

Sammanfattning av HLR-rådets riktlinjer för hjärt-lungräddning och första hjälpen 2026

Författare

Therese Djärv, Professor, Överläkare, Ordförande Svenska HLR-rådet
Anette Nord, Disputerad sjuksköterska, huvudredaktör för utbildningsprogrammen för samhället
Ulrika Karlgren, Anestesisjuksköterska, huvudredaktör för utbildningsprogrammen för sjukvården
Jacob Hollenberg, Professor, Överläkare, ordförande HLR-rådets vetenskapliga grupp

Framtagandet av riktlinjer

European Resuscitation Council (ERC) publicerar nya riktlinjer vart femte år. ERCs riktlinjer för 2025 baseras på 96 systematiska reviews, 43 scoping reviews och 112 evidence updates framtagna av det globala HLR-rådet International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Inom ILCOR granskar internationella experter inom HLR all publicerad forskning i ämnet. Svenska rådet för hjärt-lungräddning (HLR-rådets) utbildningsprogram för samhället och sjukvården följer ERCs riktlinjer.

Här kan du läsa om de viktigaste förändringarna i HLR-rådets utbildningsmaterial 2026.

Sammanfattning av ändringar i HLR-rådets riktlinjer 2026.

Ämne	2026
Systemperspektivet	Kedjan som räddar liv har tydligare fokus på att inkludera prevention, A-HLR samt återgång till sitt vanliga liv för överlevare. Utlarmning av frivilliga livräddare samt spridning av hjärtstartare i samhället rekommenderas.
Vuxen-HLR	Larma 112 direkt om personen är medvetslös. Aktivera telefonens högtalarfunktion och kontrollera därefter om personen andas normalt. Kortvarig kramp kan vara tecken på hjärtstopp. Om mjukt underlag, tryck hårdare vid bröstkompressioner, flytta ej den drabbade.
Barn-HLR	Larma 112 direkt om barnet är medvetslöst. Aktivera högtalarfunktionen och kontrollera därefter om barnet andas normalt. Bröstkompressioner på barn under 1 år ges genom att placera tummarna på varandra på bröstbenets nedre halva samtidigt som händerna ska omsluta barnets bröstorg. Tydligare beskrivning av elektrodplacering utifrån barnets vikt. Vid luftvägsstopp på barn 0-1 år ska brösttryck utföras som vid HLR, dvs. med tummarna.
Första hjälpen	Ny handlingsplan som inkluderar bedömningsmodellen XS-ABCDE, okontrollerad yttre blödning, stabilt sidoläge och HLR. Nya tillstånd som omfattas av programmet är opioidöverdos och suicidtankar.
HLR för insatspersonal	Målgrupp för handlingsplan drunkning är HLR för insatspersonal.
S-HLR vuxen	Ventilation med mask och blåsa hanterad av två personer inkluderas i utbildningen. Korrekt elektrodplacering betonas. Syrgas doseras med 12-15 liter/minut.
S-HLR barn	Kontroll av livstecken efter de initiala fem inblåsningarna borttaget. Ett mjukt underlag kan kompenseras genom att trycka hårdare på bröstkorgen. Hjärtbräda rekommenderas inte längre.

	<p>Vid luftvägsstopp på barn 0-1 år ska brösttryck utföras som vid HLR, dvs. med tummarna.</p> <p>Tydligare beskrivning av elektrodplacering utifrån barnets vikt.</p>
Avancerad HLR vuxna	<ul style="list-style-type: none"> • Oförändrade huvuddrag avseende bröstkompressioner, inblåsningar, luftväg och läkemedel med vissa förtydliganden och betoningar. • Avbrott i kompressioner för rytmanalys eller luftvägshantering ska vara mindre än 5 sekunder • Efter två misslyckade försök att sätta iv infart kan intraosseös infart övervägas. • Om larynxmask används förordas I-gel. • Efter tre misslyckade defibrilleringar ska byte till anterior-posterior placering av elektroderna utföras. • Vid sk stacked shocks har läkemedelshanteringen ändrats till att de tre på varandra följande defibrilleringarna ska räknas som en gällande både adrenalin och amiodarone. • EtCO₂ ska monitoreras. • Mekaniska bröstkompressioner rekommenderas endast när det inte är praktiskt möjligt eller säkert för personalen att utföra HLR, ex i ambulans och på angiolab. Indikationen förlängd HLR är borttagen. • Reversibla orsaker bör prioriteras när A-HLR är etablerat. • Avbrytande av HLR bör ske planerat och koordinerat med teamet. • Om A-HLR är otillräckligt överväg Extra Corporal Membran Oxygenation (ECMO) i utvalda fall. • Traumatiskt hjärtstopp - förtydligande om att åtgärdande av reversibla orsaker har företräde över kompressioner. • Fysiologiskt guidad HLR kan användas på enheter med övervakning. Lägre doser adrenalin samt målvärden anges.
Avancerad HLR barn	<ul style="list-style-type: none"> • Oförändrade huvuddrag avseende bröstkompressioner, inblåsningar, luftväg och läkemedel med vissa förtydliganden och betoningar. • Hjärtbråda 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, ex SWE-PEWS (Paediatric Early Warning Score). • Tydligare fokus på att identifiera och behandla bakomliggande orsaker under pågående högkvalitativ HLR.
Vård efter hjärtstopp	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritera omedelbar koronarangiografi för patienter med tydlig ST-höjning eller annan hög misstanke om akut kranskärlsocklusion (elektriskt kaos eller hemodynamisk instabilitet) men avstå/fördröj annars koronarangiografi. • Hjärtstopps-DT (datortomografi) mer framträdande plats i genesutredning akut • Artärblodtryckskurva med riktvärde på MAP 60-65 mmHg vid behov vätska, noradrenalin och/eller dobutamin. • Förebygg feber aktivt hos patienter som fått ROSC men är fortsatt medvetslösa, måltemperatur 37,5 grader i 72 h.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Uppdaterad algoritm för multimodal neuroprognostisering som ska ske 72 timmar efter hjärtstopp. • Organdonation bör beaktas. |
|--|---|



