

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad
Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare
Granskad av: Per Persson, (perpe8), Överläkare
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-02

Giltig till: 2028-03-02

Akut - Hjärtstopp-HLR på IVA

Revideringar i denna version

260301 Tillägg av olika HLR-algoritmer i slutet av rutinen samt mindre justeringar i texten kring olika algoritmer.

Syfte

Att beskriva de åtgärder som omedelbart skall vidtas av personal på IVA-sektionen vid hjärtstopp. De åtgärder som vidtas under de första 30–60 sekunderna är av stor betydelse för prognosen.

Arbetsbeskrivning

Hjärtstopp konstateras genom kontroll av medvetande och andning och/eller asystoli/arytmi på övervakningsskåpet. Pulskontroll endast om organiserad rytm föreligger.

- Larma från salen
- Följ A-HLR-algoritm
- Notera exakt tid
- Dokumentera på protokoll för akuta situationer

Hjärtlarm, via växel:

- **NIVA, PIVA 22 och Postop 95 A/B:** Hjärtlarma alltid via 390 90 till växeln (från mobil: 031-343 90 90). Uppge vilket sjukhus och avdelning, samt att Neurokirurg/Neurolog bör kallas till patienten (gäller NIVA).
- **CIVA:** Hjärtlarm via växeln endast om IVA läkare inte är tillgänglig eller om IVA läkare önskar att hjärtlarm utlöses. Undantaget är hjärtstopp hos thoraxkirurgisk patient där hjärtlarm via växeln ska göras enligt särskild rutin ” [Hjärtstopp hos thoraxkirurgiska patienter på CIVA.pdf](#)”

I väntan på förstärkning påbörjar personal på salen behandling enligt den HLR-algoritm som gäller för patienten. I normalfallet är det "A-HLR Vuxen" som gäller och då påbörjas kompressioner och inblåsningar enligt nedan:

- Starta hjärtkompressioner enligt AHLR algoritmen.
- Handventilera patienten med Rubens blåsa kopplad till syrgas 15 L/min.
Ej intuberad patient: Ventileras på mask. Inblåsning 2 andetag per 30 kompressioner.
Intuberad patient: Ventileras på tub/trach. Inblåsningarna sker parallellt och oberoende av bröstkompressionerna. Andningsfrekvensen ska vara 10 andetag per minut. Hyperventilera inte.

Personal som anländer till rummet tar med defibrillator. Sjuksköterska startar den i halvautomatiskt läge. Defibrillering sker enligt programmets rekommendationer. Kompressioner skall fortgå under tiden defibrillatorn laddas. På NIVA är undersköterskorna utbildade i att defibrillera.

Inget får fördröja en defibrillering!

OBS! Om patienten har parenkymmetare Neurovent skall denna kopplas ur från övervakningsskåpet före defibrillering. Detta gäller inte parenkymmetare Spiegelberg eller intraventrikulär tryckmätning (V-drän).

Läkemedel ges enl HLR algoritm

Amiodaron (Cordarone) 50 mg/ml ges utspätt under HLR-situation.
Adrenalin 0,1 mg/ml, 10 ml

Andningsstopp

Arbetet sker i stort sett som vid hjärtstoppssituation (A-HLR), men här tar ansvarig sjuksköterska hand om andningen tills IVA-läkare anländer.

Hjärtstoppregistrering

Dokumentera alltid i Melior under kvalitetsregister, hjärt-lungräddningsregister och följ anvisningarna. Detta för att alla hjärtstopp ska registreras i Svenska Hjärtlungräddningsregistret.

