

Som helsepersonell kan fysioterapeuter havne i situasjoner hvor det kreves at de kan utføre basal hjerte- og lungeredning, BHLR. Denne studien viser at fysioterapeuter ikke kan utføre tilfredsstillende BHLR i henhold til retningslinjene fra Norsk Resuscitasjonsråd.

Fysioterapeuters ferdigheter i basal hjerte- og lungeredning

Tina Strandås Hagen og Gro Thorsen
Institutt for Fysioterapeututdanning,
Avdeling for Helse- og Sosialfag
Høgskolen i Sør-Trøndelag

I situasjoner hvor en person har fått hjertestans hører vi ofte spørsmålet: «Er det noe helsepersonell til stede?» Folk forventer at helsepersonell skal mestre livreddende førstehjelp. Fysioterapeuter hører til under gruppen helsepersonell, men kan vi dermed forvente at fysioterapeuter har noe å bidra med i en slik situasjon? I jobben som fysioterapeut møter man mennesker fra 0 til 100 år med stor spredning i helsetilstanden. En

fjerdedel av pasientene i privat praksis er over 60 år (1). For mange fysioterapeuter i kommunale stillinger er andelen enda høyere, ettersom eldre ofte er en prioritert gruppe. Selv om risikoen for hjertestans øker med alderen (2,3), kan man heller ikke føle seg trygg når man arbeider med yngre pasienter. Det skremmende med hjertestans er nettopp at man på forhånd ikke kan plukke ut hvem som rammes. Det kan være et barn, en toppidrettsutøver eller en gammel dame på 89 år.

I overkant av 6.000 mennesker dør plutselig og uventet i Norge hvert år. Over 80 prosent av disse dødsfallene er forårsaket av hjertesykdom. Hver sjettede død skyldes et ferskt hjerteinfarkt eller plutselig hjertedød

(4,5,6). For hver 100.000 innbygger vil cirka 150 personer hvert år få plutselig hjertestans. Av disse blir cirka 60 til 70 forsøkt gjenopplivet med hjerte- lungeredning (HLR), og eventuelt defibrillator dersom redningspersonell kommer raskt til stedet. Av de 60 til 70 personene som blir forsøkt gjenopplivet vil seks til sju overleve, det vil si 10 prosent (7). Hos en voksen person der sirkulasjonsstans har vart i flere minutter, kan konsekvensen være irreversible skader i sentralnervesystemet. Etter cirka 10 minutter er det liten sjans for overlevelse med en inntakt hjernefunksjon (8).

Hensikten med basal hjerte- og lungeredning (BHLR) er å sikre tilstrekkelig ventilering og sirkulasjon for å opprettholde

Sammendrag

Målet med denne undersøkelsen var å finne ut om fysioterapeuter som arbeider utenfor sykehus kunne utføre basal hjerte- og lungeredning i henhold til gjeldende retningslinjer.

Praktiske ferdigheter ble testet hos fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, og resultatene ble vurdert i forhold til retningslinjene. I tillegg besvarte testpersonene et spørreskjema med spørsmål om egen bakgrunn, samt to teoretiske spørsmål knyttet opp mot kunnskap om gjenopplivning. Vurdert opp mot norske retningslinjer i basal hjerte- og lungeredning, fikk

ingen av testpersonene godkjent gjennomføringen av testen. De fleste testpersonene hadde enkelte korrekte utførte evalueringspunkter, og noen få var relativt nær et godkjent resultat. 16 av 20 testpersoner oppga at de kunne utføre tilfredsstillende basal hjerte- og lungeredning. Med bakgrunn i helsepersonellovens krav om forsvarlighet, bør fysioterapeuter beherske hjerte- og lungeredning. Resultatene indikerer derfor at dette er et område som bør prioriteres sterkere.

oksygentilbudet til vevene i påvente av at avansert og endelig behandling kan finne sted. En voksen person kan ikke vekkes til live med BHLR, men man kan vinne tid (9,10,11). Det inngår fire elementene i BHLR: initial vurdering, etablering av fri luftvei, kunstig åndedrett og bryst-kompresjon (9).

Pasientens prognose etter hjertestans er avhengig av hvor lang tid det tar fra ventrikkelflimmer (VF) starter til normal hjerterytmе er gjenopprettet ved bruk av defibrillator. Innen defibrillator kan skaffes til veie, er det svært viktig at pasienten får BHLR av best mulig kvalitet (4). Overlevelse etter hjertestans er signifikant høyere dersom hjertestansen skjer på gaten eller et offentlig sted enn i hjemmet. Dette kan skyldes kortere tid fra kollapset til ambulansepersonellet er hos pasienten og hyppigere bruk av BHLR på grunn av flere mennesker i nærheten (5,12). I flere norske storbyer oppgis for eksempel gjennomsnittlig utrykningstid for ambulanse å være cirka åtte til 11 minutter (5,7). Dersom ingenting gjøres før ambulansen kommer, har overlevelseshøyden allerede sunket dramatisk (se tabell 1). BHLR startet av en tilskuer vedlikeholder VF og øker sjansene for å overleve hjertestans utenfor sykehuset (13). Rask BHLR må etterfølges av defibrillering for å reetablere en normal, spontan rytme i hjertet (11, 14).

