



Norsk Førstehjelpsråd
Norwegian first aid council

**DEN SAMFUNNSØKONOMISK VERDIEN
AV FØRSTEHJELPSOPPLÆRING I NORGE**
- sluttrapport fra FØRFORSAM-prosjektet

Av Benedicte Brøgger og Leon Bogdan Stacescu, Handelshøyskolen BI

INNLEDNING

Dette er sluttrapporten fra FØRFORSAM-prosjektet (Førstehjelp, Forsikringer, Samfunnsnytte), en studie av førstehjelpsopplærings-situasjonen i Norge i dag ledet av Norsk Førstehjelpsråd (NFR). Prosjektet er finansiert av Stiftelsen Forsikringsakademiet.

Formålet med studien er å bidra til et kunnskapsgrunnlag til NFRs arbeid med sin strategi for førstehjelpsopplæring og til forsikringsbransjens forståelse av førstehjelpsopplærings betydning for omfang av utbetalinger av forsikringer ved akutt sykdom og skade.

Rapporten består av fire deler, og en konklusjon med noen forslag.

Del 1 gir bakgrunnsinformasjon om økosystemet som er engasjert i arbeidet med å utvikle og kvalitetssikre førstehjelpsopplæringen i Norge i dag og om FØRFORSAM-prosjektet. Denne delen angir de økonomiske og praktiske rammene for studien.

I del 2 gjøres avgrensninger og definisjoner av førstehjelp og tilskuerførstehjelp, ulike sider ved førstehjelpsopplæringen i Norge, samt mulighetene for å beregne hva type og kvalitet ved opplæringen gir av helsegevinst. Denne delen angir de konseptuelle rammene for studien og beregningene.

I del 3 presenteres data og metodevalg, og studiens validitet og reliabilitet drøftes.

I del 4 gjøres selve beregningene i kroner og øre av hva dagens førstehjelpsopplæring koster og hvor mange færre «tapte liv» som potensielt følger av den, som et rent tallbasert, svært overordnet anslag for hva dagens førstehjelpsopplæring i Norge gir av samfunnsøkonomisk verdi.

Denne studien er et første, innovativt forsøk på å beregne den samfunnsøkonomiske nytteverdien av førstehjelpsopplæringen i Norge. Det er store svakheter ved tallgrunnlaget, men på et helt overordnet nivå peker det i retning av at førstehjelps-opplæringen har betydelig samfunnsøkonomisk verdi. Denne kan utforskes videre i mer detaljerte oppfølgende studier om det skulle være ønske om å gå videre ut fra tankemåten som er lagt til grunn her. Allerede på dette nivået er det likevel noen tydelige mønstre som avtegner seg, og som vil kunne ha betydning for NFRs strategiarbeid. Gitt disse kommer vi i konklusjonen med fem anbefalinger til det videre strategiarbeidet, inkludert en om forsikringsbransjens mulige rolle.

INNHold

Innledning	3
Del 1. Bakgrunnsinformasjon	6
Økosystemet for førstehjelpsopplæring i Norge	6
Studien som del av FØRFORSAM-prosjektet	6
Del 2. Avgrensinger og definisjoner	8
Førstehjelp	8
Tilskuerhjelp	8
Akuttmedisinsk hjelp	9
Redningstjenesten	10
Førstehjelpsopplæring	10
Type og kvalitet på førstehjelpen og betydning for helsegevinst	12
Del 2. Data og metode	14
Førstehjelpsopplæring	14
Helsegevinst	15
Del 4. Beregning av kost og nytte	16
Kostnader til førstehjelpsopplæring	16
Et representativt utvalg tilbydere	16
Et representativt utvalg førstehjelpskurs	17
Gjennomsnittspris for førstehjelpskurs	18
Om case-studier	18
Røde Kors	18
Beregning	19
Helsegevinst ved førstehjelp	19
Hjertestans	20
Skader	21
Hjerneslag	22
Hjerteinfarkt	23
Drukningsulykker	23
Sepsis	23
Selvmord og psykisk helse	23
Beregning av gevinst ved færre «tapte år»	24
Selve regnestykket	25
Egenverdi og samfunnsnytte av førstehjelpsopplæringen	26
Validitet og reliabilitet	27
Konklusjon og anbefalinger	28
Takk	31
Kilder	32

DEL 1. BAKGRUNNSINFORMASJON

Dette er som nevnt ovenfor sluttrapporten for prosjektet Førstehjelp-forsikringer-samfunnsnytte (FØRFORSAM), ledet av Norsk Førstehjelpsråd (NFR). Prosjektet er finansiert av Stiftelsen Forsikringsakademiet.

Stiftelsen har som formål å bidra til opplæring av relevans for forsikringsbransjen. Forsikringsbransjen har store årlige utbetalinger i forbindelse med sykdom og skader og en økt forståelse av førstehjelpens rolle i dette er i tråd med formålet. Det finnes omfattende informasjon om disse utbetalingene, men ikke noe tallgrunnlag om førstehjelpens betydning isolert. Studien bidrar til en bevisstgjøring om førstehjelpens betydning på et helt overordnet nivå.

Norsk Førstehjelpsråd presenteres nærmere nedenfor. I prosjektet har generalsekretær Thomas Berg Green vært prosjektleder. Handelshøyskolen BI (BI) har vært underleverandør med ansvar for studien som denne rapporten bygger på.

Økosystemet for førstehjelpsopplæring i Norge

Da NFR ble etablert i 1976 skjedde førstehjelpsopplæringen av ikke-helsefaglig personell både i det statlige og kommunale skolesystemet og i regi av frivillige organisasjoner som Røde Kors og Norsk Folkehjelp¹. Gjennom sentralisering av frivilligheten og fremveksten av sosiale bedrifter på 2000-tallet ble det skapt nye betingelser for samspill mellom privat og offentlig sektor, blant annet når det gjelder helse og redningsarbeid². Når det gjelder førstehjelp, kommer dette tydeligst til uttrykk i den offentlige dugnaden; «Sammen redder vi liv», initiert av Helsedirektoratet for å styrke førstehjelpsberedskapen i Norge. Dugnaden «er den største satsingen på førstehjelpsopplæring i befolkningen i senere tid og er et samarbeid mellom de største frivillige organisasjonene, kommune- og spesialisthelsetjeneste og private aktører». ³

NFR var og er en sentral node i det komplekse nettverket av virksomheter som har drevet denne utviklingen frem. Som det fremgår av vedtektene:

1.1 *Norsk Førstehjelpsråd er et samarbeidsorgan for frivillige, humanitære, private og offentlige virksomheter og organisasjoner som har oppgaver innen faglig utvikling, opplæring og utøvelse av førstehjelp.*

1.2 *Norsk Førstehjelpsråd skal arbeide for kvalitetssikring av, og økt utbredelse av, kunnskap og ferdigheter i førstehjelp for å øke overlevelsen ved alvorlig sykdom og skade, samt i størst mulig grad redusere rekonvalesenstid og øke funksjonsevne, herunder bidra til at førstehjelp blir prioritert politisk, i forvaltningen, i kvalitetsregistre, innen forskning, utdanninger og nasjonale retningslinjer.*

Rådet koordinerer og tilrettelegger for aktivitetene til 28 medlemsorganisasjoner og deres 2,2 millioner medlemmer.⁴

Samlet gir dette apparatet både uvurderlig støtte på mikronivå til enkeltmennesker som plutselig befinner seg i en situasjon hvor det trengs førstehjelp, og på makronivå kunnskapsgrunnlag for å fatte beslutninger for den videre utviklingen på feltet.

Studien som del av FØRFORSAM-prosjektet

BI har lang erfaring med utvikling av opplæringstilbud, en generell kompetanse som professor Benedicte Brøgger og førsteamanuensis Leon Bogdan Stacecu, forfattere av rapporten, har trukket på i forståelsen av oppdraget. I tillegg har Brøggers forskning i mer enn 20 år dreiet seg om hvordan organisere samarbeid på tvers av ulike interessentgrupper og institusjoner for å løse samfunnsoppgaver.⁵ Hun har hatt hovedansvaret for datainnsamling og analyse av førstehjelpsopplæringen. Førsteamanuensis Leon Bogdan Stacescus forskning på sin side handler om samfunnsbidraget fra norske bedrifter.⁶ Han har hatt hovedansvar for datainnsamling og beregning av helsegevinster. Ingen av oss har helsefaglig bakgrunn og har nærmet oss problemstillingen fra et tilskuerperspektiv. Vi har samarbeidet om konseptualiseringen og avgrensingene redegjort for nedenfor og gjort selve regnestykket som gir et enkelt tall for den samfunnsøkonomiske gevinsten av førstehjelpsopplæringen som foregår i Norge idag.

Som sentral node i nettverket som er engasjert i arbeidet med førstehjelpsopplæringen, har NFR egeninteresse av denne studien. Gitt NFRs formål og rådets brede sammen-setning anser vi denne egeninteressen for uproblematisk. Styret er mottaker av rapporten, og har kommentert utkast underveis, men ellers ikke vært direkte involvert i arbeidet.

NFRs generalsekretær Thomas Berg Green, som har ledet prosjektet har selv paramedisinsk kompetanse. Han har videre startet og vært ansatt i en av bedriftene som driver grunnleggende førstehjelpsopplæring og har fortsatt eierandeler i bedriften. Bedriften vil på sikt muligens kunne ha fordel av en ytterligere styrking av førstehjelpsopplæringen i Norge. Den ville kunne hatt nytte av kartleggingen av førstehjelpsopplæring i Norge som en type markedskartlegging og konkurrentanalyse. Studien holder seg på et helt overordnet konseptnivå og det er ikke samlet inn data om eller gjort vurderinger av forhold som pedagogisk opplegg eller undervisningsmetoder. Bedriften Green har eierandeler i er ikke tatt med i beregningsgrunnlaget. Vi har kunnet trekke på Greens kunnskaper og erfaringer med førstehjelpsopplæring i Norge på flere plan. Etter en samlet vurdering anser vi derfor at hans dobbeltrolle er blitt forsvarlig håndtert og har ikke påvirket beregninger eller konklusjoner.

DEL 2. AVGRENSINGER OG DEFINISJONER

Førstehjelpsopplæring i Norge tilbys av et bredt spekter av aktører – frivillige organisasjoner, bedriftshelsetjenester, kommersielle selskaper og trafikkskoler – og dekker ulike behov i arbeidsliv, utdanning og fritid. Spørsmålet som stilles i denne rapporten er hvilken samfunnsøkonomisk nytte slik opplæring gir.

For å kunne svare på dette spørsmålet må det tallfestes i kroner og øre hva opplæringen koster, og hva den gir av gevinst. For å kunne gjøre slike tallfestinger har vi nedenfor definert førstehjelp, opplæring og helsegevinst. Definisjonene medfører også avgrensninger av hva det er mulig å ta med i regnestykket. Kort oppsummert er regnestykket basert på et omfattende, variert og usikkert tallmateriale, som i tillegg ofte er utviklet for andre formål enn det vi bruker det til her. Beregningene og konklusjonene må derfor leses med forbehold om at det er behov for mer utdypende studier for å kvalifisere dem.

