

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SJUKHUSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 3/2020

INFLUENZA VIRUS
3D MODEL OF H1N1

**Bill Gates
varnade 2015 för
dagens pandemi**

**VAD HÄNDE MED
HANS FÖRSLAG TILL
VÄRLDENS LEDARE?**

JOHAN GIESECKE:



**"Coronakrisen
är en självförvållad
global katastrof"**

SIDORNA 10-12

GÖRAN STIERNSTEDT:

**"Sverige behöver
ett mer nationellt
sjukvårdssystem"**

SIDAN 43



**Tuffa
arbetspass
har svetsat
samman
vård-
personalen**

SIDORNA 14-16



**Professor i kvalitets- och
verksamhetsutveckling:**

**"Pandemin har visat
att många administrativa
funktioner inte behövs"**

SIDORNA 18-20



LEDAREN
SIDORNA 4-5



Sjukhusläkaren 3/2020

SJUKHUSLÄKAREN DIN TIDNING

I DETTA NUMMER:

TEMA | Hur kommer coronakrisen förändra framtiden?



- **Ledaren av Elin Karlsson**4-5
- Hur kommer corona-krisen att förändra framtiden?6-7
- Vad hände med Bill Gates förslag?8-9
- **I fokus:** Johan Giesecke10-12
- Rapport från Karolinska14-16
- Pandemin och den administrativa byråkratin18-20
- Rapport från Sahlgrenska22-24
- Coronakrisen och arbetsmiljön24-25
- **Debatt:** Krisen en möjlighet till framtida lärdomar? ...26-27
- **Aktuell person:** Björn Olsen28-31
- Den svenska vaccinfabriken32-33
- Krisberedskap och riskhantering34-35
- **Krönika:** Björn Ekman36-37
- Pandemin och ekonomin37
- Rapport från Ryhov38-39
- Rapport från Akademiska sjukhuset40-41
- Rapport från Universitetssjukhuset i Linköping42
- "Det behövs ett mer nationellt sjukvårdssystem"43
- Cancervården under pandemin44-45
- Hur påverkas politikerna?46-47
- IT och AI46-47
- Riktlinjer47
- Kritik mot SKR:s roll48
- Föreningsnytt från Sjukhusläkarna49-50

Du har väl inte missat Sjukhusläkarens app?

I den hittar du reportage, granskningar, nyheter och krönikor – snabbt och smidigt i mobilen!

Du hittar den där appar finns!

Skydda det som är värdefullt för din patient med **förmaksflimmer och diabetes**

Effekt och säkerhet för Xarelto är, jämfört med alla andra NOAK, studerat i en patientpopulation:^{1,2*}

- med högre risk för stroke
- varav 40 % hade diabetes

*ROCKET AF. NOAK = peroral antikoagulantia icke-vitamin K-antagonist.

Referenser: 1. Xarelto produktresumé, oktober 2019. 2. Produktresumé Pradaxa, Eliquis, Lixiana.



Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01AF01). 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 (per-kutan 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 förknippad 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 skrivning vänligen läs produktresumén på fass.se.

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

XARS0215 – Bilbo

NYHET

OFEV® (nintedanib) – det första och enda läkemedlet godkänt för behandling av systemisk skleros-associerad interstiell lungsjukdom (SSc-ILD)¹

BLICKA FRAMÅT

Minska försämringen av lungfunktionen och bromsa sjukdomsutvecklingen nu^{1,2}

- ✓ **Bromsar sjukdomsutvecklingen**
OFEV minskade den årliga försämringen av FVC med cirka 44% jämfört med placebo^{*1,2}
- ✓ **Säkerhets- och tolerabilitetsprofil i linje med behandling av idiopatisk lungfibros (IPF)¹⁻³**
- ✓ **Doseras morgon och kväll**
En kapsel 150 mg, två gånger dagligen¹



*Årlig minskning av FVC (primärt effektmått): OFEV -52,4 ml/år, placebo -93,3 ml/år, absolut reduktion 41 ml/år (95% KI 2,9–79,0), p<0,05.

Referenser: 1. OFEV® Produktresumé, fass.se. 2. Distler O, et al. N Engl J Med 2019;380:2518–28. 3. Richeldi L, et al. N Engl J Med 2014;370(22):2071–82.

Förskrivningsinformation: OFEV® (nintedanib) kapsel 100 mg och 150 mg, Rx, F. Proteinkinashämmare. Indikationer: Avsett för behandling av idiopatisk lungfibros (IPF) och systemisk skleros associerad interstiell lungsjukdom (SSc-ILD) hos vuxna. Kontraindikationer: Graviditet. Ska inte användas vid överkänslighet mot nintedanib, jordnötter eller soja. Varningar och försiktighet: Diarré kan förekomma och ska behandlas vid första tecken. Kontrollera leverfunktionen före insättning och under behandling, med täta kontroller under de första tre månaderna. Blödning och tromboemboliska händelser. Amning ska avbrytas. **Boehringer Ingelheim AB**, tel: 08-721 21 00. För ytterligare information samt pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén: 04/2020.



Boehringer Ingelheim AB Box 92008 120 06 Stockholm
Telefon 08-721 21 00 www.boehringer-ingelheim.se

LEDAREN



Covid-vården har visat att tillsammans kan alla vi som arbetar inom hälso- och sjukvården göra underverk om vi får leda och påverka

...och pandemin har visat att äldrevården behöver göras om med utökad läkarmedverkan

Detta nummer handlar till stor del om covid-19 och dess påverkan på oss alla. Verkligheten har kastats omkull, spelreglerna förändrats, och sjukvården har snabbt fått genomgå en omställning vars like vi aldrig sett tidigare. Vi är många som fått lämna vår "comfort-zone" och åta oss andra arbetsuppgifter.

Men pandemi och epidemi-placeringar samt en tuff arbetsmiljö till trots så vittnar många sjukhusläkare om arbetsglädje. Jag är övertygad om att nyckeln är att styrningen av sjukvården har baserats på medicinska behov och prioriteringar och att läkare har tagit ledartröjan i arbetet.

Jag har själv varit epidemiplacerad inom intensivvården, och har vid många tillfällen de senaste veckorna känt mig stolt över min arbetsplats, och imponerad och glad över att få vara en del av arbetet, även om det många gånger känts tungt.

Jag har arbetat på vår Covid-IVA, sida vid sida med narkosläkare, IVA-sjuksköterskor och undersköterskor och ett gäng IVA-assistenter med varierande bakgrund. Min upplevelse har varit en tydlig ledning som varit aktiv i kunskapsinhämtning, med regelbunden kontakt med kollegor i utlandet och fokus på att snabbt sprida kunskap till oss alla. Att skydda personalen mot smitta har varit högt prioriterat, liksom att bibehålla kvalitet på sjukvård och omvårdnad.

Lokaler har byggts om och personal har rekryterats löpande för att möta en maximal belastning långt över vad verksamheten är van vid.

Jag har aldrig känt mig orolig för min egen del, och tror att risken att

smittas har varit högre utanför sjukhuset än på vår Covid-IVA. Skyddskläderna har inte varit bekväma, men det är ändå marginellt i sammanhanget.

Patienterna har som alltid den värsta situationen. De blir vårdade av oss i skyddskläder som gör oss nästintill oigenkännliga, vi nästan skriker för att höra varandra i en stökig miljö med ett stort antal patienter i samma rum, och ständigt pipande respiratorer och läkemedelspumpar.

Under mina veckor på IVA blev det uppenbart, denna sjukdom kan drabba oss alla. De flesta patienter jag deltagit i vården av har tillhört någon riskgrupp, men undantagen är uppenbara. Kanske inte så många statistiskt, men på individuell nivå går det inte att blunda. Denna sjukdom kan drabba unga friska individer hårt, och ibland leda till svår sjukdom utan en rimlig förvarning.

I pandemins start var ett stort problem den redan befintliga vårdplatsbristen, där man gradvis minskat tillgången till akutvårdsplatser och intensivvårdsplatser till oacceptabelt låga nivåer som hotat patientsäkerheten dagligen. Detta har i sin tur lett till att allt fler av våra mest sjuka äldre vårdas inom den kommunala omsorgen.

Det ställer stora krav på att denna vård är patientsäker och av god medicinsk kvalitet. Men medicinsk kvalitet kräver medicinsk kompetens. Äldre-reformen 1992 gav kommunerna ett samlat ansvar för vård och omsorg för äldre och handikappade, och kopplade i princip bort läkarmedverkan från den kommunala omsorgen.

Sjukhusläkarna har länge påtalat en problematik och behovet av såväl medicinskt ansvarig läkare på enheterna som en övergripande strategisk funktion som

kommunal chefsläkare inom den kommunala verksamheten, tyvärr utan resultat. Och idag står vi mitt i pandemin med ett dystert facit – de äldre inom kommunala boenden har inte skyddats, med resultatet att många drabbats av smitta, tyvärr ibland med fatal utgång.

Många gånger pekas Folkhälso-myndigheten ut som ansvarig. Visst, deras rekommendationer och arbete under pandemin måste senare utvärderas. Men, i fallet med smittspridning på äldreboenden, hur hade deras rekommendationer kunnat göra situationen annorlunda?

De kontrollerar inte hur våra boenden och hur vår hemtjänst arbetar, de förser inte omvårdnadsarbetarna med skyddsutrustning etc. Det är huvudmännens ansvar, och i detta fall har vi 290 huvudmän, i en organisation helt utan anställda läkare.

Kvaliteten på det medicinska innehållet varierar stort inom och mellan våra kommuner, med skillnader såväl gällande kunskapsnivå som ekonomi.

Besöksförbud för att minimera smittspridning har hindrat äldre från att träffa sina anhöriga, men många har ändå drabbats av en nosokomial smittspridning, där ett övergripande ansvar för att personal har adekvat skyddsutrustning och kompetens för sitt uppdrag lyst med sin frånvaro.

Bristen på adekvat skyddsutrustning inom den kommunala omsorgen har påtalats från flera håll. Journalister har visat att Arbetsmiljöverket har låtit sig påverkas av arbetsgivarparten SKR, och efter deras önskemål nedtonat kraven på av skyddsutrustning. Stämmer det så är det såväl ett mycket bristfälligt myndighetsutövande och en otillbörlig

påverkan. Detta är något som måste granskas ordentligt.

Att det är ett stort hot mot arbetsmiljön och tilltron till myndigheten om Arbetsmiljöverket uttalar sig på ett sätt anpassat efter SKR är en självklarhet. Men det är också så mycket mer. Det handlar om vårdtagares och personalens liv och hälsa. En granskning är absolut nödvändig, för att se om ett förtroende som just nu är skadat kan räddas. Kommunal har lämnat in en JO-anmälan, vad den leder till återstår att se. Men oavsett måste man från regeringshåll se över SKR:s position.

Det har sedan flera år tillbaka riktats kritik mot att SKR har en myndighetsliknande status med direktförhandling med regeringen, men utan den transparens och insyn som medföljer myndighetsrollen. Riksrevisionen har tydligt påtalat problematiken i en rapport från 2017, men detta har ej föranlett förändringar.

Men åter till min vardag inom sjukhusets murar. Den känsla jag tar med mig från covid-vården är att tillsammans kan alla vi som arbetar inom hälso- och sjukvården göra underverk om vi får leda och påverka.

Hos oss i Södertälje är min upplevelse att hela sjukhuset slutit upp med ett gemensamt mål, och samlats kring de patienter som behöver vår vård, oavsett om det arbete som måste göras ligger inom vår vanliga kärnkompetens eller en bra bit utanför, för att arbeta där vi kan göra mest skillnad.

Trycket har varit tufft, men har nu minskat med allt färre i behov av IVA-vård, och jag har fått återgå till att vara kirurg. Det är dock långt ifrån verksamhet som vanligt. Vi får prioritera hårt, vad kan vänta och vad behöver göras just nu? Vilka patienter mår bättre av att komma in för en operation, och vilka löper för stor risk för smittspridning om de bryter sin isolering och kommer in till oss?

Det finns också en oro att patienter med stora behov undviker att söka

sjukvård av rädsla för att belasta. Det som är solklart är att vi bygger upp en kö av patienter med behov, som senare måste hanteras. Här är det viktigt att medicinska behovsbedömningar och prioriteringar får vara styrande även i efterarbetet efter pandemin. Så kan bara ske med medicinsk kompetens i sjukvårdens ledning.

**Elin Karlsson,
vice ordförande
i Sjukhusläkarna**



Önskelista till efter pandemin:

- ▼ Adekvat antal vårdplatser, IVA-platser och rehabiliteringsplatser för att kunna bedriva god vård och hantera vårdskulden.
- ▼ Medicinsk kompetens säkerställs i ledningen av all hälso- och sjukvården.
- ▼ En nationell reglering införs med krav på medicinskt ansvarig läkare i den kommunala vården, så att medicinsk kunskap med kontinuitet kan ge både trygghetsskapande och sjukvårdsförebyggande effekter.
- ▼ En chefsläkarfunktion inrättas inom kommunal vård och omsorg. Befogenheter och anställningsform skulle en utredning kunna belysa.
- ▼ Granska hur råd kring skyddsutrustning inom kommunal verksamhet tagits fram.
- ▼ Se över SKR:s roll i framtiden med transparens och insyn.



Hur kommer coronakrisen att förändra världen och sjukvården?

● Sjukhusläkaren har talat med läkare, forskare och experter – men vi inleder med Bill Gates TED Talk från 2015 i Vancouver

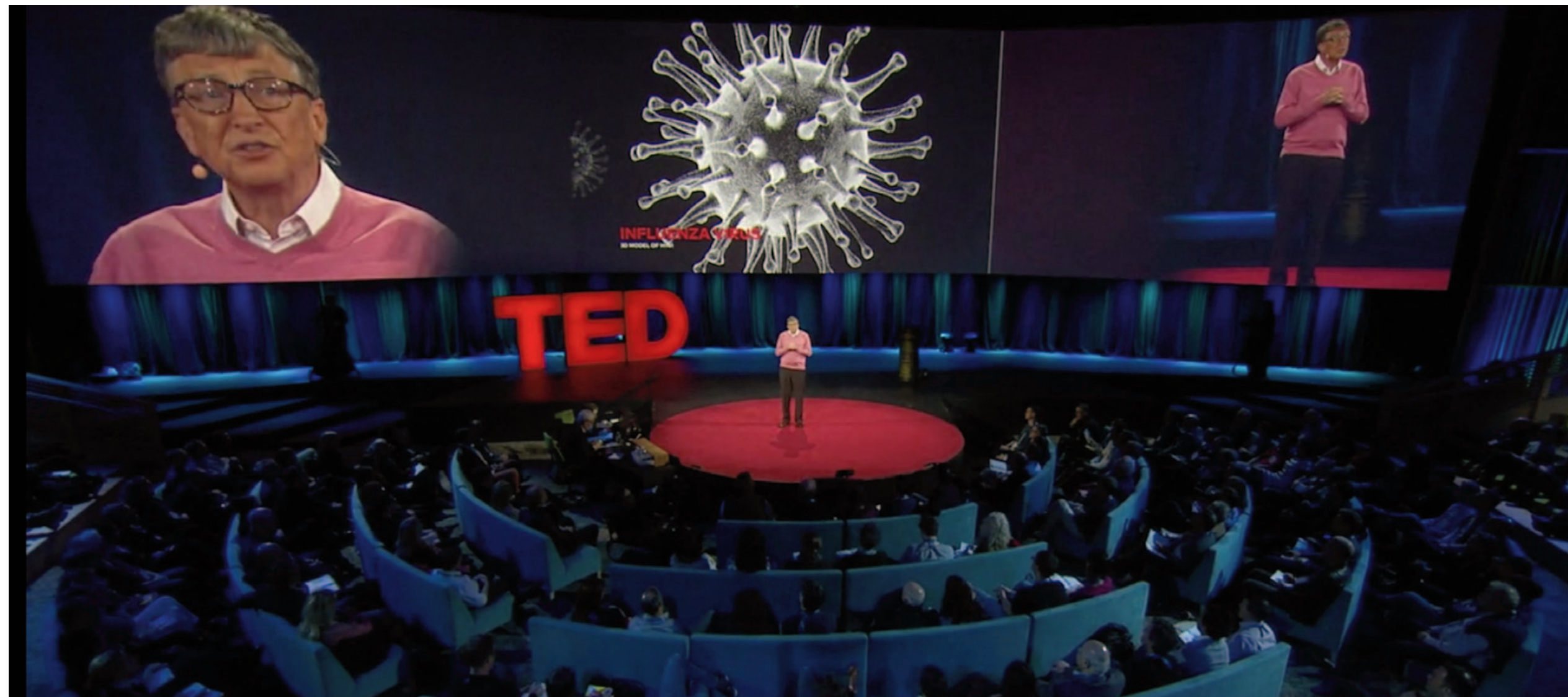
■ Bill Gates varnade 2015 i ett tal för den pandemi som nu skakar världen. I talet som setts av 10-tals miljoner på YouTube larmade han för ett virus som till skillnad från Ebola inte gjorde den smittade sängliggande utan kunde vara så lindrig att smittbärare till och med satte sig på ett flygplan, eller gick på en marknad.

■ I det endast drygt åtta minuter långa talet föreslog han en handfull åtgärder till världens ledare.

■ Vad hände med förslagen? Sjukhusläkaren bad Johan Giesecke, före detta statsepidemiolog och en av tio rådgivare till WHO:s generalsekreterare, att kommentera talet.

■ Vi har också intervjuat Björn Olsen, professor i infektionssjukdomar, som larmat sedan 2010 och talat med läkare, forskare och experter med flera om vad corona-krisen kan innebära för framtiden.

■ Men först Bill Gates tal i Vancouver 2015 på nästa uppslag. >>>



Bill Gates, TED Talk 2015 i Vancouver:

Get ready!

Översättning av Christer Bark

”

När jag var barn var den katastrof vi oroade oss mest för ett kärnvapenkrig. Det var därför vi hade en tunna som den här i källaren. Fyllt med konserver och vatten. Och om det skulle komma en kärnvapenattack var det meningen att vi skulle ner i källare, huka oss och äta ur tunnan.

I dag är den största risken för en global katastrof inte en atombomb utan ett virus.

Om någonting kommer att döda över 10 miljoner människor under de kommande decennierna så är det förmodligen ett väldigt smittsamt virus snarare än ett krig. Inte missiler utan mikroorganismer.

En del av förklaringen är att vi har investerat enorma mängder i kärnvapenavskräckning. Men vi har investerat mycket lite i ett system som kan stoppa en pandemi.

Vi är inte redo för nästa epidemi.

Låt oss titta på Ebola, som ni nog alla

läst om i tidningarna. Problemet var inte att det inte fanns ett system som fungerade tillräckligt bra.

Problemet var att vi inte hade ett system alls.

Det fattades ett antal nyckelfaktorer. Det fanns inte en grupp epidemiologer redo att agera och åka iväg för att se hur sjukdomen var, se hur stor spridningen var. Rapporterna kom in på papper, det tog väldigt lång tid innan de kom ut online och de var extremt felaktiga.

Det fanns inga medicinska team redo att agera. Vi hade inget sätt att förbereda människor.

Läkare utan gränser som kom till undsättning gjorde ett fantastiskt jobb och dirigerade volontärer, men trots det var vi långt, långt långsammare än vi borde varit för att få in 1.000-tals hjälp- arbetare i dessa länder. En stor epidemi kräver 100.000-tals hjälp- arbetare.

Det fanns ingen där som kunde titta på behandlingsmetoder. Ingen som tittade på diagnostik. Ingen som var där för att lista ut vilka hjälpmedel som skulle kunna fungera.

Som ett exempel kunde vi tagit blod från några av de som överlevde, processat det och återfört plasman på några för att se om det skyddade dem. Men det försöktes aldrig.

Det var massor av saker som fattades. Och detta är verkligen ett globalt misslyckande.

WHO är finansierad för att övervaka epidemier, men inte för att göra de saker jag talat om här.

Att misslyckas att agera kan vid nästa epidemi bli mycket mer förödande än Ebola.

Låt oss titta på spridningen av Ebola. Nära 10.000 människor dog och nästan alla fanns i tre västafrikanska länder.

Det finns tre orsaker till att Ebola inte fick en större spridning.

Den första är det stora heroiska arbetet av många hälso- och sjukvårds- arbetare. De hittade människorna och förhindrade fler infektioner.

De andra orsaken är virusets natur. Ebola är en luftburen smitta. Och under tiden du är smittsam är de flesta så sjuka att de är sängliggande.

För det tredje. Ebola nådde inte många tätortsområden. Men det var ren tur. Hade Ebola spridit sig till stads- områdena hade dödsfallen blivit avsevärt mycket fler.

Så nästa gång kanske vi inte har sådan tur. Det kan komma ett virus där folk mår ganska bra när de är smittbärare så att det sätter sig på ett flygplan eller går på en marknad.

