



Aktuell profil | Anne W Ekdahl, överläkare i geriatrik
"Barn är bättre än de starkaste mediciner"
• 4-11



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 5/2020

CORONA-PANDEMIN

• Hur har Sverige och Danmark
klarat den vanliga vården?

Danskar får vård, svenskar får vänta, vänta, vänta...

• 12-15

• Italien

Han larmade världen Vad tänker han nu?

• 20



• Södertälje

Kommer personalen att orka med en andra våg?

• 28

Ledaren

• 3

Pizzerians tack större än regionens

• 43

LEDAREN



Danmarks siffror visar hur 21 fristående "länder" drabbar sjukvården

I detta nummer gör vi ett kort nedslag i Danmarks hantering av vanlig vård under coronapandemin i våras. Numret visar med skrämmande tydlighet hur stor skillnad det blir med nationell styrning kontra ett regionalt suveränt självstyre.

▼ Danmark öppnade tidigt gradvis upp för vanlig vård medan Sveriges vanliga vård hölls nerstängd då man i alla regioner förberedde sig på coronastormen. En skillnad som inte kan förklaras annat än att vi agerar som 21 fristående länder istället för ett, och att det drabbar både medborgare och medarbetare.

Nu ser vi värdköer som har byggts upp, besök som inte skett, diagnoser som inte ställts, patienter som blivit sjukare, medarbetare som fått stoppad utbildning och fortbildning, många är utmattade och flera har blivit sjuka medan vissa haft för lite att göra i väntan på covidpatienter. Nu när vi ser med fasa på att det börjar om igen, smittan tar fart och vi och alla svenska patienter är i ett betydligt sämre läge än Danmark än vad vi kunnat vara om vi hade agerat som ett enat land.

Staten måste ta ett större ansvar för vården med nationell överblick och kompetens. Det handlar inte om att staten ska äga sjukhus eller anställa personal. Staten bör finansiera vården oavsett vilken region man bor i, ha överblick och ställa krav så att man som

patient får tillgång till information om värdköer och kvalitet på given vård, och att man som patient kan söka dit man vill.

Staten ska alltså finansiera regionens sjukhus och vårdcentraler men också ge möjlighet för långt fler vårdgivare som non-profit, stiftelser, entreprenörer, förutsatt att de efter överenskommelse bidrar i hela ekosystemet med vård utanför kontorstid, jourer, utbildning, krav på fortbildning och forskning.

Vi är kända som ett land i täten men jämfört med Danmark ligger vi sorgligt efter att ge vård i tid. Det är vi i vården som får stå i frontlinjen för att ta hand om alla akuta och elektiva patienter, diagnosticera, behandla och möta de patienter som behöver oss samtidigt som vi rustar för en ny coronavåg.

Avhandling slår fast samband mellan dödsfall och överbelastning på akuten

Ny forskning har nu klarlagt att överbelastning på akutmottagningarna i Stockholm är kopplat till överdödlighet. Studien är gjord av Björn af Ugglas och Martin Holzman et al (Ann Emerg Med Aug 2020) och visar att risk för dödsfall inom 30 dagar är 8 procent högre när akutmottagningen är överbelastad, jämfört med i normalläget, vilket enligt avhandlingen motsvarar cirka 25 dödsfall per år på de fem akutmottagningar man studerat under åren 2012-2016.

Belastningen på akuten påverkas av flera faktorer som hur många patienter som kommer in, komplexitet, utbildning hos personal, tillgång till diagnostik, men bristen på vårdplatser på rätt vårdnivå pekas i avhandlingen ut

som det största problemet för belastningen på akuten.

Förhoppningsvis tar det livet av den illa beryktade frasen att "patientsäkerheten är inte hotad" vid för hög belastning.

Löner, sjukdom och arbetsmiljö

Vårdpersonal har tagit ett stort ansvar för pandemin och kommer fortsatt att ha samma ansvar. Nu ser vi med stor oro framåt, när det gäller patienternas behov, frånvaro av uppskattning från arbetsgivare, se artiklar i detta nummer, den tidigare uppskjutna och nu pågående lönerörelsen, och ökade sjuktal.

Ett par av våra motioner till Läkarförbundet handlar om att insjuknande i covidsmitta hos sjukvårdspersonal bör klassas som arbetsskada om man kan ha blivit smittad på jobbet, och att försäkringsskyddet ska stärkas. Bevisbördan att man inte är smittad på jobbet ska ligga hos arbetsgivaren och inte som idag, det omvända. Det kan vara svårt att nå fram men det är angeläget med ett större ansvarstagande för drabbad vårdpersonal.

Vi har också kommenterat att vi räknar med en bra avtalsrörelse med SKR, med tanke på de insatser som gjorts. Vi som jobbar i vården ska inte bara applåderas från bal-konger av våra medmänniskor utan också premieras och värnas av våra arbetsgivare.



Karin Båtelson
Ordförande i Sjukhusläkarna

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.



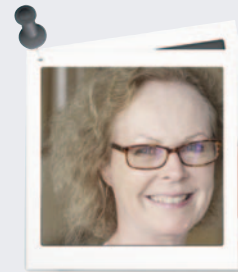
Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01AF01). Tabletter 15 mg och 20 mg (F). **Indikation:** Förebyggande av stroke och systemisk emboli hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer, såsom hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare 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 stentinsättning: 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 stentinsättning. **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 förskrivning vänligen läs produktresumén på fass.se.

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

AKTUELL PROFIL



Anne W Ekdahl, överläkare i geriatrik som tillsammans med demensforskaren Ingmar Skoog, dagispersonal och TV 4 genomförde experimentet att sammanföra ett gäng fyraåringar med ett gäng äldre på ett äldreboende under några veckor.



Inga, 89 år

Före projektet

- Lider av en svår depression och säger att hon har funderat på självmord. Har fått en stroke. Kan inte gå.



Roger, 78 år

Före projektet

- Fick en Alzheimersdiagnos för fyra år sedan. Har en medelsvår demens enligt testerna.



Renate, 81 år

Före projektet

- Har en början till demenssjukdom enligt testerna.



Claes, 70 år

Före projektet

- Fick en stroke för tre år sedan. Resultatet på MMSE-testet är likvärdigt med demenssjukdom

Experimentet som gav de äldre livslusten tillbaka

• Se hur deras psykiska och fysiska mående förändrades - sidan 11 >>>

”Barn är bättre än de starkaste mediciner”



Anne W Ekdahl, överläkare i geriatrik vid Helsingborgs lasarett.

Kan ett gäng vilda fyraåringar verkligen förbättra det fysiska och psykiska måendet hos gamla på ett äldreboende?

– Utan tvekan, säger Anne W Ekdahl, överläkare i geriatrik vid Helsingborgs lasarett.

▼ Tillsammans med forskaren i demenssjukdomar, Ingmar Skoog, har hon genomfört ett socialt experiment för att se om ungar rentav kan ha en bättre effekt på depression hos äldre än ”lyckopiller”.

– Barn är bättre än de starkaste mediciner, konstaterar Anne.

Få har väl missat den underbara serien ”Fyraåringarna på äldrebo-

endet” som gick på TV4 i höstas?

Under sex veckor fick barnen från förskolan ”Vildnissarna” umgås och lära känna Roger, Åke, Renate, Inga, Kristina, Hedi, Claes, Elvy, Aina och Lars på Attendo Maria Winkvists äldreboende i Norrtälje.

Fortsättning nästa uppslag >>>





Förhoppningen med experimentet var att se om de yngre kunde bringa livsglädjen tillbaka till sina gamla kompisar.

Med hjälp av en serie tester ville Ekdahl och Skoog se om de äldres förmågor förbättrades och om livslusten kom tillbaka.

Sex veckor senare stod de två äldre forskarna stumma av förvåning.

Sju av tio hade förbättrat sina förmågor.

– Det är ett under. Om jag inte utfört testerna själv hade jag inte trott på resultaten, säger Ingmar Skoog.

Anne blev lika förvånad som sin kollega.

– Både jag och Ingmar har ju jobbat med demenssjukdomar i väldigt många år, sedan 90-talet, så vi har ju lite att jämföra med, och här ser vi att barnen är mycket, mycket bättre än någon annan medicin, säger Anne som till vardags arbetar som medicinskt ansvarig överläkare på den geriatriska akutvårdsavdelningen, GAVA på Helsingborgs lasarett.

Detta att barn och gamla på äldreboenden umgås är i sig ingen nyhet, berättar Anne.

– Det har funnits på flera håll tidigare, men det har aldrig skett under ordnade former med utvärdering så som med ”Fyraåringarna på äldreboendet”, säger Anne.

Hon brinner för äldreboenden men är bekymrad över hur gamla människor mer eller mindre förvaras på äldreboendena.

– Vi måste börja se de äldre på boenden som människor och inte bara personer som behöver vård. Äldreboenden ska inte vara en förvaring, som det är på många ställen idag – det ska vara ett sätt att leva, vilket framgår så fint i serien ”Fyraåringarna på äldreboendet” där de äldre verkligen börja att leva genom att umgås med barnen. Jag hoppas att programmet ska bli en väckarklocka för andra boenden att göra likadant, säger Anne som förstår Åke som beskriver tillvaron på äldreboendet som att befinna sig i dödens väntrum.

– De äldre hade det sååå tråkigt innan barnen kom. Men i takt med att de blev sedda av barnen och det övriga tv-teamet ökade deras självförtroende, säger Anne.

I flera länder, som Tyskland, England och Australien har man testat att låta barn umgås med äldre i liknande tv-program, också med goda resultat.

– Det finns enbart lite forskning inom området, men den som finns stöder att gamla mår bättre när de får umgås med barn, säger Anne.

När hon och Ingmar fick förfrågan från TV4 om att delta i experimentet, tvekade ingen av dem.

Det är ett gäng förväntansfulla 70-90-åringar som sitter uppradade i det kombinerade all- och lekrummet när barnen tillsammans med pedagogerna Michael och Malin kommer in sjungandes på ”Här kommer Pippi Långstrump”.

Och det dröjer inte länge förrän

Fortsättning nästa uppslag >>>

Tiden på er sida

Minska risken att behöva skjuta på din patients nästa kemoterapicykel.¹



Fulphila
pegfilgrastim

Vad är Fulphila® (pegfilgrastim)?

Fulphila (pegfilgrastim) långverkande G-CSF, är indicerat för att reducera durationen av neutropeni och incidensen av febril neutropeni hos vuxna patienter som behandlas med cytotoxisk kemoterapi för malignitet (med undantag för kronisk myelotisk leukemi och myelodysplasi).²

Ges som endos minst 24 timmar efter kemoterapi.²

En biosimilar med likvärdig effekt, kvalitet och säkerhet som referensläkemedlet.³

Subventionerad av TLV⁴ till AIP: 7460 kr

Referenser

1. Kourilaba G, et al. Support Care Cancer 2015) 23:2045–2051. 2. Produktresumé Fulphila, fass.se 20200528. 3. Biosimilar in the EU, Information guide for healthcare professionals <http://www.ema.europa.eu>. 20191002 4. TLV.se 20200601

Fulphila (pegfilgrastim) 6 mg injektionsvätska, lösning i förfylld spruta. ATC-kod: L03AA13 (Immunstimulerande medel, kolonistimulerande faktor). Rx. F. ▼. Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning. Indikation: Reduktion av durationen av neutropeni och incidensen febril neutropeni hos vuxna patienter som behandlas med cytotoxisk kemoterapi för malignitet (med undantag för kronisk myeloisk leukemi och myelodysplasi). Behandling med pegfilgrastim bör initieras och övervakas av en läkare som har erfarenhet av onkologi och/eller hematologi. Varningar och försiktighet: För att förbättra spårbarheten för biologiska läkemedel ska namnet och satsnumret för läkemedlet som administreras tydligt antecknas. De långsiktiga effekterna av pegfilgrastim har emellertid inte fastställts vid AML och det bör därför användas med försiktighet hos den här patientpopulationen. Särskild försiktighet bör iaktas för att skilja diagnosen blaststransformation av kronisk myeloisk leukemi från AML. Detta läkemedel bör inte användas för att öka dosen av cytotoxisk kemoterapi utöver fastställda doseringsanvisningar. Överkänslighet, däribland anafylaktiska reaktioner, i samband med den inledande eller de efterföljande behandlingarna har rapporterats hos patienter som har behandlats med pegfilgrastim. Ökad hematopoetisk aktivitet i benmärgen som svar på behandling med tillväxtfaktor har associerats med övergående positiva fynd på skelettröntgen. Graviditet och amning: Det finns inga eller begränsad mängd data från användningen av pegfilgrastim i gravida/ammande kvinnor. Produktresumé senast uppdaterad: 2020-03-18. För ytterligare information och priser: www.fass.se. Marknadsförs av: Mylan AB. www.mylan.se, inform@mylan.se, Tel: 08-555 227 50

© 2020 Mylan AB

Mylan
Better Health
for a Better World

gamla och unga börjar umgås som den naturligaste sak i världen.

I de fyra programmen får vi följa med när det anordnas skattjakt, disco och båtturen bland annat.

– Det är nog väldigt viktigt för äldre och yngre att få vara tillsammans, säger 79-åriga Kristina.

Ett uttalande som både Ingmar och Anne skriver under på.

Men att resultaten skulle bli så häpnadsväckande bra förvånade dem stortligen.

När Ingmar och Anne i det avslutande programmet konstaterar att 81-åriga Renate i stort sett tillfrisknat från sin demens och att Inga, 89, fått sin livslust tillbaka, efter att ha varit suicidal i första avsnittet, tror de knappt sina ögon.

Innan barnen från förskolan "Vildnissarna" fick komma in på äldrebo-

det och efter att de sex veckorna var till ända testade Anne och Ingmar bland annat rörelseförmågan, minne och depression hos de äldre.

Efteråt uppvisade de flesta en förbättring i sin kognition, och exempelvis minnet hade förbättrats avsevärt, de äldre hade blivit mindre beroende av hjälp av vårdpersonalen och de flesta mådde även bättre psykiskt.

"Man kan ju inte låta bli att bli munter", som 78-åriga Roger uttrycker saken när han träffar vildnissarna för första gången.

– Att ordinera barn på recept, för att de äldre ska må bättre, vore väldigt bra, säger Anne när vi i dessa coronatider hörs på telefon.

Även om Anne förstår regeringsbeslutet från i våras om att inrätta besöksförbud på landets äldreboenden för att skydda de äldre och sköra, tycker hon

att det var fel att dra alla gamla över en kam.

– Många äldre är ju pigga. Även om deras kronologiska ålder visar 70 plus är det inte så att alla äldre är sköra och multisjukliga. Det är orimligt att behandla en hel patientgrupp på det här viset, säger Anne som gläds över att besöksförbudet äntligen hävts.

– Jag hoppas verkligen att någon forskar på de äldres psykiska mående under coronapandemin för att se vilka negativa effekter det har haft på de äldre att inte få träffa nära och kära, för det är jag övertygad om att det har haft.

Efter programmet har Anne och Ingmar, blivit kontaktade av lokala politiker.

– De vill ha med oss på ett hörn som rådgivare när de planerar nya äldreboenden eftersom de vill kunna anpassa lokalerna så att det blir lättare för äldre och

yngre att umgås. De förstår vitsen med att förskolor och äldreboenden ligger närmare varandra, säger Anne.

Responsen från tittarna har varit överväldigande.

– Det har varit "en massa hjärtan och lite tårar", säger Anne och skrattar.

Hon imponeras stortligen av de unga som helt utan egen vinning hjälper och stöttar de äldre.

– Barnen är helt underbara, säger hon.

Hon hoppas också att coronapandemin har satt fokus på äldreboenden i landet.

– En gissning är att det är "tack vare" pandemin som programmet fick ett sådant genomslag, säger Anne.

Vad hoppas du att serien ska leda till?

– Jag hoppas att fler börjar förstå att personer som bor på äldreboenden är



Ingmar Skoog och Anne Ekdahl i "kontrollrummet" där de studerade vad som hände mellan barnen och de äldre.

helt vanliga människor med samma behov som alla oss andra. Vi behöver alla bli sedda och känna oss behövda, få stimulans och få röra på oss.

Höja statusen på personalen?

– Absolut, det ska inte gå att få jobb

på ett äldreboende utan att ha någon form av omvårdnadsutbildning i bagaget. Även om många av de som

Fortsättning nästa uppslag >>>

Utlisning av Forskningsstipendier från Stiftelsen Kvinnor & Hälsa

Forskningsstipendier från Stiftelsen Kvinnor & Hälsa på 300.000 SEK till forskare som ska eller just har disputerat och som driver genusmedicinsk forskning inom hjärt-kärlsjukdom utifrån biologiska och psyko-sociala aspekter.

Forskningsstipendier på 110.000 SEK till forskare som ska eller just har disputerat inom gynekologisk cancer.

1,6 miljonerklubben utlyser två Forskningsstipendier på vardera 100.000 SEK till minne av Anna Söderberg

Det ena stipendiet tilldelas den som forskar inom endometrios, vilket nästan var tionde kvinna i barnafödande ålder lider av.

Det andra går till forskning inom hjärt-kärlsjukdomar som drabbar gravida kvinnor.



