professionelle mærker, at danskerne i stigende grad ved, hvad de skal gøre, når ulykken er ude. Selvom kurser gør en forskel, gør de ikke nødvendigvis den største forskel. Kurser fører ikke altid til handling, endsiges til den mest hensigtsmæssige handling. Fra flere professionelle lyder det, at mens tekniske færdigheder hos borgerne er værdifulde, er lydhørhed endnu vigtigere. Dét at være i stand til at bevare roen, lytte og have tillid til, at det nytter, er afgørende for at kunne yde livreddende førstehjælp.

De nye forventninger til borgerne er, at lægfolk i stigende grad forventes at stille sig til rådighed i førstehjælpssituationen med en lydhørhed og en vilje til at lade sig guide af de professionelle. Lægfolk er i stigende grad de professionelles "øjne og hænder" på stedet, som en sundhedsfaglig telefonrådgiver udtrykker det. Med mobiltelefoniens udbredelse og oprustningen af den telefoniske rådgivning i vagtcentralen er det centrale, at lægfolk forstår systemet og kan igangsætte den livreddende kæde. Lægfolk kan udrette meget i samarbejde med professionelle – også uden at have kursuserfaring.

Den vigtigste forberedelse har at gøre med danskernes indstilling over for førstehjælpssituationen – at de er villige til at handle, lytte og stille sig til rådighed for professionelles støtte via sundhedsprofessionelle rådgivere, hjertestartere, mobiltelefoner og andre aktører.

Som det fremgår af de kommende kapitler, handler denne villighed om, at lægfolk bliver i stand til at foretage en grænseoverskridende handling. Det handler om den overskridelse af sig selv og overvindelse af modstand, som er en afgørende del af en dannelsesproces³⁰. Førstehjælpsdannelsen har en særlig karakter, fordi den handler om liv og død.

Man kan godt mærke, om folk har været på kursus, for de ved, hvad de skal gøre. Men nogle gange vil de ikke lytte på mig. Jeg havde en episode: En ældre dame, der var på værtshus og døde. Og der var råben og skriget. Jeg fik én i røret, der havde været i militæret. Han mente, han havde helt styr på det, og mente, at "hun stod ikke til at redde". "Det skal I ikke bestemme", sagde jeg og gav ham besked på at give hende hjertemassage. Han gik og kom tilbage og sagde, at nu havde han gjort det. Men det havde han ikke, for han var ikke stakåndet, kunne jeg høre

(Sundhedsfaglig rådgiver)



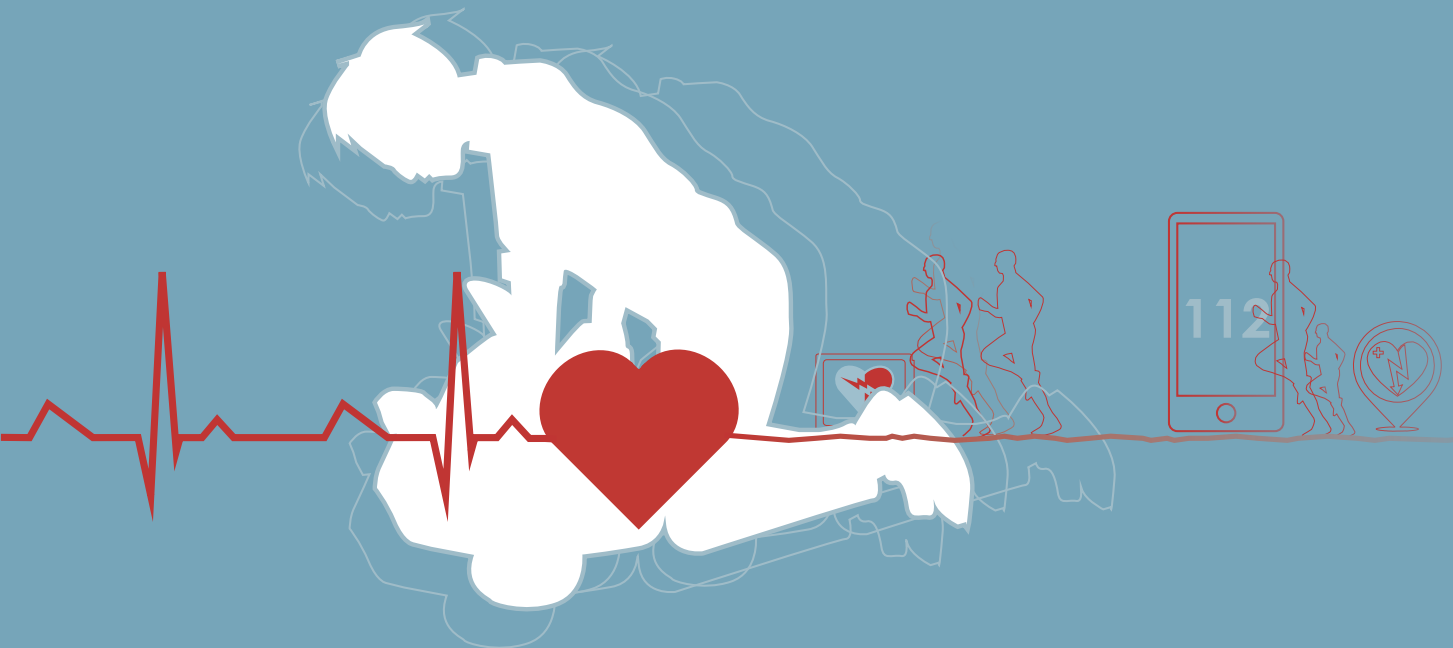
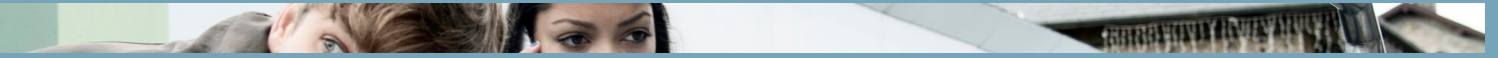
Hvis ikke folk har lært HLR, får de besked om at give hjertemassage. Det er det sidste, man skal tage hensyn til – om folk kan eller ikke kan – pointen er, at hvis nogen på gaden, som aldrig har lært det, ringer ind, så skal de have en enkel besked: Giv hjertemassage og red liv Det handler om at målrette kommunikationen til lægfolken på gulvet – til hans kompetencer og situation

(Freddy Lippert)

Det vigtigste er, at folk er lydhøre, men jeg tror, at når de har været på kursus, så er de mere lydhøre. Kurser skal genopfriskes hvert år, for at du kan det, så kurser betyder ikke, at du kan det, men man får en fornemmelse af, hvad der skal ske, og så tør man

(Sundhedsfaglig rådgiver)





FØRSTEHJÆLPERNE

Dette kapitel beskriver, hvordan førstehjælpere dannes. Et væsentligt afsæt for førstehjælpsdannelsen er, at det er et radikalt øjeblik for lægfolk at yde livreddende førstehjælp. Førstehjælperen står på mange måder i en ukendt, overrullende og udfordrende situation, hvor erfaringerne som lægfolk ikke slår til. Kurser eller ej.

Kapitlet viser også, at lægfolk kan bidrage til den livreddende førstehjælp på mange forskellige måder. Førstehjælperne beskriver, hvordan telefonen bliver en livlinje, og de støtter sig til den sundhedsfaglige rådgivning hos 1-1-2 og hjertestarterne. Kapitlet rundes af med at vise, hvordan det, der fik førstehjælperne til at handle, er en førstehjælpsdannelse, der viser sig, når førstehjælperne træder frem og oplever, at de har en forpligtelse og oplever, at det er legitimt for dem at handle.

Førstehjælperen er ikke en overmenneskelig supermand, der er hævet over almindelige sociale spilleregler. Tværtimod. Førstehjælpsdannelse sker som en del af det sociale liv, og førstehjælpen bliver derfor en overkommelig social handling for den enkelte. Denne overkommelighed fremmes, når hændelsen deles med professionelle, øvrige deltagere i hændelsen og pårørende.

Kapitlet bygger på tolv dybdeinterview med førstehjælpere, der har grebet ind i forbindelse med et hjertestop.

ET RADIKALT ØJEBLIK

Førstehjælpsituationer er pludselige, kaotiske, omvæltende og grænseoverskridende. Førstehjælpen udspiller sig i grænselandet mellem liv og død, og i visse tilfælde krydses og genkrydses denne grænse i løbet af hændelsen. Der er altid meget på spil, når et hjertestop indtræffer.

I det følgende gengives en sammenfatning af fire førstehjælpsmomenter, sådan som førstehjælperne har fortalt dem. Momenterne viser på forskellig vis nogle af de grænseoverskridelser, der finder sted, når der gives førstehjælp. Førstehjælp finder sted i en undtagelsestilstand, hvor sanser, indskydelser og handlinger kæmper om opmærksomheden hos førstehjælperen.

Førstehjælpernes gengivelser af hændelserne viser den alvor og usikkerhed, der knytter sig til situationen. I de tilfælde, hvor der anvendes navne i beskrivelserne af momentet, er disse anonymiserede.



Moment I: Ung mand på arbejde på hotellet

Jeg sidder i hotelreceptionen. Det er nat. Klokken 03:30 ringer hun. Det er efter, at han er faldet om. Jeg tror, hun er kæreste til ham. Det er en mand på 48 år. Jeg kan hans fødselsdato – den fæstnede sig, da hun sagde den højt.

Hun lægger på, og jeg ringer til ambulancen som det første. Så fortæller jeg, at der er en mand, der er faldet om. Jeg siger, at han har fået "et anfald". Det var det ord, hun brugte. Så siger de, at jeg skal op at se til ham, for at se hvilket anfald, det er, og hvor slemt det er. Jeg tager elevatoren og har telefonen med.

Så kommer jeg op og banker på døren, og hun åbner. Manden ligger på sengen, hun løber ind og fortsætter med at give ham mund-til-mund – hun giver ikke hjertemassage. Jeg siger til ham i telefonen, at hun er i gang med at give mund-til-mund, og at han er blålig, og jeg mærker ham på halsen, og jeg kan ikke mærke nogen puls. Så siger han med det samme, at han har rykket os op til et højere udrykningsniveau, og at vi skulle i gang med at give hjertemassage. Det siger jeg højt til hende, og så siger han, at hun skal gøre det i den her rytme. Og jeg gentager så hans rytme – 1-2-3. Det er vigtigt at have den rytme, for jeg kunne se med det samme, at hun gjorde det alt for hurtigt, så det hjalp med den rytme. Jeg tæller til 25, og så kan jeg se, at hun bliver træt. Så tager jeg over. Hun kæmper for at trykke til, og hun gør det langsommere end rytmen. Og i telefonen siger han, at hun ikke må stoppe, og at jeg skal tage over. Vi skiftede plads meget hurtigt. Jeg stoppede på et tidspunkt for at tjekke for puls. Hun råber, at jeg ikke må stoppe.

Jeg fortsatte, til ambulancefolkene kom. Der gik ikke lang tid, det følte ikke som lang tid. Jeg vil tro omkring fem minutter, fra jeg ringede, til de kom. Ambulancen kører først halv fem, så det hele tager cirka en time. Det lød som om, de mistede hans puls flere gange. De skulle jo have stabiliseret ham.

Hun kørte med i ambulancen. Jeg fulgte dem til døren. De talte ikke meget med mig, de var meget fokuserede på deres arbejde. Så da de var kørt, stod jeg og tænkte "hvad nu?" Så jeg tog selv initiativ: Jeg tog en housekeeper med op, hvor vi samlede alle deres redskaber og kanyler osv. op. Og vi samlede det hele i en pose og sagde til morgenholdet, at de kunne smide det ud, medmindre de vidste, at noget af det ikke skulle smides ud. Jeg fik jo ikke besked fra ambulancefolkene om, om jeg måtte smide det ud. Jeg overvejede at ringe til 1813 og spørge. Jeg ville også gerne vide, hvordan det var gået. Men jeg var så træt, så jeg orkede det ikke.



Moment II: Dommeren i håndboldhallen

Jeg står i midten af banen og kan bare se ud af øjenkrogen, at der er tumult på bænken. Jeg går derover og kan se, at han har åben mund og øjnene tilbage. Med det samme vi får lagt ham ned, bliver det meget tydeligt, at det nok var noget med hjertet.

Da vi begynder hjertemassage, kigger vi på hinanden og siger, at vi nok må hente hjertestarteren, så den går jeg efter, men på vej derned tænker jeg "skal vi nu også det?" Det er jo ikke hver dag, man render rundt og støder folk! Men så tænker jeg, at det at sætte den på og se, hvad den siger, det sker der jo ikke noget ved. Der er flere, der siger, at de ikke ved, om de ville have hentet den.

Vi monterer maskinen, og den gør så det, den skal – analyserer og fortæller. Den er meget klar – efter første analyse siger den, at der skal stødes, og det gør vi så. Så siger den, at der er hjerterytmegten igen, og to minutter efter kommer ambulancen – der trækker han selv vejret.

Da vi pakkede hjertestarteren ud, tænkte jeg "skal vi virkelig bruge den?". De andre begyndte at reagere, da den sagde, der skulle stødes – det blev der lige stillet spørgsmålstejn ved. Det er måske også folks måde at sige: "Nu er det dit ansvar". Jeg tror, det var vigtigt for mig at vide, at du ikke kan gøre noget forkert. Jeg tror ikke, jeg havde brugt den, hvis ikke jeg havde været på kursus. Hvis jeg ikke havde fået at vide, at den ikke kan misbruges, så havde jeg nok ikke gjort det. For ved jeg, hvornår manden har hjertestop? Han så jo ikke død ud på den måde – han var der jo et eller andet sted. Vi kunne bare høre den her rallen – det var jo kun i sekunder, så han så jo ikke død ud.

Da den først sagde "stød anbefales", var det som om, alle trak sig og var chokerede over, at den sagde det, og folk sagde: "Nej – det er for vildt, er du sikker?" Og jeg sagde: "Ja – den siger det ikke, hvis der ikke er noget galt". Så der tog jeg beslutningen og trykkede. Knappen blinkede, så der var ikke så meget at ræfle om, og det var kun et år siden kurset, så jeg kunne godt huske det. Men for mange blev det rigtig alvor der. Men det var ikke så voldsomt – på tv springer de jo op, når de får stød, men det var meget stille og roligt.

Jeg er rigtig glad for, at der var flere, der deltog, for det er ikke sikkert, jeg kunne have klaret det selv eller havde reageret på samme måde. Det havde ikke været så let at bruge hjertestarteren, hvis ikke der havde været andre.

Jeg var overrasket over, at vi var så effektive, men det tror jeg var fordi, vi lidt var et team, hvor folk tog lidt ansvar – én starter hjertemassage – jeg henter hjertestarter – én ringer – én spørger om der er noget, han kan gøre. Der er jo mange, der prøver at undgå det. Bare det at man var mange til at gøre noget – der blev jo gjort noget hele tiden.

Det er meget spontant, og vi har snakket om det efter, og vi har nok handlet helt korrekt uden at vide det.



Moment III: Medarbejderen på arbejdspladsen

Det er ikke noget, man glemmer. Det er en af de oplevelser, der brænder ind på nethinden. De situationer går ind og gør noget. Det er jo traumatisk at se et menneske dø.

Jeg var mødt og havde været her en halv times tid. Havde sagt godmorgen til dem på lageret, og der var han der, Søren. Så hører jeg sådan lidt skrig. Så tænker jeg: "Vi er så mange skøre kvinder i det her hus" – så jeg tænker, det nok er én, der er faldet med en kop kaffe. Så kommer min kollega Trine løbende og råber på vores chef – "Christian!, Christian!" råber hun.

Jeg spørger: "Christian, skal jeg tage hjertestarteren med?", det må jeg godt, siger han. Så kommer vi ud, og Søren ligger i kramper. Han er faldet bagover og har slået hovedet. Det er en af hans nærmeste kollegaer, der råber. Hun og en anden kollega har forsøgt at hjælpe ham op. Nu står de og slår til ham, og råber: "Søren!" Så da Christian kommer ud, trækker de sig. Christian lægger ham ordentligt, og lægger noget under hovedet og taler til ham. Jeg står lidt væk med hjertestarteren og venter på, at nogen siger "nu er det nu".

Det virker som om, at der er liv i ham på det tidspunkt, fordi han siger de der lyde. Så forsvinder han, og så siger Christian, at nu skal vi have gang i hjertestarteren. Det er nok mest Christian og André, der arbejder med den, den er jo meget nem. Så kommer receptionisten ud og siger, at ambulancen er her. Så tænker jeg, at der ikke skal være flere i rummet, så jeg går ud i receptionen og lukker mellemdørene og sørger for, at folk ikke går ud på lageret og laver endnu mere forvirring.

Jeg tænkte, at nu har jeg gjort, hvad jeg kunne her, så nu må jeg hellere gå et andet sted hen for at gøre lidt mere nytte der. Nu er der nogen andre, der tager over her.

Ambulancefolkene forsøgte at få liv i ham, og imens forsøgte jeg at finde ud af, om vi havde noget kontakt til noget af Søren's familie. Og så kører de, og Christian tager med. Ved 12-tiden ringer Christian til mig og siger, at det desværre ikke er lykket, og at han er på vej tilbage til kontoret i en taxa. Han spørger, om jeg vil samle personalet i kantinen. Jeg sender en mail rundt om, at folk skal samles i kantinen om 10 minutter, og så kommer Christian og fortæller det.

Det var jo forfærdeligt, at se ham ligge der – og at han kæmpede, det kunne jeg også se for mig i tiden efter. Men det er den der hjertestarter, der gør, at jeg tænker, at vi har noget, vi kan gøre.



Moment IV: Makkeren i tennisklubben

Vi er lige begyndt at spille tennis. Peter sætter sig pludselig ned – sætter sig stille og roligt ned på banen. Allerede dér bliver jeg lidt bekymret og spørger til ham: "Er du ok? Hvad er der galt?" Han siger, at han er lidt svimmel, men at det har han prøvet før, og det skal bare gå over. Så får han lidt vand. Så vil han rejse sig, og det går ikke, så jeg får ham sat ned igen i en fart. Så går der et halvt minut, så tilter han helt ned. Så er jeg godt klar over, at så er den helt gal. Hans makker fordamper lidt, for han kan ikke lige håndtere det. En tilskuer kommer hen og spørger, hvad han skal gøre. Jeg sætter mig ned ved ham. Jeg tror, det er epilepsi – det ligner det med de kramper. Han får fråde om munden. En af tilskuerne ved, at Torben er der et sted, og han er læge – så han henter ham.

Da Torben kommer, går der ikke lang tid, før han siger, at det er noget lort. På det tidspunkt bliver vejtrækningen meget besværlig – han holder helt op – for så at gispe et par gange og så holde op igen. I nogle perioder trækker han vejret 6-7 gange i træk, så man tror, at det er gået over, men så stopper han med at trække vejret igen. De første gange, vi rører ham på brystkassen, skal der ikke andet end berøringen til, så får han vejret igen. Det sker mange gange, at vi skal til at give hjertemassage, men så får han vejret igen. Så hver gang han får vejret, får det os til at vente med hjertemassagen.

Så kommer hjertestarteren. Torben sætter den på, og vi hjælpes med det. Der er en fin tegning, så det er forholdsvis simpelt. Så sætter vi den på, og skal til at lade den styre det, men så trækker han sgu vejret igen. Så går han i stå, og så lader vi hjertestarteren styre det.

Hov! Inden vi sætter hjertestarteren på, trækker vi hans bluse op og kan se, at han har et stort snit på brystkassen, så jeg spørger, om han har pacemaker? For vi tænkte, at hvis han havde det, så måtte vi vel ikke bruge hjertestarter? Det har jeg så senere fundet ud af, at det må man godt. Lægen er også i tvivl, om man må bruge hjertestarteren. Her bruger vi altså noget tid på at være i tvivl. I de perioder, hvor han ikke trækker vejret, giver jeg ham kunstigt åndedræt, og Torben giver hjertemassage. Vi beslutter at anvende hjertestarteren alligevel. Og den støder én gang, og så får han jævn, men besværet vejtrækning i en længere periode. Da han har haft jævn vejtrækning i et stykke tid, tager vi hjertestarteren af. Pads'ne bliver siddende, men vi afkobler den på en eller anden måde. Og så går der nogle minutter, og så er den gal igen. Og det er det, der gør det til en rigtig møgsituation, for der er så mange perioder, hvor man tænker, at "så nu går det godt."

Så monterer vi hjertestarteren igen, og han får endnu et stød, og så tager vi den ikke af mere. Undervejs giver vi hjertemassage og åndedræt. Jeg tror, at Torben siger, at det ikke er så godt, og jeg siger: "Jamen vi må fortsætte, indtil der kommer en ambulance!" Og det er vi enige om, så det gør vi.

Jeg ser ikke, at ambulancen kommer – jeg bliver bare prikket på ryggen. Så går jeg væk, og Torben bliver og fortæller, hvad der er sket. Det giver jo bedst mening, når han er læge.

Det var rart, at der var en læge. Man er altid lidt usikker. Rart at der er én, der ved noget om det. Ubevidst tror jeg, at jeg lader det være op til ham, hvad vi skal gøre, men ikke sådan at jeg ikke er med – vi samarbejder.