Tall fra Norges offentlige utredninger (NOU) indikerer at uten BHLR, men med defibrillering innen seks minutter, er sjansen for å overleve en hjertestans 20 prosent (se tabell 1). Sjansen for overlevelse oppgis her å øke til det dobbelte hvis BHLR blir satt i gang. Går det mer enn 20 minutter uten BHLR fra kollaps til defibrillatoren benyttes, er overlevelseshøyden lik null (4).

Flere studier konkluderer med at BHLR redder liv (11,13,14,15). Overlevelseshøyden er imidlertid avhengig av kvaliteten på utførelsen av BHLR. Wik, Steen og Bircher (16) rapporterte fra en undersøkelse i Oslo at 23 prosent overlevde ved god kvalitet på BHLR, mens bare en prosent overlevde ved dårlig kvalitet på BHLR. Dette betyr at det nesten ikke er forskjell på dårlig og ingen BHLR (11,12). Pasienter som hadde fått god BHLR hadde oftere VF når ambulansepersonell kom til stedet enn de pasientene som hadde fått dårlig eller ingen BHLR (14). Det er også vist at BHLR utført av profesjonelt personale gir bedre utfall enn BHLR utført av «vanlige» mennesker (16). Overlevelseshøyden øker i takt med rask gjenkjennelse og håndtering av situasjonen. Personer som kan utføre BHLR godt, kjen-

Tabell 1. Sjansen for å overleve hjertestans utenfor sykehuset (NOU, 1998)

Tid før defibrillering	+BHLR	-BHLR
0-5 min.	40%	20%
6-10 min.	30%	10%
11-20 min.	10%	1%
over 20 min.	sporadisk	0%

+ BHLR: iverksatt BHLR av en forbigående

- BHLR: ikke iverksatt BHLR

ner også ofte tidligere igjen en hjertestans enn personer med dårlige ferdigheter innen BHLR.

Gjennom en effektiv og omfattende utbygging av allmennhetens og medisinske personells ferdigheter i basal og avansert HLR, har man kunnet øke overlevelseshøyden blant pasienter som rammes av hjertestans utenfor sykehuset (13). For å opprettholde et tilfredsstillende ferdighetsnivå i BHLR, bør det gjennomføres praktisk trening minst to ganger i året (4,17). Straffeloven forplikter alle borgere til å hjelpe andre mennesker i nødssituasjoner. Spesielle krav blir stilt til helsepersonell for å hjelpe til i en livstruende situasjon. Begrunnelsen til dette er at helsepersonell i kraft av sin utdanning og erfaring, har særlige forutsetninger for å hjelpe i slike situasjoner (4).

Helsepersonellovens formål er å «bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helse-tjeneste». I denne sammenhengen vil det være rimelig å tro at kunnskap om førstehjelp vil være med på å forbedre sikkerheten til pasientene og derav også kvaliteten i helsetjenesten (18). Helsepersonelloven har en paragraf som heter øyeblikkelig hjelp. I denne inngår det at alt helsepersonell har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, uansett om det er i arbeidstiden eller på fritiden. Når en situasjon oppstår skal helsepersonell straks gi den helsehjelp de kan utføre, hvis hjelpen er påtrengende nødvendig. Plikten opphører hvis et bedre kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen (18,19).

Et viktig punkt i helsepersonelloven handler om forsvarlighet, der det blir satt krav til faglig forsvarlighet i yrkesutøvelsen. Dette gjelder ved alle deler av yrkesutøvelsen, ikke bare i forbindelse med behandling av pasienter. Denne paragrafen er imidlertid ikke til hinder for at helsepersonell i en nødssituasjon kan gå ut over sin kompetanse (18). Også innenfor yrkesetiske retningslinjer for Norsk Fysioterapeut-

forbund (NFF) står faglig forsvarlighet sentralt, der den enkelte fysioterapeut skal holde seg oppdatert og arbeide mot høy kvalitet innenfor sine fagområder. Fysioterapeuten er selv ansvarlig for det arbeidet vedkommende skal utføre (20). Ifølge lov om helsetjenester i kommunen (21) plikter også enhver kommune å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning.

Det finnes lite litteratur som forteller hva helsepersonell faktisk kan av BHLR. Bjørshol (17) undersøkte ferdighetene i BHLR til helse- og redningspersonell utenfor sykehuset, og konkluderte at leger og sykepleiere ikke kan utføre tilfredsstillende BHLR. Med bakgrunn i Bjørshols funn kan det være grunn til å anta at kvaliteten på slike ferdigheter er for dårlig også hos andre grupper helsepersonell. Formålet med denne undersøkelsen var derfor å finne ut om fysioterapeuter utenfor sykehuset kan utføre basal hjerte- og lungeredning i henhold til gjeldende retningslinjer.

Metode

Testpersoner

Testpersonene (TP) i denne undersøkelsen arbeidet som fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, enten i fastlønte stillinger eller ved private institutter. TP skulle ikke ha kjennskap til denne undersøkelsen fra før, så arbeidssteder som testlederne (TL) hadde hatt kontakt med tidligere i forbindelse med praksis ble ekskludert. Det ble derfor sendt ut brev til fire av seks bydeler i den aktuelle kommunen. To ga positivt svar, og det ble til sammen 12 TP. Det ble videre sendt brev til 20 fysiske institutter, tilfeldig plukket ut fra telefonkatalogen. Fire institutter ga positivt svar, og dette ga til sammen åtte TP. Aldersspredningen blant TP var fra 23 til 59 år.

