

Coronakrisen drabbar alla — även de vanliga kirurgpatienterna

När det här skrivs, 23 mars 2020, har stora delar av Sverige stannat och sjukvården rustat för en stor våg av covid-19-patienter. Ännu har inte det katastrofscenari vi fruktat inträffat. Svensk Kirurgi har fått en intervju med Johan Styrud, docent och överläkare i kirurgi på Danderyds sjukhus och ordförande i Stockholms Läkarförening.



ANNA LEIFLER
Stockholm
anna.leifler@svenskkirurgi.se

Hur kan vi som kirurger bäst hjälpa till i rådande kris-situation?

Det är en svår fråga. Det viktigaste är att vi måste se till att den ordinarie vården av akut sjuka kan fortgå som vanligt. Vi måste ta hand om de som kommer in med akut tarmvred, akut kolecystit, appendicit eller andra akutkirurgiska åkommor. Det får inte bli som i Italien där den normala akutvården nästan inte får några resurser alls. Det är steg ett. Steg två är att se över bemanningen om man ska öppna många fler intensivvårdsplatser – då kommer det att krävas folk.

"Den ordinarie vården av akut sjuka måste fortgå som vanligt."

De flesta kirurger har jobbat sex–tolv månader på narkosen (och är ju inte helt obildbara) så det är möjligt att vi måste hjälpa till där. Man har redan börjat planera och utbilda för just det. I det värsta scenariot kommer mycket resurser att behöva lokaliseras till intensivvårdsplatser. I Italien har det varit den svåraste frågan att lösa. Till Älvsjöspåret (det planeras för ett fältsjukhus i Älvsjö-mässan, red anm) har man tänkt mobilisera all narkospersonal och samtlig personal från privatvård.

Vi har inte brist på ventilatorer, men brist på personal?

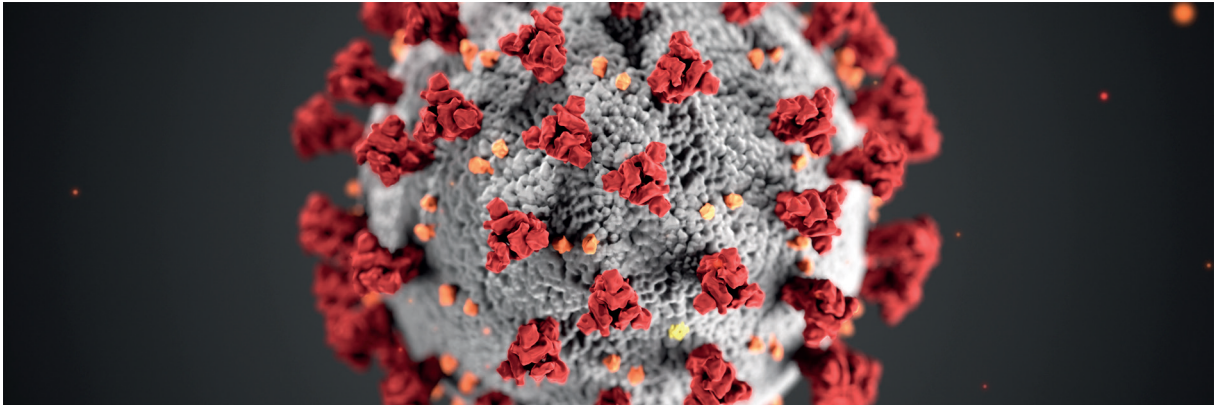
Det är brist på personal, en enorm brist. Man har ju skurit ned vården så kraftigt de senaste åren med minskat personalantal, färre vårdplatser och IVA-platser etcetera. Då uppstår de här konsekvenserna; om någonting händer så har vi inte tillräcklig kapacitet.

I EU ligger Sverige i botten på antal vårdplatser och antal IVA-platser, är det ett problem?