Källan till viruset skulle kunna vara naturlig epidemi eller bioterrorism. Det finns saker som bokstavligen kan göra saker 10.000 gånger värre. Låt oss titta på en modell av ett virus som sprids genom luften som spanska sjukan 1918. Se vad som händer. Det spred sig över världen väldigt, väldigt snabbt. Som ni ser dog över 30 miljoner människor av den epidemin. Så det är det allvarliga problemet. Vi ska vara bekymrade.

Men faktum är att vi kan bygga ett riktigt bra försvarssystem. Vi kan dra fördel av all vetenskap och teknologi. Vi har mobiltelefoner som kan ge oss information av allmänheten och få ut information till dem, vi har satellitkartor där vi kan se var männi-

Fakta | TED är en årlig tvärvetenskaplig konferens i Vancouver som definierar sitt tema som "idéer värda att sprida". I samband med konferensen hålls ett antal föredrag med oftast kända och högprofilerade föredragshållare kallade TED Talks



skor är och hur de rör sig.

Vi har framsteg inom biologin som dramatiskt kan förändra väntetiden för att få fram mönstren och få fram mediciner och vaccin som passar.

Så vi har hjälpmedel, men de behöver sättas in i ett övergripande globalt hälso- och sjukvårdssystem. Och vi behöver vara förberedda.

Jag tror att de bästa sättet att förbereda oss är hur vi förbereder oss för krig. Vi har alltid soldater som är redo att ge sig av. Vi har reservförband som snabbt kan skalas upp till stora styrkor. Nato har en mobil enhet som kan agera mycket snabbt. Nato gör många krigsövningar för att veta om folk är tränade rätt, om de har kunskaper om bränsle och logistik och rätt radiofrekvenser, så de är verkligen redo att agera.

Det är den sortens saker vi behöver för att kunna hantera en epidemi.

Vilka är det viktigaste delarna?

1 Först och främst behöver vi starka hälso- och sjukvårdssystem i fattiga länder, där mammor kan föda säkert, där barn kan få vacciner, men det är också där utbrottet kommer på ett tidigt stadium.

2 Vi behöver medicinska reservförband. Massor med människor med rätt utbildning och bakgrund, som är redo att agera med experterna.

3 Och sedan behöver vi kombinera den medicinska personalen med militären och dra nytta av militärens förmåga att agera snabbt, hantera logistik och säkra områden.

4 Vi behöver göra simuleringar, virusövningar, inte krigsövningar, så att vi kan se var bristerna finns.

Senaste gången en virusövning gjordes i USA var 2001 och det gick inte så bra. Så här långt står det 1-0 till viruset över människan.

5 Slutligen behöver vi massor av avancerad forskning inom vacciner och diagnostik.

Det har kommit några stora genombrott, till exempel via adenoassocierat virus, som skulle kunna fungera snabbt.

Jag har ingen exakt budget vad det skulle kosta, men jag är ganska säker på att det är lite jämfört med tanke på den potentiella skadan.

Världsbanken uppskattar att om vi får en världsomfattande influensa-

epidemi kommer de globala kostnaderna bli 24 biljoner kronor och vi skulle få många miljoner dödsfall.

De här investeringarna skulle förutom att vi är förberedda för en epidemi, kunna minska den globala ojämlikheten i hälsa och göra världen både mer rättvis och trygg. Så jag tycker absolut att detta borde vara en prioritet.

Det finns ingen anledning att gripas av panik. Vi behöver inte bunkra konserver och gömma oss i källaren, men vi behöver sätta igång, för tiden är inte på vår sida.

Om det finns något gott som kan komma ut av ebola-epidemin är att den kan fungera som en väckarklocka att vi måste göra oss redo.

Om vi startar nu, kan vi vara redo när nästa epidemi kommer.

Tack!

”

I fokus: Johan Giesecke



Johan Giesecke intervjuas av UnHerds chefredaktör Freddie Sayers.

■ På bara några veckor har över 1,2 miljoner tittare sett intervjun med honom i den brittiska webbnhetssiten Unherd. En intervju som ledde till att han blev uppringd av Rahul Gandhi, indiska Kongresspartiets ledare 2017-2019, som ville diskutera covid-19.

■ Johan Giesecke är egentligen pensionär, men så kom covid 19 och plötsligt befann han sig i rampluset, som en av tio rådgivare till WHO:s generalsekreterare, full med uppdrag och hela världens blickar på sig.

■ Så vad tycker han som befinner sig i WHO:s innersta kretsar att världssamfundet ska och kan göra för att förhindra kommande pandemier? Och vad tycker han om Bill Gates förslag i talet i Vancouver 2015?

Bill Gates säger i talet att under Ebola-epidemin hade WHO en övervakningsorganisation, men det fanns ingen organisation eller plan för att kunna agera på plats. Hans förslag var att världssamfundet skulle ha globala medicinska styrkor som kunde rycka ut vid pandemiska hot. Har det hänt något med det förslaget?

– Nej det har det väl egentligen inte.

Tycker du att det var ett bra förslag?

– Det var inte dåligt, men jag tror att Bill Gates underskattar den politiska laddningen. De som kan agera ganska fort är USA. Kina kan också göra det nu. Dom har vuxit enormt på fem år. Afrika har startat ett African CDC som

ligger i Addis Abeba. Jag har varit där. Kina har bekostat hela laboratoriet för någon miljard kronor och där är fullt med kineser. Så dom har kompetens också. Men de som verkligen kan är "Läkare utan gränser". Det är den enda organisationen som kan fylla en jumbojet med personal och flyga till ett område på 24 timmar. Det finns inget land som klarar det. Men Läkare utan gränserns största problem är politiskt, att de inte får komma in i länder där det pågår utbrott.

En sak är ju att agera när pandemin blivit ett faktum, en annan är ju att ha en organisation som kan agera förebyggande på plats för att förhindra en ny pandemi. Tror du att den här pandemin kan

ha skapat en öppning för att bilda ett "biologiskt FN", eller en annan global organisation med medicinska expertstyrkor stationerade i varje världsdel, som har rätt att gå in och förhindra ett utbrott likt det som skedde i Wuhan?

– Som världen ser ut nu tror jag inte att länder kommer att tillåta icke-medborgare att komma in och kolla vad man gör. Alla sådana grupperingar blir ekonomi-politiska på en sekund. Jag tror till exempel inte att USA skulle släppa in en internationell organisation med icke amerikanska experter för att titta på ett utbrott i USA. Det är väldigt svårt att se hur det skulle vara genomförbart. Där är jag pessimistisk. Det är det ena.

Det andra är att de här människorna kan ju inte sitta och rulla tummarna mellan varje utbrott. Om du fyller exempelvis Nairobi med folk som ska vara beredda att rycka ut så måste de också ha någon vardaglig funktion för att det ska kunna fungera.

Idag är det nog bara WHO som kan få mandat för att göra det du beskriver, men då måste WHO förändra sitt arbetssätt.

Finns det några sådana tankar inom WHO, eller är det politiskt omöjligt att tänka så?

– Nej, jag tror inte att det är politiskt omöjligt. Jag tror att WHO fick en ögonöppnare i och med Ebola-utbrottet i Västafrika i Liberia, Guinea och Sierra Leone. Där fick man mycket kritik för att man agerade så sent. Idag har man har byggt upp en struktur inom WHO som är lite mer snabbfotad. Man har bland annat skapat en krisberedskapsavdelning som leds av irländaren Mike Ryan.

Vad har avdelningen gjort?

– Om du tar covid-utbrottet i Kina, så ganska tidigt, det måste ha varit i början på mars så skickade WHO 10 - 15 personer till Kina som var där i 14 dagar och åkte runt och pratade med folk och bedömde situationen. Sedan kanske det blev politiska hämskor på det, men WHO reagerade ändå ganska snabbt på utbrottet och samlade information. Men att gå in i Kina och säga att nu ska ni stänga Wuhan och säga att folk inte får gå ut skulle inte vara möjligt.

Vad vill du att WHO ska göra i framtiden?

– I så fall att man får större makt, men det kan man bara få av medlemsländerna, man kan inte själva ta sig mer makt och göra som du har beskrivit att gå in i länder och titta på lunginflammationer från fladdermöss och så vidare.

Tror du att WHO kommer att få mer makt i framtiden?

– Nej... eller kanske. WHO har en förfärlig massa bra experter som kan mycket och jobbar hårt som inte går att underkänna. Bristerna är den politiska styrningen som finns där och som finns i medlemsländerna. World Health Assembly som är WHO:s årliga riksdag i Geneve börjar alltid med att Israel ställer sig upp och säger att Taiwan borde få bli medlem av WHO och då säger Kina att vi tycker inte att Taiwan som är en del av Kina ska få bli självständig medlem av WHO. Så pratar man om det en timme. Politiken är det stora problemet.

Bill Gates hade ett förslag om globala virusövningar.

– Ja, det är inte en så dum idé, det hade man kunnat ha mer. På global skala har jag inte sett nåt göras, men det görs på nationell nivå av Folkhälsomyndighe-

Fortsättning nästa uppslag >>>



I fokus: Johan Giesecke

”Coronakrisen är en självförvållad global katastrof”

ten. Jag har varit med om flera stycken. Man simulerar ett utbrott. Då försöker man få med så många som möjligt från olika sektorer; jordbruksverket, folk från försvaret, från MSB, polisen, med flera. Det är ”table talks exercises” där man spelar ett spel med olika inspel från olika håll. Det är stora övningar och de är ganska välgjorda och rätt lärorika.

Bill Gates föreslog också att världssamfundet ska stärka hälso- och sjukvården i fattigare länder.

– Det tycker nog hela världen. Men i genomkorrumpade länder är det inte så lätt att få det att fungera. Jag brukar säga att Afrika borde vara världens rikaste världsdel. Dom har ju allt. En afrikansk bonde kan odla tre skördar om året på samma mark som en svensk bonde kan odla en skörd. Du har alla mineraler, du har olja. Allt finns i Afrika. Om dom fick en ordentlig politisk styrning skulle det bli världens rikaste världsdel och ganska snabbt också.

Biologiska krigsföring – hur stort är det hotet?

– Jag tror att man kan spränga och flyga flygplan in i hus och sådant, men biologisk terrorism tror jag inte är någon större fara. Det är för svårt att genomföra.

Borde världen satsa på globala vaccinfabriker?

– Ja, kanske.

Har världen överdrivit hotet från covid-19?

– Ja, Jag funderar på att skriva en artikel: ”En självförvållad global katastrof”. Hade man låtit skeendet vara så hade det dels varit över nu och så hade man förmodligen inte förlorat särskilt många liv på det. Viruserna går inte att stoppa, det är för smittsamt eftersom det inte finns någon immunitet i befolkningen – alla kommer att utsättas. Västvärlden är oerhört snabb på att reagera på smittsamma sjukdomar från fattiga länder. Vi är bortskämda, vi är inte vana vid sånt här. Jag

har just varit med om en intressant videokonferens i Johannesburg i Sydafrika där en deltagare påpekade att från första januari i år till då hade det dött någonstans över två miljoner människor av svält. Under samma tidsperiod hade det dött 200-300.000 människor av covid-19. Man kan så klart alltid göra sådana jämförelser, men det är en tankeställare.

– Under mitt professionella liv har jag varit med om fem pandemier. Den första var aids. Då var jag en ung underläkare på infektionskliniken.

Den andra som nästan alla glömt var galna-ko-sjukan på 1990-talet. Det var inte så många människor som påverkades av den, men det kostade England 36 miljarder kronor när nästan alla kor i landet slaktades och folk slutade att äta ko-kött.

Nummer tre var SARS 2003 som liknar den här epidemin, men som gick över fortare och det tror jag beror på, nu gissar jag, att SARS bara var smittsamt när man hade klara symptom, men med covid 19 kan man, tror jag, smitta utan att ha några symptom alls.

Nummer fyra var svininfluensan 2009 som visade sig vara mycket mildare än man trodde. Det bestående minnet i Sverige är 400 barn som fick narkolepsi av vaccinet.

Covid-19 är det femte och det är intressant att dramaturgin är likartad för de här fem.

– Det som skrämde folk mest, som jag kommer ihåg, var aids. Skillnaderna mellan aids och covid är att om du fick aids så dog du, får man covid-19 överlever man med stor sannolikhet.

Vilken betydelse har stats-epidemiologer? Skulle de kunna få en global roll?

– Världens statsepidemiologer har en viss kontakt redan, men det finns inga formella möten där de träffas. USA har 50 delstater med statsepidemiologer i varje delstat och de träffas regelbundet och har årliga träffar en gång om året.

Och även i Europa har vi statsepidemiologer, det heter inte så i varje land men de har samma funktion, och de träffas var tredje månad. Det kunde utvidgas, så det finns ju embryon till sånt samarbete.

Har vi lärt oss någonting av covid-19 pandemin?

– Ja det tycker jag, Jag tror att man ska vänta lite innan man fattar beslut, man ska inte ha så väldigt bråttom, för så bråttom är det inte. Jag tycker världens politiker har misskött det här. Dom lyssnar på första bäst input och så springer dom åt det hållet och alla springer åt samma håll.

Vad tror du att världen har lärt sig?

– Jag tror att människornas minne är kort. Jag tror inte att det blir någon bestående lärdom. Där är jag en pessimist. Om 10-20 år så kommer det här att vara totalt bortglömt. Och har det inte inträffat någon ny pandemi under tiden så kommer man att vara lika dåligt rustad då som vi varit nu.

Vad står på din önskelista att världen gör nu?

– Att komma ur den här lockdownen så snabbt som möjligt och försöka skydda dom äldre och skröpliga så gott det går.

En nationell fråga: Bör Sverige ha ett nationellt beredskapslager i framtiden?

– Jag tycker definitivt att man ska ha ett nationellt lager, men det handlar om mycket pengar. Lagret måste omsättas. Det måste vara en regelbunden användning av materiel och läkemedel. Så jag tror att om tio år så kommer man att sätta sig ner och räkna och säga att det kostar en miljard om året att ha det där lagret och vi har inte använt det en enda gång på tio år – ska vi verkligen ha det kvar? Man kan jämföra med att man nedrustade svenska försvaret väldigt snabbt utan att någon ens märkte det.

Christer Bark

Eliquis[®]
apixaban

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[®]



Eliquis[®] (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade 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.

Karolinska

Christina Agvald-Öhman, överläkare i anestesi och intensivvård om lärdomar att dra inför framtiden:

"Jag hoppas att det här innebär en vändpunkt"

När Karolinska universitetssjukhuset skalade upp intensivvårdsverksamheten för att möta följderna av coronavirusets spridning var läget redan minst sagt pressat. Ansträngningarna i krisen – med krigssjukvård, långa tuffa pass och kollegor som gråter – har dock lett till att medarbetarna har svetsats samman. Det säger två fackliga företrädare.



” Vi ser en debatt om sjukvården, om utbildning och om behovet av att göra det mer attraktivt att jobba i vården. Men då krävs det en tillräckligt god arbetsmiljö, att man får tillräckligt med återhämtning och att man blir sedd. ”

▼ – Folk har stöttat varandra på ett fantastiskt sätt, inte minst när det var som allra, allra värst. Här har vi en aggressiv sjukdom som gör något med patienter som jag aldrig har sett i en sådan stor skala förut, det har stundtals varit direkt kaosartat och en del går verkligen på knäna – då är det fantastiskt att se hur folk hjälper varandra, säger Christina Agvald-Öhman, fackligt ombud och överläkare i anestesi och intensivvård på IVA i Huddinge.

Den exceptionella uppskalningen på Karolinska universitetssjukhuset blev oerhört tuff för personalen. Trots att sjukhuset har fått en betydande extern hjälp från privata vårdgivare, däribland från Sophiahemmet och Aleris, har det inte räckt.

Personalen sliter hårt, många är oerhört stressade, och vissa har även fått



Christina Agvald-Öhman under ett av sina pass.

svårt med sömnen, berättar Mitua Mehra, som är styrelseledamot i Karolinska universitetssjukhusets läkarförening och specialistläkare i anestesi och intensivvård i Huddinge.

– I praktiken blir det ofta 13 till 14 timmars arbete på en dag för att hinna med allting. Tiden är en sak, men det är också situationen i stort. Många av medarbetarna känner sig otillräckliga. Dessutom är det ju varmt och tröttsamt att arbeta i skyddsutrustningen, att gå runt med flera lager, med rock, andningsskydd, visir, säger han.

– Situationen är krävande, och det är jobbigt att den pågår utan att vi egentligen vet när allt kommer att vara över. Vi tränar inte till vardags på terrorattacker etcetera, men vi tränar då och då och har haft en mental förberedelse och katastrofplaner för dessa scenarion, att det ska komma ett stort antal patienter på en gång, men inte att det ska fortgå i månader som det gör nu.

Christina Agvald-Öhman ger en liknande bild. Hon säger att arbetsgivaren visserligen har gett mer stöd än många andra regioner har gjort, därib-

land genom att på daglig basis erbjuda psykologstöd, men att det ändå inte har varit tillräckligt.

– Vi började i ett mycket ansträngt läge. Som värst har det varit krigssjukvård. Det måste man vara ärlig med. Har man en läkare på 22 patienter i stället för på 3–4 patienter förstår man att vården blir sämre, men alternativet är inte bättre, säger hon.

– Är man på gränsen av sin förmåga blir man skörare när man är trött. Vissa har gråtit av trötthet när det var som värst. Många har känt sig övergivna när

de står som enda specialist tillsammans med två ST-läkare och alla är ovana. Man har ingen att luta sig emot...

Personalen vittnar också om en etisk stress som man tidigare inte har upplevt. På grund av restriktionerna på sjukhuset är det inte ovanligt att man är tvungen att lämna dödsbesked per telefon.

– Det är otroligt tufft. Besöksförbudet medför en enorm psykisk

Foto: Marcus Johansson

Fortsättning nästa uppslag >>>

” Andan har hela tiden varit att vi hjälps åt, att vi ska fixa det här. Jag är övertygad om att det kommer att leva kvar framöver också, även när det blir mer vardag. ”

påfrestning för personalen, som läggs ovanpå den etiska stressen som följer med att man inte kan ge patienterna den bästa vården. I vanliga fall kan ju de anhöriga komma och besöka patienterna dagligen. Vi kan bygga upp en relation till dem, samtidigt som de får följa själva sjukdomsförloppet. I stället får de se sina familjemedlemmar åka till sjukhus, de ser det tillstånd som de sjuka är i då, och sedan får de kanske aldrig se dem komma hem igen, säger Christina Agvald-Öhman.

Besöksförbudet, som revideras fort-löpande, är generellt. Ibland finns emellertid utrymme att göra individuella undantag. Christina Agvald-Öhman betonar att det är av stor vikt att ha anhöriga som är delaktiga i vården. Skillnaden mellan att vakna upp på en intensivvårdsavdelning och mötas av sina närmastes välbekanta ansikten eller av främmande personer i skyddsmasker är av lätt begripliga skäl stor.

I början av maj gick Karolinska universitetssjukhuset ner från förstärkningsläge till stabsläge. Inflödet av covid-19-patienter – som fortsatt är förhållandevis stort – har minskat, och sjukhusledningen meddelade att man börjat ställa om för att kunna möta trycket av alla andra patienter i vården. Vid denna tidpunkt hade sjukhuset totalt vårdat cirka 2 500 patienter med covid-19, varav 350 inom intensivvården, vilket var mest i landet.

För IVA i Huddinges del innebar det, rent konkret, att verksamheten skalade ner till två avdelningar, en kohortavdelning för covid-19-patienter och en avdelning med avskilda utrymmen för covid-19-patienter och vanliga IVA-patienter. När läget var som mest ansträngt bedrevs intensivvården på fyra avdelningar.

Förändringen medförde mer andrum för personalen då bemanningen blivit bättre. Vid denna tid minskade också antalet IVA-patienter i Huddinge, som



Mitua Mehra menar att när krisen är över måste arbetsgivarna inse att man måste göra vårddyrket attraktivare och mindre slitsamt för att kunna rekrytera och behålla personalen. Foto: Stefan Nilsson.

en följd av att patienterna i stället till stor del placeras i Solna, berättar Christina Agvald-Öhman.

– På grund av lokalerna var det enklare att skala upp snabbt i Huddinge, men nu har sjukhuset balanserat mer jämnt mellan sajterna. Följden har blivit att arbetssituationen har blivit betydligt bättre, även om situationen av naturliga skäl inte är normal. Men nu börjar det ändå likna intensivvård.

Både Christina Agvald-Öhman och Mitua Mehra är överens om att den senaste tidens arbete har fört med sig en rad betydelsefulla lärdomar. Vid sidan av att många medarbetare med kort varsel har fått lära sig att bedriva intensivvård och att kunskapen om covid-19 successivt växer har inte minst samarbeten i nya team utvecklats.

