RÄDDA LIV

MAGASIN FRÅN FRÅN SVENSKA HLR-RÅDET • #20 JUNI 2025

WEBB-MAGASIN FÖR SVERIGES LIVRÄDDARE

Dramat som blivit en teaterföreställning i Kalmar

Magnus räddade livet på Maja

NY STUDIE OM DRUNKNING I SVERIGE UNDER 20 ÅR

10 redaktörer för ny riktlinjer

ÖKAR RISKEN FÖR PLÖTSLIG DÖD HOS LÖPARE?

HLR rådet
SVENSKA RÅDET FÖR HJÄRT-LUNGRÄDDNING

Om det inte gör nytta – så kan det bara göra skada

Vad menar vi egentligen med säkerhet i vården? På ambulanskonferensen EMS2025 i Stockholm den 2 juni lyfte huvudtalaren Pelle Gustafsson just den frågan – och gav ett tydligt svar: att som patient vara fri från undvikbar skada. Svaret är både självklart och utmanande. I en alltmer avancerad och individanpassad sjukvård är det svårare än någonsin att göra rätt. Med fler valmöjligheter, mer kunskap och fler tekniska lösningar ökar både potentialen och risken. Och just därför måste vi vara modiga nog att ifrågasätta det vi gör. Det räcker inte längre att fortsätta med behandlingar som inte gör nytta, bara för att de är harmlösa. Verkningslös vård är aldrig neutral – den tar plats, den kostar resurser, och den kan faktiskt skada.

Verkningslös vård är aldrig neutral – den tar plats, den kostar resurser, och den kan faktiskt skada.

När jag hörde Pelles ord kunde jag inte låta bli att tänka på vårt pågående arbete med de nya svenska riktlinjerna för hjärtstopp. Jag hoppas att vi vågar ta tillfället i akt att ifrågasätta det som inte fungerar, att rensa i våra behandlingsarsenaler.

Säkerhet handlar inte bara om att undvika fel – utan också om att skapa förutsättningar att göra rätt. Jag drömmer fortfarande om en värld utan undvikbara hjärtstopp på sjukhus. Kanske tog vi ett steg närmare det målet när Region Stockholm, Gotland och Åland nyligen samlades för en workshop om ”10 steg för att förbättra för hospitala hjärtstopp”.

Hjärtstopp är fortfarande ett av de dödligaste tillstånden vi har. Även om vi skulle lyckas sluta med det som inte fungerar, så behöver vi också mer – fler verktyg, mer kunskap, starkare system. Det är därför så glädjande att se Sverige leda flera viktiga studier, att läsa om hur våra idéer sprids och testas i Europa ger både stolthet och hopp.

Och hoppet börjar faktiskt ännu tidigare än så – redan i skolan. Det är där nästa generations livräddare formas, med kunskap som både räddar liv och stärker tryggheten i samhället.

Nu längtar jag efter en sommar fylld med jordgubbar, bad och båtliv. Och har jag tur – kanske en biljett till föreställningen *11 minuter*, om hur ett liv kan räddas av en medmänniska.

Therese Djärv
Ordförande
Svenska
HLR-rådet

Foto: ANDREAS CLAESSON

Ny studie om drunkning i Sverige över 20 års tid

Antalet oavsiktliga drunkningar har minskat de senaste tre decennierna men på global nivå så rapporteras ca 300 000 dödsfall till WHO världen över. Majoriteten (>90%) av alla dödsfall inträffar i låg och medelinkomstländer och barn är särskilt utsatta, drunkning är den 5:e vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 1-4 år och den 3:e i åldersgruppen 5-14 år.

Nyligen publicerades en retrospektiv registerstudie[1] av Alexander Tyr et al. baserad på data från Rättsmedicinalverkets databas på omkomna genom drunkning i Sverige i tidsperioden 2002-2021. Totalt inträffade 4420 drunkningar under 20-års tid varav 2443 (55%) klassificerades som olyckor, 1321 (30%) som suicid och 656 (15%) som oklar avsikt. Analysen på olycksfallen inkluderade framförallt ålder, kön, förekomst av alkohol, aktivitet i samband med drunkningen samt födelseland för att identifiera grupper med större risk för drunkning i samhället. Resultaten visade att andelen oavsiktliga drunkningar i Sverige generellt minskat under perioden från 172 st omkomna år 2002 och ett snitt över denna första tioårsperioden 2002-2011 på 132 fall årligen men att denna minskande trend har avstannat sedan 2012 med ett snitt på 112 fall per år i perioden 2012-2021. Män är fortsatt överrepresenterade och personer över 50 år utgör över hälften av alla oavsiktliga drunkningar.

Individer av icke-svenskt ursprung och då särskilt de under 20 år, löper en betydligt större risk att drunkna vilket understryker behovet av riktade åtgärder kring simkunnighet och vattenvana i dessa grupper. Framförallt är ungdomar från mellanöstern och östra Afrika överrepresenterade i jämförelse med personer med svenskt ursprung. Orsakerna till detta är fortsatt okända men med denna nya kunskap är det möjligt och viktigt att rikta forskningsinsatser och preventiva åtgärder för att kunna förhindra onödiga dödsfall framöver.

Alkohol fortsatt bidragande faktor

Även om förekomsten av alkohol i samband med drunkning har minskat från 44% till 31% över de studerade åren så är alkohol fortsatt en bidragande faktor till drunkning från 15-års ålder och uppåt. i åldersgruppen 50-59 år påvisas alkohol i blodet hos 55% av kvinnorna och 60% av männen med en medel promillehalt på 1.85 och 1.95 för respektive kön.

Foto: ANDREAS CLAESSON

Hammarby sjöstad Stockholm.

Drunkning går att förebygga

I enlighet med FNs resolution från April 2021[2] där de uppmanar alla medlemsländer att inrätta ett nationellt centrum för drunkningsprevention för att kunna dokumentera och analysera händelser löpande samt skapandet en handlingsplan för att minska antalet som omkommer så belyser också denna studie behovet av årlig uppföljning och kraftsamling för att minska antalet döda genom drunkning i Sverige årligen. Utsatta grupper behöver identifieras över tid och riktade åtgärder sättas in för att nå dessa. Svenska livräddningssällskapet har sedan 1898 verkat för att minska antalet döda genom drunkning och har även en handlingsplan med tydliga förslag på åtgärder såsom t.ex. såsom tex förbättrad föräldraövervakning av barn, ytterligare undvikande av alkohol vid simning och båtliv.[3] Den 25:e Juli är det World drowning prevention day, en dag att uppmärksamma dessa frågor - missa inte det!

