

Transkribering av avsnitt 36 av Sahlgrenskapodden – infektionsläkaren svarar på allmänhetens frågor.

AG: Anders Goliger

MG: Magnus Gisslén

MG: Alla siffror pekar åt fel håll kan man säga. Det kommer fler och fler patienter och vi har en jättestor samhällsspridning. Det ser inte bra ut inför jul och nyår tyvärr.

AG: Hej och välkommen till Sahlgrenskapodden, där vi i det här avsnittet kommer gå igenom de vanligaste frågorna om covid-19, vaccin och spridning av coronaviruset. Med mig för att prata om detta är Magnus Gisslén, professor och infektionsläkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Välkommen tillbaka!

MG: Tack så mycket.

AG: Du har kommit att bli vår vanligaste gäst här och det är otroligt positivt att du tar dig tid att svara på frågor och suget är enormt efter kunskap.

MG: Vad roligt, det är trevligt att vara tillbaka.

AG: Vi brukar börja med att du får en fråga, vi spelar in nu och det är fredagen före jul. Hur är situationen nu på SU?

MG: Alla siffror pekar åt fel håll kan man säga. Det kommer fler och fler patienter och vi har en jättestor samhällsspridning. Det är ingen tvekan om att det är en bred och stor spridning. Och så ökar antalet patienter och vi ser en tendens till ökning av de svåra fallen som går till intensivvård. Det ser inte bra ut inför jul och nyår.

AG: Hur är känslan ute på Infektionskliniken?

MG: Det är tufft. Just jul och nyår om det nu finns risk att semestrar fryser inne så är det tufft och folk är pressade. Samtidigt har vi vårt yrke och vi sköter våra patienter och alla gör sitt bästa och tar tag i detta, vi har en fantastisk personal. Det är inte det vi hade önskat inför helgerna.

AG: Samtidigt är det den här explosionen av kunskap och forskning, mycket kanske görs med hast, och det är svårt att värdera. Men det kommer hela tiden nya studier, finns det någon som kommit på sistone som du tycker sticker ut?

MG: Det kommer jättemycket studier och många är fantastiskt bra gjorda. En kraftsamling från hela vetenskapssamhället i hela världen och det är klart att det som sticker ut mest är framtagandet av vaccin mot covid-19 på en rekordtid. Detta saknar motstycke i historien när det gäller att ta fram ett nytt läkemedel och vaccin. Det ser faktiskt väldigt lovande ut och det hoppas vi mycket på framöver.

AG: Jag såg ett par kurvor från de här två som är aktuella nu där man såg placebogruppern, många fick covid-19 medan de som fick vaccinet utan att veta om det, man visste inte vad man fick, där var kurvan bara helt rak egentligen och det såg väldigt effektivt ut.

MG: Man hade innan hoppats på att hitta ett vaccin med skyddseffekt på kanske 50, 60 procent hade man varit ganska nöjd. Och nu verkar det vara 90 procent, kanske så mycket som 95 procent. Det är fantastiskt. Det är ett ljus i tunneln.

AG: Precis som förra podden har vi bitt lyssnare komma in med frågor och det är bland annat följare på SU:s instagram och via podden. Du är också expert i radio, du medverkar i Ring P1, så det vore kul att höra din reflektion ifall det är någon skillnad på frågorna.

MG: Vi får se, många frågor återkommer så klart och det ändras så klart med tiden också.

AG: Jag tar nu här ur det som har kommit in. Kan man bära på smitta och smitta andra, trots att man inte har symtom?

MG: Ja, det kan man. Man smittar någon dag innan man blir sjuk och får symtom och sen är man som allra mest smittsam i början runt den tiden man får symtom. Sedan minskar smittsamheten och efter en vecka är man mycket mindre smittsam. När man inte har symtom, så är det svårare att smitta eftersom man inte hostar vilket sprider viruset. Är man nära, och typ exempel är familjen, där kan man absolut smitta.

AG: Hur kan man mäta detta? Tittar man på en individ och mäter under 20 dagar?

