

**Stockholm 29/5 2023**

**Möte nätverket för HLR-ansvarig läkare  
Svenska HLR-rådets kansli, Hammarby Sjöstad**

Dagen inleddes med presentation av deltagarna. Femton personer närvarade från Skåne till Mälardalen.

### **Förmiddag**

Diskussion hur HLR-verksamheten ser ut vid de olika sjukhusen som var representerade på mötet.

Vissa vet inte var i organisationen de hör hemma- finns inget fattat beslut. Andra har en tydlig tillhörighet till staben vid respektive sjukhus. Några ligger under KTC och andra ligger under Patientsäkerhet.

Avseende frågan om HLR-ansvarig läkare har något mandat var det tydligt för vissa medan andra var osäkra på hur mandatet ser ut.

Sammansättningen på larmteamen är lite olika beroende på storlek på sjukhuset, dock är alltid IVA/anestesi-personal och internmedicin representerade.

Larm ser olika ut, några ringer 112 beroende av verksamhet på sjukhuset (elektiv kirurgi, icke-akutsjukhus).

Avseende kompetensen var det skillnader framför allt huruvida alla som ingår i larmkedjan ska ha A-HLR barn. En del organisationer resonerar som så, att det räcker om någon i gruppen kan A-HLR barn om barnläkare/SSK inte finns att tillgå. På vissa ställen har man inte A-HLR barn trots att man söver och vårdar barn. Vid dessa enheter menar man att anestesi har kompetensen för detta.

De flesta organisationerna har strukturerade regelbundna möten med designerade representanter för HLR-verksamheten.

Avseende utlarmning ser det också olika ut. En del sjukhus har larm som går via växel där man inte har någon strukturerad kommunikation om vilket larm som ska slås ut. Andra har automatiserade larm och en del andra kontaktar larmcentral med strukturerat larmmottagande och utlarmning. Åter andra har verksamheten spridd i flera byggnader vilket ger långa transportvägar.

Tid avdelat för HLR-relaterad verksamhet: En del HLR-ansvarig läkare har tid avdelad medan andra inte har det.

### **Goda exempel:**

Flera har oförberedda övningslarm, ett sjukhus har daglig Sign-in för larmteamet där syftet är att stärka teamarbetet och kommunikation.

### **Sammanfattning:**

- För att få tyngd i HLR-relaterade frågor och beslut bör HLR-organisationen organisatoriskt ligga nära Staben.
- Skaffa tydligt mandat från ansvariga.

- Inrätta operativ HLR-grupp för sjukhuset som diskuterar och tar upp HLR-relaterade frågor och fattar beslut.
- Begär tid avsatt för HLR-verksamhet som HLR-ansvarig läkare.
- För att öka säkerheten vid utlarmning bör man ha strukturerad larmhantering eller larmpanel med automatiska larm.
- som ingår i en larmgrupp som hanterar hjärtstopp vid enheter/sjukhus som -  
vårdar/behandlar/undersöker barn bör ha A-HLR barn som kompetens utöver A-HLR-vuxen.

### **DSED – Dubbel sekventiell extern defibrillering:**

Presentation sammansatt av Gabriel Riva, av studien "Defibrillation Strategies for Refractory Ventricular Fibrillation" av Sheldon Cheskes, NEJM 2022. Intressant studie med god överlevnad för DSED jämfört med standarddefibrillering och antero-posterior (AP) elektrodplacering.

Dock avbröts studien i förtid med ett lågt antal inkluderade. Ett relativt stort antal "cross over" i gruppen som randomiserades till AP-placering. Oklart hur reproducerbara resultaten är.

ILCOR har kommit med ett förslag som ska gå ut på remiss till de olika HLR-organisationerna (ERC, AHA etc). Alltså har inga rekommendationer publicerats från HLR-organisationerna om hur man ska förhålla sig till aktuella data.

Rekommendationen i nuläget är att följa dagens riktlinje tills eventuellt ny rekommendation kommer.

### **Diskussion om "stacked shocks":**

Gruppen ser inte detta som något kontroversiellt. Alla är eniga om att det är en sällanhändelse. Patienten ska vara kopplad till defibrillator eller sekunder därifrån om kriterium för stacked shocks ska vara uppfyllt.

Kort diskussion om eskalerande energi vid icke framgångsrik defibrillering.

Diskuterades även defibrillering av finvågigt kammarflimmer. Från ERC guidelines 2015 står det att om man är osäker om det är finvågigt VF eller asystoli ska man fortsätta kompressioner i två minuter samma som i svenska A-HLR boken. Däremot står det i ALS-utbildningsboken att man ska defibrillera om man är osäker på huruvida det är finvågigt VF eller asystoli. Emellertid går det inte att återfinna relaterad text i 2021 års Guidelines från ERC. Frågan är ställd till ERC för förtydligande.

### **Information från HLR-rådet**

Ulrika Karlgren gick bla igenom Utbildningsportalen om hur man registrerar kurs och kommande struktur för att få data för exempelvis ett helt sjukhus med underliggande enheter.

### **Diskussion om implementering av nya riktlinjer:**

Generellt uppfattar gruppen att det inte är några problem med det.

Når vi HLR-rådets mål? Larm <1 minut, start HLR <1 minut, Defibrillering <3 minuter om defibrilleringsbar rytm.

Enkelt att följa via HLR-registret men defibrilleringstiden kan ibland vara missvisande tx. Om första rytmen är icke defibrilleringsbar men att det blir en defibrilleringsbar rytm efter ett antal analysrundor som då defibrilleras.

Målen är en del i utvärderingen av HLR-verksamheten vid de olika sjukhusen

**Övrigt:**

Önskemål om att maila ut nyheter till medlemmarna i nätverket.

Diskussion om att lägga upp gruppmedlemmarnas mailadresser på HLR-rådets hemsida för att man lättare ska få kontakt med varandra. Frågan kommer att ställas till medlemmarna.

Frågor har kommit från vårdcentraler om vilken nivå man ska ha på sin HLR-kompetens. I standardfallet är det S-HLR som gäller och A-HLR på vårdcentraler som ligger långt från sjukhus.

Nästa möte planeras till våren 2024.

Henrik Wagner & Ulrika Karlgren