

Teammottak - organisering og systematisk gjennomgang (ABCDE)

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 22.08.2024

1. HENSIKT

Beskrive rutiner for varsling og systematisk gjennomgang ved mottak av kritisk syke og/eller hardt skadde pasienter.

2. ANSVAR

Ansvar for gjennomføring er tverrfaglig. Spesifisert ansvar for teammedlemmene fremkommer av de enkelte teamprosedyrene.

3. FREMGANGSMÅTE

3.1. Varslingsrutiner

AMK sentralen koordinerer kommunikasjonen mellom skadestedet, ambulansetjenesten og Akuttsenteret. Vaktansvarlige sykepleier (ANS) i mottak har ansvar for intern varsling og aktivering av nødvendige tverrfaglige behandlingsressurser basert på fastsatte kriterier. Alarmknapper er plassert ved arbeidsstasjonen til ANS.

Varslingskriterier er basert på avvikende vitale parametre og/eller identifikasjon av prioriterte symptomer eller skademekanismer (i tråd med [nasjonal traumeplan](#)). Disse kriteriene omtales som fysiologiske og anatomiske. Ved mistanke om akutt hjerneslag gjelder bestemte tidskriterier for aktivering av team. Ved usikkerhet om kriteriene er oppfylt skal det konfereres pasientansvarlig lege eller legeledere i de respektive teamene. Spesifiserte rutiner for gjennomføring og kriterier for aktivering er definert for følgende team:

[Traume](#)

[Akutt hjerneslag](#)

[Medisinsk team](#)

[Kirurgisk team](#)

[Barneteam](#)

[Stansteam](#) (Akuttsenter)/[Akutteam](#) (sengepost)

3.2. Systematisk gjennomgang etter organprioritet (ABCDE)

ABCDE-systematikken er en integrert del av den akuttmedisinske kjeden og standardiserer tilnærmingen til kritisk syke pasienter. Hensikten er å sikre en rask og systematisk undersøkelse av pasienten for å identifisere livstruende tilstander og svikt i vitale funksjoner. Teamlederen har ansvar for å koordinere undersøkelsen av de ulike komponentene i ABCDE-gjennomgangen. Nødvendig diagnostikk og tiltak utføres både parallelt og i prioritert rekkefølge for å stabilisere pasienten frem til endelig avklaring og behandling.

3.1. Definerte oppgaver for medlemmene i teamet

Effektiv dynamikk og kommunikasjon blant teammedlemmene er essensielt for å sikre at tidskritiske intervensjoner utføres både effektivt og samtidig. For å oppnå godt samarbeid, bør hvert medlem ikke bare være klar over sin egen rolle og oppgaver, men også ha innsikt i de andre teammedlemmenes ansvar og funksjoner (se spesifiserte rollebeskrivelser i de enkelte teamprosedyrene). Ved behov kan teamleder eller anestesilege tilkalle andre spesialister. Det er viktig at tilkalt overleger ikke overtar ledelsen, men i stedet bidrar støttende.

Tabell 1 – Primærgjennomgang (traumespesifikke rutiner angis med rød bakgrunnsfarge)