Text: **Andreas Claesson**
Leg. Ambulanssjuksköt, Docent i akutsjukvård Karolinska Institutet /Södersjukhuset
andreas.claesson@ki.se

Referenser:
1. Tyr A, Molander E, Bäckström B, Claesson A, Zilg B. Unintentional drowning fatalities in Sweden between 2002 and 2021. BMC Public Health. 2024 Nov 16;24(1):3185.
2. Förenta nationerna resolution om drunkning 28:e April 2021, https://digitallibrary.un.org/record/3925005?v=pdf
3. SLS handlingsplan drunkning: https://svenskalivraddningssallskapet.se/slscontent/uploads/2023/06/NY-VERSION-WEBB-Nationell-handlingsplan-drunkningsprevention_webb.pdf

”11 minuter” – en gripande, humoristisk musikalisk monolog på Byteatern i Kalmar

För drygt ett år sedan drabbas den 36-åriga gravida Maja av ett hjärtstopp i hemmet. Hennes sambo Magnus larmar 112 och startar HLR…

♥ Namnet på föreställningen syftar på de 11 minuter som det tog innan ambulansen var på plats och kunde få igång Majas hjärta med sin hjärtstartare. Magnus insatser räddade livet på både Maja och barnet. Händelsen har fått stor uppmärksamhet i pressen, både i Sverige och internationellt.

Som en hyllning till Maja, barnet och livet har Magnus Kviske skrivit monologen ”11 minuter” som framförs tillsammans med Josef Appelqvist, som skrivit den stämningsfulla musiken. Till detta kan läggas Magnus sångprestation som håller toppklass.

Att dela sina erfarenheter ser Magnus som ett sätt att sprida information om betydelsen av att kunna HLR. Föreställningen bygger på Magnus egen berättelse om händelsen och är en välbalanserad blandning av starka personliga känslor och humoristiska inslag, där Magnus bland annat delar med sig av diverse historiska metoder för att rädda liv.

Föreställningen spelades på Byteatern i Kalmar den 16–17 april och genomfördes i samarbete med Region Kalmar län och Svenska rådet för HLR. Efter föreställningen presenterades HLR-rådets verksamhet av Anders Bremer och Johan Israelsson och de som ville kunde även få prova på att göra HLR och tävla i ”ambulansrace”.

Magnus, som även tilldelats HLR-rådets medalj för räddande av liv, har nu själv utbildat sig till instruktör i både Vuxen-HLR och Barn-HLR. Han hoppas därmed ytterligare bidra till att sprida viktig kunskap. Föreställningen ”11 minuter” planeras att spelas även på andra orter i Sverige framöver, bland annat i Stockholm (Scalateatern) den 24/9. Den kommer också att spelas i Torsås (Folkets hus) den 16 oktober, vilket också är den internationella hjärtstoppsdagen – ”Restart a Heart Day”.

Föreställningen kan varmt rekommenderas!

Text: **Johan Israelsson** & **Anders Bremer**

Magnus Kviske och Maja Karlberg.

Foto: PRIVAT

Från vänster: Johan Israelsson, Josef Appelqvist, Magnus Kviske, Sara Andreasson, Stefan Jutterdal, Anders Bremer.

Foto: ANNMARGRETH KVARNEFORS

Svensk pilotstudie som undersökt tidig dubbel-defibrillering är avslutad

Utbildning i dubbeldefibrillering på ambulanssjukvården i Alingsås/Lerum. Från vänster Fredrik Andreasson, Karin Vinge och Andreas Claesson.

Foto: AMBULANSSJUKVÅRDEN ALINGSÅS/LERUM

♥ Vid hjärtstopp utanför sjukhus är kammarflimmer vid uppkoppling till defibrillator en av de starkaste faktorerna som talar för överlevnad, men trots detta dör fortfarande två tredjedelar av patientgruppen (1). I dessa fall är kort tid till första defibrillering helt avgörande, men tyvärr svarar inte alla patienter på första defibrilleringen. En nyligen publicerad svensk studie baserad på 10 års data från HLR-registret visade även att sannolikheten att överleva minskar snabb med varje misslyckat defibrilleringsförsök (2). Med ett mer effektivt sätt att defibrillera skulle fler liv kunna räddas.

År 2022 visade en kanadensisk studie ökad överlevnad för patienter med så kallat refraktärt kammarflimmer, det vill säga hjärtstopp som fortfarande har kammarflimmer efter tre defibrilleringar. Studien prövade en alternativ strategi för defibrillering: dubbel-defibrillering (3). Metoden går ut på att koppla upp två defibrillatorer, en med klisterelektroderna i standard anterolateral elektrodplacering och en med klisterelektroderna i antero-posterior elektrodplacering. Defibrillering utförs därefter sekventiellt, med båda apparaterna i samma analysfas. Svenska HLR-rådet skriver att dubbel-defibrillering kan övervägas för vuxna med hjärtstopp som fortfarande har kammarflimmer trots tre defibrilleringar (svag rekommendation). Dock återstår flera viktiga frågor med denna nya behandlingsstrategi; om resultatet från den kanadensiska studien kan upprepas, om dubbel-defibrillering kan genomföras på ett säkert sätt och om denna metod skulle kunna införas ännu tidigare och då kunna hjälpa fler patienter (det vill säga om dubbel-defibrillering utförs innan tre misslyckade försök).

För att svara på dessa frågor har forskare vid Centrum för Hjärtstoppsforskning i tätt samarbete med ambulanssjukvården i Västra Götaland och Region Halland genomfört en pilotstudie för att undersöka tidig dubbel-defibrillering vid kammarflimmer hos patienter med hjärtstopp utanför sjukhus. Syftet med pilotstudien var att utvärdera genomförbarheten och säkerheten för tidig dubbel-defibrillering vid hjärtstopp utanför sjukhus, redan efter en genomförd standarddefibrillering.

Piloten bestod av en randomiserad kontrollerad studie med mål att nå 40 inkluderade patienter. Inklusionskriterier var vuxna patienter med hjärtstopp utanför sjukhus, med kammarflimmer och minst en defibrillering utförd, samt att två studiespecifika defibrillatorer skulle finnas på plats. All personal som deltog i studien hade genomgått en specifik HLR-utbildning med både teoretisk och praktisk träning för att kunna utföra söker dubbel-defibrillering med minimala avbrott i HLR.

Primära utfallsmått för studien var säkerhet och genomförbarhet. Data samlades in från studieenkäter, EKG från defibrillatorer, ambulansjournal och uppföljningsintervjuer med ambulansbesättningar efter varje fall.