Førstehjelp

Hva førstehjelp er, fremgår direkte av ordet selv, den aller første hjelpen i form av «omsorg og livreddende medisinske hjelpetiltak, ved akutt sykdom eller skade, som blir gitt av mennesker i umiddelbar nærhet til den syke eller skadde, oftest legfolk. Tilsvarende medisinske hjelpetiltak som blir gitt av profesjonelt helsepersonell betegnes ofte som akuttmedisin.»⁷

Førstehjelp er altså en form for medisinske hjelpetiltak som gis av andre enn profesjonelt helsepersonell i situasjoner med akutt sykdom eller skade. En annen vanlig betegnelse for dette legfolket er tilfeldig forbipasserende tilskuer (på engelsk bystander⁸ eller first responder⁹). Akutt sykdom og skade har vi ikke funnet en enkelt autoritativ definisjon av, men gitt av kildene dreier det seg om et helseproblem som har oppstått plutselig og krever rask behandling, som hjerneslag, hjerteinfarkt, infeksjoner eller traumer i betydningen fysiske sår og brudd. Denne rapporten dekker bare førstehjelpsopplæring av legfolket, men siden førstehjelpen inngår i en lengre verdikjede går vi gjennom den og de neste leddene.

Tilskuerførstehjelp

Etter norsk lov har alle hjelpeplikt i nødssituasjoner. Selv om grunnleggende førstehjelpskompetanse i Norge anser for å være generelt godt utbredt¹⁰, er det variende nivå på opplæring i førstehjelp og tillit til egne evner til å yte førstehjelp. En undersøkelse viste at 90 % av de spurte hadde fått en eller annen form for førstehjelpsopplæring og 72 % mente de visste hva de skulle gjøre i en situasjon som krever førstehjelp.¹² En senere undersøkelse viser at bare 45 % av de spurte mener seg kvalifiserte til å yte førstehjelp.

Førstehjelpundersøkelsen fra Røde Kors i 2025 fant at 41 % av nordmenn sier de er usikre på hva de skal gjøre ved en nødssituasjon.¹³ En banebrytende doktoravhandling intervjuet tilskuerførstehjelpere over hele landet, og satte deres erfaringer og opplevelser tydelig på dagsorden. Arbeidet fant ut at det er ulike grunner til at folk ikke kan eller vil tilby assistanse, som usikkerhet om egen kompetanse, manglende forståelse av situasjonen mm.¹⁴ Samtlige studier indikerer at det fortsatt er stort behov for førstehjelpsopplæring i Norge.¹⁵

Akuttmedisinsk hjelp

Førstehjelp er altså bare et første skritt for å få hjelp ved akutt sykdom eller skade. Hva er så neste skritt? Hvilken plass har førstehjelp i verdikjeden i det norske helsevesenet?

På helsenorge.no finnes en oversikt som gir «enkel informasjon om hvordan helsevesenet fungerer i Norge og hvem du kan ta kontakt med når. Informasjonen er skrevet og kvalitetssikret av de offentlige helsemyndighetene i Norge.»

I denne oversikten står det ikke noe direkte om førstehjelp, annet enn at «ved ulykker, alvorlig sykdom eller ved andre alvorlige hendelser skal du ringe medisinsk nødnummer 113.» (ibid.). Her finnes altså ikke videre informasjon som setter førstehjelp og tilskuerførstehjelpere, som gitt av definisjonen ovenfor, inn i verdikjeden i det norske helsevesenet. Informasjonen om 113 gir imidlertid en mer utdypende beskrivelse av akuttmedisinsk hjelp og personell, som indirekte plasserer førstehjelpen nettopp - først.

«Når du ringjer medisinsk naudnummer 113, er det spesialtrent helsepersonell som svarer. Når du fortel kva som har hendt, vil helsepersonellet vurdere kor alvorleg situasjonen er.

Avhengig av kor alvorleg situasjonen er, vil dei avgjere kva for helseressursar som skal sendast, t.d. lege, ambulanse eller luftambulanse. For å kunne avgjere dette, er det viktig at du tek kontakt så raskt som mogleg og at du svarer på spørsmåla dei har.

AMK (akuttmedisinsk kommunikasjons-sentral) er eit anna namn på 113.»¹⁶

Tilskuerførstehjelpens kontakt med 113 er altså avgjørende for pasientens vei videre i helsevesenet. Vi forutsetter at i de tilfeller hvor disse førstehjelperne vurderer tilstanden som ikke alvorlig nok til å ringe 113. Disse tilfellene faller utenfor det som skjer videre i verdikjeden. For denne studien hadde det vært verdifullt med informasjon om hvor ofte tilskuere kommer til en slik konklusjon, og på hvilket grunnlag, men det har vi ikke funnet tallgrunnlag for. Også for den akuttmedisinske delen av verdikjeden mangler det data.¹⁷ Det er altså kun førstehjelp som registreres i offentlige registre av ulike slag som er med i beregningene. Førstehjelp er her vurdert til å være starten på det akuttmedisinske leddet i verdikjeden, noe som viser hvor viktig det er med god førstehjelpskompetanse i befolkningen.

Pre-hospitalt akuttmedisinsk helsepersonell, det vil si leger, sykepleiere, paramedisinere og ambulansearbeider regner vi heller ikke med som tilskuerførstehjelpere. I en bachelorgrad innen paramedisin vil studenten for eksempel lære følgende:

«å gi den første livreddende behandlingen til akutt syke eller sårede mennesker, utenfor sykehus.

Du får kunnskap om akuttbehandling, diagnostisering og håndtering av medisiner. Du lærer også om kommunikasjon i krevende situasjoner, å ta beslutninger og utrykningskjøring.

Jobben som paramedisiner kan ofte foregå ute i felt under krevende forhold.»¹⁸

Paramedisinsk helsehjelp er derfor også integrert del av akuttmedisinkjeden, og er ikke å regne som tilskuerførstehjelp.

Redningstjenesten

Redningstjenesten i Norge er også sentral ved akutt sykdom og skade.

«Med redningstjeneste forstås den offentlig organiserte virksomhet som utøves i forbindelse med øyeblikkelig innsats for å redde mennesker fra død og skader som følge av akutte ulykkes- eller faresituasjoner, og som ikke blir ivaretatt av særskilt opprettede organer eller ved særlige tiltak.»¹⁹

Redningstjenesten er organisert som en eget apparat, med representanter fra blant annet politi, brannvesen, havnevesenet, lufttrafikken, forsvaret, sivilforsvaret og frivillige organisasjoner, i tillegg til helsetjenesten. Redningstjenesten vil ofte komme til steder hvor det er behov for førstehjelp. Fordi den er å regne som en selvstendig institusjon, med mannskaper med egne krav til kompetanse i å gi hjelp, og fordi den er den tett koblet på både den paramedisinske og akuttmedisinske delene av helsetjenesten i Norge har vi ikke tatt med førstehjelpsopplæring for denne tjenesten i beregningene.

Gitt avgrensingene og definisjonene ovenfor er tilskuerførstehjelp en inngangsport til helsevesenet, men ikke en del av det. Tilskuerførstehjelpere kommer i kontakt med helsevesenet gjennom nødnummeret 113, direkte kontakt med paramedisinsk- og akuttmedisinsk helsepersonell på stedet og med redningstjenesten gjennom de andre nødnumrene (110 og 112). Førstehjelpsopplæringen av både paramedisinsk personell og

redningstjenestepersonell er en viktig del av beredskapen i Norge og vel verdt egne studier. Her inkluderer vi bare opplæring rettet mot de som kan komme til å bli tilfeldige tilskuere til akutt sykdom eller ulykker, ikke de som har formelt og institusjonelt ansvar i situasjoner som truer liv og helse.

Førstehjelp fortoner seg utenfra som en form for «grenseobjekt»²⁰, forstått som arbeidsordninger som samtidig er både materielle og prosessuelle, hvor grupper med ulik forståelse beveger seg frem og tilbake mellom disse formene. Selv om målet med en praksis kan være felles, kan det fortsatt være uenighet om hva praksisen faktisk innebærer, eller hvordan man skal gå frem for å nå målet. Begrepet grenseobjekt brukes gjerne om tverrfaglig samarbeid, i museer, filmproduksjoner, laboratorier, forskingsinstitusjoner. Det spesielle med førstehjelp er hvor sentrale også de «ufaglærte» er, de tilfeldig forbi-passerende tilskuerne, uten at det er mulig å isolere helt tydelig hvem de er eller når og hvordan de bidrar.

Førstehjelpsopplæring

To nivåer på førstehjelpsopplæringen

Når det gjelder grunnleggende førstehjelpsopplæring i Norge foregår den i dag på to nivåer. Det laveste nivået gir helt grunnleggende ferdigheter og kunnskaper for den enkelte. Nivået over gjelder opplæring på instruktørnivå, altså for folk som skal lære opp andre i grunnleggende førstehjelp. Det finnes også egne opplæringer på instruktørnivå for mennesker som har verv eller organiserer aktiviteter i frivillig sektor, som ved svømmekurs, turførere, mm. Denne opplæringen går ut over den helt grunnleggende opplæringen og har særskilte elementer knyttet til aktivitetene og laget. Vi har derfor ikke inkludert instruktør-opplæring i denne studien.

Førstehjelpsopplæring som del av andre utdanningsløp

En rekke norske råd, bedrifter og organisasjoner, har i samarbeid med Helsedirektoratet og Standard Norge de senere årene utviklet en generell spesifisering med krav til førstehjelpskunnskap, NSPEK 10501.²¹ Førstehjelp i arbeidslivet. NSPEK 10501 er grunnlagsdokument for fem andre standardene (NSPEK 10502-10506) for bygg- og anlegg, transport, industrien, landbruk og havbruk. For bransjer med særskilte sikkerhetsbehov finnes egne lover og forordninger hvor krav om grunnleggende førstehjelpskompetanse inngår. Det er for eksempel el- og kraftindustrien og olje- og offshorebransjen. Hoveddelen av førstehjelpsopplæringen der er en integrert del av andre kvalifiserende utdanningsløp og ligger derfor utenfor førstehjelpsopplæringen som er inkludert i denne studien.

Formelle krav til førstehjelpsopplæring

Når det gjelder de mer formelle sidene ved den generelle førstehjelpsopplæringen er det ulike standarder og krav i ulike bransjer. Mye er gitt av egne lover, som er nærmere spesifisert i de ulike forskriftene som det refereres til nedenfor.

Helt overordnet krever Internkontrollforskriften (Arbeidsmiljøloven. Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter) at alle arbeidsgivere har systemer på plass for å kartlegge farer og vurdere risiko, samt at ansatte har nødvendig opplæring, øvelse og utsyr til å kunne håndtere ulykker og akutte situasjoner.²² Forskriften gjelder alle virksomheter og gir mandat til verneombud og andre med HMS ansvar i virksomheter i Norge. Arbeidsplassforskriften sier mer konkret at virksomhetene skal ha førstehjelpsutstyr og -opplæring²³, mens

Forskrift om utførelse av arbeid angir detaljert arbeidsgivers ansvar for å sikre mot ulike typer farer.²⁴

Også innen frivillig sektor er det formelle krav til førstehjelp, om ikke i forskrifts form. Norges idrettsforbund har for eksempel klare retningslinjer for lege og sanitetstjeneste ved idrettsarrangementer.²⁵

Andre eksempler på hvordan førstehjelp er implisitt eller eksplisitt nevnt i lover og forskrifter er i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som skal sikre at alle ansatte, også ikke-medisinsk personell, har nødvendig kompetanse til å håndtere nødsituasjoner og bidra til pasient- og brukersikkerhet.²⁶ Innen utdanningssektoren, Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. står det eksplisitt at ansatte skal ha tilstrekkelig førstehjelpskompetanse for å kunne håndtere nødsituasjoner.²⁷ Alle som skal ta førerkort for første gang må også gjennomføre førstehjelpskurs som en del av det trafikale grunnkurset, jfr. egen egen Forskrift om trafikkopplæring og førerprøven.²⁸

Det er altså omfattende krav og spesifikasjoner til grunnleggende førstehjelpsopplæring i Norge. Dette er den type opplæring som er relevant for denne studien, og som vi kommer tilbake til mer detaljert senere i rapporten. For avgrensningen skyld vil vi nevne at det kan være overlapp mellom typene førstehjelpsopplæring, slik at en og samme person kan ha fått både den typen grunnleggende førstehjelpsopplæring som denne studien dekker og andre typer gjennom verv eller jobb.