	Organprioritet	Undersøkelse/tiltak
A Har pasienten fri luftvei?	Er det tegn til truet luftvei?	En pasient som snakker uanstrengt, antas å ha en fri luftvei. Ved anstrengt tale eller bevisstløshet må det sikres at luftveien er fri: <ul style="list-style-type: none"> • utfør kjeveløft med hodet i nøytral posisjon • se, hør og føl etter pust • se etter deviasjon av trakea • se etter stasede eller unormalt sammenfalte halsvener Støyende respirasjonslyder kan indikere obstruksjon i de øvre luftveiene. Inspiser munnhulen og rens ut oppkast, blod eller fremmedlegemer fra munnen med fingrene, med et stykke tøy eller sug. Hvis det er mistanke om et fremmedlegeme i luftveiene, følg behandlingsretningslinjene for dette. Vurder bruk av svelgtube og sideleie hos bevisstløse som puster, men ikke klarer å opprettholde frie luftveier.
	Sitter nakkekragen riktig på? (traume)	Stabiliser nakken ved traume eller når nakkeskade ikke kan utelukkes (bevisstløs pasient eller påvirket sensorium på grunn av rusmidler/medikamenter, pasient som opplever nakkesmerter eller distraherende smerter).
B Er pusten normal?	Er det normale thoraxbevegelser?	<ul style="list-style-type: none"> • observer om toraks beveger seg sidelikt • tell respirasjonsfrekvens og vurder pustedybde • vær oppmerksom på bruk av hjelpemuskulatur • utfør dekompresjon ved mistanke om trykkpneumothorax
	Er det tegn til truet respirasjon?	<ul style="list-style-type: none"> • se etter tegn til cyanose • lytt etter fremmedlyder og sidelik respirasjon. Vurder perkusjon • mål oksygenmetning (SpO₂) og eventuelt endetidal CO₂ • gi oksygen og vurder behovet for respirasjonsstøttende behandling • utfør røntgen av toraks • vurder arteriell blodgass (utføres under C ved traume)
C Tegn til sirkulasjons-svikt?	Er det tegn til blødning? (traume)	<ul style="list-style-type: none"> • se etter tegn på ytre eller indre blødning i områder som toraks, buk, bekken, retroperitoneum og store rørknokler. • stans ytre blødninger ved å tamponere eller suturere • utfør røntgen av bekkenet • vurder bruk av FAST (Focused Assessment for Trauma) • legg inn to grove perifere venekanyler • hindre varmetap ved mistanke om blødning • vurder logroll ved penetrerende skader Utøv tilbakeholdenhet med volumbehandling inntil kirurgisk hemostase er sikret.
	Er det tegn til truet sirkulasjon?	<ul style="list-style-type: none"> • se og kjenn på huden. Er den blek, kald, eller klam? • sjekk sentral kapillærfylling (mer enn 3 sekunder kan indikere truet sirkulasjon) • undersøk pulsfrekvens og kvalitet både perifert og sentralt • etabler intravenøse tilganger og vurder krystalloider/blodprodukter • mål hjertefrekvens og blodtrykk • vurder å ta et EKG • vurder behovet for invasiv blodtrykkmåling • ta blodprøver (lyskepunksjon m/arteriell blodgass ved traume)

D Bevissthets- /funksjons- nedsettelse?	Er pasienten våken og orientert?	Sjekk bevissthet ved tiltale eller smertestimulering. <ul style="list-style-type: none"> • registrer øyeåpning, verbal og motorisk respons i henhold til Glasgow Coma Scale (GCS) • mål blodsukker hvis det ikke allerede er gjort
	Er det normale pupiller?	Undersøk pupiller for størrelse, sideforskjeller og lysreaksjon
	Er det bevart bevegelse/sensibilitet?	Undersøk alle ekstremiteter for bevegelser, plantarreflekser og muskeltonus
E Ytre vurdering av pasienten	Tegn til utslett eller skader?	Eksponer hud (fjern/klippe av klær) og undersøk hele pasienten. <ul style="list-style-type: none"> • Utfør loggroll ved traumemottak med manual inline stabilisation. Fjern ryggbrettet. Inspiser bakhode, nakke, rygg, armhulene og perineum. • Ved fysiologisk påvirket pasient med penetrerende skade, vurder loggroll under B eller C. • utfør rektaleksplorasjon, vurder sphinktertonus og sjekk for blod på hansken • mål kjernetemperatur rektalt eller i blæren • vurder å teste for okkult blod Etter eksponering, dekk pasienten med varme tepper
	Oppsummering v/teamleder	<ul style="list-style-type: none"> • Har primærgjennomgangen avdekket potensielt livstruende tilstander? • Har nødvendige medikamenter blitt gitt? • Er det behov for øyeblikkelig CT diagnostikk eller direkte overflytting til operasjon? • Hva er den videre planen? • Hva vil være fokus ved sekundærgjennomgangen? • Kan teamet oppløses? (ingen forlater teamet uten klarering fra teamleder)

3.2.Mål for resuscitering/stabilisering

Målet for de første 15 minuttene av mottaket er å sikre god oksygenering, normal perifer sirkulasjon, og et systolisk blodtrykk over 90 mmHg.

