

## Rapport från HLR-kongressen i Göteborg 25-26/5-2026

HLR-kongressen 2026 i Göteborg blev en historisk och inspirerande succé som satte ett starkt gemensamt fokus på visionen att alla ska kunna rädda liv.

Mötet präglades av en enorm handlingskraft, framtidstro och ett rekordstort engagemang från både sjukvården och samhället.

Inledningen var kraftfull, den berörde alla deltagarna på djupet genom att fläta samman ett verkligt drama med musikens helande kraft. Det var en händelse från verkliga livet med ett autentiskt hjärtstoppfall där varje sekund räknades. Det var en gravid kvinna i v 7 som fick ett hjärtstopp där hon och barnet framgångsrikt räddades av sin man. Denne man berättade storyn, han sjöng också inledningsvis till otroligt vacker pianomusik. Detta blev ett emotionellt startskott som satte tonen för hela kongressen.

Höjdpunkterna var ett stort deltagarantal och rekord. Över 3100 engagerade livräddare samlades och gjorde kongressen till Europas största i sitt slag.

Nya, livsviktiga och uppdaterade riktlinjer presenterades av Svenska HLR-rådet, där ex optimerad larmordning till 112 ska hjälpa oss att vinna mer dyrbar tid i kampen om att rädda flera människor med plötsligt hjärtstopp till ett liv där vi inte bara ska vara levande utan också kunna leva ett meningsfullt liv.

Mötet präglades också av gemenskap över gränserna. Prehospital personal, sjukhuspersonal, företag och lekmän strålade samman i ett stort nätverkande för att tillsammans lyfta svensk hjärtsäkerhet till nästa nivå.

Tillsammans visade vi på kunskap som räddar liv. Ett fullspäckat program på vetenskaplig basis med inspirerande talare levererade färsk fakta, konkreta verktyg, innovationer och framtidstro men också svagheter i forskningen och utmaningar framåt.

I år var första dagen gemensam för sjukvård och samhälle, dag två delades vi upp men det var fritt att välja vad man ville gå på.

Dagarna var indelade i fyra stora block eller tema:

1. Nya riktlinjer och utbildningsprogram. Här låg tyngdpunkten. Föreläsarna berättade om de nya programmen som förenklats och effektiviserats för att skapa ännu tryggare vårdteam och snabbare insatstider på klinikerna.
2. Speciella tillstånd vid hjärtstopp utifrån det vetenskapliga programmet. Föreläsarna gick bl a igenom drunkning, hypotemi mm
3. Fördjupning i Avancerad HLR (A-HLR). Här låg fokus på spetskompetens inom den avancerade hjärt-lungräddningen samt ex tolkning av svåra EKG-rytmer under pågående HLR, skottskador, traumatiskt blödningar mm. Allt detta för att maximera chanserna till ROSC.
4. Vård efter hjärtstoppet (Post-resuscitation-care). Här blev det tydligt att det handlar inte bara om att rädda ett liv, det är bara det första steget. Föreläsarna belyste

modern temperaturreglering, målstyrd intensivvård och vikten av tidig neurologisk prognostisering samt strukturerad uppföljning för att ge överlevarna bästa möjliga livskvalitet. Här saknade jag hur vi ska optimera för patienterna när intensivvårdstiden är över. Hur ser det ut med att optimera tillvaron för en människa som nyligen överlevt ett hjärtstopp? Hur rehabiliteras en hjärna bäst ex med nutrition, stimuli i lagom mängd, ev behandling med psykofarmaka för depressivt tillstånd, värdet av sömn och motion etc

Föreläsningarna och föreläsarna belyste också utmaningarna. En påtaglig utmaning är den begränsade tillgängligheten på hjärtstartare under kvällar och helger, detta är en av de absolut största utmaningarna inom svensk hjärtsäkerhet idag. Detta kallas ofta "kontorstidsparadoxen" och innebär att tusentals hjärtstartare blir inlåsta när de behövs som bäst. Det handlar om så många som över 50% bedömer man. Här finns både tekniska och ekonomiska utmaningar.

För att bryta denna svaghet driver hjärtlungfonden och HLR-rådet på för att hjärtstartare ska ses som en självklar säkerhetsdetalj, ja helst som en brandvarnare i ett bostadsområde. Vi får se hur utmaningen landar framöver.

En annan utmaning är ojämlik beredskap. Storstäder har god tillgång till SMS-livräddare och täckning, landsbygden lämnas med betydligt lägre chans att överleva.

Osynliga hjärtstartare. Massa företag har hjärtstartare men inte registrerat dem i det nationella registret, därför blir de osynliga för 112.

Rädsla för att göra fel finns fortfarande. Allmänheten tvekar på g a osäkerhet.

Vi har också medicinska gränser att tampas med. Vi har inte tydliga svar på hur vi bäst räddar en patient där hjärtat vägrar starta trots upprepad HLR och defibrilleringar men det är mycket forskning som pågår kring vektorbyte, dubbla defibrilleringar, utökade läkemedel, snabb angio mm. Detta blir spännande att följa. Målet är dock att vi inte ska ha patienter med hjärtstopp, i alla fall inte sådana som kunde ha förebyggts eller förutses.

Det starkaste beskedet från årets kongress är att vi gör detta tillsammans. Den fantastiska gemenskapen och engagemanget och de nya vetenskapliga framstegen ger oss de bästa förutsättningarna för att fortsätta göra verklig skillnad på våra kliniker och ute i samhället. Det är kedjan som räddar liv, kedjan är vi, nu omsätter vi inspirationen i praktiken och räddar ännu flera liv. Från första larm till eftervård.

