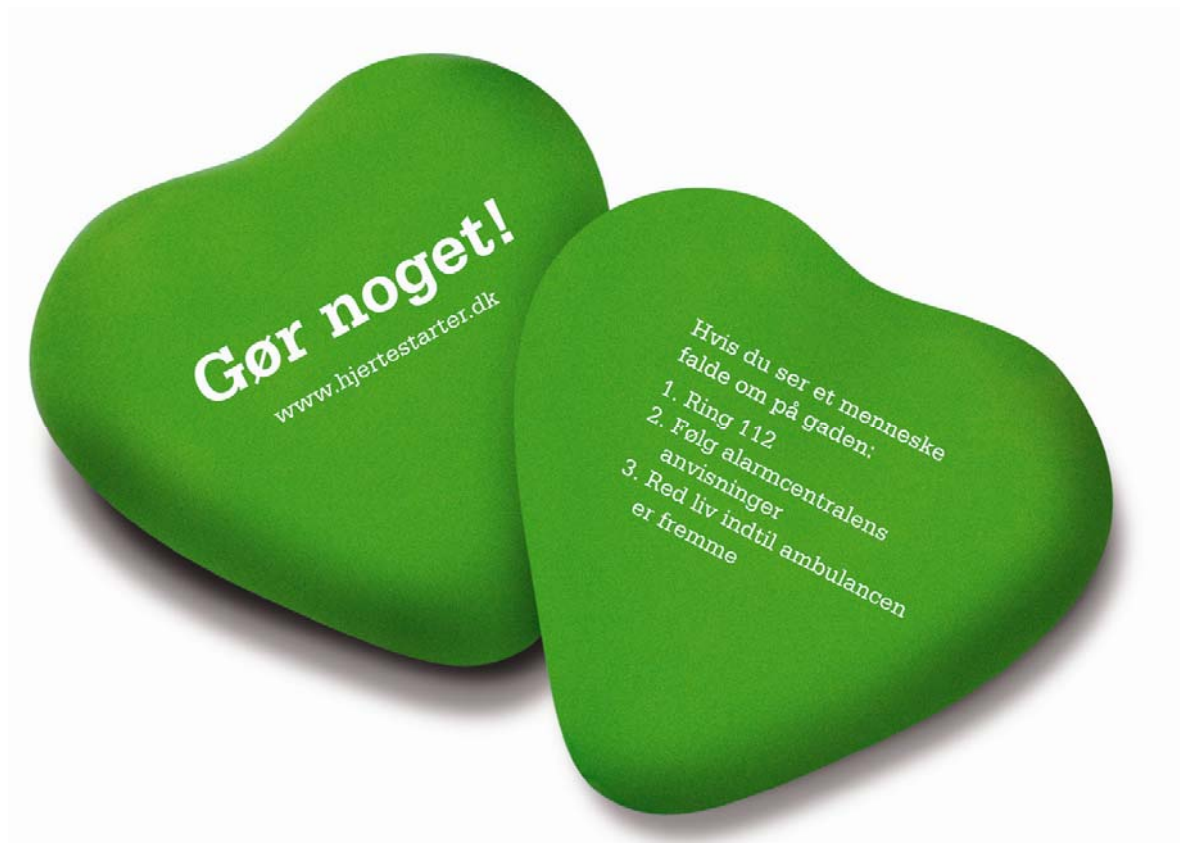




Førstehjælp mellem styring og hverdagslivet

- en antropologisk analyse af alarmoperatørs og lægmands relation ved hjertelungeredning af borgere med pludselig uventet hjertestop i det offentlige rum.



Specialkonsulent Grethe Thomas
Enhed for Akut Medicin og Sundhedsberedskab
Koncern Plan og Udvikling
Region Hovedstaden
grethe.thomas@regionh.dk

Forord

Dette masterspeciale i sundhedsantropologi fra Institut for Antropologi ved Københavns Universitet, er udarbejdet med støtte fra TrygFonden J.nr. 7746-07. Det er med stor taknemmelighed, at jeg har modtaget denne støtte, bl.a. fordi det har gjort det økonomisk muligt for mig at udføre feltarbejde i Norge. Ligeledes er signalværdien i støtten af stor betydning, idet TrygFonden har fundet opgavens tema væsentligt, og analyserne derfor kan være endnu et bidrag til at øge borgernes tryghed på førstehjælpsområdet i Danmark.

Jeg vil gerne takke lederne af henholdsvis Alarmcentral 112 Storkøbenhavn og Akut Medicinsk Koordinationssentral i Stavanger, Norge for at have åbnet dørene for mig til deres helt specielle felt.

Dernæst tak til både danske og norske alarmoperatører, der som mine informanter alle bidrog til at give mig et samlet billede af kulturen.

En særlig tak til de to danske borgere, der velvilligt lod sig interviewe få dage efter, at de havde ydet førstehjælp ved et hjertestop i det offentlige rum. Den indsigt, de samtaler bibragte mig, var af stor betydning for det videre arbejde.

Traditionelt er der ikke vedhæftet bilag til antropologiske opgaver, men jeg har i denne sammenhæng valgt at gøre en undtagelse. Det skyldes hensynet til mine informanter og andre læsere med interesse for førstehjælpsområdet, idet artiklen vedlagt som bilag 1:

”Danskernes forhold til førstehjælp – et paradoks mellem ord og handling” knytter an til opgavens tema. På tilsvarende vis er bilag 2 projektbeskrivelsen ”Hurtig hjælp med hjertestarter ved pludselig uventet hjertestop” den kontekst, hvori opgaven er skrevet.

Maj 2008

Grethe Thomas

Indholdsfortegnelse

Summary	5
Resume	6
1. Indledning	7
1.1 Hjertestarterprojektet	8
1.2 Vejen til indsigt og forståelse.....	9
1.3 Det kulturelle rum	10
1.4 Opgavens opbygning.....	11
2. Introduktion til feltet	12
2.1 Indgang til feltet.....	12
2.2 Alarmcentral 112 Storkøbenhavn	12
2.2.1 Alarmopkaldene og casen	13
2.3 Akut Medicinsk Koordinationssentral	15
2.4 Den deskriptive komparation	17
2.5 Teoretisk perspektiv	18
2.5.1 Governmentality – at analysere den moderne magts former	18
2.5.2 Governmentality som en kollektiv aktivitet.....	19
2.5.3 Ændring af adfærd i form af styring	20
2.5.4 Hverdagsliv	21
2.5.5 Handlinger.....	22
2.6 Sammenfatning	23
3. Metode og data	24
3.1 Design	24
3.2 Adgang til felten.....	24
3.3 Metode	26
3.3.1 Informanterne.....	27
3.3.2 Sprog og introduktion til Norsk Indeks.....	27
3.3.3 Positionering	28
3.3.4 Ethiske overvejelser	29
4. Relationer.....	31
4.1 Casen.....	31
4.2 Styring som ‘conduct of conduct’	33

4.3 Styringens moralske aspekt.....	35
4.4 Styring som selvteknologi.....	36
4.5 Sammenfatning	37
5. Det kulturelle rum som et arbejdsfællesskab	38
5.1 Organisering af arbejdsfællesskabet	38
5.2 Solidaritet og tillid i arbejdsfællesskabet	39
5.3 Praksisregimers betydning for arbejdsfællesskabet	40
5.4 Sammenfatning	41
6. Førstehjælp i et hverdagslivsperspektiv	42
6.1 Hvorfor siger danskerne et og gør noget andet?	42
6.2 Handling.....	43
6.3 Udvekslingen	44
6.4 Kommunikation som en form for udveksling	45
6.5 Casen.....	46
6.6 Sammenfatning	48
7. Konklusion.....	49
8. Referencer.....	52
Bilag 1.....	57
Bilag 2.....	71

Forkortelser:

AC	= Alarmcentralen i Storkøbenhavn
AMK	= Akut Medicinsk Koordinationscentral i Stavanger, Norge
HLR	= Hjertelungeredning
IR	= Indringer

Synonymer:

Alarmoperatør, er den person, der besvarer alarmopkald på både AC og AMK, er synonymt med AMK- sygeplejersken i Stavanger, Norge og den professionelle.

Lægmand, er den person, der bliver vejledt i HLR af AC og AMK og anvendes synonymt med indringer og borgeren.

Summary

Every year in Denmark close to 3.500 people suffer cardiac arrest in a public space. Few survive because only a small number of the Danish bystanders perform CPR on the victims. In Norway there is a long-standing tradition of performing CPR and first aid. This is reflected in the high survival rate among victims of cardiac arrest in a public space in Norway. The aim of the following analysis is to gain knowledge on the required conditions for the citizens of Denmark to increase performance of CPR on cardiac arrest victims with guidance from the 112 dispatch operator. Fieldwork has been carried out at the Dispatch Centre 112 Copenhagen as well as the Emergency Medical Dispatch Centre in Stavanger, Norway. Data has been collected through interviews, participant observation and monitoring of emergency calls. The anthropological basis for analysis is reflected in the understanding of human action including the act of CPR as a socially produced rather than an individual and natural act. Michel Foucault's concept of governmentality is used to analyse the modes of power in the relation between the state (represented by the emergency dispatcher) and the citizen (bystander). The concept is then further used to understand the technologies of governance and regimes of practice used in both countries. In order to understand why some people perform CPR and some people restrain from this act, the power relations and designs of explanation which form part of the citizens' lifeworlds will be analysed using Alfred Schutz' theories on action and daily life. The comparison between Denmark and Norway shows that the technologies of governance and regimes of practise used in each country are very different. The guidance provided by the dispatchers in Denmark is generally vague, unsystematic and general. No regimes of practise from the healthcare sector form part of the culture at the Dispatch Centre 112 Copenhagen. In this regard the Emergency Medical Dispatch Centre in Stavanger differs. Here the technology of governance: Norwegian index provide stringent guidelines for the dispatch operator as well as the citizen in their attempt to solve a healthcare-specific problem.

The analysis will show that human action in the form of CPR does not depend on knowledge and rationality alone. Action is highly determined by our life in an inter-subjective world where conditions such as governance strategies, power relations and the social worlds control behaviour. With a focus on daily life interaction and behaviour determinism, the act of CPR is not a conscious choice; it is rather an event affected by a complicated set of influences; it therefore involves conditions which cannot necessarily be rectified with the help of dialogue, campaigns or advertisement designed to increase knowledge of healthcare. When people act and perform CPR it is because of the rules of practice in their given social world.

Resume

I Danmark er der årligt op mod 3.500 mennesker, der får et hjertestop i det offentlige rum, men få overlever, bl.a. fordi danskerne kun i ringe grad yder førstehjælp. I Norge er der en mangeårig tradition for at yde førstehjælp, og det afspejles i høje tal for overlevelse af et hjertestop. Hensigten med denne opgave er at få forståelse for og indsigt i, hvilke rammer og betingelser der skal være tilstede, for at borgerne i Danmark yder førstehjælp under vejledning af alarmoperatøren ved et alarmopkald til 112 i forbindelse med hjertestop i det offentlige rum. Data er indsamlet via interview, deltagerobservation og aflytning af alarmopkald under feltarbejde på Alarmcentral 112 Storkøbenhavn og på Akut Medicinsk Koordinationssentral i Stavanger, Norge.

Analyserne tager udgangspunkt i antropologien, der bl.a. anskuer det menneskelige og herunder det at yde førstehjælp som socialt og samfundsskabt og dermed ikke som individuelt og naturligt.

Michel Foucault's begreb governmentality anvendes til at analysere den magtudøvelse, der er på spil i relationen mellem stat (her alarmoperatør) og borger (her lægmand), samt til at give indsigt i de styringsteknologier og praksisregimer, der anvendes henholdsvis i Danmark og Norge. For at forstå hvorfor nogle mennesker handler og yder førstehjælp og andre ikke gør, analyseres de relationer og forklaringsmodeller, der indgår i borgernes livsverden ved hjælp af Alfred Schutz' handlings – og hverdagslivsteori.

Komparationen mellem Danmark og Norge viser, at styringsteknologierne og praksisregimerne er vidt forskellige. Alarmoperatørens vejledning i førstehjælp i Danmark er overordnet vag, vilkårlig og generel, og der anvendes ikke praksisregimer på det sundhedsfaglige område som en indlejring i kulturen på Alarmcentral 112 Storkøbenhavn. Anderledes ser det ud på Akut Medicinsk Koordinationssentral i Stavanger, hvor styringsteknologien Norsk Indeks ved hjælp af stringente guidelines fastholder både alarmoperatøren og borgeren i afklaringen af en sundhedsfaglig problemstilling.

Opgavens analyser viser, at menneskelig handling i form af at yde førstehjælp ikke kun beror på viden og rationalitet, men i høj grad er betinget af vores liv i en intersubjektiv verden, hvor forhold som regeringsstrategier, relationer og hverdagsliv er styrende for vores adfærd. Hvis man i et hverdagslivsperspektiv fokuserer på adfærd og vaner udfra deres betingethed, så er det at yde førstehjælp ikke et forhold, man bevidst vælger, men derimod et forhold af relativt komplicerede sammenfletninger og dermed også forhold, der ikke nødvendigvis kan afhjælpes gennem dialog, sundhedsfremmekampagner og reklamespots. Når mennesker alligevel handler, skyldes det, at der i den givne sociale verden er skabt et sæt handlingsforskrifter.

1. Indledning

I februar 2008 udførte jeg feltarbejde på Alarmcentral 112 Storkøbenhavn og på Akut Medicinsk Koordinationssentral i Stavanger, Norge. Jeg søgte via deltagerobservation, interviews og aflytning af alarmopkald at få en forståelse for stedernes kultur, samt indsigt i deres forskelligheder.

Ligeledes ønskede jeg at få ny viden om og en erkendelse af de ansattes vilkår for at skabe en meningsfuld dialog med de borgere, der foretager et alarmopkald. Når man som borger i det danske samfund ringer 112 eller i Norge 113, sker det på baggrund af en akut hændelse. Det kan være en kollega, et familiemedlem eller en medborger, der bliver pludselig syg og falder om. Ved disse hændelser er det ønskeligt, at der gives den rigtige hjælp fra starten og gerne i form af en ambulance, som kommer hurtigt, men indtil den er fremme, er lægmands førstehjælp en væsentlig forudsætning for, at den syge overlever, især hvis der er tale om hjertestop.

Denne opgaves formål er at analysere, hvilke rammer og betingelser, der skal være tilstede, for at borgerne i det storkøbenhavnske område af Danmark yder førstehjælp under vejledning af alarmoperatøren i forbindelse med hjertestop i det offentlige rum.

Ifølge Dansk Hjertestopregister 2005 er der i Danmark årligt op mod 3.500 mennesker, der dør af hjertestop uden for hospitalerne, men kun 200 overlever. Den lave overlevelse skyldes bl.a., at der kun ved 27 % af de 3.500 hjertestop på landsplan er forsøgt førstehjælp, inden ambulancen er nået frem, og dette tal er i København helt nede på 16 % (www.kliniskedatabaser.dk). Til sammenligning yder nordmændene førstehjælp ved 50 % af hjertestop uden for hospital og ifølge professor Eldar Søreide, Stavanger Universitets Sygehus er det tal helt oppe på 60 % i Stavanger - området¹. På landsplan i Danmark overlever kun 6 % af de borgere, der er faldet om med et hjertestop, i Norge er chancen for overlevelse 20 % (www.nrr.org). Førstehjælp redder liv og alle kan lære gennem handling at hjælpe sine medmennesker. Jo hurtigere hjælpen sættes ind, når en person er faldet om med et hjertestop, jo større er chancerne for at overleve. For hvert minut, der går uden hjertelungeredning² (herefter kaldet HLR) falder chancerne for, at man overlever med 10

¹ Personlig reference

² Hjertelungeredning handler om at sikre personen med hjertestop – frie luftveje – ilt i kroppen – pumpefunktion af hjertet, så iltet kan transporteres rundt. Det gøres ved at trykke brystkassen ned 30 gange over hjertet, efterfulgt af 2 indblæsninger gennem munden (www.genoplivning.dk).

% . Danmark indførte i 2006, som det første tiltag på området, kørekortsbetingede førstehjælpskurser. I Norge har man siden starten af 50'erne (www.laerdal.com) valgt at have målrettede kurser og starter allerede med førstehjælpsundervisning i børnehaverne, samt integrerer det i læseplanerne i den norske grundskole (Thomas2007:6, denne artikel er vedlagt som bilag 1). Baggrunden for min interesse for området skyldes, at jeg altid har levet med forestillingen om, at vi som borgere har en moralsk forpligtigelse til at hjælpe hinanden, når vi er i nød. Ikke kun ud fra en egoistisk betragtning om, at en anden dag kan jeg selv eller en af mine nærmeste få brug for hjælp, men mere ud fra den betragtning, at vi er del af en social orden, som binder os sammen. Hele vores sundhedsvæsen er bygget op på tanken om lige adgang for alle. Når man som borger i Danmark ringer 112, bliver man ikke stillet til regnskab for økonomisk formåen, eventuelle forsikringer, politisk eller religiøst standpunkt.

1.1 Hjertestarterprojektet

Det danske samfund stiller de relevante ressourcer til rådighed, når der ringes 112, omvendt er der en forventning til borgerne om at handle og dermed betragte "førstehjælp som et fælles samfundsansvar" (Regeringen2002:26). Formidling om - og støtte til det at yde førstehjælp er ifølge regeringen en sundhedsfremmende indsats. "Sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme handler", ifølge historiker Signild Vallgård, "bl.a. om at få folk til at ændre adfærd" (Vallgård2003:117). Ønsket om at ændre folks adfærd på førstehjælpsområdet er for Region Hovedstaden udmøntet i projekt "Hurtig Hjælp med Hjertestarter³ ved pludselig uventet hjertestop". Projektperioden forløber 2007-2009, og formålet er "at sikre en hurtig og korrekt hjælp til borgere med pludselig uventet hjertestop og dermed bedre overlevelsen for personer, der falder om med hjertestop i det offentlige rum" (projektbeskrivelse er vedlagt som bilag 2). Tidligere måtte hjertestartere kun anvendes af ambulancepersonale, når ambulancen var fremme, men i dag er hjertestartere nemme og sikre at anvende også for lægmand. Et led i projektet er, at der skal opsættes hjertestartere på lokaliteter med hyppige hjertestop i det storkøbenhavnske offentlige rum, således at lægmand hurtigt kan medvirke til HLR ved hjertestop. Effekten af lægmands anvendelse af hjertestartere i det offentlige rum er dokumenteret, og de mest markante resultater er fra Chicagos lufthavn (Caffrey et al:1242-1247) og amerikanske kasinoer (Valenzuela et al:1206-1209), hvor der er en overlevelse

³ Ved at afgive et elektrisk stød kan hjertestarteren få et hjerte, som er holdt op med at pumpe blod rundt, til at pumpe normalt igen. Hjertestarteren er en transportabel, batteridrevet maskine, som skal betjenes manuelt. Den benævnes også en defibrillator. Hjertestarteren kan ikke fejlbetjenes og er let at bruge (www.hjertestarter.dk).

uden varige mèn ved mellem 60-74 % af hjertestop. Til sammenligning overlever kun 10 % af borgerne med hjertestop uden varige mèn i København (www.kliniskedatabaser.dk).

Region Hovedstaden, hvor jeg er ansat som specialkonsulent i Enhed for Akut Medicin og Sundhedsberedskab, har det overordnede ansvar for projektet (jf. BEK nr. 977 af 26/09/2006), imens Frederiksberg og Københavns Kommuner som projektpartnere har ansvaret for den borgerrettede sundhedsfremmende indsats. Alarmcentral 112 Storkøbenhavn er i denne sammenhæng det væsentlige koordinerende led, idet det er alarmoperatørens opgave ikke kun at vejlede lægmand i HLR, men også at anvise, hvor den nærmeste hjertestarter er placeret. Min rolle i hjertestarterprojektet er som medlem, både af styregruppen og projektets forskningsgruppe, at vurdere data og drøfte mulighederne ”for at skabe en sammenhængende løsning for borgere og samfundet” (bilag 2:3).

TrygFonden, som er hovedsponsor for projektet, gennemførte i 2004 via konsulentfirmaet Advice Analyse og Strategi en analyse af danskernes kendskab og holdning til førstehjælp (www.trygfonden.dk). Resultaterne er bemærkelsesværdige, idet 96 % af den voksne danske befolkning synes, at vi har pligt til at hjælpe andre mennesker i nød og mere end hver femte har haft brug for at yde førstehjælp. Derfor er det et paradoksalt fænomen at så få, som nævnt på side 5, yder førstehjælp, når så mange giver udtryk for, at vi bør gøre det.

Denne opgaves kontekst er hjertestarterprojektet, og mit bidrag til projektet er gennem denne opgave, at give indsigt i og forståelse for, hvilke rammer og betingelser, der skal være tilstede for at få borgerne i det storkøbenhavnske samfund til at ændre adfærd og yde HLR under vejledning af alarmcentralen i forbindelse med hjertestop.

1.2 Vejen til indsigt og forståelse

Min vej til indsigt og forståelse i den menneskelige adfærd i forbindelse med HLR går gennem antropologien, der som en fortolkende videnskab bl.a. kan bruges til at analysere det paradoksale fænomen det er at sige et og handle anderledes, som er, hvad vi ser på dette felt. En af antropologiens metoder er feltarbejdet, som et studie af kulturen i "de ferdigheter, oppfatninger og væremåter personer har tilegnet seg som medlemmer av samfunn" (Eriksen2001:24).

Antropologiens objekt er dermed de menneskelige sociale relationer, handlemønstre og forestillinger. Redskabet er antropologen selv, der ved indsamling af kvalitative data gennem samtale og observation får en indsigt i kulturen, som et kvantitativt studie gennemført fx ved en spørgeskemaundersøgelse ikke på tilsvarende måde kan få.

I mit feltarbejde vil det være en svær opgave at få kontakt til borgerne i samfundet og bruge dem som informanter i det eksakte øjeblik, de bevæger sig rundt i det offentlige rum, hvor et potentielt hjertestop bogstaveligt talt kan være lige om hjørnet. Derfor har jeg valgt, at 'mit samfund', hvor jeg indsamler empirisk materiale om udførsel af HLR under vejledning, bliver på Alarmcentral 112 Storkøbenhavn, som også er partner i hjertestarter-projektet, og på Akut Medicinsk Koordinationssentral i Stavanger, Norge, da det er disse steder borgerne ringer hen, når de observerer en person, der falder om i det offentlige rum.

1.3 Det kulturelle rum

Forudsætningen for at overleve et hjertestop er, at der sker en hurtig og korrekt erkendelse af hjertestoppet, det fordrer en meningsfuld dialog mellem borgeren og alarmoperatøren, hvor borgeren i denne sammenhæng er at betragte som lægmand⁴ og alarmoperatøren som den professionelle⁵. For analytisk at kunne forstå, hvordan telefonisk vejledning i HLR kan lykkes, antager jeg, at både den professionelle og lægmand for en stund træder ind i et fælles kulturelt rum, som en betingelse for handling. Alarmoperatøren har som den professionelle hovedansvaret for, at vejledningen i HLR kan lykkes og skal derfor få skabt en lydhørhed, så de relevante spørgsmål kan blive stillet. Lægmand lytter dog ikke kun til de faktuelle spørgsmål, men lytter derimod med hele sin erfaring og identitet. Den professionelle skal derfor kunne håndtere et alarmopkald, som hver gang er unikt, præget af kompleksitet, usikkerhed, tidspres og evt. værdikonflikter. Etnografisk kan dette kulturelle rum iagttages som et objekt, så denne opgave er et studie af de sociale processer og meningsudvekslinger, der etableres, når der vejledes i HLR, og mit analytiske udgangspunkt vil være mødet mellem menneskers forskellige relationer og hverdagsliv.

