

Notat – (M)ABC-metoden i førstehjælp

Dette notat redegør for Dansk Førstehjælpsråds (DFR) retningslinje for anvendelse af (M)ABC-metoden som systematisk vurderings- og prioriteringsmetode i førstehjælp. Retningslinjen er udarbejdet i samme struktur, sproglige niveau og abstraktionsniveau som DFR's øvrige retningslinjer og udgør det metodiske fundament for førstehjælpsindsatsen.

Formål

Formålet med (M)ABC-metoden er at skabe overblik i akutte og belastende situationer samt at sikre, at de mest livstruende tilstande identificeres og håndteres først ved såvel en som flere tilskadekomne. Metoden understøtter en ensartet, logisk og handlingsorienteret førstehjælpsindsats.

Overordnet princip

(M)ABC-metoden bygger på princippet om at behandle det, der truer livet først ("Treat first what kills first"). Metoden fastholder fokus på de livsnødvendige funktioner og sikrer, at vurdering og handling foretages i en konsekvent rækkefølge.

M – Massiv blødning

Massiv blødning er en akut, livstruende tilstand, som kan føre til kredsløbssvigt og død inden for få minutter. Ubehandlet massiv blødning kan medføre kredsløbssvigt, bevidsthedstab og hjertestop.

Typiske årsager omfatter:

- Trafikulykker med påkørsel eller udslyngning
- Arbejdsulykker med maskiner, værktøj eller skarpe genstande
- Kniv-, glas- eller metalskader
- Amputationer eller delvise afrevninger af kropsdele

Synlige tegn:

- Sprøjtende eller pulserende blødning
- Tøj eller forbindinger, der hurtigt gennemblødes af blod
- Blodpøl på underlaget

Særlige forhold:

- Blødninger kan være helt eller delvist skjult under tøj
- Der kan forekomme flere samtidige blødningssteder
- Personer i behandling med blodfortyndende medicin kan udvikle alvorligt blodtab selv ved mindre skader

DFR anbefaler, at massive blødninger identificeres og standses straks, før øvrige livsfunktioner vurderes.

A – Luftvej (Airway)

Fri luftvej er en forudsætning for, at ilt kan nå lungerne. En blokeret luftvej medfører meget hurtigt alvorlig iltmangel til hjernen.

Typiske årsager til luftvejsproblemer:

- Tungen falder tilbage ved nedsat bevidsthed
- Fremmedlegemer, blod eller opkast i luftvejen
- Hævelse efter allergisk reaktion eller skade

Typiske tegn på truet luftvej:

- Snorkende eller gurglende vejrtrækningslyde
- Manglende evne til at tale
- Blålig misfarvning omkring læber og mund

DFR anbefaler, at luftvejen vurderes og sikres, når massiv blødning er håndteret.

B – Vejrtrækning (Breathing)

Vejrtrækningen vurderes ud fra hyppighed, dybde og regelmæssighed. En vejrtrækning kan være til stede uden at være tilstrækkelig til at opretholde normal iltning.

Typiske årsager til vejrtrækningsproblemer:

- Astma eller lungebetændelse
- Røg- eller gaseksponering
- Slag eller gennemtrængende skader mod brystkassen

Typiske tegn på utilstrækkelig vejrtrækning:

- Meget hurtig, langsom eller uregelmæssig vejrtrækning
- Anstrengt brug af hals- og brystmuskler
- Stønnende, gispende eller tydeligt anstrengt vejrtrækning

DFR anbefaler, at manglende eller utilstrækkelig vejrtrækning identificeres og håndteres tidligt.

C – Kredsløb (Circulation)

Kredsløbet skal sikre tilstrækkelig blodgennemstrømning til kroppens vitale organer. Kredsløbet vurderes først, når massiv blødning, luftvej og vejrtrækning er håndteret.

Typiske årsager til kredsløbspåvirkning:

- Hjerterelaterede tilstande
- Indre blødninger
- Alvorlige infektioner eller væskemangel

Typiske tegn på kredsløbspåvirkning:

- Bleg, kold og klam hud
- Hurtig puls og ofte hurtig vejtrækning
- Svimmelhed, uro, forvirring eller nedsat bevidsthed

DFR anbefaler, at kredsløbspåvirkning identificeres og håndteres systematisk, når de forudgående livsfunktioner er sikret.

Revurdering

Når (M)ABC er gennemgået, skal personen revurderes efter denne algoritme. Denne revurdering skal foretages løbende, indtil sundhedspersonale overtager ansvaret for personen.