Utstyr

Dukken, en Resusci Anne fra Lærdal Medical, ble lånt fra Sør-Trøndelag sivilfor-

Hensikten med basal hjerte- og lungeredning, BHLR, er å sikre tilstrekkelig ventilering og sirkulasjon for å opprettholde oksygentilbudet til vevene i påvente av at avansert og endelig behandling kan finne sted.

svar. I de nyeste retningslinjene til Norsk Resuscitasjonsråd hører ikke pulskontroll med til BHLR (9). Puls pumpen som fulgte med dukken ble derfor ikke benyttet. Kontrollampa for ventilasjon og kompresjon ble heller ikke benyttet, da denne kunne være et forstyrrende element under testingen.

Et evalueringsskjema ble utarbeidet med utgangspunkt i testskjemaet til Bjørshol (17). Under utforming av skjemaet ble det tatt utgangspunkt i de nyeste retningslinjene for BHLR for voksne. Evalueringsskjemaet ble gjennomgått og godkjent av faglig leder ved Midt-Norsk Sikkerhetsopplæring AS (MINSO). Det inneholdt ni evalueringsskjemapunkter der TP kunne krysse av «ja» eller «nei», ettersom TP utførte punktene tilfredsstillende eller ikke. For å kunne si at TP hadde gjennomført en tilfredsstillende BHLR, måtte de gjennomføre punktene i angitt rekkefølge (1-9) og få alle punktene godkjent.

Etter den praktiske delen fikk TP utdelt et spørreskjema med sju spørsmål. I tillegg til bakgrunnsopplysninger om testpersonenes alder, medlemskap i førstehjelpsorganisasjon og lignende, hadde skjemaet to teoretiske spørsmål knyttet opp mot deres kunnskap og gjenopplivning.

Proseduren

De 20 instituttene og fire bydelene fikk tilsendt et brev med spørsmål om de hadde lyst til å være med på en undersøkelse med navnet «Undersøkelse X». Det ble opplyst om hvor lang tid undersøkelsen ville ta, og at testingen ville skje på TPs arbeidsplass. Det ble i brevet ikke opplyst om hva temaet for undersøkelsen var. Fysioterapeutene som var positive til undersøkelsen, ble kontaktet via telefon for å avtale nøyaktig tidspunkt for testing. De eneste opplysningene som ble gitt, var at undersøkelsen besto av en prak-

tisk del og et spørreskjema.

Undersøkelsen ble gjennomført over tre dager. Dukken ble lagt i standardisert utgangsstilling på et teppe i testrommet. Standardisert utgangsstilling er ryggliggende med hodet i nøytral stilling, det vil si blokkerte luftveier, og glidelåsen på jakken helt igjen. En telefon ble lagt ut, og TP ble i situasjonsbeskrivelsen gjort oppmerksom på denne. Det ble ikke gitt noe informasjon om undersøkelsen før TP kom inn i testrommet. Der fikk TP med en gang vite at temaet var gjenopplivning. TP ble så gitt situasjonsbeskrivelsen: «Vi vil at du skal vise, ikke fortelle oss, hva du ville ha gjort i denne situasjonen. Tenk deg at dette er en virkelig situasjon. Du går ut på venteværelset for å hente en pasient, 50 år, til førstegangs-konsultasjon. Når du kommer ut på venteværelset, ser du at denne personen ligger tilsynelatende livløs på gulvet. Du ser ingen andre i nærheten. Utfør de tiltak du ville ha gjort i denne situasjonen. Det eneste hjelpemiddelet du har tilgjengelig er telefonen som står i det rommet du nå befinner deg i». Situasjonsbeskrivelsen ble gitt nøyaktig på samme måte til alle TP. TP fikk ingen tilbakemelding underveis på hvordan de gjorde det, og det ble ikke svart på spørsmål underveis om utførelsen var riktig. Det eneste som ble opplyst til TP under undersøkelsen var at pasienten verken hadde pust eller puls. Dette ble ikke sagt før TP hadde undersøkt dette. Etter den praktiske delen fikk TP utlevert spørreskjemaet. Før TP forlot rommet ble bakgrunnen for undersøkelsen forklart, og TP ble bedt om ikke å fortelle noe om temaet til de andre TP.

Resultater

Ut fra kriteriene i retningslinjene ble TP vurdert i utførelse av hvert punkt og den bestemte rekkefølge. Som nevnt tidligere måtte TP ha «ja» på alle ni evalueringsskjemapunktene og gjennomføre dem i angitt rekkefølge for å få testen godkjent. Vurdert opp mot norske retningslinjer i BHLR fikk ingen av TP godkjent gjennomføring av testen. Dersom et evalueringsskjemapunkt ble utført feil eller gjort i feil rekkefølge, ble de resterende punktene underkjent. Halvparten av TP fikk ingen av evalueringsskjemapunktene godkjent, og de resterende TP fikk det første evalueringsskjemapunktet godkjent.

Gjennomføring av hvert evalueringsskjemapunkt

Figur 1 viser at det var stor variasjon mellom evalueringsskjemapunktene. Punktet rop om hjelp var det ingen som utførte, mens de fleste av TP utførte punktene åndedretts-

kontroll, ringe Akutt Medisinsk Kommunikasjonssentral (AMK-sentral) og kompresjonssted riktig.

Resultatene fordelt på testpersoner

Figur 2 viser at det er stor spredning i kunnskapsnivået i BHLR blant TP. Det varierte mellom to og sju riktige. Figuren viser ikke hvilke evalueringsskjemapunkter TP ikke fikk godkjent.