– Medarbetarna har på många sätt svetsats samman på ett annat sätt. Vi har trots allt, givet vad vi vet i dag, löst det ganska bra. Folk har tvingats att jobba med nya arbetsuppgifter och i nya team, men det har ändå funkat hyfsat bra på det hela taget, säger Mitua Mehra.

Han får medhåll av sin kollega:

– Andan har hela tiden varit att vi hjälps åt, att vi ska fixa det här. Jag är övertygad om att det kommer att leva

kvar framöver också, även när det blir mer vardag. Nu börjar vi dessutom lära oss de här patienterna. I början när vi inte visste lika mycket var vi mer beroende av vana intensivister. Men det har hänt mycket på kort tid, säger Christina Agvald-Öhman.

Finns det andra lärdomar som du vill lyfta fram?

– Vi ska träffas i mindre grupper framöver och prata om just det. Vi får se var det landar. Men det är tydligt att man blir ödmjuk för de nya omständigheterna.

Samtidigt går det inte att komma ifrån att marginalerna är små. Denna gång har sjukhuset alltså tagit sig an problemen genom att läkare och annan vårdpersonal har jobbat enligt tuffare scheman och nya skiftarbeten, som sedan i början av april regleras av krislägesavtalet, som sätter ramarna för medarbetarnas anställningsvillkor och ersättningar. Men det är givetvis ingen långsiktig lösning.

– Vi kommer inte ifrån att det behövs en förstärkning redan i utgångsläget. Den här frågan är ju inte ny, men den ställs på sin spets i krisen. Vi behöver fler sköterskor. Men för att attrahera och behålla dem måste det vara drägligt att komma till jobbet. Om det är för slitigt orkar inte alla i längden. Arbetsgivarna och regionen behöver göra vårddyrket attraktivt, säger Mitua Mehra.

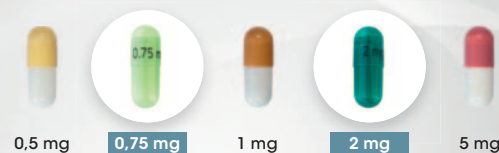
Christina Agvald-Öhman håller med.

– Jag hoppas och tror att det här blir en vändpunkt. Det är lite som tyder på det, men man kan alltid hoppas. Vi ser ju en debatt om sjukvården, om utbildning och om behovet av att göra det mer attraktivt att jobba i vården. Men det krävs en tillräckligt god arbetsmiljö, att man får tillräckligt med återhämtning och att man blir sedd av sin chef.

Adam Öhman

Smarta alternativ från Sandoz

Adport – ett generiskt alternativ till Prograf med två unika styrkor 0,75 mg och 2 mg



Fler styrkor av Adport möjliggör:

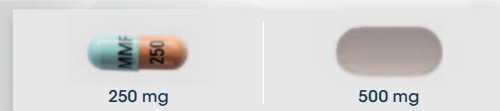
- Jämnare balansering av morgon-/kvällsdos
- Dosering i 0,25 mg intervall från 0,5 mg och uppåt
- Minskning av totala antalet kapslar per dygn för vissa doseringar

Sveriges mest använda takrolimus (ATC-kod L04AD02) mätt i DDD MAT april 2020¹

35-54% lägre pris jämfört med Prograf (beroende på vilken styrka som jämförs)²

adport
TAKROLIMUS

Mycophenolate mofetil Sandoz – ett kostnadseffektivt alternativ till CellCept



Sveriges mest använda mykofenolatmofetil (ATC-kod L04AA06) mätt i DDD MAT april 2020¹

30-50% lägre pris jämfört med CellCept (beroende på vilken styrka som jämförs)²

Mycophenolate
mofetil Sandoz

Referens: 1. www.reveal.se. 2. www.tlv.se.

Förkortad förskrivningsinformation, för fullständig SPC se www.fass.se.

Adport (takrolimus) ATC-kod L04AD02. Kalcineurinhämmare. **Förpackningar:** Kapsel, hård 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg; 2 mg; 5 mg om 50 st. (Rx:F). **Indikationer:** Profylax mot transplantatavstötning hos lever-, njur- eller hjärttransplanterade personer. Behandling av avstötning av allogent transplantat som är resistent mot behandling med andra immunsuppressiva läkemedel. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot takrolimus eller mot andra makrolider eller något hjälpämne. **Dosering och administreringsätt:** Behandling med takrolimus kräver att noggrann monitorering genomförs av adekvat och erfaren personal. Läkemedlet ska endast förskrivas, och förändringar i immunsuppressiv behandling inledas, av läkare med erfarenhet av behandling med immunsuppressiva medel och av vård av patienter som genomgått transplantation. Rekommendationen är att den orala dygnsdosen ges uppdelat på två dosstillfällen (t.ex. morgon och kväll). Varningar och försiktighet se www.fass.se. För aktuella priser se www.tlv.se. Produktresumé uppdaterad 2019-04-17.

Dailiport (takrolimus); 0,5 mg; 1 mg; 2 mg; 3 mg; 5 mg. Depotkapslar. **Rx, F, ATC-kod:** L04AD02. **Farmakoterapeutisk grupp:** Kalcineurinhämmare. **Indikationer:** 1) Profylax mot transplantatavstötning hos vuxna njur- och levertransplantationspatienter. 2) Behandling av transplantatavstötning som är resistent mot behandling med andra immunsuppressiva läkemedel hos vuxna patienter. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot takrolimus, andra makrolider eller något hjälpämne. Behandling med takrolimus kräver att noggrann monitorering genomförs av adekvat och erfaren personal. Läkemedlet ska endast förskrivas, och förändringar i immunsuppressiv behandling inledas, av läkare med erfarenhet av behandling med immunsuppressiva medel och av vård av patienter som genomgått transplantation. För fullständig information om varningsföreskrifter och begränsningar, se www.fass.se. **Datum för senaste översyn av produktresumén:** 2019-11-04. **Innehavare av marknadsföringstillstånd:** Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, 2300 Köpenhamn, Danmark, www.sandoz.se.

Mycophenolate mofetil Sandoz (mykofenolatmofetil) ATC-kod L04AA06. Immunsuppressiva medel. **Förpackningar:** Tablett 500 mg, 50 st. Kapsel 250 mg 100 st. (Rx:F). **Indikationer:** Mycophenolate mofetil Sandoz är indicerat för profylax mot akut transplantatavstötning efter njur-, hjärt- eller levertransplantation i kombination med ciklosporin och kortikosteroider. **Kontraindikationer:** Mycophenolate mofetil Sandoz ska inte ges till patienter med överkänslighet mot mykofenolatmofetil, mykofenolsyra eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt 6.1. Överkänslighetsreaktioner mot Mycophenolate mofetil Sandoz har iakttagits (se avsnitt 4.8). Mycophenolate mofetil Sandoz ska inte ges till fertila kvinnor som inte använder högeffektiva preventivmedel (se avsnitt 4.6). Mycophenolate mofetil Sandoz-behandling ska inte påbörjas hos fertila kvinnor utan att resultatet från ett graviditetstest uppmärksammas för att utesluta oavsiktlig användning vid graviditet (se avsnitt 4.6). Mycophenolate mofetil Sandoz ska inte användas vid graviditet förutom om det inte finns någon lämplig alternativ behandling för att förebygga transplantatavstötning (se avsnitt 4.6). Mycophenolate mofetil Sandoz ska inte ges till kvinnor som ammar (se avsnitt 4.6). **Preventivmedel:** Se produktresumé avsnitt 4.6, www.fass.se. **Dosering och administreringsätt:** Behandling med Mycophenolate mofetil Sandoz bör ske under ledning av specialistläkare inom transplantationsmedicin. För aktuella priser samt produktresumé se www.tlv.se. Produktresumé uppdaterad 2020-02-03 för 250 mg och 2020-02-12 för 500 mg.

Azathioprin 1A Farma (azatioprin) ATC kod L04AX01, immunsuppressiva medel. **Förpackningar:** Filmraderad tablett 75 mg och 100 mg, förpackningsstorlek 100 st. tabletter. (Rx/F). **Indikationer:** Azathioprin 1A Farma är indicerat i kombination med andra immunsuppressiva ämnen som profylax mot transplantatavstötning hos patienter som fått allogena njure-, lever-, hjärt-, lung- eller pankreastransplantat. Svår, aktiv reumatoid artrit som inte kan kontrolleras med mindre toxiska substanser (sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel, DMARD), svår eller måttligt svår inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom eller Ulcerös colit), systemisk lupus erythematosus, dermatomyositis och polymyositis, autoimmun kronisk aktiv hepatit, polyarteritis nodosa, autoimmun hemolytisk anemi, kronisk refraktär idiopatisk trombocytopen purpura. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen azathioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azathioprin) eller mot något av hjälpämnena, svåra infektioner, svårt nedsatt lever- eller benmärgsfunktion, pankreatit, alla levande vacciner, särskilt BCG, smittkoppor, gula febern, graviditet om inte nyttan överväger riskerna (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning), amning (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning). **Varningar och försiktighet:** Det finns möjliga risker med behandling av Azathioprin 1A Farma filmraderade tabletter. De ska därför inte förskrivas om inte patienten kan kontrolleras på lämpligt sätt för toxiska effekter under behandlingsperioden. Under de första åtta behandlingsveckorna ska en komplett blodstatus, inklusive blodplättar, tas minst en gång i veckan. För aktuella priser se www.fass.se eller www.tlv.se Datum för senaste översyn av produktresumén 2018-11-01.

Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, DK-2300 Köpenhamn S, Danmark, www.sandoz.se

SANDOZ A Novartis
Division

Henrik Eriksson, biträdande professor i kvalitets- och verksamhetsutveckling:

“Pandemin har visat att många administrativa funktioner inte behövs”

I decennier har hälso- och sjukvården byggt upp lager på lager av administration, utredningar och kartläggningar över de som befinner sig i kärnverksamheten. Men coronakrisen har flyttat fokus till problemlösning och förbättring. Det menar Henrik Eriksson, biträdande professor i kvalitets- och verksamhetsutveckling, som tror att förändringen kan bestå även när stormen har lagt sig.

▼ Coronakrisen har förändrat ledarskapet och organiseringen av vård och omsorg på många håll. Borta är det strategiska långsiktiga förhållningssättet, utredningarna, kartläggningarna, enkäterna och managementkonsulterna. Istället har problemlösning, att tillgodose de behov som finns och förbättringsarbete tagit plats.

– Nu är det fokus på att göra – och att försöka göra det så bra som möjligt i den situation som finns. Det är också fokus på det professionella och den kunskapen har läkarna, sjuksköterskorna och de som är närmast patienten. Det gör att man nu ser att många strategiska, administrativa funktioner inte riktigt behövs, säger Henrik Eriksson, biträdande professor i kvalitets- och verksamhetsutveckling vid Chalmers och tidigare kvalitetschef och utvecklingschef vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs sjukhus.

I 20 år har han forskat om vad som kännetecknar en bra verksamhet och kommit fram till fem principer: vi förbättrar, vi är motiverade, vi leder, vi har värdeskapande processer och nätverk, vi är syftes- och behovsdrivna.

– Hela coronakrisen gör att de här principerna blir lättare att ta till sig och

jag tycker att man ser att verksamheter arbetar utifrån dem i högre utsträckning nu än tidigare.

Den princip som Henrik Eriksson återkommer mest till är benägenheten att förbättra, och då i form av det lokala iterativa förbättrandet. Motsatsen, som ses i sämre verksamheter, är att man arbetar med utredningar, kartläggningar och stora enkäter som inte leder någonstans. Något som Henrik Eriksson tycker syns tydligt inom hälso- och sjukvården.

– Ju längre människor kommer från kärnverksamheten och ju fler människor man har mellan sig själv som ledare och kärnverksamheten, desto sämre. Och inom hälso- och sjukvårdssystemet har vi byggt på ett sådant sätt med många mycket långt i från kärnverksamheten. Till exempel har politiker, myndigheter, regioner, sjukhus, områden, verksamheter alla utvecklat sin administration och tillhörande byråkrati. Vi har byggt så många administrativa lager som i stället för att hjälpa kärnverksamheten mer stjälper den. Förutom att det är ett slöseri med resurser och skattepengar så är förbättringar för patienten svåra att genomföra i de här systemen.

Han menar att den utvecklingen har pågått i flera decennier och att det är



”

Kulturen idag präglas av att det är viktigare att inte göra fel än att göra rätt...Man tror att till exempel kvalitet ska säkras och inspekteras. Men om man tittar på framgångsrika verksamheter så höjer man inte kvalitet på det sättet...

Vi vet att motivation skapas genom självstyre, mästerskap.

”

rädsan för att göra fel samt en okunskap som är roten till den här typen av struktur.

– Kulturen idag präglas av att det är viktigare att inte göra fel än att göra rätt. Det bottenar i sin tur i okunskap kring management – från högsta politisk nivå ner till myndigheter och regioner och även sjukhusledning.

Man tror att till exempel kvalitet ska säkras och inspekteras. Men om man tittar på framgångsrika verksamheter så höjer man inte kvalitet på det sättet. Man tror att man gör ett kvalitetsarbete, men egentligen förstör man mer än vad man tillför i det värdeskapande systemet närmast patienten.

När det kommer till motivationen, den andra principen, menar Henrik Eriksson att det finns studier som visar att endast 14 procent av medarbetarna på svenska arbetsplatser är motiverade.

– Vi vet att motivation skapas genom självstyre, mästerskap – att vilja bli bättre och få bättre kompetens, att

känna tillhörighet i gruppen och att ha ett syfte med det man gör. Men vårt sätt att organisera och leda hälso- och sjukvården tar ifrån medarbetarna deras inre motivation, säger han.

Principen om ledarskap menar

Fortsättning nästa uppslag >>>

Henrik Eriksson handlar om att man måste gå från att ha en ledning som tänker som en schackspelare till en ledning som tänker som en trädgårdsmästare. Eller annorlunda uttryckt: från en ledning där strategiska val om hur man ska förflytta medarbetarna i form av pjäser styr till en som får hela trädgården att växa och ser till att varje växt har förutsättningar att göra sitt jobb på bästa sätt.

– Ledarskapet ska skapa förutsättningar för förändring och innovation lokalt, säger Henrik Eriksson.

När det gäller att ha värdeskapande processer och nätverk menar han att hälso- och sjukvården måste fungera för en hel patientresa, inte som isolerade öar. Och att samverkan mellan olika organisationer är nyckeln för att få det att fungera.

– Det räcker inte att laboratorieverksamheten är jättebra på ett ställe eller att en primärvårdsläkare är jättebra på ett ställe. Vi måste bygga ihop de här delarna i ett system som är värdeskapande för patienten. De verksamheter som är duktiga får det här flödet att fungera.

Den femte principen, att vara syftes- och behovsdrivna, handlar om att verksamheten hela tiden utgår från behoven hos de man egentligen är till för. Henrik Eriksson menar att en del lagar, inspektioner och kartläggningar i många fall gör att de glöms bort. Därför måste man fråga sig varför en del saker görs och se till att göra rätt saker.

– Det som kännetecknar riktigt bra verksamheter är att de är närmare att nå sin fulla potential, inte i den mening att de går bättre ekonomiskt, utan att de är bättre på att uppnå verksamhetens syfte och tillfredsställa behovet för de man är till för.

Men vad krävs då för att coronakrisen ska innebära en utveckling av hälso- och sjukvårdens ledarskap, styrning och organisering? Henrik Eriksson tror att kunskap och möjligheten att ta till sig den är nyckelfaktorer i att få till en långsiktig förändring. Att helt enkelt kunna reflektera över vad som kännetecknar en välfungerande verksamhet.

– Precis som att man måste ta till sig kunskap om vilken behandling man ska ha och hur vi ska behandla patienter, måste man ta till sig kunskap kring ledarskap, organisering, innovationer och förbättringar. Den kunskapen sköts lite slarvigt i hälso- och sjukvården. Läkarna och sjuksköterskorna får den inte i utbildningen, men förväntas ändå ha den när de kommer i ledande positioner.

Förutom ökad kunskap och förståelse tror han att organisationskulturen spelar en viktig roll i möjligheten att kunna förändra.

– Hela hälso- och sjukvården är fast i ett fabriksstänk, ett tayloristiskt stänk, där man ser organisationen som en maskin där man kan optimera resurserna – göra den så effektiv som möjligt genom att mäta och följa upp. Det hindrar nytänkande och förbättringar.

– Men den här krisen har triggat igång en annan typ av ledning, där man har fokus på att lösa problem och genomföra förbättringar. Och det hoppas jag att man fortsätter med. Att man reflekterar kring varför det gick att genomföra de här förändringarna under coronakrisen och varför man annars fastnar i den här byråkratiska geggan.

Han menar att en kris skapar en angelägenhet till förändring och förbättring, och möjliggör ett annat sätt att agera. Som exempel lyfter han fram digitaliseringen, där många vittnar om en utveckling som gått betydligt snabbare nu än vad den tidigare gjort.

Men han pekar också på vikten av att inte tänka för stort när det kommer till förändringsarbete.

– I de riktigt välfungerande verksamheterna börjar man i det lilla. Man ska inte tänka att man ska förbättra patientnöjdheten eller tillgängligheten för ett helt sjukhus på en gång. Man måste kanske testa att göra det lokalt först, kanske för en grupp patienter eller för en läkare på en mottagning. Skala ner, skala ner, skala ner och sen se hur det fungerar.

I de verksamheter som fungerar väl

börjar man dessutom testa och förbättra för medarbetarna först. På så sätt kan man skapa en känsla av att det är möjligt att få till en förändring.

– En förbättring möjliggör en annan förbättring. Det spelar inte så stor roll om det handlar om en ny kaffemaskin eller nya gardiner som den första, det viktiga är att visa att det faktiskt går. Hellre många små förbättringar än en stor. Det handlar både om ett annat typ av ledarskap, men också att medarbetarna inom vården måste ta ett kliv framåt och jobba med förbättringar på ett annat sätt.

Att krisen kommer att få någon effekt är han ganska säker på, men hur den ser ut tror han beror på hur välfungerande verksamheten är. Risken är stor att man i dåliga verksamheter, där man inte har förmåga att lära av sina arbetssätt, kommer att falla tillbaka till där man var före krisen, menar han.

– Nyckeln är att få fler verksamheter som lyckas bli riktigt bra och att det finns fler goda exempel att titta på. Region Jönköpings län är till exempel en större organisation som fått hela systemet att fungera mycket bättre än andra regioners. De har tagit till sig kunskapen på ett helt annat sätt.

Att förändra hela hälso- och sjukvårdssystemet tror han därför inte har så stor effekt, eftersom det främst handlar om att ändra arbetssätt lokalt och inte om en lösning som kommer ovanifrån. Henrik Eriksson refererar till ett citat av Paul Batalden, professor i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd i Jönköping Academy, som är en av föregångarna på området: "Varje system är perfekt designat för att få de resultat det ger".

– Man måste ändra systemet för att få andra resultat. Jag tror att det verkligen behövs en kunskapsinjektion i hela hälso- och sjukvårdssystemet för att man ska kunna bryta ned det existerande paradigmet av ständiga utredningar, dokumentation och kartläggningar som man befinner sig i.

Anna Sofia Dahl



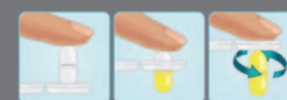
Svårt att svälja tabletter? Lugn.

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

Brist på uppskattning frustrerar

■ Ur ett fackligt perspektiv: frustrerande.

■ Ur ett professionellt: omtumlande och stundtals med en känsla av maktlöshet.

■ Som specialistläkare i anestesi- och intensivvård och vice ordförande för Västra Götalands läkarförening sektion Sahlgrenska universitetssjukhuset står Ingrid Stubelius mitt i pandemin i dubbla roller.

▼ Ingrid Stubelius suckar djupt när hon beskriver den maktlöshet som hon och hennes kolleger känt de senaste veckorna. I slutet av maj har inflödet av svårt sjuka covid-patienter till sjukhuset, likt på många håll i Sverige, planat ut. Men för personalen är både den fysiska och psykiska påfrestningen fortfarande mer lik en flodvåg.

– Sedan slutet av mars har det varit kaotiskt. Att vi nu har nått kulmen säger ju egentligen bara att belastningen fortfarande är som högst. Folk arbetar otroligt mycket och det kommer vara så en lång period framåt.

Hon har själv arbetat på både covid-iva i Mölndal, i fältsjukhuset Kronan och på covid-iva på Sahlgrenskaatomten och beskriver det som omtumlande. ”En väldigt speciell miljö”. Både att arbeta i skyddsutrustning – där man har svårt att göra sig hörd, själv höra och efter ett tag också andas. Men också att inte längre kunna känna igen kollegerna eller vara säker på vilka kunskaper de

nyrekryterade teammedlemmarna har och inte har.

