

Motivasjon og mestringsfølelse hos brukere av defibrillatorer

Sammendrag

Bakgrunn. I samarbeid med Helsedepartementet startet Stiftelsen Norsk Luftambulans i desember 2002 utplassering av halvautomatiske defibrillatorer og et opplæringsprogram i bruk av slike. Per januar 2007 var 250 halvautomatiske defibrillatorer utplassert, og i nær 200 kommuner var brukere opplært. Hensikten med denne studien var å få svar på hvilken erfaring defibrillatorbrukerne hadde med delegerende lege, og hvordan det sto til med motivasjon og følelse av mestring.

Materiale og metode. Et tilfeldig utvalg på 50 % av alle brukere (N = 980) som ble utdannet i perioden 2002/03 fikk tilsendt et strukturert spørreskjema høsten 2005. Vi fikk inn svar fra 307 av de 439 (70 %) som kunne svare.

Resultater. En tredel hadde ikke motatt delegeringsbevis av lege. Et stort flertall (75 %) hadde aldri møtt vedkommende lege og kunne derfor ikke svare på om legen var engasjert i programmet. Nær alle (99 %) mente de personlig og førsteresponsgruppen som helhet (98 %) ville mestre oppgaven. For de 120 brukerne (39 %) som hadde vært i en reell situasjon, var de tilsvarende tallene henholdsvis 93 % og 90 %. Samtidig oppga 71 (59 % av dem som hadde rykket ut til en pasient) at dette hadde en positiv effekt på motivasjonen.

Fortolkning. Delegeringsansvaret var tilsynelatende et pålegg uten reelt innhold for flertallet av legene. Brukerne av de halvautomatiske defibrillatorer hadde følelsen at de mestret bruken godt, og de var motiverte for oppgaven.

Erik Zakariassen

erik.zakariassen@isf.uib.no
Stiftelsen Norsk Luftambulans
Postboks 94
1441 Drøbak
og
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Bergen

Steinar Hunskaar

Seksjon for allmenntilleggsmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Tid fra hjerstestans til første strømstøt er, ved siden av god hjerte-lunge-redning, av avgjørende betydning for å oppnå puls – og dermed for overlevelsen (1, 2). Tiden blir i mange tilfeller for lang, spesielt i strøk av landet der det er lang kjøretid for ambulans og lege i vakt. Utplassering av halvautomatiske defibrillatorer ute i lokalsamfunn har vært anbefalt internasjonalt (3). Defibrillatorene kan betjenes av legfolk etter enkel opplæring. De kan utplasseres på steder der mange mennesker ferdes, blant annet flyplasser og togstasjoner (2, 4). Slik utplassering har funnet sted til tross for at opp mot 70 % av alle tilfeller av hjerstestans skjer i hjemmet, ikke i det offentlige rom (5–7). I noen land, deriblant Norge, har man derfor satset på at såkalte førsteresponsgrupper (fra brannvesen, politi og hjemmesykepleie) tar med den halvautomatiske defibrillatoren dit der hjerstestansen faktisk har funnet sted (8, 9).

Stiftelsen Norsk Luftambulans startet i desember 2002 i samarbeid med Helsedepartementet et opplærings- og utplasseringsprogram for halvautomatiske defibrillatorer. I mars 2007 hadde vi utplassert 250 defibrillatorer og lært opp deltakere i førsteresponsgrupper i nærmere 200 kommuner. Disse er i all hovedsak hentet fra allerede eksisterende beredskapsgrupper i brannvesen, politi og kommunehelsetjeneste (ved hjemmesykepleien).

I Norge ble bruk av halvautomatisk defibrillator betraktet som medisinsk behandling frem til 2007 og skulle derfor bare utføres av lege. Dersom legen fant det forsvarlig, kunne bruken bli delegert til samarbeidende personell. I et rundskriv fra Helsetilsynet i 1999 ble det presisert at legen skulle forsikre seg om at personellet til enhver tid var godt nok kvalifisert (10). I 2006 var rundskrivet trukket tilbake fra Helsetilsynets nettsider. I mars 2007 ble delegeringskravet trukket tilbake (11). På bakgrunn av helseperso-

nelloven § 5 ble krav om delegering fremdeles ansett som gjeldende i 2006. Helsepersonell kunne overlate bestemte oppgaver til annet personell dersom det var forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som ble gitt. Medhjelpene var underlagt helsepersonellets kontroll og tilsyn (12).

Hensikten med denne studien var å belyse det den gang gjeldende kravet om delegering i forhold til inntrykket brukerne hadde av de formelt ansvarlige legene. I tillegg ønsket vi å studere motivasjon og hvorvidt deltakerne i førsteresponsgruppene følte at de mestret oppgaven.