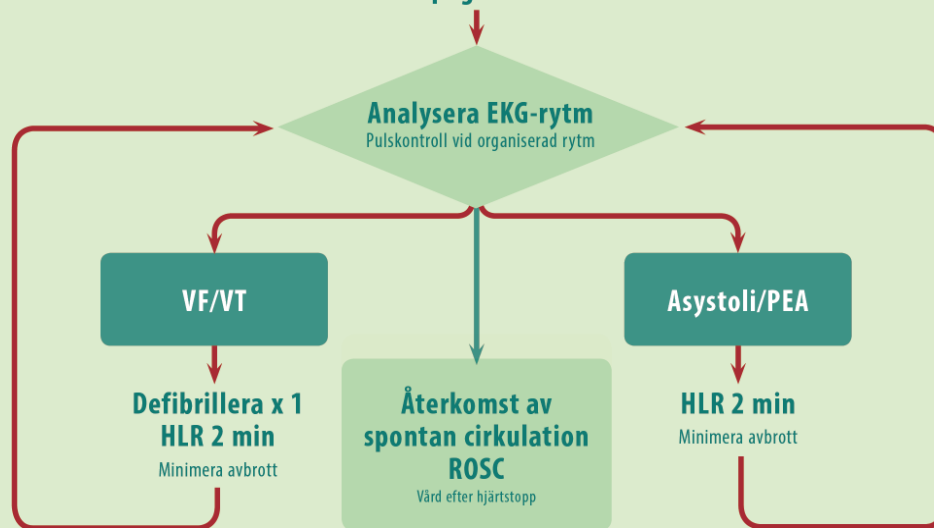
A-HLR VUXEN

Avancerad hjärt-lungräddning vuxen

Konstatera hjärtstopp, larma,
starta HLR och hämta akututrustning



Starta och anslut defibrillatorn
under pågående HLR



ÅTGÄRDER UNDER PÅGÅENDE HLR

- Använd HLR-bräda vid mjukt underlag
- Överväg larynxmask eller endotrakeal intubation vid förlängd HLR
- Gör kontinuerliga bröstkompressioner på intuberad patient
- Övervaka ETCO₂-kurva på intuberad patient
- Överväg ultraljud för att identifiera reversibla orsaker
- Överväg mekaniska bröstkompressioner när manuella av god kvalitet inte kan tillgodoses, eller vid transport
- Dokumentera åtgärder och tidpunkter
- Ta hand om närstående och erbjud dem att närvara tillsammans med personal

LÄKEMEDEL UNDER PÅGÅENDE HLR

- Skapa intravenös eller intraosseös infart

Vid VF/VT:

- Ge 1 mg adrenalin iv/io efter 3:e defibrilleringen och därefter var 4:e minut
- Ge 300 mg amiodaron iv/io efter 3:e defibrilleringen och ytterligare 150 mg efter 5:e defibrilleringen

Vid asystoli/PEA:

- Ge 1 mg adrenalin iv/io så snart som möjligt och därefter var 4:e minut

KORRIGERA REVERSIBLA ORSAKER UNDER PÅGÅENDE HLR

- Hypoxi
- Hypovolemi
- Hypo/hyperkalemi
- Hypotermi
- Tromboemboli
- Tryckpneumothorax
- Tamponad
- Toxiska tillstånd

OM A-HLR ÄR OTILRÄCKLIG

- Överväg koronarangiografi under pågående HLR i utvalda fall
- Överväg ECMO i utvalda fall

VÅRD EFTER HJÄRTSTOPP

- Bedömning och åtgärder enligt ABCDE
- Normoventilation, SpO₂ 94-98%
- 12-avl-EKG - överväg akut koronarangiografi
- Temperaturkontroll 32-36°C
- Behandla bakomliggande orsak

Avancerad hjärt-lungräddning barn

1

Konstatera hjärtstopp, larma, ge 5 inbläsningar
Starta HLR 15:2, larma larmgrupp och hämta akututrustning



2

Starta och anslut defibrillator/övervakning under pågående HLR



Återkomst av spontan cirkulation (ROSC)

Utvärdera enligt ABCDE

UNDER PÅGÅENDE HLR

- Byt av varandra efter 2 min under analysfas
- Teamledaren prioriterar barnets andning och utvärderar kvaliteten på HLR
- Utvärdera 4H och 4T
- Ta hand om närstående

LÄKEMEDEL UNDER PÅGÅENDE HLR

Vid asystoli/bradykardi/PEA
 - Adrenalin 0,01 mg/kg omedelbart.
 Upprepa var fjärde minut.