Ja, det är ett problem. Och region Stockholm ligger i botten i Sverige, så vi ligger verkligen illa till här. Första coronavågen går hårdast i storstadsregionerna, särskilt i Stockholm. Den initiala utvecklingen har dock inte varit riktigt så dramatisk som befarat, så vi har inte nått taket



Johan Styrud.



för vad sjukvården orkar med än så länge. Men var det kommer att landa –det vet ingen.

Hur är planerna med externa vårdplatser på Älvsjömässan?

Man har som förslag att, om utvecklingen eskalerar snabbt, starta med vårdplatser i Älvsjömässan. Men det går inte att ordna på en gång, man beräknar att man har en startsträcka på cirka fyra veckor. Det blir då ett samarbete mellan regionen och militären. Utrustning finns det ganska gott om, i olika lager finns respiratorer och NIV (non-invasiv-ventilatorbehandling)-apparater och andra lösningar. Personalfrågan är det stora problemet här.

Det verkar vara brist på adekvat skyddsutrustning för sjukvårdspersonal?

Ja, det är fruktansvärt. När vi gick in i den här krisen för nu tio dagar sedan så fanns det 5000 uppsättningar av skyddsutrustning i Stockholmsregionen för personal. Om man får in en patient på IVA som behöver ligga sövd och intuberad så går det åt enorma mängder skyddsutrustning. Det är ofattbart att man inte har haft större beredskapslager. Uppfattningen och förhoppningen var att man ganska snabbt skulle kunna köpa in mera, men så har inte fallet varit. I slutet på förra veckan kom det andningsmasker via Socialstyrelsen, men de går åt snabbt så det gäller från dag till dag att få in ny skyddsutrustning. Det är viktigt både att skydda personal från smitta och att se till att smittan inte sprids mellan inneliggande patienter.

Vad har skyddsombuden på de olika sjukhusen för roll i den här situationen?

De har en extremt viktig roll för arbetsmiljön är oerhört viktig. Tillgång till skyddsutrustning krävs. Att man inte säkert har kunnat säga vilken skyddsutrustning som behövs är ett problem i sig. Jag är positiv till olika kreativa lösningar, som den här arbetsledaren på Södersjukhuset som åkte till byggvaruhuset och köpte saker. Men har man ingen skyddsutrustning alls och ska

handha patienter så blir det svårt. Det kan också leda till att man hamnar i svåra situationer. Om en patient med misstänkt infektion får hjärtstillestånd framför dina ögon så är det svårt att stoppa arbetet för att man inte har skyddsutrustning. Man gör sitt jobb. Men här måste arbetsgivaren verkligen ta sitt ansvar.

Har det kommit några uppgifter gällande ökad tillgång till skyddsutrustning framöver, med exempelvis ökad inhemsk produktion och import?

Nej. Inga uppgifter har delgivits från centralt håll. Sedan vet vi inte exakt hur man ska skydda sig; vad som är ett

måste och vad som inte är det. Förra helgen på Södersjukhuset var det komplett slut på samtlig skyddsutrustning, då åkte en driftig chef till en byggmarknad och köpte andningsmasker. Man

måste vara öppen för okonventionella lösningar. Vara kreativ. Sen kan man ha som lärdom efteråt att vi behöver ha större lager.

De krav som Socialstyrelsen har haft på regionerna gällande lagerhållning har frångåtts, varför då?

Man har frångått kraven ganska hårdhänt –för att spara pengar. Det som har varit ledord har varit ”just in time”. Det är fantastiskt när det fungerar, men när det inte fungerar är det inte särskilt bra.

Sjukvårdspersonal som ingår i olika riskgrupper (äldre, lungsjuka, personer med nedsatt immunförsvar tex), hur ska vi se på dem?

