

RÄDDA LIV

MAGASIN FRÅN FRÅN SVENSKA HLR-RÅDET • #22 JUNI–JULI 2026

WEBB-
MAGASIN
FÖR SVERIGES
LIVRÄDDARE

Två gånger har Emil och Filip räddat liv med HLR

LÄKAR-
MISSIONENS
ARBETE
I SUDAN

*HLR2026
blev en succé
med 3100
deltagare*

LIVSVIKTIG
SATSNING
EFTER ETT
HJÄRTSTOPP

Det omätbara i kompressionerna

♥ När HLR2026 avslutades var det lätt att imponeras av nya riktlinjer, forskning, registerdata, utbildningskoncept och att mäta för att veta. Men själv fastnade mina egna tankar vid något helt annat.

Vad är det egentligen som får en människa att agera när en människa behöver hjälp?

Svaret är sällan teknik, apparater eller algoritmer. Svaret är nästan alltid en annan människa. Kanske en människa som en gång sa: "Du behöver inte göra perfekt. Det viktigaste är att du börjar."

Förra veckan meddelade regeringen att Socialstyrelsen får i uppdrag att genomföra en nationell satsning för att stärka allmänhetens kunskaper i första hjälpen, hjärt-lungräddning och att stoppa blödningar. Syftet är inte bara att rädda fler liv i vardagen utan också att stärka Sveriges beredskap och motståndskraft. I en tid då beredskap ofta diskuteras i termer av försörjningskedjor, reservkraft och lagerhållning är detta ett viktigt

Ni instruktörer skapar överlevare. Ni flyttar gränsen för vad vanliga människor tror att de klarar av.

perspektiv. Ett robust samhälle består inte bara av system och strukturer. Det består av människor som vet hur de kan hjälpa varandra när något händer. Den som kan påbörja HLR. Den som vet hur man stoppar en livshotande blödning. Den som vågar börja.

Just därför är ni instruktörer något mycket större än utbildare. Ni bygger samhällets handlingskraft. De flesta människor ni utbildar kommer aldrig att använda sina kunskaper. Men någon gång kommer en av dem att stå på en fotbollsplan, på en vårdavdelning eller på en parkering och förstå varför de gick kursen. I deras händers första kompression finns alla era repetitioner och orden om

"..mitt på 30:2". Ni har smittad dem med mod. Men smittar, det gör även omtanke. Tillsammans skapar vi en kultur där det blir mer naturligt att hjälpa än att backa undan.

Visionen "Alla ska kunna rädda liv" stärker vår beredskap. Ytterst handlar beredskap kanske om vilket samhälle vi vill vara. Ett samhälle där människor vågar ingripa för varandra. Där kunskap generöst delas vidare. Där vi accepterar att vi kanske inte alltid kan rädda alla — men att vi alltid kan försöka. Ett samhälle där människor säger "Jag påbörjar HLR." "Jag hämtar hjärtstartaren." "Jag stannar kvar med dig, till en närstående."

Ni instruktörer skapar överlevare. Ni flyttar gränsen för vad vanliga människor tror att de klarar av. Och någonstans i framtiden kommer ett hjärta att fortsätta slå därför att du en gång stod framför en grupp människor och sa: "Kom igen, Du klarar det här. Du kan rädda liv".

/Tessa



Therese Djärv
Ordförande
Svenska
HLR-rådet



Mer läsning om krisen i Sudan

I Sudan pågår just nu världens största svältkatastrof

<https://www.lakarmissionen.se/aktuellt/i-sudan-pagar-just-nu-varldens-storsta-svaltkatastrof>

Världens största svältkatastrof – tre år av krig i Sudan

<https://www.lakarmissionen.se/aktuellt/varldens-storsta-svaltkatastrof-tre-ar-av-krig-i-sudan>

"Jag ser till att vattnet når fram"

<https://www.lakarmissionen.se/aktuellt/jag-ser-till-att-vattnet-nar-fram>

Läkarmissionens arbete i Sudan

♥ Sedan 2023 pågår ett krig i Sudan, Afrikas tredje största land med ca 46 milj inv många olika etniska grupper och språk, befinner sig i världens största humanitära kris och svältkatastrof just nu. Enligt WHO är miljontals människor i akut behov av hjälp, och stora delar av befolkningen lever i en "complex humanitarian emergency" (väpnad konflikt, svält massfördrivning kollapsade samhällen, omfattande hälsorisker samtidigt, ffa i Darfur). Sudan har länge präglats av konflikter och inbördeskrig och därför behövs gemensamma och samordnade insatser för att möta det stora mänskliga lidandet, värna mänskliga rättigheter och ge människor hopp om fred och en bättre framtid.

Läkarmissionen/LM International är på plats sedan 1989 – Arbetet startade som stöd till internflyktingar och är idag ett av organisationens äldsta och största landprogram. Tematiska arbetsområden – WASH (vatten, sanitet och hygien) är det absolut största arbetsområdet; borrar brunnar för att ffa utsatta kvinnor och

barn ska ha närhet till vatten, hygien, och jämställdheten förbättras men även att brunnarna tillgodoser människor tillräckligt med vatten och inte sinar (LM har ansvar för all vattenförsörjning i de flyktingläger som finns i östra Chad i alla flyktingläger där det bor över 1 miljon flyktingar som ffa kommer från Sudan). Därutöver arbetar vi med Social and Economic Inclusion: För att utsatta ffa kvinnor och barn ska få möjlighet att få ökad kunskap för bla försörjning, socialt skyddsnät och ekonomiskt sparande.

Education, med fokus på tillgång till utbildning för alla barn även för de med funktionshinder/variationer och barn på flykt, vuxenutbildning för att även lära sig läsa och skriva men även sina rättigheter, hållbarhet, lokalt ägandeskap och försörjning och inkludering.

LM International Sudan har över 120 anställda (endast fåtal expats) – landkontor och flera fältkontor och är organisationens största landsprogram personalmässigt.