Type og kvalitet på førstehjelpen og betydning for helsegevinst

Den direkte nytten av den grunnleggende førstehjelpsopplæringen manifesterer seg i helsegevinst for den som mottar hjelpen og kan gå videre i live.

Nytteverdien er for det første betinget av helsetilstanden som utløste behovet for førstehjelp. Det finnes tall for antall overlevende etter ulike typer helsetilstander som utløste behov for førstehjelp. For noen tilstander er det også beregnet effekt av førstehjelp for overlevelse for de som har kommet til et sykehus. Der det har vært mulig har vi tatt utgangspunkt i disse tallene. Disse tallene er en begynnelse til en mulig tallfesting av samfunnsnyttens av førstehjelpsopplæring på, men ikke bare er de usikre, de er heller ikke dekkende for alle typer helsetilstander. Videre er det begrenset med offentlig tilgjengelig statistikk. Det finnes mer detaljerte data i helseregistrene, men det har ligget utenfor prosjektets rammer å søke om tilgang og gå nyansert inn i hver enkelt helsetilstand.

For det andre kan førstehjelpsopplæringens betydning for overlevelse avhenge av kvaliteten på utført førstehjelp pr. helsetilstand. Dette har det ikke vært mulig for oss å finne tall for. Det er så langt derfor ikke mulig å differensiere mellom de ulike helsetilstandene som utløste behovet for førstehjelp og hjelpen som ble gitt avhengig av hvilken helsetilstand det dreier seg om.

For det tredje avhenger kvaliteten på tilskuerførstehjelpen, uavhengig av typen eller kvaliteten på opplæringen, av en rekke ytre faktorer som ikke handler om forhold ved den enkelte hjelpetrequendes helsetilstand, men av forhold som egenskaper, evner og motivasjon til den som yter førstehjelpen, tid og stedet for hendelsen, samspillet med tilstedeværende ikke-helsepersonell eller folk fra redningstjenesten, samspillet med kompetent helsepersonell gjennom telefonkontakt med alarmsentraler og ambulansepersonell og direkte på stedet, mm. Slike forhold har vi ikke funnet noe

systematisk, grundig tallgrunnlag for. Det har derfor ikke vært mulig å ta hensyn til dem i beregningene.

For det fjerde avhenger kvaliteten på førstehjelpen både av typen og kvaliteten på førstehjelpsopplæringen. Dette henger sammen både med personlige evner, egenskaper og motivasjon til de som får opplæring, men også innholdet og de pedagogiske metodene brukt i opplæringen. En slik analyse vil være mer omfattende enn det denne studien gir rom for, så disse forholdene har vi ikke tatt med i beregningene.

For det femte avhenger kvaliteten på førstehjelpsopplæringen på hvordan den er organisert, regulert og kvalitetssikret. I Norge er den organisert som et samvirke mellom det offentlige, private og frivillig sektor. I snart 10 år har det som nevnt vært organisert som en dugnad under ledelse av Helsedirektoratet.²⁹ Herfra er det publisert mye data, som vi har brukt i studien. Fordi studien gjelder førstehjelpsopplæringen i Norge refererer vi til internasjonale studier bare når de er referert til i publikasjoner av noen av interessentene på feltet i Norge.

Vi bruker videre statistikk om overlevelse etter hjertestans, skader, hjerneslag, sepsis og drukningsulykker fra offentlig statistikk produsert av de ulike helseregistrene for å beregne i kroner og øre gevinst av de livene som ikke «tapes» fordi pasienten fikk tilskuerførstehjelp. Hvilket omfang og hvilken kvalitet og type førstehjelpsopplæring hjelperne hadde, har vi ikke funnet tallmateriale for. Å ringe 113 er i dag en integrert del av førstehjelpen, men det har ikke vært mulig å hente ut data om alarmsentralenes samtaler med disse hjelperne, så denne delen av førstehjelpen har vi ikke kunnet ta med i beregningene.

Gitt hvor sammensatt og kompleks verdikjeden er og hvor mange som kan være involvert ved en akutt skade eller ulykke har vi ikke gjort noen forsøk på å attribuere effekt til én gruppe førstehjelpere ut over å avgrense så langt råd er til tilskuerførstehjelp, eller til én type førstehjelpsopplæring, ut over å inkludere de etablerte, grunnleggende førstehjelpsopplæringskonseptene (se side 17).

Innenfor rammen av prosjektet har det heller ikke vært rom for å utvikle pålitelige kriterier for beregninger av forhold som rekonvalesenstid og funksjonsevne, forsikringsutbetalinger, eller hva Norge kunne tjene på å øke kunnskaper og ferdigheter ut over det nivået som er i befolkningen idag.

Den bredere samfunnsnytten av førstehjelpsopplæringen må også nevnes. Den er enda vanskeligere å måle enn den sosialøkonomiske nytteverdien, men beregninger av livskvalitet på individnivå og tillit på samfunnsnivå er indikatorer som er forsøkt utviklet for nettopp å måle slike forhold. Så vidt vi har kunne bringe på det rene finnes det ikke systematiske, grundige målinger som isolert tar for seg forholdet mellom førstehjelp og individuell livskvalitet, eller førstehjelp og systemtillit. Slike analyser vil også kreve egne beregninger og utvikling av nye målestokker, noe som ligger utenfor oppdraget for denne studien. De er derfor ikke tatt med i beregningene



DEL 3. DATA OG METODE

Helt overordnet kan den samfunnsøkonomiske nytteverdien av førstehjelpsoptøplæringen anslås ut fra hvor mange «tapte» år som potensielt vinnes ved at flere overlever ulykker, skader og akutt sykdom på grunn av førstehjelp fratrøkket kostnadene for optøplæringen. Leddene i regnestykket går vi gjennom etter tur nedenfor.

Førstehjelpsoptøplæring

I beregninger av samfunnsøkonomisk nytte er kost-nytteanalyser vanlige. Dette er en annen type analyse enn korrelasjons- eller kausalitetsanalyser gitt at hovedspørsmålet som stilles er «er innsatsen verdt det»? Videre vil vi bruke alternativmetoden i vurderingen av kostnadene og nytteverdien, men bare se på de økonomiske sidene ved saken. Alternativer kan sammenlignes ut fra ulike kriterier, eller ut fra et såkalt 0-alternativ, som her ville vært at ingen som har fått tilskuerførstehjelp overlever. Da vil all overlevelse kunne brukes som målestokk for nytteverdi, videre kvalifisert, som vi gjør nedenfor. Kost-nytteanalyser er basert på at det utvikles egne formler for beregning av nytteverdi, noe som vanskeliggjør sammenligning mellom kvalitativt forskjellige typer førstehjelp ved ulike typer helsetilstander. Gitt at formålet med FØRFORSAM er å beregne den samfunnsøkonomiske gevinsten av førstehjelpsoptøplæringen, finner vi likevel alternativ-metoden egnet, selv om vi ikke har tall for hver enkelt helsetilstand, de som ikke trenger å komme til sykehus eller videre i andre deler av helsetjenesten.

Når det gjelder beregning av kostnader til førstehjelpsoptøplæring bruker vi en bedriftsøkonomisk tilnærming. Da måles verdiskapingen som den økning i pris man kan ta for arbeidet med å bearbeide varer og tjenester (og betaler moms for). Beregningen av verdibidraget i kroner og øre kan baseres på gjennomsnitt av hva som betales for tilsvarende aktiviteter. Betalingsvillighet kan simuleres på flere måter, gjennom eksperimenter med betaling, spørreundersøkelser av hva folk er villige til å betale eller casestudier med eksempler på hva folk faktisk betaler. Gitt at det finnes tilgjengelig og variert informasjon om prisen på grunnleggende førstehjelpskurs både fra mange tilbydere og fra enkeltvirksomheter kombinerer vi gjennomgang av kurs, et representativt utvalg tilbydere og en casestudie for å beregne en «normalpris» for førstehjelpsoptøplæringen.

Helsegevinst

Som nevnt ovenfor har vi ikke klart å bringe på det rene om det finnes noe tallmateriale som gjør det mulig å sammenstille gevinsten av førstehjelp pr. helsetilstand. Vi har derfor brukt data om hvor mange «tapte liv» som er reddet som pr. helsetilstand, med nærmere kvalifiseringer av tallene. Det har vært mulig å finne tall for hvor mange som overlever etter førstehjelp pr. helsetilstand, men de er ikke helt sammenlignbare og tallgrunnlaget er i tillegg svært usikkert. Metaforisk uttrykt sammenligner vi epler og pærer, slik at studien gjøres av den logisk overordnede kategorien «frukt». Slik hjertesvikt, hjerneslag, sepsis og skader kommer inn under den overordnede kategorien «helse».

Ved å sammenstille de enkelte helse-tallene for overlevelse har vi kommet frem til et samlet antall «tapte liv». For så å kunne beregne den samfunnsøkonomiske verdien av helsegevinsten har vi sett to størrelser. Verdien av et statistisk liv (VSL) er satt til 30 millioner 2012-kroner, som tilsvarer 48,13 millioner i 2024-kroner. Helsedirektoratet anbefaler en tilsvarende økonomisk verdi på et statistisk leveår (VSLY) som ligger i intervallet 1,21–2,26 millioner 2024-kroner, med et gjennomsnitt på 1,73 millioner 2024-kroner. Verdien av et statistisk liv kan sammenlignes omtrent 30 statistiske år. Vi bruker denne definisjonen av økonomisk verdi av et leveår og ganger den så med antallet tapte liv.



Samfunnsnytten av førstehjelpsopplæring måles som reddede liv minus kostnadene for opplæringen.



DEL 4. BEREGNING AV KOST OG NYTTE

Kostnader til førstehjelpsopplæring

I beregningen av kostnader til grunnleggende førstehjelpsopplæring bruker vi gjennomsnittsberegninger av hva folk er villige til å betale for førstehjelpsopplæring, det vil si prisen for et førstehjelpskurs. Utfordringen her var å finne en god «normalpris» som kunne brukes som utgangspunkt for beregningen. Vi valgte å bruke hva førstehjelpskurs koster pr. time pr. deltager på et representativt utvalg av førstehjelpskurs hos et representativt utvalg tilbydere.

