

Dokument-ID: 2539
 Versjon: 10
 Status: Godkjent

Dokumentansvarlig:
 Jo Kramer-Johansen
 Utarbeidet av:
 Jo Kramer-Johansen

Godkjent av
 Hilde Myhren

Godkjent fra:
 19.12.2022

1. Endringer siden forrige versjon

Oppdatert etter publisering av nye internasjonale retningslinjer og norske anbefalinger fra NRR april 2021. (Se lenker i slutten av dokumentet).

2. Hensikt og omfang

Hensikten med prosedyren er at alle ansatte ved OUS skal beherske HLR slik at alle pasienter skal få den best tilgjengelige behandlingen ved hjertestans. Prosedyren er virksomhetsomfattende.

Organisering av HLR-virksomheten beskrives i egen [retningslinje](#), herunder krav til sertifisering, opplæring og lokale utfyllende retningslinjer for varsling og tiltak i akutsituasjoner.

3. Ansvar

Linjeleder har ansvar for at alle ansatte er kjent med denne prosedyren og trent i HLR.

Avdelingsleder har ansvar for:

- Planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av regelmessig trening i hjerte-lunge-redning etter denne prosedyren.
- Utarbeidelse og oppslag lokalt av lokale retningslinje for varsling og tiltak i akutsituasjoner.

Under pågående HLR er det **den personen med mest erfaring** som leder arbeidet inntil stansteamets leder overtar.

4. Fremgangsmåte

I denne prosedyren finner du norske anbefalinger og plakater med kommentarer om spesielle forhold ved Oslo universitetssykehus. Lenker til norske anbefalinger fra Norsk Resuscitasjonsråd finner du i avsnittet med referanser. Gjengivelsen av plakater er gjort med tillatelse fra rettighetshaver for bruk i våre interne styrende dokumenter.

4.1. Gjenkjenne og varsle

Alle ansatte ved foretaket skal kunne gjenkjenne og varsle dersom noen ikke lar seg vekke og ikke puster normalt. Meldingen må minimum inneholde beskrivelse av hva som har skjedd og hvor man ringer fra. Oppslag om tiltak i akutsituasjoner inkludert telefonnummer for varsling og praktiske beskrivelser av hvordan hjelpen skal finne fram, skal finnes sentralt plassert der det foregår pasientbehandling.

Lokalisasjon	Telefonnummer for varsling	Videre respons
Rikshospitalet	73 333	Stansteam
Radiumhospitalet	73 333	Stansteam
Ullevål sykehus	73 333	Stansteam
Aker sykehus	73 333	Medisinsk akutteam
Andre lokalisasjoner	1 1 3	Ambulanse

På områder utenfor sentralkomplekset på Ullevål og Aker skal ansatte ringe 1 1 3. Se kartskisse for [Ullevål](#) og [Aker](#).

På områder utenfor bygg B, C, D og E på Rikshospitalet skal ansatte ringe 1 1 3.

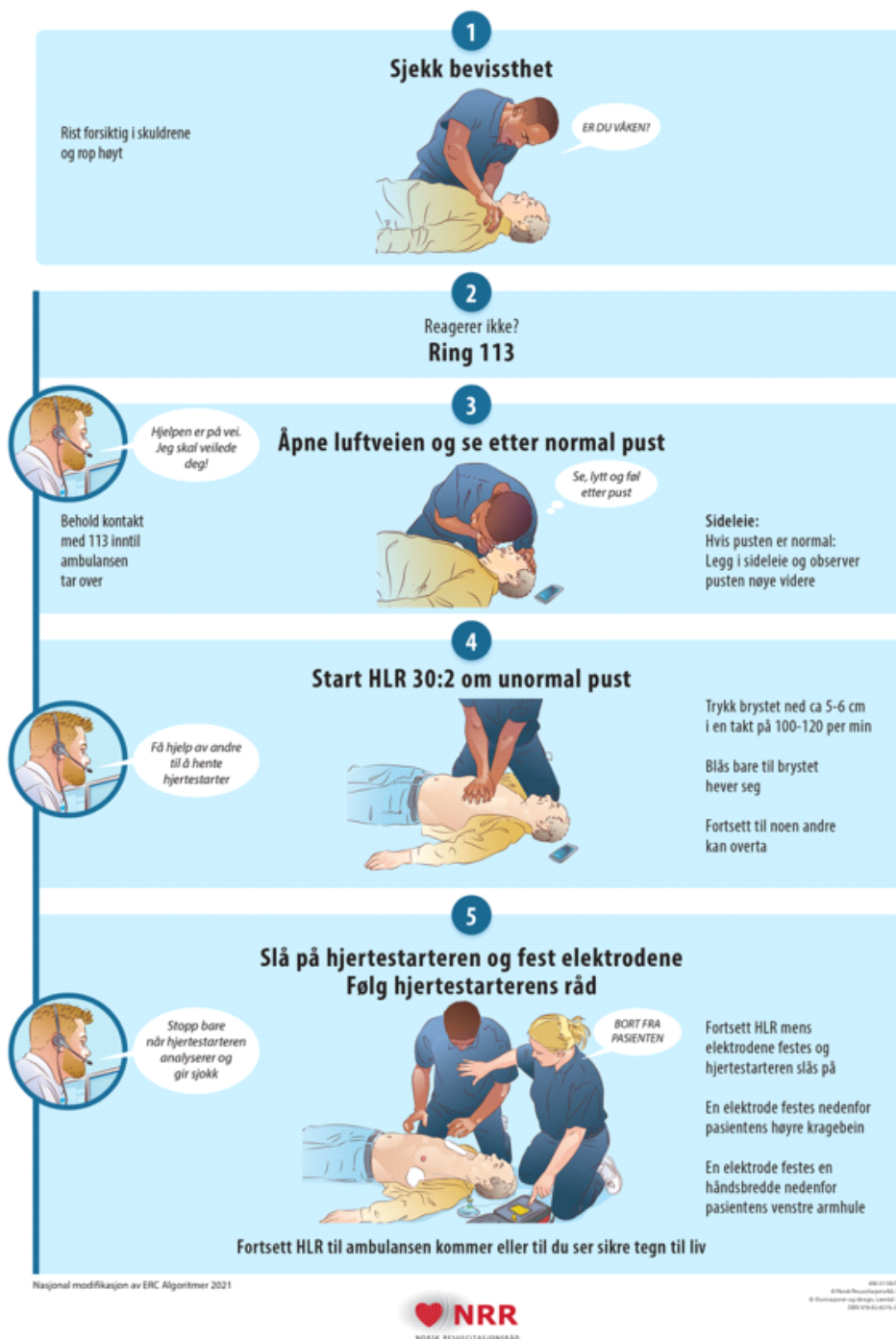
På områdene på Radiumhospitalet i bygg K (forskningsbygget) og bygg som er delt med Ullern videregående skole (OCCI) skal ansatte ringe 1 1 3.