Vår personal är djupt engagerad och möter människor i mitt i deras verklighet. De lyssnar till människors berättelser och ser fattigdom och människors utsatthet. Säkerhetsläget gör det ibland svårt att ta sig ut i fält men trots risker och utmaningar gör de sitt yttersta för att hjälpa sin befolkning. Som organisation vill vi stärka vår personal genom utbildning inom både mental hälsa och psykosocialt stöd men även Första Hjälp och HLR. Det handlar inte OM något kommer att hända utan NÄR -och då vill vi att våra medarbetare ska vara så förberedda som möjligt.

Svenska HLR-rådet har en mycket bra och pedagogisk webbplats med material och filmer för olika akuta situationer, anpassade för olika åldrar och kunskapsnivåer. En särskilt värdefull del är utbildningsportalen ALLA kan HLR, som verkligen lever upp till sitt namn – här kan vem som helst lära sig grunderna i att rädda liv. De praktiska momenten är enkla att följa, och med hjälp av mobil eller dator

kan man till och med öva och få en känsla för hur effektiva ens hjärtkompressioner är.

Det finns också tydliga och pedagogiska utbildningsfilmer, bland annat översatta till engelska, som visar steg för steg hur man ska agera i akuta situationer. För oss som arbetar inom en humanitär organisation är detta särskilt viktigt – vi vet att akuta situationer kommer att inträffa, och då behöver vi vara redo att agera direkt. Detta blir extra påtagligt i en kontext som Sudan, där landet befinner sig i pågående konflikt och människor ofta ställs inför livshotande situationer. För Läkarmissionens lokala personal på plats, handlar det därför inte om om vi behöver dessa kunskaper, utan när.

I livshotande situationer är det ovärderligt att känna att man faktiskt kan göra något – att kunna kliva fram och hjälpa, istället för att stå bredvid och känna sig maktlös.

Text: **Ulrica Strömberg**, Mental Health and Psychosocial support Advisor, Läkarmissionen

HLR2026 —en succé

♥ Tack alla ni som var med och gjorde HLR2026 till den succé som det blev!

Vi var 3 100 personer som under två dagar fick lyssna på spännande föreläsningar där vårt fokus var de nya riktlinjerna: <https://www.hlr.nu/sammanfattning-av-hlr-radets-riktlinjer-for-hjart-lung-raddning-och-forsta-hjalpen-2026/>

Magnus Kviske inledde med en fantastisk föreläsning 11 minuter som satte tonen på de kommande dagarna.

Dag ett var alla föreläsningar gemensamma och under dag två gavs möjlighet att välja fokusområde – sjukvård eller samhälle. Totalt hade vi 56 stycken föreläsningar.

Under dessa två dagar pågick utöver kongressprogrammet ett antal aktiviteter som var välbesökta, vi hade sex workshops, Möjlighet att testa HLR kvalitet kopplat till utbildningsportalen.

HLR tävlingen som blivit en tradition pågick under dag ett med fyra tävlande lag.

Vi hade en Science box där Andreas Claesson tillsammans med Fredrik Byrsell modererade elva åtta minuter långa före-

läsningar i mindre format från en mindre scen.

De flesta av föreläsningarna finns nu på vår hemsida: <https://www.hlr.nu/hlr2026/>

Kongressmiddagen erbjöd fart och fläkt med underhållning av David Lindgren och Johanna Bejbom. Vi på HLR-rådet delade ut Stig Holmbergs medalj till barnläkaren Jan Gelberg, som under lång tid har arbetat med att utveckla och ta fram vårt uppskattade utbildningsmaterial inom barn-HLR.

Vinnarna av HLR tävlingen i Rotterdam team ROSC uppmärksammades tillsammans med årets vinnande lag Ambulansen Uppsala.

Återigen stort tack till er alla som gjorde detta möjligt, deltagare, utställare, våra huvudsponsorer Laerdal Medical och Medidyne och inte minst vår kongressbyrå Meetx.

Text:

Bodil Berggren
Generalsekreterare
Svenska HLR-Rådet
Therese Djärv
Ordförande
Svenska HLR-Rådet



En veterans intryck från kongressen

♥ Nästan på dagen 40 år efter att jag startade Laerdal's dotterbolag i Sverige och därmed också min första kontakt med det som med åren blivit en fantastisk folkrörelse närmar jag mig entre' en till Svenska Mässan i Göteborg och insläppet till HLR 2026. Men....har jag kommit fel eller...? Här ringlar sig kön lång i flerdubbla led! Är det Håkan Hellström-konsert? Näddå, massor av förvåntansfulla livräddare ivriga att få lära och lära ut, inspirera och inspireras inom det som ligger oss alla deltagare "varmt om hjärtat". Mer än 3000 deltagare tog plats i kongress-salen under temat Alla ska kunna Rädda liv.

Jag tror mig ha deltagit på alla HLR-kongresserna från 1986 och fram till dagens som nu var den största och mest välbesökta hittills! Imponerande arrangemang med ett digert och imponerande vetenskapligt program med de senaste (och kommande) rönen och kunskaperna. Utvecklingen och spridningen av kunskaperna och hjärtstartare i samhället under dessa 40 år är fantastisk. Här redovisas mycket fakta och klokskap av alla duktiga föreläsare men det som kanske berör mest är när vi får möta de som haft hela denna rörelses slutliga resultat: överlevarna, de som räddats till livet efter ett hjärtstopp.

Kongressen öppnas med en dramatisering av en känslös händelse:



Text: **Bengt S. Persson**, HLR-veteran

"11 minuter" som återberättar när 36-åriga Maja räddas till livet! Dag två berättar Erik Fröjel hur han räddades till livet efter att drabbats av hjärtstopp i padelhallen! Två konkreta exempel av många på varför alla ska kunna rädda liv. Men det är en lång kedja av olika insatser som krävs för att resultatet ska bli ett räddat liv.

