

Gäller för: Kardiologi

Giltig från: 2024-05-03

Innehållsansvar: Mari Klerman, (markl), Specialsjuksköt

Giltig till: 2026-05-03

Granskad av: Mari Klerman, (markl), Specialsjuksköt

Godkänd av: Sofia Svelander, (sofjo), Vårdenhetschef

Arytmier, Dokumentation

Revidering i denna version

Mindre förändringar under praktisk information, förtydligande angående dokumentation vid arytmier.

Bakgrund

Flertalet patienter som vårdas inneliggande på kardiologisk avdelning är i behov av arytmiovervakning av olika anledningar. Arytmiovervakningen används i syfte att diagnostisera, behandla och utvärdera en rad olika hjärtsjukdomar. Hjärtcentrums inneliggande patienter på avd 43/44/BSE och HIA vårdas av sjuksköterskor och läkare som måste kunna dokumentera/ta del av dokumentation på ett enkelt sätt.

Syfte

Att genom en säkerställd rutin kunna dokumentera resultat av arytmiovervakning i patientjournal, vilket leder till ett säkrare omhändertagande av patienter med hjärtrytmrubbningar.

Vanligt förekommande arytmier

| Kriterier | Förklaring | Förkortning |
|---|--|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Positiv P i II • Konstant PQ-tid • Rytm mellan 50–100/min | Sinusrytm | SR |
| <ul style="list-style-type: none"> • Oregelbunden kammarfrekvens • P-vågor saknas istället flimmervågor eller isoelektrisk baslinje • Oftast ses flimmervågor tydligas i avl och V1 | Förmaksflimmer | FFLI |
| <ul style="list-style-type: none"> • Regelbundna F-vågor med ”sågtandsmönster” • De typiska sågtandsformade fladdervågorna framträder tydligast i de inferiora avledningarna, II, aVF, III • Förmaksfrekv vanligen 280–300/min • Regelbunden eller oregelbunden oregelbunden fysiologisk AV-blockering. | Förmaksfladder | FFLA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Breddökade QRS (mer än 0.12s) med avvikande utseende • Diskordant T-våg(T-vågens vektor motsatt rikt i förhållande till QRS) • Kammarfrekv 100/min | Ventrikeltakykardi Fortsättning nedan | VT |

| Kriterier | Förklaring | Förkortning |
|--|----------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • P-vågor saknas eller utan relation till QRS komplex. • VT definieras som tre eller flera ventrikuläraslag i följd med en frekv över 100/min. | Ventrikeltakykardi | VT En bred QRS tackycardi ska alltid betraktas som VT tills motsatsen är bevisad. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Se kriterier för VT samt • VT attacken varat kortare än 30 sek. | Non-sustained VT | VTns Dokumentera med tid (hur länge den pågått) eller antal slag. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Se kriterier för VT • VT-attacken varat längre än 30 sek. | Sustained VT | VTs Dokumentera med tid (hur länge den pågått). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avsaknad av QRST-sekvens • Oregelbunden underlerande baslinje | Ventrikelflimmer | VF |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avsaknad av QRST-sekvens. • Isoelektrisk baslinje. | Asystoli | Asyst Dokumentera tid i sekunder. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Spik • Vid förmaksstimulering följs impulsen av avvikande P-våg. • Vid kammarstimulering följs impulsen av avvikande QRS. | Pacemakerrytm | PM |
| <ul style="list-style-type: none"> • Är ett tillstånd där EKG bilden visar återkommande ventrikulär elektrisk aktivitet men hjärtats mekaniska pumpförmåga är satt ur spel så att några artärpulsationer inte kan kännas. | Pulslöselektrisk aktivitet | PEA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Normal P-våg • PQ-tid mer än 0,22 s • Alla P-vågor följs av QRS - komplex • Överledningstiden mellan fm och kam är åldersberoende. | AV-block I | AV-I |

| Kriterier | Förklaring | Förkortning |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Normal P-våg och QRS-komplex. • Successiv ökning av PQ-tiden tills ett QRS-komplex inte överleds. | AV-II Typ1 Mobitz 1 Wenckebach | AV-block II |
| <ul style="list-style-type: none"> • Normal p-våg och QRS-komplex. • Vissa P-vågor blockeras och följs inte av QRS-komplex. • PQ tiden i de överledda slagen är konstant och förändras inte mellan slagen. | AV-II Typ 2 Mobitz 2 | AV-block II typ 2 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Normala P-vågor med regelbunden rytm dock utan relation till QRS-komplexen. • Förmak och kammare slår var för sig – AV dissociation • OBS vissa P-vågor döljs delvis i QRS-komplex och T-vågor. • Nodal ersättningsrytm smala QRS 40–50/min • Ventrikulär ersättningsrytm breda QRS 30–40/min | AV-III | AV-block III |
| <ul style="list-style-type: none"> • QRS-komplexen föregås av P-våg med varierande utseende • Variernade PQ-tid • Kammarfrekv vanligen mer än 100/min. • Vanligast hos äldre pat med allvarlig hjärtpåverkan och arytmin är vanligen bestående eller övergående till kron förmaksflimmer. | Multifokala förmakstakykardi | MAT |