– Sen slås man av hur otroligt sjuka de här patienterna är som hamnar hos oss inom intensivvården, och de långa vårdtiderna. De vi ser är i huvudsak inga gamlingar, de flesta är män födda på 60- och 70-talen. Det är sådana märkliga aspekter som skiljer sig från den vanliga intensivvården, säger hon och fortsätter:

– Men även själva sjukdomsbilden, där man verkligen kan stå och klia sig i huvudet. Känslan av att man inte riktigt har så bra koll på läget som man brukar ha och att patienterna inte betar sig så som vi kanske förväntar oss. Minsta vändning kan göra att patienten blir urdålig igen. Det är en iva-population som kräver hög läkarnärvaro och erfarenhet, och det har varit en brant inlärningskurva.

I tillägg menar hon att det har funnits ”en del organisatoriska hinder” – bland annat hur man har valt att jobba

med pandemiplaneringen och skala upp framförallt intensivvården.

– Vi känner att vi har fått lägga onödigt mycket tid på de sakerna. Då syftar jag framförallt till tältet, där det tidigt i processen framfördes synpunkter och man från många olika håll vädjade om att beslutet att bedriva intensivvård där skulle omvärderas.

Tältet, eller fältsjukhuset IVA Kronan som det mer officiellt kallas, har vållat en intern konflikt om arbetsmiljö, bemanning och patientsäkerhet, vilket uppmärksammats i flertalet medier under våren. Enligt Ingrid Stubelius dröjde beslutet om att så långt som möjligt bedriva intensivvård i lokaler inomhus allt för länge.

– Det var inte optimalt för ändamålet och personalresursen utnyttjades inte på ett effektivt sätt. Ändå stod vi fler

veckor med det, säger hon och tillägger att det ger en tydlig bild av hur man från läkarföreningens sida uppfattat de gångna veckorna.

När pandemin var ett faktum meddelande arbetsgivaren att man kommer att behöva genomföra förändringar i snabb takt och att det därför inte kommer hinna passera vanliga samverkansprocedurer.

– Det är något som verkligen har definierat den här perioden – en del chefer har tolkat det som att man inte behöver samverka alls. De har genomfört massor av förändringar som nu också blir ganska långvariga, utan att ha samverkat dem och då också missat en väldigt viktig aspekt: när fackföreningarna får komma med väldigt sund input. Istället har de tagit till sig medarbetarperspektivet i ännu mindre

utsträckning än i vanliga fall.

Fackligt beskriver hon de senaste månaderna som en stor frustration. Till en början över att arbetsgivaren varken lyssnat eller tagit till sig professionernas synpunkter. Nu också över att man inte kommer framåt i frågan om avtal gällande återhämtning och ersättning för de som arbetar i pandemins frontlinje.

– Vi har fått många signaler från alla tre sjukhustomter att folk sliter väldigt hårt och att det är svårt att få ihop läkarschemat. Precis som under vårt normala sommarläge går det ihop för att folk ställer upp och gör väldigt stora personliga uppoffringar. Jag tror att det kommer att sätta sina spår för en tid framöver, säger hon och fortsätter:

– Än så länge har folk inte börjat säga upp sig, mig veterligen. Och det

” Ingrid Stubelius: Än så länge har folk inte börjat säga upp sig, mig veterligen. Och det beror på att personalen sätter patientens bästa främst, inte på grund av lojalitet mot arbetsgivaren. Men när man känner sig utelämnad brukar folk till slut tröttna. ”

beror på att personalen sätter patientens bästa främst, inte på grund av lojalitet mot arbetsgivaren. Men när man känner sig utelämnad brukar folk till slut tröttna.

I början av maj gick Västra Götalands läkarförening ut med en vädjan till Sahlgrenska universitetssjukhusets ledning och ansvariga politiker om att ta personalens tuffa arbetssituation på allvar. Men Ingrid Stubelius menar att man hittills inte har sett någon vilja att tillmötesgå, eller ens bekräfta personalorganisationernas bild av verkligheten.

– Ju mer jag har jobbat med den här frågan, desto mer upplever jag att det finns någon form av inneboende ovilja hos arbetsgivaren att betala för kvalitet. Det vi får höra är att åtgärder ska göras

Fortsättning nästa uppslag >>>



Foto: Julia Sjöberg

inom ramen för befintlig budget. Men om man talar om mitt område på SU, så har vi ursprungligen ett sparkrav på 100 miljoner för 2020.

Den senaste tiden har frustrationen dessutom spåtts på av den pågående semesterplaneringen. Arbetsgivaren har deklarerat att man kommer att förlänga semesterperioden till september och att medarbetarna i så lång utsträckning som verksamheten tillåter kommer att ges sammanhållen semester under juni, juli och augusti. Men för en del verksamheter kommer det inte vara möjligt.

– Också där räknar man med att personalen ska ställa upp, utan att få någonting extra för det, och vi är väldigt besvikna på att de inte har visat någon uppskattning för den uppoffring som det innebär, säger Ingrid Stubelius.

– Samtidigt bävar vi inför den situation som kommer till hösten, när vi ska börja beta av vårdköerna. Vår smala förhoppning är att man inte kommer att börja under september, så att man kan säkerställa att anestes- och intensivvårdspersonal får andas ut.

Ingrid Stubelius menar att många av de beslut som har fattats genom pandeminns gång har lett till en stor misstro mot ledningen.

– Man befinner sig definitivt i en förtroendekris som man kommer att få jobba mycket med framöver för att kunna återskapa tilliten.

Hon hoppas att en lärdom som

Västra Götalandsregionen kan ta med sig till en framtida pandemi är sättet som man gick upp i så kallat förstärkningsläge.

– Att beslutsgången och organisationsstrukturen ändrades mitt i en väldigt krisartad situation har inte varit optimalt, definitivt inte när situationen blivit så långvarig. Det har saknats en plan för hur samverkan och riskbedömningar samt MBL kan upprätthållas under långvarig kris. Det finns även många andra delar som man skulle behöva titta på: vilken pandemiplan man har, vilken transportorganisation, hur man kommunicerar, vem som har mandat att bestämma över platser, materialfrågan, läkemedel ...

– Allt det här har vi pratat om i många år på sjukhuset. Vi vet mycket väl att vi har en underdimensionerad och underfinansierad intensivvård redan från början. När vi har haft massskadeövningar de senaste åren har utvärderingarna handlat om att material och läkemedel tar slut väldigt snabbt i akuta katastrofer. Övningarna har dock inte rustat oss för denna typ av långdragna förlopp. En lärdom av pandemin är att i en långvarig kris behövs, förutom materiel och läkemedel även hög tillgång till spetskompetent personal under lång tid.

Anna Sofia Dah

Kommunikationsdirektörens svar på kritiken

I ett mejl skriver Anders Goliger, kommunikationsdirektör Sahlgremska Universitetssjukhuset:

– Sahlgremska Universitetssjukhuset arbetar hårt för att säkerställa en god arbetsmiljö också under rådande pandemi. Medarbetarnas åsikter och synpunkter är alltid viktiga och sjukhusledningen har regelbunden och tät kontakt med

sjukhusets fackliga representanter.

Samtidigt har situationen varit exceptionell. Även när det har varit snabba beslut, för patienternas bästa, har vi haft ambitionen att kommunicera och involvera medarbetarna. Det är säkert så att dialog och förankring ibland kunde varit bättre, och när det kommer sådan kritik tar vi den till oss för att förbättra och åtgärda.

Anna Nyberg, docent i psykologi:

”Många kan bli väldigt arga i efterhand om alla som applåderade och hejade under tiden försvann efteråt och nedskärningarna fortsätter”

▼ Inom arbetsmiljöforskningen är höga krav och låg kontroll två välkända faktorer som kan innebära risk för stressrelaterad ohälsa. Att sjukvårdspersonal får möjlighet till återhämtning och stöd i att bearbeta det de har varit med om är därför vitalt. Det menar Anna Nyberg, docent i psykologi, som också poängterar att det spelar en avgörande roll hur man gick in i krisen.

Att kraven på sjukvårdspersonalen ökat markant under coronakrisen är ingen nyhet. En ny sjukdom kräver ett konstant informationssökande och möjligheten att falla tillbaka på välkända rutiner saknas. I tillägg ska personalen hantera de känslomässiga krav som ställs när många patienter avlider och anhöriga inte har möjlighet till avsked.

– Det här är en situation där kraven på kort tid har ökat utan att man egentligen varit förberedd eller har valt det själv. Det är klart att det kommer att vara situationer som kommer att finnas med personer under väldigt lång tid. Man har fått vara med om saker som man aldrig har varit med om, och som man inte heller trodde att man skulle få vara med om, säger Anna Nyberg, legitimerad psykolog och docent i psykologi på Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap på Uppsala universitet.

Att krisen också innebär minskad kontroll över arbetet kan få de redan tunga kraven att kännas



Vilka konsekvenser coronakrisen kommer att få på lång sikt menar Anna Nyberg beror på många olika saker – om vårdpersonalen har fått möjlighet att göra ett så bra jobb som situationen gör möjlig – om de har fått det stöd som har varit möjligt att ge, om de känner att arbetet de har gjort har varit meningsfullt och om de får möjlighet att vila. Men också hur man gick in i krisen.

ännu tyngre. Arbetsmiljöforskning visar att man brukar kunna klara av höga krav om man har kontroll över situationen. Men i ett läge där vi vet väldigt lite – både om sjukdomen, hur belastningen ser ut om en vecka eller om sjukvården kommer att klara av krisen – är de två faktorerna i kombination ofta förenat med stress.

– Som buffert brukar man prata om att man har ett gott socialt stöd omkring sig. Jag tror att mycket i hur man har klarat av den här, åtminstone kortvarigt, försämrade arbetsmiljön är vilken typ av sammanhållning och

stöd man har kunnat utveckla på arbetsplatsen. Både det strukturella och interpersonella stödet, säger Anna Nyberg som tillägger att det är viktigt att de personer som behöver bearbeta det man har varit med om fångas upp.

– Personalen utsätts för en enorm exponering av död, sorg, stress och brist på återhämtning. Det är viktigt att man uppmärksammar de symptom som tyder på att man inte mår riktigt bra och att man behöver ta ett steg tillbaka.

Risken är att viljan att hjälpa till när alla på arbetsplatsen sliter tungt sätts över det egna måendet, menar hon.

– Även när den värsta krisen är över är det viktigt att kunna erbjuda stödssamtal och att det finns en välfungerande företagshälsovård för de som behöver.

Hon tillägger att den stress som många inom sjukvården upplevt de senaste veckorna inte är farlig under en kortvarig period, men att det är viktigt att de som nu har arbetat länge inom vården får möjligheten att återhämta sig. Inte bara under sommaren, utan också mellan arbetspassen.

Även osäkerheten och oron för att själv bli smittad av covid-19 kan leda till stress som kan påverka sömnen och möjligheten till återhämtning, menar Anna Nyberg.

– Det är en viktig fråga om förtroendet för arbetsgivaren och villigheten att gå in i de här situationerna för att fortsätta jobba. Det här är en extrem situation – att inte ha kontroll eller känna att det finns en ordentlig trygghet på arbetsplatsen.

Vilka konsekvenser coronakrisen

kommer att få på lång sikt menar Anna Nyberg beror på många olika saker – om vårdpersonalen har fått möjlighet att göra ett så bra jobb som situationen gör möjlig om de har fått det stöd som har varit möjligt att ge, om de känner att arbetet de har gjort har varit meningsfullt och om de får möjlighet att vila. Men också hur man gick in i krisen.

– Redan innan krisen såg vi stora sjukskrivningstal inom hälso- och sjukvården. Går man in i en sån här situation när man har varit utsatt för stress under en lång tid och redan är på gränsen till utmattning blir det såklart tuffare. Det enkla svaret på att vara förberedd i framtiden är att ha en sjukvård med mer luft i systemen, så att man inte går in i en sån här kris på knäna.

Hon lyfter också vikten av att behandla den kritik mot nedskärningarna inom sjukvården som fanns redan innan covid-19.

– Vad som händer med dem när krisen är över kommer också ha stor betydelse för hur den psykiska ohälsan påverkas. Och om det här leder till att man uppmärksammar hur vården är organiserad och tar de diskussionerna på större allvar, säger hon och fortsätter:

– Jag tror att många kan bli väldigt arga i efterhand om man inte för ett meningsfullt samtal om det här efter krisen – om man istället känner att alla som applåderade och hejade under tiden plötsligt försvann efteråt och nedskärningarna fortsätter.

Anna Sofia Dahl

Debatt

Magnus Fovaeus, universitetssjukhusöverläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset:

Coronakrisen – en möjlighet till framtida lärdomar?

De gångna månaderna har varit historiska för den svenska sjukvården. Efter den oerhört snabba mobiliseringen av kärnverksamheten och återprofessionaliseringen av sjukvården kan det vara ett ypperligt tillfälle att för all framtid renodla vår verksamhet och skala bort det som inte behövs.

▼ Jag tog studenten vid Katedralskolan i Lund 1981 och började läsa medicin. Det är snart 40 år sedan. Sedan dess har jag varit läkare i den svenska offentliga sjukvården, i olika delar av landet, på stora och små sjukhus.

Jag har visserligen bott och arbetat i USA och Canada i perioder men i stort sett har jag hela mitt vuxna liv upplevt svensk sjukvård inifrån, från 80-tal till 20-tal. Den politiska och administrativa förvaltningen av denna sjukvård har upplevts problematisk, och det har inte spelat någon roll om ledarskapet kommit från vänster eller höger.

Det är för många lätt att ta tillfället i

akt och använda aktuell pandemi och brister i sjukvården som ett slagträ mot sina politiska motståndare. Men inget parti som suttit i regeringsställning de senaste trettio åren kan svära sig fri från ansvar för utvecklingen.

Sjukvårdens styrning har hittills gjort det meningslöst att kasta pengar på problem som brist på IVA-platser eller vårdköer. De äts upp av verklighetsfrånvända administrativa projekt, lager på lager av mellanchefer, digitalisering/AI, uppgradering av misslyckade IT-system och konsulter. De systemfel som ses i Sverige finns överallt i regioner och landsting styrda av vitt skilda politiska ideologier. De som nu försöker ta politiska poänger gör sig skyldiga till en mycket grov förenkling av ett komplext problem.

Jag vill försäkra att sjukvården faktiskt inte var bättre förr – i alla fall inte om man var sjuk. På 40 år har man gjort rejäla medicinska framsteg som kommer alla till del med ny kunskap, bättre och säkrare teknologi och läkemedel.

Vår arbetsgivarorganisation (SKR) hävdar ofta att det är den framgångsrika högteknologiska vården i kombination med förändrad demografi (fler äldre) som är den oundvikliga orsaken till sjukvårdens ökade kostnader. Ofta är

dock förnuftigt resursutnyttjande viktigare än mer resurser. I sjukvården påverkar organisation och ledning tyvärr ofta på onödigt kostnadsdrivande sätt.

Problemen uppstår i stora organisationer, där det ofta finns krafter som från centrala positioner och med ringa insikt om specifika verksamheter initierar och vidmakthåller sådant som låter bra men som på många håll underminerar kärnverksamheten.

Man sysslar gärna med visioner, certifieringar och värdegrunder och annat som låter bra. Kritiken från kärnverksamheten hålls borta genom en växande administration, vilken fungerar som en krockkudde mellan professionerna och ledningen. Det paradoxala är också att stordrift och centralisering av sjukvård aldrig lönar sig ekonomiskt. Ju större organisation desto större läckage av pengar till icke-värdeskapande transaktionsverksamheter.

I sjukvården gör man chefskarriär och hamnar i en administrativ logik, där policyer, planer och powerpoint ersätter kunskap om verksamheten. Lojalitet med ledning och karriärshänsyn tar lätt överhanden, man tar ofta beslut utan förståelse för verksamhetens komplexitet. Istället verkar man falla för lockelsen att imitera vinstdrivande företag

genom att ha en mångfald av kommunikatörer och varumärkesstrateger, bygga stora, dyra sjukhusbyggnader och iscensätta fantasifulle omorganisationsprojekt.

Det varierar mellan delar av landet och olika regioner, men det finns exempel på att utbildningsnivån på ledarskapet i den offentliga kunskapsorganisationen är omvänt proportionell till var i linjeorganisationen man befinner sig (med politisk nämnd överst och docenter på golvet).

Makten i dag drivs genom byråkrati, som leder till produktion av alltmer texter, algoritmer, lagar och förordningar. Mycket är motsägelsefullt och knappast användbart i praktiskt arbete.

Projekt utan mätbara effekter tar enorma resurser från kärnverksamheterna. Projekten håller inte bara byråkraterna sysselsatta utan tar även mycket av den övriga personalens tid i anspråk.

Standardiserade vårdförlopp, SVF, har blivit ännu en icke-evidensbaserad styråtgärd som resulterat i att stödverksamhet svällt på bekostnad av kärnverksamhet.

I och med att varje patient är unik och bör bedömas individuellt så går det oftast inte att tillämpa metoder från industrin inom sjukvården eftersom vården är mer komplex.

För mig som cancerspecialist är SVF det största svenska fiaskot sen Poltava.

På fyra år har ledtider inte förbättrats ett dugg av algoritmer och dyr administrativ överbyggnad. Dessutom undanträngning av allvarliga benigna diagnoser. SVF är inget annat än ett kostsamt experiment som sannolikt inte hade blivit av utan statens stora stimulansbidrag.

Det finns en övertro på digitalisering, dokumentation, rutiner och riktlinjer. Professionalism i sjukvården har däremot varit under attack sedan 1990-talet. Dokumentation har prioriterats framför handling och utförande. Det har varit viktigare att följa algoritmen än att agera rätt i situationen. Vid felbedömningar har det viktigaste varit att skriva om ett PM eller optimera ett patientflöde – inte att förbättra läkare eller sjuksköterskors kunskap och omdöme. Resultatet har blivit exponen-

tiell tillväxt av administration.

Digitaliserings/AI-projekt dränerar den riktiga sjukvården på enorma summor och är en del av den administrativa händelsehorisonten – den byråkratiska överbyggnaden som växer sig så massiv att inget kan undgå dess gravitation. Personal och resurser suges in utan att någonsin kunna återvända.

Vi har sett en kronisk oförmåga hos politik och ledningar att göra begränsningar av utbud och rättvis horisontell prioritering. Om alla i Sverige alltid ska få allt kommer kostnaderna att skena. Sjukvården måste få styras av behov, inte av efterfrågan.

Prioritering och begränsning av utbud kräver ett bevarat samhällskontrakt och en tydlig ledning. När detta inte finns, så kommer inte heller professionella grupper att ta sitt ansvar.

Marknaden ser möjligheter att tillmötesgå krav på tillgänglighet och skapar märkliga hybrider av sjukvård, såsom fristående digitala tjänster som inte samordnas med övrig sjukvård. De fristående nättjänsterna, populära hos de allra friskaste, blir ett uttryck för samhällets fixering vid omedelbar behovstillfredsställelse.

Samtidigt är det grovt onyanserat att påstå att privat sjukvård utarmar den offentliga. Nästan alla andra länder med väl fungerande kostnadseffektiv sjukvård utan köer och hela befolkningen försäkrad har en blandning av privat och offentlig vård.

Privat småskalig sjukvård är inte sällan bättre och effektivare, INTE på grund av vinstintresse, utan genom att medarbetarnas behov av autonomi, utveckling och sammanhang bättre tas tillvara.

Detsamma gäller faktiskt också småskalig offentlig sjukvård innan autonomi utarmas genom centralisering och effektivisering, vilket oftast resulterar i sämre vård till ökade kostnader. Effektivisering av sjukvård innebär nästan alltid medveten försämring. Arbete som har värde genom mänsklig närvaro kan endast utföras marginellt snabbare utan kvalitetsförlust.

De gångna månaderna har varit historiska för den svenska sjukvården. Coronakrisen skiljer stora från små, och ord från handling. Den oerhört snabba mobiliseringen av kärnverksamheten har ofta drivits av enskilda kollegor utanför den ordinarie beslutsorganisationen. Trots det allvarliga läget och stundtals monumentala arbetsbördan har återprofessionaliseringen av sjukvården givit en arbetsglädje som nästan känns lite skamlig.

När administrationen inte längre tillåts äta upp all tid får läkare och annan personal arbeta med det de är utbildade för. Det blir tydligt vad som verkligen behövs göras och vad som mest är i vägen för agerande och omdöme.

Kris och möjlighet måste vara den mest utslitna av alla floskler. Men den aktuella pandemin kan vara ett ypperligt tillfälle att renodla vår verksamhet och skala bort det som inte behövs.

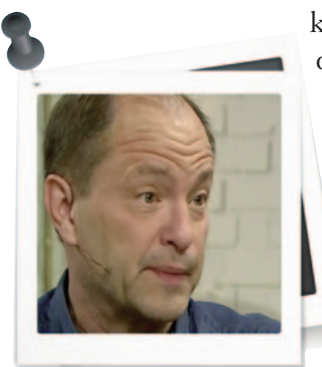


Aktuell person

BJÖRN OLSEN

...om beredskapen, framtiden och vad som behöver göras

■ Under rubriken "Aktuell person" intervjuar vi den här gången Björn Olsen, professor i infektionssjukdomar, idag mest känd för att vara en av en handfull TV-corona-experten och för att ha riktat skarp kritik mot sjukvårdsregionernas beredskap och handlingskraft och staten för att man inte "stängde ner" Sverige mer i det tidiga skedet.