Afgrænsning i forhold til ABCDE

I præhospital og hospitalsbaseret behandling anvendes ofte udvidede ABCDE-modeller, som omfatter neurologisk vurdering og systematisk helkropsinspektion. Disse elementer indgår ikke som faste dele af førstehjælp til lægfolk i Danmark, da de kræver omfattende træning og er tidskrævende at udføre korrekt.

Samlet anbefaling

Dansk Førstehjælpsråd anbefaler, at (M)ABC-metoden anvendes som grundlæggende vurderings- og prioriteringsmetode i førstehjælp. Metoden sikrer, at førstehjælpsindsatsen konsekvent rettes mod de mest livstruende tilstande i en logisk og fagligt funderet rækkefølge.

Marts 2026

Referencer

1. European Resuscitation Council. First Aid Guidelines. Resuscitation. 2025.
2. Advanced Trauma Life Support (ATLS®). Student Course Manual. American College of Surgeons.
3. World Health Organization. Basic Emergency Care: Approach to the Acutely Ill and Injured. 2018.
4. Resuscitation Council UK. First Aid Guidelines. 2021.
5. Norsk Resuscitasjonsråd. Nasjonale retningslinjer for førstehjælp. 2021.

ⁱ Journal of Thoracic Disease, 2017;9:E310-E2

Notat – Stabilt sideleje ved bevidstløshed

Formål

Dette notat redegør for Dansk Førstehjælpsråds (DFR) faglige begrundelse for fortsat at anbefale stabilt sideleje til alle bevidstløse personer med normal vejrtrækning, uanset om bevidstløsheden skyldes sygdom eller skade.

Grundlæggende princip

Sikring af fri luftvej har høj prioritet i førstehjælp. Dette er i overensstemmelse med (M)ABC-princippet. Det er kun i de sjældne tilfælde, hvor personen har en massiv blødning, at denne håndteres, før der hurtigst muligt sikres fri luftvej (A – Airway). Bevidstløse personer har nedsatte beskyttelsesreflekser, f.eks. synkereflex, og dermed markant øget risiko for luftvejsobstruktion og aspiration.

Evidens og risikovurdering

Epidemiologiske studier viser, at kun 2–4 % af traumepatienter har en skade på rygsøjlen, og kun en mindre del af disse udvikler neurologisk skade. Omvendt er risikoen for opkastninger hos bevidstløse veldokumenteret, særligt ved hovedtraumer, hvor kemisk lungebetændelse som følge af opkast forekommer hos op mod 18 %.

Systematiske reviews har påvist at rygleje hos bevidstløse er associeret med øget risiko for luftvejsobstruktion, mens sideleje bidrager til frie luftveje og gør, at sekret og opkast kan løbe frit væk fra mund og svælg.

Rygskader og sideleje

Der foreligger ikke evidens for, at korrekt udført stabilt sideleje hos lægpersoner medfører klinisk relevant forværring af rygmærskader. Studier, herunder nordiske metaundersøgelser, viser, at bevægelsen af rygsøjlen ved sideleje er begrænset og ikke overstiger den bevægelse, der opstår spontant ved opkast eller respiration.

ERC's anbefalinger og DFR's vurdering

ERC anbefaler i nyere retningslinjer, at bevidstløse traumepatienter med normal vejrtrækning forbliver i rygleje ved mistanke om traume. DFR finder ikke, at der foreligger tilstrækkelig evidens til at understøtte denne ændring. Anbefalingen vurderes at øge risikoen for iltmangel og opkastninger og er ikke i overensstemmelse med grundlæggende luftvejsprincipper.

Overvågning

DFR understreger, at alle personer placeret i stabilt sideleje skal overvåges kontinuerligt. Vejrtrækning skal kontrolleres mindst én gang i minuttet, således at eventuel forværring hurtigt opdages, og livreddende førstehjælp kan iværksættes.

Samlet anbefaling

DFR anbefaler fortsat, at alle bevidstløse personer med normal vejrtrækning placeres i stabilt sideleje, uanset årsag. Sikring af frie luftveje og forebyggelse af opkastninger vurderes at have afgørende betydning for overlevelse og skal prioriteres over en teoretisk risiko for rygskaade.

