

evidens

tema
stroke/TIA

Förebyggande behandling ger effekt på strokeinsjuknande

Triagering i ambulansen ger bättre funktion efter stroke

Så handläggs körkortsfrågan efter TIA och stroke

Anna Nyhlén, arbetsterapeut och Annika Englund, logoped i neuroteamet på Rehab Nordost i Täby:

”Många patienter återfår en stor del av den funktion de hade innan sin stroke”

Nu införs
dermatoskopi
på distans

evidens #2.21
MEDICIN & LÄKEMEDEL

8-31

tema stroke/TIA

Minskad användning av antibiotika under pandemin **4**



Fyra av tio medelålders svenskar har högt blodtryck **5**

Nu införs dermatoskopi på distans **6**




Varierande resultat av screening mot förmaksflimmer **7**



Förebyggande behandling ger effekt på strokeinsjuknande **8**

Triagering i ambulansen ger bättre funktion efter stroke **12**

Avhandling: Sekundärprofylax efter stroke kan förbättras **14**

Stroke/TIA i grafer  **16**



Sekundärprofylax vid ischemisk stroke och TIA **18**

Tre frågor till Emma Schött  **21**

Viktigt att upptäcka förmaksflimmer efter stroke **22**



Rehabilitering efter stroke kräver samverkan kring patienten **24**

Så handläggs körkortsfrågan efter TIA och stroke **28**

Mer individualiserad anti-trombotisk behandling vid kranskärlssjukdom **30**

Patienten **32**

Fråga experten **33**

Så tolkar du information om läkemedelsbiverkningar **34**

Ansvarig utgivare: Åsa Rangert Derolf, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr Redaktion: Fredrik Hedlund, chefredaktör, medicinjournalisten@gmail.com · Jennie Cardell, allmänläkare · Mattias Schmidt, allmänläkare · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Anna Riesenfeld, apotekare · Layout: Magnus Edlund. E-post lakemedelskommitten.hsf@sl.se · www.janusinfo.se/evidens

Omslagsbild: Anna Nyhlén och Annika Englund. Foto Anna Molander.

Tryck: DanagårdLiTHO, Ödeshög, September 2021

Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.

Se www.janusinfo.se/personuppgift för mer info.

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL, är medlem i ISDB, International Society of Drug Bulletins, ett nätverk av obundna läkemedelstidskrifter med målet att främja internationellt utbyte av högkvalitativ information om läkemedel och terapier. Hemsida: www.isdbweb.org

SVERIGES
TIDSKRIFT



Läkemedelsfrågor engagerar

DET HAR VARIT en väldigt lärorik vår och sommar för mig sedan jag i april tog över som ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté. Det har också varit både roligt och inspirerande att träffa så många nya personer med ett starkt engagemang för läkemedelsfrågor.

JAG ÄR HEMATOLOG och internmedicinare och har arbetat på Karolinska i 20 år, de senaste åren som verksamhetschef. Mitt intresse för läkemedel ur ett strukturellt perspektiv bottnar i den otroligt snabba utvecklingen inom hematologin som gett oss tillgång till helt nya behandlingsmöjligheter men också till helt nya priser. Att vi har en fungerande nationell samverkan med ordnat införande är helt avgörande för att vi ska få till en hållbar utveckling, så att patienterna får tillgång till de nya behandlingarna.

I OCH MED MIN NYA ROLL har jag förstås vidgat mitt perspektiv till läkemedel inom alla områden. Region Stockholms vision för en medicinskt ändamålsenlig och säker läkemedelsanvändning är att rätt läkemedel ska tas av rätt person i rätt dos och tid, till rätt kostnad, med rätt information och kopplad till rätt uppföljning. Det är högt ställda mål, men i detta nummer av Evidens kan vi se att det finns flera områden som förbättras.

DET SOM OCKSÅ har slagit mig är att vår roll så ofta är att arbeta med när vi inte ska använda läkemedel. I Kloka listan börjar många avsnitt med



FOTO ANNA MOLANDER

att rekommendera åtgärder som inte är läkemedel och Strama publicerar mycket information kring hur antibiotikaanvändning kan undvikas.

EN GLÄDJANDE NYHET är att gruppen med informationsläkare och -apotekare flyttar över till Akademiskt primärvårdscentrum (APC), men med delvis förändrade arbetsuppgifter. Uppdraget är att vara ett farmaceutiskt stöd i läkemedelsfrågor samt bistå primärvården i Region Stockholm med utbildningsverksamhet kring läkemedelsrekommendationer.

MYCKET HAR PRÄGLATS av covidpandemin under ett och ett halvt år nu. Våra expertgrupper har i stor omfattning bidragit till att ta fram nya läkemedelsrekommendationer och bistå vid uppkomna bristsituationer när prioriteringar behövt göras. Samtidigt har mycket av det vanliga arbetet med kunskapsutveckling kunnat fortgå och till och med har en del utbildningar kunnat genomföras, vilket är mycket imponerande. Det digitala formatet har ibland fördelar i och med att fler kan delta och föreläsningen kan göras tillgängliga i efterhand. Nu intensifieras arbetet med Kloka listan och det ska bli roligt och spännande att få vara en del av detta för första gången.

Åsa Derolf

Åsa Derolf, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr, enhetschef Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen

Minskad användning av antibiotika under pandemin



ANTALET UTHÄMTADE RECEPT på antibiotika minskade med 17 procent under 2020. Det visar årsrapporten Swedres-Svarm 2020 från Folkhälsomyndigheten och Statens veterinärmedicinska anstalt. Antibiotika som ofta används vid luft-

vägsinfektioner minskade mest (28 procent) och antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare och år landade på, i snitt, 237 i riket, vilket innebär att det nationella målet på max 250 recept per 1 000 invånare och år uppnåddes.

Enligt Strama Stockholms kvartalsrapport 2 för öppenvård (som mäter rullande 12-månader 2020-07 – 2021-06) har minskningen i regionen fortsatt med en 20-procentig nedgång av uthämtade antibiotikarecept och 215 uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare och år.

Fredrik Hedlund

Webbinfo om antibiotikas påverkan på mikrofloran

STRAMA STOCKHOLM har skapat en evidensbaserad webbsida med information om kroppens mikrobiota med fokus på vad som kan påverkas och inte. Där beskriver de vad forskningen säger om nyttan av bakteriefloran och hur den kan rubbas och skadas av onödig antibiotikaanvändning. Se dittinreapotek.se

Fredrik Hedlund

Ditt inre apotek

Utanpå och inuti din kropp finns den så kallade mikrobiotan. Man kan se den som sitt inre apotek. Mikrobiotan består av flera triljoner mikrober, alltså bakterier, virus, svampar och uråldriga livsformer, varav de flesta är goda och viktiga för din hälsa. I den här utbildningen fokuserar vi på den del av mikrobiotan som består av bakterier. Lär dig om varför mikrobiotan är så viktig och vad som kan påverka ditt inre apotek.



Recept på Ergenyl behöver bytas ut

FOTO GETTY IMAGES



EPILEPSILÄKEMEDEL ET ERGENYL (valproinsyra) avregistreras i samtliga styrkor i beredningsformerna enterotabletter, orala droppar och oral lösning. Eftersom läkemedel som har indikationen epilepsi inte får bytas ut på apotek innebär detta att patienter med recept på de aktuella produkterna behöver nya recept, oavsett vilken indikation de får läkemedlet för. Inom Region Stockholm står primärvården för 23 procent av alla recept på valproinsyra, lite drygt 11 000 recept per år. Mest

förskrivs valproinsyra dock inom allmänpsykiatri, där det främst används som stämningsstabiliserande vid bipolär sjukdom. De står för 31 procent av förskrivningen medan neurologi förskriver åtta procent av all valproinsyra i regionen.

Alternativ till Ergenyl finns i form av läkemedlet Absenor som innehåller valproinsyra i samtliga av Ergenyls styrkor och beredningsformer. Ergenyl enterotabletter kan också ersättas av Ergenyl Retard i samma totala dygnsdos.

Fredrik Hedlund

Fakta avregistrerade Ergenyl-produkter

Följande produkter utgår: Ergenyl enterotablett 100 mg, 300 mg och 500 mg, Ergenyl orala droppar 200 mg/ml samt Ergenyl oral lösning 60 mg/ml.

Källa: janusinfo.se

Fyra av tio medelålders svenskar har högt blodtryck

HÖGT BLODTRYCK HOS MEDELÅLDERS är fortfarande ett underdiagnostiserat och underbehandlat område. Det visar en svensk studie av närmare 5 900 män och kvinnor mellan 50 och 64 år. De testades både på vårdcentralen och med 24-timmarsmätningar i hemmet och studien visar att 37 procent hade 24-timmars-hypertension och 41 procent hade hypertension på mottagningen.

Bland dem som redan behandlades med blodtryckssänkare hade en av tre ändå för högt blodtryck på vårdcentralen och mer än varannan för högt 24-timmarsstryck och uppnådde alltså inte behandlingsmålen.

Bland de obehandlade personerna hade var sjätte för högt blodtryck mätt på mottagningen och var tredje hade för högt 24-timmarsstryck.

Fredrik Hedlund

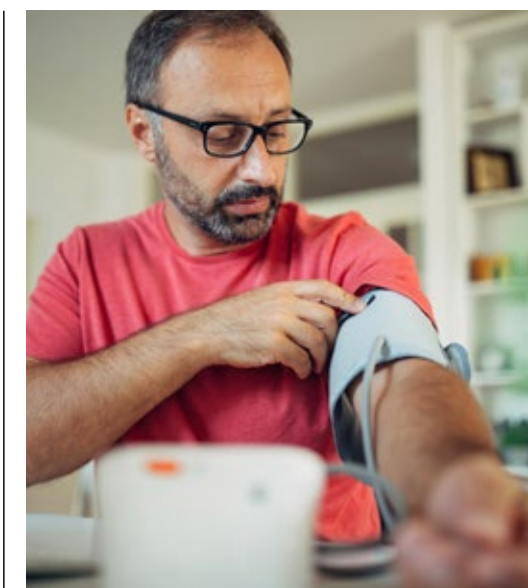


FOTO GETTY IMAGES

Nu införs dermatoskopi på distans

Möjligheten att med hjälp av teledermatoskopi snabbt konsultera hudspecialister på distans för att bedöma misstänkta fall av malignt melanom börjar nu användas brett i Stockholm. Över hälften av regionens vårdcentraler ska vara anslutna till årsskiftet.

I mitten av maj började 60 vårdcentraler i Stockholm att använda den nya tekniken med teledermatoskopi för att bedöma misstänkta fall av malignt melanom. Det innebär att de med hjälp av bilder snabbt kan konsultera hudspecialister om patienters pigmenterade hudförändringar på distans. Och fler vårdcentraler är på gång.

– Det är 30 vårdcentraler som kör igång nu i oktober och vi kommer sedan ansluta ytterligare 30 vid årsskiftet. Förhoppningen är att alla regionens cirka 220 vårdcentraler ska vara anslutna till sommaren nästa år, säger Elinor Nemlander, specialist i allmänmedicin och projektledare för utbildningssatsningen i projektet på Akademiskt primärvårdscentrum.

Anledningen att tekniken måste tas i bruk i etapper är att hudspecialister på sjukhus är en trång sektor. Man använder dubbelgranskning där två hudspecialister oberoende av varandra tittar på bilderna för att uppnå en medicinsk säkerhet.

– I dagsläget är det hudspecialister på Karolinska som granskar, men granskare på Södersjukhuset och Danderyds sjukhus håller också på att utbildas, och de kommer att komma in successivt, säger Elinor Nemlander.



FOTO DAVID BICHO, SOPHIAHEMMET

Elinor Nemlander

Syftet är att effektivisera omhändertagandet av patienter med misstänkt hudcancer, korta ledtiden till operation och ge ökad trygghet samt minska andelen "onödiga" operationer och remisser till hudspecialister som skapade oro, väntetider och onödiga besök, berättar hon. Och det verkar redan fungera.

– Vi har från de första 60 vårdcentralerna redan fått in över 1 000 fall där färre än 150 har bedömts som misstänkta maligniteter eller behövt fortsatt utredning. Det betyder att fler än 800 fall har kunnat frikännas, patienter som annars hade behövt vänta på bedömning eller opererats i onödan, säger Elinor Nemlander.

Fredrik Hedlund

Fakta teledermatoskopi i Stockholm

- Bilderna tas med en mobiltelefon med ett dermatoskopi-skål på.
- Svaret kommer inom max sju dagar, oftast snabbare.
- Vårdcentralerna ansluts i den ordning de anmäler intresse.
- Det krävs en 4-timmars webbutbildning för att få börja.

Källa: Elinor Nemlander

Utbildning om läkemedelsgenomgångar på nätet

SEDAN FÖRSTA SEPTEMBER ligger Region Stockholms nya webbutbildning om läkemedelsgenomgångar på Lärtorget (lartorget.sll.se). Utbildningen riktar sig till läkare och sjuksköterskor och ger stöd och vägledning i arbetet med läkemedelsgenomgångar.

Det övergripande målet med utbildningen är att minska antalet fel i läkemedelslistor, förebygga läkemedelsrelaterade problem och öka kvaliteten på patienters läkemedelsbehandling.

