

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID ÅKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
M2020:24

Medmänsklighet och samhällsansvar –
SMS-livräddarens upplevelse av en hjärtstoppssituation
En kvalitativ intervjustudie

Linda Blomnell
Sofia Hoppe



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Medmänsklighet och samhällsansvar – SMS-livräddarens upplevelse av en hjärtstoppssituation: En kvalitativ intervjustudie
Författare:	Linda Blomnell och Sofia Hoppe
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård
Handledare:	Birgitta Wireklint Sundström
Examinator:	Anders Bremer

Sammanfattning

Idag ställs allt högre krav på prehospital akutsjukvård och dess tillgänglighet. Forskning visar att samhället är allt mer beroende av frivilliga resurser, som SMS-livräddare. Dock är frivilliga insatser som utförs vid akuta situationer av icke professionella personer ett relativt utforskat område. Det behövs fördjupad kunskap om vad som motiverar livräddarna att oegoistiskt hjälpa en för dem främmande människa. Syftet i föreliggande studie är att beskriva SMS-livräddarens upplevelse av att vara först på plats vid en hjärtstoppssituation. Studien är en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats och åtta kvalitativa intervjuer. I resultatet redovisas huvudkategorin ”*Medmänsklighet och samhällsansvar*”. Drivkraften bakom kan förstås som ett ansvar för medmänniskan, relaterat till det lokala samhället och ett ofrånkomligt beroende av att vara solidarisk med varandra. Både ett intresse för individen och ett intresse för orten tycks finnas. Den bakomliggande drivkraften kan ytterligare förstås som empati och handlingskraft som manifesteras i en stolthet över att kunna hjälpa en drabbad människa. Då tycks det inte ha någon avgörande betydelse att uppskattningen uteblir. Följande fyra generiska kategorier med citat från informanterna framkommer i resultatet: *Handlingsfokusering; Otillräcklighet och frustration; Empati och engagemang* samt *Bekräftelse och egen stolthet*. Studiens slutsats är: att då professionell vård saknas finns det frivilliga människor som i akuta situationer utanför sjukhus är beredda att agera. En känsla av att göra någonting är bättre än att inte göra någonting alls. Ytterligare forskning behövs om insatstid och utfall vid hjärtstopp utanför sjukhus i relation till SMS livräddares insatser.

Nyckelord: *SMS-livräddare, HLR, Ambulanssjukvård, IVPA, Frivillighet, Prehospital akutsjukvård, Kvalitativ Intervjustudie*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtstopp utanför sjukhus	1
Överlevnad och hjärt- och lungräddning	1
Insatstider och resurser	2
Glesbygd och långa avstånd till vård	3
I väntan på ambulans (IVPA)	4
Hjärt- och lungräddning och ett samhällsengagemang	4
SMS-livräddare	5
Utlarmning och samalarmering	5
Frivilliga livräddare och bystanders	7
Motivation till frivilligt vårdande	7
Överlevnarnas och anhörigas upplevelse	7
Livräddarens upplevelse	8
Motivation	9
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	9
Kvalitativ intervjustudie	9
Urval av informanter	10
Datainsamling	10
Kvalitativ innehållsanalys	11
Etiska överväganden	12
RESULTAT	13
Medmänsklighet och samhällsansvar	13
Handlingsfokusering	13
Få ett stresspåslag	14
Vara fokuserad	14
Bara göra något	14
Otillräcklighet och frustration	14
Bara få en adress	14
Vara osäker på rätt agerande	15
Vara oförmögen till anhörigstöd samtidigt med pågående HLR	15
Empati och engagemang	15

Hjälpa andra och själv kunna få hjälp	15
Känna oro för framtiden	15
Bli involverad	16
Bekräftelse och egen stolthet	16
Känna sig överflödig	16
Få en bekräftande blick	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Tillförlitlighet	17
Förförståelse	18
Resultatdiskussion	19
Medmänsklighet och samhällsansvar	19
Handlingsfokusering	19
Utsatthet och otillräcklighet	20
Hållbar utveckling	21
SLUTSATSER	22
KLINISKA IMPLIKATIONER	22
REFERENSER	23
Bilaga 1	30

INLEDNING

SMS-livräddarens uppgift är att påbörja livräddande insatser innan ambulanssjuksköterskan eller annan professionell räddningspersonal anländer och kan därmed förkorta tiden till påbörjad hjärt- och lungräddning (HLR). Detta är en ganska ny organisation som troligtvis kan göra betydelsefulla skillnaderna då det finns en bristande tillgänglighet på ambulanser, speciellt gäller detta förutsättningarna på glesbygd med förhållandevis långa transportavstånd. Med denna studie vill vi fördjupa kunskapen om bakomliggande motiv till att vilja bli SMS-livräddare och ta del av SMS-livräddarens upplevelser av frivilliga vårdinsatser innan de professionella kommer till plats. Vårt intresse för detta forskningsområde utgår ifrån att det är ambulanssjuksköterskan som tar över det vårdande ansvaret efter SMS-livräddaren. Därför har vi som ambulanssjuksköterskor behov av att veta mera om livräddarnas erfarenheter i samband med hjärtstoppssituationer utanför sjukhus, för att få en bättre förståelse för deras situation och uppdrag.

BAKGRUND

Hjärtstopp utanför sjukhus

Överlevnad och hjärt- och lungräddning

En av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige beror enligt Hollenberg och Engdahl (2016, s. 339) på hjärt- och kärlsjukdomar. Två tredjedelar av alla dödsfall inträffar utanför sjukhus och orsakats ofta av ett plötsligt hjärtstopp. Vid prehospitaled hjärtstoppssituationer, det vill säga hjärtstopp som sker på allmän plats, i en offentlig lokal eller i hemmet, är den drabbade helt utelämnad till personerna som råkar befinna sig i patientens närvaro just då (Bremer & Axelsson 2016 s. 345). Årligen drabbas drygt 10 000 människor i Sverige av plötsligt hjärtstopp och bara vid hälften av dessa fall påbörjas hjärt- och lungräddning (HLR). I Sverige har överlevnad efter hjärtstopp med ventrikelflimmer utanför sjukhus ökat och år 2018 låg siffran på 34,2%, vilket kan jämföras med 1990 då motsvarande andel var ca 10 % (Herlitz & Rawshani 2019). Resultatet i en svensk interventionsstudie visar att överlevnaden hos patienter med hjärtstopp utanför sjukhus ökade hos patienter med ventrikelflimmer som första rytm. Detta i samband med att ambulans, räddningstjänst och polis samtidigt larmades till platsen (Hasselqvist et al. 2017). Enligt Svenska Hjärt-lungräddningsregistret har tid från hjärtstopp till HLR minskat från 11 minuter till 1 minut under de senaste 30 åren. Denna utveckling beror till stor del på en allmän spridning av HLR kunskap. Även Hollenberg et al. (2007) redovisar att överlevnadschansen på både kort och lång sikt har ökat på grund av tidig HLR och defibrillering.

Ungefär 600 personer räddas årligen i Sverige efter inträffat hjärtstopp utanför sjukhus. Avgörande faktorer för överlevnad är tidig påbörjad HLR som dessutom har visat att chansen till överlevnad utanför sjukhus fördubblas (Herlitz & Rawshani 2019). Eftersom tid är en betydande och avgörande faktor för överlevnad vid plötsligt hjärtstopp, ökar betydelsen av att optimera ambulanssjukvården och involvera andra yrkesgrupper och civilpersoner i kedjan för att rädda liv (Hollberg & Engdahl 2016, s. 340). Redan efter 5 minuter utan adekvat hjärtrytm och fungerande cirkulation inträffar

hjärnskador (Hollberg & Engdahl 2016, ss. 339 - 340). Enligt svenska hjärtlungräddningsregistrets årsrapport visar forskningsstatistiken att andelen patienter som fått HLR innan ambulansens ankomst har ökat från 1990 talets 31 % till 76 % år 2019, trolig orsak till denna förbättring kan vara ett resultat utav det förbättrade samarbetet mellan ambulanssjukvården, räddningstjänst, polis och från frivilliga kommuninvånare. (Herlitz & Rawshani 2019).

En vanlig orsak till hjärtstopp är ventrikelflimmer (VF), som är en kaotisk elektrisk aktivitet i hjärtats muskelceller. Obehandlat ventrikelflimmer leder till cirkulationsstopp och därmed död. Defibrillering som är en elektrisk strömstöt över hjärtat kan få hjärtat att börja slå normalt igen och är ofta den enda effektiva behandlingen. Denna behandling kan behöva upprepas flera gånger innan hjärtat återgår till normal aktivitet. Ventrikelflimmer upphör i regel aldrig av sig självt utan behöver nästan alltid defibrilleras. Vid en defibrillering ansluts en hjärtstartare på patientens bröstorg. Det finns flera varianter av hjärtstartare på marknaden; ambulansen använder halvautomatiska som analyserar EKG-signalen och vid VF rekommenderas att defibrillering utförs. Utövaren trycker då på den anvisade knappen och en strömstöt mätt i joule (J) går genom patientens hjärta. Hjärtstartaren kan känna av impedansen i bröstorgogen och därmed leverera samma joulestyrka vid varje defibrillering. SMS-livräddare använder oftast helautomatiska hjärtstartare som är utplacerade i samhället. Helautomatiska hjärtstartare defibrillerar automatiskt efter rekommenderad analys, utan aktivt knapptryck. Manuella hjärtstartare används främst på sjukhus, akutmottagningar och intensivvårdsavdelningar (Almgren, Lindström & Mehran-Rad 2016, s. 246).

Insatstider och resurser

Enligt Herlitz och Rawshani (2019) finns det olika målsättningar med Hjärt- och lungräddningsregistret för att möjliggöra att fler liv kan räddas vid olika hjärtstoppssituationer. Först och främst är målet att på alla tänkbara sätt kunna reducera tiden ytterligare från det inträffade hjärtstoppet till påbörjan av behandling, genom att reducera tiden till larm, defibrillering och påbörjande av avancerad HLR. Därutöver är strävan att även öka andelen som erhåller HLR innan ambulansens ankomst samt att kvaliteten på HLR förbättras med tanke på ”hands-off” intervallen och adekvata bröstkompressioner (Herlitz 2019). Kedjan som räddar liv symboliserar således en serie av åtgärder som var och en måste utföras vid ett oväntat hjärtstopp (Herlitz 2013, s. 18). Enligt Howard, Shannon, Brendas, Holland och Stopyra (2017) har prehospitala enheter i genomsnitt 7 minuters insatstid från ett larmsamtal till ankomst till aktuell adress och på glesbygden ökar tiden till mer än 14 minuter. Herlitz och Rawshani (2019) belyser i sin årsrapport att det sedan 2013 inte har skett någon förbättring avseende tid till defibrillering vilket kan förklara utifrån att ambulansernas responstid ökar, vilket kan ha sin förklaring i att ambulanssjukvården lider av resursbrist.

Ambulanssjukvården har i vissa områden förstärkt sina resurser genom en ”first single responder”, som är ett utryckningsfordon med utrustning som en ambulans förutom att den saknar bår. ”First single responder” ska användas vid akuta uppdrag och kan bidra med vård på plats utförd av en ambulanssjuksköterska i väntan på ambulans. Carlström (2014) visar att en resurs med ”first single responder” har kunnat minska insatstiden på prio 1 uppdrag. I vissa landsting/regioner finns det även bedömningsbilar utan bår som

är bemannade med en ambulanssjuksköterska vars primära vårduppdrag är att bedöma icke akuta patienter där oklarheter föreligger (Bremer 2016, s. 59).