Ventilering og brystkompresjoner

Figur 3 viser resultatene for ventilering og brystkompresjon isolert, uten å ta hensyn til de øvrige evalueringsskjemapunktene. 14 av 20 TP kunne utføre tilfredsstillende brystkompresjoner med hensyn til riktig sted, kraft og hastighet. Under halvparten (9) klarte ikke å gi to effektive innblåsing, og enda færre (7) hadde riktig forhold mellom disse to.

Riktig forhold mellom frie luftveier og åndedrettskontroll

Tre av TP åpnet luftveiene til «pasienten». Av disse tre var det en som ikke utførte åndedrettskontroll etterpå. 18 av 20 utførte åndedrettskontroll på «pasienten», men det var kun to som åpnet luftveiene før de sjekket åndedrettet.

Resultater fra spørreskjemaet

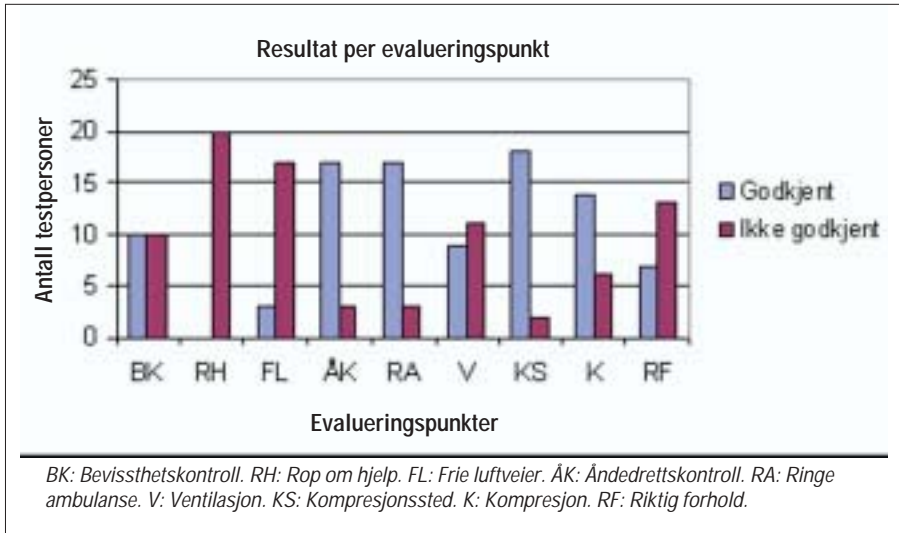
TP ble spurt om de selv mente de kunne utføre BHLR. Av 20 svarte 16 personer «ja», tre svarte «nei» og én var usikker. Fem av 20, det vil si 25 prosent, hadde hatt bruk for førstehjelp én eller to ganger i løpet av sin yrkeskarriere.

Det var stor variasjon blant TP med henhold til når de sist hadde hatt opplæring i gjenopplivning. Én hadde aldri fått opplæring i dette, fire hadde hatt kurs det siste året, syv hadde hatt kurs i tidsintervallet én til fem år og for åtte av TP var det lenger enn fem år siden sist de hadde fått opplæring.

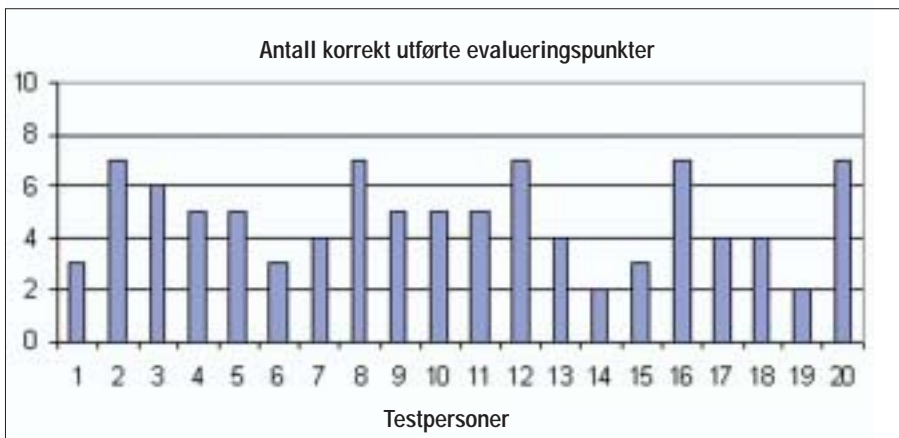
Diskusjon

Utgangspunkt for vurderingen av TPs ferdigheter var som nevnt retningslinjene til det Norske Resuscitasjonsrådet. Alle evalueringsskjemapunkter måtte være godkjent og utført i angitt rekkefølge for at utførelsen skulle bedømmes til godkjent. Ifølge disse kriteriene var det ingen av TP som fikk testen godkjent.