Tyvärr har ingen velat göra en lista på vilka som tillhör en riskgrupp och vilka som inte gör det. Men exempelvis de som du nämner tillhör ju ur läkarsynpunkt absolut en riskgrupp. Då måste en klok chef se till att ta bort dig från den här patientgruppen. Det finns många andra saker som ska göras samtidigt i sjukvården som de personerna kan utföra istället. Det känns självklart att vi måste få en lista, kanske från regionen, men allra helst från Socialstyrelsen, över vilka som tillhör riskgrupp av vårdpersonal. Det vore rimligt att Socialstyrelsen såg till

"Ofattbart att man inte har haft större beredskapslager."

att samma regler gäller för hela Sverige så att inte olika regioner gör på olika sätt. Det är upprörande att personal som nyligen genomgått cytostatikabehandling ska komma in snabbt för att arbeta i den här situationen, de får absolut inte bli sjuka i covid-19. Eller de med annan underliggande sjukdom. Det är otroligt viktigt. Våra anställda måste ha en god arbetsmiljö och fungerande skyddsutrustning.

I Storbritannien och Danmark har man gjort tydliga listor av det här slaget, ska vi se dem som föregångsländer?

Absolut. Danmark har ju nationell styrning, de har tvångslagar som är rester från andra världskriget så då är det lättare för staten att peka med hela handen. De har gett en tydlig lista på vad som gäller. Listorna från Storbritannien och Danmark skiljer sig lite åt, men är utmärkta underlag för att göra en liknande lista i Sverige. Jag skulle önska att vi hade en sådan här lista så att man visste exakt vilken personal man ska undanta. Samma sak med den extrapersonal som kallas in.

I Italien har flera läkare avlidit, samtliga män i 50–70 årsåldern, vad kan vi lära av det?

Inom intensivvården i Italien arbetar övervägande män så det kanske hänger ihop. Dödsfallen i Kina och i Italien ser inte ut på riktigt samma sätt. Vad det beror på är svårt att säga, om det beror på skillnader i inrapportering och handläggning eller rentav en mutation av viruset. Det kommer vi att få reda på först senare.

Sydkorea respektive Italien har haft olika angreppssätt och helt olika utfall. Kan vi lära oss något från dessa länder?

Ja. Jag tycker att det är helt befängt att vi inte har möjlighet att testa i stor skala. Dels alla som kommer in till akutmottagningarna på alla sjukhus i hela landet, dels all personal. Det vore väldigt skönt att veta om patienten hade covid-19 eller inte. Ja eller nej. Samma sak med personal, är du lite förkyld på måndagsmorgonen efter



Adekvat skyddsutrustning för vårdpersonal saknas.



Test för Covid-19 är en bristvara.

att du har umgåtts med dina barn hemma vore det bra att få veta om det är coronasjuka eller en vanlig bonddförkylning. Som ett exempel har dialysavdelningen på Danderyds sjukhus gått ned till dialysbehandling 2 ggr per vecka istället för 3 ggr per vecka beroende på att så mycket personal är hemma. Tänk om du hade ett test och kunde få ett ja eller ett nej!

Det är brist på reagens för att kunna utföra tester, hur löser vi det?

Det är "just in time"-tänket här också; vi ska inte ha några större lager utan köpa in när det behövs hela tiden.

Nu vill ju alla regioner i Sverige, ja hela världen, köpa samma sak på en gång. Då blir det bekymmer. Sen finns det snabbtester som har den nackdelen att de inte har riktigt lika hög

träffsäkerhet, den kanske ligger omkring 85 procent. Men 85 procent träffsäkerhet kontra att inte testa måste ses som väldigt bra.

Finns det någon information om testmöjligheter för framtiden?

Trycket på regionledningarna är stenhårt för att få fram fler tester och kritiken gällande just den här frågan har varit enorm.

Tester för att se genomgången infektion?

Jag pratade med en immunolog för några timmar sedan och han påstår att det ligger en liten bit in i framtiden, det är inte riktigt färdigt än. Men det vore mycket bra att kunna se vilka som redan har passerat det här. De kan ju "gå in i smeten" och jobba utan att vara rädda.

Hur är den vetenskapliga evidensen för immunitet?