MG: Sådana studier finns där man mäter hur mycket virus och att det verkligen är smittsamt. Sen vet vi också att det finns enstaka individer som kan sprida smittan väldigt lätt, så kallade superspridare. Det finns flera beskrivna händelser, på pubar, restauranger, köror. Personer som inte har haft så mycket symtom men som har smittat många människor. Det är klart att vissa är lite smittsamma och andra är mycket smittsamma.

AG: Vad är det som avgör vad som är vilket?

MG: Det vet vi inte. Men avgörande är hur mycket virus man har i luftvägarna. Sen är det andra faktorer också, och sammanhanget. Vi vet att det sprids mycket enklare inomhus när det är dålig ventilation än utomhus.

AG: Vad är det som avgör hur sjuk i covid-19 man blir? Vissa kan få milda symtom och nästan inte märka det, och andra hamnar på intensivvård och vissa riskerar att avlida. Finns det någonting man kan säga om vad det är som avgör vilka som får vad?

MG: Vi är långt ifrån att veta exakt och vi får fler och fler ledtrådar. Alla infektioner drabbar olika hårt. Det är ett sätt för arten att överleva. Skulle alla dö av en infektion så skulle det inte finnas någon mänsklighet. Genom alla tider har vi drabbats av infektioner där vissa blir svårt sjuka och dör, och andra överlever. Det är samspelet mellan de genetiska faktorerna, hur ser vi ut genetiskt med vår arvs massa, och viruset. Vi har lärt oss nu att det finns vissa

genetiska varianter som ger en ökad risk för att bli svårt sjuk. Man har hittat flera sådana i arvsmassan.

AG: Det finns en genetisk risk att bli sjuk alltså. Kan man se det på något sätt?

MG: Det är inte så enkelt. Det är många faktorer som spelar in, men det kan vara så i vissa fall. Så här är det också med andra sjukdomar, till exempel med influensa. Ett exempel är att om man har en variant som ger ett försämrat interferon-svar, alltså interferon är en del av det vi kallar det specifika immunförsvaret som kör igång direkt när man får en virusinfektion. Många av de som blir svårt sjuka har ett försämrat interferon-svar. En del av de har man kunnat koppla till att man har mutationer som gör att svaret är sämre.

AG: Blir det en skillnad i smittsamhet om man får covid-19 en andra gång?

MG: Ja det är inte helt utrett, men det verkar som att man får lägre virusreplikation den andra gången om man har en viss immunitet. Att man inte blir lika allvarligt sjuk, får lägre virusmängder och blir mindre smittsam. Men det kan säkert finnas undantag och det är inte helt utrett.

AG: Kan man testa positivt innan man visar symtom?

MG: Absolut, det kan man. En del utvecklar inte symtom överhuvudtaget. Har man virus och tillräckligt mycket virus i luftvägarna så blir man positiv när man testar.

AG: Hur stor är risken att bli smittad i matbutiken om man håller avstånd?

MG: Jag skulle säga att det är en låg risk. Det går inte att säga att den är noll, men det är en låg risk. Vi vet att det som krävs för smitta är att det är nära kontakt under lite längre tid inomhus. I matbutiken kan man för det mesta hålla avstånd och då är risken väldigt liten.

AG: Det är mycket diskussioner om detta, nu har vi sett en mycket stor ökning och i början nämnde man kopplingen till Black Friday, att människor ger sig ut och knör, som vi säger i Göteborg, på reor. Har du någon kommentar till det? Är det i de sammanhangen det sprids mycket smitta, tror du?

MG: Det kan vara så att det sprids smitta där, och särskilt när du säger att man knör. Kan man hålla avstånd, så är det bra. Men kan man inte så ska man inte vara där. Är det någon som inte har några symtom eller väldigt lindriga symtom, och står man då lite längre tid nära så finns en risk att man kan bli smittad. De situationerna ska man definitivt undvika.

AG: Handlar du själv i affären?

MG: Ja det gör jag, jag handlar mat, och ser absolut till att hålla avstånd och jag undviker andra typer av affärer.