⁴ Lægmand er en person, der i denne sammenhæng ikke er uddannet eller sagkyndig i hjertestopbehandling <http://da.wikipedia.org/wiki/Hjertestop>

⁵ Professionel er en person, der er uddannet og sagkyndig, samt tjener sine penge på professionen, som i denne sammenhæng er vejledning i HLR i forbindelse med hjertestop <http://da.wikipedia.org/wiki/Professionel>

1.4 Opgavens opbygning

Efter at have introduceret læseren til opgavens formål, kontekst og analytiske objekt, vil jeg gennemgå opgavens opbygning.

Kap. 2 starter med en introduktion til felten begyndende med mit danske udgangspunkt

Alarmcentral 112 Storkøbenhavn. For at give læseren en forståelse af den komplekse situation et alarmopkald kan være, har jeg valgt at introducere en for opgaven gennemgående case. Herefter følger en beskrivelse af Akut Medicinsk Koordinationssentral i Stavanger.

Læseren introduceres dernæst til opgavens teoretiske perspektiv, hvor Foucault`s analytiske begreb governmentality bruges til at analysere relationen mellem stat (her alarmoperatør) og borger (her lægmand). Denne analyse bidrager til indsigt i, hvilke styringsteknologier og praksisregimer, der kan sikre den meningsfulde dialog, indtrædelse i det kulturelle rum og dermed handling. Et modsætningsforhold til styring er borgernes hverdagsliv. Schutz tillægger hverdagslivets sociale relationer og aktiviteter værdi som grundlag for både det civile samfund og de samfundsskabte institutioner. Førstehjælp set i dette hverdagslivsperspektiv kan dermed give en forståelse for, hvorfor man handler og enten yder eller ikke yder førstehjælp.

Kap. 3 omhandler rammer og vilkår for mit feltarbejde, design og metode.

Kap. 4 analyserer alarmoperatøren og lægmands relation med fokus på vejledning i HLR. Dette perspektiv åbner op for analyser af magtstrukturer, adfærdsreguleringer og positioner, idet alle relationer indeholder disse elementer.

Kap. 5 beskriver det kulturelle rum som et arbejdsfællesskab og analyserer betydningen af solidaritet og tillid i arbejdsfællesskabet. Kapitlet afsluttes med en overordnet beskrivelse af de udstukne rammer og betingelser, som en forudsætning for etablering af arbejdsfællesskabet.

Kap. 6 tager udgangspunkt i det menneskelige som socialt og samfundsskabt. I et hverdagslivsperspektiv fokuseres der på førstehjælp og på det paradoksale fænomen, det er at sige et og handle anderledes.

Kap. 7 opsamler, konkluderer og perspektiverer opgavens analyser.

2. Introduktion til feltet

Dette kapitel vil introducere læseren til feltet, samt redegøre for opgavens teoretiske perspektiv. Igennem hele opgaven vil alle citater fra mine informanter i felten være på dansk og markeret med kursiv.

2.1 Indgang til feltet

Min interesse for feltet skyldes, at jeg gennem 25 år har arbejdet med det akut medicinske område og har derigennem haft forskellige tilgange til håndtering af sundhedsfremme i forbindelse med førstehjælp og især HLR ved hjertestop. Hjertestarterprojektet, som blev introduceret på side 6, har sin geografiske udstrækning i Københavns og Frederiksberg Kommuner, samt i det tidligere Københavns Amt. Hver gang der foretages et 112-opkald fra dette område går opkaldet til Alarmcentral 112 Storkøbenhavn, derfor valgte jeg feltarbejde på denne helt specifikke alarmcentral på grund af den tætte tilknytning til hjertestarterprojektet, frem for at vælge den af regionens alarmcentraler, som betjenes af politiet.

2.2 Alarmcentral 112 Storkøbenhavn

Alarmcentral 112 Storkøbenhavn (herefter kaldet AC) ligger centralt placeret i København bag Rådhuset, som en integreret del af Københavns Brandvæsen. Det er ingen nem sag at komme derind. Det meste af døgnet er stedet forskanset bag en stor gitterlåge, som kun forceres ved kendskab til en kode. I dagarbejdstiden er lågen åben, og man kan frit gå ind i gården, som er fyldt op med køretøjer af beredskabsmæssig karakter. Døren til indgangen til AC er låst, og der ude i regnen i starten af februar 2008 stod jeg med sommerfugle i maven og trykkede på ringklokken. AC består af et meget stort rum, hvor der er 12 borde opstillet i firkanter og halvcirkler. De 5 af bordene tilhører 112-opkald, det der kaldes AC. En arbejdsplads består af et skrivebord med flere opstillede fladskærme og telefoner. De resterende borde er arbejdspladser, hvorfra ambulancerne disponeres, det vil sige styres fra det, der kaldes vagtcentralen. Jeg bliver godt modtaget, får tilbudt the og morgenbrød og introduceres til frugtordningen.

Den første morgen går jeg rundt og hilser på alle og giver hånd. Jeg ved fra tidligere samarbejde med stedet, at håndsækning betragtes ikke kun som en høflighedsgestus, men også som en del af adfærden i det sociale fællesskab. Jeg bemærker i løbet af dagene, at hver gang en ny gæst kommer på besøg, udspiller ritualet med håndsækning sig. Det vil være utænkeligt at komme ind af døren

og bare sige hej. Hver dag har sit nye vagthold med hver deres leder, som er tydelig markeret med tre stjerner på skulderen af uniformen, som er den beklædningsgenstand, de fleste på AC bærer. I løbet af den første dag kommer også chefen for AC forbi min arbejdsplads og hilser på. Jeg er glad for hans opmærksomhed og tilkendegivelse af, at jeg er velkommen.

2.2.1 Alarmopkaldene og casen

Alarmopkaldet fra borgere lyder som en vanlig høj telefonringetone og fra alle de 5 alarmpladser er det muligt at besvare 112-opkaldet. Jeg skal ikke tage telefonerne, min opgave på stedet er at observere og aflytte alarmopkald, så der sidder jeg med 'ørebofferne' på. Jeg lærer hurtigt at aflæse telefontavlen, som angiver hvilken aktivitet, der er i gang. Når IN USE blinker, må jeg 'trykke mig på' og lytte med på samtalerne, som kan lyde som nedenstående udsnit af et 3 min. langt alarmopkald, som jeg efterfølgende har transskriberet og anonymiseret efter det bånd, som alle alarmopkald bliver optaget på. Denne case vil blive opgavens gennemgående, og dette alarmopkald til AC er udvalgt, fordi det med al tydelighed viser den professionelle alarmoperatørs evne til at skabe lydhørhed, erkende et hjertestop, få lægmand til at handle og yde HLR i en meget kompleks situation. Casen er dog ikke en illustration af et alarmopkald, hvor der systematisk er udspurgt og vejledt i HLR efter guidelines, som der senere vil blive introduceret i opgaven. Alarmopkaldet er fra en formodet gruppe stofmisbrugere i en københavnsk baggård, hvor en af misbrugerne har taget en overdosis og fået hjertestop. Hans kammerater foretager et alarmopkald til AC og her kommer de første 30 sekunder af opkaldet.

AC = Alarmcentralen og IR = indringer, som borgerne kaldes i daglig tale på AC.

AC	Det er Alarmcentralen
IR	Ja, hallo - vi har en overdosis ved Dronningensgade.
AC	Hvad - er han bevidstløs?
IR	Han er helt blå i hovedet nu. Ja, det er tæt på det her.
AC	Dronningensgade nr.?
IR	Det er inde i gården, den der.
AC	Ja, men nr. hvad.
Der råbes bagud, hvad nr. er det? Intern diskussion mellem de to personer, der er til stede i baggården.	
IR	Det er den sidste opgang lige ved apoteket.
AC	Ja, men hvad nr. spørger jeg om?
IR	Vi kommer ned, vi kommer ned.
AC	Jamen, jeg skal have et nr. på Dronningensgade.
IR	Det er nr. 30
AC	Nr. 30?
IR	Inde i gården.
AC	Inde i gården?
IR	Ja.
AC	Ved I, hvordan man giver kunstigt åndedræt? Trækker han vejret, må jeg hellere spørge om?
Fortsættes	

AC summer af energi, telefonerne kimer konstant op til 14 på en gang, lydniveauet er højt også selvom der appelleres med opslag til at tale stille. Fjernsynet kører konstant på TV2 News, dog uden lyd, men man kan se, at opmærksomheden ofte glider over skærmen i pauserne mellem 112-opkaldene. Humøret på min første dag i felten er højt, det danske herrelandshold vandt EM guld i Norge dagen før og om eftermiddagen skal holdet på Rådhuset, så *"de er nok i fuld gang med at bage pandekager"*. Dagens friske tone kan også aflæses, da der bestilles frokost til afhentning ude i byen *"giver I rabat, fordi vi vandt i går?"*. Midt i denne summen og energiudladning foregår også mine interviews. Jeg har overvejet at spørge informanterne, om jeg må bruge deres frokostpause, så vi kan sidde mere uforstyrret. Men da jeg spørger min første informant, om vi skal gå ud i køkkenet, siger han med høj og klar stemme *"jeg har intet at skjule for de andre, så lad os sidde her ved arbejdspladsen"*. Med tanke på den høje aktivitet, der i forvejen udspiller sig i rummet, finder jeg det pludselig også meget naturligt (en samtale fra eller til) at interviewe ved arbejdspladserne, og jeg fornemmer straks en lettelse i gruppen over min accept af forslaget. Denne etnografiske selvdisciplinering kalder antropolog Katrine Nørgaard for dannelsesarbejdet, som er "et strategisk og produktivt magtaspekt i den etnografiske praksis, som fastholder et perspektivisk syn på viden og sandhed" og som er "den formative proces, i hvilken etnografen vinder adgang til en specifik

subjektposition i det sociale rum"(Nørgaard2003:386). Ved at jeg regulerer min adfærd i forhold til omgivelserne, viser jeg respekt for det sociale fællesskab og dermed korpsånden.

AC modtager pr. døgn 1.400 alarmopkald og befolkningsgrundlaget i AC's område er 1,2 mio. mennesker (www.112.dk). For alarmcentralerne i Danmark er det lovgivningsmæssige grundlag udstukket fra Justitsministeriet og her i landet har vi kun et indgående alarmnummer, som er 112. Det er bl.a. AC's funktion at skelne mellem opgaver, der er relateret til politi, brand eller ambulancer, hvilket er en af forklaringerne på det høje aktivitetsniveau. 80 % af alarmopkaldene vedrører dog det sundhedsfaglige område og dermed ambulancetjenesten.

2.3 Akut Medicinsk Koordinationssentral

Anden del af mit feltarbejde foregik på Akut Medicinsk Koordinationssentral (herefter kaldet AMK) som er en del af Stavanger Universitets Sygehus. Valget af feltarbejde på AMK i Stavanger skyldes først og fremmest min nemme adgang til felten på grund af gode kontakter, dernæst er netop denne AMK kendt for at være førende på det felt, som jeg ønsker at belyse, nemlig faciliteringen af førstehjælp og HLR.

Da jeg skal starte mit feltarbejde om mandagen, har jeg valgt at tage weekenden i Stavanger, som tager sig ud fra sin bedste side. Solen skinner, det er frost og gaderne er dækket af et tyndt lag sne. Byen, som ligger ved vandet, har stejle gader og er omkranset af fjelde, dybe fjorde og et tilhørende meget stort opland. AMK ligger på 6. sal i en bygning, hvor man skal have adgangskode for at komme ind. Jeg ser, at der er et overvågningskamera og tænker, at der må være en klokke et sted, men inden jeg når at finde den, kommer der andre ansatte til bygningen, som jeg smutter ind med. Jeg bliver vel modtaget af alt personalet, og som jeg har lært på AC, går jeg rundt og giver hånd, men jeg er lige ved at tro, at jeg kunne have klaret mig med et hej i døren.

Det viser sig hurtigt, at AMK er organiseret helt anderledes end pendanten AC i Danmark. I Norge er der modsat Danmark 3 alarmnumre, så på AMK modtager man kun 113 opkald, der som udgangspunkt er "helsefokuseret". Stortinget har tidligere besluttet at borgerne skal have direkte adgang til fagkundskab - brand, politi og sundhed - hvilket er forklaringen på 3 numre.

Nordmændene har ingen problemer med at huske de 3 adskilte numre og i de dage, jeg var på AMK, oplevede jeg kun en gang en person ringe forkert, AMK kan umiddelbart viderestille telefonsamtalen til politi og brand og vice versa. AMK er en integreret del af sundhedsvæsenet og hører under Helse og Socialdepartementet. Denne integrering begrundes i, at det giver tryghed for borgerne, samt en rationel ressourcestyring.

AMK Stavanger dækker en befolkning på godt 310.000 og har i snit 113,5 opringninger i løbet af et døgn. Lokalet, som AMK befinder sig i, er da også kun halvt så stort som i København. Der er 4 arbejdspladser, placeret i en firkant, så der er øjenkontakt mellem alle de fire, der er på arbejde. Arbejdspladserne er i princippet udstyret som i København, to arbejdspladser tager 113 opkald (det vi kalder AC i Danmark), andre to er med på gehør og disponerer ambulancerne (det vi kalder for vagtcentralen i Danmark). Jeg bliver også på AMK udstyret med medhørsanlæg, med andre tekniske spidsfindigheder end 'ørebofferne' på AC. Der er en overraskende ro i lokalet, der bliver talt med lave stemmer, og telefonerne ringer i beskedent omfang.

AMK Stavanger dækker store geografiske afstande lige fra små isolerede øer, megen skærgård til turisthytter med nødtelefoner på fjeldet. I løbet af dagene får jeg mange 'danskerhistorier'. Vi gør tilsyneladende Norge usikkert med vores færden i fjeldet, på søen og i nattelivet.

2.4 Den deskriptive komparation

Jeg vil gerne dele min nysgerrighed med mine læsere på hvilke forskelle i felten, der er tydeligst, og min opmærksomhed bliver hurtigt rettet mod nedenstående eksempler, som jeg er helt klar over er et øjebliksbillede, der afspejler netop de fire dage, hvor jeg opholder mig hvert sted. Omvendt har jeg ikke grund til at tro, at tingene forholder sig anderledes på andre dage, så jeg betragter det oplevede som en indlejret praksis.

	AC = Alarmcentralen 112 Storkøbenhavn i Danmark	AMK = Akut Medicinsk Koordinationscentral i Stavanger, Norge
Det lovgivningsmæssige grundlag	Justitsministeriet	Helse og Socialdepartementet
Telefonnummer	112 til politi, brand og sundhed	113 til sundhed
Personer der lytter og taler med på samme indgående linje	En = Alarmoperatøren	To = Sygeplejersken og ambulancekoordinatoren
Døde opkald = Opkald fra mobiltelefoner i en lomme.	10 stk. i en vilkårlig ½ times måling	0 i en vilkårlig ½ times måling
Chikane = Børn der 'driller'	1 i en vilkårlig ½ times måling	0 i en vilkårlig ½ times måling
Alarmoperatørens udspørgeteknik	Vilkårlig uden spørgeguide	Systematisk efter spørgeguide
Tiden en samtale varer	Indringer følges ikke som en standard til dørs, så telefonisk kontakt bevares ikke som udgangspunkt, indtil en ambulance er på stedet.	Indringer følges som standard til dørs, så telefonisk kontakt bevares, indtil en ambulance er på stedet.
Uddannelsesniveauer	112, Alarmoperatører fortrinsvis med baggrund i ambulancetjenesten	113, Sygeplejersker med akut medicinsk specialuddannelse
Fagligt fokus	Brand, politi, sundhed	Sundhed
Alarmdækning	Storby (hovedstad)	Provinsby
Beklædning	Uniform	Civil
Lægmand/borgeren	Ingen obligatoriske førstehjælpskurser	Obligatoriske førstehjælpskurser siden barndommen

De mange døde opkald og chikane er en stor belastning på AC, som en af mine danske informanter sagde: *"Så snart man tager et opkald, skal man være 100 % tilstede, måske folk skal have hjælp, men de mange fejl-opkald giver manglende koncentration."*

Efter denne iagttagende og beskrivende gennemgang af feltet vil jeg nu redegøre for opgavens teoretiske grundlag.

2.5 Teoretisk perspektiv

Den norske socialantropolog Thomas Hylland Eriksen siger, at ”det er fællesskabet i samfundet, som skaber folk af mennesker” (Eriksen2001:52). Selv om vi som mennesker er født sociale, er vores menneskelighed ikke medfødt, den må læres. Antropologien anskuer det menneskelige som socialt og samfundsskabt og dermed ikke som individuelt og naturligt (ibid). Al vores opførsel har en social udformning, hvordan vi klæder os, hvordan vi kommunikerer og hvordan vi spiser. Ligeledes er vores adfærd i forhold til det at yde førstehjælp til dels skabt af det samfund, vi lever i. For at blive et fuldt ud kompetent medlem af samfundet, hvor man følger de regler og normer, som dette samfund tilsiger, skal man igennem en socialiseringsproces. I langt de fleste samfund vil hovedansvaret for en sådan proces foregå inden for familiens rammer, men i et kompleks samfund som vores, er ansvaret fordelt imellem forskellige institutioner som foruden familien fx tæller arbejdet, skolen, fritidsklubber, idræt og medier. Målet for socialiseringen i samfundet er at sørge for, at borgeren internaliserer de værdier, normer og væremåder, som gælder i vores samfund. Når en norm er internaliseret, er den gjort til noget indre og et træk, som vi handler på uden yderligere refleksion. De faktuelle data som beskrevet i indledningen viser, at førstehjælp ikke er internaliseret i Danmark og at der er et paradoks mellem ord og handling i befolkningen. Antropologien kan som fortolkende videnskab blandt andet analysere det paradoks, det er at sige et og handle anderledes, og dermed hjælpe os til at forstå, hvad der er på spil i styringen af borgerne i samfundet til at ville førstehjælpen som en del af hverdagslivet. I det følgende introduceres opgavens teoretiske begreber, som et bud på at forstå disse forhold.

2.5.1 Governmentality – at analysere den moderne magts former

I hjertestarterprojektet er der fokus på at få borgerne til at yde HLR og anvende en hjertestarter. Alarmoperatøren på AC er tildelt rollen som den, der skal vejlede og give viden til lægmand, samt anviser, hvor nærmeste hjertestarter befinder sig. Hermed tildeles han en position i relationen stat - borger som den, der både har viden og magten til at udmønte hjælpen. Spørgsmålet er, hvordan han skal kunne løse opgaven, når vi på forhånd ved, at så få borgere reelt yder førstehjælp. For at forstå hvilke rammer og betingelser, der skal være tilstede, for at alarmoperatøren kan få lægmand til at handle, har jeg valgt at anvende sociologens Michel Foucault's governmentalityanalyse. Governmentality betegner den måde, som vi reflekterer over styring af andre og os selv på inden for en bred vifte af kontekster, og analysen kan derfor bruges til at udfolde, hvordan viden og magt forbindes på bestemte måder på AC og AMK og med bestemte konsekvenser til følge for lægmand.

Analysen tager udgangspunkt i at undersøge de tekniske redskaber og praksisser samt institutioner, der ønsker at forme borgernes handlinger. At udfolde min empiri i en governmentalityanalyse vil derfor kunne give indsigt i de anvendte styringsteknologier på AC og AMK, som er ”de forskellige og heterogene midler, mekanismer og instrumenter, styring udøves med[...]” (Dean2006:340). Samt de praksisregimer, som ”betegner de relativt systematiserede måder at organisere bl.a. sygepleje, omsorg, afstraffelse, rådgivning og uddannelse på” (Dean2006:338), der anvendes henholdsvis på AC og AMK. Det er inden for disse rammer, at opgavens empiri i forhold til styring vil blive analyseret.

2.5.2 Governmentality som en kollektiv aktivitet

”Hvordan kan vi analysere relationen mellem stat (her alarmoperatør) og borger (her lægmand) i en situation, hvor problemet om styring og forpligtelse kontra autonomi og frihed er sat på spidsen”? (Dean2006:10). Dette spørgsmål bliver stillet af en anerkendt Foucault - fortolker, den britiske sociolog Mitchell Dean, idet:

”Borgere skal myndiggøres ved, at man indgår kontrakter med dem, individer skal stimuleres til at blive entreprenører og udviklingsagenter i eget liv og klienter skal gøres selvstyrende gennem empowermentprogrammer. Men samtidig må det sikres, at der er ’faste’, men ’fair’ konsekvenser i de tilfælde, hvor individet forbryder sig mod normerne for myndig og selvansvarlig livsførelse. Denne spænding er til stede over alt, hvor staten møder borgeren, og den afstedkommer en evig teknisk kreativitet for at finde nye styringsredskaber, som kan sikre dannelsen af kompetente og selvansvarlige borgere. En dannelse, som helst skal finde sted ved, at borgeren danner sig selv, ved at han bliver indre styret” (ibid).

En governmentalityanalyse vil derfor vise vejen til indsigt i de magtstrukturer, adfærdsreguleringer og positioner, der er i relationen mellem alarmoperatør og lægmand. Governmentality handler også om, hvordan der tænkes styring ikke af individuelle borgere, men som en kollektiv aktivitet inden for de former for viden, tro og overbevisninger, som vi er indlejret i. I den forståelse dækker governmentality både styringen af andre og styringen af sig selv. Foucault forudsætter, at magt udøves over frie mennesker, det vil sige, at handlinger til at styre andre (dominanteknologi) rettes mod mulige handlinger, som de andre styrer sig selv med (selvteknologi). På den måde får den person, som magtudøvelsen retter sig mod både en undersåttrolle og en rolle som aktivt handlende med egen identitet. I governmentality står styring altså ikke i modsætning til frihed. Styring forudsætter frie individer, som samtidig er ansvarlige (Foucault2000:201-222). Inspireret af

Foucault, siger Vallgård, at myndighederne også udøver magt ved at søge at ændre folks ønsker og egenskaber, især når der tales om at motivere borgerne til at ville sundheden, er det en ambition om at forme borgernes mål. Ligeledes kan det være et sigte at fremme borgernes evne til at handle, hvilket der er tale om, når regeringen i sundhedsfremme-kampagner bruger begrebet empowerment eller taler om at styrke borgernes handlekompetence (Vallgård2003:117+127). Der er sjældent tale om at styrke folks handlekompetence i al almindelighed, men om at gøre det med et bestemt formål: at få borgerne til frit at vælge det rette, ønske det og tage ansvar, som for eksempel at lære og faktisk yde førstehjælp.