Flera vittnade om att den första minuten är den viktigaste i kedjan, ofta i stressade situationer och ofta med en anhörig i hemmet. För att då kunna handla rationellt krävs träning, träning och åter träning. Jämför med Ingemar Stenmarks klassiska uttalande: "Ju mer jag tränar desto mer tur har jag". Då gällde det skidåkning men gäller lika mycket när det handlar om hjärtstopp! Alla ska kunna rädda liv!

Det man alltid tar med sig efter en sådan här kongress är den positivism och engagemang som präglar alla dessa fantastiska livräddare som nu återvänder hem och fortsätter sitt arbete och vilja att sprida budskapet vidare! Det är en så stark inspiration att träffa er alla, unga och lite äldre, livräddare och ta del av den entusiasm ni utstrålar.

Ser redan fram emot nästa kongress om fem år. Då som 85-åring! Men det är aldrig för sent! Och så vill man ju inte missa en så fantastisk kongressmiddag. Tack för två på alla sätt enastående dagar!



Deltagarna vid nätverksträffen 2026.

Foto: ANNETTE WALDEMAR

Nätverksträff i samband med HLR2026

♥ Den 25 maj genomfördes den andra nationella träffen för Nätverket för dig som överlevt hjärtstopp och för dina närstående som ett förmöte till HLR2026. Totalt träffades ungefär 30 personer under eftermiddagen och kvällen, de allra flesta med egna erfarenheter av att drabbas av hjärtstopp som överlevare eller närstående. Deltagarna hälsades välkomna av grundarna av nätverket, Anders Åkesson, Riksförbundet HjärtLung samt Bodil Berggren från Svenska rådet för HLR. Programmet bestod denna gång till stora delar av tid för att samtala och dela erfarenheter, men även presentationer av bland annat Annette Waldemar, forskare och hjärtsjuksköterska i Region Östergötland. Annette berättade om CARDIS-studien och den stödplattform för

överlevare som är utvecklad tillsammans med medlemmar i nätverket.

Nätverket startades hösten 2020 av några personer som själva drabbats av hjärtstopp som överlevare eller närstående tillsammans med Riksförbundet HjärtLung och Svenska rådet för HLR. I samband med HLR2026 bestod nätverkets Facebookgrupp av 750 medlemmar. Nätverkets syfte är att erbjuda möjligheter för personer som drabbats att mötas och dela erfarenheter, bidra till en ökad kunskap om livet efter hjärtstopp och vara en pådrivande kraft för att förbättra behandling av hjärtstopp i Sverige.

Text: **Johan Israelsson**

- Mer information om nätverket finns på <https://www.hjart-lung.se/natverket-for-overlevare/>
- Mer information om CARDIS-studien finns på <https://cardis.se/>

Bäst i Sverige på A-HLR!

♥ Den ärofyllda tävlingen i A-HLR genomfördes på HLR2026 under ledning av Ferruccio Sari från HLR-rådet. Han har tillsammans med en arbetsgrupp bestående av Solveig Aune, Otto Wiik, Daniel Bengtsson, Petra Skoglund och Ann-Kristin Rimbe och våra huvudsponsorer Laerdal och Medidyne arbetat under nästan ett år för att få allt på plats inför tävlingsdagen.

I år hade vi fem anmälda lag varav fyra kom till start. Det var förutom det vinnande laget de regerande världsmästarna Team ROSC, ROSCaholics från Huddingeakuten och Team CPR från Malmö. Alla lag presterade på topp, och när domarna lagt samman resultat för HLR-teknik, teamarbete m.m. så stod det klart att Ambulansen Uppsala stod som segrare!

Stort grattis från oss på HLR-rådet!

Lag Ambulansen Uppsala berättar:

"Vi på ambulansen jobbar i team dagligen, 2 personer i varje ambulans. Vid kritiskt sjuka eller svårt skadade kan två ambulanser larmas. Detta sker vid tex hjärtstopp och då är vi fyra som samarbetar och har en teamledare. Teamledaren är alltid den vårdande sjuksköterska i första ambulans.

Vi tränar HLR två gånger per år, en gång barn och en gång vuxen. För att träna så verklighetstroget som möjligt försöker vi att förlägga träningen till andra platser. Till exempel var vi på Rosendahls brandstation, i deras gym och tränade vuxen HLR 2025.

I vårt team är alla HLR-instruktörer som tränar och förbereder våra kollegor på hjärtstopp.

Laget består av:

Lotta Brundin som har arbetat på ambulansen Uppsala sedan 2021. Innan dess har Lotta erfarenhet från anestesi, operation och intensivvård. Malin Axelsson har jobbat på ambulansen sedan 2021. Har erfarenhet från HIA. Sofia Lyon, har arbetat på ambulansen sedan 2019. Erfarenhet innan ambulansen är från thoraxkliniken. Sofia jobbar idag 50/50 på Sjukvårdens Larmcentral och ambulansen. Marie Hedlund har jobbat på ambulansen sedan 2017. Erfarenhet från akutmottagning innan. Det var också Marie som anmälde laget till tävlingen. Med sammanlagt 32 års instruktörserfarenhet av HLR så tänkte vi, eller faktiskt bara Marie, att de blir roligt att tävla. Tanken med vårt tävlande var att ha roligt, att se om vi kunde vår HLR. Laget träffades en kväll för träning men vi åt god mat främst. Nervösa var vi alla.

När vi tog fick fallet presenterat för oss på plats gick vi nog in i vår arbetsroll och la upp arbetet så som vi brukar. Det var svårare att kommunicera med mikrofoner och all publik. Som team genomförde vi bra basal HLR, bra teamarbete och kommunikation. De var en nervös dag när vi gick och inväntade middag. Den enormt stora glädjen när vi fick reda på att vi vann går nästan inte att beskriva. Den fina feedbacken vi fick dagen efter kändes otrolig.

