

fått beskedet på det sättet.

Hur kan vi undvika telefonfällan? Alla patienter som utreds med en rimlig misstanke om svår sjukdom bör få en återbesökstid för besked. Man bör erbjuda patienten att ta med sin partner och förklara att erfarenheten visar att detta är bra oavsett vad resultatet av utredningen är.

Jag får ibland höra invändningen att det inte finns tider för alla återbesök till utredningspatienter. Det är svårt att acceptera ett sådant argument; ska vi gå med på att en stor del av patienter med svår sjukdom får besked på ett sätt som är långt ifrån den kvalitetsnivå som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet? Dessutom: om utredningen är negativ, kan man ringa upp och ge detta glada besked och fråga om patienten är nöjd så eller vill utnyttja sin återbesökstid, vilket ger en hel del tider tillbaka.

I nödfall: om patienten inte fått återbesökstid och du har svåra besked att ge, be då en sekreterare eller annan person som inte har provsvaren ringa upp och kalla patienten, en som ärligt kan säga: »Jag vet inte vad utredningen visade, det kommer doktorn att berätta när du kommer hit.«

Gunnar Birgegård
professor emeritus,
Akademiska
sjukhuset, Uppsala
gunnar.birgegard@
medsci.uu.se



REFERENSER

1. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004; 363(9405):312-9.
3. Maguire P, Pitceathly C. Managing the difficult consultation. *Clin Med*. 2003;3(6):532-7.
4. Birgegård G. Första information om svår sjukdom. I: Birgegård G, Glimelius B, red. *Vård av cancer-sjuka*. Lund: Studentlitteratur; 2004. pp 37-48.
6. Brown VA, Parker PA, Furber L, et al. Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Centre. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20:56-61.
7. Gavs cancerdiagnos per telefon (HSAN 938/99). *Läkartidningen*. 2000;97:850.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på [Läkartidningen.se](http://Lakartidningen.se)

Trombolys vid stroke – bråttom är bra men glöm inte farmakologin!

■ Tiden vi har på oss för att återställa blodflödet vid propporsakad stroke är kort. Från de stora studierna av intravenös trombolys med alteplas vet vi att tiden till behandlingsstart är avgörande för att uppnå bästa möjliga kliniska effekt [1].

Sedan 2002, då behandlingen etablerades i Sverige, har infrastrukturen för trombolys successivt utvecklats. Vårdkedjorna på akutsjukhusen har etablerats, ambulansvården har lyft stroke-larm till högsta prioritet, och Sveriges Kommuner och landsting driver Nationella strokekampanjen [2] för att befolkningen tidigt ska upptäcka symtom på stroke.

Ett viktigt mått på sjukhusens effektivitet är »door-to-needle time«, dvs tiden från det att patienten kommer över sjukhusets tröskel till det att behandlingen med alteplas startar. Enligt kvalitetsregisteret för stroke, Riks-Stroke, var mediantiden under 2011 för riket 64 minuter, med en variation mellan 27 och 118 minuter [3]. Ett globalt projekt, SITS-WATCH, startade 2012 för att minska mediantiden för sjukhusens handläggning till under 40 minuter [4]. De världsledande centra rapporterar mediantider kring 20 minuter [5].

Innan trombolysbehandling

startar måste patienten genomgå en datortomografi av hjärnan (DT hjärna) för att utesluta bland annat hjärnblödning. För att minimera tidsförlust har en del sjukhus valt att starta behandlingen redan på röntgenavdelningen direkt efter DT hjärna, i stället för på vårdavdelningen. Denna policyändring diskuteras i dag på många svenska sjukhus.

Alteplas (Actilyse) ges som intravenös infusion under 60 minuter, med 10 procent av totaldosen som initial intravenös bolus. Vi har genom förfrågningar till oss förstått att en del sjukhus startar med bolus på röntgen, men att in-

fusionen påbörjas först på vårdavdelningen, kanske 10–15 minuter senare. Syftet med tillförsel av en hög dos av ett läkemedel under kort tid (bolus) är att snabbt nå terapeutisk koncentration, som sedan underhålls av följande infusion. Alteplas har en mycket kort halveringstid i plasma, endast cirka 4 minuter. Förflyter till exempel 12 minuter mellan bolus och infusion sjunker koncentrationen i plasma till cirka 12,5 procent av den avsedda terapeutiska nivån, och risken är stor att patienten får en betydligt mindre effektiv behandling än vad som avsågs.

Vi vill med detta brev göra de sjukhus där trombolys ges uppmärksamma på att det inte ska vara någon tidsfördröjning mellan bolusdos och

start av infusion för alteplas.

Det är viktigt att ha bråttom vid akut stroke, men i jakten på minuter och bra resultat i kvalitetsregister får vi inte glömma bort en farmakologisk grundprincip för läkemedel med kort halveringstid – påbörja infusion direkt efter bolus!



Foto: Colourbox

Grundprincipen är: påbörja infusion direkt efter bolus!

Gunnar Andsberg

medicine doktor, överläkare
gunnar.andsberg@med.lu.se

Bo Norrving

professor, överläkare; båda vid
Neurologiska kliniken, Skånes
Universitetssjukhus, Lund

LÄS MER Fullständig referenslista finns på [Läkartidningen.se](http://Lakartidningen.se)