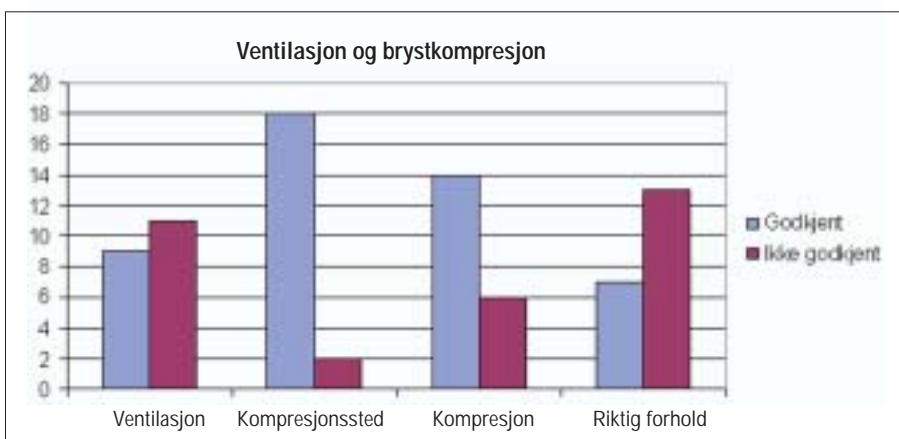
Ingen av de 20 TP utførte punkt nummer to på evalueringsskjemaet; rop om hjelp. Dette kan skyldes at testsituasjonen var en unaturlig situasjon, der det ikke stod om liv, fordi «pasienten» var en dukke. I tillegg ble



Figur 1. Antall testpersoner som hadde hvert evalueringspunkt riktig, sett bort fra rekkefølgen i utførelsen av punktene.



Figur 2. Antall korrekt utførte evalueringspunkter per testperson, sett bort fra rekkefølgen.



Figur 3. Testpersonenes resultat for evalueringspunktene ventilering og hjertekompresjon.

TP observert av to personer. Testen ble utført i et lukket rom, så TP kan ha unnlatt å rope om hjelp fordi de ikke ville forstyrre kolleger. På den annen side var det ingen av TP som oppgav at de ville ha ropt om hjelp i en virkelig situasjon. Dersom vi likevel ser bort fra punktet, rop om hjelp, er det fortsatt ingen som ville fått testen godkjent.

Er retningslinjene for strenge? Å ikke rope om hjelp, fører ifølge retningslinjene til at testen ikke blir godkjent. Selv om det ikke blir ropt om hjelp, kan et liv reddes ved at de andre evalueringspunktene blir utført korrekt. Det er tross alt viktigst at noe gjøres selv om rekkefølgen ikke skulle være korrekt.

Noen av punktene er viktigere å utføre i riktig rekkefølge enn andre, for eksempel å ringe AMK-sentralen før gjenopplivningen starter på en voksen person. Selv om BHLR kjøper tid, behøvdtes det mer avansert utstyr til å reetablere spontan, normal hjerterytme (11,14). Det er også av stor betydning at luftveiene frigjøres tidlig, da dette kan være nok til at pasienten begynner å puste selv (9). Åndedrettskontroll og ventilering vil ikke være til nytte hvis luftveiene er lukket.

Om man ser bort fra rekkefølgen på utførelsen, kan man få et annet, og kanskje bedre, inntrykk av hva fysioterapeuter faktisk kan om BHLR. Et av punktene som TP gjennomførte bra, var å ringe AMK-sentralen før gjenopplivningen startet. Dette er som tidligere nevnt veldig viktig. Et annet moment som skilte seg ut positivt var utførelse av selve kompresjonen, med hensyn til kraft, frekvens og sted. 17 TP utførte åndedrettskontroll på «pasienten». I utgangspunktet er dette bra, men ettersom kun to hadde gitt frie luftveier på forhånd, er åndedrettskontrollen for de fleste ikke relevant. Uten å gi pasienten frie luftveier, har det liten hensikt å sjekke om pasienten puster, og andre punkter som for eksempel ventilering blir av liten betydning. Noen av TP husket å åpne luftveiene til «pasienten» idet de skulle begynne med innblåsinger. Som nevnt ovenfor er åpne luftveier nødvendig for å få en effektiv ventilering, men på dette tidspunktet kan allerede verdifull tid, der pasienten kunne ha pustet, gått tapt. Når konsekvensene av å gi frie luftveier er så store, er det bekymringsfullt å se at kun tre av 20 TP ville ha åpnet luftveiene i en tidlig fase.

18 av 20 hadde riktig kompresjonssted (nedre halvdel av sternum), og 14 av 20 hadde riktig frekvens og kraft på kompresjonene (se figur 3). En feil som gikk igjen var at TP utførte kompresjonene med for lav frekvens (cirka én per to til tre sekund). Ideelt

For å opprettholde et tilfredsstillende ferdighetsnivå i BHLR, bør det gjennomføres praktisk trening minst to ganger i året

skal frekvensen være i underkant av to kompresjoner per sekund (100 per minutt). En annen feil som gikk igjen var at TP ikke trykket brystkassen langt nok ned. Det er vanskelig å vurdere om brystkassen ble trykket langt nok ned, så for TP som ikke fikk dette punktet godkjent, var feilen tydelig. For å få en korrekt brystkompresjon, skal man trykke fire til fem centimeter ned (9,22).