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.

Utbildningsprogram för samhället

Vuxen-HLR

Larma 112 direkt om en person är medvetslös. Aktivera högtalarfunktionen och kontrollera därefter om personen andas normalt. Larmoperatören ger instruktioner om HLR. Starta HLR direkt om personen är medvetslös och andas onormalt, dvs långsamt, snarkande, gäspande eller inte alls. Kortvarig kramp kan vara tecken på hjärtstopp, kontrollera andningen efter krampen. Oförändrade riktlinjer med 30 bröstkompressioner omväxlande med 2 inblåsningar (HLR 30:2). Fortsatt betonas larmoperatörens stödjande roll samt vikten av tidig identifiering av hjärtstopp, tidig HLR med god kvalitet och tidig defibrillering med korrekt elektrodplacering. Om personen ligger på mjukt underlag, tryck hårdare för att kompensera för det mjuka underlaget. Om livräddaren inte kan eller vill göra inblåsningar ges endast bröstkompressioner. Alla uppmuntras att använda en hjärtstartare.

[Länk till handlingsplan i Vuxen-HLR.](#)

Barn-HLR

Omfattar åldern 0-18 år. Att förebygga hjärtstopp hos barn handlar bl.a. om att säkra barnens miljö innan något händer och att vara observant på andningsproblem vilket kan leda till hjärtstopp - larma 112 om en barnet är akut sjuk.

Larma 112 direkt om ett barn är medvetslöst. Aktivera högtalarfunktionen och kontrollera därefter om barnet andas normalt. Larmoperatören ger instruktioner om HLR. Starta HLR med 5 inblåsningar och därefter 15 bröstkompressioner. Fortsätt sedan med HLR 15:2, livräddare som inte övat HLR gör 30:2. Bröstkompressioner på barn under 1 år ges genom att placera tummarna på varandra på bröstbenets nedre halva samtidigt som händerna omsluter barnets bröstorg. Till barn under 25 kg (ca 8 år) rekommenderas barnläge på halvautomatiska hjärtstartare samt anterior-posterior placering av defibrilleringselektroder.

[Länk till handlingsplan i Barn-HLR.](#)

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.

[Länk till handlingsplan Luftvägsstopp.](#)

Första hjälpen

För att snabbt identifiera och behandla livshotande tillstånd rekommenderas SX-ABCDE modellen. Larma alltid 112 när någon är medvetandepåverkad. Vid okontrollerade yttre blödningar bör eskalerande metod användas. Ge direkt manuellt tryck på såret med dina händer. Lägg ett förband på/i såret och applicera sedan direkt manuellt tryck ovanpå förbandet. När blödningen är under kontroll, lägg ett tryckförband. Vid livshotande extremitetsblödning som inte kontrolleras med direkt manuellt tryck appliceras en tourniquet 5-7 cm ovanför skadan.

Nya tillstånd som ingår i Första hjälpen programmet är bl.a:

– Opioidöverdos. Administrera nasalt naloxon till en medvetslös person med misstänkt opioidöverdos som inte andas eller andas onormalt.

– Självmordstankar. Fråga om självmordstankar, inge hopp och hjälp att kontakta sjukvården.

– Drunkning. Otränade första hjälpen-utövare bör inte gå i vattnet för livräddning utan i stället assistera med flythjälpmiddel eller livboj från land. Om personen finns på land, larma 112 tidigt, ge 5 inblåsningar och fortsätt med vuxen-HLR 30:2 respektive barn-HLR 15:2.

