

Svenska riktlinjer och utbildningsprogram 2026

A-HLR vuxen

Rasmus Bjerén

Redaktör A-HLR vuxen
Specialistsjuksköterska i ambulanssjukvård
Doktorand

Region Gävleborg, Linköpings universitet

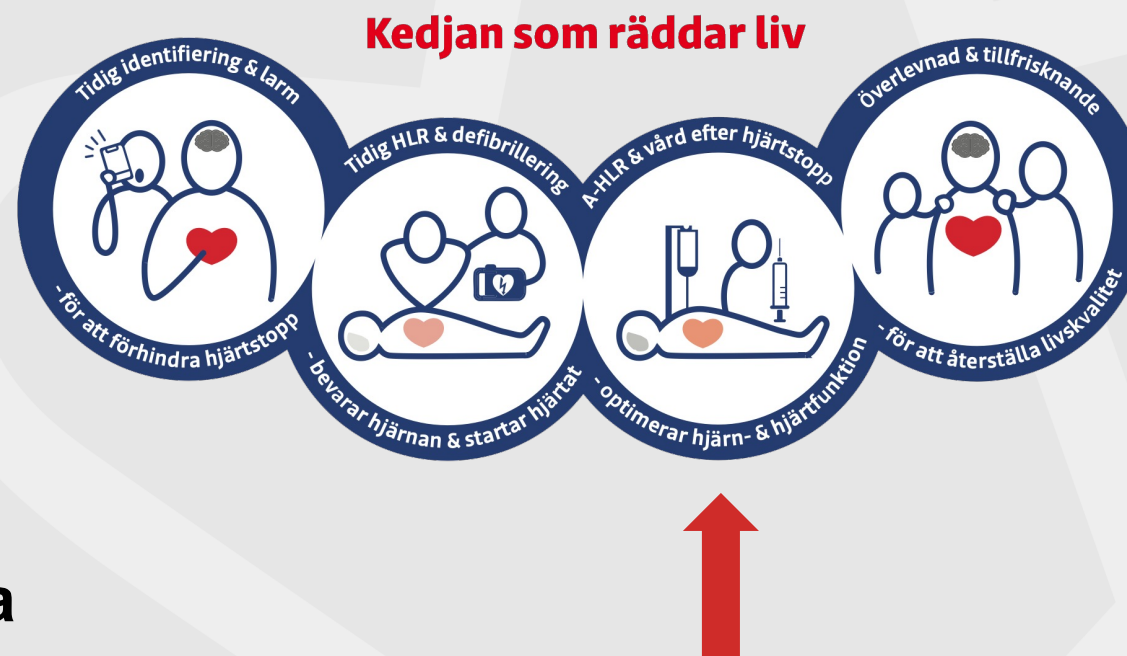
rasmus.bjeren@regiongavleborg.se



HLR KONGRESS
GÖTEBORG
26-27 MAJ
2026

Nyheter och fokus

- **Tidig A-HLR** betonas
- **Effektiv ventilation** och kompressioner av god kvalitet
- **Vektorbyte** vid refraktärt VF
- Identifiera och behandla **reversibla orsaker** kontinuerligt



AVANCERAD HLR VUXEN

RIKTLINJER 2026

1

Konstatera hjärtstopp, larma,
starta HLR 30:2 och hämta akututrustning

Säkerställ HLR
med god kvalitet,
minimera avbrott



Identifiera och
behandla reversibla
orsaker

2

Starta och anslut defibrillator
under pågående HLR



UNDER PÅGÅENDE HLR

- Ge syrgas 12-15 l/min
- Säkerställ korrekt elektrodplacering
- Etablera iv infart, efter två försök överväg io infart
- Monitorera ETCO₂, med kontinuerlig kurva
- Ta hand om närstående
- Överväg:
 - Supraglottisk luftväg eller endotrakealtub, ventileras med 10 andetag/minut och ge kontinuerliga kompressioner.
 - Byte till anterior-posterior elektrodplacering efter tre defibrilleringar.
 - Mekaniska kompressioner under transport, koronarangiografi, ECMO-kanylering eller förväntad långvarig prehospital resursbrist.
 - Koronarangiografi eller ECMO i utvalda fall.

Ge läkemedel

Vid VF/VT

- Adrenalin 1 mg iv/io efter 3:e defibrilleringen. Upprepa var 4:e minut.
- Amiodaron 300 mg iv/io efter 3:e defibrilleringen och ytterligare amiodaron 150 mg iv/io efter 5:e defibrilleringen.

Vid asystoli/PEA

- Adrenalin 1 mg iv/io så snart som möjligt. Upprepa var 4:e minut.