Nesten halvparten av TP utførte ventilasjon korrekt. Feil som ble gjort ved ventilering var at TP ikke holdt for nesen på «pasienten», og/eller ikke ga frie luftveier slik at luften ikke kom ned i lungene. Sju av TP hadde riktig forhold (15 kompresjoner, 2 innblåsing) mellom ventilering og kompresjoner. Her pågår det stadig endringer og diskusjoner om hva som er det optimale forholdet. På grunn av trykkøkningen i brysthulen er det en større feil å gi for få kompresjoner enn for mange (23). Av dem som ikke hadde riktig forhold mellom ventilering og kompresjoner, var det ingen som ga flere kompresjoner enn 15. Det var alt i alt seks personer som utførte riktig ventilering, kompresjoner (sted og trykk) og forhold disse imellom. Flere av TP ville legge «pasienten» i stabilt sideleie til ambulansen eller annen hjelp var på plass. Dette valget foretok TP selv om de var klar over at pasienten verken hadde puls eller pust. Som nevnt tidligere, kan det ta tid før ambulans kommer til stedet. Om man velger å legge denne «pasienten» i stabilt sideleie og ikke gjøre noe annet, vil overlevelsesprosenten synke dramatisk (se tabell 1). Disse TP ble derfor spurt hva de ville ha gjort dersom de skulle utføre mer aktive tiltak før ambulansen kom.

Sammenheng mellom egen oppfatning og faktiske ferdigheter

16 av 20 TP mente at de kunne utføre BHLR hvis det ble nødvendig. TPs holdninger til hva de kan stemmer altså ikke overens med resultatet på testen. Dette kan ha mange årsaker. En årsak kan være at fysioterapeutene tar for lett på oppgaven, og ikke vet hva som

kreves for å utøve riktig BHLR. En annen årsak kan være at TP ikke tror de selv vil komme opp i en slik situasjon. Det er bekymringsfullt at det er så stor forskjell mellom TPs tro på egne ferdigheter og de reelle ferdighetene. Dette kan føre til at TP overvurderer sine ferdigheter i BHLR, og vedlikehold eller forbedring av ferdighetene ikke blir prioritert. Dette resultatet ligner også resultatene i Bjørshols studie (17).

Generell metodekritikk

TP var tilfeldig utvalgt og derfor trolig et representativt utvalg for kommunen. Resultatene kan selvsagt ikke uten videre generaliseres, men man kan jo spørre seg hvor sannsynlig det er at resultatene *ikke* skulle være representative for norske kommuner generelt. Noe som kan påvirke resultatet er at flere ved samme arbeidsplass ble testet. Det er naturlig å tro at tilbudet til opplæring i BHLR, som de har fått gjennom arbeidsplassen, vil være likt blant disse fysioterapeutene. Det ble ikke tatt hensyn til hvor lenge TP hadde vært yrkesaktiv, slik at noen kunne ha hatt opplæring i BHLR ved tidligere arbeidsplass eller under utdanning.

Resultatet kan være påvirket av at TP synes testsituasjonen virker kunstig. Dette ble prøvd forhindret ved å legge situasjonen til TPs arbeidsplass, og situasjonsbeskrivelsen beskrev en realistisk situasjon de kan bli utsatt for. Dukken kan være med på å gjøre situasjonen mer kunstig, men den har de samme anatomiske strukturer som et menneske, så fremgangsmåten ved BHLR blir lik. TP var uforberedt på hvilken situasjon som ventet dem, noe som er med på å gi en mer realistisk situasjon og resultat. Testen ble gjennomført i et lukket rom, og TP ble bedt om å ikke si noe til de som skulle testes senere. Slik ble startgrunnet mest mulig likt for alle.

De to testlederne (undertegnede) har ingen tidligere erfaring med å vurdere ferdigheter i BHLR. Evalueringsskjemaet ble derfor godkjent av faglig leder i MINSO. Begge testlederne hadde hvert sitt evalueringsskjema og krysset av under testingen uavhengig av hverandre. Skjemaene ble sammenlignet og diskutert etter hver TP. For å gjøre det enklest mulig, var svaralternativene på skjemaet «ja» og «nei». TP fikk ingen tilbakemelding under testen, slik at TP ikke ble påvirket underveis.

Hva betyr resultatet?

Både Helsepersonelloven, Lov om helsetjenester i kommunene og Norsk Fysioterapeutforbunds yrkesetiske retnings-

linjer for fysioterapeuter handler om forsvarlighet og kvalitet i yrkesutøvelsen. Man kan spørre seg om det er riktig å si at fysioterapeuter arbeider forsvarlig når de ikke behersker BHLR? Så lenge en stor del av pasientgruppen består av eldre, som har økt fare for å få hjertestans, vil sjansen for at fysioterapeuten får bruk for BHLR være stor. Fysioterapeuter arbeider dessuten med syke pasienter som har økt sjanse for hjertestans. Aktuelle diagnoser i denne sammenheng er hjerneslag, hjerteinfarkt, lungesykdommer, maligne sykdommer og diabetes (2). Trekker man det langt kan man si at fysioterapeuter som ikke kan BHLR, ikke tilfredsstiller disse punktene i lovene og retningslinjene.

Alle TP ble veldig overrasket da de fikk vite temaet på undersøkelsen, men ga positive tilbakemeldinger på at temaet ble tatt opp. Flere uttrykte at dette var en viktig tankevekker. Noen av TP fortalte at de lenge hadde ønsket tilbud om gjenopplivningskurs gjennom jobben. Loven om helsetjeneste i kommunen (21) plikter enhver kommune til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Denne paragrafen bør også inkludere førstehjelpsundervisning, men ansvaret for å holde seg oppdatert bør også ligge på hvert enkelt individ. Det er påkrevd for fysioterapeuter i testkommunen, som skal ha bassengtrening, å ha livredningskurs. Under dette skal også BHLR inngå. Flere av TP drev med behandling i basseng, men heller ikke disse fikk godkjent resultat på testen.