Glesbygd och långa avstånd till vård

Ambulansuppdragen på glesbygd är ofta långa och tidskrävande på grund av långa avstånd mellan hämtplats och sjukhus. Patienter bosatta på glesbygden prioriteras och bedöms ofta av både larmoperatör och ambulanssjuksköterska som sjukare än de som bor i tätort, vilket enligt Hjalte (2006) kan förklaras utifrån två orsaker. Dels är körsträckorna långa och patienter i glesbygd tenderar att vänta längre innan de larmar ambulans. Dessutom kan tillståndet förändras i allt högre grad i glesbygd än i tätort från det att patienten har ringt larmcentralen till att ambulans kommer fram till adressen, vilket kan förklaras av skillnaderna i avstånd till hämtplats (Hjalte 2006). I en studie gjord i South Dakota av Abou Samra et al. (2018) var oddsen för överlevnad större om en hjärtstoppssituation ägde rum i en urban miljö jämfört med en lantlig miljö, samt om den som drabbats av hjärtstopp fick vård från ambulanspersonal som fanns i närheten av den drabbade. I en studie gjord i norra Sverige framgår betydelsen för samhället med ökad kunskap och utbildning i första hjälpen (Nord-Ljungqvist, Engström & Fridlund 2019). Resultatet visade även på betydelsen av de professionellas bemötande vid ankomst, ambivalensen mellan känslan av ensamhet och full kontroll, till att lämna över ansvaret med förtroende och därmed förlora kontrollen. En nödsituation på glesbygd innebär en känsla av sårbarhet och ensamhet, därför är empati och att kunna inge ett förtroende av yttersta vikt när ambulanssjukvården anländer till plats och ska ta över ansvaret för vården (Nord-Ljungqvist, Engström & Fridlund 2019).

Sverige är ett av Europas största länder till ytan och har ett varierande landskap med både skog, berg och sjöar (Landguiden 2018). Nya Jordbruksverket (2015) delar in kommunerna i sju olika kategorier, kategorierna har bestämts utifrån befolkningstäthet och dess närhet till tätort med 50 000 invånare (Tabell 1).

Tabell 1. Indelning av kommuner i Sverige.

Kommuner	Hela eller delar av befolkningen	Avstånd till ort med 50 000 invånare
1. Mycket glesa landsbygdskommuner	Hela befolkningen har:	90 minuters resväg
2. Glesa landsbygdskommuner	Minst 50 % av befolkningen har:	45 minuters resväg
3. Tätortsnära landsbygdskommuner	Minst 50 % av befolkningen har:	45 minuters resväg
4. Glesa blandade kommuner	Mindre än 50 % av befolkningen bor i glest befolkat område och mindre än 50 % har:	45 minuters resväg
5. Täta blandade kommuner	Minst än 50 % av befolkningen har:	45 minuters resväg
6. Storstadskommuner	Mindre än 20 % av befolkningen bor i glest befolkat område och har angränsande kommuner med en samlad folkmängd på minst 500 000 invånare	

Källa: Nya Jordbruksverket (2015).

I väntan på ambulans (IVPA)

Enligt Svensson (2019) så larmas I väntan på ambulans (IVPA) ut vid prio 1 larm när ambulansresurser är upptagna eller när de har för lång responstid. Enligt Kongstad (2016, s. 134) så förknippas (IVPA) ofta med räddningstjänstens insats då de medverkar vid första hjälpen och vid hjärtstopp. IVPA är idag ett välbeprövat komplement till landstingets ambulanssjukvård. IVPA innebär vanligtvis att insatsen utförs av räddningstjänsten men det kan även innebära insatser av polis, taxi, sjöräddning eller andra organisationer. På senare tid i några kommuner i Sverige har även hemsjukvården blivit utalmerade som IVPA resurs (Svensson 2019). Enligt Kongstad (2016, s. 134) startade verksamheten på 1990 talet som ett komplement till ambulanssjukvården. Ett avtal tecknas med landstinget som innebär att ett stort antal kommuner, framförallt i glesbygd kan få hjälp vid akuta sjukdoms- och olycksfall. I första hand utförs livräddande åtgärder för patienten, som till exempel HLR. Införandet stötte på både medgångar och motgångar, en del menade att resurserna skulle läggas på att få fler ambulanser istället, för att få bättre tillgänglighet och insatstider. På glesbygden kan IVPA-uppdrag vara den ända insats som finns att tillgå i rimlig tid och är därför ett viktigt komplement till övrig akutsjukvård (Kongstad 2016, s.135). Gunnarsson et al. (2007) menar att det outtalade samarbetet som finns mellan ambulanssjukvård och räddningstjänst är speciellt viktig i glesbygdsbefolkade områden, detta samarbete skulle kunna utvecklas avsevärt. IVPA beskrivs således som ett stöd för ambulansresurserna som många gånger är för få. Det visade sig att ett outtalat samarbete med räddningstjänsten förekom och detta ansågs värdefullt (Gunnarsson et al. 2007). Steill, Wells och DeMaio (1999) visade ett oddsförhållande för överlevnad på 2,98 % hos patienter som fick HLR av ”bystander” (förbipasserande vittne) och att överlevnaden fördubblas om HLR initieras av räddningstjänst eller polis först på plats.

SMS-livräddare kan också anses vara en sorts IVPA, bortsett från att deras insats är gratis i jämförelse med räddningstjänsten som oftast debiterar sjukvården för utförd insats, skriver Kongstad (2016, s. 136). I framtiden kan samhällets och därmed medborgarens insatser komma att bli ännu mer betydande och överlappande med sjukvården, då samhällets krav på snabb och kvalificerad vård ökar. Det finns även en rad olika frågetecken som rör smittskydds- och säkerhetsaspekter, främst gäller det gränssättning mellan professionellt omhändertagande och en lekmans omhändertagande (Kongstad 2016, s. 136).

Hjärt- och lungräddning och ett samhällsengagemang

Enligt HLR-Rådet (2019) har intresset för utbildning och kunskap inom HLR ökat allt mer i samhället. Tillgången på utbildningarna har också ökat, utöver ambulanspersonal anordnar även räddningstjänst, polis, väktare, badvakter och frivilliga organisationer utbildning i HLR för allmänheten. I en kanadensisk studie visade det sig att tidsintervallet från att larmcentralen motar ett nödsamtal till att första ambulans kommer till platsen utrustad med en defibrillator varierade mellan 5,1 minuter och 9,3 minuter. I regioner med etablerade ”first responder” (ensam brandman (styrkeledare) i mindre bil) kom dessa enheter först till platsen ungefär hälften av tiden som det tog för ambulansen att komma fram (Vaillancourt & Stiell 2004). Detta tyder på ett brett samhällsengagemang och utgör en gemensam kraft för att rädda liv vid plötsliga

hjärtstopp utanför sjukhus innan ambulans är på plats. Nationell samverkan mellan olika organisationer innebär att larmcentralen i vissa län kan samutlarma ambulans, räddningstjänst, polis och även SMS-livräddare. Idag finns det SMS-livräddare i Stockholms, Västra Götalands, Sörmland och Västmanlands län. Västra Götaland anslöt sig till projektet 2016 (HLR-Rådet 2019).

SMS-livräddare

Enligt Utstein-dokumentet för rapportering av hjärtstopp utanför sjukhus så kan livräddaren eller bystandern, som är det engelska begreppet att vara en person som frivilligt och utan professionellt ansvar startar HLR (Cummins et al. 1991). Verksamheten med SMS livräddare började som ett forskningsprojekt i Stockholms län 2010 och utvecklades 2015 med en mobilapplikation och tillhörande GPS-teknik för snabbare och mer exakt positionering (SMS-livräddare 2019). Sveriges hjärtstartarregister är också applicerat i appen och visar var närmsta hjärtstartare finns. Tjänsten är ett system som går ut på att larma ut frivilliga personer som registrerat sig som SMS-livräddare när ett misstänkt hjärtstopp finns i deras närområde. I en studie gjord i Schweiz redovisas att tiden för initiering av HLR minskade avsevärt via mobila appsystem och därmed ökade även överlevnadsnivån (Caputo et al. 2017).

Kriterierna för att kunna bli SMS-livräddare enligt SMS-livräddare (2019) är att man måste vara minst 18 år gammal, gått en HLR-utbildning i närtid, samt äga en mobiltelefon för att kunna ta emot information och direktiv angående hjärtstopp. Ambulans och SMS-livräddaren larmas ut samtidigt, ibland är SMS-livräddaren först på plats och blir då den första viktiga personen i vårdkedjan för att påbörja livräddande insatser i väntan på ambulanssjukvården. Studier har visat att SMS-livräddare bidrar till en tidsvinst vid hjärtstopp, då de ofta har varit den som anlant före ambulans, på så sätt har tiden från hjärtstopp till påbörjad HLR minskats (Ringh, Fredman, Nordberg, Stark & Hollenberg 2011). I samma studie som ovan visade det sig att SMS-livräddare i ca 50% av fallen varit först på plats och påbörjat HLR innan ambulansens ankomst. Totalt sparades två minuter i de fallen SMS-livräddaren varit först på plats, från att larmet inkom till att HLR påbörjats. Berglund et al. (2018) visade att i 26% av alla hjärtstopp utanför sjukhus, hann en SMS-livräddare fram till hjärtstoppet innan ambulanssjukskötarskan. Cirka 14 personer befann sig i nära anslutning till det förmodade hjärtstoppet och 29 % av dessa accepterade, det vill säga tackade ja till att bege sig till hjärtstoppet. Piljs, Rahel och Gorgels (2016) visade i en holländsk studie (mellan 2012-2014) att då SMS-livräddare varit först på plats och gjort en insats vid en hjärtstoppssituation utanför sjukhus, kunde 92 av 100 personer skrivas ut från sjukhus, utan begränsningar eller neurologiska effekter. Det visade sig att textmeddelande i varningssystemet hade varit effektivt för att öka chansen till överlevnad.

Utlarming och samalarmering

Kedjan startar när en hjälpsökande själv eller annan närvarande ringer till SOS. SOS Alarms mål är att ge rätt hjälp på rätt plats i rätt tid – dygnet runt, årets alla dagar. De ansvarar över nödnumret 112 och har en central roll i samhällets krisberedskap. SOS operatörens förmåga att snabbt uppfatta och bedöma allvarlighetsgraden i den hjälpsökandes tillstånd kan vara avgörande och öka överlevnadschansen vid till

exempelvis ett hjärtstopp (Berdowski, Beekhuis, Zinderman et al. 2009). Enligt Svensson (2019) så har SOS alarm en viktig roll i den akuta vårdkedjan, speciellt vid hjärtstopp. SOS operatörens förmåga att uppfatta allvarlighetsgraden och larma ut livräddande enheter vid misstänkta hjärtstopp kan vara skillnaden mellan liv och död. SOS alarms mål är att hålla hög beredskap med begränsade ambulansresurser (SOS Alarm 2020). Enligt Socialstyrelsen (2002) kan larmoperatörens ambulansprocess beskrivas i fyra faser.

1. Identifiering av ärendet samt avgöra om ambulansbehov föreligger.
2. Bedöma prioritet utifrån patientens symtom och händelse.
3. Utse mest lämpad resurs utifrån ärendets prioriteringsgrad och händelse. Larma ut resurs, ge hänvisning till annan vårdnivå samt bevaka att ambulansbesättningen kvitterar larmet.
4. Följa upp ärendet genom att bevaka status, rapportering, position och även kunna ta emot och lämna uppdaterad information.