AG: Hur effektiva är munskydd mot coronavirus?

MG: Ja, det är en bra fråga. Man får dela upp den frågan. Det vi vet är att munskydd skyddar bra i vissa situationer, det är till exempel därför vi använder de i sjukvården. Vi vet att de filtrerar bort viruspartiklar och det är också så att beroende på vad det är för munskydd, att de skyddar mot inkommande viruspartiklar. Det vet vi. Sen är den stora frågan vad det har för effekt om man använder det i samhället, vad har det för betydelse för smittan i samhället. Där är det som alla vet en diskussion, många har olika åsikter och väldigt starka åsikter. Vi vet inte riktigt vilken betydelse det har i det breda, det är många som säger att det finns övertygande bevis för att det har effekt men så är det inte. När det gäller den delen, skyddet i samhället, så finns det inte bra studier som faktiskt visar vilket skydd det har. Det behöver inte betyda att det inte skyddar. Men vi har inte det vetenskapliga underlaget, och då blir det mycket åsikter förstås. När det gäller användandet av munskydd i vårdsituation så finns det mycket data som visar att det skyddar.

AG: Är inte det ett underbetyg till vetenskapssamhället? Man har haft några epidemier på sig att studera munskydd i befolkning?

MG: Ja, det kan jag tycka är ett underbetyg. Även under den här pandemin har man faktiskt haft möjlighet att göra flera studier. Randomiserade, stora studier skulle vara möjligt att göra men har inte gjorts.

AG: Om man tittar på omvärlden länder emellan. Finns det några intressanta mönster, för så som jag har förstått det finns det både länder som har haft en ganska stor grad av lockdown men där man ändå fått mycket smitta, och det finns också det omvända länder som har haft lite mer öppet som inte har fått så mycket. Kan man se några tydliga mönster, tycker du?

MG: Det som finns evidens för är hur det sprids. Kan man då förhindra att människor träffas utanför den närmaste kretsen så har det effekt, det är ingen tvekan om det. På det sättet skyddar en nedstängning, om den fungerar. Det här med att inte kunna gå ut är ganska meningslöst, men att inte träffas på andra sammanhang, och det finns ju nackdelar med det också. Vissa länder har haft oerhört strikta förhållningsregler och lagar som har drabbats väldigt hårt. Men det beror också på hur väl efterlevnaden är.

AG: Hur länge kan viruset leva utanför kroppen, på till exempel ytor?

MG: Det beror på vad det är för yta, man kan säga att det kan finnas virus som kan smitta under något dygn max. Det kan leva i timmar upp till dygn.

AG: Då kan man tänka sig en superspridare som trycker på en knapp i en hiss någonstans. Då skulle den knappen teoretiskt kunna smitta vidare väldigt många?

MG: Ja, teoretiskt sätt absolut. Det är därför det är viktigt med handhygien och att tvätta sina händer och sprita av. Sen hur viktig smittkälla det är för smittspridningen i samhället är osäkert. Jag tror inte att det är någon jätteviktig smittspridningskälla, utan att veta helt säkert.

AG: Vad vet man om graviditet och covid-19? Hur ska man tänka som gravid? Man hör så olika.

MG: Det kom uppgifter alldeles nyss från en svensk studie där man ser att gravida har en liten ökad risk att bli svårt sjuka. Sen beror det på vad man menar med liten ökad risk, man har en klart ökad risk jämfört med andra unga kvinnor i samma ålder, för att bli svårt sjuk i slutet av graviditeten. Däremot finns det inga studier som visar att barnet kan påverkas negativt. Studien visar att det finns en ökad risk för gravida att bli svårt sjuka, som det gör med många andra infektioner. Som gravid ska man vara försiktig, och det gäller inte bara covid utan även andra infektioner som man kan skydda sig från.

AG: Sen kommer vi in på en annan fråga som det har varit omdiskuterad och som vi även hade uppe i förra podden, och det är det här med långtids-covid. Vad är de senaste rönen om orsaken till långtids-covid och behandlingsmetoder?

