

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 2/2020



Porträttet
Sid 34

**Sjukvården
i Australien**
Sid 28

**Sidorna
4-26**

Xarelto® för dina förmaksflimmerpatienter med diabetes



Mer än 70 % av diabetespatienterna avlider på grund av en kardiovaskulär händelse, inklusive stroke¹

“Jag visste inte att diabetes och mitt förmaksflimmer kunde orsaka stroke och dessutom skada mina njurar!”

Referenser: 1. Laakso M. Cardiovascular disease in type 2 diabetes from population to man to mechanisms. *Diabetes Care* 2010;33(2):442–9.

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 15 mg och 20 mg (F). **Indikation:** Förebyggande av stroke och systemisk emboli hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer, såsom hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack. **Dosering:** rekommenderad dos 20 mg en gång dagligen, vilket också är den rekommenderade maxdosen. För patienter med nedsatt njurfunktion (kreatininclearance 15–49 ml/min) är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. Behandling med Xarelto kan initieras eller fortskrida hos patienter som kan behöva konvertering. Rekommenderad dos för patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer som genomgår PCI (perkutan koronarintervention) med stentläggning: Det finns begränsad erfarenhet om användning av reducerad dos, 15 mg Xarelto en gång dagligen (eller 10 mg Xarelto en gång dagligen för patienter med måttligt nedsatt njurfunktion [kreatininclearance 30–49 ml/min]) med tillägg av P2Y₁₂-hämmare i högst 12 månader till patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer som behandlas med oral antikoagulation och som genomgår PCI med stentläggning. **Kontraindikationer:** Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling

med andra antikoagulantia. Leversjukdom förknippade med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrhotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Om blödning inte kan kontrolleras kan antingen tillförsel av ett specifikt medel för reversering av faktor Xa-hämmare (andexanet alfa), som motverkar den farmakologiska effekten av rivaroxaban, eller ett specifikt prokoagulant medel, såsom protrombinkomplexkoncentrat (PCC), aktiverat protrombinkomplexkoncentrat (APCC) eller rekombinant faktor VIIa (r-FVIIa), övervägas. Datum för senaste översynen av produktresumén oktober 2019. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Före förskrivning vänligen läs produktresumén på fass.se.

PP-XAR-SE-0431-2 Januari 2020

✓ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket.

XAR50215–Bilbo

Sjukhusläkaren 2/2020

SJUKHUSLÄKAREN DIN TIDNING

Sjukhusläkaren 2/2020

I DETTA NUMMER:

TEMA | CORONAKRISEN



- **Ledaren av Karin Bätelson**4-5
- Coronabevakningen på nätet.....6
- Tiodubblade IVA-platserna på rekordtid.....8-1
- **Krönika** | Lars Rocksén.....14-15



- Så vill världens experter stoppa pandemin15
- IVA-läkare: Vi går in i krisen på knäna16-19
- Johan Giesecke: “Vi kommer att klara utmaningen” ..20-21
- **Krönika från Italien** | Kristina Wallin22-23
- Hur säker är skyddsutrustningen?24,26

ÖVRIGT



- Vad kan vi lära av sjukvården i Australien?28-33
- **Porträttet** | Andreas Fransson34-36
- Friska sjukvårdspriset38-39
- Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte.....39



- **Krönika** | Björn Ekman40
- Sahlgrenska först med “innovations-ST”42-43
- **Debatt** | Åldersbestämning44-45
- Vinnarna i visions- och värdegrundstävlingen46-49
- Sjukhusläkarnas förenings sida50

Coronakrisen gör att sjukvården i Sverige behöver fungera som en enhet

Det är mycket som är annorlunda och det händer snabbt. Regeringen tar starkare grepp med nationella styrmedel vilket är positivt men vissa saker är ändå otydliga. Läkarnas, professionens och experternas roll är allt starkare och det är fantastiskt med alla frivilliga som rycker in och alla initiativ från företag och privatpersoner.

Samtidigt är det extremt tufft läge för personalen i de värst drabbade regionerna. På många håll har man infört allt fler jourlinjer, längre och tätare arbetspass med hård belastning trots att man kallat in mer personal.

Det nyligen påskrivna krislägesavtalet är aktiverat i Stockholm för viss IVA-vård. Men arbetsgivaren har ansvar för att all personal ska orka inte bara den närmsta veckorna utan för lång tid framöver. Begär av arbetsgivaren att listor på all arbetad tid ska skickas månadsvis. Ta kontakt med skyddsombuden, de är insatta i regelverket. Lokalföreningen bör begära att regionen aktiverar krislägesavtalet om övertidsuttag och annat börjar bli okontrollerbart.

Det pågår hårda diskussioner om skyddsutrustning. Utan personalen stannar sjukvården och diskussionerna om osäkerhet att bli smittad på arbetet, åsikten om att riktlinjer ändras i takt med minskad tillgång och att ansvaret är otydligt är förödande för förtroendet.

Kunskapen om graden av aerosolsmitta, säkerhetsavstånd och vilket skydd de olika skydden ger diskuteras och är inte helt klarlagda. Det gäller likaväl att inte bli smittad som att inte sprida smitta. De läkare som har kända riskfaktorer ska skyddas med

extra skyddsutrustning eller anpassade arbetsuppgifter. Men alla riskfaktorer är inte kända. Därför anser vi att försiktighetsprincipen ska gälla för alla arbetstagare. Och de läkare som arbetar i första ledet, som ofta kan vara yngre kollegor, måste alltid kunna känna stöd från mer erfarna och inte lämnas ensamma i besvärliga kliniska situationer. Man bör också testa vårdpersonal för smitta i mycket större omfattning och upprepat.

Nu är det huggsexa i världen med bud och överbud om sjukvårdsmaterial samtidigt som Socialstyrelsens krisanteringsadress är nermailad med olika initiativ och förslag som inte hinner värderas eller att man tackar nej då kvalitetcertifiering saknas på produkterna.

Socialstyrelsen behöver skala upp sin kapacitet och Arbetsmiljöverket har kommit med förslag till regeringen om ett snabbspår med en ny instans för kontroll och godkännande av utrustning. Det är ett bra.

Om medarbetare blir smittad har arbetsgivaren skyldighet att snabbt dokumentera vad som skett. Covid-19 har nu fått den näst högsta smittskyddsklassningen, 3. Skyddsombudet bör vara delaktig. Är man smittad ska man själv anmäla till AFA och det räcker med misstänkt smitta och även om man bara har milda symtom.

Vid allvarigare sjukdom eller dödsfall är det i nuläget oklart om AFA kommer att hantera Covid-19 som arbetsskada eller ej, vilket borde vara självklart.

Vid en eventuell arbetsskada ställs den ansvarige på enheten för arbetsmiljöfrågorna till svars. Högre chefer anger ofta att ansvaret är delegerat

nedåt och det ska i så fall visas skriftligt. Arbetsmiljöbrott är snårigt men arbetsgivaren måste bevisa att det vidtagits rätt åtgärder och att gällande föreskrifter följts.

Våra jurister och ombudsmän på Läkarförbundet har via samtal med riksenheten för arbetsmiljömål förstått att det kan komma att läggas ganska stor bevisbörda på den enskilde medarbetaren om att smittan verkligen skett på arbetet. Våra jurister lämnar därför följande konkreta råd: dokumentera dagligen att du och anhöriga är friska, som temp och frånvaro av symtom, och att du isolerar dig utanför arbetet, exempelvis inte åker kollektivt. Men, sista ordet är inte sagt! I de fall läkare och annan vårdpersonal som arbetat med coronasjuka och sedan själva drabbas av svår coronainfektion eller avlider så bör regelverket vara generöst och här måste regeringen gå in och förändra.

Regeringen har också begärt utökade befogenheter för att snabbare kunna stifta lagar utan riksdagens godkännande. Regeringen ska till exempel kunna hindra folksamlingar, stänga verksamheter och omfördela sjukvårdsmateriel och läkemedel mellan kommuner och regioner och från privata vårdgivare.

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap är myndigheter som har ställt sig positiva medan SKR är starkt kritisk till omfördelningsförslaget då de anser att myndigheter saknar den kompetensen, men ställer sig i övrigt med tveksamhet positiv.

Förskjutningen av makten skall dock ses i ljuset av att det är tillfälligt, att riksdagen kan ställa regeringen till svars för besluten i efter-

hand och att vi i kris måste se landet som en helhet och inte som 21 olika bitar.

Det gäller också de så kallade ”nya prioriteringsriktlinjerna” som egentligen inte är så nytt för IVA, där man sedan länge prioriterar hårt på grund av för få vårdplatser. IVA-vård inleds aldrig utan noga ställningstaganden om förutsättningar och prognos.

För corona är det också svåra ställningstaganden då det ofta innebär mycket lång vårdtid och en patient kan vara ganska opåverkad tills urakut behov uppstår. En risk med de så kallade ”nya riktlinjerna” är om man mycket tidigare i vårdkedjan sällar bort patienter till enbart palliativ och stödjande vård. Detta får inte ske innan taket för antalet patienter på IVA med adekvat övervakning har nåtts, och det kan bara infalla då behovet är överskridet i hela landet och inte bara inom en region.

Plötsligt kan snart alla sjukhus kommunicera digitalt med patienter. Det är medicinskt indicerat nu i coronatider och kan göras på ett bra sätt, men förstås bäst när man känner patienten. Att allt detta plötsligt går, att tillstånd ges, inköp görs och anpassningar möjliggörs är ett mycket tveeggat betyg åt regionernas IT-utveckling. Varför sker inte samma snabba utveckling utefter medicinska behov, lika effektivt i vanliga tider?

Kanske kommer det bestående positiva saker ur detta hemska. Kan vi hoppas på att ”förpappringens tid” – för att citera Bornemark – är rejält försvagad när det tydligt framgick vilken utväxling det blir

när professionen driver förändring och anpassning efter patienternas behov, utan för mycket att mäta och dokumentera.

Vi måste trots allt fortsatt ta ansvar för att den vanliga vården fungerar hjälpligt nu och maximalt efter pandemin. Efter pandemin kommer vi stå inför en gigantisk puckel av sjukvårdsbehov för alla som väntade redan innan och alla som nu trängs undan. Även Covid-patienterna kommer sannolikt fortsatt vara i stort vårdbehov under lång tid. Vi startade inte från något bra utgångsläge.

Forskning och utveckling måste hållas igång. Det pågår otrolig utveckling av ny forskning som rör coronas livscykel och makalös vaccinutveckling, men det krävs också förverkligandet av life-sciencestrategin, garanterad tillgång till läkemedel, förbättrad IT, arbetsmiljö och kompetensförsörjning.

En annan vinkel är att ytterligare förstärka chefsled i vården och myndigheter med experter. Det bör ges möjlighet att anställa fler läkare i projektform, tidsbegränsat eller som deltider med aktiv klinisk tjänst.

Vi kommer också att arbeta betydligt mer digitalt än innan till stor fördel. Men jag läste just en kollegas sorgsna inlägg om känsla av otillräcklighet i att lämna ett cancerbesked via datorn. Vi har ofta lärt oss att vara raka och inte linda in eller fara med halvsanningar. Men det gäller inte för alla patienter och man måste kunna känna av patientens reaktion som avgör när man helt enkelt ska vara tyst, trösta eller hantera sinnesrörelse från anhörig

som kanske inte ens syns i bild. Det är inte bra över Skype.

Vi ska hålla fast vid både de synliga bevisen för professionens otroliga förändringskraft vid medicinskt motiverade förändringar och insikten om läkarens omtanke om varje enskild patient, när vi planerar för post-corona vård.

Karin Båtelson,
ordförande i Sjukhusläkarna




www.sjukhuslakaren.se

▼ Anna Sofia Dahl, redaktionschef, reporter.
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se



▼ Adam Öhman, reporter.
adam.ohman@sjukhuslakaren.se

Redaktionen:

▼ Christer Bark, chefredaktör,
redigerare, reporter.
christer.bark@sjukhuslakaren.se

Följ vår Corona-bevakning på nätet

■ Spridningen av det nya coronaviruset sätter en enormt stor press på sjukvården. På sjukhuslakaren.se kan du läsa fler reportage, fördjupande intervjuer, nyheter, krönikor och inlägg om utvecklingen kring covid-19 och den rådande krisen.

Den svenska vaccinfabriken

Året är 2005 – och Sveriges hälso- och sjukvårdsminister Morgan Johansson tillkännager att Sverige ska bygga en vaccinfabrik i Sverige och att det är bråttom. Det ska göras så snabbt som möjligt.

▼ Budskapet till media är: "Det är bästa sättet att garantera att tillräckligt mycket vaccin kan produceras om och ifall den stora epidemin bryter ut, idag uppgår världens vaccinproduktion till 300 miljoner doser, vilket är helt otillräckligt".

En som var med i diskussionerna var

Björn Olsen, överläkare och professor i infektionssjukdomar, som i boken "Pandemi, myter, fakta och hot" berättar hur ambitionerna att bygga vaccinfabriken, som enligt honom skulle kostat motsvarande två JAS-plan, dog ut i samma stund som viggarna slutade dö utanför Oskarshamn.

Och 2009 gav regeringen och KD-ministern Maria Larsson planerna på en vaccinfabrik den slutliga dödsstöten med orden: "Det tillförlitligaste och det mest kostnadseffektiva sättet att säkerställa tillgången till influensavaccin vid en pandemi i nuläget är en så kallad



pandemigaranti. Sverige har ingått ett sådant avtal för de kommande tre åren med option i ytterligare tre år."

• Läs artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Lundaforskare försöker ta reda på hur corona överlever i luften

Den rådande pandemin drabbar såväl patienter som hälso- och sjukvårdspersonal. För att motverka smitta mellan dessa grupper har Jakob Löndahl, docent i aerosolteknologi vid LTH, Lunds universitet, och hans kollegor med kort varsel börjat studera hur det nya coronaviruset överlever i luften.

▼ – I verkligheten är det ju i princip otänkbart att det sprids droppar utan att det samtidigt bildas mängder av små partiklar. Frågan är hur viktiga de små partiklarna är och hur mycket virus som finns i dem. De flesta mätningar som finns publicerade hittills har inte hittat virus i luft, men datamaterialet är fortfarande ganska litet, säger Jakob Löndahl.

För närvarande gör forskarna mätningar på infektionskliniken på Skånes

universitetssjukhus i Lund. De mäter i korridorer, luftslussar och patientrum vid olika typer av behandlingar. En viktig aspekt i sammanhanget är det faktum att det är olika ventilation i olika rum. Enligt WHO:s rekommendationer ska intensivvård av patienter med covid-19 bedrivas i rum med undertryck för att ge såväl hälso- och sjukvårdspersonalen som patienterna bästa möjliga skydd.

– Har man undertryck på salen läcker inte lika mycket ut i omgivande lokaler, än om det är övertryck. Men att åstadkomma undertryck är inte helt enkelt. I praktiken kommer det att vara svårt på många ställen.

– Det finns andra risker som är större. I detta sammanhang är det viktigast att man har bra luftflöden i första hand, så att luften inte står stilla. Sedan är det avgörande att man tar på sig skydd i de

vårdmoment där det skulle kunna spridas aerosol som innehåller virus i luften. Något annat som kan göra nytta är dubbla dörrar.

Jakob Löndahl menar att det är viktigt att veta vilken typ av skyddsåtgärder som man ska använda sig av.

– Men det handlar ju också om smitta mellan patienter. Om viruset rör sig ut från patientrum måste man fundera på patientflöden. Den här smittan har ju tyvärr också drabbat andra patienter på sjukhus, säger Jakob Löndahl.

– Jag hoppas att vi kan hjälpa värden att ta informerade beslut om hur den här smittan ska hanteras.

Adam Öhman

• Läs en längre version av artikeln på www.sjukhuslakaren.se

OM DET GÄLLDE DIG SJÄLV. VAD SKULLE DU SKRIVA UT DÅ?

Eliquis® – för både behandling och profylax av DVT/LE:

- Vid behandling av akut DVT och LE uppvisade Eliquis® signifikant **färre allvarliga blödningar** och **jämförbar effekt** mot enoxaparin/warfarin^{1*}
- Vid profylax av recidiverande DVT och LE uppvisade Eliquis® signifikant **bättre effekt** och **jämförbart antal allvarliga blödningar** mot placebo^{1#}

* Behandling: Allvarlig blödning p<0,0001. Effekt på återkommande VTE/VTE-relaterad död p<0,0001 för non-inferiority.

Profylax: Effekt på återkommande VTE/död oavsett orsak p<0,0001. Allvarlig blödning ej statistisk skillnad.

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®



Bristol-Myers Squibb



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis® är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis® rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 17 februari 2020. **För fullständig information och pris se fass.se.** Bristol-Myers Squibb Aktiebolag, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer Aktiebolag, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

Södertälje sjukhus byggde upp antalet IVA-platser från 5-50 på rekordtid



Bengt Cederlund, tillförordnad chefläkare, visar upp skyddsmask 90 som man försöker anskaffa till personalen.



Vårdplatser i uppvakningsavdelning som ska användas för covid-19-patienter.

Stora delar av svensk sjukvård har omorganiserats på grund av covid-19. Vid Södertälje sjukhus har man tiodubblat antalet möjliga IVA-platser – från fem till närmare 50.

▼ Man har också begärt att få hjälp med utrustning i regionen och nationellt, och söker efter lösningar för att få personalen att räcka.

– Vi är otroligt tacksamma för att vi fick lite framförhållning och inte hamnade i det läge där Italien är. Och om man ges en möjlighet att förbereda sig så tycker vi att man ska ha så optimala förhållanden som man kan ha,

säger Bengt Cederlund, tillförordnad chefläkare.

Man skulle kunna kalla det en aning tur att Södertälje sjukhus befinner sig i ett ombyggnationsskede. Genom att återanvända material – bland annat dörrar och genomräckningsskåp – från de äldre lokalerna har man kunnat bygga om uppvakningsenheten, den dagkirurgiska mottagningen, operationssalar och intermediärvårdsplatserna till fullskaliga intensivvårdsavdelningar med luftslussar.

Både WHO och Surviving Sepsis Campaign rekommenderar att intensivvård av patienter med covid-19 ska ske i infektionsrum med undertryck. Och på en dryg vecka kunde Södertälje sjukhus bygga om för att skapa 20 sådana intensivvårdsplatser för luftburen smitta. Covid-19 är inte luftburen i normalfal-

let, men eftersom det vid IVA-vård bildas aerosoler som inte sedimenterar är det en annan situation i de miljöerna. Ytterligare 24 IVA-platser, med samma funktion, kan skapas genom att ställa om ventilationen i fyra operationssalar.

Av länsdelssjukhusets fem ursprungliga intensivvårdsplatser hade endast en ventilation på det sätt som man bör ha för att vårda patienter som smittats av covid-19 innan ombyggnationen. Men ventilationssystemen har byggts om – dels för att skapa undertryck, dels för att öka luftomsättningen – även för de helt nya intensivvårdsplatserna.

– Det här är lokaler som nu är fullt utrustade för intensivvård av gravt smittsamma patienter. Vår målsättning

Fortsättning nästa sida >>>



FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE



ANMÄLAN ÄR ÖPPEN!