När larmcentralens operatörer gör bedömningar och prioriterar ärenden används svenskt medicinskt index för akutmedicinsk larmmottagning som fungerar som ett beslutsstöd (SOS Alarm 2020). Ambulansdirigenten larmar ut ambulanserna utifrån den hjälpsökandes symtom och anger en prioriteringsgrad ("prio") mellan 1-4:

1. akuta livshotande symtom eller olycksfall
2. akuta men ej livshotande symtom
3. övriga ambulansuppdrag
4. uppdrag som ej kräver medicinsk vård eller tillsyn av vårdpersonal, transporten kan genomföras av annat fordon än ambulans (SOS 2020).

Beroende på regionala avtal kopplas alla vårdärenden vidare till en annan larmcentral-Sjukvårdens larmcentral (SvLc), där en sjuksköterska bedömer om det finns behov av en ambulans och i så fall vilken prioritet. Enligt Svensson (2019) så prioriteras ca 40 % av alla ambulansuppdrag som prio 1 uppdrag. Enligt Svensson (2019) så intervjuas inringaren samtidigt som ambulans dirigeras ut till adressen och SOS operatören kan även ge telefon HLR (instruktioner för HLR) i väntan på att livräddande enheter kommer fram. I takt med att det ställs högre krav på att sjuksköterskor ska sköta prioriteringar av alla vårdärenden, ökar också kraven på utbildning. Forslund och Kihlgren (2004) redovisar att larmoperatörer oavsett avtal präglades av en upplevelse av osäkerhet och otillräckliga resurser. De behövde mer utbildning och återkoppling för att kunna få en känsla av ökad säkerhet och minskad stress samt därmed vara ett bättre stöd för de behövande. Studien har resulterat i mer utbildning och årliga stresstester; förr var det främst personliga egenskaper och yrkeserfarenhet som var de viktigaste kriterierna för anställning, nu är medicinsk utbildning mer önskvärt, enligt Forslund och Kihlgren (2004).

Samutalarmering innebär att flera räddningsaktörer utalarmeras samtidigt, oberoende om ambulans finns tillgängligt. I flera studier har vikten av samutalarmering påvisats, då överlevnadsgraden ökat på grund av tidig defibrillering och kortare responstid (Höyer & Christensen (2009). Tyvärr har överlevnadsfrekvensen i glesbygdsmiljöer varit mer begränsad, trots snabbare responstid, då tid för påbörjade livräddande insatser fortfarande är för lång (Saner, Morger, Eser et al. (2013).

Frivilliga livräddare och bystanders

Frivilliga livräddare och bystanders kan vara allt från anhöriga till helt okända personer, men den som bevittnar hjärtstoppet, oavsett vem det är har en livsavgörande betydelse för den drabbades överlevnad. Det aktuella vittnet avgör om 112 larmas och om HLR snabbt påbörjas, antingen av personen själv eller om hjälp tillkallas. Kontaktas larmcentralen så har de möjlighet att ge instruktioner om hur HLR ska påbörjas och utföras. Det är inte alltid så lätt för en lekman, speciellt inte en nära anhörig att våga eller kunna ingripa i dessa situationer, då kan larmcentralen vara ett bra stöd för att våga försöka (Bremer & Axelsson 2016, s. 345). Resultatet i en artikel gjord i Australien påvisar en tydlig ökad överlevnad där bystanders har ingripit och påbörjat HLR, de menar att frivilliga insatser är en avgörande faktor för överlevnad utanför sjukhus (Doan, Schultz, Rashford & Bosley 2019).

Motivation till frivilligt vårdande

Överlevnas och anhörigas upplevelse

Palacios-Ceña, Losa-Iglesias, Salvadores-Fuentes och Fernández-de-las-Peñas (2011) beskriver överlevnas upplevelser av ett hjärtstopp och hur det framkallat ett nytt perspektiv på livet. De upplevde en attitydförändring som ledde till en transformerad syn på världen, samt en omprövning av hela sitt liv. Studiens resultat visade att både kvinnliga och manliga överlevare i efterförloppet upplevde rädsla och ångest. Känslor som oro och ensamhet var förknippade med rädslan (Palacios-Ceña et al. 2011). Betydelsen av stödbehov efter ett hjärtstopp påvisades av Ketilsdottir, Albertsdottir, Akadottir, Gunnarsdottir och Jonsdottir (2014). I samma studie beskrev de överlevande även hur hjärtstillståndet inneburit en livsförändring. Sjukhusvistelsen upplevdes ge en känsla av trygghet, som efter utskrivning upphörde och inledde en osäkerhetskänsla. Osäkerheten återspeglades främst i överlevnas rädsla för återkommande symtom och behovet av att känna gränser, särskilt gällande träning och dagliga aktiviteter. Även nedsatt kapacitet i fysiska och kognitiva funktioner, upplevdes jobbigt efter hjärtstoppet. Betydelsen av att vara aktiv och återkomma till det dagliga livet var tydligt. Den första månaden efter utskrivning upplevdes vara den svåraste tiden och präglades av känslor som otålighet och irritabilitet. Tristess och längtan efter att vara bland människor var framträdande reaktioner, likaså var önskan att återvända till arbetet ett viktigt steg för att återfå det tidigare livet (Ketilsdottir et al. 2014).

Bremer, Dahlberg och Sandman (2009a) beskriver överlevnas upplevelse av hur livet kan förändras mitt i vardagen på grund av ett hjärtstopp. Resultatet påvisar hur uppvaknandet från medvetslöshet präglas av förvirring och osäkerhet angående tid, rum och händelser. Vid uppvaknande upplevdes förlust av kontroll, inkonsekvens och exponering. Minnesgapet efter hjärtstoppet beskrevs som svårt att fånga på grund av ett avbrutet tidsflöde. Kroppen, och därmed livet, upplevdes sårbart, osäkert och begränsat. Ett starkt behov av tydlighet gällande orsaken till hjärtstoppet, minnesförlusten och överlevnaden framkom (Bremer, Dahlberg & Sandman 2009a). I en annan studie beskriver anhöriga hur den plötsliga hjärtstoppssituationen uppfattades som kaosartad och präglades av panik, chock och rädsla. Känslan av rädsla upplevdes öka hos den

anhörige i samband med vetskapen om att hen var ensam med ansvaret för att hjälpa den utsatte. Resultatet visade att kraven och förväntningarna upplevdes överväldigande då känslan av kontroll ersätts av hjälplöshet och otillräcklighet på grund av brist på kunskap. Känslor som sårbarhet och maktlöshet var framträdande inför uppgiften att påbörja livräddande insatser. Väntan på hjälp upplevdes som mycket lång och beskrevs som att tiden stod still. Känslan av lättnad infanns då prehospital personal anlände och tog över (Bremer, Dahlberg & Sandman 2009b). Compton, Grace, Magdy och Swor (2008) beskriver att anhöriga som varit med om en misslyckad HLR-insats av en anhörig utanför sjukhus kan få en ökning av PTSD-symtom som främst yttrar sig som sömnsvårigheter.

Livräddarens upplevelse

I en studie gjord i Kanada 2018 framkom att rädsla och ansvar kunde bli ett problem för livräddaren. Rädsla över att hamna i trubbel påvisades, eftersom det kunde vara länge sedan de fått HLR utbildning, men det fanns även oro över sekretessen och att inte få prata med andra om vad som hänt. Det framkom att brist på erfarenhet kunde ge fördröjning av kompressioner och att HLR kan vara en extremt stressig händelse som kan kräva bättre utbildning. Vikten av att få ett enkelt tack från professionell personal lyftes också fram (Fernandez 2018). Även i Vaillancourts studie redovisas att rädsla för smittsamma sjukdomar, rädsla för svårigheter man kan komma att utsättas för, samt känslomässiga reaktioner och blyghet kunde vara skäl till att avstå ett ingripande för livräddande insatser (Vaillancourt & Stiell 2004).

I en pilotstudie gjord utifrån 12 bystander i USA 2001 redovisas att trots hinder och obehag vid kritiska händelser så ville alla göra sitt bästa för att hjälpa en annan okänd person i nöd. Lusten att just vilja hjälpa framkom tydligt som den främsta anledningen till att alla gav livräddande åtgärder till en okänd (Skora & Riegel 2001). Enligt Bremer och Axelsson (2016, s. 245) bygger livräddarnas insatser på frivillighet och medmänsklighet, att de har en drivkraft att vilja rädda liv eller hjälpa en för dom kanske helt okänd människa. Många livräddare beskriver en känsla av att vara osäkra på sin förmåga, rädda för att göra fel och kanske skada personen istället för att hjälpa. De vet sällan vad som väntar på platsen och kan därför vara oförberedda och tvingas konfronteras med jobbiga situationer. En situation kan vara att plötsligt konfronteras med en död person. Detta kan framkalla obehagliga känslor och vara en mycket obehaglig upplevelse, speciellt om personen är illa där. De flesta livräddare upplever i alla fall enligt Bremer och Axelsson (2016, s. 245) sitt ingripande som en huvudsaklig positiv upplevelse och att de känt sig stolta över sin insats. Det har framkommit att två faktorer kan härledas till negativa upplevelser hos livräddarna; om personen avlider och där det inte funnits någon möjlighet att bearbeta händelsen. För många är det tillräckligt med det egna privata nätverket. Vidare har det påvisats vara betydelsefullt med en liten gest, en klapp på axeln, ett slags tack som ger en stödjande bekräftelse (Bremer & Axelsson 2016, s. 345). Phung, Trueman, Togher, Orner och Siriwardena (2017) redovisar också livräddarens önskan om bekräftelse.

Motivation

Som SMS-livräddare eller som frivillig livräddare utförs handlingar helt utan tvång eller påtryckningar för att hjälpa en annan människa. Phung, Trueman, Togher, Orner och Siriwardena (2017) kom fram till att motivationen för livräddarnas osjälviska handlingar var deras vilja att på något sätt kunna ge tillbaka till samhället, de som redan var vårdpersonal ansåg det mer som ett bra inläringstillfälle för att få erfarenhet. I ett omvårdnadssammanhang har frivilligheten i yrket varit tydlig allt sedan Krimkriget och Florence Nightingales insatser (Fee & Garofalo 2010). Axelsson, Thorén, Holmberg och Herlitz (2000) redovisar att grunden för de frivilligas ingripande i samhället var medmänsklighet och omsorg för en annan människa.

PROBLEMFORMULERING

Samhällets behov av frivilliga icke professionella vårdinsatser ökar. Speciellt gäller det vårdandet av den drabbade och de anhöriga i samband med hjärtstoppssituationer utanför sjukhus och vid andra akuta situationer i glesbygd. Ambulanssjukvårdens insatstider vid hjärtstopp utanför sjukhus har ökat och därmed oron. De frivilliga livräddarna tar ett stort etiskt ansvar och utför en åtgärd som kan vara livräddande för en annan människa, som för dem är okänd. Det finns för lite kunskap om vad som driver vissa människor till att ingripa i dessa akuta situationer som de egentligen inte behöver känna ansvar för och är därmed en bidragande faktor till denna studie. Det finns inte tillräcklig kunskap om vad som motiverar livräddarna till sådana vårdande insatser som innebär att den egna bekvämligheten åsidosätts. Därför finns det ett uppdämt behov av fördjupad kunskap om SMS-livräddarens upplevelse av att ha utfört HLR före ambulanssjukvårdens ankomst. Denna studie avser att uppnå en fördjupad kunskap om SMS-livräddarens upplevelse av att vara först på plats vid en hjärtstoppssituation. Den nya kunskapen kan hjälpa till att förstå motiven till frivilligt vårdande, identifiera problem och möjliggöra förbättringspotentialer för samarbetet med de professionella vid hjärtstoppssituationer utanför sjukhus. Strävan är därmed att förbättra vårdandet av överlevarna och de anhöriga oberoende av resultatet av utförd HLR. Den övergripande och yttersta förhoppningen med studien är att antalet SMS-livräddare ska öka i samhället och därmed bidra till ökad överlevnad för patienter med hjärtstopp utanför sjukhus.