Mellan juni 2024 och mars 2025 inkluderades 40 patienter i studien. 35 av 40 patienter inkluderades innan tredje defibrilleringen och 24 av 40 patienter inkluderades redan efter en defibrillering. Studien visade inga allvarliga säkerhetsrisker med defibrillatorerna. Vid ett fall rapporterades problem vid dubbel-defibrillering på grund av att en av defibrillatorerna var inställd i halvautomatiskt läge. Studien visade att tidig dubbel-defibrillering är genomförbart och förefaller säkert att utföra med den utrustning och träning som användes i studien.

Målet är nu att gå vidare med en större studie som syftar till att se om tidig dubbel-defibrillering kan öka överlevnaden för alla patienter med hjärtstopp och kammarflimmer som inte svarat på en första defibrillering. Resultatet skulle kunna ha stor betydelse för hur defibrillering skall utföras i framtiden och skulle på sikt även kunna bidra till utveckling av ny teknik, som defibrillatorer med inbyggd möjlighet till dubbel-defibrillering. För fortsatt läsning: www.doubled-trial.org

Text: **Emma-Blick Nordqvist, Cecilia Nordius** & **Gabriel Riva**

Referenser:
1. SHLR Årsrapport 2023.
https://arsrapporter.registercentrum.se/shlr/20241001/
2. Harrysson et al. (2024).
https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2024.110435
3. Cheskes et al. (2022).
https://doi.org/10.1056/nejmoa2207304

Den 30:e Maj till 1:a Juni år 2016 hölls i Köpenhamn den första i en rad av återkommande vetenskapliga kongresser om prehospital akutsjukvård. Med målet att stimulera forskning, innovation och ”best practice” inom larmcentrals och ambulanssjukvårdsfältet bildades samtidigt EMS leadershiop network – Europe

EMS2025

– världskongress om prehospital sjukvård i Stockholm!

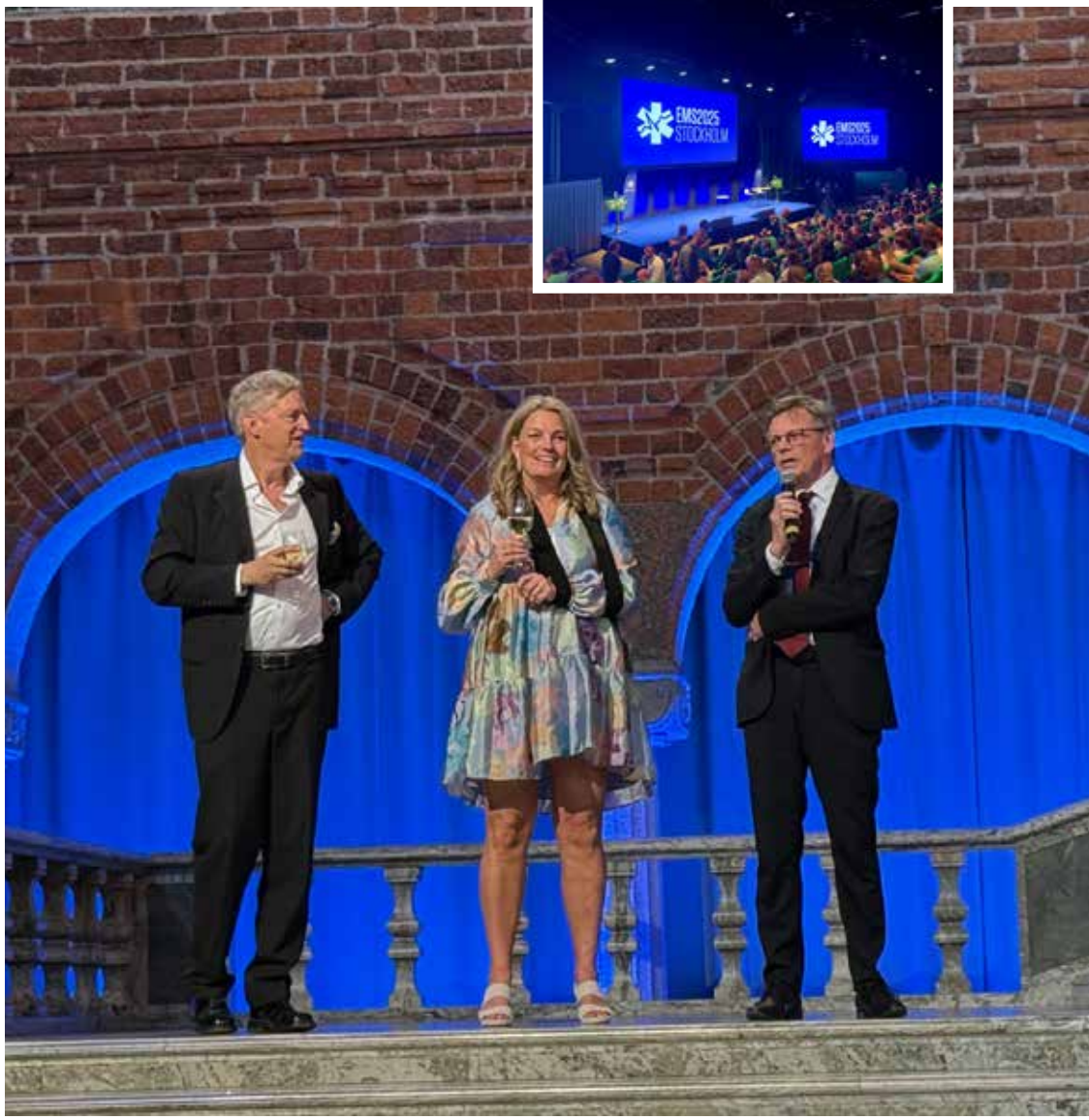
Konceptet var en succé med ett högkvalitativt vetenskapligt program, TED-talks, poster sessions, EMS championships och inte minst ett välarrangerat socialt program som en yta för att nätverka. Genom åren har EMS-kongresser genomförts i Köpenhamn (DK) 2017, 2018, Madrid (ES) 2019 samt i Glasgow (UK) 2022.

Årets upplaga genomfördes i Stockholm på Waterfront den 2-3 Juni och arrangerades av EMS leadership network i samarbete med Svenska HLR rådet, Region Stockholm, Ambulanssjukvården i region Stockholm – AiSAB och FLISA. Totalt deltog öer 1 200 personer från 47 olika länder under tre dagar och tema för kongressen var ”It takes a system to save a life” samt ”Safety for our patients, our people and our communities”.

Svenska HLR rådet inledde med en gripande berättelse med en fallbeskrivning kring blixtnedslaget på Lidingö i september 2024 då ett ungdomslag i fotboll drabbades och tre personer blev allvarligt skadade varav en fick ett hjärtstopp. Kongressdeltagarna fick följa händelsen från larmsamtal in på sjukhus.