2.5.3 Ændring af adfærd i form af styring

At påvirke borgernes handlinger til ændret adfærd, at tage ansvar og få en norm internaliseret indebærer menneskelige relationer og i disse er der stort set altid ifølge Foucault tale om magtudøvelse (Foucault2000:326-348). At få andre til at gøre noget bestemt, som for eksempel at yde førstehjælp, handler om at styre dem i den givne retning til at kunne styre sig selv og dermed efterstræbe det samme mål, som den styrende. En anden måde at forstå, hvad der rummes i begrebet governmentality på, i forhold til denne dobbelte styring, illustrerer Foucault via en leg med ordet 'conduct'. Conduct betyder at føre, dirigere eller guide og kan indebære en eller anden form for kalkulation af, hvordan dette skal foregå. Den etiske eller moralske betydning af ordet fremkommer, når vi inddrager det refleksive verbum 'to conduct oneself' at 'opføre sig (ordentligt)', at 'føre sig'. I dette tilfælde drejer det sig om den selvledelse, som er passende i bestemte situationer for eksempel på arbejde i forhold til sine kollegaer og medmennesker. Eller den passende adfærd, som afspejles i holdningen til, at vi har pligt til at hjælpe andre mennesker i nød, som flertallet af den danske befolkning mener.

Ordet får en anden betydning som substantiv. Conduct henviser i dette tilfælde til vores adfærd, handlinger og optræden, med andre ord den artikulerede del af vores opførsel. Vores handlinger på førstehjælpsområdet er jf. tidligere paradoksale data, ikke i overensstemmelse med 'at opføre sig ordentligt'. Hvis borgerne skal vide, hvordan man 'fører sig', forudsætter det et vist sæt af standarder eller etisk/moralsk normsæt på førstehjælpsområdet, som den faktiske adfærd kan vurderes ud fra og som fungerer som en form for ideal, som borgeren bør stræbe efter. For at kunne regulere og kontrollere denne adfærd rationelt fordres aktører, som personalet på AC og AMK, der med deres normsæt i form af 'codes of conduct' sikrer, at adfærdsreguleringen af lægmand finder sted (ibid).

Dean definerer Foucault's begreb 'conduct of conduct' på følgende måde:

Styring kan være en hvilken som helst form for kalkuleret og rationel aktivitet. Den udføres af en mangfoldighed af autoriteter og organer, benytter sig af en mangfoldighed af teknikker og vidensformer og søger at forme vores adfærd ved at operere gennem vores ønsker, interesser og overbevisninger. Styring udøves med henblik på specifikke, men skiftende mål og har relativt uforudsigelige konsekvenser, effekter og resultater (Dean2006:44).

Begreberne 'conduct of conduct' og 'codes of conduct' er styringsteknologier og en analyse af min empiri ved hjælp af disse begreber vil derfor vise hvilken form for rationel aktivitet, der finder sted på AC og AMK, når alarmoperatøren skal vejlede lægmand i HLR.

Styring defineret som 'conduct of conduct' forudsætter, at de styrede besidder en grundlæggende frihed i kraft af deres kapacitet til at tænke og handle, det vil sige, at de styrede selv ved, hvilke mål de ønsker at stræbe efter. Over for en stræben efter det at lade sig styre til at yde HLR står hverdagslivet og set i den sammenhæng kan governmentality på førstehjælpsområdet komme til at stå i et modsætningsforhold til borgernes livsverden.

2.5.4 Hverdagsliv

For analytisk at kunne forstå, hvorfor nogle borgere yder førstehjælp og andre ikke gør, har jeg valgt et begrebsapparat, der analyserer borgernes levede liv i et hverdagslivsperspektiv. Dog er det ikke borgerne, jeg har haft adgang til i min empiri, men deres alarmopkald til AC og AMK, derfor ved jeg, at der er 'noget derude' i samfundet af betydning for borgernes måde at handle på.

Sociologen Alfred Schutz er en af de teoretikere, der med et eksplicit udgangspunkt i hverdagslivet analyserer dets strukturerede principper. Schutz tager i sin teori om hverdagslivet udgangspunkt i en common sense indstilling, som han beskriver som:

"Min omverden forekommer givet og naturlig. Den eksisterer her og nu, både for mig selv og andre, og den har en fortid og en fremtid. Den naturlige indstilling har rødder i et kulturelt og socialt frembragt lager af viden, som vi uden at lægge mærke til det trækker på, når vi genskaber hverdagslivets selvfølgeligheder" (Schutz2005:9).

Hverdagslivets viden kan opretholdes, siger Schutz, så længe visse grundantagelser gælder:

1. at livet vil være det samme, som det hele tiden har været
2. at vi kan stole på den viden, vi har fået overleveret
3. at det er nok med en viden om den mest almindelige type begivenheder, vi kan komme ud for og
4. at den sædvanlige viden deles af vore medmennesker.

For de fleste borgere gælder det, at når de skal yde førstehjælp, betræder de et andet end deres vante felt og er dermed fremmede i kulturen. Om det siger Schutz, at de fremmede ikke deler grundantagelserne og sætter dermed spørgsmålstegn ved næsten alt, hvad der forekommer naturligt og ubestrideligt. Hverdagslivets verden er nemlig struktureret af vaner, regler og principper og af de begivenheder, der regelmæssigt indtræffer i vores omverden. Det at skulle give HLR til et hjertestop er for lægmand ikke en regelmæssig begivenhed og derfor slår vores kulturelle og sociale lager af viden ikke til. ”Hverdagslivet er” i følge Schutz ”både subjektiv, idet vi alle er centrum i vores eget liv, og intersubjektiv, da vi også er en del af et socialt fællesskab” (Schutz2005:81).

2.5.5 Handlinger

I ’Hverdagslivets sociologi’ foreslår Schutz, at man ser på de meningsbærende erfaringer og praksisser hos den individuelle i en hverdagslivskontekst, når man skal give et bud på, hvorfor mennesker handler som de gør. Schutz døde i 1957 og er af eftertiden bl.a. Bourdieu, blevet kritiseret for ”at betragte samfundet som en samling individuelle aktiviteter og relationer, der ikke kan forklare de sociale institutioners vedvarende karakter og heller ikke forandringerne i disse” (Bech-Jørgensen2005:19).

Bourdieu siger videre om hverdagslivets verden, at det er en

”glimrende analyse på det deskriptive plan, men vi er nødt til at gå bag om det deskriptive og finde frem til de forhold, der muliggør den ureflekterede tro på, verden eksisterer, og at vi kan tage den for givet[...] og den ureflekterede tro, altså den naturlige indstilling, kun er en blandt flere mulige relationer til verden” (ibid).

Bourdieu går selv bagom det deskriptive med sit begreb habitus, der analyserer forbindelsen mellem agenternes positioner i det sociale rum og deres positioneringer, samt relationer mellem sociale strukturer og mentale strukturer (Järvinen2004:350). For ikke at skille handlinger fra hverdagslivets verden i en common sense indstilling, har jeg valgt udelukkende at bruge Schutz i mine analyser, velvidende at det både har sine begrænsninger og formodentligt også ville have givet et andet perspektiv hvis Bourdieus habitusbegreb var anvendt.

Hverdagslivets verden, siger Schutz, har eksisteret længe før vi blev født, hvor den blev erfaret og fortolket af vore forfædre. Nu er den genstand for vores erfaring og fortolkning. Enhver fortolkning af denne verden hviler på et lager af tidligere erfaringer, vore egne erfaringer og dem, vi har fået overleveret fra blandt andet forældre og lærer. Disse erfaringer fungerer som referenceramme for vores handlinger. Videre siger Schutz:

”Hverdagslivets verden er både scenen og genstanden for vore handlinger og interaktioner. Vi må beherske den, og vi må forandre den for at kunne realisere de mål, som vi omgivet af vore medmennesker, stræber mod i denne verden” (Schutz2005:81).

Mennesket befinder sig i sit hverdagsliv altid i en biografisk betinget situation, det vil sige, at den enkelte indtager en bestemt position i tid, rum og socialt system. Dette gælder også for relationen mellem alarmoperatør og lægmand, hvor hver situation i form af et alarmopkald er betinget af sin egen historie. Når man deler et fællesskab i tid, tager man del i den andens liv, og begge deler hinandens forventninger til fremtiden. ”Når vi deler tid og rum, er vi” siger Schutz ”engageret i hinandens biografi. Vi bliver ældre sammen” (ibid:14). Den tid, alarmoperatøren og lægmand deler sammen, er kort, men betydningsfuld. Hvis det skal give mening at genoplive en person med hjertestop, skal der handles hurtigt. Men afhængig af den hverdagslivsverden hvert enkelt menneske er centrum i, kræves imidlertid forskellige måder at beherske den på og forskellige mål at realisere. Derfor må vi for at forstå, hvorfor nogle mennesker handler og yder førstehjælp og andre ikke gør, se på de relationer og forklaringsmodeller, der indgår i hverdagslivet.

2.6 Sammenfatning

Feltet er blevet beskrevet og en første deskriptiv komparation mellem AC og AMK er introduceret. Den analytiske vej i opgaven går gennem Foucault´s begreb governmentality, som analyserer den magtudøvelse, der er på spil i relationen mellem stat (her alarmoperatør) og borger (her lægmand). Governmentalityanalysen kan føre til indsigt i hvilke styringsteknologier og praksisregimer der kan sikre den meningsfulde dialog og indtrædelse i det kulturelle rum. For at forstå hvorfor nogle mennesker handler og yder førstehjælp og andre ikke gør, må vi se på de relationer og forklaringsmodeller, der indgår i hverdagslivet. I et hverdagslivsanalytisk perspektiv fokuserer Schutz på adfærd og vaner udfra deres betingethed. At analysere relationen mellem alarmoperatør og lægmand i dette perspektiv vil give forståelse for, hvorfor det at handle enten lykkes eller ikke lykkes.

3. Metode og data

"Den antropologiske opmærksomhed retter sig mod det almindelige liv - det i egentlig forstand *nærliggende* for mennesker i de mangfoldige sammenhænge de indgår i" (Hastrup2003:399). I denne proces tages skridtet fra den etnografiske detaljerighed til den generelle videnskabelige indsigt. "For at dette skridt kan tages, må man give sin opmærksomhed en særlig *retning* ind i den verden, dvs. det konkrete fællesskab, der studeres" (ibid). I det følgende vil jeg derfor gøre rede for, hvilken retning mit feltarbejde tog, hvilke valg jeg traf, de vilkår jeg havde for at indsamle data i Danmark og Norge, de informanter jeg var i kontakt med og min egen position.

3.1 Design

Danmark og Norge er to lande, som historisk har været tæt forbundne og som stadig på mange punkter er sammenlignelige. Mit udgangspunkt er at belyse det danske felt, men med en opmærksomhed på, hvad der i den norske kultur og samfunds organisering gør, at det at yde førstehjælp tilsyneladende er internaliseret hos nordmændene. Antropologien har gennem tiderne sammenlignet aspekter i forskellige lande og Hylland – Eriksen beskriver derfor faget således: "Socialantropologien er det sammenlignende studiet av sociale prosesser, deres meningsinnhold og deres implikasjoner[...] (Eriksen2001:25).

Min primære tilgang til design af opgaven er bygget på komparation. Vallgård fremhæver, "at ingen erkendelse kan foregå uden via sammenligning, og at al forskning er komparativ" (Vallgård2007:199). Vallgård argumenterer, at sammenligninger kan være med til at skabe afstand til det kendte. De kan så at sige give det et nyt ståsted at betragte fra og at sammenligninger gør kendte forhold og tilsyneladende oplagte forklaringer mindre selvfølgelige. Sammenligninger kan ligeledes tjene deskriptive eller analytiske formål, og de kan give rigere beskrivelser på det fænomen man undersøger, samt bidrage med forklaringer på bestemte forhold og give anledning til nye hypoteser.

3.2 Adgang til felten

Mit første møde med felten i Danmark som feltarbejder fandt sted knapt 2 år før det egentlige feltarbejde skulle finde sted. Jeg ville gerne besøge AC for bl.a. at kunne genere en interviewguide.

Jeg blev afvist med begrundelse i, at der var nogle nært forestående omstruktureringer⁶ og at jeg ved min tilstedeværelse kunne gøre personalet utrygge, men at jeg var velkommen til at vende tilbage på et senere tidspunkt. I foråret 2007 fik jeg af chefen på AC positivt tilsagn om feltarbejde, men da jeg hen under efteråret i forbindelse med et møde i hjertestarterprojektet, spurgte ham om, hvornår jeg skulle møde, havde piben fået en anden lyd, nu var svaret, "*jeg vil fandme ikke have sådan en spion fra Region Hovedstaden inden for døren.*" Jeg så nu hele min opgave falde sammen og jeg måtte som antropolog Katrine Nørgaard beskriver det anlægge "en strategisk intervention, for så vidt som jeg begav mig ind i en felt, som det krævede mere end almindelig taktisk fornemmelse at erobre" (Nørgaard2003:387). Hvordan fik jeg overbevist chefen om, at jeg godt kunne adskille min position som specialkonsulent i regionen med positionen som antropolog med et forskningsprojekt, idet

"antropologen indtager altid sociale roller i en lokal kontekst. Disse roller har betydning for, hvordan hun opfattes i en lokal sammenhæng, hvem der kan blive hendes naturlige samtalepartnere og dermed for, hvilke data hun får adgang til" (Hasse1995:54).

Måske troede chefen for AC virkelig, at jeg arbejdede under dække for regionen? Åbningen kom en måned før jeg skulle påbegynde feltarbejdet. Jeg mødte personligt op på chefens kontor og imens han åbnede døren og inden, at jeg fik sagt noget overhovedet, sagde han: "*det er i orden med det der, og vi kan senere aftale, hvornår du skal møde.*" Jeg tog for givet at 'det der' var feltarbejdet og jeg var lettet over at kunne komme videre med min opgave. Efterfølgende forstod jeg, at chefens bekymringer ved min tilstedeværelse på AC bundede i usikkerhed for fremtiden, idet regionsdannelsen i 2007 allerede har og stadig vil medføre forandringer på AC. Det er dog mit håb, at denne opgave vil være et positivt bidrag til denne proces. At skulle bruge så megen energi på at komme i felten gjorde mig vældig ydmyg i forhold til begge mine positioner, og jeg var på feltarbejdet især meget bevidst om at nedtone rollen som specialkonsulent fra regionen. Det skulle senere vise sig at være en meget svær øvelse at holde fast i.

Til AMK sendte jeg en ansøgning i form af en mail 5 måneder før feltarbejdes start og den umiddelbare respons var, "*tænk at du vil rejse helt herop og lære noget af os, du skal være velkommen.*" I forhold til nordmændene var der ikke til start problemer med fastholdelse af min position som specialeskrivende i sundhedsantropologi, men da de senere erfarede, at jeg også havde

⁶ Som en følge af strukturreformen var der overvejelser om, at politiet skulle overtage Alarmcentral 112 Storkøbenhavn fra Københavns Brandvæsen.

en baggrund som anæstesisygeplejerske gled jeg fra at være novice på deres felt, til en man gerne ville drøfte cases med.

3.3 Metode

Jeg havde 2 uger til rådighed til mit feltarbejde, som jeg fordelte med fire dage på henholdsvis AC og på AMK. Dataindsamlingen foregik via deltagerobservation, interviews og gennemlytning af bånd. Et halvt år forinden feltarbejdet havde jeg på AC gennemlyttet 40 bandede 112- opkald, som alle omhandlede hjertestop og hvor indringer i højere eller mindre grad var tilskyndet til HLR.

Disse 40 bånd, hvoraf 2 blev transskriberet, dannede baggrund for min semistrukturerede interviewguide. Formålet med interviews var at indhente personalets beskrivelse af de særlige kendetegn ved jobbet, som de selv oplevede det. Via en fokuseret samtale sikrede jeg mig, at jeg kom rundt om de emner, jeg gerne ville, omvendt ønskede jeg heller ikke strukturen for stram, idet der skulle være mulighed for at forfølge de retninger, som personalet angav.

Med inddragelse af deltagerobservation som metode havde jeg mulighed for på egen krop at erfare, hvordan kulturen er og leves i felten, velvidende at mit ophold kun var et øjebliksbillede. Det betød, at når jeg lyttede på samtalerne, anskuede jeg disse, på trods af min korte tilstedeværelse i øjeblikket, som en daglig praksis indlejret i kulturen. Ligeledes tog jeg for givet, at den adfærd, der udspillede sig for mine øjne og ører, var vanlig praksis.

Jeg lavede 10 semistrukturerede interviews, 6 på AC og 4 på AMK. Interviewene foregik som tidligere nævnt ved arbejdspladserne på AC. På AMK var der mulighed for at trække sig ud i et personalerum. Jeg tog noter undervejs frem for at optage samtalen, praktisk havde anvendelse af båndoptager ved arbejdspladserne på AC ej heller været mulig. Da jeg ikke i denne opgaves sammenhæng er interesseret i en semantisk analyse af samtalerne, var der derfor ikke behov for et tekstnært interview, i stedet ønskede jeg at analysere de betydningskonstruktioner der åbenbarede sig i empirien. Jeg er helt bevidst om begrænsningen i denne metode, idet

"all notes taken during actual interviews or field observations represent a condensed version of what actually occurred. It is not humanly possible to write down everything that goes on or everything that informant say. Condensed accounts often include phrases, single words, and unconnected sentences" (Spradley 1979:75).

I Danmark havde jeg 4 måneder inden feltarbejdet, i forbindelse med hjertestarterprojektet mulighed for at interviewe 2 borgere få dage efter, at de havde givet HLR til en person, der var faldet om i deres nærhed. Det var givtige samtaler, som gav mig stor indsigt i de tanker og følelser

der rører sig hos lægmand, og de dannede blandt andet baggrund for den tilgang, jeg havde til at lytte med på indgående alarmopkald.

3.3.1 Informanterne

Hver dag på AC havde sit faste vagthold, derfor valgte jeg at brede interviewene ud til at dække hvert af de 4 vagthold for at få en så troværdig kulturel repræsentation som muligt. Det viste sig hurtigt, at de strukturerede informationer ikke kun var relateret til mine interviews, men min tilstedeværelse i felten gjorde, at det hurtigt blev kutyme at fortælle mig om stort og småt, som informanterne fandt væsentligt. Informanterne på AC havde fra 1 til godt 30 års erfaring og stort set alle havde en eller anden form for forankring i ambulancetjenesten.

113- opkaldene på AMK blev betjent af sygeplejersker. De havde en delt ansættelsesbrøk, således at de arbejdede på AMK 30 % og på Akut Modtagelsen på Stavanger Universitets Sygehus 70 % af tiden. Denne arbejdsfordeling blev begrundet i *"at man ikke kan vejlede andre i fx hjerte-lunge-redning, hvis man ikke selv har sin sundhedsfaglige praksis intakt"*.

Mine informanter var alle gode i den forstand, at de samlet bidrog til at give mig et billede af kulturen.

3.3.2 Sprog og introduktion til Norsk Indeks

Dansk og norsk er sprogmæssigt så tæt beslægtede, at jeg på intet tidspunkt overvejede at bruge en tolk. Jeg fandt dog hurtigt ud af, at 'når man siger til' på dansk, så siger 'man fra' på norsk og når noget er 'rart' i Danmark, er det 'underligt eller specielt' i Norge. Jeg forstod ikke meget af den interne snak mellem personalet på AMK, men kommunikation foregår ikke kun ved hjælp af sproget. Kirsten Hastrup skriver om dette: "I praksis, og herunder i feltarbejdets praksis, viser livet sig også i sprækkerne mellem ordene" (Hastrup2003:213). Jeg brugte de 'stille stunder' uden alarmopkald på AMK til netop at opleve livet og kulturen gennem andre sprækker. De 'stille stunder' gav mig mulighed for observation og refleksion.

At forstå telefonsamtalerne voldte mig ikke de store problemer med mindre der var tale om en særlig dialekt. En af forklaringerne på dette kan være, at AMK anvender "Norsk indeks for medicinsk nødhjælp, som er et hjælpemiddel for kriteriebasert respons og rådgivning" (www.legeforeningen.no/index). Norsk Indeks fungerer som en systematisk spørge - og vejledningsguide, og den ligger tilgængeligt lige ved siden af telefonerne, så hver gang et alarmopkald indløb, slog sygeplejerskerne op på den relevante problemstilling. Denne systematiske

tilgang til dialogen giver kun indringer mulighed for at svare på helt konkrete og tydelige spørgsmål, og dermed bliver svarene også konkrete og tydelige. Jeg oplevede, at hver gang indringer forsøgte at 'træde udenfor' Norsk Indeks, holdt personalet 'fast i borgeren' ved hjælp af de stringente guidelines.

Jeg gennemlyttede 8 bandede samtaler på AMK med en af mine informanter, hvor der var vejledt i HLR. Jeg valgte ikke at transskribere nogle af disse, da det er en tidskrævende proces, og jeg ønskede at bruge min tid på deltagerobservation i stedet.

3.3.3 Positionering

Jeg havde ved min henvendelser til både AC og AMK helt bevidst undladt at skrive, at jeg har en fortid som anæstesisygeplejerske. Mit ønske var at træde ind i felten som specialeskrivende i sundhedsantropologi og da min biomedicinske praksis sidst har været anvendt for over 10 år siden, går jeg ydmygt til området. Men den gik ikke. Både på AC og AMK var der et stort ønske om at drøfte det faglige indhold i samtalerne med mig, så pludselig oplevede jeg mig i 'eget kulturelt felt', selvom det er noget rustent.

Kleinman skriver, at forskeren ved undersøgelser i eget kulturelle felt:

"usually needs to step outside of the cultural rules governing his beliefs and behaviors, including his own health care involvements. Otherwise he risk contamination ...

If he chooses to study his own culture, however, the researcher must systematically alienate himself from the inner model of the system within which he is an actor, a most difficult task" (Kleinman 1980:26).

Jeg oplevede, at jeg med min 'nyopdagede' biomedicinske position blev trukket ind og fastholdt i mit tidligere kulturelle felt, blandt andet spurgte en af informanterne på AC *"om jeg ikke lige så godt kunne svare 112- opkaldende, nu når jeg var der og samtidig var sygeplejerske"*, men jeg var meget bevidst om, at positionen som sygeplejerske ikke kunne betragtes som en relevant rolle i den aktuelle situation, så jeg afslog venligt men bestemt. Det var svært at fastholde distancen, men jeg fremmedgjorde mig i forhold til kulturen, idet jeg var til stede på en anden måde. Jeg mødte på andre tidspunkter end det øvrige personale, jeg gik rundt med min store sorte Kinabog og skrev feltnoter, jeg stillede spørgsmål til stedets praksis, jeg var ganske enkelt opmærksom på helt andre forhold end alarmoperatørerne. I dialogen med lægmand var alarmoperatørens fokus på at udrede den sundhedsfaglige problemstilling, imens mit fokus var på hvilke styringsteknologier, der blev anvendt og det hverdagsliv, der udfoldede sig i samtalerne.

