

Reserapport från ERC:s kongress Resuscitation

20-22 sept 2018

Text: Annette Waldemar Leg sjuksköterska. Adjunkt. Doktorand vid Medicinska Fakulteten, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet

Årets hjärtstoppkongress hölls i ett soligt och 30 grader varmt Bologna den 20-22 sept. Första kvällen anordnades en get-together fest för att få igång "nätverkandet". Festen hölls i Palazzo Isolani nära torget Piazza Maggiore som är centrum av gamla stan. En fantastisk riklig buffé av italienska smaker och drycker serverades. Vi fick också möjlighet att se centrala Bologna, som är en stad full av historia. Staden har många torn, till och med ett eget lutande torn, dei Garisenda. Vill du få en fantastisk utsikt över hela staden går du de 498 stegen uppför trappan till toppen av tornet Torre degli Asinelli. I Bologna ligger också Europas äldsta universitet med anor från 1100-talet.

Att det var en hjärtstoppskonferens gick inte att ta miste på bland de många utställarna. Där fanns mycket teknisk apparatur att beskåda och mycket fick man också praktiskt pröva på att använda. Det övades också flitigt och tävlades i att göra bra HLR. Stämningen var hög och många glada skratt hördes under dagarna.

Kongressen erbjöd ett stort utbud av parallella sessioner med föredrag, symposier, workshops och posterpresentationer, så det var ibland svårt att välja. Själv hade jag förmånen att få ha en muntlig posterpresentation om min forskning "Närståendes närvaro vid hjärtstopp" (NBHLR). Ett webbaserat frågeformulär om attityder och erfarenheter till NBHLR har tidigare skickats till sjuksköterskor och läkare vid kardiologiska enheter på alla universitetssjukhusen i Sverige. I frågeformuläret fanns också möjlighet att lämna fritextsvar, och det var dessa svar som jag presenterade på kongressen. Tre kategorier framkom; Inverkan på beslutsfattandet, Ändrade arbetsförhållanden och Hantering av närståendefrågor. Personalen hade ambivalenta känslor till NBHLR, de såg både för- och nackdelar. NBHLR ses som något positivt för närstående, samtidigt som det fanns en oro för att HLR kan vara svårt att bevittna. Närståendes närvaro ansågs ändå som viktigt, så de kunde säga ett sista farväl. Försvårande omständigheter i arbetsmiljön var bla; brist på personal, små rum och att HLR-situationen kan vara stressig för personalen, men NBHLR kunde också underlätta dialogen med närstående under och efter HLR. Andra erfarenheter från NBHLR var kulturella och språkliga problem, rädsla för emotionella reaktioner från närstående och oro för hur man relaterar till närstående som filmar HLR-situationen med mobilen. Sammanfattningsvis så har vårdpersonal både positiva och negativa attityder och erfarenheter angående NBHLR. Varje HLR-situation beskrevs som unik och personalens möjlighet att kunna göra individuella bedömningar om närstående ska få närvara eller ej, verkar vara en nyckelfaktor för att acceptera NBHLR.

Kristofer Årestedt från Kalmar, professor och forskningsledare i iCARE-gruppen, presenterade sin forskning: "Health-Related Quality of Life Among In-Hospital Cardiac Arrest Survivors in Working Age" där han undersökt hälsorelaterad livskvalité hos hjärtstoppöverlevare när hjärtstoppet inträffat på sjukhus på patienter mellan 18-65 år. I studien var patienterna indelade i två grupper, 18-50 år och 51-65 år. Att överleva ett hjärtstopp i yngre ålder kan få allvarliga följder för personen själv, men också för familjen, vännerna och det sociala livet. I synnerhet om personen har problem med att gå tillbaka till

jobbet. Hjärtstoppsoverlevare på sjukhus är av särskilt intresse eftersom hälsorelaterad livskvalité inte har studerats i någon större utsträckning i denna grupp. Data togs fram med hjälp av HLR-registret. Det framkom att det var vanligt med ångest och depression, och det var vanligast i åldersgruppen 51-65 år. Ett viktigt mål med hjärtstoppsvården är att stödja överlevare för att få ett bra liv med hög livskvalité. För att förbättra vården för hjärtstoppsoverlevare behöver vi veta mer om hur yngre överlevande drabbas, utifrån deras perspektiv. Bedömningar av hälso-relaterad livskvalité kan vara ett sätt att få denna information. Det är viktigt att vårdpersonal hittar de patienter som mår dåligt och en hjälp kan vara att använda bedömningsinstrument som HADS eller EQ5D.

Anders Bremer, docent och sjuksköterska från Kalmar, presenterade en intervjustudie med patienter som drabbats av hjärtstopp på sjukhus. Det framkom att patienterna kämpar med att hitta en ny identitet, existentiella frågor och övergivenhetskänslor efter hemgång. Studien är unik då det finns sparsamt med studier inom detta område och visar på att sjukvården behöver följa upp dessa patienter både på sjukhuset och efter hemgång.

Gisela Lilja, doktorand och arbetsterapeut i Lund, arbetar med kognition hos hjärtstoppspatienter. Hälften av alla patienter drabbas av kognitiva nedsättningar. Minnesproblem är vanligast men även uppmärksamhetsproblem är vanligt. Dessa patienter upplever ofta sämre hälsa och minskat socialt liv. Kognitiv uppföljning rekommenderas till alla som överlevt ett hjärtstopp med tex MoCA test. Kognitiv rehabilitering har god evidens och leder bland annat till att patienterna får ett rikare liv och att de lättare kan ta hjälp av tekniska hjälpmedel i vardagen för att kompensera upp tex försämrat minne.