Fredrik Hedlund



Varierande resultat av screening mot förmaksflimmer

Två nya studier av primärprofylaktisk screening mot förmaksflimmer kommer till olika resultat av nytta med metoden.

I samband med den europeiska hjärtläkarkongressen ESC 2021 i augusti publicerades två studier av primärprofylaktisk screening mot förmaksflimmer i tidskriften the Lancet som landade i olika slutsatser.

Den danska Loop-studien omfattade 6 000 personer 70 till 90 år gamla utan tidigare diagnos på förmaksflimmer som lottades till screening med en implanterbar så kallad loop recorder eller inte. Efter fem års uppföljning hade tre gånger som många förmaksflimmer hittats i screeninggruppen och behandlats med antikoagulantia. Det resulterade visserligen i något färre stroke/proppar i screeningsgruppen, men skillnaden var inte sta-

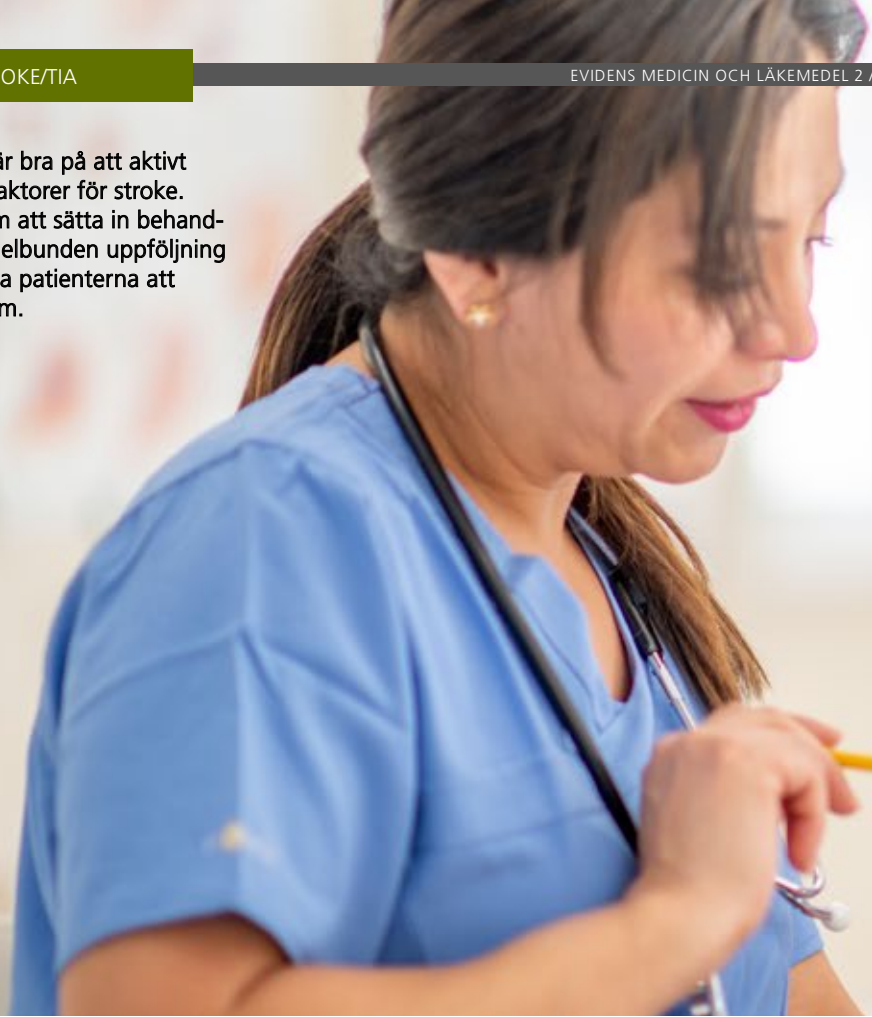
tistiskt signifikant. Screeninggruppen, som i högre utsträckning behandlades med antikoagulantia, drabbades också av fler större blödningar, men inte heller detta var statistiskt signifikant.

Den större svenska Strokestop I-studien inkluderade alla 75–76-åringar i Stockholm och Halland, närmare 28 000 personer, som lottades till att bjudas in till screening eller inte. Strax över hälften av den inbjudna gruppen dök upp och fick mäta förmaksflimmer med en så kallad tum-EKG under 14 dagar i hemmet. En högre andel förmaksflimmer hittades i screeninggruppen som också hade en lägre förekomst av död, stroke och allvarlig blödning jämfört med kontrollgruppen, och denna gång var skillnaden statistiskt signifikant, men inte jättestor. Totalt drabbades 31,9 procent i screeninggruppen av en negativ händelse jämfört med 33 procent i kontrollgruppen. Trots den blygsamma skillnaden menar forskarna att minst 2 300 fall av stroke eller död skulle kunna undvikas per år i Sverige om den studerade screeningen tillämpas nationellt.

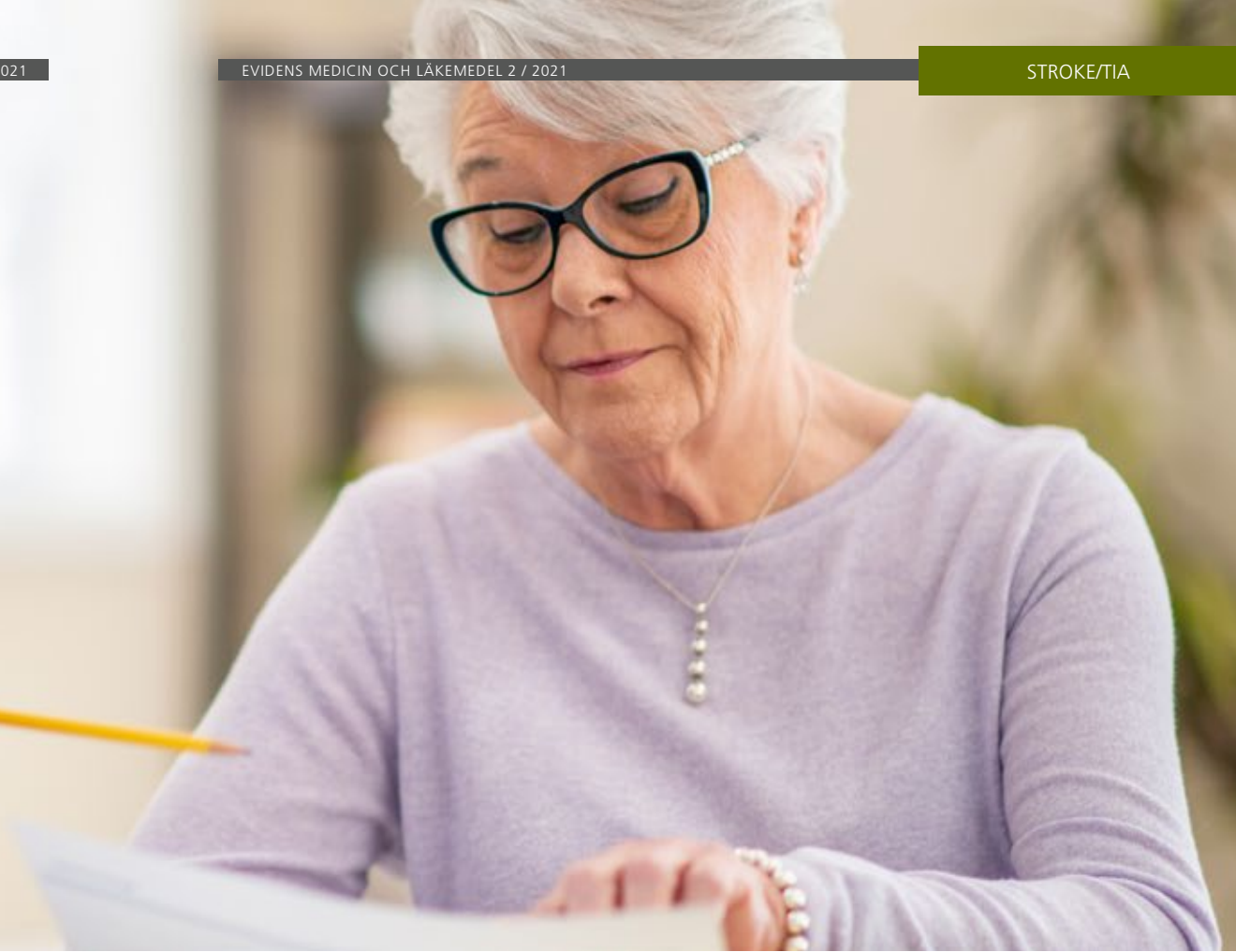
– Resultaten betyder att beslutsfattare nu kan gå vidare med att ta ställning till om man ska rekommendera screening för förmaksflimmer i Sverige, säger Emma Svennberg, specialistläkare i hjärt-kärlsjukdomar och forskare vid Karolinska institutet och förstaförfattare till studien i ett pressmeddelande.

Fredrik Hedlund

Primärvården är bra på att aktivt behandla riskfaktorer för stroke. Lika viktigt som att sätta in behandlingarna är regelbunden uppföljning för att motivera patienterna att fortsätta ta dem.



Förebyggande behandling ger effekt på strokeinsjuknande



De senaste årens tilltagande fokus på förebyggande behandling mot stroke visar tydligt avtryck i statistiken. Sedan 2005 har både antalet nya fall och mortaliteten sjunkit kraftigt. Mycket tack vare primärvårdens arbete att tidigt behandla riskfaktorer.

Antalet diagnostiserade strokepatienter minskar för varje år, enligt statistik från Socialstyrelsen. Ulrika Löfmark, neurolog och verksamhetschef på Capio S:t Görans sjukhus, menar att det beror på att primärvården är bra på att arbeta förebyggande och aktivt behandla riskfaktorer som högt blodtryck, höga blodfetter, typ 2-diabetes och stress.

– Vi ser tydligt i statistiken att det är effektivt att behandla patienternas riskfaktorer. Till exempel behandlas förmaksflimmer direkt. Primärvården avvaktar inte idag med dessa behandlingar och det är oerhört viktigt, säger Ulrika Löfmark.

I primärvårdens preventiva roll i strokebehandling ingår också regelbunden uppföljning av patienten. Där är det viktigt att motivera och förklara för

sin patient att den lägre risken som uppnås med behandling bara finns kvar så länge man fortsätter att ta sin medicin.

– Den uppföljningen är precis lika viktig efter stroke; att få patienten att fortsätta ta sina mediciner, säger Ulrika Löfmark.

TIA en varningsklocka

Även mortaliteten sjunker när incidensen sjunker. Ulrika Löfmark tror också att kampanjer kring stroke, och enkla instruktioner för att göra AK-UT-testet, bidrar till uppmärksamhet, kännedom och ger avtryck i statistiken.

Allvarlighetsgraden av stroke sjunker också. De som insjuknar blir inte lika sjuka som tidigare, många får en lindrigare stroke jämfört med tidigare. Troligen hänger även det samman med att primärvården idag är bra på att behandla riskfaktorer.

– Sedan är så klart akutbehandlingen bättre idag jämfört med tidigare.

En TIA, transitorisk ischemisk attack, är en tillfällig syrebrist i hjärnan. Även om man märker av symtom är det långt ifrån alla som söker. Det är också svårare att ställa en TIA-diagnos än en stroke-diagnos, det krävs en omsorgsfull och noggrann anamnes. Dock är TIA-attackerna lika viktiga att behandla sekundärprofylaktiskt som stroke, med samma batteri av läkemedel.

– TIA kan vara en varningsklocka för en kommande stroke, speciellt i kombination med trånga kärl, åderförkalkning och en ökad proppbenägenhet. Även för dessa patienter är det viktigt att analysera och vid behov behandla riskfaktorer, säger Ulrika Löfmark.

Om TIA-attacken skett under den senaste veckan bör vårdcentralen remittera in patienten till sjukhuset akut.

– Det är viktigt för att snabbt konstatera att det rör sig om en TIA, och att i så fall kunna utreda och behandla med läkemedel för att förhindra att patienten drabbas av stroke, säger Ulrika Löfmark.

Vid stroke är det i 85 procent av fallen en propp som är orsaken, och i resterande fall är det en blödning.

Fakta stroke/TIA

- Runt 25 000 personer drabbas av stroke varje år.
- Dessutom får mellan 8 000 och 12 000 personer en TIA. Denna siffra är dock mer osäker eftersom dessa inte registreras på samma sätt på sjukhusen och att alla patienter inte heller söker för dem.
- Medelåldern för män är 75 år och för kvinnor 78 år. En femtedel är yngre än 65 år.
- Två tredjedelar av alla strokefall inträffar i storhjärnan och en tredjedel i lillhjärnan, på grund av de kärl som leder blodet upp till hjärnan.
- Mortaliteten ligger på cirka 25 procent inom de första 28 dagarna.

Källa: Ulrika Löfmark, Kunskapsguiden.

– Vi vet inte vad det är som avgör om det blir propp eller blödning. Anledningen till stroke är dock densamma; högt blodtryck och metabola problem, säger Ulrika Löfmark.

Symtomen är också ofta desamma om det är propp eller blödning, även om patienten oftare har ett högt blodtryck vid blödning.