Anmäl dig till Sveriges största kongress med ST och fortbildning i fokus



STORT KURSUTBUD

Försäkringsmedicin (b4)
Läkemedel - klinisk farmakologi (b3)
Smittskydd och vårdhygien (a3)
Sjukdomsförebyggande arbete (b2)
Patientsäkerhet och systematiskt kvalitetsarbete (a4)

Handledning (a1/16)
Palliativ medicin (b5)
Ledarskap (a1/6/17-18)
Kommunikation (b1/13-15)

VÄLKOMMEN TILL MALMÖ
1-4 SEPTEMBER 2020

WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE

är att det ska vara lägre risk för vår personal att bli smittad på jobbet än vad det är att bli smittad på bussen, säger Bengt Cederlund.

Han hänvisar till en intervju med Maurizio Cecconi – chef för anestesi och intensivvård vid det italienska sjukhuset Humanitas Research Hospital och ordförande i European Society of Intensive Care Medicine – som JAMA, Journal of the American Medical Association, publicerade den 13 mars.

– Budskapet från honom är glasklart, det är en stor risk att personalen blir smittad och man måste gå mycket långt för att undvika att det blir så. Dels är vi så otroligt beroende av vår personal i det här läget, dels har man ett ansvar inför varje anställd att skydda dem så långt som möjligt, säger Bengt Cederlund.

Ombyggnaden gick på tio dagar

Det tog drygt tio dagar från det att beslutet om att anpassa sjukhusets lokaler togs till det att ombyggnationerna vara klara. Med ett ”enormt stöd från vårt fastighetsbolag i den här processen” och ”intensivt målmedvetet arbete” menar Bengt Cederlund att man på så sätt har kommit en bit på vägen.

– Vi bytte frånluftfläktar och satte in extra frånluftdon, men ska man bygga om på fem dagar kan man inte ens beställa dörrpartier till luftslussarna – så vi tog dörrar från gamla lokaler som just var tomställda. Vi byggde om i två lokaler med sex respektive fjorton vårdplatser på nio dagar för en kostnad på 1,5 miljoner, säger han och fortsätter:

– Vi har tvingas till en del kompromisser. Till exempel prioriterade vi att nå målet för undertryck 2,5 kPa. Frånluftsfloöden når > 160L/s per vårdplats vilket är okej för äldre infektionsrum, men lägre än rekommendationen vid ny- och ombyggnation.

Men en hel del återstår när Sjukhusläkaren pratar med Bengt Cederlund i slutet av mars. Nästa steg är att tillsammans med Region Stockholm ordna den medicintekniska utrustning och personal som saknas till en del av de nya intensivvårdsplatserna.

– För 50 intensivvårdsplatser handlar det om en väldigt stor personalgrupp. Jag tror att vi också kommer att behöva lära upp personal över specialitetsgränserna i den här processen, säger han.

Av den anledningen har en del av sjukhusets kirurger utbildats i intensivvård. Tanken är att den mer oerfarna personalen ska ingå i team med mer erfaren dito vid de vårdtorg som kommer att bemanna en del av de nya intensivvårdsplatserna.

– Vi vet att WHO rekommenderar enkelrum, men försöker man göra det vi gör i enkelrum kommer det att bli betydligt knepigare, säger Bengt Cederlund.

Man har också lyckats få fram specialklädsel så att personalen som arbetar på avdelningarna ska vara helt skyddade. Något som enligt Bengt Cederlund är helt avgörande.

– Dels är det de absolut mest smittsamma patienterna som finns inom IVA – ju sjukare man är, desto mer smittsam är man. Dels gör man saker med patienterna på IVA som man inte gör någon annanstans. Det vi tror idag är att så fort man börjar använda andningshjälp med övertryck på de här patienterna skapar luftläckage aerosoler i miljön där de befinner sig, och de måste man skydda personalen mot.

Man kommer att använda olika typer av andningsskydd; Engångsmasker FFP3, friskluftshuvor med HEPA-filter och fläkt. Planen är också att anskaffa skyddsmask 90 från försvaret för att bli oberoende av leveransproblem av konventionell skyddsutrustning.

– Vi har gjort ett mindre test och bedömer att den kommer att vara bra att arbeta i. Skyddsmasken är ett bra personligt skydd, den är snabb att ta på sig i samband med akutlarm, du ser bra i den, det är helt okej att andas i den, den har talmembran och dessutom ett sugrör så att man kan dricka om man har den på sig sig lång tid. Vi är fortfarande i tidigt skede med planeringen och vet inte vilka förutsättningarna kommer att bli, säger Bengt Cederlund.

Just att kunna dricka genom skydds-



Håkan Kalzén verksamhetschef IVA lär upp Elin Karlsson, Johanna Lindelöf, Katina Klempetsanis och Stavros Jamalakis

masken är något som kan göra skillnad för arbetsmiljön. Eftersom det tar så lång tid att ta av skyddskläderna efter att man varit bland de smittade patienterna har personalen svårt till pauser, varken för toalettbesök eller för att dricka. Bengt Cederlund berättar att man till exempel i Italien arbetar sex timmar utan någon paus.

– I en global pandemi finns även en risk för försörjningsproblem för andningsskydd. Det värsta som skulle kunna hända är att andningsskydden tar slut och vi tvingas välja mellan våra anställdas säkerhet och att ge vård. Genom att ha tillgång till skyddsmask 90 ställer vi oss inte i den situationen, säger han och fortsätter:

– Nu har vi ett läge som ingen av oss har erfarenhet av och vi håller på att anpassa rutinerna för att hålla personalen frisk genom det här. Vi har inriktat oss på att hantera ett mycket stort vårduppslag. Och vi har ägnat veckan till att träna av- och påklädning och scenarioträning.

Bakgrunden till att Bengt Cederlund och hans kolleger tog beslutet att utöka intensivvården i den utsträckning man nu gjort var de rapporter som kom från just de italienska kollegerna i början av mars.

– Den information som kom från Kina var svårbedömd. Och den första rapporten från Italien var skakande. Under 90-talet och 00-talet var de

världsledande i forskning, utveckling och behandling av andningssvikt. När de beskrevs situationen i ett brev kunde man inte annat än att ta situationen på stort allvar, säger han.

Överraskande siffror från Italien

Men det var en del av siffrorna i rapporten som fick Bengt Cederlund att studsa till. De visade att medianåldern för de patienter som hittills vårdats i intensivvården i norra Italien på grund av covid-19 var 65 år, samtidigt som de hade låg dödlighet för patienter under 60 år.

– Det betyder att vi har en stor patientgrupp som är i arbetsförålder och som har en god prognos, om de kan vårdas på en intensivvårdsplats. Och

därför måste vi göra allt vi kan för att få till de platser som behövs.

Han betonar dock att det för 80 procent av de som drabbas av covid-19 kommer att handla om en besvärlig influensa med mycket hosta, som mest.

– Som det ser ut idag är risken för den enskilda individen låg. Men det kommer att vara några som trillar igenom, även yngre, och då måste vi ha resurser att ta han om dem.

Elin Karlsson, andre vice ordförande för Sjukhusläkarna, är en av kirurgerna som snabbutbildat sig inom intensivvård vid Södertälje sjukhus. Nu har hon gjort

Fortsättning nästa sida >>>

sitt första arbetspass på covid-IVA.

– Det känns ändå bra att komma igång på riktigt. Jag tycker att vi blir intränade i det här på ett väldigt bra sätt och gradvis får ett ökat ansvar, säger hon.

Sedan mitten av mars har den planerade verksamheten på kliniken för kirurgi, ortopedi och urologi vid Södertälje sjukhus dragits ner till ett minimum, såväl på mottagningen som operation. Eftersom sjukhuset inte utför cancerkirurgi har majoriteten av ingreppen kunnat skjutas upp och mottagningen har, utöver mottagningsbesök som inte kan vänta för stunden, även funktion som en lättakut för patienter inom klinikens område.

I samband med att den elektiva verksamheten minimerats fick klinikens läkare anmäla intresse frivilligt för att

lära sig att arbeta inom intensivvården.

Majoriteten erhöll därefter en epide-mi-placering på anestesin eller akuten för att kunna täcka upp när det finns behov.

I början av april har Elin Karlsson gjort sitt första arbetspass på en av de nyöppnade intensivvårdsavdelningarna för patienter med covid-19 och är nu helt bortplockad från den vanliga verksamheten.

– Vi kirurger och ortopeder som är här går på ett schema med 12-13 timmarspass. Just nu är det ganska lugnt, men vi tror att det kommer att ändras ganska snart.

Eftersom covid-19 är en helt ny sjukdom är kunskapssökandet hos personalen stort och diskussionerna om vad som kan göras bättre ständigt levande, enligt Elin Karlsson. Det finns också en

oro för att situationen kan komma att bli ohållbar.

– Jag upplever ändå att det är mycket lättare att få en roll och kunna göra någonting aktivt som förhoppningsvis gör skillnad, jämfört med att stå bredvid. Och det känns skönt att vi påbörjade förberedelserna i så god tid, säger hon.

Hon menar att en fördel med att vara ett litet länsdelssjukhus är att det blir tydligt vem som har mandat i ett läge som det här.

– Det är ett väldigt tydligt medicinskt ledarskap, vilket gör att man känner en tillit. Man tänker hela tiden åtta steg framåt och informerar oss i personalen hela tiden.

Anna Sofia Dahl

Bengt Cederlunds tips för att skydda personalen

▼ Vårdåtgärder inom intensivvården ger aerosoler. Det finns tydliga rekommendationer från WHO och European Society of Intensive Care att använda rum med specialventilation. Vid konstruktion: utgå från de rekommendationer för Airborne Infection Isolation som finns från CDC.

▼ Kompromissa – med den här tidspressen och eventuellt redan patienter inne i lokalerna kommer ni inte att nå hela vägen.

▼ Sträva efter avgränsning av området för covid-19 patienterna – undertryck, slussar och luftomsättningar. Skydda de patienter som inte har covid-19 och ge personalen möjlighet att komma ut i områden där de vet att smittan inte finns.

▼ Det finns många sätt att stärka upp ventilationen:

▼ Kraftigare fläktar och nya don i ordinarie system.

▼ Har man redan patienter inne i lokalen: lyft ut ett fönster och montera in frånluftsfäktar i fönsterkarmen utifrån med hjälp av en skylift.

▼ Använd en mobil luftrenare med HEPA-filter – 1000 m³/h tillför ca 12 luftomsättningar per timme i ett 35 kvm rum.

▼ Gör en bedömning av hur frånluften evakueras, rekommendationen från CDC är HEPA-filter på frånluften. Tyvärr har dessa lång leveranstid. Gör en riskbedömning av placering i förhållande till luftintag. Se till att fönster på fasaden hålls stängda.

▼ Bygg luftslussar. Har ni till- eller från-luftsdon i slussen: bygg en vägg tät och en otät. Tänk på hur luften kommer att strömma. Finns det inget luftdon i slussen: se till att båda väggarna är otäta och skruva upp frånluften i vård-lokalen lite till.

▼ Tänk: sopor, spolo, genom-räkningskåp.

▼ Sikta på att skapa vårdtorg med många platser i samma rum. Det ger en lägre personal åtgång och lägre förbrukning av skyddsmaterial.

▼ Personalen tar av sig skyddsutrustningen i luftslussen.

▼ I Italien arbetar man på vårdtorg vilket gör att personalen kan använda samma personlig skyddsutrustning medan de vårdar flera patienter, sedan byter man det yttersta lagret för att upprätthålla hygien. Skilj på personligt skydd, med andningsskydd och ett inre lager, och ett yttre för att undvika kontaktsmitta.

▼ Ventilationssystem i operationssalar har övertryck och läckage – överluft – till operationskorridoren. Ställ om till undertryck och använd uppdukningsrum till sluss.

▼ Det finns en stor risk för smitta när man tar av sig skyddsutrustningen. Mycket viktigt att man är noga med handsprit och arbetar systematiskt. Man kan sannolikt inte vara anestesijour både för patienter med covid-19 och för en förlossningsverksamhet.

Jäv: Bengt Cederlund har ett företag som bedriver forskning och utveckling av ventilationssystem för operationssalar.

Förbättra utsikterna vid IPF.

OFEV® (nintedanib) bromsar sjukdomsutvecklingen hos patienter med idiopatisk lungfibros och minskar den relativa årliga försämringen av lungfunktionen (FVC) med cirka 50 %^{*1-3}.

OFEV® rekommenderas i ATS/ERS/JRS/ALAT guidelines för behandling av IPF (uppdatering 2015)⁴

För mer information besök www.ofev.se. Du är också välkommen att kontakta oss!

Hur låter en lunga med IPF?

Scanna QR-koden och lär dig höra skillnad på ljudet av lungor med idiopatisk lungfibros och lungor med andra lungsjukdomar.



*Enligt årlig minskningstakt (primärt effektmått) och observerad FVC-förändring från utgångsläge (sekundärt effektmått), poolade data från INPULSIS™-1 och INPULSIS™-2. Absolut behandlingseffekt gentemot placebo enligt primär analys var 109,9 ml, p < 0,0001.

Referenser: 1. OFEV® Produktresumé, fass.se. 2. Richeldi L, du Bois RM, Raghu G, et al; for the INPULSIS Trial Investigators. N Engl J Med 2014;380(22):2071-82. 3. Costabel U, Inoue Y, Richeldi L, et al. Am J Respir Crit Care Med 2016;193(2):178-85. 4. Raghu G, Rochwerger B, Zhang Y, et al. Am J Respir Crit Care Med 2015;192(2):e3-e19.

Förskrivningsinformation: Ofev® (nintedanib) kapsel 100 mg och 150 mg, Rx, F. Proteinkinasinhibitör, för behandling av idiopatisk lungfibros (IPF) hos vuxna. Ofev ska inte användas vid överkänslighet mot nintedanib, jordnötter eller soja. Diarré kan förekomma och ska behandlas vid första tecken. Kontrollera leverfunktionen före insättning och under behandling, med täta kontroller under de första tre månaderna. Risk för blödning och tromboemboliska händelser. Boehringer Ingelheim AB – tel: 08-721 21 00. För ytterligare information samt pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén: 12/2019.

Nu hänger allt på oss inom vården...

Världen står inför en katastrof. Det finns inget annat sätt att beskriva det. Mänskligheten kommer på något sätt att ta sig igenom den, men förlusterna orsakade av SARS-CoV-2 kommer att skapa stora hål i den samhällsväv vi tillsammans vävt under det senaste seklet.

Den värld som består efter de sista dyningarna av den infektiösa flodvåg som nu sköljer över oss kommer att vara skakad ned i sina grundvalar. Det är troligt att mycket av det vi tidigare tagit för givet kommer att vara annorlunda. Allt från internationell maktbalans via nationella försörjningsstrategier ned till individers enskilda val riskerar att vara förändrat efter det här har passerat.

Infektionen som nu lamslår hela världen ställer även ledarskapet på extrema prov. Länders statsöverhuvuden reagerar blint i vad som kan anses vara nära panik. Vissa ledare inför åtgärder som är långt mer uttalade än vad rådgivare önskar. Andra gör nästan ingenting på ett nationellt plan – samtidigt som lokala ledare smutskastar när de försöker lösa en situation som är dem i det närmaste övermäktig.

Den stig som Sverige valt att gå har inte trampats av andra länder, men verkar vara kantad av en tro på vetenskap och förtroende för en

svensk kultur där en majoritet följer instruktioner.

Ingen vet säkert vilken metod som är den bästa och informationsstormen som piskar upp debatten gör att väldigt få står stadigt. Ena dagen är en medicin den enda boten och nästa dag är effekten försumbar samtidigt som biverkningarna verkar allvarligt skadliga. I paniken att få de knapphändiga resurserna att räcka till föds desperata åtgärder, så som att koppla ihop maskiner på ett sätt som i bästa fall kan beskrivas som experimentellt.

Spridningsmekanismer diskuteras vilt på alla olika nivåer och beslut som påverkar hela nationer kan ibland vara baserade på rena anekdoter. De skrivna order som går ut ena dagen är inte värda pappret de är skrivna på dagen efter.

I en tid där allting samtidigt är sant och falskt, där rädslan för att den osynliga fienden finns överallt och ingenstans, krävs det att vi samlar oss bakom ett ledarskap.

Vi har som läkare ett mycket stort ansvar att vara del av ledarskapet i den kris som nu uppstått. Hela vår utbildning handlar om att samla kunskap om medicinska utmaningar, analysera utfall och sedan förmedla det medicinska beslut som vi med den samlade erfarenheten säger oss är den bästa.

I det dagliga arbetet på avdelnin-

gen, akutrummet eller på mottagningen är läkarna en naturlig del av ledarskapet. Det är vi som bär det medicinska ansvaret, har legitimitet att fatta beslut och äger ledarskapet i vårdsituationen. Nu är det extra viktigt att ta detta ansvar på största allvar eftersom alla blickar vänds mot oss, inte bara inom vårdens organisation utan även från stora delar av civilsamhället.

Ute i samhället har allmänheten generellt ett mycket stort förtroende för alla som arbetar inom vården. Och i den situation som nu uppkommit är det otroligt viktigt att vi alla förvaltar det förtroendet genom att agera i enlighet med vår utbildning och vår etiska kompass. Vi behöver använda vår kunskap för att beskriva den gemensamma fienden, men också vilka åtgärder som krävs för att möta den medicinska utmaningen. Ingen annan kan beskriva den bättre än vi som står i frontlinjen och som ser vad som kan hända.

I en situation där hela organisationen kommer att skaka duger inte ett ledarskap på avstånd. Inget beslut som fattas i ett konferensrum någonstans kommer att få genomslagskraft om det inte förmedlas och förstärks tydligt av lokala ledare.

Det är viktigt att lokala styrgrupper har ett tydligt mandat och leds av den högsta medicinska kompetensen. Beslut ska fattas efter avvägning av både vetenskap och medicinsk prioritering. Därför är det viktigt att läkare finns med och aktivt tar en del som ledare i det arbete som

utförs. Samtidigt är det många fler aspekter som behöver avvägas och ledningsgruppen behöver bestå av flera kompetenser.

Jag har aldrig varit mer stolt över min egen organisation än den dagen då beslutet togs att den lokala arbetsgruppen på sjukhuset skulle få ett större mandat att faktiskt förbereda inför den kommande stormen. Kloka och avvägda beslut fattades och hela organisationen började spela som en orkester. Under loppet av timmar och dagar hände saker som i den vanliga organisationen skulle tagit veckor och månader.

Den här våren kommer inte att likna något vi tidigare upplevt och ingen vet hur det ser ut på andra sidan vågen. Risken är att många av oss kommer att bära på sorg när det här är över – det är något vi måste förbereda både oss själva men också hela samhället inför.

Men det är bara vårdpersonalen som har kompetens att ta oss igenom detta. Det finns ingen annan situation där det är tydligare att vi som vårdpersonal behöver kliva fram och använda oss av det förtroendekapital vi byggt upp under alla år. Så, ta det utrymme som behövs för att fatta nödvändiga beslut och använd hela ert register för att leda – inte bara arbetsgruppen utan även för att förmedla vårt ledarskap ut till hela samhället.