SYFTE

Syftet är att beskriva SMS-livräddarens upplevelse av att vara först på plats vid en hjärtstoppssituation.

METOD

Kvalitativ intervjustudie

Studien är en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie med induktiv ansats enligt Kvale och Brinkmann (2009, s. 17,18,42), som innebär att förutsättningslöst beskriva ett fenomen utan att på förhand ha antagit något. Genom en kvalitativ forskningsintervju lär vi känna människor genom samtal och försöker uppfatta deras levda upplevelse ur deras perspektiv. Intervjuaren lyssnar och får en uppfattning genom deras egna ord och

tar del av deras upplevelser, erfarenheter och känslor och får därmed en inblick i deras livsvärld.

Urval av informanter

Kontakt togs med SMS-livräddarrådet via e-mail med en förfrågan angående potentiella deltagare till studien. Vi framförde där en önskan om att få ta del av varierande erfarenheter utifrån ålder, kön och olika geografiska förhållanden. I mejlet presenterad vi oss och förklarade kortfattat studiens syfte. Responsen var positiv och SMS-livräddarrådet gjorde en förfrågan via Facebook-gruppen för SMS-livräddare. Denna grupp fungerar som ett forum och informationssida för alla SMS-livräddare. SMS-livräddarrådet vände sig till registrerade SMS-livräddare i Västra Götalandsregionen med riktade frågor utefter studiens inklusionskriterier. Totalt var det 15 SMS-livräddare som anmälde intresse av att delta i studien. Utifrån inklusionskriterierna valdes därefter 8 personer ut vilka därefter kontaktades via telefon. Informanterna fick själva avgöra tid och plats för intervjuerna, för att på så sätt skapa en så avslappnad miljö som möjligt.

Inklusionskriterier

- Första livräddare på plats.
- Kvar på plats efter ambulanssjuksköterskans ankomst.

Exklusionskriterier

- Patienten var avliden vid ankomst. Ej utförd HLR.
- SMS-livräddaren var ambulanspersonal.

Tabell 2. Redovisning av informanterna.

Informant	Kön	Ålder	Stad/Landsbygd
1	Kvinna	36	Gles landsbygd
2	Man	30	Gles landsbygd
3	Man	36	Stad
4	Man	54	Stad
5	Man	59	Gles landsbygd
6	Kvinna	43	Stad
7	Kvinna	44	Mycket gles landsbygd
8	Kvinna	42	Mycket gles landsbygd

Datainsamling

För att sätta sig in i en annan individs livsvärld krävs öppenhet och förståelse. Detta innebär att intervjuerna måste vara öppna för både likheter och olikheter och sträva efter att undvika inverkan från att den egna förförståelsen (Dahlberg 2014, s. 82). Samtliga intervjuer hade samma inledande öppningsfråga: "Kan du berätta om din upplevelse av att vara först på plats vid en misstänkt hjärtstoppssituation utanför sjukhus?". Informanten fick därefter återberätta sin upplevelse med egna ord och det gjordes även plats för följdfrågor och resonemang kring händelsen och upplevelsen. På detta sätt kunde informanterna både svara öppet och diskutera kring olika situationer som uppkom.

Intervjuerna utfördes mellan veckorna 5-8, år 2020 i Västsverige. En intervju utfördes i informantens hem och sju över telefon, efter deras egna önskemål. Författarna utförde fyra individuella intervjuer var. Det var betydelsefullt att bara en av författarna var närvarande vid varje intervjutillfälle för att förhindra att informanterna upplever ett underläge, som annars kan uppstå vid en intervjusituation (Kvale & Brinkmann 2009, ss. 48-50). Intervjuerna varierade i tidsåtgång och varade 15-60 minuter, med en mediantid på cirka 40 minuter, varav den sista intervjun var längst. Intervjuerna spelades in för att sedan ordagrant transkriberas och överföras till text.

Kvalitativ innehållsanalys

För att kunna analysera fram kvalitativa variationer i insamlade data användes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Elo och Kyngäs (2008). Med induktiv ansats menas att materialet analyserades förutsättningslöst utan på förhand angivna ramar. Analysen delas in i tre olika faser: Förberedelsefasen, organiseringsfasen och rapporteringsfasen. I den förberedande fasen samlades allt material in och transkriberades ordagrant. Sen lästes transkriberingarna enskilt igenom ett flertal gånger för att båda författarna skulle få en helhetsförståelse av insamlade data. I den organiserande fasen genomfördes en öppen kodning genom att meningsbärande enheter identifierades och tillsammans diskuterades vi fram till huruvida de svarade an på studiens syfte. Att identifiera meningsbärande enheter innebar att varierande långa textavsnitt plockades ut och blev fristående och oberoende av varandra. Efter detta började färgkodningen där olika färger representerar stödord som kort beskrev innehållet och detta blev samtidigt en försiktig abstraktion. Dessa koder/färger jämfördes och grupperades utefter likheter och skillnader med avseende på innehåll och sorterades därefter i subkategorier, vidare fördes liknande subkategorier samman i generiska kategorier. Kategorierna utgör en ytterligare abstraktion av innehållet och de ingående subkategorierna ligger innehållsmässigt nära varandra (Tabell 3).

Tabell 3. Exempel från innehållsanalysen.

Meningsenhet	Öppen kodning	Kod	Sub-kategori	Generisk kategori
Huvudsaken är att man gör något, man kan ju aldrig göra fel, så länge man gör någonting,	Bara genom att göra någonting, så är man ett stöd, man kan aldrig göra fel.	Göra	Att göra något	Handlingsfokusering
Det handlar om medmänsklighet att ju fler frivilliga vi blir ju mer ökar chanserna till att kunna rädda liv.	Medmänsklighet, ju fler frivilliga, desto mer ökar chansen till att rädda liv.	Medmänsklighet	Att hjälpa andra	Empati och engagemang
Jag var väldigt fokuserad på att rädda liv, innan ambulansen kom, just då kände jag inte så mycket känslor.	Fokuserad på att rädda liv, tänkte ej efter så mycket.	Fokuserad på att rädda liv	Att vara fokuserad på att rädda liv	Handlingsfokusering
Man vill gärna ha någon form av bekräftelse, men det räcker med en klapp på	Man vill gärna ha bekräftelse, men det räcker med en klapp på axeln eller ett tack.	Bekräftelse kan räcka med ett tack	Att få ett tack räcker	Bekräftelse och egen stolthet

axeln eller ett tack. Jag förstår ju att de inte hinner med mer, men det räcker.				
Vill du att jag skall hjälpa till? -Åh Gud ja, jag kan inte det här.	Vill du ha hjälp? Ja, jättegärna.	Hjälp i utsatt läge	Att behöva hjälp från andra	Utsatthet och otillräcklighet

Efter ett flertal revideringar inom och mellan subkategorier och kategorier sammanställdes kategorierna till fyra generiska kategorier. Huvudkategorin utgör den mest abstrakta förståelsen av insamlade data och möjliggjordes när alla generiska kategorier var klara (Tabell 4).

Etiska överväganden

Innan arbetet påbörjades granskades vilka lagar som fanns att tillgå som stöd angående etiska överväganden i samband med intervjuer. Lagen Etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2019:1144) innefattar regler om etikprövning av forskning som beträffar människor och samtycke. Forskning gällande etikprövning får endast godkännas om den kan utföras med respekt för människovärdet. Personuppgiftslagen (SFS 2010:1969) avser att skydda människors personliga integritet och behandling av personuppgifter. Detta är ett examensarbete inom en högskoleutbildning och därmed behövs ingen etikprövning. Däremot har studien genomförts enligt fyra etiska principer (Vetenskapsrådet 1990). Informationskravet, innebär att informanterna skall få information om vad syftet med deras medverkan är, att deras medverkan är frivilligt samt vad som krävs för deras deltagande. Samtyckeskravet innebär att i undersökningar där aktiv insats av deltagarna innefattas måste alltid samtycke inhämtas. Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter angående deltagande personer ska hanteras så inga obehöriga kan ta del av dem. Den information vi fick av våra informanter var, namn, telefonnummer, yrke och boendeform, stad eller glesbygd. Denna information var bara känd för forskarna och uppgifterna förvarades utan tillgång för obehöriga. Den sista, nyttjandekravet, innebär att alla insamlade uppgifter från enskilda personer endast får användas för forskande ändamål.

Informanterna delgavs information angående studiens syfte och innehåll, för att därefter kunna tacka ja eller nej angående deltagande. Detta gjordes muntligt och ett skriftligt samtyckesavtal undertecknades därefter (Bilaga 1). Dessutom tillfrågades informanterna om de förstått informationen och ifall de kortfattat kunde sammanfatta det som delgetts. Informanterna erbjöds även att få informationen hemskickad. Efter avslutad intervju fick informanten en stund att tänka efter och reflektera över intervjun och i de fall något kändes jobbigt diskuterades detta direkt för att inte åsamka lidande eller grubblande i efterhand.

RESULTAT

I studiens resultat redovisas SMS-livräddarens upplevelser av att vara först på plats vid en hjärtstoppssituation utanför sjukhus med fokus på bakomliggande drivkraft för att vilja hjälpa. Resultatet presenteras som en huvudkategori och fyra generiska kategorier med tillhörande subkategorier. Citat från informanterna (1-8) redovisas under subkategorierna för att validera resultatet.

Tabell 4. Resultatöversikt.

Subkategorier	Generiska kategorier	Huvudkategori
Få ett stresspåslag Vara fokuserad Bara göra något	Handlingsfokusering	Medmänsklighet och samhällsansvar
Bara få en adress Vara osäker på rätt agerande Vara oförmögen till anhörigstöd samtidigt med pågående HLR	Otillräcklighet och frustration	
Hjälpa andra och själv kunna få hjälp Känna oro för framtiden Bli involverad	Empati och engagemang	
Känna sig överflödig Få en bekräftande blick	Bekräftelse och egen stolthet	

Medmänsklighet och samhällsansvar

SMS-livräddaren drivs av ett engagemang att vilja hjälpa medmänniskor, trots egna tillkortakommanden som utsatthet och otillräcklighet. Drivkraften bakom kan förstås som ett ansvar för medmänniskan relaterat till det lokala samhället och ett ofrånkomligt beroende av att vara solidarisk med varandra. Både ett intresse för individen och ett intresse för orten tycks finnas. Någon form av uppskattning efterfrågas, även en obetydlig gest kan vara tillräcklig. Den bakomliggande drivkraften kan ytterligare förstås som empati och handlingskraft som manifesteras i en stolthet över att kunna hjälpa en drabbad människa. Då tycks det inte ha någon avgörande betydelse att uppskattningen uteblir.

Handlingsfokusering

Handlingsfokusering karaktäriseras av att handla och fokusera på att överhuvudtaget vara handlingskraftig i en akut situation där en medmänniska behöver hjälp. Aktiviteten igångsätts av ett stresspåslag. Kännetecknande är att tankeverksamheten tycks åsidosättas liksom rädslan för att göra fel. Denna generiska kategori byggs upp av subkategorierna; *Få ett stresspåslag*, *Vara fokuserad* och *Bara göra något*.

Få ett stresspåslag

När SMS-livräddaren får ett SMS på mobilen som informerar om pågående misstänkt hjärtstopp upplevs situationen stressande. Det kan vara rent av chockerande när det är första gången man tar emot ett sådant SMS. Det beskrevs på olika sätt, dels som en slags panik de första sekunderna när det genomträngande ljudet av larmet hördes i appen och dels som en stimulerande rusch, att det kändes spännande att få hjälpa till.