En position af betydning på AC var også min status som specialkonsulent i regionen. Det udmøntede sig især hos enkelte meget analytiske informanter. *"Jeg synes, at organiseringen af AC bør være[...]det må I gøre noget ved i regionen"* eller *"når nu du kommer tilbage til Hillerød, kan du så ikke sige til[...]at[...]"* eller *"teknikken bør også være opdateret, er det Jer, der skal sørge for det?"* eller *"I kommer altid med så meget nyt, kunne vi ikke i stedet[...]"*. Men hvorfor talte enkelte informanter sådan til mig? Jeg fik tilsyneladende tildelt en magtposition som den, der kan allokere ressourcer, eller gøre sin indflydelse gældende på regionsgården, og når nu jeg var der i deres felt, blev lejligheden brugt til at tale ind i mit.

Jeg måtte give min rolle som masterstuderende opmærksomhed og ikke lade mig rive med af den daglige drift på AC. Antropolog Cathrine Hasse stiller spørgsmålet: "Er internaliseringen uafhængig af de øvrige personer i den lokale kontekst?" Er masterstuderende en social rolle, som specialkonsulenten og sygeplejersken kan tage på? Ja, siger Hasse:

"[...]sociale roller kan anskues som masker, vi kan vælge at tage af og på ud fra strategiske overvejelser, vores egen opfattelser af rollerne eller fordomme om, hvordan andre opfatter dem. Der antages, med andre ord, at være et selv bag masken, der vælger, vrager og vurderer de muligheder, de sociale roller giver. Også når det gælder om at hente epistemologiske data fra en anden virkelighed" (Hasse1995:55).

Det at jeg ikke var positioneret som specialkonsulent i relation til felten på AMK gjorde, at jeg efterfølgende betragtede dette feltarbejde som mere rent, da jeg i en Kleinmans kontekst ikke forurenedes kulturen.

3.3.4 Ethiske overvejelser

Alle informanter blev mundtligt informeret om min opgave, og de vidste, at jeg ville skrive alt ned og bruge det. De informanter, der blev interviewet, fik yderligere en 'livline', idet jeg orienterede dem om, at såfremt de havde fortrudt noget af det sagte, var de velkomne til efterfølgende at kontakte mig, ligesom at jeg gjorde det tydeligt for alle, at jeg ville fremstille det sagte i den rigtige form og sammenhæng. Min Kinabog, lå alle steder offentligt tilgængeligt, og jeg opfordrede til, at man kunne læse i den. Der var forståeligt nok en vis opmærksomhed på min tilstedeværelse, og det er muligt, at det kan have en betydning for den måde alarmopkaldende blev besvaret på. Omvendt blev jeg hurtigt glemt 'når det virkelig smældede i en skarp situation'.

Ingen informanter bliver nævnt med navns nævnelse i opgaven, men vil blive angivet som mine danske eller norske informanter eller 'bare' informanter, når der ikke er tvivl om, hvilket samfund og kultur vi befinder os i.

4. Relationer

Sundhedsfremme handler, som tidligere nævnt, om at få folk til at ændre adfærd. For at denne adfærdsændring kan ske, må den professionelle og lægmand, som i alle andre forhold, hvor individer mødes og skal gøre noget sammen, indgå i en relation og i disse er der stort set altid i følge Foucault tale om magtudøvelse. At analysere førstehjælp i et governmentalityperspektiv vil derfor åbne op for analyser af både magtstrukturer, adfærdsreguleringer og positioner, idet alle relationer indeholder disse elementer og indgår derfor også i relationen mellem alarmoperatøren og lægmand.

En analyse i dette perspektiv er derfor et bud på at forstå, hvordan styring kan udøves i relationen mellem alarmoperatøren og lægmand. Dette kapitel vil belyse de forskellige former for relationer, som jeg oplevede på mit feltarbejde. Empirien vil blive analyseret med begreberne 'conduct of conduct' og 'codes of conduct', der som styringsteknologier kan anvise hvilken rationel aktivitet, der finder sted i relationen mellem alarmoperatøren og lægmand, når der vejledes i HLR.

4.1 Casen

At få andre til at gøre noget bestemt, som fx at give HLR, handler om at styre dem (dominansteknologi) i den givne retning til at kunne styre sig selv (selvteknologi) og dermed efterstræbe det samme mål, som den styrende. I relationen mellem alarmoperatøren og lægmand får sidstnævnte både en undersåttrolle som den, der bliver styret og en rolle som aktivt handlende med egen identitet. En forudsætning for, at styring som 'conduct of conduct' kan lykkes er, at den lægmand, der indgår i relationen, er i stand til at tænke og handle. Opgavens case er tænkt som en illustration af styringsbegreberne 'conduct of conduct' og 'codes of conduct' i en særdeles kompleks situation, og casen er derfor ikke en anvisning på, hvordan Norsk Indeks fungerer som en styringsteknologi.

Nedenstående er det næste minut af dialogen.

IR Trækker han vejret?
Der råbes bagud. Trækker han vejret Tom?
Tom svarer: Nej, han sidder og er total lam.
AC Prøv lige at høre - trækker han vejret?
IR Ja - nej, vi kan ikke rigtig finde ud af det.
AC Kan I ikke finde ud af det?
IR Trækker han vejret Tom?
Tom svarer: Nej, hans fjæs er helt blå.
IR Svarer Tom: Det har jeg sagt til dem din idiot
AC Må jeg ikke spørge dig engang - Kan du ikke lige gå hen og se om manden trækker vejret? Se om hans brystkasse hæver og sænker sig?
Tom bagved råber: Han er lige så død som en planke.
IR Svarer Tom: Nej, det er løgn Tom, især i modvind, så skal vi give ham kunstigt åndedræt.
AC Se nu lige om han trækker vejret først
IR Det gør han ikke.
AC Så skal I lægge ham om på ryggen
En vældig diskussion mellem de to indringere udspinder sig, helt umuligt at forstå på båndet - derfor kan det ikke transskriberes.
IR Ja, vi går i gang nu, ikk?
AC Så tager du den ene hånd under hans hage og den anden hånd under hans hoved og trækker hovedet tilbage til der er naturlig modstand
IR OK, må jeg bede dig om at sige det en gang til.
AC Den ene hånd under hans hage
IR (taler højt til Tom, som er den faktiske udøver af HLR) En hånd under hans hage
AC Løfter og trækker lidt op
IR (taler højt til Tom) Løfter og trækker lidt op
AC Trækker hagen lidt op til der er naturlig modstand
IR (taler højt til Tom) Trækker hagen lidt op til der er naturlig modstand
AC Og så giver I ham to indblæsninger
IR I munden ikk?
AC Ja
IR Er det to indblæsninger?
AC Ja, i munden
IR (taler højt til Tom) To indblæsninger
Der foregår en masse snak og udveksling af kommentarer bagved, som ikke kan høres ordentligt på båndet
AC En gang til
IR (taler højt til Tom) En gang til
AC Så skal I have håndroden hen over hans brystben
IR (taler højt til Tom) Håndroden hen over hans brystben
AC Håndroden over hans brystben og så trykker I 30 gange på hans bryst
IR 30 gange? - (med vantro i stemmen). Godt, nej det er ikke så godt - der er godt nok en ordentlig lammert det her.
En del uro og stemmer i baggrunden.
IR Høj, der sker noget der.
AC Er der liv i ham nu?
IR Der sker lidt i hvert fald. Råber bagud - trækker han vejret?
AC Så trækker han måske vejret?
IR Nej-nej
Pause med nogen påstyr i baggrunden
AC Har I givet ham 30?
IR Nej-nej
Pause med uro i baggrunden - blandt andet høres - vi skal have ham ned på gaden
AC Hører du efter?
IR Ja
AC Hvad sker der?
Fortsættes

4.2 Styring som 'conduct of conduct'

Hvis man analyserer styring i Deans fortolkning af Foucault, så er 'conduct of conduct' en mere eller mindre kalkuleret og rationel aktivitet, som udføres af en mangfoldighed af autoriteter og som søger at forme vores adfærd ved at operere gennem vores ønsker, forhåbninger, interesser og overbevisninger (Dean2006:44). Styring udøves med henblik på specifikke, men skiftende mål og afføder relativt uforudsigelige konsekvenser, effekter og resultater. Styringens agenter kan i denne forstand være alle, der indgår i en eller anden form for relation og er i denne opgaves sammenhæng alarmoperatøren og lægmand. I casens relationer er styringens agenter den professionelle på AC og de 2 lægmænd i baggården. Styringen og adfærdsreguleringen foregår derfor ikke kun i en relation mellem alarmoperatøren og indringer, men også i relationen mellem de 2 mænd, som det tydeligt ses i den bagvedliggende dialog. Den professionelle får skabt lydhørhed i relationen til indringer, får stillet de relevante spørgsmål og får styret lægmand igennem HLR, og den samme mekanisme gælder for indringer i relationen til Tom, som opholder sig bagved og er den praktiske udøver af HLR. Styring som 'conduct of conduct' er med andre ord adfærdsregulering og det kan både være i forhold til den professionelles og lægmands opførsel, hvilket betyder, at det er de samme mekanismer, der gælder for begge grupper. Men det er de professionelle aktører, der sikrer, at regulering af adfærden finder sted, som i min empiriske sammenhæng er alarmoperatørerne på AC og AMK med deres 'codes of conduct', det adfærdskodeks, der styrer selvets og andres adfærd i den daglige praksis. På den måde bliver 'codes of conduct' et delelement af begrebet 'conduct of conduct' og dermed indgår begge, som en styringsteknologi i relationen mellem alarmoperatøren og lægmand.

Med tanke på hvor få, der reelt yder førstehjælp i det storkøbenhavnske område, er det spørgsmålet, hvordan adfærdsreguleringen fra alarmoperatøren ved vejledning af lægmand i HLR skal finde sted og ved hjælp af hvilke midler. Dean siger, at en analyse af styring bl.a. beskæftiger sig med

"de vidensformer, teknikker eller andre midler, der anvendes til at styre; den genstand, der søges styret, og hvordan den begrebsliggøres; de mål, der forfølges, samt styringens resultater og konsekvenser" (Dean2006:44).

De styringsteknologier og praksisregimer, der anvendes for at opnå et bestemt mål på henholdsvis AC og AMK, er vidt forskellige. På AC er udspørgeteknikken modsat AMK ikke reguleret af et indeks. En af mine danske informanter fortalte, at: "*det væsentligste er 112- opkald, den største udfordring er at vejlede og guide folk, så det er en udfordring at få håndteret samtalerne*". Der blev generelt, som denne sætning er et eksempel på, talt meget om udfordringer i at vejlede og håndtere

samtalerne på AC. Med andre ord var det svært for alarmoperatørerne på AC at styre dialogen med lægmand, dette problem blev ikke i samme omfang italesat på AMK. En anden dansk informant fandt også "*112- opkald - rigtige alarmopkald – de, der sætter gang i hele maskineriet*" for vigtige, men fremhævede, at "*det er også vigtigt at have overblik over ambulancebordet, især når der er - fuld farvelade på oversigten - det er udfordrende.*"⁷ Den genstand, der søges styret i dette eksempel, er teknikken – *maskineriet* - mere end lægmand, og det udfordrende er at have overblik over arbejdspladsen, mere end at have fokus på samtalen med indringer. Udtryk som disse oplevede jeg ikke på AMK, hvor styringsteknologien og praksisregimerne er ganske anderledes.

En norsk informants svar på, hvad hun betragtede som det væsentligste ved jobbet, var "*at være der når der ringes 113, som den person, der kan give tryghed og signalerer - jeg har kontrol og kan hjælpe dig, jeg kan give dig tryghed, indtil ambulancen kommer frem.*" Jeg spurgte efterfølgende, hvad der gav hende det overskud til i den grad at være i kontrol og kunne styre samtalerne og hendes svar var entydigt: *Norsk Indeks*. Den systematiske, klare og eksplicitte tilgang til at kunne forme den menneskelige adfærd inden for alarmopkald og HLR er hele rationalet bag *Norsk Indeks*. Desuden er hele tilgangen til individet i *Norsk Indeks* dobbeltsidig, idet der både er tale om styring og adfærdsregulering af den professionelle og lægmand. Derved kan *Norsk Indeks* ses som en styringsteknologi i forhold til at afklare en sundhedsfaglig problemstilling. Anvendelsen af *Norsk Indeks* og adfærdsreguleringen indeholdt i det som et praksisregime. AC har ikke et indeks og derfor kan håndtering af samtalerne blive udfordrende, fordi det mål, der styres efter, ikke er klart. Dermed er det lettere at fjerne fokus fra lægmand til *fuld farvelade på oversigten* for dog at have et holdepunkt i opgaveløsningen.

En anden norsk informant kom med et meget håndgribeligt eksempel på, hvordan *Norsk Indeks* havde fået hende til at holde fast i en situation, hvor hendes *egne fordomme* var ved at få overtaget. Informanten havde haft et alarmopkald, der omhandlede en teenagepige, som var ude at ride og som pludselig af uforklarlige årsager havde fået ondt mellem skulderbladene. "*Jeg kunne have risikeret at tolke hende som hysterisk – du ved en teenagepige - hvis jeg ikke havde haft Norsk Indeks at holde mig til.*" Det viste sig senere at pigen var alvorligt syg. Eksemplet viser, at *Norsk Indeks* også kan styre den professionelle, når det bliver svært, idet denne styringsteknologi, ved hjælp af stringente guidelines, som skal følges, fastholder fokus og dermed koncentrationen på at udrede den sundhedsfaglige problemstilling.

⁷ Fuld farvelade på oversigten henviser til den storskærm, som er i lokalet på AC, hvor ressourceforbruget dvs. antallet af ambulancer, brandbiler samt andre beredskabskøretøjer er angivet med farvekombinationer.

Det har vist sig i mit feltarbejde, at dialogen mellem den professionelle og lægmand bliver meget forskellig, afhængigt af, om man har en systematisk tilgang til samtalerne eller ej. Den overordnede pointe i de nævnte eksempler er, at ved at have systematiserede måder at organisere sig på gennem styringsteknologier og praksisregimer, så kan man både styre selvet og andres adfærd, hvilket giver en professionel tilgang til det at skabe lydhørhed, stille de relevante spørgsmål og dermed aktivere den handling, som afspejles i de høje tal for HLR udført af lægmand i Stavanger området. Mit empiriske materiale viser, at den danske styringsteknologi på AC overordnet er vag, vilkårlig og generel.

4.3 Styringens moralske aspekt

Styring beskæftiger sig også med moralske aspekter

"styring er moralsk, fordi den i sine politiske og praktiske dimensioner [...]med varierende grader af udtalthed og på basis af specifikke former for viden hævder at vide, hvad der er en god, dydig, passende og ansvarlig adfærd for såvel individer som kollektiver" (Dean2006:45).

På AMK er der ifølge lederen *"nul tolerance for grim tale i telefonen", "indringer skal mødes med en høflig og positiv tone og behandles med den service, som man selv ønsker at blive mødt med"*.

AMK arbejder meget med denne praksis som et `codes of conduct` og man *"må kontinuerligt luge i bedene"*. Forestillingen om, at kollektiver kan overvåge disse aspekter ved autonome individer, som alarmoperatøren også er, til regulering af egen adfærd viser, at styring som 'conduct of conduct' både er selvstyrende og styrende. AMK- sygeplejerskerne sætter jævnligt spørgsmålstejn ved og problematiserer egen adfærd, således at de bliver i stand til at 'styre sig' i en telefonsamtale. Jeg oplevede flere gange på mit feltarbejde på AMK at blive spurgt, om jeg syntes, at de talte ordentligt, i forståelsen 'ordentligt nok' i telefonen med borgerne. En af mine danske informanter efterlyste *"mere kommunikation, så vi har den svære samtale fælles med sundhedsfagligt personale. Jeg har et iltet temperament, og jeg taber kampen på grund af det, fordi jeg mister overblikket"*.

Den kamp, der tabes er i det analytiske perspektiv, kommunikationen med indringer, fordi informanten 'ikke kan styre sig selv' da han mangler et sæt 'codes of conduct' at støtte sig til.

Begrebet 'conduct of conduct' viser os, hvorfor det er svært for denne informant på AC, også når det handler om moralske aspekter. I stedet for at have en styringsteknologi som målrettet, kalkuleret og rationelt både kan styre selvet og andres adfærd, så er den professionelle på AC overladt til 'sig selv' og 'sit eget temperament'. På helt tilsvarende vis bliver også lægmand derfor i denne danske relation overladt til 'sig selv', idet styringen er vilkårlig og ikke specifik. Der er på AC fokus på at

tale 'ordentligt nok' til borgerne, og personalets 'stresstærskel' udfordres jævnligt ved samtaleøvelser, så opmærksomheden er på dette problemfelt, men ikke i en form af en styringsteknologi eller praksisregime.

4.4 Styring som selvteknologi

Styring drejer sig ikke blot om styringsteknologi og praksisregimer, men også om selvteknologi. Et aspekt af dette er det sprog og den ramme inden for hvilken man kan overveje forbindelserne mellem styring, autoritet og politik, som beskrevet i 4.3, med identitet, selvet og individet, som følgende er et eksempel på. Fredag og lørdag aften kan man både i Danmark og Norge som personale blive svinet til og udsat for ukvemsord af beduggede borgere, som foretager et alarmopkald. Især de kvindelige sygeplejersker på AMK får tilbudt relationer, der har en anden karakter end faglig, og jeg spurgte dem, hvordan de håndterede de situationer. Der var enighed om, at tydelighed er vigtig, *"det værste er en utydelig AMK- sygeplejerske, der giver utydelige signaler"*, dernæst skulle eventuelle aggressioner afværges *"jeg forstår, at du er frustreret, men nu skal jeg hjælpe dig"*, og hvis samtalen stadig ikke havde en faglig karakter kunne den afsluttes med *"jeg anser denne samtale for afsluttet, du er velkommen til ringe igen, når det drejer sig om et fagligt ærinde."* Denne evne til etisk at kunne distancere sig via sproget fra at blive vred over at blive svinet til, kan man med Foucault kalde for en handling, der udøves af 'selvet på selvet'. I overensstemmelse hermed refererer antropolog Charlotte Baarts i sin artikel, Solidaritet, arbejdsdeling og tillid, til hvordan selvet blandt andet konstrueres i samspil med en arbejdsmæssig kunnen og identitet, og der argumenteres for at selvets konstruktion, samt tilblivelsen af en arbejdsmæssig identitet nøje hænger sammen med et bestemt engagement i verden (Baarts2004:359). Sygeplejerskerne på AMK fastholder deres identitet som sundhedsfaglige ressourcepersoner og konstruerer derved at have styringen i den sociale relation, som alarmopkaldene er.

"De praksisser, gennem hvilke vi søger at styre vores eget selv, vores karakter og personlighed, udgør således en underkategori af det bredere domæne, der handler om conduct of conduct" (Dean2006:47).

Jeg betragtede sygeplejerskernes 'codes of conduct' på AMK som en praksis, der var indlejret i kulturen og dermed et delelement af 'conduct of conduct'. På tilsvarende vis betragter jeg alarmoperatørens styring i opgavens gennemgående case som selvteknologi, som et 'codes of conduct' hos netop dette individ. Min informant udviste en selvteknologi, som ikke umiddelbart kan

aflæses i transskriberingen. Ved aflytning af båndet høres en tydelig skarphed i alarmoperatørens stemme, formodentlig pga. den meget komplekse situation dette alarmopkald afspejler. Der er ingen tvivl om, at informantens adfærdskodeks udfordres, da det kræver mere end almindeligt at fastholde indringer i det kulturelle rum. Casen afspejler, hvordan det lykkes for alarmoperatøren både at styre selvet og lægmands adfærd: *Prøv lige at høre - trækker han vejret?*, imens der vejledes i HLR. Styringen og arbejdsdelingen, som casen er udtryk for, var aldrig lykkedes, hvis ikke de 2 stofmisbrugere havde udvist solidaritet over for deres kammerat med hjertestopet, eller at min informant havde haft tillid til dem og deres evner.

4.5 Sammenfatning

Ved at analysere førstehjælp i et governmentality perspektiv har det været muligt at beskrive magt-strukturer, adfærdreguleringer og positioner. Empirien er analyseret ved hjælp af begreberne 'conduct of conduct' og 'codes of conduct' og har vist, at Norsk Indeks kan ses som en styringsteknologi i forhold til det at afklare en sundhedsfaglig problemstilling og anvendelse af Norsk Indeks som et praksisregime på AMK og er dermed indlejret i kulturen. Den danske styringsteknologi på AC er overordnet vag, vilkårlig og generel, og der anvendes ikke praksisregimer på det sundhedsfaglige område som en indlejring i kulturen.

5. Det kulturelle rum som et arbejdsfællesskab

Kultur er det net af betydninger, individer spinder om sig selv og mellem hinanden for at skabe mening i tilværelsen (Geertz1973:5). Disse betydninger skabes i relationen mellem individet og omgivelserne, mellem grupper og omgivelser, mellem organisationer og omgivelser. Kultur skabes derfor i relationer og er individernes aktive konstruktion af mening ud fra de forestillinger og værdier, der er på spil.

Det kulturelle rum, der tidligere er blevet introduceret, som en forudsætning for handling kan netop iagttages som et studie af sociale processer og meningsudvekslinger. Jeg betragter i dette kapitel relationen mellem alarmoperatøren og lægmand som et arbejdsfællesskab mellem forskellige mennesker, og i den kontekst analyseres mødet i det kulturelle rum med inspiration fra den tidligere nævnte artikel af Baarts. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af de givne rammer og betingelser hvorunder praksisregimer, som en udmøntning af Foucaults begreb governmentality, kommer til verden, opretholdes og transformeres og bidrager derved til dette kapitels analytiske perspektiv.

5.1 Organisering af arbejdsfællesskabet

Baarts diskuterer, med udgangspunkt i solidaritet som analytisk begreb, hvad der binder fællesskaber sammen. Baarts tager tråden op fra den franske sociolog Emile Durkheim og behandler spørgsmålet om, hvad det er, der i et arbejdsfællesskab muliggør sociale bånd mellem forskellige mennesker og hvilke sociale bånd, der skaber social orden og solidaritet (Baarts2004:347).

Arbejdsdeling, siger Baarts, kan i en Durkheims kontekst forstås som et udtryk for organisering af sociale relationer og det, der undersøges i hendes artikel er spørgsmålet om, hvad der muliggør samarbejde mellem mennesker. Durkheim udforsker ifølge Baarts, hvorledes i princippet fritstillede individer indgår i en social orden og finder sig til rette i et differentieret samfund.

"Det analytiske objekt er således forholdet mellem den individuelle personlighed og det sociale fællesskab, hvor Durkheim tager afsæt i en forestilling om, at arbejdsdelingen frembringer den solidaritet, der binder individ og fællesskab sammen" (ibid:348).

På tilsvarende vis kan det kulturelle rum mellem alarmoperatøren og lægmand betragtes som et arbejdsfællesskab, idet der er tale om individuelle personligheder – den ene professionel og den anden lægmand – der i et socialt fællesskab organiserer en social orden og bindes dermed sammen i den solidaritet som muliggør HLR. Arbejdsdelingen i opgavens case er udtryk for en organisering af sociale relationer på flere niveauer, idet alarmoperatøren solidariserer sig med indringer i dennes ønske om at få genoplivet kammeraten og yder derfor telefonisk vejledning i HLR. Indringer

videregiver denne vejledning og Tom i baggrunden solidariserer sig med personen med hjertestop og yder HLR, samtidig med, at også han indgår i et arbejdsfællesskab med indringer.