Ansökan skickas till: info@kvinnorochhalsa.com senast 23 nov 2020. Den skall innehålla forskningsplan, CV samt publikationslista. Speciell blankett behövs inte. Mer information på www.kvinnorochhalsa.com eller karin.schenck-gustafsson@ki.se.

SOM TILLÄGG TILL KOST OCH MOTION FÖR VUXNA MED TYP 2-DIABETES

Januvia®
(sitagliptin, MSD)

DPP-4 HÄMMARE

JANUVIA, när metformin inte längre räcker till

Steglatro®
(ertugliflozin)

SGLT-2 HÄMMARE

STEGLATRO, när det krävs ett tredje tillägg

MSD
INVENTING FOR LIFE

STEGLATRO® (ertugliflozin) SGLT2 hämmare, Rx, (F), tabletter 5 mg och 15 mg, SPC 10/2019.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning

INDIKATIONER: för vuxna från 18 års ålder med diabetes mellitus typ 2, som ett tillägg till kost och motion 1) i monoterapi när metformin är olämpligt på grund av intolerans eller kontraindikationer. 2) Som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. Subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin. KONTRAINDIKATIONER: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne.

JANUVIA® (sitagliptin) DPP-4-hämmare (Rx, (F) SPC 02/2020) filmdragerade tabletter 25 mg, 50 mg, 100 mg.

INDIKATIONER: För vuxna patienter med diabetes mellitus typ 2, som ett tillägg till kost och motion 1) i monoterapi när metformin är olämpligt på grund av kontraindikationer eller intolerans. 2) i kombination med metformin, sulfonureid, sulfonureid och metformin, PPAR-agonist, PPAR-agonist och metformin när, max tolererbar dos av ovanstående alternativ inte givit tillfredsställande glykemisk kontroll. 3) Som tilläggsbehandling till insulin (med eller utan metformin) när en stabil insulindosering ej givit tillfredsställande glykemisk kontroll. KONTRAINDIKATIONER: överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. GRAVIDITET OCH AMNING: (B:3) I avsaknad av humandata bör JANUVIA inte användas under graviditet. JANUVIA bör inte användas under amning. JANUVIA ingår i läkemedelsförmåner endast för patienter som först har provat metformin, SU eller insulin, eller där dessa inte är lämpliga.

För fullständig information, priser och förpackningar, se www.fass.se

Copyright © 2020 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station NJ, USA.
All rights reserved SE-DIA-00039 05/2020 msd.se 08-5781 35 00

arbetar där älskar att jobba med äldre så finns tyvärr även de som söker sig dit för att "ha något att göra", eller för att de inte kan få andra jobb, säger Anne.

Hon är dessutom orolig över bristen i omfattningen på den medicinska specialiteten geriatrik och geriatrika vårdplatser.

– Det finns flest geriatrika vårdplatser i Stockholm, tillägger hon, detta trots att huvudstaden faktiskt har landets yngsta befolkning. Annars är det stor brist på geriatriker. Involvera geriatriken i utformningen av vården av äldre, säger Anne som själv var med och byggde upp den geriatrika vården på Helsingborgs lasarett.

– Det är en ren tillfällighet att det finns en geriatrik vårdavdelning i Helsingborg. Den kom till när man saknade en läkare på en avdelning som vårdade sköra äldre i behov av mera omfattande utskrivningsplanering. Man hade upptäckt att patienterna hade en del medicinska problem och behövde mera fast läkartillsyn – och då fick jag frågan om jag ville vara läkare där. Det ville jag ju – och nu har den vuxit sig betydligt större med mobila team och annat och jag är inte ensam geriatriker längre, säger hon.

Utöver sjukhusen vill hon även ha geriatriker på flera äldreboenden.

– På samma sätt som personer med hjärtproblem tas om hand av en kardiolog borde även äldre sjuka och sköra i större omfattning tas om hand av geriatriker. Varför ska vi inte ha flera specialister i geriatrik på äldreboendena, det förstår jag inte. I Helsingborg och på andra ställen har man sett att när geriatriker tar över ett äldreboende, särskilt den form som heter korttidsboende, behöver inte lika många äldre skickas in till akuten. De problem som uppstår sköts via regelbundna ronder och telefonkontakter, med vår speciella kunskap och kompetens, säger hon.

Vilka förändringar anser du behöver göras för att vi ska få en bra äldreomsorg i Sverige?

– Bygg äldreboenden på ett sådant sätt att de blir naturliga mötesplatser för både barn och äldre. Och vi

behöver flera äldreboenden. Men allra viktigast är nog att höja statusen på personalen med bättre anställningsförhållanden. Det ska vara fint att jobba med äldre.

Hur skulle du själv vilja bo när du blir äldre och dina förmågor börjar avta?

– Helst hoppas jag att jag slipper bo på äldreboende, men OM jag ska det, vill jag bo på ett äldreboende där man kan få plats innan man blivit för demenssjuk. Jag vill kunna prata med de andra som bor där, vilket är svårt när demenssjukdomen blivit för djup. Jag vill också att de som vårdar mig har en bra utbildning och gillar att jobba med äldre, och att det finns geriatriker kopplade till boendet, säger Anne som dock hoppas kunna bo kvar hemma länge, och helst i närheten av sina barn och barnbarn i Helsingborg

– Det var de som fick mig och min man, som är kardiolog, att söka oss från Linköping, där jag arbetade som geriatriker, till Skåne, säger Anne som såklart hoppas på en ny säsong med vildnissarna, Renate, Inga, Claes och resten av gänget.

Katarina Arnstad Elmblad

Kandidat till Sjukhusläkarnas Think differentpris

▼ Anne Ekdahl och Ingmar Skoog tilldelas ett Thinkdifferent-pris som kandidat till Sjukhusläkarnas Think differentpris för sitt experiment som visar att kreativitet och mänsklighet kan betyda mer än pengar och starka mediciner för äldres fysiska och psykiska hälsa. Ytterligare kandidat är Sveriges intensivvårdspersonal.



Så förändrades den fysiska och psykiska hälsan

"Jag vill leva tills jag är 100 år – 90 år ska jag bli i alla fall."

Inga



- Hade funderat på självmord. Har börjat med gå-träning. Klarar av de dagliga aktiviteterna bättre. Är mycket bättre i sin depression. Kombination av att hon fick läkemedel mot depression, men också aktiviteterna som stimulerar olika saker som brukar vara störda vid en depression.

"Jag mår som en abborre på fyra meters djup"

Roger



- 50-procentig förbättring av rörlighet och muskelstyrka. Förbättring på nästan samtliga av de kognitiva testerna. Gällande testet om tankemässig snabbhet hade han en 64-procentig förbättring.

"Jag är mer öppen och glad. Det är som att leva på nytt"

Claes



- Var en av de som utmärkte sig. Gick från 22 till 27 på skalan som mäter demenssjukdom, vilket innebär att han inte längre har en demens.

Renate



- Var också en av de som utmärkte sig. Har gått från 20 till 26 på skalan som mäter demenssjukdom. Hennes nivå motsvarar inte längre demens.

Danmarks sjukvårdssystem värnade den vanliga vården, Sverige misslyckades

Av Christer Bark

Det är vecka 11. Det är onsdagen den 11 mars och WHO deklarerar spridningen av covid-19 som en pandemi.

Det blir signalen som får Sveriges och Danmarks regeringar att agera för att sjukvården ska klara vad som befaras ska komma.

Regeringarnas strategier skiljer sig omedelbart åt när det gäller att stoppa spridningen av coronaviruset i samhället, men när det gäller att skydda sjukvården reagerar de båda sjukvårdssystemen till att börja med på samma sätt.

Under vecka 11 pågår de planerade operationerna i stort sett normalt i båda länderna, men därefter inleds en massiv neddragning av planerade operationer och nybesök.

I Sverige minskar antalet planerade operationer med 33 procent vecka 12 jämfört med veckan innan, visar statistiken från SPOR (svenskt perioperativt register).

Danmark drar ännu hårdare i nödbromsen. Under vecka 12 görs 41 procent färre planerade operationer i landet än under vecka 11, enligt Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister.

De tre efterföljande veckorna följer länderna i stort sett samma mönster. Under påsken (vecka 15) är minskningen som störst, 70 procent jämfört med vecka 11.

Sedan sker något.

Efter påskhögtiden börjar de planerade operationerna att komma igång igen i Danmark.

Från 20 april (vecka 17) är minskningen jämfört med vecka 11 bara 28 procent och i slutet av maj görs lika många planerade operationer som i mitten av mars och i början av juni till och med fler än under veckan 11.

Den utvecklingen sker inte i Sverige.

Här ställs fortfarande hälften, eller två tredjedelar av alla planerade operationer in jämfört med vecka 11 då man opererade i stort sett normalt. Se grafiken intill.

Hur kan det vara så stor skillnad?

Vad är det som sker i Danmark som inte sker i Sverige?

Danmark vidtar omedelbara åtgärder

▼ I Danmark beslutas tidigt om en nationell samling för att rädda den vanliga sjukvården trots coronapandemin.

Efter bara en månad, den 13 april, görs en överenskommelse mellan regeringen, regionerna och kommunernas landsförening att gradvis öka aktiviteten inom den vanliga hälso- och sjukvården.

Det ska ske utifrån den statliga myndigheten Sundhedsstyrelsens professionella plan, som då ligger klar.

Planen är att där inte covid-19-epidemin sätter stopp för sjukvården att gå tillbaka till normal nivå så ska det göras.

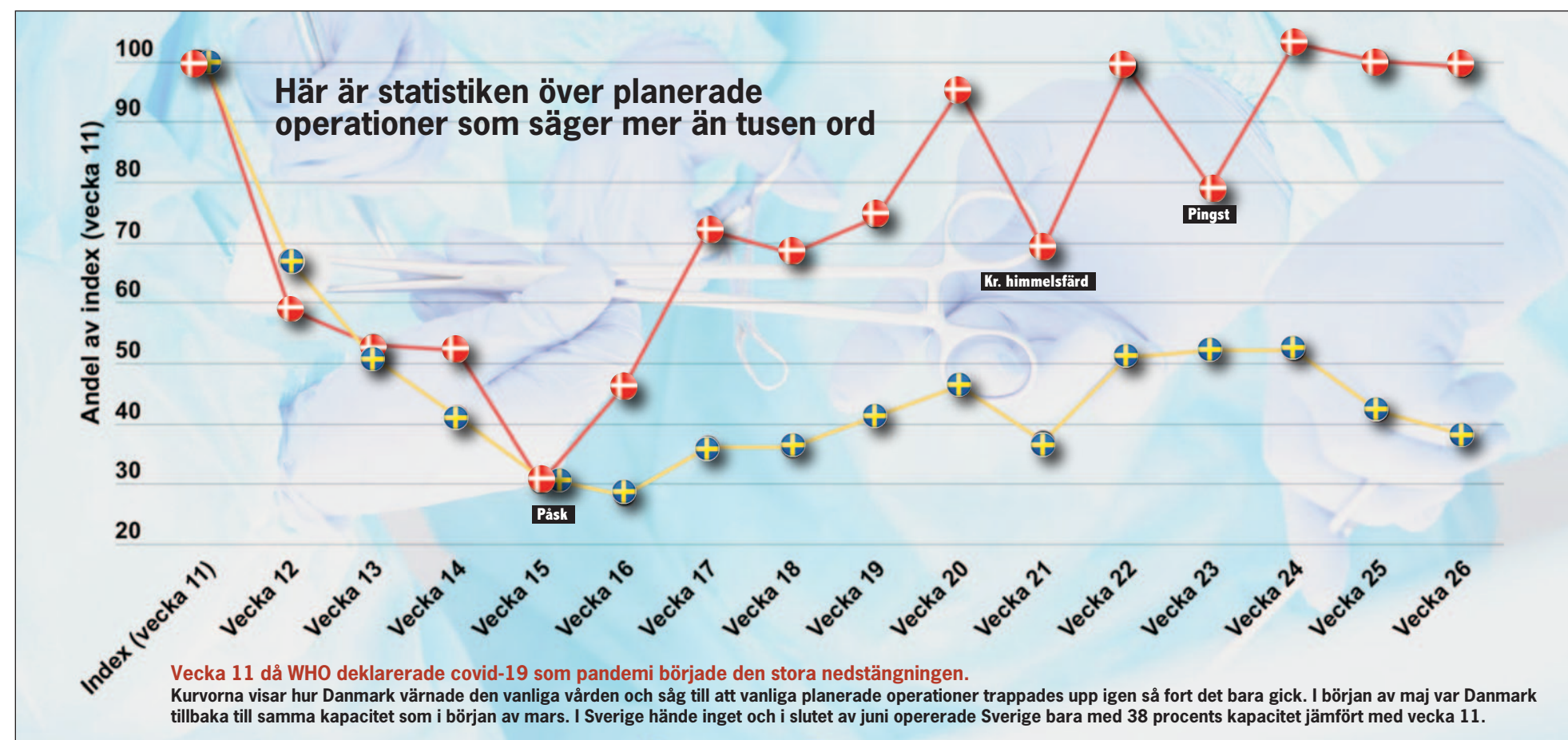
De fem sjukvårdsregionerna som är statligt och kommunalt finansierade och utför sjukvården får rätt att frånga vårdgarantin på 30 dagar för behandling fram till 1 januari 2021, men bara efter att ha visat att det behövs för att säkra kapaciteten i regionen av vården av allvarligt sjuka i covid-19.

Sundhedsstyrelsen utfärdar riktlinjer och tillsammans med regionerna startar Sundhedsstyrelsen ett medicinskt övervakningsprogram för att hålla koll på vad som sker med den vanliga vården.

Vad sker i Sverige?

Sverige gör inget och SKR poängterar självstyre

▼ Regeringen och Folkhälsomyndigheten utfärdar riktlinjer för att minska



smittspridningen, men kan inte styra sjukvården, där 21 regioner är självstyrande.

SKR (Sveriges kommuner och Regioner) meddelar direkt, i början av mars, i ett nyhetsbrev till intresseorganisationens medlemmar signerat av ordföranden Anders Knappe att: "Det nationella krisledande ansvaret ligger på kris- och samordningsmyndigheterna. SKR:s roll är att driva de frågor som är angelägna för våra medlemmar gentemot regering, riksdag och myndigheter. SKR:s ordförande publicerar ytterligare två nyhetsbrev, där budskapet är att staten måste skjuta till mer pengar.

Någon samordnande roll med staten hur övrig vård ska räddas sker inte utan SKR hävdar under hela pandemitiden

regionernas rätt till självbestämmande.

Socialstyrelsen som utsetts till en av krisberedskapsmyndigheterna under pandemin fokuserar helt på bekämpningen av covid-19 där man får besluts- och samordningsansvar för all den skyddsutrustning som strömmar in från privatpersoner och företag som ställer om produktionen för att hjälpa sjukvården.

Myndigheten får också en rad andra krisuppdrag, som att bidra till att säkerställa infrastruktur, katastrofmedicinsk beredskap, läkemedel, ledningsfunktion, logistik med mera – men inga uppdrag att tillsammans med sjukvårdens personal samordna och leda och värna all övrig vård, som i Danmark.

De 21 självständiga regionerna reagerat omedelbart på hotet från corona-

viruset och följer utvecklingen i Stockholm och några hårt drabbade regioner och drar snabbt ner på den vanliga vården i väntan på den stora stormen av svårt sjuka patienter, en storm som uteblir i flera regioner och på många håll.

Någon upptrappning av den vanliga vården lokalt och regionalt sker dock inte som i Danmark.

Och idag väntar hälften av Sveriges patienter på behandling/operation längre än vårdgarantins 90 dagar.

Hur ytterligare längre patienterna fått vänta än de 90 dagarna offentliggör inte arbetsgivarorganisationen SKR, som har fått det nationella ansvaret att sköta statistiken över Sveriges väntetider, men vid en koll med Sahlgrenska sjukhuset i förra numret av Sjukhusläkaren om

operationsskulden visade det sig att drygt hälften av patienterna (630 st) som köade för handkirurgi i juli väntat över ett år.

Statistiken över väntetider visar också att pandemin lett till ytterligare ojämlik vård i Sverige. I exempelvis Norrbotten får idag två tredjedelar av patienterna inte någon behandling/operation inom vårdgarantins 90 dagar. Och hjälp från någon annan region kan Norrbottens patienter inte vänta. Alla regioner har fullt med väntande. Någon rätt till jämlik vård som i Danmark där patienterna har laglig rätt att välja behandling på vilket sjukhus som helst i landet (även specialistvård) finns inte i Sverige. Norrbottningarna är instängda i regionen.

Läs mer om skillnaderna mellan Danmark och Sverige på nästa uppslag >>>

Snart vanliga väntetider för danskarna...

Den första januari 2021 ska Danmark vara tillbaka till normala väntetider och den lagstadgade vårdgarantin på 30 dagar återinföras.

▼ Det kom den danska regeringen och regionerna överens om i ett avtal i slutet av maj. I överenskommelsen skrevs dock in ett villkor för att vårdgarantin ska återinföras som sade att antalet covid-19 patienter inte fick överstiga 50 i behov av intensivvård på en och samma dag i landet.

Den 23 oktober intensivvårdades 18 covid-19 patienter (13 patienter i respirator). Ökningen från dagen innan var en patient.

Så bedömningen i Danmark är att vårdgarantin på max 30 dagars väntetid återinförs om två månader.