Nu inväntar vi på besked om region Uppsala vill sponsra oss till Milano för vidare tävling. Vi uppmanar också till att flera lag vågar anmäla sig. Vågade vi så vågar alla tävla, testa sina kunskaper och få fin support på plats som vi fick av publik och fin feedback av domarteamet!"



Lag Ambulans Uppsala, från vänster: Marie Hedlund, Malin Axelsson, Lotta Brundin och Sofia Lyon.

Stig Holmberg-medaljen tilldelas Jan Gelberg

♥ HLR-rådets förtjänstmedalj Stig Holmberg-medaljen i guld tilldelas Jan Gelberg för stora och förtjänstfulla insatser för HLR-rådet och spridningen av HLR till barn!

Medaljen delades ut av HLR-rådets ordförande Therese Djärv under högtidliga former på HLR-kongressen i Göteborg 26 maj. Här är Jans egen berättelse om hur engagemanget för barn-HLR började och hur det har fortsatt genom åren:

”Jag är anesthesi- och intensivvårdsläkare med specialistutbildning i Falun och sedan Lund.

Fick i slutet av ST-utbildningen möjlighet till en förlängd placering på barnanestesi, som i Lund också inkluderar barnhjärtanestesi, och blev fascinerad av att försöka förstå olika fysiologiska förhållanden utifrån barnets hjärtfel.

Parallellt med detta har jag också ett intresse för omhändertagande i akuta situationer. Dels att jag som ganska nyfärdig specialist upplevde akuta situationer som röriga och ostrukturerade men också för att jag ville veta mer för att dämpa min egen stress.

Kring år 2000 blev jag instruktör och huvudinstruktör i Livräddande första hjälp till barn, som då var det enda utbildningsprogrammet i Barn-HLR. Det byggde på inblåsningar och kompressioner utan några hjälpmedel. Det var ett mycket bra

utbildningsprogram men det sa inget om hur vi som arbetar inom sjukvården skulle ta hand om barn som drabbats av andnings- eller hjärtstopp. Samtidigt la jag märke till att flera enheter inom sjukvården hade skapat egna handlingsplaner för mer avancerad HLR till barn. Oftast utgick dessa från riktlinjer till vuxna och de var sällan barnanpassade.

Jag var inte ensam att notera detta och 2003 samlades en grupp sjuksköterskor och läkare från Lund, Göteborg, Stockholm och Uppsala, med intresse för HLR-frågor och barn. Gruppen skulle senare bli grunden till arbetsgruppen för Barn-HLR i Svenska HLR-rådet. Förutom att revidera Livräddande första hjälp till barn påbörjade vi också ett arbete med att skapa ett utbildningsmaterial som 2008 kunde lanseras som A-HLR barn. Jag är oerhört tacksam över att ha fått vara en del i detta samarbete med kloka och inspirerande medarbetare.

De första åren var vi ett fåtal huvudinstruktörer som reste runt i landet för att hålla instruktörsutbildningar och sprida utbildningen. Det var ibland slitsamt men entusiasmen bland kursdeltagarna gjorde det mödan värt. Det känns bra att frågor om barn-HLR nu naturligt platsar på agendan bredvid frågor om vuxen-HLR och att spridningen av kunskapen att rädda liv på barn fortgår på många plan.”



Jan Gelberg med medaljen.

Frykler Abazi om läkemedel i samband med hjärtstopp

♥ Referat från den svenska HLR kongressen 2026 där PhD Lis Frykler Abazi talade om läkemedel i samband med hjärtstopp.

Lis Frykler Abazi är anesthesi och intensivvårdsläkare som disputerade 2025 inom hjärtstoppsforskning med fokus på avancerade åtgärder på hjärtstopp utanför sjukhus.

Han har nu vridit sitt intresse in mot sjukhuset och gav oss drygt 2000 i publiken en bra översikt när det gäller läkemedelsbehandling i samband med hjärtstopp.

De få studier på läkemedel som ändå ligger till grund för att vi ger läkemedel vid hjärtstopp på sjukhus menar Lis grundar sig på studier utanför sjukhus. Som exempel redogjorde han för den vedertagna administreringen av adrenalin. Det finns inga intrahospitala studier men den största hittills gjorda studien, Parmedic2 från 2018, som gjordes på hjärtstopp utanför sjukhus i Storbritannien gav ändå stöd och visade på ökad 30-dagarsöverlevnad.

Text: Sune Forsberg



Lis Frykler Abazi är anesthesi och intensivvårdsläkare.

En onsdag som förändrade allt

–och starten på en livsviktig satsning

Tidig HLR och tillgång till hjärtstartare räddade Jan Öhlunds liv när han fick hjärtstopp på Rya Golfklubb. Det blev starten på en satsning för att göra fler redo att ingripa.

♥ Den 22 oktober blev inte den avslutning på säsongen som Jan hade förväntat sig. På första tee på Rya Golfklubb stod han tillsammans med sina medspelare, redo för årets sista herrtävling. Men innan spelet ens hunnit börja förändrades allt. Jan föll plötsligt ihop – han hade drabbats av hjärtstopp. På några sekunder gick medspelarna från att vara spelkamrater till att bli livräddare. Någon tillkallade klubbens personal som snabbt var på plats, en annan ringde 112 och HLR startades omedelbart. En hjärtstartare kopplades upp och användes utan dröjsmål. Även en SMS livräddare anslöt och hjälpte till. Allt utspelade sig på en plats där förutsättningarna var goda – nära klubbhuset, med tillgång till personal och hjärtstartare. Men avgörande var inte bara tillgången till resurser, utan att några agerade direkt. – Det visar betydelsen av den kollektiva insatsen och vikten av ett rådigt och snabbt ingripande. När tiden är vår största fiende är kunskap vårt starkaste verktyg, säger Jan.

