

Gäller för: Verksamhet Medicin geriatrik och akutsjukvård Mölndal

Giltig från: 2025-05-06

Innehållsansvar: John Deminger, (johde1), Överläkare

Giltig till: 2026-10-05

Godkänd av: Pär Parén, (parpa1), Verksamhetschef

Elkonvertering på Akutmottagning Mölndal

Förändringar sedan föregående version

Justeringar i arbetsbeskrivningen, bland annat kommer inte personal från avdelningen 238 längre vara inblandade i processen utan behandlingen koordineras mellan akuten och narkos.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Innehållsförteckning	1
Syfte	2
Bakgrund.....	2
Arbetsbeskrivning	2
Indikation.....	2
Material.....	2
Tillvägagångssätt	3
Ansvarig ssk/usk.....	3
Strax före el-konvertering.....	3
Observation/ övervakning.....	4
Direkt efter elkonvertering:	4
Efter elkonvertering	4
Ansvar	5
Uppföljning, utvärdering och revision.....	5
Arbetsgrupp	5

Syfte

Rutinen syftar till att ge en enhetlig och säker vård vid behov av elkonvertering på medicinakuten vid Mölndals sjukhus. Dessutom ämnar rutinen koordinera samarbete mellan personalen från akuten och narkos.

Bakgrund

Vid rytmkontrollerande behandling av förmaksflimmer/-fladder är målet att återställa sinusrytm vilket kan göras antingen farmakologiskt eller med elkonvertering. Elkonvertering kan även ske vid polikliniskt mottagningsbesök men ofta uppkommer behov av att elkonvertera patienter akut. På Mölndals Sjukhus sker akuta elkonverteringar på avdelning 238 eller på akuten. Oavsett var elkonverteringen sker kommer personal från AnOpIVA att bistå akut-/medicinklinikens personal.

Arbetsbeskrivning

Indikation

- Akut behov att återställa sinusrytm vid ihållande förmaksflimmer/förmaksfladder. Platsläget samt belastning på akuten avgör var elkonvertering skall göras. Ledningsläkare/Medicinjour är den som tar beslut om pat skall konverteras på akuten i stället för på avd 238.
- Patienten ska ha varit fastande i minst 6 timmar.
- Patienten är normokalem (på ett blodprov taget sista dagarna).

Vid förmaksflimmer/förmaksfladder med duration längre än 48 timmar skall patienten ha stått på antikoagulationsbehandling i rätt dos i *minst* tre veckor och tagit sina läkemedel enligt ordination.

OBS! Patienter med förmaksflimmer/förmaksfladder som är cirkulatoriskt instabila bör el-konverteras direkt och denna rutin kan i sådana fall frångås.

Material

- Checklista Elkonvertering
- Anestesikurva
- Propolipid 10mg/ml: 20 ml sammanlagt uppdraget och fördelat på 2 stycken 10 ml-sprutor. Ha med 1 extra flaska 20 ml att ha vid behov.
- NaCl 0,9 mg/ml
- Atropin 0,5 mg/ml i beredskap i händelse av bradykardi
- Ringer-Acetat 1000 ml

- Rakhyvel
- Telemetriövervakning
- Saturationsövervakning
- Blodtrycksmanschett och stetoskop
- Fungerande sug på rummet
- Syrgas
- Syrgasmask, syrgasgrimpa, Rubens blåsa
- Akutvagn med defibrilleringsapparat och tillhörande defibrilleringsplattor
- Vid behov: EMLA kräm 25 mg/g alt. Hydrokortisonkräm 1 %
- Patientskjorta

Tillvägagångssätt

- Medicinläkare beslutar om elkonvertering på akuten enligt ovan och tillser att det inte finns några kontraindikationer. Dagtid vardagar är Ledningsläkare Medicin ansvarig för beslut.
- Medicinläkare informerar LA, team-ssk samt informerar även patient om proceduren.
- Medicinläkare kontaktar narkosjouren (30885) och informerar om elkonverteringen och bokar en tid.