När larmet kom så blev pulsen väldigt hög, tror att jag blev väldigt fokuserad på att komma till adressen. Jag fick ett rejält adrenalinpåslag.
(4)

Vara fokuserad

SMS-livräddarna beskriver hur de trots stress och panikkänsla, snabbt kunde ställa om och fokusera på att ta sig till adressen och lösa uppgiften. Väl framme på plats kände de ingen direkt oro, utan löste uppgiften så gott de kunde efter egen förmåga. Trots en osäkerhet grundad i bristande kunskap ligger ändå fokus på att agera och inte tänka så mycket. Tankarna kom efteråt. *"Jag var väldigt fokuserad just innan ambulansen kom, sen blev det ju mer känslomässigt."* (8)

Bara göra något

SMS-livräddarna beskriver en tillfredställelse genom känslan av att ha hjälpt till, oavsett om uppgiften bara var att trösta anhöriga på plats eller konstatera att det inte var något hjärtstopp. Det synliggörs som att bara stanna en stund och prata igenom händelsen eller att faktiskt agera och hjälpa någon i en livshotande situation. Att kunna hjälpa till var den genomgående känslan. De beskrev en vilja att vara en medmänniska och vilja försöka hjälpa en annan människa i nöd. *"Huvudsaken är att man gör något. Man kan ju aldrig göra fel, så länge man gör någonting"*. (3)

Otillräcklighet och frustration

Kategorin kännetecknas av ensamhet och känslan av att inte räkna till. Första gången som SMS-livräddaren är med om en hjärtstoppssituation så tydliggörs ett obehag som tangerar det traumatiska. Det framkommer en förtvivlan som kan identifieras som kunskapsbrist och att årlig träning på HLR har försummats. Frustration visade sig vara en genomgående känsla som uppstod i samband med försvårade omständigheter kring att ta sig fram till den drabbade. Denna generiska kategori byggs upp av subkategorierna; *Bara få en adress, Vara osäker på rätt agerande och Vara oförmögen till anhörigstöd samtidigt med pågående HLR.*

Bara få en adress

Det finns stor frustration på grund av informationsbrist, att inte hitta eller att inte komma in till den nödställda. De beskriver hur känslan av otillräcklighet ökade då teknik och information fallerade vilket kunde få förödande konsekvenser. *"Vi fick ju bara en adress, inget namn, ingen våning eller portkod, så det var ju lite frustrerande."*
(4)

Vara osäker på rätt agerande

SMS-livräddarna beskriver en frustration över att veta vad man bör göra och inte alltid kunna göra det på grund av uppkomna svårigheter. Påverkande faktorer i dessa lägen kunde vara, maginnehåll i svalget och svåråtkomliga vårdmiljöer för att kunna utföra HLR. *”Det var så mycket sörja i munnen, man blir liksom handlingsförlamad.”* (7) Under dessa mer ansträngda förutsättningar beskrivs känslan av ensamhet som ännu mer uppenbar och tydlig. Frustration upplevs även i situationer där det var svårt att avgöra om det fanns andning eller inte, många hade hört talas om agonal andning men visste inte vad detta innebar. Flera frågeställningar och situationer upplevs som svåra att hantera på egen hand.

Vara oförmögen till anhörigstöd samtidigt med pågående HLR

SMS-livräddarna beskriver situationer där anhöriga drog dem i armarna och skrek ut sina frustrationer. Vid andra tillfällen möts de av apati och anhöriga som inte kan svara på några frågor alls. Det förekommer att anhöriga ställer frågor direkt och gärna om och om igen medan andra ställer motsvarande frågor vid ett lugnare skede när händelsen sjunkit in. Svårigheterna med att vara ensam beskrevs som det omöjliga med att samtidigt både agera livräddare och svara an på de anhörigas oro. Otillräckligheten framkommer när någon tydligt behöver hjälp under pågående HLR. *”Kvinnan i huset har massor med frågor medan hon står bredvid och tittar på när jag gör HLR på hennes man.”* (1)

Empati och engagemang

SMS-livräddarnas hjälpsamhet och förståelse för medmänniskor i en utsatt situation och deras vilja att hjälpa, kännetecknar denna kategori. Dessutom framkom ett unikt människointresse i samklang med ett övergripande samhällsintresse. En vilja till att få med fler människor på glesbygden i samma riktning och samma engagemang karakteriserar kategorin. Denna generiska kategori byggs upp av subkategorierna; *Hjälpa andra och att själv kunna få hjälp, Känna oro för framtiden och Bli involverad.*

Hjälpa andra och själv kunna få hjälp

SMS-livräddarna beskriver en motivation av att kunna göra skillnad. Genom att ställa upp som medmänniska tydliggörs vikten av att kunna vinna några minuter i samband med HLR. *”Man är ju ett stöd genom att bara vara på plats.”*(2) Vetskapen om att det finns någon nära som kan hjälpa om den egna familjen skulle bli drabbad var del av motivationen. *”Det handlar om medmänsklighet att ju fler frivilliga vi blir ju mer ökar chanserna till att kunna rädda liv.”* (5)

Känna oro för framtiden

Det verkar finnas en oro för framtiden, speciellt angående nedskärningar i vården. Nedskärningarna tillsammans med att bo i glesbygd och ha långt till närmsta ambulansstation visar sig vara ett övergripande motiv för det samhällsengagemang som SMS-livräddarna upplever. De beskriver en oro som motiverar till att ta saken i egna

händer och registrera sig som SMS-livräddare. Det tydliggörs även en förhoppning om att kunna ge en ökad känsla av trygghet hos allmänheten genom vetskap om att det kan finnas en SMS-livräddare i närheten, då professionell hjälp inte alltid kan vara på plats inom rimlig tid.

Det känns som en farlig samhällsutveckling. Jag tror att vi behöver fler resurser då jag är oroad över att det kan ta så lång tid för att få en ambulans för oss som bor på landet. (7)

Bli involverad

Genom att agera osjälviskt och hjälpa andra människor i kris blir SMS-livräddaren automatiskt involverad i den drabbades livssituation. De som är bosatta i glesbygd beskriver komplexiteten med att ha en personlig relation till den utsatte. Samtidigt som en personlig relation kan göra situationen mer känslös och i vissa fall helt olämplig, framkommer det att anhöriga kan ge uttryck för en speciell tillit i och med att de har en personlig relation till SMS-livräddaren. *"Eftersom jag kände den drabbade och hennes anhöriga, så blev jag ganska involverad, jag var kvar där ganska länge."* (8)

Sekretessen upplevs i vissa situationer som påfrestande då personliga relationer fanns i HLR situationen. Det tydliggörs även att det kan vara av personliga skäl hos SMS-livräddaren eller på grund av att det fanns färre kanaler för återkoppling och samtal med någon som inte varit berörd. De beskriver en slags ambivalens att inte kunna vara ett stöd för en bekant samtidigt som snabbt agerande kan vara livsavgörande.

Bekräftelse och egen stolthet

Kategorin kännetecknas av att SMS-livräddarna tillhör en egen grupp i förhållande till de professionella. Detta tydliggörs i mötet med professionella som förefaller ha en dubbelbottnad karaktär. Överlämnandet är snabbt och helt outtalat då de professionella fortsätter den livräddande insatsen. Trots detta har mötet en karaktär av egen stolthet för insatsen som utförts. Det framträder en känsla av att ha gjort skillnad. Att förkorta tiden för påbörjad HLR tycks vara tillräckligt tillfredsställande, samtidigt som det synliggörs att någon form av uppskattning kan förstärka betydelsen av insatsen och stärka stoltheten. Denna generiska kategori byggs upp av subkategorierna; *Känna sig överflödiga och Få en bekräftande blick.*

Känna sig överflödig

En befrielsekänsla och lättnad synliggörs hos SMS-livräddarna när ambulanspersonal eller IVPA ingriper och tar över ansvaret för HLR- situationen. De beskriver det som en lättnad när ljudet av sirener eller vid åsynen av blåljus. När de professionella frågade om de skulle ta över blev lättnaden stor: *"Åh Gud ja, jag kan inte det här."* (3) SMS-livräddarna beskriver även överlämnandet till de professionella som en känsla av utanförskap, att de tillhör en annan del i den livräddande kedjan. Ibland stannade SMS-livräddarna kvar, antingen för att samarbeta med den professionella personalen eller så var de bara kvar och observerade hur situationen förlöpte och om de kunde vara en hjälpsam hand om så behövdes. I andra situationer blev uppgiften att ta hand om

anhöriga. Själva överlämnandet beskrivs som respektingivande från de professionella och som dessutom ingick i förutsättningarna. SMS-livräddarna upplever därmed en tacksamhet för att få vara involverad i något betydelsefullt. *”Jag kunde lämna hon med hjärtstoppet [patienten] direkt när ambulansen kom, om man säger. Så då tog dom över.”* (8)

Få en bekräftande blick

SMS-livräddaren beskriver känslor av positiv spänning och nöjdhet med sin insats. Det tycks finnas en stolthet över att kunna hjälpa en annan medmänniska, oavsett om de får någon bekräftelse eller uppskattning. Samtidigt förefaller det som om de har en önskan om någon form av bekräftelse.

Har man gjort något som man är stolt över men ändå inte helt säker på att det var rätt, så är det skönt att bara få en bekräftande blick eller ett: ”bra jobbat!” av någon professionell. Det räcker, då vet man att man gjort något betydelsefullt. (5)

DISKUSSION

Metoddiskussion

En intervjustudie valdes för att på så sätt bättre få en inblick i informanternas upplevelse av att vara frivilliga livräddare. Det blev en känslofylld och äkta upplevelse, att få höra berättelser från informanterna själva. Deras känslor och uttryck återkom även vid transkriberingen och innebar att deras känslor präglade de meningsbärande enheterna på ett mer äkta sätt än om vi bara hade fått en text att läsa. Detta arbetssätt fångar upplevelsen och känslan av deras utsagor och medförde att vi kunde besvara studiens syfte. Dahlberg och Segersten (2010, ss. 126-131) beskriver hur varje människas har en unik livsvärld och genom att använda en kvalitativ intervjuteknik avsåg vi att fånga informanternas livsvärld och få svar på syftet med studien. Initialt fanns en liten oro över att få informanterna att öppna sig och berätta på ett äkta och utförligt sätt och att inte styra intervjun, utan låta informanternas upplevelse styra samtalet. Det var en utmaning som vi växte in i mer och mer men som absolut skulle kunna ha utvecklats och då kanske gett ännu mer information. Intervjuerna upplevdes som avslappnade och lugna och tycktes främja öppenhet. Enligt informanterna kändes intervjuerna naturliga och man upplevde inte inspelningen som stressande eller obekvämt.

Eftersom intervjuerna utfördes av två olika personer kan informanterna fått olika följdfrågor (Lundman & Hällgren 2012, s. 198). Intervjuerna hade kunnat utföras av oss båda samtidigt, men vi valde att göra det på var för sig, dels för att informanten inte skulle känna sig underordnad och dels för att träna intervjuteknik på egen hand.

Tillförlitlighet

För att försöka uppnå validitet i utsagorna transkriberades intervjuerna så ordagrant som möjligt för att fånga den upplevda känslan hos informanten. Enligt Kvale och Brinkmann (2009, ss. 18-19) definierar forskaren situationen och introducerar ämnet för

intervjun. Målet är att kunna ta emot beskrivningar av informanternas livsvärld och upplevelser för att sedan kunna tolka den levda upplevelsen (Kvale & Brinkmann 2009, ss. 18-19). Vi upplevde att informanterna hade en önskan om att få förmedla sin upplevelse och därmed ingavs en känsla av ärlighet som genomsyrade hela utsagan. Redan i början av datainsamlingen infann sig en känsla av empati och medmänsklighet som drivkraft att vilja bli SMS-livräddare vilket sedermera tydliggjordes i resultatet. I resultatet har citat används för att validera resultatet, belysa innehållets beskrivning och göra resultatet mer intressant för läsaren (Elo & Kyngäs 2008).