Efter överenskommelsen har den danska staten och regionerna genomfört en rad åtgärder för att beta av den vårdpuckel som uppstod i pandemins inledning och tidigare hade den danska regeringen och regionerna avtalat att öka antalet sjuksköterskor på sjukhusen med 1.000 under 2021.

Sjukhusläkaren har snabbpejlat läget hos några av de fem regionerna. Ingen av dem uppgav att man inte kommer att klara att uppfylla vårdgantin på 30 dagar om den införs. Så här svarade de.

Region Syddanmark

De syd-danska sjukhusen är tillbaka i

normaltillstånd när det gäller vården och väntelistorna förväntas vara på normal nivå vid årsskiftet. Sjukhusen har skruvat upp kapaciteten, samtidigt som de ingått avtal med fyra privata sjukhus för att få ned väntelistorna.

Regionen har under året satt igång 30 projekt för att få ned väntetiderna och återöppnat de så kallade garantiklinikerna som fungerar som en buffert om sjukhusen inte klarar vårdgarantin. Enligt regionen har garantiklinikerna nu så låga väntetider att de även kan ta emot nya patienter och inte bara de patienter som väntat länge under pandemin, vilket medfört att det även finns offentliga sjukhus med behandlingstider inom 2-6 veckor.

I Region Syddanmark är psykiatrien tillbaka som före pandemin och har redan infört vårdgarantin på 30 dagar. Ett tecken på att patienterna i Region Syddanmark upplever väntetiderna som acceptabla är att bara 18 procent som fått erbjudanden att behandlas privat för att få tidigare behandling har tackat ja.

Region Midtjylland

Regionen minskade antalet planlagda operationer under pandemiperioden med 21 procent jämfört med samma period 2019. För att få bort den vårdpuckel som uppstod har regionens sjukhus varit öppna längre än ordinarie tider på vardagar och sjukhusen har även genomfört planerade behandlingar under lördagar och söndagar. Regionen svarar att man tror att man kommer att klara vårdgarantin för de flesta patienter när

patienträttigheterna att få behandling inom 30 dagar återinförs.

Region Nordjylland

Regionen uppger att man idag har minskat 40 procent av den vårdpuckel som uppstod på grund av den nedstängning som skett under corona-pandemin.

Regionen har som övriga regioner ingått intentionsavtal med privata aktörer som under året ska hjälpa till att avveckla de väntelistor som uppstått på grund av pandemin.

Fakta | Danmarks vårdgaranti

▼ Vårdgarantin i Danmark är på allvar – inskriven i lagen – ingen målsättning som i Sverige.

Klarar regionens sjukhus inte att ge patienten vård inom 30 dagar har patienten rätt att låta sig behandlas av privata kliniker och sjukhus.

I vårdgarantin ingår också en upplysningsplikt som innebär att patienten ska upplysas om vilka kliniker eller sjukhus det går att vända sig till.

Danska patienter har dessutom rätt att söka vård på vilket sjukhus som helst i Danmark, även specialistvård.

...men är du svensk så får du vänta, vänta, vänta

• Två av tre svenska patienter väntar idag längre än den danska vårdgarantin på 30 dagar på att få sin behandling/operation och hälften har väntat längre än 90 dagar.

Det visar den statistik som Sjukhusläkaren har sammanställt från SKR:s väntetidsdatabas.

• I Danmark har patienterna rätt att behandlas på vilket

sjukhus som helst i landet. I Sverige finns inte den rätten, vilket gjort svensk sjukvård extremt ojämlig. I Värmland väntade i september fler patienter över 90 dagar (3992) än i Stockholm (3211). Och bor man i Norrland kan man glömma snabb vård. Där får bara 20-30 procent behandling inom 30 dagar och i Norrbotten väntar två av tre längre än 90 dagar.

Så många svenska patienter har väntat på behandling/operation längre än 30 dagar

Region	Procent	Antal
Blekinge	62,9	1536
Dalarna	72,6	4107
Gotland	43,6	338
Gävleborg	69,9	3195
Halland	37,4	968
Jämtland/Härjedalen	73,0	1877
Jönköping	56,8	2159
Kalmar	59,8	1970
Kronoberg	69,3	2215
Norrbottn	79,1	3207
Skåne	70,7	15843
Stockholm	51,2	5534
Sörmland	64,3	2147
Uppsala	66,8	3966
Värmland	79,6	4929
Västerbotten	68,4	3938
Västernorrland	71,1	2283
Västmanland	70,2	2652
Västra Götaland	67,9	16518
Örebro	68,0	4609
Östergötland	69,4	4627
Hela riket	67,1%	89.206

Källa: SKR:s väntetidsdatabas

Så många svenska patienter har väntat på behandling /operation längre än 90 dagar

Region	Procent	Antal
Blekinge	40,7	995
Dalarna	54,7	3094
Gotland	24,9	193
Gävleborg	51,6	2358
Halland	11,6	300
Jämtland/Härjedalen	50,2	1291
Jönköping	34,2	1301
Kalmar	35,3	1163
Kronoberg	44,2	1412
Norrbottn	67,2	2722
Skåne	49,2	11043
Stockholm	29,7	3211
Sörmland	39	1302
Uppsala	45,3	2689
Värmland	64,5	3992
Västerbotten	52,4	3016
Västernorrland	56,7	1819
Västmanland	49,8	2287
Västra Götaland	49,8	12121
Örebro	51,4	3485
Östergötland	47	3161
Hela riket	47,3%	62.955

Källa: SKR:s väntetidsdatabas



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®

Frilansjournalisten Kristina Wallin bilade genom coronadrabbat Europa

Det var osäkert in i det sista, men i juni öppnades gränserna och frilansjournalisten Kristina Wallin, bosatt i Italien, kunde göra den årliga semesterresan med barnen hem till Sverige och sin nu 93-åriga mamma. Här är hennes reflektioner.

Mamma, de tar i hand när de hälsar. Jag kommer inte ihåg hur det känns, utropar äldste sonen när vi tittar på en film, inspelad före covid.

Han har helt rätt. Som en god vän sa häromdagen, det finns en tid före och en efter covid's intåg i våra liv.

För en del har livet förändrats mer, som till exempel för 93-åriga mamma i Sverige som inte fick besök på flera månader. För andra, som de flesta av mina italienska vänner, har livet förändrats mindre, eftersom de fortfarande träffar folk och äter söndagsmiddag med sina gamla föräldrar. Men det finns nog faktiskt ingen som kan säga att tiden innan och efter covid är precis likadan.

Innan covid var vår årliga resa till Sverige på sommaren inget problem. Efter covid var det osäkert in i det sista, men i slutet av juni hade alla öppnat sina gränser och bilen kunde rulla iväg.

I Italien var livet då nästan tillbaka till det vanliga, förutom munskydden inomhus. Stränderna fylldes upp, diskoteken öppnade och folk stod och trängdes med varandra inne i mataffärerna.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Jag säger inte att jag vet exakt hur folk beter sig i olika länder, jag såg ju bara vad människor gjorde precis där jag var. Men jag tyckte ändå att jag kunde se en skillnad i hur folk hanterade pandemin i Sverige och i övriga Europa.



Foto: Axio Wallin Scardigli



Frankrike har nog mer smitta än de flesta andra, något som inte känns så konstigt för mig

Fortsättning från föregående uppslag >>>

Jag bestämde att vi inte skulle bo på hotell eller äta på restaurang, för att minska smittrisen, så vi sov i bilen och köpte mat på drive in. När vi väl var framme i Tyskland kändes beslutet att isolera sig så mycket som möjligt klokt. Att smittan inte fått mer fart där känns som ett mysterium.

På en rastplats vid motorvägen såg vi en hel buss full med 70-plussare som var på utflykt och glatt trängdes både på bussen och utanför. Ingen torkade av borden på restaurangen så fort en kund reste sig och toaletterna gjordes inte rent alltför ofta kändes det som. Få höll avstånd. Vi tvättade händerna, spritade, tvättade händerna igen och hoppades på det bästa.

Hur var det i de andra länderna då?

I Schweiz höll sig folk en meter bort och mer, medan österrikarna inte var lika noga. Fransmännen trängdes inte inne i mataffären, men höll heller inte några större avstånd. Motorvägen var full av danskar på väg söderut, även om vi som kom söderifrån inte fick åka till Danmark då.

Väl framme i min gamla hemstad i Sverige blev jag förundrad över hur de andra kunderna tålmodigt stod och väntade ett par meter bort medan jag valde bland mjölkpaketerna. Efter att ha armbågat mig fram i Italien kändes det lite konstigt med denna disciplin. I godisaffären stod alla långt ifrån varandra i kön, utan att någon behövde säga till någon annan.

Jag säger inte att jag vet exakt hur folk beter sig i olika länder, jag såg ju bara vad människor gjorde precis där jag var. Men jag tyckte ändå att jag kunde

se en skillnad i hur folk hanterade pandemin i Sverige och i övriga Europa.

Att ge folk ansvar för hur de beter sig funkar säkert inte överallt, men det gör nog att vissa beteenden blir automata-tiska. Ingen i Sverige gjorde till exempel ens ansatsen att komma nära oss och kramas, medan jag i Italien flera gånger fått poängtera att jag inte vill röra någon när vi hälsar.

Hur det blev sedan vet vi ju allihop. Smittan ökar över hela Europa, om än olika mycket på olika ställen. Hur mycket känns svårt att veta, eftersom varje land har olika kriterier och testar olika mycket. Frankrike testar tvåhundra tusen personer om dagen, medan Italien enbart gör hälften av det.

Frankrike har nog mer smitta än de flesta andra, något som inte känns så konstigt sedan jag fick reda på vad som hänt en bekants son, i ett av Frankrikes mest covid-täta områden.

Han fick hosta och ont i halsen, men läkaren ansåg inte att det behövdes någon testning, utan gav honom bara ett intyg för att han skulle slippa gymnastiken. När han insisterade på att bli testad fick han stå, med möjlig covid, och diskutera på apoteket i en timme. Och när han väl blev testad tog familjen med honom till shoppingcentret innan de fått resultatet.

Här i Italien sprider sig också viruset rejält. Smittan har i skrivande stund fördubblats på några få dagar. Antalet intagna och IVA-vårdade ökar dag för dag, och är nu fyra gånger så många som för en månad sedan. Regeringen har, i ett försök att stoppa ökningen, infört lag på att man alltid måste ha munskyddet i fickan, och ta på sig det om man närmar sig någon annan utomhus, annars riskerar man böter på 5000 kronor och uppåt. Nu funderar de

på utgångsförbud på nätterna i hela landet.

Killarna får i alla fall gå i skolan. Om de börjar må dåligt under skoltid med covid-symptom ska de isoleras, och om föräldrarna inte kan komma uppmanas eleverna att kontakta sina mor- och farföräldrar för att hämtas av dem (nej, jag skojar inte).

Regeringen har lovat att skolorna ska fortsätta att vara öppna, men många tror att de kommer att bli de första som stänger om situationen blir allvarligare. Stänga hela samhället igen är inget regeringarna vill göra, ländernas ekonomi tål det inte, och inte befolkningen heller. Många av mina vänner har fortfarande sviter efter karantänen, med oro och ångest som inte vill släppa. Men här i Italien börjar det ändå kännas möjligt att de stänger in oss igen, eftersom smittan blivit exponentiell.

Kanske inte så konstigt när man ser hur folk beter sig. På dagens marknad i den större staden i närheten stod mint tio personer på ett par kvadratmeter och slet i samma kläder (alla med munskydd så klart). På väg hem såg jag att en av grannarna på gatan fördes bort i ambulans av rymdklädda figurer. Hens 48-årige granne ligger redan på intensiv. Nu förstår jag känslan invånarna i norra Italien hade i våras, när smittan plötsligt invaderade dem.

Vilket land gör rätt och vilket gör fel? Kan vi verkligen veta det redan nu? Och varför har den här pandemin blivit en ständig nummerkamp, en tävling i vem som klarar sig bäst, och vem som stänger flest gränser, istället för en gemensam kamp för att komma ur den så hel-skinnsade som möjligt?



Foto: Axio Wallin Scariogli

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

Lombardiet / Milano

Allt började här
och nu har det börjat om...

Han larmade världen och hjälteförklarades – hur tänker han nu?



”
Man kan inte lösa en pandemi
bara med sjukvård. Sjukvårds-
personalen ska inte stå i front-
linjen. Vi ska inte vara där, vi
ska stå längst bak och bara
behöva sättas in när allt annat
misslyckats.”

Han är IVA-läkaren som med sin appell till läkare världen över fick sjukvården att inse hur allvarlig situationen var med covid-19.

Maurizio Cecconi har kallats hjälte och har fått pris för sin insats. Självt tycker han inte att han är mer hjälte än andra, och han vill inte att sjukvården ska stå i frontlinjen, utan längst bak.

▼ Januari 2020: Kina har ett nytt virus som skapar panik i främst Wuhan. Februari: de första fallen upptäcks av en händelse i Italien.

Mars: stora delar av Europa har helt eller delvis stängt ner sina samhällen och sjukhusen fylls upp av patienter.

Ingen hade någonsin trott att det skulle gå så fort. Maurizio Cecconi, som är IVA-chef på universitetssjukhuset Humanitas i Milano, hamnade på bara ett par veckor mitt inne i en rasande pandemi med en sjukdom som ingen kände till.

– Jag och en grupp kollegor kände att vi var tvungna att varna resten av världen, så att de kunde förbereda sig.

I februari, när första fallet upptäcktes i Italien, var jag på en kongress i USA, och vi talade en massa om viruset i Kina och hur det skulle kunna utveckla sig.

Ingen av oss kunde däremot någonsin tro att vi i Italien skulle vara i en sådan kritisk situation bara ett par veckor senare, berättar han i en paus från arbetet.

– Vi ville nå ut till så många kollegor som möjligt världen över. Därför

skickade vi appeller för att alla skulle förstå hur allvarlig situationen var på sjukhusen, och hur snabbt situationen förvärrades.

När pandemin startade hade Milanos region Lombardiet 800 IVA-platser. Sex veckor senare hade de fyrdubblats.

IVA-avdelning på universitetssjukhuset Humanitas i Milano där man spelat in en snabbkurs för läkare som vill hjälpa till under pandemin.

Fortsättning nästa uppslag >>>



”Det finns en frustration och ilska över att folk inte bryr sig”

– Då tänkte vi inte på det, vi bara jobbade på. Men om jag tittar tillbaka nu så känns det som om de sex veckorna var ett helt år.

Vi var alla rädda för att bli smittade och smitta vår familj, så de flesta av oss separerade oss från dem i ett par månader, förklarar Maurizio Cecconi.

Hans barn, två år och fyra år gamla, minns tydligt den perioden.

– Nu när pandemin är tillbaka frågar de om jag måste åka iväg igen, säger han.

Är han och kollegorna oroliga, nu när pandemin tagit fart i Italien och inlagda på IVA fördubblats på mindre än två veckor?

– Visserligen är vi bättre förberedda än i våras, men visst ser jag rädsla och oro i personalens ögon när vi har möte. Fast kanske mest frustration och ilska över att folk inte bryr sig, och att det får sådana enorma effekter för alla, konstaterar han.

Han är inte rädd för att IVA-platserna ska ta slut, men däremot för

de andra effekterna som pandemin har för befolkningen.

– Även om vi inte har riktigt bra mediciner för covid, så klarar vi detta. Problemet är att andra måste betala ett högt pris för att sjukvården koncentrerar sig hundra procent på det här viruset. Det är fel att göra så och glömma alla andra sjukdomar, säger han.

Att kallas för hjälte är inte något han tycker om, även om han fått pris från Jama och till och med utsetts till kavaljer av Italiens president för sina insatser under pandemin.

– Att jag sågs mest beror på att jag jobbat i London i många år, och alltså hade fler internationella kontakter än andra här i Milano. Vi är alla hjältar i så fall. Sedan tycker jag inte om att höra att vi sjukvårdspersonal står i frontlinjen i pandemin. Vi ska inte vara där, vi ska stå längst bak och bara behöva sättas in när allt annat misslyckats. Man kan inte lösa en pandemi bara med sjukvård, konstaterar Maurizio Cecconi.

Han har flyttat fram intervjun en

halvtimme för att höra vad den italienske premiärministern Conte säger i den direktsända presskonferensen om de nya åtgärderna regeringen sätter in. Det blir bland annat lite kortare öppettider för barer och förbud för tävlingsmatcher för barn och ungdomar som spelar fotboll och basket.

– Inte speciellt mycket, men bättre än inget. Problemet är ju att människor måste förstå att detta är allvar, annars går denna snabba ökning inte att stoppa, är hans kommentar.

Från och med november, troligtvis under galopperande pandemi, kommer han att bli ordförande för ESICM, European Society of Intensive Care Medicine. Och han är beredd på att fortsätta med kontakterna över gränserna.

– Vi kan bara vinna om vi alla samarbetar. I våras, trots den enorma arbetsbördan vi alla hade, lyckades vi ordna en hel dag med virtuellt utbyte av erfarenheter. Det kan vi göra igen, säger Maurizio Cecconi.

Kristina Wallin

EU har startat snabbkurs för läkare som vill hjälpa till under pandemin

EU-kommissionen har startat en kurs för alla läkare som vill kunna hjälpa till på IVA under pandemin. Den är helt gratis och tillgänglig för alla online.

