Hjärtstopp, Akademiska sjukhuset – handläggning och vård

Innehåll

På akutmottagningen 1
Värdering av thoraxtrauma efter ROSC 2
Vårdnivå 2
Medicinsk tillhörighet 2
På intensivvårdsavdelning 3
Vid överflyttning från intensivvård eller intermediärvård till vårdavdelning 3
På vårdavdelning 3
Behandling av oro och sömnsvårigheter 4
Medel mot oro 4
Sömnmedel 4
Uppföljning och Rehabilitering 4
Utskrivning från medicinskvårdenhet och uppföljning 5
Dokumenthistorik 5

På akutmottagningen

Gäller:

- Alla patienter med sökorsak hjärtstopp utanför sjukhus, ska handläggas som larmpatient oavsett om patienten är vaken eller ej.
- Larmansvarig läkare på akutmottagningen leder den initiala handläggningen.
- Kardiolog ska alltid konsulteras vid akut vid hjärtstopp utanför sjukhus för ställningstagande till kranskärlsröntgen och eventuell PCI om inte annan genes än kardiologisk orsak till hjärtstoppet är uppenbar, tex drunkning eller intoxikation.
- Om hjärtstoppet är sekundärt till trauma/blödningschock ska patienten handläggas som traumapatient med medicinsk tillhörighet kirurgi. Larmansvarig medicinjour ska alltid konsulteras och kardiologjour konsulteras vid behov. Se Trauma - HLR, Region Uppsala.se(pdf).

- Som grundregel insättes alltid antibiotikabehandling förebyggande mot aspirationspneumoni i 3 dagar varefter utvärdering sker. Förstahandsval är Benzylpenicillin 3g x 3. Vid PC-allergi rådfråga infektionskonsult. Om patienten erhåller bredspektrumantibiotika av annan orsak, typ pipercillin/tazobaktam alternativt meronem eller liknande är denna behandling tillfyllest även avseende aspirationspneumoni.
- Beslut om temperaturreglering tas av intensivvårdsläkare i samråd med kardiolog och eller medicinjour. Temperaturreglering kan inledas parallellt med akut kranskärlsröntgen.
- Beslut om avslutande av behandling på akutrummet tas av behandlande larmansvarig läkare i samråd med bakjour, kardiologjour och intensivvårdsläkare.

Värdering av thoraxtrauma efter ROSC

Gäller:

- Efter ROSC ska grad av thoraxtrauma bedömas, oavsett HLR-tid eller metod för bröstkompressioner. Skador på bröstkorgen i form av revbens- och sternumfrakturer är vanligt. Allvarliga skador såsom flail chest, penumo-/hemothorax samt skador på bukorganen förekommer och måste beaktas.
- Ultraljud och eller DT-thorax bör utföras på vida indikationer.
- Vid misstanke om eller bekräftat omfattande thoraxtrauma ska thoraxkirurg konsulteras.
- Följ patientens status och upprepa klinisk och radiologisk värdering vid tecken på försämring.

Vårdnivå

Alla patienter, utom de där det fattats beslut om begränsade vårdåtgärder, ska initialt vårdas och övervakas inom intensivvård (CIVA), intermediärvård eller hjärtintensivvård beroende på vårdbehov.

Medicinsk tillhörighet

Gäller:

- Patienter som har överlevt ett hjärtstopp utanför sjukhus ska vid inläggning på intensivvårdsavdelning (IVA) i normalfallet ha medicinsk tillhörighet hjärtsjukdomar/avd. 50 G.
- Om patienten har en klar icke-kardiologisk hjärtstoppsgenes, dvs har ett genomgått ett hjärtstopp sekundärt till andningsstopp/respiratorisk svikt, såsom vid drunkning eller intoxikation, ska patienten ha medicinsk tillhörighet internmedicin.

- Om hjärtstoppet är sekundärt till trauma/blödningschock ska patienten handläggas som traumapatient med medicinsk tillhörighet kirurgi.
- Patienter som redan är inneliggande på sjukhus och återfår bärande cirkulation efter hjärtstopp ska vid inläggning på CIVA fortsättningsvis vara inskrivna på den avdelning där hjärtstoppet inträffade.

På intensivvårdsavdelning

Gäller:

- Patienterna vårdas enligt Omhändertagande efter hjärtstopp - behandlingsriktlinjer, CIVA, Region Uppsala.se(pdf).
- Patient som är inskriven på hjärtsjukdomar/50 G rondas dagligen av kardiolog för ställningstagande till ytterligare utredning och medicinsk behandling. Om orsaken till hjärtstoppet inte är akut hjärtinfarkt ska kardiolog även ta ställning till adekvat arytmiutredning, diskussion om ICD eller annan antiarytmisk behandling, alternativt överflyttning till annat verksamhetsområde.
- Om patienten primärt är inskriven på annan avdelning än kardiologi ska konsultremiss till kardiologen skickas för diskussion om bedömning, utredning och medicinsk tillhörighet.

Vid överflyttning från intensivvård eller intermediärvård till vårdavdelning

Gäller:

- Flytt till lägre vårdnivå sker i samråd med mottagande enhet.
- Intensivvårdsläkare rapporterar till specialist på mottagande enhet.
- Intensivvårdssköterska rapporterar till ansvarig sköterska på mottagande enhet.
- Patientens medicinska och omvårdnadsmässiga behov ska vara fastställt.
- Patientens fortsatta behov av kontroller och övervakning av vitala parametrar ska vara fastställt.