När världen är ett stormpiskat hav där mörka moln sköljer över himlavalvet är vårdpersonalen lotten som kliver ombord på samhällets skepp med kännedom om alla de grund och hinder som kan finnas på vägen in mot hamnen. Det är vi inom vården som kommer att lösa det här. Det finns inga andra. Och när stormen river som värst behöver ni komma ihåg att ta hand om er själva för att ha möjlighet att hjälpa andra.

Var försiktiga.

Lars Rocksén,
narkosläkare

Så tycker några av världens experter att coronaviruset ska bekämpas

Bruce Aylward, epidemiolog och senior rådgivare till WHO:s generaldirektör, har mer än 30 års erfarenhet av att slåss mot polio, Ebola och andra sjukdomar, och nu är hans fokus att stoppa spridningen av covid-19 internationellt.

Han har meddelat att länders första prioritet måste vara att testa så många personer som misstänks vara smittade som möjligt.

– Testa misstänkta fall, testa misstänkta fall, testa misstänkta fall. Isolera sedan de bekräftade fallen. Den tredje delen handlar om karantän, har han sagt till Time.

Marc Lipsitch, professor i epidemiologi vid Harvards School of public health, framhåller att en helt central åtgärd är att utöka kapaciteten att göra tester. Inget land har kontrollerat spridning effektivt utan en massiv testningskapacitet.

Samtidigt understryker han att olika delar av världen befinner sig i olika situationer. Den bästa metoden beror på i vilken fas landet befinner sig i, samt hur möjligheterna att genomföra tester ser ut.

– Intensiv social distansering måste vara mittpunkten i USA:s strategi för tillfället, framhöll han i slutet av mars i Washington Post.

Christian Drosten, chefsvirolog vid sjukhuset Charité i Berlin och tyska regeringens rådgivare i frågor om coronaviruset, utvecklade tillsammans med sin forskargrupp det första covid-19-testet för fri användning, ett test som också rekommenderas av Världshälsoorganisationen WHO, och spred redan i januari det till sina kollegor i landet.

Medan testverksamhet i Sverige har påverkats negativt av begränsade provtagningsresurser – bland annat brist på reagenser och personal – har Tyskland i större utsträckning kunnat möta WHO:s rekommendation om testning i stor skala.

Christian Drosten hyllar Tysklands relativt öppna system för testverksamhet, som möjliggjort att lokala laboratorium snabbt har kunnat börja

använda hans test.

Det faktum att Tyskland har en i sammanhanget låg dödlighet i relation till antalet bekräftat smittade kan, enligt Drosten, förklaras av landets möjligheter att genomföra tester tidigt och ofta.

– Jag tror att vi genomför fler tester än i andra länder, har han sagt till National Public Radio.

Jung Eun-kyeong, chef för Centers for disease control and prevention i Sydkorea, understryker vikten av att agera snabbt och beslutsamt.

Sydkorea har lyckats att hejda coronaviruset utan att vidta lika ekonomiskt kostsamma åtgärder som i USA och stora delar av Europa. Receptet består, i korthet, av snabba åtgärder innan krisen var ett faktum, tidig egen produktion av tester, utbredd testning, kontaktspårning, isolering, samt stöd från medborgare.

En central, men inte okontroversiell del, handlar om övervakning och mobildata.

– Vi kommer att balansera värdet av att skydda individuella mänskliga rättigheter och integritet, och värdet av att upprätthålla allmänintresset för att förebygga massinfektioner, har Jung Eun-kyeong sagt till New York Times.

Chris Whitty, epidemiolog, chefsläkare och ansvarig för Storbritanniens arbete för att förhindra spridningen av viruset, och hans kollegor intog till en början en relativt återhållsam hållning i fråga om åtgärder, med fokus inte minst på isolering och karantän av misstänkta fall.

Storbritannien ändrade sedan riktning, till stor del efter en rapport från Imperial College covid-19 response team med beräkningar på hur många som kan tänkas dö på grund av viruset om inte fler åtgärder vidtas. Linjen har efter det karaktäriserats av långtgående social distansering och ökade tester.

– Stanna hemma för att rädda liv, säger Chris Whitty i ett officiellt uttalande i sociala medier.

Adam Öhman

"Vi har gått in i den här krisen på knäna"

"Medborgarna har rätt att kräva ansvar för att vi var så illa rustade"

Magnus Snäckestrand, intensivvårdsläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, menar att frågan om bristen på intensivvårdsplatser nu ställs på sin spets.

– Det är uppenbart att vi gick in i den här krisen på knäna och jag anser att medborgarna har rätt att utkräva ansvar för att vi var så illa rustade redan innan, säger han.

▼ I september publicerade Sjukhusläkaren en granskning av antalet transporter som gjorts på grund av resursbrist vid landets intensivvårdsavdelningar. Då vittnade personal från många delar av landet om ett pressat läge och en ohållbar situation för intensivvården.

Magnus Snäckestrand, överläkare vid intensivvårdssektionen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, menar att man från personalens sida vid upprepade tillfällen lyft frågan om en kritisk vårdplatssituation utan att få gehör.

– Vi utgör den dyraste och mest resursintensiva delen av sjukvården, men ändå har det funnits minimala marginaler för om det till exempel sker en stor olycka i närområdet eller vid en sådan här kris, säger han och fortsätter:

– Det går inte utesluta att medmänniskor kommer att avlida i onödan på grund av den här bristen, även om vi alla gör vårt yttersta för att det inte ska bli så. Just nu verkar insikten om intensivvårdens centrala roll och betydelse ha nått fram till alla i organisationen. Men någonstans handlar det om att medborgarna har rätt att utkräva ansvar för att vi var så illa rustade redan innan den här katastrofsituationen.

Ansaret, menar Magnus Snäckestrand, ligger inte enbart på sjukhusledning, utan går hela vägen upp till



regionledning och politiker. Och även om han tror att de "precis som jag är

människor som går till jobbet och känner att de vill gör skillnad för män-

niskor", menar han att kontakten mellan beslutsfattare och den verklighet

Fortsättning nästa uppslag >>>

Anne Knudsen, intensivvårds-sjuksköterska på CIVA, och Magnus Snäckestrand, överläkare vid intensivvårdssektionen på Sahlgrenska universitetssjukhuset, menar båda att man från personalens sida länge larmat om det ansträngda läget på IVA.

” Inför ett moratorium för fler dyra sjukhusbyggen och storprojekt... De blir bara luftslott om man inte först ser till att man kan bemanna dem med kvalificerad personal. Nästa stora projekt borde vara att få basal sjukhusvård att fungera ”

personalen upplever gått förlorad.

Att intensivvården är svår för människor att förstå sig på tror han gör det extra svårt att förklara vad de egentligen behöver.

– Att en kirurg behöver skarpa knivar när de gör sitt jobb är inte så svårt att ta till sig, men vad intensivvården behöver verkar vara sällsamt svårt att förstå.

Ett symtom på just det, menar Magnus Snäckestrand, är medias ”fullt förståeliga men missriktade fokus på brist på respiratorer”.

– Hade det bara varit att koppla patienterna till en respirator och gå därifrån så hade det inte varit något problem.

Han menar att det förvisso kan vara livräddande att vara kopplad till en respirator, men också livsfarligt om det inte hela tiden finns en specialistutbildad intensivvårdssjuksköterska och undersköterska som övervakar patienten, hanterar de larm som hela tiden varnar, vrider och vänder patienten, övervakar kontinuerlig dialys, hanterar mycket potentia läkemedel och infusioner.

– En erfaren IVA-sjuksköterska kan därför inte behandlas som en dussinvara, utan som en ovärderlig tillgång och förutsättning för en högkvalitativ och patientsäker intensivvård.

En av de erfarna intensivvårdssjuksköterskorna på Sahlgrenska universitetssjukhuset är Anne Knudsen. Hon beskriver hur situationen på CIVA, där hon arbetat de senaste elva åren, blivit allt mer ansträngd och att personalen sedan lång tid haft en orimlig arbetsbelastning.

– Vi lever med en stress som inte är sund i det långa loppet. Vi är vana att arbeta hårt och under högt tryck, men det kan man inte göra hur länge som helst utan att det får konsekvenser.

Att ansvaret som det innebär att arbeta som sjuksköterska inom intensivvården inte syns i lönekuvertet tror hon också är en central del i att många väljer att lämna verksamheten för andra typer av jobb.

– Man kan tycka att det är tråkigt att vi upprepar det här med lön, men det är på något sätt ett kvitto på att man uppskattar det vi gör. Vi har oerhört kompetent personal på CIVA som sliter hårt, säger hon och fortsätter:

– När det är tuffa situationer är många beredda att tänja sig så långt man kan. Men vi har gjort det så många gånger nu och man räknar med att vi ska lösa ganska mycket eftersom det har funkat hittills. Men det gör det inte längre.

Även det faktum att man som sjuksköterska på CIVA arbetar treskift, vilket ”gör det svårt att kombinera med familjeliv, allra helst om man arbetar 100 procent”, bidrar till att erfaren personal väljer att lämna. Och det gör, tillsammans med den hårda arbetsbelastningen och de låga

lönenivåerna, att man har svårt att rekrytera personal.

– Många unga som kommer till oss orkar helt enkelt inte med arbetsbelastningen. Det är för tungt. Och många väljer att gå ner i tid – det säger något om hur tufft det är.

Anne Knudsen beskriver det som att man nu går och laddar inför den topp av covid-19-patienter som förväntas komma.

– Vi kommer att göra det som krävs, men vi är inte fler än vad vi är. Det är det som många är oroliga för: Vad händer om vi inte räcker till?, säger hon och fortsätter:

– När det här är över kommer vi fortfarande att behöva uppbackning på CIVA. Nu kallar man oss hjältar och klappar i händerna klockan 20:00, men vi är hjältar dygnet runt, året om som har kämpat under så många år när det varit riktigt tufft.

Men vad är det då som behövs för att intensivvården ska komma upp på fötter igen. Magnus Snäckestrand pekar framför allt på en sak: Sätt personalen och humankapitalet i centrum.

– Det har funnits en hel del gigantiska projekt som kostat flera miljarder styck och jag skulle vilja säga att man nu måste införa ett moratorium för fler dyra sjukhusbyggen och storprojekt. Även om det är trevligt för politiker och byråkrater att sola sig i glansen när de är klara. De blir bara luftslott om man inte

först ser till att man kan bemanna dem med kvalificerad personal. Nästa stora projekt borde vara att få basal sjukhusvård att fungera, säger han.

Att också sätta fokus på erfarenhet hos medarbetarna, snarare än antalet medarbetare, är en annan viktig del. I en debattartikel, som publicerades i Göteborgs-Posten den 22 mars, kritiserar Magnus Snäckestrand bland annat hans arbetsgivares personalpolitik och menar att det är den som får erfaren personal att lämna Sahlgrenska universitetssjukhuset.

– Alla är beredda att jobba hårt och accepterar att göra det. Men när arbetsgivaren är så ogin mot sina egna medarbetare gällande både arbetstider, arbetsförhållanden och lön så flyttar till slut folk med familj till mindre intensiva verksamheter med bättre arbetstider och bättre lön. Det är inte så konstigt egentligen.

Han gör en parallell till det privata näringslivet där HR-organisationerna ”damsuger arbetsmarknaden på den allra bästa kompetensen för att kunna bedriva sina verksamheter och ser till att de har konkurrenskraftiga arbetsvillkor och löner”. Och snarare fungerar som en servicefunktion.

– Hos oss utgör HR snarare en parallell beslutsorganisation till verksamheterna som går hela vägen upp till regionledningen. De håller tillbaka varje försök att bättra på lönerna och närma sig de nivåer som finns i andra delar av sjukvårdsverige. Man gömmer sig bakom argumentet att det råder sjuksköterskebrist, men detta är inte ett hederligt argument. I själva verket råder det bara en relativ brist på sköterskor som är beredda att jobba under de arbetsförhållanden och löner som erbjuds.

Magnus Snäckestrand påpekar att både läkaryrket och omvårdnadsprofessionerna är erfarenhetsyrken och att det är de erfarna läkarna, sjuksköterskorna och undersköterskorna som bär upp verksamheten.

– När man kommer direkt från utbildningen har man ett skelett att hänga upp tillvaron på, men alla som någon gång har tagit de första stappande stegen som vårdmedarbetare vet

att man inte har tillräckligt med kunskap från början. Det är till och med så att man i viss mån utgör en belastning för verksamheten som bedrivs. Och det är ingenting som är riktat mot de nya medarbetarna, de gör så gott de kan utifrån sina förutsättningar, jag minns fortfarande hur det kändes att vara ny, otrygg och osäker, säger han och fortsätter:

– Är man oerfaren lägger man in patienter för säkerhets skull, man tar extra prover för säkerhets skull, man beställer dyrare undersökningar för säkerhets skull och man ringer egna och andras jourer mer jämfört med en erfaren medarbetare. Det är kostnadsdrivande i sig och gör att vården blir dyrare.

Han menar därför att ”man skjuter sig i foten om man tror att det räcker med ett huvud och ett par händer på varje schemarad”. Istället behöver man se till den erfarenhet och kompetens som finns i verksamheten.

– Det tar minst fem år att bli helt självgående i något av sjukvårdsprofessionerna. Ibland stöter vi på sköterskor som efter bara något halvårs erfarenhet handleder de som har ännu mindre, ensamma på natten i en fullbelagd vårdavdelning på ett universitetssjukhus, säger han och fortsätter:

– Sahlgrenska är det sjukhus i landet som har den högsta koncentrationen av högspecialiserad riks- och region-sjukvård. Vi kan inte bedriva den typen av vård med kvalitet och patientsäkerhet om vi har en så hög andel oerfarna medarbetare som vi har idag. Och det är ett resultat av den personalpolitik som man har haft de senaste tio till tjugo åren.

Magnus Snäckestrand menar att det vore ”en smal sak för vår HR-organisation att räkna ut hur många ”erfarenhetsår” eller ”erfarenhetsindex” som finns hos olika sjukhus baserat på de anställda yrkesgruppernas antal och sammanlagda yrkeserfarenhet”.

– Min gissning är att den sjunkit

stadigt de sista 20 åren, framförallt i sköterskekåren, men jag skulle vilja utmana ledningen att redovisa för medborgarna svart på vitt hur de förvaltat sjukvårdens humankapital.

Förutom att sätta personalen i fokus nämner Magnus Snäckestrand också behovet av ett fungerande IT-system som är anpassat för intensivvården.

– Ingen annan vårdmiljö samlar så enorma mängder monitoreringsdata i så hög tidsupplösning som inom anestesi och intensivvård. Ingen annan klinisk specialitet har ett så långt eftersatt behov av ett kompetent IT-stöd. Och det genererar data som vi egentligen borde vara skyldiga att journalföra, men då måste vi få ett adekvat digitalt stöd som klarar av det. Att det ställer högre krav än det system VGR nu köpt in har vi inte fått särskilt mycket gehör för. Sahlgrenska är det enda universitetssjukhuset i Sverige och Norden som fortfarande dokumenterar på papperskurvor, säger han.

Även intensivvårdslokalerna på Sahlgrenska universitetssjukhuset skulle behöva uppdateras, eftersom de enligt Magnus Snäckestrand är ”för gamla, trånga och risiga för att ta hand om smittsamma patienter”.

– Redan innan den här pandemin bröt ut var vi i behov av lokaler för att kunna isolera patienter. Det är välkänt att sjukhusförvärvade infektioner bidrar till både förlängd intensivvård, förlängd sjukhusvård, ökade kostnader, ökad morbiditet och mortalitet, längre eftervård och ett personligt lidande hos patienten, säger han och fortsätter:

– Vi vårdar dubbelt så många patienter på den golvnya som internationellt rekommenderas vid den här typen av vård.



JOHAN GIESECKE – RÅDGIVARE TILL WHO:S GENERALDIREKTÖR:

”Jag tror att vi klarar den här utmaningen”

Johan Giesecke tycker att Sverige hittills lyckats väl i sin hantering av Coronakrisen. ”Jag tror vi klarar den här utmaningen”, säger han.

▼ I slutet av mars är Coronasituationen i Sverige ungefär som förväntad. Vi är inne i början av en stigande kurva, enligt Johan Giesecke, rådgivare i smittskyddsfrågor till Världshälsoorganisationen (WHO) och tidigare stats-epidemiolog.

– Det som möjligen är anmärkningsvärt, är att en befolkningsgrupp har en oproportionerligt stor andel dödsfall. Samhället kan ha missat informationsbiten; den här gruppen borde ha fångats upp tidigare. Förklaringen kan vara att folk inte förstår svenska, alternativt inte kan läsa alls, säger Johan Giesecke.

”Jag tror att det kommer att finnas tillräcklig IVA-kapacitet”

Han är hoppfull om att de svenska vårdresurserna ska räcka och tror att det finns tillräcklig IVA-kapacitet, samt syrgasbehandling för lägre vårdbehov.

– Det sker en väldig utbyggnad av lättintensiv vård nu. Samtidigt är det viktigt att följa utvecklingen dag för dag för att se om det behövs fler restriktioner beträffande rörlighet i samhället för att förhindra en snabb smittspridning.

Är det OK som det är nu eller behöver fler jobba hemifrån?

Det vimlar av självutnämnda experter i dessa tider; ett fenomen som Johan Giesecke inte har mycket till övers för.

– För många uttalar sig. Exempelvis så ska virologer inte prata om psykologi i kriser, säger han.

Och förslaget att massvaccinera riskgrupper mot lunginflammation, som framförts av vissa infektionsläkare, avvisar han bestämt.

– Det är ingen idé. Det är tveksamt om det har någon effekt.

Hur tycker du att Coronakrisen hittills har hanterats?

– Jag tycker att Sverige har lyckats bra. Ja, på allvar, säger han med eftertryck. De flesta andra länder tar till drastiska åtgärder med obevisad effekt. Jag tror vi klarar den här utmaningen, siffrorna hittills pekar på det. Jag tror inte att vi ska behöva prioritera ner någon gällande intensivvården i Sverige. Men hundraprocentigt säker kan jag förstås inte vara, tillägger han.

Någon total enighet om hur situationen ska hanteras råder inte, varken i Sverige eller i omvärlden.

– Även duktiga virologer tycker att Folkhälsomyndigheten fattar felaktiga beslut, säger Johan Giesecke.

”I Sverige fungerar frivillighet och då agerar politikerna utifrån det”

Att länder hanterar krisen olika, beror enligt honom på att det finns väldigt lite vetenskap bakom vad olika åtgärder leder till. Därför väljer politiker vad de vill ur verktygslådan. En del stänger skolor, andra stänger gränser. Folksamlingar begränsas till högst två personer eller som här 50; en siffra som Johan

Giesecke tror är ”rätt lagom”.

– Det här är delvis kulturellt betingat också. I Sverige fungerar frivillighet och då agerar politikerna utifrån det. Dessutom har vi en lång tradition av att göra som myndigheterna säger. Ett bra exempel är svininfluensan för elva år sedan. 70 procent av svenskarna vaccinerade sig då på rekommendation av Smittskyddsinstitutet. I Danmark var motsvarande siffra fem procent. Det är en stor skillnad på två grannländer!

Minst 30 italienska läkare har avlidit till följd av covid-19. Hur ser du på det?