Händelsen blev startskottet för en gemensam satsning på Rya Golfklubb. Ambitionen är att långsiktigt bygga upp en stark HLR beredskap inom klubben – både för tryggheten på klubben och som ett bidrag till samhället i stort. Med start 2026 planerar klubben att utbilda minst 100 medlemmar i HLR och i att kunna

använda en hjärtstartare. De praktiska utbildningarna genomförs på plats och erbjuds utan kostnad för deltagarna. Satsningen har redan mött stort intresse. Under våren har över 50 medlemmar genomgått utbildning, trots att initiativet nyligen lanserats. Med fortsatt högt engagemang ser klubben ut att nå och kanske överträffa sitt mål redan under första året.

Jan berättar att för Rya Golfklubb handlar detta om mer än om utbildning. Det handlar om att skapa engagemang, stärka gemenskapen och bygga en konkret beredskap där fler kan agera när det verkligen behövs. Ju fler som har kunskap i HLR, desto bättre förutsättningar att snabbt ingripa även i situationer där utbildad personal inte finns nära till hands.

– Vi kan inte styra när eller var ett hjärtstopp sker. Då är det vi medlemmar som tillsammans gör skillnaden, säger Jan.

Initiativet visar hur golfklubben kan bidra till att stärka kedjan som räddar liv. Deras ambition att skapa en tryggare klubbmiljö, men även att fler människor ska vara redo att rädda liv. Kunskapen stannar inte på golfbanan, utan den följer med hem, till arbetsplatsen och ut i samhället.

– Rya Golfklubb ska vara en plats där engagemang, ansvar och omtanke verkligen märks, säger Jan.

Text: Anette Nord



Jan Öhlund och Marcus Forslund, VD/Klubbchef.

Golfklubben har införskaffat en golfbil till personalen som står vid klubbhuset för att användas om något skulle hända längre från klubbhuset.

Har motmedlet *Naloxon* någon roll vid hjärtstopp?

♥ Jag läste nyligen i Svenska Dagbladet att tullen gjort ett rekordbeslag av den potenta drogen Nitazen, ca 25 000 tabletter. Nitrazener är liksom Fentanyl en grupp syntetiska opioider. Otroligt potenta droger med sidoeffekten att hämma andning och hög risk för andnings och hjärtstopp. Det finns dock ett motmedel (Naloxon) som kan häva tillståndet.

Efter att ha läst artikeln inser jag att jag/vi alla HLR utbildade säkerligen kan komma att kallas till platsen för ett hjärtstopp och då individen kan ha en överdos av opiat? Eller är det ett kardiellt hjärtstopp.... Min nyfikenhet rör därför just Naloxon. När och hur skall detta motmedel ges? Och till vilka som har hjärtstopp? Och framför allt vad vet man om dess effekt, dvs vad säger litteraturen. Något för oss i Sverige att fundera på att införa?

Jag har därför försökt läst på och sammanställt kunskapsläget kring Naloxons roll runt om i världen vid hjärtstopp. Jag har använt olika medicinska tidskrifter och AI för att sammanställa och uppdatera kunskapsläget. Trots att dödstalen till följd av opioidöverdoser i USA har sjunkit något på senare tid, ligger dödligheten kvar på en betydligt högre nivå än före

COVID-19-pandemin. En av de mest omdebatterade frågorna inom den moderna prehospitala akutsjukvården är huruvida motgiftet Naloxon har en klinisk nytta efter att en överdos har lett till ett fullbordat hjärtstopp utanför sjukhus (OHCA). Vidare diskuteras här nedan även Naloxons effekt även på mer traditionella ischemiska/kardiella hjärtstopp.

Mitt intresse ökade markant efter det jag också läst JAMA artikeln (Juni 2026 JAMA), som beskriver en stor registerstudie där man använt det standardiserade beslutsstödet NACARDI för att "vaska fram" opiatintoxer som gett hjärtstopp. Innan vi tränger in i JAMA artikeln, först en mer basal bakgrund och patofysiologi:

Vad är skillnaden mellan ett "opioidutlöst andning och hjärtstopp" och ett "ischemiskt/kardiellt hjärtstopp" och därmed vilken roll eventuellt antidoten Naloxon kan tänkas ha vid bägge dessa tillstånd. För att förstå diskussionen om Naloxon krävs en belysning av hur ett opioidutlöst hjärtstopp fundamentalt skiljer sig från ett klassiskt kardiellt hjärtstopp:

Opioidutlöst hjärtstopp (=Hypoxiskt/Asfyktiskt): Detta är i grunden ett venti-



lationsproblem. Syntetiska opioider (som Fentanyl/Nitrazen) blockerar opioidreceptorer i hjärnstammen, vilket stänger ner andningscentrum. Detta leder till akut syrebrist (hypoxi) och allvarlig acidosis. Hjärtat som i regel är initialt helt friskt ("Too good to die") drabbas nu av en "energikris" på grund av syrebristen, vilket gradvis sänker pulsen till en terminal bradykardi och slutligen pulslös elektrisk aktivitet (PEA) eller asystoli. Innan det går så långt att individen drabbas av ett hjärtstopp finns utrymme att ge livräddande Naloxon. Då hjärtstoppet inträffat är det dock mer oklart vilken roll Naloxon kan ha.

Primärt kardiellt hjärtstopp (Ischemiskt/Arytmogent): Detta är ett elektriskt eller mekaniskt fel i själva "pumpen", oftast utlöst av ett plaqueruptur/hjärtinfarkt eller primär arytm. Hjärtat drabbas momentant av en chockbar rytm som ventrikelflimmer (VF) och cirkulationen upphör därmed omedelbart, trots att lungorna och blodet i just den sekunden fortfarande är väl syresatta. Här vet vi att tidig hjärtlungräddning och defibrillering är det enda som är livräddande.