Utbildningsprogrammet fokuserar på livshotande tidskritiska tillstånd. Utöver de obligatoriska tillstånden kan instruktören lägga till fler tillstånd från kursboken för att anpassa utbildningen till aktuell målgrupp.

HLR för insatspersonal

Programmet riktar sig till insatspersonal såsom räddningstjänst, polis, ordningsvakter och livräddare med flera. Här ingår inblåsningar med andningsmask, och scenarioträning med fokus på teamarbete. Programmet innefattar även åtgärder vid drunkning.

[Länk till handlingsplan i HLR för insatspersonal.](#)

[Länk till handlingsplan drunkning](#)

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 tre-livräddarteknik. 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.

[Länk till handlingsplan i S-HLR vuxen och barn](#)

S-HLR barn

För barn under 25 kg rekommenderas barnläge på halvautomatiska hjärtstartare samt anterior-posterior placering av defibrilleringselektroder.

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.

[Länk till handlingsplan i S-HLR vuxen och barn](#)

För både S-HLR vuxen och barn har strukturen för huvudinstruktörsutbildningarna förändrats för att anpassas till behoven framförallt inom sjukvården.

A-HLR vuxen

Oförändrade huvuddrag avseende bröstkompressioner, inblåsningar, luftväg och läkemedel med vissa förtydliganden och betoningar. A-HLR bör inledas så tidigt som möjligt både på och utanför sjukhus. Manuell defibrillering ska endast utföras om rytmanalys kan göras på maximalt 5 sekunder. Luftväg hanteras med eskalerande strategi och om larynxmask används rekommenderas i-Gel. Intubation bör ske med videolaryngoskopi och tubläge ska verifieras med kapnograf. Intravenös infart förordas framför intraosseös. Mekaniska bröstkompressioner bör endast användas när manuella kompressioner av praktiska skäl inte kan utföras, exempelvis under PCI, ECMO-kanylring eller under transport.

Vid defibrillering placeras elektroderna initialt anterio-lateralt, fokus på korrekt placering. Om ej omslag till pulsgivande rytm trots tre defibrilleringar ska vektorbyte till antero-posterior placering av defibrilleringselektroden övervägas. En monitorerad patient med defibrillator i omedelbar närhet kan ges tre på varandra följande defibrilleringar utan HLR mellan, s.k. stacked shocks. De tre defibrilleringarna hanteras som en avseende läkemedel.

Reversibla orsaker

De reversibla orsaker som alltid bör beaktas är hypoxi, övertryckspneumothorax, trombos, tamponad, hypovolemi, elektrolytstörningar (framför allt kalium), hypotermi och intoxicationer.

Blodgas utgör en hjälp för att hitta hypo/hyperkalemi samt hypoglykemi. Användande av ultraljud kräver en erfaren undersökare och klinisk misstanke om diagnostiserbart tillstånd. Intravenös infusion av vätska rekommenderas endast om hjärtstoppet kan vara orsakat av hypovolemi. ERC avråder från rutinmässig användning av calcium, bikarbonat och kortison under hjärtstopp. Om A-HLR är otillräckligt överväg Extra Corporal Membran Oxygenation (ECMO) i utvalda fall.

ERC rekommenderar att A-HLR påbörjas med fullt fokus på bröstkompressioner, ventilation, defibrillering, läkemedel etc, men poängterar att vid något tillfälle, exempel när hjärtstoppet är refraktärt, kommer identifiering och behandling av reversibla orsaker behöva ha högre prioritet

än att vidmakthålla korta pauser i bröstkompressioner. Exempel på speciella orsaker är lungemboli, hjärtinfarkt, hyperkalemi och traumatiskt hjärtstopp. För traumatiska hjärtstopp poängteras att åtgärdande av reversibla orsaker såsom hypoxi, livshotande blödning samt övertryckspneumothorax har högre prioritet än bröstkompressioner. Några speciella omständigheter som nämns är PCI-lab, operationssal, en egen algoritm för nyopererade hjärtkirurgiska patienter samt råd om agerande vid hjärtstopp på flygplan. Speciella patientgrupper som nämns är astma och KOL och deras risk för pneumothorax, vikten av att återföra blod vid hjärtstopp under hemodialys och att använda manuell uterusförskjutning hos synligt gravida.

[Länk till handlingsplan A-HLR vuxen](#)

[Länk till handlingsplan Trauma.](#)

Fysiologiskt guidad HLR

På enheter där patienter har en hög grad av övervakning kan identifiering av hjärtstopp samt initiala åtgärder styras av fysiologi. Bröstkompressioner startas när systoliskt blodtryck är under 50 mmHg trots interventioner. Adrenalin föreslås titreras i doser om 0.05-0.1mg iv i stället för 1mg, upp till en totaldos på 1mg då sedvanlig A-HLR startas. HLR kan även guidas fysiologiskt mot diastoliskt BT över 30mmHg och EtCO₂ över 25.