EN GRÆNSEOVERSKRIDENDE SITUATION OG HANDLING



Det at redde liv handler ikke blot om grænsen mellem liv og død. Som de fire momenter har vist, kalder førstehjælpssituationen på en række grænseoverskridende handlinger fra de mennesker, der involveres. For at hjælpe et andet menneske, må førstehjælperen sætte sig ud over sig selv og lade sine grænser udfordre. Førstehjælpsdannelsens grænseoverskridelser består blandt andet i:

- 🚑 **Fysisk nærkontakt** med en fremmed person, der er død. Det er noget helt andet end at være på kursus.
- 🚑 Konfrontation med den tilskadekomnes **kropslige ændringer**. Den særlig ansigtskulør (bleg og hvidlig hudfarve, blålige læber), udtryk i øjnene ('fiskeøjne', døde øjne, stive øjne, stirrende blik, øjne, der viser, at tilskadekomne kæmper for livet), lyde (rallende, gurglende strubelyde), lugte (af brændt hud og hår ved brug af hjertestarter), opkast og kramper.
- 🚑 **Uvished om tilskadekomnes tilstand og diagnoser**. Er det hjertestop? Hjerneblødning? Epilepsi? Eller noget andet? Er vedkommende nu *helt* død? Er det hjertemassagen, der holder i live? Kommer vedkommende til sig selv eller forsvinder igen?
- 🚑 **Usikkerhed** i forhold til, om man **gør det rette**. Brækker det mon ribben? Skal der gives stød? Kan man gøre mere **skade** end gavn?
- 🚑 Oplevelse af et **pludseligt ansvar**. Indflydelsen på et andet menneskes overlevelse, erfaringen af egne fysiske begrænsninger som førstehjælper (fx manglende styrke) eller mentale barrierer (fx i forhold til at give kunstigt åndedræt).



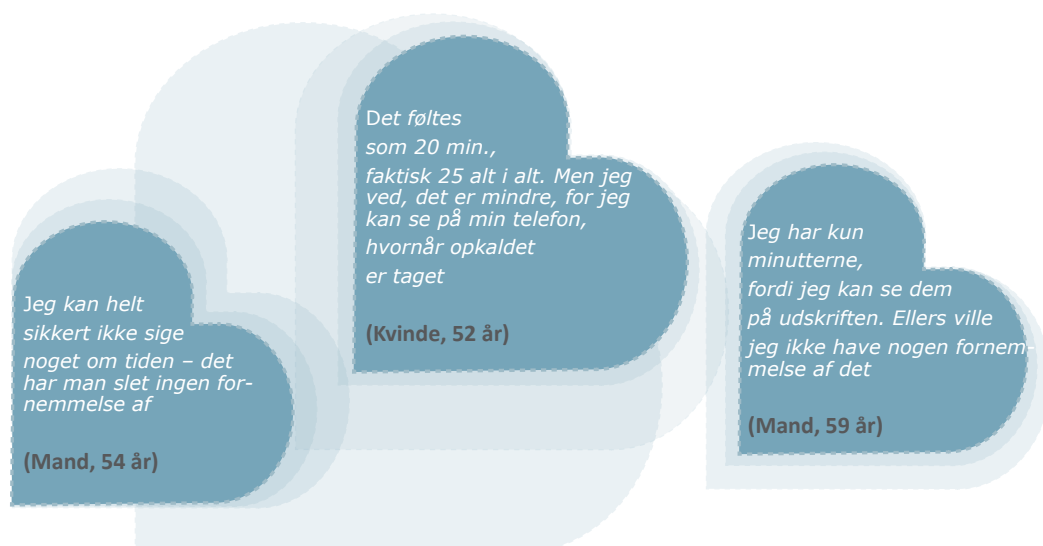
Grænseoverskridende situationer udspiller sig i en art mellemrum, som pludselig åbner sig mellem de grænser, mennesker bygger livet op omkring. Mens den tilskadekomne balancerer mellem liv og død, bringer situationen og handlingerne førstehjælperen ind i en særlig zone.

Førstehjælpsdannelse handler om at være klar til at træde ind i dette mellemrum.

Det grænseoverskridende udfordrer

Førstehjælperen udfordres, som det fremgår nedenfor, på en række grundlæggende erfaringer – tidsfornemmelse, sanserne, rationaliteten, de sociale spilleregler og personligheden.

Tidsfornemmelsen udfordres



Flere førstehjælpere erfarer, at deres tidsfornemmelse forsvinder i førstehjælpsituationen. Mens nogle førstehjælpere har en klar fornemmelse af, hvor lang tid hændelsesforløbet tog, har andre vanskeligt ved at vurdere tiden. Eksempelvis vurderer én førstehjælper, at det førstehjælpsforløb, som vedkommende var involveret i, samlet set varede tre minutter. En anden førstehjælper, som var involveret i samme episode, skønnede, at forløbet strakte sig over en halv time.

Flere førstehjælpere giver også udtryk for, at det er vanskeligt at huske den præcise rækkefølge, som tingene foregik i.

Førstehjælpsituationen sætter tidsfornemmelsen på prøve.



Sanserne udfordres

*Man er jo ikke død,
fordi hjertet stopper
– man er jo ikke væk. Sådan
som jeg oplever det, er han med
i det første par minutter. Han er
måske bevidst om, at han er ved at dø.
Jeg har set døde mennesker før, og han
så ikke sådan ud – han var
jo ikke bomstille, han kæmpede*

(Mand, 41 år)

*Jeg laver
hjertemassage,
og hun giver luft, og det
var jeg glad for, for det var
ikke lækkert – han havde slugt
masser af vand, så det væltede
ud med bræk*

(Mand, 54 år)

*Men jeg sad
jo med den
maske. Og uden den
– det havde jeg ikke lyst
til. En død, svedende mand,
du ikke kender.
Det er for tæt*

(Kvinde, 47 år)

*Jeg opfatter ham som
værende i live. Han har
store problemer, men har fin
farve, og han siger en masse lyde.
Det med farven tog jeg som et godt tegn.
Hvis han havde været fuldstændig bleg
tror jeg, at jeg havde brugt hjertestarter
med det samme. Så farven og lydene gør,
at jeg tror, at han er ok*

(Mand, 48 år)

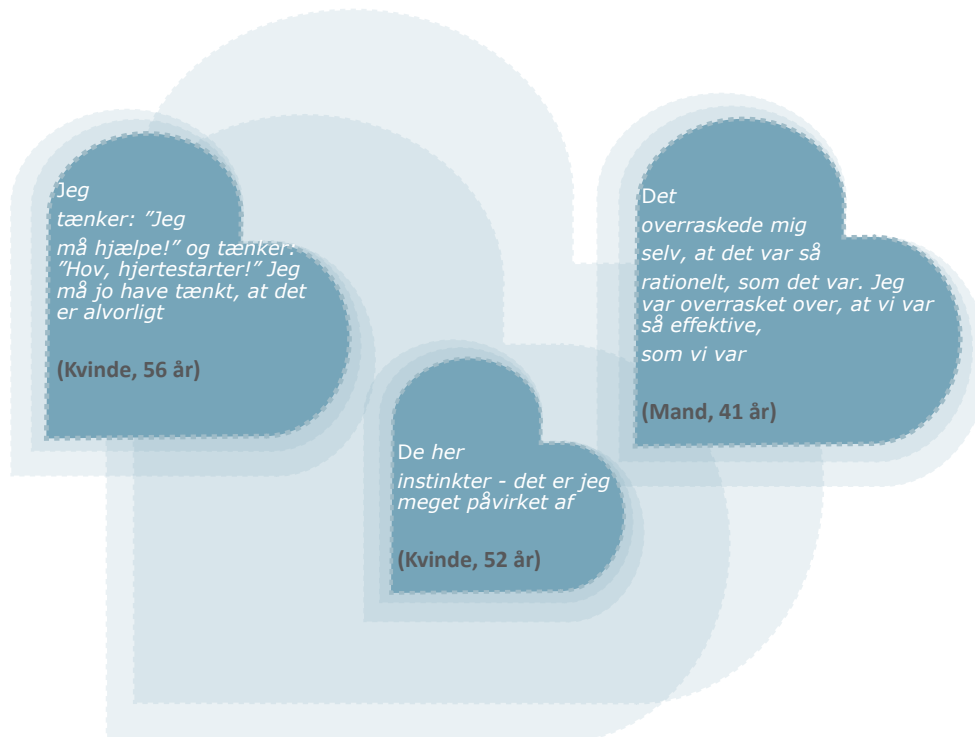
Næsten alle førstehjælperne fortæller om sanseindtryk der overrasker dem: synsindtryk, lugte, lyde og bevægelser fra den tilskadede.

Kontakten med den døde krop eller kroppen, der kæmper for livet, er erfaringsmæssigt og sanseligt grænseoverskridende for mange førstehjælperne. Indtrykkenes voldsomhed er ofte slående. Men førstehjælperen kan også overraske, når man oplever, at hjertestarterens stød ikke er lige så voldsomt som forventet – den tilskadede sprang ikke op, som på tv.

På samme måde som førstehjælpssituationen kan ændre ved opfattelsen af tid, kan den forvride proportionerne på de genstande og handlinger, der er involveret i situationen. Nogle førstehjælperne oplever, at de hæfter sig ved detaljer i situationen, som i et større perspektiv kan synes ubetydelige. Hotelreceptionisten bider mærke i tilskadedes fødselsdato og husker den udenad. Små detaljer antager voldsomme dimensioner i kampen om liv eller død, som omvendt nedbrydes i en række små, konkrete handlinger: Ring 1-1-2, tjek puls, råb om hjælp, hent hjertestarter og så videre.



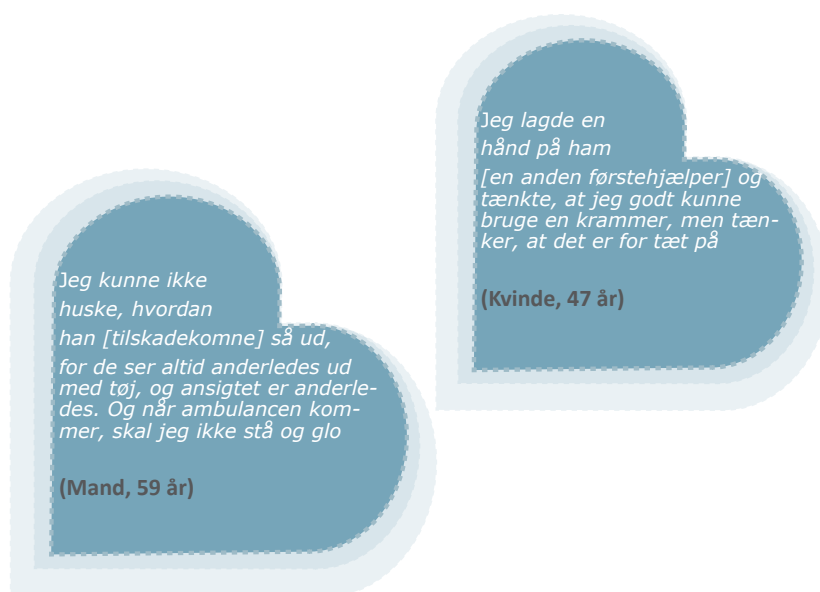
De velovervejede beslutninger udfordres



Førstehjælpens handlinger finder sted i grænselandet mellem det instinktive og det velovervejede. En kvinde beskriver eksempelvis, at hun "træder ind i et andet spor", da hun pludselig opdager, at en mand ligger livløs på gulvet med hjertestop. Fra da af opfatter hun ikke, hvad de omkringstående fortæller, men fokuserer udelukkende på det at give kompressioner. En anden førstehjælper fortæller at han først tænker over den vellykkede indsats, da han kommer hjem. I situationen er han opslugt af at handle. Andre førstehjælperer beskriver, at der i situationen reageres "resolut" og "prompte" – ord der vidner om, at det reflekterende og velovervejende sættes i parentes. Førstehjælpshandling bygger på dannelsens sociale instinkter og følelsesprægede reaktioner.



De sociale grænser udfordres



Førstehjælpen overskrider ofte almindelige grænser for, hvordan man omgås et andet menneske. Det kan blive nødvendigt at flå tøjet af tilskadekomne, ligesom andre former for kropslig nærkontakt kan blive det, herunder mund-til-mund-indblæsninger. Den akutte situation kan også betyde, at førstehjælperen må afvise hjælp fra andre på en mere abrupt måde, end det ellers ville høre sig til, og uden at kunne forklare sin afvisning i situationen.

Samtidig kan der i de livreddende fællesskab opstå en særlig form for samarbejde, hvor der ikke er plads til mange ord og forklaringer. En førstehjælper fortæller, at hun har svært ved præcist at sætte ord på, hvordan de omkringstående registrerer ændringer hos patienten, men at der er en "særlig energi" i situationen, hvor man er fælles om at sanse personens fremskridt og tilbagefald.

Førstehjælpsituationen udfordrer førstehjælperen som socialt individ. Både det at træde til i situationen og hjælpe og det ikke at handle koster noget af det enkelte individ. At gribe ind handler ikke kun om den tilskadekomne, men også om realiseringen af førstehjælperen som individ. Ved at redde liv realiseres førstehjælpsdannelsen, og førstehjælperen redder sit eget sociale liv og gør det muligt at komme videre efter episoden. Det viser sig også, når man ser de forskellige roller, som man kan indtræde i som førstehjælper.



MANGE MÅDER AT HANDLE LIVREDDENDE

Så snart du
fordeler rollerne,
får du et team

(Kvinde, 52 år)

Ja
[vi var et team],
fuldstændig! Det kørte
lige efter bogen – hele pro-
ceduren fra han falder om, til
ambulancen
kommer

(Mand, 59 år)

Min første
gode oplevelse
var, at jeg kunne
mærke, at jeg var chefen. Selv-
om de to med-hjælpere var en
paramediciner og en sygeplejerske
– alligevel lod de mig styre. Når jeg
sagde noget,
var de med – de var
mit team

(Mand, 34 år)

Min
og min kones
rolle var fuldstændig velde-
fineret. Der var ikke noget
"hovsa"

(Mand, 68 år)

Og så
kommer min
chef, og hvorfor er
det så? Er det fordi, de er
mænd – eller hvorfor? Så
tænker man, at det er dem,
der tager over. Det gør han bare. Og
så trækker man sig. Det er
noget med roller og status i
firmaet

(Kvinde, 56 år)

Der er mange måder at handle førstehjælpende på. Det er ikke et spørgsmål om enten-eller. Der er tale om en mangfoldighed af handlinger, der er mere eller mindre tæt på den person, der har fået hjertestop. Nogle af handlingerne er direkte relateret til den livreddende førstehjælp, andre spiller en mere indirekte rolle. Handlingerne har imidlertid det tilfælles, at de udgør en del af det livreddende samspil, som finder sted, indtil ambulancen når frem.

Førstehjælpen kan brydes ned til en vifte af handlinger, som alle bidrager til, at der reddes liv, og som blandt andet omfatter:

- 📞 At gribe telefonen, **ringe 1-1-2** og/eller **videreformidle 1-1-2 vejledning**
- 📞 At **erkende et hjertestop**
- 📞 At **råbe**
- 📞 At **tjekke puls**
- 📞 At **hente hjælp**
- 📞 At **hente en hjertestarter**, at **pakke maskinen** ud eller at **montere og anvende** den
- 📞 At **fjerne tøj**, **finde en serviet** eller **hente en saks**



- 🚑 At **give hjertemassage** eller **assistere med hjertemassage**
- 🚑 At give **mund-til-mund-indblæsninger**
- 🚑 At **sætte førstehjælperholdet**, at **fordele opgaver** til omkringstående, eller at **holde folk væk** eller **kalde folk til**
- 🚑 At **guide en ambulance, åbne døre** eller at **holde et drop**

Mulighederne for forskellige førstehjælpshandlinger bestemmes naturligvis af, hvor mange mennesker, der er til stede i situationen. For de førstehjælperne, der stod i en situation med flere mennesker, oplevede størstedelen, at der skete en hurtig og naturlig rollefordeling, og at de internt i teamet var gode til at afløse og støtte hinanden.

Det sker ofte, at rollerne skifter i førstehjælpssituationen. Mens nogle foretrækker at arbejde videre med det, de begyndte på, er det for andre både en fysisk og psykisk forløsning, når en anden tager over. Fælles er det dog, at langt de fleste af førstehjælperne har oplevet, at det er en fordel at være flere, og at rollefordelingen skete både hurtigt, let og naturligt.

FØRSTEHJÆLPENDE AKTØRER OG REDSKABER

Ingen af de førstehjælperne, vi har talt med, har været helt alene. Førstehjælpssituationen involverer et væld af forskellige aktører. Ofte stimler flere mennesker sammen om den tilskadekomne og involverer mobiltelefoner, hjertestartere, indblæsningsmasker, tæpper, fugtede håndklæder og andre forhåndenværende genstande. Alle har de en indvirkning på situationen og på udfaldet.

I førstehjælpssituationen forbindes aktører på kryds og tværs og får hinanden til at handle og virke på bestemte måder. Livreddende kompressioner afløses af indblæsninger, fingre der tager pulsen, hænder der støtter nakken, blikke der udveksles, råb og kalden, den forvrængede stemme fra telefonrådgiveren i mobilen, instrukser fra hjertestarteren, elektriske stød, mennesker der går væk og nye folk, der stimler sammen. Mennesker, redskaber og genstande er forbundne og samarbejder og modarbejder hinanden i de kritiske sekunder, der følger et hjertestop.

Samlet set er det vigtigt for førstehjælperne, at de ikke står helt alene i situationen, men kan uddelegere ansvaret til professionelle mennesker og genstande.



Telefonforbindelse til 1-1-2 rådgivere

Telefoner spiller ofte en vigtig rolle i førstehjælpssituationen og bærer flere vigtige opgaver. De er kontakten til de rådgivere, som bliver førstehjælperens vejleder. De fungerer som et nødblus, og deres apps kan støtte den videre førstehjælpsdannelse.

Telefonen er bindeled mellem førstehjælperen og vagtcentralen, mellem den akutte grænseoverskridende situationen og den kontrollerede professionelle verden. Navnlig mobiltelefoner har mulighed for at være til stede helt tæt på dér, hvor ulykken er ude. Ved at etablere en direkte linje til de professionelle bygger telefonen bro til, at førstehjælperen får hjælp og støtte til at handle på mest hensigtsmæssig vis. Når der ringes 1-1-2, videregiver førstehjælperen noget af ansvaret for håndteringen af situationen. Beslutninger om indgriben og handlinger forskydes fra lægfolk til at blive et professionelt anliggende. Og samtidig skifter også førstehjælperens rolle: de bliver de professionelles stedfortrædere i situationen.

Der er et element af fjernstyring over kontakten til vagtcentralen: Rådgiveren instruerer og guider, førstehjælperen lytter og handler. De førstehjælpere, der har haft kontakt til vagtcentralen, beskriver det som en lettelse, at deres opgave bliver indsnævret til at følge en andens instrukser. Situationen bliver ganske enkelt forenklet. Vagtcentralens rådgivere giver en oplevelse af, at førstehjælperen ikke står alene med ansvaret.

Da jeg begynder at snakke med vagtcentralen, fik jeg et andet overskud. Jeg kan samarbejde med sygeplejersken, så er jeg ikke alene mere. Så kommer der en dame ind. Hun kommer hurtigt ind - lige op til mig [viser med hånden, at den nyligt ankomne kvinde, går helt tæt på hendes ansigt] og siger, at hun er hjertelæge: "Fortæl mig, hvad der er sket!" Hun sætter noget autoritet i gang. Men jeg vurderer, at der ikke er plads til hende, for vi er godt i gang. Jeg tror, at sygeplejersken [i telefonen] sagde til mig, at jeg skulle sige [til hjertelægen], at hun skulle gå ud fra boksensalen. Det er sygeplejersken, der spørger mig: "Hvem kommer ind dér?" Det er det gode samarbejde med sygeplejersken - hun har noget rum. Det var lidt hårdt, at jeg stødte hjertelægen på hendes kompetencer. Men det har vi ordnet bagefter. Hun tog mit fokus. Så jeg vurderede, at hun skulle gå ud

(Kvinde, 52 år)

Det var en kæmpe hjælp, jeg fik fra 1-1-2. Jeg var ikke i tvivl om, jeg gjorde det rigtigt. Jeg fik det meget bedre tilpas af, at han [rådgiveren] vidste, hvad jeg skulle gøre. Han fortalte hele tiden, hvad vi skulle gøre. Det er rigtig rart at vide, at jeg handlede ud fra det, han sagde, at jeg skulle gøre, og det må jo være det rigtige, så jeg var ikke i tvivl bagefter

(Mand, 23 år)



1-1-2-opkaldet fungerer også som en form for nødblus i den forstand, at opkaldet giver udtryk for en undtagelsestilstand og et signal om, at der er hjælp og assistance på vej udefra.

I nogle førstehjælpssituationer sendes nødbluset tidligt afsted, og 1-1-2 bliver således det allerførste, der gøres, inden situationen gribes mere fysisk an. Men det hænder også, at førstehjælperen bliver så optagede af at redde liv, at 1-1-2-opkaldet er noget, de senere kommer i tanke om er vigtigt at få gjort.