Baarts taler om "en tosidig, kompleks proces, hvor solidariske følelser og oplevelsen af fællesskab er gensidigt konstituerende for hinanden" (ibid:350). Denne tosidighed og gensidige konstituering afspejles i casen ved, at indringer selv giver udtryk for, at de skal i gang med '*kunstigt åndedræt*' og alarmoperatøren herefter fastholder ham i den beslutning, på trods af den yderligere kompleksitet det er at være 3 og ikke 2 i relationen.

5.2 Solidaritet og tillid i arbejdsfællesskabet

"For Durkheim hænger, arbejdsdeling og solidaritet sammen, idet arbejdsdelingens funktion er at skabe en følelse af solidaritet mellem to eller flere personer, således at der derigennem foranlediges venskabelige fællesskaber" (Baarts2004:349)

Den solidariske følelse, der binder den professionelle sammen med lægmand i det kulturelle rum, er troen på og tilliden til, at lægmand kan mestre håndværket HLR, og den professionelles egen tro på evnen til at kunne vejlede. Jeg oplevede på mit feltarbejde to helt forskellige tilgange til solidaritet og tillid ved alarmopkald. Når erkendelsen af hjertestop var indtruffet, kunne en af de næste replikker på AC være: Kan du give førstehjælp? eller Ved I hvordan man giver kunstigt åndedræt?, som netop vist i casen.

På AMK er tillid og solidaritet indbygget i Norsk Indeks og alle vejledninger starter med:

Ambulancen er på vei! Ikke legg på!

Jeg skal fortelle deg hvordan du kan gi førstehjelp. Greit?

Flytt telefonen nærmere pasienten.

Finn ut om han/hun puster normalt.

Gjør det nå, og kom straks tilbake til telefonen.

(Norsk Indeks:01)

Vallgård kalder denne form for påvirkning af individernes handlinger for magtudøvelse, hvor lægmand får en undersåtrolle, samtidig med at han bliver et handlende subjekt med en bestemt identitet,[...] (Vallgård2003:119). Hensigten i Norge er at skabe handlende subjekter, samt give lægmand identiteten som den, der yder førstehjælp, og i den hensigt vises der både tillid til og skabes selvtilid hos det individ, der handler. Resultatet af tilliden i arbejdsdelingen er ligeledes udtryk for både en social og moralsk orden, som kan aflæses i langt højere tal for overlevelse af hjertestop i det offentlige rum, end de tilsvarende danske.

Ifølge Baarts konstitueres "Tillid af en forestillet gensidighed, hvor begge parter i relationen har frihed til at handle anderledes end umiddelbart forventet" (Baarts2004:357). Et eksempel på denne gensidige konstituering af tillid oplevede jeg på AC. Jeg overhørte et alarmopkald, som drejede sig om en dame, der var faldet om i en butik, og det var ekspedienten, der foretog 112- opkaldet. Der var heldigvis ikke tale om et hjertestop, men måske nok nærmere et ildebefindende. Min informant og ekspedienten blev hurtigt enige om, at det var en ældre dame, "*så vi [ambulancen] kommer lidt stille og roligt*". Jeg spurgte efterfølgende informanten om, hvordan valget var faldet på 'lidt stille og roligt'. Han svarede, at "*man er jo ikke lige så meget oppe på dupperne, når det drejer sig om ældre damer frem for yngre.*" Jeg tegnede en tidslinje, hvor jeg skrev - ung - midaldrende - ældre og bad informanten udfylde med alder. Det viste sig, at ung var under 30 år, midaldrende var mellem 30 - 50 år og ældre var over 50 år. Da ingen alder var nævnt i samtalen, spurgte jeg informanten, hvordan han kunne vide, at ekspedienten og ham selv havde samme opfattelse af alderskategoriseringer, og han svarede, at "*det lød som om han og jeg var lige gamle*". Det væsentlige ved dette eksempel er, at min informant havde en forestillet tillid til, at ekspedienten havde samme forhold til aldersmæssigt kategorisering som ham selv. Det blev styrende for valg af aktivitet i form af en ambulance, der kom 'stille og roligt'. Problemet i eksemplet er, at solidariteten med 'den ældre dame' aldrig blev etableret, idet de opklarende spørgsmål ikke blev stillet og arbejdsfællesskabet ikke etableret.

5.3 Praksisregimers betydning for arbejdsfællesskabet

Tillid og solidaritet i arbejdsfællesskabet kommer ikke af sig selv, men afspejler de praksisregimer, der anvendes på AC og AMK. Praksisregimer er institutionelle praksisser, som betegner den rutinerede og ritualiserede måde, vi til bestemte tider og i bestemte sammenhænge udøver vores praksis. Desuden omfatter praksisregimer de forskellige måder, hvorpå sådanne institutionelle praksisser kan tænkes, gøres til objekt for viden og underkastet problematisering (Foucault2000:223-238). Praksisregimerne er udmøntningen af den kollektive mentalitet i governmentality, som en relativ selvfølgelighed, som styringens praktikere ikke kan stille spørgsmålstejn ved. Det er fx en indlejret praksis at anvende Norsk Indeks og tale pænt til indringer på AMK. Alle mine informanter sagde entydigt, at "*følger du ikke indeksen og er du ikke høflig, så får du ingen støtte af[lederen]*". Norsk Indeks kom til verden i 1994 og som det nævnes i forordet af helsedirektør Anne Alvik i den seneste udgave, skete det på baggrund i, at "ett af de

mest sentrale satsningsområder både for helsemyndigheter og helsefag-miljøer er å sikre kvaliteten på helsetjenester” og ”fagområdet er kjennetegnet ved at beslutninger, som ofte kan innebære forskjellen på liv og død, begrenset skade eller varig invaliditet, må fattes i løpet av minutter og sekunder” (www.legeforeningen.no/index). Jeg spurgte en af mine norske informanter om ikke indekset begrænsede den individuelle frihed til at tænke og handle, og hun svarede, at ”opgaverne er uforudsigelige og man er afhængig af hjælpemidler, så jeg bruger mine kundskaber og det elektroniske[indeks]. Rædslen for at gøre noget galt gennemsyrrer alt”.

I Danmark er der ikke udarbejdet et indeks og derfor findes det ikke som et praksisregime på AC. I en vurdering af den akut medicinske indsats har Sundhedsstyrelsen, den danske pendant til det norske Helsetilsyn, taget stilling til, at ”Sundhedsstyrelsen anbefaler på baggrund af, at hovedparten af alarmopkaldende til 112 sker i relation til sundhedsmæssige problemer, at mulighederne for sundhedsfaglig rådgivning af anmelder udvides, herunder fx viderestilling til rådgivning fra sundhedsperson i vanskelige og uklare tilfælde som i de øvrige skandinaviske lande, England og USA” (www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/Akut_medicin/Vurdering_akut_medicinske.pdf :5) Denne anbefaling er dog, mig bekendt, endnu ikke implementeret på de danske alarmcentraler.

5.4 Sammenfatning

Med udgangspunkt i at betragte det kulturelle rum som et arbejdsfællesskab mellem forskellige mennesker, har jeg analyseret betydningen af organisering, solidaritet og tillid i relationen.

Praksisregimerne på AC og AMK er afdækket og de styringsteknologier, der anvendes til at fremme dannelsen af subjekter, er beskrevet.

Over for de institutionelle praksisregimer står borgernes egne praksisser og hverdagsliv. I næste kapitel vil førstehjælp blive analyseret i et hverdagslivsperspektiv.

6. Førstehjælp i et hverdagslivsperspektiv

Jeg har i kap. 4 analyseret førstehjælp i et governmentalityperspektiv, hvilket har åbnet op for analyser af både magtstrukturer, adfærdsreguleringer og positioner, idet disse elementer også indgår i relationen mellem alarmoperatøren og lægmand. I kap. 5 har jeg betragtet relationen mellem alarmoperatøren og lægmand som et arbejdsfællesskab og i den kontekst analyseret mødet i det kulturelle rum.

Men hvorfor er det så, at borgerne ikke altid handler og yder førstehjælp? Jeg har tidligere i opgaven argumenteret for, at den professionelle har hovedansvaret for, at dialogen lykkes og at lægmand lytter med hele sin bagage af viden og erfaringer. Men den professionelle går også ind i dialogen med sit hverdagsliv, som eksemplet med teenagepigen, der var ude og ride, viser. Dette kap. tager udgangspunkt i mødet mellem menneskers hverdagsliv og mag.scient. Pia Ramhøj siger om dette perspektiv:

”at i hverdagslivet udspilles alle menneskers centrale liv, fordi det både er forudsætningen for og resultatet af den samfundsmæssige struktur og ideologi og fordi det er her, formidlingen mellem individ og samfund finder sted” (Ramhøj1996:103).

Med et hverdagslivsperspektiv fokuseres der således på adfærd og vaner udfra de givne betingelser i samfundet. Jeg vil derfor tage udgangspunkt i det menneskelige som socialt og samfundsskabt og i den kontekst også analysere betydningen af sundhedsfremmekampagner.

6.1 Hvorfor siger danskerne et og gør noget andet?

I vores hverdagsliv sker det kun sjældent, siger Schutz, at vi handler på en rationel måde. Den viden, vi handler på baggrund af, er nemlig præget af uhomogenitet, usammenhæng og selvmodsigelser (Schutz2005:184). Når mennesker alligevel kan handle, så det giver mening for den gruppe, de tilhører, skyldes det, at der i den givne sociale verden på baggrund af fælles normer, traditioner og erfaringer eksisterer et sæt handlingsforskrifter, det Foucault kalder et etisk/moralsk normsæt, med anvisning på både handling og fortolkning. Jeg overhørte i sommeren 2007 en samtale i toget, hvor et ungt menneske i Danmark beklagede sig over at skulle tage et kørekortsforberedende førstehjælpskursus. ”Jeg skal i hvert fald ikke røre ved nogen, der er halvdøde eller har blod ud over det hele, det er fandme for klamt” (bilag1:3). For denne unge mand findes der tilsyneladende ikke et sæt handlingsforskrifter, som der kan stræbes efter, og han udtalte videre, at ”Min mor synes heller ikke, det er vigtigt, at jeg skal have et førstehjælpskursus, og hun vil ringe til politiet og sige, at det ikke er nødvendigt” (ibid). Som tidligere nævnt i opgaven

anskuer antropologien bl.a. det menneskelige som socialt og samfundsskabt og dermed ikke som individuelt og naturligt, hvilket fører mig til det paradoksale fænomen det er, at danskerne siger, at de gerne vil yde førstehjælp, men så få gør det. Med baggrund i min empiri og især aflytning af alarmopkaldene, statistikker på området og analyserne peger det frem imod, at borgerne i Danmark ikke har en referenceramme i forhold til det at yde førstehjælp, og dermed er det at yde HLR ikke en del af den sociale verden. Målet, det at redde liv, der som et normsæt skal stræbes efter, bliver derfor i højere grad til noget individuelt og subjektivt, frem for intersubjektivt og dermed en del af det sociale fællesskab. Referencerammen for at handle er blandt andet, ifølge Schutz, erfaringer, som vi har fået overleveret fra forældre, som ovennævnte eksempel afspejler, og så skolen. Nordmændene har tilsyneladende internaliseret førstehjælp som en norm, og førstehjælp er blandt andet en integreret del af læseplanerne i grundskolen. Den folkelige indsats understøttes yderligere med udviklingen af Norsk Indeks, og mine informanter på AMK gav udtryk for, at det var sjældent, at indringer nægtede at give førstehjælp. Schutz siger, at når vi skal forstå fænomener i den sociale verden, kan vi "ikke forstå dem løsrevet fra deres plads i systemet af menneskelige motiver, menneskelige midler og mål" (Schutz2005:174). Vi kan altså ikke forstå, hvorfor nogen mennesker handler og yder førstehjælp og andre ikke gør, uden samtidig at forstå deres projekt i livet.

6.2 Handling

Når et menneske foretager relevante handlinger, iværksætter han den løsning, som forekommer ham at have den største chance for succes set i forhold til det mål, der stiles imod. Der er en udtryksmodel, siger Schutz, hvorefter "enhver som ønsker at opnå et bestemt resultat, må bære sig ad som anvist i den opskrift, der er stillet til rådighed for dette formål", og en fortolkningsmodel hvorefter, "enhver der bærer sig ad som angivet i en bestemt opskrift, må forventes at tilstræbe det dermed forbundne resultat" (Schutz2005:187) tilsvarende det ideal, som borgeren bør stræbe efter, som beskrevet af Foucault.

En af de informanter, som jeg talte med i efteråret 2007, få dage efter, at han havde ydet HLR til en badmintonmakker, sagde "*jeg går altid i handlingsmode, når sådan noget sker, mens andre løber skrigende bort*". Men handling er et tomt ord ifølge Schutz, handling i sig selv eksisterer ikke.

"Enhver handling, er intenderet, de har en subjektiv mening – et betydningsindhold, som er blevet frembragt gennem refleksive tolkninger af de afsluttende handlinger. Når disse tolkninger projiceres over på fremtidige handlinger, som man havde forestillet sig allerede er

afsluttede, har vi et projekt. Og projektet er netop formålet med for de igangværende handlinger” (ibid:13).

Min informants projekt var at redde et menneskeliv: ”Jeg havde ingen betæneligheder ved at gå i gang [med at give HLR] *tænk, hvis man kunne redde makkeren og det har været en stor oplevelse at genoplive ham. Det bedste var, da redderne kom og sagde ’godt arbejde du har udført’ . Jeg vil til enhver tid gøre det igen*”. Jeg spurgte informanten om, hvad han huskede fra selve genoplivningshandlingen: ”*Det mest mærkelige var tiden, jeg var nærmest i en osteklokke, hvor alt gik i stå omkring mig, samtidig med at jeg blev utålmodig på hjertestarteren, og jeg syntes, at der gik lang tid, inden ambulancen var fremme. Bagefter kunne jeg se, at tiden var fløjet af sted – det var meget forvirrende og jeg sov ikke natten efter*”. Schutz taler om forskellige lag af tidsmæssighed, den indre tid, som er den aktuelle oplevelse, der kan forbindes med fortidige begivenheder, erindringer og minder og den ydre som en struktur af en differentieret virkelighed, hvor vi skelner den ene begivenhed fra den anden (ibid:16). Forbindelsen mellem indre og ydre tid skabes ifølge Schutz gennem kropsbevægelser, hvilket også afspejles i min informants brug af metaforer ’alt gik i stå’ og ’tiden var fløjet’. Lederen af AMK anvendte på tilsvarende vis kropsbevægelses metaforer ”*vi har et mantra, som er: ventetid er lang tid, men aktiv tid er kort tid*”. Aktiv tid henviser til den kropsbevægelse, det er at udføre HLR og var et blandt flere gode argumenter for at følge indringer til dørs i telefonen, indtil ambulancen var fremme, dermed blev passiv tid gjort aktiv.

Da jeg talte med informanten, der havde ydet førstehjælp, havde han netop aftenen inden besøgt sin badmintonmakker på hospitalet og det havde været en meget stor oplevelse, idet ”*tidligere var han en meget forbeholden mand, men nu havde han et helt andet kropssprog*” og ”*vi havde aldrig talt sammen på den måde før*”. Til kropsbevægelserne hører også kommunikation, siger Schutz: ”Jeg oplever den andens tale som en række af begivenheder i ydre tid, mens min fortolkning foregår i indre tid” (ibid:17). De to badmintonkammerater havde nu fået en ny social relation, som var bestemt af tid og rum, ”*det der gjorde mest indtryk på mig*” sagde informanten var, at min kammerat sagde: ”*nu skylder jeg dig mit liv*”. Dermed er handlingen gået fra ikke kun at opnå et bestemt resultat eller at efterstræbe et mål, men også blevet en del af en udveksling.

6.3 Udvekslingen

Ovennævnte eksempel på udveksling er det, der med Sahlins begrebsapparat kan kaldes for generaliseret reciprocitet, som han omtaler som det solidariske yderpunkt. "Generalized reciprocity

refers to transactions that are putatively altruistic, transactions on the line of assistance given and, if possible and necessary, assistance returned" (Sahlins1972:194). Genydelsen er, siger Sahlins, ikke beregnet i tid, kvantitet eller kvalitet, den skal ikke nødvendigvis ske med det samme og den har ingen fast værdi. Min informant gik målrettet til det at handle, fordi han havde et projekt i livet, som var at hjælpe 'sin næste', ikke fordi han forventede en genydelse, men fordi førstehjælp er en internaliseret norm for ham.

Verden er intersubjektiv, siger Schutz, "fordi vi lever i den som mennesker blandt andre mennesker, forbundet med de andre gennem fælles påvirkning og virksomhed, idet vi forstår andre og bliver forstået af dem" (Schutz2005:31). Det lykkes dog ikke altid at forstå eller blive forstået i dialogen mellem alarmoperatøren og indringer og i følgende eksempel er det uenigheden om reciprocitet, der belaster den sociale relation. Forestillingen om, at man via sin skat har krav på en ambulance som en form for genydelse fra staten, er et velkendt fænomen både på AC og AMK. *"Så må vi jo forklare dem at sådan virker systemet ikke, det er jo ikke er en taxaforretning det her, det er der mange der har svært ved at forstå."* Uenigheden om reciprocitet kan, set i et hverdagslivsperspektiv, bruges som et eksempel til belysning af kompleksiteten i dialogen mellem den professionelle og lægmand. Rollen for den professionelle kan være modsætningsfuld, idet der kan opstå et spændingsfelt mellem den institutionelle praksis og borgerens egen praksis og livsverden, som den professionelle, som nævnt, også er en del af. Normer, værdier og holdninger på AC og AMK stammer fra hverdagslivet, imens fagligheden er institutionelt organiseret og på systemets præmisser. På AC giver det store udfordringer, idet førstehjælp ikke er en internaliseret norm i det danske samfund og der ej heller er implementeret støttende styringsteknologier. Dermed kan der opstå et modsætningsforhold mellem de mål, som alarmoperatøren og lægmand stræber efter, idet to livsverdener skal mødes. Det kan derfor blive svært at få borgerne til at yde førstehjælp, hvis kommunikationen i relationen ikke lykkes.

6.4 Kommunikation som en form for udveksling

Antropolog Steffen Jöhncke skriver i sin artikel Velfærdstaten som integrationsprojekt, at:

"Samfundet består ikke grundlæggende af mennesker, men af kommunikation - dvs. at det sociale skal forstås systemisk på et mere generelt niveau end gennem aktører og relationer"

(Jöhncke2007:45). Ud fra en antropologisk betragtning anskuer Jöhncke kommunikation som en form for udveksling og jeg fik samme oplevelse på mit feltarbejde. *"Man [borgerne] skal vide, at man altid kan ringe efter hjælp, men man skal lære at komme med brugbare oplysninger til 112 for*

at få vejledning", sagde en af mine danske informanter. Jeg spurgte ind til, hvordan borgerne skulle lære, at en oplysning er brugbar og min informant svarede, "at man kunne lave nogle OBS-udsendelser⁸ på TV". OBS-udsendelserne er formidling mellem individ og samfund og de afsendes med en forventning til adfærdsændring og modtages i et hverdagslivsperspektiv. Om kommunikation mellem individet og samfundet, siger Schutz:

"For at kunne formidle min teoretiske tænkning til mine medmennesker er jeg derfor nødt til at opgive den rent teoretiske indstilling, jeg må vende tilbage til hverdagslivets verden og dens naturlige indstilling – den selv samme verden, som teoretiseringen, som vi har set, ikke har direkte adgang til" (Schutz2005:142).

Med andre ord må man møde sine medmennesker i deres livsverden, hvis man ønsker, at kommunikationen skal lykkes. Et aktuelt eksempel på kommunikation i en sundhedsfremmekampagne findes i hjertestarterprojektet, der i efteråret 2007 gennemførte en større kampagne i det københavnske offentlige rum. Der var blandt andet opslag i S-togene med slagord som "det du skal gøre" og "har du hjertet på rette sted" og der blev uddelt grønne krammehjerter teksten som vist på forsiden af denne opgave. Den britiske kultursociolog Deborah Lupton er ligesom Vallgård inspireret af Foucault's syn på sundhedsfremme og magt. Lupton giver begreberne styring og governmentality yderligere nuancer, idet hun mener, at sundhedsfremmekampagner er udtryk for et moralsk regulerende apparat, der trækker skel mellem passende og upassende adfærd. Kampagnerne medfører ifølge Lupton, en begrænsning af individets personlige frihed, idet der sker en øget stigmatisering og marginalisering af de borgere, der ikke ønsker at ændre adfærd. Luptons pointe er, at kampagner ikke virker, fordi de sundhedsfremmende praksisser, det vil sige vores handlingsmønstre, ikke står over andre praksisser i hverdagslivet, men er inkorporeret i borgernes livsverden og forankret i sociale og kulturelle normer.

Førstehjælpskampagner skal derfor tage udgangspunkt i en sociokulturel kontekst for at nå målgruppen og få borgerne til at tilegne sig førstehjælp, som en praksis i hverdagslivet (Lupton1995:106-130).

6.5 Casen

Jeg har valgt, at casen, som er det konkrete empiriske materiale, der afspejler den virkelige verden i forhold til det at yde førstehjælp, skal afslutte opgaven. Alarmoperatøren på AC har nu i godt 2 min. styret de to lægmænd gennem HLR og på næste side kommer det sidste minut af alarmopkaldet.

⁸ Oplysning for Borgere i Samfundet

IR Vi skal have en ambulance
 AC Jamen, jeg har afsendt en ambulance
 IR Jamen, det er OK
 AC Men I skal blive der, så jeg kan fortælle Jer hvordan I skal forholde Jer
 IR Jamen det er også skidepænt af dig – jo.
 Råber bagud - hej hej - hallo der er en ambulance på vej
 IR Tak for det
 AC I skal fortsætte med det der hjertemassage
 IR Jamen undskyld nu er der en der (afbrydes af AC)
 AC Er der ved at komme liv i ham?
 IR Ja, der er lidt liv i ham
 AC Der er lidt liv i ham?
 IR Nu ser det ud som der sker noget
 AC Trækker han vejret?
 Bare uro i baggrunden
 AC Hallo
 IR Ja
 AC Trækker han vejret spørger jeg om?
 IR Jamen, det var det jeg var nede for at kigge mand, han er stadig lidt små blå, men jeg tror ikke
 AC Fortsætter I med det der hjertemassage?
 IR Jamen nu skal vi lige – jo, jo
 AC Så skal I have hovedet tilbage en gang til ligesom sidst indtil der er naturlig modstand og så blæser I to gange i ham
 IR Men ja, IH sådan noget skulle man jo have lært
 AC Men gør det nu efter bedste evne.
 IR Ja men jeg kan se at der kommer lidt nu - det er OK
 AC Husk at holde hovedet godt tilbage og blæs i ham
 Megen snak indbyrdes bagved
 IR Jeg siger mange tak for hjælpen, nu er de [ambulancebehandlerne] lige herude på trappen
 AC Ja-ja men må jeg lige spørge en gang - trækker han vejret nu?
 IR Nu er der lidt gang i ham
 AC Nu er der gang i ham?
 IR Ja
 AC Så er det om på siden med ham hvis han selv trækker vejret, så snart han trækker vejret selv er det om på siden med ham.
 Ambulancen er fremme og båndoptagelsen er slut.