Vidare, vilket kanske är ännu mer spän-

nande och nu spekulerar jag, är att vid en kardiell orsak kan hjärtmuskeln översvämmas av endogena (egna) opioider och då i synnerhet beta-endorfin som visats sig möjligen ha negativ inotrop effekt (hjärtats funktion minskar). Detta kan ge ett "bedövad/sänkt myokard" med ringa pumpförmåga. Lite oklart fysiologiskt varför denna mekanism utlöses. Här kan man tänka sig att Naloxon skulle kunna blockera dessa endogena opioider och därmed minska den negativa inotropa effekten som den utövar på hjärtmuskeln. Detta skulle då rent teoretiskt även kunna potentiella det givna adrenalin, och därmed öka det koronara perfusionsstrycket och sammanlagt öka graden av ROSC. Detta är dock mina spekulationer.

Nya spännande kliniska data: En registerstudie (JAMA Wang et al. Maj 2026)

I en omfattande retrospektiv kohortstudie publicerad i JAMA Network Open (maj 2026) analyserade Ralph C. Wang och hans forskarkollegor data från 3 811 patienter i Kalifornien, USA som behandlats av ambulanspersonal mellan 2021 och 2022. Forskarna använde beslutsstödet NACARDI (i detta fall =ålder här har in-

strumentet använts <50 år och obevittnat hjärtstopp) för att identifiera misstänkta (dolda) opioidöverdoser. Vad är då instrumentet NACARDI? Och hur används detta? Använder vi det i Sverige??? Jag vet ej.

NACARDI (NALoxone CARdiac Arrest Decision Instruments) är alltså ett amerikanskt kliniska beslutsstöd utvecklade för att hjälpa ambulanssjukvård och First responders (som Räddningstjänst) att identifiera ett hjärtstopp utanför sjukhus som har orsakats av en trolig opioidöverdos. Att ge Naloxon "blint/regelmässigt" till alla icke-traumatiska hjärtstopp riskerar mer att slösa bort värdefulla sekunder och innebär även vissa risker som risken för ett akut lungödem (dock ovanligt). NACARDI-modellen utvecklades med hjälp av en modell för att selektivt pricka in de "tidiga andningsdeprimerade/potentiella hjärtstoppspatienter" som har störst sannolikhet att dra nytta av läkemedlet Naloxon.

NACARDI Kriterier: Patienten är under 60 år (inte sällan anges dock <50 år) OCH hjärtstoppet var obevittnat (vilket ofta korrelerar med specifika demografiska variabler för högincidensområden intoxer, såsom publika eller ensamma miljöer). NACARDI-ramverket fungerar även som en hörnsten i den pågående randomiserade kliniska studien (se nedan) som utvärderar effekten av tidig antidotbehandling vid hjärtstopp. Se nedan.

Vad visade då JAMA registerstudien?

Resultaten visade tydliga fördelar för de patienter som erhållit Naloxon av ambulanspersonalen under pågående återupplivning – se nedan.

Kom återigen ihåg att detta är registerdata och ej prospektiva fall. Studien innehöll även en viktig prespecifierad subanalys som: Gavs adrenalin? Egentligen som en proxy för kardiella hjärtstopp. Dvs, man kan ju tänka sig att många opiatintoxer döljer sig i registerdata registrerade som kardiella hjärtstopp. Bland just de patienter som redan hade hunnit få adrenalin såg man ingen statistiskt signifikant överlevnadsvinst av att ge Naloxon. Detta kan indikera att Naloxonets nytta är starkast i det mycket tidiga prehospitla skedet, innan fullskalig farmakologisk resuscitering har etablerats. Och att om adrenalin primärt gavs fanns förmodligen en större indikation på att det egentligen handlade om ett kardiellt hjärtstopp? Med minimal effekt av Naloxon. Min egen spekulation.....Även om de totala siffrorna pekar på en fördel, lyfter flera som analyserat dessa data fram ett paradoxalt dilemma som knyter an till patofysiologi enligt ovan:

Syresättningen vs. Receptorblockaden: Opiater dödar genom att slå ut andningscentrum, vilket leder till hypoxi och sekundärt asystoli eller PEA (pulslös elektrisk aktivitet). När patienten väl har nått ett fullbordat "hjärtstopp", hanterar ambulans/räddningstjänsten detta standardise-

rat genom mekanisk ventilation och 100 % syrgas. Man undrar då, om ambulanspersonal nu redan ventilerar och syresätter patienten, varför skulle då en blockad av opiatreceptorerna med Naloxon kunna göra skillnad kardiellt?

Det kan även finnas en s.k "Register Bias" och därmed diagnostisk osäkerhet. I den akuta fasen prehospitalt (då ambulans registrerar i registret) är det extremt svårt att skilja på ett opiatinducerat andningsstopp (med svag, knappt palpabel puls) och ett faktiskt kardiellt hjärtstopp. Opiat-inducerade andningsstopp/icke fullbordat hjärtstopp har ju en mycket god prognos om de får Naloxon i tid innan ett manifest hjärtstopp. Min egen erfarenhet av att registrera data från Stockholm påminner mig i den stora diagnostiska svårigheten mellan en intoxikation och kardiellt hjärtstopp. Kom ihåg att intoxer står för ca 10% av alla hjärtstopp i de flesta register. Dessa har även beskrivit en betydligt bättre prognos än kardiella hjärtstopp. Den statistiska vinsten i denna JAMA registerstudie kan således helt bero på att patienter som i själva verket "bara" hade ett andningsstopp inkluderades och räddades av Naloxon innan det progredierade till ett definitivt cirkulationsstopp. Notera igen att "Adrenalin-subgruppen" inom ramen för detta register visade att de som behandlades med adrenalin (vilket indikerar ett mer etablerat hjärtstopp), helt raderade den statistiska överlevnadsvinsten av Naloxon (en absolut skillnad på -0,21 procentenheter). Detta stärker hypotesen att Naloxon gör absolut störst nytta tidigt i förloppet*, innan fullständigt kardiovaskulärt kollaps kräver andra avancerade läkemedel.