– Italien är taget på sängen. Utbrottet kom väldigt snabbt och helt oförutsett av en ren slump. Jag tror att många slarvade med skyddsutrustning i början. Att utsättas för en väldigt stor dos av virus på kort tid, som att någon hostar en rakt i ansiktet, eller en mindre dos under lång tid med bristfälligt skydd, kan kanske vara lika illa. En annan möjlig förklaring är att flera italienska läkare var äldre eller hade underliggande sjukdomar. Dessutom finns alltid risken att de smittats någon annanstans, exempelvis i hemmet, säger Johan Giesecke.

Han har varit med om fem pandemier under sin karriär.

– Den första var aids på åttio-talet. Jag jobbade som infektionsläkare då och träffade rätt många smittade. På nittio-talet kom galna kosjukan och det var stor uppståndelse. Folk blev vegetarianer till höger och vänster. När SARS kom 2003 var jag statsepidemiolog. SARS liknade covid-19 litegrann; det var nästan samma virus. Stämningen var väldigt uppjagad, trots att vi inte hade



Johan Giesecke tycker att Sverige har lyckats bra. ”De flesta andra länder tar till drastiska åtgärder med obevisad effekt”.

Foto: Stefan Nilsson

några fall i Sverige.

2009 kom svininfluensan och 400 barn fick narkolepsi efter att ha blivit vaccinerade.

– Det är det man kommer ihåg av den. Så ifall vi får ett vaccin mot covid-19 kommer svenskarna att vara de sista som vill pröva det. I varje fall kommer de att kräva ett välprövat vaccin, säger Johan Giesecke.

”Befolkningstätheten kommer att skapa fler pandemier”

Han konstaterar att det är svårt att dra några slutsatser från andra pandemier, men är övertygad om att det kommer fler framöver. En viktig orsak är befolkningstäthet.

– Att människor lever tätt är en grogrund. Befolkningstätheten ökar; vi blir ju fler och fler på den här planeten. Resandet påverkar också i viss omfattning.

Johan Giesecke sitter med i WHO:s rådgivande grupp, som bildades för två år sedan i samband med Ebolautbrottet i Kongo. De tolv personer som ingår i gruppen ”från Sydkorea till Argentina”

ska ge råd till generaldirektören vid utbrott av smittsamma sjukdomar. Gruppen har telefonmöten en gång i månaden och brukar träffas i Genève två gånger om året.

– Men nu har vi telefonkontakt minst en gång i veckan. Vi är överens om utvecklingen och diskuterar vilka motåtgärder som behöver vidtas, säger Johan Giesecke och tillägger att han tror att generaldirektören lyssnar på de råd han får.

WHO:s agenda gäller framför allt de fattiga länderna. I samband med Ebola-utbrottet jobbade den rådgivande gruppen mycket med att lyfta etiska frågor och ge synpunkter på övervakningen av sjukdomen.

”Corona-pandemin kommer att förändra världen för lång tid framåt”

Johan Giesecke är säker på att Corona kommer att förändra världen för lång tid framöver. Det är svårt att säga hur, men kanske kan krisen vi genomgår nu föra med sig en bättre framförhållning.

– ”There is no silver bullet”. Men övervakning är viktig för att WHO så

snabbt som möjligt ska få veta vad som händer i världen. Det är också viktigt att det finns förråd av skyddsutrustning och respiratorer, liksom tillgång på utbildad personal.

Tror du att våra dagliga vanor kommer att förändras när Coronakrisen är över?

– Du menar att vi kommer att sluta ta varandra i hand? Nej, det tror jag inte. Men kanske kommer folk att ha lite allmän beredskap hemma, exempelvis mat och vatten för 72 timmar. Jag tror inte att det blir någon större skillnad i vårt sätt att leva framöver. Människor glömmor så snabbt, säger Johan Giesecke.

Hur känns det att stå bredvid nu när det blåser som värst?

– Det är ganska skönt. Jag behöver inte ta något ansvar alls. Men jag pratar med Anders Tegnell flera gånger i veckan. Jag var hans mentor och anställde honom en gång i tiden. Ja, även Johan Carlson, Folkhälsomyndighetens chef. Bägge två har varit mina pojkar!

Ingemo Orstadius

Italien – april 2020

■ När den här tidningen går till tryck är Sverige på väg in i ett allvarligare läge och Region Stockholm har just aktiverat sjukvårdens krislägesavtal. Italienarna har då suttit i karantän i fyra veckor, men dödstalen har trots det inte minskat. Sjukhusläkaren bad journalisten Kristina Wallin, som själv sitter i karantän i Empoli, att skriva en krönika från landet med flest dödsfall i världen.

”Det enda som känns helt säkert är att det inte hjälper att stänga in hela befolkningen och stoppa upp ett land”

Jag smyger längsmed vinrankorna och håller ett öga på grusvägen nedanför. För att få min dagliga motion, utan att gå på vägen där någon patrull kan se mig och ge mig böter, traskar jag rad efter rad i vindruvsodlingen, fram och tillbaka, alltid med alla sinnen på hjälpspann för att vara beredd att gömma mig.

Överdrivet? Nej, häromdagen fick två tjejer böter alldeles i närheten av oss, mitt ute på landet, för att de cyklade längre än 200 meter från sin bostad. Poliserna varnade dem för att det i fortsättningen kommer att bli kontroller även på våra grusvägar, där vi få grannar tills nu vandrat runt och hållit oss på avstånd från varandra.

Detta är Italien i april 2020. Jag anser mig ändå vara lyckligt lottad, för jag kan i alla fall komma ut, även om det innebär ganska mycket stress. Mina vänner i städerna sitter instängda sedan tre veckor tillbaka, och får bara gå utanför dörren för att åka och handla. Inte ens barnen har rätt till lite utetid, men regeringen har nu klarlagt att ett barn får följa med en förälder till affären, hur det nu kan vara bättre för

hälsan än en rejäl promenad.

Att vi går ut och går ska tydligen öka smittorisken, som om vi lämnade spår av virus och död efter oss. Att vi i stället sitter inne, framför datorn eller teven och tröstäter, ska enligt myndigheterna öka folkhälsan här i landet. Kassörskan berättade att hennes man, som nyligen har haft infarkt, har fått tillstånd att ta en rejäl promenad en gång i veckan. Risken att han blir smittad är kanske låg just nu, men jag antar att risken för att han får en ny infarkt är flerdubbelt högre än om han hade friheten att röra på sig.

Varför dör så många i Italien?

Varför så många dör i Italien är en intressant fråga. Det finns flera teorier om det, men de flesta är överens om att det finns två huvudsaker. Först och främst att smittan kom in på sjukhus och äldreboende snabbt. När de första patienterna kom tog det tid innan läkarna insåg att det var covid19 och sedan började de smittade flyttas runt på olika sjukhus i regionen, vilket visade sig vara ett bra sätt att garantera att viruset kunde sprida sig rejält.

Sedan har vi problemet med att de äldre inte alls isolerades här nere. Snarare tvärtom. Ingen myndighet har gått ut tydligt med att 70-plusarna bör stanna hemma och låta andra handla åt dem, eller att det inte är lämpligt att träffa farmor även om hon bor i huset bredvid, som det ofta är här nere, och du kan gå dit utan att bli sedd från gatan och riskera böter.

Affärerna är fortfarande fulla av äldre som glatt handlar själva mitt ibland folk. När skolorna stängdes lämnades barnen med sina far- och morföräldrar. Jag har flera exempel omkring mig, där flera 70+ fortfarande tar emot barnbarnen varje dag eftersom föräldrarna måste fortsätta jobba. En god vän tog med sig sin 90-åriga pappa till sjukhuset för en rutinkontroll förra veckan, fast

det var överfullt av viruspatienter.

Dessutom är de äldre här nere sjukare än i andra länder. Medan medelåldern när man börjar få ålderskrämpor är 72 år i Sverige, är den 61 år här i Italien. De flesta av dessa personer har fler än tre sjukdomar som de reglerar med mediciner. 85 procent av de döda är över 70 år och har fler än två underliggande hälsoproblem.

Närmare tio tusen personer från sjukvården har smittats, och antalet läkare som dött närmar sig hundra, men ungefär en tredjedel var redan i pension. Av de övriga var de flesta som smittats på jobbet husläkare, som besökt sina patienter i hemmen utan ordentliga skydd. Väldigt få har arbetat med de smittade på sjukhus. Den yngste döde läkaren var 49 år, men nästan alla var över 60 år.

Även om nu alla de som arbetar med bekräftade covid19-patienter har

skyddskläder, håller hygienreglerna på de italienska sjukhusen inte alls samma standard som på andra ställen. Innan utbrottet var det ovanligt med handsprit på varje rum, patienterna har med sig egna kläder och läkarna byter sällan om utan har en vit rock över sina vanliga kläder. Undersökningar visar att ventilationssystemen på de flesta sjukhus är under all kritik.

Så det kan finnas massor av anledningar till att viruset spridit sig så snabbt och att det har skördat så många liv här i Italien. Det enda som känns helt säkert är att det inte hjälper att stänga in hela befolkningen och stoppa upp ett land.

Vi har suttit här i fyra veckor, skolorna har varit stängda i fem veckor, medan smittade och döda inte minskar alls. Det ger knappast en känsla av att

”När skolorna stängdes lämnades barnen med sina far- och morföräldrar. Jag har flera exempel omkring mig, där flera 70+ fortfarande tar emot barnbarnen varje dag eftersom föräldrarna måste fortsätta jobba”

Foto: Axio Wallin Scardigli

karantänen fungerar. Och hur ska det bli när vi kommer ut och viruset börjar cirkulera oss emellan igen?

Det enda jag hoppas på är att det redan gått laget runt innan de stängde in oss, för vi har snart inget immunförsvar kvar. Om viruset går till attack då kan situationen lätt bli ännu värre än nu.

Vi vet fortfarande inte när karantänen kommer att ta slut, bara att det inte blir den närmaste månaden. Frågan är hur vi föräldrar ensamma ska kunna hantera barn och ungdomar som hela tiden riskerar att hamna i djupa depressioner. Och min värsta mardröm är en stekhet sommar här nere, utan att kunna åka någonstans och utan att ha träffat någon förutom mina söner på månader.

Kristina Wallin

CORONA-PANDEMIN



Anders Johansson, ordförande i Svenska Hygienläkarföreningen.

Foto: Erik Abel

Hygienläkaren Anders Johansson om oron över bristfällig skyddsutrustning:

"Det är ingen som chansar"

Det finns en oro kring frågan om skyddsutrustning för sjukvårdspersonal. Men hur man jobbar är väl så viktigt som vilken skyddsutrustning man har på sig. Det menar Anders Johansson, ordförande för Svenska Hygienläkarföreningen, som också poängterar att det är av största vikt att sjukvårdspersonal har tillgång till den skyddsutrustning som krävs.

▼ – Jag har respekt för att folk blir rädda, men vi måste vara rationella. Det är ingen som chansar.

Anders Johansson, som också är hygienläkare i Region Västerbotten och docent i infektionssjukdomar, håller dock med om att det är olyckligt att regionernas och Folkhälsomyndighetens rekommendationer skiljer sig åt.

– Det handlar om vår myndighetsstruktur och att varje vårdgivare är en egen myndighet. För några år sedan flyttades ansvaret av just de här frågorna

från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten och det har kanske inte helt hunnit finna sina former där ännu, säger han och fortsätter:

– Det finns en mängd duktiga experter på Folkhälsomyndigheten, men mitt intryck är att det har funnits problem med att hastigt översätta internationella rekommendationer till en klinisk verklighet och kända vårdhygieniska arbetssätt i Sverige. Det har inte blivit tillräckligt bra.

Han menar att de rekommendationer

som Folkhälsomyndigheten har idag i stort bygger på WHO:s dito. De är i sin tur framtagna utifrån analyser som gjort av drygt 2 500 personer som arbetat inom sjukvården i Kina och smittats under covid-19-epidemin och kunskap från tidigare liknande epidemier, primärt SARS, där man gjort sammanställningar av hur ofta sjukvårdspersonal smittades under olika procedurer i sjukvården.

Eftersom covid-19 är en helt ny sjukdom användes från början alla typer av skyddsutrustning i Kina för att ta höjd för många olika typer av smittspridning som alla kan vara lika viktiga.

Att rutiner för skyddsutrustning i Sverige har ändrats över tiden handlar enligt Anders Johansson om att man vet mer om smittan, inte om brist på skyddsutrustning.

Fortsättning nästa sida >>>

NYHET!

KARO
PHARMA

Den första fasta kombinationen med paracetamol och ibuprofen i Norden.

Dolerin®

paracetamol 500mg / ibuprofen 150mg



Snabbare och överlägsen smärtlindring vid akut smärta
vs. motsvarande dagliga dos av paracetamol eller ibuprofen*^{1,2}

Ett icke opioidbaserat alternativ

Dosering som medger maximal dygnsdos
paracetamol 4000 mg / ibuprofen 1200 mg

*Vs. paracetamol: i viloläge, p<0,007, vid aktivitet, p<0,006. Vs. ibuprofen: i viloläge, p<0,003, vid aktivitet, p<0,007.



Receptbelagt. 50 förpackning inom förmånen
För mer information besök vår hemsida
www.dolerin.se



VILL DU BLI UPPDATERAD OM AKUT OCH POSTOPERATIV SMÄRTA?

Webbföreläsning med ledande smärtspecialist

Bli uppdaterad och se vår webbföreläsning om **akut och postoperativ smärta inom dagkirurgi** med smärtspecialisten Peter Dahm.

Besök www.dolerin.se/webinar

1. Dolerin® Produktresumé. 2. Merry et al British Journal of Anaesthesia 104 (1): 80–8 (2010).

Dolerin® filmdragerad tablett innehåller 500 mg paracetamol och 150 mg ibuprofen. Rx, F (50 fp), EF (30 fp), ATC-kod N02BE51. Vanlig dos av Dolerin är 1–2 tabletter var 6:e timme vid behov, vilket ger en maximal dygnsdos av paracetamol och ibuprofen på 4000 mg respektive 1200 mg. **Indikation:** Dolerin är indicerat för tillfällig lindring av akut smärta förknippad med: huvudvärk (ej migrän), ryggvärk, tandvärk, muskelvärk och halsont. Dolerin är indicerat för feber. Rekommenderas inte till barn under 18 år. Patienten bör kontakta läkare om symptomen kvarstår i mer än 3 dagar eller förvärras, eller om produkten krävs i mer än 3 dagar. **Varningar och försiktighet:** Biverkningar kan eventuellt minimeras genom att använda den lägsta effektiva dosen under kortast möjliga tid, som krävs för att kontrollera symtomen. Dolerin ska inte användas tillsammans med andra NSAID preparat pga. ökad risk för allvarliga gastrointestinala blödningar. Dolerin ska inte användas tillsammans med andra läkemedel som innehåller paracetamol pga. ökad risk för allvarlig leverskada. Dolerin ska ej ges under de tre sista månaderna av graviditeten, till patienter med aktiv alkoholism, patienter med svår leversvikt eller svår njursvikt, patienter med hjärnblödning, annan aktiv blödning, ökad blödningsbenägenhet eller blodkoagulationsstörningar, patienter med svår hjärtsvikt, eller till patienter med överkänslighet mot ingående substanser eller andra NSAID-preparat. Behandling med Dolerin ska avslutas vid första tecken och symtom på allvarliga hudreaktioner, såsom hudutslag, sår på slemhinnor eller något annat tecken på överkänslighet. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Produktresumé uppdaterad 2020-02-25. Karo Pharma AB, Box 16184, 103 24 Stockholm. SE-DOL-2020-04-1

– De vårdgivare som har ändrat har gjort det för att de ändrat ståndpunkt i vad som är mest effektivt i att skydda sina anställda. Något annat är en missuppfattning.

Han påpekar att det finns en risk i att arbeta med skyddsutrustning som man inte är van vid, eftersom det då är lätt att tappa fokus från att följa de basala hygienrutinerna som är mycket viktiga för personalskydd mot covid-19. Det finns stark evidens från interventionsstudier för att basala hygienrutiner ger stor skyddseffekt mot spridning av respiratoriska virus.

– Att göra som man brukar är i de flesta säkerhetssammanhang det säkraste. Om man då inför en mängd nya typer av personskydd, som folk inte är vana vid, kommer de elementära sakerna att funka sämre. Att skydda sig handlar inte om att ha på sig så mycket utrustning som möjligt, säger han, men poängterar också att det är av största vikt att sjukvårdspersonal har tillgång till den skyddsutrustning som krävs.

Att skydda sig handlar inte om att ha på sig så mycket utrustning som möjligt

Enligt WHO:s rapport gällande de 2 500 fallen av personer som arbetat i sjukvården, bland totalt 56 000 laboratorieverifierade fall i Kina, hade den sjukvårdspersonal som smittats fått covid-19 hemma eller i annan nära kontakt med till exempel arbetskamrater som i sin tur smittats av någon utanför arbetet. Eller så hade de arbetat helt utan skyddsutrustning med smittsamma patienter.

Enligt Anders Johansson tyder mycket på att det kan vara en större risk att sjukvårdspersonal smittas varandra än att de smittas av en patient. Det verkar ha inträffat i flera nordiska länder.

– Det viktigt med bra hygienrutiner även när man inte har direkt patientkontakt, i till exempel personalrum, och att ha tydliga ”stanna hemma från jobbet regler” vid symptom som kan vara covid-19.

Men det kommer också rapporter från Italien om att en stor andel sjukvårdspersonal smittats av covid-19 och Anders Johansson menar att det även där är svårt att veta om personalen smittats i arbetet

eller inte. Men att hjälpa till att minimera den risken ingår i en hygienläkares medicinska ansvar så det är inget han tar lätt på.

– När man har en situation med en enormt utbredd samhällssmitta är det svårt att avgöra. Det betyder inte att vi inom min disciplin negligerar risken för arbetstagare på något sätt. Vi försöker analysera vilka de verkliga riskerna är. Kunskap från SARS-utbrottet talar för att bra rutiner och rätt skyddsutrustning bidrar till att minska risken allvarlig sjukdom hos sjukvårdspersonal, troligen genom att minska smitt dosen.

Han påpekar också att förekomsten av resistenta bakterier i sjukvården är betydligt högre i exempelvis Italien jämfört med Sverige, vilket beror på att man inte följer hygienrutiner på samma sätt som i nordiska länder.

– Man har inte lika bra rutiner på att exempelvis använda handdesinfektion eller byta utrustning mellan varje patient. Eftersom covid-19 till stor del sprids på samma sätt som resistenta bakterier så kan man tänka sig att det mönstret förekommer nu också. Jag tror att vi står mycket bättre rustade, om vi bara jobbar på som vanligt med bra basala hygienrutiner och lägger till de extra skydd som vi föreskriver – till exempel visir och vätskeavvisande munskydd (IIR), säger han.

Anders Johansson påpekar också att smittrisen är försvinnande liten om man håller avstånd på minst två meter och att det egentligen är där skyddet för personalen borde börja.

– Om man skapar olika flöden för de patienter som är misstänkt infekterade och de som inte är det, och skaffar rutiner så att man tar anamnes på avstånd så skyddar det också personalen, säger han och fortsätter:

– Sådana åtgärder pratas det väldigt lite om. Vi pratar direkt om skyddsutrustning och personal som inte upplever att andningsskydd rekommenderas tillräckligt ofta blir oroliga. Det är irrationellt, det är inte så man skyddar personalen mot smitta.

