

tema

Att vara livräddare

- En beskrivning av hjärt-lungräddning ur livräddarens perspektiv

Åsa Axelsson

I Sverige finns det närmare tre miljoner invånare utbildade presumtiva livräddare i hjärt-lungräddning. Deras beredskap att ingripa om de blir vittne till ett hjärtstopp är av avgörande betydelse för om den person som får hjärtstopp utanför sjukhus skall ha en möjlighet att överleva. Mycket möda har ägnats åt att utbilda allmänheten i HLR och stora forskningsinsatser har också gjorts för att visa betydelsen av tidig HLR. Avsevärt mindre kraft och intresse har lagts på att ta reda på hur livräddarna upplever sitt ingripande och om/vilket stöd de skulle behöva efter ett ingripande. I Sverige har vi haft en unik möjlighet att nå livräddarna och undersöka deras reaktioner och erfarenheter. Medmänsklighet, altruism och mod tycks vara viktiga komponenter vid livräddarnas ingripanden. Trots svårigheter och hinder som måste övervinnas, få överlevande och brister i möjligheten att bearbeta händelsen, var livräddarna beredda att ingripa igen om situationen så krävde. En majoritet av livräddarna tycks kunna hantera de psykologiska och emotionella effekterna av ett ingripande. Men där kan finnas ett behov av hjälp för att komma över de traumatiska känslorna efteråt.

Åsa Axelsson är Legitimerad sjuksköterska och Medicine doktor, verksam som universitetslektor på Högskolan i Halmstad. Dr. Åsa Axelsson, Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 HALMSTAD.Tel: +46 35 167486, e-mail: asa.axelsson@hos.hh.se

Betydelsen av att hjärt-lungräddning (HLR) startas omedelbart vid ett hjärtstopp och redan innan ambulans är på plats, är dokumenterat i ett flertal studier [1-5]. I Sverige introducerades 1983 ett nationellt träningsprogram i HLR,

som hade utarbetats av Svenska Cardiologföreningen i samarbete med Svensk Förening för Anestesi- och Intensivvård. Året efter startade den stora satsningen att utbilda både sjukvårdspersonal och allmänhet i HLR [6]. Sedan dess har

drygt 40 % (ca tre miljoner) av den vuxna befolkningen i Sverige utbildats i HLR [7].

Plötslig oväntat hjärtstopp utgör en stor andel av dödsfallen i Sverige [8] liksom i övriga västvärlden. De flesta av dessa plötsliga dödsfall sker utanför sjukhus och beror oftast på kammarflimmer [9]. Det svåra i behandlingen av hjärtstopp är frånvaron av, eller den korta durationen av, förvarnande symptom [9]. Som en konsekvens hinner inte den drabbade söka hjälp utan de flesta hjärtstoppen sker utanför sjukhus, vilket gör det svårt för ambulans och sjukvård att hinna fram i tid för att ge behandling. Även de bäst fungerande ambulanssystem behöver förlita sig på den HLR-utbildade allmänheten, eftersom det oftast är för sent när de anländer till platsen. Den behandling som under lång tid utarbetats kan beskrivas som ”Kedjan som räddar liv”: tidigt larm – för att få hjälp, tidig HLR – för att vinna tid, tidig defibrillering – för att starta hjärtat samt tidig medicinsk behandling – för att stabilisera.

Handlandet hos den person som bevitnar ett hjärtstopp är avgörande för om det drabbade offret skall ha en möjlighet att överleva. Om detta vittne inte larmar kommer inte offret att få någon hjälp, då det är denna åtgärd som startar hela behandlingskedjan. Om detta vittne inte startar HLR i väntan på ambulansen försämras offrets chanser att överleva två till tre gånger [4]. Cirka 60 % av de hjärtstopp som sker utanför sjukhus är bevitnade och HLR startas före ambulansen ankomst vid cirka 30 % [6].

En hel del forskning har ägnats åt att bevisa betydelsen av livräddarinitierad

HLR [1-5] men ytterst få studier har ägnat sig åt att beskriva livräddarna och deras erfarenheter. När man började utbilda allmänheten i HLR höjdes röster som menade att allmänheten inte kunde klara denna uppgift. Det ansågs inte bara att allmänheten inte kunde lära sig HLR, utan också att det var ett för stort ansvar för dem. Allmänheten skulle inte klara av de psykiska efterverkningarna av en HLR-insats. Med få undantag [10,11], är det endast i Sverige som forskare haft möjlighet att nå livräddarna och undersöka deras erfarenheter [12-15].

