

AHLR - Arbeidsfordeling i hjertestansteamet, LHM

D21636

Utgave:
3.05

Gjelder fra:
20.08.2024

Side 1 av 4

Hensikten er å klargjøre den enkelte sin oppgave i hjertestansteamet for å oppnå ett godt samarbeid, tydelig ledelse og god kommunikasjon med bruk av «closed loop».

Algoritmen fra NRR 2021 gjelder som retningslinje.

LIS 2 medisin:

Medisinsk ansvarlig for resusciteringen.

Bistå intensivsykepleier i tolkning av hjerterytmen.

Vurdere årsak til hjertestans (4 H+4 T).

Orienterer seg om det er satt behandlingsbegrensning.

Ansvar for beslutninger om medisiner som avviker fra den vanlige algoritmen.

Ansvar for videre behandling etter ROSC i samarbeid med anestesilege

Avgjør hvor lenge man skal resuscitere.

Hjertevakt:

Bistå LIS 2 med deres oppgaver. Ansvar for diagnostikk med V-scan.

LIS 2 Anestesi (vakthavende):

Ansvarlig for å sikre luftveger, ventilasjon og intubasjon i samarbeid med anestesisykepleier.

Sikre i.v/i.o tilgang.

Ansvarlig for sirkulasjonssjekk i samarbeid med anestesisykepleier.

Samarbeide med LIS 2 medisin i diagnostisk arbeid og beslutninger om medisiner som avviker fra den vanlige algoritmen. I de tilfeller der anestesilegen er mest erfaren er det naturlig å ta større ansvar.

Har ansvar for videre intensivbehandling ved ROSC.

Ansvarlig for at gjenopplivningsjournal fylles ut etter avsluttet resuscitering.

Sykepleier intensiv:

Rykke ut med hjertestanstralle og defibrillator.

Plassere elektroder på pasienten og tolke hjerterytmen i samarbeid med LIS 2 medisin.

Har ansvar for å følge algoritmen, defibrillere og administrere medikamenter.

Har oversikt over tid/sløyfe og total tid for resuscitering.

Kommunisere til resten av teamet hvor man er i sløyfen, hvilke medikamenter som er gitt og antall sjokk.

Loggfører underveis (tid, sjokk, medisiner) i hendelseslogg eller gjenopplivningsjournal.

Bistår anestesilege med utfylling av gjenopplivningsjournal etter avsluttet resuscitering.

Anestesisykepleier:

Ansvarlig for sikring av luftveg, ventilasjon og intravenøs/ intraossøs tilgang i samarbeid med anestesilege.

Ansvarlig for sirkulasjonssjekk i samarbeid med anestesilege.

LIS 1 medisinsk og LIS 1 kirurgisk avdeling:

Utfører hjertekompresjoner på voksne og barn med fokus på riktig teknikk og minimal hands off tid.

Utgave: 3.05	AHLR - Arbeidsfordeling i hjertestansteamet, LHM	D21636 Side 2 av 4
-----------------	---	-----------------------

LIS 2/bakvakt barn:

Overordnet ansvar for barnet.

Vurdere årsak til hjertestans (4 H+4 T)

Ansvar for valg av elektroder/plassering og valg av Joule ut fra antall kg.

Ansvar for forordning av medikament. Bistår intensivsykepleier med dobbelt kontroll

Orienterer seg om det er satt behandlingsbegrensinger.

Avgjør hvor lenge man skal resuscitere.

Ansvar for videre behandling etter ROSC i samarbeid med anestesilege

Sykepleier på post:

Tilkalle hjelp og starte HLR. Gi kort rapport om hva som skjedde før pasienten fikk hjertestans og årsak til innleggelse.

Bistå LIS 1 legene med kompresjoner hvis behov.

Vurder kompresjonsmaskin ved langvarig resuscitering. Kontakt AMK 113.

LIS 2 rekvirer LUCAS til aktuelt sted.

Ved behov for debriefing kan man ta kontakt med anestesilege.