Materiale og metode

Kommunene som deltok i prosjektet, hadde søkt om å få en eller flere halvautomatiske defibrillatorer stilt til disposisjon for den kommunale beredskapsgruppen. Vi sendte et spørreskjema til en tilfeldig valgt halvdel av de 980 registrerte brukerne i de kommunene som fikk halvautomatiske defibrillatorer i 2002 og 2003. Skjemaet var laget etter samme mal som i skjemaet som tidligere var brukt i en tilsvarende undersøkelse i Austevoll kommune (8).

Via spørreskjemaet ble det samlet inn demografiske data som alder, kjønn og hvilken etat brukeren tilhørte (brannvesen, politi, helsetjeneste eller annet). Spørsmål som gjaldt delegering, motivasjon og mestring er vist i tabell 1. De åpne spørsmålene ble kodet ved å kategorisere ord/temaer som gikk igjen som enten motiverende eller demotiverende. Alle data ble lagt inn i SPSS, og det ble foretatt kontroll av innlagte data ved gjennomgang og kontroll av hvert tiende svarskjema. Det ble gjennomført enkel deskriptiv frekvensanalyse av all informasjon.

Studien ble meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

Hovedbudskap

- De som var opplært i bruk av halvautomatiske defibrillatorer, i hovedsak brannfolk, hadde liten kontakt med legene som hadde delegert bruken til dem
- Brukerne var motiverte og hadde stor tro på egne ferdigheter. Reell erfaring hadde positiv effekt på motivasjonen

Tabell 1 Spørsmål til deltakerne i førsteresponsgruppene

Spørsmål vedrørende delegering	Svaralternativer
Har du mottatt et personlig skriv (delegering) fra lege om at du har lov til å bruke hjertestarteren?	Ja/nei
Var legen til stede under hovedopplæringen?	Ja/nei
Hvor ofte har du møtt delegerende lege i forbindelse med deltakelse i førsteresponsgruppen?	0,1–3, 4–6, 7 eller flere ganger
Virker delegerende lege engasjert (for dem av dere som har møtt vedkommende)?	Meget engasjert, engasjert, mindre engasjert, vet ikke
<i>Spørsmål om motivasjon</i>	
Er det spennende og utfordrende å ha som oppgave å rykke ut med hjertestarter?	Svært, middels, litt og lite spennende og utfordrende
Beskriv kort hva som har størst påvirkning på din motivasjon i positiv retning	Åpent spørsmål
Beskriv kort hva som har størst påvirkning på din motivasjon i negativ retning	Åpent spørsmål
Hvor motivert er du for å rykke ut med hjertestarter?	Svært motivert, middels motivert, litt motivert, lite motivert
Følte du deg presset til å delta i førsteresponsgruppen?	Stort press, middels press, litt press, lite press
Kan du tenke deg å rykke ut på andre medisinske problemer etter en utvidet opplæring og tilgang på noe mer utstyr?	Ja/nei
<i>For dem som hadde vært med i en reell situasjon</i>	
Har aksjonen(e) påvirket din motivasjon for deltakelse i førsteresponsgruppen?	Mer motivert, noe mer motivert, uendret motivasjon, mindre motivasjon
<i>Spørsmål om mestring</i>	
Hvor god tro har du på at du vil mestre oppgaven med hjerte-lunge-redning og bruk av hjertestarter?	Svært godt, middels godt, litt godt, lite godt
Hvor stor tillit har du til at førsteresponsgruppen du tilhører vil mestre oppgaven?	Svært god, middels god, litt god, lite god
Føler du at du har mye ansvar i denne oppgaven?	Svært stort ansvar, middels stort ansvar, litt ansvar, lite ansvar
<i>For dem som hadde vært med i en reell situasjon</i>	
Hvordan følte du at du greide deg (gjennomsnittlig) under disse aksjonene?	Svært godt, middels godt, litt godt, lite godt
Hvordan følte du førsteresponsgruppen klarte seg (gjennomsnittlig) under disse aksjonene?	Svært godt, middels godt, litt godt, lite godt

Tabell 2 Funn vedrørende mestring og motivasjon hos medlemmene i førsteresponsgruppene