Behandla reversibla orsaker (4H/4T)

- Hypoxi → Fri luftväg, ventileras med syrgas
- Hypovolemi → Infusion/transfusion
- Hypotermi → Anpassa läkemedel+defibrillering
- Hypertermi → Aktiv nedkylning
- Hypokalemi → Kalium enl. ord.
- Hyperkalemi → Insulin+glukos enl. ord.
- Hypoglykemi → Glukos enl. ord.
- Tromboemboli → PCI/trombolys
- Hjärtinfarkt → Trombolys
- Lungemboli → Antidot/riktad behandling, kontakta Giftinformationscentralen
- Toxiska tillstånd → Perikardiocentes
- Tamponad → Thorakostomi/nåldekompresion
- Tryckpneumothorax → Thorakostomi/nåldekompresion



Skanna QR-koden för att komma till handlingsplan
- Traumatiskt hjärtstopp utanför sjukhus



HLR KONGRESS
GÖTEBORG
26-27 MAJ
2026

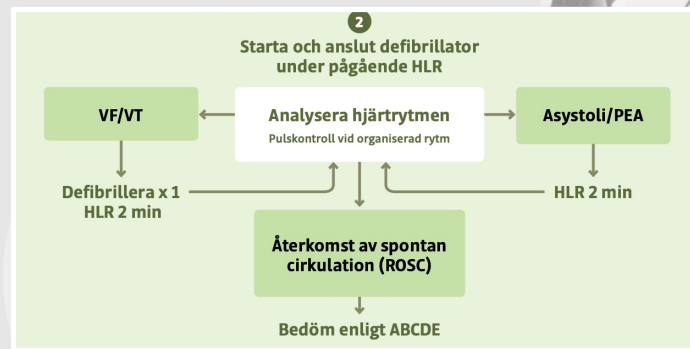
Kompressioner och inblåsningar av god kvalitet

- Säkerställ att luftvägen är fri, masken är tät och bröstkorgen höjs!
- Överväg ventilation med mask och blåsa hanterad av två personer
- Prova att ventilera 10 andetag per minut vid supraglottisk luftväg och gör kompressioner kontinuerligt
- Väg fördelar med intubation mot risken för avbrott i kompressioner, använd videolaryngoskopi
- Mät endtidal koldioxid (EtCO_2) med kontinuerlig kurva

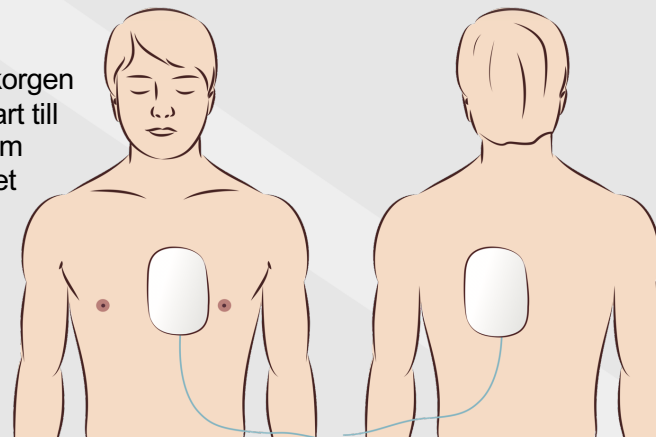


Analys och defibrillering

- Fokus på *korrekt* elektrodplacering!
- Om mer än 5 sekunder krävs för EKG-tolkning, välj halvautomatiskt läge
- Defibrillera finvågigt VF vid tveksamhet
- Möjlighet att förladda defibrillator innan analys om teamet tränat på detta
- Överväg vektorbyte vid refraktärt VF, efter att korrekt anterio-lateral elektrodplacering säkerställts



På bröstkorgen
omedelbart till
vänster om
bröstbenet



På ryggen i
samma höjd som
bröstelektroden,
mellan vänster
skulderblad och
ryggraden

Anterio-posterior placering vid vektorbyte



Läkemedel

- Intravenös infart (iv) används i första hand. Tillåt två försök innan intraosseös (io) infart används.
- Inga förändringar kring adrenalin eller amiodarone, utom i undantagsfallet "stacked shocks"
- Läkemedel vid HLR-inducerat medvetande

Ge läkemedel

Vid VF/VT

- Adrenalin 1 mg iv/io efter 3:e defibrilleringen. Upprepa var 4:e minut.
- Amiodaron 300 mg iv/io efter 3:e defibrilleringen och ytterligare amiodaron 150 mg iv/io efter 5:e defibrilleringen.

Vid asystoli/PEA

- Adrenalin 1 mg iv/io så snart som möjligt. Upprepa var 4:e minut.



