

Hvordan virker risikopersepsjon inn på lekfolks igangsetting av hjerte-lunge-redning i Sør- Rogaland?

Wenche Torunn Mathiesen

Masteroppgave i samfunnssikkerhet
Universitetet i Stavanger
Våren 2012

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
SAMFUNNSSIKKERHET**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2012

FORFATTER:

Wenche Torunn Mathiesen

VEILEDER:

Sindre Høyland

SAMARBEIDSPARTNER:

Universitetssykehuset i Stavanger

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

**Hvordan virker risikopersepsjon inn på
lekfolks igangsetting av hjerte-lunge-redning i Sør-Rogaland?**

EMNEORD/STIKKORD:

Hjerte-lunge-redning, HLR, livredding, risikopersepsjon, hjertestans, usikkerhet, beslutningsprosess

SIDETALL: 79 sider utenom referanseliste og vedlegg

STAVANGER, 15. juni 2012

Forord

”All vekst er smertefull” er et munnhell jeg i mange av livets utfordringer har støttet meg til. Denne masteroppgaven er i så fall et unntak. Trass i en krevende arbeidsprosess har den vært en fornøyelse å skrive. Mange skal takkes for at jeg har den opplevelsen. Først og fremst skal PhD-stipendiat Sindre Høyland som har vært min veileder takkes. Han har tatt i mot alle mine ideer med entusiasme og vært raus i sine tilbakemeldinger på arbeidet mitt. Takk også til professor Eldar Søreide har lagt til rette arbeidet mitt ved Stavanger Universitetssykehus på en måte som gjorde studiet ved Institutt for Samfunnssikkerhet mulig. Conrad Bjørshol har kommet med verdifulle faglige innspill til teksten og sørget for god stemning på kontoret. Professor ved UIS, Ole Andres Engen, skal takkes for at han i en tilfeldig samtale for lenge siden lanserte risikopersepsjon som et perspektiv jeg kunne studere menneskers vilje til å starte hjerte-lunge-redning gjennom.

Til sist skal min kjære Ivar takkes for to års utholdenhet med alt som dette studiet har medført av prioriteringer av tid. Barna mine, Aslak Sverre, Simen Johan, Ivar Arktander og Astrid Karlotte skal fra nå av få en mor som er mentalt tilstede i deres tilværelse.

Wenche Torunn Mathiesen

Sammendrag

Hjerte-lunge-redning (HLR) utført av lekfolk er viktig for at mennesker med uventet hjertestans utenfor sykehus skal ha sjanse for overlevelse. Mye ressurser er brukt i mange land for å øke kunnskap om HLR, men uten at det har vist økt deltagelse. Forskning omkring HLR har i stor grad vært utført på individnivå med HLR-trening som fokus. Forskningsfunn viser at befolkningen i Sør-Rogaland er svært aktive i å yte HLR. Flere teorier er lansert som forklaringer, eksempelvis Sør-Rogaland som kunnskapssamfunn med fokus på HLR i skole og i oljerelatert industri. En antagelse for denne studien er at kontekstuelle forhold påvirker viljen til å starte HLR i en hjertestanssituasjon som kan karakteriseres som kritisk og risikofyllt idet et menneske uventet er i ferd med å miste livet. Studiens problemstilling tar sikte på å undersøke hvordan risikopersepsjon virker inn på lekfolks igangsetting av HLR. Teori om opplevelse av å gi HLR, risikopersepsjon, naturlige beslutningsprosesser, usikkerhet og sosial kapital danner grunnlag for struktur og drøfting i studien.

Det ble valgt et kvalitativ design med semistrukturerte dybdeintervju av seks informanter som hadde gitt HLR til mennesker med plutselig hjertestans utenfor sykehus. Informantene hadde ulike relasjoner til hjertestansofferene som familie, bekjent og fremmed, og HLR var utført på privat og offentlig sted. Spørsmålene i intervjuguiden ble konsentrert rundt temaene verdier, kunnskap, normativ plikt, selvtillit og omgivelser. Alle informantene forventet av seg selv og andre at HLR skulle igangsettes. De anså det som en plikt, uansett hvem hjertestansofferet var. Trening og kunnskap om HLR var ingen forutsetning for å starte livredding, men tilfeldig tilegnet kunnskap om HLR ble benyttet for di informantene visste det kunne øke sjansen for overlevelse for hjertestansofferet. Kommunikasjon med medisinsk nødtelefon opplevdes som en svært viktig støtte i det å starte HLR. Informantene forventet rask respons på anmodningen deres om hjelp og på anerkjennelse av HLR-handlingen av familie og venner i ettertid av hjertestanshendelsen.

Forutsigbarhet, skapt av forventninger og tillit mellom mennesker og til samfunnsstrukturer gjennom sosial kommunikasjon og erfaring, har konsekvenser for risikopersepsjon. Positive og forutsigbare reaksjoner på HLR-handlingen er faktorer som ser ut til å fremme lekfolks vilje til å starte HLR. Medmenneskelighet og ønske om å hjelpe kan bli av underordnet betydning hvis omgivelsene oppleves i stor grad som uforutsigbare.

Innhold

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn for valg av oppgave:	5
1.2	En introduksjon til valgt tema – forutsetninger for livreddende hjerte-lunge-redning innsats	6
1.3	Hjertet og betydningen av hjerte-lunge-redning	7
1.4	Hvorfor mennesker unnlater å starte hjerte-lunge-redning	8
1.5	Internasjonale forskjeller i deltagelse i hjerte-lunge-redning	8
1.5.1	Diskurs rundt hjerte-lunge-redning	10
1.6	Hjerte-lunge-redning og samfunnssikkerhet	10
1.7	Studiens formål, problemformulering og oppbygging	11
1.8	Begrensninger	12
1.9	Hvorfor velge et perspektiv av risikopersepsjon?	12
1.10	Valg av teori	12
2	Teori	14
2.1	Innledning	14
2.2	Åsa Axelssons funn og utvikling av egen teori	15
2.3	Risikopersepsjon- En innledning og begrepsavklaring	19
2.4	Renns nivåer for risikopersepsjon	21
2.4.1	Renns første nivå: Heurestikker for informasjonsprosessering	21
2.4.1.1	Beslutning i krise: Naturlig beslutningsteori	22
2.4.1.2	Håndtering av usikkerhet	23
	Renns andre nivå: Kognitive og affektive faktorer	25
2.4.2		25
2.4.2.1	Risiko som følelser	25
2.4.2.2	Oppmerksomhet og filtrering	26
2.4.3	Renns tredje nivå: Sosiale og politiske institusjoner	27
2.4.3.1	Sosial kapital og tillit i befolkningen i Norge	27
2.4.4	Renns fjerde nivå: Kulturell bakgrunn	29
	Pliktetikk i følge Kant	30
2.4.4.1		30
2.5	Axelssons og egen teori integrert i Renns nivåmodell	30
3	Design	33
3.1	Metode: semistrukturert dybdeintervju	33
3.1.1	Utarbeidelse av intervjuguide	33
3.1.2	Intervjusituasjon	34

3.1.3	Transkribert materiale	35
3.2	Informanter	35
3.2.1	Utvalg	35
3.2.2	Antall informanter	36
3.2.3	Populasjon	36
3.2.4	Rekruttering	37
3.2.5	Førstegangskontakt	38
3.2.6	Inkluderte informanter	39
3.3	Samtykke	39
3.4	Etiske betraktninger	40
3.5	Lagring av datamateriale og prosjektfrister	40
3.6	Lokale særtrekk for studieområdet	41
3.7	Strategi for analyse	41
4	Resultater	44
4.1	Verdier	44
4.2	Kunnskap	48
4.3	Normativ plikt	50
4.4	Selvtillit	55
4.5	Omgivelser	57
5	Diskusjon	62
5.1	Verdier	62
5.2	Kunnskap	64
5.3	Normativ plikt	67
5.4	Selvtillit	69
5.5	Omgivelser	71
5.6	Svakheter ved studien	75
5.7	Studiens implikasjoner	76
5.8	Validitet, reliabilitet og generalitet	77
6	Konklusjon	78
7	Referanser	80

Tabeller

Karakteristika ved informanter og lokalisasjon for hjertestanshendelser Tabell 1

Figurer

Modell for forklaring for igangsetting av HLR på individnivå og avledet til samfunnsnivå fra Åsa Axelssons kategorier. Bildet hentet fra:
<http://www.bbtraining.com.au/cpr.php>) Figur 1

Renns modell av risikopersepsjon bestående av fire nivå, bearbeidet etter Renn og Rohrmann Figur 2

Axelssons og egne kategorier integrert i Renns rammeverk av risikopersepsjon Figur 3

Vedlegg

Norges samfunnsvitenskapelige datatjeneste tillatelse Vedlegg 1

Informasjonsskriv til formidler Vedlegg 2

Endringsskjema Vedlegg 3

Revidert informasjonsskriv hjerte-lunge-redder Vedlegg 4

Revidert informasjonsskriv til pårørende Vedlegg 5

Revidert samtykkeerklæring Vedlegg 6

Pårørende skriv Vedlegg 7

Intervjuguide Vedlegg 8

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave:

Med bakgrunn som intensivsykepleier fra akuttmedisin ved Stavanger Universitetssykehus og fra forskning rundt hjertestansproblematikk i og utenfor sykehus, er det nærliggende for meg å knytte tema for en masteroppgave til min arbeidserfaring. I arbeidet mitt med registrering av hjertestanstilfeller i Sør-Rogaland har jeg fått innsyn i kritiske situasjoner der liv stod i fare for- eller gikk tapt fordi hjertestansofferet ikke fikk nødvendig hjelp. Skal personer som er rammet av hjertestans ha mulighet for å overleve er innsats fra lekmenn (personer som ikke er en del av et profesjonelt akuttmedisinsk responsystem) med hjerte-lunge-redning (HLR). HLR kan beskrives som ethvert forsøk på å gjenopprette sirkulasjon etter hjertestans [1].

At noen raskt starter HLR etter en hjertestans kan være avgjørende for om et individ overlever eller dør [2]. Oppnås sirkulasjon i hjertet og kroppen etter HLR, er situasjonen likevel fremdeles kritisk for hjertestansofferet. Det haster å få brakt vedkommende til sykehus for ytterlig medisinsk behandling. Etter at ambulansen har tatt den syke med seg, eller den døde er tatt hånd om, blir som regel HLR-utøveren overlatt til seg selv. I løpet av minutter er kanskje et nært familiemedlem mistet eller livet til en arbeidskollega er reddet på grunn av HLR-innsats. Flere undersøkelser viser at det å gi HLR er en situasjon som frembringer mange følelser og skaper en sterke opplevelser [3, 4]. I dag finnes ingen etablert rutine fra helsetjenestens side med kontakt av HLR-utøvere i etterkant av en hjertestanshendelse. Som regel har personer som starter HLR gjort en betydningsfull innsats som sjelden blir bemerket av helsepersonell. Opplysninger om hva som gjorde til at de startet HLR og hvordan de opplevde hjertestanssituasjonen blir de ofte alene om, eller de deler den med sine nærmeste. De samfunnsmessige rammene som de har utført HLR i settes sjelden i sammenheng med deres forsøk på livredding.

I medisinsk forskning er HLR-utøvere er en tilnærmet glemt gruppe. Studier av ferdigheter i- og holdninger til HLR, er omfattende studert. Få studier gir oss kunnskap om hjelperens refleksjoner og forutsetninger for at vedkommende utførte den livsviktige HLR-handlingen. Mange er redde for å utføre HLR [5]. Likevel får 73 % av alle hjertestansofre i Sør-Rogaland HLR før ambulansen ankommer [6]. At en så stor andel får forsøk på livreddende tiltak fra lekfolk i Sør-Rogaland vekker internasjonal oppsikt [7] fordi tallene er betydelig høyere enn det de fleste helseinstitusjoner i verden kan rapportere. En kan således stille spørsmålet om

hvilke faktorer ved samfunnet i Sør-Rogaland som tilrettelegger for at befolkningen yter HLR i hjertestanssituasjoner? Hvorfor tar i stor grad enkeltmennesker i denne regionen ansvar for livreddende hjelp, trass i opplevelse av redsel og ubehag og risiko for død? Bryr befolkningen i Sør-Rogaland seg om hverandre i en slik grad at det utmerker seg i en høy forekomst av HLR, eller er bakgrunnen andre mekanismer som eksempelvis samfunnsstruktur og sosiale forhold? Denne oppgaven tar sikte på å forklare de kollektive mekanismer som fremmer viljen til å starte HLR ved hjelp av innsikt i livredderes opplevelse av hjertestanssituasjoner.

1.2 En introduksjon til valgt tema – forutsetninger for livreddende hjerte-lunge-redning innsats

I Norge er det årlig ca 2500 personer som får uventet hjertestans utenfor sykehus [8] og i Sør-Rogaland ca. 200 personer [9]. Sjansen for å overleve en hjertestans er liten. Når hjertet mister sin pumpeevne, opphører hurtig all sirkulasjon i kroppen. Den som har fått hjertestans er avhengig av rask og profesjonell hjelp. Et avgjørende problem ved hjertestans er at hendelsen opptrer plutselig slik at akuttmedisinsk personell har problemer med å nå frem til hjertestansofferet med avansert førstehjelp før det er for sent. Derfor har det siden starten av gjenopplivingshistorie vært opp til frivillighet hos samfunnets borgere med å yte hjelp til hjertestansofre for å redde liv [10]. Et positivt utfall av en hjertestanshendelse avhenger i stor grad om øyenvitne til hjertestanshendelsen og at det tidlig startes HLR. Beslutningsprosessen bak valget om å gi HLR til mennesker har flere aspekter ved seg. Idet et individ skal bestemme å involvere seg i en situasjonen eller ikke, må vedkommende både observere det som skjer, tolke det som et nødstilfelle, innse at han må hjelpe den forulykkede samt avgjøre hvordan han kan hjelpe og iverksette hjelpen [11].

Skal vi kunne forstå livreddernes valg om å hjelpe må vi se valget deres i en større sammenheng enn vi har gjort til nå. En studie av kollektive forutsetninger for livreddernes beslutninger om å starte HLR kan være en kilde til forståelse for identifisering av hva som fremmer avgjørelsen om å hjelpe i hjertestanssituasjoner. Dermed blir det interessant å finne hvilke måter samfunnet fremmer HLR i. Hvordan kan for eksempel familie, venner, skole, fritidssysler, livredderkurs, media og helsevesenet bidra til at den enkelte tar ansvar og starter HLR i en hjertestanssituasjon? Denne masteroppgaven vil fokusere på forutsetninger for livredders valg om å starte HLR sett fra et risikopersepsjonsperspektiv basert på en kvalitativ studie med informanter bosatt i Sør-Rogaland.

1.3 Hjertet og betydningen av hjerte-lunge-redning

Forutsatt at hjertet har normal blodgjennomstrømming og ellers er friskt vil det pumpe blod med en kraft som er tilpasset det aktivitetsnivå som eieren av hjertet har. Hjertet vil som regel arbeide med en ideell rytme, "sinusrytme", som gir en optimal takt for sammentrekking av blodfylte rom i hjertet: forkamre (atrier) og hjertekamre (ventrikler). Skulle blodgjennomstrømmingen i hjertet bli forstyrret eller opphøre vil hjertets sinusrytme opphøre og til slutt bli avløst av rytmer som over kort tid ikke er forenelige med liv (ventrikkelflimmer (VF) eller ventrikkeltachycardi (VT) eller av asystole som indikerer et hjerte helt uten elektrisk aktivitet, eventuelt hjertestans ved Pulsløs Elektrisk Aktivitet (PEA) som gir utilstrekkelige kontraksjoner av hjertet. VF og VT kan etter hvert gå over i en asystole. Andre årsaker til hjertestans kan være mangel på oksygen, forgiftning eller skade. Et menneske som får hjertestans vil raskt miste bevisstheten, få en snorkende og unormal respirasjon eller helt slutte å puste.

Årsakene er mange til at mennesker får hjertestans som skade eller sykdom i hjertet eller i andre organer. Når hjertets pumpefunksjon opphører vil blodgjennomstrømmingen i kroppen bli avbrutt. Situasjonen vil etter kort tid medføre celledød hvor spesielt hjernen er utsatt for skade. Imidlertid kan en i mange tilfeller kunne få hjertet til å gjenvinne pumpeevne ved å gi elektrosjokk på rytmene VF og VT. HLR vil i slike tilfeller kunne utsette tidspunktet hvor VF og VT går over til asystole. HLR ved asystole eller PEA er viktig for å opprettholde en viss blodsirkulasjon og fordi HLR kan generere VF eller VT som lar seg støte ved elektrosjokk til en livgivende hjerterytmekroppen i påvente av hjelp fra akutt-medisinsk personale [12].

Komprimering av brystkassen med minst fem centimeters dybde med en hastighet på 100 i minuttet med et forhold på 30:2 og innblåsing i hjertestansofferets luftveier regnes for å være adekvat HLR med forutsetning av rett håndtering av luftveier og riktig plassering av HLR-utøvers hender på brystkassen [13].

1.4 Hvorfor mennesker unnlater å starte hjerte-lunge-redning

I forskning omkring HLR-deltagelse er fokus ofte rettet mot årsaker til lekfolks manglende HLR fremfor hva som initierer den samme handlingen. Begge aspekt er sentrale og kan sees på som to sider av samme sak når en ønsker forstå hva som påvirker HLR-deltagelse.

Flere forklaringer er lansert hvorfor enkelte unnlater å starte HLR. En teori er at befolkningen har et skjevt bilde av hvor en opplever hjertestans. En forventning om at hjertestans hender på offentlig sted står i kontrast til studier som viser at hjertestans opptrer i 70- 80 % av tilfellene i hjemmene og at i 86 % av tilfellene er familie eller venner til stede [14]. Derfor kan tilskuerne bli usikre og unnlater å gi HLR når hjertestansen faktisk hender i hjemmet [15-18]. Swor mener at panikk er en årsak til manglende HLR [15]. Lite eller fraværende HLR-trening og kunnskap om HLR er andre årsaker. Agonal gispning (gispende pust) forekommer i halvdelen av alle hjertestanstilfeller og kan forveksles med normal pusting som kan tilsløre alvoret i den kritiske situasjonen personen med hjertestans befinner seg i [19]. Er hjertestansofferet fremmed for tilskueren kan de derav føle seg for utrygge til å starte livredding [15-18]. Frykt for smitte ved munn-til-munn-ventilasjon [20] og kontakt med blod og oppkast kan tenkes å ha innflytelse på viljen til å yte HLR [21] selv om smitteoverføring ved HLR ikke er vist i forskning. Størrelsen og sammensetning av grupper av tilskuere til hjertestanshendelser kan influere viljen til å hjelpe [11], samt generell frykt og redsel for rettslige konsekvenser [5]. At det oppleves som meningsløst å starte HLR på personer som betraktes som døde kan også være en årsak til manglende HLR [22]. Gjennom arbeidet mitt har jeg fått oppgitt manglende fysisk kapasitet hos tilskueren som vanskeliggjør flytting av hjertestansofferet til en posisjon som muliggjør HLR.

1.5 Internasjonale forskjeller i deltagelse i hjerte-lunge-redning

Internasjonal forskning har til dels vist motstridende resultater i hvilken grad opplæring i livredding er betydningsfullt for å starte HLR [15, 16, 23]. Nolan fant at grad av motivasjon for å handle i en akuttsituasjon ikke var assosiert med kunnskap eller ulike HLR-teknikker [24]. Selv om mange studier viser til klare sammenhenger mellom HLR-deltagelse med HLR-trening i forkant av hjertestanshendelser, gir ikke dette en regel. I flere land har offentlige myndigheter investert store ressurser i opplæring i livredding uten at befolkningen bidrar i større grad med aktiv utførelse av HLR i situasjoner som tilsier at det skulle vært gitt. Swor

fant i sin studie at kun en tredel av dem som har gjennomgått HLR-trening faktisk utført det i hjertestanssituasjoner [15].

Størst sjanse for overlevelse har hjertestansofferet dersom hjertestansen er bevitnet [25]. Imidlertid viste Tanigawas studie en mindre sannsynlighet for å starte HLR ved bevitnet enn ved ubevitnet hjertestans [23]. Viljen til å starte HLR til familiemedlemmer versus fremmede ser ikke ut til å utgjøre nevneverdig forskjell. En nederlandsk studie fant at familiemedlemmer, som var vitne til 44 % av de studerte hjertestanshendelsene, startet HLR i kun 11% av dem [16]. Herlitz viste i en svensk studie at hjertestans i hjemmet som en ubevitnet hendelse og uten start av HLR sammen med faktorer som økende alder hos hjertestansofferet, redusert evne hos tilskuer til å ringe medisinsk nødtelefon, ikke-sjokkbar hjerterytmeg og lang utrykningstid for ambulanseskjoretøy, faktorer som er forbundet med liten sjanse for overlevelse for hjertestansofferet [26]. Hvor ofte mennesker starter HLR varierer fra land til land og samfunn til samfunn. I tillegg kan det være store variasjoner i HLR-deltagelse mellom regioner som økonomisk og kulturelt kan sammenlignes med hverandre [27]. Nielsen m. fl. viste at storstasing på HLR-trening i befolkningen på Bornholm kan vise svært gode resultater. Der økte HLR-deltagelse fra 22 % og ingen overlevende etter hjertestans til 67 % med 20 % overlevelse [28]. Herlitz m.fl. fant i sin studie en sammenheng mellom økt vilje til å yte HLR med lavere tetthet i befolkningen [25].

Bruk av hjertestartere anses som en integrert del av førstehjelp. Stadig flere hjertestartere plasseres i offentlig rom og bedrifter i forventning om at befolkningen skal anvende dem i hjertestanssituasjoner. Bruken av- og kjennskap til hjertestartere varierer mellom regioner og land. Valenzuela fant i en studie fra USA svært gode resultater med hensyn til overlevelse etter hjertestans ved etablering av hjertestartere i et kasino [29], mens en nederlandsk undersøkelse viste at over halvparten av spurte lekfolk ikke kunne identifisere en hjertestarter [30]. En gjennomgang av medisinsk nødtelefon sin betydning i hjertestanssituasjoner viser ingen klar sammenheng mellom HLR-instruksjon og overlevelse [31].

De sprikende resultatene fra studiene over tilsier at det ikke nødvendigvis er faktorer som trening, tilhørighet til hjertestansofferet, bevitnet eller ubevitnet hjertestans som er bestemmende for om en starter HLR eller ikke. Forklaringer kan også ligge på et kontekstuellt plan. Således kan det tenkes at livreddernes erfaringer kan gi oss kunnskap om hvorfor de startet HLR og på den måten synliggjøre forutsetningene for at handlingen kunne bli iverksatt.

1.5.1 Diskurs rundt hjerte-lunge-redning

Internasjonal medisinsk diskurs dreier seg om synspunkter om nytten av HLR. En utbredt oppfatning er at HLR er viktig i påvente av akuttmedisinsk behandling. Tilhengerne av dette synet tar i betraktning at de fleste tilfeller av hjertestans forekommer i hjemmet og ser derav stor betydning i at befolkningen er i stand til å utføre HLR [24]. Andre mener at sjansen for å overleve en hjertestans uten en tilgjengelig hjertestarter i umiddelbar nærhet er så liten at ressurser dedikert til HLR-trening er bortkastet [32]. Derfor tar de til orde for å avslutte opplæring i HLR og heller erstatte den med trening i bruk av offentlig tilgjengelige hjertestartere [32]. I internasjonal sammenheng har Norge en stor andel av lekfolk som bidrar med HLR i situasjoner hvor de oppdager hjertestans. Lindner viste i en studie fra Sør-Rogaland oppsiktsvekkende gode tall for overlevelse etter hjertestans [9, 33, 34]. Artikkelen konkluderer med at alle deler av "kjeden som redder liv" er viktige når en skal forbedre overlevelse etter hjertestans, inkludert perioden før ambulanspersonalet er på stedet. På bakgrunn av erfaringer med mennesker som vegrer seg mot munn-til-munn ventilasjoner er det et økende fokus på livredding utført kun med brystkompresjoner [35]. Frem til nå har det i medisinsk faglig litteratur blitt særlig fokusert på oppøvelse av kunnskap og ferdigheter i HLR som strategi for å øke HLR-deltagelse, mens Axelsson tar til orde for at det i tillegg trengs psykologiske ferdigheter [10] for å utføre HLR i praksis.

1.6 Hjerte-lunge-redning og samfunnssikkerhet

Samfunnssikkerhet er beskrevet i Stortingsmelding nr.17 pkt 1.2 som "*den evne samfunnet har til å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner og ivareta borgernes liv, helse og grunnleggende behov under ulike former for påkjenninger*" [36]. Beskrivelsen er i hovedsak myntet på offentlige etater og institusjoners evne til å fungere under belastninger, men kan også ses på enkeltmenneskets innsats for å ta vare på medmennesker i vanskelige situasjoner i form av at individer tar vare på hverandre og hjelper hverandre under spesielt krevende omstendigheter.

1.7 Studiens formål, problemformulering og oppbygging

Formålet med denne studien er å kartlegge forutsetninger for lekmenns beslutning til å starte HLR og derigjennom få innsikt i aspekter ved samfunn som fremmer viljen til å starte HLR.

Problemstilling:

Hvordan virker risikopersepsjon inn på lekfolks igangsetting av hjerte-lunge-redning i Sør-Rogaland?

Med igangsetting av HLR menes: Tiltak med å sette i gang HLR og/eller varsle medisinsk nødnummer 113. Studien har til hensikt å kunne beskrive ulike sosiale og kulturelle faktorer som påvirker mennesker i Sør-Rogaland sitt ønske og sin vilje til å starte HLR i en hjertestanssituasjon sett i et risikopersepsjonsperspektiv.

Åsa Axelsson har forsket på forutsetninger som hun mener må være integrert i individet for at vedkommende skal starte HLR [3]. Hun kategoriserer funnene sine i følgende egenskaper: Menneskelighet, evne, plikt, mot og eksponering. På bakgrunn av felles trekk hos individene som har utført HLR i situasjoner med hjertestans, avleder jeg egen hypotese/teori om hvordan verden utenfor individet påvirker igangsetting av HLR. Fra Axelssons kategoriseringer på individnivå avleder jeg nye kategorier til samfunnsnivå. Med andre ord, jeg benytter elementer fra eksisterende teori for å danne min egen teori som gir opphav til problemformuleringen jeg beskrev ovenfor (jf. fig.1) Målet med studien vil være å undersøke hvordan informantenes verdier, kunnskap, selvtillit, normativ plikt og omgivelser relatert til hjertestanshendelsen kan påvirke viljen til å starte HLR sett i et risikopersepsjonsperspektiv. Axelssons og egne kategorier integreres i Renns modell av risikopersepsjon (jf. fig. 3) som en samling og forankring av studien mot anvendt teori. Følgende forskningsspørsmål formuleres:

- Hvilke verdier kan ha påvirket livredderens vilje til å starte HLR?
- Hvordan virker kunnskap inn på viljen til å starte HLR?
- Hva kan forklare at livredderen oppfatter det som en plikt å starte med HLR?
- Hvordan har livredderen tilegnet seg selvtillit til å starte HLR i hjertestanssituasjonen?
- Hvordan kan omgivelsene virke inn på viljen til å starte HLR?

1.8 Begrensninger

Studien har ikke til hensikt å diskutere hvordan verdien av et liv kan variere mellom mennesker og nasjoner, men legger som forutsetning for oppgaven at tap av et liv som følge av en uventet hjertestans betraktes som svært uønsket.