I valg av tilbydere og kurs brukte vi en kvalitativ søkemetode kjent som «snøballmetoden» og søkte etter kurs til utvalget var mettet, dvs. det kom ikke opp nye typer kurs eller tilbydere. Den første snøballen var listen over NFRs rådsmedlemmer og deres tilbud av førstehjelpskurs og den rullet vi utover i det svært kupert og uoversiktlige landskapet av andre tilbydere og samlet sammen informasjon om pris og innhold i opplæringen. For å sikre at lovende kandidater var både seriøse og aktive, sjekket vi hjemmesider og videre organisasjoner, kommersielle virksomheter og trafikkskoler mot Brønnøysundregisteret og Proff, og bedriftshelsetjenester mot Arbeidstilsynets registre over godkjente bedriftshelsetjenester. Utvalget består av et representativt utvalg av 115 tilbydere/kurs.

Et representativt utvalg tilbydere

For oversikten skyld har vi delt tilbydere av førstehjelpskurs inn i fem hovedgrupper, selv om det er noe overlapp mellom dem.

1. De frivillige organisasjonene som er medlem av NFR som har livredning og førstehjelp som sentral del av sitt formål.
2. Bedriftshelsetjenestene. Bedriftshelsetjenestenes Bransjeforening er kollektivt medlem av NFR. De har et noe annet formål enn de frivillige organisasjonene.
3. Kommersielle selskaper³⁰. Dette er en stor og variert gruppe virksomheter, fra lokale enkeltpersonforetak, nettportaler for kurs til bransjetilknyttede selskaper, som tilbyr kurs for offshore, skipsfart, industri, bygg og anlegg, hotell- restaurant og kantine, og energibransjen.
4. Andre. Offentlige institusjoner og andre aktører som vanskelig lar seg plassere i de tre gruppene ovenfor.
5. Trafikkskoler.

Et representativt utvalg førstehjelpskurs

Det finnes pr. i dag syv anerkjente kurskonsepter for førstehjelpsopplæring. Tre forvaltes av Norsk Resuscitasjonsråd (NRR), fire av NFR. Vi forutsetter at kvaliteten er sikret på kurs som bruker disse typebetegnelsene, og har ikke gjort noen kvalitetsvurderinger ut over dette.

I noen tilfeller gis opplæringen av NFR-medlemmer og bedriftshelsetjenester, men under andre navn, som «Førstehjelpskurs for deg med ansvar for barn» eller bare «Førstehjelpskurs». Vi har da likevel inkludert dem som «kvalitetssikrede» kurs. I noen tilfeller har det ikke vært mulig å typebestemme opplæringen, vi har derfor en syvende typebetegnelse, «andre». Vi har ikke vurdert innholdet i disse kursene ytterligere gitt at tilbyderne er kvalitetssikret. Selv om ikke alle konseptene er i regi av NRR eller NFR tar vi dem med for helhetens skyld. Inndelingen følger derfor av hva slags kurs som tilbys i markedet.

1. Hjerne-lungeredning med hjertestarter, DHLR
2. Norsk Grunnkurs Førstehjelp NGF³¹
3. Norsk Grunnkurs Førstehjelp Barn NGFB
4. Trafikalt Grunnkurs, førstehjelp TGF
5. Norsk Grunnkurs i Livredning NGL
6. Førstehjelp ved strømutlukk, FSE³²
7. Andre

Det er stor variasjon i hvor mange timer et kurs tar og hvor mange deltagere det er plass til. Kurstypene går fra 1 times nettbaserte kurs til fysiske kurs over flere dager hos bedrifter. Noen kurs foregår også i fjellet eller ved sjøen i regi av frivillige organisasjoner. Da kan det også tilkomme oppholds- og reiseutgifter. Om oppholdsutgiftene er selve prisen på kurset har vi brukt den, men reiseutgifter er ikke med. Det er heller ikke tatt hensyn til regionale prisforskjeller. I mange tilfeller var førstehjelpsopplæring inkludert i mer generelle bedrifts-avtaler eller tilbyder var åpen for forhandling og oppga derfor ikke noen pris. I slike tilfeller lette vi opp konkret prisinformasjon på ulike kursportaler. Om det ikke fantes pris der heller, ble ikke tilbyder/kurs inkludert i utvalget.

Mange kurs er på dagtid, mange på kveldstid, noen skjer på fritiden, mens de fleste skjer på jobb, gitt kravene referert til ovenfor. Det har ikke vært mulig å ta høyde for hva det koster å ta folk ut av produksjon for å få førstehjelpsopplæring. NHO har gjort beregninger av kostnader for alle typer kompetanseutvikling i sine medlemsbedrifter.³³ Det understrekes at det er stor usikkerhet med tallene, men tapt arbeidstid på grunn av kurs i arbeidstiden er beregnet til mellom 2 og 4,5 dagsverk pr. årsverk. Dette gjelder alle typer kompetanse. Vi forutsetter at førstehjelpsopplæring utgjør en liten del av disse dagsverkene og fordi tallene også er svært usikre er tapt arbeidstid ikke tatt med i beregningsgrunnlaget.

Antallet deltagere varierer også. Det synes som en uformell norm at det i fysiske kurs kan være maks 15 deltagere for at alle skal ha utbytte, men at digitale kurs gjerne er beregnet på enkeltpersoner. Normen for varighet på e-læringskurs ser ut til å være 1 time, men mer der det er livestreamet med instruktør.

Gjennomsnittspris for førstehjelpskurs

Gjennomsnittsberegninger av «normal» timepris for førstehjelpsoptøring ut fra de ulike kriteriene, (se vedlegg 2 for liste over tilbydere), er oppsummert i tabell 1 nedenfor.

Kategori	Snitt kr. / timer pr. kurs	Snitt kr. / timer / deltager pr. kurs
Alle tilbydere	957.50	304.47
Alle kurs	1139.34	294.68
Røde Kors	2862.95	182.66
Elæring	746.78	476.56
Fysisk undervisning	1293.99	281.09
Hybrid undervisning	1060.25	350.88
Dyrest	2231.39	250.14
Billigst	235.19	235.19

Tabell 1. Gjennomsnittspriser på førstehjelpsoptøring.

Om case-studier

Det finnes flere typer case som kan brukes til ulike forskningsformål. En ofte brukt inndeling er i typiske (representative), paradigmatisk (normgivende), varierte, ekstreme, og kritiske cases.³⁴ Varierte case-studier er egnet for å fremstille størst mulig variasjon av kritiske elementer, som vil føre for bredt for denne studien. Motsatt er ekstreme case og kritiske case. Ekstreme case er der hvor det finnes noe enestående eller unikt og hensikten er å finne verdien av dette, som gir et for snevert bilde. Kritiske case gir grunnlagskunnskap om «sine qua non»-betingelser, i denne studien organisasjoner hvor optøring i tilskuerførstehjelp utgjør eksistensberettigelsen, som også vil være for snevert. Førstehjelpssystemet i Norge er godt organisert, med noen anerkjente organisasjoner som leverer et bredt utvalg av førstehjelpsoptøring. Vi har derfor valgt en kombinasjon av en typisk og paradigmatisk case som referansepunkt for førstehjelpsoptøringen i Norge, nærmere bestemt Røde Kors. Førstehjelpsoptøringstilbudet til Røde Kors dekker hele landet, enten i egen regi eller gjennom andre, er uavhengig av bransje, og inngår ikke som krav i annen type optøring eller medlemskap.

Røde Kors

Røde Kors er en internasjonal frivillig organisasjon med 380 medlemslag fordelt over hele Norge.³⁵ Hovedaktivitetene er hjelp og støtte til barn og unge, humanitært arbeid og bistand ved søk og redningsaksjoner. Siden 2009 har Røde Kors vært del av beredskapsinfrastrukturen i Norge, og organiserer 300 hjelpekorps av frivillige. Ifølge hovedprogram 2024-2026, er de to samfunnsmålene for virksomheten å redde liv nasjonalt og styrke befolkningens førstehjelpskompetanse og egenberedskap.

Generell kunnskap om førstehjelp formidles til hele befolkningen gjennom egne sider på nettstedet, gratiskurs og eget nyhetsbrev som utgis fire-fem ganger i året. Førstehjelpsdelen av virksomheten er organisert i et eget aksjeselskap, Røde Kors Førstehjelp AS, som både selger førstehjelpsutstyr og kurs. Hovedkontoret er i Bergen,

med fire avdelingskontorer og et eget kundeservicesenter, til sammen drøyt 40 ansatte driver dette selskapet. Selve opplæringen skjer i regi av medlemsforeningene og 150 utdannede instruktører. Førstehjelpskursene tilbys også gjennom andre organisasjoner, som Den Norske Turistforening. Overskuddet fra kursene tilbakeføres dit hvor kurs blir arrangert.

Røde Kors tilbyr opplæring i alle de syv kurstypene beskrevet ovenfor. De fleste er likevel i kategorien NFG. I 2023 hadde Røde Kors Førstehjelp AS en omsetning på 31 millioner kroner på førstehjelpskurs (kilde Fredrik Aasebø). Det ble avholdt 4086 kurs, som gir en inntekt i snitt på 7586 kroner pr. kurs. Det var i alt 57204 deltagere, som gir et snitt på 14 deltagere pr. kurs. Gitt en gjennomsnittlig varighet pr. kurs på 3 timer gir det en ca. pris pr. kurs på 2529 kroner og pr. deltager på 181 kroner som for praktiske formål må sies å være på samme nivå som beregningen i tabell 1 hvor snittet var 183 kroner.

Når det gjelder beregning av lønn og sosiale kostnader til ansatte, systemkostnader, logistikk osv. forutsetter vi at det er tatt høyde for i prissettingen. Røde Kors Førstehjelp AS reinvesterer overskudd i virksomheten. For førstehjelpskursene gjøres det ved å sende det tilbake til der hvor kursene ble holdt. I alt ble 5,5 millioner kroner sendt tilbake i 2023. I tillegg kommer innsatsen, samt bruk av lokale ressurser som frivillige, rom og utstyr. Det har vi heller ikke tatt med og har derfor holdt oss til summen for den totale kursomsetningen i beregningen.

Beregning

Ut fra utvalget av kurs, antall timer og pris har vi som nevnt beregnet en gjennomsnittspris på førstehjelpsopplæring på 295 kroner pr. deltager pr. time opplæring. Vi regner også med at kursene har en gjennomsnittlig varighet på 3 timer, som gir 885 kroner pr. deltager.³⁶

Videre har vi forutsatt at 45 % av voksne nordmenn føler seg trygge nok til å gi førstehjelp³⁷ og har mottatt noen form for førstehjelpsopplæring de siste 5 årene, gitt at førstehjelpsopplæring er «ferskvare» og må fornyes med jevne mellomrom. Dette gir følgende kalkyle:

$1\,911\,600 \text{ personer} \times 885 \text{ kroner/5 år} = 338\,353\,200 \text{ kroner}$. Altså «koster» førstehjelpsopplæringen nesten 340 millioner kroner pr. år.

Denne kostnaden bruker vi som estimert betalingsvillighet for å opprettholde det estimerte nivået av førstehjelpskompetanse i befolkningen

Helsegevinst ved førstehjelp

Som nevnt er det stor usikkerhet knyttet til tall over hvor mange liv som er reddet hvert år takket være førstehjelp. Grunnen til det er at de nåværende kildene bare dekker deler av statistikken. Det har heller ikke vært mulig å kunne skille ut hvem som uansett ville overlevd med eller uten, tilskuertiførstehjelp, og de som uansett ville dødd med eller uten tilskuertiførstehjelp. Vi har prøvd å sammenstille de eksisterende tallene fra ulike registre og går først gjennom dem etter tur.