Reversibla orsaker

- Tydligare listning av 4H / 4T
- Förslag till åtgärder
- Hyperkalemi behandlas med insulin och glukos
- Vid lungemboli bör trombolys och HLR i upp till 60-90 minuter övervägas
- Ultraljud kan användas som stöd i sökandet, men kräver erfaren personal och får ej störa HLR

Behandla reversibla orsaker (4H/4T)

- | | |
|---------------------|---|
| • Hypoxi | → Fri luftväg, ventilerar med syrgas |
| • Hypovolemi | → Infusion/transfusion |
| • Hypotermi | → Anpassa läkemedel+defibrillering |
| • Hypertermi | → Aktiv nedkylning |
| • Hypokalemi | → Kalium enl. ord. |
| • Hyperkalemi | → Insulin+glukos enl. ord. |
| • Hypoglykemi | → Glukos enl. ord. |
| • Tromboemboli | |
| • Hjärtinfarkt | → PCI/trombolys |
| • Lungemboli | → Trombolys |
| • Toxiska tillstånd | → Antidot/riktad behandling, kontakta Giftinformationscentralen |
| • Tamponad | → Perikardiocentes |
| • Tryckpneumothorax | → Thorakostomi/nåldekompresion |

AVANCERAD HLR VUXEN

RIKTLINJER 2026

1

Konstatera hjärtstopp, larma, starta HLR 30:2 och hämta akututrustning



Identifiera och behandla reversibla orsaker

2

anslut defibrillator pågående HLR

stabilisera hjärtrytmen

om hjärtrytmen inte stabiliseras vid organiserad rytm

omst av spontan cirkulation (ROSC)

omst enligt ABCDE

Asystoli/PEA

HLR 2 min

Behandla reversibla orsaker (4H/4T)

- | | |
|---------------------|---|
| • Hypoxi | → Fri luftväg, ventilerar med syrgas |
| • Hypovolemi | → Infusion/transfusion |
| • Hypotermi | → Anpassa läkemedel+defibrillering |
| • Hypertermi | → Aktiv nedkylning |
| • Hypokalemi | → Kalium enl. ord. |
| • Hyperkalemi | → Insulin+glukos enl. ord. |
| • Hypoglykemi | → Glukos enl. ord. |
| • Tromboemboli | |
| • Hjärtinfarkt | → PCI/trombolys |
| • Lungemboli | → Trombolys |
| • Toxiska tillstånd | → Antidot/riktad behandling, kontakta Giftinformationscentralen |
| • Tamponad | → Perikardiocentes |
| • Tryckpneumothorax | → Thorakostomi/nåldekompresion |

Ta hand om närstående

Övervakning:

- Supraglottisk luftväg eller endotrakealtub, ventilerar med 10 andetag/minut och ge kontinuerliga kompressioner.
- Övervakning av vitala tecken och elektrokardiogram efter tre defibrilleringar.
- Mekaniska kompressioner under transport, koronarangiografi, ECMO-kanylering eller förväntad långvarig prehospital resursbort.
- Koronarangiografi eller ECMO i utvalda fall.

Vid asystoli/PEA:

- Amiodaron 300 mg iv/lo efter 3:e defibrilleringen och ytterligare amiodaron 150 mg iv/lo efter 5:e defibrilleringen.
- Adrenalin 1 mg iv/lo så snart som möjligt. Upprepa var 4:e minut.

Skanna QR-koden för att komma till handlingsplan
Traumatiskt hjärtstopp utanför sjukhus

HLR  rådet



HLR KONGRESS
GÖTEBORG
26 - 27 MAJ
2026

Övrigt

- Mekaniska bröstkompressioner under transport, koronarangio, kanylering för ECMO eller förväntat långvarig prehospital resursbrist
- ECMO kan vara aktuellt för utvalda patienter där detta finns tillgängligt
- HLR i miljöer med hög monitoreringsgrad

UNDER PÅGÅENDE HLR

- Ge syrgas 12-15 l/min
- Säkerställ korrekt elektrodplacering
- Etablera iv infart, efter två försök överväg io infart
- Monitorera EtCO₂ med kontinuerlig kurva
- Ta hand om närstående

Överväg:

- Supraglottisk luftväg eller endotrakealtub, ventilerar med 10 andetag/minut och ge kontinuerliga kompressioner.
- Byte till anterior-posterior elektrodplacering efter tre defibrilleringar.
- Mekaniska kompressioner under transport, koronarangiografi, ECMO-kanylering eller förväntad långvarig prehospital resursbrist.
- Koronarangiografi eller ECMO i utvalda fall.



Utbildningsprogrammet A-HLR vuxen

- Ändringar i kursboken
 - Teamarbete och teamträning samlat i ett kapitel
 - Speciella omständigheter samlade i ett kapitel
- Övning av vektorbyte tillagt i grundutbildning
- Tydliggjort deltagarantalets påverkan på tidsåtgången
- Repetitionsutbildning
 - Kurstid utökad till 2-3 timmar
 - Deltagare som inte gått repetitionsutbildning på 2 år ska gå ny grundutbildning
- Uppdaterad webbutbildning med patientfall



Sammanfattningsvis

- Säkerställ **tidig A-HLR**
- Ge kompressioner **och inblåsningar** av god kvalitet och med minimala avbrott, mät endtidal koldioxid med kontinuerlig kurva vid avancerad luftväg
- Defibrillera tidigt med **korrekt antero-lateral elektrodplacering**, överväg **vektorbyte** vid refraktärt VF om teamet tränat på detta
- Identifiera och behandla **reversibla orsaker** kontinuerligt
- **Utbilda och öva!**