1.9 Hvorfor velge et perspektiv av risikopersepsjon?

En grunnleggende forutsetning for denne studien er antagelsen om at individer som starter HLR opplever en svært uvanlig og kritisk situasjon idet et medmenneske deres nærhet får hjertestans. Et liv står i fare for å gå tapt og sjansen er relativt stor for at den hjelpeløse personen vil dø. Imidlertid kan en med rask HLR-innsats redde livet til hjertestansofferet. Resultatet av HLR-innsatsen vil uansett være usikkert, men uten HLR vil hjertestansofferet nokså sikkert dø om ikke profesjonelt medisinsk personell får raskt starte behandling. Med andre ord er det risiko for død om ingen starter livredding. Situasjonen er kritisk for hjertestansofferet og derav befinner hjelperen seg i en kritisk situasjon. Verdien som trues er livet til et menneske. Situasjonen medfører en rekke omstendigheter som krever valg av handling. I omstendighetene rundt hjertestans råder det hastverk. Sekunder og minutter teller om hjertestansofferet skal ha mulighet for overlevelse. En hjertestanssituasjon er med andre ord forbundet med stor usikkerhet, ikke bare gjennom tidspress og fare for tap av liv, men også gjennom mangel på informasjon. Hjelperen selv må tolke det han ser og hører og gjerne uten andre rundt seg som kan bedømme det som skjer og forklare det som må gjøres. Kort sagt, en uventet hjertestanssituasjon har som oftest preg av krise, risiko og usikkerhet [37] som gjør hjelperens risikopersepsjon til en naturlig innfallsvinkel for studien.

1.10 Valg av teori

Resultatene i studien blir analysert i lys av Renns teorier om hvordan mennesker oppfatter og handler i uvanlige situasjoner under tidspress der verdier står på spill. Renn viser en detaljert og dyp innsikt i risikopersepsjon og demonstrerer emnet i modeller som blir benyttet i denne studien.

Åsa Axelssons teori som er bygget på fenomenologisk tilnærming, er en kjerne i oppgavens teoridel [3]. Hun har undersøkt hvordan HLR-utøvere oppfatter egen HLR-handling i en studie som det finnes få tilsvarende av.

For å kunne forstå informantenes utsagn var det nødvendig å få en teoretisk forståelse av beslutningstagning. Renn og andre teoretikere differensierer mellom ulike typer: Rasjonell og naturlig beslutningstagning. En forståelse av *naturlig beslutningstagning* var aktuelt når tidspress ble en sentral vinkling i livreddernes valg om å yte HLR. Teori som omfatter vurderinger og beslutninger under usikkerhet synes naturlig i oppgavens sammenheng.

2 Teori

2.1 Innledning

Ortwinn Renn bruker begrepet *risikopersepsjon* om hvordan individer oppfatter risiko i ulike situasjoner. Med risikopersepsjon menes: ”*The processing of physical signals and/ or information about potentially harmful events or activities, and the formation of a judgement about seriousness, likelihood and acceptability of the respective event or activity*” [38, s. 98]. I oppgaven blir det sentralt å trekke frem teori som har betydning for HLR-utøveren sin risikopersepsjon ettersom vedkommende befinner seg i en situasjon hvor det er risiko for død. Derfor vil teori om risikopersepsjon som egner seg til å forstå menneskers handlinger i en hjertestanssituasjon bli vektlagt. Med utgangspunkt i Renn sin forståelse av samfunnsrelaterte trekk knyttet til risikopersepsjon kobles denne teorien til Axelssons kategorisering av lekfolk opplevelse av HLR. Til sammen bidrar disse teoriene til å bygge min egen teoretiske modell for studien. Jeg har funnet det hensiktsmessig i flere sammenhenger å oversette sentrale begreper fra Axelssons og Renns modeller og teorier fra engelsk til norsk og gjør det for å få et helhetlig uttrykk i oppgaven.

Renns teorier om risikopersepsjon står som er et multidimensjonalt konsept sentralt i forståelsen av samfunnssikkerhet [38]. I relasjon til studien min betyr risikopersepsjon at individet som yter HLR vil oppleve en hjertestanssituasjon som risikofylt på flere måter. Hjelperens bakgrunn, den kontekst hendelsen skjer i og hvordan han faktisk oppfatter hendelsen vil påvirke hans valg om å starte HLR. Således er opplevelse av risiko et resultat av hvordan han tolker situasjonen, kognitive og affektive faktorer, tillit til sosiale og politiske institusjoner og hans kulturelle bakgrunn. Teorien blir utfyllende beskrevet i punkt 2.4.

Resultatene i Åsa Axelssons fenomenologiske studie av lekmenns opplevelse av egen HLR er kategorisert grupper og undergrupper. Axelssons kategorier omfatter ”to have a sense of humanity”, ”to have competence”, ”to feel an obligation”, ”to feel exposed” og ”to feel uncertainty”[3]. Min antagelse er at hver kategori kan la seg influere av kollektive mekanismer som kan tenkes å påvirke viljen til å starte HLR. Ut fra denne antagelsen utvikler jeg egne kategorier som fanger forhold utenfor individet: verdier, kunnskap, normativ plikt, selvtillit og omgivelser. På den måten ”speiler” jeg Axelssons kategorier på individnivå til nye kategorier på samfunnsnivå.

I teorikapitlet ønsker jeg trinnvis å utvikle en modell som integrerer teori fra Axelsson og Renn og som jeg mener ville illustrere individuell og samfunnsmessig påvirkning i HLR-situasjonen.

2.2 Åsa Axelssons funn og utvikling av egen teori

Åsa Axelssons funn i studien "How bystanders perceive their cardiopulmonary resuscitation intervention; a qualitative study" viser en detaljert innsikt i hvordan mennesker oppfatter sin egen HLR-handling [3]. I min teoriutvikling bruker jeg hennes kategorier, reflekterer over disse og danner nye antagelser som kan forklare hvordan samfunnet påvirker individer til å starte HLR. Axelssons studie er gjennomført i Sverige, i et land og i en kultur som jeg går ut fra er sammenlignbar med den norske og etter mitt skjønn anvendbar i min studie.

Axelssons teori om hvordan livreddere opplever sin HLR-utøvelse har bakgrunn i hennes syn på at livredderen ikke bare trenger praktiske-, men også psykologiske ferdigheter for å være i stand til å utøve HLR. "To voluntarily perform CPR in an out-of-hospital setting requires the courage to confront death and to handle the situation with the dying victim" [10, s.16]. I hennes kvalitative studie om hvordan HLR-utøvere oppfatter sitt eget forsøk på å redde liv kategoriserer Axelsson sine resultater i ulike grupper på følgende vis [3]:

Axelssons kategori 1: Å ha en følelse av menneskelighet (humanity)

- a. Ønske om å redde liv*
- b. Ønske om å hjelpe*
- c. Å handle intuitivt*

Kategorien representerer livredderens iboende ønske om å hjelpe. Menneskelighet omfatter opplevelsen som en sterk følelse av at hjertestansofferets liv kan reddes og en forståelse av at HLR kan gi ham en sjanse til det. Livredderen har en generell følelse av å ville hjelpe som ikke er begrenset til hjertestanssituasjonen, men også ellers i livet. Hjelperne oppgir å handle intuitivt i hjertestanssituasjonen, som om de reagerer instinktivt og uten klare tanker om hva de skal foreta seg.

Bortsett fra å handle på intuisjon, antar jeg at kategorien som handler om å opptre menneskelig, er en forståelse for hverandres sårbarhet uavhengig av kultur og nasjonalitet.

Med bakgrunn i denne kategorien forutsetter jeg at informantenes *verdier* reflekterer deres ”sense of humanity”. Det blir derfor et mål i denne studien å identifisere hva som bidrar til informantens verdigrunnlag som eksempelvis livssyn eller religiøs overbevisning. ”Verdier” ble med dette en kategori i min egen modellutvikling.

Axelssons kategori 2: Å ha kompetanse

- a. *Å ha kunnskap*
- b. *Å føle seg forberedt*

Kategorien innebærer livredderens opplevelse av egen kunnskap og forberedthet i hjertestanssituasjonen. En opplevelse av å ha hensiktsmessig kunnskap i hjertestanssituasjonen kan årsaksforklares med grad av og repetisjon av HLR-trening eller glemte kunnskaper om HLR. Å føle seg forberedt gjenspeiler også livredderens kunnskap om hjertestansofferets sykdom, om hjertestanshendelsen er uventet og evnen til å ta en kognitiv beslutning om hvordan en bør handle.

Kunnskap er et viktig ”filter” en siler inntrykk gjennom, gjør seg oppfatninger, handler eller handler ikke. Hvor får vi kunnskapen fra? Kan det være gjennom satsingen på HLR i skolen, fokus på HLR i samfunnet forøvrig og HMS på arbeidsplassen? Har hjelperen gått i speideren, er foreldre helsearbeidere eller har informanten sett hvordan HLR utføres på TV? *Kunnskap* om HLR i vid forstand vil antakelig ha konsekvenser for et individs kompetanse for handling i en hjertestanssituasjon. Derfor ble det et mål i å identifisere på hvilken måte informanten har tilegnet seg *kunnskap* om HLR. Kunnskap inngår dermed som kategori i min modellutvikling.

Axelssons kategori 3: Å føle en forpliktelse

- c. *Å ta ansvar*
- d. *Å gjøre sin plikt*

Kategorien fremstiller livredderens kognitive og emosjonelle opplevelse av forpliktelse i form av moralske forpliktelser og sosiale forventninger. Å ta ansvar beskrives som både naturlig og selvfølgelig i hendelsen.

Om samfunnet skulle virke inn på befolkningens pliktfølelse overfor hverandre er det nærliggende å tro at tillit kan være et vesentlig aspekt i form av at man gjør slik en er anbefalt i gitte situasjoner. I et samfunn som Norge hvor befolkningen har stor tillit til staten, til hverandre [39] og som i stor grad er trente i HLR [9] finner vi en høy frekvens av HLR-deltagelse. Men i andre land med tilsvarende karakteristikk, som eksempelvis Japan, er frekvensen av HLR langt lavere enn i Norge. Kan pliktfølelse være utslagsgivende for om en starter HLR? Jeg har med dette identifisert normativ plikt som en kategori i min modellutvikling.

Axelssons kategori 4: Å ha mot

e. Å tørre

f. Å ha en iboende kraft

Å overkomme usikkerhet og redsel har betydning for at livredderen våger å gå i gang med HLR. I følge Axelsson er mot en iboende kraft som tvinger individet til å handle og som kan forklare HLR-handlingen.

Det å ha mot kan i denne sammenhengen kan betraktes som et resultat av omgivelsenes bidrag til enkeltmenneskes tro på at hans eller hennes handlinger i krisesituasjoner kan bety en forskjell. Utsagn fra HLR-instruktører i Norge om at det er viktig å gjøre noe fremfor ingenting, eller at ingen tar skade om en starter HLR, kan kanskje ha påvirket deres mot til å starte. Eller kan reportasjer referert i avisene eller i andre medier om vellykkede gjenopplivingsforsøk tenkes å ha preget hjelperens tro på å klare det samme? Hvorfor hadde vedkommende tro på seg selv (*selvtillit*) og sin kropp og armer som redskaper for å starte gjenoppliving? Oppfordret eller oppmuntret andre i situasjonen til å starte HLR? Hvor stammet mot og selvtillit fra? Hvordan HLR-utøverens selvtillit ble påvirket ble et moment i studien, og utgjorde nok en kategori i modellutviklingen.

Axelssons kategori 5: Å føle seg utsatt

g. Å føle seg forlatt

h. Å føle seg maktesløs

i. Å føle tvetydighet

j. Å føle usikkerhet

k. Å føle motvilje

Axelssons informanter sier de føler seg eksponert i hjertestanssituasjonen. De opplever at de er alene eller forlatt og mangler hjelp fra mennesker omkring dem. De føler seg maktesløse mot faren for at hjertestansofferet skal miste livet. Hjertestanssituasjonen er tvetydig og gir ingen medisinske eller moralske rettesnorer for hva som er riktig å gjøre. Således opplever informantene en ambivalent kamp mellom følelser. Usikkerhet i form av redsel for å gjøre noe galt eller forverre situasjonen er også beskrevet. Følelsen av motvilje i konfrontasjonen med død eller opplevelse av deler av hjertestanssituasjonen som frastøtende, kan medføre at hjelperen nøler med å gi HLR.

Livredderens usikkerhet må kunne relateres til den kontekst og de omgivelser han eller hun befinner seg i. Kan det tenkes at livredderen vil agere forskjellig avhengig av kjennskap til omgivelsene? Hvorvidt opplevde vedkommende sin egen tolkning av situasjonen som riktig? Var det et menneske med hjertestans, eller bare en som "lå der"? Hadde informanten en opplevelse av ikke å være alene når han tok kontakt med medisinsk nødtelefon 113? Hadde forventningene til hjelp fra medisinsk nødtelefon betydning for start av HLR? Hadde HLR-utøveren forventninger om hvordan reaksjonene på HLR-handlingen sin ville bli (ros, søksmål, anklager)? *Omgivelsenes* betydning for informantenes vilje til å starte HLR ble derfor et tema i studien.

Jeg har nå redegjort for hvordan mine identifiserte kategorier verdier, kunnskap, normativ plikt, selvtillit og omgivelser kan antas å påvirke individets opplevelse av menneskelighet, kompetanse (evne), plikt, mot, og å være utsatt (eksponering) som kategorisert i Axelssons forståelse/ teori. Dette er mitt utgangspunkt for å lansere modellen (jf. fig.1). Jeg vil senere i kapitlet redegjøre for hvordan mine kategorier kan koples til Renns risikoperspektiv, men først litt om risikopersepsjon generelt.

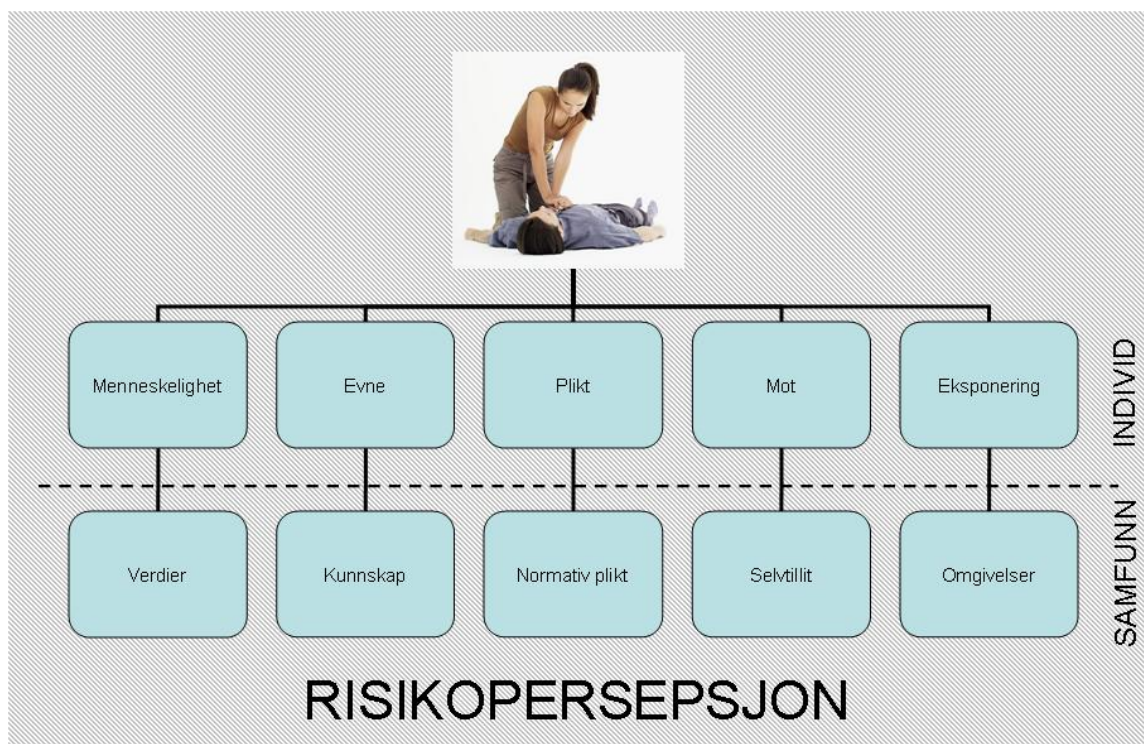


Fig.1: Modell for forklaring for igangsetting av HLR på individnivå og avledet til samfunnsnivå fra Åsa Axelssons kategorier.

2.3 Risikopersepsjon- En innledning og begrepsavklaring

Risikopersepsjon betegner bearbeidelse av fysiske signaler og informasjon om mulige farer ved hendelser eller aktiviteter og innbefatter bedømmelse av alvorlighet, sannsynlighet for utfall og hva som oppfattes som akseptabelt i en gitt situasjon [38]. Risikopersepsjon er sammensatt av to begreper: risiko og persepsjon. I de fleste sosiale sammenhenger referer *risiko* til sjansen for uønskede effekter av en hendelse, mer enn en mulighet for et ønsket utfall. Således kan en relatere risikopersepsjon til en hjertestanshendelse hvor risiko står for sjanse for død, en erfaring de fleste forestiller seg som krevende og uønsket. Utgangspunktet for denne studien er imidlertid både opplevelsen av fare for tap, som i risiko for å tape liv og samtidig åpne for at risiko kan inkludere eventuelle positive aspekt som å høste anerkjennelse. I oppgavens sammenheng forstås risiko derfor som *kombinasjonen av usikkerhet og konsekvens/ utfall av en gitt aktivitet* [40 (Aven, 2008)], mens persepsjon refererer til behandling av observerbare inntrykk og verbal eller nonverbal informasjon [38]. Hvordan mennesker vurderer og bedømmer hva som kan aksepteres av risiko er influert av kunnskap, verdier, følelser og andres bedømmelser. Risikopersepsjon påvirkes hvorvidt risikokilden er

nær eller distansert. Jo nærere risikokilden, desto større blir opplevelsen av risiko. Risiko håndteres gjennom mentale modeller og psykologiske mekanismer som til stadighet er i forandring gjennom sosial og kulturell læring [38].

Fra et samfunnsvitenskapelig ståsted er menneskers vurderinger av hendelser, situasjoner og aktiviteter som kan lede til negative konsekvenser ofte karakterisert som *risikopersepsjon* [38]. Renn har utviklet et strukturert rammeverk på risikopersepsjon [38]. Modellen viser fire kontekst-nivå for manifestasjon av risikopersepsjon som igjen er inndelt i en individuell og en kollektiv del (se fig. 2).

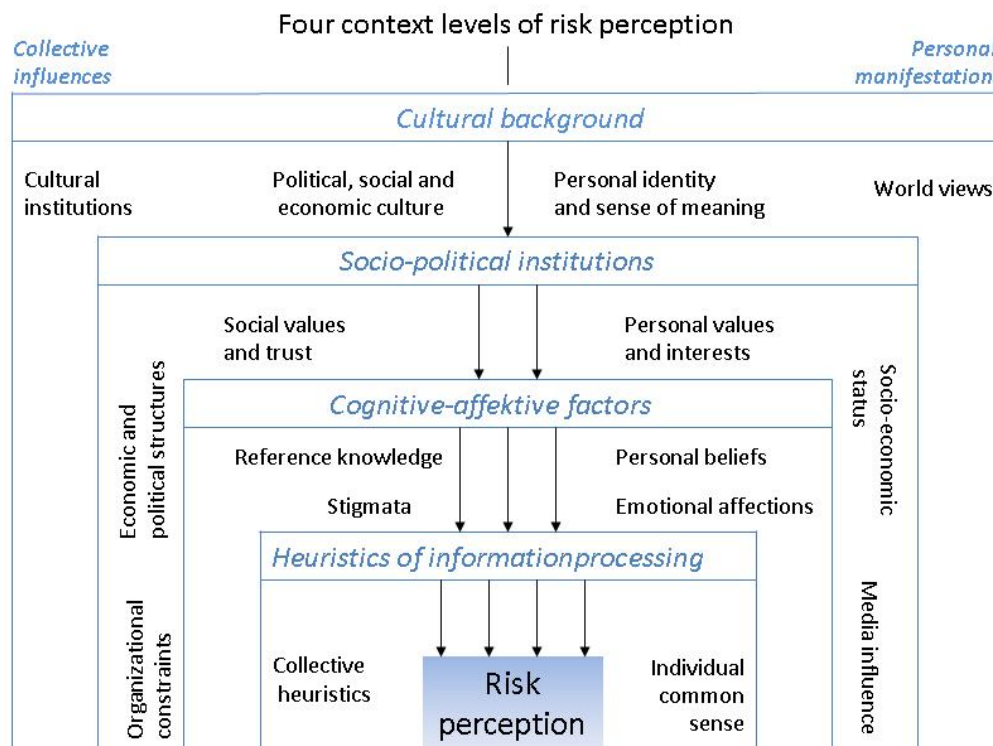


Fig. 2: Renns modell av risikopersepsjon bestående av fire nivå, bearbeidet etter Renn og Rohrmann, 2000

For å synliggjøre det multidimensjonale aspektet ved risikopersepsjon i HLR-situasjoner samler jeg i slutten av dette kapitlet trådene fra teoridelen ved å sammenstille Axelssons teori og mine kategorier av forutsetninger for HLR og Renns risikopersepsjonsmodell. Først går jeg imidlertid gjennom Renns nivåer for risikopersepsjon.

2.4 Renns nivåer for risikopersepsjon

2.4.1 Renns første nivå: Heurestikker for informasjonsprosessering

Heurestikker representerer strategier for problemløsning basert på ”sunn fornuft”. Heurestikk er uavhengig av aktuell risiko, personlige holdninger, følelser og bevisste oppfattelser. Til daglig tar mange av oss beslutninger basert på egne overbevisninger om sannsynligheten rundt usikre hendelser. Dette uttrykkes ofte som ”jeg tror at...”, ”sjansene for at...”, ”det er lite trolig at...” osv. I blant ytres overbevisningen vår som numeriske verdier; odds og subjektive sannsynligheter. Men hva bestemmer slike overbevisninger? Hvordan bedømmer vi sannsynligheten for utfall av en usikker hendelse, som for eksempel hjertestans? Tversky og Kahneman mener at vi er avhengig av heuristiske prinsipper for å redusere kompleksiteten i det å bedømme sannsynligheter eller forutsi verdier. [41]. Kognitive heurstikker er problemløsningsstrategier som ofte er basert på erfaringer. En heurstikk er en slags mental ”snarvei” som tillater oss å trekke konklusjoner og ta beslutninger uten dyptgående analyser og grundige overveielser. Disse snarveiene anvendes når en strukturerer eller løser komplekse problemer. Dermed forenkles prosessen med å bearbeide informasjon. Heurestikker kan være nyttige, men kan også føre til skjevheter og feil fordi en antar sammenhenger som ikke samsvarer med virkeligheten og dermed handler på feil grunnlag. På bakgrunn av Tversky og Kahnemans teori kategoriserer Renn heurstikkene slik [38]:

- *Representativitet* forklarer i hvilken grad noe eller noen er lik eller ligner på vår prototype for et begrep og kan påvirke vår klassifisering av objekt eller personer. Det vil si at en kan ha en mental modell bestående av typiske egenskaper ved et objektet eller en hendelse og på det grunnlaget kunne kategorisere objektet eller hendelsen. Eksempelvis kan en ha varierende grad av realistiske oppfatninger om hvor og hvordan en hendelse med hjertestans vil fremtre [42].
- *Tilgjengelighet* viser at tilgjengelig informasjon i hukommelsen innvirker på beslutninger. Man benytter seg av egne nære erfaringer som dukker umiddelbart opp i hukommelsen. Vurderinger av hyppighet påvirkes av hvor lett tilgjengelig hendelsen er å legge merke til, huske eller forestille seg. For eksempel vil mange estimere risikoen for hjerteinfarkt hos middelaldrene personer ved å tenke på tilfeller i egen omgangskrets.
- *Forankring* beskriver hvordan mennesker kan forankre sannsynlighet for en hendelse i noe som overhodet ikke er relevant, og som ikke har bakgrunn i verken statistikk eller kunnskap, men i det som individet selv opplever som betydningsfullt. Tversky og

Kahneman illustrerer fenomenet ved å vise til menneskers bedømmelse av antall land i Afrika vil la seg påvirke av tilfeldige numeriske verdier som gis ved et snurrehjul.

- *Unngåelse av kognitiv dissonans* representerer informasjon som utfordrer individets forestillinger om sannsynligheter som ignoreres eller bagatelliseres. Eksempelvis kan en årsaksforklare et menneskes fall på gaten med at han er ruspåvirket og vil konsekvent se bort fra andre alternativ.

Renn mener at avvik fra optimal håndtering av hendelser ikke nødvendigvis skyldes ignoranse eller irrasjonalitet, men er mer en forståelse av en kulturelt utviklet tilpasning for å kunne mestre truende situasjoner under tidspress med hensiktsmessig respons. Han mener en må være klar over hvordan heurstikkene kan føre til feil fordi de finnes i publikums persepsjon og kan være underliggende årsaker til diskrepans mellom lekfolks og en profesjonels sin vurdering av en hendelse [38].

2.4.1.1 Beslutning i krise: Naturlig beslutningsteori

Flere teorier om beslutningstaking under usikkerhet og tidspress kan koples til Renns første nivå av heurstikk [43-45] ettersom de vektlegger gjenkjennelse som grunnlag for beslutninger.

Profesjonelle og erfarne yrkesutøvere i utsatte yrker som brannmenn og militært personell og som opplever tidspress og skiftende scenarier i arbeidet sitt har i de senere årene blitt studert for å forstå beslutningstaking i krise [43, 46]. En profesjonell beslutningstaker har utdannelse og erfaring, mens en lekperson kan ha trening og kanskje erfaring. Det er urimelig å forvente at lekfolk har mulighet til å beslutte på samme nivå som profesjonelle, men det kan likevel være sammenfallende trekk i beslutningsprosessen i de to gruppene.

På slutten av 1980-tallet var det et paradigmeskifte i oppfatningen om hvordan mennesker beslutter under ulike omstendigheter. Årsaken til at nye teorier vant frem var skepsis til resultater fra studier gjennomført i forskningslaboratorier som ikke samsvarte med erfaringer fra beslutningstaking i virkeligheten, spesielt der beslutningene skulle fattes hurtig [47]. Fra oppfatninger om at valg ble tatt på bakgrunn av grundige vurderinger (rasjonell beslutningsteori) gikk en til en forståelse av at krisesituasjoner ikke tillot tidkrevende beslutningsprosesser, men snarere mer effektive beslutningsstrategier tilpasset situasjonen beslutningene skulle tas i. Den nye måten ble kalt Naturalistic Decision Making (NDM). En

variant av naturlig beslutningstaking var Klein sin Recognition Primed Decision (RPD) som blant annet studerte brannmenn sine beslutninger i hastesituasjoner ”on scene” [43]. Kleins informanter var erfarne brannmenn hvor liv-og-død-konsekvens inngikk i deres arbeid. Hendelsene var dynamiske og stadig i endring, noe som medførte vanskeligheter med å sette mål. Konteksten i arbeidet deres var av stor betydning og tidspresset var svært høyt.

RPD-modellen er prosessering av informasjon i sekvenser hvor fire funksjoner inngår i modellen:

1. *Gjenkjenne en hendelse som typisk:*

Klein mener at de profesjonelle yrkesutøverne ikke vurderte i kritesituasjoner om antagelsene deres var rette eller gale, men at de så etter en dominerende struktur i situasjonen og kategoriserte den, for så å handle.

2. *Forstå situasjonen:* For å kunne endre strategi i stadig endrede situasjoner må en forstå hva som er oppnåelig, kritiske punkter og årsaksfaktorer. En har da forventninger om hvordan situasjonen kan utvikle seg og bruker kjente løsninger på kjente problem.