MG: Tyvärr har det inte kommit så mycket vetenskaplig data ännu sen vi pratade om det här senaste. Jag tror att vi då sa att vi inte vet, och det är nog faktiskt samma svar nu. Man spekulerar om olika orsaker, om det kan vara någonting med autoimmunitet, att börjar bilda antikroppar. Det kan vara så i vissa fall, men det är inte bevisat att det är så. Vi som infektionsläkare som ser svårt sjuka patienter i andra infektioner vet att man kan få väldigt långdragna symtom och det kan ta lång tid innan man blir helt återställd. Här pågår forskning men det har inte kommit så mycket resultat än.

AG: De som blir allra svårast sjuka och kräver intensivvård, hur ser skillnaden ut i vården de fick i våras och nu?

MG: Vi har lärt oss ganska mycket när det gäller behandlingar att det har en betydelse när det gäller dödligheten, till exempel att vi ger proppförebyggande behandling aggressivt till många, kortisonbehandling till många när man har en kraftig inflammation. Man väntar med respiratorbehandling så länge det går, istället ger man höglödessyrgas, och det gör så klart att vårdtiderna blir kortare. Sen ser vi också att de som läggs in på sjukhus är en lite annan grupp än vad det var i våras. Vi har fler som kommer in och kanske behöver lite syrgas i några dagar och sen kan man gå hem. De såg vi inte riktigt i våras och jag tror att de flesta inte kom in till sjukhus. Man låg hemma och egentligen hade man behövt syrgas, men inte så mycket att man blev dödssjuk. Man klarade sig hemma. Vi har lite lindrigare sjuka patienter på sjukhuset nu, vilket är väldigt bra för då kan man också undvika att man blir svårt sjuk. Den kliniska blicken och det kliniska omhändertagandet, både på vårdavdelningen men också på intensivvården, man vet hur man ska sköta patienterna, på vilket sätt är det bäst att ge syrgas, vilken är bästa sättet att ställa respiratorer på, det här med bukläge för vissa. Hela det kliniska omhändertagandet är också viktigt för att prognosen faktiskt är bättre.

AG: När man såg bilderna från Italien och Lombardiet, det var en del av det att så många blev rädda för den här sjukdomen. Man såg bilderna på bukläge, överfulla intensivvårdsavdelningar. Jag har hört lite olika om bukläge, att man inte behöver lägga lika mycket. Men du kommer tillbaka till det ändå? Vi använder det fortfarande?

MG: Absolut men det är inte så att det används till alla, men för en del visar det sig att det fungerar väldigt bra.

AG: Vi har precis publicerat en film internt här på SU, den kommer också publiceras externt för er som vill se, den är några minuter från året som har gått och du är med i den. Och säger att det har varit ett omtumlande år, både yrkesmässigt och privat. Beskriv lite, hur har det påverkat dig?

MG: Det gäller oss alla, både de som jobbar inom sjukvården och de som inte gör det. Det här har varit någonting som ingen av oss någonsin har varit med om tidigare. Vi har förändrat våra liv på gott och ont. Vi längtar alla tillbaka till en slags normalitet då man kan träffa andra människor på ett annat sätt än vad vi gör nu och de här sociala kontakterna som många mår väldigt dåligt av att inte få. Arbetsmässigt har det varit helt annat än det jag har gjort tidigare. Det har varit oerhört mycket fokus på en sak, för min del när det gäller den kliniska verksamheten, men framför allt för forskningen. Ett helt nytt område, ett helt nytt virus och på många sätt väldigt spännande att lära sig någonting nytt. Jag har hållit på med annan typ av forskning, jag har hållit på med HIV under jättemånga år och får nu veta mer om ett helt nytt virus. Det är klart att det har varit stimulerande. Samtidigt som det är oerhört hårt och svårt att se personerna som har varit jättesvårt sjuka och som har dött i detta och allting runtomkring. De som har förlorat sina jobb, de som sitter ensamma. Det är väldigt, väldigt speciellt för oss alla. Det här är någonting som vi kommer att komma ihåg hela livet.