## **Sammanfattning av ändringar i HLR-rådets riktlinjer för hjärt-lungräddning (S-HLR barn/vuxen, A-HLR barn), 2026**

European Resuscitation Council (ERC) publicerar nya riktlinjer vart femte år (senast 2025). Dessa baseras på den senaste forskningen och är framtagna genom att internationella experter inom HLR granskar all publicerad forskning inom ämnet. Svenska rådet för hjärt-lungräddnings (HLR-rådets) utbildningsprogram för samhället och sjukvården följer ERCs riktlinjer och presenterade dessa på HLR kongressen 2026.

### **Systemperspektiv på hjärtstopp**

Möjligheten att överleva ett hjärtstopp påverkas av hur snabbt åtgärderna i ”Kedjan som räddar liv” kan sättas in. Kedjan har fått ett vidgat perspektiv för att även förtydliga vikten av prevention samt att inte bara överleva utan göra det med samma livskvalitet som innan. För att öka möjligheten att överleva vid hjärtstopp utanför sjukhus rekommenderas bl.a. att hjärtstartare görs tillgängliga dygnet runt, samt att frivilliga livräddare larmas ut av larmcentralen (SMS-livräddare).

### ***Utbildningsprogram för sjukvården***

HLR-rådet har fyra utbildningsprogram för sjukvårdspersonal, S-HLR vuxen och barn som är den grundkunskap all sjukvårdspersonal ska ha, och Avancerad - HLR vuxen och barn som vänder sig till legitimerad personal och som rekommenderas för ex. personer i larmgrupper, inom ambulanssjukvård, akutmottagning, anestesi och intensivvård. Prevention av hjärtstopp genom att använda något system för att identifiera kritiskt sjuka patienter har fått större fokus. HLR ska utföras med god kvalitet och avbrott ska minimeras. Luftvägen kan hanteras med mask och andningsballong hanterad av två personer på både vuxna och barn.

#### *S-HLR vuxen*

- Inblåsningar kan utföras med mask och andningsballong hanterad av två personer, så kallad trelivräddarteknik. Detta inkluderas i utbildningen.
- Handlingsplanen för drunkning är inte längre inkluderad i utbildningsprogrammet.
- Manuell uterusförskjutning rekommenderas hos synligt gravida.
- Vid övning av HLR-teknik ska dockor med möjlighet till digital feedback på kompressioner och inblåsningar användas.
- Korrekt elektrodplacering betonas vid användande av hjärtstartare.
- Syrgas doseras med 12-15 liter/minut.

#### *S-HLR barn*

- Kontroll av livstecken efter de initiala fem inblåsningarna är borttaget.
- Ett mjukt underlag kan kompenseras genom att trycka hårdare på bröstkorgen. Hjärtbräda rekommenderas inte längre.
- Vid luftvägsstopp på barn 0-1 år ska brösttryck utföras som vid HLR dvs med tummarna.
- För barn under 25 kg rekommenderas barnläge på halvautomatiska hjärtstartare samt anterior posterior placering av defibrilleringselektroder. Tydligare beskrivning av elektrodplacering utifrån barnets vikt.
- Handlingsplanen för drunkning är inte längre inkluderad i utbildningsprogrammet.
- Vid övning av HLR-teknik ska dockor med möjlighet till digital feedback på kompressioner och inblåsningar användas.

#### *Avancerad HLR barn*

- Oförändrade huvuddrag avseende bröstkompressioner, inblåsningar, luftväg och läkemedel med vissa förtydliganden och betoningar.
- Videolaryngoskopi bör användas i akuta situationer, och ETCO<sub>2</sub> ska monitoreras.
- Hjärtbräda rekommenderas inte längre. Ett mjukt underlag kan kompenseras genom att trycka hårdare på bröstkorgen
- Fortsatt stort fokus på förebyggande åtgärder och användande av system för att identifiera försämringar hos kritiskt sjuka barn som riskerar att drabbas av hjärtstopp, ex SWE-PEWS (Paediatric Early Warning Score.)
- Tydligare fokus på att identifiera och behandla bakomliggande orsaker under pågående högkvalitativ HLR.
- Ett monitorerat barn med defibrillator i omedelbar närhet kan ges tre på varandra följande defibrilleringar utan HLR mellan, s.k. stacked shocks. Amiodarone ges efter tredje defibrilleringen om defibrillerbar rytm kvarstår och adrenalin ges 4 minuter efter konstaterat hjärtstopp.
- För vårdnadshavare till kroniskt sjuka barn rekommenderas en handlingsplan för hur de ska agera om barnet försämras.

### *Luftvägsstopp*

Vid luftvägsstopp, ge omväxlande 5 ryggslag och 5 buktryck, respektive brösttryck på barn under 1 år. Brösttryck ges genom att placera tummarna på varandra på bröstbenets nedre halva samtidigt som händerna omsluter barnets bröstkorg. Om personen blir medvetslös, larma 112 och starta HLR. Titta i munnen endast vid misstanke om att föremålet kommit upp. Ingen rekommendation ges avseende användande av luftvägsrensare vid luftvägsstopp då det idag saknas vetenskapligt stöd för dess effekt och säkerhet.

BIVA 260608

Linda Hansson