Livräddare

I detta sammanhang är ”livräddaren” en person som frivilligt och utan professionellt ansvar startar HLR. Sjukvårdspersonal som startar HLR utan att vara i tjänst är att betrakta som livräddare, då deras ingripande är frivilligt, och grundar sig på att de råkar befinna sig vid platsen för ett hjärtstopp. Detta är en utökning av det engelska begreppet ”bystander” enligt den definition som Utstein-dokumentet för rapportering av hjärtstopp utanför sjukhus använder sig av [16], vilket inte inkluderar frivilliga insatser från sjukvårdspersonal.

Vem är livräddaren?

Det är sparsamt med demografisk information om livräddarna i den vetenskapliga litteraturen. Den forskning som finns ger ingen klar indikation på om det är företrädesvis män eller kvinnor som i första hand ingriper. I en enkätundersökning av ett slumpvis urval av 1012 livräddare som utbildats i HLR i januari 1997, var de flesta svarande kvinnor (57 %), men en större andel av männen än

tema

kvinnorna visade sig villiga att starta HLR på t.ex. en okänd man (74 % vs 67 %) [14]. I denna studie bland lekmän som genomgått HLR utbildning, och en undersökning bland livräddare som rapporterat verkliga ingripanden [13], var medelåldern 36 respektive 37 år. I en studie från USA var 53 % av livräddarna män och medelåldern 42 år [10].

Undersökningar bland livräddare som rapporterat verkliga ingripanden, visade att ca en tredjedel av livräddarna var ambulans- och sjukvårdspersonal [12,13]. Tidigare studier från USA och Belgien har visat på en högre andel sjukvårdspersonal bland livräddarna, upp till 60 % [17,18]. De flesta livräddarna hade fått sin utbildning genom arbetet eller i samband med utbildning. 63 % hade genomgått två eller fler utbildningar i HLR [12]. Den typiska livräddaren, i Sverige, skulle kunna beskrivas som en man eller kvinna som är under 40 år och har gått åtminstone två kurser i HLR.

Har de som utbildats i HLR beredskap att ingripa?

Vid ett hjärtstopp är offret synnerligen utsatt; han/hon är helt beroende av omedelbar hjälp från någon som bevittnat det inträffade. Det är endast genom ett omedelbart och korrekt ingripande som offret har en chans att överleva. Att vara utbildad i HLR är inte detsamma som att våga/kunna ingripa. För att besluta sig för om han/hon skall ingripa eller ej måste livräddaren först av allt uppmärksamma att något hänt, tolka allvaret i situationen, bestämma sig för att det är hans/hennes ansvar att ingripa, bestämma sig för vilken hjälp som hon/han kan ge och slutligen för hur denna hjälp skall

ges [19].

I en studie som behandlade 1012 utbildade livräddares attityder till ett ingripande [14] upplevde över 80 % att de hade vilja och tillräcklig självtillit för att starta HLR om en nära vän eller anhörig fick ett hjärtstopp i deras närvaro. En möjlighet att få stöd i sitt handlande är att personalen på larmcentralen ger HLR instruktioner per telefon i väntan på ambulansen. 75 % av de tillfrågade ansåg att det skulle underlätta för dem att ingripa om de fick ett sådant stöd [14].

Men det är inte i alla situationer som livräddarna känner en lika stor beredskap att ingripa. Var offret en okänd person, var det knappt 70 % av de tillfrågade lekmännen som var villiga att starta HLR. Såg dessutom personen ovårdad ut, var det bara 33 % som var positiva till att ingripa [14].

Vad gör att livräddarna ingriper?

I en studie där 19 livräddare som utfört HLR i försök att hjälpa en person med hjärtstoppintervjuades, framkom fyra faktorer som hade haft betydelse för deras ingripande: medmänsklighet, kompetens, förpliktelse och mod [15]. De intervjuade beskrev sitt handlande som en medmänsklig gärning i termer av att vilja rädda livet på, eller hjälpa, en annan människa. ”Att vilja rädda liv” innebar allt från att ha en stark känsla av att offret skulle överleva med hjälp av deras insats till att förstå att HLR var att ge offret en chans att överleva.

Kompetens innebar att livräddarna hade kunskap i HLR genom att ha tränat, ibland ett flertal gånger, och genom att vara kognitivt och emotionellt för-

beredda för situationen. Men där fanns också livräddare som aldrig hade tränat HLR, eller att träningstillfället låg så långt tillbaka i tiden att de inte längre kom ihåg hur de skulle göra. De hade trots detta ingripit. Att vara förberedd, handlade t.ex. om att känna till offrets sjukdom eller att genom träning i HLR känna sig bekant med situationen. Men livräddarna beskrev också situationer där de känt sig helt oförberedda på händelsen ”Det är inte något man väntar sig skall hända en vanlig dag på väg till jobbet” [15].