Både i de situationer, hvor førstehjælpen indledes med et opkald, og i dem hvor opkaldet først kommer senere, gælder det, at førstehjælperne har oplevet, at opkaldet har noget forløsende over sig: Nu er der gjort det, som skal gøres, og man ved, at den professionelle hjælp er på vej. Ansvar for episodens videre forløb vil blive overdraget til professionelle.

Ingen har benyttet apps i situationen, men to af de tolv førstehjælperne har benyttet sig af en app til forberedelse og videre dannelse, nemlig "TrygFonden Hjertestart"-app. Den ene førstehjælper havde anvendt appen forud for den hændelse, hun var involveret i, til at orientere sig om hvor de nærmeste hjertestartere befandt sig. Den anden downloadede efterfølgende appen til sin telefon og brugte den som en anledning til at tale med venner og børn om, at det er vigtigt at være opmærksom på hjertestartere, og at de kan bruges af "almindelige mennesker" til at redde liv.

Apps bidrager i disse tilfælde til førstehjælpsdannelsen, men indgår ikke i selve situationen.



Hjertestarteren

Du er nødt til at tage føringen. Den, der kommer med hjertestarteren, behøver ikke være den, der kører den videre

(Mand, 68 år)

Man ved præcis, hvad der skal gøres – men i sagens natur ved man ikke hvem, der skal gøre det. Så der bliver stoppet op, når hjertestarteren kommer

(Mand, 68 år)

Blot brystkassen!
På med elektroderne!
Den fortæller hele tiden – selv efter stød – den analyser og siger: "fortsæt hjertelungeredning"

(Mand, 59 år)

Hjertestarteren bliver bare ved. Den overvåger. Den siger ikke: "Nu skal du stoppe". Den er rar, for selv som professionel bliver man aldrig helt sikker. Så det er vældig fint

(Mand, 59 år)

Og så klarer hjertestarteren resten og tager over. Så man skal ikke tænke på noget

(Mand, 48 år)

Det kunne tænkes, at en [anden person] ville overtage initiativet. Men når man har hjertestarten, er man chefen (...)
Når jeg kommer med hjertestarteren, overtager man [jeg] initiativet

(Mand, 34 år)

Når hjertestartere er tilstede, får de en afgørende indflydelse på overlevelsen og på hele førstehjælpssituationen. Hjertestartere kan bidrage med et livreddende stød, der sætter gang i hjertet. Men de bidrager også med meget mere end det. Hjertestarteres tilstedeværelse giver situationen en ny start. Hjertestartere fungerer som tidsnedbrydere, der giver form til den diffuse tidsfornemmelse, som præger førstehjælpssituationen. Hjertestartere fungerer som opgavefordeler og professionel autoritet. Og hjertestarterens tilstedeværelse er et varsel om situationens alvor.

En ny start

Når hjertestarteren hentes, "genstartes" situationen, fordi den ændrer på de handlinger og roller, der hidtil har præget situationen.

I førstehjælpernes fortællinger eksisterer der ofte et "før" og "efter" hjertestarteren i handlingsforløbet. Hjertestarteren er en ny aktør, der træder ind i situationen, og med sin autoritet giver den en følelse af forløsning. Maskinen giver en ny chance for at redde liv.



En tidsnedbryder

Hjertestarteren nedbryder det tidsrum, som livredningen foregår i, i korte sekvenser. Når hjertestarteren tages i brug, begynder den også at orkestrere situationen: Med sine konkrete instrukser slår hjertestarteren taktslag i indsatsen og nedbryder den til en serie af korte handlinger. Som noget unikt for hjertestarteren sætter den desuden tidsbegrænsning på de enkelte handlinger. Den instruerende stemme holder pauser, der er akkurat tilpasset det tidsrum, som det med rimelighed tager at følge instruksen.

Førstehjælperne oplever, at hjertestarteren omdanner en springende, kaotisk tid til en taktfast førstehjælpsrytme. Handlingerne er på forhånd prioriteret, og deres varighed er fastlagt og automatiseret. Og netop de korte, afmålte sekvenser er med til at gøre førstehjælpen overkommelig.

En opgavefordeler

Når hjertestarteren bliver en del af situationen, gør den noget ved førstehjælpsindsatsen og handlingssamspillet. Hjertestarteren er med til at fordele opgaverne på nye måder.

Hjertestarteren engagerer en ny førstehjælper i situationen. En førstehjælper fortæller, at det var naturligt, at det var hende, der hentede hjertestarteren, for hun vidste, hvor den var. Men da hun ankommer med hjertestarteren, tager hun den ikke selv i brug. Som hun fortæller: "Jeg står lidt væk med hjertestarteren og venter på, at nogen siger: Nu er det nu!".

Fælles for førstehjælpernes erfaringer med hjertestarteren er, at den generelt bidrager til at lette situationen. Ligesom med telefonrådgivningen fra 1-1-2 er der et element af, at noget af beslutningsansvaret løftes fra førstehjælperens skuldre. Hjertestarteren overtager initiativet, og førstehjælperen kan koncentrere sig om at følge maskinens instrukser.

En professionel autoritet

Hjertestarteren har stor autoritet. De førstehjælpsepisoder, hvor en hjertestarter har været involveret, har det tilfælles, at der ikke sættes spørgsmålstegn ved maskinens instrukser. Hjertestarteren får altid det sidste ord.

Hjertestarteren udgør en genstand fra den professionelle verden, men er tilgængelig i lægfolks univers. Hjertestarteren er i sig selv en professionel autoritet, som kan føre lægfolk gennem et forløb med analyser af hjerterytmen og elektroniske stød.

At hjertestarteren udgør en repræsentant for de professionelle, bliver tydeligt i de situationer, hvor førstehjælper både har kontakt til telefonrådgiver på vagtcentralen og har en hjertestarter ved hånden. Her stopper rådgiverne ofte med at instruere og anbefaler i stedet førstehjælperen at følge hjertestarterens instrukser. Som repræsentant for de professionelle er hjertestarteren et skridt tættere på den tilskadekomne, end rådgiverne kan være det over telefonen.

Et varsel om, at nu er det alvor

Hjertestartere er en hjælp og bidrager til, at situationen bliver håndterbar. Men maskinen er også en markering af, at situationen er ekstraordinær og kræver en indsats, der overskrider hverdagens velkendte handlerum.

Der er noget foruroligende over hjertestartere: De varsler, at nu er det virkelig alvor, og hver en detalje kan få afsindig stor betydning. Hjertestarteren ledsages derfor ofte af usikkerhed og frygt: På vej efter hjertestarteren bliver førstehjælper ofte i tvivl: "Skal vi nu også det?"

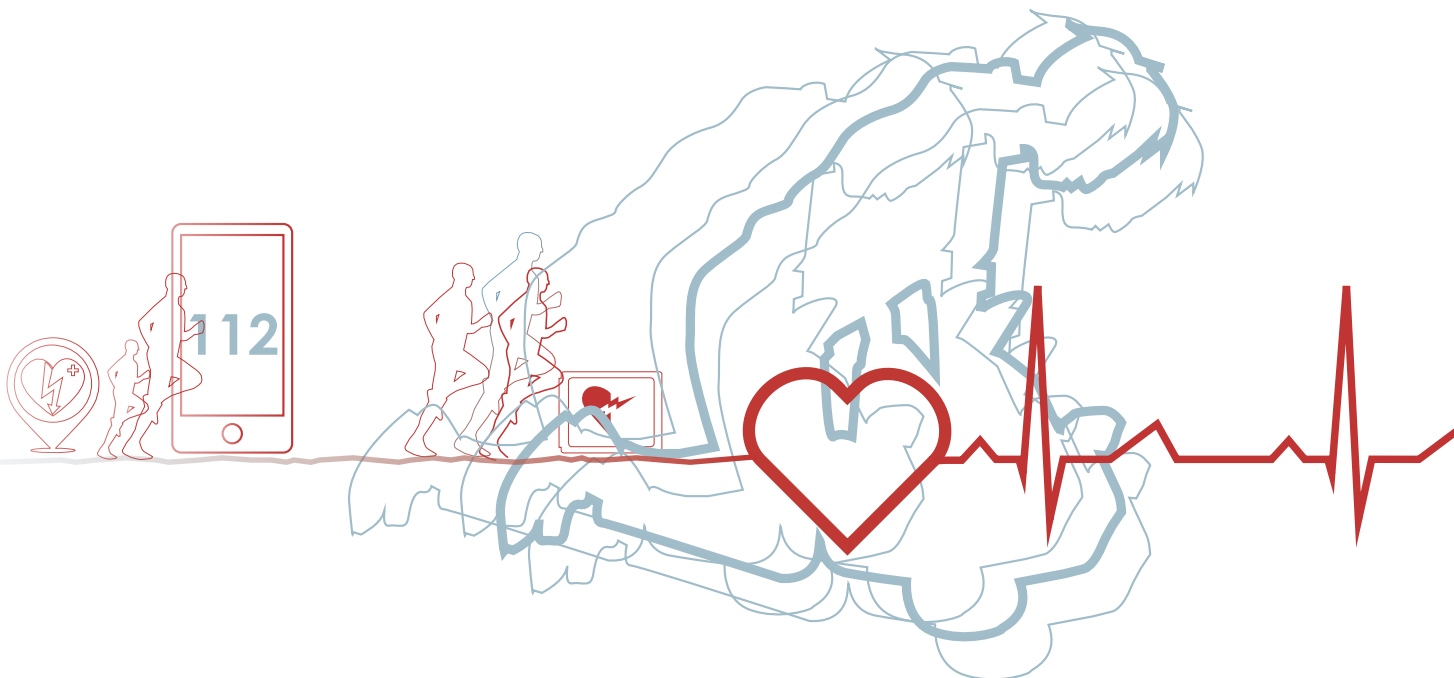


”Nej – det er for vildt, er du sikker på, at der skal stødes?” Flere fortæller, at det føles som et stort ansvar at være den, der trykker på knappen.

Hjertestarterne er beroligende og foruroligende på samme tid. De kommunikerer et ”du kan gøre noget” og et ”den er helt gal” på samme tid. Fordi hjertestarterne har denne dobbeltrolle, tiltrækker de sig stor opmærksomhed blandt førstehjælperne samtidig med, at de afleder en række usikkerheder og spørgsmål. Et af de spørgsmål, der i situationen opstod hos førstehjælperne, var, om hjertestarteren kunne bruges på alle – hvad sker der, hvis folk ikke har hjertestop, hvad hvis det er børn, hvad gør man hvis tilskadekomne har pacemaker, osv. Andre førstehjælperne oplevede udfordringer i forbindelse med den instruerende stemme. En kvinde fortæller om hjertestarteren, at ”det, der gjorde det svært ved den, var: hvis han siger noget, som man ikke hører – ville han så gentage det?”.

Hjertestartere er designet, så det ikke kræver en særligt teknisk viden eller kursuserfaring at betjene den. Men hjertestarteren fungerer først, hvis et menneske aktiverer den. Og det kræver mod at tage maskinen i brug.

Som det fremgår af næste kapitel er bekymringen, de mange spørgsmål og den store tillid til maskinen endnu mere markant hos potentielle førstehjælperne, som ikke har stået i situationen og oplevet, hvordan maskinen virker.



FØRSTEHJÆLPKURSERNES BETYDNING



De tolv førstehjælperne, som har bidraget til denne undersøgelse, har alle haft en eller anden form for førstehjælpskursus i bagagen. De fleste førstehjælperes kursuserfaring er dog begrænset til kortere kurser, som for manges vedkommende ligger adskillige år tilbage. Kurserne har gjort en forskel i den forstand, at de har bidraget til handleparathed og håndteringen af situationen, men alle oplever også, at kurserne ikke slår til og ikke kan drive handlingen.

Kurser fungerer for nogle førstehjælperne som en indre stemme, der minder førstehjælperen om, hvad der skal gøres, og hvad det er vigtigst at gøre først. Det, der huskes, er enkle regler, sætninger og remser, som kursister oplever at have lært udenad, og som kan støtte førstehjælperen i at huske og i at prioritere indsatsen. Når det opleves lettere at gribe ind med et kursus i ryggen, skyldes det imidlertid også, at kurser er med til at legitimere en indgriben.

Kurser giver handlelegitimitet. Som én førstehjælper fortæller, gik hun nogle dage efter førstehjælpsepisoden hen til sin chef og viste ham sit førstehjælpscertifikat. Chefen forstod ikke hvorfor, men førstehjælperen beretter, at det var vigtigt for hende selv at dokumentere, at hun ikke havde handlet i uvidenhed. At legitimere sin førstehjælpsindsats var en måde for førstehjælperen at få episoden på afstand på og at bekæmpe en dårlig samvittighed over, at episoden fik et fatalt udfald.

Kurser er en god støtte i situationen og klæder mange på til at handle. Men kurser giver ikke i sig selv motivationen til at handle. Drivkræften forbindes ofte med andre forhold end kurser – eksempelvis, at det forventes af mig som chef, som far, som handlekraftig person osv.



Dukkerne
er bare plastik
– ikke som mennesker.
Men du lærer også af dem...
Men det var første gang, jeg gav mund-
til-mund til damen dér. Det føles helt
anderledes med blod og kød. Du kan
mærke musklerne
på et menneske. Det er
meget anderledes
end en dukke

(Kvinde, 45 år)

Når jeg
tænker mig
om, havde vi nok
[på kurset] fået at
vide, at man ikke ville se død
ud, men han så stadig mindre død ud,
end jeg havde forestillet mig. Umiddel-
bart var min første tanke,
at det var en hjerneblødning.
Tanken slog mig ikke, at det
var hjertestop

(Mand, 41 år)

Der er noget, der er
glippet i undervisningen
med de kramper – man
tror, det er epilepsi. Det har
man brug for at vide. Men man skal
også passe på som underviser ikke at over-
lade folk. Der er nogen, der kommer til at
tage hænderne til sig, fordi de er bange for at
gøre noget forkert. Det
er en svær balancegang med at få
folk til at gøre noget, og så alligevel
have detaljer med

(Mand, 48 år)

Kurser er ikke virkeligheden

Kurser kan aldrig til fulde forberede én på førstehjælpsituationen. Flere førstehjælperne bider mærke i, at kurser adskiller sig fra førstehjælpsituationen.

Den kæmpende eller døde krop føles anderledes end dukker, og ansigtet ser anderledes ud. Der er ikke opkast, lyde, kramper osv. på kurser, ligesom man ikke er forberedt på den lugt, der opstår, når man giver stød med en hjertestarter. Døden kan ikke rekonstrueres. Den overvælder, når lægfolk står ansigt til ansigt med den.

Kurser er ikke virkeligheden. Nogle af de forskelle, der opleves i førstehjælpsituationen, overrasker førstehjælperne. Eksempelvis betød tilskadekomnes lyde og kramper, at tre af tolv førstehjælperne blev usikre på, om der var tale om et epilepsianfald frem for et hjerteanfald. Desuden er der stor forskel på, hvor død førstehjælperne forventer, at tilskadekomne vil se ud. Mens en førstehjælper fortæller, at patienten så så død ud, at hun troede, at han var helt død, fortæller en anden, at han var overrasket over, at patienten så mindre død ud, end han havde forventet. For mange førstehjælperne er det svært at identificere hjertestoppet, og førstehjælpskurserne ruste dem ikke til at kende symptomerne. Kurser gør ikke lægfolk til professionelle.

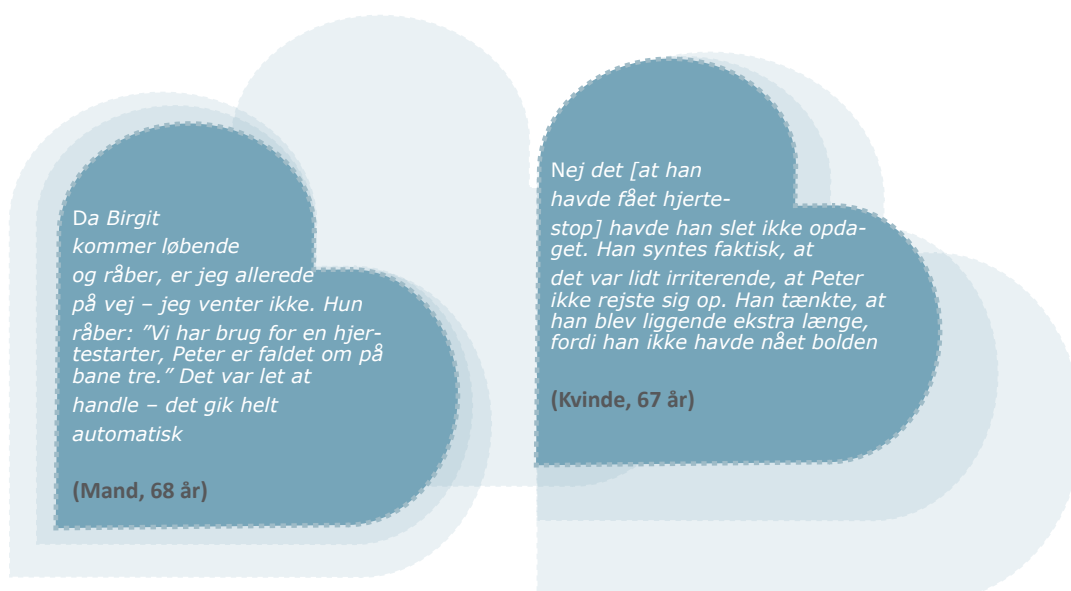
Nogle førstehjælperne har oplevet, at kurser har givet dem en usikkerhed. En førstehjælper fortæller, at kurset havde givet hende en følelse af, at førstehjælp var meget svært, og at der var uoverskueligt meget, man skulle huske. Flere nævner, at kurset var kommet på afstand, og at de derfor kunne komme i tvivl. For de førstehjælperne, der har bidraget til denne undersøgelse, gælder det, at de i situationen alligevel skred til handling – og måske huskede mere, end de troede, eller lod sig vejlede af andre førstehjælperne, vagtcentralen eller hjertestarteren.



DANNELSEN, DER FIK FØRSTEHJÆLPERNE TIL AT HANDLE

Men hvad er det, der gør, at nogle mennesker griber ind og blive førstehjælper? Hvad får dem i første omgang til at skride til handling?

Den enkelte førstehjælperes handleparathed er kompleks og altid individuelt betinget. Alligevel er det muligt at sige noget om den førstehjælpsdannelse, der på tværs af hændelserne har vist sig at anspore førstehjælperne. Og her er det afgørende, at førstehjælperne overvinder usikkerheden ved situationen og påtager sig nogle sociale forventninger, der gør dem parate til nærme sig situationen. Denne sociale dannelse overleveres og udbredes, når handlingen deles med andre.



Erkendt akuthed

Det er karakteristisk for førstehjælperne, at de griber ind, fordi de har erkendt situationens alvor og akuthed. At yde livreddende førstehjælp er for mange en reaktion på, at situationen ganske enkelt kræver det af dem. Erkendelsen af situationens vigtighed spiller en væsentlig rolle for førstehjælpernes handleparathed.

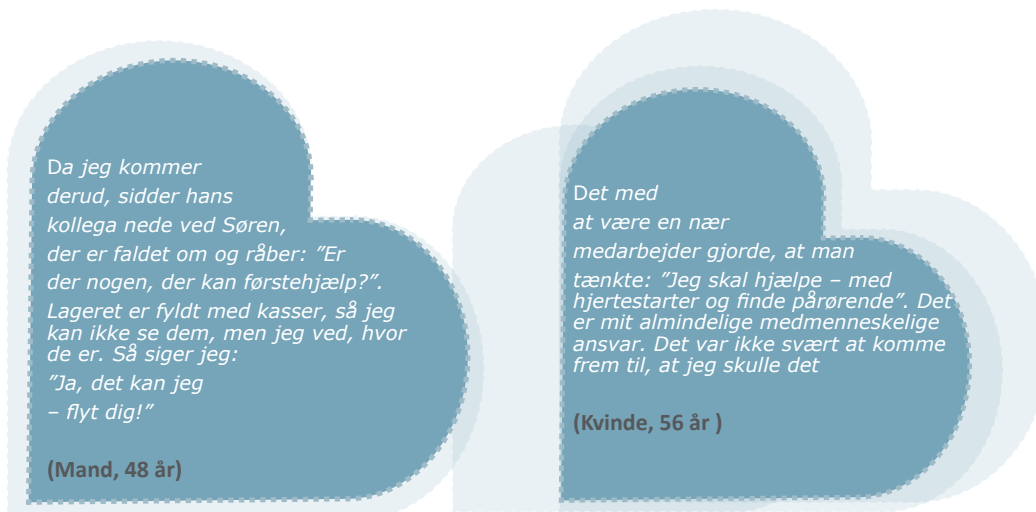
Dette bliver også tydeligt i de tilfælde, hvor førstehjælperne tøver med at gribe ind, så længe de er usikre på situationens alvor. Tvivler de tilstedeværende på situationens alvor, fx fordi tilskadekomnes symptomer mistolkes eller er vanskelige at aflæse, opstår en handlingsmæssig træghed.

Når førstehjælperne griber ind, er det kun til en vis grad et aktivt valg, for så vidt at et valg forudsætter en rationel afvejning af for og imod en indgriben. Førstehjælperne oplevede generelt, at situationen ganske enkelt krævede det af dem.