Casens indringer er en af de mange danskere, der fik brug for at kunne yde førstehjælp, men som aldrig har taget et kursus og han siger på et tidspunkt:

IR *IH, sådan noget skulle man have lært[om det at give HLR]*

AC *Men gør det nu efter bedste evne*

At få en borger som denne indringer til at tilegne sig førstehjælp, som en praksis i hverdagslivet, kræver, at kampagnerne tager udgangspunkt i en sociokulturel kontekst for at nå målgruppen. Hvis denne danske borger havde været nordmand, var førstehjælpen indlært i barneårene og sandsynligvis internaliseret som en norm i voksenlivet.

Afslutningen på casen er, at det lykkedes for de 2 lægmænd i baggården med vejledning fra alarmoperatøren på AC at genoplive deres kammerat.

6.6 Sammenfatning

Ved at tage udgangspunkt i menneskers hverdagsliv har det været muligt at analysere, hvorfor nogen mennesker yder førstehjælp og andre ikke gør. Med baggrund i min empiri og analyser peger det frem mod, at førstehjælp i Danmark ikke er samfundsskabt og dermed ikke internaliseret i befolkningen. Det betyder, at det at redde liv i højere grad bliver til noget individuelt og subjektivt, frem for intersubjektivt og dermed en del af det sociale fællesskab.

Sundhedsfremmende praksisser står ikke over andre af hverdagslivets praksisser, hvorfor sundhedsfremmekampagner må tage udgangspunkt i en sociokulturel kontekst for at nå målgruppen og få borgerne til at tilegne sig førstehjælp, som en praksis i hverdagslivet.

7. Konklusion

Antropologien anskuer bl.a. det menneskelige som socialt og samfundsskabt og dermed ikke som individuelt og naturligt. Målet for socialiseringen i samfundet er at sørge for, at borgeren internaliserer de værdier, normer og væremåder, som gælder i vores samfund. Når en norm er internaliseret, er den gjort til noget indre og et træk, som vi handler på uden yderligere refleksion. Dette gælder også for det at yde førstehjælp og denne opgaves formål har været at analysere, hvilke rammer og betingelser, der skal være tilstede, for at borgerne i det storkøbenhavnske område af Danmark yder førstehjælp i forbindelse med hjertestop i det offentlige rum under vejledning af alarmoperatøren.

Foucault's begreb governmentality betegner den måde, som vi reflekterer over styring af andre og os selv på, inden for en bred vifte af kontekster. Analysen er i opgaven blevet brugt til at udfolde, hvordan viden og magt forbindes i relationen mellem alarmoperatør og lægmand på AC og AMK, med bestemte konsekvenser til følge for både alarmoperatør og lægmand. Relationen mellem stat (her alarmoperatør) og borger (her lægmand) afspejler et modsætningsforhold mellem styring og frihed, som i alle andre situationer, hvor staten møder borgeren. Det afstedkommer en evig teknisk kreativitet for at finde nye styringsredskaber, som kan sikre dannelsen af kompetente og selvansvarlige borgere, som i opgavens kontekst udfører HLR under vejledning fra alarmoperatøren i forbindelse med hjertestop i det offentlige rum.

For at kunne forstå, hvad der er på spil i modsætningsforholdet mellem styring og frihed og dermed forstå, hvorfor nogle borgere yder førstehjælp og andre ikke gør, er der i opgaven lagt et hverdagslivsperspektiv på førstehjælpsområdet. Jeg har anvendt Schutz's hverdagslivsteori, som tager udgangspunkt i en common sense forestilling og analyserne har givet en forståelse for, hvorfor vi mennesker handler som vi gør, i forhold til det at yde førstehjælp. Analyserne viser, at menneskelig handling i form af at yde førstehjælp ikke kun beror på viden og rationalitet, men i høj grad er betinget af vores liv i en intersubjektiv verden, hvor forhold som regeringsstrategier, relationer og hverdagsliv er styrende for vores adfærd. Hvis man i et hverdagslivsperspektiv fokuserer på adfærd og vaner udfra deres betingethed, så er det at yde førstehjælp ikke et forhold, man bevidst vælger, men derimod et forhold af relativt komplicerede sammenfletninger og dermed også forhold, der ikke nødvendigvis kan afhjælpes gennem dialog, sundhedsfremmekampagner og reklamespots. Når mennesker alligevel handler, skyldes det, at der i den givne sociale verden er skabt et sæt handlingsforskrifter.

I Norge har regeringen siden 2. verdenskrig lagt vægt på, at deres borgere skal kunne yde førstehjælp og har dermed udstukket handlingsforskrifter. Til at støtte borgernes handlekompetence er der i hele Norge oprettet AMK'er, der ved hjælp af Norsk Indeks vejleder lægmand i HLR. Den systematiske, klare og eksplicite tilgang til at kunne forme den menneskelige adfærd inden for alarmopkald og HLR er hele rationalet bag Norsk Indeks. Desuden er hele tilgangen til individet i Norsk Indeks dobbeltsidig, idet der både er tale om styring og adfærdsregulering af den professionelle og lægmand. Derved kan Norsk Indeks ses som en styringsteknologi i forhold til at afklare en sundhedsfaglig problemstilling og anvendelsen af indekset samt den indbyggede adfærdsregulering som et praksisregime.

Ved at indføre førstehjælp som en integreret del af læseplanerne i grundskolen, er det tilsyneladende lykkes at introducere pligten til at hjælpe andre mennesker, der er i nød, som et mål eller ideal, befolkningen kan stræbe efter. Dette princip gælder både for alarmoperatøren og lægmand, som derfor i relationen begge aktivt indgår i realiseringen af det at yde førstehjælp, idet det af samfundet Norge betragtes som ønskværdigt. Til stede i relationen er derfor betingelserne for, at skabe en meningsfuld dialog og et kulturelt rum, som afspejler den norske adfærd, viden og handling på førstehjælpsområdet. Fællesskabet er socialt og samfundsskabt og dermed ikke individuelt og subjektivt.

Anderledes rammer og betingelser findes på AC, der ikke har et indeks som styringsteknologi og praksisregime. Derfor kan håndtering af samtalerne blive udfordrende, fordi det mål, der styres efter, nemlig vejledning i HLR, ikke er klart. Dermed kan det være lettere for alarmoperatøren, som finder samtalerne udfordrende at fjerne fokus fra lægmand til teknikken – *maskineriet og fuld farvelade på oversigten* - for dog at have et holdepunkt i opgaveløsningen.

Den danske regering har ikke haft mangeårige strategier på førstehjælpsområdet, og pligten til at hjælpe andre mennesker, der er i nød, er ikke introduceret, hvilket afspejles i opgavens eksempel med drengen i toget, som i forbindelse med et knallertkørekort skulle have et kørekortsforberedende kursus. De meningsbærende erfaringer og praksisser hos de danske borgere tilskriver ikke, at man i en hverdagslivskontekst skal yde førstehjælp. Understøttelse af borgernes handlekompetence ved hjælp af styringsteknologier på AC er overordnet vag, vilkårlig og generel og der findes ikke anvendte praksisregimer på det sundhedsfaglige område som en indlejring i kulturen.

Til stede i relationen mellem alarmoperatør og lægmand på AC er derfor ikke sociale og samfundsskabte betingelser for at skabe en meningsfuld dialog og et kulturelt rum, som forudsætning for handling og dermed bliver resultatet, vejledning i HLR, betinget af individuelle

overvejelser og subjektive holdninger. For ikke at hverdagslivet, som ifølge Schutz er både scenen og genstanden for vores handlinger og interaktioner, bliver styrende for alarmoperatørens tilgang til vejledning i HLR, fordres et institutionsansvar. Norsk Indeks er udtryk for et sådant ansvar og som det afspejles i opgavens mange eksempler – tager indekset over også, når det bliver svært for det enkelte individ.

Det har vist sig i mit feltarbejde, at dialogen mellem den professionelle og lægmand bliver meget forskellig, afhængigt af, om man har en systematisk tilgang til samtalerne eller ej. Den overordnede pointe i opgavens eksempler er, at ved at have systematiserede måder at organisere sig på gennem styringsteknologier og praksisregimer, så kan man både styre selvet og andres adfærd, hvilket giver en professionel tilgang til det at skabe lydhørhed, stille de relevante spørgsmål og dermed aktivere den handling, som netop afspejles i de høje tal for HLR udført af lægmand i Stavanger - området. Formålet med hjertestarterprojektet er at sikre en hurtig og korrekt hjælp til borgere med pludselig uventet hjertestop og dermed bedre overlevelsen for personer, der falder om med hjertestop i det offentlige rum. Jeg vil på baggrund af opgavens empiri og analyser bidrage til hjertestarterprojektet ved at anvise, hvilke rammer og betingelser mine analyser har vist, der skal være tilstede, for at få borgerne i det storkøbenhavnske samfund til at ændre adfærd og yde HLR under vejledning af AC i forbindelse med hjertestop.

- Førstehjælp skal internaliseres i befolkningen, en forudsætning for dette er regeringsinitiativer, hvor obligatorisk førstehjælpsundervisning i børnehaver og skoler kan være et bud
- Førstehjælpskampagner skal tage udgangspunkt i en sociokulturel kontekst for at nå borgerne i deres hverdagsliv
- Implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sundhedsfaglig rådgivning på AC
- Indførelse af en styringsteknologi og praksisregime som fx Norsk Indeks på AC.

8. Referencer

Baarts, Charlotte

- 2004 Solidaritet, Arbejdsdeling og tillid
 Kap 17. I: Viden om verden, en grundbog i antropologisk analyse
 Redigeret af Kirsten Hastrup
 København, Hans Reitzels Forlag

Bech – Jørgensen, Birthe

- 2005 Alfred Schutz og hverdagslivet.
 Forord I: Hverdagslivets sociologi.
 København, Hans Reitzels Forlag

Caffrey, SL et al

- 2002 Public use of automated external defibrillators.
 New England Journal of Medicine
 Oct. 17 2002;347:1242-1247

Dean, Mitchell

- 2006 Governmentality – Magt og styring i det moderne samfund
 Redigeret af Kaspar Villadsen
 Forlaget Sociologi, Samfundslitteratur
 Gylling, Narayana Press

Eriksen, T.H.

- 2001 Små steder - store spørgsmål.
 Indføring i socialantropologi.
 Oslo, Universitetsforlaget AS

Geertz, Clifford

- 1973 Thick description: Toward an interpretative theory of culture.
 I: The interpretation of Culture

New York: Basic Books, Inc. Publishers

Folketinget

- 2004-05 Forslag til folketingsbeslutning om at betinge køreskoleundervisning af en bestået prøve i grundlæggende førstehjælp.
1.samling. Beslutningsforslag B60(som fremsat)
2.samling. Beslutningsforslag B16- bilag 3.

Foucault, Michel

- 2000 Power. Essential works of Foucault 1954-1984.
Kap. Governmentality p. 201-221
Kap. The subject and power p. 326-348
Edited by James D. Faubion. Vol. 3.
New York: The New Press

Hasse, Cathrine

- 1995 Fra journalist til "big mama", om sociale rollers betydning for antropologers datagenerering
Tidsskriftet Antropologi nr. 31 p. 53-63

Hastrup, Kirsten

- 2003 Metoden, Opmærksomhedens retning
Kap. 19. I: Ind i Verden, en grundbog i antropologisk metode
Redigeret af Kirsten Hastrup
København, Hans Reitzels Forlag

Indenrigs - og Sundhedsministeriet

- 2002 Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10

Järvinen, Margaretha

- 2004 Pierre Bourdieu
Kap. 20. I: Klassisk og moderne samfundsteori

Redigeret af Heine Andersen og Lars Bo Kaspersen,
København, Hans Reitzels Forlag

Jöhncke, Steffen

2007 Velfærdsstaten som integrationsprojekt
Kap. 1. I: Integration, Antropologiske perspektiver
Redigeret af Karen Fog Olwig og Karsten Pærregaard
København, Museum Tusulanums Forlag

Kleinman, Arthur

1980 Patients and healers in the context of culture.
An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry.
London: University of California Press, Ltd

Lupton, Deborah

1995 The imperative of health. Public Health and the Regulated Body.
Kap. 4. Communicating Health:the Mass Media and Advertising in Health Promotion
London: SAGE Publications Inc.

Nørgaard, Katrine

2003 Korpsånden, Den etnografiske disciplinering
Kap.18. I: Ind i Verden, en grundbog i antropologisk metode
Redigeret af Kirsten Hastrup
København, Hans Reitzels Forlag

Ramhøj, Pia

1996 Sundhedsforskningens brug af hverdagslivsteorier.
Kap. 5. I: Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab.
Redigeret af I.M. Lunde og Pia Ramhøj
København, Akademisk Forlag

Sahlins, Marshall

1972 On the Sociology of Primitive Exchange
 I: Stone Age Economics
 London, Tavistock Pub.

Schutz, Alfred

2005 Hverdagslivets sociologi
 København, Hans Reitzels Forlag

Spradley, James P.

1979 The Ethnographic Interview
 Wadsworth, Thomson learning

Spradley, James P.

1980 Participant observation
 Wadsworth, Thomson learning

Thomas, Grethe

2007 Danskernes forhold til førstehjælp - et paradoks mellem ord og handling
 Antaget til Månedsskrift for Praktisk Lægegering

Valenzuela, TD et al

2000 Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos.
 New England Journal of Medicine
 Oct. 26; 343:1206-1209

Vallgård, Signild

2003 Studier af magtudøvelse. Bidrag til en operationalisering af Michel Foucaults begreb
 governmentality
 Kap. 9. I: På sporet af magten.
 Redigeret af P.M. Christiansen og L. Togeby
 Århus, Århus Universitetsforlag

Vallgård, Signild

2007 Sammenlignende undersøgelser
Kap. 9. I: Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab
Redigeret af Signild Vallgård og Lene Kock
København, Munksgaard 3.udgave 1.oplag

Websider

www.genoplivning.dk	besøgt den 10.marts 2008
www.kliniskedatabaser.dk	besøgt den 26.maj 2008
www.trygfonden.dk	besøgt den 26.maj 2008
www.nrr.org	besøgt den 23. maj 2008
www.hjertestarter.dk	besøgt den 10.marts 2008
www.112.dk	besøgt den 2.april 2008
www.legeforeningen.no/index	besøgt den 31.marts 2008
www.sst.dk/publ/Publ2005/PLAN/Akut_medicin/Vurdering_akut_medicinske.pdf	besøgt den 31. marts 2008
http://da.wikipedia.org/wiki/Forside	besøgt den 11.april 2008
https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10235	besøgt den 16.april 2008

Institut for Antropologi – Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5, 1353 København K

**Danskernes forhold til førstehjælp –
et paradoks mellem ord og handling**



Master i Sundhedsantropologi, Modul 3, December 2007

Udvalgte temaer i sundhedsantropologi

Fri, individuel, skriftlig prøve

Ekstern censur, 15 ECTS point

23.736 typeenheder

Udarbejdet af
Stud.MSA
Grethe Thomas

Undervisere:
Ekstern lektor Katrine Johansen
Chefkonsulent Mette Meldgaard
Professor Susan Reynolds Whyte

Vejleder:
Mag.Scient. Steffen Jöhncke

TrygFonden J.nr. 7746-07

Forfatterark

Grethe Thomas

Sundhedsfaglig specialkonsulent

Region Hovedstaden

Koncern Plan og Udvikling

Enhed for Akut Medicin og Sundhedsberedskab

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

Telefon 4820 5406

Mail grethe.thomas@regionh.dk

Privat:

Urbansgade 5, 3th

2100 København Ø

Mobil 6066 2876

Biografi:

Grethe Thomas er sygeplejerske med speciale i anæstesi, stud. master i sundhedsantropologi, har igennem 25 år arbejdet med det akut medicinske område både inden for det offentlige sundhedsvæsen og i Falcks Redningskorps. Grethe Thomas har den seneste årrække især beskæftiget sig med kvalitetsudvikling på det præhospitalt område, samt forebyggelsestiltag i almen praksis i forhold til elektive kirurgiske patienter.

Tegn med mellemrum:

23.736

Søgeord:

Adfærd

Akut

Antropologi

Forebyggelse

Førstehjælp

Artiklen er udarbejdet med støtte fra TrygFonden.

Danskernes forhold til førstehjælp – et paradoks mellem ord og handling

”Jeg skal i hvert fald ikke røre ved nogen, der er halvdøde eller har blod ud over det hele, det er fandme for klamt”. Nogenlunde sådan lød meldingen fra et ungt menneske på omkring en 16 år på en i øvrigt smuk sommerdag, hvor jeg nød udsigten igennem Grib Skov med lokalbanen fra Gilleleje mod Hillerød. Det var midt i morgen skoletrafikken, jeg overhørte fire jævnaldrene drenge snakke, og min opmærksomhed gled fra at nyde naturen til at lytte til samtalen og undres over indholdet af den. Drengen, der kom med ovennævnte udmelding, havde ifølge samtalen netop bestået knallertkøreprøven. Det, han nu var i gang med at berette for sine kammerater var, at betingelsen for at få udleveret knallertkørekortet var et førstehjælpskursus og ”det var godt nok nederen.” Drengen fortalte videre: ”Min mor synes heller ikke, det er vigtigt, at jeg skal have et førstehjælpskursus, og hun vil ringe til politiet og sige, at det ikke er nødvendigt.” De øvrige tre drenge samtykkede, de syntes tilsyneladende også, at det var for meget, at man skulle stå et førstehjælpskursus igennem, bare fordi man gerne vil køre på knallert, som en af dem sagde: ”Hvad har de to ting egentlig med hinanden at gøre? Vi skal jo ikke være spejdere.”

Jeg var dybt forundret over samtalens indhold. Jeg har arbejdet med akut medicin og sundhedsberedskab i 25 år og havde ingen forestilling om, at nogen kunne finde på at negligere og nedgøre betydningen af førstehjælp. Jeg har altid levet med forestillingen om, at vi som borgere i Danmark har en moralsk forpligtigelse til at hjælpe hinanden, når vi er i nød. Ikke kun ud fra en egoistisk betragtning om, at en anden dag kan jeg selv eller en af mine nærmeste få brug for hjælp, men mere ud fra den betragtning, at vi er del af en social orden, som binder os sammen.

Hele vores sundhedsvæsen er bygget op på tanken om lige adgang for alle. Når man som borger i Danmark ringer 112, bliver man ikke stillet til regnskab for økonomisk formåen, eventuelle forsikringer, politisk eller religiøst standpunkt. Samfundet vil umiddelbart stille de nødvendige ressourcer til rådighed. Omvendt, som ovenstående eksempel med kørekort og førstehjælp viser, er der en forventning til borgerne om at handle og dermed betragte førstehjælp som et fælles samfundsansvar.

Målet for denne artikel er at beskrive borgeren i samfundet og samfundet i borgeren i forhold til det at yde førstehjælp. Særligt vil jeg afslutningsvis se på den rolle, som den praktiserende læge kan spille i dette forhold.

Politik – fællesskab og førstehjælp

I regeringens rapport ”Sund hele livet” vægtes vores sundhedsadfærd højt, herunder i bred forstand også vores færden i trafikken. Trafikulykker fremstilles som en risikofaktor med hyppig dødsårsag, og antallet af dræbte i trafikken i Danmark ligger fortsat over antallet af trafikdræbte i flere af de lande, som vi normalt sammenligner os med. Regeringen lægger op til, *at den enkelte skal vise mere hensyn i trafikken, og at vi i fællesskab skal udbrede viden om førstehjælp*(1).

Folketinget nedsatte i 2004 under Justitsministeriet et udvalg(2), der skulle komme med forslag til en folketingsbeslutning om at betinge køreskoleundervisning af en bestået prøve i grundlæggende førstehjælp. De politiske bemærkninger i udvalgsarbejdet var følgende:

- Udvalget finder, at det er et *alment vigtigt samfundshensyn*, at så mange borgere som muligt er i stand til umiddelbart at yde grundlæggende førstehjælp til personer, som bliver involveret i ulykker, herunder ikke mindst færdselsulykker.
- Det er vigtigt for den enkelte person, som involveres i en ulykke uden selv at komme alvorligt til skade, eller som overværer en ulykke, at kunne *yde aktiv hjælp i stedet for at skulle stå og se hjælpeløst til*.
- At kendskab til førstehjælp formentlig har en gunstig effekt på bilisternes egen adfærd i trafikken i form af *øget risikobevisthed*.
- At førstehjælp giver en grundlæggende forståelse for konsekvenserne af trafikuheld og dermed eventuelt bidrager til, at bilisterne får en *bedre trafikultur*.

Der blev udarbejdet et forslag(3) til folketingsbeslutning, som blev vedtaget således, at køreskoleeleven fra den 1. oktober 2006 enten inden påbegyndelse af undervisningen hos en kørelærer ellers senest, når eleven af kørelæreren indstilles til køreprøve, har bestået det grundlæggende kursus i førstehjælp. Justitsministeren(4) tilføjede de politiske bemærkninger i forbindelse med spørgsmål fra folketingssalen i 2007, at kurset dels har et førstehjælpsfagligt og dels har et *pædagogisk sigte*.

Få yder livreddende førstehjælp, det har konsekvenser

Allerede tilbage i 1995 gav en arbejdsgruppe nedsat af Færdselssikkerhedskommissionen(2) udtryk for, *at det måtte anses for ønskeligt, at så stor en del af befolkningen som muligt på frivillig basis får teoretisk og praktisk kendskab til aktiv førstehjælp*. Antallet af udbydere(5) af førstehjælpskurser har siden da været støt stigende. Udbyderne har en fælles interesseorganisation Dansk Førstehjælpsråd, som har haft flere målrettede sundhedsfremmekampanjer på førstehjælpsområdet, bl.a. TV-spots som *Anna kunne selv førstehjælp - som den eneste på cafeen*, for at få borgerne til at tage førstehjælpskurser. Disse kurser er betalingskurser og på årsbasis uddannes der kun ca. 75.000 personer i Danmark ud af en befolkning på 5,5 millioner.

Danmark er – i sammenligning med de øvrige nordiske lande - det land, som hidtil har rangeret lavest i forhold til at gøre førstehjælp obligatorisk og integrere den i børnehaver, skoler, idræt og teoriundervisning til kørekort. Det medfører helt konkret, at færre personer, som får hjertestop uden for hospitalerne, overlever eller genoplives med førstehjælp i Danmark sammenlignet med vores nabolande i Norden. 2005 tallene viser ifølge Hjertestopdatabasen(6) at:

I Danmark sker der årligt op mod 3.500 hjertestop uden for hospitalerne, men kun 200 overlever.
Hos 27% er der forsøgt genoplivning, inden ambulancen er nået frem, men i København er tallet helt nede på 16%.
Til sammenligning forsøges genoplivning i 50% af hjertestop i Norge.