3. *Evaluer (serial evaluation):* De profesjonelle yrkesutøverne evaluerte på en måte som en tok for seg mulighetene som forelå ved å vurdere forslag og eventuelt forkaste forslag frem til det ble funnet en tilfredsstillende løsning. Denne fremgangsmåten skiller seg fra konkurrerende muligheter som er sentralt for ”rasjonell beslutningstaking” og hvor en vurderer styrke og svakhet mellom ulike alternativ.

4. *Mental simulering:* En forestiller seg hvordan en mulighet vil kunne arte seg i en spesiell kontekst. Mental simulering er et forsøk på å forutse hva som kan skje for hver avgjørelse som blir tatt for på den måten identifisere den beslutningen som er hensiktsmessig. Klein trekker paralleller til sjakkspill hvor trekk bygger emosjonelle reaksjoner som blir informativ for den enkelte: følelsen av at noe er farlig og som gir retning for neste steg.

RPD-modellen muliggjør beslutninger under tidspres og under skiftende forhold. Modellen ser bort fra de optimale valgene og legger vekt på at de er ”gode nok”. Beslutninger som tas er resultat av de rådende omstendighetene og ikke av dårlige valg.

2.4.1.2 Håndtering av usikkerhet

Usikkerhet kan koples til Renns første nivå for heurstikk for informasjonsbehandling fordi vi raskt kan mentalt bearbeide usikkerhet til å gi retning for handling.

Usikkerhet er en følelse av tvil som blokkerer eller forsinker handling og kan arte seg ulikt hos forskjellige individer i ellers like situasjoner. Således kan usikkerhet betegnes som en subjektiv følelse med konsekvenser som nøling eller unnlattelse av handling [46]. Hogarth mener at om individet skal komme videre i en vanskelig beslutningsprosess må viktige spørsmål besvares: Hva er alternativene? Hva er mine verdier? Hva vil konsekvensene av handlingene bety for verdiene mine? [48] Usikre situasjoner tvinger frem spørsmål om hvilken situasjon vedkommende befinner seg i, hva slags menneske han er og hva som er akseptabelt for handling i situasjonen han er konfrontert med [49]. Weick mener at beslutningstagere ikke mangler informasjon, men at årsaken til at de unnlater å handle er at de blir overveldet av mengden motstridende meninger i hendelsen [50].

Hvordan takler mennesker usikkerhet? Lipshitz og Strauss mener den tradisjonelle teoretiske måten å se på hvordan usikkerhet reduseres er utilstrekkelig. Samle informasjon, beregne det ukjente, identifisere trusselen og agere på bakgrunn av tilegnet informasjon er en forenkling av prosessen, hevder de [46]. Det problematiske aspektet ved denne teorien er først og fremst det å samle informasjon. Informasjon kan være tvetydig og utilgjengelig. Det ukjente lar seg vanskelig beregne fordi en ikke vet hva som skal kvantifiseres og hvordan man skal kalkulere informasjonen som er tilgjengelig.

I modellen Reduction, Assumption-based reasoning, Weighing pros and cons and Supression (R.A.W.F.S) presenterer Lipshitz og Strauss følgende fem strategier for hvordan vi konseptualiserer og håndterer usikkerhet i realistiske situasjoner:

- Et mål om å *reduere usikkerhet* oppnås som oftest ved å innhente informasjon før en avgjørelse tas. Dersom det ikke finnes ytterlig informasjon utover den man allerede besitter, kan en bruke statistisk metode for å forutsi noe om forventet utfall på bakgrunn av data om tilsvarende hendelser. Ved å forkorte tidshorisonten vil en kunne redusere usikkerhet. Fremgangsmåtene består i å prosessere informasjon.
- Å *erkjenne usikkerhet* er en strategi i situasjoner der det er umulig eller for kostbart å redusere usikkerhet. Dette kan gjøres på to måter, enten kan man handle med forbehold om usikkerhet i situasjonen, eller en kan forberede seg på å unngå eller konfrontere mulig risiko.
- Individet kan *veie for og i mot* tenkte beslutninger eller

- *forestille* seg mulige resultat av hendelsen, forkaste beslutningen, forestille seg ny løsning og eventuelt implementere den.
- Ved å *undertrykke usikkerhet* menes benekting av usikkerhet ved å ignorere eller forvrengte uønsket informasjon. Fremgangsmåten gir falsk sikkerhet der individet har oppfatningen av at ”det kan ikke hende meg”.

2.4.2 Renns andre nivå: Kognitive og affektive faktorer

Renn mener at kunnskap om kognitive faktorerens virkning på risikopersepsjon har lenge vært et fokus i forskning om risikopersepsjon [38]. Men individer sine følelser (affektive faktorer) omkring det som er årsaken til en hendelse eller til konsekvensene av den, vil også kunne farge deres opplevelse av risiko og hvordan de makter å balansere fordeler og ulemper i situasjonen. Affektive faktorer er spesielt viktige når individet står overfor en vanskelig avgjørelse hvor vedkommendes tolkning av situasjonen sår tvil om hva som er den rette handlingen å iverksette. I situasjoner som involverer avveininger vil mennesker ofte løse problemer ved å fokusere mest på det som gir sterkest signal [38].

Risiko som følger en stokastisk natur (som opptrer tilfeldig) kan i blant vise seg som en forventet fare, men som er umulig å forutse når den faktisk vil opptre. Et eksempel på dette kan være alvorlig hjertesykdom med fare for hjertestans. Såfremt et individ oppholder seg sammen med andre mennesker vil en hjertestanshendelse i prinsippet kunne opptre når som helst, men gir likevel liten sannsynlighet for at lekfolk noen gang skal oppleve det i det hele tatt. Imidlertid betyr sannsynlighet bare en liten del av risikopersepsjon. For de fleste kan tanken på at ulykker kan opptre når som helst medføre opplevelse av trussel og maktesløshet og ser særlig ut til å være knyttet til store hendelser [38].

2.4.2.1 Risiko som følelser

Ettersom Renn relaterer følelser til affektive faktorer blir dette aspektet omhandlet i andre nivå av risikopersepsjon.

Slovic hevder at heurstikker alene ikke gir beslutninger, men følelser basert på heurstikker vil avgjøre valg. Hvis vi liker en aktivitet, vurderer vi fordelene ved aktiviteten til å være høyere enn risikoen. Og omvendt: om vi misliker en aktivitet ser vi på risikoen som større enn

fordelene [51]. Gode eller dårlige følelser vil styre individet i den retning vedkommende handler [51]. Mennesker føler mer empati med andre når de mentalt forestiller seg et offer og som siden kan føre til handling [52]. Som regel har vi mer medfølelse med individuelle offer enn personer i grupper, fordi mentale modeller av enkeltmennesker skaper et mer levende og konkret bilde. På samme måte som vi har en begrenset evne til å føle psykologisk empati med store grupper av mennesker, har vi også begrenset evne med persepsjonsprosesser for et stort antall forulykkede [51].

2.4.2.2 Oppmerksomhet og filtrering

I en kognitiv prosess i en situasjon so krever raske avgjørelser vil det være viktig å filtrere inntrykk og samle sin oppmerksomhet mot det sentrale i situasjonen. Således kan oppmerksomhet og filtrering implementeres i Renns nivå av kognitive og affektive faktorer.

På hvilken måte kan et menneske oppfatte at et individ har hjertestans? I et moderne samfunn er det antydnet at en person daglig er utsatt for 7000 biter av informasjon hvor omtrent 700 blir oppfattet, 70 erkjente, syv lagret i korttidsminnet og mindre enn en i langtidsminnet [53]. For å unngå mentalt kaos blir det derfor nødvendig å sortere mengden informasjon. De viktigste strategiene for å sortere inntrykk er ved hjelp av *evne* og *motivasjon* [54]. Evne viser til fysisk kapabilitet til å følge et budskap uten distraksjon og tid til å bearbeide informasjon.

Motivasjon referer til interesse og forberedthet til å handle og er avhengig av at hjelperen har personlig interesse i saken eller at hendelsen relaterer til framtredeende verdier. Renn beskriver mekanismen som en informasjonsprosessering hvor informasjon er filtrert. Individet trekker konklusjoner på bakgrunn av informasjon og bedømmer innholdet ved å sammenholde det med egne overbevisninger og minner fra hukommelsen. Viktigheten av informasjonen evalueres sammen med graden av sannsynlighet. Mening dannes og kan avvike fra opprinnelig overbevisning ved at den fører til aksjon eller ikke [38]. To strategier beskrives for informasjonsprosessering. En sentral rute hvor individet har tid til å vurdere hvert argument og en perifer rute hvor han ofte på grunn av tidspress er lite tilbøyelig å dvele ved hvert argument, men former mening og holdning på bakgrunn av enkle signaler og heurstikker ("snarveier") [38].

2.4.3 Renns tredje nivå: Sosiale og politiske institusjoner

Renn fokuserer i dette nivået på individers og gruppers tillit til institusjoner, deres personlige forpliktelse til sosiale verdier, sosiale og politiske strukturer og sosioøkonomisk status. En viktig faktor i evaluering av risiko er opplevelsen av rettferdighet i tildeling av risiko.

Media representerer en kilde til å forme individers risikoopplevelse. Presseoppslag ser ut til å bidra sterkt til å forme individers opplevelse av risiko, særlig om hendelsene ikke kan relateres til individenes egen erfaring. Media fungerer som en referanseramme for allerede etablerte meninger og holdninger [38].

2.4.3.1 Sosial kapital og tillit i befolkningen i Norge

Tillit til myndigheter, institusjoner og befolkning vil være medvirkende på hvordan vi handler. Sosial kapital er et samlende uttrykk for en slik tillitt og føyer seg dermed inn i Renns tredje nivå av risikopersepsjonsmodellen: Sosiale og politiske institusjoner.

Nordmenn mener de fleste mennesker er til å stole på [55]. I europeisk og global sammenheng har Norges befolkning, i likhet med Norden for øvrig, høy grad av tillit til hverandre [39]. Tillit er en forventning om at andres handlinger vil sammenfalle med egne handlinger på slik at en oppnår samarbeid for et felles beste som utfall [56]. Ingen er mindre skeptiske i møte med andre mennesker enn nordmenn [55]. Wollebæk hevder at tillit mellom mennesker har vært ufortjent synonymt med ”naivitet” [57]. Han selv viser et mer nyansert syn på tillit. ”Sosial tillit er en av grunnforutsetningene for samarbeid mellom individer. Dersom vår ”naivitet” erstattes av en aktsom grunnholdning, blir samfunnet mindre effektivt, hardere og farligere” [58, s. 12]. Wollebæk kaller tillit og netteværk mellom mennesker for ”samfunnets sosiale kapital” og diskuterer hvorfor tegn til forvitring av sosial kapital i Norge er mye lavere enn i andre land. Sosial utjevning og lik tilgang på velferdsgoder fremmer bevaring av sosial kapital. Norge er et land som utmerker seg ved svært høy tillit i befolkningen [39], til både nære og fremmede relasjoner i sosiale og organisatoriske nettverk [58]. Ubegrensede horisontale netteværk er, ifølge Wollebæk, en ubetydelig ressurs og er av liten relevans om ikke individene bryr seg om saker som strekker seg ut over privatlivets sfære. Sosial kapital og en informert og interessert befolkning er to separate forutsetninger som begge må være til stede for et velfungerende demokrati. Å vise andre tillit innebærer alltid en risiko for å bli

utnyttet. Kostnaden ved tillit er at den gjør individet sårbar for andres mulighet til utnyttelse. Denne sårbarheten må veies opp mot tillitens frigjørende egenskaper og dens betydning for å vedlikeholde nære relasjoner [58].

Wollebæk skiller mellom partikulær tillit (forutsetninger for samarbeid med kjente andre) og generalisert tillit (forutsetninger for samarbeid med fremmede). Han mener at forklaringer på hvorfor generalisert tillit øker i Norden er en befolkning med stadig høyere utdanning, et økende velstandsnivå uten store inntektsforskjeller, samt en høy og svakt økende tillit til institusjoner. [58]. Utbredte oppfatninger om hva som ødelegger sosial tillit som urbanisering, generasjonsutskiftning og sekularisering har ingen eller svært begrenset empirisk støtte [58]. Derimot vil sterke sivilsamfunn, høy grad av systemtillit og sterk mellommenneskelig tillit gi sterk sosial kapital. Wollebæk forklarer ved å vise til at sterke sivilsamfunn er en forutsetning for offentlige institusjoners legitimitet og borgernes kobling til systemet. Offentlige institusjoners funksjon blir bedre av tillitsfulle borgere som i liten grad forventer at andre utnytter systemet og derfor avstår fra å gjøre det selv. Sivilsamfunnet institusjonaliserer tillitsrelasjoner der vi ofte overlater vår støtte i varetekten til organisasjoner, derav begrepet tillitsvern, som styrker troen på det å vise andre tillit kan gi positive resultater [58].

Wollebæk mener at et samfunns samlede sosiale kapital styrer våre forventninger og påvirker våre handlinger i mange praktiske situasjoner. Han eksemplifiserer det ved gjensidig eksisterende tillit mellom bilister i Norge som respekterer kjøreregler og opptrer hensynsfullt i trafikken. Kjører man bil i Moskva er det derimot grunn til at andre bilister kjører først og fremst ut fra sin egeninteresse og en vil da tilpasse sine egne handlinger deretter [58]. En parallell til Wollebæks eksemplifisering kan trekkes ved å tenke seg at en forventet sosial adferd påvirker individets adferd, også i hjertestanssituasjoner. Wollebæk ser at et stadig mindre homogent samfunn i Norge kan by på utfordringer for opprettholdelsen av en sterk sosial kapital:

”Er det fordi våre land har vært så egalitære, små, oversiktlige og homogene at vi har skilt oss ut i positiv sosial-kapital-sammenheng? Hva skjer med den sosiale kapitalen i Norge når verden tykker nærmere i form av økende migrasjon? Kan sosialisering og overskridende sosial kontakt gjennom frivillige organisasjoner bli viktigere i fremtiden, rett og slett fordi kløftene det må bygges bro over, er større enn før? Og kan det offentlig gå inn å aktivt skape sosial kapital i minoritetsmiljøer? [58, s. 43]

Wollebæk stiller et retorisk spørsmål i hvilken grad den høye sosiale kapitalen i Norden er betinget av en bestemt velferdsmodell som stadig sterkere er under ideologisk og økonomisk press og slår fast at en ressurs som sosial kapital tar lang tid å bygge og kort tid å bryte ned.

2.4.4 Renns fjerde nivå: Kulturell bakgrunn

Renn mener at sosiale og psykologiske faktorer interagerer med kulturelle komponenter i dannelsen av risikopersepsjon [38]. Slovic hevder at et individs kulturelle verdensbilde er en vital del av psykologiske og sosiale mekanismer som bestemmer risikopersepsjon [51]. Forfatteren nevner eksempelvis handlinger som er sterkt forbundet med fare, men hvor kultur vil avgjøre en positiv eller negativ respons på aktiviteten. *”The answer, according to cultural cognition, is culture: persons` worldviews infuse various activities [...] with despised or valued social meanings, which in turn determine whether individuals react with anxiety or calmness, dread or admiration, toward those activities”* [51, s.193]. Følelser er i følge Slovic, ikke bare tankeløse bølger av affekt, men heller verdiladete bedømmelser som er formet av sosiale normer. Likeledes mener han at individer vil neglisjere aktiviteter som bedømmes til å sannsynligvis ende med dårlig resultat. Om individet rådfører seg med andre i en situasjon som oppleves som risikofyllt og usikker, vil han søke råd hos mennesker i hans eller hennes nærhet som mest sannsynlig deler sitt kulturelle verdensbilde og dermed bekrefte sin opplevelse.

Slovic mener at i situasjoner hvor individet veier for og i mot en handling vil vedkommende være motivert av sitt behov for å bevare fundamentale bånd knyttet til andre mennesker og gjøre det som er forventet av ham. Han eller hun vil automatisk forme sin persepsjon etter et kost/ nytte perspektiv med positive og negative sosiale meninger gjennomsyret av kulturelle normer. Risikopersepsjon kan være preget av at individer tilpasser holdninger i samsvar med forpliktelsen til hvordan de opplever at livet skal leves [51]. Slik kan individene sin overbevisning komme i konflikt med eksperters meninger og deres adferd kan således bli i utakt myndigheters anbefalinger.

2.4.4.1 Pliktetikk i følge Kant

Det er tenkelig at hva som vil være normativ plikt, altså en plikt som er regelstyrt, vil variere fra samfunn til samfunn. Derfor innlemmes pliktetikk i Renns fjerde nivå av risikopersepsjonsmodellen: Kulturell bakgrunn.

For å bedømme en handling og finne den rett eller gal, må pliktetikerer må ta utgangspunkt i moralske normer og prinsipper. Immanuel Kant kan betraktes som pliktetikkers far. Han mente at visse handlinger er moralsk rette eller gale ved deres iboende moralske karakter uavhengig av konsekvensen som følger. Kant mente at den gode viljen er sentral for en jevn motivasjon for å gjøre noe for sin egen del. Han hevdet ved ”*det kategoriske imperativ*” at det kreves universell gyldighet i de moralske pliktene. En moralsk plikt for en person må nødvendigvis være en moralsk plikt også for alle andre. Derav må en velge sine prinsipper for handlinger etter hvilke prinsipper man vil at andre skal velge i tilsvarende situasjoner [59]. Normativ plikt, eller en oppfatning av hva som er det riktige å gjøre i en situasjon, vil således kunne påvirke viljen til handling i en hjertestanssituasjon.

2.5 Axelssons og egen teori integrert i Renns nivåmodell

Følgende modell er sammensatt av Axelssons og egen teori integrert i Renns nivåmodell av risikopersepsjon. Modellen viser hvordan egen teori er forankret til Axelssons og Renns og føringer for struktur i studien. Målet med modellen er å fange hvordan opplevelsen av risiko i en hjertestanssituasjon er et komplekst resultat av mange elementer, og hvordan psykologiske, sosiale og kulturelle forhold virker sammen.

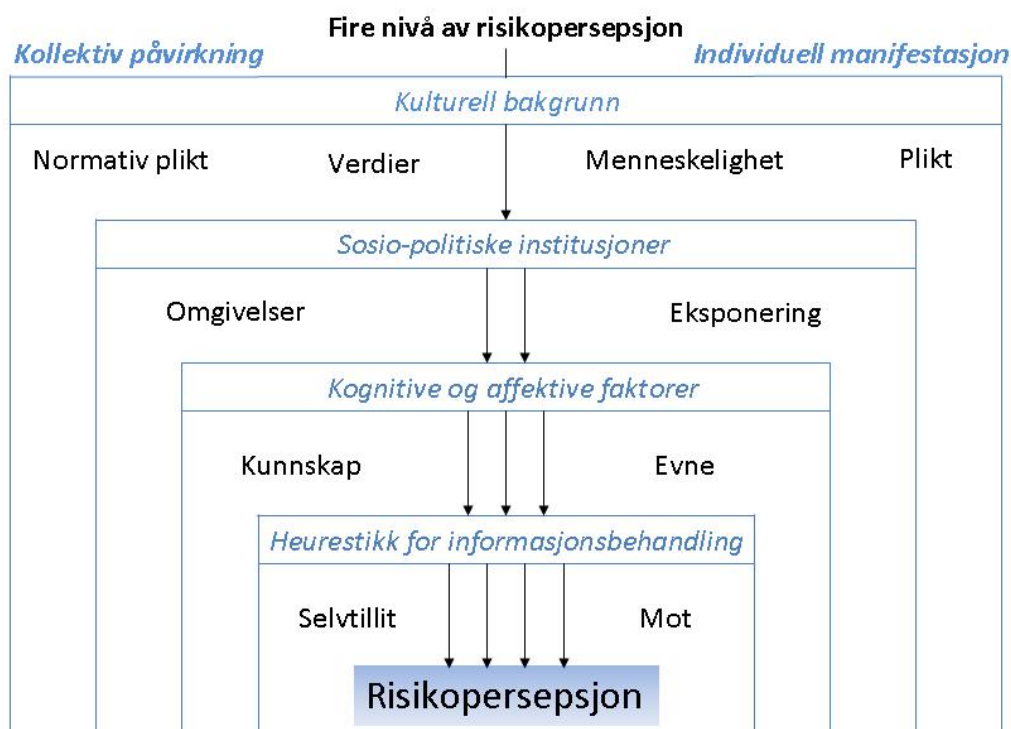


Fig.3: Axelssons og egne kategorier integrert i Renns rammeverk av risikopersepsjon

I figuren har jeg beholdt struktur av Renns risikopersepsjonsmodell med nivåklassifiseringer (kulturell bakgrunn, sosio-politiske institusjoner, kognitive og affektive faktorer og heurestikk for informasjonsbehandling), men fjernet de enkelte kategoriene i nivåene. Renns kategorier er erstattet av Axelssons (menneskelighet, evne, plikt, mot og eksponering) og mine egne avledete kategorier (verdier, kunnskap, normativ plikt, selvtillit og omgivelser). På denne måten får jeg frem de individuelle trekkene (Axelssons) ved hvordan individene opplever hjertestanssituasjonen. Jeg får også frem hvordan livredderens HLR-handling formes eller påvirkes av forhold utenfor individet selv (selvtillit, kunnskap, omgivelser, verdier og normativ plikt). Samtidig knytter jeg annen teori (beslutningsteori, håndtering av usikkerhet, følelser, oppmerksomhet og filtrering og sosial kapital) til de ulike nivåene for å belyse hva som kan danne risikopersepsjon i en kontekstspesifikk situasjon med hjertestans.

- Renns første nivå: Heurestikker for informasjonsprosessering

Renn plasserer ”den intuitive handlingen” i dette nivået. Etter min mening samsvarer begrepet med det Axelssons kaller ”iboende kraft”, en automatisk styrke som gir *mot*. Det kan tenkes at *selvtillit* danner motstykket til individuelt *mot* om det å konfronteres med

død i uforventede situasjoner. *Selvtillit* kan være påvirket av faktorer utenfor individet og ha betydning for hvordan utfordrende situasjoner håndteres..

- Renns andre nivå: Kognitive og affektive faktorer

Å kunne kognitivt reflektere i en risikosituasjon samsvarer med Axelssons kategori om hvorvidt *evne* til å utføre HLR er betinget av at individet er psykologisk forberedt og har praktiske ferdigheter i HLR. *Kunnskap* som er tilegnet gjennom trening og simulering kan således inngå i den kollektive delen av modellen sammen med teori om risiko uttrykt som følelser. Teori om oppmerksomhet og filtrering av sanseinntrykk som bidrar til at et menneske oppfatter hjertestans er likeledes av en kognitiv dimensjon.

- Renns tredje nivå: Sosiale og politiske institusjoner

Axelssons kategori av *eksponering* kan integreres i Renns tredje nivå som viser hvordan sosiale og økonomiske strukturer i samfunnet danner deler av risikopersepsjon.

Omgivelser vil være et resultat av blant annet politiske prioriteringer i samfunnet og påvirke grad av trygghet. Sosial kapital og tillit i en befolkningen betyr mye for hvordan vi handler og kan tenkes å ha konsekvenser i en hjertestanssituasjon.

- Renns fjerde nivå: Kulturell bakgrunn

Renn mener at kulturell bakgrunn vil være styrende på de andre nivåene av risikopersepsjon og til dels være bestemmende for hvordan et individ opplever risiko. Axelsson uttrykker at det å vise *menneskelighet* er ikke begrenset til et individ, men til hele samfunn hvor befolkningen bryr seg om hverandre [3]. Således uttrykker kategorien en felles *verdi* i et samfunn hvor plikt blir en forventning (*normativ plikt*) om å handle for å ivareta verdiene.

3 Design

Studien er konstruert som et deduktiv design med et teoretisk utgangspunkt fra Åsa Axelssons forskning som viser hvordan livreddere oppfatter egen HLR-handling. Basert på Renn sine teorier om dannelse av risikopersepsjon [38] forutsatte jeg i studien min at det å starte HLR har sammenheng med den kontekst (samfunn) som livredderen agerer i. Med teori om forutsetninger for å starte HLR fra Axelsson som utgangspunkt utviklet jeg en egen teoretisk modell før studien startet og som jeg avledet en problemstilling fra. Muligheten for korrigerende av problemstillingen, ettersom studien skred frem og min teoretiske modell ble utviklet, var åpen. I følge Blaikie er en deduktiv strategi velegnet til å forklare ("to explain") et fenomen, så som sosial regularitet som er funnet men ikke forklart [60] tilsvarende min plan med studien om å studere forutsetningene for HLR av lekfolk i Sør-Rogaland. Utfordringen i studien ble å svare på problemstillingen min ved å samle relevante data fra intervju med informantene og tolke data på en vitenskapelig fundert måte.

3.1 Metode: semistrukturert dybdeintervju

En kvalitativ metode med semistrukturerte dybdeintervju ble valgt for studien. Dybdeintervju regnes som spesielt godt egnet for å skape inngående innsikt i informanters holdninger og tanker [61]. Dybdeintervju gir oss adgang til virkeligheten og kan åpenbare kontekst hvor fenomener forekommer og kan fremstille sosiale rammer som mennesker anvender for å skape mening i det de opplever [62]. Derfor er metoden velegnet til å studere hvordan forhold i og utenfor en hjertestanssituasjon kan påvirke viljen til å starte HLR.

3.1.1 Utarbeidelse av intervjuguide

En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet på basis av temaene jeg avledet fra Axelssons kategorier av egenskaper hos personer som har utført HLR: Verdier, kunnskap, normativ plikt, selvtillit og omgivelser. Med intervjuguiden tilstrebet jeg å etterkomme formålet med det Kvale mener om denne type intervju som har til hensikt å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden og fortolke betydningen av de beskrevne fenomenene [61]. Det er en målsetting med denne studien å i så stor grad så mulig få innsikt i livredderens opplevelse, holdninger og meninger innenfor de tema som jeg ønske å belyse.

Et semistrukturert intervju gir mulighet for gjensidig oppklarings spørsmål mellom intervjuer og informant, et aspekt som kan være kvalitetssikrende for data som blir samlet inn [61].

Imidlertid antok jeg at informantene likevel ikke kunne gi umiddelbare svar på spørsmålene mine selv om de sannsynligvis hadde tenkt mye på opplevelsen med hjertestans i ettertid av hendelsen. Dette handler trolig ikke om at informantene viste mangel på velvillighet i intervjusituasjonen eller et ønske om ikke å utlevere meningene sine, men snarere at informantene kanskje ikke hadde reflektert rundt forutsetninger for sin livreddende handling som jeg ønsket å få svar på. I denne forbindelsen var det en metodisk styrke ved det semistrukturerte intervjuets mulighet for at informantene kunne tid til refleksjon for å kunne svare på spørsmålene mine.

Intervjuguiden ble utformet slik at personidentifiserende opplysninger knyttet til informantens navn og kategorisert relasjon til hjertestansofferet kom først i intervjuet og deretter ble de mer kompliserte og utfordrende spørsmålene stilt. Hensikten med struktureringen var å tilrettelegge for at informanten kunne fortelle sine opplevelser fra hjertestanssituasjonen uten at informasjonen ble tatt opp på lydfil. Samtidig fikk informanten anledning til å sette svarene sine inn i en på forhånd beskrevet sammenheng som kunne være verdifull både for informant og meg som intervjuer ved å skape en felles oppfatning av konteksten hvor HLR ble igangsatt. Nærmere bestemt, jeg kunne bevisstgjøres på hvordan spørsmålene mine passet inn i historien informanten fortalte meg og sammen med svarene kunne det hele gi sammenheng. Jeg antok også det var en god følelse for informanten å fortelle historien sin til meg som intervjuer. Det kunne gi informanten en oppfatning om at jeg forstod den situasjonen han hadde vært i, og at jeg kunne sette meg inn i den sterke opplevelsen vedkommende har hatt selv om jeg som et utenforstående menneske selvfølgelig aldri forstår den fullt ut.