Andre lignende undersøkelser gjort blant fysioterapeuter er ikke funnet. Derfor ses denne studien i sammenheng med Bjørshol studie om ferdigheter i BHLR blant helse- og redningspersonell utenfor sykehus. Parallellt som kan trekkes mellom Bjørshols og denne undersøkelsen, er at helsepersonell ikke kan utføre BHLR tilfredsstillende og at det er mange flere som tror de kan BHLR enn som utfører det tilfredsstillende. Tidligere undersøkelser blant andre grupper helsepersonell viser at de som har lært førstehjelp det siste året, oppnår klart bedre resultater enn de andre (17).

Det synes viktig for en fysioterapeut å kunne utføre BHLR tilfredsstillende, når en ser på alle de ulike arenaer en fysioterapeut jobber på. Et mål bør kanskje være å få fysioterapiutdanningene til å ta initiativ til å legge førstehjelpskurs inn i undervisningen i løpet av første år. Dette bør være et minstekrav ettersom man bør ha to kurs i året for å opprettholde et tilfredsstillende nivå i BHLR (4,17). Utdanningen kan her være med på å

skape positive holdninger omkring dette temaet. På sikt kan kanskje dette være med på å øke kunnskaps- og ferdighetsnivået i BHLR til denne yrkesgruppen.

Konklusjon

Ingen av fysioterapeuten som deltok i Undersøkelse X, kunne utføre tilfredsstillende BHLR på voksne i henhold til gjeldende retningslinjer. Selv med en «snillere» tolkning av retningslinjene, var det stor variasjon i kunnskaps- og ferdighetsnivået. Det store flertallet unnlot å utføre svært viktige handlinger, som å åpne luftveier, noe som er avgjørende for å redde liv.

Med bakgrunn i lovenes krav om forsvarlighet mener vi at fysioterapeuter bør beherske gjenopplivning. Våre resultater indikerer at disse kravene ikke blir tilfredsstillt. Dette er med på å påvirke både fysioterapeutens og pasientens trygghet i behandlingssituasjoner.

Referanser

- Vasseljen O, Hansen AE. Pasienter i privat praksis – Hvem er de og hva lider de av? FYSIOTERAPEUTEN 2002; 69 (5): 13-18.
- Skogvoll E, Sangolt GK, Isern E, Gisvold SE. Out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: a population-based Norwegian study of incidence and survival. European journal of emergency medicine 1999; 6: 323-330.
- Mæland JG. Helhetlig hjerterehabilitering. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 1995.
- Norges offentlige utredninger (NOU). Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Kapittel 3. NOU 1998; 9: Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykking; 1998.
- Sunde K, Fremstad KO, Furuheim J, Steen PA. Utrykningstid for ambulansetjenesten i Oslo ved hjertestans. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 2001; 121: 900-903.
- Lexow K. Unødvendig hjertedød - en utfordring! Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1999; 119: 781.
- Skogvoll E. Hjertestans. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 2000; 120: 2012.
- Brodal P. Sentralnervesystemet. Bygning og funksjon. 2 opplag. Oslo: Tano; 1995.
- Hapnes SA, Steen PA for Europeisk resuscitasjonsråd. Retningslinjer for basal hjerte-lunge-redning av voksne pasienter. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1999; 119: 814-817.
- Åbyholm F. Førstehjelp. Norsk førstehjelps-
råd. Oslo: Universitetsforlaget; 1994.
- Sunde K. Cardiopulmonary resuscitation – Quality of performance and how to further improve haemodynamics. Oslo: Holstad Grafiske; 1999.
- Ballew KA. Recent advances: Cardiopulmonary resuscitation. British Medical Journal 1997; 314: 1462.
- Herlitz J, Ekstrøm L, Wennerblom B, Axelsson Å, Bång A, Holmberg S. Effect of bystander initiated cardiopulmonary resuscitation on ventricular fibrillation and survival after witnessed cardiac arrest outside hospital. British heart Journal 1994; 72: 408-412.
- Wik L. Cardiopulmonary resuscitation: Effects of improving the early cardiopulmonary resuscitation and early advanced care links in the chain of survival for cardiac arrest victims. Institute for Experimental Medical Research, Ullevål Hospital, University of Oslo; 1996.
- Zipes DP. Saving time saves lives. Circulation 2001; 104(21): 2506.
- Wik L, Steen PA, Bircher NG. Quality of bystander cardiopulmonary resuscitation influence outcome after prehospital cardiac arrest. Resuscitation 1994; 28: 195-203.
- Bjørshol CA. Ferdigheter i basal hjerte-lunge-redning. En undersøkelse blant helse- og redningspersonell utenfor sykehus. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1996; 114: 1852.
- Befring AK, Ohnstad B. Helsepersonelloven – med kommentarer. Bergen: Fagbokforlaget; 2001.
- Lov om helsepersonell; Lov av 02.07.1999 med revidering 21.12.2000. Oslo: Lovdata; 2001.
- Norsk Fysioterapeutforbund (NFF). Yrkesetiske Retningslinjer - Vedtatt av Landsstyremøtet 1987 med endringer i 1991, 1993 og 1998.
- Lov om helsefjenesten i kommunene; Lov av 19.11.1982 med revidering 02.07.1999. Oslo: Lovdata; 2001.
- Handley AJ, Monsieurs KG, Bossaert LL. European Resuscitation Council Guidelines 2000 for Adult Basic Life Support. Resuscitation 2001; 48: 199-205.
- Lexow K, Skogvoll E, Sunde K, Steen PA. Nye retningslinjer for basal og avansert hjerte- og lunge redning av voksne og barn. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 2002; 122: 282-284.