Medisinsk nødtelefon (1 1 3) sender ut akuttambulans(e) og veileder innringer etter sin prosedyre. 1 1 3 vil normalt formidle beskjed til lokal vakttelefon - som utløser gruppesøk på hjertestans. Stansteam rykker ut etter lokal plan. Ressurser frigjøres fortløpende når behovene er dekket.

4.2 Start hjerte-lunge-redning

Skaff hjelp og start HLR så tidlig som mulig. Dette skal skje parallelt så langt det er mulig. Alle ansatte skal kunne grunnleggende HLR med bruk av halvautomatisk defibrillator (hjertestarter)

Hjerte-lungeredning til voksne (HLR)



4.3 HLR for barn:

Legfolk skal utføre hjerte-lunge-redning for barn likt som for voksne (30:2) med ett unntak: HjerTESTANS hos barn skyldes oftest respirasjonsproblemer. Det anbefales at man starter med 5 ventilasjoner før brystkompresjoner.

De som har spesielt ansvar for behandling av barn, og har trening i det, starter med HLR med 2 ventilasjoner og 15

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre HLR - Hjerte-lungeredning (GHLR, HHLR og AHLR)	Utskriftsdato: 05.06.2025
Dokumentansvarlig: Jo Kramer-Johansen	Godkjent av: Hilde Myhren
Dokument-Id: 2539 - Versjon: 10	Side 2 av 15

kompresjoner inntil luftveiene er sikret.

Hjerte-lungeredning til barn (HLR)

BARN UNDER 1 ÅR

BARN OVER 1 ÅR

1

Se etter tegn til liv

Hvis tegn til liv:
Legg barnet i sideleie
og kontroller pusten
regelmessig

Er du våken?

HJELP!

2

Rop om hjelp og ring 113

Slå på mobilens høyttaler
Om du må forlate barnet for å varsle - gi 5 innblåsing og gjør HLR i 1 minutt først

3

Åpne luftveien og sjekk pusten

Hjelp er på vei.
Hvis barnet ikke puster
normalt, start med
innblåsing

Behold kontakt
med 113 inntil
ambulansen
tar over

4

Gi 5 innblåsing

Blås til brystkassen hever seg

5

**Start HLR
30 brystkompresjoner
og 2 innblåsing**

Hvis barnet fremdeles
ikke puster, start
brystkompresjoner
og innblåsing

Trykk brystet ned ca. 1/3 av brystkassens dybde i en takt på 100-120 pr minutt

Fortsett med 30:2 til du får hjelp eller barnet begynner å puste selv

Nasjonal modifisering av ERC Algoritmer 2021

 **NRR**
NORSK RESUSCITERINGSRÅD

© 2021 Norsk Resusciteringsråd
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced without permission from Norsk Resusciteringsråd.

4.4 HLR med halvautomatisk defibrillator (AED)

Tiden fra hjertestans til defibrillering er avgjørende for overlevelse. Når man har forsikret seg om at hjelp er på vei og HLR er startet, skal man prioritere å hente og koble til lokal AED. Tilkalling av stansteamet skal ikke forhindre bruk av nærmeste AED. Ved bruk av defibrillator må det tilstrebes kortest mulig opphold i HLR for analyse og sjekk. Etter defibrilleringsforsøk skal man umiddelbart gjenoppta brystkompresjoner og ventilasjoner.

Defibrillering av barn: På barn skal man helst bruke en manuell defibrillator hvor energimengden kan tilpasses vekten. I påvente av manuell defibrillator, skal vi bruke en halvautomatisk (AED). Det finnes spesielle defibrilleringselektroder for barn mindre enn 15 kg. Dersom barneelektroder ikke er tilgjengelig, er det trygt å bruke voksnelektroder i påvente av stansteam med manuell defibrillator.

Pass på at elektrodene klistres på brystkassen på en slik måte at de ikke kommer i direkte kontakt med hverandre. Hos de

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre HLR - Hjerte-lungeredning (GHLR, HHLR og AHLR)	Utskriftsdato: 05.06.2025
Dokumentansvarlig: Jo Kramer-Johansen	Godkjent av: Hilde Myhren
Dokument-Id: 2539 - Versjon: 10	Side 3 av 15

minste barna må elektrodene da plasseres i anterio-posteriør posisjon (én elektrode på brystet og den andre elektroden på ryggen).