3.1.2 Intervjusituasjon

Informantene fikk selv anledning til å velge selv tid og sted for intervju. Alle intervjuene, bortsett fra ett som ble fortatt i informantens hjem, foregikk på et kontor i Forskningshuset i utkanten av Stavanger Universitetssykehus (SUS) sitt sykehusområde. Intervjuenes lengde varierte fra 39 til 54 minutter. Alle informantene ønsket å fortelle om hjertestanshendelsen de hadde opplevd i forkant av spørsmålene fra intervjuguiden. Dette ble ikke tatt opp i lydfil og følgelig ikke transkribert. Alle informantene oppgav at de ikke hadde noe i mot å bli kontaktet

pr telefon i etterkant av intervjuet dersom uklarheter eller nye spørsmål var nødvendige å stille.

3.1.3 Transkribert materiale

Intervjuene ble i sin helhet transkribert av intervjueren og genererte til sammen 95 sider tekst. Tale som inneholdt detaljer om informantenes liv og forhold til andre mennesker som er uvesentlig for studien, ble utelatt i transkripsjonen. Det transkriberte materialet ble sammenlignet med lydspor for å sikre at teksten var korrekt gjengitt. Deretter ble intervjuene gjennomlest to ganger for å gi en oversikt i materialet. Intervjusitater ble omskrevet fra dialekt til bokmål. I minst mulig grad ble teksten endret på for å få en lesbar, skriftlig form [61]. Personopplysninger som kan være identifiserende er fjernet fra teksten og markert med [...].

3.2 Informanter

3.2.1 Utvalg

Inklusjonskriterier var slik: (1) informantene skulle være over 18 år; (2) informantene skulle ha varslet medisinsk nødnummer og/ eller ha startet HLR til person over 18 år; (3) hjertestansen skulle ha skjedd utenfor sykehus; (4) personen med hjertestans skulle ikke ha vært usatt for en ulykke (traume); (5) personen som utfører livredding skulle være bosatt i Sør-Rogaland og (6) Personen som hadde hjertestans skulle være utskrevet etter behandling fra sykehus i live.

Ad1: Valg av atten år og over velges fordi informantene således er myndige personer og kan uavhengig av andre velge å delta i studien.

Ad 2: Hjertestans hos personer under 18 år anses som barn. Å utføre HLR til barn kan tenkes å være en enda sterkere og mer følsom erfaring for informanten enn HLR til voksne og unngås derfor i studien.

Ad 3: Studien hadde som mål å undersøke hvordan risikopersepsjon virker på lekfolks vilje til å starte HLR i hjertestanssituasjoner og ikke profesjonelle helsearbeidere. Derav er det naturlig å velge hjertestanssituasjoner som er oppstått utenfor sykehus.

Ad 4: Jeg kjenner ikke til at det i Sør-Rogaland til nå har vært personer med hjertestans utenfor sykehus som følge av et traume (skade) og som har overlevd. Personer som har tatt livet sitt inngår blant andre i denne gruppen og representerer følsomme aspekter som om mulig unngås i denne studien.

Ad 5: Sør-Rogaland er definert som Rogaland sør for Boknafjorden. Årsaken til valg av studieområde er Lindners studie [9], som refererer til svært gode resultater for andelen lekfolk som utfører HLR i denne regionen. *Ad 6:* Punkt nr 6 ble lagt til inklusjonskriteriene etter at studien var kommet i gang (se pkt. 3.2.4)

Valg av informanter ble begrenset til personer som faktisk hadde startet HLR. Valget begrunnes i funn fra undersøkelser om individers begrensede evne til å forutsi fremtidige handlinger, særlig med hensyn til handlinger som de ikke har utført tidligere [51]. Således var et utvalg av informanter som oppga at de vil starte HLR i tenkte hjertestanssituasjoner ikke relevant for denne studien. Personer som hadde deltatt sammen med livredderen i HLR ble ikke inkludert studien, fordi studiens fokus var på faktorer som initierer HLR-handlingen. I enkelte situasjoner kunne det sannsynligvis være flere personer som startet HLR omtrent samtidig, eksempelvis med munn-til-munn ventilasjon, utføring av brystkompresjoner eller varsling medisinsk nødtelefon 113. I tilfeller hvor der var flere enn en livredder som opplevde at de hadde startet HLR omtrent samtidig ble det naturlig å inkludere dem begge i studien.

3.2.2 Antall informanter

I forkant av studien var det vanskelig å ha en klar oppfatning av hvilket antall informanter som er egnet for å få en optimal mengde uttalelser til å belyse det valgte temaet mitt. Kvale beskriver punktet i studien hvor det ikke kommer frem mer informasjon fra intervjuene med flere informanter og kaller dette for ”metning”[61]. Imidlertid hadde andre studier med tilnærmet lik informantgruppe 10 informanter i sitt materiale. Axelsson opplevde metning ved 15 informanter i et utvalg på 19 [3] og Nunnink intervjuet 10 personer i en studie om HLR til familiemedlemmer [4]. Denne studien ble dermed planlagt gjennomført med cirka 10 informanter, med åpenhet for supplement av en til to om det skulle være nødvendig for å oppnå metning i materialet. På grunn av initialt liten respons på deltagelse til studien ble det etter hvert inkludert informanter som hadde startet HLR i hjertestanshendelser fra 2011 (se pkt 3.2.4).

3.2.3 Populasjon

Et best mulig utvalg av befolkningen i Sør-Rogaland ville være informanter som hadde representert et bredt utvalg av befolkningen. Etersom informantene ble fortløpende rekruttert

fra pårørende til hjertestanspasienter på intensivavdelingen ved SUS (jfr. 3.4) var den muligheten ikke til stede. Et viktig mål for studien var likevel at rekrutteringen sikret informanter med ulik tilknytning til hjertestansofferet. Om livredderen var fremmed, bekjent eller pårørende var interessant for studien fordi det kan tenkes å ha innflytelse på hvordan vedkommende håndterer hjertestanssituasjonen.

3.2.4 Rekruttering

Antall personer som kunne være tilgjengelige som informanter for studien ble beregnet slik: I 2010 ble 54 pasienter innlagt i intensivavdeling 1H ved Stavanger Universitetssjukehus på grunn av hjertestans utenfor sykehus. Det tilfører i gjennomsnitt 4-5 pasienter med hjertestansdiagnose til avdeling 1H pr måned. Selv om forekomsten av hjertestans er lite forutsigbart fra måned til måned skulle rekrutteringen ut fra den forventede prognosen om antall hjertestans kunne la seg gjennomføre dersom ca. halvparten hjertestanspasientene ga informanter til studien.

Informantene ble rekruttert ved hjelp av pårørende til pasienter som har gjennomgått hjertestans fra Sør-Rogaland ved intensivavdelingen 1H, SUS (det ble gitt lokal tillatelse). Valg av rekrutteringsmetode begrunnes ut fra praktiske årsaker idet jeg hadde gjennom arbeidet mitt kjennskap og tilgang til helsepersonell som kunne gjennomføre rekrutteringen. I tilfeller hvor hjertestansen førte til død før ankomst til intensivavdelingen ble ikke kontakt opprettet med HLR-utøverne. Etter cirka to måneder etter studiestart ble rekrutteringsmetode endret til å omfatte pårørende av hjertestanspasienter som har gjennomgått hjertestans fra Sør-Rogaland ved intensivavdelingen på SUS i 2011 og som er skrevet ut fra sykehus i live (jfr 3.2.5). Valget om rekrutteringsmåten av informanter fra hjertestanssituasjoner med hjertestansofre skrevet ut fra sykehus i live er begrunnet ut fra etiske hensyn. Kvale diskuterer dilemmaet med å få grundig empirisk materiale ved dyptgående og utforskende intervju, men som kan åpne for mer smertefulle selvkonfrontasjoner enn hva som er forsvarlig i et forskningsintervju [61]. I mange tilfeller vil pårørende eller livreddere klandre seg selv dersom deres forsøk på gjenoppliving ikke førte frem. Eller de kan kritisere seg selv for ikke å ha tolket tegn til hjertestans i tilstrekkelig grad slik at hjertestans kunne ha vært forhindre [22]. Det ligger utenfor denne masteroppgavens rammer å håndtere kompliserte, følelsesmessige reaksjoner på forskningsintervjuene. Dermed er valg av informanter tilpasset det jeg antar kan være en håndterbar gruppe til mitt formål.

Jeg antok at de pårørende i de fleste tilfellene hadde kunnskap om hvem som hadde startet HLR og sannsynligvis ville det ofte være en av dem selv. Således ble de oppfordret pr brev til å ta kontakt med intervjuer eller formidle kontakten videre til den personen som hadde utøvd HLR.

3.2.5 Førstegangskontakt

Utgangspunkt for førstegangskontakt med informantene var et informasjonsskriv om studien. Informasjonsskrivet ble formidlet til pårørende til hjertestanspasienten via personalet ved intensivavdeling 1H, SUS. Informasjonsskrivet inneholdt opplysninger om studiens hensikt samt telefonnummer og e-post adresse til mastergradsstudent og med ønske om å ta kontakt for avtale om intervju på egnet sted.

Valg av tidspunkt for førstegangskontakt med pårørende til hjertestanspasienten allerede på intensivavdelingen ble tatt på bakgrunn av tilgjengelighet og fordi at informanten skulle ha hjertestanssituasjonen friskt i minnet på intervjutidspunktet. Informanten kunne avtale tid for intervju når det passet vedkommende, slik at en eventuell presset livssituasjon kunne bli tatt hensyn til. Nunnink mente at intervju med pårørende etter HLR er mest velegnet å gjennomføre 30 til 90 dager etter hendelsen [4], men uten at forfatteren utdyper synspunktet. Initialt i studien virket derfor valget om tidlig førstegangskontakt med pårørende til pasienter etter hjertestanshendelsen hensiktsmessig for å få gjennomføre studien.

Imidlertid viste det seg at det tok lenger tid enn jeg hadde forutsett før informantene følte seg klare for intervju. Med sykehusopphold for pasienten og tid til å bearbeide hendelsen for livredderen kunne det gjerne gå 40 dager fra hjertestanshendelsen og frem til intervjutidspunkt. Dessuten hadde sykepleierne, som hadde ansvar for hjertestanspasienten, i blant vanskeligheter med å finne egnede tidspunkt for overlevering av informasjonskonvolutter fordi pasientenes helsetilstand kunne være svært usikker, og pårørende hadde mer enn nok med å forholde seg til det. Derfor ble rekrutteringsmetode endret i ny søknad til NSD om tillatelse til kontakt med pårørende til hjertestanspasienter som var skrevet ut fra sykehuset i 2011 i live. Jeg antok at disse hadde hatt relativt god tid til å bearbeide hjertestansopplevelsen og ikke trengte særlig lang betenkningstid om eventuell deltagelse i studien. I følge ny rekrutteringsmetode ble førstegangskontakt et brev til

pårørende med en innføring om studiens formål skrevet av overlege Eldar Søreide ved intensivavdeling 1H, SUS. Brevet ble sendt ut sammen med det opprinnelige informasjonsskrivet tiltenkt pårørende og livredder. Ifølge Thorén er en hjertestanshendelse av en så sterk karakter, at selv om informantene intervjues i opptil flere år etter hendelsen, vil de kunne formidle detaljerte opplysninger og vise sterke emosjonelle følelser [22]. Således antok jeg at en ny rekrutteringsmåte ikke ville svekke datagrunnlaget.

3.2.6 Inkluderte informanter

I første rekrutteringsrunde med brev til pårørende fra intensivavdeling 1H ble det levert ut fire konvolutter med invitasjon til å delta i studien hvorav en person tok kontakt og ble inkludert. I andre rekrutteringsrunde ble 13 brev sendt ut til pårørende hvor fem personer tok kontakt. Til sammen ble seks informanter, fordelt på fire hjertestanshendelser, inkludert i studien. I relasjon til hjertestansofferet fordelte de seg slik: 3 pårørende, 1 bekjent og 2 fremmede. Tid fra de utøvet HLR til intervju varierte fra én til fjorten måneder. Tre av informantene var kvinner og tre var menn, og de fordelte seg i alder mellom 24 og 69 år. Ingen av informantene var utdannet som helsepersonale, men én hadde HLR-trening sentralt i sitt yrke. Ingen av informantene hadde noen gang tidligere utført HLR på et menneske.

Kjønn	Alder	Lokalisasjon av hjertestans	Relasjon til hjertestansoffer	Sist HLR-trening
Kvinne	59	Hjem	Familie	Aldri
Mann	61	Hjem	Familie	7 år
Mann	63	Offentlig sted	Bekjent	1 år
Mann	24	Offentlig sted	Ukjent	Aldri
Kvinne	45	Hjem	Ukjent	12 år
Kvinne	69	Hjem	Familie	20 år

Tabell nr. 1: Karakteristika ved informanter og lokalisasjon for hjertestanshendelse

3.3 Samtykke

Samtykke ble innhentet fra informanten på eget skjema etter at vedkommende hadde mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien. Informanten ble bedt om å utelate navn og

identifiserende bakgrunnsopplysninger ved omtale av hjertestansofferet eller andre involverte i hjertestanssituasjonen. Dersom det likevel fremkom identifiserbare opplysninger i intervjuet, ble opplysningene slettet for å ivareta personvernet til informanten og hjertestansofferet.

3.4 Ethiske betraktninger

Flere studier viser at personer som har bidratt med HLR har vært utsatt for en kritisk hendelse og er i en sårbar situasjon i etterkant. Imidlertid viser også studier at hvorvidt deres opplevelse av hendelsen er positiv, relateres til deres mulighet til debrifing [3, 4]. Intervjuene i denne studien var ikke debrifing eller av en behandlingsmessig karakter selv om den kunne ha trekk av det for å oppfylle studiens mål.

Det var uunngåelig i samtalene med informantene at opplysninger som var knyttet til hjertestansofferet kom fram. Studien ble gjennomført med tanke på at opplysninger om hjertestansofrene ikke skulle være egnet til å identifisere personene verken direkte eller indirekte. Det betyr at kontekst for hendelsen ikke ble tatt opp i lydfil (jf. avklaringer under delkapittel 2.1) og at informantens relasjon til hjertestansofrene ble grovkategorisert som ”familiemedlem”, ”bekjent” eller ”fremmed”. På dette grunnlaget ble tillatelse for å gjennomføre studien innhentet fra Norges Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

3.5 Lagring av datamateriale og prosjektfrister

Initialt i studien ble søknad om fremleggingsplikt sendt til Regional Etisk Komité (REK) som svarte med avslag angående nødvendighet om full søknad. Studien ble deretter godkjent av Norges Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og forskningsdirektør ved SUS. Studien var en masteroppgave ved avdeling for Samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger. Intervjuperioden startet 01.02.2012 og ble avsluttet etter fem måneder. Datamaterialet blir anonymisert senest 01.11.2012. Lydopptak og direkte personopplysninger vil derfor slettes innen denne fristen. Indirekte personidentifiserende opplysninger blir grovkategorisert slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet. Lydfiler ble oppbevart på godkjent forskningsområde ved SUS og slettet etter transkribering, godkjent masteroppgave og i tråd med NSDs anvisninger for mastergradsprosjektet. Bortsett fra manuskript til masteroppgaven, ble alt skriftlig, digitalt materiale lagret i godkjent forskningsdatabase. Kun mastergradsstudent og administrativ ansvarlig for dataområdet hadde tilgang til lydfiler.

Personidentifiserbare dokumenter tilhørende prosjektet og lydopptaker ble oppbevart i godkjent brannsikkert og låst skap ved forskningsavdelingen på SUS.

Alle personidentifiserbare opplysninger i intervjuene ble anonymiserte i det transkribert datamaterialet. Transkripsjonen ble foretatt av mastergradstudent for oppgaven. Datamateriale uten personidentifiserende opplysninger ble behandlet på bærbar PC med pålogging og passordbeskyttelse. Alt datamateriale skal slettes senest to år etter studiens oppstart.

3.6 Lokale særtrekk for studieområdet

Sør-Rogaland er området som informantene i studien agerer i. Nord-Jæren er tett befolket med Stavanger som største by. Bortsett byene og tettstedene er der store landlige områder i regionen. Hovednæringer er oljerelatert industri og jordbruk. I oljenæringen er det ofte påkrevd med et såkalt ”sikkerhetskurs” med nødvendig kjennskap til hjerte-lunge redning [64]. Laerdal Medical har lange tradisjoner i Stavanger med produksjon og utvikling av førstehjelpsutstyr og dukker for trening av HLR. The Stavanger Acute Medicine Foundation for Education and Research (SAFER) har årlig et betydelig antall deltagere til simuleringsbasert trening i livredding. Akutt Medisinsk Kommunikasjonssentral (AMK) besvarer det medisinske nødnummeret 113 og gir medisinsk rådgivning om nødvendig og instruksjon i HLR i hjertestanssituasjoner. AMK-sentralen i Sør-Rogaland er lagt til Universitetssykehuset i Stavanger med sykepleiere som kommuniserer med innringerne. I Norge har det vært fokusert på HLR-trening for både lekfolk og helsepersonale gjennom skole og i frivillige organisasjoner [65, 66].

3.7 Strategi for analyse

I denne studien er verdier, kunnskap, selvtillit, normativ plikt og omgivelser er kategorier som er bygget opp gjennom modellutvikling. I tillegg er kategorien ”risikopersepsjon” lagt til for inkludere utsagn som bekrefter at verdier (menneskeliv) står på spill og som dermed begrunner bruken av risikopersepsjonsperspektivet i oppgaven. Interessante utsagn fra informantene som representerte nye innfallsvinkler jeg ikke hadde forutsett bydde på ny kunnskap som var verd å bringe med seg videre selv om de ikke direkte kvalifiserte seg for en kategori. Strengt tatt er hensikten med en deduktiv strategi å forsterke eller falsifisere teori,

men Blaikie maner til en pragmatisk bruk av forskningsstrategier [60]. Således er det åpning for en tilpasning i studien til uventede svar fra informantene og de inkluderes derfor i eksisterende kategorier.

Kategoriene i studien har vært førende for spørsmålene i intervjuguiden. Dermed er det en naturlig følge av studiens oppbygning at kategoriene videreføres som ”koding” i analysedelen. I følge Kvale innebærer koding at det knyttes et eller flere nøkkelord til et tekstavsnitt med henblikk på senere å kunne identifisere en uttalelse som konseptualiserer utsagn med mulighet for kvantifisering [61]. På grunn av kategoriene som dannet et rammeverk for studien (se fig.1), beholdt jeg den fastlagte strukturen som basis for analyse av det transkriberte materialet. I blant kunne det være vanskelig i intervjusituasjonene å konsentrere seg til et spørsmål ad gangen. Det er heller ikke et mål for det semistrukturerte intervjuet. Svarene kan flyte over i hverandre og må ryddes til riktig kategori i etterkant av intervjuet. Derfor ble informantenes utsagn i denne studien ordnet under flere kategorier enn kun én, dersom de hadde betydning ut over sin opprinnelige tenkte kategori. Til å identifisere en slik utvidet betydning benyttet jeg min egen forståelse for hva informantene meddelte meg i intervjuene. Imidlertid har målet for analysen vært å finne det Katrine Fangen omtaler som ”en balanse mellom en etisk analyse og en emisk analyse, altså mellom en analyse der du påtvinger et allerede eksisterende rammeverk på materialet ditt, og en analyse der du bruker de begrepene til de menneskene du studerer side [67, s. 194]”

Dataverktøyet ”Atlas.ti” ble brukt for å digitalt kode informantenes utsagn i henhold til kategoriene verdier, kunnskap, selvtillit, normativ plikt og omgivelser og risikopersepsjon. Således ble alle informantenes utsagn i en gitt kategori samlet for videre bearbeiding. Et mål med analysen var å oppdage bredden i det informantene meddelte, men også mønster i svarene. Jeg hadde til hensikt å tolke informantenes svar så tett opp til det de faktisk uttalte. Det kunne i blant by på utfordringer ettersom informantene kom med selvmotsigelser som jeg i intervjusituasjonen mente ikke hadde noen hensikt å avklare for informanten fordi jeg oppfatter dette som interessant i seg selv. Dette blir nærmere vist i resultat og drøftet i diskusjonskapitlet. Sitatene som presenteres i resultatkapitlet er valgt ut fra det jeg mener belyser emnet og ut fra hvor fyldige og omfattende svar informantene gav. Alle informantene er representert i sitatene. Noen av informantene er ofte sitert, nettopp på bakgrunn av deres evne til å uttrykke seg i ord og betraktninger som er nyttige i denne studien.

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra intervjuene i tråd med strukturen jeg har angitt tidligere i oppgaven med verdier, kunnskap, normativ plikt, selvtillit og omgivelser som sentrale kategorier. Enkelte av kategoriene genererte mer materiale og interessante resultater enn andre og disse vil bli mest utfyllende fremstilt og diskutert. Hver kategoribeskrivelse introduseres med relatert forskningsspørsmål fra delkapittel 1.7. Dette sikrer en oppbygning mot besvaring av oppgavens problemstilling i kapittel 5. I kategoriene inkluderes funn knyttet til risikopersepsjon for å anskueliggjøre perspektivet jeg analyserer resultatene gjennom. Nærmere bestemt, risikopersepsjon fanger den kritiske situasjonen informantene befinner seg i og viser Axelssons og egne kategorier i en større forståelsesramme.

4.1 Verdier

Intervjuene ble innledet med at informantene beskrev sin historie om hjertestanshendelsen de hadde vært involvert i. Gjennom spørsmålene jeg stilte i intervjuguiden kom de stadig tilbake til hvordan de hadde opplevd hendelsen og hva de stod i fare for å miste. Sjokk og stress var typiske følelser. Raske avgjørelser var nødvendig om det skulle være håp om liv for den som hadde falt om. En av informantene beskrev hendelsen slik:

Du snakker om å stå på kanten av et stup, og jeg tenker, hvis jeg ikke hadde lyktes med å få dette til, om han hadde dødd, hadde jeg klandret meg selv for det? Det er veldig mange rare tanker som melder seg. Så jeg har vært gjennom mitt livs største traume altså.

Situasjonen var preget av hastverk og stor usikkerhet. Informantene måtte foreta seg noe i påvente av medisinsk personell. Slik svarte en informant på spørsmålet om ikke hun kunne ha ventet med HLR og heller latt profesjonelle hjelpere utføre det:

Nei. Ikke tale om. Jeg må gjøre noe. Jeg hadde gått amok hvis jeg måtte gått der og ventet. Og da hadde jeg vært livredd for at han skulle dø, selvfølgelig. Det var jo det, han holdt jo på å dø. Så der er det bare en ting å gjøre, og hva gjør jeg? Da er det HLR som er tingen. Ja.

Informantene med hjertestans hos nære familiemedlemmer opplevde hendelsen som uforutsigbar og tilfeldig. Dagligdagse valg av alminnelige gjøremål avgjorde om de var til stede da den kritiske situasjonen opptrådte. Slik beskriver to av informantene det:

”Den dagen jeg syklet i parken var det akkurat som noen som sa til meg at jeg måtte sykle hjem.”

”Det er det at det er jo ikke så mange som opplever noe sånt som dette her men det blir liksom veldig sterkt når du tenker på alle de såkalte tilfeldighetene, jeg hadde egentlig tenkt at jeg skulle gått i dusjen, men hadde jeg gjort det, så hadde jeg vært enke i dag.”

Der hjertestansofferet hadde vært en fremmed svarte en av informantene slik på spørsmålet om når eller om han skjønnte at situasjonen dreide seg om hjertestans:

”I og med at det var noen som hadde laget en del lyd, så forstod jeg at det var noe alvorlig. Så når jeg bare så en av de to, jeg vet ikke hvorfor, men jeg tenkte at det ikke kunne være så mye annet. Men jeg tror ikke jeg trakk den slutningen med en gang. Men jeg regnet med at det var ganske alvorlig. Og etter hvert så jeg jo at han lå der fortsatt, og da regnet jeg jo med at der ikke var så mye liv der, for å si det rett ut.”

Informantene hadde en klar bevissthet om hvordan de skulle være som medmenneske for andre, at de generelt ønsket å hjelpe til når det var behov for deres bidrag og ikke bare i nødssituasjoner. En av informantene sa det slik:

”For man ønsker jo å opptre som medmenneske og som en som ønsker å hjelpe når det er nødvendig.”

En oppfatning om at vi lever og er gjensidig avhengig av hverandre kom tydelig frem når informantene ble spurt om vi har et ansvar for hverandre i samfunnet:

”Ja, jeg synes jo vi har et ansvar, for våre medmennesker. Amen. Det synes jeg. Uansett, så har vi et ansvar. Altså den ene lever ikke på tross av den andre, så vi er et samfunn som skal fungere sammen, og da er det med å hjelpe, det gjør oss til bedre mennesker, å ha den innstillingen det tror jeg.”

Flere av informantene var imidlertid ikke sikre på om vi har en felles oppfatning av ansvar for hverandre i samfunnet. Usikkerheten kom tydelig frem i informanters utsagn om at vi *burde*

ha et felles ansvar og gjennom nøling i forhold til i hvilken grad dette stemte med virkeligheten. En av informantene var veldig bevisst på hvordan hun *ikke* ønsket å være. En annen informant så på seg selv som rollemodell for barna sine og at hun formidlet verdier til dem gjennom sin måte å være på. Skulle hun forvente at barna sine startet HLR i en hjertestanssituasjon så måtte hun gjøre det samme i en tilsvarende situasjon.

Sosial status, et ikke-vestlig utseende, alder eller andre karakteristika ved hjertestansofferet var ikke til hinder for at informantene kunne tenke seg å starte gjenoppliving i andre hjertestanssituasjoner. Tvert i mot, det var svært vanskelig for informantene å komme på noe som helst som kunne ha stoppet dem i å hjelpe:

”Ligger der et menneske der, så ligger det et menneske der. Enten det er alkoholikere eller det er narkomane eller businessfolk. Det er ikke noe forskjell på oss når det kommer til stykket, alle har jo krav på hjelp. Og da må jo man tenke som så, at går jeg med fettete hår og joggebukse og hadde falt om ute på gaten og noen hadde dømt meg for å være noe annet enn den jeg var, og så skulle de gå forbi meg fordi at jeg ikke så ut som jeg var verdig hjelp? Nei, der er ikke mine tanker. Et menneske er et menneske. Basta. For meg.”

Alle informantene formidlet på et eller annet vis at de var opptatt av handling, det å gjøre noe aktivt for å forandre en situasjon:

”Når jeg tror at det er nødvendig å handle, så gjør jeg det og så beklager jeg heller i ettertid hvis det var feil. Sånn er min innstilling. Ja. Jeg spør ikke først, når jeg tror at jeg trengs, at jeg kan gjøre en forskjell, så handler jeg.”

Ingen av informantene kunne oppgi at de kom fra hjem med livssyn med religiøse overbevisninger som preget deres verdier eller at de hadde dyrket fritidsinteresser som kunne tilsi at det å hjelpe mennesker i nød hadde et spesielt fokus for dem. Likevel mente en av informantene at uttalte verdier fra oppvekst kunne ha satt spor for viljen til handling:

”Vi pleide vel å bli opplærte til å være hjelpsomme overfor andre og vi fikk alltid høre at du skal gjøre mot andre slik du vil andre skal gjøre mot deg selv. I positiv betydning da. Og, vi har vel fått beskjed om at vi ikke skal stå og se på. Altså, vi har lært oss opp til, enten det gjelder sånne ting, eller fysiske jobbeting, så jeg vet ikke”.