Hjertestans

I 2023 rykket ambulansen ut til 4438 personer med mistenkt hjertestans utenfor sykehus.³⁸ 40 av dem hadde fått sjokk av en hjertestarter av tilskuere og hadde puls da ambulansepersonell ankom (n=40). Hjerter- og lungeredning (HLR) fra tilstedeværende (utenfor sykehuset, før ambulansen kom) har reddet 225 liv over 11 år (2013-2023). Tallene viser en økende trend, fra mindre enn 10 liv for 10 år siden til 40 liv i 2023.

Det er åpenbart at i minst 40 tilfeller spiller førstehjelp fra tilskuere en viktig rolle i overlevelsesraten. Den økonomiske verdien av et statistisk liv ligger på 48,13 millioner kroner i 2024-kroner, og tilsvarer omtrent 30 statistiske år. Siden den gjennomsnittlige alderen til hjertestanspasienter er relativt høy (medianalderen var 70 år i 2023³⁹) har vi valgt å bruke 15 forventede leveår istedenfor et helt statistisk liv. Samtidig overlever nesten alle som får sjokk av en hjertestarter av tilskuere sammenliknet med i underkant av 50 % hos de som får sjokk fra ambulansepersonell. 20 reddede liv tilsvarer 481 millioner kroner. Det er den øvre grensen siden pasientenes egenrapporterte livskvalitet er dårligere enn for befolkningen generelt.⁴⁰

Andelen registrerte tilfeller av pasienter som får hjerter- og lungeredning fra tilskuerne før ambulanser kommer er omtrent 80 % og har vært stabil i de siste årene. Det er et vesentlig høyere antall enn for eksempel i USA. Det er sannsynlig at flere liv kunne vært reddet hvis andelen hadde vært 100 %.⁴¹ Hvis 80 % tilsvarer 20 liv, det er mulig at 5 flere liv kunne vært reddet⁴². Den tilsvarende økonomiske verdien er 120 millioner kroner. Det må samtidig nevnes at det er stor usikkerhet rundt disse tallene: det er ikke en selvfølge at hjertestanstilfellene og tilskuerne med eller uten førstehjelpskompetanse er jevnt fordelt.

Andel pasienter som har fått tilkoblet en hjertestarter før ambulansen kommer frem har økt fra 13 % i 2018 til 18 % i 2023.⁴³

Tilskuerne kan også bidra i å redde liv ved å ringe ambulansen så fort som mulig. Av de 3036 pasienter som fikk hjerter- og lungeredning av ambulansepersonell i 2023 var det 1297 (43 %) tilstedeværende tilskuere. 79 % av pasientene fikk hjerter- og lungeredning før ambulansen kom frem. Totalt overlevde 439 personer til 30 dager, delvis takket være førstehjelp fra publikum.

Kvaliteten på HLR utført av publikum er veldig viktig: overlevelsen av pasienter som får godt utført HLR kan være 3 ganger høyere enn hos pasienter som får dårlig utført HLR.⁴⁴ En studie fra Rogaland viser at sjansene for å overleve er 3 ganger høyere blant dem som får HLR sammenlignet med de som ikke får HLR.⁴⁵ Overlevelsen er omtrent 1.5 ganger høyere blant dem som får HLR sammenlignet med de som ikke får HLR. Høyere kvalitet av HLR kan potensielt redde 100 flere liv pr. år⁴⁶, med en tilsvarende økonomisk verdi på 2,4 milliarder kroner.

Samtidig må det nevnes at økt overlevelse kan medføre behandlings- og rehabiliteringskostnader. Vi har ikke inkludert dem i beregningen på grunn av manglende tallgrunnlag, men det betyr også at tallene representerer den øverste grensen av de økonomiske fordelene.

Skader

Det er sikkert at skader og ulykker forårsaker store økonomiske tap. Forsikringsutbetalingene fra forsikringsselskaper i 2024 var i nærheten av 12 milliarder kroner.⁴⁷ Det er beregnet at hver tiende sykehusinnleggelse skyldes skader. Alvorlige skader utgjør 6 % av alle dødsfall i Norge. I 2023 var det omtrent 2100 dødsfall forårsaket av ulykker.⁴⁹ Det representerer et stort tap av leveår siden skader er den vanligste dødsårsaken blant unge under 44 år. Skader, forgiftninger og vold ble i 2015 anslått å koste det norske samfunnet totalt 100 milliarder kroner.⁵⁰ En rapport fra SINTEF i 2016 fant at arbeidsrelaterte skader og sykdommer koster 30 milliarder årlig.⁵¹

Samtidig regnes det med at 1,8-4,5 % av de som dør kunne vært reddet hvis forbigående gir fri luftvei og stanser større blødninger.⁵² Med en gjennomsnittlig 2 % andel tilsvarer det 38 liv. En studie fra Troms⁵³ viser at det var tilskuere på plass i 97 % av skadetilfeller, men bare 35 % av dem hadde fått førstehjelpsopplæring. 76 % av pasientene fikk korrekt utført etablering av frie luftveier, 81 % fikk utført korrekt blødningskontroll og 62 % fikk korrekt forebygging av hypotermi. Tilskuerne med dokumentert førstehjelpsopplæring ga bedre førstehjelp, men det er behov for videre forskning på overlevelseseffekten

38 liv tilsvarer 1,83 milliarder kroner hvis vi bruker den statistiske verdien av et liv. Et intervall mellom 1,8 og 4,5 % tilsvarer mellom 1,6 milliarder kroner (lavt scenario) og 4 milliarder kroner (høyt scenario) som kunne vært spart med bedre førstehjelp.

Samtidig må det nevnes at det er stor usikkerhet rundt økt overlevelse på grunn av tilskuerførstehjelp på skadde pasienter.⁵⁴ Et nytt målingsverktøy (First Aid Quality Assessment, FAQA) har blitt foreslått i 2023 og bedre tall vil forhåpentligvis være tilgjengelige i fremtiden.⁵⁵

Det er også stor usikkerhet rundt hvor mange liv som faktisk er reddet takket være førstehjelp fra tilskuere. En litteraturgjennomgang fra 2012⁵⁶ nevner en studie fra 2010⁵⁷ som fant at førstehjelp fra tilskuere kan redusere dødeligheten med 5.8 % for alvorlig skadde. Det var 1298 alvorlig skade i Norge i 2023.⁵⁸ Med en tilsvarende reduksjon i dødelighet er det sannsynlig at omtrent 75 liv har blitt reddet takket være tilskuerførstehjelp, med en tilsvarende økonomisk verdi på 3,62 milliarder kroner. Det må gjentas at det er stor usikkerhet rundt disse tallene.



Hjerneslag

Norsk hjerneslagsregister viser at det var 8972 pasienter med hjerneslag innlagt på sykehus i 2023.⁵⁹ Ifølge Folkehelseinstituttet rammes hvert år om lag 12000 nordmenn av hjerneslag.⁶⁰ Medianalderen er relativt høy (76 år, 78 for kvinner og 75 for menn). 45 % var innlagt på sykehus innen 4 timer etter symptomdebut. Tidlig intervensjon er viktig: blodproppløsende behandling har vist god effekt i opptil 4,5 timer etter debut av hjerneinfarkt.

Ifølge Sammen redder vi liv vet så lite som 60 % av befolkningen hvordan de skal «gi korrekt førstehjelp» til en person med symptomer på hjerneslag.⁶¹ Bare 48 % tar direkte kontakt med 113 ved hjerneslag, og 113 gjenkjenner bare 58 % av hjerneslagtilfellene.⁶² En studie fra 2007 anslo at livstidskostnad pr. hjerneslag lå på om lag 600 000 kroner, og at de totale samfunnskostnadene for hjerneslag kunne estimeres til kr 7–8 milliarder kroner pr. år. Beløpet har økt til 19.4 milliarder kroner i 2022 bare i helseutgifter, og vil sannsynligvis øke med 24.9 milliarder frem til 2050.⁶³

En nasjonal kampanje i 2017 («Prate, smile, løfte») anbefalte å ringe raskt 113 hvis pasienten hadde vansker med å prate, smile eller løfte. Resultatene viste en signifikant økning i andel som ringte 113, fra omtrent 75 % til omtrent 80 %. Det kan også ha ført til en økende trend i andel pasienter som fikk trombolyse, men de målte statistiske forskjellene var ikke signifikante.⁶⁴

Tidligere innleggelse (innleggelse innen 4 timer etter symptomdebut, tidlig nok for trombolyse) kan doble andelen av pasienter med gode resultater.⁶⁵ Hvis 75 % i stedet for 45 % får tidlig hjelp, kan antallet pasienter med gode resultater økes⁶⁶. Opptil halvparten av hjerneslagpasientene kan behandles med trombolyse.⁶⁷ En økning

av oddsforholdet (odds ratio) fra 1.22 til 2.55 for omtrent 4500 pasienter med en gjennomsnittlig rehabiliteringskostnad av 500 000 kroner pr. pasient⁶⁸, kan det være mulig å spare minst 135 millioner kroner pr. år. Trombolyse reduserer også dødeligheten (50 færre dødsfall eller redusert funksjonsnivå pr. 1000 behandlede pasienter⁶⁹); med en forventet gjenstående levetid på omtrent 15 år⁷⁰ tilsvarer det omtrent 18 millioner kroner.

En dobling av tidlige innleggelser som følge av bedre kunnskap om hjerneslagssymptomer kan derfor spare samfunnet opptil 135 millioner kroner pr. år. Det betyr også at nåværende førstehjelp sannsynligvis bidrar til et lignende beløp. 22 % av pasientene ble behandlet med trombolyse i 2024; det kan tilsvare omtrent 197 millioner kroner i potensielle besparelser.

Beregningen setter sammen en rekke estimer, så det er en moderat usikkerhet rundt disse tallene. For eksempel kan de neste 30 % være vanskeligere å diagnostisere enn de første 45 %. Det er også betydelig usikkerhet rundt rehabiliteringskostnadene knyttet til høyere overlevelse. Samtidig er størrelsene i tråd med den estimerte årlige kostnaden fra Folkehelseinstituttet (FHI).

Hjerteinfarkt

I 2024 ble det meldt 9691 hjerteinfarkt til Norsk hjerteinfarktregister. Det har vært en synkende trend i antall hjerteinfarkter i Norge i de siste årene⁷¹, og kunnskapen rundt hjerteinfarkt er stort sett tilfredsstillende: 98 % av nordmenn oppgir i en undersøkelse fra Røde Kors at de ville ringt 113 dersom de så symptomer på hjerteinfarkt. Det er vanskelig å finne tall rundt effekten av førstehjelp unntatt anbefalingen om å ringe 113.

Drukningsulykker

Drukning er en viktig dødsårsak, særlig for unge gutter og menn. Historisk sett har utviklingen i antall drukningsulykker vært veldig positiv: fra 222 i 1951 til 72 i 2021, men i de siste årene har det vært en økning (88 døde i 2023, 95 i 2024). Gjennomsnittlig antall dødsfall pr. år siden 2014 i fritidsfartøysulykker er på 28 personer, men det finnes ingen oversikt over alle ulykker, særlig de uten omkomne⁷². Ifølge Sjøfartsdirektoratet (2024) er det registrert i gjennomsnitt 222 personskader som krevde legehjelp.