■ Men Björn Olsen har ägnat ett helt liv åt att forska om potentiellt dödliga virus och hur vi ska försvara oss mot dem. För tio år sedan skrev han boken "Pandemi – myter, fakta och hot där han varnade för det som nu drabbat världen.

■ Vi har frågat honom om framtiden och den svenska vaccinfabriken som aldrig blev av.

Av Christer Bark

Du har larmat, Bill Gates har larmat i årtal och uppmanat världen att skapa en arme av "biologiska soldater" mot framtida pandemier. Det har inte skett.

Så vad bör världen göra när coronakrisen är över? Det går ju inte att stänga

ner världsekonomin vart tionde år.

– Ja, först ska vi väl torka av dammet när det lagt sig och slicka såren och räkna ihop. Göra en jäkla stor analys av de olika ländernas strategier. Det är det ena. Men det andra, det jag skisserar i min bok, "Pandemi – myter, fakta och

hot", är att vi måste ha övervakning, övervakning, övervakning! Inte så att vi ska övervaka varenda käft på jorden som kan vara smittad av ett virus. Vi ska absolut inte ha ett övervaknings-samhälle, som skulle kunna bli en absolut otrevlig konsekvens av det här.

Det vi ska övervaka är problemorganismer innan de kommer in till människa. Det vi måste förstå är att i den här globaliserade världen med så otroligt många människor och så snabba flöden av både varor och tjänster och att vi exploaterar miljöerna runt omkring oss

så hårt så kommer det att komma nya pandemier.

– Vi tror att evolutionen rör sig "därute" och inte omfattar oss. Där har vi fel, vi är lika utsatta för evolutionens blinda tyranni oavsett om vi är skalbaggar i rabatten, bakterier i våra

tarmar eller rådjuren som äter upp dina tulpaner....Pandemierna är oundvikliga resultat av människan och hennes expansion på jorden, på vilket sätt vi härskar över djuren.

Fortsättning nästa uppslag >>>



” Pandemierna är oundvikliga resultat av människan och hennes expansion på jorden, på vilket sätt vi härskar över djuren. ”

– Människan liknar ingen annan art, men det gör inte pungråttan eller minsta bakterie heller. Våra olikheter är inte frågan om gradskillnader, det är en fråga om anpassningar till de olika ekologiska nischer vi befinner oss i.

– Vi måste bestämma oss för att ha ett övervakningssystem i olika nischer tillsammans med ekologer, biologer, veterinärer och andra, där vi väljer ut ett antal problemorganismer som; Ny influensa, coronavirus, och andra virus som vi scannar av. Har du 20 stationer per kontinent kan du i princip i realtid se vad som händer. Och så ska man scanna på alla nivåer, från de vilda djuren, till de tama djuren, till människa. Ser man minsta tecken till någonting som håller på att slita sig på något sätt då ska man pang in och åtgärda fort. Ett sådant övervakningssystem är oändligt mycket billigare än att ta hand om en pandemi.

Hade ett sådant övervakningssystem kunnat förhindrat pandemin?

– Ja, det hade det kunnat. 2017 kom den första rapporten från en fladdermusvirolog i Kina om en konstig lunginflammation hos några av de som skördade fladdermöss i grottorna i Yunan. Man tog blodprov på några av dem som visade att de hade infekterats och bildat antikroppar. Det var en riktig varningssignal och sannolikt ursprunget till SARS CoV-2. Hade det funnits ett övervakningssystem med möjlighet att gå in och agera så hade man kunnat förhindra pandemin.

För tio år sedan hyllade du ProMED en fristående organisation av forskare, läkare, epidemiologer, veterinärer och andra intresserade av infektionssjukdomar runt om i världen, som skapat ett

internetbaserat globalt varningssystem för att begränsa okontrollerad spridning av mikroorganismer med pandemisk potential.

2003 larmade den amerikanske läkaren Stephen O. Cunnion ansluten till ProMED om SARS en månad innan de kinesiska myndigheterna officiellt erkände utbrottet och 2012 var en annan läkare en av de första att slå larm om MERS via ProMED.

I din bok skriver du om SARS-utbrottet 2003:

”Hade det gått den vanliga vägen via diverse lokala hälsovårdsmyndigheter som silat informationen och som successivt skickat den vidare uppåt i hackordningen, för att slutligen nå WHO, hade utbrottet och spridningen fått långt större konsekvenser än det fick.

De stora smittskyddsorganisationerna består liksom många politiska strukturer av en härskare och många lydiga vasaller som matar härskaren med vad denne vill höra. Ett mycket effektivt sätt att döda nytänkande och villigheten att larma i tid.

ProMED gör att veterinären i Bangladesh med några knapptryckningar kan rapportera om massdöd av kycklingar eller att läkare i Mexico City snabbt kunde rapportera om att människor i fel åldrar dog av influensa. De meddelanden som skickas in granskas direkt av experter som värderar fynden innan de skickas vidare ut i världen och till smittskyddsmyndigheter.

ProMED är politiskt obundet vilket gör att rapporteringen om ett utbrott inte försenas av byråkratiska, strategiska eller politiska skäl. ProMED har på kort tid blivit den viktigaste delen i den globala övervakningen av smittsamma infektionssjukdomar.”

Hur viktig är ProMED idag? Går man in på deras hemsida så framgår det att organisationen består av cirka 60 personer som arbetar i stort sett halvtid.

– För tio år sedan var ProMED fantastiskt. Du fick information direkt och direkt från hästens mun och det var fritt att publicera där. ”Vi har 15 fall av konstig lunginflammation”, så kunde det vara, vi vet inte vad det är, vi tror att det är ett virus och då hade de som jobbar inom ProMED dragit i nödbromsen direkt och sagt; Vänta nu, vad är det här för något.

I dag har ProMED:s betydelse sjunkit undan successivt i takt med att det uppstått parallella system. Inte desto mindre är organisationen rätt effektiv då larmen kommer till rätt mottagare och att man vet vem avsändaren är. Sedan tror jag att ProMED 2.0 kommer att få mycket större betydelse i framtiden när corona-pandemin är över.

Vad menar du med parallella system?

För tio år sedan fanns knappt Facebook. Idag finns mängder av kanaler och nätverk av forskare, läkare och andra där man kan kommunicera via internet.

Hade det inte varit bra med en mer sammanhållen organisation? En världsorganisation mot biologiska hot?

– Vi har WHO som ett övergripande organ, men där måste du ha med djävulens advokat så att det inte bara blir politik av saker och ting. WHO är otroligt senfärdigt. När dom fick höra talas om det här coronaviruset, sannolikt i december, så skulle de ha dragit i alla snören som fanns. Istället deklarerade de en pandemi när vi varit i pandemiläge i



fyra veckor. Då blir det mest en politisk markering.

Vilka övriga organisationer är viktiga för att förhindra framtida pandemier?

– CDC (Centers for Disease Control and prevention) i USA och ECDC (European Centre for disease prevention and control) i Europa. De systemen är jätteviktiga när det gäller att scanna av och se vad är det som ligger i luften och att de sedan i sin tur kommunicerar snabbt med andra myndigheter på nationell nivå vilka åtgärder de bär vidta. Men den här typen av organisationer måste också förstå att man måste involvera människor med fantasi, som är extremt dynamiska och tänker; Okey, jag kan ha fel, men jag är faktiskt villig att utsätta mig för skam och nesa och bli pryglad på stadens torg om jag har fel, men jag måste likt förbannat öppna truten.

Är det något du lärt dig av Coronakrisen?

– Ja jag har lärt mig mycket, just det här med irrationaliteten i den värld vi lever idag, att saker och ting kan gå överstyr så fort och att det samtidigt finns en sån enorm ignorans när världen i princip brinner.

Varifrån kommer ignoransen, menar du?

– Jag tycker nog att våra svenska myndigheter har haft en lite väl

tillbakalutad inställning.

Vilken forskning bedriver du själv?

– Tillsammans med Åke Lundkvist som är medicinsk virolog har jag byggt upp ett stort säkerhetslabb, Zoonosis Science Center, med 30 - 40 anställda där vi bland annat forskar på coronavirus och influensavirus och bakterier som är lite mer ”nasty”.

– Det vi tittar på är trösklar i naturen, trösklar i molekylerna kan man säga, både på cellnivå och virusnivå och bakterienivå för att förstå hur stora trösklarna är och vad är det som behövs för ett virus ska kunna börja den här resan från ett djur till nästa. Vi har väldigt mycket ekologisk forskning där vi använder molekylär biologi som verktyg för att få var på de här frågorna. Och vi tittar väldigt mycket på bindning. Vad är det för dockningsstationer som olika virus använder sig av. Kan man blockera det på något sätt. Till rent ekologiska studier där vi tittar på förekomsten av olika mikroorganismer i fåstingar, möss eller fåglar på olika platser på jorden. Det är en ordentlig blandning av folk, ekologer, virologer, biologer, läkare, veterinärer som jobbar tillsammans. Och det är sådana centra vi måste bygga upp. Det kommer en tid efter corona och då kommer det här ligga högt upp på agendan.

Björn Olsens råd inför framtiden hämtade ur boken ”Pandemi – myter, fakta och hot”

■ Riv murarna mellan forskare och vetenskapsområden. ”Biologer måste samarbeta med läkare, som måste samarbeta med veterinärer, som måste samarbeta med matematiker, samhällsvetare, ekonomer och kaosanalytiker”

■ Förstå att vi ingår i en stor väv av organismer på jorden, som är beroende av varandra oavsett om vi är sjukdomsframkallande mikroorganismer eller tänkta offer.

■ Inse den biologiska mångfaldens betydelse.

■ Se över konsumtionen av animaliskt protein så att vi kommer tillbaka till ett beteendemönster där vi är allätare och där kött är en exklusivitet vi unnar oss då och då. I annat fall är priset för det kött vi äter inte bara det vi betalar ” i kassan utan även uppkomsten av pandemier.”

■ Utbilda flickorna i världen. Det får effekter på befolkningsutveckling och klimatförändringar, begränsar svält, och kanske kan förhindra uppkomst av smittsamma pandemiska sjukdomar.

Krisberedskap

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

Den slutliga dödsstöten för den tänkta vaccinfabriken delades ut 2009 av regeringen och KD-ministern Maria Larsson med orden: "Det tillförlitligaste och det mest kostnadseffektiva sättet att säkerställa tillgången till influensavaccin vid en pandemi i nuläget är en så kallad pandemi-



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

Vad hade en svensk vaccinfabrik kunnat göra för nytta?

Björn Olsen:

– En vaccinfabrik som är väldigt hårt kopplad till akademien och inte till ett läkemedelsbolag kan ha en variation av forskare som just håller på med problemvirus. Får man tecken i skyn att någonting är på gång så kan man dirigera om ganska snabbt. Man kan också starta prototypvacciner som man

har på gång på lågfart hela tiden. Du kan producera och ha total hjärnkoll nationellt på säsongsinfluensavacciner, men också hela tiden ha en beredskap på forskningsavdelningen att om det kommer någonting annat så slår vi om hela produktionen mot det. Man kan också inrikta sig inte bara mot influensavirus utan identifiera ett antal andra problemvirus som man skapar vaccin mot. Det kommer vi lyckats med. Ett gemensamt center hade varit fantastiskt.

I sin bok skriver Björn Olsen:

”I samband med att fjäderfäinfluensan kom till Sverige blev frågan om svensk vaccintillverkning aktuell. Politikerna tävlade om vem som först skulle få sätta spaden i jorden för att bygga vaccinfabrik.

Några politiker, främst folkhälsominister Morgan Johansson (S), ansåg att frågan var angelägen. Från början såg det bra ut. Frågan var inte om vi skulle ha en fabrik eller inte, utan var den skulle ligga. I sann svensk anda av avundsjuka började det ena universitetet och staden efter den andra att dra i sina trådar. När viggarna utanför Oskarshamn slutade dö, dog också frågan om en svensk influensavaccintillverkning.

Inte ens ett förslag på en samnordisk lösning med delade kostnader och ökad effektivitet föll i god jord. Att det skulle bli vaccin över till försäljning och kanske att vaccinproduktionen skulle kunna bli en del i biståndsprogrammen till utvecklingsländerna var argument som över huvud taget inte ägnades någon uppmärksamhet.

Frågan om vaccintillverkning var plötsligt en "icke-fråga".

Sedan dess har frågan om svensk vaccinproduktion kommit upp i debatten. Regeringen och Maria Larsson (KD), ministern som dödade frågan om en svensk vaccintillverkning, anser att "frågan om pandemier är en komplicerad men angelägen fråga. Regeringen tar spridningen av influensa A/H1N1 2009, på stort allvar."

Ministern fortsätter med att "regeringen har utrett frågan om att bygga en svensk vaccinfabrik.

Efter en grundlig utredning, med expertutlåtanden om leveranssäkerhet, blev bedömningen att det tillförlitligaste och det mest kostnadseffektiva sättet att säkerställa tillgången till

influensavaccin vid en pandemi i nuläget var en så kallad pandemi-garanti. Sverige har ingått ett sådant avtal för de kommande tre åren med option i ytterligare tre år."

Detta är ytterligare ett utslag av historielöshet. Bara för att vi just nu klarat av en mild influensa till det facila priset av cirka fem miljarder kronor så vet vi alla att influensor kommer och går. Denna gång var det en mild, nästa gång kan det lika gärna vara en svår.

Är det en influensavariant med betydligt vassare gadd och med både högre sjuklighet och dödlighet så står vi där med brallorna nere. Det är inte säkert att länder med företag som producerar vaccin kommer att kunna eller vilja exportera en enda dos till ett litet obetydligt land i Skandinavien på grund av den inhemska paniken och med hänvisning till "force majeure".

Världssamfundet är överens om att i pandemiplaneringen är influensavaccination en av de viktigaste hörnstenarna. Kanske inte för den första vågen av en pandemi, men för den andra, tredje eller fjärde vågen av kommande influensapandemier.

Det finns beräkningar som visar att en influensavaccinfabrik kommer att kosta lika mycket som ett par JAS-plan. Men eftersom människor hellre satsar pengar på att skjuta ihjäl varandra än att skjuta in vaccin i varandra, är det knappast troligt att vi avstår några flygplan till förmån för en fabrik.

"Någon egentlig beredskap för att skapa ett vaccin mot ett nytt pandemiskt influensavirus finns alltså inte. Anledningen är att vi har svårt att förstå vilket virus som kommer att orsaka nästa stora pandemi.

Vi som under 2005 siktade på att skapa ett vaccin mot H5N1 har hittills haft fel i våra gissningar. Men det är inget som säger att ett virus som stadigt

cirkulerar i tamfågelbesättningar nära människa inte skulle kunna bryta artbarriären mot människan och bli nästa pandemiska virus.

Jag tror för egen del att någon av alla de andra över hundra lågpatogeta influensakusiner som cirkulerar "därute" är det virus som kommer att orsaka nästa stora pandemi. Men som sagt, mina gissningar är lika dåliga eller bra som en börsanalytikers eller en slumpgenerators."

"I Sverige har vi en tendens att göra det ofarliga farligt. Ena året åter vi för lite bröd, nästa år är det för mycket. Fett är farligt, och kolhydrater. Fästingar är farliga, getingar och huggormar. Antingen dricker vi för mycket vin, eller så dricker vi för lite. Trots farorna runt omkring oss och att det är så trixigt att leva så har vi aldrig blivit så gamla som nu. Om vi bor i Sverige vill säga. Men eftersom livet är en sexuell överförbar sjukdom med 100 procents dödlighet så kan vi vara säkra på en sak, vi ska alla dö. Vad är det då i vår strävan att bekämpa det ofarliga som kan få oss att helt glömma det som verkligen är farligt men som vi kan göra något åt?

Det bottnar nog i en oförmåga att ta in det orätkbara och den kollektiva minnesförlust vi alla lider av. Det är lättare att planera och förebygga händelser som är överblickbara och avgränsbara än något så diffust som en pandemi.



PS: Den 20 maj meddelade regeringen att arbetet för att se till att Sverige får tillgång till ett framtida vaccin ska påbörjas och att en vaccinsamordnare kommer att utses.

Krisberedskap

Finn Nilson, docent i riskhantering:

”Riskhantering handlar ibland mer om politik än faktisk risk”

Riskhanteringsperspektivet är lättfotat och politiskt drivet. Hur väl vi förbereder oss inför en framtida pandemi hänger därför på om någon annan typ av kris hinner emellan. Det menar Finn Nilson, docent i riskhantering.

▼ Det finns egentligen två olika samhällsovergripande perspektiv inom riskhantering som kan användas vid coronakrisen. Det första, som då och då lyfts i debatten och som majoritetens av världens länder har valt att anamma, är försiktighetsprincipen. Enkelt uttryckt handlar den om att man alltid ska ta det säkra före det osäkra när man inte vet hur något kommer att påverka oss. Det andra är ett mer riskanalytiskt hanteringsperspektiv kallat ALARP, som står för ”as low as reasonably practicable”, vilket innebär att man istället väger olika risker mot varandra.

– Man kan kort säga att det handlar om osäkerheter – hur väl jag känner till dem och hur bra data jag har. Ju sämre data jag har, desto mer måste man gå på försiktighetsprincipen, säger Finn Nilson, docent i riskhantering och föreståndare för Centrum för forskning om samhällsrisker vid Karlstad universitet.

Medan svårigheten i ett mer analy-

tiskt riskhanteringsperspektiv ligger i de stora osäkerheterna är försiktighetsprincipens svaghet att man enbart ser till ett av många perspektiv – i det här fallet pandemin. Andra viktiga aspekter, så som ekonomi, psykisk ohälsa och våld i hemmet, blir istället sekundära.

– Men det är väldigt mycket svårare att ta ett större perspektiv om man inte vet allt i förväg. Och försiktighetsprincipen behöver inte innebära att man stänger ner ett helt samhälle, man måste vara mer finkänslig än så. Snarare handlar det om att stänga delar av samhället där vi ser att det finns problem. Finland är ett exempel, där man begränsade Nyland men inte resten av landet, säger Finn Nilson, som menar att mycket tyder på att man från svenskt håll anammat en ALARP-princip, även om det inte uttalats.

Han menar att det också är viktigt att förstå att riskanalysen som samhället gör inte ser likadan ut som den individen gör. Och att det just är den differensen som riskanalytiker och riskhant-rare runt om i världen kritiserar den svenska modellen för. Finn Nilson tar användning av säkerhetsbälte som exempel för att illustrera problematiken.

– För individen har säkerhetsbältet en relativt stor inverkan, så som att inte kunna röra sig fritt, medan risken för att omkomma i en olycka per förd resor är otroligt låg. Utifrån individens riskanalysperspektiv är det inte värt att ha säkerhetsbälte. Men ur samhällets risk-

analysperspektiv finns det inga fördelar överhuvudtaget med att vi inte ska ha säkerhetsbälte på oss, säger han och fortsätter:

– Samma sak ser vi ganska mycket i det som sker nu. Vi kräver ganska stora insatser från en grupp som har låg sannolikhet att råka illa ut för att skydda en annan grupp i samhället. Det krävs mer av individen samtidigt som riskanalyserna skiljer sig åt.

Han tar användning av säkerhetsbälte som exempel igen.

– Om vi enbart sa att vi vill att alla ska ha säkerhetsbälte på sig så skulle det sluta med en compliance på runt 20 procent. Därför har vi valt att lagstifta om det.

En annan aspekt som ALARP för med sig är att politikerna måste ta 100 procent ansvar.

– Det är otroligt många perspektiv som måste vägas in samtidigt, inte enbart folkhälsan, och det är det som gör det så otroligt svårt. I de länder där man har anammat försiktighetsprincipen är det enbart pandemin som ska hanteras, säger han och fortsätter:

– Jag tror att det är det som kommer att bli den stora diskussionen efter krisen när man ska analysera hanteringen – gjorde man rätt i Sverige att välja ett ALARP-perspektiv? Och jag hoppas att vi kommer att ha en mer moralisk och etisk diskussion istället för hur många som dött, hamnat på sjukhus eller smittats.

Ett problem med coronakrisen, menar Finn Nilson, är att den inte är



” Jag hoppas att samhällets riskhantering tittar på vad vi har för riskutsatta individer. Och ser att det inte är individernas fel, utan samhällets som har satt dem i en riskutsatt situation. ”

någon svart svan, snarare en grå dito. Det kommer alltså med stor sannolikhet komma fler pandemier, men vilka lärdomar vi tar med oss in i den beror på hur lång tid som har passerat. Till saken hör också att riskhanteringsperspektivet är minst sagt lättfotat.