Flere av informantene mente at det å gjøre noe for en person i nød hadde sammenheng med hvordan de ville komme til å se på seg selv i ettertid.

”Altså, så hadde jeg nok tenkt at du må jo gjøre det som du kan leve med selv etterpå. Og hvis jeg hadde sett en person i utlandet, så hadde jeg slitt mye mer i ettertid at jeg hadde gått fra den personen, og bare latt han ligge der enn jeg hadde gjort om jeg hadde prøvd å gjøre det jeg kunne. Så hadde heller andre kunnet si et eller annet negativt til deg. Men da hadde du i alle fall prøvd og gjort det du kunne og fått fred i sjelen fordi du hadde i alle fall gjort noe. I plassen for at du bare hadde forlatt dem uten at altså, det hadde gnagd meg mye mer.”

En informant så det slik at nordmenn er spesielt flinke i å hjelpe hverandre og mente det er en del av den norske kulturen. Samtidig syntes han at det ikke var bra at han hadde denne holdningen:

”Men jeg føler vel at vi har en sånn, det er jo egentlig bare en fordom, men jeg innbiller meg liksom at nordmenn er vokst opp til å ha at vi skal hjelpe hverandre, selv om vi helt sikkert ikke er gode nok på det, men jeg tror, eller jeg har bare en innbiling at vi er flinkere på det, at når det skjer noe alvorlig så, så setter du liksom litt til siden og prøver å hjelpe til da. Men jeg har ikke peiling på hvorfor jeg tenker sånn, og det er jo egentlig ikke bra. Men jeg tror vi er oppvokst i kulturen vår med å hjelpe til hvis det trengs, så langt det er mulig.”

Hjertestanshendelsen satte spor hos informantene blant annet i form av bearbeidelse av hendelsen i ettertid. Slik beskriver en av informantene det:

”Det var jo heldig at det gikk som det gikk. Jeg gikk jo gjennom det mange ganger, og jeg har snakket med han andre (livredder i samme hendelse) etterpå. Vi tenkte om og om igjen om vi kunne ha gjort noe annerledes, skulle vi gjort sånn eller sånn? Altså, nå gikk det jo greit, men om det ikke hadde gått greit så kunne du gjerne sisset og tenkt at jeg skulle gjort noe annerledes. Men vi var vel skjønt enige om at vi ikke kunne ha gjort så mye annerledes enn det vi gjorde.”

4.2 Kunnskap

Det hadde gått mer enn syv år siden tre av de informantene hadde trent på HLR og to av dem hadde aldri gjort det. Trening og vilje til å starte HLR sees ofte i sammenheng. På spørsmål om informanten kunne kople opplevelsen i hjertestanssituasjonen til HLR-trening på dukke svarte han bekreftende:

”Ja. Det var veldig likt, bare at du ikke hørte plastikklydene her.”

De andre informantene med HLR-trening bak seg trakk få paralleller treningssituasjonen til hjertestanssituasjonen. En av informantene hadde vært usikker på om vurderingene hans var rette og om han virkelig skulle betrakte den livløse personen som pulsløs:

”Og da var jeg mer bekymret enn 113 om han hadde puls og at jeg hadde tatt feil. Jeg var veldig usikker på om han hadde puls, sjekket sikkert tre fire ganger før jeg satte i gang. Men det var de som sa at du må bare sette i gang, så gir han lyd i fra seg hvis han har puls og er i live, for å si det sånn. Og det synes jeg å huske at jeg syntes var jeg var litt, i begynnelsen hadde jeg liksom ikke bestemt meg for at han her er livløs. Men jeg satt i gang. Da var jeg redd for, at jeg var helt ute å kjøre, at han hadde puls. Så forstod jeg kjapt at han hadde ikke det da. Men etter det var jeg i gang.”

På spørsmål om informantene noen gang var redde for å skade personen som hadde hjertestans, svarte alle benektende. En av informantene sa det slik:

”Nei, altså i mange av tilfellene kan du være redd for å skade folk og. Men akkurat en sånn ting, det er vondt å si men, jeg visste du skulle trykke hardt, det visste jeg, for det nytter ikke bare liksom sette hånden oppå her for å trykke litt på brystkassen for da skjer det ingenting. Da får du ikke hjertet i gang igjen, eller pumpen i gang.”

I hvilken grad informantene var oppmerksomme på oppslag i media om historier med fokus på vellykket gjenoppliving etter hjertestans svarte de fleste at det viet de liten oppmerksomhet til. Alle hadde imidlertid fått med seg hvordan HLR utføres gjennom TV-program, selv om HLR var blitt vist i korte snutter og gjerne innbakt i underholdningsprogram:

”Nei, jeg har altså bare sett det på TV, det har jeg. Så, jeg har mange ganger tenkt på at det burde jo alle kunne, ikke sant? For det burde vi jo. Det burde være en del av basisopplæringen vår. Å vite hvordan du skal kunne håndtere en del situasjoner. Når

dette med stabilt sideleie og når hjertekompresjon. Og så bruker de munn til munn metoden, og så komprimerer de og sånn.”

Følgende replikkveksling fra et av intervjuene var en lignende uttalelse:

W: *”Men hendene sin plassering på brystet fant du ut av deg selv?”*

I: *”De var der bare.”*

W: *”Selv om du aldri har gått på kurs?”*

I: *”Man har jo sett litt film.”*

På spørsmål om på hvilket tidspunkt det gikk opp for informantene at personen som var livløs hadde fått hjertestans, var svarene svært delte. De som hadde levd med hjertesykdom i familien skjønnte det raskt. Tilsvarende var det med informanten som var godt trent i HLR og som tidligere hadde bistått med hjelp til personer med hjertestans i yrkessammenheng. Imidlertid hadde flere av informantene ikke forstått at hjertet hadde stoppet før et stykke ut i forløpet. En informant uttrykte det slik:

”Nei, jeg tolket det ikke som at han har en hjertestans jeg. Når jeg så han, så syntes jeg bare jeg så en mann som var død, rett og slett. For det at han så død ut der han lå. Han hadde ikke bevegelse og han var helt blå og hendene var helt sånn gummiaktige, hvite, litt sånn som de blir, og øynene var liksom helt sånn glassaktige og jeg trodde jo at han var død når han lå der.”

En annen av informantene hadde utført HLR, men forstod likevel først i ettertid at hendelsen dreide seg om hjertestans:

”Jeg skjønnte at han fikk et hjerteinfarkt. Det gjorde jeg. Og du kan si at hjertestans kom de jo og fortalte etter at de hadde stabilisert ham og tatt ham av gårde til sykehuset. Da fortalte de at... Nei, det var ikke riktig. Nei, den ene av ambulanspersonalet ringte til sønnen min, og sa at han måtte komme, hva er det med ham. Så sa hun, akkurat nå så står hjertet hans. Det var jeg uforberedt på, ja.”

Andre informanter illustrerer ved sine utsagn hvor mangel på pusting betyr for sin opplevelse og forståelse av den kritiske situasjonen:

”Altså, jeg så han ble blå. Og det tydet jo på at da får han ikke luft, for å si det sånn da. Så det var det som gjorde at vi begynte med HLR på ham, det var det.”

W: "Hvordan forstod at det var hastverk?"

I: "Selvfølgelig gjorde jeg det. Jeg så jo at han ikke pustet eller noen ting. Når jeg dyttet sånn, så fikk jeg hodet sånn og så kjente jeg på pusten, og så kjente jeg ikke pust. Så forstod jeg jo at det var alvorlig. Jeg gjorde jo det. Så jeg måtte jo bare gjøre det jeg kunne."

Ingen av informantene hadde sett for seg at de noen gang skulle yte livreddende hjelp i forbindelse med en hjertestans. De hadde likevel forestilt seg i en situasjon hvor de var de første til et skadested etter en trafikkulykke. De hadde spurt seg selv og fundert på hvordan de kom til å reagere hvis de noen gang skulle komme i en slik situasjon:

"Men vi har jo sett bilder fra store ulykker, og da har jeg tenkt mange ganger på det hvis jeg var bil nummer én etter en trafikkulykke, hvordan i all verdens rike hadde jeg reagert da, hadde jeg klart å gjøre dette her riktig? Og samlet meg til det?"

Flere av informantene hadde ikke på noen måte tenkt at de skulle oppleve at noen i familien eller i deres nærhet skulle få hjertestans.

"...og da hadde legen spurt: er du 67? Ja det er fantastisk, at alt fungerer. Ikke hadde han høyt blodtrykk, ingenting som tydet på at han skulle feile noen ting som helst."

"Men jeg har aldri sett for meg at jeg skulle og aldri tenkt tanken om at jeg skulle finne noen når jeg var ute på joggetur, det har jeg bare ikke tenkt over at det skjer så ofte, og det gjør det vel heller ikke."

Kontakten med AMK var tydelig viktig for informantene.

"Men i og med at vi fikk kontakt med medisinsk nødtelefon, så veiledet de deg og. Veldig bra sånn at du trengte på en måte ikke lure så veldig."

4.3 Normativ plikt

Flere av informantene brukte uttrykket "plikt" om det å yte HLR uten at uttrykket var presentert for dem på forhånd. Ingen oppgav at de ville ha nølt med å gi HLR til mennesker som var svært forskjellig fra dem selv i utseende eller sosial status. Informantene mente at de selv og andre skulle handle i tråd med det de opplevde som en forpliktelse: Å redde liv:

”Jeg må si at uansett hvem det er så har du en plikt til å hjelpe, samme hvem det er når det er sånne situasjoner. Jeg tar det som en selvfølge at du gjør det, enten det er sånn eller sånn. Så, nei det er klart at det er jo, det er jo kjekt å tenke på etterpå at du har vært med på å berge et liv, det er jo det selvfølgelig, så men som sagt, jeg mener det at det er en selvfølge at en prøver å gjøre så godt du kan i en sånn situasjon du kommer opp i.”

Alle informantene formidlet uttrykk for at en har plikt til å starte HLR i situasjoner tilsvarende det de selv hadde opplevd. Informantene brukte i hovedsak uttrykk som ”skal hjelpe” med vekt på ”skal” mer enn ord som ”bør” selv om også det ble benyttet:

”Vi burde jo ha ansvar for hverandre, vi burde jo ha ansvar for hverandre, vi burde jo det. Men, om det gjerne blir praktisert helt, det hundre prosent, det er jeg litt i tvil om. Vi burde jo ha det.”

Når informantene ble spurt om hva de syntes om mennesker som ikke startet HLR i situasjoner der de opplevde hjertestans, var de lite fordømmende overfor de som hadde unnlatt å starte HLR:

”Det er jo ikke riktig på noen måte at de ikke, hvis de unnlater å gjøre det, men som sagt det kan jo være at frykten holder de vekke, altså de føler seg ikke kompetent til å gjøre jobben, eller prøve å gå i gang ned noen ting. Akkurat det der er litt vondt. Men jeg ville jo ha sagt at det er jo litt feigt å ikke gjøre det.”

En felles oppfatning blant informantene var viktigheten av å prøve å starte HLR. Selv om utfallet skulle bli død var forsøket på å redde liv i seg selv verdifullt:

”... å ikke prøve selv om du gjerne kommer til kort, så har du i alle fall prøvd.”

Imidlertid differensierte informantene svarene etter hva de mente kunne være årsaken til at personer unnlot å gi HLR. Det avgjørende for dem var om begrunnelsen lå utenfor individets råderett eller om vedkommende var motivert av holdninger som informantene betraktet som dårlige. Hadde en ikke klart å handle fordi en fikk panikk, var det en akseptert årsak til unnlattelse av å handle i hjertestanssituasjonen. Bunnårsaken i mangel på medmenneskelighet, var det ikke en anerkjent grunn:

”Men jeg kan ikke synes noen ting, fordi vi er jo så forskjellige. Hvis de ikke starter HLR fordi de ikke synes de har noe med det, så synes jeg det er veldig feil holdning.”

Mens hvis det er fordi de får panikk, så må man forstå det og. Og det er jo verst for dem i etterkant, som da går og tenker på at de kanskje kunne ha gjort noe, og så gjorde de det ikke fordi de ble redde. Men vi er jo så forskjellige, vi reagerer jo veldig forskjellig på sånne sjokkerte opplevelser. Vi gjør jo det.”

En annen av de intervjuede uttrykte det slik:

”...men folk har veldig lett for å bare stikke hodet i sanden og gjøre som om de ikke ser, og så konkludere med at vi kunne ikke gjøre noe for sånn og sånn. Jeg er ikke så sikker på om det er et godt svar. For jeg tror at handler du så har du i alle fall forsøkt å gjøre noen ting.”

Informantene hadde vanskeligheter med å se for seg en tenkt situasjon hvor forbipasserende ikke brydde seg om hjertestansofferet.

”Jeg nekter å tro at folk bare forlater noen uten at de i det hele tatt prøver å kontakte noen folk. Det tror jeg ikke.”

En av informantene undret seg over tilfeldig forbipasserende i hjertestanssituasjonen hadde deltatt i:

”Det kom noen andre forbi der etter hvert. Jeg husker det var noen som bare syklet forbi. De stoppet og spurte liksom hverandre om de var en av våre, nei, og så syklet de videre. Og det var for så vidt greit at ikke alle stoppet opp, men akkurat der og da husker jeg det var litt merkelig at de ikke spurte om jeg trengte hjelp, for å si det sånn.”

I situasjonene hvor det var flere enn en livredder til stede kunne forventninger mellom dem være avgjørende for hvordan de fordelte oppgavene:

”Du kan si at spesielt da jeg kom bort, for at jeg var litt overrasket over at begge de, sånn som jeg husker det [...] men det at begge de to bare stod å så på. Men de hadde åpnet opp jakken på ham, og at han lå klar til hjerte-lunge-redning på en måte altså, men at det var liksom dekket bord og sånn. Det var bare å sette i gang.”

En informant refererte til kommunikasjonen mellom medisinsk nødsentral og henne som hun i ettertid ikke kunne glemme:

W: ”Når du ringte til 113, hva forventet du at de skulle hjelpe deg med?”

I: "Nei, det tenkte jeg ikke over, jeg tenkte bare jeg måtte ha hjelp, men jeg ble litt overgitt når hun sa at: "Det er bare du som kan redde ham". Da fikk jeg nesten panikk!"

W: "Fordi at?"

I: "Hvordan skal jeg klare dette, ikke sant?"

W: "Tenkte du at det er for vanskelig for deg?"

I: "Nei, jeg tenker at hvis ikke jeg gjør rett nå, så klarer han seg ikke, det tenkte jeg med en gang. Så, sånn var det."

Det var vanskelig for informantene å se for seg usikre omstendigheter i hjertestanssituasjonen som ville hindre dem i å yte HLR:

"Du skal jo hjelpe folk som er i nød, tenker jeg. [...] du skal jo være i ganske mye fare for din egen sikkerhet før du begynner å ikke hjelpe andre da."

På spørsmål om hva informantene forventet ville ha hende om de selv hadde fått hjertestans på et offentlig sted, som eksempelvis et kjøpesenter, var alle bortsett fra én overbevist at de raskt ville fått HLR av fremmede. En informant mente at fremmede ville ringe etter ambulans, men unngå å ytterligere foreta seg noe i påvente av hjelp. Noen mente at en høy konsentrasjon av mennesker som er trente i HLR ville bidra til økt livredding. Andre mente at norsk kultur og lovgiving fremmet HLR-aktivitet. Slik formulerte en informant forventningen til at enkelte tar ansvar og yter HLR i offentlig rom:

"Jeg hadde forventet at noen hadde sett og gjort noe med en gang. Det hadde jeg. Men der har jeg store forhåpninger, og det har jeg store forventninger til og med at folk hadde gjort. Men der igjen tror jeg siden, når vi snakker akkurat om det, så tror jeg i Norge og kanskje at der er mer den følelsen, at jeg har større forventninger i Norge at det skulle skje enn om at jeg hadde falt om en annen plass, så vet jeg ikke om at jeg hadde hatt de samme forventningene om at jeg ble reddet."

Informantenes forventning til tanken på å utføre HLR i fremmede land varierte. En informant beskriver:

"Jeg hadde gjort det, hvis jeg hadde kommet til en ulykke for eksempel, og så noe slikt, så ville jeg gitt den hjelpen. Det er vi pålagt i Norge å gjøre, gjøre det man kan. Nå er vel jeg et menneske som handler på impuls. Og da, det kan godt være jeg hadde gjort det i USA også, hvis jeg så et menneske falle om på gaten, fordi at da handler du

instinktivt rett og slett, da tenker du ikke kynisk om at noen kommer og anmelder meg for dette i etterkant.”

En informant, som ellers var tydelig i sin formidling av plikten til å hjelpe, mente han under tvetydige eller utrygge omstendigheter ikke nødvendigvis hadde handlet slik han ville ha gjort under hjemlige forhold:

”Det var trygge omgivelser på en måte, jeg kjente plassen, og det er klart hvis noen hadde, jeg hadde vært i Israel, om noen hadde vært i Jerusalem og noen hadde vært på andre siden av gaten og ropt om hjelp, så er det godt mulig at jeg ikke hadde, eh, både språkmessig og andre ting ikke forstått settingen på en måte, eller at det er faktisk langt i fra sikkert at jeg hadde gjort det samme da. Her var jo vi, det var jo bare meg som kunne høre dem, og da var det litt mer tydelig, og jeg visste jo at i skogen så jogger vi, vi ligger ikke på bakken, for å si det sånn. Eh... Så det er et godt spørsmål, jeg er ikke sikker hva jeg hadde gjort. Jeg... Det kan godt være at jeg ikke hadde gjort noe, for å si det sånn. Men det tror jeg hadde vært... Hvis jeg hadde vært, forstått settingen i den plasseringen, forstått hva dette handlet om, om liv og død, så hadde jeg sprunget bort, men jeg tror det er jo mer at jeg hadde ikke forstått hva det gikk i. Vanskelig å sette seg inn i, men...”

Som et uttrykk for normativ plikt, mente et par av informantene at siden de ufrivillig hadde havnet i hjertestanssituasjonen, så skulle en gjøre den jobben som det krevdes:

”Så jeg, jeg så liksom for meg at det var jeg som skulle gjøre den jobben siden at det var jeg som var kommet i den situasjonen”.

Informantene uttrykker at de ikke ønsket seg noe oppstuss rundt HLR i ettertid av hendelsen. Nærmere bestemt, informantene hadde ingen forventninger om ros, men om anerkjennelse og støtte fra sine nærmeste. De var opptatt av å dele æren for at hjertestansofferet overlevde med andre, enten det var andre som deltok med HLR eller personalet på medisinsk nødtelefon.

”I ettertid så har jeg følt at det er godt at du kan gjøre noe godt for noen, men jeg trenger ikke å glorifiseres for det. Altså, ikke sant: Folk må jo kunne gjøre gode ting uten at det skal bli så voldsomt stort ut av det.”

En informant fikk en kostbar gave som takk for at han var med på å redde livet til en bekjent. Det opplevde han som ubehagelig, men tok i mot ettersom han forstod hvor mye det betød for

giveren å kunne gi noe tilbake etter den livgivende hjelpen fra informantene:

”Men jeg har jo fått reaksjon fra han selv som var mer enn flott hadde jeg nesten sagt. For det var nesten som jeg følte meg litt lite vel for han kom som takk for hjelpen med (en gave). Men så ville jeg ikke ta i mot dette her, det hadde holdt med en blomst, det er jo flott nok at han lever hadde jeg nesten sagt, for meg,”

På spørsmål om informantene kunne tenke seg faktorer i livet deres som hadde vært med på å forme holdningene deres slik at de startet med HLR gjentok elementer fra oppvekst seg:

”Vi skal hjelpe. Altså, hvis du tar det inn i en helt annen setting, så ble vi veldig uglesett av mor hvis vi var på besøk hos noen og fikk servert middag og bare satt etterpå, for det minste vi kunne gjøre var å hjelpe til og rydde når de hadde brukt tid på å lage mat, ikke sant? Sånn at du skulle være hjelpsom overfor andre hvis de trengte hjelp til noe. Så kanskje det indirekte følger deg i andre settinger og.”

4.4 Selvtillit

Enkelte av informantene opplevde det å gi HLR var en impulshandling hvor de ikke tenkte i det hele tatt, men bare handlet:

”Det var sånn direkte impulshandling. Da tenkte du ikke i det hele tatt. Så jeg tror at det er med på å styre at du gjerne handler i stedet for å tenke, for å si det sånn.”

Å gi HLR medføre hardt press brystkassen hjertestansofferet. Handlingen er fysisk krevende, men informantene mente de hadde klart det uten problemer. En av dem slår fast at han kunne klare HLR i alle tenkbare situasjoner med utsagnet:

”For så pass mye vet jeg nå i dag at det skulle jeg ha taklet uansett hvem det var.”

En av informantene som hadde hjulpet i form av å kommunisere med medisinsk nødtelefon hadde tvilt på sin egen evne til å gi gode hjertekompresjoner i hjertestanssituasjonen men opplevde ellers å håndtere situasjonen på en god måte:

”Og det var jo det jeg slet mest med å tenke at jeg er jo ikke sterk i det hele tatt, jeg klarer ikke dette her, jeg er ikke sterk nok rett og slett. Men så hadde vi på jobb etterpå [...] Vi holdt jo på med disse dukkene og holdt på med munn til munn og hjertekompresjon og hjertestarter. Og da sa jeg at jeg nølte med tanke på at jeg ikke var

sterk nok. Jeg tenkte nok at han var fysisk mye sterkere enn meg. Men når jeg da gjorde det på den dukken, så sa han at det trenger du aldri og tenke på for du er mer enn sterk nok. Så det var ikke et problem.”

Flere av informantene opplevde at kontakten med medisinsk nødtelefon var avgjørende for hvordan de kom i gang. En av dem beskriver det slik:

”Da forteller hun meg hva jeg skal gjøre, så gjør jeg det. Rett og slett.”

En informant mente han ikke hadde klart å utføre livreddingen slik han gjorde uten hjelpen han fikk fra medisinsk nødtelefon. En annen informant mente hun hadde startet HLR uten hjelp fra medisinsk nødtelefon, men at veiledningen deres betydde mye for hvordan hun utførte den:

”Men jeg vet jo det at jeg hadde jo gjort det selv om jeg ikke hadde fått kontakt med dem. Men det er jo det du gjør, du ringer først 113, for å gi beskjed at de må komme og hente mannen min, ikke sant? Det er det første du gjør, å ringe etter en ambulanse, og da var jo hun på tråden. Og det er jo klart at det var til en enorm hjelp for meg. Med den rolige sindige stemmen som forteller meg hva jeg skal gjøre, det er jo klart at det er en fantastisk hjelp i en sånn situasjon. For det første føler du deg ikke så alene, og du har en stemme som gir deg instruksjoner og uten å heve stemmen et eneste hakk. Og hun hører jo panikken i min, ikke sant? Det er jo klart at hun gjør. Så det var en fantastisk hjelp, all ære og hatten av.”

Bortsett fra informanten som hadde trening i HLR som en del av yrkesutøvelsen sin, tenkte ikke informantene på noe tidspunkt at de skulle ha en tilgjengelig hjertestarter i hjertestanssituasjonen.

En effektiv hjertekompresjon vil som regel føre med seg ribbensbrudd hos den som har fått hjertestans. Det kan tenkes at noen vil vegre seg fra å gi den kraften en effektiv hjertekompresjon uunngåelig vil medføre. Imidlertid hadde ingen av informantene vært redde for at de skulle påføre skade i en slik grad at de ville ha unngått å gi HLR. Kunnskap de tidligere hadde tilegnet seg og informasjon fra medisinsk nødtelefon bidro til at de fortsatte livreddingen, selv etter at de kjente at ribben brakk under hendene deres:

”Jeg hadde hørt at om du lett knekker ribbein når du gjør HLR, og det gjorde jeg. Jeg kjente at jeg hadde gjort det på han, men etter det tenkte jeg ikke over det. Jeg tenkte

mer over det etterpå, om jeg hadde gjort noe feil eller gjort noe verre enn det jeg skulle, men ikke da jeg hadde satt i gang. Da var det helt andre ting i tankene tror jeg.”

Alle informantene mente at de vil mestre det å gi HLR om de skulle atter en gang bli utsatt for en hjertestanshendelse.

4.5 Omgivelser

Informantene hadde klare, men ulike forventninger til hva medisinsk nødtelefon skulle bidra med i hjertestanssituasjonen. Først og fremst skulle de så raskt som mulig sende profesjonell hjelp til stedet. Enkelte ville at medisinsk nødtelefon skulle fortelle hva en som livredder skulle gjøre frem til tidspunktet hvor hjelpen var på plass:

”Forventningene var hundre prosent at de kom til å hjelpe. For jeg visste at når (navn) og ambulansen kom, så var han i bedre hender enn hva han var hos meg.”

Informantene forventet at medisinsk nødtelefon skulle spørre etter opplysninger som de trengte for å utføre god HLR og at de skulle kommunisere på en måte som virket veiledende og beroligende:

”Men det hun sa, det å få ham ned på gulvet, og begynne med hjertekompresjon, det fikk jo meg selvfølgelig til bare å høre på henne, og det tror jeg rett og slett at jeg forventet at det skulle hun hjelpe meg med.”

Hjelpen informantene fikk fra medisinsk nødtelefon overgikk deres forventninger:

”Men på en måte så forventet jeg ikke så mye av 113 som jeg fikk heller. Altså jeg bare ringte som sagt for å få hjelp egentlig, og så var det de som overpresterte i forhold til mine forventninger, så jeg hadde nok forventet at de sendte folk, men jeg tror kanskje ikke at de hadde forventet å få så mye hjelp.”

Informantene ble spurt om de kunne tenke seg hva de hadde gjort i en situasjon med hjertestans tilsvarende den de hadde opplevd, men i et fremmed land oppga de ringing til nødnummer som løsning:

”Og så hadde jeg nok ringt 113, jeg hadde nok ikke visst om noe annet å ringe.”

Informantenes forventninger til ressursbruk i hjertestanssituasjonen varierte imidlertid. De hadde en klar oppfatning at profesjonelt ambulanspersonell skulle bli sendt til dem, men var

overrasket av at flere enn en ambulanse kom til stedet. I et tilfelle ble det uttrykt en forventning om ytterligere ressursbruk:

”Ja, 113 skal jo være spesialister på HLR, så vi måtte jo få ham av gårde så fort som mulig. Jeg vet jeg spurte datteren om de sendte helikopteret, for det er jo et stykke, for datteren stod med telefonen med 113 i telefonen, og så liksom gav de råd og hun gav råd videre til meg. ”

En av informantene uttrykte en forventning om at ambulanse måtte bli sendt fordi han ville det slik:

”Det var jeg sikker på at ble gjort, med en gang, så det var vel i grunnen han (navn) som sa det til sønnen, ring til, få ut ambulansen så fort som mulig.”

Dårlig nettverksdekning for mobiltelefon eller manglende mobiltelefon ble av flere vurdert til å være et element de mente kunne ha innvirkning på hvordan de ville utføre HLR. Mangel på mobildekning eller nettverksdekning ville ha skapt utfordringer i forhold til å kontakte hjelp. Kommunikasjonen med medisinsk nødtelefon hadde vært svært viktig for dem, og uten denne tenkte de at det var uvisst hvordan utfallet hadde blitt.