En undersøkelse med 1050 respondenter utført av Norstat på vegne av Gjensidigestiftelsen i 2023⁷³ viser at bare 55 % i stor grad er sikre på at de vil klare å gi hjerte- og lungeredning (HLR) riktig.

Sepsis

Omtrent 10000 pasienter får sepsis pr. år⁷⁴, og dødeligheten er høy (omtrent 20 %). Det finnes ingen tall om hvor mye førstehjelp fra tilskuerne reduserer dødeligheten. Et landsomfattende tilsyn i 2016-2018 fokuserte bare på akuttmottak og sykehus.

Samtidig vet vi at kunnskapen om sepsis kunne vært mye bedre. Bare 35 % av de spurte i en stor undersøkelse Respons analyse gjorde for Røde Kors i 2023 gjenkjente feber som et symptom på begynnende blodforgiftning.⁷⁵ Det er mindre kunnskap om hvilke symptomer man skal reagere på (feber, funksjonssvikt, høy respirasjonsfrekvens) eller om hvilke tiltak som har vist nytte i kliniske studier (altså opplæring av publikum). Derfor har vi ikke tatt med dette i selve beregningen nedenfor.

Selv mord og psykisk helse

En annen ytre dødsårsak er selvmord. Til tross for at det dreier seg om flere hundre i året, er førstehjelp i forbindelse med dette ikke inkludert i studien.⁷⁶ Selv om tilskuerførstehjelp i akutte selvmordsituasjoner kan være annerledes enn ved andre ytre årsaker, er kunnskap om psykisk førstehjelp og krisehåndtering avgjørende. Grunnen til at det er utelatt i studien er at dette ikke er del av de etablerte kurskonseptene eller inkludert i betegnelsen akutt sykdom og skader. De kursene vi sjekket ut for å se om denne kurstypen likevel skulle inkluderes var i hovedsak tett knyttet til helseinstitusjoner og behandlere. Vi gjorde derfor ikke noe systematiske søk på denne typen kurs, men et førsteinntrykk er at de er i vekst. I senere studier bør de inkluderes.

Beregning av gevinst ved færre «tapte år»

Som nevnt tidligere foreslår Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) en statistisk verdi av et liv som er 48,13 millioner i 2024 kroner.

Selv om tallene er svært usikre, viser de at tilskuerførstehjelp har betydning for overlevelse og dermed antall «ekstra» liv etter ulykker og plutselig sykdom.

Gitt beregningene ovenfor, er verdien av ekstra liv i 2024 som følge av tilskuerførstehjelp ved henholdsvis hjertestans (20 liv) 481 millioner kroner, (75 liv) 3,62 milliarder kroner, og tidlig innleggelse ved hjerneslag 197 millioner kroner. Vi har ikke funnet tall for tilsvarende kroner ved drukningsulykker, hjerteinfarkter og sepsis og har derfor ikke inkludert dem i totalberegningen). Til sammen gir de ekstra livene en beregnet samfunnsøkonomisk verdi på kr. 4,3 milliarder kroner.

Bedre kvalitet og hyppighet av førstehjelp kunne spart samfunnet for 2,52 milliarder (hjertestans), 1,82 milliarder kroner (skader), og 135 millioner kroner (hjerneslag) - til sammen 4,38 milliarder kroner. Det kunne også ha spart en del av de omtrent 4,5 milliarder kroner som er utbetalt hvert år av forsikringsselskapene som følge av personskader. Dette er ikke tatt med i regnestykket.

Samtidig må det nevnes at det er stor usikkerhet rundt mange av tallene. Vi vet for eksempel at tidlig innleggelse kan bidra til bedre resultater i hjerneslagstilfeller, og at det er rom for forbedring i kunnskapene til både publikum og helsepersonell. Samtidig er tilfellene som ikke er diagnostisert tidlig nok mer vanskelig å identifisere enn de som faktisk er det. Det er også stor usikkerhet rundt den målbare effekten av førstehjelp fra tilskuerne i skadetilfeller, og rundt effekten av bedre førstehjelp fra tilskuerne i hjertestanstilfeller. Bedre data og videre forskning vil håpentligvis bidra til å dekke hullene i vår nåværende kunnskap.



***Hver krone investert i
førstehjelpsopplæring
gir 12 kroner i samfunns-
økonomisk gevinst.***

Selve regnestykket

Den samfunnsøkonomiske gevinsten ved at det ble færre «tapte liv» som følge av tilskuerførstehjelp er estimert til 4,3 milliarder kroner pr. år. Gitt at tilskuerne ikke hadde fått førstehjelpsopplæring ville denne verdiskapingen ikke ha skjedd.

Fratrukket den beregnede kostnaden til opplæringen på 340 millioner kroner pr. år er da den direkte samfunnsøkonomiske verdien av førstehjelpsopplæringen i underkant av 4 milliarder kroner pr. år. Hver krone investert i førstehjelpsopplæring betyr altså 12 kroner i samfunnsmessig gevinst. Det er ingen dårlig avkastning.

For å ytterligere kvalitetssikre dette estimatet har vi gjort en sensitivitetsanalyse av kostnadene til førstehjelpsopplæringen, se tabell 2 nedenfor. Selv ved det laveste nivået viser analysen at den samfunnsøkonomiske gevinsten ved at den voksne befolkningen i Norge får førstehjelpsopplæring er stor.

Parameter	Basisnivå	Høyt nivå	Lavt nivå
Antall færre «tapte liv»*	95	114	76
Gevinst av færre «tapte liv» pr. år, mill. NOK*	4301	5161	3441
-Kostnader til førstehjelpsopplæring, mill NOK**	340	210	349
=Gevinst ved førstehjelpsopplæring (tilskuer.) mill NOK	3061	4951	3092

Tabell 2. Sensitivitetsanalyse av gevinst av førstehjelpsopplæring

* Vi har forutsatt en sjablongmessig økning og reduksjon på 20% fra basisnivå i antall liv.

** Som estimat for ytterpunktene for kostnader til førstehjelpsopplæring har vi brukt gjennomsnittlig pris pr. deltager i Røde Kors-kurs, 183 kroner x 3 timer. Som estimat for høyt nivå har vi brukt snittet av tilbydernes pris på 304 kroner,- som er det mest inkluderende.

Hvis flere nordmenn enn de 45 % som i dag føler seg trygge nok til å yte tilskuerførstehjelp, vil verdien øke ytterligere. Dette bekrefter betydningen både av det arbeidet som allerede er lagt ned i å få på plass førstehjelpsopplæring bredt i befolkningen, og behovet for å styrke det ytterligere.

Egenverdi og samfunnsnytte av førstehjelpsopplæringen

De foregående beregningene har vist at førstehjelpsopplæring gir en betydelig direkte samfunnsøkonomisk avkastning – hver investert krone gir rundt 12 kroner tilbake i form av verdien av reddede liv. Dette er likevel kun en del av bildet. Det finnes også ikke-kvantifiserbare gevinster.

Egenverdi for individet

For enkeltmennesket kan førstehjelpskompetanse innebære en økt opplevelse av trygghet og mestring. Å kunne bidra i en kritisk situasjon kan være avgjørende både for pasienten og førstehjelperen. Flere studier har vist at det å ha kunnskap og ferdigheter til å handle kan redusere hjelpeløshet og ettervirkninger som skyldfølelse eller psykisk stress hos tilskuere.⁷⁷ Den subjektive nytten – i form av bedre beredskap og livskvalitet – er en viktig dimensjon som ikke kan verdsettes i kroner og øre.

Tilsvarende gjelder for dem som reddes: økt overlevelse gir mulighet for flere gode leveår, men også til å gjenoppta livsroller, utdanning, arbeid og sosialt fellesskap. Selv når full restitusjon ikke oppnås, kan tidlig hjelp gjøre rekonvalesenstiden kortere eller begrense tap av funksjonsevne.

Bredere samfunnsnytte

På systemnivå bidrar førstehjelpsberedskap til en mer motstandsdyktig befolkning og økt samfunnstillit. Norge rangerer høyt på internasjonale målinger av livskvalitet og tillit – faktorer som trolig styrkes av vissheten om at man kan få hjelp av medborgere ved akutt sykdom eller skade. Førstehjelpskunnskap er med på å fordele akuttberedskapen bredere og gjøre lokalsamfunn bedre rustet til å håndtere uventede hendelser.

Det kollektive læringsutbyttet og dugnadsånden som er utviklet gjennom arbeidet med sentralisering og standardisering av førstehjelpsopplæringen har også en verdi i seg selv, og bidrar til å styrke den sosiale kapitalen. I et bredere samfunnsperspektiv kan dette også gi positive ringvirkninger for frivillig engasjement, folkehelsearbeid og tillitsbasert beredskap.

Videre kan styrket førstehjelpskompetanse på sikt bidra til å redusere presset på akuttmedisinske tjenester, særlig i distrikter og områder med lang responstid. Det er også et utnyttet potensial i å undersøke hvordan førstehjelpsberedskap kan påvirke forsikringsutbetalinger og risikojustering, noe som kan føre til lavere kostnader både for forsikringsselskaper og forsikringstakere.

Validitet og reliabilitet

Prosjektets mål har vært å estimere den samfunnsøkonomiske nytteverdien av førstehjelpsopplæring i Norge. For å vurdere kvaliteten på beregningene. drøfter vi her både validitet og reliabilitet i datagrunnlaget og metodene.

Validitet

Den konseptuelle validiteten er høy: målene for prosjektet – å estimere verdien av reddede liv og redusert sykdomsbyrde som følge av førstehjelp – er direkte relatert til NFRs formål og det samfunnsoppdraget som prosjektet utforsker. Begrepene «verdi av statistisk liv», «tilskuereførstehjelp» og «opplæringskostnad» er godt forankret i nasjonale retningslinjer og samfunnsøkonomisk metode.

Målevaliditeten er delvis begrenset av tilgjengelige data. De nasjonale helseregistrene gir gode estimater for utfall ved hjertestans og hjerneslag, men svakere dekning ved skader, drukning og sepsis. Det mangler detaljerte data om førstehjelpsinnsetts kvalitet og tidsbruk ved 113-samtaler. Derfor har vi vært konservative i våre beregninger og utelatt usikre estimater. Dette styrker validiteten ved å unngå overestimering, men betyr også at de reelle verdiene trolig er høyere enn estimert.

Ekstern validitet er ivaretatt ved bruk av representative, offentlig tilgjengelige nasjonale datasett og ved å triangulere med flere datakilder.

Reliabilitet

Metoden for beregning av direkte samfunnsøkonomisk nytte følger etablerte prinsipper innen helseøkonomi og anvender anerkjente størrelser som VSL og VSLY. Kurskostnader er estimert med en strukturert kvalitativ tilnærming der et stort og variert utvalg av tilbydere er kartlagt og analysert. Sammenfall mellom beregnet gjennomsnittspris og faktiske tall fra Røde Kors gir støtte for høy pålitelighet i prisestimatene.

Det er likevel usikkerhet knyttet til selvrapporterte data om opplæringsnivå og befolkningens kompetanse, samt antakelsen om at 45 % av befolkningen har fått opplæring siste fem år. Det er også metodiske begrensninger i overførbarheten av internasjonale studier til norsk kontekst, særlig for skader og drukning.

Beregninger av samfunnsøkonomisk gevinst bygger på tilgjengelige antall reddede liv, som igjen er konservative anslag. Sensitivitetsanalysen viser at selv med moderate avvik gir modellen robust gevinst.