De som skriver verkar inte vara helt eniga, men om man tolkar det sammantaget så är övervägande rapportering sådan att man blir immun efter genomgången infektion. Det är inte hundra procentigt, men väldigt hög sannolikhet för att man blir immun.

"Befängt att vi inte har möjlighet att testa i stor skala."

Vilka konsekvenser kan coronapandemin få för de svenska kirurgpatienterna?

Det finns många aspekter. Det kommer att bli väntetid avseende kirurgi för benigna åkommor. Personer som är under utredning för eventuellt malign sjukdom riskerar att få sina utredningar uppskjutna. Vi vet inte hur mycket vi kommer att tvingas förlänga förloppet på utredningar. Det kan bli så att utredningar förlängs så att det påverkar resultatet avsevärt. En väldigt viktig sak vi inte får glömma bort är att vi kommer att ha ett flöde av vanliga akutpatienter precis som tidigare. I Italien har utfallet för de vanliga diagnoserna, tarmvred, appendicit och kolecystit tex, blivit sämre då den här gruppen förbises. De behöver vård och operation och de behöver få bli friska de också -med ganska korta vårdförlopp. Det kommer att krävas stora resurser framöver för att hantera de vårdköer som nu byggs upp. Beroende på hur lång tid den här krisen varar blir följderna olika allvarliga. Tar det upp emot 6 månader kommer konsekvenserna för våra köer att bli enorma.

Vad kan vi lära oss av det här inför nästa epidemi?

Platsläget i sjukvården i Sverige är helt otillräckligt. Beläggingsgraden har varit över 100% den senaste tiden, vilket är orimligt. Operationssalarna har använts maximalt och vi har kört i 110-tempo hela tiden. Vi har organiserat om vår vård och använt managementkon-

Intensivvårdsplatser med respirator i Sverige		
	1993	2018
Civilt	1 300	534
Militärt	900	40
Buffert	2 100	0
Totalt	4 300	574

Antalet intensivvårdsplatser med respirator har minskat kraftigt sedan början av 90-talet. Ref: Socialstyrelsen.

"De svåra besluten tas på golvet."

sulter för att få saker bättre. Och så märker man att det här blev inte bra. Det är självklart att sjukvården måste byggas om så att det finns lite luft i systemet. Då kan vi klara av eventuella toppar med ökad belastning mycket

bättre. Hade vi haft ett större antal vård- och IVA-platser hade det varit mycket lättare att hantera den här epidemin. Det är centralt att man efter det här sätter sig ner och går igenom vad som gick fel -och vad som var bra.

Då får vi försöka se till att det blir som det var förr; att det finns lite luft i systemet och att vi har ett lager av saker både på sjukhus- och regionnivå. Sen måste man lyssna på professionen. Vi som är på golvet vet hur saker fungerar.

Och få in professionen i beslutsfattande positioner?

Ja, verkligen.

Värsta scenariot?

Det värsta scenariot är att toppen av vågen blir mycket högre än vad vi har kapacitet för så att vi på intensivvårdsavdelningen eller den vanliga vårdavdelningen har större behov än möjligheter och måste välja mellan patient A eller B. Jag vill att sjukvården ska räcka för alla patienter. Ibland måste vi välja bort behandling för patienter när vi märker att det är utsiktslöst att göra saker. Men det är skillnad att behöva välja mellan en 40- 60- och 80-åring för att det bara finns plats för en av dem. Det är det värsta och det kommer att skapa en etisk stress. Socialstyrelsen skulle i slutet av förra veckan komma ut med guidelines, men det har de ännu inte gjort. Jag tycker att Socialstyrelsen måste ge tydliga riktlinjer för hur vi ska välja, vilken patient som ska få gå först. De svåra besluten tas på golvet. I varje enskilt fall och av varje enskild vårdgivare.

Bästa scenariot?

Det är att vågen inte blir så spetsig utan att kapaciteten inom sjukvården orkar med. ■