Februar 2026

Referencer

1. Hyldmo PK, Vist GE, Feyling AC, Rognås L. Does turning trauma patients with an unstable spinal injury cause neurological deterioration? *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2014;22:22.
2. Hyldmo PK, Vist GE. The recovery position for maintenance of adequate ventilation and prevention of cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*. 2015;93:102–108.
3. Scherer J, Osterhoff G. Cervical Spine Injuries. In: Longo UG, Denaro V (eds). *Textbook of Musculoskeletal Disorders*. Springer; 2023.
4. Wisborg T, Søreide K, Hyldmo PK. Sideleie er tryggest – også for pasienter med nakkebrudd. *Universitetet i Stavanger / forskning.no*.
5. Kornhall DK, Jørgensen JJ, Brommeland T, et al. The supine position is associated with loss of airway patency in unconscious trauma patients: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2015;23:50.
6. Søreide K, Deakin CD. Airway management in trauma. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2005;13:19–24.

Notat – Kredsløbssvigt (kredsløbspåvirkning)

Dette notat redegør for Dansk Førstehjælpsråds (DFR) retningslinjer for håndtering af kredsløbssvigt, også benævnt kredsløbspåvirkning. Notatet er udarbejdet som en faglig retningslinje og omfatter primært hypovolæmisk shock og anafylaktisk shock, som er de mest relevante former for kredsløbssvigt i førstehjælpssammenhæng.

Begrebet "shock" anvendes ikke længere i førstehjælpsundervisningen, da det kan skabe forvirring og risikere at blive forvekslet med følelsen af at være chokeret. I stedet anbefales det at bruge betegnelserne "kredsløbssvigt" eller "kredsløbspåvirkning" for at sikre en mere præcis og entydig kommunikation.

Formål

Formålet er at fastlægge ensartede, evidensbaserede og praktisk anvendelige retningslinjer for lægfolk med fokus på tidlig genkendelse, korrekt prioritering og livreddende førstehjælpsmæssige tiltag.

Overordnet princip – (M)ABC

DFR's retningslinjer er forankret i (M)ABC-princippet. Livstruende, massiv blødning standses først (M), hvorefter fri luftvej sikres (A), normal vejrtrækning vurderes og understøttes (B), og kredsløbssvigt identificeres og behandles (C).

Definition af kredsløbssvigt

Kredsløbssvigt er en tilstand, hvor kredsløbet ikke er i stand til at opretholde tilstrækkelig blodgennemstrømning og iltforsyning til kroppens vitale organer. Tilstanden er akut og potentielt livstruende.

Kredsløbssvigt pga. manglende blodvolumen

Kredsløbssvigt (hypovolæmisk shock) opstår som følge af akut tab af blod eller væske, hvilket medfører fald i det cirkulerende blodvolumen og utilstrækkelig organperfusion.

Typiske tegn

Bleg, kold og klam hud, hurtig puls, hurtig og overfladisk vejrtrækning, uro, angst eller sløvhed samt nedsat bevidsthed i svære tilfælde.

Førstehjælpsmæssige tiltag

- Standsning af blødninger.
- Lejring fladt på ryggen.
- Forebyggelse af varmetab.
- Lindring af smerter, f.eks. ved understøttelse og immobilisering af brud.
- Psykisk førstehjælp med rolig kommunikation og støtte for at dæmpe angst og reducere pulsen.

Kraftige allergiske reaktioner

Kredsløbssvigt pga. kraftige allergiske reaktioner (anafylaktisk shock) skyldes en alvorlig systemisk allergisk reaktion med kredsløbssvigt og ofte samtidig luftvejspåvirkning.

Typiske tegn

Hurtigt indsættende symptomer såsom hævelse af læber, tunge eller svælg, åndenød, hudreaktioner, svimmelhed, kollaps og eventuelt bevidsthedstab.

Førstehjælpsmæssige tiltag

- Hurtig identifikation af tilstanden.
- Hjælp til anvendelse af adrenalin-autoinjektor, hvis tilgængelig.
- Hvis det er kendt eller stærkt mistænkt, at der er tale om anafylaktisk shock, lejres personen fladt på ryggen, eventuelt med let hævede ben, medmindre udtalt vejrtrækningsbesvær nødvendiggør anden stilling.
- Løbende overvågning af vejrtrækning og bevidsthed.

Overvågning og revurdering

Personer med kredsløbssvigt skal overvåges kontinuerligt og revurderes iht. (M)ABC, bevidsthedsniveau og vejrtrækning, hyppigt, så forværring hurtigt opdages og nødvendige tiltag kan iværksættes.