På overordnet nivå vurderer vi både validitet og reliabilitet som tilfredsstillende for rapportens formål. Beregningene er basert på anerkjente metoder, og tilnærmingen har vært konservativ og transparent. Fremtidige forbedringer bør rette seg mot mer systematisk registrering av førstehjelpsinnsetts og utfallet av denne, samt utvikling av verktøy som kan dokumentere kvaliteten på tilskuereførstehjelp. Dette vil kunne styrke både målepresisjon og prediktiv verdi i fremtidige samfunnsøkonomiske analyser.

KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Denne analysen viser at førstehjelpsopplæring har en betydelig samfunnsøkonomisk verdi i Norge.

Beregningene anslår at tilskuerførstehjelp – gitt dagens nivå på opplæring i befolkningen – årlig bidrar til å redde om lag 95 liv. Med en samlet verdsetting av disse livene på rundt 4,3 milliarder kroner og en beregnet opplæringskostnad på 340 millioner kroner pr. år, gir førstehjelpsopplæring en estimert netto samfunnsgevinst på nesten 4 milliarder kroner årlig. Dette tilsvarer en avkastning på 12 kroner for hver investerte krone – en sjelden høy samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Vi har brukt konservative estimater, og selv med et enda lavere effektanslag og høyere opplæringskostnader forblir nytteverdien klart positiv. Det foreligger også betydelig indirekte samfunnsverdi i form av styrket samfunnsberedskap og økt trygghet i befolkningen.



***Førstehjelpsopplæring
gir ikke bare målbare
økonomiske gevinster,
men også økt trygghet og
beredskap i samfunnet.***

Det ligger utenfor rammen av dette prosjektet å beregne tilleggsverdien av å øke utbredelsen av førstehjelpsopplæringen. Det ville innebære å lage scenarier for innholdet i og organiseringen av førstehjelpsopplæringen, men gitt at hver krone som brukes på førstehjelpsopplæring er det ikke tvil om at dette også vil lønne seg.

Ut fra det vi har funnet gjennom studien har vi fire forslag til temaer og oppgaver for NFR å gå videre med i sitt strategiarbeid.

1. Jobbe videre med opplæringskonseptene. Inndelingen gitt av forskrifter og ulike typer tilbydere matcher ikke konseptene slik de har vært definert. Inkludere selvmord og psykisk helse i konseptutviklingen. Vurdere om det kan utvikles en enda enklere variant, tenkt for almenheten, noe a la «fjellvettreglene», som «sjekk for pust, blødninger og frost, ring 113». Skille tydeligere mellom helt elementær førstehjelpskompetanse og mer formelle kvalifikasjoner i form av strukturerte kurs gitt av autoriserte instruktører. Vurdere å fornye det nettbaserte registersystemet for autoriserte instruktører.
2. Fortsette arbeidet med å styrke kvaliteten og detaljeringsgraden på eksisterende data om tilskuerførstehjelp i helseregistrene og bruk av tallene på tvers. Utnytte dugnadsånden i samarbeidet med myndighetene. Inkludert å være en pådriver og bidragyder for å få mer detaljerte data om samtaler med tilskuerførstehjelpere som ringe 113.
3. NFR bør samarbeide med forsikringsnæringen om å få mer kunnskap og mer detaljerte data relevante for førstehjelp fra forsikringsutbetalinger. Forsikringsbransjen har tradisjonelt ikke hatt stor oppmerksomhet på betydningen av førstehjelp for å kunne redusere summen av forsikringsutbetalinger og kanskje gjøre forsikringer billigere for folk. NFR bør samarbeide med skadeforsikringsselskaper om dette.
4. Arbeide for finansiering til grundige delstudier. I rapporten har vi for eksempel ikke gått dypere inn i at Røde Kors har den laveste gjennomsnittlige timeprisen. Heller ikke at Norsk Folkehjelp har valgt en helt annen ikke-kommersiell modell. Kommersialiseringen av bedriftshelsetjenestene og konsekvensene for den almenne førstehjelpsopplæringen vil også være en egen studie verdt. I beregningen valgte vi å legge gjennomsnittsprisen på tvers av alle tilbydere, kurs og undervisningsformer til grunn for den videre beregningen.
 Dette analytiske grepet som er betinget av de gitt ressursene i prosjektet kan ha betydd tilsløring av viktige forskjeller som det kan være verdt å gå dypere inn i for å få kunnskap om spesifikke forhold som kan påvirke i den videre utviklingen av grunnleggende førstehjelpsopplæring



TAKK

Vi vil gjerne takke flere som har gitt betydelige bidrag i arbeidet med denne rapporten.

Stiftelsen Forsikringsakademiet som så betydningen av ny kunnskap på feltet og medlemmene av styret i NFR for gode innspill til rapportutkast. Thomas Berg Green fra Norges Førstehjelpsråd for tålmodig å dele sin dype og brede erfaring hele veien i prosjektet. Thomas Gabrielsen, lege og Eva Blazek, statistiker, for hjelp til strukturering av analysen. Vi har brukt ChatGPT 4.0 i de første søkene etter kurstilbydere og kurstyper og Google i søket etter priser på kurs. Vi fikk grundige kommentarer fra Nasjonalt senter for traumatologi og Nasjonalt traumeregister, Norsk hjertestansregister og Nasjonalt senter for prehospital akuttmedisin (NAKOS) og Norsk hjerneslagsregisterde nasjonale helseregistrene på et utkast av 13.6.25. Disse er tatt til følge.

Takk for all god hjelp og kritiske innspill til tross for kort tidsfrist over sommeren. Alle gjenstående feil og mangler må vi ta på vår kappe.

KILDER

¹ NOU 2015: 17. Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>

² Arnesen, D. og Sivesind, K. H. 2020. Organisasjonslandskap i endring 2009–2019: Fra ideologisk samfunnsendring til individuell utfoldelse? Senter for forskning om sivilsamfunn og frivillighet. Rapport 2020(5). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/organisasjonslandskap-i-endring-20092019-fra-ideologisk-samfunnsendring-til-individuell-utfoldelse/id2691448/>

³ St.meld. 23 (2024–2025). Fornye, forsterke, forbedre
Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, s. 52.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/?ch=1>

⁴ <https://www.norskforstehjelpsrad.no/fasteradsmedlem>

⁵ Brøgger, B. and Larsen, L.B. 2024. Chapter 12. Too close for comfort: a case study of boundary work implementing cooperative compliance policies in Norway and Swede, p 228–248, in: Taxation, Citizenship and Democracy in the 21st Century. Edward Elgar Publishing.

Brøgger, B. 2022. Social enterprise in China. Routledge. Brøgger, B. (2017). Sosialt entreprenørskap i Norge. Cappelen Akademisk.

Brøgger, B. (red). 2007. Å tjene på samarbeid. Bedriftsutvikling Partssamarbeid Medvirkning. Oslo: Gyldendal.

Brøgger, B. 2003, 4. Vestfold, Buskerud og Telemark, s. 12–18, i Gustavsen, B. (red.)

Bedriftsutvikling og regionale partnerskap. Erfaringer fra Verdiskaping 2010. Oslo: Norges Forskningsråd, Lo, NHO, SND.

Brøgger B., Johannessen Y., Osvik A., Hauger, M., og Pålshaugen Ø. 2001. Organisasjonsutvikling i varehandelen. Fra mangfoldige kunder til enhetlige butikker. Oslo: AFI-rapport 4.

⁶ Berzins, J., and Stacescu, B. 2025. Overview of Norwegian firms. Oslo: Centre for Corporate Governance research-rapport 1.

Berzins, J.; Bøhren, Ø. and Stacescu, B. 2019. Dividends and taxes: The moderating role of agency conflicts. Journal of Corporate Finance, 58, s. 583– 604.

⁷ Nordseth, T.; Opdahl, H. 2025: førstehjelp i Store medisinske leksikon på snl.no. <https://sml.snl.no/f%C3%B8rstehjelp>

⁸ Bakke HK, Steinvik T, Eidissen SI, Gilbert M, and Wisborg T. 2015. Bystander first aid in trauma - prevalence and quality: a prospective observational study. Acta Anaesthesiol Scand. 59(9):1187–1193. doi: 10.1111/aas.12561

⁹ Sandvik S., Hansen E.H., Zakariassen E., Hunskaar S., Morken T., og Midtbø V. 2024. Engelsk ordliste for legevakt og relaterte termer. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin/Norvege. chrome-extension://efaidnbmninnkpbpcjpcgclcfndmkaj/https://www.norceresearch.no/assets/images/file/Engelsk-ordliste-for-legevakt_publicert-061124.pdf?v=1730905772

¹⁰ Bjørshol C.A., Jamtli B., Kramer-Johansen J., Myklebust H., Olsen S., Nordseth T., Mollekleiv S., Osmundsen S.L., Nilsen J. E., Lossius H.M. 2019. Sammen redder vi liv. Tidsskrift for den norske legeforening, 139(12).. doi: 10.4045/tidsskr.19.0128

¹¹ Bakke H.K., Steinvik T., Angell J. and Wisborg, T. 2016. A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway. BMC Emergency Medicine 17 6 <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0116-7>

¹² NFR 2022, <https://www.vg.no/nyheter/i/oWOBXj/ny-undersokelse-for-faa-kan-enkel-foerstehjelp>.

¹³ <https://www.rodekors.no/forstehjelp/aktuelle-saker/2025/forstehjelpunders2025/>.

¹⁴ Mathiesen, W.T. 2021. The bystander in out-of-hospital cardiac arrest: Preconditions for and consequences of providing cardiopulmonary resuscitation. Dr.avhandling for PhD., Faculty for health science, Universitetet i Stavanger. Utgitt posthumt, og <https://norskluftambulans.no/nyheter/forst-i-verden-til-a-folge-opp-forstehjelperne/>

¹⁵ <https://www.helsenorge.no/helsehjelp/>

¹⁶ <https://www.helsenorge.no/forstehjelp/ring-113/>

¹⁷ St.meld. 23 (2024–2025). Fornye, forsterke, forbedre
Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus «De akuttmedisinske tjenestene mangler styringsdata og data om kvalitet og teknologi, og IKT-systemer har i liten grad vært tilpasset tjenestenes behov for informasjonsdeling, beslutningsstøtte, dokumentasjon og styringsinformasjon», s.17, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/>

¹⁸ <https://utdanning.no/utdanningsoversikt/paramedisin>

¹⁹ <https://www.hovedredningssentralen.no/norsk-redningstjeneste/>

²⁰ Akkerman, S. F., and Bakker, A. 2011. Boundary crossing and boundary objects. Review of Educational Research, 81(2), 132–169.