| Kriterier | Förklaring | Förkortning |
|--|-----------------------------|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Retrograd (upp och ned vänd) P-våg före eller efter QRS-komplexet eller ingen synlig P-våg alls. • Kammarrytm 40–50 /min | Nodalrytm | NR |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bredökade QRS (mer än 0,12s) med avvikande utseende • Långsam och ofta något oregelbunden kammarrytm mindre än 40/min • Upphävd förmaksaktivitet (inga P-vågor) eller ingen relation mellan QRS och P-vågor. | Ventrikulär rytm | VR |
| <ul style="list-style-type: none"> • P-våg saknas på förväntat ställe • Efterföljande QRS saknas eller ersättningslag från förmak,nod eller kammare senare än väntat. | Sinusarrest/ SA-block | SA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Snabb och regelbunden kammarrytm vanligen 150–200/min • Attackvis förekommande med abrupt insättande (och ibland avslutande) • Normala QRS (vid normal AV-överledning) | Supraventrikulär-takykardi | SVT |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prematurlag med avvikande eller ingen P-våg • Normalt QRS | Supraventrikulärt extraslag | SVES |

| Kriterier | Förklaring | Förkortning |
|---|-------------------------------|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • P-våg saknas före QRS-komplexet. • Bredökande QRS (mer än 0,12 s) med avvikande utseende. • Diskordant T-våg (T-vågens vektor motsatt riktning i förhållande till QRS) • Vanligen fullt kompensatorisk paus. | Ventrikulärt extraslag | VES |
| <ul style="list-style-type: none"> • Två extraslag i följd. • OBS att definitionsmässigt är 3 eller flera slag i följd en VT. | Kopplade ves eller parade ves | VESk |
| <ul style="list-style-type: none"> • Två eller flera extraslag med olika utseende (olika foci) | Multifokala ves | VESm |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vartannat slag ett VES och vartannat slag normalt överlett | VES i bigemini | VESbig |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vart tredje slag ett VES | VES i trigemini | VEStrig |
| <ul style="list-style-type: none"> • Färre VES än 5/min | Enstaka ves | VESe |
| <ul style="list-style-type: none"> • Under en avläsningsperiod där patienten haft fler VES 5/min | Frekventa ves | VESf |

Praktisk information

| | | |
|--------------------------------|--------------|-----------|
| Avläsningstider på kardiologen | kl 0500–1300 | SSK A-tur |
| | kl 1300-2000 | SSK C-tur |
| | kl 2000-0500 | SSK Natt |

Arytmiövervakningen dokumenteras i Melior-> Mätvärden -> Arytmiövervakning

Viktigt hinna läsa av sina arytmiövervak, tänk på att många patienter är inneliggande hos oss enkom pga detta. Ta hjälp av kollegor, rapportera över om det är någon man inte hunnit läsa av.

Allvarliga arytmier som exempelvis VT, bradykardier, AV-block II och III skall skrivas ut och visas på rondan. **Skriv tydligt överst på utskriften att den ska scannas, om detta görs så sparas sedan utskriften alla andra utskrifter slängs när journalen ”städas”.**

Endast allvarliga arytmier tex AVII- III, VT/VF behöver scannas in i journalen.

Mindre allvarliga arytmier kan sparas i Philips övervakning system under vårdtiden och visas på rondan. Det som sparas i Philips övervakning system sparas i 7 dagar och sedan raderas det automatiskt.

Det är tillåtet att använda sig av frågetecken? i dokumentationen vid osäkerhet.

El konvertering/spontana omslag dokumenteras med klockslag.

Dokumentera högsta och lägsta puls, rytm och arytmier.

Dokumentera med angivna förkortningarna där det går, i övriga fall skriv kortfattat och tydligt i löpande text. Undvik att ”kopiera” föregående sjuksköterskors dokumentation, tänk själv, läs av själv och ta hjälp när du behöver. Skriv ut och visa ansvarig läkare om du är osäker.

Några exempel på dokumentation

- Patienten har haft förmaksflimmer mellan 56–149, haft en del kopplade ves och två kortare VT en på 6 slag och en på 8 slag.
Arytmiövervakning 56–149 FFLI, VTnsx2 6-8 slag, VESk
- Patienten har haft sinusrytm och AV-block II typ 1 mellan 23–56/min
Arytmiövervakning: 23–56 SR/AV-II typ 1

Telemetri: Den som kopplar på patienten telemetrin skriver in namn, persnr, sängplats eller scannar och ansvarar för att telemetrin är inkopplad med en fungerande EKG kurva.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kardiologi

Innehållsansvar: Mari Klerman, (markl), Specialsjuksköt

Granskad av: Mari Klerman, (markl), Specialsjuksköt

Godkänd av: Sofia Svelander, (sofjo), Vårdenhetschef

Dokument-ID: NU10067-2089204900-35

Version: 8.0

Giltig från: 2024-05-03

Giltig till: 2026-05-03