Samlet anbefaling

DFR anbefaler, at kredsløbssvigt identificeres tidligt og håndteres systematisk efter (M)ABC-princippet. Fokus er på standsning af blødninger, understøttelse af kredsløbet, lindring af smerter og psykisk støtte, indtil professionel hjælp overtager.

Februar 2026

Referencer

1. Guyton AC, Hall JE. Textbook of Medical Physiology. 14th ed. Elsevier; 2021.
2. ATLS Subcommittee. Advanced Trauma Life Support (ATLS®): The Ninth Edition. J Trauma Acute Care Surg. 2013.
3. Hyldmo PK et al. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2014.
4. Simons FER et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines. J Allergy Clin Immunol. 2011.
5. Resuscitation Council UK. First aid guidelines. 2021.

Notat – Lægmands genoplivning af børn (0–18 år)

Dette notat redegør for Dansk Førstehjælpsråds (DFR) retningslinjer for lægmands genoplivning af børn i alderen 0–18 år. Retningslinjen er udarbejdet i samme struktur, terminologi og principielle tilgang som DFR's øvrige retningslinjer for førstehjælp.

Formål

Formålet er at fastlægge en enkel, handlingsorienteret og pædagogisk anvendelig retningslinje for lægpersoners genoplivning af børn med fokus på hurtig indsats, høj gennemførlighed og reduktion af risiko for handlingslammelse.

Overordnet princip

Genoplivning af børn følger de samme grundlæggende principper som genoplivning af voksne, med aldersrelaterede tilpasninger. Retningslinjen bygger på princippet om 'keep it simple', så lægpersoner hurtigt kan handle korrekt i en akut situation.

Indledende vurdering

- Undersøg bevidsthed ved at tale til og ruske let i barnet.
- Råb eventuelt på hjælp.
- Ring 1-1-2 og sæt telefonen på højtaler.
- Undersøg, om barnet trækker vejret normalt (se, lyt og føl) i maksimalt 10 sekunder. Ved tvivl kan den sundhedsfaglige medarbejder på 1-1-2 guide førstehjælperen.

Fri luftvej

Skab fri luftvej ved at placere en hånd på barnets pande og to fingre på den hårde del af hagen. Hos spædbørn (0–1 år) holdes hovedet i neutral stilling. Hos større børn bøjes hovedet let let bagover.

Normal vejrtrækning

Hvis barnet trækker vejret normalt, lejres barnet i en stilling, der sikrer fri luftvej. Vejrtrækningen overvåges kontinuerligt, minimum én gang i minuttet.

Ingen eller unormal vejrtrækning

- Hvis barnet ikke trækker vejret normalt:
- Giv 5 indblæsninger (indblæsningsforsøg).
- Pust roligt i ca. 1 sekund, så brystkassen hæver sig.
- Vent, til brystkassen sænker sig, før næste indblæsning.

Hjerte-lunge-redning (HLR)

Giv HLR med 30 brystkompressioner efterfulgt af 2 indblæsningsforsøg (30:2).

Tryksted og teknik:

- Spædbørn: To tommelfingre på den nederste del af brystbenet.

- Større børn: Én eller to hænder på den nederste del af brystbenet.

Brystkassen komprimeres mindst 1/3 af dens dybde.

Fortsættelse af HLR

HLR fortsættes, indtil professionel hjælp overtager, barnet får normal vejtrækning, eller førstehjælperen ikke kan fortsætte pga. udtrætning.

Hvis førstehjælperen er alene uden mobiltelefon, udføres HLR i 1 minut, før der alarmeres.

Hjertestarter (AED)

Hvis der er flere personer til stede, ringer én 1-1-2, mens en anden undersøger vejtrækningen hos barnet, evt. i samarbejde med den sundhedsfaglige medarbejder. Hvis der ikke er normal vejtrækning, kan en af førstehjælperne hente en hjertestarter, såfremt den er i umiddelbar nærhed.

Ved børn under 8 år eller under ca. 25 kg anvendes børneelektroder eller børneindstilling, hvis tilgængelig. Hvis dette ikke er muligt, anvendes voksnelektroder.

Pædagogiske overvejelser

DFR har valgt at fastholde en forenklet børnealgoritme baseret på en tilpasset voksenalgoritme. Der foreligger ikke ny evidens, der understøtter en mere kompleks algoritme for lægfolk. En kompleks algoritme vurderes at kunne føre til handlingslammelse eller usikkerhed i akutte situationer.

Samlet anbefaling

Dansk Førstehjælpsråd anbefaler, at lægmands genoplivning af børn følger denne forenkledede algoritme med fokus på hurtig indsats, kontinuerlig HLR og tydelig prioritering af handling frem for kompleks vurdering.