Följderna efter en stroke beror på vilken del av hjärnan som drabbas av syrebrist, vilka symtom patienten har vid insjuknandet.

– Akut är det ofta talförmågan eller specifika kroppsdelar som drabbas. Men hjärnan har kapacitet att omfördela blodflödet för syresättning, så patienten kan ofta återfå sin funktion, berättar Ulrika Löfmark.

Neuroteam i varje sjukvårdsområde

Akut hamnar personen på en stroke-enhet, vilket är avgörande för återhämtningen. Dessa enheter finns på alla akutsjukhus i Stockholm, men det är bara på Karolinska universitetssjukhuset i Solna som trombektomi utförs (läs mer om det i nästa artikel).



Ulrika Löfmark

FOTO: KOMMUNIKATIONSAVDELNINGEN, S.T. GÖRAN

– I ett senare skede är riktad strokerehabilitering det bästa för att få patienten att återhämta sig och återfå förlorad funktion. Primärvården kan skicka remisser till de rehabiliteringsenheter som finns i

Stockholm. Det finns också neuroteam i varje sjukvårdsområde med specialkompetens om stroke, säger Ulrika Löfmark.

Fredrik Hed

AKUT-testet:



Ansiktet eller mungipan hänger.



Kroppsdel. Ena armen kan inte hållas i luften i tio sekunder.



Uttal. Språket är sludrigt och orden kommer fel.



Tiden är dyrbar.

Ett symptom räcker. Ring omedelbart 112!

Triagering i ambulansen ger bättre funktion efter stroke

Sedan 2017 triageras alla misstänkta strokefall direkt i ambulansen för att avgöra vilket sjukhus patienten ska till. Vid svåra symtom där trombeaktomi kan behövas, körs patienten raka vägen till Karolinska i Solna, istället för till närmaste sjukhus.

FOTO GETTY IMAGES



När en ambulanssjuksköterska misstänker stroke, baserat på ett AKUT-test eller något annat neurologiskt avvikande, görs ytterligare en undersökning. Patienten ska kunna lyfta och hålla armar och ben uppe i 10 respektive 5 sekunder. Testet avgör vilket sjukhus som sjuksköterskan ska ringa för vidare konsultation på väg in till sjukhuset.

Om patienten inte klarar testet, utan tappar ena sidans arm och ben, ska sjuksköterskan direkt ringa till en neurolog på Karolinska i Solna. Anledningen är att stora strokesymtom som halvsidig förlamning är starkt kopplade till blodpropp i hjärnans största blodkärl. Om patienten klarar testet, kontaktas istället närmaste akutsjukhus, som alla har infört särskilda stroketelefonnummer för att

strömlinjeforma omhändertagandet.

Syftet med den prehospitla triageringen är att skicka patienten till rätt sjukhus direkt, även om det innebär en litet längre körsträcka.

Tiden till trombeaktomi kortare

– Vi har kunnat visa att tiden till trombeaktomi blir kortare och att intravenös trombolys inte fördröjs, trots att ambulansen inte alltid kör till närmaste sjukhus, säger Michael Mazya, biträdande överläkare, docent och patientflödesansvarig PF Stroke på Karolinska universitetssjukhuset i Solna.

Årligen blir det en bit över tusen samtal till det särskilda telefonnummer på Karolinska i Solna som bara ambulanssjukvården har tillgång till.

– På dagtid är det en erfaren strokeneurolog

som svarar. Nattetid och under helger är det en erfaren ST-läkare eller en ung specialist som fått noggrann träning, säger Michael Mazya.

Redo att sätta igång

Läkaren som tar emot samtalet samlar information enligt en specifik rutin. Denna inleds normalt med tid för symtomdebut eller när patienten senast sågs symtomfri. Tidsaspekten avgör om patienten kan få trombolys eller trombeaktomi (inom 4,5 respektive 24 timmar, även om längre intervall förekommer). Vidare samlas information om kliniska tecken, funktionsnivå i vardagen, andra sjukdomar och mediciner.

– Läkaren försöker skapa sig en bild av patienten, bedöma sannolikheten för andra diagnoser än stroke, som hjärntumör eller epilepsi, vilka också kan ge akuta neurologiska bortfall. Om läkaren bedömer att det sannolikt är en stroke och patienten saknar kontraindikationer till trombeaktomi, är ambulansen välkommen som prio 1 till ambulansinfarten i Solna, säger Michael Mazya.

Då drar läkaren på sjukhuset igång larmkedjan via larmsjuksköterskan på akuten, som enligt en



FOTO PRIVAT

Michael Mazya.

förprogrammerad rutin skickar ut information till ett tiotal personer på strokeenheten, diagnostisk och interventionell neuroradiologi och anesthesi.

– Då gör de sig beredda på sina respektive platser i väntan på patienten. Remisser skrivs, läkemedel blandas och vi är redo att sätta igång så fort ambulansen kommer in, säger Michael Mazya.

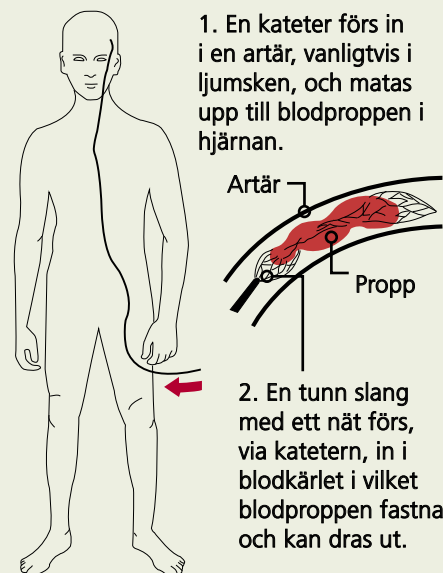
Snabbare behandling räddar hjärnan

Genom triageringen kommer numera de flesta patienter med svåra strokesymtom direkt till Karolinska i Solna, utan mellanlandning på ett mer närbeläget akutsjukhus. Det har förkortat tiden från insjuknande till trombeaktomi i Stockholm från 3,5 till strax över 2 timmar, en mycket stor förbättring även i internationellt perspektiv.

Tack vare snabbare behandling räddas mer hjärnvävnad, vilket ger bättre vardagsfunktion. Innan triageprojektet startade, återfick endast 28 procent av trombeaktomerade patienter fullgod funktion efter tre månader.

– Med vårt nya arbetssätt har den andelen stigit till 41 procent helt fria från funktionsnedsättning. Det ska jämföras med bara 13 procent som fick så bra utfall efter svår propporsakad stroke utan trombeaktomi i randomiserade prövningar, säger Michael Mazya.

Trombeaktomi – så går det till



Avhandling: Sekundärprofylax efter stroke kan förbättras

Antalet strokepatienter i primärvården som använder statiner kan öka och kvinnor med tidigare stroke använder statiner i mindre utsträckning än män. Men antikoagulantiaanvändningen vid förmaksflimmer är numera god. Det visar en ny avhandling av Lukas Geary.

Lukas Geary är internmedicinspecialist och ST-läkare i kardiologi på Capio S:t Görans sjukhus. Han har disputerat på avhandlingen "Pharmacological prevention of ischemic stroke and TIA – epidemiological aspects and how to improve treatment".

En studie i avhandlingen undersökte socioekonomiska faktorerens betydelse för sekundärprofylax med statiner. I denna registerstudie undersöktes hur läkemedel hämtades ut av drygt 19 000 patienter med diagnosen stroke eller TIA, tolv månader efter utskrivning från sjukhus. Resultaten visade att 49 procent av patienterna med höga inkomster hämtade ut statiner mot endast 33 procent av patienterna med låga inkomster. Kvinnor hämtade ut statiner i mindre utsträckning än män.

– Vad detta beror på är oklart. I registerstudier som denna har man bara tillgång till ett begränsat antal variabler som gör det svårt att gå till botten med orsakssamband, säger Lukas Geary.

Uppdaterad diagnos viktig

Att det finns en uppdaterad diagnos för stroke visade sig vara en viktig faktor i Lukas Gearys andra studie. Bland drygt 6 000 studerade patienter som skrevs ut från sjukhus mellan 2010 och 2013 med en ischemisk stokediagnos var det under de två åren efter utskrivningen bara 44 procent som fick en stokediagnos (eller strokerelaterad diagnos) registrerad i primärvården. För TIA var siffran ännu lägre, kring 15 procent. Att diagnosen fanns

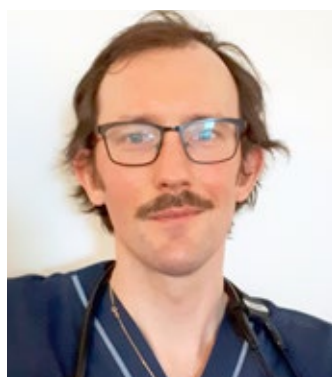
med i primärvården hade betydelse för hur patienterna behandlades. Bland kvinnor behandlades 62 procent med statiner om diagnosen fanns med, men bara 50 procent om den saknades.

För män var dessa siffror 70 procent respektive 61 procent.

– Diagnosregistrering verkar spela roll för sekundärprofylax. Även här är orsakssambanden dock något oklara och med all sannolikhet multifaktoriella. För en vårdcentralens interna förbättringsarbete tror jag att det är viktigt med diagnosregistrering. Det ger verksamheten möjlighet att identifiera exempelvis alla patienter som haft stroke och därmed följa upp om den sekundärpreventiva behandlingen är adekvat, säger Lukas Geary

Kvalitetsrapporter hade begränsad effekt

I de två senaste studierna testade man om en "audit & feedback"-intervention riktad till primärvården kunde förbättra medicinanvändningen hos patienter med tidigare ischemisk stroke/TIA



Lukas Geary

FOTO CHRISTER NORMAN

eller förmaksflimmer. Interventionen innebar att man 2015 randomiserade hälften av Stockholms vårdcentraler till att få en kvalitetsrapport med individuella kvalitetsdata för varje vårdcentral. Övriga vårdcentraler var kontroller. Efter 18 månader jämfördes uthämtade recept mellan interventions- och kontrollvårdcentraler. I den första studien med stroke/TIA-patienter blev det ingen säkerställd skillnad mellan grupperna. I den andra studien undersöktes effekten på användningen av antikoagulantia hos patienter med förmaksflimmer. Här såg man en liten effekt.

– Våra kvalitetsrapporter hade ingen eller bara en liten effekt på läkemedelsanvändningen. Det beror troligen på flera saker. Förbättringsutrymmet var inte särskilt stort åtminstone inte för trombo-cythemmare och antikoagulantia, vi skickade bara ut två påminnelser under dessa 18 månader och själva rapporten var dessutom relativt detaljerad och därmed kanske lite svårförståelig, säger Lukas Geary.

Över tid har användningen av statiner efter ischemisk stroke/TIA ökat. I den första studien med data från 2006–2010 låg användningen på

” Diagnosregistrering verkar spela roll för sekundärprofylax ”

cirka 44 procent. I den senaste studien med data från 2016–2017 hade den ökat till 65–68 procent.

Underbehandling av kvinnor

– Statinprofylax efter stroke har förbättrats över tid. Det är glädjande! Däremot verkar en betydande underbehandling av kvinnor kvarstå i samtliga ålderskategorier, vilket är oroväckande. Skillnaderna är viktiga att känna till som läkare och jag hoppas att de så snart som möjligt kan utjämnas, avslutar Lukas Geary.