Bortsett fra én informant, mente alle at om de selv hadde falt om på et offentlig sted som eksempelvis et kjøpesenter i Sør-Rogaland ville umiddelbart lekfolk gitt HLR til dem. Noen av informantene var ikke like sikre på om familiemedlemmene sin innsats med HLR om de skulle få hjertestans hjemme. De begrunner dette i manglende kunnskap eller skral helse hos sine pårørende:

”Det tror jeg hadde skjedd på et kjøpesenter. Der er det masse folk. Men jeg vet ikke om det hadde skjedd om jeg hadde falt om i (navn) skogen når springer. Der kunne jeg likeså tenkt at jeg kanskje, hvis det var midt ute i skogen, at folk hadde heller sprunget ut av skogen for å finne hjelp, enn at de hadde stoppet for å starte gjenoppliving.”

Informantene opplyste at de ikke hadde spesielle forventninger til andre som deltok i hjertestanssituasjonen de hadde vært i, men beskrev samtidig hva disse andre hjalp til med på en måte som om handlingen var så selvfølgeleg at det derfor ikke var verd å nevne som en forventning. Det kunne være å ringe medisinsk nødtelefon, kommunisere med dem og videreformidle råd eller vise vei for ambulansen:

”Jeg føler egentlig at de stilte meg spørsmål, og de sa ting til meg som jeg skulle

gjøre. Jeg sa de videre til han andre og han utførte det fysiske, han spurte meg igjen, og jeg spurte dem, så det var liksom en kjede frem og tilbake og det var ingen problemer med kommunikasjon med dem i det hele tatt.”

I et oppfølgingsspørsmål om de kunne tenke seg personene som de samarbeidet med om livreddingen skulle ha motsatt seg å utføre oppgaver, var det en utenkelig problemstilling for dem.

I hjertestanstilfellene der det var to informanter som startet HLR, oppgir tre av fire at den ene inntar en ledende rolle i livreddingen. I det ene tilfellet var det en naturlig fordeling på grunn av kunnskap om HLR og i det andre tilfellet var det alder som var avgjørende for hvem som tok initiativ til ledelse av situasjonen.

Informantene hadde beskjedne forventninger til respons fra andre:

”Og det hadde jeg ikke tenkt å gjøre heller, men jeg hadde ikke noe sånn ytringsbehov ut over de nærmeste, å si noe, og da forventet jeg det jeg fikk, at de var selvfølgelig imponert over at det gikk godt, og skrøt mye over det.”

Det var vanskelig for informantene å tenke seg at de noen gang skulle få negativ respons på deres HLR. En fjern tanke for en av informantene var at kanskje utfallet av gjenopplivingen kunne påvirke reaksjonene. I et tenkt tilfelle hvor hjertestansofferet døde kunne det kunne komme reaksjoner av en negativ art. En informant mente imidlertid at det kunne kjennes ubehagelig å ikke vite om hvem i nærmiljøet som hadde kjennskap til det hun hadde opplevd:

”Men jeg gikk etterpå og tenkte når jeg handlet og litt sånn noe, så vet jeg at jeg gikk og tenkte at: Åh vet folk, eller er det noen som vet? Det er litt sånn, visste ikke hvem som visste eller ikke visste, så det var litt sånn, jeg hadde litt lyst til å gjemme meg bak noen hyller av og til, jeg følte meg litt sånn ukomfortabel.”

En av informantene så for seg at språkproblemer kunne utgjøre et problem i kommunikasjonen med et nødnummer i utlandet. For å sitere informanten:

”En kan snakke ferieengelsk og jobbengelsk, men ”sykdomsengelsk” ville by på problemer for å gjøre seg forstått”.

Men informantene mente uansett at de ville klare å formidle at noe var galt og et menneske

var i nød:

”Jeg tror i alle land forstår man ordet hjelp. Om man gauler høyt nok.”

Informantene var veldig tydelige på at de hadde hjulpet til i en hjertestanssituasjon med fremmede mennesker om de hadde opplevd det i utlandet:

”Ja, jeg ville nok i alle fall gått bort for å sjekke personen og prøvd å finne ut om hva som var problemet. Det tror jeg hadde gjort uansett hva som helst situasjon det var. Jeg hadde nok det. Jo, det tror jeg at jeg kan si, nesten hundre prosent sikkert at jeg hadde.”

Ingen av informantene kunne umiddelbart tenke seg noen negative reaksjoner på det å utøve HLR, heller ikke om de hadde utført HLR i et annet land. Ingen nevnte tenkbare rettslige forfølgninger som konsekvens av HLR-handlingen. Men tre av dem var, til dels på bakgrunn av erfaringer fra andre land, skeptiske omkring forhold knyttet til utøvelsen av HLR i utlandet. To av informantene kunne se for seg situasjoner hvor de hadde nølt med å yte HLR. Begge så for seg hendelser som var relatert til fremmede steder hvor situasjonen var vanskelig å tolke. Den ene av disse informantene tenkte hun hadde nølt med umiddelbar HLR hvis hun hadde vært alene på et øde sted i mørket på sitt eget hjemsted. Hun mente at kanskje kvinner tenkte mer på slike ting enn menn ettersom de er i større fare for å bli utsatt for voldtekt.

Andre uttalelser fra informantene kan relateres til tiden etter de startet HLR og gir et bredere bilde av den følelsesmessige betydningen familie, venner og andre i omgivelsene har for HLR-utøveren:

”Jeg må jo si at det var veldig kjekt å treffe den som det gjaldt i ettertid, ikke nødvendigvis for å takke deg så voldsomt for dette her, men det var litt mer for å bytte ut bildet, for jeg hadde et veldig bilde i hodet av den personen, som lå på marken, og det bildet var ikke noe fint bilde. Altså når du så slik de så ut da, det har brent seg litt på netthinnen, og jeg hadde lyst til å bytte det ut med et levende bilde.”

”Jeg har jo vært med på mitt livs største drama, det er ingen som står og tar fatt i meg etterpå og gir meg en hjelpende hånd. Hvor skal jeg gjøre av frykten min, og den reaksjonen, jeg får jo en reaksjon, det er jo helt naturlig, men det er jo ingen, altså, jeg hører om støttegrupper for pårørende når det gjelder andre ting, og jeg har undersøkt litt, og det er veldig lite støtte å få for en slik situasjon som akkurat en er

helt uforberedt på at en kommer opp i. Så det har jeg savnet. Og så er det at jeg føler at jeg ikke kan belaste han med det og hvor mye skal jeg fortelle ham om dette her, blir han engstelig av dette her, det er mitt anliggende hele veien å skjerme han, men jeg har hatt en veldig tøff, tøff økt altså.”

”Men du kan si det er altså mannen din som ligger der og det er det kjæreste du har, og ja, det blir veldig, veldig vanskelig når, når du endelig tør å ta det inn, når det siger inn over deg, hva en egentlig har opplevd. Så det båndet jeg har spilt og spilt og spilt i hodet mitt og så er det dette her med å prøve å få blåst ut et sted [...] Det er noe av det samme, du skal liksom sette noe på plass som du aldri har opplevd før, og jeg føler det ble litt tomt. Jeg havnet ut i et vakuum som jeg ikke var klar over at jeg ville bli værende i for en stund. Men det kommer seg nå, men jeg har savnet veldig noen som kunne fortelle meg at det var normalt eller hvor mye jeg kunne snakke med [...] om dette her, ja, altså alle disse tingene.”

”Vi stod jo nokså utslitt der etterpå og kjørte hjem hver til vårt. Da jeg kom inn dørene fikk jeg en skikkelig reaksjon. Så da satt jo mannen min og lurte på hvor jeg hadde vært så lenge, og jeg begynte å grine og knakk sammen. Han trodde jeg hadde blitt angrepet.”

5 Diskusjon

Inndelingen i diskusjonskapittelet følger inndelingen i resultatkapittelet: Verdier, kunnskap, normativ plikt, selvtillit og omgivelser(jf. fig.1). Følgelig, under hvert delkapittel gjenintrodueres det enkelte forskningsspørsmål med kortfattet hovedtrekk av funn. Påfølgende refleksjon rundt funn og kobling til teori og annen forskning danner diskusjonen.

5.1 Verdier

Forskningsspørsmål: *Hvilke verdier kan ha påvirket livredderens vilje til å starte HLR?*

Informantene mente at det å være medmenneske og å hjelpe hverandre i nød skapte en gjensidig avhengighet. På spørsmålet om vi har et felles ansvar for hverandre i samfunnet uttrykte flere av informantene et ønske om at det skulle være slik mer enn en overbevisning om at det faktisk er slik. Enkelte oppga at de ville fått samvittighetsproblemer om de hadde unnlatt å hjelpe i en hjertestanssituasjon. Alle informantene uttrykte at det var ubetydelig hvem hjertestansofferet var for deres HLR-innsats.

Hjertestanshendelsen var en spesiell erfaring som gjorde dypt inntrykk på informantene. Funnet samsvarer med andre forskningsresultater [4]. Imidlertid viser denne studien at livredderne, til tross for et positivt utfall hvor hjertestansofferet overlever, gjennomgår hendelsen gang på gang og spør seg selv om de kunne ha gjort noe bedre. Sannsynligvis er dette et uttrykk for bearbeidelse av hendelsen, men det kan også være resultat av egen vurdering om det å handle i tråd med sine verdier og overbevisninger om hva som var rett å gjøre i hjertestanssituasjonen.

Det er ikke grunn til å tro at informantene i denne studien har utpregede andre verdier som omhandler medmenneskelighet og ønske om å hjelpe hverandre enn hva en vil finne i andre samfunn. Å leve i et samfunn forutsetter at mennesker oppfører seg i sosiale sammenhenger på en måte som gagnar flere enn individet selv. Gjensidighet mellom individer i samfunn er altså nødvendig for at det skal fungere. Slovic mener at individer vil motiveres i sine til å bevare fundamentale bånd knyttet til andre mennesker [51]. Uttalelsen kan forklare viljen til HLR mellom kjente, men ikke mellom mennesker som er ukjente for hverandre. Imidlertid samsvarer funnene med Axelssons, hvor hun mener at medmenneskelighet er en universell

verdi [3]. Likevel oppstår det et paradoks om en skal legge Axelssons betraktning om medmenneskelighet til grunn som en forutsetning for å gi HLR, fordi dette følgelig ville bety at innbyggerne i Sør-Rogaland bryr seg mer om hverandre enn mennesker andre steder i verden med lavere HLR-deltagelse. Dette ville igjen bety en høyere HLR-deltagelse blant ektefeller enn ellers i befolkningen. Andre studier tyder på at slik er det ikke. Eksempelvis finner Waalewijn at langt fra alle familiemedlemmer blir forsøkt gjenopplivd [16].

Utsagn fra informanter i min studie tyder på at hjertestansofferets utseende eller sosial tilhørighet er ubetydelig for at det ytes HLR. Likevel må det tas i betraktning at utsagnene fremkommer av mennesker som lever i Sør-Rogaland som er et demokratisk, homogent og velstående samfunn med små sosiale skillelinjer [58] Derav er sjansen stor for at hjertestansofferet er relativt likt informanten selv. Med andre ord vil det være relativt få sosiale og språkmessige barrierer mellom individene i Sør-Rogaland. En slik situasjon kan tenkes å påvirke følelsen av forutsigbarhet i usikre situasjoner på en slik måte at gjenkjennelse kan føre til handling. (Dette emnet blir omtalt ytterligere under pkt 5.5)

Samtlige informanter oppga å være opptatt av handling når de står overfor utfordringer som krever deres hjelp, som i en hjertestanssituasjon. Det å ta ansvar og å gjøre noe var viktig for dem. Således kan handling i denne studien knyttes til verdier. Lipshitz og Strauss mener at handling kan være en måte å redusere usikkerhet på i risikofylte situasjoner [46]. At HLR i etterkant av en hjertestanshendelse var riktig å gi er enkelt å fastslå. Imidlertid kan handlingen også forklares fra et teoretisk ståsted som en måte å redusere usikkerhet på.

Japan er på lik linje med Norge et kunnskapssamfunn, men bidrar langt fra med like mye HLR av lekfolk [23]. Japan er strengt hierarkisk samfunn, mens det norske kan betraktes som lite hierarkisk i sin struktur. Dette kan ha konsekvenser i beslutningssituasjoner. Nærmere bestemt, i Norge har arbeidsliv og andre arenaer ofte beslutningsmyndighet delegert til et lavt nivå. Enkeltmennesket har mulighet for påvirkning i politiske og sosiale sammenhenger. Tatt disse faktorene i betraktning kan enkeltindividet oppleve at det har en stor grad av bestemmelsesrett og at utfall av hendelser er knyttet til, eller avgjørende for ens beslutninger. I en svært alvorlig situasjon som en hjertestans er, blir det er opp til individet selv å avgjøre om vedkommende skal starte HLR. Medisinsk nødtelefon kan veilede, men avgjørelsen tas av individet eller individene. En kan tenke seg at mennesker som er vant med å ta beslutninger

kan lettere kan avgjøre om de skal starte HLR eller ikke sammenliknet med andre med mindre beslutningsmyndighet.

Oppsummering: En verdsetting av medmennesker og ønske om å hjelpe hverandre i form av aktiv handling er sentralt for viljen til å starte HLR.

5.2 Kunnskap

Forskningsspørsmål: *Hvordan virker kunnskap inn på viljen til å starte HLR?*

Informantene hadde tilegnet seg kunnskap om HLR på varierende måter, fra regelmessige kurs i jobbsammenheng til tilfeldige scener fra underholdningsprogrammer på TV. Selv om de fleste informantene ikke oppsøkte reportasjer i noe medium som omhandlet livredding, har essensen i budskapet festet seg hos dem. Imidlertid kunne det fra informantenes utsagn se ut til at all kunnskap var god kunnskap, hvor selv beskjedne innslag om HLR i ellers useriøse sammenhenger (som TV-underholdning) kom til nytte i hjertestanssituasjonen. Eksempelvis oppgav en av informantene at hun aldri hadde trent på HLR, men hendene hennes fant likevel riktig plass på brystkassen til hjertestansofferet. Klein sier at kunnskap kan bli tilgjengelig via ”snarveier” (heurstikker) i situasjoner hvor der er behov for å handle raskt [49]. Således er det grunn til å tro at medier som ikke har til hensikt å formidle kunnskap om HLR, likevel kan ha en utilsiktet positiv effekt. Underbyggende for dette, finner Nielsen at fjernsyn er et sterkt medium som kan påvirke menneskers holdninger og adferd i blant annet hjertestanssituasjoner [68]. Det grunn til å tro at ikke bare kunnskap om hvordan en skal utføre HLR, men også holdningen til å utføre HLR lar seg påvirke gjennom bruk av media.

Ingen av informantene i denne studien oppga at de var redde for å skade den som var rammet av hjertestans, og grunnga dette ut fra kunnskap de hadde tilegnet seg, inkludert kunnskap gjennom medisinsk nødtelefon mens de utførte livredding. Flere studier oppgir mangel på kunnskap som en av årsakene til at mennesker unnlater å starte HLR [15-18]. Så hvordan kan vi forklare at flere av informantene i denne studien aldri hadde trent på HLR, men utførte det likevel i en virkelig hjertestanssituasjon? Resultatene kan samsvare med Axelssons konklusjon om at det mest betydningsfulle grunnlaget for å starte HLR er hjelperens grunnleggende verdi om menneskelighet. Denne verdien mener hun ikke lar seg innprente

gjennom trening [3]. I en studie av Nolan ble det ikke funnet sammenheng mellom motivasjon til å gi HLR og kunnskap om HLR [24]. Axelsson tar resultatene fra studien til inntekt for et syn som hevder at utbredt HLR-trening og HLR-ferdigheter ikke vil øke frekvensen av livredding ved hjertestans så lenge det ikke er en vilje til å hjelpe [3]. Det kan med dette synes som om Axelsson betrakter vilje utelukkende som en personlig egenskap hos individet og konkluderer med at psykologiske faktorer er vel så viktige i det å forstå hvorfor mennesker starter HLR som kunnskap og trening. Ulike former for usikkerhet er velkjente årsaker til at mennesker ikke starter HLR [15-18]. Imidlertid kan trening på HLR gi økende grad av forberedthet i hjertestanssituasjoner. Sannsynligvis vil både vilje og mot kunne påvirkes av økt grad av forberedthet.

Flere av informantene brukte tid på å forsikre seg om at pasienten virkelig trengte HLR. Selv om noen av dem hadde kunnskap om HLR behøvde de å kommunisere med medisinsk nødnummer for å få bekreftet av profesjonelle medisinske veiledere at situasjonen var kritisk for hjertestansofferet. Det kunne virke som om det var en viss barriere for enkelte av informantene til å starte HLR. I følge Lipshitz og Strauss er det å innhente informasjon en velkjent strategi for å redusere usikkerhet [46]. Således er veiledningen av medisinsk nødtelefon av stor verdi for mennesker som gir HLR.

I andre sammenhenger enn ved hjertestans vil det å trykke brystkassen på et menneske fem centimeter ned hundre ganger i minuttet og med sannsynlig brudd på ribben som følge, bli opplevd som utøvelse av vold. Med andre ord kan det tenkes at mennesker som opplever hjertestans i deres nærhet, har et ønske om å være tilnærmet sikre på at HLR-handlingen de utøver er nødvendig og forsvarlig. Ifølge informantenes kommunikasjon med medisinsk nødtelefon virker det som de forsikret seg om at HLR var en trygg og riktig handling som de stolte på. En forutsetning for at et menneske under frie omstendigheter skal frivillig foreta seg noe som en ukjent person via en telefonlinje sier, er tillit til at det som formidles er riktig. Dette tillitsforholdet forklarer hvorfor enkelte av informantene, som aldri før i sitt liv hadde trent på brystkompresjon, åpenbart kom raskt i gang med HLR og utførte det på en god nok måte. Således kan en profesjonelt bemannet medisinsk nødtelefon, med høy tillit fra befolkningen til deres kompetanse, kompensere for manglende kunnskap.

Flere av informantene forstod først lengre ut i forløpet av den kritiske hendelsen at personen i deres nærhet hadde fått hjertestans. Selv ikke etter å ha utført HLR var dette i deres

bevissthet. Det kan fremstå som ulogisk at et menneske utfører HLR på en person, med komprimering av brystkasse, uten likevel å være klar over at hjertet hos personen har stoppet. Blant informantene var vedkommende som hadde jevnlig HLR-trening og utøvde HLR i sitt yrke den som tidligst oppfattet at det var hjertestans som var årsaken til at personen hadde falt om. Det kan tyde på at kunnskap om HLR er essensielt for å forstå hva som skjer i en hjertestanssituasjon, men ikke avgjørende for å starte livredding. Imidlertid er det et interessant aspekt at nesten alle informantene oppga at personen de foretok HLR på hadde unormal pusting eller hadde stoppet å puste. Når informantene konstaterte dette, visste de at livet til hjertestansofferet stod på spill, at det hastet med å få hjelp og de startet HLR. Tankerekken kunne gjøres uten at de hadde en bevissthet om hjertestans. Således er det nærliggende å tro at lekfolk relaterer pusting til liv, og fravær av pusting til død eller fare for død. Å puste er noe en kan se med det blotte øye, en kan høre det og føle det, mens en må tolke signaler om opphør av hjertestansfunksjon for å forstå at hjertet har stoppet. Dermed er det forståelig at tilegning av kunnskap og tolkning av flere signaler kan være en prosess som tar tid for å danne forståelsen om hva situasjonen egentlig dreier seg om.

Ingen av informantene hadde noen gang tidligere utført HLR på et menneske og hadde varierende grad av HLR-trening og kunnskap. Således hadde informantene lite innsikt om HLR som kunne hjelpe dem i hjertestanshendelsen og som kunne forklare hvorfor de startet HLR. Felles for flere av informantene var imidlertid at de hadde sett seg selv som først til et skadested etter en ulykke med behov for deres livreddende hjelp. Deres forestillinger står i kontrast til virkeligheten hvor hjertestans skjer hyppigst, nemlig i hjemmet [18]. Årsaken til at informantene hadde en større opplevelse av risiko for å skulle erfare hjertestans i trafikken enn hjemme, kan være holdningsdannende effekt av lovgivingen i Norge (veitrafikkloven § 12) som pålegger alle som befinner seg i nærheten av en ulykke om å hjelpe. Fordi det døde mange flere personer i trafikken for 20-30 år tilbake (469 døde i 1986 mot 194 døde i 2010), kan trafikkulykker med livstruende skader fortsatt regnes som en vanlig årsak til dødsfall i Norge i befolkningens bevissthet [69]. De fleste mennesker kan dessuten føle at de har kontroll over hva som skjer i hjemmet med kjente mennesker rundt seg sammenlignet med utallige aktører i trafikken. Dessuten har det i medias fremstilling av plutselige hjertestanshendelser blitt skapt et uriktig bilde av det offentlige rom som det vanligste området å få hjertestans på [14]. Skjevheter som dette kan tenkes å ha betydning for holdninger til HLR.

Oppsummering: Informantene hadde varierende grad av HLR-trening men alle bruker det de kommer på, har hørt og sett om HLR og bruker det i praktisk handling fordi de vet det reduserer risiko for død.

5.3 Normativ plikt

Forskningsspørsmål: *Hva kan forklare at livredderen oppfatter det som en plikt å starte med HLR?*

Informantene uttrykte forståelse for at mennesker kunne unnlate å utføre HLR i hjertestanssituasjoner tilsvarende deres egen opplevelse. De mente at årsakene til valget av ikke å starte HLR kunne være mangfoldige. Samtidig uttrykte de at enkelte årsaker til unnlattelse var forkastelige, som for eksempel å anse det slik at et hjertestansoffer ikke angår dem. Alle informantene mente at en i det minste burde forsøke å gi HLR, utfallet kunne en ikke styre uansett.

Informantenes utsagn kan tolkes dit hen at de ønsker å ha en raus holdning til mennesker som av ulike grunner ikke klarer å håndtere en hjertestanssituasjon like godt som de selv har gjort. Det er rimelig å anta at informantene har kjent på stresset og den krevende utfordringen det er å gi HLR, noe som har utviklet deres forståelse for at enkelte kan få panikk når de opplever hjertestans i deres nærhet. Å trekke seg bort fra hjertestanssituasjonen, eller å unnlate å gjøre noe fordi en får panikk, er forståelig for dem og i tråd med Weick som mener at mengden motstridende meninger kan være årsak til unnlattelse av handling [50]. Informantene er imidlertid opptatt av det normative aspektet av plikt, altså et kategorisk imperativ som kan tolkes i denne sammenhengen til at *en uansett omstendighet skal* yte livreddende hjelp når det behøves. De etterlyser på mange måter ”den gode viljen” (jf. Kant) [59] ved å insistere på at man skal uansett prøve å gi HLR. Insisteringen på å gi HLR er også et element som vektlegges i veiledningen gjennom medisinsk nødtelefon. Systemet er med andre ord avhengig av at befolkningen har ”den gode viljen” for at denne delen av helsesystemet skal operere optimalt.

Ellers i samfunnet vil enkelte stille seg skeptisk til at alle hjertestansofre skal forsøkes gjenopplivd og hvor et kategorisk imperativ til HLR vil være lite hensiktsmessig. I helsesektoren er dette en pågående debatt med både etiske og økonomiske dimensjoner om

hvor man skal sette grenser for behandling av alvorlig syke mennesker og på den måten kunstig forlenge livet. Men en plikt til å gi HLR til mennesker som får plutselig og uventet hjertestans i sin umiddelbare nærhet kan utmerket godt holdes utenfor en slik debatt, her snakker en om en grunnleggende plikt til å gi et medmenneske hjelp.

Samtlige informanter mente at en skulle starte HLR ved hjertestans uansett hvem hjertestansofferet var og brukte uttrykk som ”plikt”, eller ”skal” for å understreke deres oppfatning. Alle ville ha gitt HLR til mennesker som var svært forskjellig fra dem selv: etnisk bakgrunn, sosial status eller om de var rusmisbrukere hadde ingen betydning for deres innsats. Flere av informantene uttrykte at de selv kunne få samvittighetskvaler i ettertid om de ikke hadde startet HLR i hjertestanssituasjonen de hadde opplevd. I et av tilfellene uttrykte personalet ved medisinsk nødtelefon at det var kun informanten som kunne redde hjertestansofferet. I ettertid har uttalelsen festet seg og er fremdeles svært vanskelig for henne å tenke på. Det er naturlig å anta at i en krisesituasjon som innebærer hjertestans må personalet ved medisinsk nødtelefon opptre på en måte som formidler alvor og hastverk klart og tydelig for å få livredderen til å yte maksimal hjelp. Fremgangsmåten personalet benytter kan oppleves ulikt. En signalisering av at liv eller død beror på ens innsats kan likevel oppleves som svært ubehagelig for den som gir HLR. Axelsson fant i sin studie at det å gi HLR var et resultat av forpliktelse relatert til vedkommendes egne verdier fremfor en sosial plikt som oppstår fra kunnskap og utdanning med HLR [3]. Imidlertid kan det i denne studien se ut som om der er flere dimensjoner knyttet til plikt. Slovic sier at våre handlinger styres av følelser. Liker vi en aktivitet vil vi bedømme fordelene med aktiviteten høyere enn risikoen og vice versa angående aktiviteter vi ikke liker hvor vi vil bedømme risiko høyere enn fordelene [51]. Om en skal relatere Slovic sin mening til det å utføre HLR i hjertestanssituasjoner vil det bety at mennesker gjør noe de ikke liker og som de vet de har stor risiko for å mislykkes med. En følelse av plikt kan være det avgjørende for at de velger å gi HLR. Det å råde over liv og død er et ansvar som er unaturlig for de aller fleste mennesker. Opplevelsen av ufrivillig å bli tildelt dette ansvaret kan være vanskelig. I tillegg kan ikke alle liv reddes, uansett kvalitet på HLR. Således er en hjertestanssituasjon en ekstraordinær hendelse som setter vitnene til hendelsen sine verdier og opplevelse av plikt på prøve.

Informantene uttrykte beskjedenhet når de ble bedt om å beskrive hvilken respons de forventet seg av andre etter hjertestanshendelsen. Et svar som gjentok seg var at de håpet på forståelse fra familie og sine nærmeste. Informantene fortalte at de hadde opplevd det som

ubehagelig å motta gaver eller mye ros i etterkant av hjertestanshendelsen, fordi de selv anså det som en selvfølgelighet å yte HLR. Om der var flere hjelpere i hjertestanssituasjonen, ønsket alle å dele "æren" for at et liv ble spart med de andre involverte. Denne holdningen kan sees som et uttrykk på at HLR oppleves som en plikt for informantene, noe en skal gjøre, uten å legge vekt på konsekvensene av handlingen. Således kan Kants fokus på "den gode viljen" som grunnlag for pliktetikken relateres til informantenes forsøk på livredding uten at de har behov for å få ros eller anerkjennelse for deres innsats i ettertid.

De fleste informantene mente at fremmede mennesker umiddelbart ville satt i gang HLR dersom de selv skulle få hjertestans på et offentlig sted. To av informantene antydte sågar at befolkningen i Norge i større grad ville ytt HLR enn mennesker i andre land. Holdningen informantene beskriver viser en tillitt til andre mennesker i samfunnet. Slovic mener at i situasjoner hvor individet veier for og i mot en handling vil vedkommende være motivert i sitt behov for å bevare fundamentale bånd knyttet til andre mennesker og gjøre det som er forventet av ham [51]. Det er lite trolig at påstanden kan medføre riktighet om en relaterer den hjertestanshendelser hvor følgelig en alltid hadde utført HLR til personer en var knyttet til, og andre ikke. Om en imidlertid ser Slovic sitt uttrykk om "fundamentale bånd" som en gjensidig og dyp tillitt mellom mennesker til å gjøre sin plikt (i denne sammenhengen HLR) medfører den riktighet.

Oppsummering: Informantene forventer av andre det de samme som de forventer av seg selv. På den måten signaliserer de en vinn/ vinn holdning som i en stor sammenheng kan virke trygghetsskapende ved at mennesker utenfor den nære sosiale kretsen vil hjelpe om en skulle ha behov for det.