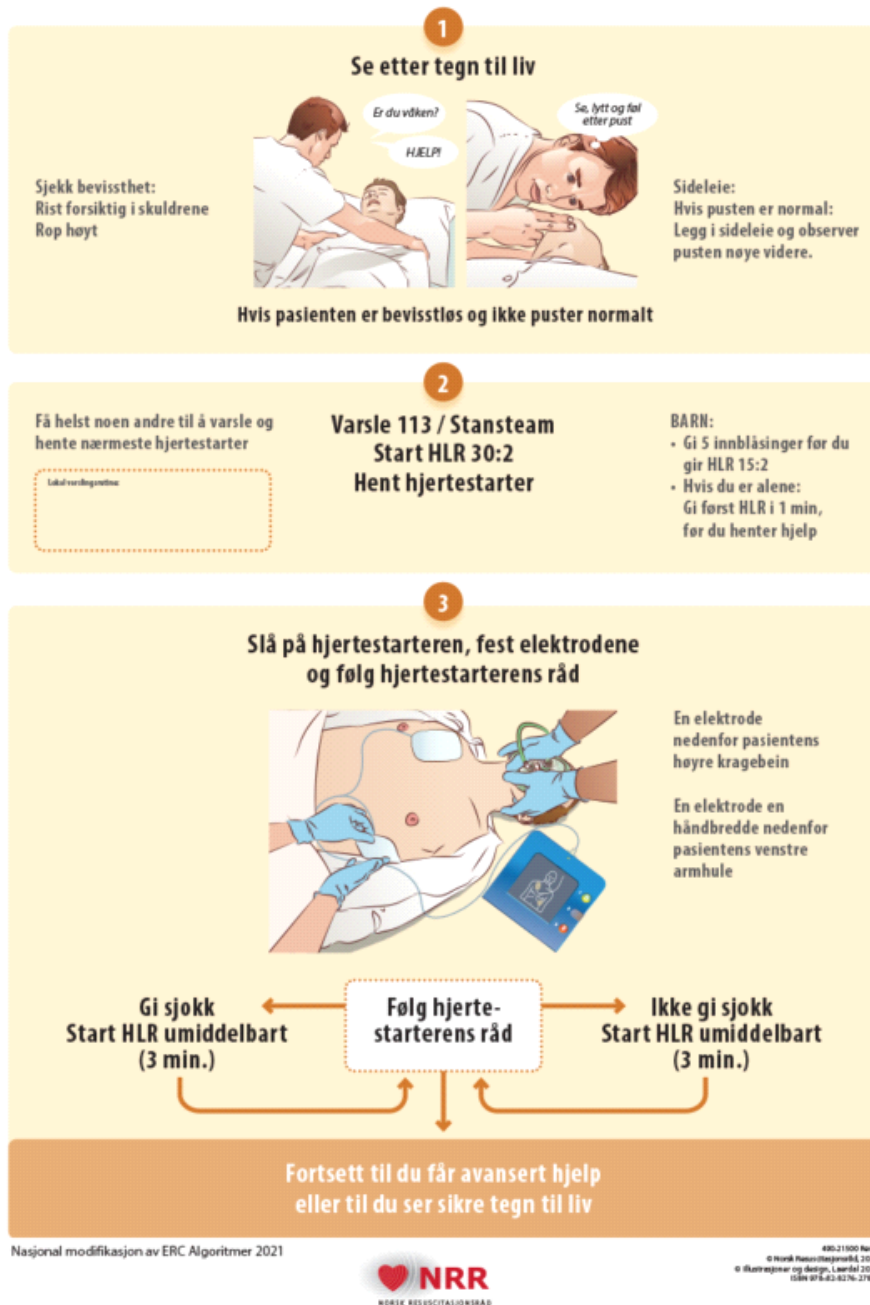
Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre HLR - Hjerne-lungeredning (GHLR, HHLR og AHLR)		Utskriftsdato: 05.06.2025	
Dokumentansvarlig: Jo Kramer-Johansen	Godkjent av: Hilde Myhren	Dokument-Id: 2539 - Versjon: 10	Side 4 av 15

4.5 HLR for helsepersonell

Alle ansatte på OUS skal kunne mistenke og gjenkjenne hjertestans, varsle i egen organisasjon og starte grunnleggende HLR med bruk av halvautomatisk defibrillator. I alle områder med pasientvirksomhet vil det være tilgjengelig pustemaske og evt. hjertebrett til HLR i seng. Alle ansatte må gjøre seg kjent med nærmeste AED - hvor den befinner seg og hvordan den brukes. (Klikk på bildet for å åpne i billedvisning.)

HLR for helsepersonell



4.6 Avansert HLR - voksne

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre HLR - Hjerte-lungeredning (GHLR, HHLR og AHLR)