Vid VF/pulslös VT
 - Adrenalin 0,01 mg/kg efter tredje defibrilleringen.
 Upprepa var fjärde minut.
 - Amiodaron 5 mg/kg (max 300 mg) efter tredje defibrilleringen.
 Upprepa samma dos (max 150 mg) efter femte defibrilleringen.

KORRIGERA REVERSIBLA ORSAKER

- hypoxi
- hypo/hypertermi
- hypovolemi
- hypoglykemi
- hyper/hypokalemi
- hyper/hypokalcemi
- hyper/hypomagnesemi
- tamponad
- tryckpneumothorax
- toxiska tillstånd
- tromboembolier

LÄKEMEDEL (IV/IO) VID HJÄRTSTOPP HOS BARN Ges efter läkarordination

Ålder	0	3 mån	1 år	5 år	9 år	12 år	14 år	16 år	Vuxendos	
Vikt, ca	3 kg	5 kg	10 kg	20 kg	30 kg	40 kg	50 kg	60 kg		
Adrenalin (0,1 mg/ml) 0,01 mg/kg, 0,1 ml/kg	0,3	0,5	1	2	3	4	5	6	10	ml
Amiodaron (15 mg/ml)* 5 mg/kg, 0,33 ml/kg	1	1,7	3	7	10	13	17	20	20	ml
Glukos 100 mg/ml, 3 ml/kg	9	15	30	60	90	120	150	180		ml
Ringer-Acetat 10 ml/kg	30	50	100	200	300	400	500	600		ml
Defibrillering 4 J/kg	12	20	40	80	120	150-200	150-200	150-200	150-360	J
Endotrakealtub inw. diameter	3,0	3,5	4,0	5,0	6,0	7,0	7,0	7,0	7,0-8,0	mm
Ventilationsfrekvens efter intubation	25	25	20	20	15	10	10	10	10	/min

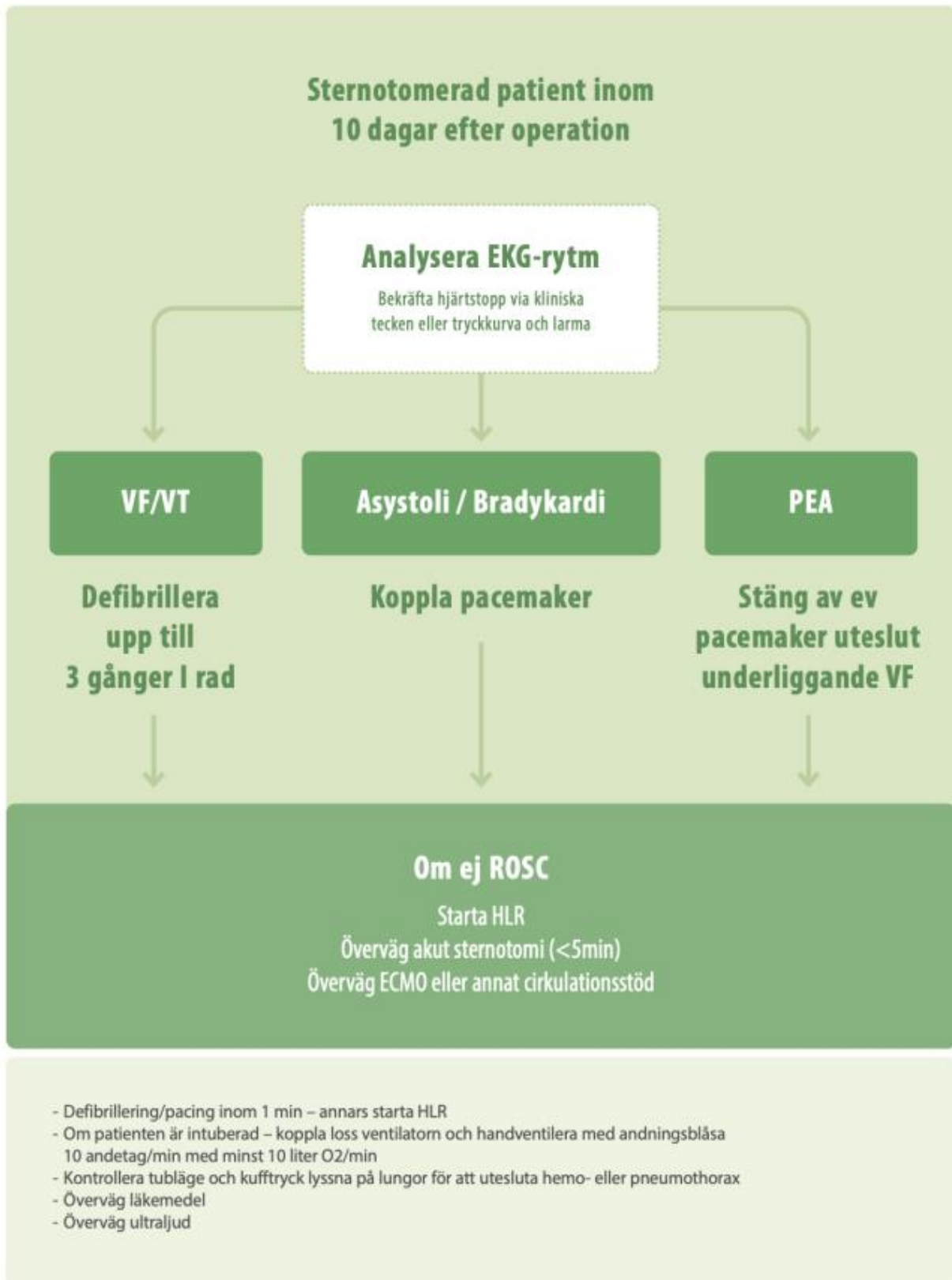
*Amiodaron 50 mg/ml, 6 ml spädes med 14 ml Glukos 50 mg/ml = 15 mg/ml