På programmet stod den senaste forskningen presenterad via ca 200 posters, ett hundratal föredrag, kring bland annat patientsäkerhet, klimatpåverkan, katastrofinsatser, tidig dubbeldefibrillering vid hjärtstopp, ny teknik med drönare, AI, ”wearables”. Deltagarna erbjöds även att delta på ett antal workshops, EMS TED talks och spännande keynote-föreläsningar.

I EMS championships deltog lag från 16 olika länder som tävlade i att bäst omhänderta en skadeplats, seniora domare bedömde triage-förmåga, team-arbete, kommunikation, tidsaspekter medicinsk behandling och omvårdnad – vinnare denna gång blev ambulans-teamet från Graz i Österrike.



Det sociala programmet bestod av morning runs där bland andra Ordförande Therese Djärv tog täten och även en fantastisk middag i Stockholms stadshus blå hallen där det var middag och högklassig underhållning och dans i gyllene salen. Stockholm bjöd på sin vackraste sommarskrud denna kväll. Ett stort tack till alla som deltog och bidrog och gjorde detta möjligt, föreläsare, deltagare, sponsorer och utställare. Nästa kongress är planerad att gå av stapeln i Maj 2027 – adress okänd, håll utkik på hlr.nu för att veta mer!

Text: **Bodil Berggren & Andreas Claesson**

Från vetenskap till ett nytt, modernt utbildningsmaterial

Hur implementeras nya medicinska riktlinjer till HLR-rådets befintliga utbildningsmaterial på bästa sätt? Den frågan försöker åtta redaktörer, två chefredaktörer och en medicinskt ansvarig läkare svara på! Över 100 delar tryckt material ska revideras enligt ERCs uppdaterade riktlinjer samtidigt som det ska kännas nytt och modernt och finnas en tydlig röd tråd och igenkänning.

Genom åren har revideringsprocessen sett olika ut avseende redaktörer och arbetssätt, och flera av oss som arbetar med det har varit med vid flera tillfällen tidigare. Denna gång har vi valt att ha en redaktör för varje utbildningsprogram och två chefredaktörer där en ansvarar för samhällsprogrammen och en person för sjukvårdsprogrammen. Medicinskt ansvarig läkare är HLR-rådets ordförande Therese Djärv. Mer om redaktörerna kan du läsa på nästa sida!

Laerdal i Stavanger är vårt förlag, och det är också de som gör de fina teckningarna som blivit ett signum för HLR-rådets material. Det är ett mångårigt samarbete som vi är både stolta och glada över.

Arbetet inleddes i oktober 2024 med en genomgång av befintligt material, och en enkät togs fram för att få vetskap om vad instruktörerna ute i landet tycker och tänker och ta tillvara deras reflektioner och erfarenheter. Enkäterna skickades ut brett, de lades ut i sociala media och på hlr.nu så att många skulle ha möjlighet att lämna synpunkter. Svaren var relativt samstämmiga och vi fick många värdefulla tankar och idéer som vi tar med i arbetet med det nya materialet. Stort tack för det, ni alla som tagit er tid att svara!

Vi har precis nu, i slutet på maj, tagit del av ERCs utkast på nya guidelines, otroligt spännande läsning, och där det också fanns möjlighet att lämna kommentarer. De finala riktlinjerna presenteras vecka 43 2025 i Rotterdam, och efter det tar arbetet riktigt fart för alla inblandade! Mycket kan förberedas, men innan vi vet vilka förändringar som kommer kan t.ex. inte filmer spelas in och inga bilder kan tecknas.

Tidigare har revideringen tagit ett år från det att ERC publicerat guidelines tills vi haft ett nytt, svenskt material att presentera. Målet var redan 2021 att vi skulle klara av processen på ett halvår, men med en pandemi som satte käppar i hjulet var det inte möjligt. Denna gång är vi bättre rustade för att klara av det, så 26–27 maj 2026 hoppas vi att få träffa er på Svenska Mässan i Göteborg för att under två dagar dela med oss av alla nyheter! Det blir spännande föreläsningar om forskning som ligger till grund för riktlinjerna, om pedagogik och implementation. Utbildningsmaterialet kommer att finnas i vår monter tillsammans med redaktörerna som är redo att svara på alla era frågor.

Vi ses i Göteborg!

Text: **Anette Nord och Ulrika Karlgren,** chefredaktörer

Riktlinjerna för hjärt-lungräddning och första hjälpen revideras var femte år

Processen inleds med att det globala HLR-rådet International Liasion Committe on Resucitation (ILCOR) identifierar relevanta frågeställningar som kritiskt behöver granskas. Det kan till exempel vara kompressionsdjup, vilken joulestyrka som ska användas vid defibrillering eller adrenalindos i samband med allergisk chock.

En systematisk genomgång där internationella experter granskar all tillgänglig publicerad vetenskap inom området görs, de forskningsstudier som identifieras granskas och analyseras och en slutsats presenteras sedan. Allmänheten ges sedan möjlighet att kommentera via ILCORs hemsida innan de nya riktlinjerna publiceras.

Baserat på ILCORs riktlinjer samt systematisk genomgång publicerar det europeiska HLR-rådet, European Resusciation Council (ERC) sedan riktlinjer som vi i Sverige följer gällande medicinska rekommendationer men med egen pedagogik.

Den 23-25 oktober 2025 är det dags för ERC att publicera sin riktlinjer nästa gång och HLR-rådet omsätter sedan dem till ett modernt och pedagogiskt utbildningsmaterial som förhoppningsvis ökar utbildningsaktiviteten i landet och på sikt kan leda till att fler liv räddas.

Foto: ANDREAS CLAESSON

ALLA REDAKTÖRERNA – NÄSTA UPPSLAG

Cecilia Andréll, redaktör Vuxen-HLR:
Jag är anestesisjuksköterska och arbetar som regional HLR-samordnare i Skåne, och forskar inom området tidigt omhändertagande vid hjärtstopp utanför sjukhus. Den största utmaningen med mitt uppdrag är att få en till en adekvat mix av logik, relevans och tydlighet i vad man ska tänka på och hur man ska utföra hjärtlungräddning på vuxna.

Jan Gelberg, redaktör A-HLR barn:
Jag är anestesi och intensivvårdsläkare på Barn- och Ungdomssjukhuset i Lund. Har arbetat med att utveckla HLR-rådets utbildningsprogram för HLR till barn sedan 2005. En utmaning är att stimulera våra kompetenta instruktörer samtidigt som förändringar i utbildningsprogrammen bara ska göras om det kan motiveras med fakta. Det som i teorin kan tyckas vara enkelt och tydligt kan vara mer diffust i verkligheten när omständigheterna och förutsättningarna förändras.