AG: Nu kommer vi in på det här med vaccin. Vilka är vaccinen som kan bli godkända i Sverige?

MG: Det är jättemånga vaccinstudier som pågår och kandidater som finns. De första som kommer att få besked om på europeisk nivå den 23 december, och det är Pfizer Biontechs vaccin som är ett så kallat RNA-vaccin. Det är även det andra, som vi tror kommer bli godkänt, som är från Moderna, ett liknande koncept. Sen har vi Oxford Astra Zeneca som är ett lite annat koncept, ett vektor-baserat vaccin. De två första är de som säkert kommer att börja med, om det blir godkänt vilket vi alla tror att det blir. Det är ett helt nytt koncept för att ge ett vaccin, och det är det som har visat så oerhört goda resultat i studierna. Det det också kan leda fram till är att det här nya konceptet ger också stora möjligheter för vaccin mot andra sjukdomar. Så framöver kommer det här att vara oerhört betydelsefullt och vi kommer kunna hitta sätt att snabbt få vaccin mot nya epidemier och gamla sjukdomar på ganska enkla sätt. Det man gör då är att man ger RNA, messenger-RNA, som är ett litet hölje kan man säga, för att det ska kunna ta sig in i cellen. Normalt sett brukar man ge ett protein och så börjar kroppen bilda antikroppar mot det. Här ger man då det här RNA:t som kodar för protein, det tar sig in i cellen och sen använder det cellens fabrik för att framställa proteiner, och då bildar den de här proteinerna, som är spike-proteinet i SARS-CoV-2, som sen kroppen börjar bilda antikroppar mot. Man tar bort ett steg och låter kroppen själv göra det. Vilket då visar sig vara ganska effektivt. Dessutom är det lätt att koda mRNA:t för andra proteiner, och då kan det funka mot andra virus. Det här är någonting som man har forskat på länge och man har försökt ta fram olika typer av vaccin mot cancer med den här metoden, men kommersiellt har man inte haft något vaccin med det här konceptet tidigare.

AG: Samtidigt finns då, och jag vet inte hur utbrett det är, det talas om en oro för vaccinering, kommer befolkningen att vilja vaccinera sig. Det är viktigt att man känner den här tilliten att man gör det för att vi ska kunna nå immunitet i befolkningen, och då hänvisar

man till detta med svininfluensan. Finns det någon anledning till oro för de här nya vaccinerna?

MG: Nej, det tycker jag inte. Det vi vet från de stora studierna som görs är de vanligare biverkningarna, det kan man redan nu säga att de vanligare biverkningarna är ovanliga. Några allvarliga vanliga biverkningar finns inte.

AG: Då är det 1 på 1000 eller 1 på 100? Hur har man testat?

MG: Ja, någonstans 1 på 1000. Biverkningar som kan förekomma 1 på 10 000 eller 1 på 100 000 eller 1 på miljonen, så skulle det kunna vara så att det finns allvarliga biverkningar, det finns ingenting som är biverkningsfritt. Samtidigt måste man väga det mot risken att bli svårt sjuk av covid-19. Hur stor är den risken? Jo den är mycket större än vad risken att få en svår biverkan är. Det som är bra är att man börjar vaccinera riskgrupper, vi kommer snart få extremt mycket data på de här vaccinerna från hela världen eftersom det är så oerhört många som kommer att vaccineras. Så börjar man med de äldre, de som är i riskgrupp, sjukvårdspersonal, och så småningom när det visar sig att vi förhoppningsvis inte har några allvarliga biverkningar så börjar man med lite yngre åldersgrupper. Och det tror jag är väldigt klokt. Man ska inte börja med de som är yngst innan vi riktigt har all data. Man måste ändå väga för- mot nackdelar och veta att det kan förekomma biverkningar, för så är det absolut.

AG: Ska man vaccinera sig om man är ung och inte tillhör någon riskgrupp?