Nordmændene har beregnet, at 20% af dem, der omkommer i tidsrummet fra en ulykke sker, og til den professionelle hjælp kommer frem, kunne være reddet, hvis der var ydet livreddende førstehjælp på ulykkestedet. Derfor giver det god mening at kunne yde førstehjælp.

Paradoksale data

ASF Dansk Folkehjælp og Dansk Kørelærer Union(5) søsatte i 2002 med offentlig støtte et pilotprojekt i Fyns Amt om førstehjælp og kørekort. En af målsætningerne i projektet var at få politikere til at sætte fokus på førstehjælpsområdet, og at få den enkelte borger til selv at være aktiv og tage et medansvar - ikke bare for sig selv, men også for andre borgere i samfundet. Ligeledes var der en målsætning om, at projektet skulle skabe debat og være holdningsbearbejdende i forhold til den politiske verden, medierne og de, der tager et kørekort for første gang.

Projektet tilbød et gratis 6 timers førstehjælpskursus til 3.200 kursister der skulle erhverve et kørekort for første gang, men kun 13% gennemførte.
Borgerne betragtede det gratis førstehjælpskursus som et tilbud og ikke et krav – hvilket resulterede i, at tilbuddet blev fravalgt som oftest med begrundelse i manglende tid.
Omvendt viste en analyse i 2003 gennemført af Mediacom, at 86% af alle adspurgte danskere mente, at man burde kombinere obligatorisk førstehjælpsundervisning med erhvervelse af kørekort.

På ovennævnte baggrund konkluderede projektet, at staten bør betragte færdselsrelateret førstehjælp som et samfundsnyttigt tiltag og gøre kurserne obligatoriske og enten stats- eller brugerfinansierede.

Tryk i Danmark(7) fik i 2004 Advice Analyse og Strategi til at undersøge danskernes holdning til førstehjælp.

Kvalitativ del: 4 fokusgrupper (18 mænd og 17 kvinder, 15-60 år)

Kvantitativ del: spørgeskemaundersøgelse 1156 personer
586 mænd, 571 kvinder (15-60 år)

96% af den voksne danske befolkning synes, at vi har pligt til at hjælpe andre mennesker i nød.

Mere end hver femte har haft brug for at yde førstehjælp.

60% oplever, at de ikke har de fornødne færdigheder til at give førstehjælp.

79% mener, at et kursus i førstehjælp vil gøre dem mere trygge

Tallene fra undersøgelsen viser med alt tydelighed, at de fleste danskere mener, at vi har en moralsk forpligtelse til at yde hjælp, og at det vil gøre os trygge.

Borger i samfundet – førstehjælp og de uafklarede danskere

Det er derfor et paradoks, at så få borgere på trods af tilbud om gratis førstehjælpskurser og Dansk Førstehjælps Råds reklamespots ikke ønsker at tage et førstehjælpskursus af frivillighedens vej. Det er et konkret problem, som kræver en nærmere analyse. For hvorfor dette paradoks, hvorfor er der så stor forskel på, hvad vi siger og hvordan vi handler, og hvorfor behandles førstehjælp så stedmoderligt af borgerne i det danske samfund? For at forstå dette kan vi søge hjælp i antropologien, som blandt andet forholder sig til det paradoks, det er at sige et og handle anderledes.

Den norske socialantropolog Thomas Hylland Eriksen siger, at *det er fællesskabet i samfundet, som skaber folk af mennesker*(8). Selv om vi som mennesker er født sociale, er vores menneskelighed ikke medfødt, den må læres. Antropologien anskuer det menneskelige som socialt og

samfundsskabt og dermed ikke som individuelt og naturligt. Al vores opførsel har en social udformning, hvordan vi klæder os, hvordan vi kommunikerer og hvordan vi spiser. Ligeledes er vores adfærd i trafikken samfundsskabt med institutionelt kollektivt delte og accepterede sæt af regler og normer, som påvirker vores handlinger. For eksempel får *færdselsloven os til fortrinsvist at køre bil i højre side af vejen*(9). Man kan med andre ord sige, at færdselslovgivningen er udtryk for en hensigtsmæssig social koordinering af menneskers adfærd, ligesom at det er hensigtsmæssigt, at man kan stole på andre trafikanters adfærd. Vi er alle som individer afhængige af at følge visse sociale konventioner og institutionelle rammer for at kunne begå os i et samfund. For at blive et fuldt ud kompetent medlem af samfundet, hvor man følger de regler og normer, som dette samfund tilsiger, skal man igennem en socialiseringsproces. I langt de fleste lande vil hovedansvaret for en sådan proces foregå inden for familiens rammer, men i et kompleks samfund som vores, er ansvaret fordelt imellem forskellige institutioner som foruden familien tæller skolen, fritidsklubber, idræt og medier. Når landets justitsminister udtaler, som tidligere beskrevet, at færdselsrelaterede førstehjælpskurser ikke kun er faglige, men også har et pædagogisk sigte, så er det netop ovennævnte socialiseringsproces, der tænkes på. Målet for socialiseringen i samfundet er at sørge for, at borgeren internaliserer de værdier, normer og væremåder, som gælder i vores samfund. Når en norm er internaliseret, er den gjort til noget indre og et træk i ens personlighed.

Borger i samfundet – førstehjælp og de afklarede nordmænd

I Norge har man skabt et andet fællesskab i samfundet omkring førstehjælp og dermed været i stand til at koordinere menneskers adfærd på området anderledes end i Danmark. Norsk Førstehjælpsråd er som den danske pendant en sammenslutning af flere interessenter med hver deres profil. Dog er kravene til markedsføring på førstehjælpsområdet fælles og ifølge lederen af Førstehjælpsrådet Aage Karlsen ⁹ *vektlegges det i motivasjon at det dreier seg om å bry seg om hverandre, altså at samaritanprinsippet må være fokusert*. I Norge har man valgt den strategi at have målrettede kurser og starte allerede med førstehjælpsundervisning i børnehaverne. Ligeledes er der lavet grundpakker for mødre med små børn, for ældre, for offshore, for industrien m.v. Ifølge overlæge Kristian Lexow ¹⁰ leder af Norsk Resuscitasjonsråd er førstehjælp en integreret del af læseplanen i den norske grundskole. Den største succes indtil nu er brugen af en oppustelig dukke (Lærdals

⁹ Personlig reference

¹⁰ Personlig reference

”MiniAnne”®), som sammen med instruerende DVD uddeles til alle 7. klasser til at hjemtage og øve førstehjælp i familien. I løbet af en 6 måneders periode sidste år blev der registreret over 180.000 brugere af MiniAnne. Færdselsrelateret førstehjælp er ligeledes en integreret del af det *trafikale grunnkurs* og er modsat kurset i Danmark ikke brugerbetalt. Ud over de offentligt integrerede kurser er der af frivillighedens vej omkring 200.000 nordmænd ud af en befolkning på 4,7 millioner, der hvert år tager et førstehjælpskursus og i Norge betragtes førstehjælp som en sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Som lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab i København Signild Vallgård(9) siger, handler sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme om at få folk til at ændre adfærd. At påvirke menneskers handlinger på den måde, opfatter hun som magtudøvelse. I Vallgårdas studier af magt i sundhedsfremmearbejdet er hun inspireret af den franske filosof Michel Foucaults måde at se begrebet på, som indebærer, at der i stort set alle menneskelige relationer forekommer magtudøvelse. En magtudøvelse, som ikke nødvendigvis skal forbindes med noget negativt, idet den også kan bidrage til at skabe noget godt for folk, noget de ønsker. Den virker derfor ikke kun undertrykkende. For at forstå de menneskelige relationer på sundhedsfremmeområdet i forhold til førstehjælp må vi gå dybere ind i den ”foucaultske” tænkning.

Styring af førstehjælpsområdet – som ”conduct of conduct”

At få andre til at gøre noget bestemt, som for eksempel at følge færdselsloven eller at yde førstehjælp, handler om at styre dem til at styre sig selv. Foucault(10,11) beskriver denne dobbelte styring med sit begreb *governmentality*, som han illustrerer via en leg med ordet *conduct*. Conduct betyder at føre, dirigere eller guide og kan indebære en eller anden form for kalkulation af, hvordan dette skal foregå. Den etiske eller moralske betydning af ordet frem kommer, når vi inddrager det reflektive verbum ”to conduct oneself” at ”opføre sig(ordentligt)”, at ”føre sig”. I dette tilfælde drejer det sig om den selv-ledelse, som er passende i bestemte situationer for eksempel på arbejde eller i forhold til sine medtrafikanter. Eller den passende adfærd, som afspejles i holdningen til, at vi har pligt til at hjælpe andre mennesker i nød, som flertallet af den danske befolkning mener.

Ordet får en anden betydning som substantiv. Conduct henviser i dette tilfælde til vores adfærd, handlinger og optræden, med andre ord den artikulerede del af vores opførelse. Vores handlinger på førstehjælpsområdet er jf. tidligere paradoksale data, ikke i overensstemmelse med ”at opføre sig

ordentligt". Hvis borgerne skal vide, hvordan man "fører sig", forudsætter det et vist sæt af standarder eller etisk/moralsk normsæt på førstehjælpsområdet, som den faktiske adfærd kan vurderes ud fra og som fungerer som en form for ideal, som borgeren bør stræbe efter. Styring defineret som "conduct of conduct" forudsætter, at de styrede besidder en grundlæggende frihed i kraft af deres kapacitet til at tænke og handle. Den forudsætter desuden den samme frihed og de samme kapaciteter hos dem, der styrer, hvilket fører os til begrebet *governmentality*.

Governmentality og det kollektive ansvar

Governmentality handler om, hvordan vi tænker styring ikke som individuelle borgere, men som en kollektiv aktivitet inden for de former for viden, tro og overbevisninger, som vi er indlejret i. I den forståelse dækker governmentality både styringen af andre og styringen af sig selv. Foucault forudsætter, at magt udøves over frie mennesker, det vil sige, at handlinger til at styre andre (dominansteknologi) rettes mod mulige handlinger, som de andre styrer sig selv med (selvteknologi). På den måde får den person, som magtudøvelsen retter sig mod både en undersåttrolle og en rolle som aktivt handlende med egen identitet. I governmentality står styring altså ikke i modsætning til frihed. Styring forudsætter frie individer, som samtidig er ansvarlige. Parallelt hermed siger Vallgård, at myndighederne også udøver magt ved at søge at ændre folks ønsker og egenskaber. Når der tales om at motivere borgerne til at ville sundheden, er det en ambition om at forme borgernes mål og ønsker. Ligeledes kan det være et sigte at fremme borgernes evne til at handle, hvilket der er tale om, når man bruger begrebet empowerment eller taler om at styrke borgernes handlekompetence. Der er sjældent tale om at styrke folks handlekompetence i al almindelighed, men om at gøre det med et bestemt formål: at få borgerne til frit at vælge det rette, ønske det og tage ansvar, som for eksempel at lære og faktisk yde førstehjælp. Jeg vil derfor efterfølgende se på hvilke teknikker, der har fundet anvendelse i regeringens styring for at få borgerne til at tilegne sig førstehjælp, som en nødvendig færdighed og praksis.

Samfundet i borgeren igennem styring

"Sund hele livet" lægger op til, at vi i fællesskab skal udbrede viden om førstehjælp.

Justitsministeriet taler om førstehjælp som *et alment vigtigt samfundshensyn* og at førstehjælpen bidrager til en bedre *trafikkultur*. Både politikerne og offentlige myndigheder appellerer her til de ønsker og egenskaber, som de forventer, at borgerne har. De motiver og egenskaber, der appelleres til er, at blive set som et godt menneske, at udvise samfundssind, at være en del af fællesskabet, at

vise pligtfølelse og solidaritet. Disse appeller kalder Vallgård for styringsteknikker. Ligeledes ligger der en appel til borgernes fornuft i ønsket om, at man skal *kunne yde aktiv hjælp i stedet for at skulle stå og se hjælpeløst til* og et håb om, at folk vil handle efter den rationalitet, som er udstukket i dette udsagn. Der er også en forventning til, at førstehjælp medfører en *øget risikobevidsthed*. I denne fordring går myndighederne ud fra, at borgerne har et ønske om at være risikobevidste. Den tidligere nævnte undersøgelse fra Advice Analyse og Strategi viste, at kun 13% af borgerne ønskede at være klar til det uforudsete.

I det storkøbenhavnske område er der aktuelt en offentlig førstehjælpskampagne og i S-togene hænger budskaber som – ”det du **skal** gøre” og ”har du **hjertet** på rette sted”. Især den sidste appellerer til borgernes følelser og ønsker derigennem at skabe et behov hos borgeren, om at kunne leve op til en given norm. Der er også på plakaten en appel om styrkelsen af handlekompetencen, idet der er henvisninger til, hvor man kan lære førstehjælp.

Men mange førstehjælpskampagner har været gennemført, uden at området ad frivillighedens vej har fået større bevågenhed. Det er et generelt problem ved sundhedsfremmekampagner, at de ikke altid virker efter hensigten. Det har samfundsforskere også undersøgt.

Samfundet i borgeren, når styring ikke virker

Den britiske kultursociolog Deborah Lupton⁽¹²⁾ er ligesom Vallgård inspireret af Foucaults syn på sundhedsfremme og magt. Lupton giver begreberne styring, governmentality og empowerment yderligere nuancer, idet hun mener, at sundhedsfremmekampagner er udtryk for et moralsk regulerende apparat, der trækker skel mellem passende og upassende adfærd. En yderligere bagside er, at kampagnerne medfører en begrænsning af individets personlige frihed, idet der sker en øget stigmatisering og marginalisering af de borgere, der ikke ønsker at ændre adfærd. Luptons pointe er, at kampagner ikke virker, fordi de sundhedsfremmende praksisser, det vil sige vores handlingsmønstre, ikke står over andre praksisser i hverdagslivet, men er inkorporeret i borgernes livsverden og forankret i sociale og kulturelle normer. Førstehjælpskampagner skal derfor tage udgangspunkt i en sociokulturel kontekst for at nå målgruppen og få borgerne til at tilegne sig førstehjælp, som en praksis i hverdagslivet.

Lupton bringer i den sammenhæng en del skismaer i spil; rationalitet vs. irrationalitet – moral vs. amoral – borgerens frie vilje vs. samfundets ønske om kontrol og magt – sund som normalt vs. usundt som unormalt. Luptons konklusion er, at ligegyldigt hvilket skisma borgeren befinder sig i,

bliver der tale om en forhandlingsstrategi i form af en individuel afvejning i vores mange livsprojekter. De borgere, der fik tilbudt et gratis førstehjælpskursus, havde denne afvejning og 87% fravalgte tilbuddet, som oftest med begrundelse i manglende tid.

Konklusion

Ved at sammenligne Danmark og Norge på førstehjælpsområdet er det blevet muligt at identificere forskelle og ligheder og som oftest gør sammenligninger det nemmere at finde årsager til de fænomener, man studerer.(13)

De styringsteknikker, der har fundet anvendelse i Norge på førstehjælpsområdet, har taget udgangspunkt i *det å bry seg om hverandre*, og den norske befolkning har tilsyneladende internaliseret *samaritanprinsippet*. Der er en kollektiv forståelse for dette princip. Nordmændene har ligeledes arbejdet ud fra princippet om, at førstehjælpskurser skal være inkorporeret i borgernes livsverden. Det skal give mening og være vedkommende at tage et førstehjælpskursus og yde førstehjælp, derfor har man valgt strategien udelukkende at arbejde med målrettede kurser. For at styrke borgernes empowerment/handlekompetence startes undervisning i førstehjælp allerede i børnehaverne og er en integreret del af læseplanerne i grundskolen og i forbindelse med at tage et kørekort. Ovennævnte regeringstiltag har givet resultater, idet nordmændene forsøger genoplivning ved 50% af hjertestop.

Modsat Norge er førstehjælp i Danmark ikke båret oppe af værdier, normer og adfærd. Vores førstehjælpskampagner som den aktuelle ”det du **skal** gøre” har et indbygget moralsk imperativ, som ikke positivt appellerer til ændring af borgernes egen praksis. Det store paradoks er dog, at danskernes holdning er, at vi mener, at vi har pligt til at hjælpe andre i nød, men kun få ønsker at være parat til det uforudsete. Dette paradoks eller skisma kan være udtryk for den individuelle afvejning i vores mange livsprojekter. Kan det overhovedet svare sig, at jeg tager et førstehjælpskursus, for hvad er sandsynligheden for, at netop jeg kommer ud for at skulle yde førstehjælp?

Denne individuelle afvejning afspejles i de tidligere angivne data, idet der kun i 27% af hjertestop i Danmark er ydet førstehjælp, og i København er tallet helt nede på 16%.

Ifølge Advice Analyse og Strategi ønsker 87% af danskerne førstehjælpskurser under forudsætning af, at disse er en integreret del af arbejdspladsen, skolen eller sportsklubben, hvilket også taler for at målrette kurser i Danmark. Indførelse af færdselsrelaterede førstehjælp er et sted at starte.

Perspektivering

Hvilke muligheder er der for at ændre danskernes praksis i forhold til førstehjælp? Vi kan yderligere lovgive, som indenfor den færdselsrelaterede førstehjælp, vi kan optimere sundhedsfremmekampagner, så de når målgruppen eller det er forhåbentligt kun et spørgsmål om tid, inden førstehjælp bliver en integreret del af læseplanerne i den danske folkeskole. Men imens vi venter på nye regeringsinitiativer, kan vi også vende blikket mod de muligheder, der er i sundhedsvæsenets nuværende organisering.

Generelt er forebyggelse en del af praktiserende lægers arbejde i henhold til Sundhedsloven og det er i virkeligheden kun fantasien, der sætter grænser for indholdet af forebyggelsesarbejdet. Som Hylland Eriksen siger; *er den mindste enhed, der studeres af socialantropologien ikke individer eller enkeltpersoner, men en relation mellem to individer*(8). Netop relationen mellem den praktiserende læge som den professionelle og borgeren som lægmand giver lægen mulighed for handling til at styre borgeren, til at styrer sig selv. På den måde får borgeren både en undersåtrolle og en rolle som aktivt handlende med egen identitet.

På lægeforeningens portal(14) under forebyggelse står at læse, at *den praktiserende læge gennem sin store kontaktflade til borgerne har gode muligheder for at arbejde med forebyggelse og kan på den måde spille en vigtig rolle for forbedringen af folkesundheden. Det gælder først og fremmest de former for forebyggelse, der tager udgangspunkt i den enkeltes adfærd.* Nærværende artikel peger på, at førstehjælp er et spørgsmål om styring og adfærd. Det giver den praktiserende læge muligheden for at tage rollen som den person, der fører, dirigerer eller guider borgerne, som i andet forebyggelsesarbejde, til en ændret adfærd inden for førstehjælp. Dette kan eventuelt praktisk udføres i forbindelse med anden konsultation. Måske drengen i toget havde tænkt anderledes, hvis hans praktiserende læge i forbindelse med f. x. 2. MFR vaccine havde talt førstehjælp med ham. Vi ved det ikke, men der er allerede i dag i §68 forebyggelseskonsultation i Landsoverenskomsten indbygget en stor bredde og som kommunelæge Ole Mathis Hetta¹¹ fra Rogaland i Norge siger, *ja så er førstehjælp en vigtig del af almenlegenes arbeid.*

¹¹ Personlig reference

Litteraturhenvi­ning:

1	Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Udgivet af Indenrigs – og Sundhedsministeriet. September 2002
2	Forslag til folketingsbeslutning om at betinge køreskoleundervisning af en bestået prøve i grundlæggende førstehjælp. Folketinget (2. samling) Beslutningsforslag B16 – bilag 3. 2004-05
3	Forslag til folketingsbeslutning om at betinge køreskoleundervisning af en bestået prøve i grundlæggende førstehjælp. Folketinget (1. samling) Beslutningsforslag B60(som fremsat) 2004-2005
4	Spørgsmål nr. S 4429 fra medlem af folketinget 2007
5	Evalueringsrapport ”Intet kørekort- Uden førstehjælp” Pilotprojekt fra Fyns Amt om førstehjælp og kørekort Et samarbejde mellem ASF-Dansk Folkehjælp og Dansk Kørelærer- Union. 2005
6	Årsrapport 2005, Dansk Hjertestopregister, Hjertestopbehandling udenfor hospital i Danmark. www.kliniskedatabaser.dk (besøgt 27.oktober 2007)
7	Analyse af danskernes kendskab og holdning til førstehjælp Analyse om førstehjælp og økonomi Advice Analyse og Strategi for Tryk i Danmark www.trykfonden.dk (besøgt 4.november 2007)
8	Eriksen, TH, Små steder – store spørgsmål. Innføring i socialantropologi. Universitetsforlaget AS 1998: 51-67
9	Christiansen, PM og Togeby, L (red) På sporet af magten. Århus Universitetsforlag. 2003: 117-131,163-177,204-215.
10	Dean, M. Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund. Forlaget Sociologi, Frederiksberg 2006:9-83
11	Foucault, Michel.

	<p>Power. Essential works of Foucault 1954-1984. Edited by James D. Faubion. Vol. 3. New York: The New Press. 2000: 201-221,326-348</p>
12	<p>Lupton, D. The imperative of health. Public Health and the Regulated Body. SAGE Publications Inc. London 1995</p>
13	<p>Vallgård, S. Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag. Århus Universitetsforlag 2003:11-25</p>
14	<p>www.laeger.dk (besøgt 25.november 2007)</p>

PROJEKT

HURTIG HJÆLP MED HJERTESTARTER

VED PLUDSELIG UVENTET HJERTESTOP



”GRØNNE HJERTER”

RESUME	73
1. Baggrund	74
2. Styregruppe og organisatorisk forankring	75
3. Formål og mål.....	76
4. Perspektivet – nationalt og internationalt.....	77
5. Projektets hovedelementer	77
Kortlægning af hjertestop	78
Hjertestartere i København.....	79
Oplysningskampagne	80
Uddannelse på alarmcentralen	81
Kvalitetssikring og forskning	81
6. Økonomi.....	82
7. Tidsplan	83
8. Efter projektfasen	84

9. Referencer	84
Litteraturreferencer.....	84
Referencer til relevante hjemmesider	85
Kontaktpersoner	86
Forskningsgruppen	87

Enhed for Akut Medicin og Sundhedsberedskab
Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden

RESUME

Der er fokus på hurtig og korrekt hjælp til borgerne og specielt i tilfælde af livstruende tilstande, som pludselig uventet hjertestop. Formålet med dette projekt er sikre hurtig og korrekt hjælp til borgere med pludselig uventet hjertestop og dermed at bedre overlevelsen.

Projektet omfatter primært det geografiske område, der betjenes af alarmcentralen i Storkøbenhavn men indberetning af hjertestarter kan ske fra hele landet.

Projektet skal tilvejebringe en logistisk løsning, der sikrer, at eksisterende offentlige og private hjertestartere anvendes bedst muligt.

Projektet omfatter en koordineret indsats med følgende hovedpunkter:

- Hurtig og korrekt erkendelse af hjertestop ved opkald til alarmcentralen
- Vejledning til den der ringer, om hvorledes der udføres livreddende førstehjælp (hjerter-lungeredning)
- En registrering af hvor offentlige og private hjertestartere i dag er placeret.
- Datasamkøring af hvor hjertestop finder sted og hvor den nærmeste hjertestarter er placeret for derved at bringe hjertestarteren frem til patienten hurtigst muligt.