Dokumentansvarlig: Jo Kramer-Johansen

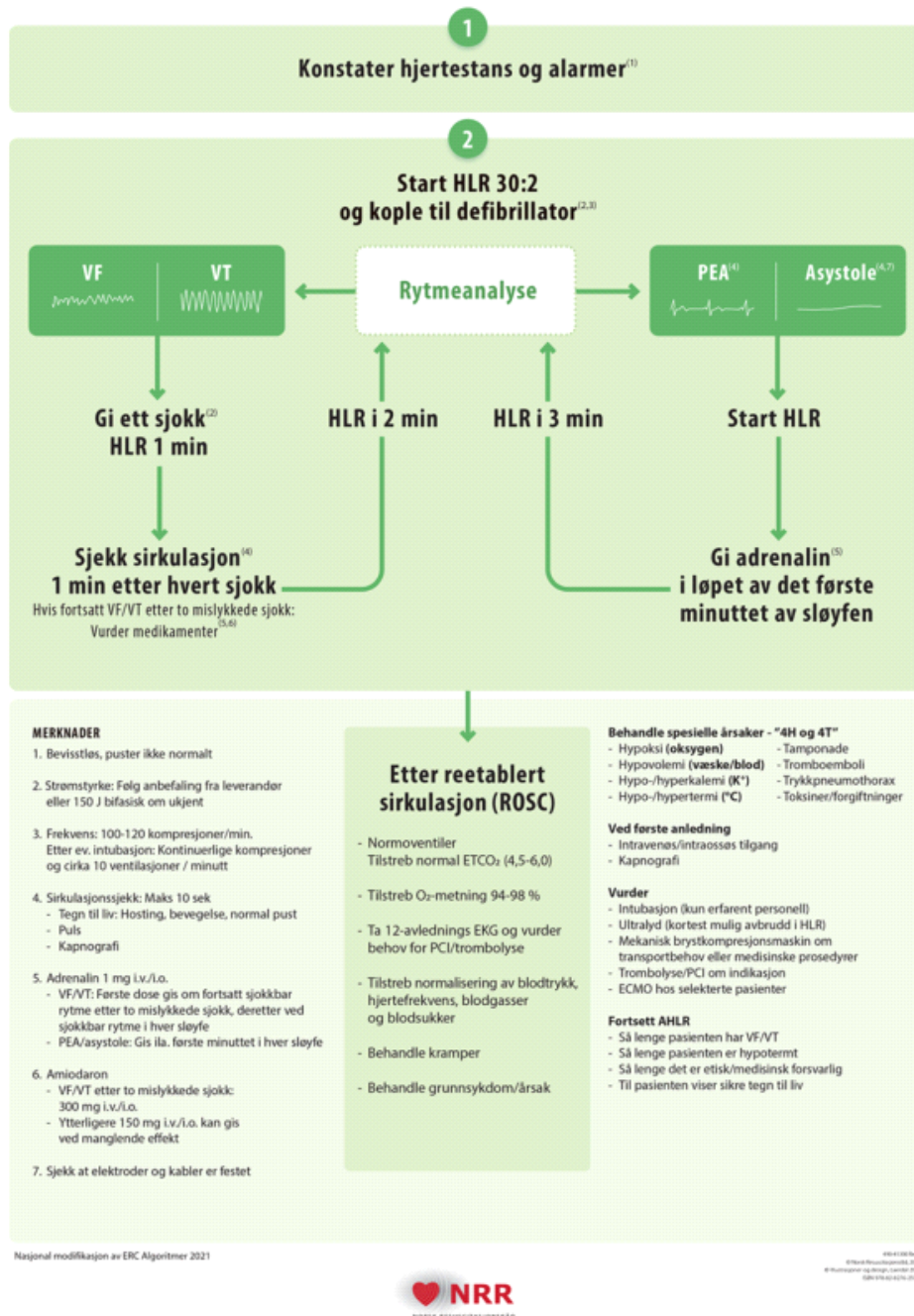
Godkjent av: Hilde Myhren

Dokument-Id: 2539 - Versjon: 10

Utskriftsdato: 05.06.2025

Side 5 av 15

Avansert HLR til voksne



Presiseringer fra HLR-rådet i OUS:

I akuttavdelingene starter man med avansert HLR umiddelbart. Ellers konsentrerer man seg om grunnleggende HLR med bruk av halvautomatisk defibrillator inntil det er flere ressurser til stede - normalt ved ankomst av ambulanse nr 2 eller stansteam. Leder for teamet beslutter de tiltak som skal gjennomføres, likevel har alle i teamet felles ansvar for at relevante tiltak og beslutninger blir gjort.

Spesialtilfeller: Ved monitorert ventrikkelflimmer (dvs. hos pasienter som er koblet til overvåkning (f.eks. på angio-lab, på overvåkningsavdeling eller i ambulanse)) og hvor det går kort tid (<1 min) fra hjerTESTANS til første mulighet for defibrillering, kan man gjøre inntil 3 defibrilleringsforsøk før man går inn i 3-minutterssløyfene. Brystkompresjoner gjøres mens defibrillatoren gjøres klar og lades, og det tilstrebes kortest mulig pauser.

Monitorering under HLR: Kontinuerlig årvåkenhet for å optimalisere sirkulasjonen under HLR forventes fra alle i teamet. Dette inkluderer å sikre rett kompresjonspunkt og kompresjonstakt, palpere pulser under pågående kompresjoner, monitorere perifer metning og eventuelt måle kompresjonsdybde.

Monitorering av endetidal CO₂ tilstrebes under HLR fordi: Det gir ekstra sikkerhet for korrekt plassering av endotrachealtube, det gir en indikasjon på hvor god sirkulasjon brystkompresjonene gir og det vil kunne indikere gjenvunnet

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre HLR - HjerTE-lungeredning (GHLR, HHLR og AHR)

Dokumentansvarlig: Jo Kramer-Johansen

Godkjent av: Hilde Myhren

Dokument-Id: 2539 - Versjon: 10

Utskriftsdato: 05.06.2025

Side 6 av 15

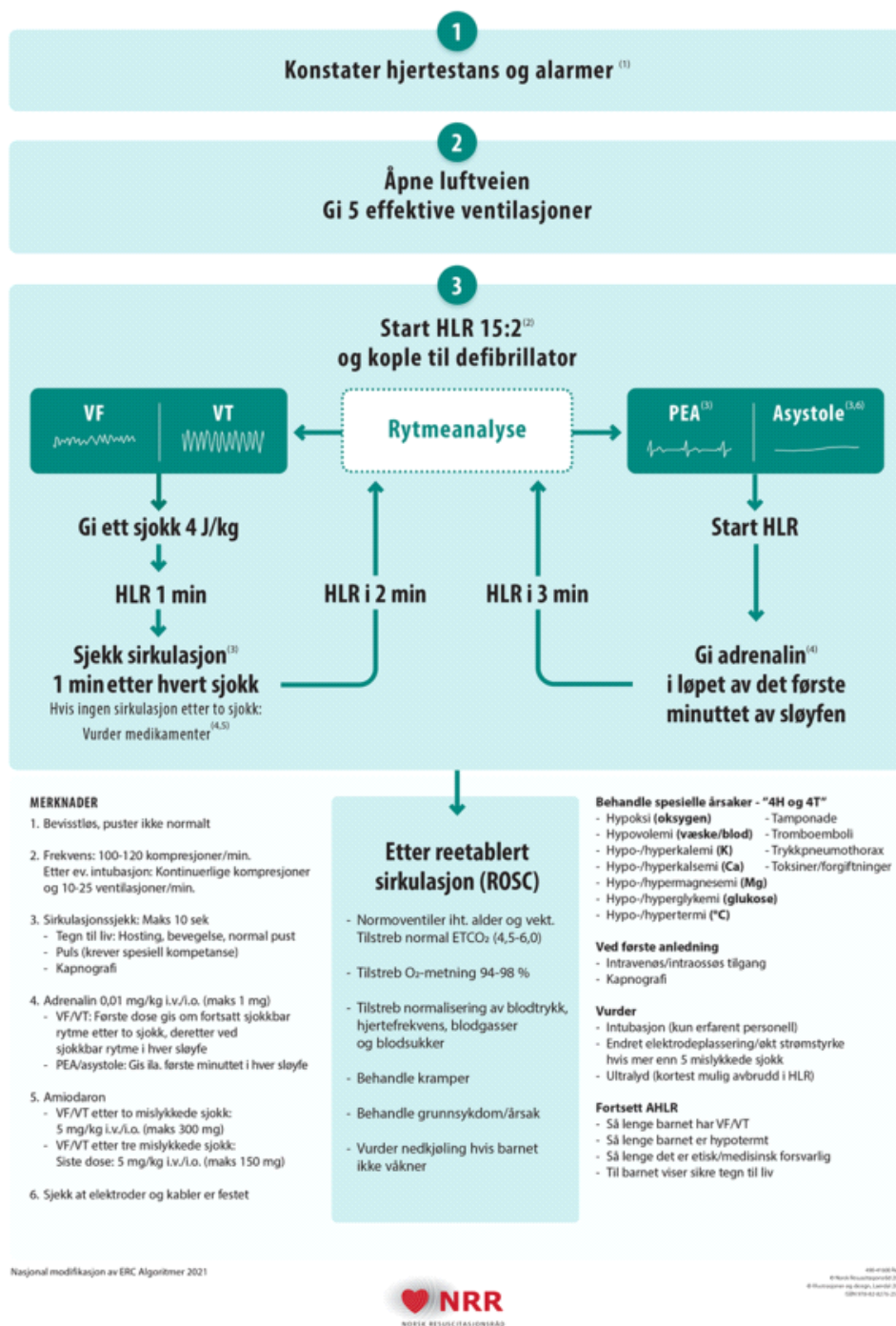
egensirkulasjon og derved minimere behovet for pauser i brystkompresjonene. Dette gjelder også for barn.