För att undersöka tillförlitligheten i intervjutekniken gjordes två pilotintervjuer. Intervjuerna gjordes utan avbrott för att säkerställa reliabiliteten (noggrannhet) och transkriberades direkt efter avslutad intervju. Allt material har skrivits ut och funnits i pappersform. Båda författarna lyssnade på intervjuinspelningarna och läste igenom utsagorna oberoende av varandra för att förhindra påverkan av varandras tolkningar. Genom att synliggöra egna antaganden och förförståelsen innan intervjuarbetet påbörjades, var avsikten att säkerställa bättre och säkrare data utan yttre påverkan (Augustinsson 2017, s. 23). Val av utrustning var samma vid alla intervjuer för att säkerställa kvalitén och förhindra olikheter i datainsamlingen.

Författarna har fortlöpande under arbetets gång ifrågasatt sina tolkningar och diskuterat dessa med varandra för att tolkningarna ska stämma överens med datamaterialet (se nedan, Förförståelse). Tillförlitligheten ökar då författarna tillsammans har genomfört innehållsanalysen samt kontinuerligt reflekterat och diskuterat de meningsbärande enheter som framkommit. Genom att beskriva analysen av meningsenheterna kan läsarna utvärdera pålitligheten (Elo et al. 2014). Vidare har kategorierna diskuterats och jämförts med avseende på likheter och skillnader för att urskilja kategoriernas verkliga innehåll samt för att de inte skulle överlappa varandra (Elo et al. 2014). I denna del av analysen krävdes mycket stöd från handledaren och ett tidsödande analysarbete att gå fram och tillbaka mellan helhet och delar och omvänt.

Överförbarhet

Kvalitativa studiers överförbarhet är ofta begränsad och leder sällan till allmängiltiga resultat (Maltrud 2014, s. 73). Denna studie omfattade 8 informanter med ett resultat som bedöms som trovärdigt i sitt sammanhang. Vad det gäller resultatets överförbarhet till andra sammanhang så bör detta göras med försiktighet.

Förförståelse

Båda författarna arbetar inom ambulanssjukvård och båda är SMS-livräddare, dock finns inga egna erfarenheter av SMS-livräddarlarm. Båda har träffat SMS-livräddare i yrkeslivet. Genom den egna förförståelsen kan forskaren redan ha en uppfattning om det fenomen som ska studeras utifrån tidigare erfarenheter eller teoretiska kunskaper (Kvale & Brinkmann 2009, s. 74). Genom att författarna diskuterade sina tolkningar av likheter och olikheter under analysen minimerades risken för att förförståelsen skulle påverka resultatet. Vår förförståelse angående det studerade fenomenet berörde framför allt att vi antog att upplevelsen av en livlös patient eller kaos i miljön runt omkring patienten skulle upplevas som en oförberedd, obehaglig och jobbig situation. Men vår förförståelse bekräftades inte i föreliggande resultat, utan det som framkom var att fokus

låg på HLR-uppgiften. Det kom att visa sig att det oväntade och jobbiga handlade mer om informationsbrist och en känsla av otillräcklighet.

Resultatdiskussion

Medmänsklighet och samhällsansvar

Resultatet påvisar medmänsklighet och samhällsengagemang relaterat till det lokala samhället och ett ofrånkomligt beroende av att vara solidarisk med varandra, som motiv och drivkraft för SMS-livräddaren. Detta resultat bekräftas av Axelsson, Thorén, Holmberg och Herlitz (2000) som fann att motivet för att hjälpa andra i nöd var att det ansågs som en handling av medmänsklighet. Wilson (2000) beskriver frivilligt samhällsengagemang som en osjälvisk aktivitet, enbart för att främja en annan person och helt utan ekonomisk vinst. Solidaritet kan sättas in i många olika sammanhang samt ha olika betydelser och kan enligt Liedman (1999, s. 25) tolkas som en ”känsla av samhörighet och beredvillighet att stödja och hjälpa andra människor”. En SMS-livräddare agerar således solidariskt genom att deras handlingar är oegoistiska och hjälpande. Samhällsengagemanget i dessa handlingar förefaller leda till en ökad samhörighet och beredvillighet. I studien av Axelsson et al. (2000) framkom att människor bosatta på landsbygden var mer benägna att utföra HLR än vad människor i större städer var. Viljan att rädda ett liv eller att hjälpa någon i en hjärtstoppssituation, kräver ett mod att ingripa, att övervinna sin osäkerhet och rädsla och att våga göra det som krävs även om det inte alltid räcker (Axelsson et al. 2000). Alla människor kan i grunden ses som vårdare och vårdandet är ett naturligt förekommande beteendemönster hos människan (Eriksson 1986, s. 34). Wiklund (2003, s. 125) argumenterar på motsvarande sätt för att en medmänniskas lidande kan vara drivkraften till att försöka lindra och göra gott. Medlidande kan även vara en grundpelare för den vårdande handlingen och en känsla av ansvar och välvilja för sin nästa. Vårdandet karakteriseras och sammanfattas i mellanmänsklig kärlek, enligt Wiklund (2003, s. 125).

Handlingsfokusering

Handlingsfokusering karaktäriseras av att agera med fokus på handlingskraft i en akut situation där någon medmänniska behöver hjälp. Föreliggande resultat tydliggör hur handlingsfokusering var inriktad på HLR och hur det upplevdes som en trygghet i sammanhanget då oväntade situationer kunde uppstå. Tryggheten att kunna fokusera på en livsviktig uppgift, trots okunskap om annat i situationen beskrevs som en lugnande faktor. Motsvarande resultat har redovisats av Wireklint Sundström och Dahlberg (2012) som beskriver vikten av att vårdare inom ambulanssjukvården är beredda och öppna inför olika situationer och flexibla inför mötet med patienten. Att vara förberedd på det oförberedda och inte styras av förutfattade eller förutbestämda antaganden är ett sätt att beskriva handlingsberedskap. I en annan studie (Suserud et al. 2005) betonas vikten av flexibilitet och beredskap inför det oförväntade och tryggheten i erfarenhetsbaserad kunskap. Detta kan innebära att trots ökad stress, kan ett lugn behållas som möjliggör ett metodiskt arbete. Genom att fokusera på ett metodiskt arbete som kändes bekvämt sänktes stressnivån (Suserud et al. 2005).

Resultatet påvisade att erfarenhet och trygghet i HLR var grunden för att kunna sänka stressnivån och jobba metodiskt, vilket kan förklara önskemål om ökad och fortlöpande

utbildning. I en japansk studie av Kuramoto et al. (2008) redovisas att den allmänna kunskapen om hjärtstopp och erfarenhet av HLR påverkade människors villighet att utföra HLR. Nordén, Hult och Engström (2014) argumenterar för att ovana i vissa situationer ger en upplevelse av kaos som kan bli en stor källa till stress, där annars erfarenhet skulle ha bidragit till handlingsfokusering.

Att utföra HLR kan vara en mycket komplex handling och kompliceras av att patienten inte kan vara delaktig och uttrycka sin egen vilja. I flera tidigare studier har de frivilliga livräddarna uppgett olika svårigheter i HLR-situationen som medfört osäkerhet inför att utföra HLR. Osäkerheten var hög i de scenarion där den drabbade var missbrukare eller om miljön kring den drabbade kunde tyda på missbruk (Hubble, Bachman, Price, Martin & Huie 2003; Kanstad, Nilsen & Fredriksen 2011). Informanter i föreliggande studie uppgav att det fanns en osäkerhet eller ren ovilja att utföra en fulländad HLR, gällande luftvägarna, när det fanns maginnehåll i munnen men att de kände en trygghet i att alltid kunna utföra kompressioner. Tidigare studier visar även att viljan att utföra HLR var lägre i scenarion när den drabbade utsatts för trauma och hade blod i ansiktet (Shibata, Taniguchi, Yoshida & Yamamoto 2000; Taniguchi, Sato, Fujita, Okajima & Takamura 2012).

Stresspåslaget vid akuta situationer beskrevs främja en positiv handlingsfokusering som underlättade agerandet istället för något negativt. Däremot framkom mycket frustration gällande informationsbrist, okunskap och otillräcklighet i de mest utsatta lägena. Frustrationen upplevdes som en stor börda för många informanter i flera situationer och även som något oförutsägbart som de inte hade räknat med. Även oklara situationer där SMS-livräddarna hade svårt att tolka symtomen kunde innebära ett negativt stresspåslag. I motsats till detta resultat, att vårdarens sårbarhet och stress ses som ett hinder för vårdandet, argumenterar Dahlberg och Ekman (2018, s. 25) för att existentiell sårbarhet kan vara en tillgång, då den gör vårdaren känslig för andras lidande och kan inspirera till ett etiskt agerande. I en studie av Axelsson et al. (1998) framkom att 90 % var positiva till sitt ingripande i en HLR situation medan resterande procent upplevt både positiva och negativa känslor. Livräddarna i studien belyste vikten av debriefing, speciellt om den drabbade hade avlidit trots deras kraftansträngningar. De önskade svar på frågor som: Handlade jag rätt? Reagerade jag tillräckligt snabbt? Var mina ansträngningar tillräckligt bra? Utav dessa 90 % positivt inställda livräddare, hade samtliga blivit erbjudna debriefing medan resterande procent som varit mer negativt inställda inte blivit erbjudna någon debriefing.

Utsatthet och otillräcklighet

Informanterna beskrev en oro inför framtiden, gällande nedskärningar men även en oro i att känna sig utsatta. Närheten till de berörda beskrevs både som något positivt, i form av stöd för de anhöriga samtidigt som det kunde kännas som en stor börda då de hade en personlig relation till varandra. Även känslan av att inte få förmedla upplevelsen vidare till andra som inte varit involverade i situationen upplevdes som jobbigt.

Resultatet visar på bristande kunskap eller dålig kontinuitet mellan utbildningstillfällen. Detta var en bidragande faktor till att SMS-livräddarna kunde känna sig osäkra och okunniga, vilket i sin tur ökade stresspåslaget och känslan av otillräcklighet. Axelsson,

Herlitz och Fridlund (2000) styrker detta resultat som visar att tekniska problem är vanliga och att det finns tydliga önskemål om upprepade HLR-kurser eller utbildning. Motsvarande resultat redovisas i en intervjustudie med närstående som bevittnat hjärtstopp (Thorén, Danielson, Herlitz & Axelsson 2009). I studien påvisas bristande förmåga och förtroende både på att tolka tidiga varningstecken och symtom. Informanterna beskrev komplexa situationer där de utsatta till synes andades men okunskapen om det var en adekvat andning försatte dem i en jobbig situation. Även situationer där de utsatta var placerade på svåråtkomliga platser eller om munnen var fylld med kroppsvätskor, resulterade i oro och stress på grund av okunskap eller otillräcklighet för att kunna agera på egen hand. Brist på utbildning och önskan om ökad hjälpsamhet från frivilliga framkom (Thorén et al. 2009). SMS-livräddare beskrivs i flera studier som en resurs och är en önskad sådan, allra helst på glesbygden. Møller-Nielsen, Isbye, Knudsen-Lippert och Rasmussen (2012) rapporterar om hur bristande kunskap i HLR påverkar allmänheten negativt och att bristande kunskap orsakar osäkerhet att ingripa vid hjärtstopp. I deras resultat tydliggörs att när samhället väl satsade på att utbilda befolkningen och öka resurserna, ökade även antalet påbörjade HLR före ambulansens ankomst. Zijlstra, Beesems, De-Haan och Koster (2015) redovisar att livräddare i Amsterdam beskriver återupplivningsupplevelsen som positiv, trots vissa allvarliga psykologiska effekter på kort sikt. Bremer, Dahlberg och Sandman (2009b) beskriver hur utsatt och otillräcklig en bystander eller anhörig kan uppleva sig vara i en hjärtstoppssituation. Studien påvisar svårigheterna med att leva upp till upplevda förväntningar, känsla av ansvar och att hamna som beslutsfattare i en situation som kan betraktas som både betungande och orimlig.