© 2019 HLR Rådet
 Hjärt-Lungräddning för barn och ungdomar
 HLR Rådet är en del av Svenska Läkaresällskapet
 HLR Rådet är en del av Svenska Sjuksköterskeförbundet

Länk till rutin [Hjärtstopp hos thoraxkirurgiska patienter på CIVA.pdf](#)

Hjärtstopp efter thoraxkirurgi

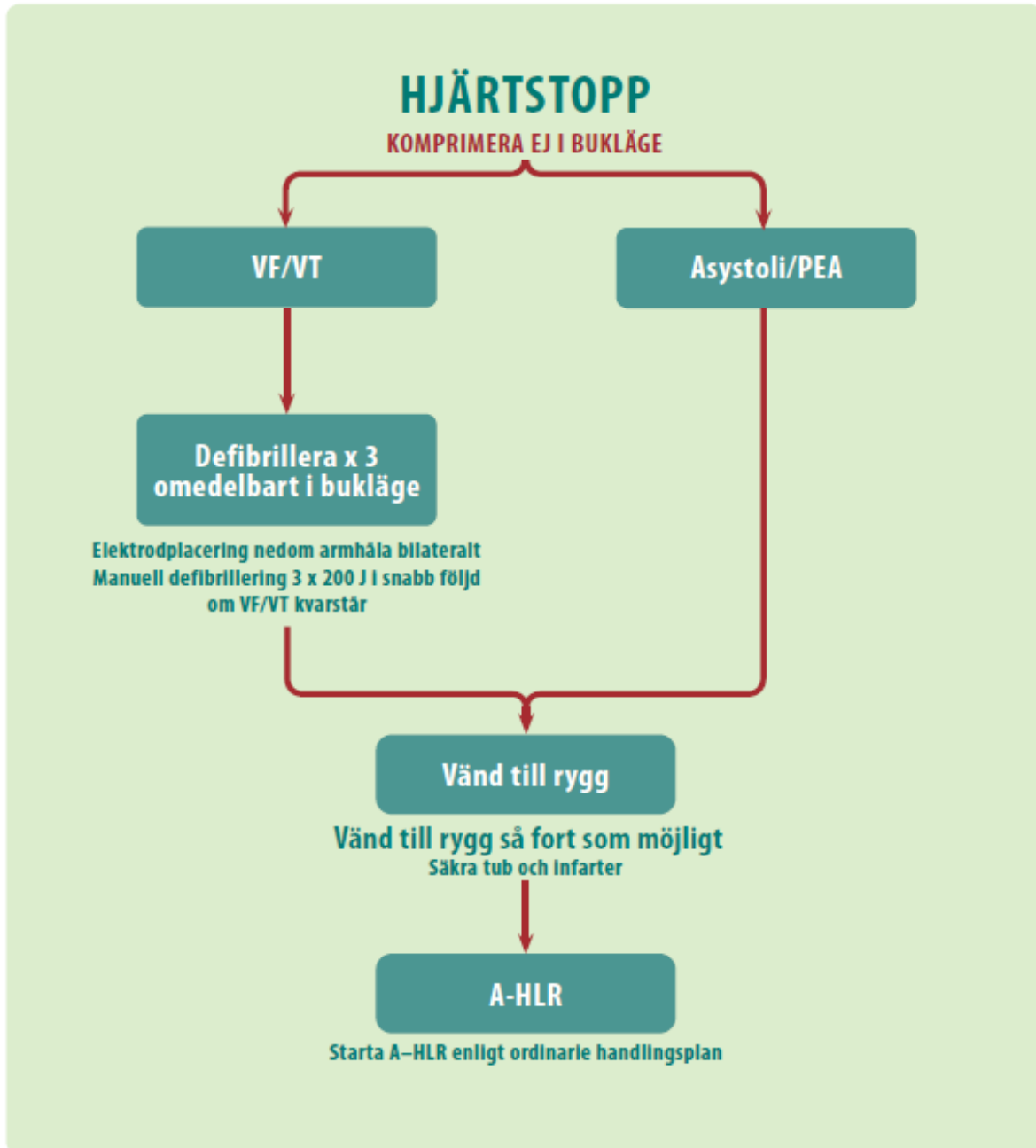


Länk till rutin [Omvårdnad - Bukläge inom intensivvård](#)

A-HLR VUXEN

Hjärtstopp i bukläge

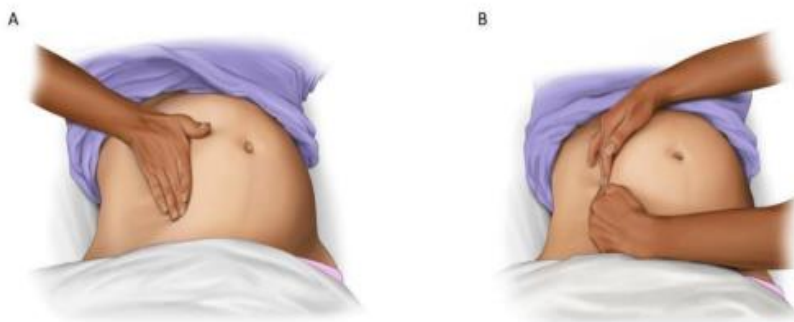
på intuberad/trakeotomerad patient



Hjärtstopp gravid Sahlgrenska/Sahlgrenska

Länk till rutin [Hjärtstopp gravid SahlgrenskaSahlgrenska.pdf](#)

Manuell sidoflyttning av uterus åt vänster:



A, Manual LUO, performed with one-handed technique. B, Two-handed technique during resuscitation.

Granskare/arbetsgrupp

HLR-grupp CIVA, AnOpIva, Område 5, SU

HLR-grupp NIVA, AnOpIva, Område 5, SU

HLR-grupp PIVA22, Postop95, AnOpIva Område 5, SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård
Sahlgrenska, Postoperativ vård Sahlgrenska,
Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning,
Avdelning 95B postoperativ vård, Avdelning 95A postoperativ
vård, Avdelning 22 postoperativ intensivvård

Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare

Granskad av: Per Persson, (perpe8), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1106

Version: 12.0

Giltig från: 2026-03-02

Giltig till: 2028-03-02