Att känna en förpliktelse att ingripa beskrevs i termer av att ta sitt ansvar och att göra sin plikt. Det handlade både om moral och om en känsla av sociala förväntningar. Det fanns de som omedelbart och självklart hade tagit sitt ansvar, men det fanns också de som in i det längsta väntat på att någon annan skulle ta initiativet att ingripa. Den fjärde faktorn, mod, handlade om att våga och ha kraften att handla. Medmänsklighet, kompetens och ansvarskännande är således inte tillräckligt för att en livräddare skall ingripa; det behövs också personligt mod.

Skora & Riegel [11] gjorde liknande fynd i sin intervjustudie, där de viktigaste faktorerna som motiverade livräddarna att ingripa var: plikt, ansvar, skuld och socialt tryck samt altruism.

Vilka hinder måste livräddarna komma över?

De intervjuade livräddarna [15] beskrev även sin utsatta situation och de känslor av motvilja som de måste hantera för att kunna ingripa. De kunde känna sig övergivna, både bokstavligen, när de var

ensamma på plats, och bildligt, när de trots människor omkring sig inte fick någon hjälp. En maktlöshet och otillräcklighet kunde infinna sig hos livräddarna, då de trots sina ansträngningar inte lyckades se några tecken till liv hos offret. Var personen död eller inte? De kunde även känna sig osäkra i sitt utförande av HLR och vara rädda att de bara gjorde situationen värre. En känsla av motvilja kunde infinna sig hos livräddarna i mötet med döden och det döende offret. En motvilja som kunde få dem att tveka. Att plötsligt och oväntat konfronteras med en döende människa kommer alltid att vara en obehaglig upplevelse som kan generera känslor av olust, inte minst pga offrets ibland frånstötande yttre. McCormack m.fl. [10] intervjuade 34 livräddare och fann att cirka en tredjedel av hjärtstoppsoffren hade haft uppkastning, en del hade löständer, lukade alkohol och några var blodiga. Men ingen av de intervjuade rapporterade att de avstått från att ingripa pga dessa omständigheter. I denna studie [10] var en majoritet av livräddarna bekanta med offret.

Vad händer med livräddarna?

96 % av 544 livräddare som själva rapporterade om sina ingripanden tyckte att det varit en i huvudsak positiv erfarenhet, medan 3 % ansåg att erfarenheten varit negativt [13]. I ett försök att identifiera eventuella oberoende prediktorer för en negativ erfarenhet, gjordes en stegvis logistisk regressionsanalys. I denna statistiska analys visade sig två faktorer ha betydelse för livräddarens upplevelse av händelsen; om offret dog (odds ratio 3,8; 95 % konfidensintervall

tema

1,1-12,9; $p=0.03$) och om livräddaren inte haft någon att prata med om händelsen (odds ratio 9,6; 95 % konfidensintervall 3,0-30,2; $p=0.0001$) [13]. Dessa forskningsfynd bekräftar tidigare psykologiska uppfattningar om behovet av att prata efter en kritisk händelse. 10 % av livräddarna hade inte haft någon att prata med. För de som rapporterade att de haft någon att prata med var den vanligaste samtalspartnern en arbetskamrat/vän eller en nära anhörig (60 %) [13]. Trots detta ansåg de flesta livräddarna att deras ingripande var en i huvudsak positiv erfarenhet. Det finns alltså anledning att anta att livräddarnas normala sociala nätverk har varit dem till hjälp i denna situation. Det var få som hade haft tillgång till någon typ av professionell debriefing. Den mest efterfrågade samtalspartnern var sjuksköterska, läkare och/eller ambulanspersonal, någon som hade erfarenhet av HLR [13]. Det finns studier som tyder på att endast att prata med andra och speciellt personer som har liknande erfarenheter kan hjälpa livräddaren att hantera denna kritiska upplevelse [20].

I ett nationellt perspektiv är det endast 5 % av patienterna som överlever ett hjärtstopp utanför sjukhus [6], medan de rapporterade livräddarna trodde (de hade sällan tillgång till säker kunskap) att patienten överlevt i 40 % av fallen, att patienten dött i 49 % av fallen och 11 % visste inte alls utfallet [13].