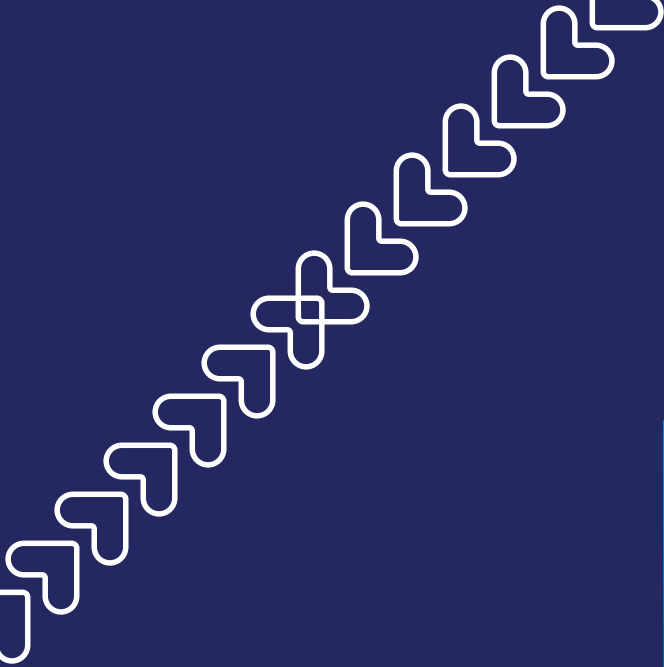
²¹ <https://standard.no/>

- ²² <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/internkontroll/>
- ²³ <https://www.arbeidstilsynet.no/regelverk/forskrifter/arbeidsplassforskriften/>
- ²⁴ <https://www.arbeidstilsynet.no/regelverk/forskrifter/forskrift-om-utforelse-av-arbeid/>
- ²⁵ <https://www.idrettsforbundet.no/tema/retningslinjer/lege-og-sanitet/>
- ²⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- ²⁷ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2023-03-28-449>
- ²⁸ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-10-01-1339>
- ²⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/rad-og-utvalg/sammen-redder-vi-liv>
- ³⁰ Flere av NFRs rådsmedlemmer har organisert sin opplæring i egne aksjeselskaper, men gitt nettopp av at de er rådsmedlemmer med en samfunnsoppgave å arbeide for førstehjelpsopplæring, har vi inkludert dem i gruppe 1.
- ³¹ Det finnes et eget konsept, grunnkurs i hjerte-lungeredning, GHLR, forvaltet av Norsk Resuscitasjonsråd. Vi har valgt å gruppere GHLR og NGF-konseptet forvaltet av NFR i samme kategori, gitt at grunnleggende hjerte-lungeredning også er inkludert i NGF.
- ³² Dette er ikke et eget konsept under forvaltning av NRR eller NFR, men følger av en egen forskrift.
- ³³ <https://www.nho.no/tema/kompetanse-og-utdanning/artikler/fortsatt-stort-kompetansegap-blant-nhos-medlemsbedrifter/finansiering-av-kompetansetiltak-i-naringslivet/>.
- ³⁴ Flyvbjerg, B. 2006. Five misunderstandings about case study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2):219-245.
- ³⁵ Kilde til disse avsnittene er rodekors.no
- ³⁶ Casestudien av Røde Kors gir en gjennomsnittspris på 181 kroner som understøtter beregningen fra det representative utvalget hvor timeprisen på Røde Kors kurs ble estimert til 183 kroner. Hva grunnen kan være til at Røde Kors har den laveste gjennomsnittlige timeprisen har vi ikke gått dypere inn i. Forklaringene kan være forskjellige, som at omsetningen er stor nok til at organisasjonen oppnår stordriftsfordeler eller at det er et større innslag av gratis frivillig innsats enn antatt. Derfor har vi i beregningen valgt å legge gjennomsnittsprisen på tvers av alle tilbydere, kurs og undervisningsformer til grunn for den videre beregningen.
- ³⁷ NFR 2022. <https://www.vg.no/nyheter/i/oWOBXj/ny-undersokelse-for-faa-kan-enkel-foerstehjelp>.
- ³⁸ Norsk hjertesantsregister, Årsrapport for 2023.
- ³⁹ Norsk hjertesantsregister, Årsrapport for 2023.
- ⁴⁰ Alm-Kruse K, Gjerset GM, Tjelmeland IBM, Isern CB, Kramer-Johansen J, Garratt AM. How do survivors after out-of-hospital cardiac arrest perceive their health compared to the norm population? A nationwide registry study from Norway. *Resusc Plus*. 2024 Jan 9;17:100549.
- ⁴¹ Førstehjelpsundersøkelsen fra Røde Kors (<https://www.rodekors.no/forstehjelp/aktuelle-saker/2025/forstehjelpunders2025/>) viser at bare 80 % av nordmenn vet at unormal pust og bevisstløshet betyr at man må starte hjerte-lungeredning.
- ⁴² Det er betydelig usikkerhet rundt dette tallet. Vi vet at omtrent i 90 % av tilfellene hvor pasienten overlever hjertestans har det vært tilskuere til stede, men vi vet ikke hvor stor andel av de som ikke får HLR som hadde tilskuere tilstede uten å få førstehjelp fra dem.
- ⁴³ Samtidig har det vært en liten nedgang i andelen som svarer korrekt om nødvendig hjerte- og lungeredning (fra 87 % i 2019 til 80 % i 2025 - <https://www.rodekors.no/forstehjelp/aktuelle-saker/2025/forstehjelpunders2025/>), og bare 55 % svarer korrekt på spørsmålet om antall brystkompresjoner og innblåsing.
- ⁴⁴ Sammen redder vi liv, faktagrunnlag, 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sammen-redder-vi-liv-strategidokument>
- ⁴⁵ Mathiesen W.T., Bjørshol .CA., Kvaløy J.T., Søreide E. 2018. Effects of modifiable prehospital factors on survival after out-of-hospital cardiac arrest in rural versus urban areas. *CriticalCare*. 22(1):99.
- ⁴⁶ Sammen redder vi liv, faktagrunnlag, 2018. Det er relativt upresist estimat basert på regionale studier.
- ⁴⁷ Finans Norge (<https://www.finansnorge.no/tema/statistikk-og-analyse/forsikring/nokkeltall-skadeforsikring/#skader>).
- ⁴⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sammen-redder-vi-liv-strategidokument>
- ⁴⁹ 2899 dødsfall skyldtes ytre årsaker (ulykker, selvmord og drap) i 2023. 693 av dem var selvmord, og det var også 38 drap (Kilde: Dødsårsaksregisteret og Politiets nasjonal drapsoversikt). Sammen redder vi liv – faktagrunnlag nevner 1900 dødsfall.

- ⁵⁰ Sammen redder vi liv, faktagrunnlag. 2018 <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sammen-redder-vi-liv-strategidokument>
- ⁵¹ Hem, K-H., Dahl, Ø., Rohde, T., Øren, A, 2016. Kostnader ved arbeidsrelaterte sykdommer og skader. SINTEF teknologi og samfunn.
- ⁵² Sammen redder vi liv, faktagrunnlag, 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sammen-redder-vi-liv-strategidokument>
- ⁵³ H. K. Bakke, T. Steinvik, S.-I. Eidissen, M. Gilbert, and T. Wisborg, 2015. Bystander first aid in trauma – prevalence and quality: a prospective observational study, *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 59: 1187–1193.
- ⁵⁴ Se for eksempel Tannvik, T.D., Bakke, H.K. og Wisborg, T. 2012 A systematic literature review on first aid provided by laypeople to trauma victims, *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56:1222–1227.
- ⁵⁵ Idland, S., Kramer-Johansen, J., Bakke, H.K. et al. 2023. Assessing bystander first aid: development and validation of a First Aid Quality Assessment (FAQA) tool. *BMC Emerg Med* 23, 39.
- ⁵⁶ Tannvik T.D., Bakke, H.K. og, Wisborg, T. 2012, A systematic literature review on first aid provided by laypeople to trauma victims, *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*.
- ⁵⁷ Mudhafar Karim Murad, Hans Husum, 2010, Trained lay first responders reduce trauma mortality: a controlled study of rural trauma in Iraq, *Prehosp Disaster Med* 25(6):533-9.
- ⁵⁸ Norsk traumeregister, Årsrapport for 2023.
- ⁵⁹ Norsk hjerneslagsregister, Årsrapport for 2023.
- ⁶⁰ Hjerte- og karregisteret, Rapport for 2012-2021, Folkehelseinstituttet, 2022, <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/hjerte--og-karregisteret---rapport-2012-21.pdf>
- ⁶¹ Sammen redder vi liv, faktagrunnlag, 2018.
- ⁶² Det betyr at satsingen på førstehjelpsundervisning i befolkningen må følges av satsing på nødmeldetjenesten. Nylige studier viser at det er forbedringspotensial i AMK (for eksempel Leto N, Farbu E, Barach P, et al Reducing time delays and enhancing reperfusion eligibility related to stroke suspicion by the Emergency Medical Dispatch Centre: a registry-based observational study, *Emergency Medicine Journal* 2025).
- ⁶³ FHI, Kinge, J.M., Øien, H., Dieleman, J.L. Reme B-A., Skrindo, A.K. Knudsen, G.G., Selbæk, G., Frich, J.C., Baris, E. Murray, C.J.L. and Vollset, S.E. 2025. Forecasting total and cause-specific health expenditures for 116 health conditions in Norway, 2022–2050. *BMC Med* 23, 116.
- ⁶⁴ Fjærtøft et al. 2018: Den nasjonale informasjonskampanjen om hjerneslag «Prate, smile, løfte» - Evalueringsrapport 2018.
- ⁶⁵ K. R. Lees et al, 2010, Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials, *Lancet*, 375, 1695-703.
- ⁶⁶ Det må nevnes at den nåværende andelen i Norge (45 %) er høy i internasjonalt forhold. Vi tok 75 % som den øverste grensen som kunne teoretisk være nådd.
- ⁶⁷ 50 % av de som innlegges innen 4 timer fra symptomdebut behandles med trombolyse (Norsk hjerneslagsregister). Ikke alle som inlegges med hjerneslag har nytte av trombolyse (Alhazzani et al, Intravenous alteplase in minor nondisabling ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis, *European stroke journal* 2024 vol 9(3) 521-529).
- ⁶⁸ Oslo Economics, 2020. Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering, Utredning for Spekter Arbeidsgiverforeningen.
- ⁶⁹ C. Røsbak, 2013, Trombolyse ved hjerneslag – kliniske effekter og risiko, Universitetet i Oslo; J. M. Wardlaw et al., 2014, Thrombolysis for acute ischaemic stroke, *Cochrane database of systematic reviews*.
- ⁷⁰ SSB, Forventet gjenstående levetid, etter kjønn og alder 1986 - 2024.
- ⁷¹ Norsk Hjerterefarktregister, Årsrapport for 2024.
- ⁷² Nasjonal handlingsplan for sjøsikkerhet, Sjøfartsdirektoratet, 2024.
- ⁷³ Pressemelding fra GjensidigeStiftelsen, 2023.
- ⁷⁴ Sepsis – en livsfarlig sykdom, Røde Kors; Sepsis – ingen tid å miste, Rapport fra Helsetilsynet 1/2018; Pasienter med sepsis – får de raskere behandling i akuttmodtak? Oppfølgingen av landsomfattende tilsyn 2016–2018, Rapport fra Helsetilsynet 8/2019.
- ⁷⁵ Røde Kors, 2023.
- ⁷⁶ I 2023 var det 693 selvmord, og det var også 38 drap (Kilde: Dødsårsaksregisteret og Politiets nasjonal drapsoversikt).

Bildemateriale brukt i denne rapporten er lisensiert gjennom Adobe Stock via Make!Graphics. Bildene kan ikke gjenbrukes, endres eller distribueres separat uten gyldig lisens fra Adobe Stock. Rapporten kan deles fritt i sin helhet.





Norsk Førstehjelpsråd
Norwegian first aid council

#allekangiførstehjelp

www.norskforstehjelpsrad.no

Telefon: 24 02 22 20

Org. nr.: 985 076 383