– Man kan till exempel se vad som hände efter terrorattacken på Drottninggatan. Då vändes allt inom MSB, regioner och kommuner mot terrorbekämpning. Samma sak var det efter tsunamin eller Estoniakatastrofen då vi

blev väldigt fokuserade på att hantera den typen av katastrofer, säger han.

När muren föll -89 och det inte längre fanns något överhängande hot om krig började man montera ned de svenska beredskapslagren. Och enligt Finn Nilson blev just tsunamin nästan en bekräftelse på att vi på något sätt hade gjort rätt, eftersom katastrofer är något som inte händer här.

– Nu när krisen har kommit nära tror jag att man kommer att bygga upp beredskapslagren igen. Men också att vi kommer att montera ned dem igen om vi inte får användning för det inom 10-15 år. Den största risken är egentligen att det kommer någon annan gråsvart svan innan nästa pandemi och att fokus flyttas till ett annat område.

Skulle dessutom coronakrisen kunna hanteras relativt ”smärtfritt” och ”enkelt” finns det en risk att man från politiskt håll slår sig för bröstet och menar att det inte behövs beredskapsla-

ger eller en utbyggnad av sjukvården, enligt Finn Nilson.

– Riskhanteringsperspektivet är väldigt politiskt drivet, vilket jag har full förståelse för, men det blir också problematiskt. Att det handlar mer politik istället för faktisk riskhantering.

Finn Nilson, som själv forskar om olyckor, skador och sjukdomsrisker, menar att det dock finns en aspekt som sticker ut när man pratar om risker över lag. Där också insatser skulle göra störst skillnad för en framtida pandemi.

– Det man nästan alltid ser bakom all typ av utsatthet och sårbarhet är sociala eller sociodemografiska riskfaktorer – och det syns väldigt tydligt även i den här krisen. Jag hoppas att samhällets riskhantering tittar på vad vi har för riskutsatta individer. Och ser att det inte är individernas fel, utan samhällets som har satt dem i en riskutsatt situation.

Anna Sofia Dahl

itACiH – När dialysen flyttat hem

itACiH digitaliserar vården av njursjuka i Skåne.

Njursjuka är en infektiöskänslig grupp och CORONA har gjort det ännu viktigare att besöken på sjukhuset blir så få som möjligt. När man nu dessutom befarar att Covid-19 kan öka antalet patienter med njurproblem ser vi fram emot att kunna hjälpa fler regioner.

Med itACiH kan personalen på njurmottagningarna jobba effektivt genom att kommunicera med patienterna i hemmet med video och textmeddelanden och också följa vikt, blodtryck och behandlingsparametrar vid hemdialys.

Mätning av blodtrycket i hemmet gör också att medicinering för njursviktpatienter med högt blodtryck kan ställas in utan upprepade besök på t ex vårdcentraler för kontroll. Detta är en teknik som kan komma till användning för andra patientgrupper när sjukhusbesöken skall minskas men vårdbehovet finns kvar.

Alla hjälps vi åt för att minska smittspridningen.

Kontakta oss för demo

Verksamhetsstöd
itACiH
Sjukvård i hemmet

Digitaliserar vården där det gör störst nytta!

CE-märkta it-säkra produkter

itACiH AB Medicon Village, Lund itacih.se info@itacih.se



Krönika | Krisberedskap och ekonomi

Björn Ekman, hälsoekonom:

Det vi genomlever nu är resultatet av ett gigantiskt politiskt misslyckande

Så kom den då till slut, den ekonomiska krisen som många ekonomer flaggat för under en ganska lång tid. Efter en rekordlång börsuppgång kom ett likadant dyk i mars med efterföljande krispaket som vi aldrig tidigare varit i närheten av.

Men det var inte ett nytt krig i Mellanöstern som blev den utlösande faktorn. Inte heller en liten nordkoreansk missil eller ännu en latin-amerikansk skuld kris.

Nej, det var "hälso- och sjukvårdens kapacitetstak" som blev den utlösande faktorn. Just det, den raka linjen i den där grafen över "Sjuka om inget görs" och "Sjuka om något görs".

Hälso- och sjukvården och dess kapacitet eller brist därpå har nog aldrig getts mer uppmärksamhet än just nu. Och det är ju bra, när vi nu ser vad som kan hända när man under lång tid inte har gjort just det.

Sars-Cov-2 viruset bör tas på stort allvar, därom bör det inte råda någon tvekan. Många människor har fått sätta livet till och ännu fler har eller kommer att under lång tid få svåra hälsoproblem. Men det är ändå inte viruset i sig som är orsaken till att världen just nu befinner sig i ett extremt allvarligt läge, politiskt, socialt och ekonomiskt. Nej, det vi genomlever är resultatet av ett gigantiskt politiskt misslyckande.

Det är alltför tidigt att säga mycket definitivt om den här situationen, därtill är osäkerheterna fortfarande alltför stora. Men det kan ändå finnas anledning att ta några steg tillbaka och åtminstone

försöka se lite nyktert på läget.

Låt oss för det första göra helt klart varför det ser ut som det gör. En stat har många uppgifter. En av de viktigaste är att skydda medborgarna från yttre hot, militära eller virala.

Att Sverige inte har ett militärt försvar är väl känt sedan länge, och nu vet vi också att vi inte heller har något viralt försvar att tala om. Det är givetvis ingen slump, utan resultatet av medvetna politiska beslut, åtminstone i bemärkelsen att politikerna var vid medvetande när besluten togs.

Man bör också komma ihåg att just det här virala hotet inte utgör en s.k. "svart svan". Tvärtom så hade WHO och många andra länge varnat för att det bara var en tidsfråga innan en pandemi kunde utvecklas. De hade t. o. m. ett namn på sjukdomen, Disease X.

När sen väl det asiatiska virus hotet stod och bankade på Europas portar någonstans i Tyrolentrakten, fallerades det också å det grövsta.

Efter att under många veckor agerat senfärdigt eller inte alls, fick politikerna i Europa panik när de alltför sent insåg att här handlade det faktiskt om ett virus som hade fått fäste i befolkningen och spreds på ett okontrollerat sätt. Och då slog de till alla nödbromsar de kunde komma åt.

I Danmark fick statsministern mycket ros för att hon klev fram och gav klara besked om att landet skulle stängas ner. Men som en liten översockrad sexåring på släktmiddagen kunde hon inte hålla sig utan gick till

överdrift och stängde dagen efter landets gränser, något som med stor sannolikhet inte stärkt smittkontrollen på något sätt, kanske tvärtom.

I Sverige valde statsministern i ett direktsänt TV-tal att påminna om att de som ville och kände tillräckligt med tillit borde försöka uppföra sig som vuxna människor. Det var nog bra i ett land där 30 tycks ha blivit det nya 13. I det övriga tillitslösa Europa tvingades människor i månadslånga karantäner.

Aldrig förr har väl något så litet avslöjat så stora brister och svagheter på så många nivåer och på så många områden som Sars-Cov-2 viruset. Och aldrig förr har väl något så begränsat provocerat fram så mycket stolligheter och svammel från så många.

Och det säger jag utan att känna till ens en bråkdel av vad som försiggår på de s.k. sociala medierna.

När det här väl får ett slut och vad som då är kvar av det som vi så sent som i början av året kallade "normalt" är givetvis omöjligt att säga. Det enda vi kan vara säkra på är att förr eller

senare så kommer en ny smitta att uppstå. WHO har t. o. m. ett namn på sjukdomen,

Disease X. Låt oss då hoppas att den raka linjen i figuren ligger på en något högre nivå.

Värdekedjorna blir troligen mer regionala

▼ Erik Andersson, docent i freds- och utvecklingsforskning vid Göteborgs universitet, forskar om global politisk ekonomi. Han säger att coronakrisen sannolikt kommer att medföra minskat utrymme för globalisering.

– När produktionen outsourcats och spridits över världen har den tagit formen av nätverk av globala värdekedjor, och coronakrisen kommer säkert att påverka företagens riskbedömningar vad gäller värdekedjors sammansättning i framtiden. Det är troligt att värdekedjorna tar en mer regional form, säger han.



"Risken är att vi bygger en kostsam Maginotlinje"

▼ – Att stänga ned hela ekonomin med så kallade "lockdowns" som instrument är ett destruktivt sätt att göra en medicinsk kris till en kostsam katastrof för samhällsekonomin. Det säger Lars Jonung, professor i nationalekonomi, som har studerat de ekonomiska effekterna av en pandemi i Europa.

I och med att pandemier är sällsynta företaget är det, enligt Lars Jonung, orimligt att företag ska planera för dessa. Planeringen ska göras av staten och den offentliga sektorn som ett led i den allmänna krigs- och katastrofplaneringen.

– En viktig rekommendation är att behålla en dynamisk marknadsekonomi som snabbt kan ställas om när nästa medicinska kris träffar oss. Det ser vi på den amerikanska reaktionen. Där avskaffas ju en rad regleringar för att förbättra anpassningen till pandemin. Min förhoppning är att vi får en liknande avreglering i Sverige, säger han.

– Från mitt arbete med pandemier drar jag två slutsatser: För det första är dagens situation unik i den bemärkelsen att politiker har fördjupat krisen med en kontraktiv politik. Den makten och det beteendet har de inte haft tidigare. För det andra har dagens pandemi, sett ur ett medicinskt perspektiv, varit av blygsam omfattning jämfört med de stora pandemierna i världshistorien.

På vilket sätt bör Sverige, rent ekonomisk-politiskt, agera för att på bästa sätt stå rustad inför framtiden och nya kriser?

– Vi kommer att se en pandemiplanering i form av beredskapslager av viss utrustning, kanske en vaccinforskningskapacitet som vilar i malpåse, en större kapacitet för intensivvård och så vidare. Vi kommer se sådana önskelistor. Problemet är att vi vet inte hur framtidens pandemi kommer att se ut. Risken är att vi bygger en kostsam Maginotlinje som nästa pandemi passerar liksom Hitlers pansardivisioner en gång kringgick de franska befästningarna. Mina rapporter om kriser avslutar jag med sentensen: krisen kommer, vi vet bara inte när, var och hur. Den bästa planeringen är att ha denna insikt.



Ryhov

Martin Holmer, verksamhetschef:

”Uthålligheten har blivit ett problem”

Under en stor del av våren gav den relativt goda bemanningen utan hyrpersonal i utgångsläget ett slags lugn mitt i krisen. Men med tiden har uthålligheten blivit ett problem och personalen som har slitit länge har blivit allt mer trött och frustrerad. Det säger Martin Holmer, verksamhetschef på OP/IVA-kliniken på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping.



– Personalen känner sig övergiven. Tack och beröm hjälper inte när man slitit så länge som man nu har gjort.

▼ Att man öser ut miljarder till permissioner och företagsstöd strör salt i såren då vi som arbetar allra närmast patienterna som är allra svårast sjuka inte får något extra i denna globala kris upplevs provocerande helt enkelt, säger Martin Holmer (bilden, t.v.).

Sjukhusläkaren besökte i slutet av april Länssjukhuset Ryhov. I samband med besöket berättade Martin Holmer hur operations- och intensivvårdskliniken i Jönköping i huvudsak hade lyckats skala upp verksamheten genom att använda den egna personalen, ställa in planerade operationer och flytta anställda. I mindre omfattning hade kliniken även fått hjälp utifrån, bland annat från Hälsohögskolan i Jönköping.

– Alla IVA-chefer jobbar ju med bemanningen hela tiden. Det är ett kontinuerligt bekymmer. Men vi är lyckligt lottade att vi har en relativt god grundbemanning. I normaldrift klarar vi att hålla de sju platserna öppna utan hyrpersonal. Det har varit en framgångsfaktor. Sedan är det alltid ett pussel med schemaläggning och rekrytering, om man ser det ur ett större

perspektiv. Men för oss är det en fördel att regionen sedan några år tillbaka erbjuder sjuksköterskor möjligheten att utbilda sig till specialistsjuksköterskor med lön.

Under januari hade Martin Holmer och hans kollegor på IVA börjat ana oråd. De kände att det nog kunde bli en pandemi. Vid månadsskiftet januari-februari, när landets första covid-19-fall bekräftades i Jönköping, satte de i gång med att förbereda intensivvårdsavdelningen med fokus på en till två extra IVA-patienter.

I mitten och slutet av mars accelererade utvecklingen. Vid denna tid inrättades en kohortavdelning på Ryhov för att separera covid-19-patienterna från övriga IVA-patienter. För att möta utvecklingen öppnades även kohortavdelningar med fler IVA-platser i Eksjö och Värnamo. Enligt Martin Holmer har samarbetet mellan kliniker i Jönköpings län, som hela tiden för en nära dialog för att hitta lösningar, varit av stor vikt.

I början av mars hade en särskild beredskapsgrupp med multikompetens

tillsatts på operations- och intensivvårdsavdelningen på Ryhov. Beredskapsgruppen, där bland annat enhetschefer och medicinskt ledningsansvariga läkare ingår, började i likhet med på andra håll träffas dagligen.

– Beredskapsgruppen har också varit en nyckelfaktor. Det har varit viktigt att hela tiden ligga steget före, inte minst när accelerationen kom. Gruppen bildades på kort tid och har jobbat snabbt och effektivt. Den hanterar löpande frågor om skyddsutrustning, läkemedel, hygien, ventilation, förråd – allt som hör verksamheten till. Det har varit en imponerande kraft.

En återkommande punkt i Martin Holmers resonemang vid besöket i april handlade av naturliga skäl om uthållighet över tid, en fråga som på senare tid har hamnat i ett nytt ljus. Precis som Martin Holmer och andra har haft på känn har uthålligheten till slut blivit ett påtagligt problem.

I en ansats att förbereda sig för en ännu högre belastning gjordes scheman om, med följden att det blev ännu tuffare för personalen som nu jobbar tre

av fyra helger. Efter att schemat sjösattes i maj har reaktionerna varit präglade av frustration.

– Visst är det tufft, det inser alla. Man har slitit länge och är trött. Ersättningen är inte heller annan än det som finns avtalat. Något krisavtal har inte trätt i kraft. Sammantaget känner personalen sig övergiven, säger Martin Holmer, och fortsätter:

– I detta brus försöker jag och vårdenhetscheferna justera scheman och förbättra arbetsmiljön med de små medel som står till buds. Men det är verkligen inte lätt. Trots detta levereras bra sjukvård med bra resultat. Det vet personalen om, och man stöttar verkligen fortsatt varandra och håller ihop. Men man känner sig ensam...

Martin Holmer säger att man kanske anar en minskad beläggning. Om det håller i sig får personalen mer luft i sina scheman och förhoppningsvis en ”vettig semester”.

– Vila och återhämtning är något man verkligen längtar efter. Det måste få komma först. Vi får inte glömma bort att det till stor del är samma personal

som sedan ska ta sig an den så kallade vårdskulden. Men vi kämpar på och försöker lyfta blicken och planera på bästa möjliga sätt både för sommaren och hösten. Vi kommer att klara det, men påverkan på intensivvården och operationsverksamheten kommer att hålla i länge. Något annat är svårt att se.

Realistiskt sett behövs fler IVA-platser i regionen under det närmaste året, enligt Martin Holmer, och frågan är hur man organiserar det på bästa sätt. En idé som har diskuterats är att skapa en till kohortavdelning i Jönköping, där infektionskliniken finns, och stänga ner IVA-platserna för covid-19-patienter på de andra orterna, men det återstår att se.

– Det är även mer övergripande frågor om beredskapen i landet som snurrar. Hur ska den se ut i framtiden? Vågar man hoppas på att regionerna och Sveriges kommuner och regioner (SKR) drar slutsatsen att vi, generellt sett, inte längre kan ligga på den här låga nivån i fråga om IVA-platser i landet?



Foto: Adam Öhman

Akademiska sjukhuset

Fredrik Lennmyr, sammankallande för covid-intensivvårdsgruppen:

"En utmaning att ha is i magen och behålla helhetsperspektivet"

■ Coronakrisen ställer många av våra "självlklarheter" i ny dager.

Fredrik Lennmyr, som sedan början av mars haft rollen som sammankallande för Akademiska sjukhusets covid-intensivvårdsgrupp, tror att det gäller att arbeta fokuserat men att undvika att drabbas av tunnelseende.

■ – En utmaning är att faktiskt ha lite is i magen och försöka behålla helhetsperspektivet, även när det är stressigt och laddat.

▼ Den 27 februari tog Akademiska emot sjukhusets första covid-patient. Dagen efter började Akademiskas intensivvårdsenheter samorganisera sig för att hantera de kritiskt sjuka och kort därefter tillsattes sjukhusdirektören en särskild styrgrupp för covid-19. Nästan exakt en månad senare eskalerade situationen och under en period byggde sjukhuset ut med en avdelning i veckan för att kunna stega med insjuknandekurvans branta lutning.

– Det har varit en lång och intensiv period – i vissa lägen har vi jobbat nästan dygnet runt. Även om jag inte har insjuknat själv har flera personer i min närhet gjort det och det är klart att det här griper tag i en på alla plan. Man får försöka ha ordning på tankarna så att man gör rätt sak, säger Fredrik Lennmyr, som parallellt med intensivvårds-covidarbetet som vanligt är verksamhetschef för thoraxkirurgin och -anestesi, som fått ett utökat intensivvårdsuppdrag för de icke-covidsjuka under coronakrisen.

Han menar att det är viktigt att försöka hålla i tanken om att den



Foto: Mikael Wallerstedt

"Jag tror att det är viktigt att man synliggör värdet av de insatser som medarbetarna gör på golvet genom att till exempel visa överlevnadssiffror från intensivvården. De har bidragit till ett bra resultat att man kan känna en berättigad stolthet", säger Fredrik Lennmyr, verksamhetschef för thoraxkirurgin och -anestesi på Akademiska sjukhuset.

sjukvårdande rollen fortfarande är verksamhetens fundament. För även om covid-19 gett organisationen en gemensam uppgift att fokusera på, vilket har underlättat samarbetet, ställer situationen något andra krav på ledarskapet än vanligt.

– Det är ännu viktigare nu att ta ut en riktning för vart man är på väg. Och man måste jobba mycket med empati och uthållighet.

Att se till att hålla kommunikationen igång hela vägen, speciellt när det finns mycket osäkerhet inblandat, är också en viktig del. Fredrik Lennmyr menar att ett dåligt informationsläge förvärrar situationen och att åtgärder som inte förankras innan bollen sätts i rullning riskerar att landa fel i onödan.

– Ju mer rätt man träffar, desto mindre merarbete blir det i nästa steg. Jag är narkosläkare och vet att man ibland måste göra saker instinktivt och reflexmässigt. Men om man verkligen inte måste det är det bättre att tänka efter före.

Fredrik Lennmyr pekar också på vikten av att ledningen inte blir för anonym och att man vinnlägger sig om att röra sig i verksamheten för att fånga upp och besvara frågor på plats.

– Frågor tenderar att eskalera i organisationen när det inte fungerar som vanligt. Det ger en slags tempohöjning som många inte är vana vid och då kan det vara frestande att möta nya problem med nya lösningar. Jag tror att man ska försöka använda den befintliga organisationen så långt det är möjligt, säger han och fortsätter:

– En utmaning är att faktiskt ha lite is i magen och försöka behålla helhetsperspektivet, även när det är stressigt och laddat. Vi har flera gånger övervägt ett worst-case scenario och då är det lätt att bli tunnelseende.

För även om det av naturliga skäl finns ett betydande fokus på covid-19 är det ändå väldigt mycket annat som behöver fungera samtidigt, menar Fredrik Lennmyr.

– När vi möblerar om och skapar förutsättningar för covid-vården måste resurserna tas någonstans ifrån. Man gör ingrepp på övrig organisation och det är lätt att det har effekter som man kanske inte hade tänkt. Därför är det viktigt att upprätthålla sitt konsekvenstänk kring beslut och åtgärder även nu.

Adrenalin börjar nu så sakteliga gå ur organisationen och även om det inte långa vägar går att blåsa faran över har någon slags "platåkänsla" börjat infinna sig på Akademiska sjukhuset. Det gör att andra frågor åter kan ta mer, ibland välbehövlig, plats enligt Fredrik Lennmyr.

– Jag tror att många skulle hålla med mig om att vi, alla i den inledande fasen sprang åt samma håll för att lösa det eskalerande covid-behovet. Jag hörde

nog till dem som ganska tidigt pekade på att vi behöver titta på behovet för både covid och icke-covid. Det är uppenbart att man behöver hantera den andra sidan också och när marginalerna krymper så kräver det lite annan hantering än i vanliga fall, säger Fredrik Lennmyr och fortsätter:

– Till exempel på operationssidan – utöver de akuta ingreppen, vilka är tidskritiska och vilka kan vänta? Vi kommer att ha en större andel patienter där den medicinska väntetiden har gått ut och man måste försöka ringa in de patientgrupper det handlar om, så att man får prioriteringarna rätt.