Trots svårigheter och hinder som måste övervinnas, få överlevande och brister i möjligheten att bearbeta händelsen, var nästa samtliga livräddare beredda att ingripa igen (99,5 % av 425 tillfrågade) om situationen så krävde [12]. Tveklöst

tycks en majoritet av livräddarna kunna hantera de psykologiska och emotionella effekterna av ett ingripande. Men där kan finnas ett behov av hjälp för att komma över de traumatiska känslorna efteråt.

Vad kan vi göra?

Att som lekman ingripa vid ett hjärtstopp innebär att komma över sin osäkerhet och rädsla, att ha mod att vidta nödvändiga åtgärder för att försöka rädda ett liv – med risk att misslyckas. Att frivilligt starta HLR kräver mod att hantera situationen med det döende offret och att konfrontera döden i de mest oväntade situationer. Känslan av att våga och ha kraften att ingripa behöver stärkas i samband med utbildningen i HLR.

Bland de intervjuade livräddarna fanns de som tränat HLR vid upprepade tillfällen och på så sätt blivit så bekanta med situationen att de kände sig beredda när de väl stod inför ett hjärtstopp [15]. Det krävs en ökad tillgänglighet av både HLR-kurser och repetitionsträning, inte bara för att livräddarna skall bibehålla sina färdigheter utan också för att förbereda livräddaren för att klara av att agera i en verklig situation. Likaså behöver HLR-utbildningen förbereda kursdeltagarna på psykologiska, och för lekmannen, oväntade aspekter i en verklig situation. Att träna HLR innebär trygga och kliniskt rena förhållanden i en varm lokal, ofta med välkända personer omkring sig. Verkligheten är ofta en annan. De flesta ingripanden sker på offentliga platser, på okända personer [21] som inte har det rena prydliga utseende som träningsdockan har. En person med hjärtstopp är ofta gråblek eller blå, helt

slapp och kan ha kräkts. Den mest prydliga person kan se ovärdad ut i denna situation. Ändamålsenligheten med att under HLR-utbildningen ge livräddarna en realistisk syn på en otrevlig verklighet kan ifrågasättas. Det finns dock anledning att tro, att den informerade livräddaren skulle vara bättre förberedd att hantera sina egna reaktioner vid ett eventuellt ingripande [15].

Det har också i intervjuer med livräddare framkommit att de trots att själva HLR-insatsen skall "väcka" offret [15], liksom att de haft en falsk bild av chansen att överleva ett hjärtstopp. Det är inte svårt att tänka sig att de livräddare som utgått från att deras insats skulle rädda livet på offret kunde känna stressymptom när deras insats "misslyckats". Det är av yttersta vikt att HLR-utbildningen ger kursdeltagarna en adekvat information, så att de korrekt kan förstå den tidiga hjärt-lungräddningens roll i "kedjan som räddar liv". Under utbildningen måste det understrykas att den tidiga HLR-insatsen utgör en bro till den avgörande behandlingen – defibrilering. De måste också få en förståelse av att de aldrig kan försämrå offrets situation med sitt ingripande; det är med deras hjälp som offret har en chans att överleva. Dessa insikter och förberedelser skulle inte bara kunna reducera ett eventuellt motstånd hos den utbildade livräddaren mot att ingripa, de skulle också kunna reducera livräddarens känsla av misslyckande och skuld, i de fall där offret dör.

Att livräddarens möjlighet till debriefing efter ett ingripande är en oberoende faktor som påverkar livräddarens reaktion, bekräftar antagandet att livrädda-

ren, lika väl som ambulans- och räddningspersonal [22,23], skulle ha nytta av debriefing efter återupplivningsförsök. Trots detta utesluts livräddarna från den formella debriefingprocessen. Det finns inget system i Sverige för att hjälpa livräddarna att bearbeta sina upplevelser. Det är av stor betydelse att räddnings- och sjukvårdspersonal har kunskap om livräddarnas utsatta situation. Professionell personal som möter livräddaren behöver vara just professionella och vårdande i sitt bemötande, samt beredda att möta livräddarens behov av kunskap och samtal. Målet bör vara att alla livräddare erbjuds någon form av debriefing efter en insats.

Sjuksköterskor är den yrkesgrupp vars verksamhetsområde omfattar HLR, patienten och livräddaren, och därmed en yrkesgrupp som har mycket att bidra med i arbetet att utveckla såväl HLR-utbildning som omhändertagandet av de frivilliga livräddarna.

Summary

In Sweden with a population of nine million, three million adults have training in cardio-pulmonary resuscitation (CPR). In this study the attitudes of lay people to participate in CPR was investigated. It was found that humanity, altruism and courage were important components explaining the willingness of bystanders to start CPR. Despite difficulties and few survivors as well as a lack of debriefing possibilities a majority of the bystanders were prepared to start CPR again. A majority seems to have capability to handle the psychological and emotional stress, however, increased resour-

ces for debriefing might be of value in order to maintain the high level of preparedness.