Abstract

This study aimed to explore whether physiotherapists working outside a hospital setting could perform basic cardiopulmonary resuscitation according to current guidelines. The practical skills of physiotherapists working in the community were assessed and the results were evaluated in relation to the guidelines. The test persons also answered a questionnaire about their background and two questions regarding their knowledge about resuscitation. When compared against the Norwegian guidelines for cardiopulmonary resuscitation, none of the test persons performed the test at a satisfactory level. The majority of the test persons scored correctly on a few of the evaluation points and a few were close to a satisfactory level. 16 out of 20 test persons stated that they were able to perform cardiopulmonary resuscitation at a satisfactory level. According to the demands of safe practice in the Norwegian Act for Health Personnel, physiotherapists should master cardiopulmonary resuscitation. The results indicate that this is an area that should be prioritised more strongly.

Basal hjerte- og lungeredning for voksne og barn, se neste side.

PS! I de siste retningslinjene fra Norsk Resuscitasjonsråd angående beredskap for hjertestans heter det at «alt helsepersonell med pasientkontakt skal kunne defibrillere (DHLR) innen tre minutter etter erkjent hjertesans». Dette betyr at tilgjengelighet til og kunnskap om en enkel halvautomatisk defibrillator (hjertestarter) anses som en del av vanlig førstehjelp. Les mer om hjerte- og lungeredning på rådets nettsider: www.hlr2003.org/index1.html.

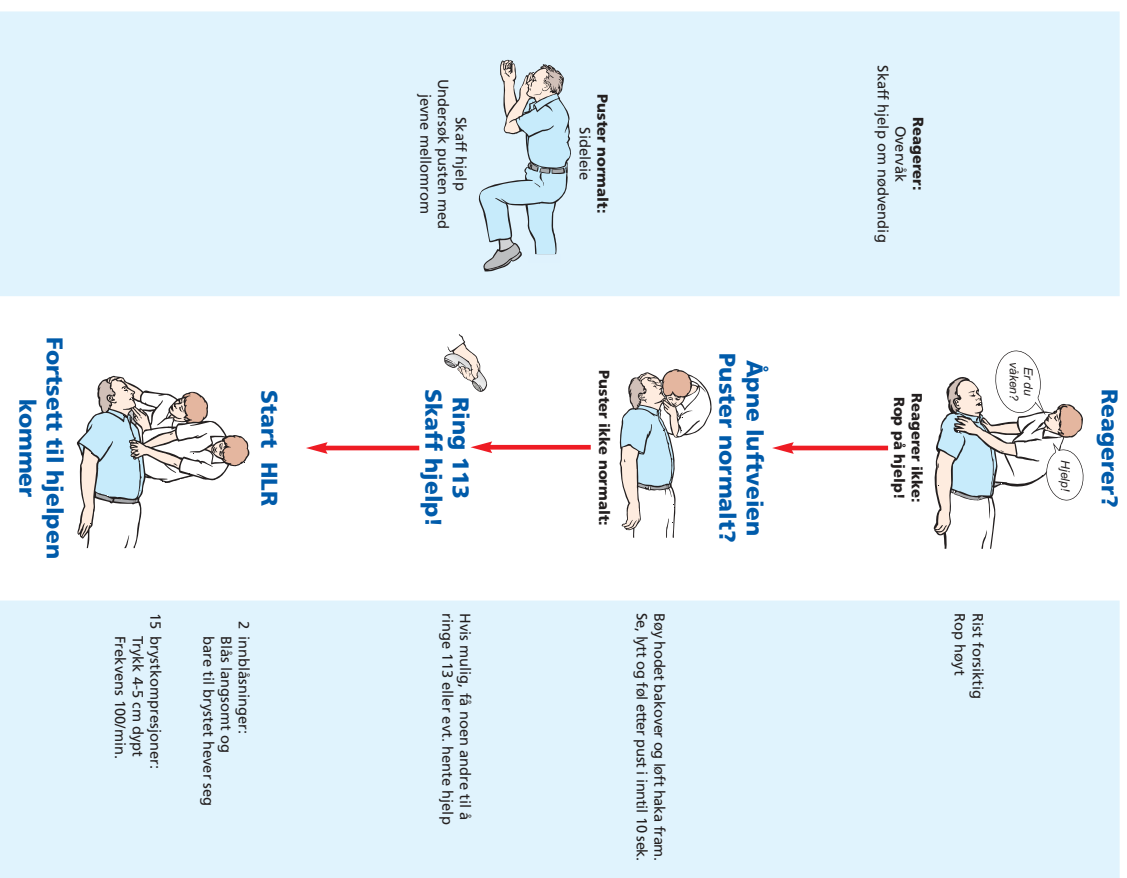
"Leverandør av STANDARD- og SPESIALBENKER for alle terapiformer"



masoflex
telefon 32 27 04 00 / telefax 32 27 04 04

Finn din benk på
[www.masoflex.no!](http://www.masoflex.no)

BASAL HLR - VOKSNE



BASAL HLR - BARN