Med den hoppas kommissionen att skapa en ”hälsoarmé” i kampen mot covid-19.

Problemet under pandemin i våras var att det fanns maskiner, men ingen personal som kunde använda dem. Därför vill kommissionen nu förbereda personal som kan hjälpa till när IVA fylls upp.

Hur fungerar det? Man går in via en länk (se slutet på artikeln) och anmäler

sig. Om det finns en lärare på sjukhuset där man jobbar, kommer hen att ta kontakt. Annars går det att göra hela kursen virtuellt.

Alla lektioner är på engelska, med svensk textning. För att man verkligen ska komma in i hur det går till på en IVA-avdelning, och hur covid-patienter ska hanteras, har Humanitas universitetssjukhus i Milano satt ihop lektioner med VR-teknik (virtuell verklighet), och när man skrivit in sig i kursen får man ett set för att kunna använda telefonen i VR. Man kommer alltså att kunna se exakt hur det går till från olika vinklar.

Kursen kommer bland annat att lära ut hur man för in respiratortuben i patientens hals, och hur man vänder en patient på bästa sätt. Allt har spelats in på Humanitas, som själva var tvungna att utbilda läkare mitt under pågående epidemi i våras.

Det är ESICM, European Society of Intensive Care Medicine, som satt ihop kursen på uppdrag av EU-kommissionen. Den motsvarar ungefär en tredagars-kurs.

Här är länken för för mer information och för att anmäla sig:

<https://www.esicm.org/covid-19-skills-preparation-course/>

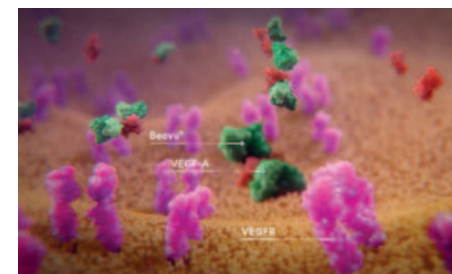
Nytt läkemedel för behandling av våt AMD

Beovu[®]
brolucizumab

Beovu[®] (brolucizumab), det enda anti-VEGF som är rekommenderat för dosering var 12:e vecka direkt efter laddningsfasen^{1,2,3}

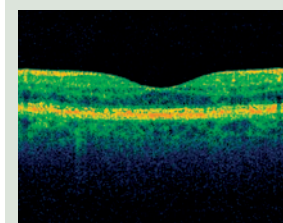
Hos patienter utan sjukdomsaktivitet* bör behandling var 3:e månad övervägas. Hos patienter med sjukdomsaktivitet bör behandling varannan månad övervägas.

Beovu är ett av de första läkemedlen som är framställt av humaniserade enkelkedjiga antikroppsfragment (scFv), den minsta funktionella delen av en antikropp. Beovu utvecklades i syfte att öka penetrationen i näthinna och för att rymma fler molekyler per injektion.⁴



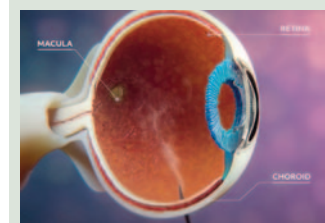
Beovu har en hög affinitet till isoformer av VEGF-A.¹

I två fas III-studier med 1459 patienter och en total studielängd på 96 veckor jämfördes Beovus (q12/8) effekt och säkerhet med aflibercept (q8). Studierna visade att synvinsten var likvärdig med aflibercept.[†] Nedan redovisas sekundära effektmått från ”head to head”-fasen vid vecka 16:



Minskningen av **CST** från baslinjen var statistiskt signifikant större för Beovu vs. aflibercept i båda studierna.

161 mot 134 mikron i HAWK, p<0,001;
174 mot 134 mikron i HARRIER, p<0,001



Färre patienter som fick Beovu hade **sjukdomsaktivitet*** vs. aflibercept.

24 % mot 35 % i HAWK, p=0,001;
23 % mot 32 % i HARRIER, p=0,002



Andelen patienter (%) med **IRF** och/eller **SRF** var statistiskt signifikant färre i gruppen som behandlats med Beovu vs. aflibercept i båda studierna.

34 % mot 52 % i HAWK, p<0,001; 29 % mot 45 % i HARRIER, p<0,001



Anna Carlson, produktchef oftalmologi

Vi finns redo för dina frågor, när du har tid och möjlighet

För att inte belasta sjukvården under pandemin har vi paketerat om den fysiska presentationen och erbjuder i stället ett kort virtuellt möte *när du har tid och möjlighet*.

Besök www.medhub.se/beovu för inbokning av en virtuell presentation.

NOVARTIS

*Bekräftad non-inferiority (p-värde >0.001; marginal=4 bokstäver) *Sjukdomsaktivitet bedömdes baserat på förändringar av synskärpa och/eller anatomiska parametrar

Referenser: 1. Beovu SPC, 13 februari 2020. 2. Eylea SPC, maj 2019. 3. Lucentis SPC, december 2019. 4. Dugel PU, et. al. Ophthalmology. 2019. doi: 10.1016/j.ophtha.2019.04.017. Epub 2019 Apr 12

Beovu[®] (brolucizumab), 120 mg/ml injektionsvätska, lösning i förfylld spruta. Endast avsedd för intravitreal användning, dvs injektion i ögats glaskropp. Rx, EF. Användning och indikation: Brolucizumab är ett humaniserat monoklonalt enkelkedjigt Fv antikroppsfragment (scFv) riktat mot human vaskulär endotelial tillväxtfaktor A (VEGF-A). Beovu är avsett till vuxna för behandling av neovaskulär (våt) åldersrelaterad makuladegeneration (AMD). Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Okulär eller periokulär infektion. Aktiv intraokulär inflammation. Varningar och försiktighet: intraokulär inflammation, endoftalmit, traumatisk katarakt, näthinneavlossning samt ocklusion av retinalartär relaterad till ingreppet och övergående ökning av intraokulärt tryck. Bör inte användas under graviditet och amning. ATC-kod: S01LA06. För fullständig information, se Fass.se. Datum för översyn av produktresumén 2020-05-11. Vid frågor kontakta Novartis medicinska information via växel 08-732 32 00 (telefon tid 09.00-15.00) eller epost: medinfo.se@novartis.com. Novartis Sverige AB, Box 1218, 164 28 Kista.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Läkaren Walter Ricciardi,
rådgivare åt Italiens hälsovårdsminister som var med
och tog besluten att stänga ned Italien i våras:

"Inget land kommer undan en andra våg"

Smittan ökar över hela Europa.

I Italien, där den slog hårdast i våras, går den nu uppåt med rasande fart.

För läkaren Walter Ricciardi, rådgivare åt hälsovårdsministern och WHO-konsulent, är lokala nedstängningar det enda sättet att stoppa viruset.

▼ När italienarna släpptes ut från karantänen hördes nästan en kollektiv lättnadens suck. Redan i juni började folk tro att det hela var över, och i fyra regioner öppnades till och med diskoteken.

Folk umgicks med de äldre på stora familjemiddagar igen, och att hålla avstånd var för de flesta ett minne blott.

Det enda som påminde om att det fanns ett virus som lurade någonstans var munskydden, som sedan i början av mars varit obligatoriska inomhus i offentliga miljöer.

Till och med när situationen förändrades ville italienarna inte tro att det skulle bli allvar igen. Ingen i ledande ställning talade öppet om risken för en

andra våg. Det började med en långsam men konstant ökning av smittade. Plötsligt blev den exponentiell och intagna fördubblades på ett par veckor i Italien.

Politikerna som talat om landet som "betydligt mindre drabbat än andra", fick snabbt tänka om. Varje vecka kommer nya restriktioner, och i skrivande stund har Milano krävt att få införa ett nattligt utgångsförbud.

– Vi måste slå till hårt nu lokalt, för att inte behöva slå till ännu hårdare över hela landet senare. Detta gäller överallt i världen där viruset ökar, hävdar Walter Ricciardi, hälsovårdsexpert och universitetsprofessor, som var med och tog besluten om de totala nedstängningarna i våras.

– Då hade vi inga alternativ. Smittan spreds med rasande fart och sjukvården riskerade att inte hinna med. Vi stoppade all aktivitet och rörlighet för att viruset inte skulle flyttas till de södra delarna av landet, där sjukvården är betydligt svagare än i norr. Jag tryckte på för att vi skulle stänga ner tidigare än vi gjorde.

Att vårens nedstängning var absolut nödvändig anser Walter Ricciardi att det inte finns några tvivel om. Han menar också att öppningen gjordes på rätt sätt, steg för steg, och att de ökande



siffrorna från augusti och framåt inte beror på misstag när samhället öppnades.

– Jag är helt övertygad om att vi gjorde det tillräckligt gradvis. Att smittan började öka i somras anser jag beror på att en del läkare gick ut och hävdade att covid inte längre var farligt, vilket gav folk känslan av att man kunde göra vad som helst. Dessutom slappnade regionerna av, istället för att förbereda sig inför den ökning vi alla visste skulle komma var de totalt oförberedda, konstaterar han.

Ricciardi är inte alls överraskad över hur viruset nu ökar överallt, om än i olika takt. Han ser det som en naturlig utveckling för ett virus som gör allt för att sprida sig så mycket som möjligt.

Och han är övertygad om att inget land kommer undan den andra vågen.

– Den kan komma tidigare eller senare, men den kommer. Hur stor den blir beror på hur snabbt länderna reagerar med att smittspåra och eventuellt stänga ner områden om smittan stiger för mycket, förklarar han.

Just smittspårningen är en av Walter Ricciardis käpphästar, och han har arbetat hårt för att organisera den i Italien. Nu är smittan på många håll så utbredd att det inte längre går att spåra, som till exempel i Milano, men enligt honom är det nyckeln för att bekämpa viruset. Som exempel tar han fram Sydkorea, som lyckats hålla ner smittan rejält.

– De auktoritära metoder de

använder fungerar inte här i Europa. Befolkningen stretar emot och vill inte bli tvingad att göra saker, och därför backar politikerna. Jag hade helst sett att även Italien tog till hårdare tag redan nu, men hälsovårdsministern Speranza fick inte gehör inom regeringen för sina krav.

Hur ser han på framtiden?

– Vi kommer att få leva med detta virus en bra bit in på 2021, kanske till och med ett år till. Jag tror att vi kommer att få ett vaccin till våren, men det är nog troligt att vi får en antikroppsmedicin innan dess. Om vi tittar på världsnivå kommer pandemin inte att vara över innan 2022, spår han.

Kristina Wallin

Fakta om spridningen och regeringens åtgärder

▼ Vecka 43 fördubblades antalet smittade, intagna, IVA-patienter och döda jämfört med veckan innan. 26 oktober var 21,6 procent av de testade smittade.

▼ Den 23 oktober kom ett nytt regeringsdecret, vars viktigaste delar är dessa: Gymnasieskolorna (från 14 år) får endast ha 25 procent av undervisningen på

plats. Restauranger och barer måste stänga klockan 18 (italienarna äter middag från klockan 19). Gym, simhallar, biografier samt teatrar måste stänga. Fotbollsträning inom klubbar är tillåten, men inte klassisk dans till exempel. De nya reglerna mottogs negativt av majoriteten av italienarna.

**Massimo Galli, en av Italiens mest kända virologer:
– Det finns en oro och även ångest bland personalen
när de tänker på vad som kan komma närmsta månaderna**

“Det ser ut ungefär som i mars på min avdelning”

På det stora sjukhuset Sacco i Milano har infektionskliniken på nytt blivit enbart för covid-19 patienter.

▼ Klinikchefen Massimo Galli, en av Italiens mest kända virologer, hade hoppats att de inte skulle hamna här igen.

För när han tittar på avdelningen är det situationen i mars han ser.

För två veckor sedan såg Massimo Galli en viss ökning av patienter intagna för covid. I dag har det blivit en ständig, aldrig sinande, ström.

– Om jag tittar in på min avdelning i dag ser det ut ungefär som i mars. Vi tar inte emot andra patienter, och det finns inga platser kvar för covid-fallen heller, utan nu måste vi öppna fler avdelningar, berättar han för Sjukhusläkaren.

– Fem procent av de smittade i mars är ju samma som fem procent av de smittade i dag, även om vi än så länge har färre smittade ute i samhället och därför färre intagna. Men vi vet att ungefär fem procent av de smittade kommer att behöva sjukhusvård, och därför kommer covid-patienterna att öka den närmaste tiden.

Atmosfären bland personalen på kliniken är dämpad. Alla har fortfarande minnet alltför levande av hur det var för sex månader sedan, när strömmen av patienter aldrig tog slut och arbets-



Massimo Galli tror att en av orsakerna till den ökade smittspridningen är att vissa kollegor började tala om viruset som "kliniskt dött", vilket invaggade folk i en falsk trygghet.

passen var tunga.

– Ja, det finns oro och även ångest bland personalen när de tänker på vad som kan komma de närmaste månaderna, konstaterar Massimo Galli.

Den stora skillnaden mot våren är att patienterna kommer in tidigare i sjukdomsförloppet. Det gör att läkarna har större möjlighet att hantera dem på ett bättre sätt.

– Medicinerna vi har att ta till kan vi bara använda på de allvarligaste fallen, och de måste sättas in vid rätt tidpunkt. Men på den punkten har det inte hänt så mycket de senaste månaderna, förklarar Galli.

Varför tror han att blev det en

sådan enorm ökning av fall i Italien?

– Det är ju ingen vits med att gråta över spilld mjölk, och nu är situationen som den är. Fast visst finns det ett par saker som jag anser har fått oss dit vi är i dag. Dels att en del kollegor i juni talade om viruset som "kliniskt dött", vilket fick folk att tro att det var mindre farligt och att det värsta var över. Dels att diskoteken öppnades, vilket även det var en signal att man kunde göra i princip vad som helst, säger han.

– Det viktiga nu är att vi måste plocka bort allt det som inte är nödvändigt i vardagslivet, för de fulla infektionsklinikererna är en stark varningssignal.

Kristina Wallin

Smarta alternativ från Sandoz

Adport

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

0,5 mg 0,75 mg 1 mg 2 mg 5 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

Dailiport

– ett generiskt alternativ till Advagraf

Förutom att erbjuda samma styrkor som Advagraf erbjuder Dailiport också en kapsel om 2 mg

0,5 mg 1 mg 2 mg 3 mg 5 mg

I genomsnitt 37% lägre pris jämfört med Advagraf (32-50% beroende på vilken styrka som jämförs)²

Dailiport – möjliga fördelar med 2 mg styrkan:

- Förenklad dosering – för vissa doser kan din patient kombinera färre olika styrkor
- Reducerat antal kapslar för vissa doser
- 2 mg Dailiport 50% lägre pris per mg jämfört med 1 mg Advagraf²

dailiport
TAKROLIMUS depotkapsel

NYHET!

Mycophenolate mofetil Sandoz

– ett kostnadseffektivt alternativ till CellCept

250 mg 500 mg

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

Azathioprin 1A Farma

– den enda azathioprinprodukten som tillhandahålls i 75 mg och 100 mg

75 100

Sveriges näst minst använda azatioprin (ATC-kod L04AX01) mätt i DDD MAT april 2020¹

OBS! Azathioprin 1A Farma 75 mg och 100 mg är inte utbytbara mot andra styrkor av azatioprin. För att patienten ska få styrkorna 75 mg och/eller 100 mg expedierat krävs ett aktivt val vid förskrivning.

Azathioprin
1A Farma azatioprin 75mg 100mg

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 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:** Filmragerad 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 azatioprin) eller mot något av hjälpämnena, svår 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 filmragerade tabletter. De ska därför inte förskrivas om inte patienten kan kontrolleras på lämpligt sätt för toxiska effekter under behandlingstiden. 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

CORONA-PANDEMIN

Hur är det att uppleva något utöver
det vanliga, att uppleva en kris,
en katastrof, något man inte förväntas
klara av till vardags?

I Södertälje kallade man in militär- psykolog

Av Anna Sofia Dahl

Hur gör man för att veta hur personalen mår efter den massiva påfrestning som pandemin inneburit? För Södertälje sjukhus blev svaret att använda försvarsmaktens metoder för att omhänderta personal som varit på utlandsuppdrag.

– Det handlar om vår trovärdighet som arbetsgivare. Vi måste på ett seriöst sätt ta vårt ansvar och visa att vi bryr oss om hur personalen mår – att vi fattar att de har gått hårt, säger verksamhetschef Håkan Kalzén.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Redan i mars var Håkan Kalzén, överläkare och verksamhetschef för anestesi/intensivvård vid Södertälje sjukhus, en av de som insåg att det virus som härjade i norra Italien kommer att innebära något utöver det vanliga när det rullar in över Sverige. Brevet från de italienska kollegerna, som han kallar för en alarmklocka, gav honom "gåshud på hela kroppen" och gjorde att han blev sittande i bilen en lång stund innan han kunde kliva ur och gå hem.

– Vi förstod snabbt att vi måste ägna var enda timme och dag vi får i respit åt att förbereda oss. Och det gjorde vi, precis som de andra anestesi/intensivvårdskliniker i Stockholm.

Lokaler och ventilationssystem byggdes om, man jagade rätt på skyddsutrustning och inom en vecka eller två blev det uppbenbart att antalet medarbetare som skulle behövas för att bemanna de nyskapade intensivvårdsplatserna var det dubbla mot normalläget.