Referenser

- Cummins RO, Eisenberg MS, Hallstrom AP, Litwin PE. Survival of out-of-hospital cardiac arrest with early initiation of cardiopulmonary resuscitation. *Am J Emerg Med* 1985;2(2):114-9.
- Ritter G, Wolfe RA, Goldstein S, et al. The effect of bystander CPR on survival of out-of-hospital cardiac arrest victims. *Am Heart J* 1985;110:932-7.
- Herlitz J, Ekström L, Wennerblom B, Axelsson Å, Bång A, Holmberg S. Effect of bystander initiated cardiopulmonary resuscitation on ventricular fibrillation and survival after witnessed cardiac arrest outside hospital. *Br Heart J* 1994;72(5):408-12.
- Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J. Effect of bystander-CPR in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. *Resuscitation* 2000;47(1):59-70.
- Stiell I, Nichol G, Wells G, et al. Health-related Quality of life is better for cardiac arrest survivors who received citizen cardiopulmonary resuscitation. *Circulation*. 2003;108(16):1939-44.
- Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J, Gårdelöv B. Survival after cardiac arrest outside hospital in Sweden. *Resuscitation* 1998;36(1):29-36.
- Axelsson Å, Thorén A-B, Holmberg S, Herlitz J. Status of CPR in the Swedish population in the year 2000. A nation wide survey. *Eur Heart J* 2002;23 (Suppl):350.
- Wennerblom B, Holmberg S. Death outside hospital with special reference to heart disease. *Eur Heart J* 1984;5(4):266-74.
- Cobb LA, Werner JA, Trobaugh GB. Sudden Cardiac death: I. A decade's experience with out-of-hospital resuscitation. *Mod Concepts Cardiovasc Dis* 1980;40:31-6.
- McCormack AP, Damon SK, Eisenberg MS. Disagreeable physical characteristics affecting bystander CPR. *Ann Emerg Med* 1989;18(3):283-5.
- Skora J, Riegel B. Thoughts, feelings, and motivations of bystander who attempts to resuscitation a stranger: a pilot study. 2001;10(6):408-16.
- Axelsson Å, Herlitz J, Ekström L, Holmberg S: Bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation out-of-hospital. A first description of the bystanders and their experiences. *Resuscitation* 1996;33:3-11.
- Axelsson Å, Herlitz J, Karlsson T, Lindqvist J, Graves JR, Ekström L, Holmberg S. Factors surrounding cardiopulmonary resuscitation influencing bystanders' psychological reactions. *Resuscitation* 1998;37:13-20.
- Axelsson Å, Thorén AB, Holmberg S, Herlitz J. Attitudes of trained Swedish lay rescuers toward CPR performance in an emergency. A survey of 1012 recently trained CPR rescuers. *Resuscitation* 2000;44:27-36.
- Axelsson Å, Herlitz J, Fridlund B. How bystanders perceive their cardiopulmonary resuscitation intervention; a qualitative study. *Resuscitation* 2000;47:71-81.
- Cummins RO, Chamberlain DA, Abramson NS et al. Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: the Utstein Style. A statement for health professionals from a task force of the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada and the Australian Resuscitation Council. *Circulation* 1991;84(2):960-75.
- Murphy RJ, Luepker RV, Jacobs DR, Gillum RF, Folsom AR, Blackburn H. Citizen cardiopulmonary resuscitation training and use in a metropolitan area: the Minnesota Heart Survey. *Am J Public Health* 1984;74(5):513-5.
- Bossaert L, van Hoeyweghen R. Bystander cardiopulmonary resuscitation (CPR) in out-of-hospital cardiac arrest. The Cerebral Resuscitation Study Group. *Resuscitation* 1989;17(Suppl): S55-69.
- Latane B, Darley JM. Bystanders "apathy". *American Scientist* 1969;57(2):244-68.
- Robinson R, Mitchell J. Evaluation of psychological debriefings. *J Traumatic Stress* 1993;6:367-84.
- Litwin PE, Eisenberg MS, Hallstrom AP, Cummins RO. The location of collapse and its effect on survival from cardiac arrest. *Ann Emerg Med* 1987;16(7):787-91.
- Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. *J Am Med Assoc* 1992;268:2172-98.
- Svenska Läkarsällskapet: Svenskt Index för akutmedicinsk larmmottagning. Stavanger Åsmund S. Laerdal A/S, 1997.