Vad sker nu? Den pågående prospektiva NOPACA-studien

Eftersom Wang et al. baserade sina fynd på registerdata, krävs det som alltid kon-

trollerade (lottade/randomiserade) studier för att förändra internationella riktlinjer. Det är här NOPACA-studien (Naloxone for Opioid Associated Out-of-Hospital Cardiac Arrest) kommer in i bilden.

Denna pågående fas 2-studie leds av University of California, San Francisco (UCSF) och är en randomiserad, dubbelblind och placebokontrollerad multicenterstudie där patienter som identifierats via NACARDI-kriterierna (se ovan) lottas till att få antingen Naloxon eller saltlösning (placebo).

Det unika med NOPACA-protokollet är timingen: Studiesubstansen ges omedelbart efter den allra första dosen adrenalin. Hypotesen är att Naloxon som ju inte bara verkar i andningscentrum, utan även kan motverka den hjärtsmuskeldepression som opioider orsakar, vilket i sin tur kan leda till högre frekvens av stabil och varaktig spontancirkulation (ROSC) samt bättre neurologisk överlevnad. Om en patient uppvisar ett hjärtstopp som misstänks vara drogrelaterat, eller uppfyller NACARDI-kriterierna för ett dolt opioidrelaterat hjärtstopp, inkluderas de i studien för att få tidig intravenös/intraosseös naloxon (t.ex. 2 mg) direkt efter den första dosen adrenalin.

Detta systematiska tillvägagångssätt (snygg studie!) syftar till att täcka kunskapsluckan kring huruvida kompetitiva opioidreceptorantagonister avsevärt kan förbättra överlevnaden och andelen ROSC (återställande av spontan cirkulation) när de integreras vid avancerade behandlingsalgoritmer (ALS) för hjärtstopp

Har då Naloxon vid hjärtstopp på sjukhus något utrymme eller effekt?

Medan evidensläget och logistiken kring prehospital Naloxonbehandling vid misstänkt opiatintox möjligen har stärkts genom beslutsstöd som NACARDI, skiljer

Utfallsmått	Fick Naloxon (n=1251)	Fick INTE Naloxon (n=2560)	Justerad riskskillnad (ARD)*
Överlevnad till utskrivning	8,1 %	4,4 %	+2,75 procentenheter
Gynnsamt neurologiskt utfall	7,4 %	3,3 %	+3,18 procentenheter
Varaktigt återställd spontancirkulation (ROSC)	14,1 %	9,6 %	+3,27 procentenheter

*Efter justering för faktorer som ålder, insattid och initial rytm fann man en signifikant associerad fördel med att ge Naloxon under pågående hjärtstopp vid misstänkt överdos.

sig förutsättningarna för att administrera Naloxon vid hjärtstopp på sjukhus (IHCA) på flera punkter. Dynamiken på en vårdavdelning eller akutmottagning flyttar fokus från det prehospitalt ibland rena gissningsleken till nu en nu mer kontrollerad miljö, men introducerar också andra kliniska svåra överväganden:

- Patienten har ju oftare en tydligare anamnes och är ofta/inte sällan monitorerad: Till skillnad från obevittrade/eller snarare ej monitorerade prehospitala stopp är patienter på sjukhus ofta övervakade (telemetri, pulsoximetri) och deras läkemedelshistorik är känd. Ett opioidutlöst hjärtstopp på sjukhus sker ju sällan blixtnabbt; det föregås i regel av en gradvis och mätbar respiratorisk depression (bradypné, sjunkande syremättnad) inte sällan utlöst av postoperativ smärtlindring eller palliativ vård. Naloxon ges därför (eller snarare borde...) inte sällan primärt innan ett fullbordat hjärtstopp inträffat (i det så kallade peri-arrest-skedet).

På sjukhus finns oftast omedelbar tillgång till avancerad ventilation: Eftersom det opioidutlösta hjärtstoppets grundorsak oftast är hypoxisk asfyxi, har sjukhusmiljön en enorm fördel. Definitiv luftvägshantering (endotrakeal intubation) och 100 % syrgasförsörjning kan etableras inom sekunder till minuter av ett sjukhusteam. När adekvat ventilation och syresättning väl är säkrad och myokardiet återfår syre, minskar det omedelbara fysiologiska behovet av Naloxon för att uppnå ROSC, jämfört med ute på fältet där ventilationen initialt alltid kan vara optimal.

- Vilka risker finns då med att ge Naloxon under pågående HLR: Om patienten har hunnit progrediera till ett fullbordat hjärtstopp (oftast med PEA eller asystoli som följd) skall ju ett standardiserade ALS-protokoll (Advanced Life Support) följas med omedelbart fokus på bröstkom-

pressioner, ventilation och tidigt adrenalin. Att addera Naloxon intravenöst eller intraosseöst under pågående HLR får nog anses som ha en låg risk. Dock finns lungödem rapporterat som en biverkning i ca 1% av de behandlade. Myocarddepression? (=RISK)

Den klinisk rekommendation in-hospital (inklusive AHA och European Resuscitation Council) betonar att vid ett konstaterat hjärtstopp på sjukhus ska Naloxon inte fördröja standardbehandlingen (HLR, optimerad ventilation och tidig vasopressorbehandling). Det kan dock övervägas som en parallell tillägsbehandling om det finns en stark och verifierad misstanke om att en överdosering är den utlösande faktorn bakom cirkulationskollapsen. Kan-ske introducera ett modifierat NARCARDI liknande kriterier på sjukhus?

Det är min tro och min yttersta spekulering att Naloxon kan ha en plats prehospitalt i ambulans eller som First Responders/Brand och SMS Livräddare? vid misstänkta hjärtstopp.

Att ge Naloxon vid ett kardiellt hjärtstopp på sjukhus verkar nog i dagsläget mer långsökt? Vid icke kardiella hjärtstopp borde det dock finnas utrymme för studier. Här borde det även finnas goda möjligheter att först testas i väl kontrollerade djurstudier.