Dette kommer også til udtryk, når førstehjælperne bliver adspurgt direkte om, hvorfor de greb ind. "For at redde liv!" – Svaret synes så indlysende banalt for flere, at de har vanskeligt ved at acceptere spørgsmålets underlæggende præmis: at de i første omgang havde et valg. Dannelse viser sig ved, at de oplever, at situationen synes at afkræve lige netop dem en handling.



Social forpligtelse og handlelegitimitet



Noget af det, der mobiliserer til handling, er en erfaret forpligtelse til at gribe ind. Denne forpligtelse udspringer af den sociale sammenhæng, som hændelsen finder sted i.

En social forpligtelse knytter både an til en praktisk overvejelse om, hvad det er muligt at gøre i en given situation, og en moralsk overvejelse om, hvad man "bør gøre". Der er tale om dannelse i den forstand, at der er tale om oplevelse af, at man er nødt til at skride til handling, hvis man vil agere i tråd med egne og andres forventninger. Det sociale ansvar er internaliseret. Og det er et væsentligt element i førstehjælpsdannelsen.

Den sociale forpligtelse kan udspringe af flere forhold. Nogle førstehjælperer erfarer, at de tilstedeværende forventer af dem, at de reagerer på bestemte måder. Dette var eksempelvis tilfældet i et firma, hvor de ansatte omgående hentede lederen og forventede, at han skulle tage sig af situationen. Ingen af dem vidste, om han nogensinde havde gennemført et førstehjælpskursus, men alligevel var der en forventning til, at han kunne tackle situationen, og ansvaret blev således straks overført til ham. Det var også tilfældet i en familie, hvor man tænkte, at den slags var en opgave for far, selvom han i modsætning til de øvrige i familien ikke havde gennemført et førstehjælpskursus.

Flere knytter deres fortælling sammen med en gensidig social forpligtelse og forventning om, at andre vil handle på samme måde – hvis de selv og alle andre borgere falder om med hjertestop.

Handleparatheden handler ikke udelukkende om sociale forventninger om indgriben, men også om at føle, at man har lov til at gribe ind. Oplevelsen af handlelegitimitet er vigtig for, at førstehjælperer skrider til handling. Ét er, at ingen må efterlade en person i nød, og at man i den forstand både har pligt og lov til at gribe ind. Noget andet er at sikre, at danskerne oplever det som legitimt, at de selv handler som lægfolk.

Det står klart på tværs af førstehjælpernes fortællinger, at de, der har deltaget i førstehjælpskurser, opleves som særligt berettigede til at gribe ind frem for folk uden kursuserfaring. I den forbindelse er det væsentligt at være opmærksom på, at kurser ikke ændrer lægfolk til professionelle, og at det livreddende system er indrettet med henblik på, at alle lægfolk kan bidrage.

Disse sociale forpligtelser og forbehold træder endnu tydeligere frem hos de potentielle førstehjælperer, som kommer til orde i næste kapitel.



Overkommelige sociale handlinger

Førstehjælperne kan bringes til handling af situationens akuthed; af sociale forpligtelser og af en forventning om, at det er legitimt at gribe ind. Men også forestillingen om, hvad der forventes af en person, der redder liv, har stor betydning for handleparatheden.

Førstehjælpernes erfaringer viser, at de sjældent ser sig selv som overmenneskelige super-mænd. Det er snarere en oplevelse af handlingernes overkommelighed, der bringer førstehjælperne til handling. Førstehjælperens tiltro til, at det faktisk er muligt for dem at gøre en forskel, er afgørende for, at der skrives til handling.

Navnlig sundhedsfaglig rådgivning over telefonen og hjertestartere bidrager til at gøre handlingen overkommelig. Den telefoniske kontakt og hjertestarterens instrukser bryder handlingerne ned i en række små, konkrete tiltag. Det at redde liv er stort og for mange uoverskueligt. Men brudt ned i små sekvenser kan førstehjælp gøres overkommelig og realistisk.

Telefoner og hjertestartere løfter lidt af beslutningsansvaret fra førstehjælpernes skuldre, når de tages i brug. På ét punkt har disse teknologier noget beroligende over sig allerede inden, de tages i brug: De giver en mulighed for ikke at stå alene i situationen. Og som sådan er de ikke alene støttereds-kaber for førstehjælperne i deres handlen, men virker motiverende for at gribe ind.

Handlingerne bliver overkommelige, når man ved, at de er forventede og realistiske. Derfor er viden om, at det kan lade sig gøre, en væsentlig faktor i handlekraften.

Førstehjælpssituationen skal rundes af

De fire førstehjælpsmomenter, der åbnede dette kapitel, blev afsluttet ved, at den tilskadekomne blev hentet og kørt væk af ambulancen, men for førstehjælperne slutter fortællingen og oplevelsen ikke her. Førstehjælperne runder hver især hændelsen af og bearbejder på forskellig vis deres oplevelser. Når der er særligt behov for dette, skyldes det, at førstehjælpssituationen, som vi har set, er en grænseoverskridende erfaring.

Forestillingen om, at man som førstehjælper på fornuftig vis kan komme igennem situationen og få den lukket af på en god måde, er med til at styrke paratheden til at gribe ind. Samtidig har situationens afslutning også betydning for andre danskeres handleparathed. Førstehjælpsepisoden lever nemlig videre som en fortælling, der udveksles mellem de, der var involveret i situationen. Og når førstehjælperne fortæller en meningsfuld historie videre til venner, familie, kollegaer og deres bredere omgangskreds, fremmes befolkningens førstehjælpsdannelse.

I det følgende ses nærmere på nogle centrale aspekter ved hændelsernes afrunding.



Professionel anerkendelse af førstehjælperen



For alle førstehjælpere gælder det, at de på et tidspunkt bliver afløst af ambulancepersonalet. Flere af førstehjælperne husker ganske klart det øjeblik, hvor de professionelle tog over. For nogle var det en lettelse at blive afløst, mens andre oplevede en følelse af at være blevet skubbet til side og være i vejen.

Nogle beskriver, hvordan de blev rastløse og havde svært ved at håndtere, at det, som de netop havde været så involverede i, blev taget ud af deres hænder, og at de pludselig følte, at de stod helt uden for situationen. Denne følelse afhjælpes ved, at ambulancepersonalet anerkender førstehjælperens indsats ved at give et verbalt skulderklap. En førstehjælper fortæller: "Så siger redderen: Det er fint, vi er her, vi tager over." Og mere skal der ikke nødvendigvis til, før førstehjælperne føler sig set og respekteret. I mødet mellem professionelle og lægfolk opstår der et rum for anerkendelse, og for alle førstehjælpere gælder det, at dette møde er af stor betydning.

Måden, hvorpå ambulancefolkene henvender sig til førstehjælperne, har indflydelse på førstehjælpernes samlede indtryk af situationen. For at dette skal være positivt, er det af stor betydning, at førstehjælperne ikke føler sig tilsidesat, værdiløse eller skubbet væk, men derimod værdsat.



Samling med de involverede

*Ambulance-
damen sagde,
at vi havde gjort det
godt, at vi havde fortjent et glas
rødvin. Det havde vi ikke, men
vi havde fadølsanlæg, så vi fik
alle sammen
en stor øl*

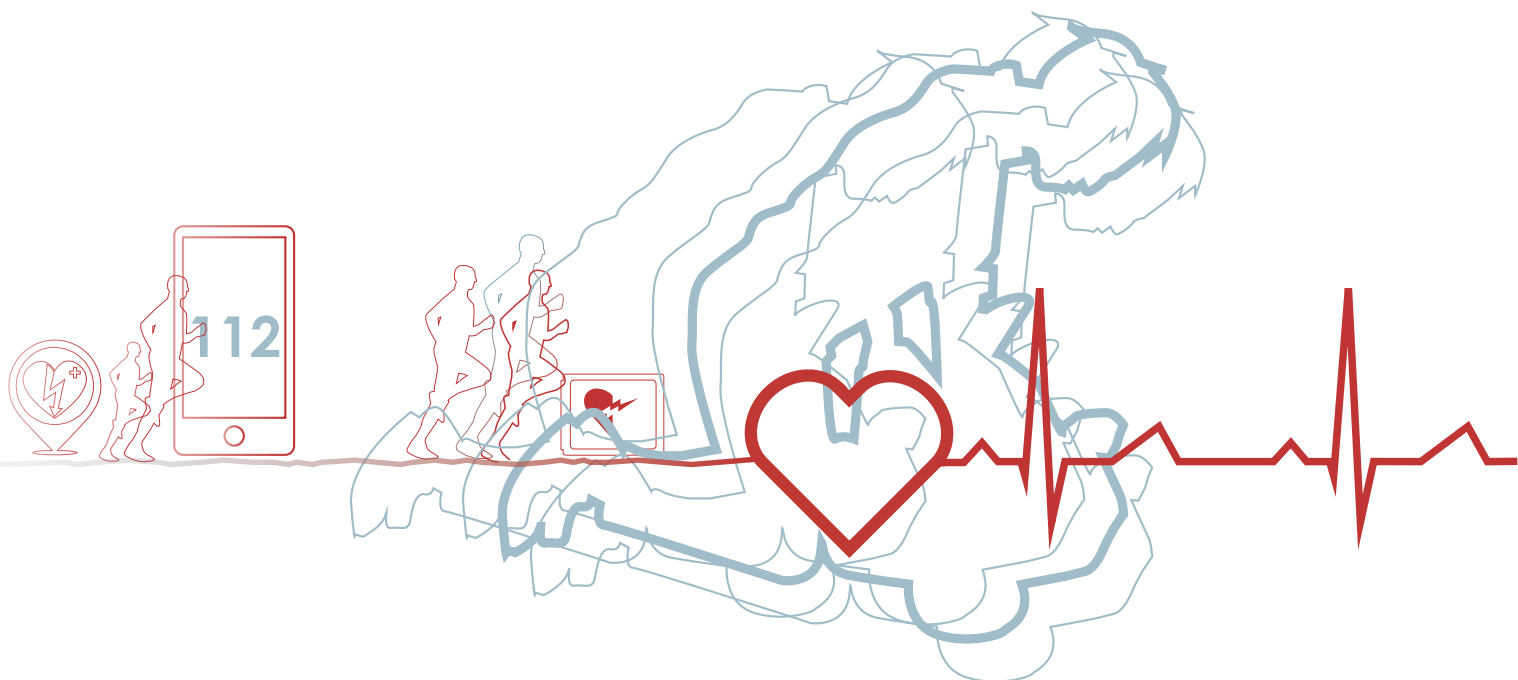
(Kvinde, 67 år)

*Da ambulancen
er kørt, kigger alle på
mig og spørger: "Vi spiller
ikke færdig, vel?" Jeg siger: "Nej,
men at vi kan gå op i cafeteriet
og få en øl og snakke om det."
(...) Vi bliver i flere timer og
er opmærksomme på,
om alle er ok og kan
køre hjem*

(Mand, 41 år)

For alle, der har været sammen med andre om at yde livreddende førstehjælp, gælder det, at de samles, når ambulancen er kørt væk med patienten. Mange samles og taler hændelsen minutløst igennem. Den samtale fortsættes ofte, når man mødes i tiden efter hændelsen.

Et vigtigt element i samtalen er ofte behovet for at skabe mening og bekræfte, at man gjorde det rigtige – førstehjælperne bliver ofte enige om, at de gjorde, hvad de kunne, og at de gjorde det godt.



Behovet for at tale hændelsen ind i livet

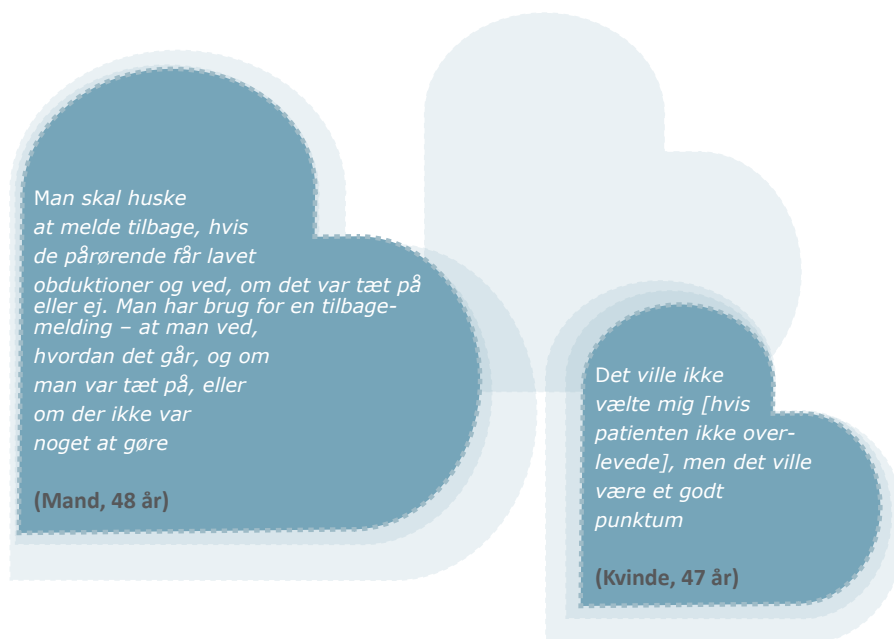


Mange førstehjælperne oplever et massivt behov for at tale om situationen efterfølgende. Dette sker ofte af flere omgange. Mange ringer til deres familier og fortsætter med at fortælle dem om episoden, når de kommer hjem. Flere giver udtryk for, at de i denne samtale samtidig forberedte deres familier på, hvad de skulle gøre, hvis de en dag stod i en lignende situation. Det at have været involveret i en førstehjælpssituation gør den nærværende – det bliver noget konkret som alle potentielt kan være udsat for, og mange førstehjælperne ønsker derfor, at deres nærmeste skal være rustede til at kunne håndtere en sådan situation.

For de fleste betyder samtalerne, at hændelsen bliver til en del af livet – og ofte som en vigtig milepæl. Mange værdsætter at tale med en sundhedsprofessionel, der kan 'stille de rigtige spørgsmål' og 'give de rigtige svar'.

Ved at 'ringe episoden ud' sker der ikke alene det, at situationen afsluttes, men den gøres også meningsfuld. Førstehjælperne får en historie, de kan fortælle. En professionel debriefing kan medføre, at de, der har stået i situationen, lettes for deres usikkerhed og samtidig bliver førstehjælpsambassadører, der bidrager til førstehjælpsdannelsen.





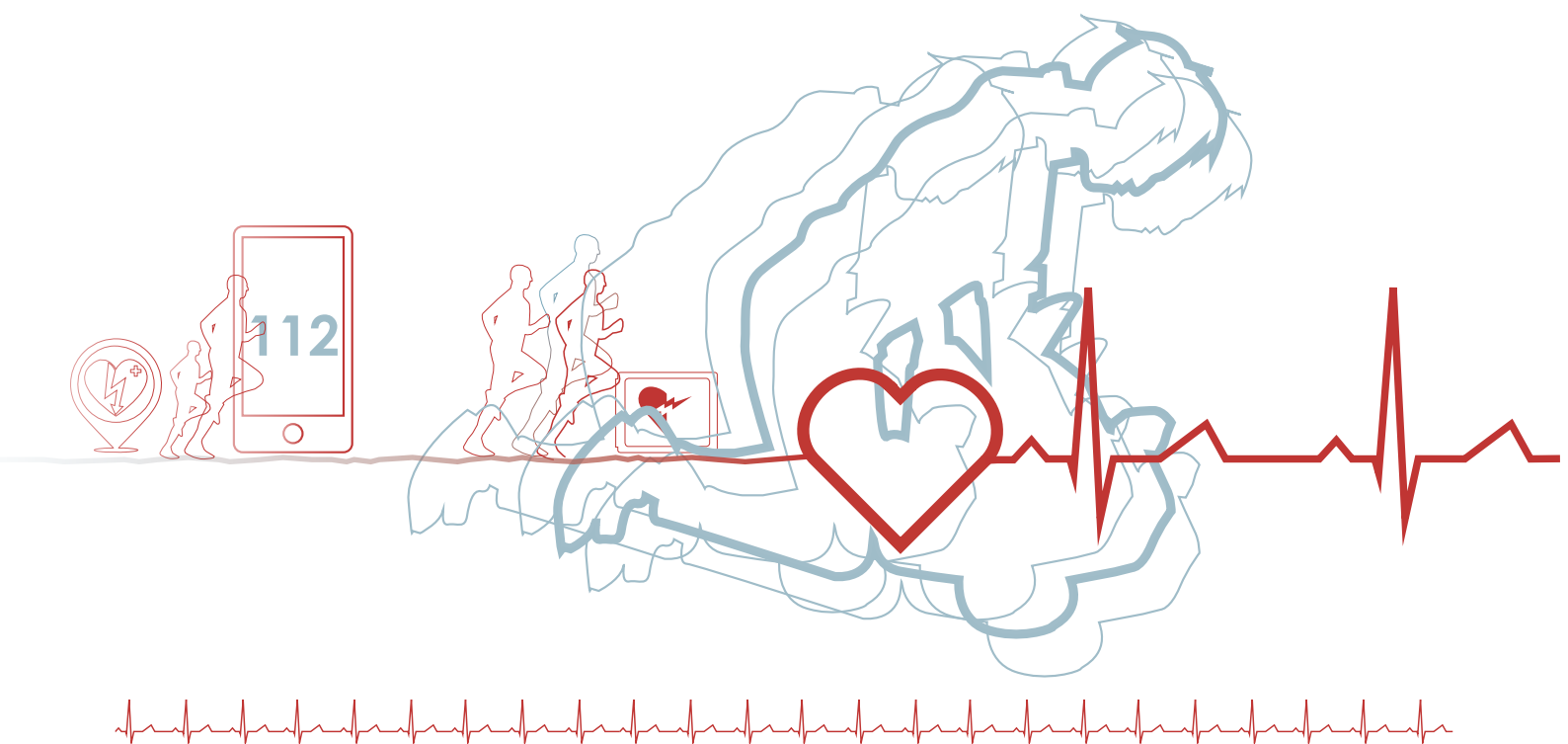
Opfølgning på tilskadekomnes skæbne

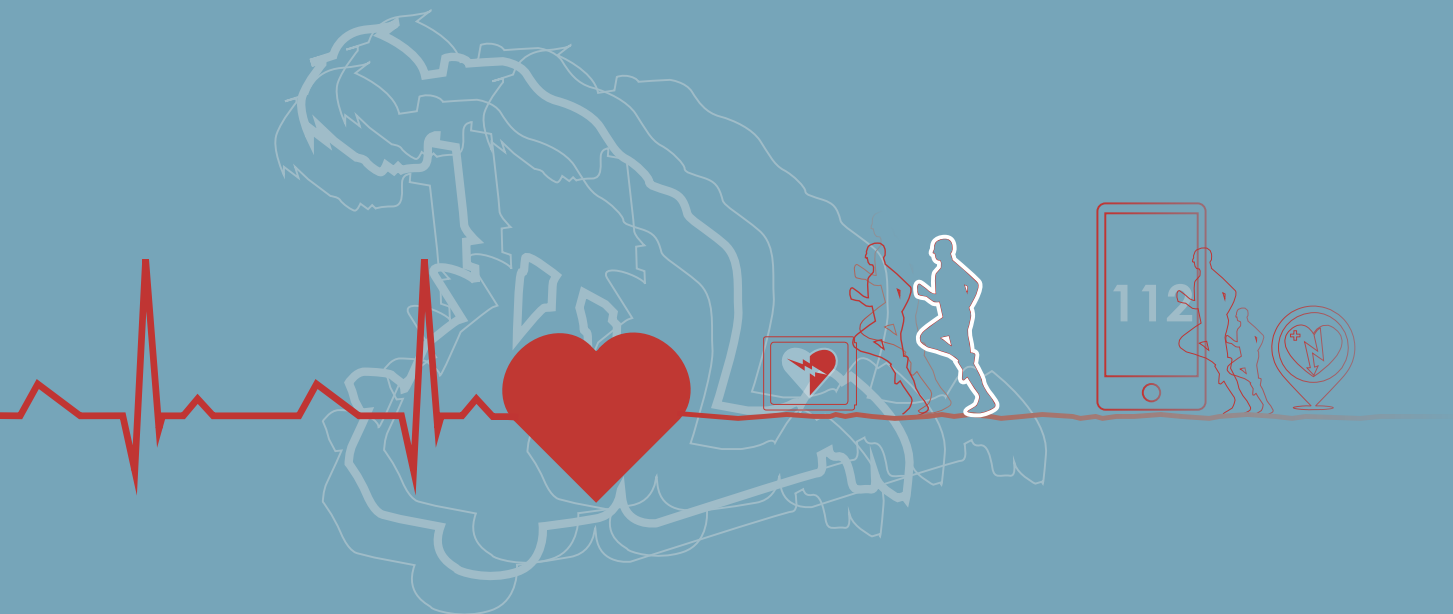
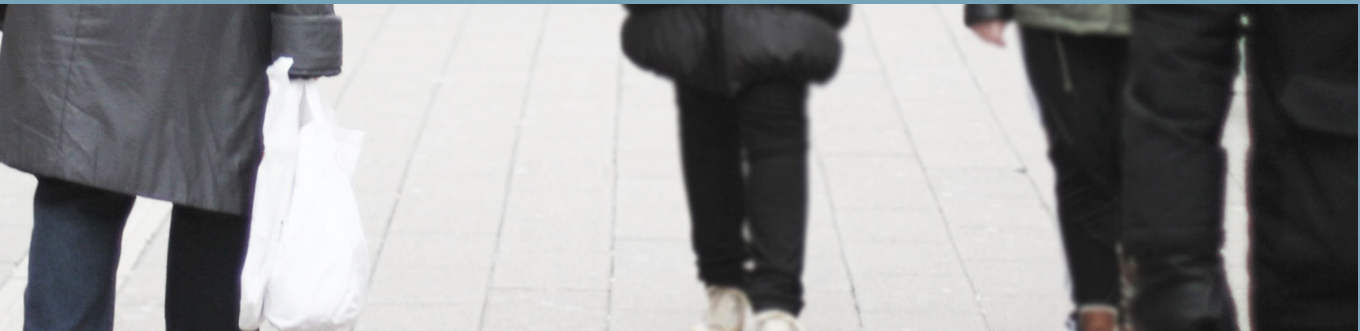
For størstedelen af førstehjælperne bliver det vigtigt at kende episodens udfald. For mange er det at vide, om patienten overlevede eller ej, en del af det at runde situationen af. En førstehjælper beskriver eksempelvis opfølgningen som den lille brik, hun mangler at få på plads for at kunne sætte et punktum. Det er en oplysning, der kræver samtykke fra patienten eller dennes pårørende, og det er derfor langt fra alle førstehjælpere, der får en tilbagemelding.