Luftveier: Den foretrukne metoden å sikre luftveier på ved OUS er endotracheal intubasjon som skal gjennomføres av kyndig personell og ledsages av kontinuerlig monitorering av endetidal CO₂. Etter at luftveiene er sikret, er det viktig at det gjennomføres brystkompresjoner uten pauser for annet enn nødvendige rytmeanalyser og eventuelt defibrilleringsforsøk.

Diagnostikk under HLR: All diagnostikk (ultralyd av hjerte og pleura, temperaturmåling, taking av blodprøver inkludert arteriell blodgass eller angiografi av koronarkar) under pågående hjertelungeredning må planlegges og gjennomføres slik at oppholdene i brystkompresjonene minimeres. Det kan være avgjørende for utfallet å få avdekket årsaker til sirkulasjonsstans som krever spesifikk behandling (f.eks. hjertetamponade, lungeemboli, aortadisseksjon, hypovolemi og pneumothorax).

Manuell eller halvautomatisk defibrillering: Alle foretakets avanserte defibrillatorer kan også brukes i halvautomatisk modus. Teamet må kunne benytte begge metodene og skifte mellom dem. Det er utarbeidet e-Læring for alle aktuelle defibrillatorer.

Avansert HLR til barn



Presisering fra HLR-rådet: AHLR til barn utføres som på voksne med følgende unntak:

- Defibrillering skjer med redusert energi, 4 J/kg uansett antall sjokk. Det er viktig at defibrilleringselektroderne ikke er i kontakt med hverandre, antero-posteriør plassering kan være aktuelt.
- Medikamenter skal gis enten intravenøst eller intraossøst. Adrenaldose er 10 mikrogram per kg (maksimum 1 mg). Amiodarone (Cordarone) doseres 5 mg/kg ufortynnet i støt.

Der barnelege er tilgjengelig, leder vedkommende resusciteringen, og det skal være etablert egne varslingsrutiner for aktivering av spesielle team på alle avdelinger med ansvar for barn. Leder for teamet beslutter de tiltak som skal gjennomføres, likevel har alle i teamet felles ansvar for at relevante tiltak og beslutninger blir gjort.

Pårørendes tilstedeværelse under HLR: Dersom det ikke påvirker resusciterings kvaliteten, kan pårørende tilbys å være til stede under resuscitering av barn. I slike tilfeller skal det være en person i teamet som har et spesielt ansvar for å ta seg

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

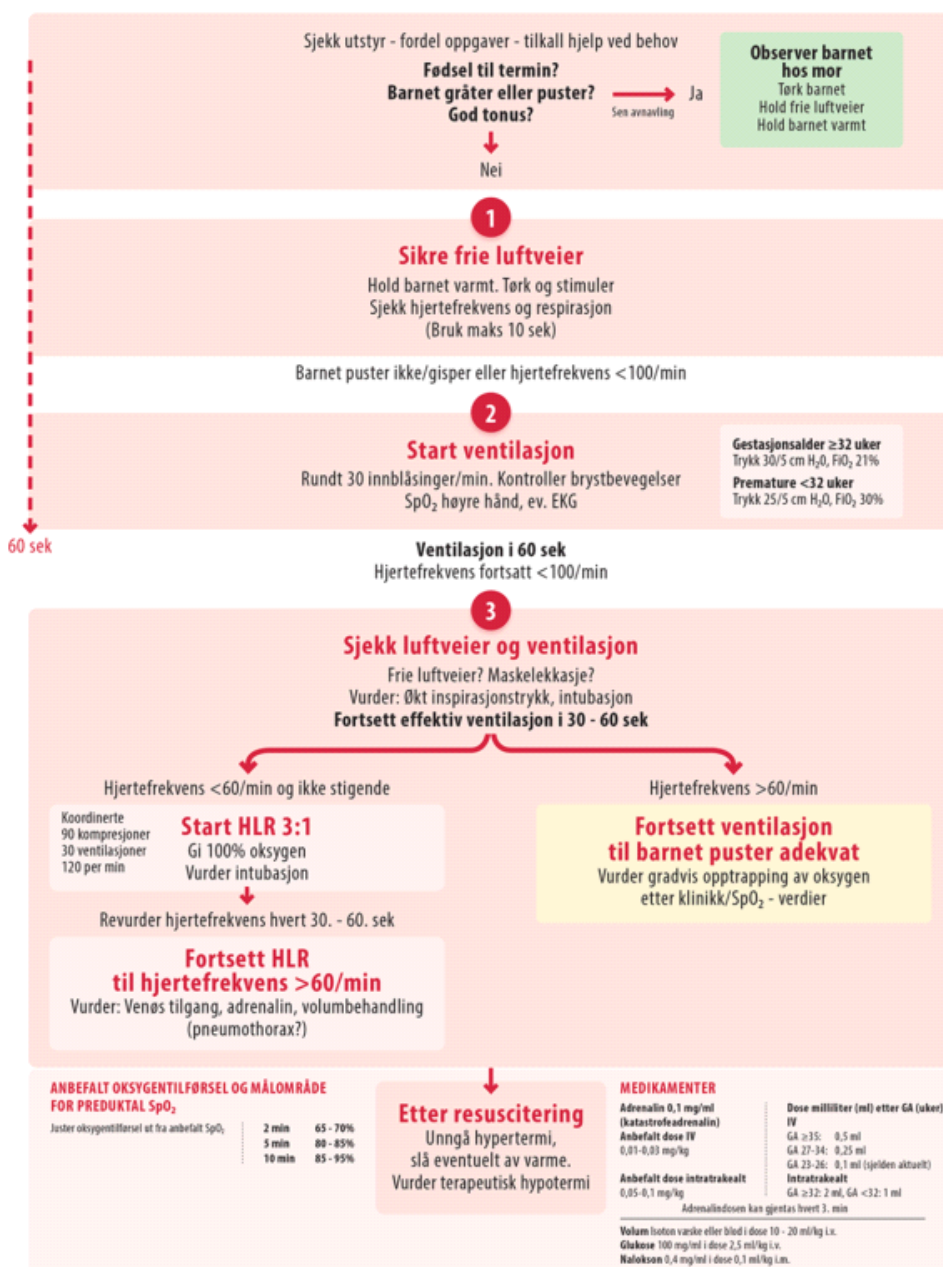
Prosedyre HLR - Hjerter-lungeredning (GHLR, HHLR og AHLR)	Utskriftsdato: 05.06.2025
Dokumentansvarlig: Jo Kramer-Johansen	Godkjent av: Hilde Myhren
Dokument-Id: 2539 - Versjon: 10	Side 8 av 15