På vårdavdelning

Gäller:

- Patientens omvårdnads -och medicinska behov ska bedömas vid ankomst.
- Övervakning enligt NEWS 6 gånger per dygn och telemetri initialt.
- Följ vårdavdelningens vårdplan för hjärtstoppspatienter.

- Har patient och eller närstående frågor kring intensivvårdstiden kontakta IVA-avdelningen som då kan organisera tid för återkoppling.
- Ombesörj en lugn miljö. Ge upprepad information. Det är viktigt att ge patienten kontroll över dygnsrytmen. Ta hjärna hjälp av fysioterapeut och arbetsterapeut för att bedöma funktionsnivå.

Behandling av oro och sömnsvårigheter

Generella ordinationer av lugnande och sömnmedel är svåra att ge. Nedan presenteras dock några lämpliga alternativ.

Medel mot oro

Till patienter som är mycket oroliga och agiterade rekommenderas som första läkemedel Kapsel/Mixtur Heminevrin® 250–600 mg. Haldol® och bensodiazepiner rekommenderas ej till denna patientgrupp.

Sömnmedel

Kortverkande sömnmedel är mest lämpliga. Bensodiazepiner rekommenderas ej.

Uppföljning och Rehabilitering

En rehabiliteringsplan som inkluderar fysisk träning, kognitiv träning och specifik återkoppling om hjärtsjukdomen och neurologiska effekter ska upprättas för patienten. Broschyr ”Hjärtstopp - överlevare och närstående berättar” och Informationsfolder efter hjärtstopp delas ut till närstående och patient på IVA, HIA eller medicinsk vårdavdelning. Uppföljning efter hjärtstopp - Information till personer som överlevt hjärtstopp och till deras närstående, Hlr.nu(pdf)

Innan utskrivning från vårdavdelning ska patienterna remitteras till psykolog på kardiologkliniken. Besöket innebär ett bedömningssamtal med krishantering och bedömning av psykologiskt status. Ställningstagande till psykologkontakt ska även göras för patienter som är inneliggande på medicinsk vårdavdelning efter hjärtstoppet för bedömningssamtal med krishantering och bedömning av psykologiskt status.

Rehabiliterings- och neuropsykologisk bedömning görs på alla hjärtstoppspatienter oavsett hjärtstoppets genes och patientens avdelningstillhörighet. Samordning av resurser; neurolog, arbetsterapeut, psykolog, neuropsykolog, rehab medicin och geriatriken bör ske innan utskrivning från sjukhuset. Se förslag från HLR – rådet, ”Svenska riktlinjer för uppföljning efter hjärtstopp, Hlr.nu(pdf)”

Utskrivning från medicinskvårdenhet och uppföljning

Uppföljningsrutiner skiljer sig idag beroende på genesen till hjärtstoppet och beroende på vilken vårdenhet patienten skrivs utifrån. Oavsett detta bör patient och närstående erbjudas ett återbesök med uppföljande samtal. Se förslag från HLR – rådet, Svenska riktlinjer för uppföljning efter hjärtstopp, Hlr.nu(pdf) och informationsfolder efter hjärtstopp Uppföljning efter hjärtstopp- Information till personer som överlevt hjärtstopp och till deras närstående, Hlr.nu(pdf)

Dokumenthistorik

Författare:

Referensgrupp version 1 2017-07-10

Sten Rubertsson, professor, överläkare, Anestesi och intensivvårdskliniken, Jonas Oldgren, verksamhetschef Kardiologkliniken, Claes Held, överläkare, Kardiologi & klinisk fysiologi, Christer Tengvar, överläkare, Rehab medicin, Staffan Stenson, neuropsykolog, Rehab medicin, Tanja Anderberg Wettermark läkare, Geriatriken, Ann-Christine Gedeborg, avdelningschef 50G, Elisabet Marklund sjuksköterska kardiologkliniken, Sara Marklund psykolog, kardiologkliniken, Ewa Wallin, specialistsjuksköterska, Anestesi och intensivvårdskliniken, Ing-Marie Larsson, specialistsjuksköterska, Anestesi och intensivvårdskliniken

Datum:

2018-10-15 Sten Rubertsson, professor, överläkare, Anestesi och intensivvård, Ing-Marie Larsson, specialistsjuksköterska, Anestesi och intensivvårdskliniken, Ewa Wallin, specialistsjuksköterska, Anestesi och intensivvårdskliniken

2020-05-15 David Smekal ambulansöverläkare, Kasper Andersen specialistläkare HLFYS, Sten Lethvall Överläkare internmedicin, Rafael Kawati sektionschef intensivvård, Johan Lugnegård Verksamhetschef HLFYS

2024-01-26 Johan Lugnegård chefsläkare, David Smekal ambulansöverläkare, Kasper Andersen specialistläkare HLFYS, Sten Lethvall Överläkare internmedicin, Rafael Kawati Bitr Verksamhetschef, Anopiva små textkorrigeringar. Tillgänglighetsanpassat.