De fleste førstehjælpere udtrykker desuden et behov for at vide, at de gjorde det godt nok – at de gjorde alt, hvad de kunne gøre. Selv de handlekraftige, der i situationen ikke var i tvivl om, hvad de skulle gøre, har behov for at vide, at de handlede rigtigt.

Selvom det ikke har betydning for tilskadekomnes overlevelse, hvorvidt episoden sluttes godt af, så har denne afslutning og fortællingerne om forløbet betydning for de potentielle førstehjælperes dannelse. Denne dannelse handler det næste kapitel om.







POTENTIELLE FØRSTEHJÆLPERE

Dette kapitel sætter fokus på barrierer og motiver for at yde livreddende førstehjælp blandt det flertal af befolkningen, som ikke tidligere har stået i situationen.

Kapitlet viser, hvordan potentielle førstehjælperes dannelse udfordres af en tendens til at distancere sig selv fra det at skulle yde livreddende førstehjælp. Distancen har flere sammenhængende dimensioner. Kapitlet beskriver, hvordan den spænder over en erfaret, etisk og kognitiv dimension.

Distancen hæmmer potentielle førstehjælperes handleparathed, men den er ikke uovervindelig. Førstehjælpsdannelse betyder, at distancen kan overvindes, og det bliver vanskeligt at lægge distance til førstehjælpssituationen. Dette kapitel viser, hvordan førstehjælpsdannelsen opbygges af flere forskellige elementer: Førstehjælpskurser, der får lægfolk til at påtage sig et ansvar; oplevelsen af sociale forventninger om, at der handles; præsentation af overkommelige handlingsmuligheder; viden om at man ikke står alene i situationen, men kan støtte sig til rådgivning fra 1-1-2, hjertestartere og andre borgere samt bruge apps til at forberede sig på situationen.

Analysen bygger på 10 gruppeinterview med i alt 45 borgere, som ikke har ydet livreddende førstehjælp inden for de seneste fem år. Disse potentielle førstehjælpere fordeler sig på 23 kvinder og 22 mænd og har en aldersspredning på 17-75 år. Interviewene har fundet sted på ti forskellige lokaliteter, som udgør et omdrejningspunkt i disse menneskers hverdagsliv. Der er således gennemført to gruppeinterview hos henholdsvis borgerservicecentre, private virksomheder, indkøbscentre, sportshaller og hos familier. Der er altså tale om sociale sammenhænge og omgivelser, hvor de potentielle førstehjælpere normalt færdes, forhandler sociale spilleregler og indgår i en social dannelse.

Under gruppeinterviewene blev borgerne præsenteret for dels det sundhedsprofessionelle system for livreddende førstehjælp og dels nogle af førstehjælpernes indtryk og erfaringer. Disse erfaringer med førstehjælp har bidraget til at bringe de potentielle førstehjælpere tættere på den førstehjælpssituation, som mange af dem oplever en distance til.



DISTANCEN

At skulle yde livreddende førstehjælp er noget, der ligger fjernt for de fleste danskere. Denne distance til førstehjælpssituationen har flere dimensioner. Det er en distance i den forstand, at det er noget fremmedartet, som man ikke forventer, at man som lægfolk skal forholde sig til. Distancen har også en moralsk og etisk dimension, som handler om, at det for mange opleves som forkert at blande sig i noget så vigtigt, når man ikke har en særlig kompetence til det. Endelig viste det sig også, at distancen kan være kognitiv i den forstand, at lægfolk kan reagere ved at vende ryggen til og undlade at bemærke førstehjælpssituationer, fordi man er usikker på, hvordan man skal handle. Disse forskellige former for distance kan være mere eller mindre overlappende, men har hver deres karakteristika.

Distancen til det fremmedartede

Hvad kan man gøre, når man ikke har forstand på det? Så kan man måske gøre mere skade end gavn

(Mand, 75 år)

Jeg holder mig langt væk fra det [førstehjælp], for når jeg ikke har kurser, så mener jeg, så holder jeg mig langt væk fra det

(Mand, 38 år)

For ikke at gøre noget selv, så gik jeg ud og bad nogle andre ringe efter en ambulance. Jeg lod min egen telefon ligge...

(Kvinde, 46 år)

Det er jo fordi, man ikke er professionel. Angsten for ikke at slå til. Hvis man prøver at give mund-til-mund, og der står en ved siden af, der ville være bedre, så er det jo en katastrofe. Det er det dér med at være afgørende for liv og død, der er angstprovokerende

(Kvinde, 55 år)

Jeg tror ikke, at jeg ville kunne gøre det. Ikke hvis det var helt vildt alvorligt. At have det dér ansvar

(Kvinde, 23 år)

Mange potentielle førstehjælpere oplever en distance til førstehjælpen, som udspringer af, at de ikke tidligere har befundet sig i en førstehjælpssituation. Denne erfaringsmæssige distance til førstehjælpssituationen kommer til udtryk ved en uvidenhed og en usikkerhed om, hvad det vil sige at skulle yde førstehjælp.

Enkelte af de potentielle førstehjælpere er simpelthen ikke klar over, at det er muligt for dem at gøre en forskel, hvis de en dag kommer til at stå i en situation, der kræver en indgriben. Mange giver dog udtryk for en manglende tiltro til egne evner og en mistillid til, at de selv kan redde liv. Denne mistillid til egne evner hænger blandt andet sammen med en usikkerhed i forhold til det sundhedsfaglige system, som træder i kraft, når der ringes 1-1-2. Den erfarede distance hænger sammen med manglende viden om, at de i situationen kan blive hjulpet til at handle af sundhedsfaglige rådgivere.



Den etiske distance

Hvordan søren vurderer man, om det er hjertestop eller blodprop, personen har fået? Det ved jeg ikke, men det ønsker jeg ikke at vide, for jeg har ikke valgt at gå den vej med mit liv. Hvis jeg ser nogen falde om, vil jeg ringe 1-1-2, men hvis de ikke fortæller mig, hvad jeg skal gøre, vil jeg ikke gøre noget - for jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre

(Mand, 38 år)

Altså jeg ville aldrig tage førerhatten på i sådan en situation, fordi jeg ved ikke, hvad jeg har med at gøre. Derfor vil jeg ikke dirigere trafikken. Men jeg vil gerne være en lille hjælper. Altså jeg har jo ikke en naturlig autoritet

(Kvinde, 59 år)

Dem som de [patienterne] kender, hvis de har førstehjælp[skurser], så kan de hjælpe dem, hvis de ikke har, så kan de kalde på nogle andre

(Mand, 54 år)

Det er simpelthen angsten. Angsten for at man kan gøre noget forkert. Så tænker man: "Det er måske bedre, at jeg får nogen til at gøre det, der er bedre end mig"

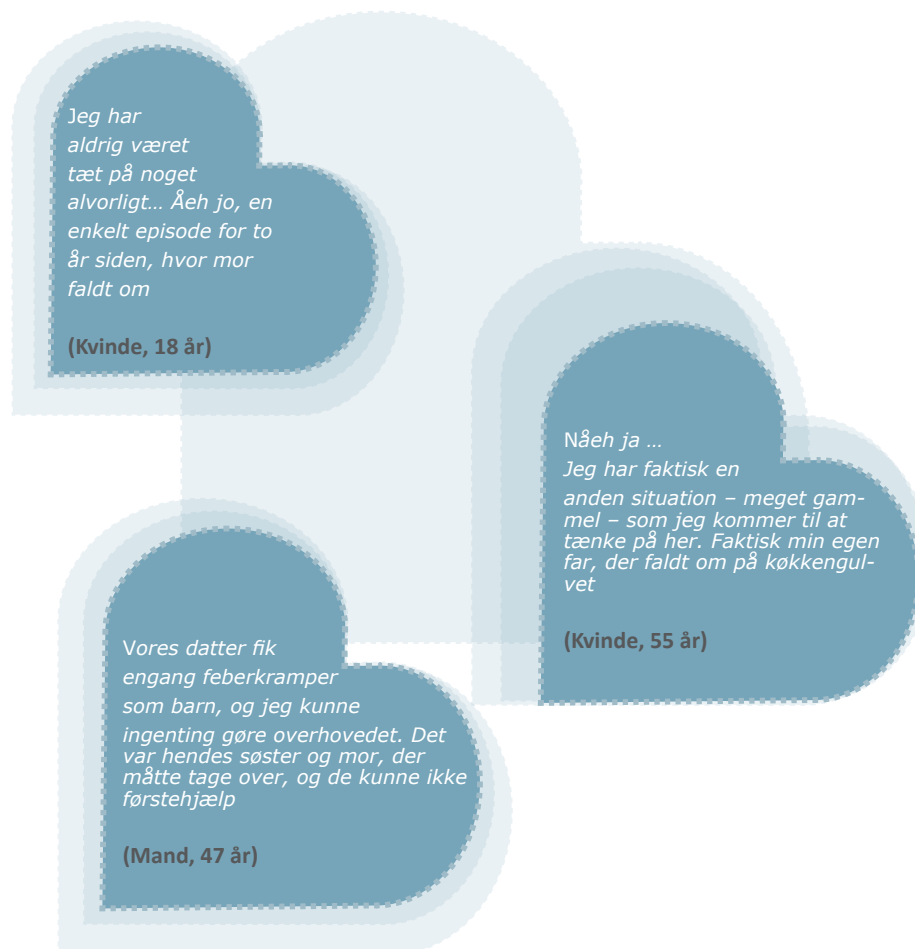
(Kvinde, 55 år)

Mange potentielle førstehjælpere oplever også en distance til førstehjælp, der har at gøre med en moralsk overvejelse om, hvis ansvar det er at gribe ind. Således giver flere udtryk for en usikkerhed om, hvorvidt det er deres opgave som lægfolk at gribe ind. Spørgsmål om handleparathed handler med andre ord ikke blot om, hvem der kan gribe ind, men går hånd i hånd med overvejelser om, hvem der skal og bør gribe ind.

Hos enkelte potentielle førstehjælpere kommer den etiske distance til udtryk ved, at de har en tilbageholdenhed over for at skulle gribe ind og i det hele taget forholde sig til muligheden for at gøre det. Disse borgere afviser førstehjælp som et lægfolksterritorium og fremhæver i den forbindelse, at det er noget, som lægfolk ikke tænker over og beskæftiger sig med. Her bemærkes det også, at det virker forkert at tænke på død og sygdom, og at man ikke kan gardere sig. Flere af de potentielle førstehjælpere var tøvende og ikke overbeviste om, at det var deres opgave at gribe ind. De spørger sig selv og omverdenen: "Skal jeg virkelig det?", når det gælder spørgsmålet om at være parat til at yde førstehjælp.



Den kognitive distance



De potentielle førstehjælpere havde det til fælles, at de aldrig har været i nærheden af en situation, hvor der kunne være brug for livreddende førstehjælp. Men i løbet af gruppeinterviewene viste det sig, at mange af dem tog fejl. De havde lagt en kognitiv distance til de situationer, som havde været svære at håndtere – de havde overset og fortrængt, at de havde befundet sig i situationen³¹.

Når denne erindring skubbes til side, kan det ses som et udtryk for, at mange potentielle førstehjælpere skåner sig selv for den magtesløshed og selvbefredelse, der kan være forbundet med at stå over for en førstehjælpssituation uden at tage affære. De træder mindre i karakter som førstehjælpere, end de selv havde håbet og forventet. Denne kognitive distance overkommes ved at overse og glemme episoden som en førstehjælpssituation. Gennem den kognitive distance beskytter de sig selv ved at fjerne situationen fra opmærksomheden og hukommelsen.

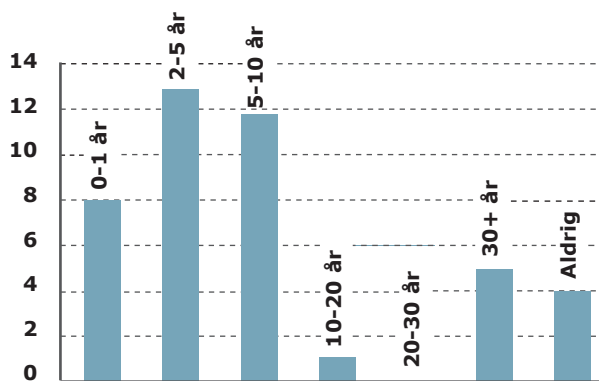
Der viste sig at være en udbredt kognitiv distance mellem potentielle førstehjælperes håndtering af en given situation, og deres overbevisning om, hvad situationen krævede af dem.

De forskellige former for distance er hæmmende for potentielle førstehjælperes handleparathed. Distancen er ikke uovervindelig. Den kan overvindes via en dannelsesproces, som netop er karakteristisk ved, at man overskrider sig selv for at blive en del af et større projekt. På de følgende sider beskrives, hvordan potentielle førstehjælperes førstehjælpsdannelse kan betyde, at det bliver vanskeligt for dem at lægge distance til situationen.



FØRSTEHJÆLPKURSER KAN BIDRAGE TIL AT MINDSKE DISTANCEN

De fleste af de potentielle førstehjælpere har modtaget et eller flere kurser i førstehjælp. Kun 4 ud af 45 har aldrig været på kursus. Det fremgår af oversigten, hvor det også fremgår, at kurserne sjældent er mere end 10 år gamle.



År siden seneste førstehjælpskursus

Kurser forældes dog hurtigt i den forstand, at mange oplever, at de ikke har kurset præsent og føler sig usikre på, om de kan huske at gøre det helt rigtige. For nogle skal kurset blot være et år gammelt, før de oplever, at det er for gammelt til, at de kan huske, hvad de skal gøre. Der er også enkelte, der oplever, at det, de lærte på kurset, var så vanskeligt og indviklet, at de bliver bange for at lave fejl og huske forkert.

Kurser med detaljeret instruktion giver mening og indsigt, men øger altså ikke nødvendigvis handleparathed. Når kurser bidrager til at overvinde distancen til at handle, forbindes det med, at man ved at tage kurset har påtaget sig et ansvar - at der bliver udtrykt nogle bestemte handleregler, der efterfølges. Det er ikke instruktionen i sig selv, men den dannelse, som kurset kan bidrage til, der motiverer til handling.

Førstehjælpskurser kan styrke forpligtelsen til at gribe ind

De potentielle førstehjælpere, der ikke tidligere har været på førstehjælpskursus, eller for hvem kurset ligger flere år tilbage, udtrykker generelt mere tøven i forhold til at skride til handling. Navnlig forestillingen om at stå alene i førstehjælpsituationen skaber usikkerhed og gør det uoverskueligt at handle. Usikkerheden over for hjertestarteren er også lidt større hos dem, der ikke tidligere har været på førstehjælpskursus, eller hvor kurset har fundet sted for mere end fem år siden.

Alligevel viser det sig igen, at det ikke er kurserne alene, der skaber handleparathed. Kurserfaring er ikke ensbetydende med en fortrolighed med førstehjælpsituationen, endsi en tryghed ved hjertestartere. I gruppeinterviewene var der eksempler på potentielle førstehjælpere, der for nyligt har været på kursus, og som alligevel ikke føler sig sikre på, at de vil gribe ind eller tage en hjertestarter i brug. Én fortæller eksempelvis, at selvom han godt ved, at man ikke kan lave fejl, føler han sig usikker med maskinen. Om han vil gribe ind og skride til handling, afhænger af, om der er andre til stede. Er der det, vil han overlade handlingsansvaret til dem. En anden potentiel førstehjælper, der har deltaget i fire førstehjælpskurser





inden for de seneste fem år, giver udtryk for, at hun stadig er grundlæggende i tvivl om, hvordan man helt præcist gør. Hun vurderer, at hun i situationen vil være for handlingslammet til at træde til og bruge hjertestarteren, ligesom hun ikke vurderer, at hun er i stand til at give hjertemassage eller at foretage mund-til-mund indblæsninger.

Det er altså ikke kursernes instruktioner i sig selv, der skaber handleparathed. Kurser virker i reglen handlingsstimulerende, fordi de ofte medfører, at man påtager sig en forpligtelse ved at deltage i kurset. Kurserne skaber en social forventning om, at man som borger er forpligtet til at gribe ind, hvis man har en viden om, hvad der skal gøres. Det er den sociale forpligtelse, der formes ved kurset, og ikke alene instruktionen, som kursisterne modtager, der er afgørende for, at handleparatheden styrkes.

Med kursusedtagelsen følger ofte en oplevelse af en social forpligtelse til handling. Det får i visse tilfælde den bieffekt, at der ikke er samme sociale forventningspres til, at borgere uden kursuserfaring skrider til handling – hverken fra borgerne selv eller fra deres mere kursuserfarne medborgere. Som én kursuserfaren potentiel førstehjælper fortæller: "Det er jo ikke så smart, at man giver hjertemassage, hvis man nu ikke har taget et førstehjælpskursus. Så er der nok en anden, der skal gøre det." Tilsvarende er der potentielle førstehjælpere uden kursuserfaring, som fortæller, at de ville "holde sig langt væk" fra førstehjælpsituationen med henvisning til, at de ikke har kursuserfaring. En anden fortæller på samme måde: "Jeg



ville sgu heller ikke bruge hjertestarteren. Det kan vi jo ikke. Vi aner jo ikke, hvordan man gør, og om man gør noget helt forkert.”

Generelt forventer borgerne af hinanden, at de vil handle, men har man ikke kursuserfaring, opleves det umiddelbart som mere acceptabelt at være tilbageholdende med at gribe ind.

Forestillingen om, at man vil være i stand til at handle, styrkes gennem kurser. På den måde bidrager kurser til førstehjælpsdannelsen. Men det viser sig også at være vigtigt, at kurserne ikke er så komplicerede og omfattende, at potentielle førstehjælpere oplever, at de skal holde sig væk, hvis de ikke husker og mestrer alle førstehjælpende og livreddende teknikker.

FORPLIGTELSENS SOCIALE TYNGDE

For størstedelen af de potentielle førstehjælpere gælder det, at de, på trods af distancen, anerkender, at de er forpligtede til at skride til handling, hvis de en dag befinder sig i en situation, der måtte kræve det af dem. Mange mærker forpligtelsen, men de er usikre på, hvad de skal stille op med den.

Flere potentielle førstehjælpere bliver mere afklarede om, at de ønsker at træde til, i takt med at de taler med andre om førstehjælp og førstehjælpens betydning. Forpligtelsen til at handle vokser i takt med, at de potentielle førstehjælpere taler om førstehjælp, og om hvordan man kan og bør forholde sig til en dag at stå i situationen. Handleforpligtelsen vokser gennem samtalen. Samtalen fremmer førstehjælpsdannelsen.

Forpligtelsen til at handle er både individuel og social. Den er både et udtryk for den enkeltes ønske om at gøre en forskel og redde liv og en normaliserende bevidsthed om, at fællesskabet forventer af dem, at de griber ind – ligesom de selv forventer det af fællesskabet.

Jeg var ikke klar over det med den dér hjertestarter. Jeg kan godt se, at det er nødvendigt at vide det. Man kan redde menneskeliv, så det er positivt

(Mand, 75 år)

Det giver mig ro at vide, at der er 58 % [af danskere, der har fået hjertestop uden for et hospital], der er blevet hjulpet. For så ved jeg bare, at jeg skal prøve noget. Vi skal tage vare på hinanden. Fx med hende cyklisten, der skal jeg selvfølgelig køre tilbage og spørge, om hun er okay

(Kvinde, 29 år)



Ønsket om at kunne handle

Hvis der ikke er andre tilstede, vil jeg selvfølgelig gøre det [yde livreddende førstehjælp] - eller det håber jeg

(Kvinde, 18 år)

Hvis I siger, at man ikke kan det [lave fejl], så er det okay [at lægfolk skal yde førstehjælp og bruge hjertestartere]

(Mand, 54 år)

At man ikke kan gøre noget forkert, hjælper enormt meget på det

(Kvinde, 54 år)

Vi lærer det [at yde førstehjælp], ligesom vi lærer nu [i gruppeinterviewet] - måske kan jeg lære det

(Mand, 54 år)

Jeg tror helt klart, at det [samtalet i gruppen] har været med til at sætte fokus på, at jeg vil være tæt på at gøre det. Også fordi du kommer med den der: "Du kan ikke gøre noget forkert". Den der angst...