av pårørende.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre HLR - Hjerne-lungeredning (GHLR, HHLR og AHLR)		Utskriftsdato: 05.06.2025	
Dokumentansvarlig: Jo Kramer-Johansen	Godkjent av: Hilde Myhren	Dokument-Id: 2539 - Versjon: 10	Side 9 av 15

Stabilisering og resuscitering av nyfødte



Nasjonal modifisering av ERC Algoritmer 2021


400-4000 Rev 11
© Norsk Resuscitatorråd 2021
© Norsk Resuscitatorråd 2021
© Norsk Resuscitatorråd 2021

Presisering fra HLR-rådet:

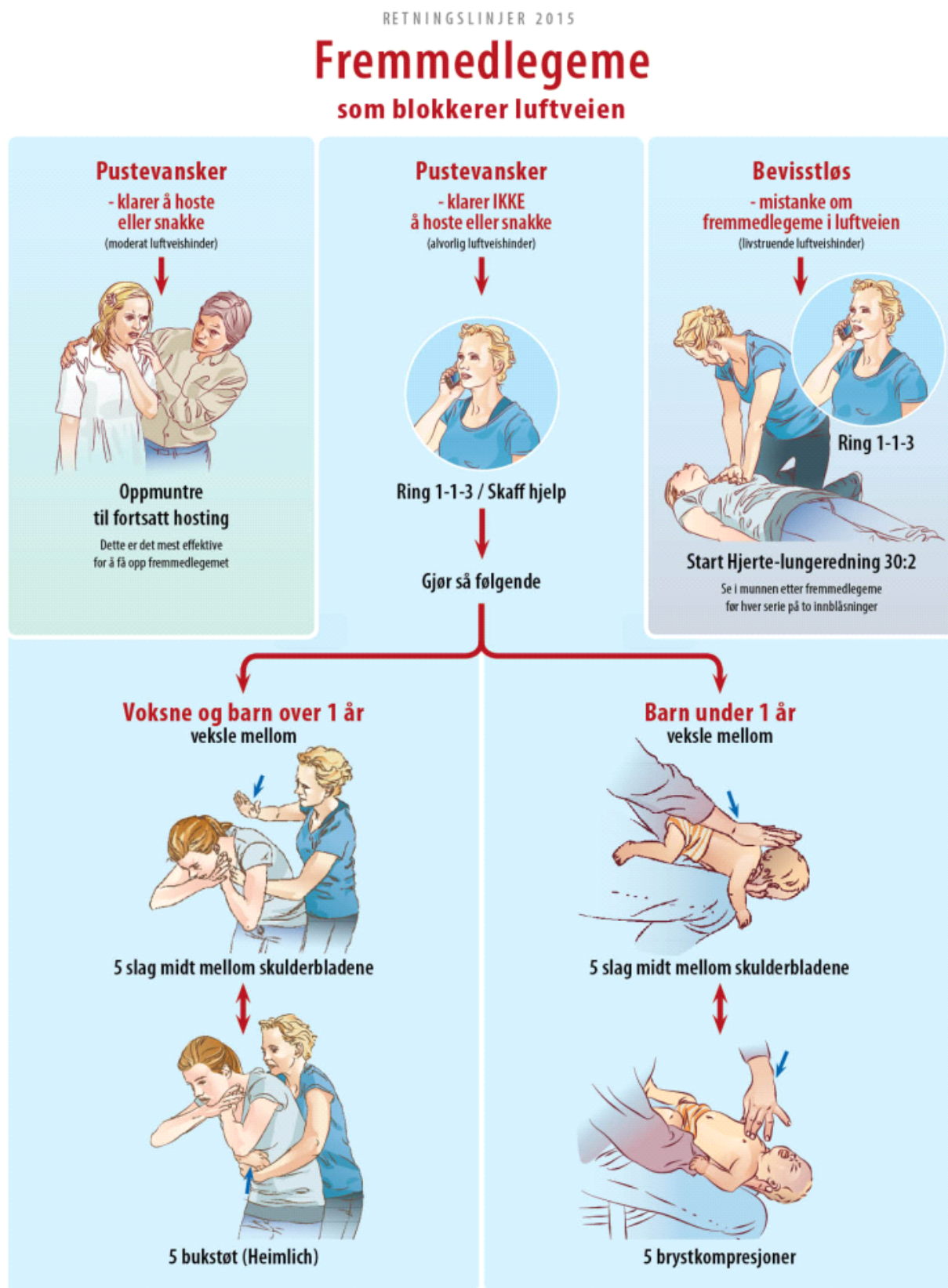
AHLR til nyfødt: Den mest erfarne barnelege leder som hovedregel resusciteringen. Det skal være etablert egne varslingsrutiner for aktivering av spesielle team på alle avdelinger med ansvar for gravide og fødende. Leder for teamet beslutter de tiltak som skal gjennomføres, likevel har alle i teamet felles ansvar for at relevante tiltak og beslutninger blir gjort.

Fødselsasfyksi er den dominerende årsaken til sirkulasjonskollaps og forholdet mellom brystkompresjoner og ventilasjoner er derfor 3:1 også etter at luftveiene er sikret. Fullbårne nyfødte skal initialt resusciteres i romluft og bare ved inadekvat respons skal en gradvis trappe opp oksygentilførsel.

Se også egen nivå 2-retningslinje: [Resuscitering av nyfødte](#).

Pårørendes tilstedeværelse under HLR: Dersom det ikke påvirker resusciteringens kvalitet, kan pårørende tilbys å være til stede under resuscitering av barn. I slike tilfeller skal det være en person i teamet som har et spesielt ansvar for å ta seg av pårørende.