Samtidigt blev det tydligt också att det skulle behövas en annan typ av organisation än vad som är brukligt. Och ett antal centrala frågor tog form: Hur skulle den kraftigt utökade personalgruppen hållas ihop? Hur skulle man ha koll på hur medarbetarna mår? Och hur skulle man undvika att de medicinskt ledningsansvariga och chefsjuksköterskorna går in i väggen?

Genom slumpens slingriga vägar fick Håkan Kalzén kontakt med Magdalena Robertsson Lind och Johan Robertsson Lind, som tillsammans driver ett säkerhetsföretag och har erfarenhet av att utbilda personer som ska arbeta i påfrestande och riskfyllda miljöer. De hjälpte anestesi/intensivvårdskliniken att organisera stabsarbetet, gav råd om hur man skulle göra för att hålla ihop gruppen på 320 medarbetare och få dem att dra åt samma håll. Också när och hur information och nya riktlinjer skulle kommuniceras.

– Bildligt talat hade tåget gått från perrongen och nu gällde det att trimma och olja tåget medan det rullade, säger Håkan Kalzén, som beskriver stödet från Magdalena och Johan som oerhört viktigt.

I det arbetet fanns också Niclas Wisén, tidigare psykolog inom För-

svarsmakten och nu doktorand vid Karolinska Institutet, med. Relativt snart blev det tydligt att de verktyg som han hade erfarenhet av (se separat artikel) även skulle kunna appliceras på personalen som arbetade på covid-iva.

– Det finns många likheter. Personalen utsätts för en extrem situation med stress, hot mot den egna hälsan, sömnbrist – alla möjliga tänkbara stressorer du kan ha. Både på jobbet, men kanske också när du kommer hem. Då drar det batterier i båda ändar, säger Håkan Kalzén.

Det har hunnit bli mitten av oktober och knappt sju månader sedan den första patienten las in på covid-iva på Södertälje sjukhus. Ett drygt halvår sedan de upplevde den allra kraftigaste stormen. Däremellan har det hunnit passera en, ur ett pandemiperspektiv, betydligt lugnare sommar och veckor där covid-iva ekat tomt. Men för många sitter spåren efter våren fortfarande djupt.

– När vi väl kom till ett läge där vi kunde slappna av lite kom allt ikapp. Hur trött man är, vilka sömnrubbingar man har, hur man gått med det här stresspåslaget vecka efter vecka, månad efter månad, säger Håkan Kalzén.

För att få en uppfattning om hur personalen och organisationen mår genomfördes en screening, vilken grundar sig i de verktyg som Niclas Wisén har erfarenhet av från när man har screenat personal inom försvaret som tjänstgjort i exempelvis Mali eller Afghanistan. Enkelt uttryckt svarade var och en av medarbetarna enskilt, under handledning av en screeningsperson, på frågor för att försöka identifiera problem som kan relateras till ångest, depression, trauma, utbrändhet och sömn.

Samtliga som arbetat under pandemipeaken bjöds in att delta under två utvecklingsdagar i september. Hela processen var frivillig och medarbetarna var anonyma för screeningshandledaren.

Fortsättning nästa uppslag >>>

På en av väggarna på IVA hänger en hel svärm fjärilar i olika färger. Var och en symboliserar en intensivvårdad covid-patient. Färgen hur det gått för dem.

Foto: Beatrice Graalheim



SSK

Christina B
Emma K W
Jenny S
Karin B f
Laurice
Marcus
Rebecka
Sara S
Tove
Vera
Asmareth,
Theresa L

AN-LÄK

Håkan
David
Bengt
Selma
Piotr Sz
Imad
Luna
Jelena
Malak
Ludwig
Ahmed
Roland
Natalie
Elin
Rodrigo
Hauke
Piotr Se
Fredrik
Karin
Taron
Matthias L

KOU-LÄK

Maria M
Katina
Gabriel

SSK-ass

Fatima
Filip
Linnea
Mariana
Mia B
Nomi
Pierre
Rachel
Sario
Sina
Sofia H
Sumoo
Wilhelm
Yasmin

USK

Anna B
Ann-Catrin
Annica H
Camilla E
Camilla O
Caroline R
Catharina G
Eva B
Hedda
Helene H
Hiba
Ingrid
Jessi
Johanna
Julia M
Katarina P
Kristina M
Kristoffer JS
Lollo
Lova
Madeleine
Marcela
Marie
Marissa
Melina
Nabila
Nanou
Natalia
Per S
Peter H
Ranja
Ruta

SPEC SSK

Anders R
Anette DF
Anna P
Ann-Kristine Björ
Carin V
Claudia T.
Daniela L B
Elin E
Emma S
Eva R
Hauke J
Johan E
Katrin S
Kristin H
Li
Mie
Marie J
Marie-Louise
Mia K
Mia M
Niina h.
Olga
Peyshy
Pia A V
Sandra C
Sandra H
Sherzad
Sofia Hannel
Sofia H
Stefan H
Suzanne L
Ulrika L
Vanja
Victoria K P
Lena B
Madlen
Monika Å
Nina V
Rita F
Sara G
Satu
Andreas Å
Anna Po
IVA-Ass
A

Resultatet lika så. Syftet var istället att fånga upp de individer som ligger i riskzonen för att bli utmattade. Men också att ”medvetandegöra individerna om ditt screeningresultat och ställa det i perspektiv till de resurser de har i sin vardag samt det stöd som finns att få via arbetsgivaren”.

– Vi vill erbjuda stöd och hjälp innan de gått in i väggen och blir långtids-sjukskrivna. Att lägga upp information på hemsidan eller en lapp i fikaummet om att det finns samtalshjälp att få kan vara bra, men det är svårt att nå de som har det riktigt jobbigt. Screeningen gör att vi även kan fånga de som ligger i riskzonen, men inte alltid pratar högst och samtidigt skapa en medvetenhet i organisationen om hur det ser ut, säger Håkan Kalzén.

Av de 151 som screenades låg runt 40 personer i riskzonen eller ”målde riktigt dåligt”. Under de två dagarna då screeningen genomfördes valde knappt hälften av dem att söka hjälp med en gång, ett tiotal att söka hjälp på egen hand eller via arbetsgivaren vid ett senare tillfälle och resterande sa ”tack, men nej tack. I alla fall inte just nu”.

I det ljusa fikaummet på våning sju sitter IT-samordnaren Andreas Åström, verksamhetsutvecklaren Ida Böregård, tf chefsjuksköterska Ulrika Lyvik och chefsjuksköterskan Sara Berlin Magnusson och verksamhetschefssekreteraren Jeanette Karlsson. Under pandemin var det här en samlingspunkt för staben inom verksamhetsområde anesthesi/iva – det var här man fick de dagliga rapporterna om läget inne på covid-iva och den senaste informationen om riktlinjer och rutiner.

Precis som för många andra på sjukhuset förändrades deras roller i organisationen när pandemin var ett faktum. Jakt på ventilatorer, på skyddsutrustning, rekryterings- och bemanningsfrågor på en helt annan nivå än tidigare, beställningar av ”alla möjliga konstiga saker” blev den nya typen av vardag.

– Tänk dig att du tar hela vår enhet, med 160 personer där alla har sina platser, öser ner alla i en och samma

burk och skakar om, säger Ida Böregård.

– Och dessutom lägger till en massa personer, en del helt utan sjukvårdssvana, fyller Sara Berlin Magnusson i.

De beskriver hur personalen hade ”olika typer av ångest med sig in i den här situationen”. Operationspersonal är å ena sidan vana vid att stå instängda i ett rum med skyddsutrustning på sig i flera timmar, men ovana vid så svårt sjuka patienter och den situation som det för med sig. Intensivvårdspersonalen arbetar i sin tur dagligen med svårt sjuka patienter, men att tvingas bära skyddsutrustning och att inte kunna röra sig fritt över avdelningen var något nytt.

– Och det fanns inte den trygghet som det ger att känna de man arbetar med och veta vad de kan och inte, säger Ulrika Lyvik, som själv gjort ”ett antal timmar i skyddsmask 90”.

Gemensamt var dock känslan av ovisshet. Om vad som komma skulle. Och hur länge det egentligen skulle pågå.

– Vi toppade 14 patienter, men vi visste ju inte om vi skulle få in 20 eller 30. Det var ett riktigt gungfly en period, säger Andreas Åström.

Att screeningen just signalerar att det man har upplevt är något utöver det vanliga tror de är en viktig del. Att det var en kris, en katastrof, något man inte förväntas klara av till vardags.

– Också att det blir en bekräftelse på att min reaktion är normal – att man är trött och inte mår helt bra, säger Ulrika Lyvik.

Andreas Åström poängterar också vikten av att bli bedömd av en professionell person. Och att det avsatts tid för varje individ.

– Det är stor skillnad mot att fylla i en webbenkät på en fikaast, när man bara vill stänga av huvudet ett tag för att orka gå in på sal igen och fortsätta jobba, säger han.

Eftersom det är första gången en screening genomförs finns det ingen baslinje att jämföra med. Men att personalen är trött och sliten råder det inga tvivel om. Inte heller att det kommer att vara svårare att motivera medarbetarna att ta sig an en andra våg.

– Alla som jobbar i den här typen av



Andreas Åström, IT-samordnare, Ida Böregård, verksamhetsutvecklare, Ulrika Lyvik, tf chefsjuksköterska, och Sara Berlin Magnusson, chefsjuksköterska är eniga om att en andra våg skulle tära på personalen.

Foto: Beatrice Graalheim

verksamhet gör det av en anledning. Få skulle vända ryggen åt pandemin. Man kommer att jobba, men det kommer att vara svårt att få till det engagemang som fanns i våras. Och många medarbetare kommer att fara illa – är batteriet tomt så är det, säger Ida Böregård.

När frågan om den framskjutna vård som nu väntar på att tas omhand kommer upp blir det först tyst i rummet. Det är en tystnad fylld med både frustration och trötthet. Inte minst över att man utanför sjukhusväggar runt om i landet inte verkar förstå att de som nu ska ta tag i köerna är samma människor som under pandemin slitit mer än vad som borde vara möjligt.

– Det är bara att läsa vad som skrivs i media: ”Vårdskuld”. De förstår att vi är trötta, men vi ska ändå operera 108 procent, säger Andreas Åström och fortsätter:

– Och för att lösa problemet tar man in hyrpersonal. Det låter ju bra, men vart tar man den personalen från? Jo, från andra verksamheter. I slutändan

blir det ett nollsummespel – det finns inte fler specialistsjuksköterskor av diverse kategori bara för att man hyr in personal.

För att löpande få en känsla för hur medarbetarna mår kommer man under hösten att fortsätta med det man kallar ”sensorer”. Enkelt förklarat handlar det om att en individ håller koll på en mindre grupp medarbetares mående, veckovis registrerar detta för kunna följa utvecklingen.

– Det är ett trubbigt verktyg, men då kan man se åt vilket håll gruppen är på väg. Åt vilket håll vinden blåser, säger Ida Böregård.

– Sen vore det intressant att följa upp screeningen kontinuerligt för att se vart det här tar vägen – hur personalen mår när det hunnit gå ett tag, säger Ulrika Lyvik.

Sängen inne på IVA-sal 11 är tom, precis som resten av Södertälje sjukhus

covid-iva. Det dova oktoberljuset lägger sig som ett mjukt filter över hela rummet.

För ett dygn sedan vårdades här en covid-patient – den första efter sommaren för sjukhuset. Att kastas tillbaka in i covid-rutinerna fick en del ur personalen att få nästintill panik. Håkan Kalzén själv beskriver hur han fick en klump i magen. Inte igen.

– För en del räcker tanken på att ta på sig skyddsutrustningen för att man ska känna obehag. En andra våg i samma storlek som den första kommer absolut inte att gå, det kommer det inte att göra på något sjukhus eller någon intensivvårdsavdelning. Men även en mindre kommer att få en del medarbetare att gå hem och dra täcket över huvudet. Även om majoriteten kommer att klara det, för att vi måste, säger han och fortsätter:

– Det finns en bild av att sjukvårdspersonal inte viker ner sig. Vi har en tradition av att knyta näven i fickan och köra på, eftersom det är andra som

behöver vår hjälp.

Han upplever att screeningen fallit väl ut i personalgruppen. Inte minst som en signal att man från arbetsgivarehåll gör sitt bästa för att värna om personalen.

– Det handlar om vår trovärdighet som arbetsgivare. Vi måste på ett seriöst sätt ta vårt ansvar och visa att vi bryr oss om hur personalen mår – att vi fattar att det har gått hårt, säger han och fortsätter:

– Vi blir inte bättre än den personal vi har. Och om vi inte bryr oss om dem så blir det ingen bra sjukvård. Sjukvård är vansinnigt viktigt för människor och då måste de som ska utföra den vara väl omhändertagna så att de kan fokusera på rätt saker. Det låter enkelt, men det är jättesvårt och jättejobbigt att se till att det verkligen blir så. Men vi måste försöka och vi måste göra så gott vi kan.

Anna Sofia Dahl

” Det räcker inte med att man från regeringen säger att man nu ska få 500 miljoner i krisstöd för de som jobbat. Vilka ska få det? Man måste ha en plan för vilka som behöver stödet

För Niclas Wisén, tidigare psykolog inom Försvarsmakten, var det tidigt tydligt att det som personalen på covid-iva utsattes för är jämförbart med det som soldater upplever under utlandsuppdrag. Det handlar om en lång period, begränsade resurser, en yttre diffus fiende och avsaknad av normala återhämtningsmekanismer.

▼ Sedan i april har Niclas Wisén varit delaktig i upplägget hur personalen på Södertälje sjukhus ska stöttas efter pandemin. Han har ett förflutet som psykolog på central nivå inom Försvarsmakten med fokus på bland annat arbetsmiljön i internationella insatser, och såg tydliga likheter med det som personalen på covid-iva upplevde.

Han berättar att man inom försvaret under en lång tid har arbetat för att hitta sätt att följa upp den psykiska hälsan på de medarbetare som varit på utlandsuppdrag och landat i en så kallad screeningmetod.

– Det vi har förstått är att om vi utsätter personalen för ett förhöjt uttag under en tid så måste vi säkerställa att de får rätt återhämtning efteråt. Och vi har utvecklat ett bra och professionellt omhändertagande där det skapas förutsättningar för de som är ärliga mot sig själva i screeningen att få det stöd de behöver, säger han och fortsätter:

– För Försvarsmakten finns det ett lagstiftat uppföljningsansvar på fem år efter att människor har kommit hem från utlandstjänst. Det har skapat möjligheter att få till resurser för att följa upp personalen ordentligt. Det finns visserligen andra lagar och regler som ställer krav på hur man ska hantera personal som utsatts för psykisk påfrestning inom sjukvården, men de är inte dimensionerade för en situation som den här (tex AFA 2015:4 organisatorisk och social arbetsmiljö).

Vilka åtgärder som behövs menar han är beroende av vad medarbetaren har med sig i bagaget. Han liknar det vid ett löplopp där startfältet består av

individer med olika träning och förutsättningar i grunden – från individer som brukar springa maraton till personer som knappt reser sig ur soffan.

– Visst måste man anpassa tempot, men man kanske inte alltid kan anpassa det efter de som springer långsammast. Då kommer det att innebära att en del får slita ganska hårt för att hålla jämna steg med de som springer snabbast, medan de som springer snabbast kan ta det ganska lugnt. När vi då stoppar för återhämtning kommer behoven att se väldigt olika ut – från att några skakar av sig det som ett vanligt träningspass till de som får ordentlig träningsvärk

och har långt till de kan springa igen.

För att ta reda på var medarbetarna på Södertälje sjukhus intensivvårdsavdelning befinner sig i sitt mående nu

“Vilka åtgärder som behövs är beroende av vad medarbetaren har med sig i bagaget”

under hösten då ”kurvan” har plattats ut ordentligt, använde man samma modell för uppföljning som Niclas Wisén har tidigare erfarenhet av.

Under de två utvecklingsdagarna som hölls för personalen varvade man screeningen med mer lättsamma aktiviteter och föreläsningar om hur det normalt ser ut vid återhämtning efter större påverkanshändelser.

– Efter en större påverkan finns ett antal identifierade vägar där alla kan hitta ”sin väg”. En del påverkas inte alls, andra påverkas och lär sig samtidigt något som gör att de går stärkta ur händelsen, och andra påverkas negativt.

Under screeningen fick medarbetarna fylla i ett formulär med olika skalor som mäter ångest, depression, utbrändhet, sömn och trauma, tillsammans med en testledare. Det är enligt Niclas Wisén validerade och beprövade verktyg. Därefter tittade medarbetaren och test-

ledaren tillsammans på resultatet och medarbetaren fick feedback på resultatet.

– Frågorna som ställs ska inte vara utmanande och handla om man är en bra eller dålig individ, mer om det var hanterbart, jobbigt eller mycket jobbigt och om reaktionerna dröjer sig kvar.

Medarbetarna var anonyma genom hela processen och screeningsledaren hade ingen kunskap om vem personen var eller vilken roll hen haft. På plats fann även en representant från sjukhusets interna stödfunktion som stod beredd att etablera kontakt med

dom som efterfrågade fortsatt stöd.