Medicine doktor och THIVA-sjuksköterska Carina Hjelm från Linköping medverkade med en poster om sömn. Tidigare studier har visat att sömnproblem och sömnnapné ökar risken för plötsligt hjärtstopp. Hjärtstoppsoverlevare har uttryckt att de är sömniga dagtid, upplever mental trötthet och har behov av en tupplur. Carina har intervjuat sjuksköterskor som PROM-registrerar hjärtstoppsoverlevare 3-6 månader efter hjärtstoppet om hur mycket de pratar med patienten om sömn vid uppföljningssamtalet. Det framkom att sjuksköterskorna inte kände till att sömnproblem var vanligt i patientgruppen och de ställde då inte frågor om sömn till patienten. Att följa upp sömnstörningar ingår emellertid inte i riktlinjerna från (ERC) för post-hjärtstoppsvård. Carina skickade en "hint" till moderator Andy Lockey, sekreterare för Resuscitation Council i England, att sömn är något som borde finnas med i ERC:s guidelines.

Professor Jerry Nolan från Storbritannien tog upp betydelsen av MEWS. Den absolut viktigaste parametern var andningsfrekvensen. Patienter över 65 år med en andningsfrekvens över 20 var ett varningstecken och det är viktigt att all personal har kunskap om hur viktigt det är att räkna andningsfrekvens och snabbt reagera på avvikande värden. Han tog också upp att överlevnaden ökar för patienter som drabbats av hjärtstopp på sjukhus om det är ökad sjukskötersketäthet och bättre arbetsmiljö för sjuksköterskorna. Han relaterade till McHugh et al (2016) där jämförelser gjordes på 11.000 patienter från 75 sjukhus i fyra delstater i USA, mellan överlevnad vid hjärtstopp och arbetsmiljö och bemanning för sjuksköterskor. Vid högre bemanning påverkades överlevnaden positivt vid hjärtstopp. Oddsens för att överleva ett hjärtstopp sjönk med 5 % för varje extra patient som sjuksköterskan hade ansvar för. Högre sjuksköterskebemanning var den viktigaste faktorn för en ökad överlevnad.

Sam Parnia, medicine doktor från New York, höll ett annorlunda föredrag om när döden egentligen inträffar och nära-döden-upplevelser. Patienter som haft en nära-döden-upplevelse

beskriver oftast samma upplevelse, med en ljus tunnel, de möter avlidna släktingar och livet passerar revy. Patienter som haft en nära-döden-upplevelse blir förändrade efter detta. De känner inte längre ångest eller oro, de fruktar inte döden och får inte depression. De tar mer vara på livet och vinnlägger sig om att göra goda gärningar. Många patienter har också sett sin egen operation och kan beskriva i detalj vad som skett, vilket inte ska vara möjligt. Det finns olika spekulationer om varför patienter har nära-döden-upplevelser men någon vetenskaplig förklaring till dessa upplevelser finns inte. Vårdpersonal frågar sällan patienter om de haft den här typen av upplevelser, men kanske något vi skulle prata mer om. Detta är fortfarande ett ”utforskat” område.

Workshop fanns också på programmet. Jag besökte en workshop som ledes av akutläkare Tommaso Pellis från Italien där det diskuterades kring omhändertagandet efter hjärtstopp. Docent Hans Friberg från Lund var bla med som sakkunnig. Det diskuterades kylning till 32-36 grader. I stort sett alla var överens om att 32 grader inte längre är aktuellt, däremot var det skiftande åsikter om 34 eller 36 grader ur internationellt perspektiv, men i Sverige så är det 36 grader som är vanligast. Evidensen är dock fortfarande ganska vaga kring kylning. Alla var dock överens om att patienter aldrig får värmas, utan patienten ska värma sig själv långsamt.

Adrenalin eller inte vid hjärtstopp? Docent Janet Bray från Australien rapporterade från PARAMEDIC-2 studien (Pre-hospital Assessment of the Role of Adrenaline: Measuring the Effectiveness of Drug administration In Cardiac arrest) en randomiserad, dubbel-blind, placebo-kontrollerad studie. Adrenalin ökar spontan cirkulation, men har påvisat försämrat cerebralt mikrocirkulationsflöde. Det är möjligt att adrenalin ger en bättre kortsiktig överlevnad till på bekostnad av sämre långsiktiga resultat. Trettiodagars överlevnaden var något bättre i adrenaligruppen 3.2 % jämfört med placebogruppen 2.4 %.

Många intressanta ämnen togs upp på konferensen, här är ett litet axplock:

- Ska alla hjärtstoppspatienter angiograferas?
- Kan vi använda Apple Watch för att detektera rytmrubbningar?
- Barn-HLR.
- Neonatal andningsmonitorering. Hålla spädbarn varma eller ej under HLR?
- Högre andel defibrillerbar rytm hos män vid hjärtstopp utanför sjukhus. Kvinnor med hjärtstopp utanför sjukhus har sämre överlevnad från inläggning till utskrivning än män, biologiska skillnader?
- Använda drönare för att snabbt transportera defibrillatorer?
- Överlevnaden vid PEA har ökat men ej vid asystole.
- Vi får allt färre vårdplatser men fler och sjukare patienter, ska vi monitorera alla för att effektivisera vården?
- Lära skolbarn HLR och att använda defibrillator, flera studier inom området presenterades, något att satsa på för framtiden?

Jag vill framföra mitt stora tack till V-I-C för resestipendiet som hjälpte till att sponsra denna resa. Efter tre dagar bland defibrillatorer, HLR och hjärtstoppsfokus, inser man hur skört livet är och att varje dag är en gåva och jag blev ännu mer påmind om att ta vara på livet. Jag vill avsluta denna reserapport med samma citat som användes vid invigningen av konferensen och

som beskrev "Father of CPR" professor Peter J. Safar: " He doesn't own a fancy car or suit; he just enjoys life. It's something amazing."