Avansert HLR til barn

1

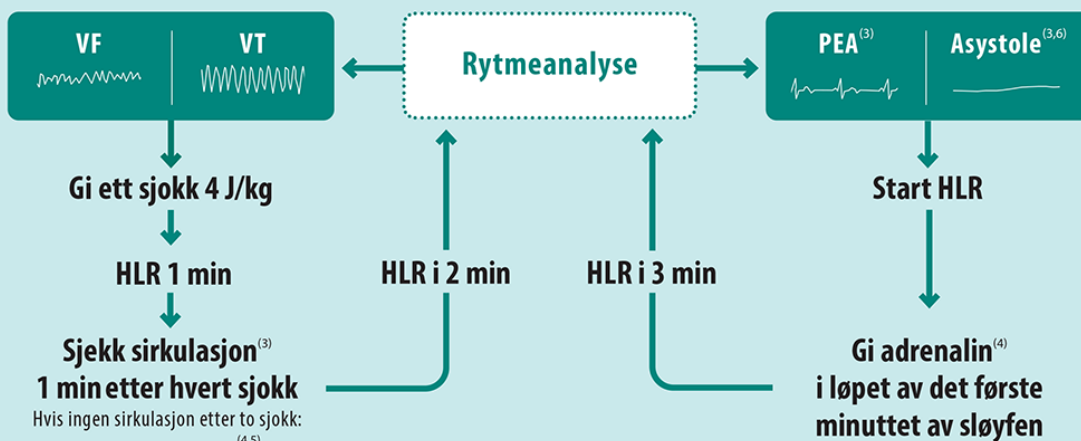
Konstater hjertestans og alarmer ⁽¹⁾

2

Åpne luftveien
Gi 5 effektive ventilasjoner

3

Start HLR 15:2 ⁽²⁾
og kople til defibrillator



MERKNADER

- Bevisstløs, puster ikke normalt
- Frekvens: 100-120 kompresjoner/min.
Etter ev. intubasjon: Kontinuerlige kompresjoner og 10-25 ventilasjoner/min.
- Sirkulasjonssjekk: Maks 10 sek
- Tegn til liv: Hosting, bevegelse, normal pust
- Puls (krever spesiell kompetanse)
- Kapnografi
- Adrenalin 0,01 mg/kg i.v./i.o. (maks 1 mg)
- VF/VT: Første dose gis om fortsatt sjokkbar rytme etter to sjokk, deretter ved sjokkbar rytme i hver sløyfe
- PEA/asystole: Gis ila. første minuttet i hver sløyfe
- Amiodaron
- VF/VT etter to mislykkede sjokk: 5 mg/kg i.v./i.o. (maks 300 mg)
- VF/VT etter tre mislykkede sjokk: Siste dose: 5 mg/kg i.v./i.o. (maks 150 mg)
- Sjekk at elektroder og kabler er festet

Etter reetablert sirkulasjon (ROSC)

- Normoventiler iht. alder og vekt. Tilstrebe normal ET_{CO}₂ (4,5-6,0)
- Tilstrebe O₂-metning 94-98 %
- Tilstrebe normalisering av blodtrykk, hjerterefrekvens, blodgasser og blodsukker
- Behandle kramper
- Behandle grunnsykdom/årsak
- Vurder nedkjøling hvis barnet ikke våkner

Behandle spesielle årsaker - "4H og 4T"

- Hypoksi (oksygen)
- Hypovolemi (væske/blod)
- Hypo-/hyperkalemi (K)
- Hypo-/hyperkalsemi (Ca)
- Hypo-/hypermagnesemi (Mg)
- Hypo-/hyperglykemi (glukose)
- Hypo-/hypertermi (°C)
- Tamponade
- Tromboemboli
- Trykkn pneumothorax
- Toksiner/forgiftninger

Ved første anledning

- Intravenøs/intraosøss tilgang
- Kapnografi

Vurder

- Intubasjon (kun erfarent personell)
- Endret elektrodeplassering/økt strømstyrke hvis mer enn 5 mislykkede sjokk
- Ultralyd (kortest mulig avbrudd i HLR)

Fortsett AHLR

- Så lenge barnet har VF/VT
- Så lenge barnet er hypotermt
- Så lenge det er etisk/medisinsk forsvarlig
- Til barnet viser sikre tegn til liv

Avansert HLR til voksne