Resultatet av screeningen visade att en tredjedel hamnade i riskzonen, det vill säga hade förhöjda värden jämfört med normvärden och en tredjedel av dessa var dessutom på en klinisk nivå. Ett resultat som Niclas Wisén inte hade förväntat sig.

– Visst förstod vi att personalen var påverkad, men inte i den utsträckningen! Till stor del var besvären ångestdrivna. Ångest är ett begrepp som felaktigt får stå för att man generellt mår dåligt. Men det man mäter är till 90 procent fysiologiskt, det är något

som tydligt manifesteras kroppsligt.

Man kan säga att det handlar om hur väl gasen och bromsen samverkar i kroppen, säger han och fortsätter:

– Till exempel uppger många att man har svårt att komma ner i varv och släppa jobbet. När man är hemma och ska umgås med vänner och familj så ligger gasen hela tiden på och gör att man inte hamnar i något harmoniskt lugnt läge. Det kan påverka sömnen, humöret, matsmältningen och man kan få huvudvärk med mera.

Fortsättning nästa uppslag >>>

INTE BEHANDLAR DU VÄL ALLA DINA FLIMMERPATIENTER LIKA? Vi är alla olika, välj LIXIANA® - för dina äldre patienter



INGA SIGNIFIKANTA LÄKEMEDELS-
INTERAKTIONER MED CYP450-ENZYMER

<10% metaboliseras via CYP3A4/5¹

DOKUMENTERAD EFFEKT- OCH
SÄKERHETSPROFIL¹

40% av patienterna i ENGAGE-TIMI 48 var ≥ 75 år*

ENKEL DOSERING
- EN TABLETT OM DAGEN¹

Med eller utan mat

ENDA FAKTOR XA-HÄMMAREN I ENDOS MED FÄRRE ALLVARLIGA BLÖDNINGAR** JÄMFÖRT MED WARFARIN

LIXIANA® (edoxaban) filmdragerade tabletter 15 mg, 30 mg, 60 mg. Övriga antitrombotiska medel. Rx, F, SPC 06/2020. ▼Läkemedlet är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning. INDIKATIONER: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAf) med en eller flera riskfaktorer, såsom kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), samt profylax av recidiverande DVT och LE hos vuxna. KONTRAINDIKATIONER: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne Kliniskt signifikant, aktiv blödning. Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. Organskada eller tillstånd som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen inträffade ulcerationer i mag-tarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen inträffade hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen inträffad intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysmer eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. Okontrollerad svår hypertoni. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, förutom vid byte av oral antikoagulationsbehandling under speciella omständigheter eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET: Patienter med NVAf med ökad kreatininclearance. Samtidig administrering av Lixiana och acetylsalicylsyra hos äldre patienter ska användas med försiktighet på grund av en potentiellt högre blödningsrisk. Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se fass.se.

Allvarliga blödningar: Definierat av International Society of Thrombosis and Haemostasis. *n=21 105. N-tal inkluderar patienter som behandlades med warfarin och Lixiana i lågdos. **p=0,0009. Lixiana i lågdos (15 mg) är inte godkänt för behandling. 1. SPC Lixiana 06/2020 2. Kato et al. J Am Heart Assoc. 2016;5: e003432 Copyright© 2020 Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB SE-OCF-00068 09/2020

Daiichi-Sankyo
Product under license of Daiichi Sankyo Europe GmbH

MSD
msd.se

”Det vi har förstått är att om vi utsätter personalen för ett förhöjt uttag under en tid så måste vi säkerställa att de får rätt återhämtning efteråt.”

Han påpekar också att ju längre tid man går i en påfrestande situation, desto mer normaltillstånd blir det. Och att det sen tar lång tid att komma tillbaka till det vanliga normaltillståndet igen. Något som också kan försvåras av det ”nya” normaltillståndet är att den ordinarie verksamheten har fått trycka på paus och nu skall hämtas in, vilket leder till ytterligare stress.

– Återhämtningsfasen måste adresseras från alla nivåer. Det räcker inte med att man från regeringen säger att man nu ska få 500 miljoner i krisstöd för de som jobbat. Vilka ska få det? Man måste ha en plan för vilka som behöver stödet så att det kommer till mest nytta.

Under våren har Niclas Wisén också haft kontakt med andra stöttande funktioner på Stockholmssjukhusen och av vad han har sett så har man främst erbjudit samtalsstöd.

– Samtalsstöd kan vara hur bra som

helst, men det är ingen generell patentlösning. Det kan vara ett bra verktyg efter en påfrestande situation för vissa, men långt ifrån alla. Det kan även skapa en upplevd gemenskap och tillhörighet som gör att man orkar lite mer, men om de ska fortsätta jobba under samma påfrestande så behövs det något mer, säger han och fortsätter:

– Det är inte alla som vill sätta sig tillsammans med kolleger och bli personliga. Det är inte heller alla som behöver söka individuellt samtalsstöd. Man måste ha andra stöttande strukturer och man måste hitta flera sätt, både på organisationsnivå och för den enskilde medarbetaren, och vi får inte heller glömma att reaktionskurvorna ser olika ut.

Viktigast, menar Niclas Wisén, är dock inte vad man gör utan att man gör något.

– Det kan låta som en klyscha, men för att använda liknelsen med löpningen igen så är det samma sak som att den bästa träningen är den som blir av.

– Det jag är mest nöjd med är ändå att vi fick till uppföljningen. För trots att vi har arbetat aktivt med flera strategier för att stötta under resans gång har vi ändå en stor andel som faktiskt fått med sig besvär som sitter kvar, även om det värsta är över sen en tid. Det jag hoppas på är att vi får en möjlighet att följa upp personalen igen under våren, när man förhoppningsvis har kommit ännu närmare ett ”normaltillstånd” än vad vi är nu. Många återhämtar sig naturligt över tid trots dedn kraftiga reaktionen, men för vissa dröjer det sig kvar. Vi får inte missa dem!

Anna Sofia Dahl

FAKTA | Så fick personalen hjälp

Under våren har flera personer med bakgrund inom det militära gett olika typer av stöd till verksamheten i Södertälje. Utöver Niclas Wisén har hans kollegor Magdalena och Johan Robertsson Lind, som arbetat med ledarskap i olika humanitära organisationer i konflikthärdar runt om i världen, varit en del i den organisatoriska anpassningen som fick ske under våren med stort fokus på hållbarhet och psykosocial arbetsmiljö.

Som en del fick personalen på covid-iva i Södertälje lämna veckovisa rapporter med ett digitalt verktyg som är baserat på stridsvärdesbedömning som visar på hur de ser på balansen mellan krav och resurser samt, vilka faktorer som varit mest påfrestande ett verktyg som nu kommer prövas på andra enheter inom vården inom region Stockholm.

Till en början handlade det mycket om oron för den egna hälsan och att själv bli smittad. En tid in i pandemin blev det också tydligt att det skapades viss friktion och konflikter i gruppen.

Enligt Niclas Wisén är det en naturlig process i under långvariga påfrestande, något som lyftes i en genomgång för personalen. Genom att systematisk följa upp personalen kan man tidigt identifiera påverkansfaktorer och om möjligt agera på dem. ”Nu ett par månader efter att ”toppen” har lagt sig kan vi se att personalen redovisar en påverkan som ligger fortsatt på den nivå som etablerades under den mest intensiva perioden. Det visar på att man inte återhämtat tillräckligt och att det ”nya normala” fortsatt utgör påfrestande för personalen. Något som är lätt att missa då man objektivt ser att belastningen minskat i

det att antalet Covid patienter minskat”, säger Niclas Wisén.

Man har också använt sig av taktisk debriefing – det vill säga att man efter vissa svåra situationer stoppar upp för att kort diskutera vad som fungerade bra och vad som fungerade mindre bra.

Enligt Niclas Wisén handlar det inte enbart om att bli bättre rent praktiskt, utan också om att man som grupp ges tillfälle att titta på vad man gör och på så sätt skapar en systematisk dialog. Ett utrymme där det går att säga om något känns tokigt eller fel.

• De verktyg som användes är PTSD, SMBM(utbrändhet) , HAD (ångest, depression) och KSQ sömn. Alla är öppna och kräver inte licensavgift

Anna Sofia Dahl

ÅRETS ANDRA NYHET!

OFEV® (nintedanib) – nu som första och enda läkemedel även godkänt för behandling av progressiva fibrotiserande interstitiella lungsjukdomar¹

BLICKA FRAMÅT

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



Bromsar sjukdomsutvecklingen

Minskar den årliga försämringen av FVC med 57 % jämfört med placebo^{*1,2}



Säkerhets- och tolerabilitetsprofilen

vid progressiv fibrotiserande ILD motsvarar den vid behandling av IPF och SSc-ILD¹⁻⁴



Doseras morgon och kväll

En kapsel 150 mg, två gånger dagligen¹

*Årlig minskning av FVC (primärt effektmått): OFEV -81 ml/år, placebo -188 ml/år, absolut reduktion 107 ml/år (95 % KI 65,4-148,5), p<0,0001.

Referenser: 1. OFEV® Produktresumé, fass.se. 2. Flaherty KR, et al. N Engl J Med 2019;381(18):1718-27. 3. Richeldi L, et al. N Engl J Med 2014;370(22):2071-82. 4. Distler O, et al. N Engl J Med 2019;380:2518-28.

Förskrivningsinformation: OFEV® (nintedanib) kapsel 100 mg och 150 mg, Rx, F. Proteinkinashämmare. **Indikationer:** Avsett för behandling av idiopatisk lungfibros (IPF), andra kroniska fibrotiserande interstitiella lungsjukdomar (ILD-sjukdomar) med en progressiv fenotyp och systemisk sklerosassocierad interstitiell lungsjukdom (SSc-ILD) hos vuxna. **Kontraindikationer:** Graviditet. 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: 07/2020.



Boehringer
Ingelheim

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



Hur påverkas läkares hälsa av arbetsmiljön?

Nu ska det utredas efter oroande ökning av antalet sjukskrivningar bland läkare



I ett treårigt projekt ska stressforskaren Emma Hagqvist och hennes kolleger försöka besvara frågorna om hur Sveriges läkare mår och hur deras arbetsmiljö ser ut.

– Som en slutkläm har vi som mål att göra en samhällsekonomisk beräkning på de merkostnader det blir av att regionerna inte prioriterar läkares arbetsmiljö, säger hon.

FAKTA | PROJEKTET

▼ Projektet "Friska läkare: en studie över svenska läkares arbetsmiljö och hälsa" spänner, till skillnad från de få tidigare studier som gjorts inom samma kategori, över ett brett område. Syftet är att få en så heltäckande bild som möjligt av hur svenska läkares hälsa och arbetsmiljö ser ut. Projektet är uppdelat i fyra olika områden: arbetsförhållanden – det vill säga välkända etablerade faktorer så som krav och kontroll i arbetet samt

belastning och belöning, diskriminering och trakasserier, möjligheten att balansera arbetsliv och privatliv samt etisk stress.

Projektet sträcker sig över tre år och inleddes under hösten 2019.

I studien kommer forskargruppen, utöver att göra intervjuer med läkare om hur det har varit att arbeta under covid-19, titta på olika hälsofaktorer och självskattad sjuknärvaro. De kommer också att genomföra registerstudier på sjukfrånvaro. En enkät, ska gå ut till 7 500 läkare från olika specialiteter runt om i Sverige.

För mer info

Emma Hagqvist, forskare vid Arbetsmedicin på Karolinska Institutet, och den forskargrupp hon leder är mitt uppe i en studie som ska kartlägga läkares psykiska hälsa och om det finns arbetsmiljömässiga faktorer som kan relateras till ohälsa.

Upprinnelsen till projektet finns att hitta hos Emma Hagqvist själv.

– Jag har många läkare omkring mig och jag såg att deras arbetsmiljö och arbetsförhållanden var ganska dåliga. Också hur många av läkarna själva försökte kompensera för det här genom att till exempel gå ner i tid – de fick själva ansvara för sin dåliga arbetsmiljö – vilket jag tyckte var helt orimligt.

Emma Hagqvist sökte efter forskning på området men kunde relativt

snabbt konstatera att det finns ytterst få svenska studier om läkares arbetsförhållanden och hälsa. De projekt som finns handlar då enbart av en grupp läkare – så som allmänläkare, akutläkare eller läkare i akademien – och berör inte arbetsmiljö och hälsa i relation till varandra.

– Min analys är att läkare historiskt inte har setts som en prioriterad grupp. Det finns en bild av att de har det väldigt bra och att de ska kunna jobba på. Jag fick till och med veta av en finansiär att läkarna inte är en prioriterad grupp och att det var anledningen till att jag fick avslag.

Inom sjukvården har historiskt sett istället sjuksköterskor och undersköterskors arbetsmiljö studerats. De är också yrkeskategorier som under en längre tid haft hög sjukfrånvaro. Men enligt Emma Hagqvist har den bilden förändrats något de senaste åren.

– Lärares sjukfrånvaro ökar mest i Sverige idag och kvinnliga läkares är i samma nivå som sjuksköterskornas. Så det finns starka indikationer på att något inte är rätt, men vi behöver kart-

lägga vad det är för att kunna göra någonting åt det.

– Vår långsiktiga målsättning är att kunna göra fler upprepade datainsamlingar på individnivå för att på så sätt se vilka arbetsfaktorer som påverkar hälsan, istället som för nu när vi kan se hur olika faktorer relaterar till varandra.

I vårt grannland i väst har man en helt annan tradition av att studera läkares arbetsmiljö och hälsa. Legeforskningsinstitutet, LEFO, är en firstående forskningsenhet som finansieras av norska läkarföreningen. Där har man sedan 1990 samlat in data på individnivå från norska läkare om deras arbetsmiljö och hälsa.

– Det vi har sett är att det i Norge inte har skett samma stegring av sjukfrånvaron som här. Men eftersom vården är så kontextuell så är det svårt att göra jämförelser utan att ha siffror som kan jämföras. Vi samarbetar med LEFO för att kunna se om resultaten visar vad som är skillnaden, säger Emma Hagqvist.

I och med att covid-19 drog in över

Sverige precis efter att projektet dragit igång har Emma Hagqvist och hennes kolleger fått skriva en aning på originalplaneringen. En extra fråga om hur det är att arbeta under pandemin har lagts till och i slutet av oktober var man i full gång med de intervjuerna. Trots att alla data inte är insamlad eller någon analys utförd ser Emma Hagqvist ändå vissa tendenser i de svar som inkommit. Bland annat vittnar många om att det har varit en "bottom-up-rörelse", att det varit läkarna själva som tagit rodret och styrt upp pandemivården eller att det funnits en ledning som gett dem den rollen, som har upplevts som något positivt. Men också att det funnits en avsaknad av ett bra ledarskap under pandemin.

Många beskriver också att det man har upplevt som något jättejobbigt och jättetufft – att minnena aldrig kommer att försvinna – men samtidigt att man inte skulle vilja ha varit utan erfarenheten nu när pandemin väl var här. Många av de intervjuade läkarna säger också att de har upplevt en maktlöshet i det man har mött på sjukhusen – där många patienter dött och man inte har vetat hur man skulle motverka att det hände. På en del sjukhus har man varit tydlig i att ge stöd på olika sätt, till exempel genom samtalsterapi, medan man på andra håll inte har erbjudit någonting och låtit personalen själva söka eventuellt stöd.

– Jag har ju inte gjort analysen än, men i mitt huvud finns det en slutsats av att regionerna behöver kliva fram och ta ett ledarskap och ansvar för att hälso- och sjukvården ska bli hållbar. Och att göra det genom att skapa en god arbetsmiljö och en god hälsa, säger Emma Hagqvist och fortsätter:

– Om det kommer en andra våg så måste regionerna fundera på hur den omställningen ska ske utan att personalen helt bränner ut sig. Och jag tror att det behövs en större nationell samordning för det.

Anna Sofia Dahl

Kan vi göra lite mer?

Vi har alla träffat dem. Patienter som inte gör som vi förväntar oss. Ibland har de diagnoser från psykiatri som kan förklara deras svårigheter, ibland inte. Eftersom jag jobbade i psykiatri före AT har jag uppmärksammat de "svårare" patienterna lite extra under mina olika placeringar. Jag tycker överlag att alla kollegor inom kirurgiska såväl som medicinska specialiteter behandlat patienter med psykiatriska svårigheter väl. Men i några fall har jag fått en gnagande känsla av att vi kunde ha gjort lite mer.

Det pratas ibland om den somatiska okunnigheten inom psykiatri. Och kanske ligger det ett korn av sanning i det. Men hur är det med den psykiatriska kunnskapen inom somatiken? Vad hjälper det att någon är en skicklig kirurg om hen inte kan övertyga sin patient om att han eller hon behöver opereras? Eller att det finns en uppsjö av välfungerande diabetesläkemedel när patienten glömmer bort att ta dem och inte kommer på sina återbesök?

Jag hade hand om en patient med ett personlighetssyndrom på min psykiatriplacering på AT. Hen kunde inte sätta ord på hur hen mådde och det var svårt att få till ett ömsesidigt samtal. "Jag vet inte" var svaret jag fick på i stort sett alla frågor. Men patienten hade också ett avvikande labbvärde. Så vi pratade om det i stället. Och det gick bättre. Jag bollade handläggning med medicinkonsulten. Patienten blev engagerad i att få ordning på sitt värde och vi kunde jobba mot ett gemensamt mål. Hen mådde även psykiskt ganska stabilt under vårdtiden.