Utöver vårdskulden, vilka delar som finns i den, och risken för ett ökat covid-tryck är frågan om återhämtning vid sidan av sommaren brännande heta.

– Vi vet ju inte när vi är uppe i någon slags normalkapacitet igen, det vet ju ingen. Men när situationen har bytt skepnad ska vi fortfarande fungera optimalt sett över tid.

Han menar att det gäller att hitta en balans som tar hänsyn till både arbetsmiljö och patientsäkerhet. En grupp

som riskerar att hamna lite utanför när det gäller återhämtning är de chefer som finns i verksamheten.

– Det är vanligt att chefer jobbar på förtroendetid, vilket bland annat innebär att man inte har någon övertidsersättning utan det får jämnas ut sig tidsmässigt. Men nu när vi är mitt i en lång period med kopiösa mängder merarbete ser jag vissa problem med denna konstruktion, främst för våra avdelningschefer.

Det som skiljer covid-19 från andra kritiska situationer är hur genomgripande den är för de som arbetar inom sjukvården, menar Fredrik Lennmyr. Exponeringen både på och utanför arbetet, exempelvis i media, är enorm. Till det adderas osäkerhet kring personskydd och en hög arbetsbelastning. Dessutom behöver många nu göra saker i arbetet som man inte är helt van vid.

– Det har varit en förutsättning för att klara uppgiften och är en fråga som jag tror kommer tillbaka. Hur vi ser på våra kompetenser och hur vi hur blir vi tillräckligt flexibla. Om man är van att arbeta på operation så är det inte idea-

list att gå in på intensivvården som narkosläkare eller narkossjuksköterska, men samtidigt är det ju den enda grannspecialiseringen som har en träning i att hantera intuberade patienter som ligger i respirator. Det är en väldigt kvalificerad typ av vård och även om det inte är mitt i prick måste man ju utnyttja den kompetensen som finns. Då blir frågan snarare hur man gör det här på ett på ett acceptabelt sätt.

Men hur tror då Fredrik Lennmyr att man kan förbereda sig på en eventuell framtida pandemi?

– Det var någon som sa att man alltid förbereder sig för förra katastrofen och så är det kanske, men jag tror att det är viktigt att dra lärdomar av det här när det släpper greppet. En insikt som jag tror att många har fått utanför intensivvården är att hur krisartat det kan bli när allvarliga saker faktiskt inträffar på riktigt. Så en uppsida är kanske att det går att få ett bredare engagemang och uppslutning kring att förbereda sig inför olika scenarios.

Anna Sofia Dahl



Ansökan
lämnas senast
15/9 2020

Ansök om anslag till diabetesforskning

Diabetesfonden utlyser projektbidrag, för såväl grundforskning som klinisk patientnära forskning med tydlig diabetesrelevans, avseende diabetesforskning med hög vetenskaplig kvalitet. Anslag kommer i första hand att tilldelas forskargrupper med mer omfattande program. Endast undantagsvis

tilldelas enskilda forskare eller mindre projektanslag. Huvudsökande för projektet ska vara disputerad. Anslag kan endast tilldelas forskare vars lön till minst 50% uppbärs i Sverige. Ansökan lämnas senast den 15 september 2020. **Läs mer och ansök på www.diabetesfonden.se**



Diabetesfonden
För en framtid utan diabetes

Linköping

Carl Hildebrand, sektionschef och överläkare på IVA/Postop:

”Det jag efterlyser inför framtiden är vård efter intensivvård”

Fler intermediärvårdsplatser, mer förståelse mellan specialiteter och fördjupat samarbete mellan avdelningar och yrkesgrupper.

Carl Hildebrand, sektionschef och överläkare på IVA/Postop vid Universitetssjukhuset i Linköping säger att det finns mycket att ta med sig från arbetet under pandemin.

▼ Under coronakrisen har en ny avdelning för intermediärvård byggts upp på Universitetssjukhuset i Linköping med resurser från medicin och infektion. Avdelningen, som bland annat kan ge adekvat vård till patienter som genomgått trakeostomi, har fungerat som en form av ”step down -enhet” för patienter som lämnar intensivvården.

– Vi har sedan tidigare en liknande avdelning som drivs av medicin för svårt sjuka medicinpatienter, men de kommer kanske aldrig till intensivvården. Det vi har sett nu, och som jag efterlyser inför framtiden, är vård efter intensivvård och för all del före intensivvård. Det skulle vara mycket värdefullt



att behålla den nya avdelningen, men jag är medveten om att det kostar pengar och kräver personal, så klart, säger Carl Hildebrand (bilden).

I samband med att Region Östergötland gick upp i stabsläge i mitten av mars utarbetade Hildebrand tillsam-

mans med en kollega en pandemiplan, som omfattar sjukhusets fyra IVA-avdelningar: allmän-IVA, thorax, neuro och brännskador. Som en central del i arbetet införde sjukhuset, i likhet med på andra ställen, nya mötesformer.

Varje vardag klockan 07.15 och 15.00, samt 09.00 och 15.00 på helger, har de ansvariga läkarna för de olika IVA-avdelningarna, koordinatörerna som sköter fördelningen av IVA-personalen och oftast även verksamhetscheferna, träffats i intensivvårdens konferensrum för att diskutera hur många patienter man har och hur många platser man behöver.

Under krisen har antalet avdelningar utökats med tre kohortavdelningar avsedda för covid-19-patienter. För att snabbt och enkelt få överblick använder deltagarna på mötena en whiteboard-tavla med magnetiska gubbar – gula för covid-19, röda för thorax, bruna för brännskador, blå för neuro och gröna för allmän-IVA.

– Stämningen på mötena är ofta allvarstygnd, men också uppsluppen på samma gång. Det händer att åsikterna går isär, men vi har hittills lyckats lösa det på ett bra sätt. Jag önskar att vi kan behålla den här påtagliga öppenheten gentemot varandra framöver, kring vilka resurser vi har, och hur vi på bästa sätt kan hjälpa varandra. Det kommer ju situationer längre fram utan pandemi, då det råder resursbrist, säger Carl Hildebrand.

Hur såg det ut före pandemin för er del?

– Vi hjälpte ju varandra även tidigare. Vi hjälpte thoraxintensiven med patienter, neuro hjälpte oss och så vidare. Men det har blivit bättre nu under pandemin. Annars kan det ibland

lätt bli så, till exempel när läget är ansträngt, att någon vill skydda sin egen avdelning eller verksamhet. Men i pandemin är det som om vi har samlats kring en gemensam fiende som vi har att bekämpa.

På liknande sätt som på andra sjukhus har personal, däribland från sterilcentralen och från operation, under våren på kort tid skolats om för att kunna jobba i intensivvården. Följden blir att de helt enkelt får en ökad inblick i intensivvården.

– Med förbättrad kunskap kommer ökad förståelse för varandra. Det gör att det blir lättare att samarbeta i framtiden. Det är jag helt övertygad om. När anestesijuksköterskor har varit här och fått se hela komplexiteten inom intensivvården under denna tid får de rimligtvis en ökad förståelse framöver när patienter ska från operation till IVA. Vad behöver vi rapportera? Vad är väsentligt om patienten? Det gäller så klart även omvänt: När anestesipersonalen är hos oss och jobbar får vi ta del av deras kunskaper i hur man behandlar patienter på operation, säger Carl Hildebrand.

– Folk har lärt känna varandra bättre. Det gör att samarbetet framgent kan flyta bättre. Allt hänger ju ihop. När patienterna är färdigvårdade vill vi ju skicka dem till en vårdavdelning, men vårdavdelningarna står ju med sina problem med överbeläggningar och underbemanning. Och får vi ingen ledig plats kanske vi inte kan operera nästa stora kirurgiska ingrepp. Jag tror att arbetet under pandemin har byggt en del broar inför framtiden.

Adam Öhman

Äldrevård

Göran Stiernstedt:

”Vi behöver ett mer nationellt sjukvårdssystem”

Coronakrisen har tydligt visat att exempel med förstärkta medicinska resurser på särskilda boenden, mobila team och proaktiva arbetssätt minskar belastningen på akutsjukhusen och stärker vården av de mest sjuka äldre. Den slutsatsen drar Göran Stiernstedt, som understryker att vården bör fortsätta att arbeta på dessa sätt även framåt.

▼ Göran Stiernstedt, flerfaldig statlig utredare med flera tunga ordförandeposter, beskriver sjukvårdens omställning under pandemin som makalös. Men problemen inom äldrevården, som inte minst har handlat om hur coronaviruset har tagit sig in på äldreboenden, är samtidigt problematiska.

– Det är typiskt att det är ett system som fungerar dåligt i vardagen som inte klarar en pandemi. Regionerna måste vara otroligt mycket bättre på att stötta med medicinska insatser. Sedan handlar mycket om kompetens i den kommunala vården. Det är något som man måste jobba med, och som ju successivt har skett under pandemin. Det här är något som man måste dra lärdom av, säger han.

I slutredovisningen av utredningen ”Effektiv vård”, föreslog Göran Stiernstedt att primärvården skulle delas upp i två delar, dels en ”allmän primärvård” och dels en ”riktad primärvård”. Tanken var att den riktade primärvården, som ska vara mer uppsökande, ska ägna sig åt de mest sjuka äldre.

– Jag hoppas att frågan har fått en skjuts framåt av pandemin. Det känns så. De mest sjuka äldre är ju ett miss-



Göran Stiernstedt är kritisk till att det tog så lång tid innan olika typer av nationell samordning kom igång. Foto: Stefan Nilsson.

lyckande som alla erkänner. Jag vill betona att äldrevården är en integrerad del av den nära vården. I ett primärvårdsuppdrag ska det naturligtvis ingå att även medicinskt ta hand om särskilda boenden. Ibland har det behandlats separat. I Stockholm är det till exempel många separat upphandlade läkarinsatser och så vidare. Det är inte långsiktigt hållbart.

En central slutsats i ”Effektiv vård” var att de mest sjuka äldre som grupp tar en stor del av resurserna, om man räknar ihop kommun och region. Och fixar man en effektivare vård för denna grupp blir resultatet mer resurseffektivt, samtidigt som de äldre får en mer kvalitativ vård.

– Det finns ju hur många exempel som helst på hur mer proaktiva insatser minskar belastningen på sjukhus. Sjukhusen ska bara ägna sig åt det som kräver sjukhusets resurser. Jag har bäst insikt i Stockholm, och under pandemin har man till stor del lyckats att inte belasta sjukhusen i onödan, säger Göran Stiernstedt.

– Ibland känns det som att vi har lyckats arbeta mer som vi borde göra även i vardagen. Vi har förstärkt de medicinska resurserna på särskilda boenden, vi har inrättat mobila team

som åker hem och tar hand om de mest sjuka. Detta är något som vi borde fortsätta med för att minska belastningen på akutsjukhusen och öka kvaliteten på vården av de äldre. Det är det yttersta målet. Målet är inte främst att spara pengar, men det brukar gå hand i hand.

Under coronakrisen har Göran Stiernstedt i likhet med andra sett hur de digitala vårdinslagen har ökat inom primärvården, men också på sjukhusen, vid sidan av nätläkarnas verksamhet. I slutbetänkandet ”Digifysiskt vårdval” i utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård”, som överlämnades i höstas, föreslog Stiernstedt bland annat att vårdcentraler måste bli mer tillgängliga digitalt.

– Till min glädje har det ökat på det integrerade sätt som jag vill se. Det är de vanliga utövarna av primärvård som i stor utsträckning har börjat använda digitala vårdkontakter. Det är definitivt ett steg framåt, som vi bör bygga vidare på.

Regeringen presenterade för en tid sedan lagrådsremissen med de första förslagen i primärvårdsreformen.

– Det är bra, men det är inte så stor skillnad mot vad man gör i dag. Grundtanken i ”Digifysiskt vårdval” var ju en kontinuitetsbaserad vård, ett reformerat vårdval där valfriheten sker genom listning i förväg. Det vill jag exempelvis ska bli verklighet, säger Göran Stiernstedt.

Har dina tankar kring sjukvården och dess organisation ändrats på något sätt mot bakgrund av pandemin?

– Det finns mycket att lära av arbetet under pandemin. Det tog till exempel ganska lång tid innan olika typer av nationell samordning kom igång. Vi behöver ett mer nationellt sjukvårdssystem.

Adam Öhman

Sahlgrenska/Cancervården

Corona-hotet skrämmer cancerpatienter från att söka vård

■ **Cancervården har fungerat relativt bra på Sahlgrenska under pandemin. Samtidigt söker färre patienter vård och behandlingar skjuts upp.**
 ■ **– Vi har hela tiden erbjudit full screening i regionen, men många patienter kommer inte. Och det förstår jag. Vi ser en reduktion med 30 procent, säger Gunnar Eckerdal**

▼ Cancervården är en av de prioriterade verksamheterna i sjukvården och ska i största möjliga utsträckning vara så även under pandemin. Men överläkare Gunnar Eckerdal på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) i Göteborg, säger att man också ser att färre söker vård för de symptom de har och att behandlingar skjuts upp, vilket naturligtvis får konsekvenser framledes.

– Vi lånar av framtiden, vårdbehovet försvinner inte. Det som behöver göras får vi göra senare, säger Gunnar Eckerdal och tillägger att han kan bara spekulera.

– Patienternas cancer kan ha förvärrats, de kan ha fått återfall, vilket innebär sämre behandlingsmöjligheter. Vi vet inte detta. Det mesta som vi skulle gjort i mars-april är uppskjutet. Så vi får mycket att göra i höst och planerar för det nu.

Beträffande cancerkirurgin har pandemin medfört ganska stora förändringar. En viss fördröjning finns, samti-



Färre remisser och uppskjutna behandlingar oroar överläkare Gunnar Eckerdal. "Vårdbehovet försvinner inte. Det som behöver göras får vi göra senare

Foto: Karin Eckerdal

digt som en del patienter opereras på andra ställen.

– Vi har hela tiden erbjudit full screening i regionen, men många patienter kommer inte. Och det förstår jag. Vi ser en reduktion med 30 procent, vilket minskar operationsbehovet något.

Det minskade antalet remisser gällande eventuella diagnoser av bröstcancer och lungcancer är oroande.

– Den som har hosta och går ned i vikt kanske inte söker nu utan väntar, medan den som kräks blod går till

doktorn, säger Gunnar Eckerdal, som är osäker på varför folk inte söker vård för sina symptom.

– Vi ser en markant tendens och har påpekat detta. Men sjukvårdens företrädare i Göteborg har aldrig uppmanat människor att inte söka vård under coronakrisen. Tvärtom har regionen via massmedier spridit budskapet att "är du sjuk så kontakta vården". Annat var det kanske i Stockholm under pandemins första fyra veckor. Ingen ville gå ut med information, då alla marginaler var borta. Men vi har ju haft ett flackare förlopp i Göteborg.

"Många patienter är nervösa"

Oron bland cancerpatienterna är extra stor under coronakrisen. Många är nervösa. "Tänk om jag blir sjuk i covid-19 också". Att inte våga gå ut med hunden eller få träffa sina nära och kära är extra tufft för den som redan har en svår sjukdom; något som kontaktsjuksköterskan tydligt märker i samtal med sina patienter.

– De har tusen frågor som måste tas på allvar. Samtidigt kanske det panikarade i att ha cancer förflyttas till något annat. "Jag är inte ensam i hela världen om att inte få träffa mina barnbarn nu. På grund av covid-19 gäller det många andra också", säger Gunnar Eckerdal.

Även han har ersatt många av de fysiska mötena med telefonmöten och konstaterar att de fungerar bra, men faktiskt ofta tar längre tid.

– Först går vi igenom detta med

mediciner och annan behandling. Sedan pratar vi Corona i tio minuter också. Om en patient insisterar på att komma till onkologen så får hen givetvis det.

– Ibland är ett fysiskt möte nödvändigt; exempelvis vid misstanke om infektion, eller ifall patienten känner en ny knöl eller har svullnad i ett ben. Men även vid mycket ångest, säger Gunnar Eckerdal.

Gällande strålbehandling är även där förändringarna ganska stora. De patienter som normalt strålas vid fem tillfällen, får nu rådet att bara komma en gång och i stället få en större dos. På så vis slipper patienten utsättas flera gånger för en smittorisk.

– Vi läkare bedömer riskerna för spridning av cancern och väger för- och nackdelar. Är få strålningar att föredra och på så vis slippa att patienten exponeras för covid-19? Det är ju en stor risk att ge sig av hemifrån med taxi eller spårvagn.

Strålkapaciteten har räckt till bättre än förväntat på SU. Alla som behöver strålbehandling har erbjudits sådan och fått den, fast med lite längre väntetid än normalt. Däremot är all gruppträning inställd, vilket är synd, eftersom cancerpatienterna gärna tränar tillsammans och är bra på att stötta varandra. Nu får de träna individuellt hemma. Rehabiliteringen får så långt det är möjligt, skötas via telefon, något som inte ger samma kvalitet som fysiska besök. Samma sak gäller all kontakt med fysioterapeut och psykolog.

– Men alla gillar läget och gör det

bästa möjliga av situationen, säger Gunnar Eckerdal.

Cytostatikabehandling glesas ut ifall det är möjligt.

– Det ger lite större biverkningar, fast ibland tvingas vi göra så i alla fall för att undvika smitta. Ibland ger vi tabletter i stället för injektioner. Men vi kompromissar inte med behandlingssmålet. Det hjälper ju inte att man överlever Corona, men dör i cancer!

Men Gunnar Eckerdal tycker att det har gått bättre än förväntat att bedriva en adekvat vård på onkologen under Coronakrisen.

– Vi hade vissa farhågor med tanke på sjukfrånvaron bland vår personal. Men färre remisser och det faktum att patienter inte kommer hit lika ofta, har lett till ett minskat tryck på onkologen. Det har räckt för det produktionsbortfall vi haft.

Han poängterar att patienterna givetvis är välkomna på återbesök, men att många väljer att inte komma på grund av rädsla för smittorisk.

"Cheferna har inte sagt ordet budget på tre månader"

Han ser hur krisen fött en kreativitet med många goda initiativ.

– Den har varit bra för läkarnas arbetsmiljö. Cheferna har inte sagt ordet "budget" på tre månader! I normalfallet ska vi inte behöva ägna oss åt ekonomi; det är inte vårt ansvar. Vårt uppdrag är att jobba häcken av oss för människors hälsa. Det är vad vi är anställda för.

Arbetsgivarnas uppgift är att förse oss med goda förutsättningar att göra vårt jobb så bra som möjligt, säger han.

Under Coronakrisen har de medicinska aspekterna fått tyngd i planeringsarbetet och läkarna har blivit lyssnade på mer än vanligt. Snabba beslut har fattats för att lösa akuta lägen.

– Ibland har dessa beslut visat sig vara felaktiga. Då har man tagit ett steg tillbaka och rättat till det hela snabbt för en gångs skull. Det är väldigt positivt, tycker jag.

Ett exempel var när försvaret erbjöd SU ett fältsjukhus. Sjukhusledningen tackade ja "utan att tänka efter ordentligt" och snart var sjukhuset på plats. Trots att det inte var någon brist på IVA-platser just då, placerades Corona-patienter där, för att man skulle se hur det fungerade.

– Men se det gillade inte personalen. "Oetiskt" sa de. De ville inte använda patienter som försöksobjekt. De skrev listor och ledningen backade. Tältet finns kvar och kommer att användas ifall ett katastrofläge uppstår; det är ju bättre att vårdas där än att inte få någon IVA-vård alls. En lärdom av detta är att lyssna på läkarna i planeringsskedet. Vi har för få IVA-platser. Ja, vad var det vi sa i höstas? Vi måste ha en bättre beredskap. Det händer saker i Göteborg hela tiden; är det inte covid så är det skjutningar eller stora trafikolyckor. En hundraprocentig beläggning fungerar inte. Vi måste ha lite luft i systemet!

Ingemo Orstadius

ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

Din syn utgör ett av dina mest värdefulla redskap. Att arbeta i en högexponerad LED-ljussmiljö 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

BENDENT

EXAMVISION

Åsa Knaggård, universitetslektor i statsvetenskap:



”Man måste lyssna brett och till professionens erfarenheter – det tar lång tid för vetenskapen att påverka politiken”

Ju större osäkerheten är, desto bredare måste man håva in kunskap från många olika håll.

Åsa Knaggård, universitetslektor i statsvetenskap, menar att man därför även måste lyssna till professionens erfarenheter i coronakrisen.

▼ Många föreställer sig att vetenskapen kommer fram till saker som sen används i politiken. Men riktigt så är det inte. Forskning visar snarare att vetenskapens påverkan är betydligt mer långsam. Det säger Åsa Knaggård, universitetslektor i

statsvetenskap vid Lunds universitet, som bland annat forskar på just relationen mellan vetenskap och politik.

Anledningen, menar hon, är de olika perspektiv som de båda grenarna har – det snäva och det breda.