5.4 Selvtillit

Forsknings spørsmål: *Hvordan har livredderen tilegnet seg selvtillit til å starte HLR i hjertestanssituasjonen?*

Informantene oppga i intervjuene at de handlet på impuls, at de ikke tenkte men handlet automatisk. Dette funnet samsvarer godt med resultater i Axelssons studie [3]. Likevel fremhever informantene medisinsk nødtelefons betydning for livreddingssituasjonen, hvor

flere mener de ikke hadde klart å starte og utføre HLR i den grad de gjorde uten nødtelefonens medvirkning. Dermed kan en hevde at måten personalet ved medisinsk nødtelefon kommuniserer bidrar til hjelpenes tro på at de kan klare å utføre HLR og at de gjør det. Medisinsk nødtelefon påvirker dermed risikopersepsjon ved å redusere usikkerhet som i følge Lipschitz og Strauss er en vanlig måte å håndtere kritiske situasjoner [46]. En dialog mellom profesjonelle helsearbeidere og livreddere (jf. 5.2) er forutsetningen for å følge anmodningene som medisinsk nødtelefon gir pr. telefon tillit til at de rådene som en mottar er riktige for situasjonen. På mange måter kan det synes som en selvfølgelighet. En medisinsk nødtelefon er per definisjon et telefonnummer som en ringer når mennesker er i nød, når en trenger hjelp og veiledning. Men for at tjenesten skal fungere slik den er tiltenkt, må et velkjent og velorganisert helsetilbud ligge til rette med forutsigbar infrastruktur og profesjonelle utøvere som er tilgjengelig hele døgnet. Et slikt tilbud er resultat av medisinsk vitenskap, politiske valg og prioriteringer.

Tilgjengelighet til hjertestarter var ikke i tankene til de fem av de seks informantene. Trass i at det stadig blir solgt flere hjertestartere til privat og offentlig virksomhet tyder funnene i denne studien på at lekfolk ikke vurderer apparatet som en nødvendighet for at de skal kunne yte tilstrekkelig god nok livredding. Dette kan skyldes at tilgjengelighet til en hjertestarter ikke oppleves som sentralt å fokusere på i en kritisk hjertestanssituasjon, men det kan også være at informantene har tro på at kroppen og armene deres er gode nok til at det kan bety en forskjell på liv og død om de utfører HLR. Men utsagnene viser også at det ligger et forbedringspotensial i å øke bevisstheten om hvor hjertestartere er værende plassert og sannsynligvis også kunnskap omkring bruken av dem.

Erfaringene fra hjertestanssituasjonen har gjort informantene trygge på at de vil klare å gi HLR om de skulle oppleve en tilsvarende situasjon senere. Denne entydige holdningen fra informantene viser en selvtillit til å utføre HLR som sannsynligvis har blitt dannet gjennom opplevelsen av å mestre den svært vanskelige situasjonen som en hjertestans medfører. Funnet er samsvarende med Axelssons studie hvor nærmere hundre prosent av de spurte hjerte-lunge-redderne ville ha bidratt med HLR i en hypotetisk tenkt hjertestanssituasjon [10]. Nunnink viser imidlertid at utfallet av hjertestanshendelser hos familiemedlemmer som har bidratt med HLR er bestemmende for hvordan de håndterer hendelsen i ettertid. I de tilfeller hvor hjertestansofferet har mistet livet er familiemedlemmene i en større faresone for økt psykologisk sykkelighet i ettertid [4]. Det kan tyde på at både at HLR-utøverne kan utvikle

ulike grader av reaksjoner i form av økt mestringsevne eller psykologisk skjørhet som følge av å ha bidratt med HLR. Dette kan tenkes å påvirke individets selvtillit til å starte HLR ved en senere anledning.

Oppsummering: Kommunikasjonen med medisinsk nødtelefon var forutsigbar for informantene. De forventet råd og veiledning og fikk det. Beroligende kommunikasjonen kan ha innvirkning på risikopersepsjon.

5.5 Omgivelser

Forskningsspørsmål: *Hvordan kan omgivelsene virke inn på viljen til å starte HLR?*

Informantene regnet med at medisinsk nødtelefon umiddelbart ville sende hjelp i hjertestanssituasjonen og at de skulle veilede dem med HLR. Informantene var overbevist om at de ville få den hjelpen de forventet. De mente også at medisinsk nødtelefon sin måte å håndtere situasjonen på overgikk deres forventninger. Dette støtter Thoréns konklusjon om den avgjørende rollen medisinsk nødtelefon i det svenske samfunnet hadde i å hjelpe ektefeller til hjertestansofre i å utføre hensiktsmessige handlinger [22].

En forventning fra informantene om rask respons på henvendelsen til medisinsk nødnummer vitner om stor tiltro til hva det offentlige helsevesenet kan bidra med i en hjertestanssituasjon. Implisitt ligger også en forventning om at ”hvem som helst” kan ringe nødnummeret og bli hørt. Det kan tyde på at informantene mener de har reell påvirkningskraft til å mobilisere ressurser for å redde liv. En av informantene antydte til og med at luftambulanshelikopteret burde mobiliseres, trass i at han befant seg mindre enn en mil fra sykehuset. En samfunnsstruktur som legger til rette for et helsevesen som fungerer slik informantene i denne studien forventer, beror på en gjensidig tillit mellom folk og myndigheter og på et helsevesen som får ressurser til å yte det som blir forventet av dem. Dette skaper en dualitet hvor på den ene siden befolkningen sikrer på at de blir hørt og trodd i nødssituasjoner og hvor det finnes et velkjent og pålitelig system med forutsigbar respons. På den andre siden er myndighetene avhengig at befolkningen ikke misbruker systemet.

Strømsøe fant at HLR blant lekfolk er mer utbredt i mindre urbane strøk enn i byer [27]. I en global sammenheng kan Sør-Rogaland karakteriseres som et samfunn med få innbyggere, relativt lite synlig nød og med høy tillit til hverandre. Et forutsigbart bybilde, med få eller ingen mennesker som ligger på gatene, er vanlig i dette området. Det vil være relativt lett å identifisere hendelser som bryter med den vanlige oppfattelsen av hva som oppleves som normalt, som eksempelvis en hjertestans.

Informantene i denne studien kunne ikke tenke seg omstendigheter som hadde fått dem til å yte dårligere HLR, eller unnlate å gi HLR. Det eneste ville være et manglende mobilnettverk som forhindrer kontakt med hjelp eller at området hvor hjertestansen inntreffer oppleves som utrygg (mørkt og avsidesliggende). De fleste informantene var sikre på at om de selv skulle få hjertestans på et offentlig sted ville de umiddelbart fått HLR, mens de var mer usikker på hva familiemedlemmer hadde klart å utrette i tilsvarende situasjon. Informantenes vurdering av HLR ved hjertestans i offentlig versus privat rom, stemmer med forskningsresultater som viser en klar tendens til størst sjanse for å få HLR utenfor hjemmet [70]. Dette funnet står trolig i kontrast til den umiddelbare antagelsen mange deler om at en har færre motforestillinger mot å starte HLR på familiemedlemmer enn fremmede. En forklaring på hvorfor hjelp i det offentlige rom oppleves som mer sannsynlig, kan igjen spores til hvordan tillit i befolkningen kan virke fremmede for HLR. Nærmere bestemt at Norges befolkning har høy tillit til hverandre [39, 55] kan bety et grunnleggende ønske om å ville hverandre vel. Ønsket kan så gi seg utslag i at individene hjelper hverandre når det behøves og håper på tilsvarende gjenytelse om de skulle trenge det selv. Tillit kan sees på som en investering i et fellesskap som sikrer hverandres velferd.

Men tillit i befolkningen er ikke en selvfølgelighet. Svarene informantene ga i denne studien kan tyde på at Sør-Rogaland har en sterk sosial kapital hvor tillit mellom mennesker og til samfunnsstrukturer er sterke. Wollebæk mener at gjensidig tillit mellom mennesker i samfunnet vil forvitte i takt med innvandring og økte forskjeller mellom individene [58]. ”Når et nabolag endrer etnisk og sosial sammensetning, er det ikke unaturlig å forholde seg mer avventende til de direkte omgivelsene enn man gjør i stabile lokalsamfunn” [58, s. 74]. Betyr Wollebæks utsagn at innvandring er en trussel mot vår gjensidige tillit til hverandre i samfunnet og dermed også vår vilje til å yte HLR situasjoner hvor vi opplever hjertestans i vår nærhet? Kanskje det, men Wollebæks mening kan også sees på som en oppfordring til å være bevisst på kulturstrømninger i tiden og tenke nye måter i forhold til hvordan vi skaper

bånd mellom mennesker og legger til rette for fellesskap. Sør-Rogaland er et område preget av stor tilflytting. Men tilflytterne er ofte mennesker med høy utdannelse og høye inntekter som søker til regionen på grunn av gode arbeidsvilkår, og som dermed ikke oppfyller våre vanlige stereotype oppfatninger av innvandrere som utmerker seg i en ulik etnisk og sosial forstand. Likevel kan det tenkes at nettopp de gode økonomiske vilkårene for innbyggerne i Sør-Rogaland virker inn på tillitforholdet en har til hverandre. Et samfunn med velstandsvekst kan øke sosiale skillelinjer mellom de som tjener godt og de som ikke gjør det. Sammen med et stadig større krav til offentlig økonomisk effektivitet, kan dette sette regionens sosiale kapital på prøve.

Informantene som ga HLR sammen med andre oppgir at de ikke hadde forventninger til hvordan de andre skulle agere i situasjonen. Likevel beskriver disse informantene i detaljer hvordan de fordelte på oppgaver under i livredningen, som med for eksempel brystkompresjon, kommunikasjon med medisinsk nødtelefon og vise vei for ambulanse. Det var utenkelig for dem at de andre i situasjonen ikke skulle bidra med nødvendig hjelp. Dette oppstår med dette et paradoks mellom forventningene informantene i utgangspunktet formidlet til intervjueren og forventningene de beskrev i en virkelig situasjon. Tatt i betraktning at de fleste av informantene mente at det å utføre HLR i en hjertestassituasjon var en plikt, kan en forstå at informantene gikk ut fra at hjelpen de og andre ga, var opplagt. Paradokset kan med andre ord forklares av at informantene hadde forventninger, men disse var så selvfølgelige for dem at de ikke ble uttrykt.

De fleste informantene ønsket i utgangspunktet å utføre HLR om de hadde befunnet seg i et ukjent land og situasjonen skulle tilsi det, selv om problemer ville sannsynligvis vill oppstå i form av vanskeligheter med språket. To av informantene oppga at det å ikke forså en situasjon, eller at situasjonen er tvetydig og gjerne med trussel for deres egen sikkerhet, kunne ha hindret dem i å yte HLR. Likevel ønsker alle i utgangspunktet i gi HLR hvor som helst og når som helst. En av informantene ser for seg at samarbeid med et helsevesen med vesentlig lavere standard enn det norske, kan by på utfordringer for hans egen utøvelse av HLR. Når informantene har bidratt med HLR til mennesker som har overlevd nettopp på grunn av deres innsats, er det naturlig å tenke seg at hjertestanshendelsen vil forankre seg hos den enkelte som en opplevelse av mestring og en bevisstgjøring av verdier som å hjelpe mennesker i nød. Antakelig kan disse aspektene være mer levende for informantene enn for mange andre og gjøre det vanskelig for dem å se for seg situasjoner der de ikke ville ha ytt HLR.

Ingen av informantene nevner på noe tidspunkt at de ville ha forventet negative reaksjoner på at HLR-hjelpen de ga. Forutsigbare reaksjoner fra omgivelsene kan også være sentralt for HLR-handlingen. Bidrag med HLR blir satt stor pris på og livredderen høster anerkjennelse. En av informantene mener likevel at negative reaksjoner kan tenkes komme hvis personen som har fått HLR dør, men ikke som følge av at de har gitt HLR. Informantenes opplevelse av risiko for negative reaksjoner var altså ikkeeksisterende. Således er frykten for rettslige forfølginger, som beskrives som årsak til manglende HLR [71], lite aktuelt i en norsk kontekst.

Av andre resultater som åpenbarte seg gjennom intervjuene med informantene var deres opplevelse av dramatik i hjertestanssituasjonen og den krevende tiden det var for dem etterpå med bearbeiding av opplevelsen. Spesielt de som hadde en etablert familierelasjon med hjertestansofferet opplevde på mange måter størst usikkerhet i etterkant av hendelsen. Livet var ikke det samme som før hendelsen som hadde preget både livredderen og hjertestansofferet. De funderte på hva som var vanlige og mindre vanlige reaksjoner hos dem selv og hjertestansofferet. Hvordan de skulle opptre overfor hverandre kunne være vanskelig. Flere av informantene etterlyste et offentlig tilbud som kunne hjelpe dem med dette.

Det kan være vanskelig å prioritere ressurser mellom kostnader på grunn av sykdom og investeringer som på lengre sikt kan vise seg å styrke fysisk og psykisk helse. En av informantene etterlyser et tilbud som passer henne i mangfoldet av støttegrupper og appellerer på den måten til en slags rettferdighet. Av samfunnsøkonomiske årsaker kan det ikke etableres støttegrupper for alle tenkelige grupper i samfunnet som måtte føle behovet. Men en vurdering av innsats overfor mennesker som har startet HLR kan vise seg å være en investering i og en anerkjennelse av menneskers involvering i andre sine liv. Således kan dette være et element i det å opprettholde sosial kapital i Norge. Dessuten vil familier som har opplevd stor endring i hverdagen sin etter at et av familiemedlemmene fikk hjertestans, på lang sikt kunne fungere og leve med mindre bruk av helsehjelp.

Oppsummering: En forutsigbar og profesjonell respons fra medisinsk nødtelefon og anerkjennelse fra familie og venner ser ut til å bidra til viljen til å gi HLR.

5.6 Svakheter ved studien

Modellbygging har fått en til dels stor plass i denne oppgaven og fått for stort fokus som kan ha gått på bekostning av empirien i studien. Det har likevel ikke vært min hensikt å teste modellens validitet, men heller å forme et rammeverk bestående av etablert teori som viser livredderen i et perspektiv av risikopersepsjon. Utviklingen av modellen har vært et forsøk på å skape oversikt i kompliserte mekanismer som påvirker den som starter HLR.

At alle hjertestansofrene levde på tidspunktet for intervjuene er i seg selv et bevis for at livredderne har lykket med sin HLR. En vet fra studier [3, 4] at i ettertid av hjertestanshendelsen vil opplevelsen med å bidra med HLR være farget om utfallet av hendelsen. Det vil si at overlever pasienten, vil livredderen oppleve HLR-situasjonen som mer positiv enn om han ikke gjør det. Imidlertid er fokus for oppgaven forutsetninger for å gi HLR og ikke hva som ble utfallet.

Enkelte av kategoriene genererte lite materiale og fikk derfor mindre plass i oppgaven enn det som var formålstjenelig. Eksempelvis kan forhold knyttet til hvordan informantenes verdier ble etablert har kanskje ha en større betydning enn det som kommer frem i oppgaven. Men verdier er ofte en svært integrert del av den menneskelige personlighet, som kan være vanskelig å fremkomme i en intervjusituasjon som denne studien la til rette for. Skulle en ha fått et grundigere grep om hva informantenes verdier betyr for livreddingen, burde et annet design for oppgaven bli valgt.

Invitasjon om å delta i studien ble mottatt av til sammen 17 pårørende til hjertestanspasienter. Dette genererte seks informanter som er betydelig mindre enn jeg hadde forventet.

Bakgrunnen for fremgangsmåten min var litteratur som viste at livreddere har et stort ønske om å få snakke med helsepersonell etter at de hadde bidratt med HLR kombinert med mitt behov for effektiv rekruttering. Jeg gikk derfor ut fra at vi hadde sammenfallende interesser, informanten og jeg. Likevel, jeg hadde ikke tatt i betraktning at informanter i stor grad er pårørende med behov for å få tilbake tilnærmet struktur og orden i livet sitt før de hadde overskudd til å snakke med meg. Det tar tid å arbeide seg ut av krisen, få en tilnærmet normal hverdag og legge opplevelsen bak seg. I lys av den erfaringen ser jeg at en nøyere vurdering

av rekrutteringsmetode burde vært gjort, uten at jeg i øyeblikket har forslag til en bedre fremgangsmåte.

Jeg erkjenner at målet mitt med å komme nærmere den direkte beslutningsprosessen som informantene brukte i hjertestanssituasjonen har jeg ikke nådd. Tegn på at informantene brukte Recognition Primed Decision [43] har jeg bare i svært liten grad kunnet identifisere. Denne erfaringen kan sammenlignes med Kleins hvor han opplevde at det i ettertid av en kritisk hendelse var vanskelig å identifisere hvordan informantene hadde besluttet i krisen og han endret derfor metode til en observasjonsstudie.

5.7 Studiens implikasjoner

Denne studien kan gi et bilde på hvordan lekfolks opplevelse av risiko virker inn på igangsetting av HLR i Sør-Rogaland. Vi får en forståelse at det ikke bare er individets personlighet som virker inn på viljen til å starte HLR, men at samfunnet på alle nivå bidrar til å forme viljen. Studien synliggjør kvaliteter i samfunnet i Sør-Rogaland som eksempelvis tillit i befolkningen og tillit til samfunnsstrukturer som sannsynligvis er tilnærmet representativt for det norske samfunnet. Gjennom studien forstår vi at det krever kontinuerlig innsats for å beholde disse kvalitetene.

På mange måter er resultatene av begrenset betydning ettersom det ikke er gjort en komparativ studie med tilnærmet samme metode. Andre samfunnsstrukturer og sosiale og kulturelle forhold vil gi andre rammer for risikopersepsjon. Resultatene i denne studien vil bli ytterligere interessante om de blir diskutert mot funn i tilsvarende studier.

Studier som omhandler hvorfor mennesker i Sør-Rogaland ikke har startet HLR i hjertestanssituasjoner ville økt kunnskapen om hva som påvirker viljen til å starte HLR. Imidlertid vil en slik studie ville ha etiske problemstillinger som ville blitt vanskelig å forsvare.

5.8 Validitet, reliabilitet og generalitet

Det er ingen grunn til å tro at svarene informantene ga i denne studien ville vært svært annerledes til en annen intervjuer. Likevel er det grunn til å tro at informantene hadde en positiv opplevelse av seg selv etter de hadde bidratt med HLR og hadde et ubevisst ønske av ikke å svekke det inntrykket verken overfor seg selv eller overfor meg. Således kan svar som ville ha svekket det gode inntrykket av informanten gjerne ha blitt forskjøvnet. Eksempelvis kan det oppstå dilemma for handling når både følelsen av frykt og plikt er involvert.

Imidlertid har det vært et mål i denne studien å tolke funn i tråd med det jeg opplevde som informantens egne vurderinger. Således har jeg ivaretatt denne holdningen.

Denne studien rekrutterte seks informanter fra fire ulike hjertestanshendelser. Alle intervjuene medførte nye svar til spørsmålene jeg stilte og metning ble dermed ikke oppnådd. Studien kunne sannsynligvis vist en større bredde i resultatene dersom studien hadde rekruttert flere informanter. Dermed er det heller ikke grunnlag for å kunne generalisere funnene.

Resultatene fra denne studien vil sannsynligvis vanskelig la seg gjenta i en sosial og kulturell kontekst betydelig ulik Sør-Rogaland. Her er selve kjernen ved denne studien: at viljen til å starte HLR vil variere mellom ulike samfunn fordi forutsetningene for risikopersepsjon er ulike.

6 Konklusjon

Problemstillingen som ble reist i oppgavens innledning var: Hvordan virker risikopersepsjon inn på lekfolks igangsetting av hjerte-lunge-redning i Sør-Rogaland? Hensikten med studien var å undersøke hvordan ulike sosiale og kulturelle faktorer påvirker mennesker i Sør-Rogaland sitt ønske og sin vilje til å starte HLR i en hjertestanssituasjon sett i et risikopersepsjonsperspektiv. Studien er bygget opp rundt kategoriene verdier, kunnskap, normativ plikt, selvtillit og omgivelser og det er således naturlig å konkludere i hver enkel kategori. Konklusjonene er basert på fortolkning av teori, empiri og drøfting.

Renns definisjon av risikopersepsjon omfatter bearbeidelse av fysiske signaler, informasjon om mulige farer ved hendelser eller aktiviteter, bedømmelse av alvorlighet, sannsynlighet for utfall og hva som oppfattes som akseptabelt i en gitt situasjon {Renn, 2008 #6}.

Informantenes uttalelser bekrefter dette multidimensjonale aspektet ved risikopersepsjon i en hjertestanssituasjon. Nærmere bestemt, tolkning av signaler av signaler kan påvirkes av relasjoner og av kunnskap, informasjon om farer ved hendelser kan omfatte både fare for død ved hjertestans, men også farer i omgivelsene som kan tenkes å påvirke individets vilje til å starte HLR. Hva som oppfattes som akseptabelt i en hjertestanssituasjon vil være preget av i hvor stor grad individet opplever plikt til å gi HLR og tilliten han har fra andre til å gjøre det.

Verdier: Det finnes få holdepunkter i denne studien som viser livreddernes verdier som kan tenkes ha betydning for risikopersepsjon ut over de som kan karakteriseres som universelle som eksempelvis medmenneskelighet. Imidlertid er *handling* viktig for informantene i hjertestanssituasjonen. Aktiv handling blir en strategi for å redusere usikkerhet. Informantene forventer at handlingen vil bli oppfattet som utført av god vilje.

Kunnskap: En konklusjon i denne studien er at trening i HLR ikke er en avgjørende forutsetning for at mennesker skal starte HLR. Vi kan fastslå at all kunnskap om HLR kommer til nytte i hjertestanssituasjonen og at denne kunnskapen kan bli tilgjengelig via ”snarveier” (heurestikker) i informantenes bevissthet. Kunnskapen brukes i praktisk handling fordi de vet det reduserer risiko for død.

Normativ plikt: Denne studien bekrefter at å starte HLR er relatert til pliktfølelse og den er normativ. På den måten opprettholdes en gjensidig kombinasjon av tillit og avhengighet i

befolkningen som kan virke trygghetsskapende ved at mennesker utenfor den nære sosiale kretsen vil hjelpe om en skulle ha behov for det.

Selvtillitt: Medisinsk nødtelefon er i høy grad en bestemmende faktor for selvtilliten til å starte HLR og i fullføringen av handlingen. Derav kan en slutte at selvtillit har stor betydning for risikopersepsjonen. Imidlertid kan denne studien vanskelig svare på hvordan selvtillit til å utføre HLR dannes ut over medisinsk nødtelefons betydning i den aktuelle hjertestanssituasjonen.

Omgivelser: Vi kan konkludere fra denne studien at karaktertrekk ved omgivelsene har stor betydning for risikopersepsjon. Positive og forutsigbare reaksjoner etter HLR fra sosiale nettverk og trygge fysiske omgivelser for å utføre HLR i virker på risikopersepsjon på en måte som fremmer viljen til å starte HLR.

Oppsummering: Et gjennomgående resultat i studien er *forutsigbarhet i reaksjoner* i alle kategoriene som er studert. Forutsigbarhet kommer av forventet adferd til seg selv som til andre. Det gir forutsigbarhet å besitte kunnskap om at hjertestanssituasjonen er forbundet med død og at HLR er det eneste som kan hindre det. Kommunikasjon med medisinsk nødtelefon er forutsigbar og beroligende. Ressursbruken er forutsigbar. Skulle derimot omstendighetene rundt hjertestanssituasjonen bli tilstrekkelig uforutsigbare, vil til og med menneskelighet bli underordnet.

7 Referanser

1. Chamberlain, D.A., *Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: "the Utstein style"*. Resuscitation, 1991. **22**: p. 1-26.
2. Holmberg, M., S. Holmberg, and J. Herlitz, *Effect of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden*. Resuscitation, 2000. **47**(1): p. 59-70.
3. Axelsson, A., J. Herlitz, and B. Fridlund, *How bystanders perceive their cardiopulmonary resuscitation intervention; a qualitative study*. Resuscitation, 2000. **47**(1): p. 71-81.
4. Nunnink, L., et al., *Prospective evaluation of tools to assess the psychological response of CPR provision to a relative who has suffered a cardiac arrest: a pilot project*. Resuscitation. **82**(2): p. 160-6.
5. Savastano, S. and V. Vanni, *Cardiopulmonary resuscitation in real life: the most frequent fears of lay rescuers*. Resuscitation, 2011. **82**(5): p. 568-71.
6. Lindner, T.W., et al., *Good outcome in every fourth resuscitation attempt is achievable-An Utstein template report from the Stavanger region*. Resuscitation, 2011. **82**(12): p. 1508-13.
7. Pallin, D., *Systems Approach Improves Survival from Cardiac Arrest*. Journal watch, 2011. **11**.
8. Skogvoll, E. and K. Lexow, [*Heart arrest--definition and occurrence*]. Tidsskr Nor Laegeforen, 2009. **129**(13): p. 1351-2.
9. Lindner, T.W., et al., *Good outcome in every fourth resuscitation attempt is achievable-An Utstein template report from the Stavanger region*. Resuscitation.
10. Axelsson, A., *Bystander cardiopulmonary resuscitation: would they do it again?* J Cardiovasc Nurs, 2001. **16**(1): p. 15-20; quiz 73-4.
11. Lathane, B.D., J, *Bystander Apathy*. American Scientist, 1969. **57**(2): p. 244-268.
12. Waalewijn, R.A., et al., *Prevention of deterioration of ventricular fibrillation by basic life support during out-of-hospital cardiac arrest*. Resuscitation, 2002. **54**(1): p. 31-6.
13. NorskResuscitasjonsråd.
14. Hauff, S.R., et al., *Factors impeding dispatcher-assisted telephone cardiopulmonary resuscitation*. Ann Emerg Med, 2003. **42**(6): p. 731-7.
15. Swor, R., et al., *CPR training and CPR performance: do CPR-trained bystanders perform CPR?* Acad Emerg Med, 2006. **13**(6): p. 596-601.
16. Waalewijn, R.A., J.G. Tijssen, and R.W. Koster, *Bystander initiated actions in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: results from the Amsterdam Resuscitation Study (ARRESUST)*. Resuscitation, 2001. **50**(3): p. 273-9.
17. Enami, M., et al., *Differential effects of ageing and BLS training experience on attitude towards basic life support*. Resuscitation. **82**(5): p. 577-83.
18. Weisfeldt, M.L., et al., *Ventricular tachyarrhythmias after cardiac arrest in public versus at home*. N Engl J Med. **364**(4): p. 313-21.
19. Bång, A., J. Herlitz, and S. Martinell, *Interaction between emergency medical dispatcher and caller in suspected out-of-hospital cardiac arrest calls with focus on agonal breathing. A review of 100 tape recordings of true cardiac arrest cases*. Resuscitation, 2003. **56**(1): p. 25-34.
20. Locke, C.J., et al., *Bystander Cardiopulmonary Resuscitation: Concerns About Mouth-to-Mouth Contact*. Arch Intern Med, 1995. **155**(9): p. 938-943.