(Kvinde, 55 år)

At potentielle førstehjælpere oplever, at de gerne vil kunne gribe ind, bliver tydeligt på flere måder: For det første bakker de i stor stil op omkring de forberedelsesmuligheder, der eksisterer i forhold til førstehjælpen. Almen oplysning, kurser (og genopfriskning af dem), flere hjertestartere i gadebilledet, apps og andre effekter klæder danskerne på til at være handleparate, og vækker interesse blandt de potentielle førstehjælpere. De potentielle førstehjælpere lytter opmærksomt, og det gør indtryk. Helt basal viden om emnet er en vigtig forberedelse, fordi den skaber tryghed og styrker potentielle førstehjælperes mod på og motivation til at gribe ind.

Den sociale forpligtelse viser sig ved, at flere potentielle førstehjælpere i stigende grad motiveres til at handle, i takt med at de hører, at andre erklærer sig parate og i stand til at gribe ind. Handleparatheden smitter. Et eksempel på dette viser sig i et gruppeinterview, hvor to ud af fem deltagere gennem en stor del af interviewet var helt afvisende over for, at de ville yde førstehjælp, hvis de blev vidne til et hjertestop. Gradvist gennem interviewet bliver denne holdning erstattet af en tøvende holdning til, om de burde og kunne gribe ind som lægfolk. I afrundingen af interviewet bliver gruppen spurgt, om der er noget, de ville gøre anderledes nu, efter at de har talt om emnet og er blevet informeret om forskellige aspekter. Først erklærer den ene tøvende førstehjælper: "Jeg ville jo lige hente det dér apparat [hjertestarteren]. Efter den oplysning har jeg fået en anden opfattelse." Og kort efter følger også den anden tidligere tøvende førstehjælper trop og tilslutter sig med kommentaren: "Nu er jeg blevet klogere. Nu kan jeg bruge det apparat [hjertestarteren]".



Hensigtserklæringer og handlinger går som bekendt ikke altid hånd i hånd. At den reelle handleparathed alligevel kan vokse i løbet af samtalen, skyldes at samtalen vidner om en social pejling, hvor viden om sociale normer og forventninger afføder en erfaret forpligtelse hos deltagerne. Indblikket i, hvad andre finder rimeligt og urimeligt, betyder, at den sociale forpligtelse erfares og handleparathed skabes.

Det er værd at bemærke, at mange potentielle førstehjælpere gav udtryk for, at samtalen betød, at de nu ville følge op og forberede sig på, at en førstehjælpssituation også kunne ramme deres hverdag. Blandt andet ønskede flere at tage en snak med deres børn om, hvordan de bedst kan tackle situationen, og atter andre bad om at få specifik information med sig om, hvor de kunne downloade førstehjælpende apps.

MANGE FØRSTEHJÆLPENDE HANDLINGSMULIGHEDER

Interviewene med de potentielle førstehjælpere viser, at en måde at overkomme handlingsslammelsen og distancen er at synliggøre, at der er mange forskellige måder at handle førstehjælpende på. At yde livreddende førstehjælp er ikke et spørgsmål om et stort uoverkommeligt enten-eller. Stort set alle kan bidrage i et eller andet omfang. Når dette er vigtigt, skyldes det dels, at ingen behøver at vende ryggen til i magtesløshed over handlingens omfang, og dels at "handling avler handling" i den forstand, at den mest overkommelige handling har en tendens til at føre til, at man kan tage skridtet videre til andre handlinger.

Førstehjælp består, som nævnt i foregående kapitel, af et kontinuum eller en vifte af mulige handlinger. Nogle af disse går helt tæt på den tilskadekomne. Andre handlinger bidrager mere indirekte til den samlede indsats for at redde liv.

Nogle handlinger er mere oplagte end andre

Når de potentielle førstehjælpere præsenteres for en række handlinger, som ofte indgår i en førstehjælpssituation, kan alle fremhæve handlinger, som de finder det oplagt at udføre³².

- 📍 Flest potentielle førstehjælpere (39 ud af 45) fandt det oplagt at ringe 1-1-2, hvis de indfandt sig i en situation, der krævede livreddende førstehjælp.
- 📍 Mange vurderede, at de ville fordele opgaver til de omkringstående (30), hente en hjertestarter (30), åbne døre og guide ambulancen (29), pakke hjertestarteren ud (27), hente hjælp (27) og instruere en anden hjælper via 1-1-2 vejledning (25).

Det er værd at bemærke, at de førstehjælpshandlinger, som flest udpeger som oplagte, alle er handlinger, som er på fysisk afstand af den tilskadekomne og uden direkte kontakt med den livløse krop.

- 📍 Under halvdelen af de potentielle førstehjælpere fandt det oplagt at gå tæt på den tilskadekomne og fjerne tøj fra patienten og hjælpe med andre praktiske ting (24), holde folk væk (22) og give hjertemassage (22). Tilsvarende vurderede 22, at de ville råbe i situationen. Det er også mindre end halvdelen af de potentielle førstehjælpere, der fandt det oplagt at assistere med hjertemassage (21), selv at bruge hjertestarteren (19), at give kunstigt åndedræt (mund-til-mund) (19) og at finde pårørende (9)³³.



Opgørelsen over mulige handlinger viser, hvad de potentielle førstehjælpere vurderede som oplagt at gøre. Den er ikke repræsentativ eller nødvendigvis rigtig i situationen. Alligevel siger det noget om handleparathed hos potentielle førstehjælpere. Det bliver nemlig tydeligt, at når førstehjælpen brydes ned i afgrænsede handlinger, fremstår det mere oplagt at handle, og alle kan udpege og foreslå flere handlingsmuligheder.

Præsenteret for et muligt handlingsspektrum vurderede alle borgere det som oplagt at handle – enten på den ene eller anden måde. Konfronteret med handlingerne enkeltvis fremstår de mere overkommelige, end en samlet førstehjælpsindsats gør.

At ringe 1-1-2 – er for de fleste både en relevant og overkommelig handling.

Det vigtigste kan være det sværeste

Mange potentielle førstehjælpere fremhæver, at de vigtigste handlinger er hjertemassage, kunstigt åndedræt og brug af hjertestarter. Livreddende handlinger, der er i tæt fysisk forbindelse med tilskadekomnes krop, og som direkte kan have betydning for overlevelsen, beskrives ofte som de vigtigste. Men det er også handlinger, som mange oplever som de sværeste. De skaber størst usikkerhed om konsekvenserne af handlingen og ikke mindst om egne evner og mod.

Den tætte kontakt til den døde krop var også med til at gøre situationen særligt grænseoverskridende og vanskelig for førstehjælperne. Det mest nødvendige er sjældent det mest overkommelige. Derfor kan der let opstå en følelse af magtesløshed i forhold til situationen.

For flere potentielle førstehjælpere er de vigtigste handlinger altså også de sværeste, og der hvor de oplever, at dannelsens selvoverskridelse er sværest og mest uoverkommelig. Der er et stort ansvar forbundet med de indsatser, der har afgørende betydning for spørgsmål om liv eller død. Mange giver derfor udtryk for en forhåbning om eller måske endda en forventning til, at der er andre tilstede, der kan tage sig af 'de vigtigste handlinger'.

Jeg ringer 1-1-2, giver og assisterer hjertemassage og instruerer de andre. Så er min rolle ligesom udfyldt. Jeg har sat kryds ved det vigtigste

(Mand, 34 år)

Det er jo alle de ting, hvor det bliver hands on, hvor jeg har svært ved at se mig selv gøre det. Jeg ville da ønske, at jeg kunne slippe med bare at være ham, der henter hjertestarteren eller råber om hjælp, men man kan jo risikere at være alene

(Mand, 33 år)



De vigtigste handlinger er også dem, der afføder den største usikkerhed – både fordi de vigtige handlinger har store konsekvenser for tilskadekomne, og fordi der gennem disse handlinger opstår en direkte forbindelse mellem førstehjælperens mestring af førstehjælpen og tilskadekomnes overlevelse. Det bliver tydeligt, at tilskadekomnes overlevelse afhænger af førstehjælperens handlinger.

Fortællingerne fremmer forståelsen for betydningen af at handle – for den tilskadekomne og for dem selv.

Den overkommelige handling

Handlingernes overkommelighed har en afgørende betydning for flere potentielle førstehjælperes handleparathed. Nogle af de førstehjælpshandlinger, som de adspurgte borgere finder mest overkommelige, er: at ringe 1-1-2, at fjerne tøj fra den tilskadekomne og at hente en hjertestarter. Der er tale om assisterende handlinger, som ikke i sig selv redder liv, men som kan bidrage til den tilskadekomnes overlevelse.

Jeg tænker, at der er andre, der vil være bedre til at gøre det end mig, så jeg sætter automatisk mig selv ind i den mere praktiske rolle

(Kvinde, 18 år)

Det [at lydhørhed er endnu vigtigere end tekniske færdigheder] betyder, at man kan gøre et forsøg uden at gøre noget forkert, og at man af den grund ikke holder sig tilbage. Det ville jo være helt tåbeligt at gøre nu

(Kvinde, 58 år)

Jeg tror, at jeg nu ville være hurtigere til at ringe 1-1-2, fordi jeg nu har ro i forhold til at den, jeg får fat i nu, kan guide mig. At det er vigtigere, at jeg er lydhør, fremfor at jeg har færdigheder. Jeg kan stole på, at det de siger, jeg skal gøre, er det rigtige at gøre. Måske lykkes det, måske ikke, men vi har i hvert fald gjort et forsøg

(Kvinde, 29 år)

Jeg henter hjertestarteren, men så må andre vurdere, om den skal bruges. Jeg sætter min lid til, at der er andre omkring mig, der kan give hjertemassage og bruge den

(Kvinde, 34 år)

Hvorvidt handlingerne fremstår overkommelige for de potentielle førstehjælpere eller ej, afhænger navnlig af to forhold: For det første afhænger overkommeligheden af borgernes viden og tidligere erfaringer med førstehjælp. For det andet afhænger den af, hvorvidt der er andre tilstede i den konkrete førstehjælpssituation.

En stor del af de potentielle førstehjælpere gav udtryk for, at de i løbet af gruppeinterviewene oplevede, at de var i stand til at gøre meget mere, "nu vil jeg totalt hoppe på hjertestarteren – og bruge den!". Dette viser, at handleparatheden kan ændres og øges i meningsfulde fællesskaber.



Handling avler ofte mere handling, når det gælder førstehjælp, og derfor er det særligt vigtigt at understøtte danskerne i at tage det første skridt og engagere sig. Førstehjælperen er ikke alene; hvis ulykken skulle være ude, er der nogen at støtte sig til. Og der er noget at støtte sig til. Det handler de følgende afsnit om.

DER ÉR NOGEN AT STØTTE SIG TIL

Noget af det mest skræmmende og handlingslammende for de potentielle førstehjælpere er at skulle stå alene med hele ansvaret, når der er brug for livreddende førstehjælp. Det er så skræmmende, at det får nogen til at lægge distance til hændelsen. Mange udtrykker en forhåbning om, at de ikke ville stå alene i en sådan situation, men at der ville være andre mennesker tilstede. Frygten for at stå alene gør sig både gældende hos borgere, der føler sig godt klædt på til at yde førstehjælp, og borgere, der er mere tøvende i forhold til, om de er i stand til at handle.

Potentielle førstehjælpere er opmærksomme på den usikkerhed og tvivl, der kan opstå i situationen. Mange er bange for at tage ansvaret for, hvad der er den rigtige beslutning og handling. Spørgsmålet om, hvorvidt det er vigtigst at blive ved tilskadekomne eller at hente en hjertestarter, hvis man er alene som førstehjælper, blev eksempelvis rejst i mange af interviewene.

Det gør stort indtryk på potentielle førstehjælpere at høre, at de kan støtte sig til rådgiverne ved 1-1-2, hvis ulykken en dag skulle være ude, og der er behov for, at de handler. De behøver ikke at være overmenneskelige superhelte. Når det drejer sig om at yde livreddende førstehjælp, vil mange gerne lægge den personlige stillingtagen på hylden og underordne sig andres beslutninger.

Jeg vil hente hjælp i en forhåbning om, at nogen har lidt mere styr på det end mig

(Mand, 22 år)

Så har man gjort det, man skulle. Nogle, der ligesom drager ansvaret over, og så er du ligesom bare lidt en robot

(Kvinde, 58 år)

Jeg vil spørge andre, om de har førstehjælpskursus og kan give hjertemassage. Hvis der er det, behøver man jo ikke selv gå ind og være en eller anden amatør, der skal forsøge. Hvis man nu står som den eneste, vil man jo nok forsøge at gøre noget, men hvis man nu er 20, er der måske en læge eller en sygeplejerske

(Kvinde, 58)

Altså hvis der stod en og sagde, hvad jeg skulle gøre, kunne jeg måske godt assistere med hjertemassage. Men jeg ville ikke selv tage førertrøjen

(Kvinde, 51 år)



Telefonrådgivning

For mange potentielle førstehjælpere er opkaldet til 1-1-2 den mest oplagte handling, hvis uheldet er ude, og der er behov for førstehjælp. Det er en stor lettelse og opmuntring for dem, at førstehjælpere har oplevet, at 1-1-2 fungerer som "en beroligende stemme" og en "livline" – det giver mening for dem og opleves som godt at få at vide.

Hun sagde:
"Jeg kan ikke yde førstehjælp", og så sagde dem i telefonen: "Jo du kan!", og så fortalte de hende, hvad hun skulle gøre. Det var hun glad for bagefter

(Kvinde, 49 år)

Man kan lægge ansvaret fra sig: *"Hun sagde i telefonen, at jeg skulle."* Så er man ikke alene med beslutningen

(Kvinde, 18 år)

Hvis jeg kommer i den situation, tænker jeg, at det er mig som superhelt og ikke mig som værktøj. Skal jeg ringe eller handle?

(Mand, 33 år)

Det er godt med det sundhedsfaglige personale. Jeg har en stemme, der lige siger, hvad jeg skal gøre. Det er rart for mig at vide

(Mand, 31 år)

Det er præcis sådan, det skal være. Så er man ikke i tvivl om, hvad man skal foretage sig, og man har en livline. Man er ikke alene. Man har ikke ansvaret alene

(Kvinde, 58 år)

Blandt reaktionerne var: At det er betryggende, at de spørger; at det er godt, at de bliver guidet og støttet hele vejen; at det letter, når ansvaret gives videre; at det er vigtigt at vide, at ambulancen er på vej; at det er godt at blive beroliget i en oprørt situation, og at det er godt at vide, at vagtcentralen ved, hvor den nærmeste hjertestarter er. De fleste potentielle førstehjælpere havde en abstrakt forventning om, at de ville få hjælp, men det var langt fra alle, der havde gjort sig tanker om, hvad denne hjælp kunne rumme. Det støtter handleparathedens at få det konkretiseret.

Enkelte var dog meget skeptiske over for vagtcentralens formåen. Skepsissen var præget af mediehistorier, der var aktuelle, mens undersøgelsen blev gennemført. I flere af disse tilfælde blev 1-1-2 sidestillet med 1813, som var kommet dårligt fra start på dette tidspunkt. Derudover var der også en tendens til, at gamle mediehistorier og historier om uheldige episoder med 1-1-2 blev fundet frem og bidrog til skepsissen. Mistilliden blev særligt bygget op omkring episoder, hvor nogen havde oplevet, at de ikke var blevet taget alvorligt, eller at ambulancen ikke ville rykke ud.



DER ÉR NOGET AT STØTTE SIG TIL

Telefonen bygger bro til en støttende professionel i den anden ende af røret. Det er også af stor betydning at vide, at der er ting og redskaber, som potentielle førstehjælpere kan støtte sig til. I dette afsnit sætter vi fokus på de potentielle førstehjælperes reaktioner på tre støtteredskaber: hjertestarteren og to apps (1-1-2 appen og TrygFondens hjertestarter-app).

Hjertestarteren

Alle de potentielle førstehjælpere havde hørt om hjertestarteren. Det gælder dog, at kun få ved, hvor man finder den, og hvordan man bruger den. Mange ved ikke præcis, hvad den skal bruges til, eller hvornår den skal bruges. Flere henviser til dramatiske episoder fra spændingsfilm, når de fortæller om baggrunden for deres kendskab til hjertestarteren.

Jeg ville være komfortabel med det nu, hvor jeg har set filmen. Men jeg ved ikke, om jeg ville gøre det, hvis det var et barn. Er der en aldersgrænse?

(Kvinde, 21 år)

Jeg troede, at det var sådan en med håndtag. – Elektrochok...

(Kvinde, 55 år)

Det er nu, man får den viden. Jeg anede ikke, at det var en 'intelligent' hjertestarter

(Kvinde, 54 år)

Jeg synes, man skal bede til, at der kommer flere af sådan nogle videoer. På læreværelser og sådan. Jo mere du ved, jo nemmere vil du have ved at hjælpe

(Kvinde, 48 år)

Jeg vidste ikke, at hjertestarteren kunne tale. Nu vil jeg føle mig mere tryk ved at bruge den. Og så gør man ikke noget forkert, vel? Det er nok meget den, der er hos mig, at man kan gøre tingene værre

(Kvinde, 34 år)

Hjertestarteren siger "okay, vi har at gøre med et hjertestop her". Det er den, der stiller diagnosen. Hvis kræet har sagt til en, at man skal gøre det, så vil jeg ikke have nogen betænkligheder ved at gøre det. Ellers kan det hele jo være lige meget

(Kvinde, 51 år)

Jeg kender den fra film, hvor der er to håndtag

(Mand, 57 år)

Det dér med at hjertestarteren ligesom selv tager stilling til, om der skal stødes eller ej. Man kan sætte den på, og så fungerer den som en lille elektronisk læge. Det er jo sådan en lille robotlæge, der siger, at nu skal du væk, og nu skal du gøre det og det

(Mand, 68 år)



De potentielle førstehjælpere blev præsenteret for TrygFondens instruktionsfilm til hjertestarteren. De fleste gav udtryk for, at de følte sig klar til at bruge hjertestarteren efter at have set instruktionsfilmen. Det vigtigste budskab blev for mange, at man ikke kan gøre noget forkert – også selvom usikkerheden om, hvorvidt det nu kunne passe, dukkede op gentagne gange. Derudover var der enighed om, at det var godt at vide, at alle kan bruge hjertestarteren, og det var en stor lettelse at få at vide, at hjertestarteren selv stiller diagnosen. For mange forbindes det med, at hjertestarteren er 'intelligent', at den får stor autoritet og dermed kan overtage ansvaret i situationen.

Enkelte havde en forventning om, at man ikke behøver at give hjertemassage, hvis man har en hjertestarter ved hånden. Det er således ikke alle potentielle førstehjælpere, der er klar over, at hjertestarteren er en støtte, der ikke overflødiggør eller reducerer førstehjælperens aktive medvirken. I den forbindelse er det vigtigt at understrege, at hjertestartere ikke er en erstatning for hjertemassage, men derimod er en støtte og en samarbejdspartner, når der skal gives hjertemassage.

Der blev lyttet og set intenst, når hjertestarterfilmen blev vist. Handlingens alvor gør indtryk, men rejser dog også en del spørgsmål. Blandt de spørgsmål, der meldte sig, var der flere, der gik igen. Det var spørgsmål som:

- ⊕ "Kan jeg komme til at give stød, der ikke skulle være afgivet?";
- ⊕ "Kan jeg selv få stød?" "Er et stød farligt? Og hvis ikke, hvorfor skal man så gå væk?"
- ⊕ "Hvor langt skal man gå for at hente en hjertestarter? "
- ⊕ "Skal man også hente den, hvis man er alene?"
- ⊕ "Hvorfor findes der forskellige slags hjertestartere?"
- ⊕ "Skal man give hjertemassage, selvom man bruger hjertestarteren?"
- ⊕ "Kan man skrue op for lyden?" og "kan man få den til at gentage?"
- ⊕ "Kan hjertestarteren bruges på alle? – Er der en aldersgrænse, og kan man bruge den på pacemakerpatienter?"
- ⊕ "Hvor vigtigt er det, at elektroderne sidder nøjagtigt som vist på tegningen? – Hvad sker der, hvis man bytter om på højre og venstre?"

Alle disse spørgsmål vidner om den usikkerhed og alvor, der er forbundet med at træde til og yde livreddende førstehjælp. Det er spørgsmål, som vidner om et vidensbehov – ikke mindst om, at hjertestarteren er førstehjælperes professionelle samarbejdspartner.



Apps: TrygFondens hjertestarter og 1-1-2

Kun ganske få potentielle førstehjælpere kendte til TrygFondens hjertestarter-app. Men mange tog appen til sig. Flere udviste stor nysgerrighed, og nogle noterede sig appens navn og fortalte, at de omgående ville downloade den. Blandt kommentarerne var, at appen kan bruges forberedende til at undersøge, hvor hjertestarterne befinder sig, i de områder man færdes mest (fx hjemme og på arbejdspladsen), og at appen kan bruges i tilfælde, hvor der er mange tilstede ved ulykken.