Anders Johansson berättar att den evidensen som finns inte talar för att covid-19 är luftburet på längre avstånd, alltså att den kan smitta mellan olika rum, men att det vid vissa

åtgärder som görs i sjukvården kan spridas smittsamma aerosoler med små partikelstorlekar som kan andas in. Därför rekommenderas sjukvårdspersonal i sådana situationer att använda andningsskydd FFP2 eller FFP3. I övrigt räcker vätskeavvisande munskydd (IIR) och stänkskydd i form av visir eller skyddsglasögon för närbildkontakt med patienter med covid-19.

Det finns olika typer av traditioner när det gäller vårdhygien i olika länder

Och gällande rekommendationer om långärmade plastförkläden i WHO:s rekommendationer med utgångspunkt från Kina så finns där klara inslag av tradition i rekommendationen.

– Det finns olika typer av traditioner gällande vårdhygien i olika länder. De asiatiska länderna är influerade av den amerikanska traditionen och där är standardförfarande att man mycket oftare har engångshandskar och långärmade förkläden. Men i Norden är traditionen annorlunda, vi i Sverige använder handdesinfektion av händer och underarmar väldigt ofta istället och skyddshandskar om något är synligt smutsigt, säger han och fortsätter:

– Och eftersom det inte finns några tecken på att viruset smittar via huden blir inte heller långärmade plastförkläden logiskt i lågrisksituationer. Dessutom kan de förhindra handdesinfektion på ett bra sätt. Att använda engångs plastförkläden utan ärm som slängs mellan patienter följer nordisk tradition av att förhindra dropp- och kontaktsmitta. I högrisksituationer för stänk däremot, när man arbetar nära en patient med covid-19, ska man använda långärmat plastförkläde.

Anna Sofia Dahl

Till sjuksköterskor och läkare i karantän.

Har du tidigare arbetat som sjuksköterska eller läkare men är pensionerad? Eller har du själv blivit smittad när du vårdat dina patienter? Till er som av olika anledningar just nu inte kan arbeta på er arbetsplats inom den fysiska vården, men som fortfarande kan och vill hjälpa till: **Anslut dig till oss på KRY och hjälp patienter från ditt hem.**

När regeringen, myndigheter och fysiska vårdinrättningar bekämpar spridningen av coronaviruset kan den digitala vården spela en viktig roll. För både patienter och den fysiska vården.

KRY kan bidra till att den vanliga primärvården upprätthålls, bland annat genom att informera om egenvård, förnya recept och genomföra undersökningar som går via video.

När fler människor väljer att ta hjälp digitalt, istället för att ta sig till en mottagning, kan den fysiska vården fokusera på de som har störst vårdbehov.

Digitala vårdmöten motverkar dessutom en ökad smittspridning av viruset.

Har du en timme över per dag är den timmen ett välkommet bidrag. Hos oss kan du fritt välja hur mycket du kan arbeta och väljer själv när på dygnet du ska göra det. Om du av någon anledning inte kan hjälpa till på ditt sjukhus eller vårdinrättning – anslut dig till oss.

På kry.se/jobba-hos-oss kan du läsa mer om hur det är att jobba på KRY och skicka in din ansökan.





Vad kan svensk sjukvård lära sig av Australien?

■ Corona-krisen visar att när det gäller så står samhället och faller med att proffsen får vara proffs.

■ Här har Sverige många lärdomar att ta hem från Australien, menar läkaren Anders Cervin, som sedan åtta år tillbaka arbetar i Brisbane i Australien. Här är hans tio-punktlista på vad han tycker att Australien gör annorlunda – och mycket bättre.

Fotnot: Anders Cervins artikel skrevs innan Coronaviruset drabbade världen så hårt, men Sjukhusläkaren har valt att publicera det ograverat då jämförelserna gäller synen på professionen och hur sjukvård kan organiseras – frågor som kommer att vara än mer aktuella när pandemin är över. /Christer Bark, chefredaktör.

I landet "down under" är tänket helt annorlunda

Av Anders Cervin

Efter drygt 20 år i svensk sjukvård och snart åtta år som överläkare i australisk sjukvård slås jag av de ständiga larmrapporterna om dålig tillgänglighet och personalbrist i Sverige. Även om allt inte är bra i australisk sjukvård så finns en del lärdomar att ta hem.

Både Sverige och Australien använder cirka 10 procent av BNP till sjukvård.

Ändå tycker jag att sjukvården fungerar bättre i Australien, med större valfrihet och ofta bättre tillgänglighet och man stöter inte så ofta på missnöjda läkare. Vad kan det bero på?

Kanske är det att Australien har 4.0 sängplatser per 1000 invånare medan Sverige har knappt hälften 2.2 (OECD-snittet är 4,7). Men det finns andra faktorer som spelar in.

De här reflektionerna speglar mina



1.

Inga byråkratiska gränser mellan privat och offentligt – slutenvård och öppenvård

▼ Det är snarare regel än undantag att en läkare arbetar deltid på det stora sjukhuset för att sedan ägna ett par dagar i veckan åt att arbeta antingen privat eller på ett annat offentligt sjukhus, eller ha en specialistmottagning i anslutning till en vårdcentral.

egna erfarenheter och andra svenska läkare i Australien har sannolikt andra historier att berätta.

Fortsättning nästa uppslag >>>

2.

Flexibla anställningsvillkor med sessions ett effektivt sätt att utnyttja medicinsk kompetens

▼ Arbetstiden är uppdelad i så kallade sessions som motsvarar en förmiddag eller eftermiddag.

En anställning kan bestå av exempelvis tre sessions i veckan eller i månaden, ofta för att man vill ha in en speciell kompetens till kliniken men inte behöver denna på heltid. Ett effektivt sätt att anställa kompetens. Läkaren å sin sida kan designa sin egen arbetsvecka, i regel en blandning av privat och offentligt arbete.

OM ANDERS CERVIN:

▼ Anders Cervin är rhinolog med endoskopisk skullbaskirurgi som specialintresse. För närvarande arbetar han som

överläkare på Royal Brisbane & Women's Hospital och är professor på University of Queensland i Australien.



3.

Arbetsgivaren förstår att sjukvård är en kunskapsorganisation

I Australien är vidareutbildning självklart och ingår som en del av lönen

▼ I början av min karriär stod läkemedelsbolagen för mycket av vidareutbildningen. Den var ju förstås vinklad men gav även möjlighet att besöka konferenser och lyssna på annat matnyttigt som annars inte blivit av. Det är trots allt bra att det i stor utsträckning har tagits bort.

Men någon riktig ersättning för den typen av utbildningsaktivitet kom inte från arbetsgivaren. I Sverige får man som läkare snällt fråga klinikchefen om det finns några pengar för vidareutbildning. Har man tur så finns det en slant, vissa år finns det

ingenting, för landstinget går back.

I Australien är vidareutbildning självklart och i din löneförhandling ingår det en summa för "professional development" som är obligatorisk och ett krav för att upprätthålla din legitimation (uppfylla krav på vidareutbildning redovisas årligen och krävs för att legitimationen skall förnyas, ganska självklart kan tyckas, men existerar överhuvudtaget inte i Sverige).

Man slipper skrapa med foten och man vet att man varje år har möjlighet att förkovra sig.



I mitt kontrakt har jag årligen tre veckors betald ledighet och 120 000 SEK tillgängligt för vidareutbildning.



4. ST-läkare får genomtänkt och strukturerat stöd av erfarna specialister

▼ Att läkaryrket är en färdighet som man i stora delar lär sig genom att arbeta under erfarna kollegor vet vi alla. Trots det så saknas ofta strukturerad schemalagd tid tillsammans med äldre kollegor i Sverige.

Detta fungerar bättre i Australien, där varje specialistmottagning har en erfaren specialist närvarande och under denna arbetar ett antal

läkare under utbildning, där den erfarna läkaren är ständigt tillgänglig, ofta utan egna patienter bokade, för att diskutera handläggningen av olika fall.

Likadant på operation där alla operationslistor är under en specialist som är ansvarig och närvarande, men själva handläggandet av patienten sköts av läkare under utbildning.

Så på ett sätt kan man säga att det är ofta dubbelt i schemat med en specialist tillsammans med en eller flera ST-läkare.

Detta är ovanligt i Sverige, men läkaryrket är ett gesällyrke och det är oerhört viktigt att arbeta ihop med erfarna kollegor på ett systematiskt organiserat sätt för att få en gedigen överföring av erfarenhet till nästa generation kollegor.

5.

Fokus på att träffa patienter



▼ Under min tid som läkare i Sverige, så gick efterhand som man steg i graderna, allt mer tid åt att sitta i möten. Dels hade vi klinikmöte varje vecka, dels omorganisationsmöten titt som tätt.

På min klinik i Sverige med cirka 50 anställda läkare, ägnade vi närmare två timmar i veckan åt att diskutera administrativa bördor.

Det motsvarar 100 timmar

vilket skulle kunna översättas till 200 patientbesök i veckan om vi tar en halvtimme per patient och på årsbasis 8 000 patienter om vi snällt räknar på 40 veckor om året.

Nu har jag ett klinikmöte i kvartalet som ligger efter arbetets slut. Det är lätt att inse att antalet patientmöten ganska enkelt kan ökas. Men man skall förstås inte helt avstå från klinikmöten.

6.

Alla inom vården har betydligt högre löner än i Sverige

– och brist på sjuksköterskor existerar inte

▼ Löneläget är betydligt högre än i Sverige och det gäller vårdpersonalen överlag.

Medianlönen för en sköterska ligger på 36 000 SEK i månaden, en avdelningsföreståndare får cirka 55 000 SEK i månaden. En barnmorska cirka 50 000 kronor och är man "Director of nursing" så ligger man så högt som 110 000 kronor i månaden. En lön som få svenska läkare når upp till.

Man förstår att det lönar sig att utbilda sig till sköterska och personalbrist ser vi inte.

Läkarlönerna varierar kraftigt beroende på specialitet och hur stor andel privat verksamhet.

Som färdig specialist i en kirurgisk specialitet börjar lönen på cirka 80 000 kronor i månaden, men kan gå upp till flera hundratusen i månaden.

Det är märkligt att trots det höga löneläget använder båda länderna lika stor andel av BNP till sjukvård. Färre anställda?





7. Stabila organisation utan större omorganisationer

▼ Svenska politikers övertro på att omorganisationer kan lösa resursbrist skapar det motsatta, då oändliga möten ersätter det patientnära arbetet. Klinikens energi går åt till att lösa konflikter skapade av politikernas omorganisationslusta och istället för att ägna sig åt att träffa patienter sitter man i olika kommittéer för att lösa de problem som politikerna ställt till med. Det är betydligt stabilare organisatoriskt i Australien och den här typen av stora omstruktureringar har jag inte stött på.

8. Mindre krav på dokumentation

▼ Journalanteckningar är överlag kortare i Australien även om här finns en hel del kryptiska förkortningar som kan ställa till det. Dokumentationskraven i Sverige tar sig ibland absurda uttryck och vi behöver vända trenden. Vi arbetar också med sjukhusgemensam journal i Australien vilket underlättar att hitta relevanta uppgifter.

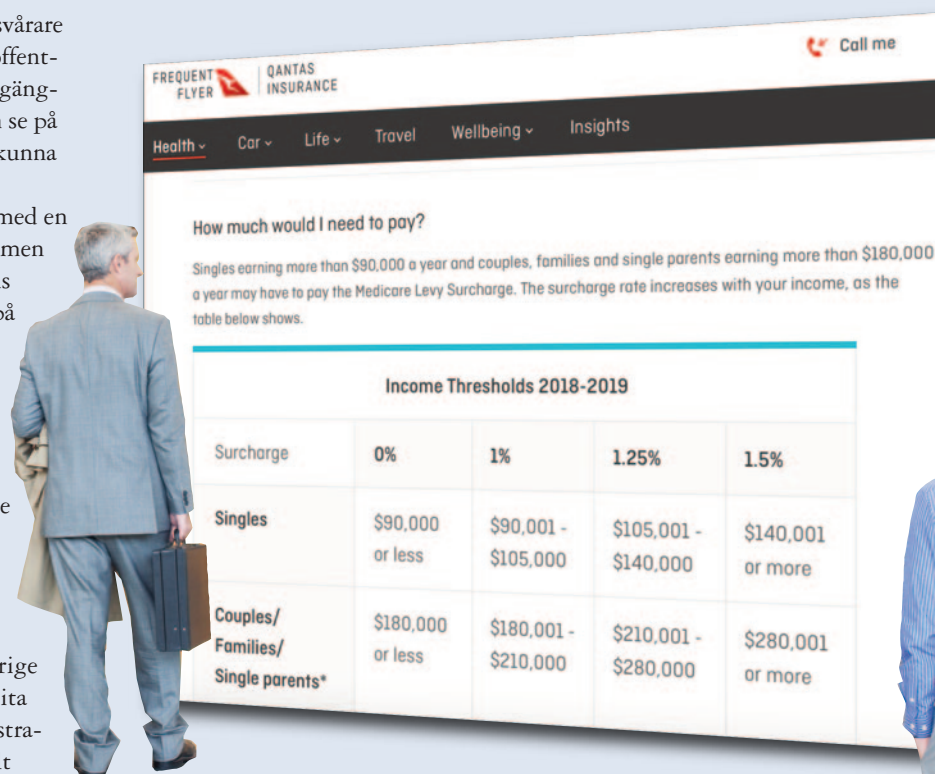
9. Ett annorlunda finansieringssystem som blandar privat och offentligt

▼ Det är uppenbart att det blir allt svårare för en med skattemedel finansierad offentlig sjukvård att upprätthålla god tillgänglighet och kvalitet. Se på Sverige och se på NHS i England som kämpar för att kunna leverera god sjukvård.

Australien har valt en annan väg med en privat delfinansiering av sjukvården men också en för alla tillgänglig mestadels gratis offentlig sjukvård med fokus på cancervård och akuta sjukdomar, medan väntetiden för benigna åkommor i det offentliga systemet kan vara lång.

Över en viss inkomst blir det ett skattetillägg (1 procent) om man inte tar ut en privat sjukförsäkring. De flesta medel- och höginkomsttagare har en privat försäkring även om andelen har minskat de senare åren.

Intressant är att medan man i Sverige har en debatt om gräddfil och att smita före i kön så råder det omvända i Australien. Det är inte ovanligt att man helt enkelt ser det som sin skyldighet att avlasta den offentliga sjukvården om man nu är så lyckligt lottad att man har möjlighet till privat sjukförsäkring.



▼ I Australien anses privata sjukvårdsförsäkringar avlasta den offentligt finansierade sjukvården. Höginkomsttagare som inte har en privat sjukvårdsförsäkring som täcker tillräckligt mycket sjukhusvård måste betala en extra skatt på sina inkomster. Och ju mer man tjänar desto mer måste man betala. Skatten för exempelvis en ensamstående som tjänar 90.000-105.000 australiska dollar är en procent. Se tabellen ovan.

Höginkomsttagare med för **liten** privat sjukvårdsförsäkring får betala extra skatt

Bildmontage: Christer Bark

10. Staten uppmuntrar privata sjukvårdsförsäkringar

▼ Staten har listat ut att privat sjukförsäkring lönar sig för den offentliga sjukvården och skjuter i nuläget till ca 6,7 miljarder dollar vilket är cirka 44 miljarder svenska kronor, även om det på senare år diskuterats hur stor andel som är rimlig.

Jag tror att många länder kommer att behöva titta på liknande modeller i framtiden med en privat delfinansiering av sjukvården. Om jag inte tar fel så har redan 600 000 svenska privata sjukförsäkringar. Detta måste bejakas och konflikten mellan offentlig

och privat sjukvård begravas, vi arbetar mot samma mål. I Australien träffar i regel den privat försäkrade patienten samma specialist som i den offentliga sjukvården eftersom läkarna och även annan vårdpersonal flyter fritt mellan systemen.

Anders Cervins slutsatser i korthet:



Begrav konflikten mellan privat och offentlig sjukvård

▼ I Australien är den privata sjukvården offentligt delfinansierad och det finns ingen konflikt mellan privat och offentlig sjukvård. Det kommer att behövas nya finansieringsformer i Sverige och konflikten mellan privat och offentlig sjukvård bör begravas. Vårdpersonal måste ha möjlighet att arbeta i båda systemen samtidigt.

...Ge svensk vårdpersonal bättre löner och arbetsvillkor

▼ I australisk sjukvård har vårdpersonalen bra löner och goda möjligheter att jobba deltid. Svensk vårdpersonal måste få bättre arbetsvillkor och bättre betalt och bättre möjlighet till vidareutbildning.

...Landstingen måste tänka om så personalen får ägna sig åt patienterna

▼ I australisk sjukvård finns ett fokus på patientnära arbete som jag inte sett i Sverige. Det kräver att de svenska landstingen tänker om, där vårdpersonal avlastas från administration, möten minimeras och där löneyft öppnas upp för de som träffar patienterna.

Idag är det tvärtom, om du tar en administrativ tjänst så stiger lönen snabbare. Det finns sannolikt goda möjligheter att leverera mer sjukvård i Sverige utan att anställa mer personal. (Jag förstår att det samtidigt finns en stor personal- och kompetensbrist)

...Se till att överföringen av kunskap till yngre läkare blir systematisk

▼ I australisk sjukvård finns en systematisk schemaläggning för att maximera erfarenhetsöverföring till unga läkare. Det saknas ofta i Sverige.

ANDREAS FRANSSON, EN AV MÅNGA LÄKARE,
SOM GÖR VAD HAN KAN FÖR EN BÄTTRE VÄRLD

”Jag hade inte kunnat leva med mig själv om jag bara suttit tyst”



Av: Katarina Arnstad Elmlad

Läkaren Andreas Fransson, 34, har varit nere i helvetet och vänt. Inte en, utan två gånger. Helvetet stavas Moria. Och snart bär det av igen. – Som läkare har jag en unik möjlighet att kunna göra något på plats, säger han.

▼ I flyktinglägret Moria – som ironiskt nog betyder ”den svarta avgrunden” på sindarin, det språk som skapades av JRR Tolkien för hans fiktiva värld Arda – på den grekiska ön Lesbos lever 20 000 män, kvinnor och barn under vidriga förhållanden.

När Andreas reste dit första gången hände det att han grät när han efter ett tufft arbetspass ”landade” i sin egen säng i den hyrda lägenheten inne i huvudstaden Mytilene.

– Jag kände en sådan maktlöshet och frågade mig själv: kan jag verkligen göra skillnad för de här människorna, säger han när vi möts i Stockholm där han mellanlandat, efter att ha varit uppe i vackra Vemdalen och åkt skidor, på sin väg tillbaka till Malmö där han arbetar som läkare på en vårdcentral vid Mölle-vången.

Kontrasterna mellan den svenska fjällvärlden, en vacker lägenhet i ett av Stockholms mest välbärgade områden och flyktinglägret Moria kunde inte varit större.

– Jag har haft turen att födas på en trygg plats på jorden, vilket långtifrån är alla givet. Jag ser det som min plikt

att ställa upp och hjälpa de som inte haft samma tur i livets lotteri, säger han.

I två omgångar har han varit nere som volontärbetare i Moria, i februari/mars 2019 och i höstas. Han vittnar om ett allt mer desperat läge för flyktingarna.