En fysiologisk normal pasient har følgende kjennetegn:

- Ubesværet og rolig respirasjon
- Systolisk blodtrykk over 90 mmHg (over 110 mmHg hos personer eldre enn 65 år)
- god perifer gjennomblødning, som kan vurderes i ansiktet
- våken og orientert, med spontan og målrettet bevegelse

En fysiologisk *normal* pasient kan tåle forflytning for diagnostiske undersøkelser, behandling og overvåking. En fysiologisk *påvirket* pasient kan derimot ha ett eller flere av følgende funn:

- Rask eller langsom respirasjon
- Anstrengt respirasjon
- Hypotensjon med systolisk blodtrykk under 90 mmHg
- Forsinket kapillærfyllning
- Nedsatt bevissthet

3.3.Sekundærgjennomgang/videre undersøkelser

Sekundærgjennomgangen utføres når den skadede pasienten er i en fysiologisk normal eller stabilisert tilstand, og den følger primærgjennomgangen ved øvrige teammottak. Dette innebærer en fullstendig undersøkelse fra topp til tå, inkludert hode, ansikt, hals, overekstremiteter, armhuler, thorax, abdomen, bekken, genitalia/perineum, og underekstremiteter. Hvis nakken/halsen ikke har blitt inspisert tidligere, skal dette gjøres nå, og eventuelt pålagt nakkekrage må åpnes for å muliggjøre en grundig undersøkelse.

3.4. Radiologiske undersøkelser

Røntgen av ekstremiteter utføres basert på teamlederens vurdering. CT-undersøkelser gjennomføres etter behov hos pasienter som er fysiologisk normale eller stabiliserte. En fysiologisk påvirket pasient kan unntaksvis tas til CT-undersøkelse etter en felles vurdering av teamleder og anestesilege. Behandlingsmessige fordeler må alltid veies opp mot risikoen. Ved mistanke om en alvorlig, isolert hodeskade og stabil hemodynamikk, kan CT av hode/nakke være indisert før den fullstendige sekundærundersøkelsen er fullført.

Antallet teammedlemmer som er til stede på CT-laboratoriet eller i manøverrommet, bør begrenses til et nødvendig minimum.

3.5. Videre behandling/bestemmelse av omsorgsnivå

Teamlederen, i samarbeid med anestesilegen, har ansvaret for å bestemme videre behandling og omsorgsnivå. Teamlederen avslutter teamarbeidet ved å oppsummere pasientdata og evaluere teamsamarbeidet. Ingen teammedlemmer skal forlate teamet uten godkjenning fra teamlederen.

3.6. Transportveier ut av Akuttsenteret

Se [Kart akuttsenter](#) for orientering i bygget. Den raskeste transportveien fra Akuttrommet til operasjon (4H) eller intensivavdeling (4H) er via akuttheisene i E-bygget ved inngangen for ambulanser. For å nå medisinsk overvåkning (5C) raskest, ta korridoren i J-bygget til heisbatteriet i H-bygget.

3.7. Observatører

For å sikre tilstrekkelig plass og gode arbeidsforhold for behandlingspersonellet, må observatører holde avstand og unngå å stå i veien. Det kan være maksimalt tre observatører til stede. Det tillates ikke observatører ved mottak av små barn eller når to pasienter tas imot samtidig. Observatørene må følge teamets anvisninger og avstå fra å snakke. Blyfrakker og smittevernutstyr er reservert for teammedlemmer som deltar aktivt i behandlingen.