Jag tror att det vore bra om psykiatri och somatiken närmar sig varandra mer. Att vi samarbetar kring patientens hela sjukdomsbild och inte bara skjuter över det som inte rör vårt specialitetsområde till den andra. För det är så mycket som hänger ihop. Till

exempel kan psykiatriens mediciner vara livräddande men också ge biverkningar. De sätts inte sällan ut när patienter läggs in på somatiken. Om, när och hur de ska återinsättas kan vara en svår balansgång mellan risk och nytta som kräver gemensam eftertanke.

Jag har flera personer i min närhet med adhd och har därför lärt mig en del om olika svårigheter som de med funktionsnedsättningen kan ha. Och om hur man kan hjälpa dem. Jag har många gånger på medicinblocket träffat patienter med adhd som blivit sjukare än de hade behövt bli om de hade klarat att gå på sina återbesök, hämta ut sina mediciner och hålla sig till rekommendationerna.

En gång hade jag, tillsammans med en fantastisk överläkare, hand om en kroniskt sjuk patient med adhd som behövde täta uppföljningar efter utskrivningen. Vi bad personalen på mottagningen att göra en liten speciallösning för att underlätta för patienten. Jag såg sedan att patienten hade kommit på sitt första återbesök och på en uppföljande radiologisk undersökning. Det kanske hen hade gjort oavsett. Men det kändes ändå bra.

Vi har sällan något annat facit för om vi försökt tillräckligt än vårt eget samvete. Men det måste vi vårda. För samvetsstress kan skada oss. Ibland avböjer en patient den behandling vi föreslår trots våra bästa försök att informera och då ska vi förstås respektera det. Men då kan vi göra det med ett gott samvete.

Christine Takami Lageborn



Stor skillnad på tacket för insatserna under pandemin

Ekonomisk ersättning, friskvårdsbidrag eller nya arbetsskor? Det är stor skillnad på vad läkare och annan vårdpersonal runt om i landet har fått som tack för insatserna i pandemin.

I Region Östergötland har de anställda fått var sitt presentkort på 500 kronor, vilket inte direkt var vad man hade hoppats på, enligt läkarföreningen.



▼ – Många anställda tycker att de lika gärna kunde ha varit utan den här gåvan. 500 kronor extra för arbetet i pandemin? Det är väl inget att ha. Så resonerar många, och jag kan hålla med. Det känns onödigt, säger Carin Larnert Hansson (bilden), ordförande för Östergötlands läkarförening.

Drygt hälften av regionerna har på olika sätt beslutat om särskild ersättning till läkare och annan vårdpersonal för arbetet i pandemin, enligt Sjukhusläkarens pejling. I Västra Götalandsregionen fattade regionstyrelsen i våras exempelvis beslut om att all vårdpersonal som jobbar med covid-19-patienter fram till 30 juni skulle få 500 kronor extra per pass. I Västmanland fick läkare som jobbade inom covid-intensivvården, vid sidan av ett antal förmåner, en engångsersättning på 20 000 kronor. Och i Region Stockholm var ju krislägesavtalet och dess ersättningsregler aktiverat inom intensivvården från början av april till slutet augusti. För att nämna tre exempel.

En tredjedel av regionerna har, grovt sett, samtidigt tagit beslut om olika former av presenter och gåvor. Region Örebro län har till exempel beslutat om ett gåvokort om 1 000 kronor och höjd friskvårdsersättning med 2 000 kronor för regionens samtliga medarbetare. Region Uppsala har på liknande sätt,

förutom ersättning för flyttad semester, tagit beslut om att höja friskvårdsbidraget till 3 000 kronor, samt ge ersättning för nya arbetsskor på 1 000 kronor till medarbetarna som arbetat nära covid-19-patienterna.

Fem regioner, däribland Skåne och Västerbotten, har i sin tur inte infört någon särskild ersättning eller liknande alls.

I Region Östergötland har läkare och annan vårdpersonal slitit hårt under pandemin, inte minst inom intensivvården.

– Vårdpersonalen har generellt gjort

en fantastisk insats i pandemin. Utan personalens hårda och lojala arbete hade situationen varit en annan. Att regionen då vill ge medarbetarna ett presentkort på 500 kronor... Det gör varken till eller från, säger Carin Larnert Hansson.

De flesta medarbetarna i Region Östergötland har kunnat ta ut semester mellan juni och augusti, enligt regionens eget underlag. Inom vissa delar av intensivvården har dock enbart tre veckors semester beviljats under perioden. Ett antal anställda har ändå kunnat få ytterligare semester under sommaren. I annat fall har medarbe-

tarna fått en fjärde semestervecka under hösten.

– Vi har verkligen kämpat för de som inte har fått semester som vanligt. Det handlade visserligen om ett fåtal anställda inom thoraxanestesi, men det är så klart likafullt en viktig fråga, säger Carin Larnert Hansson.

Läkarföreningen drev kravet att alla anställda som inte fick sin semester som vanligt skulle få dubbelt så många semesterdagar, men regionen vägrade. I stället fick alla samma ersättning oavsett lön: 1 600 kronor per dag som man inte kunde ta ut, upp till de 20

dagar som man ska ha rätt till.

– Det var en stor besvikelse. Cheferna skyllde på att det var ett politiskt beslut. Det är klart att en undersköterska som får 1 600 kronor blir mycket gladare än en läkare. Många läkare kände att de i praktiken inte fick någon ersättning.

Se vad regionerna gav i ersättning eller gåva – nästa uppslag >>>



Så belönade regionerna de som kämpat mot pandemin

Sjukhusläkaren har frågat regionerna om de beslutat om någon särskild ersättning, satsning eller gåva till läkare och annan vårdpersonal som kompensation eller tack för deras insatser i samband med pandemin.

Så här svarade de:

Blekinge

Regionen har inte beslutat om någon särskild ersättning eller gåva till vårdpersonalen som kompensation eller tack för insatserna i pandemin.

Dalarna

Läkare som har arbetat jour på anesthesi-, operation- och intensivvårdskliniken har fått extra jourersättning under den största toppen av coronapandemin. I övrigt finns det inget klart besked om ekonomisk kompensation för medarbetare i dagsläget.

Gotland

Någon särskild ersättning, gåva eller liknande har inte diskuterats.

Gävleborg

Avtal har träffats för att säkerställa bemanningen under pandemin och då med fokus på tid för återhämtning. Mer konkret har det handlat om en tidsbegränsad förstärkning av jouravtalet för läkare inom verksamhetsområde anesthesi under pandemins topp.

Förstärkningen, som alltså inte gäller längre, innebar extra ekonomisk ersättning eller kompensationsledighet. Samtliga läkare har också fått en utökad möjlighet att spara fler semesterdagar samt mer kompensationsledighet.

Halland

Läkare och annan vårdpersonal har vid



sidan av befintliga avlöningsförmåner fått särskilda ersättningar kopplade till semesterperioden 8 juni till 30 augusti. Ett exempel är att flera personalgrupper som jobbade i stället för att ha semester under perioden fick extra ersättning med timlön x 1,5 utöver grundlön vid dagpass och timlön x 2,0 utöver grundlön vid kvälls- och nattpass.

Medarbetare på Hallands sjukhus som fick en semestervecka förlagd i september fick 15 000 kronor som kompensation.

Jämtland/Härjedalen

I regionen har semesterperioden förlängts in i september med ekonomisk kompensation för anställda vars arbete berörs direkt av pandemin. Regionen har vid sidan av det inte fattat beslut om några särskilda ersättningar eller liknande till vårdpersonalen.

Jönköping

Regionen beslutade om högre ersättning för övertid. Arbetsvärderingstillägg på 4 000 kronor för personal inom covid-avdelning, intensivvårdsavdelning och infektionsavdelning. Regionen beslutade också om presentkort till alla medarbetare på 500 kronor. Varje arbetsplats fick även 300

kronor per medarbetare för att genomföra "trivsselfrämjande aktivitet".

Kalmar

Inför sommaren erbjöd regionen läkare, sjuksköterskor och undersköterskor särskild ersättning för att flytta delar av semestern. Det handlade främst om läkare som skulle ta extrapass mot 160 procent ersättning inom några verksamheter. Totalt handlade det om ett 15-tal pass.

Kronoberg

Regionen har inte infört någon särskild ersättning, gåva eller liknande som kompensation eller tack för vårdpersonalens insatser.

Norrbottnen

Regionen införde en tillfällig ersättning på 550 kronor per arbetspass som medarbetare utför på en annan ort än den man vanligen jobbar på. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar kliniskt med covid-19-patienter omfattas av ersättningen.

Skåne

Regionen har i nuläget inte fattat beslut om någon särskild ersättning med anledning av covid-19. För sommarbemanningen har regionen sedan tidigare haft ersättningar för extrapass och flyttade semesterveckor.

Stockholm

Mellan 3 april och 31 augusti var krislägesavtalet aktiverat inom regionens intensivvårdsverksamheter.

Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som anvisats att arbeta under krislägesavtalets förutsättningar fick den ersättning som avtalet utger.

Under våren hade medarbetare som avtalat bort rätten till övertidsersättning möjlighet att få ersättning

Pizzerians tack var större än regionens

Under pandemin har läkare och annan vårdpersonal i Region Kronoberg, i likhet med på andra håll, dragit ett tungt lass och de anställda fortsätter att göra viktiga insatser. Att i den situationen inte ge personalen någon extra ersättning, gåva eller liknande är trist. Det säger Edvard Lekås, ordförande för Sjukhusläkarna i Kronobergs län.

– Det känns konstigt när den lokala pizzerian, som har bjudit på pizzor, har visat mer öppen uppskattning än regionens ledning, säger han.

Region Kronoberg meddelade den 20 oktober att sjukhusen går upp i stabsläge. Antalet inläggande patienter med covid-19 hade på kort tid mer än fördubblats, samtidigt som platsläget på sjukhusen är ansträngt med överbeläggningar på många avdelningar. Planerade operationer ställdes in för att hålla nere antalet inläggande patienter och frigöra personal.

– Det är ju problematiskt varje gång en operation stryks. Vi har redan långa väntetider, dels på grund av pandemin, dels som en följd av en ombyggnation. Jag antar att regionen vill signalera att det kan vara början på en andravåg som vi ser.

Edvard Lekås beskriver hur många i



Ägaren Mizgin Keser, här tillsammans med Hassan som hjälper till i köket. Personalen på Bara Pizza i Växjö bjöd vid ett tillfälle i april anställda på akutmottagningen på gratis pizza. Pizzerian har också gratis utkörning till vårdpersonalen på sjukhuset. Mizgin Keser säger att det är självklart att stötta personalen som gör ett fantastiskt arbete i pandemin.

personalen, främst under våren och i början av sommaren, har tvingats att slita hårt i vården av covid-19-patienter. Långa arbetspass, tung skyddsutrustning och dålig luftkonditionering.

Läkarförbundet lokalt har påtalat att det vore lämpligt med någon form av extra kompensation. Under en period fanns även diskussioner om att

aktivera krislägesavtalet.

– När det var som flest covid-19-patienter krävdes en extra jourlinje inom intensivvården. Men det har inte tecknats några nya avtal, så vitt jag vet, säger Edvard Lekås.

Vad hade du helst sett att arbetsgivaren hade gjort?

– Jag hade helst sett en mer generös inställning mot uttag av flexitid.

Avtalsenligt har ju arbetsgivaren rätt att "hyfsa till" flexitiden två gånger per år, vilket betyder att en massa timmar stryks. Man bestämde dock att låta bli att göra det under april, och jag hade gärna sett att man lät bli även framåt.

Martin Myrskog, regiondirektör i Region Kronoberg, framhåller att regionen för närvarande tittar på frågan om en gåva till medarbetarna.

– Vi är oerhört tacksamma för våra medarbetares insats i pandemin, och har också påtalat det i många olika sammanhang. Som vi ser det är pandemin och insatserna inte över, men vi har ändå beslutat om en lite större gåva till alla medarbetare i Region Kronoberg som ett tack från oss i ledningen. Vi håller just nu på att planera detta.

Adam Öhman

för övertid vid arbete med covid-19-patienter.

Sörmland

Regionen tecknade lokala kollektivavtal för medarbetare inom intensiv-

vården, som gav extra ersättning och möjlighet till återhämtning.

Medarbetarna i regionen fick även en sommargåva, och friskvårdbidraget höjdes till 5 000 kronor per år fram till och med 2021.

Läkare med inlöst övertid fick temporär övertidsrätt och ett lokalt kollektivavtal om beredskap med kort varsel infördes även temporärt under veckodagar.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Uppsala

Regionstyrelsen har beslutat att höja friskvårdsbidraget till 3 000 kronor. De medarbetare som har jobbat nära covid-19-patienter får även 1 000 kronor till nya arbetsskor. Regionen har också beslutat om extra ersättning för flyttad semester. Medarbetare som får en semestervecka i september eller december får 9 000 kronor, medan anställda som får en vecka i oktober eller november får 12 000 kronor.

Värmland

Medarbetare som inte har fått fyra veckors sammanhängande ledighet kompenseras med 5 000 kronor utöver de ersättningar som regleras via allmänna bestämmelser (AB).

Västerbotten

Regionen har inte beslutat om särskild ersättning, gåvor eller liknande. Antalet covid-19-patienter som har fått vård har varit relativt lågt i regionen.

Västernorrland

På avdelningar som vårdade covid-19-patienter höjdes ersättningen för flyttad semestervecka från 15 000 till 25 000 kronor. Regionstyrelsen har också beslutat om att symboliskt tacka regionens medarbetare genom att ge dem 500 kronor per person för att genomföra en "gemensam trivsel-skapande aktivitet".

Västmanland

Alla anställda i regionen har fått ett gåvokort på 1 000 kronor. Parkering på sjukhusområdet har varit och är gratis året ut. Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och fysioterapeuter inom covid-IVA har också fått en engångsersättning på 20 000 kronor.

Västra Götaland

Regionstyrelsen fattade beslut om extra ersättning mellan 1 april och 30 juni. Beskedet var att all vårdpersonal som jobbade nära covid-19-patienter med skyddsutrustning skulle få 500 kronor extra per pass.



Medarbetare som har jobbat nära covid-19-patienter belönas med 1 000 kronor till nya arbetsskor i Uppsala. Foto: Bengt von Zur-Mühlen

Örebro

Regionen avser att ge ett gåvokort om 1 000 kronor till alla anställda, som också får höjt friskvårdsersättning med ytterligare 2 000 kronor i år.

Östergötland

Regionen har inte beslutat om någon särskild ersättning som riktar sig specifikt till vårdpersonal.

Alla medarbetare inom regionen har emellertid fått var sitt presentkort på 500 kronor, som de har kunnat använda inom det lokala näringslivet.

Medarbetare som inte kunde ta ut sommarsemester i vanlig ordning fick 1 600 kronor per dag som man inte kunde ta ut, upp till de 20 dagar som man ska ha rätt till.

Adam Öhman

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder

▼ Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarföreningens Understödsfond och Stiftelsen Lasarettsläkaren Gustaf Wennerströms donationsfond. Fonderna delar ut medel till behövande medlemmar i Sjukhusläkarna eller till medlemmars efterlevande.

Som behövande enligt Skatteverket anses en person vars sammantagna inkomst understiger fyra prisbasbelopp och förmögenheten understiger ett prisbasbelopp. Prisbasbeloppet för

2020 är 47 300 kronor.

Från understödsfonden kan understöd vidare utgå till medlemmar som har särskilt behov. Behovet av understöd bedöms från fall till fall utifrån den totala familjekonomin.

Särskild **ansökningsblankett** samt riktlinjer för fondutdelningen kan rekvideras från Sjukhusläkarnas kansli wendela.zetterberg@slf.se eller laddas ner från www.slf.se/sjukhuslakarna/ Vi ber Dig att noggrant svara på upp-

gifterna i ansökningsblanketten. Observera att alla fält ska fyllas i. För att kunna göra rätt bedömning begär vi också att Du bifogar kopia av Din senaste **slutskattsedel** samt - om Du är studerande - en plan över utbildning och redovisning av studieresultat. Vid frågor går det bra att kontakta Sjukhusläkarnas kansli, tel 08-790 34 50.

Sista ansökningsdag är den 28 december 2020.

"Regionerna klarar inte uppdraget att ordna BT- och AT-platser"

När bastjänstgöringen införs nästa höst beräknas cirka 450 utlandsstudenter inom EU/EES ha färska svenska legitimationer och vara aktuella för den nya tjänsten, men antalet lediga platser väntas bara bli cirka 140 stycken. Aida Mikaeili, ordförande för SLF Student Utland, betonar att bristen på platser är oroväckande.

▼ – Den är allvarlig inte minst med tanke på den specialistbrist som råder. Platsbristen medför ju att läkare inte kommer vidare i karriären. De kan inte komma ut i sjukvården och bidra och göra skillnad, säger hon.

– Den här flaskhalsen blir av allt att döma ännu smalare än den befintliga AT-flaskhalsen, vilket naturligtvis är bekymmersamt. För mig är det obegripligt att man inte tar tag i de här problemen på en gång, särskilt med tanke på att man under lång tid har kunnat se problemen med AT, säger Aida Mikaeili.