SMS-livräddarna i föreliggande studie beskrev flera svåra situationer där de upplevde sig otillräckliga gentemot anhöriga. Samtidigt som de ska utföra livräddande HLR står ofta en panikslagen anhörig ensam bredvid. Detta beskrevs av flera informanter som en stor påfrestning och en mycket jobbig situation. Bremer (2012) skriver i en avhandling om ett rimligt vårdansvar för ambulanspersonal gällande HLR, men även om svårigheterna att kunna balansera mellan närhet och distans.

Hållbar utveckling

SMS-livräddarens kunskap och vilja att hjälpa en medmänniska bör utvecklas och tillvaratas för att öka en hållbar utveckling med trygghet i samhället. Tidigare studier har fastslagit att tidig HLR ökar chansen för överlevnad och därmed chansen till hälsa och god livskvalitet för överlevande. Samhället både efterfrågar och behöver ökad trygghet, speciellt på glesbygden gällande akuta hjärtstoppssituationer då resursbrist och tidsbrist är ett högst påtagligt problem i det dagliga livet. Genom att satsa på utökade utbildningsmöjligheter till SMS-livräddare kan en del av detta behov tillgodoses. Djärv et al. (2020) har påvisat hur överlevande utanför sjukhus efter hjärtstopp upplevde mindre hälsorelaterade problem i efterförloppet. Därmed understryks att utökade resurser på SMS-livräddarnas situation kan bidra till en hållbar utveckling.

SLUTSATSER

I de fall det dröjer för professionell vård att anlända, finns det frivilliga människor som i en akut situation utanför sjukhus är beredda att hjälpa en helt okänd medmänniska i en nödsituation. Det förefaller som att SMS-livräddarna motiveras av en övertygelse om att det är bättre att göra någonting än att inte göra någonting alls. Resultatet påvisar en önskan om att öka tryggheten i samhället, trots att detta osjälviska agerande kan sätta SMS-livräddarna i en mycket utsatt och jobbig situation. Utifrån föreliggande resultat om SMS-livräddarnas upplevelser av att vara först på plats vid en hjärtstoppssituation utanför sjukhus, anser vi att det är viktigt att sprida förståelse för att HLR situationen inte bara handlar om att utföra HLR.

Studiens fynd bekräftas av tidigare forskning. Dock behövs ytterligare forskning om insatstid och utfall vid HLR utanför sjukhus i relation till SMS-livräddares insatser, för att kunna få evidens för betydelsen av frivillig icke professionell hjälp vid akuta insatser i samhället.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Med stöd i studiens resultat ges följande kliniska implikationer med avseende på bakomliggande motivation för att ställa upp som SMS-livräddare:

- Utöka tillgänglighet på livräddande resurser i samhället.
- Det finns en vilja att hjälpa andra genom sin kunskap och förmåga.
- Uppskattnings efterfrågas men är inte avgörande.

Dessutom redovisas kliniska implikationer med avseende på förbättringar av SMS-organisationen. Det finns behov av:

- kontinuerlig HLR-träning och kunskap om när HLR ska påbörjas och inte påbörjas,
- att få korrekt och specificerad information (adress, portkod, våningsplan) och positionering,
- att få personlig uppföljning och
- stödjande samtal.

REFERENSER

Abou Samra, H., Sudhagani, R.G., Kupersmidt, S., Seiber, M-J., Fuller, M.D., Pickthorn S.T. & Lowmiller, K. (2018). Using data science to provide preliminary estimates of out-of-hospital cardiac arrest in rural South Dakota. *South Dakota Journal of Medicine*, 71(2), ss. 72-79. PMID: 29990416

Almgren, M., Lindström V., & Mehran-Rad, S. (2016). Prehospital medicinsk utrustning. I Suserud, B.-O. & Lundberg, L. (red.). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 245-247.

Augustinsson. S. Vetenskapsteori och vetenskapsfilosofi. (2017). I Höglund. Nielsen. B. & Granskär M. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård uppl. 3*. Studentlitteratur. s. 23

Axelsson, Å., Herlitz, J. & Fridlund, B. (2000). How bystanders perceive their cardiopulmonary resuscitation intervention; a qualitative study. *Resuscitation*, 47(1), ss. 71-81. doi:10.1016/S0300-9572(00)00209-4

Axelsson, Å., Thorén, A., Holmberg, S. & Herlitz, J. (2000). Attitudes of trained Swedish lay rescuers toward CPR performance in an emergency: a survey of 1012 recently trained CPR rescuers. *Resuscitation*, 44(1), ss. 27-36. doi.org/10.1016/S0300-9572(99)00160-4

Axelsson A, Herlitz J, Karlsson T, Lindqvist, J., Reid-Graves, J., Ekström, L. & Holmberg, S. (1998). Factors surrounding cardiopulmonary resuscitation influencing bystanders' psychological reactions. *Resuscitation*, 37(1), ss. 13-20. doi: 10.1016/s0300-9572(98)00027-6

Berdowski, J., Beekhuis, F., Zwinderman, A., Tijssen, J., & Koster, W. (2009). Importance of first the first link: description of an out-of-hospital cardiac arrest in an emergency call. *Circulation*, 119(15):2096-102.

Berglund, E., Claesson, A., Nordberg, P., Djärv, T., Lundgren, P., Folke, F., Forsberg, S., Riva, G. & Ringh, M. (2018). A smartphone application for dispatch of lay responders to out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, ss. 160-165. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.01.039.

Bremer, A. (2012). *Vid existensens gräns etiskt vårdande och professionellt ansvar vid hjärtstopp utanför sjukhus*. Avhandling. Linnaeus University Press. Växjö s. 200 <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:468848/FULLTEXT02.pdf>

Bremer, A. (2016). Dagens ambulanssjukvård. I Suserud, B.-O. & Lundberg, L. (red.). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 58-59.

Bremer, A., & Axelsson, Å.B. (2016). Vårdvetenskaplig analys – erfarenheter vid prehospitala hjärtstopp. I Suserud, B.-O. & Lundberg, L. (red.). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 441-442.

Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. (2009a). To survive out-of-hospital cardiac arrest: a search for meaning and coherence. *Qualitative Health Research*, 19(3), ss. 323-338, doi: 10.1177/1049732309331866

Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L. (2009b). Experiencing out-of-hospital cardiac arrest: significant others' lifeworld perspective. *Qualitative Health Research*, 19(10), ss. 1407-1420, doi: 10.1177/1049732309348369

Carlström, E. (2014). First single responder – en prehospital vårdenhet på försök. Trollhättan: Nu-sjukvården
http://epi.vgregion.se/upload/Prehospitalt_samerkansprojekt/Dokument/Utvärdering%20Singel%20responder%20i%20NU-sjukvården.pdf

Caputo, M.L., Muschietti, S., Burkart, R., Benvenuti, C., Conte, G., Regoli, F., Mauri, R., Klersy, C., Moccetti, T. & Auricchio, A. (2017). Lay persons alerted by mobile application-system initiate earlier cardio-pulmonary resuscitation: a comparison with SMS-based system notification. *Resuscitation*, (114), ss. 73-78.
doi:10.1016/j.resuscitation.2017.03.003

Compton, S., Grace, H., Madgy, A. & Swor, R.A. (2008). Post-traumatic stress disorder symptomology associated with witnessing unsuccessful out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Academic Emergency Medicine*, 16(3), ss. 226-229. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00336.x

Cummins, R.O., Chamberlain, D.A., Abramson, N.S., Allen, M., Baskett, P., Becker, L., Bossaert, L., Deloof, H., Dick, W., Eisenberg, M., Evan, T., Holmberg, S., Kerber, R., Mullie, A., Ornato, J.P., Sandoe, E., Skulberg, A., Tunstall-Pedoe, H., Swanson, R. & Theis, W.H. (1991). Recommended guidelines for uniform reporting data from out-of-hospital cardiac arrest: The Utstein style. *Annals of Emergency Medicine*, (20)8, ss. 861-874. doi.org/10.1016/S0196-0644(05)81428-3

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka Hälsa & Vårdande*. Stockholm: Natur och Kultur, ss. 81-82.

Dahlberg, K. & Ekman, I. (2018). *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård*. Stockholm: Liber AB, ss. 23-44.

Dahlberg, K. & Segersten, K. (2010). *Hälsa och vårdande – I teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur, ss. 126-131.

Djärv, T., Bremer, A., Herlitz, J., Israelsson, J., Cronberg, T., Lilja, G., Rawashani, A., & Årestedt, K. (2020). Health-related quality of life after surviving an out-of-hospital compared to an in-hospital cardiac arrest: a Swedish population-based registry study. *Resuscitation*, (151) ss. 77-84. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.04.002>

Doan, T.N., Schultz, B.V., Rashford, S. & Bosley, E. (2019). Surviving out-of-hospital cardiac arrest: the important role of bystander interventions. *Australasian Emergency Care*, 23(1) ss. 47-54. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1016/j.auec.2019.12.003>

- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1). doi:10.1177/2158244014522633.
- Eriksson, K. (1986). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB. ss. 33-37.
- Fee, E, Garofalo M.E. (2010). Florence Nightingale & the Crimean War. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1591. doi.org/10.2105/AJPH.2009.188607
- Fernandez, A.R. (2018). The Trip Report: the effect of CPR on bystander. *EMS World*, 8(30). <https://www.emsworld.com/article/221137/trip-report-effect-cpr-bystanders>
- Forslund, K. & Kihlgren, M. (2004). Operators' experiences of emergency calls. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10(5), ss. 290-297. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:840282/FULLTEXT01.pdf>.
- Gunnarsson, B., Svavarsdóttir, H., Dúason, S., Sim, A., Munro, A., McInnes, C. & Nordström, B. (2007). Ambulance transport and services in the rural areas of Iceland, Scotland and Sweden. *Journal Of Emergency Primary Health Care*, 5(1), ss. 1-12. doi:10.33151/ajp.5.1.402
- Hasselqvist-Ax, I., Nordberg, P., Herlitz, J., Svensson, L., Jonsson, M., Lindqvist, J., Ringh, M., Claesson, A., Björklund, J., Andersson, J.O., Ericson, C., Lindblad, P., Engerström, L., Rosenqvist, M. & Hollenberg, J. (2017). Dispatch of firefighters and police officers in out-of-hospital cardiac arrest: a nationwide prospective cohort trial using propensity score analysis. *Journal of the American Heart Association*. doi:10.1161/JAHA.117.005873
- Herlitz, J. (2013). Svenska hjärt- lungräddningsregistret - Årsrapport 2013. Göteborg: *Föreningen för ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård (FLISA) och Svenska rådet för Hjärt-lungräddning (HLR-rådet)*, s. 18
- Herlitz, J. & Rawshani, A. (2019). Svenska hjärt- lungräddningsregistret. Årsrapport 2019. <https://hlrr.se/index.html> [20-05-29]
- Hjälte, L. (2006). Ambulanssjukvård i glesbygd-är det någon skillnad? En deskriptiv studie om nyttjande av ambulanser och ambulanssjukvård i olika geografiska områden: centrum för hälso- och sjukvårdsanalys (Rapport nr 21). Göteborg: *Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys*.
- HLR-Rådet. (2019). *Hjärtstopp i samhället*. <https://www.hlr.nu/hjartstopp-i-samhallet/> [20-02-26]

Hollenberg, J. & Engdahl, J. (2016). Hjärtstopp. I Suserud, B.-O. & Lundberg, L. (red.). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 339-341

Hollenberg, J., Lindqvist, J., Ringh, M., Engdahl, J., Bohm, K., Rosenqvist, M. & Svensson, L. (2007). An evaluation of post-resuscitation care as a possible explanation of a difference in survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 74(2), ss. 242-252.