Februar 2026

Referencer

1. European Resuscitation Council (ERC). Paediatric Life Support Guidelines. Resuscitation. 2025.
2. Resuscitation Council UK. Paediatric Basic Life Support Guidelines. London; 2025.
3. Norsk Resuscitasjonsråd. Retningslinjer for gjenoppliving av barn. Oslo; 2025.
4. Dutch Resuscitation Council (Nederlandse Reanimatie Raad). Pediatric Basic Life Support Guidelines. 2025.
5. Swedish Resuscitation Council. Barn-HLR – nationella riktlinjer. 2025.

Notat – Psykisk førstehjælp

Dette notat redegør for Dansk Førstehjælpsråds (DFR) overordnede retningslinjer for psykisk førstehjælp. Retningslinjerne er udarbejdet i samme struktur, terminologi og principielle tilgang som DFR's øvrige retningslinjer for førstehjælp og udgør et supplement til den fysiske førstehjælp.

Afgrænsning og fælles principper

Organisationerne i Dansk Førstehjælpsråd har forskellige faglige traditioner og tilgange til psykisk førstehjælp. Disse retningslinjer beskriver de overordnede principper for psykisk førstehjælp, som alle organisationer i DFR er enige om, og som vurderes at være relevante og anvendelige i en førstehjælpskontekst.

Formål

Formålet med psykisk førstehjælp er at skabe ro, tryghed og overblik for personer, der har været udsat for eller været vidne til en alvorlig hændelse, samt at forebygge yderligere psykisk belastning i den akutte fase.

Overordnet princip

Psykisk førstehjælp tager udgangspunkt i nærvær, omsorg og respekt for den enkelte. Indsatsen skal være enkel, handlingsorienteret og situationsafhængig samt tilpasses den berørte persons behov og ressourcer.

Grundlæggende elementer i psykisk førstehjælp

DFR anbefaler, at psykisk førstehjælp i akutte situationer indeholder følgende grundlæggende elementer:

- Skabe så trygge rammer som muligt for de berørte personer, fx ved at skærme dem for yderligere sansemæssige indtryk såsom støj, uro og unødvendige tilskuere.
- Sikre, at tilskadekomne og personer, der har behov for det, tilbydes basale fornødenheder, herunder f.eks. tæpper og vand.
- Være nærværende, rolige og omsorgsfulde i kontakten med de berørte.
- Være aktivt lyttende og anerkende de berørtes reaktioner. Alle reaktioner betragtes som normale reaktioner på en unormal og belastende hændelse.
- Give klare, rolige og relevante informationer om situationen og det videre forløb.
- Undgå at omtale den tilskadekomnes skader i detaljer eller på en måde, der kan virke unødigt belastende.
- Hjælpe med praktiske gøremål, f.eks. organisering af transport samt etablering af kontakt til pårørende, uskadte tilskuere eller andre relevante personer.

Praktisk anvendelse

Psykisk førstehjælp kan ydes parallelt med fysisk førstehjælp og bør opretholdes, indtil professionel hjælp overtager ansvaret. Indsatsen bygger på menneskelig omsorg, struktur

og tilstedeværelse. Forskellige organisationer har forskellige faglige metoder og handlingsprincipper. Der undervises iht. egen organisations anbefalinger.

Samlet anbefaling

Dansk Førstehjælpsråd anbefaler, at psykisk førstehjælp indgår som en naturlig og integreret del af førstehjælpen ved akutte hændelser. En rolig, omsorgsfuld og struktureret indsats vurderes at kunne reducere angst, stress og psykisk belastning hos de berørte. Dansk Førstehjælpsråd anbefaler derfor, at psykisk førstehjælp bliver grundigt introduceret og indgår som en integreret del af DFRs uddannelser iht. de respektive uddannelsesplaner.

Selvstændige kurser/uddannelser i psykisk førstehjælp kræver særlige faglige kompetencer og gennemført instruktøruddannelse i psykisk førstehjælp, hvilket ligger ud over DFRs almindelige førstehjælpsinstruktøruddannelse.

Februar 2026

Referencer

1. World Health Organization. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO; 2011.
2. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention. Psychiatry. 2007.
3. Everly GS, Mitchell JT. The Critical Incident Stress Management (CISM) approach. Aggression and Violent Behavior. 2000.
4. Resuscitation Council UK. First Aid Guidelines. 2021.