Sammantaget väntas i grova drag 5 400 läkare som har utbildat sig i ett annat EU- och EES-land bli aktuella för BT under perioden 1 juli 2021 till 1 juli 2027, då den första studentkullen utbildade i Sverige ska vara klar med den nya sexåriga läkarutbildningen.

Från år 2027 beräknas cirka 1 700 läkarstudenter årligen ta examen med legitimation i Sverige, enligt siffror från SLF Student. Det betyder att cirka 2600

Nu kräver utlandsstudenterna att regeringen griper in



Aida Mikaeili, ordförande för SLF Student Utland, säger att det är obegripligt att inget har gjorts för att säkerställa BT-platserna.

läkare varje år väntas vara i behov av att genomföra BT. I dagsläget finns dock ingenting som tyder på att det kommer finnas tillräckligt med platser.

– Det krävs en statlig, nationell dimensionering av antalet BT-platser. Det är tydligt att det inte fungerar att regeringen driver på för att införa bastjänstgöring, men också för att ordna fler utbildningsplatser på läkarutbildningen, medan det är regionerna som ska ordna AT- och BT-platser i andra änden. Regionerna klarar inte sitt uppdrag. Regeringen måste ordna upp situationen, säger Aida Mikaeili.

Många läkarstudenter som utbildar sig utomlands har hört av sig till SLF Student Utland med frågor om de stora förändringar som är kopplade till bastjänstgöringen. Frågetecknen har länge varit många, till stor del som en följd av att regeringen har dröjt med att

presentera övergångsreglerna.

– Situationen har varit särskilt frustrerande för de studenter som tar examen till sommaren, säger Aida Mikaeili.

En fråga som har diskuterats mycket inom SLF Student Utland är den om hur platsdimensioneringen och fördelningen kommer att se ut efter att de första studenterna som utbildats i Sverige blivit klara med den nya sexåriga läkarutbildningen.

– Det finns en oro bland våra medlemmar att studenterna i Sverige ska få en gräddfil, vilket skulle gå ut över utlandsstudenterna. Vad händer med utlandsstudenterna som har stått länge i BT-kön om andra får förtur?

Parallellt med att formerna för bastjänstgöringen sätter sig ska AT successivt fasas ut.

Planen är att studenter som har påbörjat den nuvarande läkarutbildningen med krav på AT för legitimation ska ha rätt att examineras inom ramen för detta upplägg fram till och med 2029. Det har också varit tal om att studenter med läkarexamen från annat EU och EES-land fortsatt ska ha möjlighet att få göra AT i Sverige.

– Det senaste året har vi rekommenderat studenter som har planer på att studera utomlands att endast söka legitimationsgrundande utbildningar.

– De flesta utbildningarna i Europa leder ju till legitimation, men studenter i till exempel Polen där utbildningen inte lett till legitimation har ju ofta kommit till Sverige för att göra AT. Men som läget är nu rekommenderar vi inte att utbilda sig i Polen, med undantag för dem som kan språket tillräckligt bra för att kunna göra AT där.

Adam Öhman

Om bevisläget i svensk hälso- och sjukvård och vikten av systematik

Det kanske bara är inbillning, men jag tror att det har hänt något. Jag menar förstås med forskningen i Sverige när det gäller hälso- och sjukvårdssystem under de senaste, säg, tio åren eller så. Den har, vill jag oblygt påstå, blivit både större och bättre.

Utvecklingen i Sverige har följt en ganska bred internationell trend där forskning i hälsosystem, hälso- och sjukvårdspolitik och i vårdvetenskap har ökat och i viss utsträckning också blivit bättre. Det i sin tur speglar åtminstone delvis ett ökat intresse och förståelse för behovet av systematisk kunskap också när det gäller ekonomiska, organisatoriska och styrningsmässiga aspekter på hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av den här utvecklingen så är det glädjande att se att mycket av den här forskningen faktiskt återspeglas i många av de stora rapporter och utredningar som produceras med jämna mellanrum, inte minst av "förlaget" SOU. Åtminstone om man går igenom rapporternas referenslistor. Låt vara att dessa ofta domineras av andra SOU-rapporter och liknande materia, men i många fall så verkar utredarna faktiskt ha både sökt och funnit forskningsrelaterat material.

Det är dock inte alltid som det också återspeglas i utredningarnas innehåll, varken i den del som man lite generöst skulle kunna kalla "analys" eller i den del som ligger under avsnittet Rekommendationer.

Nu ska inte det här bara tolkas som illvilligt gnäll av en försmädd forskare. Det är nämligen inte helt lätt att säga vad vi faktiskt har fått ut av all den här forskningen. Vad vet vi egentligen om

hur hälsosystem bäst bör organiseras? Vad är egentligen kostnadseffektivt av allt som görs inom vården? Hur bör vårdgivare ersättas för att vården ska bli både effektiv och jämlik? Svaren på de här och andra liknande frågor är tyvärr långt ifrån glasklara.

Det är dessutom svårt, ja, kanske till och med fel, att använda forskningsstudier på så sätt som många utredare och andra gör. En enskild studie är nämligen inte evidens för någonting. Den är i bästa fall ett bra bidrag till evidensbasen i en viss fråga. Och den vet vi bara något om när den har sammanställts på ett systematiskt sätt av kompetenta personer. Sådana finns det på till exempel SBU och inom Cochrane-samarbetet. Det vore alltså bra om man i referenslistorna i de här utredningarna hittade rapporter från sådana organisationer.

Efter att ha plöjt igenom en lång rad utredningar så kan jag dock tyvärr bara konstatera att systematiska kunskaps-sammanställningar tillhör en mycket liten minoritet av underlagen till det som ska styra svensk hälso- och sjukvårdspolitik under de kommande åren, åtminstone till nästa utredning står färdig.

Det här är nog ett problem, men det är inte helt lätt att beskriva i vad det i så fall består. Det kan ju vara så att det finns systematiska granskningar av olika forskningsfrågor, men att de visar att evidensen är så begränsad eller av så låg kvalitet att den inte går att använda i policyutvecklingen. Eller så är det så att det faktiskt inte finns tillräckligt många sådana granskningar att hänvisa till när en utredare vill försöka formulera en rekommendation i en fråga.

Det är förstås en kombination av

dess två alternativ. Men det första är ett stort problem som borde få konsekvenser. Jag tror inte att evidensen inom hälsosystemforskningen är så mycket sämre än den är inom, säg, psykiatri, socialt arbete eller kriminologi. Men det görs alltför många dåliga studier inom många forskningsfält. Ingen, förutom doktoranden och dennes handledare, är förtjänta av de här studierna.

SBU gör just nu en granskning av kunskapen kring "kontinuitet i vården". Många tycks hävda att det är det viktigaste av allt och att det i stort sett är synonymt med kvalitet i vården (det är det inte). Granskningen kommer att publiceras nästa år, men jag kan redan nu avslöja att slutsatsen kommer att bli ungefär som när de granskade s.k. "värdebaserad vård": Kunskapen brister... rejält!



Björn Ekman, hälsoekonom

Här är motionerna till Läkarförbundets fullmäktigemöte

Detta vill Sjukhusläkarna

Vänd på bevisbördan för arbetsskadeersättning när vårdpersonal smittats av covid-19, stoppa hälsofarlig slamspridning och omvandla SKR till myndighet. Det är några av frågorna som Sjukhusläkarna ska driva i samband med Läkarförbundets fullmäktigemöte.

▼ Sjukhusläkarna står bakom 11 motioner som ska behandlas under Läkarförbundets fullmäktigemöte, som äger rum i Stockholm 18 till 19 november. Deltagare som inte vill eller har möjlighet att närvara på plats i huvudstaden kan vara med på mötet digitalt, som en följd av situationen med coronavirusets spridning.

Här följer en genomgång av motionerna som Sjukhusläkarna på egen hand eller med andra föreningar har arbetat fram.

Vänd på bevisbördan för ersättning när vårdpersonal smittats av covid-19

▼ Från arbetsgivarhåll har argument om att arbetstagare måste bevisa att smittan har skett på arbetsplatsen hörts. Mot bakgrund av det lyfter Sjukhusläkarna i två snarlika motioner fram att förbundet ska verka för att omvänd bevisbörda ska tillämpas vid smitta som skulle kunna hänföras till arbetsplatsen, respektive resor till eller från den, vilket alltså skulle innebära att det är arbetsgivaren som får bevisbördan.

Sjukhusläkarna vill också att arbetsgivaren står för karensdag och erbjuder full lönekomensation och pensionsavsättningar vid smitta.

Arbetsskada ska ersättas av AFA

▼ Enligt Sjukhusläkarna är det av stor vikt att arbetsskada ska ersättas av AFA oavsett om det står på ILO-listan eller inte. I detta sammanhang vill Sjukhusläkarna att förbundet driver frågan om en översyn av Arbetsmiljölagen för att anpassa den till dagens och framtidens arbetsmarknad.

Kommunernas äldrevård behöver en medicinskt ledningsansvarig läkare

▼ Sjukhusläkarna framhåller att coronakrisen tydligt har visat att kommuner lider av brister i det medicinska ledningsansvaret.

Tillsammans med Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF) anser Sjukhusläkarna att Läkarförbundet ska arbeta för en förstärkning av den medicinska kompetensen i kommunerna, en chefsläkarfunktion i form av en medicinskt ledningsansvarig läkare i varje kommun, samt att Sveriges Läkarförbund aktivt driver frågan om utökad läkartid i särskilda boenden och hemsjukvården.

Omvandla SKR till en myndighet

▼ En fråga som inte är helt ny är

kritiken mot Sveriges kommuner och regioners (SKR) bristande insyn.

Svensk lagstiftning slår fast att offentlighetsprincipen ska tillämpas i alla myndigheter, samt i kommunala bolag. På ett ytligt plan kan det förefalla som att SKR ingår bland dessa organisationer, men Sjukhusläkarna menar att SKR har utvecklats från att vara en renodlad arbetsgivarorganisation till att bli en ständigt växande organisation med nya uppgifter.

Tillsammans med Upplands allmänna läkarförening yrkar Sjukhusläkarna att Läkarförbundet i samhällsdebatten ska verka för att SKR ska bli en myndighet och omfattas av kraven på offentlighet.

Staten bör finansiera den högspecialiserade vården

▼ Enligt Sjukhusläkarna är tiden mogen att helt flytta över det ekonomiska ansvaret för den högspecialiserade vården, som enligt beräkningar motsvarar cirka en procent av sjukvården. Ambitionen är att säkerställa en jämlik tillgång till den högspecialiserade vården som inte påverkas av enskilda regioners ekonomi.

Utebliven ersättning förhindrar läkare att rådge myndigheter

▼ Myndigheter behöver inte sällan läkare som rådgivare i olika sammanhang. Dessvärre finns dock ekonomiska hinder för läkare att vara med och bidra. Dessa insatser kräver att man lämnar kliniken utan att man

Den hälsofarliga slamspridningen måste upphöra



▼ Sjukhusläkarna, Svensk förening för allmänmedicin och Läkare för miljön har gjort gemensam sak och driver att Läkarförbundet ska verka mot spridning av miljöfarligt slam, samt stödja slamutredningens alternativa förslag om en successiv utfasning av slamspridning på åkermark.

I Sverige tippas årligen minst 60 000 ton torkad slam från

hushålls-, industri- och dagvattenavlopp på landets åkrar. Drivkraften bakom slamspridningen är inte minst att bli kvitt stora volymer, men också att slammet innehåller gödselämnen. Fördelarna måste dock, enligt föreningarna, vägas mot det faktum att slammet innehåller många hälsofarliga ämnen.

kompenserar för lönekostnad och produktionsbortfall.

Sjukhusläkarna och Svenska Distriktsläkarföreningen yrkar att SLF ska arbeta för att ersättning utgår för löne- och produktionsbortfall till vård-

givare så att läkare kan delta i hälso- och sjukvårdsutvecklingen.

AT/BT bör finansieras nationellt

▼ Sjukhusläkarna poängterar tillsam-

mans med Sveriges yngre läkares förening att det är uppenbart att SKR och regionerna inte uppfyller åtagandet att tillsätta AT-tjänster för att möta det behov som finns, samt att slå vakt om att innehållet i tjänsterna motsvarar kraven.

Enligt föreningarna skulle en nationell finansiering öka viljan hos regionerna att tillsätta AT och BT. Därför vill de att Läkarförbundet ska verka för att läkares utbildningstjänster finansieras statligt, att det finns ett statligt ansvar att fördela antalet läkares utbildningstjänster till regionerna, samt att läkares utbildningstjänster kvalitets-säkras genom inspektioner.

I en annan motion argumenterar föreningarna på liknande sätt för att förbundet ska verka för att regioner som inte utbildar AT-läkare i den utsträckning som krävs ska betala vite, samt att Sveriges läkarförbund ska verka för att regioner som låter icke-legitimerade läkare arbeta utan legitimerad kollega på plats också ska betala vite.

Trenden med färre andel läkare på högre befattningar måste brytas

▼ Det finns många tecken på att antalet chefer inom hälso- och sjukvården ökar, men att andelen som är läkare minskar på det hela taget.

För att råda bot på denna utveckling vill Sjukhusläkarna och Chefsföreningen att Läkarförbundet mer aktivt ska arbeta för att läkare ska ha de relevanta högsta tjänstemannarollerna i regioner, på myndigheter och i andra strategiska positioner.

Adam Öhman

Sjukhusläkarna i europeiskt samarbete för att stärka det medicinska ledarskapet

Sjukhusläkarnas europeiska engagemang samordnas inom ramen för AEMH – Association Européenne des Médecins des Hôpitaux, eller Europiska föreningen för sjukhusläkare och chefer.

▼ Sjukhusläkarnas ordförande Karin Båtelson är sedan 2018 andre vice ordförande i styrelsen.

Den 23 oktober sammanträdde AEMH och en av frågorna var etableringen av en europeisk ledarskapsakademi. "European Academy on Clinical Leadership" ska bli en kvalitetssäkring för chefs- och ledarskap uppdelat i två delar: en för de som tänker sig chefskap och en för de som redan är chefer.

Styrning, krisledning, kvalitetssäkring och forskning kommer värderas, liksom kommunikationsträning och diskussioner om etiska aspekter. Akademien är tänkt att bli en av de godkända målbeskrivningarna inom UEMS (European Union of Medical Specialists).

Handlingsplanen ska nu färdigställas och arbetet fortsätter.

– Fler chefer med medicinsk kompetens är just nu en mycket angelägen fråga mot bakgrund av pandemin, eftersatta vårdbehov och



Karin Båtelson, ordförande i Sjukhusläkarna.

utmattad personal. Vi vet alltså att läkare kan bidra positivt som chefer och beslutsfattare och att det gör sjukvården mer effektiv med bättre arbetsmiljö och säkerhet. Tyvärr går utvecklingen åt fel håll i många länder och det behöver vi vända, säger Karin Båtelson.

Fortsatt debatt om chefskap
Sjukhusläkarna fortsätter även tillsammans med Sveriges läkarförbunds chefsförening att debattera bety-

delsen av det medicinska ledarskapet i sjukvården.

Sjukhusläkarna arrangerade tidigare i höstas seminariet "Läkare som chefer – en självklarhet efter pandemin?" där flera läkare som är chefer berättade om fördelarna: att snabbt kunna sätta sig in i beslut, fördelar vid rekrytering av olika personalkategorier samt förmågan att kunna göra medicinska prioriteringar.

Seminarieret följdes upp med en debattartikel i Dagens medicin med rubriken "Fler läkare som chefer borde vara självklart".

Meningen är inte att exkludera andra personalkategorier som chefer i sjukvården, men fördelarna med den högsta medicinska kompetensen i ledande ställning måste lyftas, menar Sjukhusläkarna, något som bland annat visas i rapporten "Physicians' role in the management and leadership of health care", publicerad av Medical Management Centre vid Karolinska institutet.

En forskningsöversikt visar också att medicinsk kompetens hos chefer i sjukvården bidrar positivt när det gäller alla viktiga faktorer som vårdkvalitet, resursanvändning och personaltillfredsställelse. Troliga orsaker är ökad legitimitet och trovärdighet i organisationen.



VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

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

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

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVA) 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.



HAN RÄKNAR MED DIG

Familjen räknar med honom.
Hjälp honom att minska sin risk att drabbas av en ny kardiovaskulär händelse.^{1,2}



Repatha® minskar den kardiovaskulära risken hos patienter med mycket hög risk, såsom patienter med hjärtinfarkt, som står på maximal tolererbar dos statin och ezetimib.^{1,2}

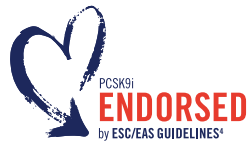
NT-rådet rekommenderar landstingen att i första hand välja Repatha® som är det mest kostnadseffektiva alternativet av PCSK9-hämmarna.³
Se <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande> och sök på Repatha® för rekommendationen i sin helhet

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

Repatha® (evolokumab) 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 kost-omläggning: ■ 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.se



1. Sabatine MS, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2017;376:1713-1722
2. Repatha (evolokumab) produktresumé, April 2020
3. <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande>
4. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-88.
SE-REP-0920-00002 september 2020. ©2020 Amgen Inc. All rights reserved.