Projektet skal etablere en ny og enestående løsning for borgerne, der sikrer tidlig og korrekt hjælp. Projektet er et samarbejde mellem Region Hovedstaden, Københavns og Frederiksberg Kommuner, Alarmcentralen i Storkøbenhavn, ATKINS, Hjerteforeningen og TrygFonden.

Alle samarbejdspartnere i projektet bidrager med ekspertise og økonomisk støtte. TrygFonden er hovedsponsor for projektet.

Projektet gennemføres i perioden 2007-2008.

1. Baggrund

Pludseligt uventet hjertestop uden for hospital forekommer ca. 3500 gange om året i Danmark, heraf ca. 400 hjertestopstilfælde alene i Københavns og Frederiksberg Kommuner (1). Årsagen til hjertestop er ofte pludselig "elektrisk kaos" i hjertet, der medfører hjertestop. På landsplan overlever kun ca. 6 % af borgerne et pludseligt uventet hjertestop. Kort tid indtil behandling er vigtig og specielt indtil behandling i form af et elektrisk stød med en hjertestarter, såkaldt defibrillering (1).

Tidligere kunne hjertestartere kun anvendes af ambulancepersonale ved ambulancens ankomst. I dag er automatiske hjertestartere lette og sikre at anvende for lægfolk og kan ikke skade samtidig med at prisen for en hjertestarter er faldet betydeligt. Opsætning af automatiske defibrillatorer (hjertestartere) på lokaliteter med hyppige hjertestop vil derved muliggøre, at lægfolk hurtigt kan medvirke til livreddende behandling ved hjertestop.

Effekten af hjertestartere i det offentlige rum er dokumenteret i videnskabelige undersøgelser. De mest markante resultater er fra Chicagos lufthavne og amerikanske kasinoer (2, 3), hvor der er dokumenteret overlevelse uden varige mén i mellem 60-74 % af tilfældene. Til sammenligning overlever kun 10 % af borgerne med hjertestop i København og generelt kun ca. 6 % på landsplan (1).

Det samlede antal af hjertestartere i Danmark og i København er ukendt. I Københavns Kommune kendes antallet hjertestartere i kommunens regi og deres placering. Der er opsat 138 hjertestartere på eller i forbindelse med kommunale institutioner. Et formentlig større men ukendt antal er opsat i private virksomheder og organisationer i København. Der eksisterer ikke i Danmark opgørelser, der kan vejlede om, hvor hjertestartere potentielt vil kunne redde flest liv. Fælles for de fleste hjertestartere og herunder også for de hjertestartere som er opsat i Københavns Kommunes regi er, at de er opsat på lokale initiativer og ikke på baggrund af forudgående analyser og således heller ikke koordineret med andre tilsvarende initiativer.

Enhver borger kan købe og anvende en hjertestarter. Indkøb, placering og brug af hjertestartere er i dag ikke reguleret som et særligt område og således heller ikke underlagt særlige juridiske restriktioner. Hjertestarter er dermed et grænseområde mellem flere interessenter. Regionerne har ansvar for sundhedsberedskab og præhospital indsats, herunder ambulancetjenesten, mens kommunerne har den borgerrettede forebyggelse som opgave. Alarmcentralfunktionen er i denne sammenhæng et væsentlig koordinerende led for en hensigtsmæssig løsning. Med dette projekt opnås ved samarbejde en hurtig og effektiv løsning af et vanskeligt område til gavn for borgerne.

2. Styregruppe og organisatorisk forankring

Dette projekt er oprindeligt udviklet på baggrund en konkret henvendelse i 2006 fra politisk side i Københavns Kommune til det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab med henblik på samarbejde om en analyse af behov for og placering af offentlige hjertestartere i København Kommune.

En forskningsgruppe i Region Hovedstaden har sammen med Sundheds- og omsorgsforvaltningen i København Kommune foretaget en foreløbig vurdering af eksisterende data og drøftet mulighederne for at skabe en sammenhængende løsning for borgere og samfundet.

Som led i dette arbejde har forskningsgruppen udviklet en ny løsningsmodel, som skal implementeres med dette projekt.

Der er derfor etableret en styregruppe for projektet med samarbejdspartnere fra relevante parter.

Projektet er organisatorisk forankret som et samarbejde mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune.

Projektet har været politisk forelagt og godkendt i Regionsrådet i Region Hovedstaden samt i Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

Styregruppen har deltagelse af en række interessenter, herunder TrygFonden, der yder en væsentlig økonomisk støtte til projektet samt Hjerteforeningen og Atkins, rådgivende ingeniører.

Følgende er repræsenteret i styregruppen:

- Region Hovedstaden (formandskab)
- Københavns Kommune
- Frederiksberg Kommune
- Alarmcentralen i Storkøbenhavn
- Akutlæge-bilen Region Hovedstaden
- TrygFonden
- Hjerteforeningen
- Atkins, rådgivende Ingeniører
- repræsentanter for forskningsgruppen

3. Formål og mål

Formålet med dette projekt er at bedre overlevelseschancerne ved pludselig uventet hjertestop for borgere og besøgende det geografiske område der dækkes af alarmcentralen i Storkøbenhavn.

Dette gøres ved:

- At analysere hvor pludselig uventet hjertestop finder sted i København og Frederiksberg kommuner
- At klarlægge hvor hjertestartere er placeret i dag og at opbygge et register over placering af hjertestartere, der er tilgængelig for offentligheden
- At uddanne alarmoperatørerne ved alarmcentralen i Storkøbenhavn til hurtigt og effektivt at identificere muligt hjertestop ved 112-opkald
- At uddanne alarmoperatørerne ved alarmcentralen i Storkøbenhavn til at vejlede den der ringer om at give livreddende førstehjælp i form af hjerte-lunge-redning.
- At etablere en løsning, hvor identifikation af hjertestop ved 112-opkald, kædes sammen med vejledning til indringer, identifikation af nærmeste hjertestarter og sikring af at denne bringes til borgeren med hjertestop så hurtigt som muligt.
- At etablere en løsning, der sikrer systematisk indsamling af data til kvalitetssikring og forskning på området

Målene for projektet er dermed

- at der sker en mere præcis identifikation af borgere med hjertestop ved 112-opkald

- at der oftere sker en vejledning af den, der ringer 112 om, hvorledes livreddende førstehjælp udføres
- at der ydes livreddende førstehjælp af ”bystander” i højere grad end tilfældet er i dag
- at hjertestartere anvendes hyppigere ved hjertestop end tilfældet er i dag
- at flere borgere og besøgende i dækningsområdet overlever pludselig uventet hjertestop.

4. Perspektivet – nationalt og internationalt

Resultaterne fra dette projekt vil have almen interesse for alle kommuner og regioner i Danmark og erfaringerne vil kunne anvendes af andre til implementering af tilsvarende løsninger for egne borgere.

Internationalt er dette projekt enestående, idet der ikke andre steder er etableret en løsning der i praksis kæder pludselig uventet hjertestop sammen med offentligt og privat placerede hjertestartere.

Projektet vil med de forventede resultater være til gavn for borgerne, kommunerne, regionerne, idet der vil være en sammenhæng mellem borger, akutberedskabet og sundhedsvæsenet.

Yderligere vil dele af resultaterne kunne formidles internationalt i form af artikler til videnskabelige tidsskrifter, således at oplysninger om resultater og løsninger kan komme andre til gavn.

5. Projektets hovedelementer

Den bærende idé, i dette projekt er at sikre, at nært placerede hjertestartere bringes til patienten med hjertestop og anvendes. Dette kan ske på alarmcentralen. Med oprettelse af et register (hjertestarternetværk) over eksisterende hjertestartere og deres placering, vil

alarmoperatøren foruden at vejlede borgeren, der ringer 112, samtidig kunne vejlede om hvor nærmeste hjertestarter er. Alternativt kan en anden alarmoperatør foretage et opkald til den adresse, hvor hjertestarteren er placeret og dette sted anmodes om straks at bringe hjertestarteren til patienten med hjertestop.

Dette projekt har derfor en række delelementer som beskrives uddybende nedenfor.

Kortlægning af hjertestop

Et igangværende ph.d.-projekt omhandlende hjertestop (4) undersøger, hvor hjertestop finder uden for hospital. Disse analyser baseres på data fra Akutlægebilen i Region Hovedstaden (den tidligere H:S Lægeambulance), hvor der er registreret ca. 5000 hjertestop i perioden 1994-2005. Dette giver mulighed for at udpege, hvor en hjertestarter kan være nyttig ud fra danske og europæiske retningslinier. Anbefalingerne fra det Europæiske Råd for Genoplivning, European Resuscitation Council og det tilsvarende Dansk Råd for Genoplivning er at placere hjertestartere på steder, hvor der forekommer ét hjertestop inden for en periode på 2 år (5,6). Den tilsvarende amerikanske anbefaling fra American Heart Association (AHA) er, at der bør placeres en hjertestarter på lokaliteter, hvor der forekommer et hjertestop inden for en 5 års periode. Den amerikanske anbefaling medfører placering af væsentlig flere hjertestartere end den europæiske anbefaling.

Med kortlægning af hjertestop i hovedstaden kan de præcise adresse for alle hjertestop fastlægges. Ud fra dette kan der defineres "risikoadresser" og "risikoområder".

Risikoadresser er specifikke adresser, hvor der over en 10-årig periode har været min. ét hjertestop hvert andet år. Ved risikoområder menes områder, hvor der over en 10-årig periode indenfor et område på 100 gange 100 meter har været min. ét hjertestop hvert andet år.

Ved opsætning af hjertestartere på de såkaldte "risikoadresser" alene, dvs. på lokaliteter hvor der minimum. er ét hjertestop hvert andet år, kræves ca. 70 hjertestartere. Der er kun 53 risikoområder, men flere af disse kan have behov for mere end én hjertestarter på adressen, da adressen kan dække et større areal (f.eks. Københavns Hovedbanegård).

Det reelle antal nye hjertestartere vil naturligvis afhænge af, hvor mange af de allerede over 100 opstillede hjertestartere i Københavns Kommune der evt. kan omplaceres, foruden af antallet af hjertestartere i privat regi, der allerede findes på risikoadresser eller risikoområder.

Hjertestartere i København

For at opnå en bedre overlevelse ved brugen af en hjertestarter uden for hospital, skal en hjertestarter være umiddelbart tilgængelig indenfor en kort tid. Overlevelsen falder med ca. 7-10 % for hvert minut, der går til hjerte-lungeredning påbegyndes (7). I det centrale København er responstiden fra alarmering til første ambulances ankomst ca 5 minutter, mens responstiden i den øvrige del af landet er væsentlig højere. Derfor kan tidlig hjerte-lunge-redning ved lægfolk og hurtigt brug af hjertestarter før ambulancens ankomst formodes være medvirkende til en markant højere overlevelse.

Der er nødvendigt at få et overblik over den præcise placering af allerede eksisterende hjertestartere. De hjertestartere, der findes i Københavns Kommunes regi, er samlet registreret i kommunen.

Eksisterende og allerede placerede hjertestartere skal identificeres via de firmaer, der sælger hjertestartere og via en offentlig informationskampagne.

Der oprettes som led i dette projekt en database over placeringen af kendte hjertestartere med oplysninger om præcis lokalisation og kontaktmulighed. Med en opdateret database vil det kunne sikres at alarmcentralen har direkte adgang til oplysningerne for derved at kunne vejlede borgerne ved 112-opkald, om hvor hjertestartere findes.

Dataindberetning vil ske via producenterne eller direkte fra interesserede ejere af hjertestartere.

Det forventes, at såvel producenter som ejere vil være interesseret i at stille deres oplysninger til rådighed og dermed også bidrage til at netop deres hjertestartere anvendes bedst og mest muligt.

Da opdaterede oplysningerne i en database er afgørende for effekten af behandlingen vil en hyppig opdatering være nødvendig. Der skal foretages løbende opdateringer og kontrol af indberettede data og det skal sikres, at hjertestarterne stadig er placeret som oprindelig indberettet. En sådan kontrol og opdatering kan lægges ind automatisk i databasen og kan samtidig være en hjælp for ejerne og evt producenterne.

Oplysningskampagne

I forbindelse med projektet er det vigtigt at få lokaliseret alle de hjertestartere, der er opsat i specielt i alarmcentralens dækningsområde men også i den øvrige del af landet. Til dette formål gennemføres en eller flere kampagner overfor offentligheden. Dette kan ske samtidig med en oplysningskampagne til borgerne om hjertestop, livreddende førstehjælp og betydningen af at den enkelte borgers indsats.

En oplysningskampagne skal således ikke alene fremme borgerens viden og vilje til at gribe ind, men kan samtidig medvirke til at øge antallet af indberetninger af hjertestartere, der kan anvendes.

En kampagne skal samtidig rettes til firmaer og lignende, der allerede har fået opsat en hjertestarter. Det vil ske ved kontakt gennem producenterne, hvor kunderne opfordres til at anmelde deres hjertestartere direkte til et register evt via hjemmesiden www.hjertestarter.dk

Samtidig gennemføres en bredere kampagne i dagspresse, lokal-tv, etc., hvor virksomheder, organisationer og private opfordres til at tilmelde sig registret, hvis de har en hjertestarter i deres virksomhed eller organisation, som må anvendes i tilfælde af hjertestop i omgivelserne.

I begge tilfælde skal indberetning ske direkte via hjemmeside www.hjertestarter.dk, beregnet til projektet.

Uddannelse på alarmcentralen

Alarmoperatørerne har en central rolle i dette projekt. Det er derfor nødvendigt at gennemføre uddannelses tilbud og opdatering på følgende områder:

Der bør ske en opdatering af alarmoperatørernes uddannelse, således at hjertestop hurtigt og effektivt identificeres ved 112-opkald.

Der bør gennemføres en målrettet uddannelse, således at der via 112 kan gives en akut vejledning af lægfolk om hvordan de kan give livreddende førstehjælp, når de overværer hjertestop og ringer 112.

Endelig bør der som led i dette projekt gennemføres uddannelse, der sikrer implementering af opgaveløsningen.

Den bedste løsning vil være indførelse af et elektronisk disponeringsværktøj som f.eks. Norsk eller Svensk Medicinsk Indeks. Et elektronisk disponeringsværktøj er et program til at styre og lede beslutningsprocessen i forbindelse med akutte opkald til 112, således at operatøren får hjælp til at stille relevante spørgsmål, til at vælge den rigtige hjælp og til at vejlede borgeren der ringe 112.

En isoleret vejledningsløsning kunne iværksættes som første trin, hvis de tekniske muligheder for let at implementere et eksisterende medicinsk indeks vanskeliggør en hurtig implementering af projektet.

Kvalitetssikring og forskning

Til kvalitetssikring og forskningsbrug vil det være nødvendigt at gennemse data fra benyttede hjertestartere. Som led i projektet etableres en procedure, hvor data indsamles fra den enkelte hjertestarter efter brug. Herved kan der gennemføres analyser af forløb, hjerterytme og efterfølgende indlæggelse og overlevelse for den enkelte patient. Det giver mulighed for at optimere og korrigere placeringen og brugen af opsatte hjertestartere løbende.

Data fra hjertestarterne kan udover kvalitetssikring benyttes til forskning inden for hjertestopbehandling på internationalt niveau, hvorved de opnåede resultater fra København kan analyseres og få anvendelse nationalt og internationalt.

Data er afgørende for at finde muligheder for bedre behandling i fremtiden. Anvendelse af data vil ske efter at de gældende regler for forskningsprojekter og med de nødvendige tilladelser fra Datatilsynet.

6. Økonomi

I forbindelse med dette projekt vil der være en række udgifter til etablering.

Alle parter bidrager økonomiske til projektet enten med direkte økonomiske støtte eller med personale og ekspertise.

Projektets udgifter omfatter følgende poster:

- Database til hjertestarterregister (software)
- Internetside med oplysninger om hjertestartere og hjertelungeredning og med faciliteter til indberetning og opdatering af hjertestartere
- Elektronisk disponeringsværktøj til brug på alarmcentralen – software og hardware
- En offentlig informationskampagne
- Design og opsætning af skiltning/piktogram for hjertestartere
- Indkøb af hjertestartere
- Uddannelse af alarmoperatører
- Uddannelsesmateriale og undervisere
- Bearbejdning og videnskabelig analyse af data fra hjertestartere

TrygFonden er hovedsponsor for projektet. Atkins, Rådgivende Ingeniører støtter ligeledes projektet med udviklingsarbejde og IT-support. Det forventes, at en væsentlig del af udgifterne til projektet kan dækkes ved fondsfinansiering og ved støtte fra TrygFonden og Hjerteforeningen.

Københavns Kommune bidrager med uddannelse af alarmoperatører samt indkøb af hjertestartere. Udgifter i forbindelse med forskningsprojekt afholdes af forskningsgruppen. Udgifter til informationskampagne afholdes i fællesskab med TrygFonden som hovedsponsor.

Øvrige udgifter vil blive søgt dækket af ved fondsansøgninger, herunder ansøgning til Indenrigs- og Sundhedsministeriets Udviklings og analysepulje 2007.

Efter implementeringsperioden vil der være driftsudgifter til vedligeholdelse af database og til vedligeholdelsesuddannelse af alarmoperatører.

Drift og vedligeholdelse af hjertestartere i offentlig eller privat regi varetages af ejerne af disse.

7. Tidsplan

Tidsperiode	Opgave
April 2007	Etablering af styregruppe
Maj-juni 2007	Start på etablering af hjemmeside til projektet
Juni-juli 2007	Indsamling og analyse af data som udgangsværdier
Maj-august 2007	Udvikling af hjertestarter-database og tilhørende hjemmeside
Maj-august 2007	Indsamling af oplysninger om eksisterende hjertestartere
Juli-august 2007	Uddannelse af alarmcentraloperatører i at identificere hjertestop og vejlede borgeren (ind-ringer)
Oktober 2007	Officiel projektstart
Oktober- november 2007	Oplysnings og informationskampagne "Grønne Hjerter" overfor borgere. Pressekonference den 29.10.2007. Kampagne-uger uge 44 og 45
Januar 2008	Foreløbig vurdering af projektets mål og justeringer
Januar 2009	Samlet vurdering af projektet og evalueringsrapport med fremtidige anbefalinger
Januar-maj 2009	Analyse af og udarbejdelse af videnskabelige data og anbefalinger

8. Efter projektfasen

Efter projektfasen vurderes resultaterne med henblik på hensigtsmæssig videreførelse i en driftfase.

Hjertestartenetværket og database forventes videreført i drift af TrygFonden frem til 2010 i samarbejde med Region Hovedstaden.

Rådgivning og vejledning fra alarmcentralen vil indgå som standardprocedure.

Fortsat dataindsamling sker som standardprocedure i regi af Region Hovedstadens Akutlægebiler.

Evt kan en fortsat driftfase dækkes af hjertestarterfirmaerne, der som modydelse opnår mulighed for automatisk servicering af egne kunder via hjertestarternetværket.

9. Referencer

Litteraturreferencer

1) Årsrapporter fra Dansk Hjertestopregister på www.kliniskedatabaser.dk

Rapport fra Dansk Hjertestopregister 2004.

Hjertestopbehandling udenfor hospital i Danmark. Dansk Hjertestopregister Årsrapport. 2005.

2) Caffrey SL, Willoughby PJ, Pepe PE, et al. Public use of automated external defibrillators. N Engl J Med. Oct 17 2002;347:1242-1247.

3) Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, et al. Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. N Engl J Med. Oct 26 2000;343:1206-1209.

4) Folke F LF, Gislason G, Buch P, Lock MH, Schramm TK, Køber L, Gadsbøl N, Loumann S, Abildstrøm S, Rasmussen S, Madsen M, Torp-Pedersen C. Phd projekt omhandlende præhospitalt hjertestop. 2006-2009.

5) European Resuscitation Councils . www.erc.edu.

6) Priori SG, Bossaert LL, Chamberlain DA, et al. ESC-ERC recommendations for the use of automated external defibrillators (AEDs) in Europe. Eur Heart J. Mar 2004;25:437-445.

7) Valenzuela TD, Roe DJ, Cretin S, et al. Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. Circulation. Nov 18 1997;96:3308-3313.

Referencer til relevante hjemmesider

Region Hovedstaden: www.regionhovedstaden.dk

TrygFonden: www.trygfonden.dk

Hjerteforeningen: www.hjerteforeningen.dk

Dansk Råd for Genoplivning: www.genoplivning.dk

European Resuscitation Council: www.erc.edu

Kontaktpersoner

Region Hovedstaden:

- Enhedschef Freddy Lippert,

Københavns Kommune:

- Sundheds- og omsorgsforvaltningen, Kontorchef Jens Egsgaard, vicekontorchef Birgitte Gade Kofoed, fuldmægtig Helle Vinther Kristensen

Frederiksberg Kommune:

- Sundhedschef Anne Friis Bendix og fuldmægtig Annette Ernst

Alarmcentralen i Storkøbenhavn:

- Alarmcentralchef Kim Jakobsen

Akutlægebilen Region Hovedstaden (tidligere lægeambulance):

- overlæge Søren Loumann Nielsen

TrygFonden:

- Kommunikationschef Trine Heidemann

Hjerteforeningen.

- Sundhedschef Ingrid Willaing

ATKINS - rådgivende Ingeniører

- Adm. direktør Palle Beck Thomsen og direktør Eli Skop

Forskningsgruppen

- se efterfølgende

Forskningsgruppen

Freddy Lippert,
Enhedschef for akut medicin og sundhedsberedskab
Koncern Plan og Udvikling
Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2,
3400 Hillerød.
E-mail: freddy.lippert@regionh.dk

Overlæge, dr.med., Christian Torp-Pedersen
Professor i Intern Medicin
Bispebjerg Hospital
Kardiologisk Klinik Y
Bispebjerg Bakke 23,
2400 København NV.
E-mail: CTP@Heart.dk

Fredrik Folke, Reservelæge, ph.d. studerende,
Bispebjerg Hospital,
Y-Forskning,
Bispebjerg Bakke 23,
2400 København NV.
E-mail: FF@Heart.dk

Dan Lou Isbye, Reservelæge, ph.d. studerende,
Rigshospitalet,
Anæstesi- og operationsklinikken afsnit. 4231
Blegdamsvej 9,
2100 København Ø
Mail: dan.lou.isbye@rh.hosp.dk

Jens Rosenberg, Reservelæge, ph.d. studerende,
Frederiksberg Hospital,
Kardiologisk-endokrinologisk klinik E
Nordre Fasanvej 57-59
2000 Frederiksberg
E-mail: jens.rosenberg@fh.regionh.dk

Søren Loumann Nielsen, overlæge,
Akutlægebilen, Region Hovedstaden,
Hovedbrandstationen
H.C.Andersens Boulevard 23
1553 København V
E-mail: soeren.loumann.nielsen@rh.regionh.dk

Grethe Thomas, sundhedsfaglig specialkonsulent,
Enhed for akut medicin og sundhedsberedskab
Koncern Plan og Udvikling
Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød.
E-mail: grethe.thomas@regionh.dk