Mange engagerede sig i diskussionen om udviklingspotentialer, såsom at tilføje en videodemonstration af hjertelungeredning og at kombinere appen med Google Maps, så man på et Google-kort kan finde hjertestartere.

Enkelte personer var skeptiske. Argumentet var, at appens anvendelse er for begrænset, fordi den kredser om hjertestop, der blot er én blandt mange potentielle ulykker. Desuden mente mange, at man i situationen sandsynligvis ville glemme, at man havde en app. Flere mente, at det var for umuligt og tidskrævende at finde en app frem og lede efter en hjertestarter.

Generelt er det oplagt, at hjertestarter-appen introduceres som en del af førstehjælpsdannelsen, hvor man forbereder sig på at kunne handle. Det er vigtigt at understrege, at den kan bruges til fortsat forberedelse og førstehjælpsdannelse. Det er kun sjældent et redskab, der kan bruges i situationen.

Hver gang jeg kørte forbi den app, ville jeg tænke: "Nå ja, jeg skal dø, jeg skal dø"

(Mand, 33 år)

Den giver mening. Forhåbentlig får man ikke brug for den, men det er jo dejligt at have den, og den fylder ikke noget. Jeg vil finde ud af, hvor der er en hjertestarter. Efter det her er det klart, at man vil undersøge, hvor der er en

(Kvinde, 54 år)

Den går over min grænse for, om jeg er angst for at dø eller ej. Når man går med livrem og seler, så forudser man katastrofen

(Kvinde, 55 år)

Problemet er, at det er en app, du aldrig kommer til at bruge

(Mand, 35 år)

Jeg synes, at det er godt, at den er lavet. For det er jo en god forberedelse

(Mand, 26 år)



1-1-2 appen

Kun få potentielle førstehjælpere havde hørt om 1-1-2 appen. Mange blev imponeret og tog appen til sig. Det blev understreget, at det er en fordel, at denne app kan bruges til alle former for ulykker, og at det er let at forestille sig situationer, hvor der er behov for en app, der kan lokalisere ulykkesstedet.



1-1-2 appens forbedringsmuligheder blev primært fremhævet som en sammenlægning med hjertestarter-appen og i muligheden for direkte og automatisk opkobling til 1-1-2 appen, når der foretages et opkald til 1-1-2.

De hyppigste spørgsmål til appen omhandlede, hvorvidt den virker, når telefonens GPS ikke er aktiveret; hvorfor der ikke kobles direkte til appen, når man ringer 1-1-2 og ikke mindst, at det ganske enkelt er for langsommeligt at finde og åbne en app for at ringe 1-1-2.

Generelt gælder det for de to apps og for apps i almindelighed, at der aktuelt er en udbredt usikkerhed om, hvorvidt de er en hjælp i handlingssituationen. Deres største udfordringer er, at ikke alle bruger smartphones og apps, og blandt brugerne opleves apps som svære og tidskrævende at finde frem. Mange gav dog også udtryk for, at det ville give dem trykthed at have de to apps ved hånden. På denne måde kan apps som disse supplere og fordr handleparathed, da man, ved at downloade en app, forbereder sig på situationen.



POTENTIELLE FØRSTEHJÆLPERE SKAL VIDE, AT DE IKKE ER ALENE

I en førstehjælpssituation er der både mange mennesker og mange redskaber, som førstehjælperen kan støtte sig til for at komme bedst muligt igennem hændelsen. Det har stor betydning for potentielle førstehjælpere at vide, at de ikke er alene, når de som lægfolk skal vurdere situationen og overvinde distancen til at yde livreddende førstehjælp.

Hverken moralsk appel, oplysning eller kurser fører i sig selv til handling, men de kan bidrage til, at det bliver muligt for potentielle førstehjælpere at se for sig, at det er rigtigt og overkommeligt for dem at handle.

Førstehjælpsdannelsen er for omfattende til kun at overlade til kurser og professionelle. Den foregår blandt lægfolk, der lytter til professionelle og ikke mindst til hinanden. Potentielle førstehjælpere påvirkes af hinanden, af fortællinger om førstehjælpssituationer og af deres forestillinger om at stå i en sådan situation.

Førstehjælpsdannelsen skaber paratheden til at løfte opgaven. Og dannelsen begrænser sig netop ikke til selve hændelsen. Førstehjælpsdannelsen er social og finder sted i tiden forud for og efter episoden. Det er i tiden før og efter den egentlige førstehjælpsgerning, at normaliseringen og handlingsparatheden bliver skabt. Og det sker ikke af sig selv. Førstehjælpsdannelsen vokser frem, når de fællesskaber, potentielle førstehjælpere er en del af, nedbryder lægfolks distance til at forholde sig til førstehjælp. Førstehjælpsdannelsen forudsætter, at man ikke kan slippe for at forholde sig til muligheden for at yde livreddende førstehjælp.

Helt basal viden om det livreddende system er med til at skabe øget tryk om det at skulle gribe ind. Samtidig er diskussion og eksempler på, hvordan man vil reagere i situationen, med til at styrke paratheden til at gribe ind.

Jeg ville ringe, for jeg ville ikke vide, hvad jeg skulle gøre. Lige meget om man handler forkert, eller hvad man gør, så har man ikke den traumatiske oplevelse, der hedder: Jamen jeg gjorde ingenting. Så er det bedre at handle. At blive guidet til at handle

(Mand, 35 år)

Jo flere gange, man hører om det, jo lettere bliver det også

(Kvinde, 29 år)



EN LILLE STOR SAG

Hjertestop er én dødsårsag blandt mange. 3.500 årlige hjertestop uden for hospitalet kan betragtes som få i sammenligning med, hvor mange der rammes af kræft og hjertekarsygdomme. Men hjertestop er alligevel en væsentlig sag for offentligheden og lægfolk at forholde sig til. Det skyldes som nævnt flere gange, at lægfolk her kan gøre en helt afgørende forskel. Lægfolk kan redde liv – førstehjælpen mere end fordobler mulighederne for, at en medborger overlever et hjertestop. Derfor er førstehjælpsdannelse en lille stor sag.

*Jeg har
lige besluttet,
at jeg nu er typen,
der aldrig mere vil gå
videre. Jeg vil vende om. Det er
en del af samfundet! (...) Hvis det er vedtå-
get, at man i hvert fald prøver
– og at alle har det udgangspunkt, at
vi naturligvis hjælper hinanden, og at
vi springer til... Det er noget, vi kan
og bør forvente af hinanden*

**(Potentiel førstehjælper,
kvinde, 29 år)**

Den livreddende førstehjælp er også en stor sag, fordi den kræver en dannelse og overvindelse af distancen til en grænseoverskridende situation. Udbredelsen af førstehjælpsdannelsen kræver, at befolkningen deler opmærksomhed, erfaringer og viden om, at lægfolk forventes at træde til og stille sig til rådighed.

Førstehjælpsdannelsen bygger på viden og støttes af professionel guidning, hjertestartere, kurser og andre aktører. Men førstehjælpsdannelsen udfolder sig først for alvor, når fællesskaber tager den til sig og deler forventningen. En sådan dannelse handler ikke primært om bestemte teknikker, men om at blive indstillet på at stille sig til rådighed.

Førstehjælpsdannelse, og førstehjælpernes drivkraft, handler i høj grad om identitet, fællesskab og ansvar – de selvsamme kvaliteter, der knytter sig til det at være en god kollega, en tennismakker eller en håndboldtræner, som er nogle af de roller, førstehjælperne i denne undersøgelse har befundet sig i. Men kvaliteterne knytter sig ikke kun til de sammenhænge,



hvor ulykken indtræffer. De handler om førstehjælperens identitet i alle livets sociale arenaer: som mor, som søn, som nabo, som medpassager, som tilfældigt-forbipasserende, som kunde-i-samme-butikcenter, som én-der-cykler-lige-forbi-ham-der-falder-om.

Førstehjælpsdannelse er en dannelse, der vanskeligt lader sig begrænse til den livreddende førstehjælp, men vil brede sig til den almindelige førstehjælp og ikke mindst til en bredere social dannelse og villighed til at stille sig til rådighed og hjælpe andre borgere i nød.

Førstehjælpsdannelse er smitsom og kan brede sig som ringe i vandet. Men det sker ikke bare af sig selv.

Førstehjælpsdannelsen sker i forpligtende sociale fællesskaber. Men undersøgelsen viser også, at det er afgørende for førstehjælpsdannelsen, at sundhedsprofessionelle støtter og skaber plads for lægfolks handlinger.

Denne plads til lægfolks handlinger markeres ved hjertestarteres tilstedeværelse koblet med en instruktion i at bruge hjertestarterne, der gør dem til en del af meningsfulde fællesskaber. Lægfolk efterspørger og værdsætter sundhedsfaglig accept, guidning, støtte, anerkendelse og debriefing. Hver gang sundhedsprofessionelle møder førstehjælpere og potentielle førstehjælpere med denne indstilling, boostes førstehjælpsdannelsen. Denne professionelle støtte kan ikke erstattes af førstehjælpskurser og kampagner. Men kurser, kampagner og apps kan bidrage til førstehjælpsdannelsen ved at forberede lægfolk på situationen og gøre opmærksomhed på, at det vigtigste er at træde til, handle så godt man kan og gøre brug af den støtte, der findes fra 1-1-2, andre borgere, hjertestartere, paramedicinere og læger.



REFERENCER

Apropos Kommunikation. 2014. Kraftig stigning i antallet af førstehjælpskurser. www.foerstedhjælp.dk.

Apropos Kommunikation. 2014. Ingen regler om førstehjælp på jobbet. www.foerstedhjælp.dk.

Balvig, F., F. Holmberg og A-S. Sørensen. 2005. *Ringstedforsøget: Livsstil og forebyggelse i lokalsamfundet*. København: Djøfs Forlag.

Beredskabsinfo. 2014. Ambitiøst førstehjælpsmål skal redde danskere med hjertestop. Skrevet af Morten Andersen. Beredskabets Netavis. www.beredskabsinfo.dk.

CSR Kompasset. Lægehjælp og førstehjælp. www.csrkompasset.dk.

Dansk Førstehjælpsråd. 2013. Nye uddannelsesplaner. www.førstehjælpsråd.dk.

Festinger, Leon. 1957. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Californien: Stanford University Press.

Ravn, Karen. Folkeskolen.dk. 2010. Skoler kender ikke kravet om obligatorisk førstehjælp. www.folkeskolen.dk.

Hammershøi, Lars Geer. 2005: Stoffet der danner – selvdannelse, almindannelse og det interessante. I *Dannelse mellem subjektet og det almene – En Antologi*. København: Danmarks Pædagogiske Universitet.

Hammershøi, Lars Geer. 2012. *Kreativitet – et spørgsmål om dannelse*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hjerteforeningen. 2012. *Førstehjælpsundervisning i folkeskolerne 2012*. www.hjerteforeningen.dk.

Holmberg, Lars. 2012: "Gør vi bare som de andre?" *Sundhed og Adfærd 11/10*. Videncenter for Social Pejling, Det Juridiske Fakultet, Københavns Universitet.

Højrup, Thomas. 2002. *Dannelsens dialektik*. København: Museum Tusculana-nums forlag.

Isbye, Dan Lou. 2008. *Cardiac arrest – strategies to improve resuscitation training*. PhD Thesis. Københavns Universitet.

Jensen, Anders Fogh. 2005. 10 oneliners om dannelse. Turbulens.net. Forum for samtidsrefleksion. www.turbulens.net.



Key, Ellen. 1992. *Bildning – några synpunkter*. Västra Sörby: Bildningsförlaget.

Larsen, Christian Stenbak. 2013. Fra bespisningspædagogik til måltidspædagogik – måltider i skole og SFO i et sanselighedspædagogisk perspektiv. I: *Turbulens*, Forum for samtidsrefleksion.

Latour, Bruno. 2005. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.

Lupton, Deborah. 1995. *The imperative of health. Public Health and the Regulated Body*. New York: Sage.

Nielsen, Anne Møller. 2011. *Engaging a whole community in resuscitation – Bornholm to rescue. A multifaceted approach to improve survival after out-of-hospital cardiac arrest in a rural community*. PhD Thesis. Københavns Universitet.

Nielsen, A. M., D. L. Isbye, F. K. Lippert & L. S. Rasmussen. 2014. Persisting effect of community approaches to resuscitation. *Resuscitation* 85:1450-1455.

Mathiesen, W. T., S. Høiland, C. A. Bjørshol & E. Søreide. 2012. Why do bystanders initiate CPR in Norway?. *Resuscitation* 83.

Politiken 2013. Mange hjertestartere er usynlige og utilgængelige. 1. juni.

KORA 2014. *Parat til Hjertestart i Frederikshavn Kommune*. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. www.kora.dk.

Region Hovedstaden 2011. Sundhedsfagligt personale skal hjælpe borgere i nød. www.regionh.dk.

Schmidt, Lars Henrik. 2002. Selvoerskridelsen før og nu. I *Om dannelse*. Red. I. Vesterdal. København: Informations Forlag.

Thomas, Grethe. 2008a. Danskernes forhold til førstehjælp – et paradoks mellem ord og handling. *Månedsskrift for praktisk lægegering* 86 s. 1555-1564.

Thomas, Grethe. 2008b. *Førstehjælp mellem styring og hverdagslivet – en antropologisk analyse af alarmoperatørs og lægfolks relation ved hjertelungeredning af borgere med pludselig uventet hjertestop i det offentlige rum*. Masterspeciale i Sundhedsantropologi. Københavns Universitet.

TrygFonden. 2009. Førstehjælp, spørgeskemaundersøgelse.

TrygFonden. 2012. Førstehjælp, spørgeskemaundersøgelse.

TrygFonden. 2012. Genoplivning i verdensklasse. www.trygfonden.dk.

TrygFonden. 2014. Den Første Hjertestarterdag i Danmark. *Billeder og Ord* 14.: 26-29.

TrygFondens Hjertestarterkort. www.hjertestarter.dk/Kort.

Dansk Hjertestopregister. 2012. *Hjertestop uden for Hospital i Danmark. Videnskabelig rapport 2001-2011*.



Referencer

Wissenberg, Mads et. al.. 2014. Association of National Initiatives to Improve Cardiac Arrest Management With Rates of Bystander Intervention and Patient Survival After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *JAMA* 310(13):1377-1384.

Zinckernagel, L.. C. M. Hansen, F. Folke, C. Torp- Pedersen, A. K. Ersbøll & T. Tjørnhøj-Thomsen. 2014. *Førstehjælpsundervisning i folkeskolen*. Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Gentofte Hospital.



BILAG

EN ANTROPOLOGISK UNDERSØGELSE

Førstehjælpssituationen er per definition altid en social situation. Som minimum er der to mennesker tilstede: en tilskadekommet og en der hjælper. Men førstehjælpssituationen er social i mere end én forstand. Vores måder at handle på - eller undlade at handle på - er præget af de forventninger, som vi møder i vores omgivelser.

Som sociale væsener bestræber vi os nærmest instinktivt på at blive en del af visse fællesskaber, følge de mest oplagte sociale spilleregler og håndtere de rammer, vi oplever, at vi har til rådighed for handlinger. Dette gælder også i førstehjælpssituationen. Derfor er denne undersøgelse tilrettelagt som en kvalitativ undersøgelse, der går tæt på de sociale mekanismer, som førstehjælpssituationen mobiliserer.

På de følgende sider beskriver vi kort en række eksempler på nogle af de generelle sociale mekanismer, som indgår i denne undersøgelses tilrettelæggelse og analyse. Derefter følger en præsentation af de kvalitative data, som undersøgelsen bygger på.

SOCIALE MEKANISMER

Undersøgelsens perspektiv er antropologisk i den forstand, at den afdækker de kulturelle og sociale mekanismer, som påvirker mennesker til at handle på bestemte måder. Flere forskellige generelle mekanismer har betydning for handleparathed i førstehjælpssituationen, men her vil vi særligt fremhæve tre: fællesskabs-, handlings- og læringsmekanismer. Disse kan meget principielt indfanges i begreberne "social pejling", "aktør-netværksteori" og "dannelse".

Med social pejling opnås en viden om, hvordan fællesskaber motiverer danskerne til indgriben eller passivitet i førstehjælpssituationen. Aktør-netværksteorien går tæt på handlingerne og giver en forståelse for, hvad der sætter danskerne i stand til at blive handlende førstehjælpere, eller hvad der hæmmer befolkningen i samme. Begge perspektiver er grundlæggende for at forstå førstehjælpssituationen. Men ét er fællesskaberne og handlingerne. Noget andet er selve den læringsproces, hvorigennem mennesker internaliserer de fællesskabsnormer, der ansporer til bestemte handlingsmønstre. Denne læring sker gennem en 'dannelsesproces'. I det følgende skitserer vi kort disse tre perspektiver.

Social Pejling

Undersøgelsen bygger bl.a. på det sociologiske begreb social pejling, der beskriver dét, at vi som sociale individer konstant forholder os til og navigerer i forhold til, hvad vi forventer andre ville gøre, hvis de var i vores sko. Social pejling handler om, hvordan et forventningspres kan sætte bestemte mekanismer i gang og få kollektiver af mennesker til at handle på



bestemte måder.

Ofte anvendes begrebet social pejling til at beskrive bestemte former for risikoadfærd. Disse handlingsmønstre drives nemlig ofte af bestemte forestillinger om, hvad andre forventer af den handlende. Disse forestillinger har dog sjældent rod i virkeligheden³⁴.

Men social pejling kan også give en forståelse af, hvad der kan anspore mennesker til at ændre handlinger. Nøglen i social pejlingsteori er, at tilskyndelsen til at handle hænger tæt sammen med de fællesskaber, vi som mennesker indgår i og stræber efter at indgå i.

Noget centralt er her forestillingerne om, hvordan 'de andre' handler. Social pejling handler om, at individets forventninger til andre menneskers ageren ofte skaber en stærk tilskyndelse for individet til selv at handle på tilsvarende vis. Fx når unge bliver tilskyndet til at drikke lige så meget, som de tror, at deres kammerater drikker. Hvis deres kammerater overdriver, når de fortæller om deres forbrug af rusmidler, kan det skabe "flertalsmisforståelser" – et øget forbrug, der bygger på en forkert antagelse om andres rusmiddelforbrug. Der ligger med andre ord en stærk drivkraft i forestillingen om andre menneskers ageren, og konkret kommer den til udtryk i en adfærdsimitation af de forestillede handlinger.

Aktør-netværksteori

For at forstå, hvad der sætter mennesker i stand til at handle, er undersøgelsen bl.a. inspireret af aktør-netværksteori (ANT). Denne tilgang anlægger et særligt perspektiv på fællesskaber og handling, hvor det fremhæves, at mennesker, genstande, idéer og redskaber påvirker menneskers handlinger³⁵. I denne optik vil førstehjælperens handleparathed opstå såvel i forbindelsen til andre mennesker som i forbindelsen til bestemte genstande og fysiske rammer.

ANT synliggør, at både fællesskaber og teknologier består af et virvar af forbindelser mellem mennesker og genstande. Genstande, redskaber og teknologier er aldrig kun tekniske af karakter. De aftvinger også bestemte sociale handlingsmønstre, fordi mennesker begynder at omgås dem på helt bestemte måder. Omvendt er sociale fællesskaber aldrig udelukkende formet af forbindelser mellem mennesker. De er også præget af tekniske og materielle aktører. Mennesker og ting er til hver en tid forbundet i dynamiske netværksstrukturer, og det er igennem disse forbindelser, at mennesker og ting konstruerer hinandens identiteter. Sat lidt på spidsen kan man sige, at mennesker og ting bliver til i forbindelsen til hinanden.

ANT er en praksisrettet teori, der tilbyder en relationel forståelse af adfærd og handling, som gør det muligt at gå tæt på handlingernes grundvilkår. Aktøren – hvad end der er tale om et menneske eller en teknologi – må altid ses i relation til sit netværk, lyder teoriens grundmantra. Vil man forstå handlinger, må man forstå de sociotekniske sammenhænge, som handlingerne formes i. Ja faktisk går teorien et skridt længere og konstaterer, at disse sammenhænge ikke blot er nøglen til at forstå handlingerne, men selve handlingernes væsen.

Dannelse

Dannelse er kort sagt "det, der er tilbage, når man har glemt, hvad man har lært"³⁶. Som sådan kræver dannelse ikke bare, at man får ny viden. Dannelse involverer det mest fundamentale i læring, nemlig forandring. Det indebærer, at den enkelte overskrider sig selv og udvikler sig³⁷.

Dannelse er en udviklingsproces, der kan finde sted til alle tider og steder. Men udlevelsen af en bestemt dannethed finder sted i situationer, hvor individet sættes på prøve i dets evne til at overskride sig selv.

Dannelsens mål er viden og praktisk kunnen samt etisk og politisk refleksion. Dannelse er i



den forstand en dannelse til hverdagslivet, en livskompetence³⁸. Men den er ikke at forveksle med kompetenceudvikling, der handler om udviklingen af individualitet. Dannelsen erfares som en social forpligtelse til at handle på bestemte måder.