Ansvarig ssk/usk

- Identitetskontroll
- Patienten skall ha tagit ordinarie mediciner med lite vatten på morgonen (aktuellt t.ex. i de fall pat är kvar på akuten på natten för tidig elkonvertering)
- Kontrollera att patienten har en fungerande PVK, (minsta storlek 1,1). Koppla trevägskran.
- Koppla infusion (Ringer-Acetat i första hand).
- Kontrollera att prover är tagna samt att provsvar finns. Dokumentera kaliumvärde på anestesikurvan – kontakta ansvarig läkare vid avvikande provsvar.
- Raka patienten (vid behov) där paddlarna ska sitta
- Låt telemetri vara kvar men se till att elektroderna inte sitter i vägen för defibrilleringsplattor

Strax före el-konvertering

- Be patienten gå på toaletten
- Kör patienten till B-rummet, koppla på 10 L O₂ på Oxymask
- Hämta in läkemedel för sedering (enligt lista ovan) till rummet

- Ta fram defibrilleringsplattor
- Dokumentera ett nytaget blodtryck på anestesikurvan samt längd och vikt
- Kontrollera saturationen
- Narkospersonal sederar samt sköter andning, ssk akuten bistår dock med att administrera lm om narkosläkare så önskar
- Medicinläkare elkonverterar efter rytmkontroll (OBS! endast läkare som är väl förtrogna med utrustning och kan elkonvertera självständigt skall göra detta om inte handledare finns på plats)

Observation/ övervakning

- Låt syrgas sitta på tills patient är helt vaken, stäm av med ansvarig narkospersonal om andra direktiv
- Kontrollera patientens blodtryck var 5:e minut samt saturation kontinuerligt, tills dess att patienten är cirkulatoriskt samt respiratoriskt stabil
- Narkospersonal försäkrar sig om att patientens andning är stabil innan de lämnar akuten

Direkt efter elkonvertering:

- Låt gelplattor sitta kvar, smörj därefter med hydrokortisonkräm/Emla vid behov
- Kontrollera att narkosläkare/narkosjuksköterska har dokumenterat givet läkemedel på anestesikurvan.

Efter elkonvertering

- Efter 30 minuter får patienten dricka
- Efter 60 minuter får patienten äta
- Nytt 12-avlednings-EKG tas efter 1 timma
- Medicinläkare bedömer EKG och tar ställning till eventuella medicinändringar och planering av fortsatt uppföljning.
- Om patienten har pacemaker skall denna alltid kontrolleras efter elkonvertering, detta måste ha kommunicerats med Hjärtlab SU/M innan beslut om elkonvertering sker.
- Patienten kan bli utskriven efter en timmes observation.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO

Ansvar

All personal (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor) på akuten samt narkosläkare ska känna till denna rutin och arbeta därefter. Respektive vårdenhetschef samt sektionschef ansvarar för att denna rutin är känd och att den följs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Sektionschef tillsammans med vårdenhetsöverläkare och vårdenhetscheferna ansvarar för att följa upp denna rutin.

Arbetsgrupp

John Deminger, VÖL Medicinakuten SU/M, Överläkare Internmedicin

Magnus Lans, VÖL avd 238 HIA SU/M. Överläkare Internmedicin och Kardiologi

Dragana Lončar, Leg. Sjuksköterska, Sektionsledare Avdelning 238 SU/M

Jette Stenberg, Verksamhetsutvecklare Medicin och akutsjukvård SU/M

Lenny Rosenqvist, Leg. Sjuksköterska, Sektionsledare Akuten SU/M

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin geriatrik och akutsjukvård
Möln dal

Innehållsansvar: John Deminger, (johde1), Överläkare

Godkänd av: Pär Parén, (parpa1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9777-819499373-5

Version: 6.0

Giltig från: 2025-05-06

Giltig till: 2026-10-05