Christer Norman

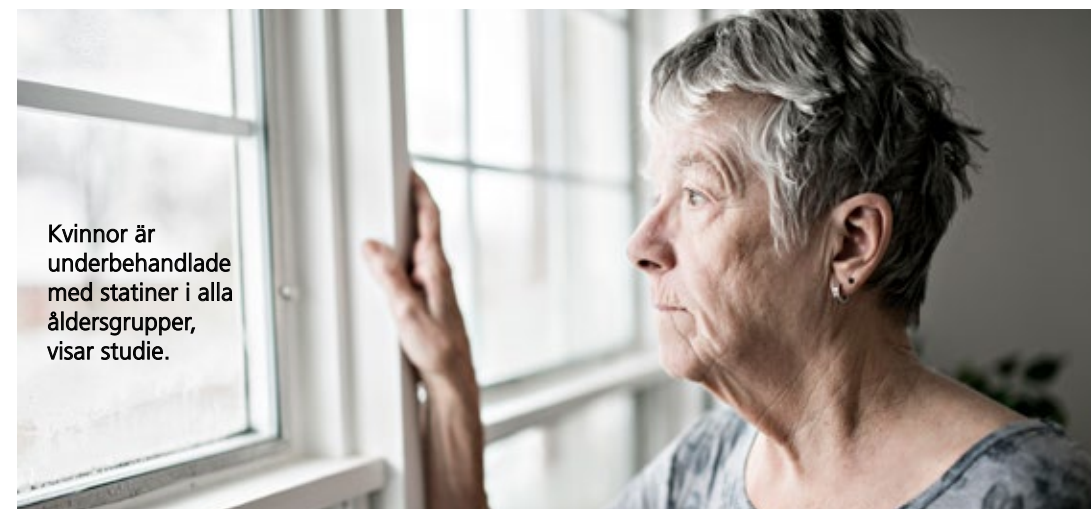


FOTO GETTY IMAGES

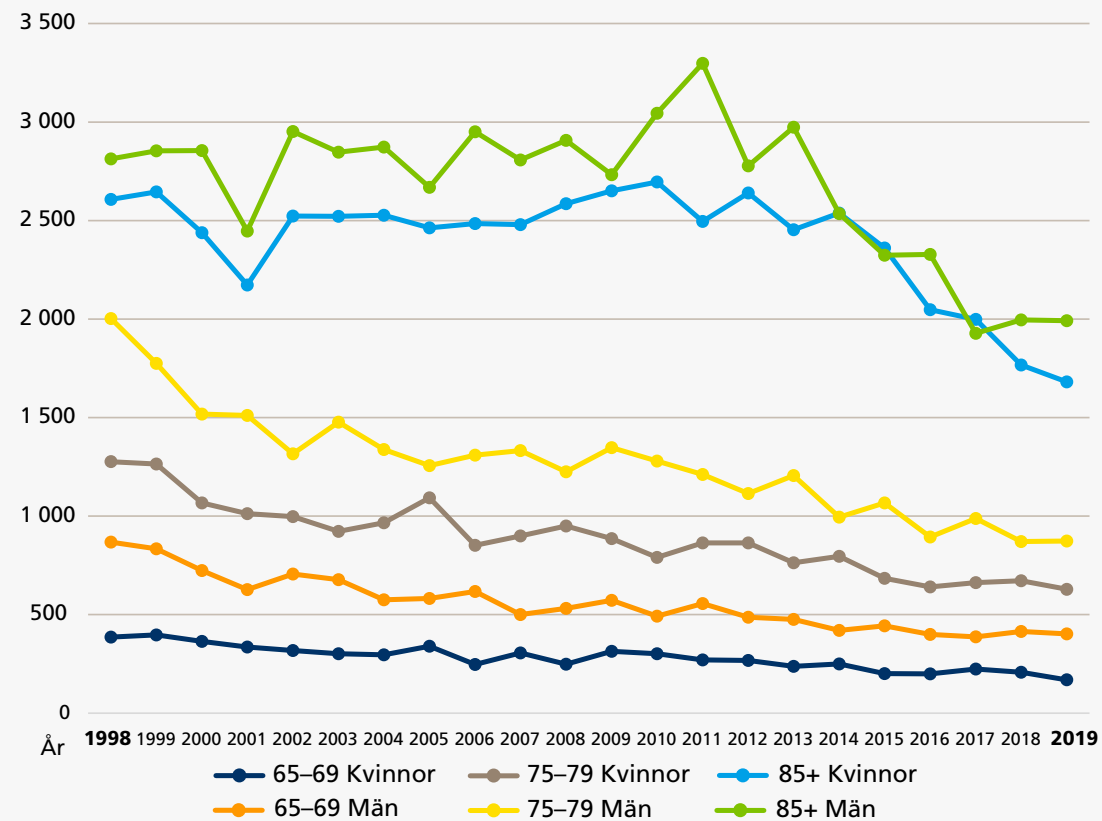
Läs mer

Lukas avhandling hittar du här:

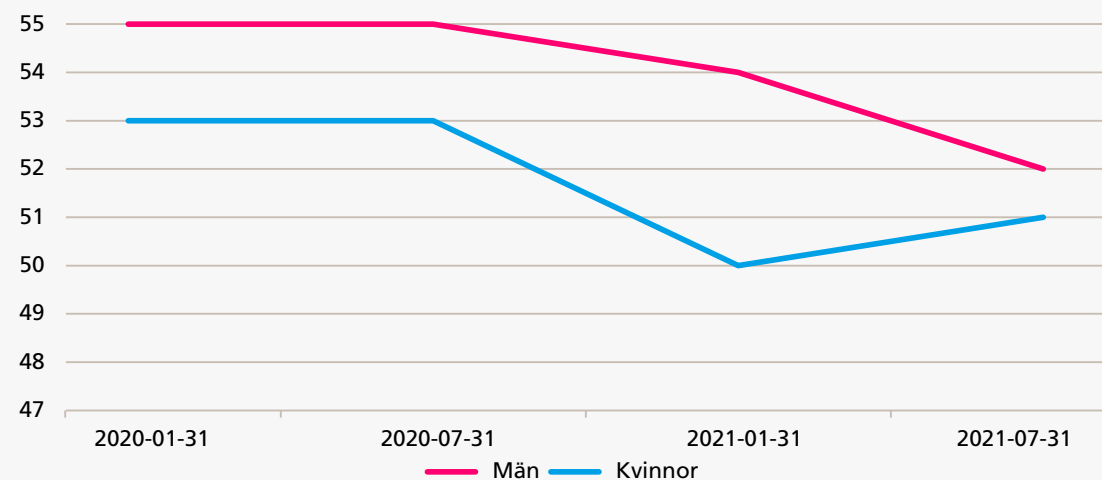
<https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/47287>

Stroke/TIA i grafer

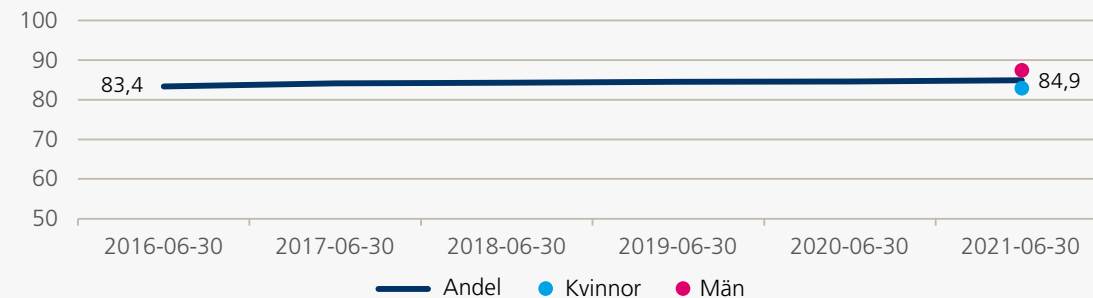
Antal patienter/100 000 inv med diagnos I63 Cerebral infarkt i slutenvård, Stockholms län, 1998-2019, Åldrar: 65-85+



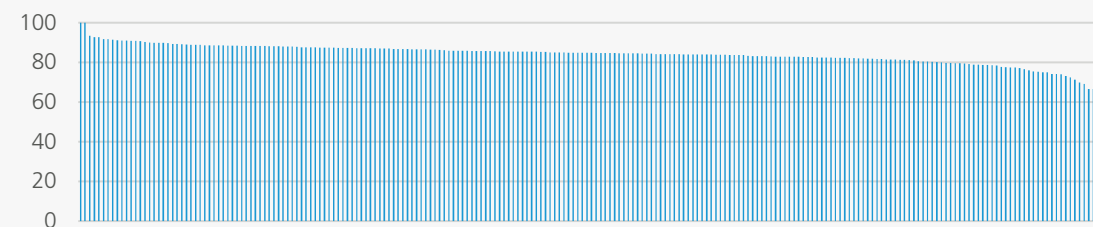
Procentuell andel patienter som de senaste fem åren fått diagnosen stroke/TIA på den egna vårdcentralen och som har ett registrerat mottagningsblodtryck på < 140/90 de senaste 18 månaderna



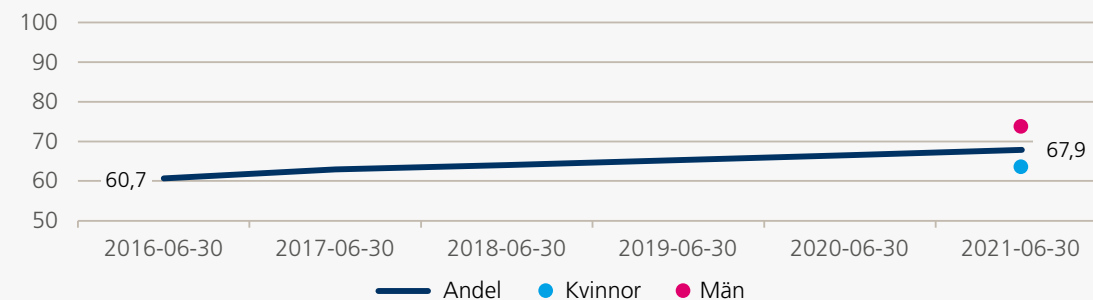
Procentuell andel patienter som de senaste fem åren fått diagnos stroke/TIA och som har hämtat ut recept på **antitrombotika/antikoagulantia** under den senaste tolv månadersperioden



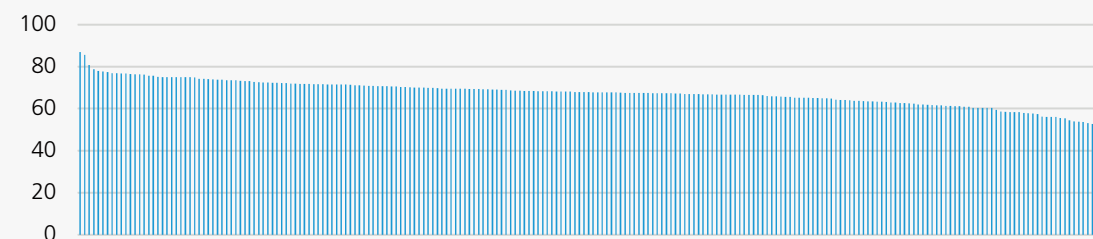
Procentuell andel stroke/TIA-patienter med **antitrombotika/antikoagulantia** – spridning alla VC i Region Stockholm juni 2021



Procentuell andel patienter som de senaste fem åren fått diagnosen stroke/TIA och som har hämtat ut recept på **statiner** under den senaste tolv månadersperioden



Procentuell andel stroke/TIA-patienter med **statiner** – spridning alla VC i Region Stockholm juni 2021



Sekundärprofylax vid ischemisk stroke och TIA

Även om incidensen av ischemisk stroke och TIA har minskat under det senaste decenniet och akut behandling, med trombolytisk och trombektomi, har utvecklats, är det av stor betydelse att identifiera och åtgärda riskfaktorer för återinsjuknande.

Karin Wirdefeldt, docent, överläkare, medicinsk enhet Neurologi, Karolinska universitetssjukhuset. Ordförande i Regions Stockholms expertgrupp för nervsystemets sjukdomar.

Ulrika Löfmark, med dr, överläkare, Neurologiska kliniken, St Görans sjukhus. Medlem i Regions Stockholms expertgrupp för nervsystemets sjukdomar.

Av patienter med stroke eller TIA i Riksstroke 2020 hade 20 procent tidigare haft stroke, 29 procent förmaksflimmer, 23 procent diabetes och 64 procent hypertoni. Sekundärprofylax, med livsstilsförändringar och läkemedel, är viktigt både i det akuta omhändertagandet och vid långsiktig uppföljning. Vanligen brukar den sekundärpreventiva behandlingen vara livslång.

I den akuta utredningen ingår kontroll av blodtryck, blodfetter, blodsocker, vilo-EKG och långtids-EKG för att upptäcka förmaksflimmer, samt bilddiagnostik av halskärnen för att upptäcka förträngning på halspulsådern. Operation av förträngning på halspulsådern på den symtomgivande sidan bör utföras snart efter insjuknandet. God blodsockerkontroll bör eftersträvas både i akutfasen och på lång sikt. Patienter med förmaksflimmer bör behandlas med orala antikoagulantia om det inte finns kontraindikationer. För detaljer angående antikoagulantibehandling och diabetesbehandling hänvisas till Kloka listan och expertgruppsutlåtanden från expertgrupperna för hjärt- och kärlsjukdomar och endokrina sjukdomar. Vi vill här sammanfatta rekommendationerna för patienter med ischemisk stroke och TIA avseende livsstilsförändringar, antitrombotisk behandling,

” I den akuta utredningen ingår kontroll av blodtryck, blodfetter, blodsocker, vilo-EKG och långtids-EKG

blodtryck och blodfetter. Rekommendationerna baseras på nationella och europeiska riktlinjer.

Levnadsvanor

För alla hjärt-kärlsjukdomar är hälsosamma levnadsvanor basen i förebyggande behandling. Studier som specifikt undersökt riskfaktorer för stroke har bekräftat att rökning, övervikt, avsaknad av regelbunden fysisk aktivitet och hög alkoholkonsumtion ökar risken. Matvanor spelar också roll; både så kallad hälsosam nordisk diet och



Ulrika Löfmark

Karin Wirdefeldt

medelhavsdiet är gynnsam, medan mycket salt, lite frukt och grönsaker ökar risken. Rådgivning om rökstopp, regelbunden fysisk aktivitet, matvanor, viktneigång och alkoholkonsumtion är viktigt i alla delar av vårdkedjan.

Antitrombotisk behandling

Antitrombotisk behandling är indicerat både i akutskedet och som sekundärprofylax vid stroke och TIA för att förhindra återinsjuknande i stroke, TIA eller andra hjärt-kärlhändelser. Rekommendationen är att behandla med klopidogrel i monoterapi 75 mg eller ASA 75 mg och dipyridamol 200 mg x 2 i kombination, vilka har likvärdig effekt. Kombinationsbehandling med ASA och dipyridamol är vanligen sämre tolererad och har sämre följsamhet, men för klopidogrel förekommer, hos cirka 20 procent kaukasier, resistens med genetiskt nedsatt förmåga att konvertera klopidogrel till aktiv form, vilket leder till utebliven effekt. Monoterapi med ASA 75 mg är ett alternativ, vilket har visats ha likvärdig riskreduktion för död, hjärtinfarkt och extrakraniell blödning som kombinationsbehandling med ASA och dipyridamol, men aningen mindre riskreduktion avseende återinsjuknande i stroke.