Andreas Stenvall, redaktör S-HLR barn:
Jag är ambulans- och anestesisjuksköterska, subspecialiserad i anestesi- och intensivvård till barn- och ungdomar. Jag arbetar växelvis på en barnanestesiavdelning och en centraloperation. När tillfälle ges ser man mig också grönklädd i en ambulans eller vitklädd på en barnakutmottagning. Arbetet innebär såklart utmaningar även om jag väljer att fokusera på alla fantastiska möjligheter.

Louise Brädde, redaktör Barn-HLR:
Jag är lärare och speciallärare och kommer från Halmstad. Jag kombinerar mitt arbete på Svenska Livräddningssällskapet och Livräddarna Tylösand med ett djupt engagemang för människors säkerhet och utveckling. En av de största utmaningarna med uppdraget som redaktör för Barn-HLR är att få tiden att räcka till – men passionen för uppdraget väger upp.

Helena Franz, redaktör S-HLR vuxen:
Jag bor i Alingsås och jobbar som anestesisjuksköterska på Alingsås lasarett. Sedan några år tillbaka är jag HLR-samordnare mot sjukvården i VG-regionen. Detta ska bli ett superspännande uppdrag. Den största utmaningen och ambitionen är att allt material ska vara lättförståelig så att implementeringen av de nya riktlinjerna blir smidig.

Thomas Hermansson, redaktör HLR för insatspersonal:
Jag jobbar som ambulanssjuksköterska och är ansvarig för hjärtstartarregistret. Jag var redaktör för HLR för insatspersonal även 2021. Den största utmaningen är att få ner mängder med vetenskap till ett begripligt och välfungerande utbildningsprogram för målgruppen, och som även följer HLR-rådets röda tråd i alla utbildningar.

Rasmus Bjerén, redaktör A-HLR vuxen:
Jag är specialistsjuksköterska i ambulanssjukvård verksam i Region Gävleborg/ambulansen Bollnäs-Edsbyn samt doktorand vid Linköpings universitet där jag forskar om hanteringen av smärta i ambulanssjukvården.Den största utmaningen är att utveckla och förändra materialet utifrån nya vetenskapliga rön, förbättringar i pedagogik samt de önskemål vi fått från alla som använder materialet, men ändå vara varsam och bibehålla hög igenkänning.

Anette Nord, chefredaktör för samhällsprogrammen:
Jag arbetar som processansvarig samhälle på HLR-rådet och som forskare på Hjärtstoppscentrum SÖS, Karolinska Institutet. Jag har deltagit i HLR-rådet samtliga revideringsprocesser sedan 2010. En av de största utmaningarna är att skapa utbildningsmaterial som väcker nyfikenhet och bidrar till lärande, samtidigt som vi vänder oss till en mycket bred målgrupp i samhället vid implementering.

Ulrika Karlgren, chefredaktör för sjukvårdsprogrammen:
Jag är anestesisjuksköterska och arbetar som processansvarig för sjukvården och utbildningsansvarig på HLR-rådet. Jag var redaktör för S-HLR vuxen 2010 och har sedan dess varit delaktig i alla guidelinesrevideringar. En av de största utmaningarna med uppdraget som chefredaktör är att få en tydlig röd tråd i alla utbildningsprogram för sjukvården.

Andreas Claesson, redaktör Första hjälpen:
Ambulanssjuksköterska från västkusten tillika hjärtstoppsforskare på Karolinska Institutet Södersjukhuset som varit delaktig i att ta fram utbildningsmaterial i HLR och första hjälpen sedan slutet av 1990-talet. Trivs bäst i gränslandet mellan vetenskap, pedagogik och skarpa insatser.

TANGO2-studien expanderar till norra Italien

TANGO2 är en studie som drivs av Centrum för Hjärtstoppsforskning vid Karolinska Institutet och är världens största just nu pågående hjärtstoppsstudie med fokus på larmcentralens insats och telefonassisterad HLR (T-HLR). Forskningsfrågan som ska besvaras är vilken metod för HLR som är den mest optimala för vuxna patienter med bevittnat hjärtstopp i i väntan på ambulans. I studien jämförs standard HLR (omväxlande 30 bröstkompressioner och 2 inblåsningar) mot förenklad HLR (med endast bröstkompressioner). Resultat från studien kan komma att påverka hur HLR lärs ut i världen. Samtliga larmcentraler i Sverige deltar i studien, och under våren 2025 har även larmcentral i Milano anslutit till studien. Med detta nya samarbete beräknas studien bli klar med datainsamling inom två år. För mer information om studien: www.tango2.org

Text: **Erik Boberg**

Nätverksträff för vårdlärare

Den 19 maj, på KTC i Västerås hade vi den första fysiska nätverksträffen för vårdlärare. Det var en fin uppslutning av deltagare från olika delar av Sverige, från Umeå till Göteborg. Denna träff handlade om S-HLR och livet efter hjärtstopp, här hade vi Johan Israelsson som föreläste om livet efter hjärtstopp. I S-HLR hade vi workshops med fokuset på kvalitet, scenarier och reflektion, det diskuterades även utmaningar och möjligheter inom de olika vårdutbildningarna vad gäller dessa delar. Vi hade även Laerdal på plats som visade material och hur man kan ha en kvalitetstävling i HLR för att sporra eleverna/studenterna till att öva extra, vilket även deltagarna fick prova på. Det är värdefullt att kunna träffas och utbyta erfarenheter med varandra samt knyta kontakter.

Text: **Linda Johansson**, nätverksansvarig

Har du räddat liv?

Hjälp oss att hitta Årets hjärt-lungräddare

Vi söker en okänd hjälte som räddat livet på en medmänniska genom hjärt-lungräddning. Är det du eller någon du känner?

Tipsa oss senast 31 augusti på:
hjart-lung.se/aretshjartlungraddare
eller 08-556 06 200

Riksförbundet HjärtLung

Stiftelsen för hjärt-lungräddning i Sverige

HLR rådet
SVENSKA RÅDET FÖR HJÄRT- LUNGRÄDDNING

LÅNGLÄSNING

Ökar risken för plötslig död hos löpare?

Foto: UNSPLASH.COM

♥ Jag har läst en intressant artikel i Medscape Network, en plattform som delar intressanta nyheter inom kardiologin. Man relaterar i artikeln till det faktum att en 38-årig löpare dog och en 21-åring lades in på sjukhus, båda till synes tidigare vid god hälsa, och vårdades på grund av hjärt- och andningsstillestånd under Spanska ”Movistar Madrid Half Marathon” den 6 april 2025.

Denna händelse har i Spanien återuppväckt debatten om huruvida kardiovaskulära incidenter inom idrotten kan förebyggas genom medicinska utvärderingar före idrott och vilka råd kan primärvårdspersonal ge individer som ägnar sig åt intensiv fysisk aktivitet? Nästan samtidigt rapporteras det från Sverige och Göteborgsvarvet om löpare som drabbats, samt att det har varit en hel del i media inför och efter Stockholm maraton. Jag tänkte därför kort relatera till mina egna reflektioner kring detta.