Fältet är öppet för ny spännande svensk vetenskap!!! Vem vill ta upp tråden?

Text: **Leif Svensson.**
Senior professor i kardiologi
f.d ordförande HLR rådet

Referenser

1. Wang, R. C., et al. (2026). Naloxone and Clinical Outcomes in Suspected Opioid-Associated Out-of-Hospital Cardiac Arrests. JAMA Network Open. Data analyserad nov 2024-jul 2025.
2. California Resuscitation Outcomes Consortium (CaROC). Registerdata 2021-2022 gällande NACARDI-kriterier (NALoxone CARDiac Arrest Decision Instruments).
3. University of California, San Francisco (UCSF). Studieprotokoll för den kliniska fas 2-studien NOPACA (Naloxone for Opioid Associated Out-of-Hospital Cardiac Arrest).



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 på
hjart-lung.se/aretshjartlungreddare
eller 08-556 06 200



Två hjärtstopp – två räddade liv

Fässbergsspelarna Filip Liljenberg och Emil Krenauer har ingripit vid två hjärtstopp och startat HLR – två liv har räddats.

♥ Den första händelsen inträffade under en avslutningsträning i november 2024. Laget hade delats upp för olika övningar, när en av tränarna plötsligt föll ihop.

- Allt gick så fort, säger Filip om situationen.

Filip och Emil startade direkt HLR tillsammans med fler som hjälptes åt. Tränaren överlevde. Cirka ett år senare drabbas en annan tränare av hjärtstopp på planen.

Den senaste händelsen inträffade under en träningsmatch mot Azalea i februari i år. Assisterande tränaren Marcus Carlström hade suttit på bänken vid sid-

linjen och reste sig upp för att prata med den andra tränaren. Strax efteråt föll han ihop. Filip Liljenberg och Emil Krenauer kände igen "snarkningarna" och förstod snabbt att han drabbats av hjärtstopp. Emil startade HLR, Filip sprang och hämtade en hjärtstartare vid klubbhuset och tillsammans med fler spelare hjälptes de åt.

Marcus berättar att när han vaknade var han omringad av ambulanspersonal på planen. Han trodde själv först att han bara svimmat, men fick till svar att det var lite värre än så. Marcus beskriver sin otroliga tacksamhet till alla som hjälpte till och att han tack vare snabbt ingripande idag mår bra.

Filip och Emil fick vid en hemmamatch den 24 maj ta emot HLR rådets medalj för Räddande av liv, utdelad av HLR rådets representant Erik Bokesten. Erik hade även ansvarat för den HLR utbildning som Filip deltagit vid före den första händelsen.

Text: Anette Nord



Filip Liljenberg,
Marcus Carlström,
och Emil Krenauer.

Foto: JULIA KERO



Erik Bokesten,
Emil Krenauer, och
Filip Liljenberg.

Foto: JULIA KERO

Att leva ett liv

♥ Jag kan inte på något sätt föreställa mig hur det är att vakna upp som överlevare efter ett hjärtstopp och ta sig an utmaningen i att återhämta sig till det liv man vill leva. Det handlar inte om smärta eller oro på en skala, men kanske om att kunna uthärda viss smärta och oro vid ökad rörlighet för att kunna genomföra en, för andra, enkel aktivitet som ger livet mening, såsom att gå ut med hunden.

Vi har precis fått nya riktlinjer för uppföljning efter hjärtstopp. Jag vill trycka på hur vi alla har en del i de drabbades återhämtning. Den som var först på plats vet hur det skedde, någon annan vet att det fanns en hund i hemmet, en tredje vet att en närstående påbörjat HLR. Senare i kedjan som räddar liv kanske en medicinsk orsak hittas och åtgärdas, men vid hemgång från sjukhuset är alla delar viktiga. Kanske är det hundpromenaden som skapar motivation för återhämtningen?

Jag har bestämt mig för att göra något som jag inte tror jag klarar. Jag kommer att springa ett ultramaraton, 25 mil på 6 dagar i Namibias stekheta öken med packning. Något som kräver enormt mycket av mig, men när jag väl kommit på tanken kan jag inte få den ur huvudet! Loppet uppmanar till att man samlar in pengar till välgörenhet, jag har valt att samla in pengar till våra överlevare och deras familjer. Kanske vill de ha ett fysiskt möte nästa år? De får bestämma helt själva. Vill du bidra, kolla här: <https://gofund.me/83bc7e421>

Önska mig inte lycka till, det är inte tur vare sig jag eller överlevarna behöver utan struktur, ihärdighet och lyhört pepp!

Text: Therese Djärv



HLR-rådets ordförande Therese Djärv ska springa ett ultramaraton, 25 mil på sex dagar i Namibia.



Glumslöv satsar på att bli Sveriges första hjärtsäkra by

♥ 30/5 gick ett löparlopp av stapeln i Glumslöv. Målet var att samla in pengar till hjärtstartare i Glumslöv. Där har man startat en hjärtstartarförening för att samla in pengar till hjärtstartare. Målet är att göra glumslöv till Sveriges första hjärtsäkra by.

Initiativtagaren Per Åge Thylen berättar:

Det blev ett mycket lyckat lopp där vi nådde upp i drygt 60 deltagare och ytterli-

gare ett gäng som hejade på. Helsingborgs Dagblad var på plats och rapporterade från loppet. Målet med att nå ut var våra nio utomhushjärtstartare finns placerade nåddes och vi fick in både nya medlemmar och bidrag från de som sprang vilket gör det möjligt att kunna köpa in ännu fler hjärtstartare inom en snar framtid.

Text: Thomas Hermansson



NY HJÄRT-SÄKER ZON

♥ Nu finns nya hjärtsäker zon att se på HLR-rådets hemsida. Där finns mer information och material att ladda ner.

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 Djarv
ordförande Svenska HLR-rådet
therese.djarv@hlr.nu

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