– För ett år sedan bodde cirka 7 000 flyktingar i lägret som är dimensionerat för max 2 000 till 3 000 personer. Enligt de rapporter jag får från mina kollegor som är nere där just nu är siffran uppe i cirka 20 000, säger Andreas och skakar på huvudet.

Moria, som egentligen är en gammal militäranläggning, omgärdas av taggtråd och människorna trängs i containrar och tält som saknar isolering.

– De sanitära förhållandena är förskräckliga med en toalett på 200 personer där det helt saknas dränering. Efter en regnig natt flyter det bajskorvar i lervällingen, berättar Andreas som arbetar för den brittiska volontärorganisationen Kitrinos Healthcare som startades av en brittisk/lankesisk läkare 2015.

– Första gången jag åkte ner föll det

sig tidsmässigt så bra att jag precis avslutat min AT och skulle påbörja min ST. Jag bad då om att få starta min anställning med tjänstledighet, säger Andreas.

Tiden i lägret beskriver han som en känslomässig berg- och dalbana.

– Å ena sidan vill jag vara där och göra allt som står i min makt för att hjälpa till, å andra sidan känner jag en rädsla för att situationen blir mig övermäktig. Vad spelar det för roll att jag är där. I mitt huvud pågår en konstant ideologisk och moralisk kamp där jag ifrågasätter om vi volontärer legitimerar lägret med vår närvaro, säger Andreas som till slut ändå landat i att han med den kunskap han besitter som läkare vill göra skillnad.

Mottagningsrummet där patienterna tas emot beskriver han som primitivt.

– Vi är två läkare, två översättare och minst två patienter åt gången i ett och samma rum, säger Andreas.

De grekiska hälsomyndigheterna har det övergripande hälsoansvaret för flyktingarna och det är de som gör de första hälsoscreeningarna. Myndigheternas uppgift är att avgöra vilka som behöver akut eller specialiserad vård.

– I teorin innebär det att de mest sårbara patienterna, de med kroniska sjukdomar, som till exempel HIV, KOL eller svårinställd diabetes ska slussas vidare till sjukhusvård inne i Aten. Men i praktiken sker inget. Det finns HIV-sjuka patienter i lägret som säljer sex men även personer med andra svåra sjukdomar som kräver specialistvård och som inte får den vård de kräver. Det är tragiskt och beklagligt och vittnar om en cynisk människosyn, säger Andreas och sippar dystert på sin espresso.

Han sätter sig i skräddarställning och fortsätter berätta om en värld de flesta av oss i Sverige är lyckligt ovetande om – en värld där människor behandlas som varor som staplas i våningssängar i trånga containrar eller tvingas bo i oisolerade tält som flyter iväg i leran när monsunregnen slår till med full kraft.

Andreas har alltid haft ett stort hjärta och ett socialt patos och han har aldrig ”bangat” för att hjälpa till i krissituationer. Redan 2015 i samband med de stora flyktingströmmarna till Sverige



Det kommer en dag då jag vill kunna se tillbaka på mitt liv och veta att jag åtminstone försökte göra världen lite mindre hemsk, säger Andreas Fransson. Foto: Li Fernstedt.

arbetade han som volontär på ett flyktingmottagande i Malmö.

På sin högerarm har han låtit tatuera in ordet ”SOLIDARITET” som enligt lexikonet betyder en för alla, alla för en.

– I början var jag rädd för att jag skulle ångra min tatuering men sedan tänkte jag ”den dag jag inte längre kan stå bakom ordet solidaritet är en tatuering mitt minsta bekymmer”, säger han.

Bortsett från de primitiva förhållan-

dena i lägret, och det faktum att de som söker vård tvingas köa i två till tre timmar, skiljer sig patienterna inte nämnvärt från de han behandlar på vårdcentralen Sorgenfri i Malmö.

– Det är mycket luftvägsinfektioner, halsar och öron men också kroniska sjukdomar som man försöker monitörera så gott det går.

Fortsättning nästa uppslag >>>

” Högerextremister ger sig på läkare och andra hjälparbetare – nyligen gav sig nazister på vårdpersonal med spikklubbor och påkar ”

Men det är inte människorna med öroninflammation som Andreas främst minns från sina veckor i lägret.

– Nej, det som etsat sig fast är de som lider av psykiska trauman efter att ha torterats, förföljts, sett vänner och släktingar mördas eller utsatts för gruppvåldtäkter.

Han berättar om en kongolesisk kvinna i 30-årsåldern som sökte hjälp för buksmärtor.

– Militärer hade utsatt henne för systematiska gruppvåldtäkter och mer eller mindre förstört hennes underliv. Ingen ska behöva uppleva det hon varit utsatt för, säger Andreas och avslöjar att kvinnor i lägret sover med blöjor eftersom de inte vågar gå ut på toaletten på natten av rädsla för att bli våldtagna.

Det händer även att kändisar och politiker kommer till lägret.

– De får en extremt tillrättalagd rundvandring vilket gör mig så förbannad. Det är en av anledningarna till att jag författar debattartiklar, att jag vill ge en rättvis ögonvittnesskildring av de fruktansvärda förhållanden dessa människor lever under. Jag hade inte kunnat leva med mig själv om jag bara suttit tyst. Även om media slutat rapportera får man inte glömma att det drunknar människor här varenda dag. När jag var nere var det en fyraårig flickkropp som spolades upp på land. Det är fruktansvärda scener som utspelar sig på Lesbos.

Han minns en 29-årig man från Syrien som varit fången hos IS. Inne i lägret försökte mannen sätta eld på sig själv men räddades i sista sekund av en kompis.

– Han sa till mig: hade jag vetat att jag bara skulle hamna i ett nytt helvete hade jag valt att dö i mitt hemland.

Många av de patienter som uppsöker läkare i lägret lider av PTSD och flertalet är i behov av specialistvård, men att gå till en psykiater kostar 45 Euro (cirka 450 svenska kronor) vilket är hälften av det månadsbidrag varje flykting får.

– Vi som arbetar i lägret har tyvärr inte rätt att skriva ut psykofarmaka, vilket såklart hade varit bra om vi kunnat eftersom den psykiska ohälsan bland flyktingarna är utbredd, säger Andreas.

Han talar om barn i tvåårsåldern som matvägrar och 12-13 åringar med självskadebeteende och panikångest-attacker.

– Men om jag inte kan ge medicinsk hjälp kan jag åtminstone finnas till hands som tröst och hårbärgera människors smärta för en stund.

De gånger Andreas varit i Moria har ingen attackerat volontärer fysiskt. Idag målas en betydligt dystrare bild upp.

– Högerextremister ger sig på läkare och andra hjälparbetare. Det är inte tryggt i Moria längre. Nyligen gav sig nazister på vårdpersonal med spikklubbor och påkar. Många volontärer har tyvärr valt att lämna Lesbos, säger han.

Flertalet av de flyktingar som lider av svåra somatiska sjukdomar som KOL, diabetes eller astma har inte råd att köpa läkemedel. Istället försöker Andreas och de andra volontärerna skaffa pengar på annat sätt för att kunna handla mediciner till de värst drabbade.

– Vi pusslar så gott vi kan, men inte minst den psykosociala vården är jätteeftersatt. Patienter som vill träffa en psykiater i huvudstaden Aten får räkna med två till tre månaders väntetid. Och då ska man komma ihåg att kriterierna för att få en tid hos en psykiater är att personen antingen varit utsatt för tortyr eller grovt sexuellt våld. Det räcker alltså inte att lida av depression, ångest eller sömnstörningar vilket många av våra patienter gör.

Får du själv någon debriefing?

– Nej, det finns inte tid till när man är i lägret. Det är en kaoszon. Några gånger har jag bett om att få sluta lite tidigare. Då har jag åkt in till stan och satt mig på ett fik. Jag har också börjat föra dagbok.

Efter att ha lyssnat på Andreas vittnesmål från helvetet på jorden undrar jag såklart hur han orkar?

– Jag får mycket kraft från familj och vänner. Det är stöttande mejl och kommentarer i sociala medier som gör att jag orkar kämpa vidare. Jag sjunger också i en indiekör. Alternativet att inte göra något finns inte. Det kommer en dag då jag vill kunna se tillbaka på mitt liv och veta att jag åtminstone försökte göra världen lite mindre hemsk. Till skillnad från de män, kvinnor och barn som kommer till Moria har jag haft turen att födas på en trygg plats på jorden. Det förpliktigar.

Ingen förespråkar såklart dessa inhumana flyktingläger. Vilket är ditt recept för att vi alla ska kunna leva tryggt?

– Länderna måste öppna sina gränser och ta ett solidariskt ansvar.

Är det svårt att ställa om till den relativa verklighet som svenska patienter lever i när du kommer hem till Sverige efter att ha varit i Moria?

– Det tar en vecka eller två att lämna kaoset bakom sig innan man landar i ”business as usual”, säger Andreas och skrattar till för första gången under intervjun.

Att intervjua en läkare i dessa coronatider utan att tala om Covid 19 vore konstigt. Men för egen del är Andreas inte ett dugg orolig. Säger att han inte är i riskzonen. Däremot är han övertygad om att det bara är en tidsfråga innan smittan slår till med full kraft även i Moria.

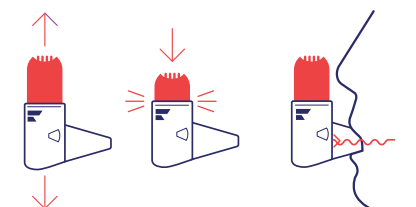
– Det säger sig självt när man trycker in extremt många människor på en begränsad yta under vidriga sanitära förhållanden att det är en perfekt grogrund för smitta.

– Men det är ingen idé att vara rädd. Jag är läkare, det är mitt jobb att träffa patienter, antingen det sker här i Malmö eller i Moria.



EASYHALER®

EASYHALER® – MED BRETT SORTIMENT



SKAKA KLIKA INHALERA

INSTRUKTIONSFILM FINNS PÅ
MEDICININSTRUKTIONER.SE

INHALE. EXHALE. EASYHALE.

ASTMA
KOL

SALFLUMIX EASYHALER®	BUFOMIX EASYHALER®	BUVENTOL EASYHALER®	GIONA EASYHALER®	BECLOMET EASYHALER®
SALMETEROL/ FLUTIKASON	BUDESONID/ FORMOTEROL	SALBUTAMOL	BUDESONID	BEKLOMETASON

ORION PHARMA AB | TEL 08-623 64 40 | WWW.ORIONPHARMA.SE



Salflumix Easyhaler® (salmeterol/flutikasonpropionat) [Rx] F. **Astma:** Inhalationspulver i styrkorna 50/250 mikrogram och 50/500 mikrogram. För regelbunden behandling av bronkialastma hos vuxna och ungdomar 12 år och äldre, när kombinationsbehandling (långverkande β_2 -agonist och inhalationssteroid) är lämplig för: patienter som inte uppnår adekvat symptomkontroll med inhalationssteroid och "vid behovs" medicinering med inhaled kortverkande β_2 -agonist eller patienter som redan har adekvat symptomkontroll med inhalationssteroid och långverkande β_2 -agonist. **KOL:** Inhalationspulver i styrkan 50/500 mikrogram. Salflumix Easyhaler är indicerad för symptomatisk behandling av patienter från 18 år med KOL med ett FEV1 <60% av beräknat normalvärde (före bronkdilaterare) och med upprepade försämringsepisoder i sjukdomshistorien samt betydande symptom trots regelbunden behandling med bronkdilaterare. Senaste översyn av produktresumé: 2019-04-24. **Bufomix Easyhaler®** (budesonid/formoterol) [Rx] F. **Astma:** Inhalationspulver i styrkorna 80/4,5 mikrogram, 160/4,5 mikrogram och 320/9 mikrogram. För behandling av astma när kombinationsbehandling är lämplig. Bufomix Easyhaler är inte avsett som initial astmabehandling. Bufomix Easyhaler 80/4,5 mikrogram är godkänd från 6 år vid underhållsbehandling och från 12 år för underhållsbehandling och vid behovsbehandling. Bufomix Easyhaler 160/4,5 mikrogram är godkänd från 12 år vid underhållsbehandling och för vid behovsbehandling. Bufomix Easyhaler 320/9 mikrogram är godkänd från 12 år vid underhållsbehandling. Vid anfallsakupering ska en snabbverkande bronkdilaterare användas. **KOL:** Inhalationspulver i styrkorna 160/4,5 mikrogram och 320/9 mikrogram. För symptomatisk behandling av patienter med svår KOL (FEV1 <70% av förväntat värde) och tidigare upprepade exacerbationer och som har signifikanta symptom trots regelbunden behandling med bronkdilaterare. Bufomix Easyhaler 160/4,5 mikrogram och 320/9 mikrogram är godkänd från 18 år. Senaste översyn av produktresumé: 2018-03-02. **Buventol Easyhaler®** (salbutamol) [Rx] F. Inhalationspulver 100 mikrogram/dos och 200 mikrogram/dos. För symptomlindring av bronkkonstriktion vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Buventol Easyhaler godkänd från 6 år. Senaste översyn av produktresumé: 2018-09-12. **Giona Easyhaler®** (budesonid) [Rx] F. Inhalationspulver 100 mikrogram/dos, 200 mikrogram/dos och 400 mikrogram/dos. För behandling av lindrig, måttlig och svår ihållande astma. Giona Easyhaler är inte lämplig för behandling av akuta astmaanfall. Giona Easyhaler är godkänd från 6 år. Senaste översyn av produktresumé: 2017-10-04. **Beclomet Easyhaler®** (beklometason) [Rx] F. Inhalationspulver 200 mikrogram/dos. För behandling av bronkialastma. Beclomet Easyhaler godkänd från 5 år. Senaste översyn av produktresumé: 2017-05-29. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

Friska sjukvårdspriset till Stockholms sjukvårdsupprop

Sjukhusläkarnas Friska sjukvårdspris 2020 gick till Stockholms sjukvårdsupprop.

▼ ST-läkarna Laura Björnström och Akil Awad, två av initiativtagarna, fick i samband med Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte motta priset av Sjukhusläkarnas ordförande Karin Båtelson.

Motiveringen till priset är att Stockholms sjukvårdsupprop "har skapat kanaler som för fram förtvivlade och engagerade medarbetares vittnesmål om effekter av varsel och förd personalpolitik utifrån patienternas utsatta situation, rätt i knät på ansvariga".

– Stockholms sjukvårdsupprop har på kort tid engagerat otroligt många och spridit berättelser om vårdens verklighet, bortom statistiken. Det blir som en murbräcka av sanning om hur det egentligen ser ut. Det är inte alltid lätt att förena traditionella fackliga och professionella organisationer med nya starka krafter – det är bra om vi kan växeldra, sade Karin Båtelson under prisceremonin.

– Vi är väldigt glada för priset. Det betyder mycket för oss, sade Laura Björnström då hon och Akil Awad tog emot priset och menade att även om varslen dragits tillbaka är det otroligt mycket kvar att göra. Tidigare har hon i Sjukhusläkaren beskrivit situationen på akutmottagningarna i Stockholm som mardrömslik.

Akil Awad:

– Priset stärker vår motivation att fullfölja det vi startat. Vi är drygt tio personer som vid sidan om heltidsjobb lagt ner oerhört mycket tid. Hittills har vi etablerat en plattform och fått upp frågan på bordet. Vi har tagit de första



ST-läkarna Laura Björnström och Akil Awad tar emot Sjukhusläkarnas Friska sjukvårdspris 2020 av Karin Båtelson, ordförande i Sjukhusläkarna.

Foto: Jannis Politidis.

stegen, men det återstår som sagt mycket arbete.

Sjukhusläkarna delar ut Friska Sjukvårdspriset sedan 2008. Priset går

till de eller den som genom enträget arbete lyckats få varaktig

förbättring inom vården till gagn för patienter och läkare.

Adam Öhman

Sjukhusläkarnas fullmäktige anordnades på grund av spridningen av coronaviruset som ett digitalt möte via videolänk.

▼ Sjukhusläkarna Lund drev under mötet att Sjukhusläkarna i sitt centrala arbete ska prioritera frågan om fler vårdplatser genom att verka för flexibla rumslösningar, som vid behov tillåter att två patienter kan vårdas i ett enkelrum.

I den bästa av världar är det, framhöll lokalavdelningen, svårt att vara emot enpatientrum, men det ska också vägas mot den omfattande vårdplatsbristen i Sverige, vilket både styrelsen och fullmäktige höll med motionären om.

Sjukhusläkarna Uppsala ville att Sjukhusläkarna ska verka för att Socialstyrelsen vid omorganisationer och sparbetning i sjukvården föreskriver samma krav på riskbedömning angående patientsäkerheten som för effekter på arbetsmiljön. Även det höll både styrelsen och fullmäktige med om.

– Det här är verkligen ett eftersatt område och det behövs verktyg för att hantera det, menade Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna.

Sjukhusläkarna Uppsala hade även lämnat in en motion om att Sjukhusläkarna centralt ska verka för att Sveriges kommuner och regioner (SKR) genom att bli en myndighet ska omfattas av offentlighetsprincipen. Lokalföreningen framhöll att SKR har utvecklats från att vara en renodlad arbetsgivarorganisation till att bli en ständigt växande organisation med nya uppgifter.

– SKR betalas ju av skattebetalarna och är något av en hemlig klubb, och det har blivit värre med deras ökande storlek och inflytande, sade Anna Rask-Andersen, Sjukhusläkarna Uppsala.

Efter omröstning landade fullmäktige i att motionen ansågs besvarad.

En annan fråga som behandlades på fullmäktigemötet var läkare som chefer. Sjukhusläkarna Östra Skåne ville att fullmäktige skulle ge Sjukhusläkarnas styrelse i uppdrag att utforma en facklig agenda till stöd för lokalavdelningarna för att uppnå en så korrekt chefsställning av verksamhetschefer och högre chefstjänster i sjukvården som möjligt.

– Det ska vara de med mest medicinsk kompetens som ska leda verksamheterna. Men om vi på allvar vill ha läkare som chefer måste vi se till att de stötts ordentligt, sade Britten Klöver Ståhl, Sjukhusläkarna Östra Skåne.

Styrelsen höll med om att det är viktigt att lokalavdelningarna får stöd i detta arbete, och även fullmäktige ställde sig också bakom motionen.

Lokalavdelningen riktade även ljus mot frågan om ekonomisk ersättning vid arbetad övertid för läkare. Fullmäktige beslutade i detta sammanhang inte minst att Sjukhusläkarna i sitt förbundsarbete ska verka för att fler läkare ska ha rätt till ekonomisk ersättning för arbetad övertid, att arbetsgivaren ska registrera all arbetad tid som är övertid enligt Arbetstidslagen, samt att arbetsgivaren inte skriver bort rätten till kompensation för övertid.

Fullmäktige valde på nytt Karin Båtelson till ordförande och Elin Karlsson till andre vice ordförande till och med fullmäktige 2022. Även ledamöterna Andreas Fischer, Ann Hermansson och Torbjörn Karlsson valdes om till och med 2022. Så också Marie Engman, suppleant.

ÄR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEM KOMPLEXA? – JO, JAG TACKAR, JAG!