Risken för ny stroke eller andra kardiovaskulära

händelser är störst under den första tiden efter insjuknande i stroke eller TIA, och på senare år har kombinationsbehandling med ASA och klopidogrel under en begränsad tid visats minska risken för återinsjuknande i stroke med cirka 30 procent jämfört med ASA i monoterapi. Man har samtidigt noterat en viss ökad risk för milda, men inte för svåra, extrakraniella blödningar. Riskreduktionen är tydligast under de första tre veckorna efter insjuknandet; därefter ses ingen riskreduktion, dock ökad blödningsrisk. Eftersom studierna inkluderat patienter med så kallad högrisk TIA (med längre duration av bortfallssymtom, talpåverkan, motoriska symtom eller fluktuerande symtom) och små stroke (NIHSS, National Institutes of Health Stroke Scale, 3 eller lägre) är rekommendationen om kombinationsbehandling med ASA och klopidogrel under tre veckor i nuläget begränsad till dessa grupper.

Blodtrycksbehandling

I den akuta fasen efter stroke eller TIA är det sällan lämpligt att sänka blodtrycket, men på längre sikt är det av stor vikt att eftersträva god blodtrycks-kontroll, det vill säga 120–129/70–80 för personer upp till 65 år och 130–139/70–80 för personer över 65 år. Blodtrycksbehandling minskar återin-

” Statinbehandling är indicerad efter ischemisk stroke eller TIA ”



sjuknandet i stroke och andra hjärt-kärlhändelser oavsett utgångsblodtryck, det vill säga även patienter med blodtryck ned till 130 mmHg har nytta av behandlingen. ACE-hämmare, angiotensinreceptor-blockerare, kalciumantagonister eller diuretika rekommenderas i första hand. Ofta behövs kombinationsbehandling och för att snabbare nå målblodtryck är det av fördel att starta direkt med två läkemedel. Hos patienter med intra- eller extrakraniella kärlstenoser behöver man vara försiktig med blodtryckssänkningen och individuella blodtrycksmål får sättas upp. Det är viktigt att följa blodtrycket livslångt.

Statiner

Statinbehandling är indicerad efter ischemisk

stroke eller TIA, eftersom den minskar risken för insjuknade i kardiovaskulär sjukdom i allmänhet inklusive stroke. Statiner sänker totalkolesterol, LDL-kolesterol och triglycerider, samt höjer HDL-kolesterol på ett dosberoende sätt, men har även andra, så kallade pleiotropa effekter. Behandlingsmål för statiner brukar relateras till patientens skattade kardiovaskulära risk, där förekomst av tidigare stroke eller TIA medför mycket hög risk, samt målnivå för LDL, vilken anges till <1,8 mmol/l för patienter med mycket hög risk. I Kloka listan rekommenderas i första hand atorvastatin som bör ges i dosen 40–80 mg. En vanlig, och begränsande biverkan av statiner i högre doser är muskelvärk, då rosuvastatin och simvastatin är alternativ. Ezetimib kan läggas till om önskvärda nivåer ej nås.

FOTO GETTY IMAGES

3 frågor till Emma Schött

Vad är ditt uppdrag?

– Att ge vårdgivare, patienter och närstående hjälp vid frågor om förvärvad hjärnskada hos vuxna. Jag kan till exempel berätta om vilka stödfunktioner som finns i regionen, informera om rehabilitering och besvara frågor som rör funktionsnedsättningar efter en hjärnskada.

Vilka är det vanligaste frågorna?

– Primärvården söker mest min hjälp vid mer komplexa fall. De vill veta vilka alternativ som finns för remittering och när remisser för specialiserad rehabilitering har avslagits, kan jag ge råd om alternativa vägar. Om patienten inte har fått kontakt med ett neuroteam i anslutning till det akuta stadiet och det saknas remiss är det viktigt att husläkarmottagningen fångar upp behovet. Då kan jag informera om vilken typ av remittering som är lämplig, beroende på vilka behov patienten har och i vilket skede man söker hjälp. Om patienten har genomgått rehabilitering i primärvården men fortfarande har behov av en mer intensiv multidisciplinär rehabilitering kan det bli aktuellt med specialiserad rehabilitering och detta kan sökas återkommande.

– Patienterna som kontaktar mig har en funktionsnedsättning som påverkar deras dagliga aktivitet och de har ofta frågor om rehabilitering eller annat stöd. En del vill också ha kontakt med andra i samma situation. Några undrar också över återgång till arbetet, vilka alternativ som finns och hur det samordnas. Frågorna från närstående handlar ofta om nästa steg i rehabiliteringen, stöd i relationen med den hjärnskadade eller stöd för minderåriga barn. Frågorna fördelar sig ganska lika mellan vårdgivare, patienter och närstående, det vill säga en tredjedel från varje grupp.

Vad ser du som din viktigaste uppgift?

– Att stärka individen genom att finnas tillgänglig och därigenom stärka vårdkedjan. Den här patientgruppen behöver uppföljning på lång sikt, då skadorna många gånger kvarstår. Det är viktigt med upprepad anpassad information, både muntlig och skriftlig, eftersom patienterna ofta har påverkan på både kognition och förmågan att kommunicera.

En välfungerande vårdkedja kräver samarbete och starkt nätverk. Därför arbetar jag nära Kunskapsteam stroke/förvärvad hjärnskada på Akademiskt primärvårdscentrum, stroke- och hjärnskadesamordnare samt nätverket Hjärna tillsammans.

Susanne Elfving



Emma Schött,
Stroke- och hjärnskadevägledare

Kontaktuppgifter

Emma Schött

Tel. 08-123 596 67

e-post: emma.schott@sl.se

Webbida: ds.se/hjarnskadevagledare

Viktigt att upptäcka förmaksflimmer efter stroke

Detektion av förmaksflimmer och, i förekommande fall, insättande av blodförtunnande behandling en viktig åtgärd vid sekundärprevention efter stroke. Förmaksflimmer är dock asymtomatiskt i cirka 30 procent av fallen och diagnosen därför lätt att missa.

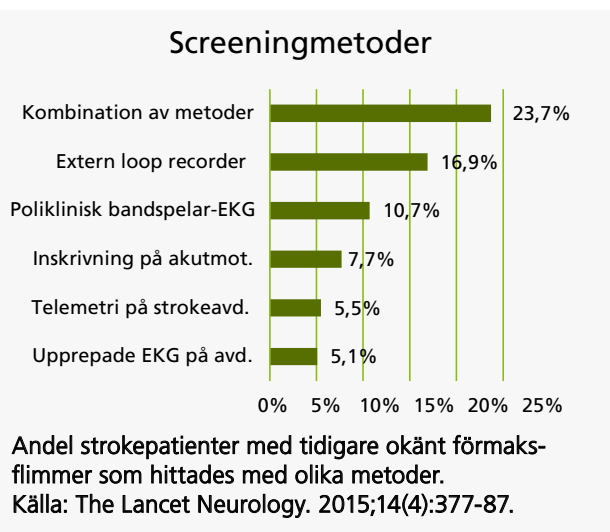
Frieder Braunschweig, överläkare, verksamhetschef, Medicinsk enhet Kardiologi, Karolinska Universitetssjukhuset. Medlem i Region Stockholms expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar.
Emma Svennberg, specialistläkare, Medicinsk enhet Kardiologi, Karolinska Universitetssjukhuset.

Detektion av förmaksflimmer och, i förekommande fall, insättande av blodförtunnande behandling är en viktig åtgärd vid sekundärprevention efter stroke. Förmaksflimmer är dock asymtomatiskt i cirka 30 procent av fallen och diagnosen därför lätt att missa.

Förmaksflimmer är den enskilt viktigaste riskfaktorn för stroke. Enligt det nationella Riksstrokerregistret (årsrapport 2019) hade 29 procent av patienter med stroke ett förmaksflimmer och motsvarande siffra för patienter med TIA var 21 procent. Strokerisken vid förmaksflimmer kan kraftfullt minskas med hjälp av orala antikoagulantia.

Bland patienter som har överlevt en stroke har därför systematisk screening föreslagits i syfte att öka flimmerdetektion. Monitoreringsmetoder att tillgå för ändamålet sträcker sig från upprepade vilo-EKG till helt kontinuerlig monitorering med hjälp av implanterbar loop recorder (ILR). En metaanalys av 50 studier visade att olika metoder är olika effektiva på att hitta tidigare okänt förmaksflimmer, se graf.

I CRYSTAL AF studien randomiserades 441 patienter med stroke av oklar orsak och utan känd flimmerdiagnos till implantation av ILR eller sed-



vanlig uppföljning. Efter ett år hade 12,4 procent i ILR gruppen fått diagnosen förmaksflimmer jämfört med 2,0 procent i kontrollgruppen. I en nyligen publicerad studie jämfördes extern loop recorder med ILR hos patienter med genomgången stroke, och där såg man en 3-faldig ökning av nydiagnostiserat förmaksflimmer i ILR gruppen (15,3 procent mot 4,7 procent).

Dessa och andra studier var dock ej dimensionerade för att visa långtidsvinster i form av minskad

incidens av stroke-recidiv eller förbättrad överlevnad. Ändå, med tanke på den höga risken för nya stroke och den höga prevalensen av förmaksflimmer i denna patientgrupp anses flimmerscreening vara en viktig sekundärprofylaktisk åtgärd och är idag klinisk rutin.

Europeiska kardiologföreningens (ESC) riktlinjer rekommenderar att patienter med stroke eller TIA som saknar en känd flimmerdiagnos undersöks med 24-timmars EKG övervakning under sjukhusvistelsen, samt efter utskrivning med hjälp av 72 timmars EKG (klass I, evidensgrad B). Mer kontinuerlig monitorering med ILR eller non-invasiv rytmmonitorering rekommenderas för patienter med särskilt hög risk för flimmer (enligt CHA₂DS₂-VASc) och hos dem med klinisk misstanke på trombembolisk strokegenes (klass IIa, evidensgrad B).

Flimmerscreening spelar även en viktig roll vid primärprevention av stroke. ESC förespråkar opportunistisk screening medelst palpation eller EKG hos patienter i ålder ≥ 65 år samt att man uppmärksammar tecken på förmaksflimmer hos dem med pacemaker (båda klass I, evidensgrad B). Gällande systematisk screening av personer med hög risk (≥ 75 år och/eller andra riskfaktorer) råder fortfarande viss oklarhet. ESC utfärdar en klass IIa rekommendation (evidensgrad B), däremot drar en SBU rapport från 2017 slutsatsen

ett det fortfarande saknas evidens för gynnsamma långtidseffekter med flimmerscreening och att det finns risker med metoden såsom att patienter med falskt positiva fynd utsätts för blödningsrisker efter initiering av antikoagulantabehandling. I den nyligen presenterade STROKESTOP-studien visade Svennberg och medarbetare att screening för förmaksflimmer hos 75/76-åringar minskar risken för död och stroke utan att öka risken för blödning. Studien är publicerad i *the Lancet* i slutet av augusti och ger ytterligare stöd för systematisk flimmerscreening av riskindivider.

Fakta förmaksflimmer

- Förmaksflimmer orsakar mellan 20–30 procent av ischemisk stroke.
- Cirka 30 procent av patienter med förmaksflimmer är asymtomatiska – stroke kan vara den första manifestationen.
- Flimmerscreening av patienter som drabbats av stroke eller TIA hittar tidigare okänt förmaksflimmer hos tio till 25 procent. Hos dessa patienter kan antikoagulantabehandling minska strokerisken påtagligt.
- Europeiska kardiologföreningens (ESC) riktlinjer föreslår minst 72 timmars poliklinisk EKG monitorering hos patienter med stroke/TIA utan känd flimmerdiagnos.

Rehabilitering efter stroke kräver samverkan kring patienten

Ett förbättringsarbete på Boo vårdcentral visade att de inte kände till många av sina patienter som vårdats på sjukhus för stroke. Resultatet blev en förbättrad sekundärprevention både för dessa och för de redan kända strokepatienterna. I patientens rehabilitering samverkar fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped och kurator – ofta i patientens hemmiljö – för bästa resultat.

Rita Fernholm är specialist i allmänmedicin och medicinskt ledningsansvarig läkare för patientsäkerhet på Boo vårdcentral i Saltsjö-Boo. Hon leder bland annat en satsning på förbättringsarbete generellt i primärvården inom Region Stockholm.

– Jag har en roll att stötta förbättringsarbete i primärvården. Enheterna får återkoppling på sitt arbete och jag coachar dem så att de kommer vidare, säger Rita Fernholm.

För några år sedan ledde hon ett sådant förbättringsarbete avseende stroke och TIA på Boo vårdcentral. Först gjordes en kartläggning av strokepatienterna på vårdcentralen, för att identifiera områden där den största förbättringspotentialen fanns.