Som vi alla nog förstår kan ju allt för komplicerade och tveeggade råd avskräcka såväl unga som gamla från att idrotta/motionera eller helt enkelt röra på sig. Jag tycker kanske inte att eliten inom idrott eller på motions nivå kan anses som proxy/ges samma rekommendationer som ”Lunkarna”. Det är därför enligt min mening viktigt att genomgående slås fast att:

”All typ av fysisk aktivitet är bra”! (ungefär som all HLR är bra jmf med ingen HLR) Förmodligen är det just våra mera hälsosamma vanor som motion, minskad rökning och alkohol som står för vårt allt längre och välmående leverne. Inte bara vår eminenta sjukvård eller läkemedel… Kanske 50/50? Vem vet?

För att fördjupa sig inom fältet Plötslig död och idrott och med tanke på incidenterna vid halvmaran i Madrid har Medscape Network-plattformen intervjuat Leonel Diaz-Gonzalez, kardiolog och samordnare för Sports Cardiology Working Group of the Spanish Society of Cardiology, och även chef vid ”High-Performance Center of the Higher Sports Council”, Madrid, Spanien. Jag har efter ha läst artikeln tagit tillfället i akt att läsa på RFs rekommendationer (för den intresserade finns massor att läsa på RFs hemsida) Trots den adekvata oron efter halvmaratonloppet i Madrid tyder de aktuella uppgifterna inte på någon relativ ökning i Spanien av ”antalet fall av plötslig död eller kardiovaskulära incidenter under intensiva idrottsaktiviteter. Incidensen i Spanien är fortsatt densamma, cirka 1,5 fall per 100 000 idrottare. För övrigt i stort sett samma siffror som i Sverige (räknat på individer <35 år). Men det växande antalet deltagare i intensiva idrottsevenemang har lett till en absolut ökning av antalet fall, förklarar Diaz-Gonzalez som tillägger att det inte finns någon anledning eller behov av ett larm om ingen relativ ökning observeras. För närvarande ”är det helt enkelt en fråga om statistik: Ju fler idrottare, desto högre är antalet kardiovaskulära incidenter”, fortsatte han. (som vanligt måste man ha ordning på täljare och nämnare…)

Parallellt med den spanska inventeringen har jag kikat på svenska rekommendationer (RF/Mats Börjesson) 2012) svenska siffor/utfall (Folksam) och där ses att antalet dödsfall perioden 1998-2012 ganska konstant legat mellan 5-10 per år, med en topp (11st) 1998 och lägsta notering (1st) 2010. Flest fall hittar man kanske inte överraskande i åldersspannet 60-64 år (16) men också ungdomar i åldrarna 15-19 år tycks något mer drabbade (10 fall). Inte sällan ger dessa yngre individer stort utrymme i media. Givetvis är det alltid tragiskt då yngre till synes friska individer plötsligt dör. Folksams siffror visar att plötslig hjärtdöd drabbar i stort sett bara män och 76 av totalt 78 rapporterade är män i Folksams rapporterade fall. Den stora dominansen för män i Sverige, skiljer sig dock från siffror både från Italien och USA.

Plötsliga dödsfall, som inte orsakas av direkta skador, i samband med idrottsutövning beror oftast pga hjärtsjukdom. När det gäller personer över 35 års ålder handlar den absoluta majoriteten om komplikationer till kranskärlssjukdom (t ex hjärtinfarkt). De vanligaste sjukdomarna med ökad risk för plötslig död bland unga idrottare är Hypertrofisk kardiomyopati (HCM), som i olika studier anges vara den dominerande orsaken och kan stå för 30-60 procent av de plötsliga dödsfallen hos unga idrottare. Anomalt avgående koronarkärl (inte sällan höger),

en medfödd avvikelse som kan medföra en ”tillklämning” av kranskärlen med syrebrist i hjärtmuskeln som följd och individen, ofta en ungdom kommer in akut med ST-höjningar på EKG och ser ut som akut hjärtinfarkt. Myocardit är ett annat tillstånd (förorsakad av virus) som kräver avhållsamhet från krävande ansträngningar under ca 6 månader. Andra tillstånd som ses är ARVC, Marfan, Långt QT syndrom osv.

På vilka nivåer skall rekommendationerna följas/tas fram? Finns obligatorisk testningar?
Kravet på tester eller hälsointyg beror på land och sport. Vare sig i Sverige eller Spanien är hälsotester i allmänhet inte obligatoriska för att delta i idrottsevenemang. Det finns dock andra länder som Italien och Frankrike som kräver någon typ av intyg för att få ställa upp i långlopp. Italien har historiskt varit föregångare inom just prevention vid idrott.

Díaz-Gonzalez noterar vidare: "Det skulle vara idealiskt att genomföra olika tester, men i praktiken är det mycket utmanande. Stresstester är logistiskt komplexa för storskaliga evenemang. Även om elektrokardiogram är enklare ligger utmaningen i att tolka resultaten. Detta skulle kräva ett tillräckligt antal erfarna kardiologer."

Vad säger då RF:s dokument?
Här är det viktigt att skilja på barn, motionärer och elitidrottare.

BARN: RF skriver ”deltagande i den organiserade RF-idrotten är frivillig och var och en som idrottar har ett ansvar för sin egen kropp och hälsa”. Vidare konstateras att för barn och ungdomar ligger ansvaret juridiskt på deras föräldrar.

MOTIONÄRER: Kranskärlssjukdom är som beskrivits ovan vanligast i den äldre gruppen. Det är orimligt att undersöka alla med ex arbetsprov eller vilo-EKG. Dock skall uppmärksamhet riktas mot de med känd kranskärlssjukdom eller med hög risk för sådan, samt otvetydigt skall man helt avstå om symptom, som bröstsmärta, yrsel eller abnorm andfåddhet/trötthet under ansträngning.

ELITIDROTTARE: Dessa individer är relativt få och hanteras oftast via föreningar/klubbläkare osv. Speciell uppmärksamhet riktas mot individer med mycket hög fysiskt ansträngande tränings- och tävlingsverksamhet. Även för övriga elitidrottare, motsvarande lägst juniorelit på riksidrottsgymnasier och däröver bör sådana regelbundna undersökningar genomföras av berörda föreningar och/eller förbund.