Att hälso- och sjukvården är knepig råder det nog bred enighet om. Det är just knepigheten som gör att tyckandet blir omfattande och uppfattningarna delade. Men det finns en annan sida av det här med om sjukvården är svårförståelig och det är om sådana system rentav är komplexa, alltså inte bara i vardagstal utan bokstavligt.

Att tillverka bilar kan tyckas komplicerat, men det är inte en komplex verksamhet. Ta en bestämd mängd plåt, glas och gummi och låt ett antal montörer agera efter ritningarna och ut rullar en bil, varje gång.

Komplexa verksamheter däremot uppför sig inte alls enligt ritningarna. När man pratar om komplexa system så menar man något alldeles speciellt, nämligen att de styrs av säregna förhållanden, såsom icke-linjäritet, återkopplingsloopar och adaptiva beteenden.

Sådana förhållanden leder ofta till överraskande konsekvenser, svårigheter att planera en verksamhet och bristande förståelse för förhållandet mellan orsak och verkan.

Man skiljer också noga på lokalt och globalt och försöker förstå vad som händer med utfallet om man ändrar på ursprungsförhållandet, om än aldrig så lite. Exempel på komplexa system är klimatet, ekosystem och den mänskliga kroppen. Tilläggas bör att komplexitetens lära ligger nära kaosteori.

För några år sedan började jag ta till mig tankarna om att hälso- och sjukvårdssystem skulle vara komplexa. Jag plöjde en massa böcker och artiklar som diskuterade sjukvårdssystem som komplexa system. De pekade på svårigh-

eterna att planera och förutse verksamheten, det omöjliga med att "standardisera" vårdförlopp och det fåfänga med att tro att patienten alltid blir frisk igen bara man följer protokoll och riktlinjer.

Att hälso- och sjukvårdssystem är svåra att förstå och analysera är jag enig i. Jag har försökt i många år och undervisar till och med i sådana utifrån ett ekonomiskt perspektiv. Sjukvården är ett "system-av-system". Varje delsystem består av en stor mängd människor som agerar efter olika formella och informella regler, vanor och tankemönster. Detta i sig borgar för komplexitet.

Vården verkar dessutom inom ramen för många större system, det vill säga samhället i stort. Och, inte minst, varje patients hälsa är ett resultat av mycket komplexa processer, både utom- och inomkroppsliga sådana.

Jag tror det finns mycket att hämta från dessa resonemang. På ett övergripande plan tror jag vi lever i en alltmer komplex tillvaro, inte bara tekniskt utan också ekonomiskt, socialt och kulturellt. Och sjukvården är inget undantag, den har blivit och kommer säkert att fortsätta att bli alltmer komplex till sitt innehåll och funktion.

Men man ska heller inte överdriva komplexiteten och dess omfattning. För det första så finns det en uppenbar skillnad mellan sjukvårdssystem och klimatet eller universum. De senare är naturliga system, som bygger på vissa naturliga lagar. Sjukvårdssystem är inte naturliga system, de är byråkratiska organisationer som bygger på jordliga lagar, åtminstone formellt. Därmed inte sagt att de inte besitter komplexitet. I vilken utsträckning de gör det har implikationer för både sjukvårdspolitik

och för valet av forskningsmetoder på området.

Vården har också att hantera komplexa system och processer, men man får väl anta att allt inte är granne med kaos. Man kan till exempel hoppas på att om man tar lite titan, några skruvar, en stålplatta och låter ett antal operatörer göra sitt så kommer det en höft ut av det, nästan varje gång.

Till sist vill jag rikta ett stort tack till hela Sveriges vårdpersonal för era insatser under den pågående Covid-19 epidemin. När det visade sig att vår beredskap var allt annat än god, stod ni redobogna.

När våra politiker, hukandes bakom experterna, började knäppa med fingrarna för att få fram beslutsunderlag, sträckte ni fram en vårdande hand. Och när våra myndigheter halkade allt längre bakut, tog ni täten. Ni är de verkliga proffsen och för det är vi alla andra oändligt tacksamma.



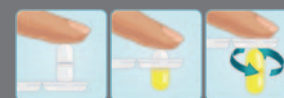
Björn Ekman, hälsoekonom



Svårt att svälja tabletter? Lugn.

MEDCOAT® hjälper dig!

- MEDCOAT® Tablettöverdrag (lätt att använda för alla åldrar) gör tabletten hal, välsmakande och lättare att svälja.
- Studier visar att 98% upplevde att det var lättare att svälja tabletter med MEDCOAT®.
- Drageringen löser snabbt upp sig i ventrikeln och har inga kända interaktioner med läkemedel.



Personer som har svårt att svälja tabletter kan nu få MEDCOAT utskrivet **kostnadsfritt**. Prata med din läkare eller sjuksköterska.

INGÅR
I LÄKEMEDELS-
FÖRMÅNEN



Sahlgrenska först med ”innovations- och teknik-ST”

En ny ST-utbildning i innovation och teknik, som tar fasta på de problem som läkarna identifierar i sin vardag på klinikerna, startade för en tid sedan på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Det är den första innovationsutbildningen för läkare i landet. Nu är deltagarna i gång på allvar och har börjat planera sina innovationsprojekt som ska hjälpa sjukvården att möta framtidens utmaningar.

De nio läkarna som sedan i november går den nya ST-utbildningen i innovation och teknik på Sahlgrenska universitetssjukhuset ska utgå ifrån sin kliniska

arbetssituation och försöka lösa problem som omger dem.

– På de ställen där det finns liknande projekt, till exempel i Köpenhamn och Stockholm, kommer innovatörerna in som externa parter, säger Martin Holmudden, projektledare och ST-läkare i anestesi och intensivvård.

– Ofta får ju läkare en teknisk lösning i knäet och direktiv om att man ska implementera den efter bästa förmåga, men här tar vi i stället fasta på läkarnas medicinska kompetens. Det är ju läkarna som känner verksamheterna bäst.

Den innovationsintresserade läkaren får här möjlighet att på schemalagd tid ägna sig åt att utveckla nya idéer, i stället för att exempelvis göra det på sin fritid.

– Många läkare som vill jobba med innovationer vill även fortsätta att arbeta som läkare, och det är en möjlighet som vi ger dem, säger Peter Kelly, kursansvarig och ST-läkare i akut-sjukvård.

– Det finns en stor samstämmighet kring behovet av innovationer, och vi tror verkligen på det här konceptet. Samtidigt är det av stor vikt att alla står bakom detta, från ledningen till klinikerna, hela vägen ner till golvet.

Peter Kelly och Martin Holmudden betonar att utbildningen inte primärt har ett teknikorierat perspektiv, utan snarare ett professions- och patientperspektiv. Tekniken är medlen, inte målet.

– Vi vill ju hitta lösningar som hjälper både läkare och patienter. Sedan är det viktigt att komma ihåg att teknik är det viktigaste verktyg som vi läkare har. Ibland kan jag tycka att många läkare har en skev bild av vad som är

våra viktigaste verktyg. Det är få av oss som ser sig som personer som främst arbetar i tekniska sammanhang. Vi identifierar oss med vår medicinska kunskap och våra färdigheter och att de är våra viktigaste tillgångar.

Innovation och teknik-ST, vars budget ligger kring cirka en miljon kronor årligen med en årskurs inräknat, pågår under två år och drivs på 20 procent.

Utbildningen är öppen för alla ST-läkare på Sahlgrenska universitetssjukhuset, och målsättningen är att deltagarna vid sidan av att få kunskap om teknik och innovationsprocesser ska ges redskap att i framtiden kunna utveckla och driva egna innovationsprojekt på sjukhuset.

Utöver det ska de också få en teoretisk grund i etiska frågor och juridiska frågor. Tanken är att deltagarna med tiden ska bli universitetssjukhusets egna innovationsläkare – en spetskompetens som kan vara drivande i teknikutvecklingen.

Samarbete med Chalmers

Under utbildningen får deltagarna kontakt med människor som tidigare har gjort olika former av innovationsresor, såväl på Sahlgrenska som i andra miljöer. Exempelvis har sjukhuset ett nära samarbete med Chalmers och dess styrkeområde Hälsa och teknik, som samlar spetskompetens över högskolans institutioner för att bidra till ”hållbara lösningar av de stora hälsorelaterade samhällsutmaningarna”, som det heter på lärosätets hemsida.

– Även om det är ett starkt fokus på innovation och teknik ska deltagarna inte bli ingenjörer, och ingenjörerna som vi samarbetar med ska ju inte bli



Peter Kelly, kursansvarig och ST-läkare i akutsjukvård, Sara Hansson, ST-läkare i anestesi och intensivvård på anestesikliniken i Mölndal som är en av de första som utbildas och Martin Holmudden, projektledare och ST-läkare i anestesi och intensivvård. Foto: Thomas Johansson

läkare. Vi har våra olika kompetenser och kan bidra på olika sätt. Det centrala är att vi tar del av varandras kunskaper, säger Martin Holmudden.

Deltagarna får träna sina färdigheter praktiskt både enskilt i klinisk miljö och i grupp. Varje deltagare ska under utbildningen utveckla ett eget projekt, och de är fria att forma sina egna projektgrupper. I nuläget är det fortfarande tidigt i processen, men det saknas inte direkt idéer.

Sara Hansson, ST-läkare i anestesi och intensivvård på anestesikliniken i Mölndal, har som en del av programmet börjat titta på förloppet från att en patient får operationsbesked till genomfört ingrepp. Vad är det som funkar? Vad funkar inte?

– Det är intressant att se hur vi kommunicerar med patienterna. Vi använder ju mycket papper som skickas fram och tillbaka, men det kanske går att effektivisera våra kommunikationsvägar? Kan man göra det på något mer patient-säkert sätt?

Sara Hansson säger att intrycket av utbildningen än så länge är odelat

positivt. Kollegorna är engagerade och lyhörda, kursledningen likaså. Samtalsklimatet är öppet och välkomnande, både vad gäller innovationsidéer och programmets innehåll.

– Det har varit kul att komma in i den här miljön. Det känns verkligen som att mycket är möjligt, säger hon

Vad var det främsta skälet till att du sökte till utbildningen?

– Jag vill vända frustration till något konstruktivt. Jag vill lära mig mer och bli bättre på att se vilka möjligheter som olika tekniska lösningar erbjuder.

Nyfikenhet prioriteras

Totalt sökte ungefär femton personer förra året till utbildningen, och nio personer blev antagna. Det handlar inte, vilket kanske ligger nära att tro, främst om personer med olika former av tekniska bakgrunder. I stället var nyfikenhet, nyskapande och förändringsbenägenhet ledord under antagningsprocessen, med nyfikenhet som högsta prioritet.

Nu pågår arbetet med att göra utbildningen till ett stående program i

framtiden. I dagsläget finns inga formella beslut för en fortsättning tagen, men signalerna går inte att misstolka. Planen är att sex till tio platser ska tillsättas varje år framöver.

– Vi utbildar en ny typ av läkare som är med och skapar en framtid med nya lösningar. På samma gång är det viktigt att innovationsläkarna framöver har ett sammanhang med andra innovationsläkare att ingå i, och vi skapar ett sådant sammanhang. Men om det ska bli en dynamisk miljö måste det komma nya kullar. Vi räknar med att det blir så, säger Peter Kelly.

Martin Holmudden instämmer:

– För att sjukvården ska kunna finnas tillgänglig för alla patienter, i en tid när antalet äldre bli fler och antalet nyfödda blir färre, räcker det inte med att lägga mer pengar på vården, även om det givetvis är oerhört viktigt. Vi måste även skapa nytta för pengarna, och då behöver vi teknik som hjälper medarbetarna att jobba på nya sätt.

Adam Öhman

THINK DIFFERENT- PRISET

Kandidat nr 1-2020

▼ Sahlgrenska universitetssjukhuset och initiativtagarna till den nya ST-utbildningen i innovation och teknik blir 2020 års första kandidat till Sjukhusläkarens ”Think differentpris”.

▼ Tidigare har priset gått till Per Bleikelia, sjukhuschef i Norge, för hans annorlunda ledarstil, och ortopedkliniken på Oskarshamns sjukhus för att ha visat vägen hur väntetiderna kan kortas.



STEN DREBORG: BEDÖMNINGEN AV ENSAMKOMMANDE UNGDOMAR OVÄRDIGT EN RÄTTSSTAT

"Metoder för att mäta biologisk utveckling kan aldrig användas för att avgöra kronologisk ålder"

I senaste numret av Sjukhusläkaren refererades synpunkter på att regeringen inte tillsatt en utredning av metoder för åldersbestämning av ensamkommande ungdomar.

Däremot diskuteras inte sakfrågan: Är det möjligt att bestämma kronologisk ålder med metoder som bestämmer den biologiska utvecklingen?

Det grundläggande felet i de metoder som tillämpas för åldersbestämning är att de inte utvecklats för bestämning av kronologisk ålder utan för bedömning av biologisk ålder. Skelettåldern har bland annat använts för att avgöra hur långt den biologiska utvecklingen nått.

I Sverige, liksom internationellt används kronologisk ålder för att klassificera ungdomar. Alla sjuåringar, 14-åringar, respektive 18-åringar förutsätts följa undervisningen i samma klass i skolan. Detta trots att såväl den kroppsliga som intellektuella och sociala mognaden skiljer sig väsentligt inom varje årskull – intill puberteten är avslutad i varje fall.

Men puberteten både startar vid olika ålder och avslutas också vid helt skilda åldrar för olika individer. Hur kan man då tro att man skall kunna åldersbestämma ungdomar med metoder som mäter den biologiska åldern, inte den kronologiska åldern?

Kritiker av de metoder som använts av Rättsmedicinalverket har haft svårt att förklara att bedömning av tillväxtzonerna i lårbenet och tandundersökningar aldrig kan ge ett rättssäkert svar

om den kronologiska åldern.

Enstaka individer startar pubertetsutvecklingen tidigt och enstaka sent. Spridningen kan illustreras av det diagram som dagligen används på svenska Barn- och Ungdomsmedicinska mottagningar och avdelningar, **Figur 1 (pojkar)** (1).

Slutningen av de långa rörbenens tillväxtzoner, till exempel lårbenets nedre tillväxtzon, följer samma mönster som de yttre könskaraktärer som visas i tillväxtdiagrammet.

Fakta

Pubertetsutvecklingen kan skilja sex år

- Puberteten inträffar vid olika ålder hos olika individer.
- Variationen är upp till sex år i extremfall.
- Skelettåldersbestämning kan användas för att bedöma den biologiska åldern,
- Skelettåldersbestämning kan inte användas för bedömning av den kronologiska åldern.



Stadieindelningen och gränserna för olika stadier skiljer sig dock. Rättsmedicinalverket torde ha en gedigen samling data för att framställa liknande diagram för skelettmognad och utveckling av visdomständer.

Mätning av yttre könskaraktärer kan inte användas för bedömning av kronologisk ålder, men lämpar sig väl för bedömning av individens grad av biologiska utveckling. För bedömning av hur långt pubertetsutvecklingen har kommit kan man registrera sekundära könskaraktärer (Figur 1).

Man kan komplettera med undersökning av benkärnor i handleden, mognaden av visdomständer, och graden av slutning av rörbenens tillväxtzoner. När tillväxtzonerna i de långa rörbenen slutits har i princip längd-tillväxten avstannat. Man kan också utnyttja upprepade kroppslängdsdata för att avgöra om tillväxten avstannat. Men man kan inte använda sådana data för att avgöra den kronologiska åldern.

Bedömning av den biologiska

utvecklingen görs till exempel för att avgöra om det finns möjlighet att påverka tillväxten, stoppa den i förtid hos ungdomar som inte önskar att bli "onormalt" långa respektive som önskar hjälp att öka slutlängden.

Man kan inte använda skelettmognadsundersökningar för att bedöma den kronologiska åldern. Det framgår klart av Figur 1.

Puberteten är genomgången när stadium 5 nåtts. Majoriteten pojkar har en utveckling av könsbehåring som nått stadium 5, vuxenbehåring, senare än 12½ års ålder, respektive har avslutat utvecklingen av könsår före 18½ års ålder. Men enstaka pojkar kan vara färdigutvecklade före 12½ års ålder, medan andra fortfarande inte nått full utveckling av könsbehåringen förrän efter 18½ års ålder, alltså en variation på mer än 6 år.

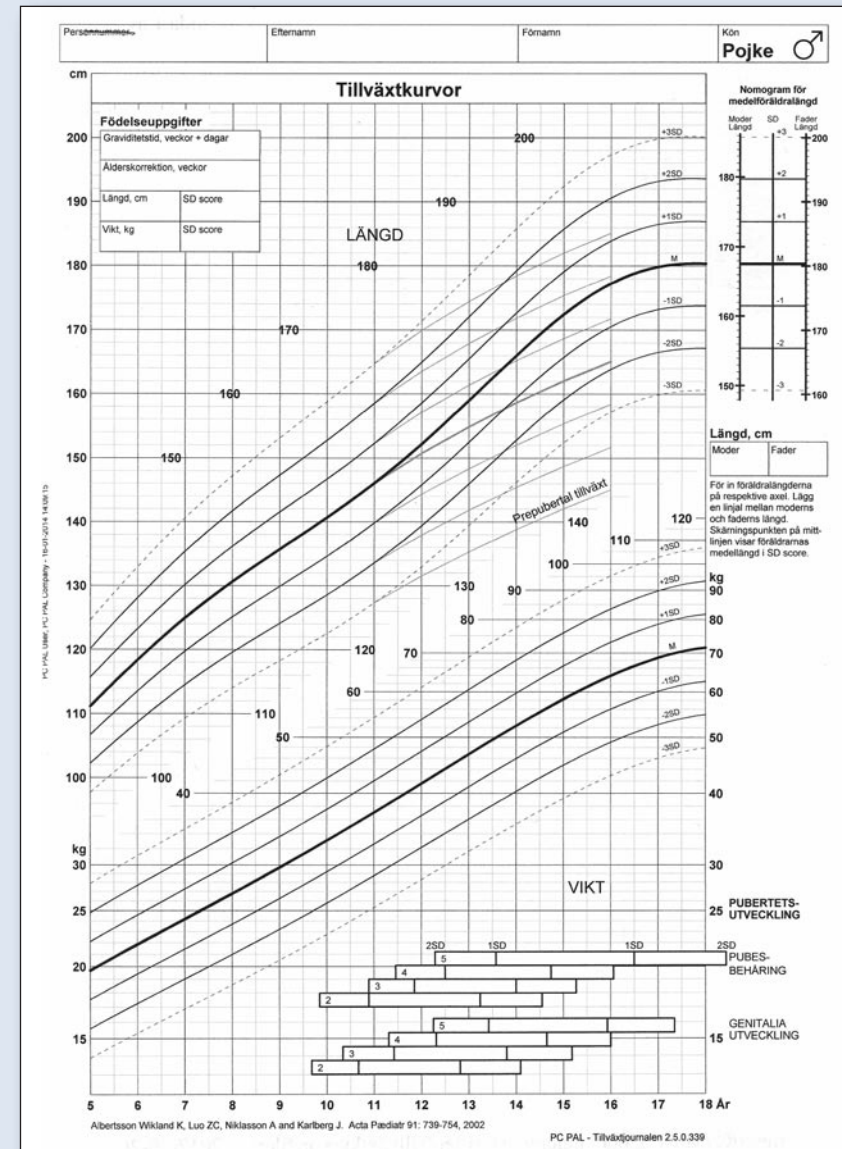
Av Figur 1 framgår också att det finns 12-åringar som nått full utveckling av yttre könskaraktärer (stadium 5) och därför kan bedömas som vuxna vid yttre besiktning. Ett och samma utvecklingsskede respektive röntgenbild kan fås vid undersökning av en pojke i tidig pubertet och en ung man som kronologist räknas som vuxen.