– Vi tittade på våra egna siffror och det visade sig att vi bara kände till ungefär hälften av dem som hade haft stroke och behandlats på sjukhus. Av de vi kände till var det bara drygt hälften som hade ett bra blodtryck och cirka 60 procent stod på blodfettssänkande behandling. Därför kallade vi till oss alla nya patienterna för att se över den sekundära behandlingen, säger Rita Fernholm.

Uppmuntrades att köpa blodtrycksmätare

Arbetet som avslutades 2019 visade att andelen patienter som uppnått målblodtryck och som hade

blodfettssänkande behandling ökade.

En strokepatient som vårdats på sjukhus ska remitteras till primärvården för uppföljning inom tre månader. Det blir dock inte alltid så eftersom en del patienter inte går direkt hem utan skrivs ut till exempel till rehab eller säbo, särskilt boende.

– Därför försöker vi idag ha en närmare kontakt och samarbete med såväl Södersjukhuset som rehabilitering och neuroteamet för att fånga upp de här patienterna och följa upp bland annat blodtryck och blodfetter. Patienterna uppmanas också av neuroteamet att kontakta oss, säger Rita Fernholm.

– Neuroteamen gör ett ypperligt arbete men i neuroteamen saknas dock läkare varför det är av största vikt att dessa patienter fångas upp till regelbundna kontroller hos sin husläkare, säger hon.

En del av förbättringsarbetet med strokepatienterna var att stärka dem att ta eget ansvar. Det gjordes bland annat genom att förbättra en blodtryckshörna på vårdcentralen, där patienten kunde mäta blodtrycket och lära sig mer om målnivåer för sitt blodtryck.

– Vi uppmuntrade dem också att köpa en blodtrycksmätare att ha hemma och mäta. Vi har även



Rita Fernholm

FOTO PRIVAT

”Den största framgångsfaktorn är att vi fyra professioner samverkar kring patienten”, säger Anna Nyhlén, arbetsterapeut i neuroteamet, Rehab Nordost i Täby.

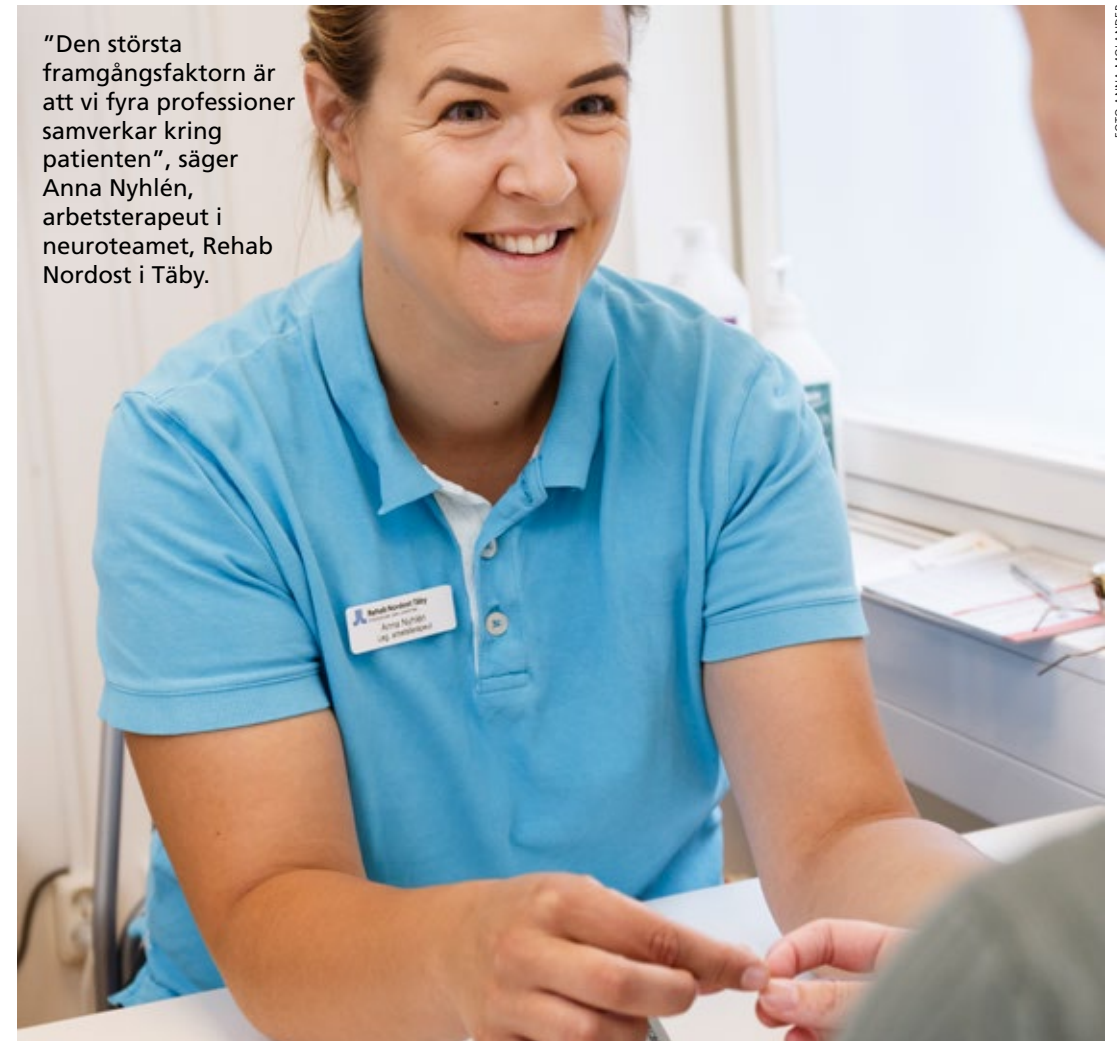


FOTO ANNA MÖLANDER

Neuroteam

Verksamheten ska utgöra en länk i vårdkedjan vid utskrivning från slutenvård. Verksamheten ska främja patientens möjligheter, att i så stor utsträckning som möjligt, utifrån sin förmåga och behov, kunna återta sin tidigare livsroll i familj, arbete, fritid och samhällsliv. Utredning och behandlingsinsatser ska utgå från medicinska prioriteringar och bygga på nationella riktlinjer samt lokala vårdprogram.

Rehabiliteringen ska fortgå till dess att patienten har uppnått en stabil funktionsnivå och patienten kan själv eller tillsammans med närstående ansvara för fortsatt träning eller annan verksamhet kan tillgodose patientens rehabiliteringsbehov.

Neuroteamet består av arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, kurator och logoped.

Mer information om Neuroteam finns på <https://rehab.sll.se/vi-erbjuder/neuroteam/>



”En del behöver bara ett till två besök, medan andra kan vi behöva träffa varje vecka i upp till ett år, säger Annika Englund, logoped i neuroteamet, Rehab Nordost i Täby.

upprättat checklistor för våra läkare och sjuksköterskor över vad som ska ingå i ett uppföljningsbesök efter stroke. Vi har haft en hel del interutbildningar kring stroke, och några patienter har också varit delaktiga i förbättringsarbetet, säger Rita Fernholm.

Neuroteamet utreder behovet

Inom Region Stockholm finns 19 neuroteam specialiserade på att hjälpa människor som nyligen insjuknat eller återinsjuknat i stroke/TIA eller har annan neurologisk sjukdom eller skada. I neuroteamet på Rehab Nordost Täby arbetar arbetstera-

peut Anna Nyhlén och logoped Annika Englund.

– Vi träffar patienten i ett tidigt skede, ofta redan när patienten fortfarande ligger på sjukhus i ett så kallat vårdöverföringsmöte. Där etablerar vi kontakt och gör en första intervju och kartläggning, säger Anna Nyhlén.

Förutom arbetsterapeut och logoped finns även kurator och fysioterapeut representerade i teamet. Tillsammans utreder de rehabbehovet för varje patient och lägger upp en behandlingsplan. En stor del av rehabiliteringen sker i personens hem, eftersom det är där som personen ska fungera.

– Den största framgångsfaktorn för en lyckad

rehabilitering är just att vi fyra professioner samverkar kring och med patienten. Vi arbetar mycket med att motivera patienten att själv försöka vara aktiv med träning och övningar när vi inte är där. Därmed är anhöriga och andra nätverk också viktiga för en lyckad rehab. För de som bor ensamma kan kommunen och hemtjänsten fylla en viktig stödfunktion, säger Anna Nyhlén.

De insatser som sätts in har en stor spännvidd eftersom det är individuellt vad de drabbade behöver hjälp med efter en stroke. Det kan vara allt från att gå och röra sig i hemmet, till att gå i trappor, använda sina händer, klä på sig, hantera hjärntrötthet, lära upp tal och artikulation, språkförmåga, att överkomma sväljproblem, stödsamtal med en kurator och mycket annat.

– En del behöver bara ett till två besök av oss, medan andra kan vi behöva träffa varje vecka i upp till ett år. Vissa av våra patienter som har behov av mer djupgående och intensiv rehab kan vi via

patientens husläkare remittera vidare till specialsjukgymnast, dagrehab eller annat ställe, säger Annika Englund.

Många återfår sin funktion

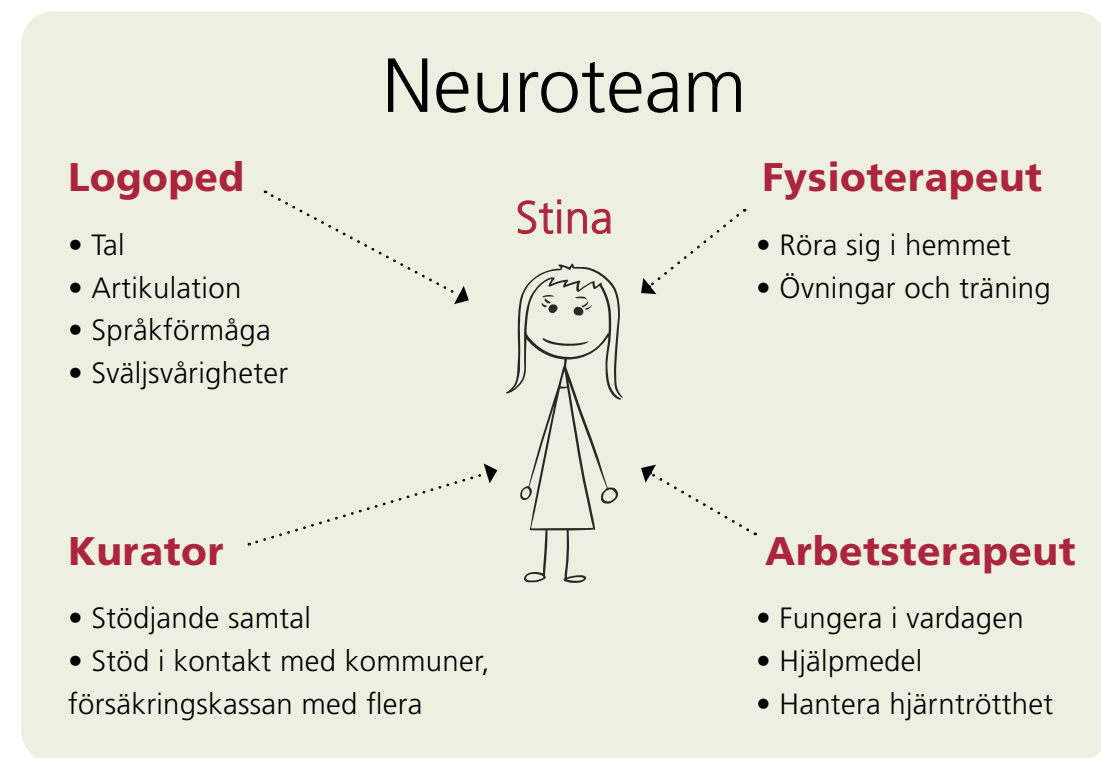
Ofta remitterar neuroteamet patienten tillbaka till husläkaren på grund av följsjukdomar, som inte alla är ovanligt.

– Många av våra strokepatienter drabbas exempelvis av depression. Då kontaktar vi husläkaren för hjälp med det, säger Anna Nyhlén.

Det är inte ovanligt att strokepatienter har någon form av bestående men efter sin rehab. Men Anna Nyhlén och Annika Englund tycker båda att den rehab som neuroteam bedriver fyller en stor funktion.

– Många av patienterna återfår en stor del av den funktion de hade innan sin stroke.

Fredrik Hed





Så handläggs körkortsfrågan efter TIA och stroke

För patienter som har körkort har läkare ett ansvar och en skyldighet att bedöma förmågan att framföra motorfordon, något som alltid måste göras efter en TIA eller stroke. Här presenteras de bedömningsgrunder och regler som gäller.

Karin Wirdefeldt, docent, överläkare, medicinsk enhet Neurologi, Karolinska universitetssjukhuset. Ordförande i Regions Stockholms expertgrupp för nervsystemets sjukdomar.

Ulrika Löfmark, med dr, överläkare, Neurologiska kliniken, St Görans sjukhus. Medlem i Regions Stockholms expertgrupp för nervsystemets sjukdomar.