Kategori	Antall svar	(%)
<i>Tillit til personlig mestring</i>		
Svært godt	147	(48)
Middels godt	151	(49)
Litt godt	6	(2)
Ubesvart	3	(1)
<i>Tillit til førsteresponsgruppens mestring</i>		
Svært god	190	(62)
Middels god	111	(36)
Litt god	6	(2)
Lite god	0	(0)
<i>Erfaring fra reell situasjon</i>		
Ja	120	(39)
Nei	187	(61)
<i>Personlig mestring av reell situasjon</i>		
Svært god	50	(42)
Middels god	61	(51)
Verken god eller dårlig	6	(5)
Dårlig	2	(2)
Ubesvart	1	(1)
<i>Førsteresponsgruppens mestring av reell situasjon</i>		
Svært god	61	(51)
Middels god	47	(39)
Verken god eller dårlig	6	(5)
Dårlig	0	(0)
Ubesvart	6	(5)
<i>Økt motivasjon etter reell erfaring</i>		
Mer motivert	42	(35)
Noe mer motivert	29	(24)
Uendret motivasjon	49	(41)

Resultater

33 skjemaer kom i retur på grunn av ukjent adresse, 18 fordi vedkommende ikke lenger var deltaker i en førsteresponsgruppe. Av de resterende 439 besvarte 307 (70 %) skjemaet.

To tredeler av brukerne hadde fått delegert rett til bruk av defibrillator av lege, men bare 24 % hadde møtt denne legen. De fleste av disse brukerne (85 %) oppfattet legen som engasjert. De fleste brukerne var menn (86 %) og brannfolk (77 %).

Respondentene rapporterte høy følelse av mestring på vegne av seg selv og førsteresponsgruppen de tilhørte (tab 2).

I tillegg rapporterte 197 av brukerne (64 %) at det var svært spennende og utfordrende og 71 (23 %) at det var middels spennende og utfordrende å delta i førsteresponsgruppene. 9 % av brukerne (28 personer) hadde følt seg presset til å delta i gruppen. Noe over halvparten sa seg villige til å rykke ut også til andre akuttmedisinske tilstander dersom de fikk mer opplæring.

På det åpne spørsmålet om positiv effekt på motivasjon hadde 193 (63 %) brukt ordene «redde liv» og 64 (21 %) «hjelp». Når det dreide seg om hva som var negativt, var svarene mer sprikende, men 104 (34 %) er kodet under kategoriene «psykisk belastning», «stort ansvar», «mislykkes», «gjøre feil» og «usikker». 35 % hadde ikke besvart spørsmålet.

Diskusjon

De som var opplært i bruk av halvautomatiske defibrillatorer, hadde høy motivasjon og dessuten sterk tro på egne ferdigheter og på ferdighetene til førsteresponsgruppen de tilhørte. Derimot syntes ikke flertallet av brukerne at delegerende lege var en sentral eller engasjert person når det gjaldt bruk av halvautomatiske defibrillatorer.

Den høye svarandelen gjør at utsagnene kan betraktes som representative for brukerne. Vi har imidlertid ikke målt hva legene selv mente om sin medvirkning, heller ikke

brukernes reelle evne til å utføre hjerte-lunge-redning eller tidlig defibrillering.

Rørtveit & Meland har i en studie fra Austevoll gjort tilsvarende funn vedrørende høy mestringsfølelse, men der deltok delegerende lege i stor grad i organisering, opplæring og øving av førsteresponsgruppene (8). I vår studie deltok ikke flertallet av delegerende leger på samme måte. Delegerende lege hadde tilsynelatende ikke oppfylt ansvarlighetskravet som lå i IK3/99 og senere i helsepersonelloven (10, 12). Funnene understøtter bestemmelsen om at delegering fra lege ikke lenger er påkrevd. Halvautomatiske defibrillatorer er enkle i bruk, og det er ikke mulig å feilbehandle en pasient med dem (13). Derimot er muligheten stor for at hjerte-lunge-redningen i seg selv utføres dårlig, spesielt hvis det skjer i kombinasjon med bruk av defibrillator. Hvis helsepersonelloven § 5 skulle ha blitt fulgt, skulle tilsynet ha blitt utført av den som formelt hadde delegert oppgaven. Kvalitetssikringen burde

ha innbefattet jevnlig kontakt for å kontrollere den praktiske ferdigheten i utførelse av hjerte-lunge-redning og defibrillering. Det ville vært naturlig å gjøre dette i forbindelse med kurs før det ble gitt ny delegering til brukerne. Der deltakerne oppfattet at legene var engasjert i virksomheten, innebar det i all hovedsak at de også var til stede på kursene. Det satte dem i stand til å vurdere kvaliteten på bruken før delegeringsbevisene ble utdelt.