A-HLR barn

Stor vikt läggs vid att förebygga hjärtstopp och att ha ett system som exempelvis SWE-PEWS för att tidigt identifiera kritiskt sjuka barn som riskerar att drabbas av hjärtstopp. Videolaryngoskopi bör användas i akuta situationer, och ETCO₂ ska monitoreras. 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. Läkemedelshantering vid HLR är oförändrad.

[Länk till handlingsplan A-HLR barn.](#)

Vård efter hjärtstopp

Förebygg feber aktivt hos patienter som fått ROSC men är fortsatt medvetslösa, måltemperatur är 37,5 grader. Komatösa som har en egen kroppstemperatur på 32-36 grader ska ej värmas. Strukturerad multimodal neuroprognostisering ska ske 72 timmar efter hjärtstopp. Denna metodologi har uppdaterats och förtydligats, bl.a. med uppdaterade tidpunkter för när modaliteter som MR/DT, SEP, NSE, EEG bör genomföras. Organdonation bör beaktas. Vid utskrivning från sjukhus bör en tydlig holistisk uppföljningsplan tas fram tillsammans med patient och närstående för att stödja återhämtningen.

Etik

Hjärtstoppsforskning bör involvera patientperspektiv exempelvis genom patientrepresentation vid studiedesign och tolkning av resultat. Närstående på plats ska erbjudas att vara med vid återupplivning både utanför och på sjukhus, detta för att underlätta bearbetning av det som skett samt eventuellt sorgearbete. I dagsläget finns inget vetenskapligt stöd för så kallade "Termination of Resuscitation (TOR) rules" vare sig utanför eller på sjukhus. På sjukhus rekommenderas att ett beslut om avbrytande av HLR görs teambaserat grundat på en helhetsbild som innefattar patientens värderingar, prognostiska faktorer, avsaknad av reversibel orsak och utebliven respons på A-HLR.

Förkortningar

ERC - European Resuscitation Council
ILCOR - International Liaison Committee on Resuscitation
PCI - Percutan Coronar Intervention
ECMO - Extrakorporeal Membranoxygenering
ROSC – Return of Spontaneous Circulation
MAP - Mean Arterial Pressure
REBOA - Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta
SEP - somatosensory evoked potential, sensorisk nervkonduktion
NSE - Neurospecifik endolas, blodprov
ETCO2 - Endtidal koldioxid

Referenser

1. Baldi E, Wnent J, Caputo ML, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Epidemiology in Resuscitation. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110733.
2. Djakow J, Turner NM, Skellett S, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Paediatric Life Support. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110767.
3. Djärv T, Rogers J, Semeraro F, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 First Aid. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110752.
4. Greif R, Lauridsen KG, Djarv T, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Executive Summary. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110770.
5. Hogeveen M, Monnelly V, Binkhorst M, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Newborn Resuscitation and Support of Transition of Infants at Birth. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110766.
6. Lott C, Karageorgos V, Abelairas-Gomez C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Special Circumstances in Resuscitation. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110753.
7. Nabecker S, de Raad T, Abelairas-Gomez C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Education for Resuscitation. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110739.
8. Nolan JP, Sandroni C, Cariou A, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines 2025 Post-Resuscitation Care. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110809.
9. Raffay V, Wittig J, Bossaert L, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Ethics in Resuscitation. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110734.
10. Semeraro F, Schnaubelt S, Olasveengen TM, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 System Saving Lives. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110821.
11. Smyth MA, van Goor S, Hansen CM, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Adult Basic Life Support. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110771.
12. Soar J, Bottiger BW, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Adult Advanced Life Support. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110769.
13. Berg KM, Bray JE, Djarv T, et al. Executive Summary: 2025 International Liaison Committee on Resuscitation Consensus on Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2025;152:S2-S22.
14. Berg KM, Bray JE, Djarv T, et al. Executive Summary: 2025 International Liaison Committee on Resuscitation Consensus on Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 2:110805.
15. Cheskes S, Dorian P, Feldman M, et al. Double sequential external defibrillation for refractory ventricular fibrillation: The DOSE VF pilot randomized controlled trial. *Resuscitation*. 2020;150:178-84.
16. Aune S, Herlitz J, Bang A. Characteristics of patients who die in hospital with no attempt at resuscitation. *Resuscitation*. 2005;65:291-9.
17. Djärv T. Ten years of incident reports on in-hospital cardiac arrest - Are they useful for improvements? *Resusc Plus*. 2024;17:100525.