Om en läkare vid undersökning av en körkortsinnehavare finner att personen av medicinska skäl är olämplig att ha körkort, ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. Innan anmälan görs ska läkaren underrätta personen. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att personen kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra.

Anmälan till Transportstyrelsen ska också göras om en läkare vid undersökning eller genomgång

av journalhandlingar finner det sannolikt att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort och personen motsätter sig fortsatt undersökning eller utredning.

Anmälan kan grundas på en genomgång av journalhandlingar, det vill säga utan att läkaren själv har träffat personen. (Källa: KKL 10 kap §2 (SFS 1998:488).

I Transportstyrelsens regelverk framgår att TIA och stroke utgör hinder för innehav av körkort

för samtliga behörigheter. Efter TIA och stroke behövs en observationstid, vars längd får bedömas i det enskilda fallet, för att säkerställa att tillståndet är väl behandlat och i övrigt inte innebär en trafiksäkerhetsrisk. Bedömningen ska helst ske vid återbesök på stromottagning eller specialistklinik, annars på vårdcentral. Vid bedömningen bör riskfaktorer såsom till exempel förhöjt blodtryck, förhöjda blodfetter, förmaksflimmer, karotisstenos, rökning och kärldmissbildning beaktas. I litteraturen finns bra stöd för rekommendationer angående observationstid (se faktarutan), men tiden för köruppehåll varierar något, framför allt avseende TIA.

Kvarstående symtom efter stroke ska bedömas enligt tillämpligt kapitel i Transportstyrelsens regelverk. Exempel på sådana kapitel är:

Kap. 2 (synfältsdefekter). Patienter som har synfältsbortfall, till exempel hemianopsi eller kvadrantanopsi, bör remitteras till ögonläkare för bedömning.

Kap. 4 (förlamningar). Sjukdom eller nedsättning i rörelseorganens funktion som innebär att fordon inte kan köras på ett trafiksäkert sätt utgör hinder för innehav, men inte om den kan kompenseras genom ortopediskt hjälpmedel eller tekniska anordningar på fordonet. För innehav av

behörigheter för buss och taxiförarlegitimation ska rörelseförmågan vara tillräcklig för att kunna hjälpa passagerare in i och ut ur fordonet samt med bilbältet.

Kap. 10 (kognitiva störningar). Allvarlig kognitiv störning utgör hinder för innehav. Vid bedömning av om störningen ska anses som allvarlig ska särskild hänsyn tas till nedsättning av uppmärksamhet, omdöme och förmågan att ta in och bearbeta synintryck samt nedsättning av mental flexibilitet, minne, exekutiva funktioner och psykomotoriskt tempo. Dessutom ska känslomässig labilitet och ökad uttrötthet beaktas. Apraxi och neglekt ska särskilt uppmärksammas. För innehav av behörigheter för lastbil och buss eller taxiförarlegitimation ska den ökade trafiksäkerhetsrisk som följer med sådant innehav beaktas.

Kap. 14 (psyksiska sjukdomar och störningar). Detta kapitel handlar om exempelvis psykos och schizofreni. Psykotiska symtom kan utgöra hinder för körkortsinnehav.

I osäkra fall kan patienten remitteras till Trafikmedicinska mottagningen på Karolinska i Huddinge för utredning.

Rekommendationer angående köruppehåll efter TIA och stroke

För privatbilist:

1. TIA – en månads uppehåll med bilkörning
2. Stroke – 3–6 månader beroende på kvarstående symtom.

För yrkesförare:

1. TIA – tre månader
2. Stroke – minst sex månader

För samtliga förare gäller att efter stroke med synfältsbortfall ska beslut tas av ögonläkare.

Avslutningsvis får noteras att läkare har anmälningskyldighet, men det är Transportstyrelsen som fattar beslut om indraget körkort.

Mer individualiserad antitrombotisk behandling vid kranskärslsjukdom

Behandling av akut och kronisk kranskärslsjukdom har länge varit standardiserad, med samma behandlingskombinationer och behandlingstid till alla. Nya studier har börjat ifrågasätta både intensiteten och längden av behandlingen. Detta reflekteras i de senaste europeiska riktlinjer som rekommenderar ett mer nyanserat ställningstagande baserat på den individuella risken för blödning och ischemi.

Juliane Jurga, med dr, bitr överläkare, Medicinsk enhet Kardiologi, Karolinska universitetssjukhuset.

Emil Grönlund, bitr överläkare, Hjärtkliniken, Capio S:t Görans sjukhus.

Karolina Szummer, med dr, överläkare, Medicinsk enhet Kardiologi, Karolinska universitetssjukhuset.

Samtliga författare är ledamöter i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar.

Fakta

- Den antitrombotiska behandlingen efter genomgången akut koronart syndrom, AKS, blir alltmer nyanserad med individanpassade val av både trombocythämmare och duration som balanserar risken för ischemi och blödning.
- Flera studier har visat att kortare behandlingstid än tolv månader med dubbla trombocythämmare kan minska risken för blödning.
- Förlängd behandling med dubbel trombocythämmare eller lågdos rivaroxaban kan vara lämpligt för patienter med hög risk för nya ischemiska händelser och låg blödningsrisk.

Akuta koronara syndrom (AKS)

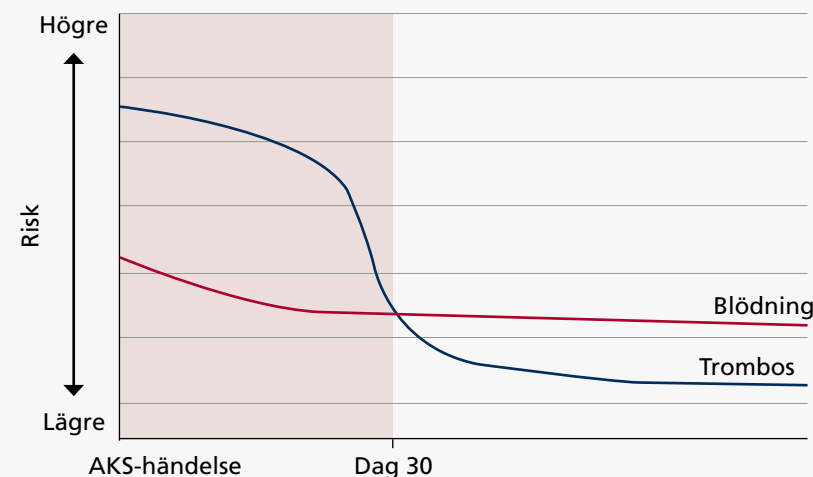
Grundbehandling vid akuta koronara syndrom, AKS (även akut hjärtinfarkt), utgörs av laddningsdos och underhållsbehandling med acetyl-

salicylsyra (ASA, se tabell) som kombineras med trombocythämmare (P2Y₁₂-receptor-hämmare, till exempel klopidogrel, tikagrelor (Brilique) eller prasugrel (Efient)) för att behandla den förhöjda risken för reinfarkt och stenttrombos. Tidpunkten för insättning i relation till kranskärsls-röntgen har blivit livligt debatterad under det senaste året, då nya data visat en tendens till ökad blödning vid alltför tidig insättning.

Den ischemiska risken är högst vid hjärtinfarkten och avtar därefter, medan blödningsrisken är konstant förhöjd under behandling med blodförtunnande läkemedel (se figur). Vid hjärtinfarkt rekommenderas generellt 12 månaders behandling med dubbel trombocythämning. Denna behandlingsregim utmanas av nya studier inriktade på att minska antalet blödningar, och studerar kortare tid med dubbel trombocythämning och övergång till singelbehandling med en potent trombocythämmare (till exempel endast tikagrelor).

Hos patienter med hög och mycket hög blödningsrisk (till exempel äldre patienter >85 år, patienter med tidigare blödning) väljs ofta klopi-

Risk för trombos och blödning efter akut koronart syndrom, AKS



Under de första 30 dagarna efter ett akut koronart syndrom överväger nyttan av en intensiv antitrombotisk behandling vanligtvis blödningsrisken. Därefter minskar den antitrombotiska nyttan och den fortsatta behandlingen bör väga in både risken för trombos och för blödning. Källa: *N Engl J Med.* 2021;384:452-60

dogrel, som är en mindre potent trombocythämmare än tikagrelor eller prasugrel.

AKS med förmaksflimmer

Cirka 15 procent av patienter med hjärtinfarkt har förmaksflimmer. Dessa patienter bör i första hand behandlas med NOAK vilket under sjukhus tiden kombineras med acetylsalicylsyra och klopidogrel (så kallad trippelbehandling). Vid utskrivningen är behandlingsvariationerna större. Dubbelbehandling, där NOAK kombineras med en trombocythämmare (antingen ASA eller klopidogrel), är vanligast upp till tolv månader. Därefter fortsätter man endast med NOAK.

Kroniskt koronart syndrom

Efter ett år bedöms patientens risk för ny hjärtinfarkt. Vissa patienter har återkommande ischemiska episoder utan blödning, och kan vara lämpade för förlängd behandling med kombination av acetylsalicylsyra med lägre dos tikagrelor. Alternativt kan ASA kombineras med lågdos rivaroxaban, som också minskar risken för nya ischemiska händelser.

Sammanfattning

Den optimala antitrombotiska behandlingen omprövas för närvarande i flera pågående studier. Detta kommer leda till en mer nyanserad och individualiserad behandling under kommande år.

Förslag på behandling med trombocythämmare efter akut koronart syndrom (AKS)

Tid efter AKS	Standard-behandling	Hög ischemisk risk	Hög blödningsrisk	Förmaksflimmer
≤1 månad	ASA + tikagrelor (eller prasugrel)	ASA + tikagrelor (eller prasugrel)	ASA+ tikagrelor/ klopidogrel	ASA + klopidogrel + NOAK
1–12 månader	ASA + tikagrelor (eller prasugrel)	ASA + tikagrelor (eller prasugrel)	Endast tikagrelor/ klopidogrel	klopidogrel + NOAK
>12 månader	ASA	ASA + lägre dos tikagrelor/ eller byte till ASA + lågdos rivaroxaban	ASA	NOAK



P A T I E N T E N

Ulla är 85 år med tablettbehandlad hypertoni och kostbehandlad diabetes som också behandlas med apixaban (Eliquis) 5 mg x 2 på grund av förmaksflimmer. Hon drabbas av en ST-höjningsinfarkt och får stent i LAD och ordinerar därför även klopidogrel för ett års behandling samt acetylsalicylsyra för tre månader. Vid återbesök på vårdcentralen några månader senare har hennes njurfunktion försämrats (kreatinin 140 µmol/l, eGFR 29 ml/min/1,73 kvm). Husläkaren sänkte därför apixaban till 2,5 mg x 2. Ett halvår senare halkar hon och slår i huvudet, och det diagnostiseras ett mindre subduralhematom. Det beslutas om konservativ behandling. Apixaban och klopidogrel pausas. Remitteras för uppföljning till sin primärvårdsläkare, med ordination att sätta tillbaka antitrombotisk behandling efter en månad.

Knappt två år senare ramlar Ulla i hemmet. Denna gång ådragit sig kotkompressioner och ett hematom på låret. Ulla upplevs nu som kognitivt sviktande och man har initierat en demensutredning. Remiss skickas till koagulation för att diskutera frågan om antikoagulantia bör sättas ut med tanke på kombinationen av fallrisk, kognitiv svikt och nu sämre njurfunktion (eGFR 24 ml/min/1,73 kvm). Vad gör du?

Vår patient är ett komplicerat fall som presenterar risk både för trombos och blödning. Balansen mellan nytta och risk med antikoagulantia-behandling är minst lika viktig bland äldre. Den ansvarige läkaren måste därför alltid

Eli Westerlund, Danderyds sjukhus
Eva-Lotta Hempel, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

bedöma den enskilda individens blödningsrisk och ta hänsyn till annan läkemedelsbehandling, i synnerhet vid samtidig behandling med antikoagulantia och trombocythämmande läkemedel.

Kardioembolirisk: Ulla har tablettbehandlad hypertoni, kostbehandlad diabetes och har även haft både stroke och hjärtinfarkt, vilket motsvarar CHA₂DS₂VASc 7 poäng. Således hög kardioembolirisk.

Blödningsrisk: Ulla har inte varit påtagligt blödningsbenägen, då hon trots samtidig behandling med antikoagulantia och trombocythämmare "endast" fick ett begränsat subduralhematom vid huvudtrauma. Hon klarade även dessförinnan trippelbehandling utan blödningskomplikation. Risken för hjärnblödningar är högre med stigande ålder och är nästan dubblerad vid 80-90 års ålder. Viktigt att även blodtrycket är välbehandlat för att minska blödningsrisken.

Fallrisk: har trots allt varit sporadisk i detta fall, men minnessvikten leder förstås till ökad risk att hon glömmer använda sin rollator och därför kan ha ökad fallrisk i framtiden.

Njursvikten är ytterligare en riskfaktor.

Så här gjorde vi: Sammantaget blev vårt råd att fortsätta med apixaban 2,5 mg x 2 som en rimlig kompromiss mellan blödning och blodpropp så länge hon tolererar det utan blödningsbenägenhet och eGFR är >15 ml/min/1,73 kvm.

Har du en fråga om läkemedel eller behandling?

Mejla din fråga till våra experter:
lakemedelskommitten.hsf@sl.se. Skriv Evidens i ämnesraden.