Det saknas säkra data på skelettmognaden hos ungdomar från de länder varifrån de ensamkommande ungdomarna kommer, liksom entydiga data om inverkan av bristande nutrition, psykosociala faktorer, stress mm.

Det är förstaeligt att politiker önskar sig klara besked om de ensamkommande barnens/ungdomarnas kronologiska ålder. Men det är då viktigt att professionen har modet att tala om att det inte är möjligt med de metoder som används av Rättsmedicinalverket för bedömning av den kronologiska åldern, avsedda för bedömning av den biologiska utvecklingen.

Barn kan i stor utsträckning klassificeras som vuxna. Detta är ett brott mot svensk lag genom att nu FN:s Barnkonvention gjorts till svensk lag. Alla försök att bestämma kronologisk ålder med metoder som avgör den biologiska mognaden innebär en förfälskning, ger "fejk-information".

En replik man ofta hör är: Jamen det ser man ju, han har skäggväxt och ser ut



Figur 1: Visar skillnaden i biologisk utveckling för pojkar.

som en vuxen man. Jag föreställer mig att det är sådana subjektiva bedömningar som gör att Migrationsverket ibland "skriver upp" ungdomars ålder. Men det får inte ske i ett rättssäkert samhälle.

Hur har det kunnat bli så här tokigt? Det förefaller mig som om politikernas önskan om klara besked har lett till att man avskrivit protester från bland annat. Barnläkarföreningen och gett uppdraget till en lojal institution, Rättsmedicinalverket, vars namn låter förtroendeingivande, men som inte har sakkunskapen i denna fråga. Det är berömvärt att några rättsläkare orkat protestera.

Det är dags att tala klarspråk.

Sten Dreborg
Med dr, Professor emeritus Barn- och Ungdomsallergologi. Affilierad till Kvinnors och Barns Hälsa, Uppsala Universitet.



Referenser:

1. Wikland KA, Luo ZC, Niklasson A, Karlberg J. Swedish population-based longitudinal reference values from birth to 18 years of age for height, weight and head circumference. Acta paediatrica. 2002;91:739-54.

Här är vinnarna i Sjukhusläkarens visions- och värdegrundstävling

– och några har varit framgångsrika mångkampare

VISOR

På prisballen:

- **Uffe Hylén**, för sin musikvideo där han sjunger acapella i kanon med sig själv. Finns på www.sjukhuslakaren.se
- **Hans Ericson**, överläkare i psykiatri.
- **Lina Nordquist**, riksdagsledamot (L).



"Hur länge skall visionen om luftslottet bestå?
Och dom på Regionen, ska aldrig dom förstå
att fiffel och budgettrassel gör krisen mer akut,
att neddragningar och varsel går åt helvete till slut!"
*Uffe Hylén, överläkare, universitetslektor
Ortopeden vid Södersjukhuset*



Jag drömmer om ett nytt KS
Ett KS som det var en gång
Då dess namn var ärat
Och ej besvärat
Av NPM och BCG
Jag drömmer om ett nytt KS
Ett KS som det en gång var
When its name was shining so bright
Long before this endless nightmare night
*Hans Ericson, överläkare i psykiatri,
Sundsvall/Uppsala*



(Melodi: Hej, tomtegubbar)

"Hej, sjukhusdoktorn, läs diktaten och logga in i systemen
Bråka med skrivbordsapparaten och tag dig genom problemen
Ja, klicka hit och klicka dit,
och tvätta händerna med akvavit
Andas i påse, hoppa maten och vårda IT-eksemen!"

Lina Nordquist, riksdagsledamot (L)



(Melodi: "Var hälsad sköna morgonstund" Psalm 119.)
Var hälsad sköna värdegrund
som givits oss och varje kund
som sjukhusvård behöva
de ord som andas hopp och frid
till båtad i en skymningstid
syns mest av allt bedröva...
Fromma, tomma
äro orden,
floskler kan ej, vårdkris stilla,
bara storligen förvilla!
*Hans Ericson, överläkare psykiatri
Sundsvall*

Bildmontage: Christer Bark.



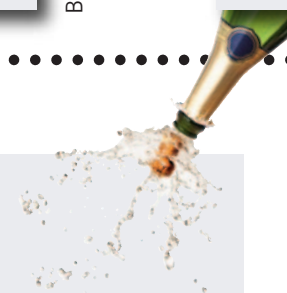
(Melodi: Deck the halls)
"Jag vill ha en annan sjukvård
en som är human och feberfri
Släpp mig fri från denna hönsgrädd:
administrativt kvacksalveri
Springa, ringa, plats frambringa
– papperssoldater stjäla energi
Langa hit en vårdens lustgård
utan byråkratisk bulimi!"
Lina Nordquist, riksdagsledamot (L)

LIMERICKAR



På prisballen:

- **Jan-Olov Svensson**, pensionerad kirurg.
- **Lina Nordquist**, riksdagsledamot (L).
- **Beata Oscarsson**, anestesilog/smärtläkare.



"An order came down from the suits
"Send more papers from ALL institutes!"
The suits gathered them neatly,
Ignored them completely
And used them to make parachutes."
Lina Nordquist, riksdagsledamot (L)



"En politiker i Västernorrlands region
hade på ekonomin tappat tron
men han repade sig på stund
och sa att vår framsynta värdegrund
kommer ändå att ge mig en trygg pension."
*Jan-Olov Svensson,
pensionerad kirurg, Sundsvall.*



"En mellanchef från Öregrund
skulle skriva en vision och en värdegrund
han tänkte länge och mycke
tills han kom på följande stycke
"Pengar saknas, snälla, håll Dig frisk och sund".
*Beata Oscarsson, Anestesilog/Smärtläkare,
Skaraborgs sjukhus.*



FRIA JONGLERINGAR



På prispallen:

- **Uffe Hylén**, överläkare, universitetslektor.
- **Anders Thurin**, klinisk fysiolog.
- **Lars Nilsson**, arbetande pensionär, docent emeritus.

Midvinternattens köld är hård,
stjärnorna gnistra och glimma.
Tomten provar med egenvård,
ensam i midnattstimma.
Snuva han haft sedan några dar;
först var den klar, nu liknar den var.
Snön ligger vit på taken.
Tomten som snorar är vaken.
Läste helt visst om en huskur nånstans,
något som botade snuva.
Det var nåt nummer att ringa som fanns...
Typ elva sjuttiosju, va?
Ringer och väntar: "det blir snart din tur".
Tomten han önskar att nu få sin kur.
Han hänvisas till vårdcentralen,
men snörvlar så att han blir galen.



Tidigt på morgonen ger han sig ut:
han går dit där snuvor kureras.
Men där har akuttiderna tagit slut!
Hur kan det så dåligt planeras?
Jo, politikens primärvårdsvision:
en rent teoretisk konsultkonstruktion,
som syftar till att fakturera.
Ej, som man tror, att kureras.
Han hänvisas då till en närakut
nånstans i stora staden.
Det är långt att gå, och han är helt slut,
med feber, på förtionde graden.
I luckan anmäler han sig som "kund"
men sköterskan där säger: "vänta en stund,
du till akuten får knata,
är ej lönsam för oss privata!"



Till slut står han där framför sjukhusets port
och släpar sig in på akuten.
Där finns det hjälp att få, och fort,
om man blöder och ryggen är bruten.

Men ingen har tid för en gubbe så grå
när antalet sjuksköterskor är så få
efter senaste varslen där.
Tomten i koma nu är.



Midvinterdagens köld är svår,
stjärnorna syns ej mera.
Tomten som låg i en korridor
ska aldrig mer leverera
klappar hem till snälla barn.
Han vevats runt i vårdkrisens kvarn,
där inga vårdplatser fanns
att uppbringa någonstans.

Uffe Hylén, överläkare, universitetslektor
Ortopeden vid Södersjukhuset

Värdegrundsfattig vård vämjeligt vedervärdigt vulgärt virrvarr. Varning: Valfläsk. Valhänt velig virrig verksamhetsledning vill verka viljestark. Ve våra vårdprofessionella – vakanta vårdtjänster.

Vi vill värna vår värdegrund. Värdegrunden vägs, vattnas, vispas, vävs, vänds, vrids.

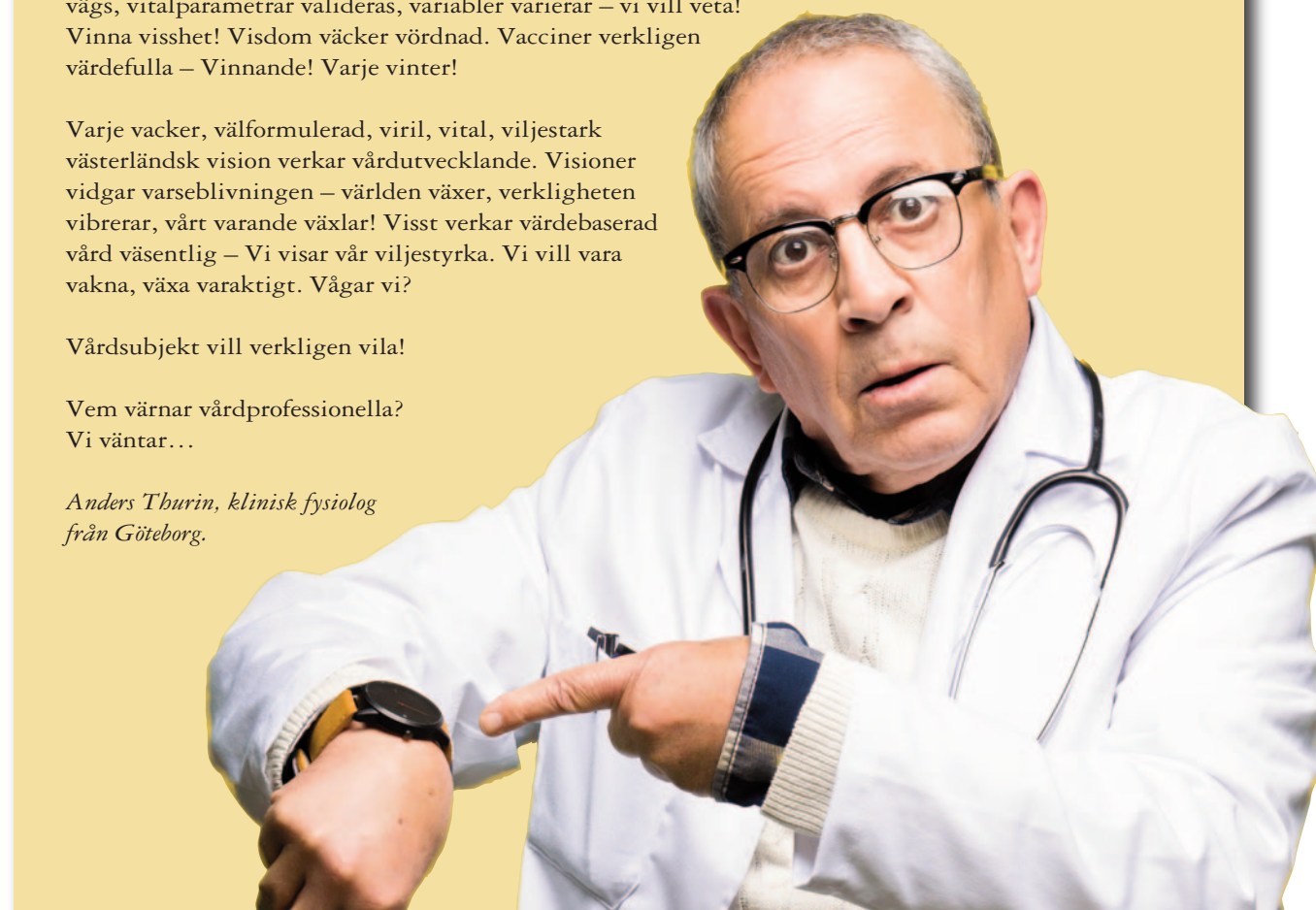
Vår verklighet visar varför välvilliga visioner vajar, vacklar, visslar västerut. Välment valfri vård vorden vrålkomplicerad : vissen varböld värms, vadderas vant vid välgörande vacuumbehandling. Vårdssubjekt vägs, vitalparametrar valideras, variabler varierar – vi vill veta!
Vinna visshet! Visdom väcker vördnad. Vacciner verkligen värdefulla – Vinnande! Varje vinter!

Varje vacker, välformulerad, viril, vital, viljestark västerländsk vision verkar vårdutvecklande. Visioner vidgar varseblivningen – världen växer, verkligheten vibrerar, vårt varande växlar! Visst verkar värdebaserad vård väsentlig – Vi visar vår viljestyrka. Vi vill vara vakna, växa varaktigt. Vågar vi?

Vårdssubjekt vill verkligen vila!

Vem värnar vårdprofessionella?
Vi väntar...

Anders Thurin, klinisk fysiolog
från Göteborg.



Jouren tänker ännu en gång
på huvudmännen de kära,
längesedan han märkt, att de hållit hans flit i ära;
nu gäller värde för patient
i grunden liksom i centrum
ingen må det förvåna:
här gäller mest att spåna.
Lars Nilsson, arbetande pensionär och docent emeritus.



Karin Båtelson:

"För kontinuitet och kvalitet krävs listning på läkare och listningstak"

▼ Utredningen God och nära vård har i veckan lagt fram sitt betänkande. Karin Båtelson, Sjukhusläkarnas ordförande, efterlyser krav på listning på läkare med möjlighet till avgränsning av antalet patienter. Det är förutsättningen för kvalitet och kontinuitet.

– En rimlig arbetsmiljö för läkare och medicinsk kontinuitet mellan läkare och patient är effektivt och säkert och det måste man rigga för. Vi instämmer med målet om en fungerande primärvård och mer öppen specialiserad vård men att det ska införas under tio år är för långsamt, det måste finnas verktyg så det går



snabbare. Det småskaliga entreprenörskapet för läkare och andra vårdgivare är också viktigt och om det är rätt utformat så ger det mycket vård med kontinuitet, säger Karin Båtelson

Nu kan du söka Sjukhusläkarnas arbetsmiljöstipendium "Hållbart arbetsliv"

▼ Sjukhusläkarnas årliga stipendium om 30 000 kronor utlyses i år för att skapa mer kunskap om etisk stress och arbetsrelaterad ohälsa bland läkare.

Redan innan nuvarande arbetsbelastning med coronaviruset var det mycket oroande att både ohälsa och sjukskrivningstal ökar. Är det någon vinkel som behöver kartläggas extra eller finns det något vinnande sätt att förbättra hälsa och arbetsmiljö för läkare?

Du som ansöker om stipendiet ska:

- Vara läkare eller läkarstudent.
- Planera, eller ha påbörjat ett arbete/projekt för att skapa eller sprida mer kunskap om eller förbättringsmöjligheter för att minska arbetsrelaterad ohälsa hos läkare

▼ Skicka din ansökan med en sammanfattning av ditt projekt, vad stipendiet ska användas till och ett kortfattat CV till Sjukhusläkarnas kommunikator: karolina.olofsson@slf.se Sista ansökningsdagen är 14 september 2020.

Läs mer på: slf.se/sjukhuslakarna/vart-arbete/stipendier

Aktuell information om covid-19

För Läkarförbundets medlemmar

▼ På Läkarförbundets webbplats slf.se finns sidan <https://slf.se/information-om-covid-19/>

Här uppdateras information angående coronaviruset kontinuerligt till Läkarförbundets medlemmar. Frågor som tas upp på sidan är bland annat "Vad händer om skyddsutrustningen tar slut, är jag skyldig att jobba då?"

För skyddsombud

▼ Information för skyddsombud hittar du på webbsidan: <https://slf.se/fortroendevard/skyddsombud/skyddsombud-och-covid-19/>

Det finns även en grupp på Facebook för Läkarförbundets skyddsombud. Där kan man utbyta information och Läkarförbundet hjälper till att svara på frågor.



ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

Din syn utgör ett av dina mest värdefulla redskap. Att arbeta i en högexponerad LED-ljusmiljö utsätter dina ögon för skadligt blå- och ultraviolett ljus. Med tiden kan det skadliga ljuset innebära en ökad risk för ögonsjukdomar som grå starr och åldersrelaterad makuladegeneration (AMD). Skydda dina ögon med marknadens mest effektiva lupp.

Bendent AB | tel: 0769 452 722 | www.bendent.se






Eliquis®
apixaban

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

ELIQUIS® är den **enda** faktor Xa-hämmaren som vid icke-valvulärt förmaksflimmer visat **både**:

- Signifikant bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism** jämfört med warfarin^{1*}
- Signifikant bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning** jämfört med warfarin^{1*}

*Stroke/systemisk embolism p=0,01. Allvarlig blödning p<0,0001

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®

Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAF) med en eller flera riskfaktorer. Eliquis® är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis® rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 17 februari 2020. **För fullständig information och pris se fass.se.** Bristol-Myers Squibb Aktiebolag, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer Aktiebolag, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.



UTÖKAD SUBVENTION FR O M 1 JANUARI 2019¹

Repatha[®] subventioneras som tilläggsbehandling för

- **Patienter med aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 2,5$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.**
- **Patienter med FH, heterozygot familjär hyperkolesterolemi, som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 3,0$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.**
- **Patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi.**

NT-rådet rekommenderar landstingen att i första hand välja **Repatha[®]** som är det mest kostnadseffektiva alternativet av PCSK9-hämmarna.²

Se <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande> och sök på **Repatha[®]** för rekommendationen i sin helhet

Repatha[®] (evolocumab) R_x, (F), ATC: C10AX13. 140 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna för engångsbruk.

Indikation - Etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom:

Repatha[®] är avsett för behandling av vuxna med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (hjärtinfarkt, stroke eller perifer artärsjukdom) för att sänka kardiovaskulär risk genom att sänka nivåerna av LDL-C, som tillägg till korrigering av andra riskfaktorer:

- i kombination med den högsta tolererade dosen av en statin med eller utan andra blodfettssänkande behandlingar eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:

Repatha[®] är avsett för behandling av primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär och icke-familjär) eller blandad dyslipidemi hos vuxna, som tilläggsbehandling till kostomläggning:

- i kombination med en statin eller statin i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som inte kan uppnå målet för LDL-C med den maximalt tolererade dosen av en statin eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Homozygot familjär hyperkolesterolemi:

Repatha[®] är avsett för behandling av homozygot familjär hyperkolesterolemi hos vuxna och ungdomar 12 år och äldre, i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

För fullständig information vid förskrivning, aktuella priser samt produktresumé, Amgen januari 2020, se www.fass.se³

AMGEN[®]

Box 706, 169 27 SOLNA,
08 695 11 00, www.amgen.se

1. TLV.se 2. <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande> 3. Repatha produktresumé, Amgen januari 2020.