4.9 Fremmedlegeme som blokkerer luftveien: (Klikk på bildet for å åpne i billedvisning.)



Nasjonal modifisering av ERC-algoritmer 2010

490100001 Rev. A
© 2014
© Helsemyndighetene og design, Layout: Helsemyndighetene
© 2014 Helsemyndighetene
Dokument-ID: 2539 - Versjon: 10

4.10 Avslutning av HLR og HLR minus

HLR skal fortsette til egensirkulasjon er gjenopprettet eller så lenge det er medisinsk og etisk riktig. Avgjørelsen om å avslutte HLR uten at egensirkulasjon er gjenopprettet, må basere seg på all tilgjengelig informasjon om pasienten. Dersom det finnes opplysninger om pasientens ønsker i en slik situasjon eller aktuelle journalnotater om begrensinger i behandlingsnivået, skal disse respekteres.

Det mangler sikre kriterier på at oppstart av HLR vil være forgjeves. Unntakene er: Pasienter med sikre dødstegn, kalde pasienter der det ikke er grunn til å tro at hjertestans er sekundært til nedkjøling, pasienter under maksimal intensivbehandling med sirkulasjonsstøttende behandling og pasienter med massive skader uforenelige med liv. Ofte vil man ha lite informasjon om pasienten i det man starter hjertelungeredning, men etter hvert som mer informasjon innhentes, vil det kunne være riktig å avslutte behandlingen. Teamleder eller ansvarlig lege tar den endelige avgjørelsen. God og åpen kommunikasjon innad i teamet om premissene og beslutningen kan forebygge misforståelser og vil sikre at alle relevante hensyn er vurdert.

Se forøvrig retningslinje: [HLR Forhåndsvurdering av å unnlate hjerte-lungeredning](#)

4.11 HLR og smitte (oppdatert i forbindelse med SARS-CoV2-pandemien)

Smittestatus vil være kjent eller under avklaring for de fleste pasienter inne på sykehus. **Der det ikke er kjent eller mistenkt smitte, skal vi gjøre HLR som vanlig. Følg vanlige forholdsregler for hygiene.**

Ved kjent eller mistenkt smitte er personalet som er inne hos pasienten, utstyrt med smittevernutstyr. De mistenker hjertestans og varsler lokalt og til stansteam som vanlig. Husk å melde fra om smitte i meldingen.

Ved kjent eller mistenkt smitte De som behersker det, kan bruke maske-bag til ventilasjoner. Der personalet ikke føler seg trygge på egen smitterisiko, må brystkompresjoner og tidlig defibrillering prioriteres. Brystkompresjoner og defibrillering kan gjennomføres før alle har fått på smittevernutstyr uten kjent økt risiko for personalet. Kilde: [FHI](#), [ILCOR](#) og [ERC](#)

Personell på sengepost tar på smittevernutstyr som vanlig, før de kommer inn på pasientrom. Dette reduserer smitterisiko, men smittevernutstyr med filtermaske (FFP2/3) anbefales. Antall personer i nærheten av pasienten begrenses.

Stansteamets medlemmer som skal håndtere luftveiene, skal i tillegg ha godkjent filtermaske (FFP2/3).

Tidlig endotracheal intubasjon prioriteres over maske-bag-ventilasjoner når kvalifisert personell har kommet til stedet. Det anbefales å bruke filter mellom tube og bag.

Ved alvorlig COVID19-sykdom hvor det er vurdert at pasienten ikke skal behandles med ventilator, er det som hovedregel ikke indikasjon for gjenopplivningsforsøk.

Ved behov for **HLR hos pasienter som ligger i mageleie** som del av intensivbehandling for respirasjonssvikt, finnes ingen gode internasjonale anbefalinger. Fra de internasjonale retningslinjene i 2010 beskrives at man kan gjøre brystkompresjoner i mageleie ved å komprimere på ryggspylen i vanlig nivå (mellom skulderbladene), og defibrillere med elektrodene plassert i normal posisjon, eller med elektrodene i aksilleflatene (høyre + venstre midtaksillærline, omtrent i mamillenivå). Der resuscitering på denne måten er mislykket, må man vurdere å snu pasienten tilbake til ryggleie for å fortsette gjenopplivningen. Kilde: [retningslinjer fra AHA 2010](#), [nye retningslinjer om COVID19 fra det europeiske resuscitasjonsråd](#).

For hjertestans utenfor sykehus har Helsedirektoratet kommet med anbefalinger og råd til publikum, AMK, frivillige førstehjelpere og akutthjelpere. Kilde: [Fagråd "Sammen redder vi liv"](#)

4.12 Behandling etter gjenopprettet egensirkulasjon

Ventilering:

- **Tilstreb normal ETCO₂ (4,5-5,5)**
- **Oksygenbehandling:** For lite oksygen i blodet er farlig og skadelig, men unødig høyt oksygeninnhold er også uheldig. Etter gjenopprettet egensirkulasjon skal oksygen doseres med mål om perifer metning mellom 94-98 % og/eller arterielt partialtrykk i normalområdet. Dette gjelder også for barn. For nyfødte gjelder egne retningslinjer, se ovenfor.

Diagnostikk:

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre HLR - Hjerte-lungeredning (GHLR, HHLR og AHLR)	Utskriftsdato: 05.06.2025
Dokumentansvarlig: Jo Kramer-Johansen	Godkjent av: Hilde Myhren
Dokument-Id: 2539 - Versjon: 10	Side 13 av 15

- 12-avlednings EKG skal tas og indikasjon for akutt henvisning til koronar angiografi og eventuell intervensjon skal vurderes.
- Vurder på nytt andre årsaker til hjertestans (hypoksi, hypovolemi, hyper-/hypokalemi, hypotermi, overtrykks pneumothorax, forgiftning, hjertetamponade, lungeemboli og intracraniell blødning).

Kausal behandling gjøres på indikasjon og etter egne retningslinjer.

Intensivbehandling: Dersom pasienten ikke våkner umiddelbart (<10 minutter), skal han/hun behandles videre etter egen prosedyre med protokollbasert intensivbehandling.

4.13 Mekanisk HLR

Mekaniske brystkompresjonsmaskiner kan opprettholde brystkompresjoner med god kvalitet over lang tid, under pågående koronar angiografi og under transport. Slike maskiner kan brukes av personell som har hatt nødvendig opplæring. Oversikt over hvor mekaniske brystkompresjonsmaskiner er lokalisert, skal finnes der melding om stans og utkalling av stansteam gjøres.