– Det som är vetenskapligt rätt utifrån det snäva perspektivet behöver inte vara rätt utifrån det breda politiska perspektivet. Ofta kan det handla om att en policy slår olika hårt mot olika delar av befolkningen. Det gör att vetenskaplig kunskap sällan passar för att föra in direkt i politiken.

Rent generellt tenderar kriser, så som den vi ser nu, att ha en relativt liten påverkan på hur vi göra saker i efterhand.

– Det jag hoppas kommer ut av det här är att man bygger upp bättre strukturer för hur man i hög osäkerhet kan ta till sig ny kunskap och hela tiden kunna ompröva de beslut man tar. Den rollen har ju Folkhälsomyndigheten – som ska ta in forskningen, värdera den och därefter spotta ut det som är relevant – men jag tror att politikerna också måste förstå vad kunskap innebär när den kommer, säger Åsa Knaggård.

Hon poängterar dock att det inte bara behöver handla om vetenskaplig kunskap, som tar lång tid att få fram, utan också om kunskap från de som står i första ledet i en kris. Att det därför behöver skapas en struktur för hur olika typer av kunskap vägs samman och viktas.

– Sjukvårdsprofessionernas erfarenheter tror jag är väldigt viktiga att plocka in i en sån här process. Också lärdomarna från de som arbetar inom äldreården. De ser händelsen på nära håll och även om de inte har överblicken, så har det mycket viktig kunskap.

Anna Sofia Dahl

IT OCH AI

”IT kan göra Just-in-time-samhället mindre sårbart”

Informationsteknik har en central roll i att skapa och upprätthålla en resilient sjukvård, som kan motstå och återvinna förmågan efter en kris. Det menar IT-forskaren Jonas Landgren.

▼ Jonas Landgren (bilden) är docent i informatik vid Göteborgs universitet och forskar om användning, design och organisering av IT vid akut- och kris-situationer. Han har bland annat studerat krisarbetet vid utbrottet av Cryptosporidium i Östersund 2010, skogsbränderna i



Västmanland 2014 och Ebolautbrottet i Liberia 2015.

– Det som tycks saknas i tillräcklig omfattning är informationsinfrastrukturer som möjliggör standardiserad och effektivt utbyte av information i en omfattande skala.

Jonas Landgren säger att det finns stort utrymme för utveckling för effektiv informationshantering både på nationell och internationell nivå.

– Prognos- och modelleringsplattformar kommer med stor säkerhet att bli än viktigare. Olika typer av early-warning system, under-rättelseverktyg och omvärldsanalyslösningar som bearbetar stora informa-

tionsmängder med hjälp av avancerade algoritmer kommer också med stor säkerhet att få en större marknad inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Han betonar att sjukvården, i likhet med samhället i stort, är i behov av långsiktiga planer.

– Just-in-time-samhället är mycket sårbart, och sjukvårdssystem som bygger på liknande principer likaså. Det krävs dock politiska beslut som är kostsamma. Hur sjukvården ska utvecklas framöver är kanske därför en av de viktigaste politiska frågorna framöver.

Adam Öhman

”Vården måste få bättre och snabbare IT-stöd”

För att sjukvården ska bli bättre rustad i fråga om digitalisering måste vården på allvar få IT-stöd som kan ge beslutsstöd som gör det möjligt att ta del av de senaste evidensbaserade riktlinjerna.

▼ Det säger Gunnar Klein, professor i informatik med särskild inriktning på e-hälsa vid Örebro universitet.

Nationella expertgrupper bör arbeta snabbt och uppdatera behandlingsråd som är tillgängliga i samband med patientarbetet vid datorn.

– I första hand bör råden vara kopplade till journalsystemen. Socialstyrelsen och SKR:s expertgrupper måste lära sig att arbeta med informatiker för att utforma behandlingsråd som kan interagera med uppgifter om

patienten.

Gunnar Klein ser ytterligare två utvecklingar. Dels appar som möjliggör för patienter att rapportera sina symtom på ett tydligt sätt, dels system som tar emot läkares bedömningar om misstänkta fall av nya sjukdomar även i avsaknad av laboratorie-verifierat smittämne.

Adam Öhman

”AI:s potential för sjukvården är svindlande”

Sjukvården står i flera avseenden inför ett paradigmskifte i fråga om artificiell intelligens.

▼ Förutom att erbjuda nya verktyg som underlättar för läkare och annan sjukvårdspersonal kan AI-system framöver erbjuda goda möjligheter att ta fram olika scenarier för att vässa analyserna av vilka insatser som krävs vid kriser. Det framhåller Peter Funk, professor i AI/datavetenskap vid Mälardalens högskola, som menar att potentialen med digitalisering och AI är svindlande i vården.

– Med AI-system kan man se till att man är mycket mer förberedd för pandemier, och även möjliggöra simulering av olika framtida scenarier för att se vilka som sjukvården klarar och inte klarar, och vad som behövs för att nå målen.



Adam Öhman

”Nationella programrådet ska inte tysta professionerna”

Flera vetenskapliga sektioner inom Svenska Läkaresällskapet har reagerat på att styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård vill överpröva kunskap som sektionerna tagit fram i samband med pandemin. En som har reagerat är Eva Uustal, ordförande för Svensk förening för obstetrik och gynekologi.

▼ – Det är anmärkningsvärt. Jag tycker inte att det nationella programrådet, NPO, eller Sveriges kommuner och regioner ska ta sig för att tysta professionerna när vi kommer fram med råd och riktlinjer. Det blir lätt närmast diktatoriskt i sådana fall, säger hon.

Svenska Läkaresällskapet (SLS) vetenskapliga sektioner, som samlar landets medicinska expertis inom respektive specialistområde, jobbar under pandemin intensivt med att ta fram kunskapsunderlag inom den egna läkarspecialiteten. Arbetet, som sker på ideell basis, grundar sig på medicinsk expertis och vetenskap för att bidra till den bästa tänkbara vården för patienterna.

Flera sektioner har reagerat över att styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) avråder från att följa rekommendationer som inte har godkänts av respektive nationellt programområde.

– Det är förstås bra att samordna initiativ när så är möjligt i syftet att ge bästa möjliga vård i denna extraordinära kris. Men huvudmannen ska inte gå in och försöka styra eller motverka arbetet som nu sker inom professionen i respektive specialistförening eller sektion. Det riskerar att ny kunskap fastnar i ett byråkratiskt maskineri, säger Britt Skogseid, ord-

förande i Svenska Läkaresällskapet i en kommentar.

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) är en av sektionerna som har reagerat kraftfullt. Eva Uustal, ordförande för SFOG, berättar hur hon studsade till när hon fick höra att SKS har bestämt att alla råd kopplat till covid-19 måste godkännas av respektive NPO.

– SKS har meddelat att riktlinjerna ska vara utifrån vad som är görbart. Det handlar inte om det utan om vad som är eftersträfvansvärt, bäst för patienten, säger hon.

Vad är mest problematiskt, enligt din mening?

– Det är i första hand tidsaspekten. Vi vill ju att man ska kunna vända på en femöring när det tillkommer nya rön. Då behöver vi komma ut med en ny version av våra dokument snabbt. Vi har en beprövad och snabb struktur kring våra råd och riktlinjer, som kännetecknas av transparens. Våra arbetsgruppers arbete förankras i styrelsen. Men om det även ska förankras i NPO innan man kan publicera råden riskerar det att dra ut på tiden, säger Eva Uustal, och fortsätter:

– SKS har inte föreslagit någon organisation för en sådan process. Vad händer om vi tycker annorlunda jämfört med NPO? Hur gör vi då?

Eva Uustal har nu tagit fram förslag till en samarbetsplan, som i korthet går ut på att Svensk förening för obstetrik och gynekologi publicerar sin version om det finns meningsskiljaktigheter.

– Jag anser att vi ska fortsätta med våra SFOG-råd och riktlinjer. Jag ser framför mig att vi tar med NPO som sedan har en viss tid på sig att ha åsikter. Om vi därefter inte kommer överens kommer vi att publicera arbetsgruppens version. Så tänker vi, säger hon.

Adam Öhman

"Löften om öppenhet räcker inte – SKR:s roll måste förändras"

SKR:s agerande under den rådande pandemin har återigen illustrerat hur organisationen uppträder som en myndighet utan att omfattas av samma krav på insyn. Löften om ökad öppenhet räcker inte. SKR:s roll måste förändras.

▼ Det menar Fia Ewald (bilden), tidigare chef för systematisk informationssäkerhet på MSB, efter att det visat sig att SKR agerat bakom kulisserna när fyra myndigheter tillsammans gick ut och tonade ner ett beslut från Arbetsmiljöverket om munskydd i äldreomsorgen.



– SKR:s agerande när det gäller munskydden på äldreboenden är inte förvånande. Däremot är myndigheternas sätt att möta det särskilt illa, men också symptomatiskt. Det är många myndighetspersoner som inte förstår vilken roll SKR faktiskt har. Den är otroligt vag. Samtidigt är SKR:s företrädare väldigt på och vana att få sin vilja igenom i många frågor, säger hon.

Riksrevisionen kom år 2017 med en rapport om staten och SKR (dåvarande SKL) som belyser hur SKR har blivit en del av den statliga styrningen av vården. Organisationen förhandlar direkt med socialdepartementet, och staten överför stora resurser till SKR utan att allmänheten och dess företrädare har möjlighet till insyn.

Fia Ewald ger flera exempel som hon anser är problematiska.

– Regioner runt om i landet minskar

gång på gång resurserna till sjukvården, och säger att man till stor del ska lösa det genom digitalisering. Digitalisering kan givetvis vara bra, men det kan inte vara ett självändamål. Här måste SKR presentera underlag, och det gör man knappt.

– SKR:s roll i ett krisberedskapsperspektiv är också oklar. SKR:s ansvar är inte definierat, och ansvarsprincipen kan inte appliceras på organisationen på samma sätt som på myndigheter. Ingen utomstående kan ju till exempel helt veta hur SKR förmedlar viktig information om krisaktiviteter till sina medlemmar.

SKR fördelar stora skattemedel, och varje år går en inte obetydlig summa av skattebetalarnas pengar direkt till organisationen.

– Jag har följt SKR på nära håll under 15 år, och det har ju skett en tydlig förskjutning av uppdrag från den offentliga sfären till SKR:s hemliga sfär. Det är bekymmersamt att man på ett ganska radikalt sätt minskar insynen i avgörande välfärdsfrågor, särskilt i de kristider som vi befinner oss i, säger Fia Ewald.

Hon anser att SKR måste välja väg: Organisationen kan backa och hålla sig till att vara en förhandlingsorganisation, alternativt måste organisationen börja följa regelverket som gäller för den offentliga sektorn. Om SKR väljer det senare alternativet kan organisationen ombilda sig till ett kommunalförbund, alternativt att staten går in och inkluderar SKR i bilagan till offentlighets- och sekretesslagen som ett första steg.

Fia Ewald betonar att SKR inte har samma legitimitet jämfört med svenska myndigheter, helt enkelt eftersom orga-

nisationen representerar arbetsgivarintressen.

– Det behövs en bred diskussion om SKR:s roll. Frågan är om vi som medborgare vill att SKR ska stå utanför det vanliga kontrollsystemet? Jag tycker att staten borde ta tillbaka mer makt och ge den till Socialstyrelsen. Det blir särskilt tydligt i dessa tider att vi måste ha pålitliga aktörer som inte drivs av partsintressen, säger hon.

Staffan Isling, vd på SKR, håller inte med om kritiken. SKR är en medlems- och arbetsgivarorganisation som hanterar förhandlingar som inte kan ske helt öppet, framhåller han.

– Om regeringen tycker att vi inte är en trovärdig part skulle den inte jobba med oss, och om våra medlemmar anser att vi hanterar deras förtroende på ett felaktigt sätt skulle de inte överlämna detta ansvar till oss, säger han.

– Vår roll är att lyssna på våra medlemmar, på regionerna och kommunerna, de synpunkter och önskemål som våra medlemmar har. Vår utgångspunkt är att det regionala och kommunala arbetet ska kunna ske under så goda förutsättningar som möjligt. Vi försöker att vara så öppna som möjligt.

Fia Ewald anser att det inte räcker.

– För det första är SKR inte en förening som vilken som helst. Den är ju bildad av myndigheter och agerar på statens delegation. För det andra är varje region och kommun en arbetsgivare och driver sina egna förhandlingar, utan att deras verksamheter är undantagna offentlighetsprincipen. Det räcker inte med löften om ökad öppenhet från SKR:s sida, det krävs en verklig förändring.

Adam Öhman

Var finns tilltron till läkarna? Sjukintyg har allt mindre betydelse för Försäkringskassans bedömningar

• En viktig fråga för Sjukhusläkarna är den om mer funktionella utlåtanen till Försäkringskassan – något som kan göra stor skillnad för den enskilde patienten, liksom det kan underlätta för läkaren i det vardagliga arbetet.

Sjukhusläkarna svarade i april, via Läkarförbundet, på remissen En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering, SOU 2020:6.

Utredaren har bland annat analyserat vilka förmågor som kan krävas för att en person ska kunna hänvisas till ett normalt förekommande arbete.

Sjukhusläkarna ställer sig i huvudsak positiva till det som föreslås, eftersom samtliga förslag ska underlätta för sjukskrivna att återgå i arbete.

Men man tycker det är allvarligt att medicinska inspel saknas i utredningen och att Försäkringskassan måste samarbeta mer med sjukvården.

Tyvärr är en erfarenhet att Försäkringskassan de senaste åren inte tar hänsyn till den medicinska bedömningen av patienten, utan eftersträvar att läkaren följer en mall där sjukdomen ska omformuleras så att den passar in i Försäkringskassans bedömningsmall. Det ser alltså korrekt ut på pappret, men gör att en sjuk patient kan bedömas som tillgänglig för arbetsmarknaden, trots att läkaren utifrån medicinska grunder inte ser personen som arbetsför.

Att Försäkringskassan inte samarbetar mer med hälso- och sjukvården är synd också utifrån perspektivet att patientens rehabilitering brukar gå bäst om flera aktörer samarbetar.

Att läkarnas del i sjukskriv-

ningsprocessen har blivit komplex och att tilltro för läkarens bedömning saknas framgår också i Sjukhusläkarens artikel från februari i år. Där kan vi läsa om hur en patient drabbats av livshotande hjärtrusning – men när läkaren skulle sjukskriva patienten godtog Försäkringskassan inte intyget och krävde detaljerad information om hjärtrusningen.

Sjukhusläkarnas styrelseledamot Sten Östenson säger i artikeln att Försäkringskassan har tappat respekten för läkarnas intyg. I det specifika fallet är problemet att sjukintyget är baserat på hjärtakomman, medan sjukskrivningsorsaken är baserad på följderna av händelsen. Det borde egentligen inte vara något problem, menar Sten Östenson, utan "Försäkringskassan gör våld både på respekten för läkaren och på en allmän grundläggande humanism som ska finnas hos alla yrkeskategorier".

Sjukhusläkarna vill se:

▼ Ökat samarbete mellan Försäkringskassan och sjukvården med kontinuerliga avstämningsmöten och utarbetade samarbetsrutiner.

▼ Möjligheter att göra inspel utanför den snäva bedömningsmall som finns i nuläget.

I maj skickade Läkarförbundet in sitt svar på remissen till Socialdepartementet. Flera av Sjukhusläkarnas synpunkter finns med. Läkarförbundet formulerar det också som att: "... det övergripande målet måste vara en rättssäker motivering i beslutet, vilket förutsätter en adekvat förståelse av innebörden i de medicinska underlagen hos utredarna."

Bollen ligger nu hos Socialdepartementet som förhoppningsvis tar Sjukhusläkarnas och Läkarförbundets remissyttrande i beaktande.

Fortbildningsdag om hållbar sjukvård

Välkommen till en fortbildningsdag om hållbar sjukvård den 10 november 9.00 -16.00 i Svenska Läkaresällskapets hus.

▼ Förmiddagens inleds med en problem-beskrivning som lyfter de utmaningar som svensk sjukvård står inför inklusive klimat- och miljöfrågan, samt hur dessa hanteras, med exempel från England som kontrasteras mot upplägget i Sverige och avslutas med en debatt om framtiden och läkarnas roll.

Under eftermiddagen diskuteras hållbarhetsinitiativ som initieras av läkare och som ger exempel på hur vården kan utvecklas i en riktning som eftersträvar ett mer effektivt resursutnyttjande i termer av ekonomi, klimat- och miljöpåverkan och personalengagemang i samverkan mellan olika yrkesgrupper.

Dagen avslutas med paneldiskussion.

Medverkande

Maria Wolodarski, ordförande SLS arbetsgrupp för klimat & hälsa, onkolog.
Göran Stiernstedt, docent, statlig utredare och ny styrelseordförande på KI.

Sonia Roschnik, director, Sustainable Development Unit, Cambridge, England.
Lars Berko, miljöstrateg.

My Holmgren, miljösamordnare, VG-regionen.

Emma Spak, Sveriges Kommuner och regioner.

Tema Cancer NKS

Tobias Pettersson, anestesilog, Danderyds sjukhus.

Ulrika Nyhammar, allmänläkare, Karlstad med flera.

Se mer: <https://www.sls.se/om-oss/aktuellt/kalendarium/hallbar-sjukvard/>

• Mer föreningsnytt nästa uppslag>>>

Vad gör Sjukhusläkarna i Läkarförbundets råd och delegationer?

• Du har väl inte missat reportagen om vad Sjukhusläkarna gör i Läkarförbundets råd och delegationer? Senast i raden av presentationer är representanten i Arbetslivsgruppen, Andreas Fischer. Övriga hittar du på slf.se/sjukhuslakarna/nyheter



Andreas Fischer är ledamot i Sjukhusläkarnas styrelse, ordförande för Sjukhusläkarna i Stockholm och överläkare i kirurgi vid

Södersjukhuset. I Läkarförbundets Arbetslivsgrupp (ALG) har han varit med i närmare två år, och tycker att arbetsmiljön är den absolut viktigaste frågan.

– Med minskat inflytande och försämrad löneutveckling är arbetsmiljön den sista droppen och det som kan få de mest luttrade idealisterna inom läkarkåren att tvivla på sitt uppdrag. I ALG bidrar vi till arbetsmiljöarbetet genom att stötta skyddsombuden runt om i landet.

– Vårt uppdrag går mer och mer mot att vara ett stöd för skyddsombuden runt om i landet. Vi stöttar de som sköter arbetsmiljöfrågorna på plats. Det finns bland annat en Facebook-grupp för enbart skyddsombud och varje vecka hålls det nu digitala möten där skyddsombud och ALG-representanter deltar. Sist var vi 60 till 65 personer som deltog, säger Andreas Fischer.

Det mest aktuella för gruppen just nu är arbetsmiljön i förhållande till covid-19 och frågan om skyddsutrustning inom vården.

– Problemet är dribblandet mellan ansvar och mandat. Vem beslutar och vem ansvarar för skyddsutrustning? Och vad är adekvat skyddsutrustning?

Andreas Fischer tycker att många av Sjukhusläkarnas frågor kommer med i arbetet i ALG.

– Vårdplatser, fortbildningsfrågan och läkare som chefer, det finns ett klart samband mellan Sjukhusläkarnas politik och arbetet vi bedriver för en bättre arbetsmiljö.

Semester och Covid-19

På många håll finns oklarheter kring läkarnas sommarsemestrar. Pandemin gör att det tar längre tid än vanligt för många sjukhus och regioner att få ihop planeringen. Men arbetsgivaren kan inte lägga ut kompensationsstid som de vill och har inte rätt att tvinga dig ta ut semester med kort varsel.

Ersättningen för att skjuta upp semestern kan däremot variera mellan regionerna.

Har du frågor eller funderingar kring din semester? Se om informationen finns i "frågor & svar" på Läkarförbundets webbplats (slf.se/information-om-covid-19) eller kontakta medlemsrådgivningen.

Datum

Sjukhusläkarnas representantskap: 2 oktober.
Sjukhusläkarnas fullmäktige: 11–12 mars 2021.

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

Eliquis®
apixaban

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®

Sjukhusläkarna utlyser stipendiet Hållbart arbetsliv

Är du läkare eller läkarstudent och driver ett projekt om läkares arbetsrelaterade ohälsa?

Sök senast
14 september



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade 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.

Repatha® uppvisar en bibehållen säkerhetsprofil och kvarstående LDL-sänkande effekt vid 5-års uppföljning^{1,4}

 **Repatha®**
(evolocumab)



Repatha® subventioneras som tilläggsbehandling för²

- 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.³

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.

För fullständig information vid förskrivning, aktuella priser samt produktresumé, Amgen april 2020, se www.fass.se⁴

SE-REP-0520-00002 maj 2020

AMGEN®

1. Koren, M.J, et al. J Am Coll Cardiol. 2019;74(17):2132-46. 2. TLV.se. 3. <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande>. 4. Repatha produktresumé, Amgen april 2020.