21. McCormack, A.P., S.K. Damon, and M.S. Eisenberg, *Disagreeable physical characteristics affecting bystander CPR*. *Annals of Emergency Medicine*, 1989. **18**(3): p. 283-285.
22. Thoren, A.-B., et al., *Spouses' experiences of a cardiac arrest at home: An interview study*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. **9**(3): p. 161-167.
23. Tanigawa, K., et al., *Are trained individuals more likely to perform bystander CPR? An observational study*. *Resuscitation*. **82**(5): p. 523-8.
24. Nolan, R.P., et al., *Readiness to perform cardiopulmonary resuscitation: an emerging strategy against sudden cardiac death*. *Psychosom Med*, 1999. **61**(4): p. 546-51.
25. Herlitz, J., et al., *Factors associated with survival to hospital discharge among patients hospitalised alive after out of hospital cardiac arrest: change in outcome over 20 years in the community of Gästeborg, Sweden*. *Heart*, 2003. **89**(1): p. 25-30.
26. Herlitz, J., et al., *Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest?* *Heart*, 2004. **90**(10): p. 1114-8.
27. Stromsoe, A., et al., *Association between population density and reported incidence, characteristics and outcome after out-of-hospital cardiac arrest in Sweden*. *Resuscitation*. **82**(10): p. 1307-13.
28. Nielsen, A.M., et al., *Engaging a whole community in resuscitation*. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*. **28**: p. 190.
29. Valenzuela, T.D., et al., *Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos*. *N Engl J Med*, 2000. **343**(17): p. 1206-9.
30. Schober, P., et al., *Public access defibrillation: time to access the public*. *Ann Emerg Med*. **58**(3): p. 240-7.
31. Bohm, K., et al., *In patients with out-of-hospital cardiac arrest, does the provision of dispatch cardiopulmonary resuscitation instructions as opposed to no instructions improve outcome: a systematic review of the literature*. *Resuscitation*, 2011. **82**(12): p. 1490-5.
32. Bardy, G.H., *A critic's assessment of our approach to cardiac arrest*. *N Engl J Med*. **364**(4): p. 374-5.
33. Koster, R.W., *Implementing what we already know: our task for this decade*. *Resuscitation*. **82**(12): p. 1477-8.
34. Koster, R.W., *Implementing what we already know: Our task for this decade* *Resuscitation*, 2011. **82**(12): p. 1477-1478.
35. Steen, P.A., *Does active rescuer ventilation have a place during basic cardiopulmonary resuscitation?* *Circulation*, 2007. **116**(22): p. 2514-6.
36. JustisogPolitidepartementet, *Stortingsmelding nr 17*.
37. Ursano Robert J, M.B.G., Fullerton, Carol, *Individual and community responses to trauma and disaster. The structure of human chaos*. 2001 ed. 1994, Cambridge: Cambridge university press.
38. Renn, O., *Risk Governance*. 2008, London: Earthscan.
39. WorldValueSurvey. 2012.
40. Aven, T.B., M Njå Olsen, Kjell Harald Sandve, Kjell, *Samfunnsikkerhet*. 2008, Oslo: Universitetsforlaget.
41. Tversky, A. and D. Kahneman, *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases*. *Science*, 1974. **185**(4157): p. 1124-1131.
42. Diem, S.J., J.D. Lantos, and J.A. Tulsky, *Cardiopulmonary resuscitation on television. Miracles and misinformation*. *N Engl J Med*, 1996. **334**(24): p. 1578-82.
43. Klein, G.A., *Recognition-Primed Decisions*. 1989.

44. Orasanu, J.C., T, ed. *The reinvention of decision making; Models and Methods*. Decision making in action, ed. G.O. Klein, J Calderwood, R Zsambo, C. E. 1993, Norwood: Ablex Publishing Corporation: New Jersey, USA.
45. Cohen, M.S., ed. *Three paradigms for viewing decision biases*. Decision making in action: Models and Methods, ed. G.O. Klein, J Calderwood, R Zsambo, C. E. 1993, Norwood: Ablex Publishing Corporation: New Jersey, USA.
46. Lipshitz, R. and O. Strauss, *Coping with Uncertainty: A Naturalistic Decision-Making Analysis*. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1997. **69**(2): p. 149-163.
47. Njå, O.R., Eivind L., *A discusson of theories applied in incident command*. International Journal of Emergency Management 2007. **Volume 6, Number 1/2009**
48. Hogarth, R.M., *Judgement and choice: the psychology of decision*. 1987, Chichester: Wiley. XII, 311 s.
49. Klein, G.A., *A recognition-primed decision (RPD) model of rapid decision-making*. . Decision-making in action: Models and methods, ed. J.O. G.A.Klein, R. Calderwood, & C. Zsambok (Eds). 1993: Norwood, CT: Ablex.
50. Weick, K.E., *Sensemaking in organizations*. 1995, Thousand Oaks, Calif.: Sage. XII, 231 s.
51. Slovic, P., *The feeling of risk: new perspectives on risk perception*. 2010, London: Earthscan. XXVII, 425 s.
52. Davis, M.H., *Empathy: A Social Psychological Approach*. 1994, Madison: Brown and Benchmark. capter 3.
53. Miller, G.A., *The magical number seven plus or minus two: some limits on our capacity for processing information*. Psychol Rev, 1956. **63**(2): p. 81-97.
54. Chaiken, S. and C. Stangor, *Attitudes and attitudes-changes*. Annual Review of Psychology, 1987. **38**: p. 575-630.
55. EuropeanSocialSurvey. 2010; Available from: <http://nesstar.ess.nsd.uib.no/webview/?v=2&mode=documentation&submode=abstract&study=http://129.177.90.164:80/obj/fStudy/ESS4e04.0&top=yes>.
56. Knight, J., ed. *Social Norms and the Rule of Law: Fostering Trust in a sicially Diversity Society*. Trust in Society, ed. I. Cook. 2003, New York: Sage. 354-371.
57. Sødal, H., *Nordmenn er Europas mest naive* in *Aftenposten*. 15. oktober 2009.
58. Seggaard, S.B. and D. Wollebæk, *Sosial kapital i Norge*, [Oslo]: Cappelen Damm akademisk. 293 s.
59. Shafer-Landau, R., *Ethical theory: an anthology*. 2007, Malden, Mass.: Blackwell. XVII, 796 s.
60. Blaikie, N., *Designing social research: the logic of anticipation*. 2009, Cambridge: Polity Press. IX, 298 s.
61. Kvale, S., et al., *Det kvalitative forskningsintervju*. 2009, Oslo: Gyldendal akademisk. 344 s.
62. Silverman, D., *Qualitative research: issues of theory, method and practice*, Los Angeles, Calif.: Sage. XIV, 450 s.
63. Dalen, M., *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. 2004, Oslo: Universitetsforl. 136 s.
64. Petroleumstilsynet.
65. Bjorshol, C.A., et al., *Hospital employees improve basic life support skills and confidence with a personal resuscitation manikin and a 24-min video instruction*. Resuscitation, 2009. **80**(8): p. 898-902.

66. Lorem, T., A. Palm, and L. Wik, *Impact of a self-instruction CPR kit on 7th graders™ and adult™ skills and CPR performance*. Resuscitation, 2008. **79**(1): p. 103-108.
 67. Fangen, K., *Deltagende observasjon*. 2004, Bergen: Fagbokforl. 255 s.
 68. Nielsen AM, I.D., Lippert FK, Rasmussen LS, *Can mass education and a television campaign change the attitudes towards cardiopulmonary resuscitation in a rural community?*, in *Engaging a whole Community in Resuscitation "Bornholm to the rescue"*. 2012: Copenhagen.
 69. Sentralbyrå, S. 2012; Available from: <http://www.ssb.no/locate>.
 70. Dwyer, T., *Psychological factors inhibit family members' confidence to initiate CPR*. Prehosp Emerg Care, 2008. **12**(2): p. 157-61.
 71. Bobrow, B.J., M. Panczyk, and C. Subido, *Dispatch-assisted cardiopulmonary resuscitation: the anchor link in the chain of survival*. Curr Opin Crit Care.
 72. Luhmann, N., ed. *Grenzwerte der økologischen Politik: Eine Form von Risikomanagement*. Risiko und Regulierung. Soziologische beitrage zu Technikkontrolle und preaventiver Umweltpolitik., ed. P.a.K. Hiller, G. 1997, Suhrkamp: Frankfurt am Main. 195-221.
-



Sindre Høyland
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Harald Hårfages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 23.01.2012

Vår ref: 28860 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.11.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 20.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

28860

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Finnes det forbindelser mellom samfunnstrekk og vilje til å starte hjerte-lunge-redning?

Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder

Sindre Høyland

Wenche Torunn Mathiesen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

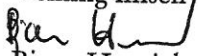
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.11.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen/


Bjørn Henrichsen


Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Wenche Torunn Mathiesen, Øygardsbakken 11, 4050 SOLA

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28860

FORMÅL

Formålet med studien er å studere hvilke samfunnsrelaterte faktorer som påvirker lekmenns vilje til å starte hjerte-lunge-redning i Sør-Rogaland.

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av ca. 10-13 personer over 18 år som har startet HLR til person over 18 år som har hatt hjertestans. Rekruttering skjer via sykehusavdelingen der pasienten er innlagt. Hjertestansofferets/pasientens sykepleier oppretter førstegangskontakt med utvalget ved å gi informasjonsskriv (evt. via pårørende) til personen som har bidratt med HLR.

Personvernombudet anbefaler at følgende informasjon presiseres/tilføyes i informasjonsskrivet til de som formidler kontakt med utvalget (sykepleiere/pårørende):

- I siste avsnitt foreslår vi å tilføye: "Dette er selvsagt frivillig, og det vil ikke påvirke behandlingen/forholdet til SUS, dersom du ikke vil formidle kontakt."
- Vi foreslår også å tilføye: "Ifm. intervjuet vil jeg be hjelperen om å utelate identifiserende opplysninger om pasienten"

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Det innhentes skriftlig samtykke fra utvalget (hjelperne) basert på skriftlig informasjon. For at informasjonen skal være tilfredsstillende forutsetter personvernombudet at følgende endringer foretas:

- De to siste setningene i tredje avsnitt endres til: "Resultatene vil også bli publisert i en vitenskapelig artikkel uten at den enkelte kan gjenkjennes. Opplysningene anonymiseres og lydopptakene slettes etter masteroppgaven er ferdig, senest 01.11.2012."
- tilføy kontaktinformasjon om daglig ansvarlig (veileder)
- Minner om at informanten bør beholde en kopi av informasjonsskrivet, alternativt at det lages en samtykkeerklæring som følger etter informasjonsskrivet - denne kan gjerne formuleres helt kort, feks slik: "Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i studien," med plass for signatur og dato.

Personvernombudet ber om å få tilsendt revidert skriv før dette distribueres til utvalget.

DATAMATERIALETS INNHOLD

Data innhentes ved personlig intervju. Lydopptak av intervjuet behandles på pc. Datamaterialet vil være knyttet til direkte personidentifiserende opplysninger via kode som viser til en koblingsnøkkel. Siden det foretas elektronisk behandling av personopplysninger omfattes prosjektet av meldeplikten etter personopplysningsloven.

ANONYMISERING AV PASIENTEN

Personvernombudet forstår det slik at det ikke er nødvendig for formålet å innhente identifiserbare opplysninger om tredjeperson (pasient/pårørende). Vi anbefaler at prosjektleder instruerer informanten om å utelate navn og identifiserende bakgrunnsopplysninger ved omtale av

hjerstestansofferet. Dette er spesielt viktig dersom noen av informantene er helsepersonell, da disse er bundet av taushetsplikt. Dersom det likevel skulle fremkomme identifiserbare tredjepersonsopplysninger i intervjuet, legges det til grunn at disse opplysningene slettes for å ivareta personvernet til pasienten.

INFORMASJONSSIKKERHET

Prosjektleder ønsker å lagre koblingsnøkkelen og det øvrige datamaterialet på godkjent område for forskningsdata på SUS, samt minnepenn. Personvernombudet legger til grunn at denne formen for lagring av personopplysninger avklares med behandlingsansvarlig institusjon (Universitetet i Stavanger). Dersom datamaterialet skal lagres ved SUS, må det inngås skriftlig avtale mellom behandlingsansvarlig og databehandler for den behandling av personopplysninger som finner sted, jf. personopplysningsloven § 15.

PROSJEKTLUTT

Resultatene skal publiseres i form av en masteroppgave og en vitenskapelig artikkel. Datamaterialet anonymiseres når masteroppgaven er fullført, senest innen 01.11.2012. For at datamaterialet skal være anonymt, må lydopptak og direkte personopplysninger (navn, e-postadresse og telefonnummer el.) slettes og indirekte personidentifiserende opplysninger (som alder og kjønn) slettes eller grovkategoriseres, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Informasjonsskriv til deg som formidler kontakt med person som har startet hjerte-lunge-redning

Jeg er masterstudent i samfunnsikkerhet ved Universitetet i Stavanger og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er hjerte-lunge-redning (HLR), og jeg skal undersøke om hvordan risikopersepsjon (opplevd risiko) kan påvirke viljen til å starte HLR. Derfor blir det viktig for meg å komme i kontakt med personer som har startet livredding og intervju dem. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om forhold som fremmer HLR-deltagelse.

Jeg ber derfor om at du formidler kontakt med den som har startet hjerte-lunge-redning for din pårørende, som er pasient ved Stavanger Universitetssykehus, og gir ham/ henne det vedlagte informasjonsskrivet. Dette er selvsagt frivillig, og det vil ikke påvirke behandlingen/ forholdet til SUS dersom du ikke vil formidle kontakt. I intervjuet vil jeg be hjelperen utelate identifiserende opplysninger om pasienten.

Med vennlig hilsen
Wenche Torunn Mathiesen

Kontakt meg gjerne om du lurer på noe på:

Mail: matw@sus.no eller tlf: 51513752/ 45230169

Endrings skjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per e-post til: personvernombudet@nsd.uib.no

Vennligst les veiledning bakerst

1. BEHANDLINGSANSVARLIG ⁱ			
Institusjon: Universitetet i Stavanger		Dato for innsending: 7. mars 2012	
Adresse:		Postnr.: 4036	Poststed: Stavanger
2. DAGLIG ANSVAR ⁱⁱ			
Navn (fornavn - etternavn): Sindre Høyland			
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt): Institutt for helsefag		Stilling/grad: M.Sc. & PhD-stipendiat	
Adresse – arbeidssted: Universitetet i Stavanger		Postnr.:	Poststed:
Telefon: (+47) 5183 4155	Telefaks:	Mobil: (+47) 922 30 965	E-postadresse: sindre.hoyland@uis.no
3. VED STUDENTPROSJEKT ⁱⁱⁱ			
Navn (fornavn - etternavn) på studenten: Wenche Torunn Mathiesen			
		Grad: Mastergradsstudent	
		Postnr.:	Poststed:
Telefon: 51513752	Telefaks:	Mobil: 45230169	E-postadresse: matw@sus.no
4. PROSJEKTNUMMER OG PROSJEKTITTEL			
Nummer: 28860			
Tittel: Finnes det forbindelser mellom samfunnstrekk og vilje til å starte hjerte-lunge-redning?			
5. ENDRING			

Endring ønskes i fremgangsmåte i å rekruttere informanter.

Eksisterende måte og problem: Nå rekrutteres informanter (personer som har startet hjerte.-lunge-redning) via pårørende til hjertestanspasienter ved intensivavdelingen ved SUS. Veldig ofte er pårørende informantene. Det viser seg at pårørende trenger lang tid etter opplevelsen med hjertestans i familien før de psykisk er klar til å snakke med meg. Det gir meg dårlig fremdrift i prosjektet og til dags dato har jeg ennå ikke fått rekruttert informanter. Ettersom intervjuperioden må være avsluttet senest 1. juni er jeg altså i tidsnød.

Rekruttering av informanter ønskes slik: 10 pårørende av tidligere overlevde pasienter ved intensivavdelingen fra 2011 og januar 2012 kontaktes via brev med informasjon om studien, og med oppfølging av telefonsamtale en uke etter utsendelse av brev. Hensikten med telefonsamtalen vil bli en forsikring om at de har mottatt brevet og eventuelt avtale dato, tid og sted for intervju. Informasjonsskrivet om studien blir identisk med det eksisterende skrevet, kun endret i tråd med endret rekrutteringsmåte. Jeg går med dette ut fra at informantene har fått tid til å bearbeide hjertestanshendelsen når jeg kontakter dem.

Generelt:

- Forskjellen blir altså å rekruttere informanter via pårørende til pasienter som **har vært innlagt** i intensivavdelingen, mot nå hvor de rekrutteres via pårørende til pasienter som er innlagt i intensivavdelingen.
- Fortsatt oppfordres informantene til å ekskludere opplysninger om pasient. Om de likevel gjør det, blir opplysningene utelatt i transkribert materiale.
- Kun pårørende til pasienter som blir utskrevet i live blir kontaktet.
- Samtykkeerklæring underskrives i to eksemplarer, hvor det ene tilhører informanten.
- Fortsatt kan andre enn pårørende være informanter som dermed forutsetter som før at de blir rekruttert via dem.

6. SPESIELLE TILLATELSER^{IV}

Er endringen meldt til Regional komité for medisinsk forskningsetikk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding
Gjør endringen at prosjektet nå blir fremleggelsespliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk (inkludert melding om forskningsbiobank)?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding
Gjør endringen det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend dispensasjon

7. TILLEGGSOPPLYSNINGER

8. ANTALL VEDLEGG

Legg ved eventuelle nye vedlegg (forespørsel, intervjuguide, registreringsskjema, spørreskjema, tillatelser og lignende).	3 vedlegg: <ul style="list-style-type: none"> • Revidert informasjonsskriv til pårørende • Revidert informasjonsskriv til hjerte-lunge-redder • Revidert samtykkeerklæring
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

i Behandlingsansvarlig

I forskningsprosjekt er behandlingsansvarlig som regel den *institusjon, ved institusjonens øverste leder*, som forsker/student er ansatt ved/studerer ved.

Den behandlingsansvarlige har bestemmelsesrett over opplysningene og det er den behandlingsansvarlige som står ansvarlig utad for at behandlingen er lovlig. Den behandlingsansvarlige vil være den som kan saksøkes og pådra seg straffeansvar for overtredelse av lovens bestemmelser. Avgjørende moment når man skal avgjøre hvem som er ansvarlig er blant annet hvem som initierer prosjektet og om forskers befatning med prosjektet skjer i egenskap av å være ansatt eller ikke.

ii Daglig ansvar

Forsker/veileder skal føres opp i dette feltet.

Det daglige ansvaret for behandlingen av personopplysningene ligger hos øverste leder for virksomheten som er oppført som behandlingsansvarlig. I forsknings- og studentprosjekt delegeres det daglige ansvaret til forsker/veileder for prosjektet.

iii Studentprosjekt

Feltet fylles ut dersom behandlingen av personopplysningene gjennomføres som et studentprosjekt.

iv Spesielle tillatelser

For mer informasjon om hvorvidt et prosjekt er fremleggelsespliktig for *Regional komité for medisinsk forskningsetikk*, vises det til www.etikkom.no

For å få utlevert taushetsbelagte opplysninger fra offentlige forvaltningsorgan, sykehus, trygdekontor, sosialkontor m.m., må det søkes om *dispensasjon fra taushetsplikten*. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Søknad om utlevering av helseopplysninger rettes til Sosial- og helsedirektoratet.

Informasjonsskriv til deg som startet hjerte-lunge-redning

Jeg er masterstudent i samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er hjerte-lunge-redning (HLR), og jeg skal undersøke om det finnes forbindelser mellom samfunnstrekk og viljen til å starte HLR. Derfor blir det viktig for meg å få innsikt i sammenhenger rundt din livreddende innsats. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om forhold som fremmer HLR-deltagelse.

For å finne ut av dette, intervjuer jeg en rekke personer i alderen over 18 år og som har startet HLR. Spørsmålene jeg vil stille deg dreier seg om bakgrunn, kunnskap, erfaringer, meninger og holdninger som kan tenkes å ha sammenheng med viljen til å starte HLR. Jeg vil bruke lydopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Vennligst ta kontakt, dersom du vil delta i prosjektet.

Det er frivillig å delta i studien og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Ellers vil opplysningene fra intervjuet bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Resultatene vil også bli publisert i en vitenskapelig artikkel uten at den enkelte kan gjenkjennes. Opplysningene anonymiseres og lydopptakene slettes etter at masteroppgaven er ferdig, senest 01.11.2012.

Ved spørsmål kan jeg kontaktes på telefon 45230169: wenche.torunn.mathiesen@sus.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Ansvarlig for studien er veileder: PhD-stipendiat Sindre Høyland 5183 4155 / 922 30 965
Institutt for Helsefag, Universitetet i Stavanger. E-post: sindre.hoyland@uis.no

Med vennlig hilsen
Wenche Torunn Mathiesen

Informasjonsskriv til deg som formidler kontakt med person som startet hjerte-lunge-redning

Jeg er masterstudent i samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er hjerte-lunge-redning (HLR), og jeg skal undersøke om det finnes forbindelser mellom samfunnstrekk og viljen til å starte HLR. Derfor blir det viktig for meg å komme i kontakt med personer som har startet livredding og intervju dem. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om forhold som fremmer HLR-deltagelse.

Jeg ber derfor om at du formidler kontakt med den som startet hjerte-lunge-redning for din pårørende, som var pasient ved Stavanger Universitetssykehus, og gir ham/ henne det vedlagte informasjonsskrivet. Dette er selvsagt frivillig, og det vil ikke påvirke en eventuell behandling/ forhold pasienten måtte til SUS dersom du ikke vil formidle kontakt. I intervjuet vil jeg be hjelperen utelate identifiserende opplysninger om pasienten.

Vennligst ta kontakt, dersom du kunne tenke deg å delta i prosjektet.

Med vennlig hilsen
Wenche Torunn Mathiesen

Mail: wenche.torunn.mathiesen@sus.no eller tlf: 51513752/ 45230169

Samtykkeerklæring for deg som startet hjerte-lunge-redning

Jeg er masterstudent i samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er hjerte-lunge-redning (HLR), og jeg skal undersøke om det finnes forbindelser mellom samfunnstrekk og viljen til å starte HLR. Derfor blir det viktig for meg å få innsikt i sammenhenger rundt din livreddende innsats. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om forhold som fremmer HLR-deltagelse.

For å finne ut av dette, intervjuer jeg en rekke personer i alderen over 18 år og som har startet HLR. Spørsmålene jeg vil stille deg dreier seg om bakgrunn, kunnskap, erfaringer, meninger og holdninger som kan tenkes å ha sammenheng med viljen til å starte HLR. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Resultatene vil også bli publisert i en vitenskapelig artikkel uten at den enkelte kan gjenkjennes. Opplysningene anonymiseres og lydopptakene slettes etter at masteroppgaven er ferdig, senest 01.11.2012.

Kontakt meg gjerne på: telefon 51513752/ 45230169 eller på e-post:
wenche.torunn.mathiesen@sus.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Ansvarlig for studien er veileder: PhD-stipendiat Sindre Høyland 5183 4155 / 922 30 965
Institutt for Helsefag, Universitetet i Stavanger. E-post: sindre.hoyland@uis.no

Med vennlig hilsen
Wenche Torunn Mathiesen

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i studien:

Dato/ sted/ sign. informant



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF
Divisjon for medisinsk service

Til deg som pårørende.

Vi ønsker med dette brevet å komme i kontakt med deg som pårørende til pasient innlagt på Intensivavdelingen ved SUS etter hjertestans.

Bakgrunnen er at vi ønsker å øke kunnskapen om hjerte-lunge-redning (HLR) ved hjertestans utenfor sykehus. Pårørende starter ofte HLR eller vet hvem som startet HLR. Vi ønsker å komme i kontakt med den personen som startet HLR i forbindelse med den aktuelle hjertestanseepisoden hos ditt familiemedlem.

Ditt bidrag i dette prosjekt er veldig viktig. Vi ber deg derfor lese vedlagte skriv og snarest mulig ta kontakt med intensivsykepleier og masterstudent Wenche Torunn Mathiesen på mobiltelefon 45230169 dersom du eller andre som startet HLR ønsker å delta i vårt prosjektet. Hun vil så følge opp med tanke på dato for intervju.

På forhånd tusen takk!

Mvh

Eldar Søreide

Professor og Seksjonsoverlege
Anestesi- og Intensivavdelingen
StavangerUniversitetssjukehus

Semistrukturert intervjuguide

Hensikt: Guiden skal fungere som en liste for områder av spørsmål det er viktig å få svar på. Ut fra informantens opplevelse hvor HLR-hjelpen er utført vil noen spørsmål være mer aktuelle enn andre. Spørsmålene tenkes å endres som følge av opplysninger fra informantene om det kan tenkes å være mer hensiktsmessig.

Informasjon og avklaringer:

Muntlig opplysning om masterstudent, studiens hensikt og informantens reservasjonsrett.

Informantnummer, navn og alder, dato for intervju og for hjerte-lunge-redning noteres i eget dokument som lagres adskilt fra lydfiler. Telefonnummer dersom det tillates mulighet for oppfølgings/ avklaringsspørsmål.

Spørsmål:

Introduksjon:

Bostedskommune, botid i Sør-Rogaland, grovkategorisering av relasjon til hjertestansofferet, kjønn, utdanningsbakgrunn, hjertestans hvor, bystander alder, outcome, når siste HLR-trening.

1. Hva var det som gjorde at du tolket situasjonen som en hjertestans og ikke som noe annet?
2. Hvordan ville du tolket situasjonen om du befant deg i en by i et annet land som var til dels ukjent for deg (eller et annet hjem, eller et annet arbeidssted jfr informantens HLR-opplevelse)?
3. Hvilke forventninger hadde du til den som betjente nødnummer 113?
4. Husker du hvordan du opplevde å snakke med 113, AMK?
5. Hvordan ville forventningene dine til hjelp fra 113 være om du befant deg i en by i et annet land som var til dels ukjent for deg?
6. Hvordan var forventningene dine til at andre rundt deg skulle hjelpe deg i HLR-situasjonen?
7. Hvilke reaksjoner forventet du at du kom til å få fra andre i ettertid på HLR-hjelpen din?

8. Hvilke reaksjoner på HRL-hjelpen din tror du at du ville ha forventet om du hadde befunnet deg i en by i et annet land som var til dels ukjent for deg?
9. Kan du tenke deg omstendigheter i hjertestanssituasjonen hvor du ikke hadde startet HLR?
10. Lignet hjertestanssituasjonen på noe du hadde erfart tidligere?
11. Hvordan har du fått kunnskap om hvordan HLR skal utføres (skole, kurs, familie, fritidsorganisasjon som speider, Røde Kors etc, arbeid, media)?
12. Når har du fått kunnskapen, og hvor ofte/planlagt eller tilfeldig er den gjentatt?
13. Leser du artikler i media om hjerte-lunge-redning og hva tror du slike mediaoppslag betyr for det å starte HLR?
14. Opplevde du noen gang redsel for å skade mer enn å hjelpe?
15. Har du tanker om hvorfor du turde å starte HLR?
16. Hva betydde andre mennesker i situasjonen for at du skulle starte HLR?
17. Tenkte du noen gang at situasjonen hadde vært lettere for deg om du hadde hatt en hjertestarter i umiddelbar nærhet?
18. Hva skulle til for at du ikke hadde startet HLR?
19. Hva tror du hadde skjedd om du selv hadde fått hjertestans på et offentlig sted, eks kjøpesenter?
20. Hva tror du hadde skjedd om du selv hadde fått hjertestans i hjemmet ditt?
 21. Hva synes du om andre som ikke starter HLR ved en hjertestans tilsvarende som du har opplevd?
 22. Hva eller hvem tror du har påvirket deg i beslutningen din om å starte HLR?
 23. På hvilken måte synes du vi har ansvar for hverandre i samfunnet?
 24. Nølte du noen gang med at det var akkurat du som skulle starte HLR?
 25. Er det noe du synes har hatt betydning for din HLR jeg ikke har spurt om?
 26. Kan jeg kontakte deg om det kan være svar jeg ønsker å få utdype?
 27. Kategorisering?