Ekstrakorporeal membranoksygenering (ECMO) kan avlaste og delvis erstatte både lungefunksjon (oksygenering og utlufting av karbondioksid) og hjertefunksjon (venstre hjertets pumpefunksjon), og kan under hjertestans fungere som behandlingsbro til kausal behandling (gjenåpne koronarkar, oppheve hypoksi eller nedkjøling) eller til spontan bedring (enkelte typer forgiftninger). Behandlingen er meget invasiv og krever et godt fungerende multiprofesjonelt team gjennom hele behandlingsforløpet. Det er egne rutiner for å selekttere pasienter som tross manglende respons på konvensjonell behandling, kan tilbys [ECMO-behandling etter hjertestans inne på sykehus eller utenfor sykehus ved OUS](#).

4.14 Dokumentasjon og registrering

Helseforetakene i Norge er pålagt å registrere hva som skjer underveis i forbindelse med hjertestans, både utenfor og inne på sykehus. Norsk hjertestansregisters formål er å monitorere alle ledd i behandlingen av plutselig hjertestans for å forbedre diagnostikk, beredskap og behandling av denne tilstanden. [Skjema og framgangsmåte](#) knyttet til dette i OUS, finner du på [HLR-rådets hjemmeside](#). Klikk [organisasjon](#) fra intranettets forside. Velg [Råd og utvalg](#) og videre [HLR-rådet](#). Sykehuset har registrarer som registrerer inn alle data i de nasjonale registrene. I tillegg registreres datapunkter inn i et lokalt kvalitetsregister.

Lege har ansvar for at funn og behandling under hjertestans dokumenteres i pasientens journal og på eget skjema.

Leder av stansteamet har ansvar for at registrering til lokalt kvalitetsregister blir gjort. Kopi av registrering skal følge pasientens journal.

5. Definisjoner

Hjertestans: Plutselig oppstått livløshet. Personen er bevisstløs og puster ikke normalt.

HLR: Hjerte-lunge-redning er kombinasjonen av brystkompresjoner og kunstig ventilasjon som kan opprettholde et minimum av oksygentilførsel til vitale organer inntil hjertet igjen kan gjenoppta tilstrekkelig pumpeevne.

Sjokkbar rytme: Ventrikkelflimmer (**VF**) og ventrikkeltakykardi (**VT**) er rytmer som kan behandles med et elektrisk sjokk fra en defibrillator.

AED: En halvautomatisk defibrillator er en defibrillator som ved hjelp av innebygde programmer, kan analysere EKG og anbefale sjokk der det er indisert. AEDer er nå et naturlig ledd i førstehjelpen. På OUS arrangeres det derfor kun HLR-kurs med defibrillator.

GHLR: Hjerte-lunge-redning (som over) med tillegg av trening i bruk av AED. Dette er minimumsnivået for alle ansatte ved OUS.

HHLR: Hjerte-lunge-redning (som over) tilpasset helsepersonell. Kurset inkluderer teoretisk og praktisk utsjekk.

AHLR: Hjerte-lunge-redning (som over) som i tillegg inkluderer tiltak for luftveissikring, medikamenter og eventuelt andre avanserte behandlinger.

MHLR: Hjerte-lunge-redning som utnytter en mekanisk innretning for brystkompresjonene.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre HLR - Hjerte-lungeredning (GHLR, HHLR og AHLR)	Utskriftsdato: 05.06.2025
Dokumentansvarlig: Jo Kramer-Johansen	Godkjent av: Hilde Myhren
Dokument-Id: 2539 - Versjon: 10	Side 14 av 15

DHLR: Hjerte-lunge-redning (som over) som i tillegg utnytter mulighetene for defibrillering med en AED. Denne kurspakken er tilpasset tjenester utenfor helsevesenet og tilbys ikke på OUS.

Stansteam: Ved aktivering av stansalarm rykker Stansteam/akutteam ut til lokalisasjon for å bistå lokalt personell med AHLR. Sammensetningen av stansteam ved de ulike lokalisasjonene fremgår av tabellen.

Lokalisasjon	Stansteam
Aker (Medisinsk akutteam)	Gruppeoppkall: Anestesilege, anestesisykepleier og sykepleier fra postoperativ (PO)
Radiumhospitalet	Anestesilege, sykepleier fra postoperativ (PO) og anestesisykepleier (Hverdager til kl 21)
Rikshospitalet	Gruppeoppkall: Anestesilege (x2), hjertemedisinsk forvakt, anestesisykepleier og sykepleier fra generell intensiv 1
Ullevål	Gruppeoppkall: Hjertemedisinsk forvakt (B-laget), anestesilege (overlege), anestesisykepleier og sykepleier fra Akuttmottaket
Alle andre lokalisasjoner	Ambulanse med evt tillegg av utrykningslege

HLR-råd: Tverrfaglig gruppe som skal gi råd til viseadm. direktør Medisin, helsefag og beredskap ved OUS, slik at prosedyren for HLR ved sykehuset alltid er oppdatert etter beste tilgjengelige kunnskap. Spørsmål kan sendes på mail til: hrrad@ous-hf.no

NRR: Norsk resuscitasjonsråd er dannet av Den norske lægeforenings spesialforeninger Norsk Anestesiologisk Forening og Norsk Cardiologisk Selskap som et felles, faglig, nasjonalt referanseorgan. NRR utgjør Norges faglige representasjon i European Resuscitation Council (ERC).

6. Referanser

[Mandat for OUS' råd for hjertelungeredning](#)

Retningslinjer for behandling etter gjenopprettet egensirkulasjon etter hjertestans ([Ullevål](#) og [Rikshospitalet](#))

Kart over [Aker](#) med inntegnet sone for stansteam

Kart over [Ullevål](#) med inntegnet sone for stansteam

Eksterne lenker:

Anbefalinger fra [Norsk Resuscitasjonsråd](#).

[Internasjonale retningslinjer](#)

[Lov om helsepersonell \(§4\)](#)

[Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr](#)

[Oppdatering om COVID19 og HLR fra ERC](#)

Andre eHåndboksdokumenter

-  [HLR organisering OUS](#)
-  [HLR - forhåndsvurdering a v å avstå fra hjerte-lungeredning](#)
-  [HLR - råd \(Hjerte-lunge-rednings-råd\)](#)
-  [Resuscitering av nyfødte](#)