En riktad hjärtkontroll för elitidrottare (”screening”) bör innehålla anamnes, fysikalisk undersökning och vilo-EKG. Vid avvikande undersökningsfynd bör individen remitteras till en barnkardiolog/kardiolog för ytterligare undersökning med till exempel kompletterande blodprover, ekokardiografi, arbetsprov och/eller långtids-EKG. Undersökningarna kan i enskilda fall kompletteras med molekylärgenetisk utredning.

Åtgärder för primärvården i allmänhet
Återigen, det preventiva värdet av motion kan ej nog betonas. All motion är bra. Röka är dåligt. Lever man efter detta har man kommit långt. Här har familjen, skolan och primärvården en stor uppgift att klara av. Även om det är sällsynt att människor dör på grund av plötsliga hjärtstopp inom idrotten bör dessa mantra upprepas ur ett ”livsfilosofiskt perspektiv”. Ett tillvägagångssätt är att primärvårdspersonal vägleder patienter i att delta i idrottsaktiviteter. I Sverige har ju detta blivit vanligare med Fysisk Aktivitet på Recept (FaR).

Díaz-Gonzalez ger följande enkla och generella rekommendationer som jag delat till 100%:

- Försök anta hälsosamma vanor: Kardiovaskulär risk ökar med dålig kost, rökning, alkoholanvändning, sömnbrist och övervikt.
- Sikta på regelbunden och måttlig motion. All motion/aktivitet är bra!
- Sätt upp realistiska mål: Undvik ”fakirmål”....tex att springa ett halvmaraton/Vasalopp efter en lång period utan träning, kan vara riskabelt.

Såväl ”idrottsmedicinska gurun” Mats Börjesson (professor i Göteborg) som Carl Johan Sundberg (professor vid Karolinska Institutet) bägge stora auktoriteter inom ämnet har uttalat sig i en fördjupande läsvärd artikel nyligen i Svenska Dagbladet. Generellt har fysisk aktivitet få biverkningar men det finns en träningsdos som är optimal för att ge hälsoeffekter. Mats Börjesson jämför träningsdosen med läkemedel där som bekant dosen kan vara för låg eller för hög vid överdos finns risk för biverkningar (men vid för låg dos utebliven effekt!). Det finns en del registerdata som jämfört risken för hjärtåkomman förmakflimmer och dess påverkan av fysisk aktivitet. Registret omfattade 402 406 personer i åldern 40–69 år och huvudbudskapet var att risken för hjärtflimmer sjönk för dem som motionerade. Men....vid en högre träningsdos ökade tvärtom risken och vid tio timmars högintensiv träning i veckan ökade risken för flimmer signifikant. Som en parantes kan nämnas att alla vi som på hjärtmottagningar träffat maratonlöpare och undersökt dem med hjärt-ultraljud har förvånats av deras enormt stora hjärtan. En effekt av långvarig träning. Här kan därför förklaring till flimren bestå av förstorade förmak.

Det är dessutom värt att notera att det inte bara är den fysiska förmågan förbättras av träning, Carl Johan Sundberg betonar träningens gynnsamma effekt på hälsomarkörer som blodtryck, blodfetter och blodsockerkontroll och att detta förbättras av både medelintensiv och högintensiv träning. Viktig iaktagelse.

Så lång är det för mig begripligt ur ett mekanistiskt synsätt att förklara hälsovinster med fysisk träning. Men....vem har sagt att allt är lätt? Under de senaste årtiondena har det framkommit nya data att fysisk ansträngning kan ge upphov till utsläpp av hjärtskademarkörer (proteinerna Troponin T och I) markörer som vi under årtionden lärt oss att mäta för att diagnostisera en akut hjärtinfakt. Det finns studier som visat att vid högintensiva och långvariga ansträngningar (likt maraton/trihatlon osv) kan leda till en ökad nivå av Troponin i blodet även hos friska individer. Dvs hjärtskademarkörer läcker från hjärtmuskeln vid fysisk belastning. Huruvida detta är farligt eller ej eller mekanismerna bakom detta får man nog säga är fortsatt ej klarlagt. Det lutar dock nog mer mot att det utgörs av att myokariet stressas? Tillståndet normaliseras oftast snabbt och min tolkning är att detta inte ’är farligt men intressant..... Detta har också i media diskuterats nyligen. Om detta tillstånd ber jag att få återkomma.....till i kommande spaningar.

Text: **Leif Svensson**

Kan tidig kylbehandling rädda hjärnan vid hjärtstopp?

♥ Just nu pågår en stor internationell studie vid namn PRINCESS2, där forskare i åtta europeiska länder samarbetar för att undersöka en ny metod för att skydda hjärnan vid hjärtstopp. Totalt deltar 20-25 ambulansorganisationer och sjukhus i studien, som leds av forskare vid Centrum för hjärtstoppsforskning på Karolinska Institutet.

Studien undersöker om det går att förbättra chanserna att överleva utan hjärnskador efter ett hjärtstopp, genom att ambulanspersonal börjar kyla ner patienter redan på platsen för hjärtstoppet, med hjälp av en portabel metod.

Kyla genom näsan – direkt vid hjärtstoppet

Kylmetoden som används kallas transnasal evaporativ kylning. Det betyder att man för in en kateter i näsan som distribuerar kylgas, som snabbt sänker temperaturen i hjärnan. Kylningen startar direkt på platsen där hjärtstoppet inträffat, med målet att skydda hjärnan mot skador.

Hjärnan är mycket känslig för syrebrist och risken för hjärnskador är stor efter ett hjärtstopp. Ju tidigare man kan kyla ner kroppen, desto större är chansen att patienten återhämtar sig helt – det är det forskarna nu försöker bevisa. En tidigare, mindre studie från samma forskargrupp visade lovande resultat1. Dessa resultat hoppas man nu kunna bekräfta i den större PRINCESS2-studien.

Vilka deltar i studien?

Studien riktar sig till vuxna som drabbas av hjärtstopp där hjärtat har en rytm som går att behandla med en elstöt, till exempel ventrikelflimmer eller pulslös ventrikeltakykardi. Det är tillstånd där hjärtat flimrar eller slår så snabbt och oregelbundet att det inte kan pumpa blod som det ska – och där defibrillering kan vara livräddande. Ambulansteamen slumpar (randomiserar) patienterna till två grupper: en som får kylbehandling och en som får standardvård. Utöver kylbehandlingen får båda grupper samma vård på sjukhus, enligt ett gemensamt protokoll.

Efter 3 månader görs en uppföljning av hur patienterna återhämtat sig efter sitt hjärtstopp. Totalt kommer drygt 1000 patienter att ingå i studien, som beräknas vara färdig år 2029.

Text: **Emelie Dillenbeck** & **Anna-Sofia Hallberg Börjesson**

Vidare läsning och referenser

1. Nordberg P, Taccone FS, Truhlar A, Forsberg S, Hollenberg J, Jonsson M, et al. Effect of Trans-Nasal Evaporative Intra-arrest Cooling on Functional Neurologic Outcome in Out-of-Hospital Cardiac Arrest: The PRINCESS Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019;321(17):1677–1685.