Dannelsesmekanismens styrke er, at den introducerer et element af naturlighed til de tilskyndelser, som får et individ til at handle. Tilskyndelsen til handling stiger i takt med, at dannelsen styrkes.

Undersøgelsen trækker bl.a. på de tre ovennævnte analytiske perspektiver på de sociale mekanismer, som får førstehjælpere til at handle. Begrebet førstehjælpsdannelse bygger på en kombination af disse perspektiver samt de øvrige beskrevne sociale mekanismer.

Den førstehjælpsdannelse, som rapporten beskriver, bygger ikke bare på begreber og principielle mekanismer. Den bygger også på kvalitative data.

KVALITATIVE DATA INDSAMLET I TRE FASER

Undersøgelsens dataindsamling er fundet sted i hovedstadsregionen i perioden fra september 2013 til marts 2014. Dataindsamlingen er foregået i tre faser, som omfatter tre forskellige typer aktører:

Fase 1: De professionelle aktører

Fase 2: Førstehjælpere

Fase 3: Potentielle førstehjælpere

Dataindsamlingen er foregået i et dynamisk forløb, hvor data er blevet analyseret mellem hver fase, og resultaterne taget med videre til næste fase. Mellem hver fase er resultaterne blevet præsenteret for, og perspektiveret af, TrygFondens faglige eksperter og strategiske ledelse samt kommunikationsmedarbejdere i TrygFonden og We Love People. Dette har kvalificeret undersøgelsen og sikret, at resultaterne kunne bruges løbende bl.a. i forbindelse med kampagnen "Du kan redde liv", som TrygFonden indledte i foråret 2014.



Fase 1: Professionelle aktører

De professionelle aktører, der har bidraget til undersøgelsen, er spydspidser inden for den forskning og praksis, der har betydning for udviklingen af den livreddende førstehjælp i Region Hovedstaden. Som det fremgår nedenfor, blev der gennemført ekspertinterview med læger, debriefere³⁹, ambulancepersonale og telefonrådgivere.

Professionelle aktører

Anonyme sundhedsfaglige telefonrådgivere v. AMK-Vagtcentralen, Herlev

Anne Møller Nielsen, ph.d. Introduktionslæge v. Anæstesiafdelingen, Bispebjerg Hospital. Instructor, ALS, BLS v. DIMS (Danmarks Institut for Medicinsimulation)

Carolina Malta Hansen, læge og ph.d.-studerende v. Gentofte Hospital. Debriefere for TrygFonden

Freddy Lippert, læge og direktør for Region Hovedstadens Præhospitale Virksomhed

Mads Wissenberg, læge og ph.d.-studerende med brug af data fra Dansk Hjertestopregister ved Hjertemedicinsk Afdeling, Gentofte Hospital

Martin Fjordholt, Sektionsleder og sundhedsfaglig medarbejder v. AMK-Vagtcentralen, Herlev

Søren Loumann Nielsen, overlæge og daglig leder for akutlægebilen Region Hovedstaden, cityområdet

Thea Palsgaard Møller, læge og forsker i 1-1-2-opkald og debriefing ved Den Præhospitale Virksomhed, Ballerup

Otte af de ni interview blev gennemført ansigt-til-ansigt og i de omgivelser, som de professionelle arbejder i, med henblik på at gå så tæt på de daglige arbejdsgange som muligt. På AMK-Vagtcentralen i Herlev gav det eksempelvis anledning til, at NIRAS lyttede med, når alarmopkald blev viderestillet i vagtcentralen, og ambulancerne blev dispatchet.



Fase 2: Førstehjælperne

Førstehjælperne er borgere, der på forskellige måder har været involveret i at yde førstehjælp i forbindelse med et hjertestop. Som det fremgår af oversigten nedenfor, blev der gennemført tolv interview med førstehjælperne (5 kvinder og 7 mænd i alderen 23 til 68 år). For at opnå en bred viden om, hvad der har betydning for førstehjælpernes handleparathed, har NIRAS både interviewet førstehjælperne, der for kort tid siden havde grebet ind, og førstehjælperne for hvem episoden lå længere tilbage. Interviewene spænder desuden over førstehjælpererfaringer fra hændelser, hvor den tilskadedkomne overlevede (7), hændelser med et fatalt udfald (3) til hændelser med et ukendt udfald (2).

Førstehjælperne			
Køn	Alder	Episodens udfald	Tid siden episoden
♂	45	Fatal	14 måneder
♀	34	Genoplivet	3 år og 6 måneder
♀	52	Genoplivet	2 uger
♀	47	Vides ikke	2 måneder
♂	59	Genoplivet	1 år
♂	48	Fatal	17 måneder
♀	62	Genoplivet	17 måneder
♂	54	Genoplivet	1 år og 6 måneder
♂	41	Genoplivet	1 år og 3 måneder
♂	23	Vides ikke	1 uge
♂	68	Genoplivet	1 år og 6 måneder
♀	56	Fatal	1 år og 6 måneder

Interviewene var af ca. 3 timers varighed. Her indgik en mapping-øvelse, der havde til formål at bringe interviewpersonen tilbage til førstehjælpsmomentet og fremkalde så mange detaljer som muligt. Det afsæt blev brugt til at opnå en viden om de drivkræfter og reaktioner, som prægede førstehjælpernes handlinger i, før, under og efter situationen.

Overordnet set gav denne fase praksisnær viden om de ressourcer, der enten gennem nærvær eller fravær præger førstehjælpsituationen. Disse ressourcer dækker over andre mennesker, som førstehjælperne arbejder sammen med, mobiltelefoner, hjertestartere, førstehjælpskurser, assistance fra omkringstående osv. Med den viden, der opstod af dybdeinterviewene, blev det muligt at identificere motiver og barrierer for at yde førstehjælp, som blev yderligere nuanceret i den tredje fases gruppeinterview med de potentielle førstehjælperne.



Fase 3: De potentielle førstehjælpere

De potentielle førstehjælpere omfatter det flertal af danskerne, som ikke har været involveret i at yde livreddende førstehjælp.

I tredje fase gennemførtes i alt ti gruppeinterview med i alt 45 borgere, som ikke har været involveret i yde livreddende førstehjælp inden for de seneste fem år. Grupperne spænder fra 3-7 deltagere. Interviewene har fundet sted på fem forskellige typer af lokaliteter, som udgør et omdrejningspunkt i mange menneskers hverdagsliv. Der er således gennemført gruppeinterview i borgerservicecentre, private virksomheder, indkøbscentre, sportshaller og familier. Afholdelsen af gruppeinterviewene i de rammer og sammenhænge, som deltagere færdes i, gør, at der er opnået indsigter i, hvordan forskellige former for social kontakt har betydning for danskernes tilgang til og parathed over for potentielt at skulle yde livreddende førstehjælp.

På hver af de fem typer lokaliteter blev der, som det fremgår af oversigten nedenfor, gennemført to gruppeinterview.

Gruppeinterviewene gav en viden om informanternes umiddelbare forventninger til egne og andres handlinger ved situationer, hvor der er behov for livreddende førstehjælp. Desuden afdækkedes reaktioner og indtryk i forhold til førstehjælpernes oplevelser og handlinger (fase

Settings og deltagere i gruppeinterview

Køn	Alder	Sted
♂ ₆ ♀ ₂	37-59 år	2 borgerservicecentre
♂ ₆ ♀ ₂	21-58 år	2 private virksomheder Et trykkeri og en advokatvirksomhed
♂ ₆ ♀ ₆	22-67 år	2 Indkøbscentre
♂ ₁ ♀ ₁₀	31-75 år	2 sportshaller
♂ ₃ ♀ ₃	17-54 år	2 Hjem

2). Endelig blev de potentielle førstehjælpere præsenteret for rammer, hjælpemidler – telefoner, hjertestarter m.m. – samt det professionelle bagland, som indgår i førstehjælpssituationen. I grupperne blev viden om alle disse forhold skabt gennem en række individuelle øvelser og gruppediskussioner.



NOTER

¹Larsen et. al.; Herlitz et al: og Holber et al. i Isbye, D. 2008. Cardiac arrest – strategies to improve resuscitation training. Side 5-6.

²Fagfolk skelner mellem to hovedformer for førstehjælp: livreddende førstehjælp og almindelig førstehjælp. Den almindelige førstehjælp drejer sig om behandling af ikke-livstruende tilstande, mens den livreddende førstehjælp er den førstehjælp, der skal ydes med det samme for at redde livet på den tilskadekomne. Denne rapport har fokus på den livreddende førstehjælp i forbindelse med hjertestop. De fleste lægfolk skelner dog ikke mellem de forskellige former for førstehjælp.

³Region Hovedstadens AMK-Vagtcentral er den koordinerende funktion for al præhospital indsats med visitering, rådgivning, ambulancer, akutlægebiler og sygetransporter. Ved 1-1-2-opkald vil det sundhedsfaglige personale sende den rigtige hjælp af sted, såfremt der er behov. Herefter vil personalet give vejledning om eksempelvis hjertemassage, indtil hjælpen er fremme. Se <http://www.regionh.dk/topmenu/omRegionH/Hospitaler+og+akut/Den+Præhospitale+Virksomhed/>.

⁴Trygfonden 2012. Førstehjælp 2012. Spørgeskemaundersøgelse.

⁵<http://www.trygfonden.dk/Nyheder/2013/10/Danskerne-i-verdenseliten>.

⁶Mathiesen, Høiland, Bjørshol, Søreide. 2014: "Why do bystanders initiate CPR in Norway?" Resuscitation 2014.

⁷Se eksempelvis Wissenberg et.al. 2012. Hjertestop uden for Hospital i Danmark. Og Trygfonden 2012. Førstehjælp. Spørgeskemaundersøgelse.

⁸Overlevelsesprocenten fastsættes som en overlevelse i minimum 30 dage. Fra 2001-2011 er overlevelsesprocenten steget fra 3,9 % til 10,1 %. Se fx Trygfonden, 2014: Hjertestarterdag i Danmark. Side 26; Mads Wissenberg et.al, 2012: Hjertestop uden for Hospital i Danmark. Side 4.

⁹I dette årti steg antallet af hjertelungeredninger fra 19,4 % til 57,9 %. Alene fra 2010-2011 var stigningen på 14,8 procentpoint (fra 43,1 % – 57,9 %) Se Mads Wissenberg et.al, 2012: Hjertestop uden for Hospital i Danmark. Side 9.

¹⁰Lægfolkens indsats er én blandt flere faktorer, der spiller en vigtig rolle i førstehjælpssituationen. Dette kan eksempelvis ses gennem en markant stigning i 30-dags overlevelsen blandt danskere med hjertestop, som har modtaget førstehjælp af lægfolk. 30-dags overlevelsen er steget markant blandt patienter, der modtog HLR af lægfolk, mens den fortsat er lav blandt de patienter, der ikke modtog hurtig HLR. Mads Wissenberg, 2014: Association of National Initiatives to Improve Cardiac Arrest Management With Rates of Bystander Intervention and Patient Survival After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Side 1381.



¹¹"The reason for improved survival is probably multifactorial and most likely to be related to improvements in each of the links in the chain of survival" (Ibid.)

¹²Det er politiet på alarmcentralen, der besvarer 1-1-2-opkaldet og noterer navn på indringer og adressen, hvor der er brug for hjælp. I tilfælde af sygdom og tilskadekomst viderestiller politiet samtidig borgeren til en sundhedsfaglig person på Region Hovedstadens AMK-Vagt-central. Se Region Hovedstaden, 2011: Sundhedsfagligt personale skal hjælpe borgere i nød.

¹³Den meningsfulde dialog er vigtig, fordi den, som Grethe Thomas har vist, bidrager til at etablere den fælles forståelseshorisont og det fælles kulturelle rum, som er en afgørende betingelse for handling (Thomas 2008a).

¹⁴Oftede møder de sundhedsfaglige rådgivere denne frustration til trods for, at ambulancen for længst er sendt afsted, og at de gentagne gange informerer indringer herom.

¹⁵Dansk Indeks for Akuthjælp (fremover Dansk Indeks) er et medicinsk beslutningsstøtteværktøj for sundhedsfagligt personale til hastegradsvurdering, prioritering og disponering af præhospitale ressourcer (ambulancer, akutlægebiler mm.) til akut syge og tilskadekomne borgere.

¹⁶Dansk Indeks er bygget op med en fast struktur, der hjælper rådgiveren til at identificere problemet. På baggrund af problemtypen (vurderet ud fra symptomer, tegn og tendenser) og sagens vurderede hastegrad, guides rådgiveren til at iværksætte en passende respons. Indekset bringer viden om indringers typiske handlingsmønster sammen med en sundhedsfaglig diagnosticering.

¹⁷For vagtcentralen er en udfordring ved, at mobiltelefoner ofte er lige ved hånden, at de professionelle også modtager opkald om hændelser, der med stor sandsynlighed kunne være løst uden professionel indblanding.

¹⁸1-1-2 app'en er udviklet i et samarbejde mellem Rigspolitiet, Københavns Brandvæsen, Geodatastyrelsen og Intergraph. Den er finansieret af TrygFonden.

¹⁹TrygFonden Hjertestart er en app, der er udviklet på baggrund af anbefaling- er fra Sundhedsstyrelsen om en mobil løsning med oplysninger om hjertestarternes placering. Den er finansieret af TrygFonden.

²⁰Politiken, 2013: "Mange hjertestartere er usynlige og utilgængelige."

²¹TrygFondens Hjertestarter app

²²TrygFonden, 2012: Genoplivning i verdensklasse.

²³En hjertestarter er et apparat, der kan "genstarte" hjertet efter hjertestop ved at give et eller flere elektriske stød gennem brystkassen. Hjertestarteren kaldes også en defibrillator eller en AED, som er forkortelsen for Automatisk Ekstern Defibrillator. Hjertestarteren består af selve maskinen og to elektroder. Gennem elektroderne kan hjertestarteren aflæse hjertets elektriske rytme og vurdere, om der skal afgives stød. Hele vejen gennem processen fortæller hjertestarteren, hvad der skal gøres. For eksempel hvordan man sætter elektroderne rigtigt på, hvornår den tilskadekomne må berøres, og om man skal trykke på den knap, der udløser stødet (se www.hjertestarter.dk).

²⁴Folkeskolen.dk, 2010: Skoler kender ikke kravet om obligatorisk førstehjælp. & Line Zinckernagel m.fl: Førstehjælpsundervisning i folkeskolen. Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Gentofte Hospital 2014.



²⁵Apropos Kommunikation. Ingen regler om førstehjælp på jobbet.

²⁶CSR Kompasset. Lægehjælp og førstehjælp.

²⁷Se eksempelvis: TrygFonden, 2009. Førstehjælp, spørgeskemaundersøgelse. Udarbejdet af NIRAS s. 7. Susanne Reindahl Rasmussen et.al. 2014: Parat til Hjertestart i Frederikshavn Kommune. KORA 2014. Se fx. Anne Møller Nielsen 2011: Engaging a whole community in resuscitation - "Bornholm to rescue". A multi-faceted approach to improve survival after out-of hospital cardiac arrest in a rural community. PhD thesis, Københavns Universitet 2011.

²⁸TrygFonden, 2009. Førstehjælp, spørgeskemaundersøgelse, s. 4-5.

²⁹Dan Lou Isbye 2008: Cardiac arrest – strategies to improve resuscitation training . PhD thesis, Københavns Universitet 2008 .

³⁰Se Geer Hammershøj 2012, Lars-Henrik Schmidt 2002, Thomas Højrup 2002.

³¹Den kognitive distance svarer til det fænomen, som Leo Festinger i 1957 beskrev som kognitiv dissonans – denne dissonans viser sig, når tanker og handlinger om en situation er i konflikt med hinanden. Dette er eksempelvis tilfældet, når mennesker handler på måder, der er i konflikt med deres værdier. Her vil mange være tilbøjelige til at ændre på denne ubehagelige modstrid ved at ændre på oplevelsen af enten værdierne eller handlingerne, så der opstår balance.

³²Listen byggede på interview med professionelle og førstehjælpere og bestod af fjorten førstehjælpshandlinger. Potentielle førstehjælpere kunne også selv tilføje handlinger.

³³De oplagte handlinger, som potentielle førstehjælpere tilføjede, var: at tjekke livstegn, vejrtrækning, puls og reaktion; at kontakte betjent/vagt; at hente vand; at få en anden til at ringe 1-1-2 og derefter påbegynde hjertemassage; at tale med redningsfolk; at spørge om andre har førstehjælpskursus og kan give hjertemassage; at standse ulykken og at tjekke om personen er kommet til skade.

³⁴Studier viser, at hvis man fjerner et fiktivt forventningspres, er det muligt at bryde bestemte negative handlingsmønstre. I Danmark er det fx Lars Holmberg, 2012: "Gør vi bare som de andre"? Sundhed og Adfærd – 11/10 2012. Videncenter for Social Pejling. Det Juridiske Fakultet, Københavns Universitet. Balvig, Holmberg, Sørensen: Ringstedforsøget: Livsstil og forebyggelse i lokalsamfundet. Djøf Forlag 2005.

³⁵Se eksempelvis Bruno Latour, 2005. Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Net-work-Theory. Oxford University Press.

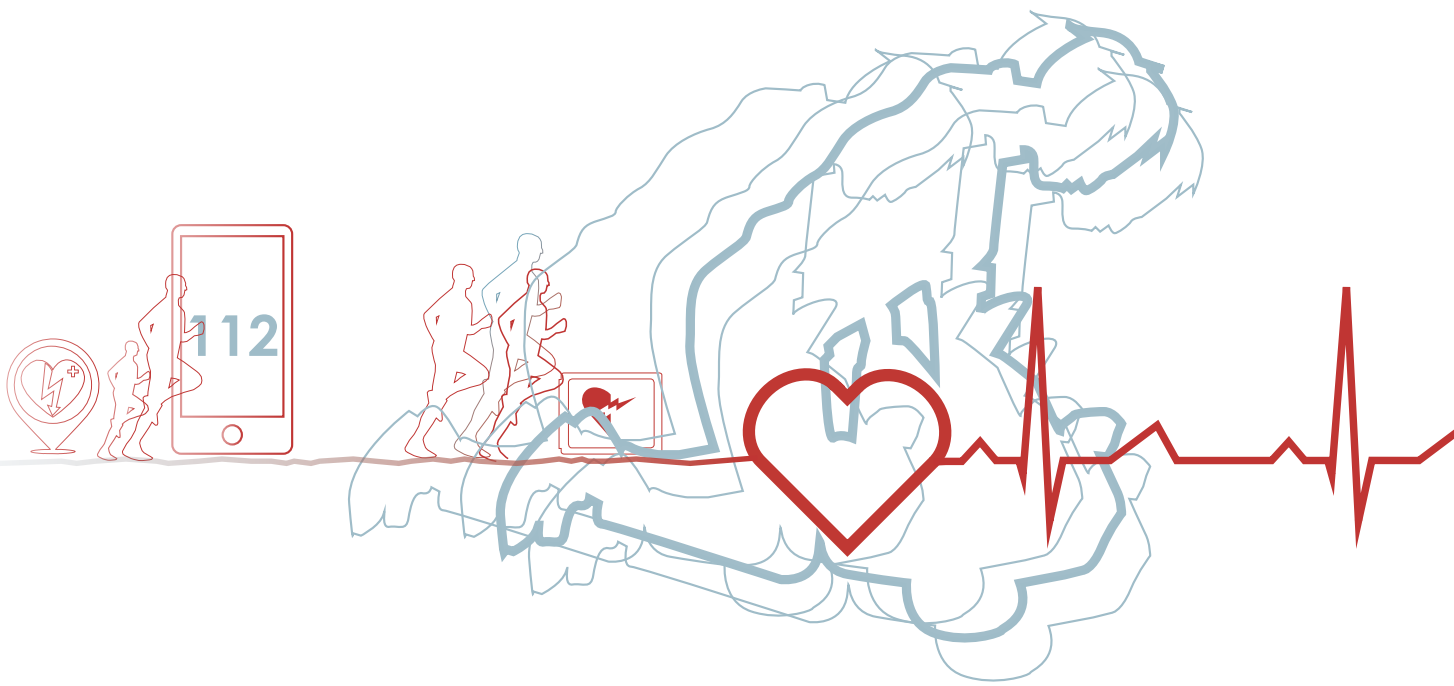
³⁶Ellen Key 1992: Bildning – några synspunkter. Side 13.

³⁷Lars Geer Hammershøj 2006: Stoffet der danner – selvdannelse, almindannelse og det interessante.

³⁸Christian Stenbak Larsen 2013: Fra bespisningspædagogik til måltidspædagogik – måltider i skole og SFO i et sanselighedspædagogisk perspektiv. Side 7.

³⁹Debriefingen foregår som en telefonsamtale mellem en sundhedsfaglig person og en borger, der har været ude for en førstehjælpshændelse. Samtalen giver anledning til, at borgeren kan tale forløbet igennem, fortælle om de indtryk og eventuelle efterreaktioner, som hændelsesforløbet har bevirket, og stille opklarende spørgsmål til håndteringen af forløbet og dets udfald.







NIRAS A/S
Sortemosevej 19
3450 Lillerød

www.niras.dk

TrygFonden
Hummeltoftevej 49
2830 Virum

www.trygfonden.dk