Tillägg av SGLT2-hämmare trots god glukoskontroll?

"Jag har på min vårdcentral fått en remiss från en hjärtläkare som tycker jag ska sätta in SGLT2-hämmare på en av mina diabetiker som är 70 år och som uppnår målvärde på under 52 i HbA1c med enbart metformin. Patienten har ischemisk hjärtsjukdom men ingen njursvikt eller hjärtsvikt enligt nyligt EKO via hjärtläkaren. Hur aggressiva ska vi vara egentligen? Eftersom patienten uppnår målvärdet är jag inte benägen att ge henne ytterligare medicinering i nuläget. Är detta fel?"



Karolina Nowinski,
med dr, bitr överläkare,
Medicinsk enhet Klinisk
farmakologi, Karolinska
universitetssjukhuset,
ordförande Region
Stockholm läkemedels-
kommittés expertgrupp
för hjärt- och
kärlsjukdomar

Hjärtläkaren har i detta fall rekommenderat SGLT2-hämmare för att minska risken för kardiovaskulära händelser och död, inte för att sänka HbA1c.

SGLT2-hämmare är läkemedel som har funnits i flera år och använts vid diabetes mellitus typ 2 i första hand som blodglukossänkande läkemedel, men de senaste åren har flera studier publicerats som visar att SGLT2-hämmare minskar risken för kardiovaskulära händelser och död hos patienter som har ischemisk hjärtsjukdom. En metaanalys av tre kliniska prövningar av dapagliflozin, empagliflozin och kanagliflozin som inkluderade patienter med aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (DECLARE-TIMI 58, EMPA-REG OUTCOME, CANVAS) visade en 14 procent lägre kombinerad risk för hjärtinfarkt, stroke och kardiovaskulär död.

Läs mer i det dokument som vi skrivit och som finns på janusinfo.se.



FOTO: ANNA MOLANDER

Pontus Curman,
överläkare, Ersta
Diabetes och
endokrinmottagning,
ledamot i Region
Stockholm
läkemedelskommittés
expertgrupp för
endokrina sjukdomar

Rekommendationen från kardiologen är i linje med den behandlingsrekommendation för typ 2-diabetes som finns i Kloka listan sidan 28, vilken baseras på internationella riktlinjer från ADA/EASD. Vid typ 2-diabetes och samtidigt aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom rekommenderas att tidigt lägga till SGLT2-hämmare eller GLP-1-agonist till metformin och hälsosamma levnadsvanor.

Målvärdet för HbA1c är det högsta rekommenderade HbA1c-värdet med hänsyn taget till risk för hypoglykemi, eftersom hypoglykemi är en stressfaktor som bör undvikas vid ischemisk hjärtsjukdom. Om man kan uppnå ett lägre HbA1c utan att behandlingen innebär risk för hypoglykemi, finns det ingen anledning att anpassa behandlingen för att bibehålla HbA1c 52 mmol/mol. Då varken metformin eller SGLT2-hämmare innebär risk för hypoglykemi, så ser jag ingen anledning att minska metformindosen vid insättning av SGLT2-hämmare. Observera eventuella riskfaktorer för normoglukem ketoacidosis hos patienten före insättning och förse patienten med den patientinformation som finns på janusinfo.se.

Så tolkar du information om läkemedelsbiverkningar

Ju större nytta med en behandling, desto högre risk kan vi tolerera. Ofta kanske stort fokus läggs på effekt och nytta, men det är också viktigt att värdera säkerhetsinformationen för läkemedel.

FOTO: KARI KOHVAKKA



Eva Wikström
Jonsson om
läkemedels-
biverkningar

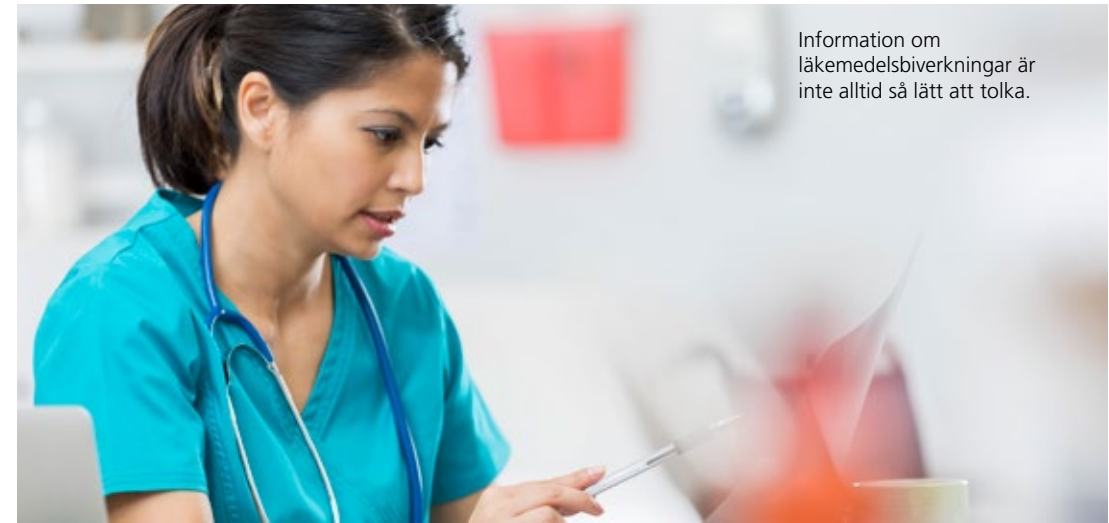
Ofta ligger fokus på läkemedlens effekt, men minst lika viktig kan frågan om dess biverkningar vara. Det finns förutsättningar att upptäcka de vanligaste biverkningarna i de kliniska

prövningar som görs före godkännandet, men det finns fallgropar vid tolkning av biverkningsdata. Det är viktigt att komma ihåg att även individerna i placebogruppen i en klinisk prövning drabbas av "biverkningar" – medicinska händelser som skulle kunna ha samband med behandlingen. Därför är det viktigt att veta om biverkningssiffror från studier har korrigerats med avseende på detta. Det kommer bland annat att påverka tolkningen av händelser som kan utgöra tecken på terapivikt. Andra omständigheter som kan påverka den uppmätta frekvensen är vilka kriterier som har krävts för biverkningsdiagnoserna och huruvida man frågat aktivt efter vissa biverkningar. Därför kan det vara vanskligt att jämföra biverkningsfrekvens mellan olika studier.

För att sällsynta biverkningar ska kunna upptäckas behöver fler individer ha behandlats än vad som är vanligt i kliniska prövningar. Därför upptäcks

sådana biverkningar oftast inte förrän läkemedlet kommit ut på marknaden och används av många fler. Kort efter introduktionen av mRNA-vaccinerna mot Covid-19 kom till exempel några mycket uppmärksammade rapporter om anafylaktiska reaktioner i anslutning till vaccination. De förefaller ha skapat mycket oro, men anafylaktiska reaktioner i anslutning till dessa vaccinationer är i själva verket mycket sällsynta och förefaller, enligt vetenskapliga publikationer, drabba upp till ungefär 1/100 000. Ett annat exempel på en mycket sällsynt biverkan som upptäckts sedan vaccinerna mot Covid-19 godkänts är den kombination av tromboser och trombocytopenier som i produktresumén (juli 2021) beskrivs inträffa hos färre än 1/10 000 efter vaccination med Vaxzevria. Så ovanliga biverkningar upptäcks inte utan att ett mycket stort antal individer exponeras. För att en läkemedelsbiverkan som inträffar hos 1/100 000 med 95 % sannolikhet ska ha observerats en gång, måste 300 000 individer ha exponerats. Som jämförelse motsvarar en risk på 1/100 000 den risk som brittiska NHS anger för att dö under generell anestesi.

En annan orsak till att nya biverkningar upptäcks först efter godkännande av ett läkemedel, kan vara selektionen av populationen i prövningsprogrammet. Vissa grupper, exempelvis barn, äldre och/eller multisjuka, kan ha varit exkluderade och det kan visa sig att någon av de exkluderade grupperna hade ökad risk för en viss biverkan. Uppföljningstiden i kliniska prövningar kan också bidra.



Information om läkemedelsbiverkningar är inte alltid så lätt att tolka.

FOTO: GETTY IMAGES

Vissa biverkningar blir manifesta först efter en längre tid – tänk exempelvis på tardiva dyskinesier efter neuroleptikabehandling.

För att undersöka ovanliga händelser, eller händelser som inträffar med fördröjning kan observationell metodik lämpa sig. En annan viktig källa till information om biverkningar av nya läkemedel utgörs av de biverkningsrapporter som skickas in till LäkeMedelsverket och motsvarande myndigheter i andra länder. Man kan dock inte uttala sig om frekvensen av en biverkning utifrån spontanrapporterna. Mängden spontanrapporter kan påverkas av hur många som exponerats för läkemedlet, hur vanlig den misstänkta biverkan är respektive av en rad olika faktorer som påverkar rapporteringsgraden. Exempelvis hade LäkeMedelsverket i början av juni 2021 redan registrerat upp emot 41 000 rapporter om misstänkta biverkningar för de vacciner som används mot Covid-19 i Sverige. Det kan jämföras med att knappt 8 000 rapporter om misstänkta läkemedelsbiverkningar inkom totalt under hela 2020.

I enskilda fall är det svårt att säkerställa ett kausalsamband mellan behandling med ett visst läkemedel och en rapporterad biverkan. Ofta landar man i ett möjligt samband – det kan inte uteslutas att läkemedlet orsakat den misstänkta biverkningen. Att

säga att det är sannolikt eller kan säkerställas är svårt. Hur stark misstanken om ett kausalsamband i slutändan blir i det enskilda fallet beror bland annat på tidssamband, om in- och utsättning prövats och den misstänkta biverkningen har försvunnit respektive kommit tillbaka, om andra vanliga orsaker till det inträffade kan uteslutas och om det finns en känd mekanism som gör ett orsakssamband troligt. Hypoglykemi vid insulinbehandling är ett tydligt exempel på det sistnämnda.

På såväl europeisk som internationell nivå samarbetas det kring signalspaning och utredning av misstänkta läkemedelsbiverkningar med utgångspunkt i spontanrapporterna. På gruppnivå kan man också ta hänsyn till faktorer såsom normal frekvens av en viss medicinsk händelse i den behandlade populationen. Ju fler uppgifter som kan ligga till grund för en bedömning av kausalsambandet det finns i de individuella rapporterna, desto bättre. Just din rapport kan göra skillnad för patientsäkerheten, så friska upp minnet kring hur man rapporterar med LäkeMedelsverkets e-utbildning!: <https://www.lakemedelsverket.se/sv/rapportera-biverkningar/lakemedel/misstankt-biverkning-hos-manniska/utbildning-om-biverkningsrapportering>

Missa aldrig ett nummer av Evidens!

Gå in på www.janusinfo.se/prenumerera och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post.

Adresskälla: Region Stockholm

Fortbildning – ett axplock

ONSDAG

6
OKT

Diabetes hos den äldre patienten

6 oktober kl. 14.00–16.00
Digital Fortbildning
Målgrupp: Sjuksköterska, undersköterska

ONSDAG

13
OKT

Sår och sårbehandling i fokus

13 oktober kl. 14.00–16.00
Plats: Sollentunageriatriken
Målgrupp: Sjuksköterska, undersköterska

TISDAG

19
OKT

Höstmöte för lokalt Smittskydds- och Stramaansvariga

19 oktober kl. 13.00–16.00
Digital Fortbildning
Målgrupp: Stramaansvariga läkare och sjuksköterskor

TORS DAG

21
OKT

Vårdhygienisk temaförmiddag

21 oktober kl. 08.30–12.00
Digital Fortbildning
Målgrupp: chefer med personalansvar inom öppen- och slutenvård samt kommunal äldreomsorg

TORS DAG

28
OKT

Bra att veta om venacesser

28 oktober kl. 14.00–16.00
Plats: Nackageriatriken
Målgrupp: Sjuksköterska

FREDAG

29
OKT

Att behandla den sköra, äldre psykiatriska patienten

29 oktober kl. 09.00–12.20
Onlinesymposium
Målgrupp: Läkare

Svensk Förening för Äldrepsykiatri årsmöte

29 oktober kl. 14.00–15.00
Digitalt möte (inloggningslänk skickas ut till medlemmar strax före mötet)
Målgrupp: Medlemmar

TISDAG

9
NOV

Breathless – En utbildningsdag om KOL

9 november kl. 08.30–16.00
Plats: HSF Lindhagensgatan 98
Målgrupp: Läkare och Sjuksköterska inom primärvård

TORS DAG

11
NOV

Stockholms Allmänläkardag

11 november kl. 08.00–16.30
Plats: Sheraton Stockholm Hotel
Målgrupp: Allmänläkare

TORS DAG

25
NOV

STRAMA informerar: Hygien och smitta i förskolan

25 november kl. 13.00–17.00
Digital/Fysisk fortbildning
Målgrupp: Personal på förskolor

Håll dig uppdaterad på janusinfo.se/fortbildning/
Flera digitala och fysiska utbildningstillfällen planeras under hösten. Information om nya tillfällen för fortbildning läggs löpande ut på janusinfo.se