Ønsket om å hjelpe og å redde liv var viktige motivasjonsfaktorer, samtidig som usikkerhet og redsel for å gjøre feil virket negativt inn på motivasjonen. Reelle hendelser påvirket motivasjonen for videre deltakelse i førstereponsgruppene positivt. Andre fremhevet viktigheten av øvelser, ikke bare for å opprettholde kunnskapen, men også som en viktig motivasjonsfaktor for dem som ikke hadde erfaring med reelle hendelser (14–16). Øvelse var med andre ord viktig for å dempe aspekter som påvirket motivasjonen i negativ retning.

Hensikten med en førstereponsordning er å få redusert tiden fra hjerrestans til første sjokk blir gitt. Det bør ikke gå mer enn 5–6 minutter fra alarmering til det skjer (1). Dette er vanskelig å oppnå i Norge. Det kan derfor være hensiktsmessig å flytte hovedmålsettingen for førstereponsgruppene bort fra den bekreftede «hjerrestansen». Førstereponsgrupper med kunnskap og mulighet til å øve på å gi avansert førstehjelp til pasienter med symptomer som for eksempel bryst-

smerter og tung pust, vil derfor kunne være nyttige. Gruppene vil da ha økt sjans for å være hos pasienten ved en eventuell senere hjerrestans. Men skal førstereponsgruppene rykke ut ved andre problemer enn hjerrestans, er behovet for en engasjert lege med ansvar for kvaliteten enda større enn når det gjelder utøvelse av tidlig defibrillering og hjerte-lunge-redning.

Vi takker Ann Kristin Wiik, Erik Ravne og Aage W. Karlsen for god hjelp ved datainnsamlingen, bearbeiding av data og nyttige innspill. Takk til Sverre Rørtveit for tillatelse til bruk av spørreskjemaet fra Austevoll.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Handley AJ, Koster R, Monsieurs K et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation* 2005; 67 (suppl 1): S7–23.
2. Hallstrom AP, Ornato JP, Weisfeldt M et al. Public-access defibrillation and survival after out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2004; 351: 637–46.
3. Priori SG, Bossaert LL, Chamberlain DA et al. Policy statement: ESC-ERC recommendations for the use of automated external defibrillators (AEDs) in Europe. *Resuscitation* 2004; 60: 245–52.
4. Davies CS, Colquhoun MC, Boyle R et al. A national programme for on-site defibrillation by lay people in selected high risk areas: initial results. *Heart* 2005; 91: 1299–302.
5. Engdahl J, Herlitz J. Localization of out-of-hospital cardiac arrest in Göteborg 1994–2002 and implications for public access defibrillation. *Resuscitation* 2005; 64: 171–5.
6. Portner ME, Pollack ML, Schirck SK et al. Out-of-hospital cardiac arrest locations in a rural community: where should we place AEDs? *Prehosp Disaster Med* 2004; 19: 352–5.
7. Pell JP, Sirel JM, Marsden AK et al. Potential impact of public access defibrillators on survival after out of hospital cardiopulmonary arrest: retrospective cohort study. *BMJ* 2002; 325: 515.
8. Rørtveit S, Meland E. Hjerstartargrupper med lekfolk i spredtbygde område. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 316–9.
9. Lobaton CR, Varela-Portas Marino J, Iglesias Vazquez JA et al. Results of the introduction of an automated external defibrillation programme for non-medical personnel in Galicia. *Resuscitation* 2003; 58: 329–35.
10. Utvidet bruk av halvautomatiske defibrillator. Rundskriv IK3/99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
11. Norsk Resuscitasjonsråd. www.nrr.org/index1.html [15.6.2008].
12. Helsepersonelloven. www.lovdata.no/cgi-wift/wiftloksok?base=NL&sys=1&felt=titl&emne=helsepersonelloven&PROS [15.6.2008].
13. Cummins RO, Eisenberg M, Bergner L et al. Sensitivity, accuracy, and safety of an automatic external defibrillator. *Lancet* 1984; 2: 318–20.
14. Prina LD, White RD, Atkinson EJ. Automated external defibrillators and first responders: a satisfaction survey. *Resuscitation* 2002; 53: 171–7.
15. Lerner EB, Hinchey PR, Billittier AJ. A survey of first-responder firefighters' attitudes, opinions, and concerns about their automated external defibrillator program. *Prehosp Emerg Care* 2003; 7: 120–4.
16. Lerner EB, Billittier AJ, Shah MN et al. A comparison of first-responder automated external defibrillator (AED) application rates and characteristics of AED training. *Prehosp Emerg Care* 2003; 7: 453–7.

Manuskriptet ble mottatt 19.5. 2006 og godkjent 15.6. 2008. Medisinsk redaktør Preben Avitsland.