RhinoChill som ger kylgas nasalt.

Ambulansorganisationen i Madrid ”SAMUR” som inkluderar samtliga patienter i Madrid tillsammans med huvudprövaren Per Nordberg.

Nya riktlinjer för organisation av HLR och första hjälpen utbildning i grundskolan

Syftet med de nya riktlinjerna är att beskriva riktlinjer för organisation av utbildning i HLR och första hjälpen för personal och elever i grundskolan. Riktlinjerna baseras på Läroplanen för grundskolan, förskoleklass och fritidshemmet, Lgr22, samt HLR-rådets riktlinjer för HLR och första hjälpen. Enligt Lgr22 är första hjälpen ett centralt innehåll, dvs ett obligatoriskt undervisningsmoment, i åk 4-6. I åk 7-9 är både första hjälpen och hjärt-lungräddning ett centralt innehåll.

Du kan läsa om riktlinjerna på www.hlr.nu/hlr-i-skolan. Där finner du även länk till den kostnadsfria digitala lärarhandledningen i HLR och första hjälpen.

Text: **Anette Nord**

FÖRSTA HJÄLPEN OCH HLR ÄR ETT CENTRALT INNEHÅLL I GY 25

Från och med 1 juli 2025 införs en ny läroplan för gymnasiet, Gy25, vilken anger att undervisningen i ämnet idrott och hälsa på nivå 1 ska behandla följande centrala innehåll, ”åtgärder vid nödsituationer, däribland första hjälpen med HLR (hjärt-lungräddning) samt omhändertagande av någon eller några vanligt förekommande skador i samband med rörelseaktiviteter.” Vidare specificeras i betygskriterierna att eleven för betyget E ”vidtar relevanta åtgärder vid skada och nödsituation”. Detta innebär att praktisk träning krävs.

HLR rådet
SVENSKA RÅDET FÖR HJÄRT- LUNGRÄDDNING

Livet går upp och ner.

Tills det inte gör det.

Lär dig rädda liv.
Digital utbildning i HLR på bara 15 minuter och helt gratis.

Scanna QR-koden för att öva hemma ←

allakanHLR.nu

Under ledning av professor **Therese Djärv** har ett banbrytande internationellt initiativ tagit form – med målet att rädda fler liv och förbättra kvaliteten på vården vid intrahospitala hjärtstopp. Bakom projektet står ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), där mer än 30 världsledande experter samlats för att ta fram konkreta, globala rekommendationer.

Nytt globalt initiativ för att förbättra hjärtstoppsvården på sjukhus – nu tar Sverige nästa steg

Efter mer än ett halvt års intensivt arbete publicerade ILCOR under år 2023 ett initiativ bestående av tio steg som syftar till att förbättra hela vårdkedjan vid hjärtstopp på sjukhus.

Stegen finns sammanfattade i artikeln ”Ten Steps Toward Improving In-hospital Cardiac Arrest Quality of Care and Outcomes”. För att läsa artikeln – skanna QR-koden uppe till höger.

De tio stegen är indelade i fyra huvudområden, med två till tre steg inom varje kategori. Stegen är inte rangordnade – de samverkar och hänger ihop med varandra.

Therese Djärv, ordförande Svenska HLR-rådet.

– De tio stegen för hjärtstopp på sjukhus skiljer sig något från andra liknande program. Här ligger betoningen inte enbart på överlevnad, utan på ett helhetsgrepp – där patienten, de närstående och personalen alla ingår, säger professor Therese Djärv.

Regional samling för förändring

Den 3 juni i samband med EMS2025, en internationell kongress för prehospital akutmedicin, samlades samtliga sjukhus från Region Stockholm, Gotland och Åland till en gemensam workshop. Syftet var att ta nästa steg i implementeringen av ILCOR:s globala rekommendationer, och att omsätta dem i konkret handling på lokal nivå. Workshopen leddes av undertecknade på mandat från professor Therese Djärv.

Dagen präglades av kunskapsutbyte, praktiskt arbete och inspiration från internationella gäster. Ann

Doll från Global Resuscitation Alliance och professor Vinay Nadkarni, specialist i pediatrisk anestesi och intensivvård (Anesthesiology and Critical Care) samt tidigare ordförande för både American Heart Association’s Emergency Cardiovascular Care Committee och ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), deltog i workshopen. Båda gäster är nyckelpersoner i utvecklingen av de tio stegen.

– Genom att arbeta systematiskt och samtidigt lokalt förankrat kan vi höja kvaliteten på vården – och i slutändan rädda liv, sa Vinay Nadkarni under sitt anförande.

Lokala projekt – global vision

Under dagen arbetade deltagarna fram sjukhusspecifika handlingsplaner, där varje sjukhus fokuserade på något av de tio stegen som var särskilt relevant utifrån deras egna förutsättningar. Genom att först väga varje steg mot varandra utifrån två kriterier – viktighetsgrad och genomförbarhet – kunde deltagarna prioritera insatser och planera nästa steg i utvecklingen.

Workshopen var ett pilotprojekt och större liknande tillfällen kommer att arrangeras runt om i världen framöver. Arbetet markerar starten på ett förbättringsarbete där varje sjukhus tar ansvar för att föra in ILCOR:s rekommendationer i sin verksamhet – med målet att höja kvaliteten i samtliga aspekter av den intrahospitala hjärtstoppsvården och skapa en hållbar, livräddande vårdkultur.

Text: **Viktorija Matuleviciene-Anängen**
HLR-ansvarig läkare samt överläkare i Intermedicin, Karolinska Universitetssjukhuset

Text: **Helena Jimenéz**
Specialistläkare i Akutsjukvård, Vrinnevisjukhuset samt medlem i HLR-rådets arbetsgrupp ”Hjärtstopp inom sjukvården”

HLR rådet

SVENSKA RÅDET FÖR HJÄRT- LUNGRÄDDNING

www.hlr.nu

Svenska HLR-rådet
Box 5182
121 18 Johanneshov

Kontakt:
Bodil Berggren
generalsekreterare
08-120 586 71
bodil.berggren@hlr.nu

Utbildningsmaterial:
www.hlrwebbutik.se

Support
Utbildningsportalen:
utbildningsportal@hlr.nu

RÄDDA LIV

MAGASIN FRÅN SVENSKA HLR RÅDET

Ansvarig utgivare:
Therese Djärv
ordförande Svenska HLR-rådet
therese.djarv@hlr.nu

Tidningen kommer ut som
pdf två gånger per år till
Sveriges alla livräddare.