Howard, K. M., Shannon, N., Brendas, G., Holland, T. & Stopyra, J. (2017). Emergency Medical Services response times in rural, suburban, and urban areas. *American Medical Association*, 152(10), ss. 983-984. doi: 10.1001/jamasurg.2017.2230

Hubble, M. W., Bachman, M., Price, R., Martin, N. & Huie, D. (2003). Willingness of high school students to perform cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation. *Prehospital Emergency Care*. 7(2), ss. 219-224. doi:10.1080/10903120390936815

Höyer, C.B. & Christensen, E.F. (2009). Fire fighters as basic life support responders: a study of successful implementation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 17:16. doi: 10.1186/1757-7241-17-16

Kanstad, B. K., Nilsen, S. A. & Fredriksen, K. (2011). CPR knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway. *Resuscitation*, 82(8), ss. 1053–1059. doi:10.1016/j.resuscitation.2011.03.033

Karlsson, M. (2018). ”Bry sig om” – ett vårdvetenskapligt praxisbegrepp. I Wiklund-Gustin, L., Bergbom, I. (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik 2 uppl.* Lund: Studentlitteratur, ss. 343-344.

Ketilsdottir, A., Albertsdottir, H.R., Akadottir, S.H., Gunnarsdottir, T.J. & Jonsdottir, H. (2014). The experience of sudden cardiac arrest: becoming reawakened to life. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 13(5), ss. 429–435, doi: 10.1177/1474515113504864

Kongstad, P. (2016). I väntan på ambulans (IVPA). I Suserud, B.-O. & Lundberg, L. (red.). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB, ss. 134-137.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (red). (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur, ss.15-18, 34, 42, 48-50, 74, 85,86.

Kuramoto, N., Morimoto, T., Kubota, Y., Maeda, Y., Seki, S., Takada, K. & Hiraide, A. (2008). Public perception of and willingness to performance bystander CPR in Japan. *Resuscitation*. 79(3), ss. 475-481. doi.org/10.1016/j.resuscitation.2008.07.005

Landguiden. (2018). [https://www.ui.se/landguiden/lander-och-omraden/europa/sverige/\[2020-03-01\]](https://www.ui.se/landguiden/lander-och-omraden/europa/sverige/[2020-03-01])

- Liedman, S.E. (1999). Att se sig själv i andra. Stockholm: Albert Bonniers förlag, ss. 25-36.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär & Höglund-Nielsen. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s. 198
- Malterud, K. (2014). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur, ss. 65-76.
- Møller-Nielsen, A., Isbye, D.L., Knudsen Lippert, F. & Rasmussen, L.S. (2012). Engaging a whole community in resuscitation. *Resuscitation*, 83(9), ss. 1067-1071. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.04.012
- Nordén, C., Hult, K. & Engström, Å. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: a difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing*, 22(2), ss. 75-80. doi:10.1016/j.ienj.2013.04.003
- Nord-Ljungqvist, H., Engström, Å. & Fridlund, B. (2019). Lone and lonely in a double ambivalence situation as experienced by callers while waiting for the ambulance in rural environment. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15. doi:10.1111/scs.12767
- Nya Jordbruksverket. (2015). *Vår definition av landsbygd*. <https://nya.jordbruksverket.se/stod/programmen-som-finansierar-stoden/var-definition-av-landsbygd> [20-03-01]
- Palacios-Ceña, D., Losa-Iglesias, M.E., Salvadores-Fuentes, P. & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Sudden cardiac death: the perspectives of Spanish survivors. *Nursing and Health Sciences*, 13(2), ss. 149-155. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00593.x
- Phung, V.H., Trueman, J., Togher, F., Orner, R. & Siriwardena. A.N. (2017). Community first responders and responder schemes in the United Kingdom: systematic scoping review. *Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25(1). ss. 25-58. doi:10.1186/s13049-017-0403-z
- Pijls, R.W.M., Rahel, P.J. & Gorgels, A.P.M. (2016). A text message alert system for trained volunteers improves out-of-hospital cardiac arrest survival. *Resuscitation*, 105, ss. 182-187. doi:10.1016/j.resuscitation.2016.06.006
- Ringh, M., Fredman, D., Nordberg, P., Stark, T. & Hollenberg, J. (2011). Mobile phone technology identifies and recruits trained citizens to perform CPR on out-of-hospital cardiac arrest victims prior to ambulance arrival. *Resuscitation*, (85)12, ss. 1514-1518. doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.07.033
- Saner, H., Morger, C., Eser, P. & von Planta, M. (2013). Dual dispatch early defibrillation in out-of-hospital cardiac arrest in mixed urban-rural population. *Resuscitation*. 84(9), ss. 1197-1202.

- SMS livräddare. (2019). *Vad innebär det att vara sms livräddare?* <https://www.smslivraddare.se/vad-innebar-det-att-vara-smslivraddare/> [20-03-05]
- SFS 2010:1969. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2019:1144. *Lagen Etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Shibata, K., Taniguchi, T., Yoshida, M. & Yamamoto, K. (2000). Obstacles to bystander cardiopulmonary resuscitation in Japan. *Resuscitation*, 44(3), ss. 187–193. doi:10.1016/S0300-9572(00)00143-X
- Skora, J. & Riegel, B. (2001). Thoughts, feelings, and motivations of bystanders who attempt to resuscitate a stranger: a pilot study. *American Journal of Critical Care*, 10(6), ss. 408-416.
- Socialstyrelsen. (2002). *Medicinsk kompetens i ambulansdirigering*. ISBN: 91-7201-625-6
- SOS Alarm. (2020). *Ambulansdirigering*. <https://www.sosalarm.se/vara-tjanster/tjanstekatalog2/ambulansdirigering/> [2020-02-29]
<https://www.sosalarm.se/Kund/tjanstekatalog2/vardprioritering/> [2020-06-01]
- Steill, I.G., Wells, G.A. & DeMaio, V.J. (1999). Modifiable factors associated with improved cardiac arrest survival in a multi-center basic life support/defibrillation system: OPALS Study phase I results. *Annals of Emergency Medicine*, 33(1), ss. 44-50. doi:10.1016/S0196-0644(99)70415-4
- Suserud, B. O., Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint Sundström, B., & Jonsson, A. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services: Bjorn-Ove Suserud and colleagues describe the pressures faced by ambulance service nurses and other staff and discuss the skills they need to cope. *Emergency Nurse*, 13(8), ss. 30-36.
- Svenska Hjärt-lungräddningsregistret. <https://shlrsjh.registercentrum.se/om-registret/om-svenska-hjaert-lungraeddningregistret/p/rkNbvekfW> [20-03-04]
- Svensson, A. (2019). *Räddningsaktörers tidiga närvaro vid akuta situationer på svensk landsbygd*. Diss. Växjö: Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1307837/FULLTEXT01.pdf#page23>
- Taniguchi, T., Sato, K., Fujita, T., Okajima, M. & Takamura, M. (2012). Attitudes to bystander cardiopulmonary resuscitation in Japan in 2010. *Circulation Journal*, 76(5), ss. 1130–1135. doi:10.1253/circj.CJ-11-0054
- Thorén, A.B., Danielson, E., Herlitz, J. & Axelsson, B.Å. (2009). Spouses' experiences of cardiac arrest at home: an interview study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(3), ss. 161-167.

Vaillancourt, C. & Stiell, I.G. (2004). Cardiac arrest care and Emergency Medical Services in Canada. *Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team*, 20(11), ss. 1081-1090. doi: 10.1016/j.resuscitation.2007.02.015q

Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2020-01-26]

Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual Review of Sociology*. 26, ss. 215-240. doi: 10.1146/annurev.soc.26.1.215

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur, ss. 125-128.

Wireklint Sundström, B. & Dahlberg, K. (2012). Being prepared for the unprepared: a phenomenology field study of Swedish prehospital care. *Journal of Emergency Nursing*. 38(6), ss. 571-577. Doi: 10.1016/j.jen.2011.09.003

Zijlstra, J.A., Beesems, S.G., D-Haan, R.J. & Koster, R.W. (2015). Psychological impact on dispatched local lay rescuers performing bystander cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 92(6), ss. 115-121. doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.04.028

Bilaga 1

Informationsbrev till SMS livräddarna

Information angående deltagande

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete (Sms-livräddares upplevelse av att vara först på plats vid en hjärtstoppssituation). Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Samhällets behov av frivilliga icke professionella vårdinsatser ökar. Speciellt gäller det vid hjärtstoppssituationer utanför sjukhus och vid andra akuta situationer i glesbygd eftersom ambulansens insatstider har ökat. Genom denna studie är förhoppningen att nå fördjupad kunskap om sms-livräddarens upplevelser av att vara först på plats vid en hjärtstoppssituation. Dessutom efterfrågas kunskap om samverkan mellan livräddarna och ambulanspersonal/IVPA. Den nya kunskapen kan hjälpa till att synliggöra åtgärder som varit framgångsrika men även identifiera problem och möjliggöra förbättringspotentialer för frivilliga vårdinsatser vid hjärtstopp utanför sjukhus.

Vi har fått tillgång till ditt namn via David Fredman som arbetar med sms-livräddarnas hemsida. Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet.

Hur går examensarbetet till?

Studien kommer att genomföras som en kvalitativ intervjustudie. I vår studie har vi som önskemål att intervjua dig som är sms-livräddare, som har varit på minst ett sms-livräddarlarm och utfört alternativt inte utfört hjärt-lungräddning innan ambulanspersonal/IVPA anländer till platsen. Intervjuerna kommer ske hemma hos dig, via telefon eller annan önskvärd plats. Intervjuerna kommer äga rum mellan v 8–9 2020. Intervjuerna beräknas ta drygt en timme.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas

tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Deltagandet är frivilligt

Intervjuerna kommer att spelas in och sedan skrivas ut ordagrant. Att vara med på intervjun är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan anledning.

Vad händer med mina uppgifter?

Deltagandet är anonymt och vid publicering kommer allt material att avidentifieras och det inspelade samt skriftliga materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig får tillgång till det. Det datamaterial som samlats in, (bakgrundsinformation och intervjuer, enkäter, fältanteckningar eller annat), kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör. Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke).

Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15–18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall. Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Ansvariga för examensarbetet

Författare för examensarbetet är:

Linda Blomnell

E-mail: linda_bloomnell@hotmail.com Tfn: 0735-41 56 44

Sofia Hoppe

E-mail: Sofia_hoppe@hotmail.com Tfn: 076-245 08 38

Examensarbetet handleds av Birgitta Wireklint Sundström, senior professor vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor går det bra att ta kontakt:
birgitta.wireklint.sundstrom@hb.se.

Samtycke om deltagande Fylls i av handledaren

Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanten till deltagande i examensarbetet och behandling av informantens personuppgifter enligt ovan.

20 juni Borås Birgitta Wireklint Sundström

Datum och handledares namnteckning

Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen. Jag samtycker till att delta i examensarbetet (Sms-livräddares upplevelse av att vara först på plats vid en hjärtstoppssituation) och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum