

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra

Giltig från: 2025-04-10

Innehållsansvar: Johan Jensen, (johje11), Sektionsledare

Giltig till: 2027-03-27

Granskad av: Jonas Silverdal, (jonli2), Överläkare

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

# HIA-vård, avdelning 357, MGAÖ

## Revideringar i denna version

Nytt dokument (ersätter tidigare dokument "Kardiologisk basal vård på HIA")

## Syfte

Att säkerställa enhetlig och patientsäker vård baserad på evidens och erfarenhet.

Att underlätta introduktionen av nya medarbetare på hjärtintensivavdelning, HIA.

## Arbetsbeskrivning

### Inläggning från akutmottagning eller annan avdelning

Patienter hämtas av sjuksköterska och undersköterska från HIA. Transport skall ske utan onödig fördröjning och under övervakning. Akutläkemedel, andningsmask, transportsyrgas och defibrillator skall vara med under transporten. Fri venväg innan transport.

### Direktinläggning från ambulansen

Direktinläggning från ambulans beslutas av sjuksköterska på HIA alternativt närvarande läkare (HIA-jour, alternativt III-jour). EKG skall arkiveras i pärm på HIA, i vilken stöd för EKG-tolkning finnes. Se [RUTIN Direktinläggning från ambulans till avd 357 MGAÖ med stöd av ambulans-EKG](#)

*OBS! Patienter med misstanke om akut ST-höjningsinfarkt ska primärt hänvisas till PCI-konsult (dagtid) eller kardiologjour (jourtid) på SU/Sahlgrenska.*

### Transportrutiner av hjärtpatienter till SU/SS

För transport av hjärtpatienter från medicinkliniken, SU/Östra, gäller att:

- Hemodynamiskt och respiratoriskt stabil patient transporteras med enbart ambulanspersonal om ambulanssjuksköterska ingår i denna.
- Hemodynamiskt instabil patient eller vid pågående infusion med avancerade hjärtmediciner sker transport med medföljande HIA-sjuksköterska eller ambulanssjuksköterska med HIA-kompetens, undantagsvis underläkare på HIA.
- Respiratoriskt instabil patient transporteras med medföljande anestesipersonal. Transport sker då oftast i IVA-ambulans.

## HIA-vård

### Arytmi/ischemiövervakning och fri venväg

Patient som vårdas på HIA skall utan undantag och utan dröjsmål kopplas upp i kontinuerlig hjärtövervakning vid ankomsten samt ha en fungerande PVK.

Patient med akut koronart syndrom (AKS) bör första dygnet vara uppkopplade i 12-avlednings-EKG på Philips övervak. Därefter tas ställning om byte till Hexad-uppkoppling. För patienter utan misstänkt AKS är Hexaduppkoppling tillräckligt.

För mer info se [RUTIN Telemetriövervakning – avd 356 och avd 357](#)

### Kontroller

#### *Blodtryck och puls*

Blodtryck: Mäts vid ankomst i båda armarna, fortsatt mäta i den arm där det är högst. Notera avvikelser på mer än 20 mmHg mellan armar (kontakta läkare).

Pulskontroll: Palpera a radialis vid ankomst. Observera icke pulsgivande extraslag. Kontrollera x 4 under HIA-vård (vid start av pass + vid kvällskontroller).

#### *Andningsfrekvens och syrgasmättnad (POX)*

Mäts vid ankomst, vid början av varje pass samt vid behov. Lägg märke till andningsmönster och ev behov av hjälpmuskulatur och om andningen underlättas i sittande.

#### *Kroppstemp*

Mäts vid ankomst, samt vid behov. Vid feber, eller konstaterad infektion minst x 2.

Rektal- eller örontemp är att föredra. Örontemp finns på alla HIA-rum. Vid behov använd urintemp om patienten har KAD med termistor. Denna kopplas upp på övervakningsskåpet.

#### *Auskultation*

Lyssna på hjärta och lungor vid ankomst, vid början av varje pass. Lyssna efter nytillkomna bi- eller blåsljud på hjärtat och rassel på lungorna eller andra avvikelser.

#### *Vätskelista och urinmätning*

Följes första dygnet och när behov finns. Total vätskebalans mäts om ordinerat, se separat [RUTIN Vätskebalans avdelning 357](#). Mätning sker mellan klockan 06:00-06:00.

#### *Vikt*

Mäts första morgonen efter ankomst (före frukost), därefter efter ordination. Patienter som vårdas för hjärtsvikt vägs dagligen innan frukost.

#### *Mobilisering*

Efter ork och smärta. Immobilisering är ogynnsamt. Majoriteten av infarktpatienter kan mobiliseras direkt. Undantag inkluderar PCI via ljumsken (4-6 timmars sängliggande), akut hjärtsvikt, allvarliga arytmier, komplikationer.

Patienten bör avbryta pågående aktivitet vid symtom, framför allt bröstsmärta och andfåddhet men även matthet, yrsel, uttalad trötthet.