3.8. Defusing og debriefing etter teammottak og kritisk hendelser

For å fremme læring og utvikling av teamsamarbeidet, bør det alltid tilstrebes å gjennomføre en kort [defuse](#) før teamet oppløses, eller i løpet av samme vakt. Dette gjelder også ved kritiske hendelser. Alle teammedlemmer har ansvar for å ta initiativ til gjennomføringen og bidra til dialogen. Defusing (trinn I) er spesielt viktig for å redusere den følelsesmessige belastningen etter kritiske hendelser og kan identifisere behovet for en videre oppfølgende [defrief](#) (trinn II).

4. Generelt

4.1. Lokaltiteter

Akuttrom 1

Seng 1: Skal alltid være operativ og klar til å ta imot en hardt skadd eller kritisk syk pasient, enten voksen eller barn (definert som opptil 30 kg).

Seng 2: Brukes dersom flere pasienter ankommer samtidig.

Seng 3: Skal være operativ og klar til å ta imot en hardt skadd eller kritisk syk voksen pasient, samt pasienter med brannskader som utløser traumemottak

Akuttrom 2

Seng 1 skal alltid være operativ og klar til å ta imot en hardt skadd eller kritisk syk pasient, voksen eller barn.

Rom 150

Sengeplassene 1 til 5 kan brukes ved større hendelser som involverer flere skadde eller kritisk syke pasienter.

4.2. Organisering av utstyr og ansvar for vedlikehold

Bakker/utsyr	Ansvar
Barn Spinalpunksjon Thoraxdren SVK Urinkateter Suprapubis Ventrikkelskylling Brann Arteriekran O2-kolber Akuttmedisiner	Akuttmottak
Anestesi tralle barn Anestesi tralle voksen Intubasjonsbakke voksen	Anestesi
Nødthorakotomi/sternumsplitt –bakke Nødthorakotomi/sternumsplitt -brikke Pakking av åpen buk –bakke Keisersnitt hjertestans –brikke Keisersnitt hjertestans -bakke	Operasjon 4H

MTU	Ansvar
Blodsukkerapparat Elektrisk hårfjerner Pasientvarmer Blod-/væskevarmer Defibrillator/akutttralle BiPAP Hamilton C1 EKG O2-kolber Ultralydapparat CO-måler Monitor Infusjonspumpe Sprøytepumpe Pannetemperaturmåler	Akuttmottak
Vanskelig intubasjon (C-max) Blod-/væskevarmer massiv transfusjon BiPAP Hamilton T1 Respirator/anestesiapparat IO-drill + utstyr	Anestesi
Takhengt røntgen m/utsyr	Radiologi

5. INTERNE REFERANSER

- [1.4.7.2](#) [Defusing / avlastningssamtale etter en kritisk hendelse - trinn 1](#)
- [1.4.7.3](#) [Debriefing etter en kritisk hendelse - trinn 2](#)
- [1.6.1.1.1.2](#) [Tverrfaglig teammottak - Medisinsk akutteam](#)
- [1.6.1.1.1.3](#) [Tverrfaglig teammottak - Akutt barneteam](#)
- [1.6.1.1.1.4](#) [Tverrfaglig teammottak - Kirurgisk akutteam](#)
- [1.6.1.1.1.6](#) [Akutt traumeteam](#)

1.6.1.1.1.8	Akutt hjerneslag - mottak og overvåkning
1.6.1.1.2.2	Innleggelse - Hastegradsvurdering
1.6.1.16.2	Kart akuttsenter
1.6.1.16.16	Oppgavefordeling i akutteamet under utførelse av HLR ved hjertestans ved SIV-Tønsberg
1.6.1.26.5	Fremmedlegeme i hals

6. EKSTERNE REFERANSER

Traumemanualen (OUS) versjon 2.3 20.11.2020

7. VEDLEGG