MG: Man ska inte stå först i kön i alla fall. Däremot ska man vänta tills de flesta andra är vaccinerade och ta sitt beslut när man blir erbjuden. Sen så är det här frivilligt så klart, det finns de som inte vill ta det och det får man ha respekt för. Jag personligen skulle aldrig tveka att göra det, jag ser konsekvenserna av vad en svår sjukdom gör och det vill jag inte ha. Jag tar mycket hellre ett vaccin med den möjliga lilla risken att det kan finnas ovanliga biverkningar. Men jag vet att risken för att bli jättesvårt sjuk i covid-19 är klart större.

AG: Om man har haft covid-19 och har antikroppar, hur ska man tänka kring vaccin?

MG: Det är en bra fråga där vi inte har bra svar än. Vi kommer inte att mäta antikroppar på alla som ska vaccineras, så många som har haft covid-19 kommer att vaccineras. Så har man börjat nu i Storbritannien och i USA vaccinerar man även de som har haft det. Något farligt tror jag absolut inte att det är. Och sannolikt är det så att man får ett bättre immunförsvar om man haft infektionen innan. Vi får se lite, all data finns inte än.

AG: Kommer vi behöva vaccinera oss mot covid-19 varje år som mot säsongsinfluensan?

MG: Personligen tror jag inte att man kommer få något livslångt skydd av vaccinationen. Det finns två delar i det, det ena är att kroppens immunförsvar försvagas under tiden man behöver en ny dos. Sen finns det också risk att viruset ändras genom tiden, det här verkar som ett ganska stabilt virus som inte muterar lika mycket som andra. Den risken finns och då kommer man behöva ett nytt vaccin. Hur ofta det kommer att behöva ges vet vi inte än.

AG: Hur lång tid tror du att det tar tills livet återgår till det normala om vi får ett vaccin 2021?

MG: Det är ett gigantiskt projekt att vaccinera så många och det kommer att ta tid. Oavsett vad vi gör kommer smittspridningen att gå ner fram i slutet på våren och sommaren blir sannolikt som den var nu i somras. Kan man då under den här perioden vaccinera upp tillräckligt många, riskgrupperna, de äldre, sjukvårdspersonal och en hel del andra, så fram tills hösten är min förhoppning att vi ska ha ett helt annat läge än vad vi har haft den här hösten. Sen kommer vi säkert att ha en del fall under hösten, men säkert mycket mindre om det här fungerar med vaccinet, och det tror vi att det ska göra. Hösten 2021 ska vara klart bättre, är min förhoppning.

AG: Hur går snacket i din profession kring detta med vaccin, ser man fram emot det?

MG: Vi som jobbar som infektionsläkare och personal på Infektion känner väl till den här fantastiska utvecklingen andra vacciner har lett till. Man glömmer lätt det. Vi ser ingen polio som det var väldigt mycket av tidigare och få kommer ihåg det. Mässlingen som tog många barns liv tidigare, vi ser knappt det. Och många andra sjukdomar också. Vacciner är fantastiskt för den medicinska utvecklingen och det moderna samhället. Vi hade haft ett helt annat samhälle idag annars. Grunden är att vi är väldigt positiva till vaccinet, sen ska man förstås ha respekt för det och att det testas ordentligt, som de här vaccinerna för covid-19 har blivit. Man har haft väldigt grundlig och stora studier, och vi har en läkemedelsmyndighet i Europa som är oerhört grundlig innan man godkänner vaccinerna.

AG: Nu har vi hunnit med ganska många frågor. Är det någon skillnad på frågorna du får här i Sahlgrenskapodden eller de du får när du medverkar i annan radio?

MG: Faktiskt ingen större skillnad, mycket återkommer och man har samma funderingar både här och utanför SU.

AG: Vi är många som tänker i ungefär samma banor nu.

AG: Tack **Magnus Gisslén** för att du kom till Sahlgrenskapodden! Jag som intervjuat heter Anders Goliger och är kommunikationsdirektör på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Jag är nyfiken på vad du som lyssnare tycker om podden! Hör av dig till mig och berätta! – eller tipsa mig om gäster eller ämnen. Tack för att du har lyssnat – vi hörs snart igen!