Patienter med lungemboli och hemodynamisk påverkan (högerkammerbelastning, syrgaskrävande, hypotoni och takykardi) ska ej mobiliseras innan klinisk förbättring. Toastol erbjuds på rummet under lugn mobilisering.

## Provtagningsrutiner

Se [RUTIN Ankomst- & provtagningsrutiner avd 357](#)

## Läkemedelsbehandling / läkemedelsdelegering HIA-ssk

### *Syrgasbehandling vid hypoxi*

Kan inledas av sjuksköterska i akutsituation, men fortsatt behandling ska ordineras. Viktigt med ordination av specificerat syrgasflöde om patienten har KOL (risk för koldioxidretention) varvid blodgasanalyser skall leda behandlingen.

Patienter med syremättnad över 92% och normal andningsfrekvens behöver inte syrgas.

### *Smärta*

OBS! Svårkuperad och/eller långvarig smärta bör alltid föranleda läkarkontakt.

Ischemisk bröstsmärta behandlas i första hand med kärlvidgande nitroglycerin. Kvarstående smärta skall rutinmässigt *inte* behandlas med morfin utan samtidigt ställningstagande till revaskularisering! Obs kontraindikationer som tät aortastenosis, se [RUTIN Nitroglycerin \(MGAÖ\)](#)

- Suscard® 2,5 mg, ev enligt SNAP-schema (2,5 mg). Suscard® ges var 15:e minut tills patienten är smärtfri eller får systoliskt blodtryck <100 mmHg, takykardi eller andra biverkningar. Dosen titreras upp till max 10 mg som sedan byts var 4:e timme). *Används som förstahandspreparat då mer kostnadseffektivt.*
- Nitroglycerin spray (Nitrolingual®, Glytrin®) 0,4 mg/dos, 1-2 doser sublingualt.
- Infusion Nitroglycerin, efter läkarordination.

Vid behov av ytterligare smärtlindring

- Inj. morfin 1 mg/ml, 2,5-10 mg (2,5-10 ml) långsamt iv. Kan upprepas upp till totalt 20 mg vid svårkuperad smärta. Försiktighet vid hypotension och/eller risk för andningspåverkan. Observera risk för urinretention.
- Inj. diazepam 5 mg/ml, 2,5-5 mg (0,5-1 ml) iv kan ges som adjuvans. Vid smärta och akut ångest OBS! inj morfin + inj diazepam är en potent kombination!

*Akut hjärtsvikt/lungödem: (läkarkontakt)*

- Höj huvudänden! Vid behov sänk även ner benen (hjärtsänkläge)
- Syrgas vid behov (se ovan)
- Diuretika: inj furosemid (Furix®) 10 mg/ml, 2-4 ml, (20-40mg) iv rekommenderas dos till patienter utan tidigare regelbunden behandling. Vid kronisk diuretikabehandling rekommenderas vid akut hjärtsvikt inledningsvis *minst lika mycket intravenöst (mg) som sammanlagd daglig peroral dos.* Kan upprepas. Uppskattad/uppmätt *diures* styr dosering och behov av upprepad behandling. Värdera eventuellt behov av KAD (ska ordineras). OBS! risk för hypokalemi. Daglig kontroll av vikt och S-K vid intravenös behandling.
- Vid hypoxi och takypne (andningsfrekvens >25/min) bör CPAP övervägas. Ska ordineras av läkare [RUTIN CPAP-behandling](#)
- Nitroglycerin enligt ovan vid betydande hypertension
- Morfin/diazepam enligt ovan, vid andnöd/ångest

*Illamående*

- inj Ondansetron® 2 mg/ml, 4 mg (2 ml) iv alternativt inj Primperan 5 mg/ml, 10 mg (2 ml) iv.

### *Symtomgivande bradykardi (yrsel, hypotension, obehag)*

- Inj Atropin® 0,5 mg/ml, 0,5 mg (1 ml), upprepas vid behov, max 4 ml.
- Infusion Isoprenalin, vid återkommande allvarlig bradykardi eller utebliven effekt av Atropin. Inleds efter läkarordination [RUTIN Isoprenalin \(Isuprel®\)](#)
- Transthorakal pacemakerbehandling kan vara aktuellt vid utebliven effekt av farmakologisk behandling enligt ovan, eller ogynnsam biverkan (ventrikulära arytmier, takykardi).

## Ansvar

Respektive linjechef ansvarar för att rutinen är känd och följs.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Revisionsansvarig ansvarar för uppföljning och utvärdering. Avvikelser hanteras enligt SUs riktlinjer för MedControl Pro.

## Relaterad information

- [RUTIN Akuta koronara syndrom – AKS](#)
- FASS
- ”Lilla Hjärtboken HIA/Avd 357” (trycksak)

## Granskare/arbetsgrupp

Jonas Silverdal, VÖL HIA, avd 357

Johan Jensen, Sektionsledare/Sjuksköterska, avd 357

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning  
Östra

**Innehållsansvar:** Johan Jensen, (johje11), Sektionsledare

**Granskad av:** Jonas Silverdal, (jonli2), Överläkare

**Godkänd av:** Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9777-819499373-32

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2025-04-10

**Giltig till:** 2027-03-27