

En sjukdom med många ansikten – några reflektioner över COVID-19

När denna ledare skrivs i maj och början av juni 2020 så har pandemin för COVID-19 pågått i fem månader. Kunskap om detta nya virus har ökat, men mycket är fortfarande okänt. Sjukdomen har fått namnet covid-19, en förkortning av coronavirus disease 2019. I en tidigare ledare, *Corona, kris och möjligheter*, diskuterades omställningar som är viktiga att återvända till när samhället startar upp igen. Främst klimatkrisen (1).

I denna ledare finns några frågor och reflektioner som vi säkert kommer tillbaka till, kanske som temanummer framöver, då det finns många socialmedicinska och folkhälsovetenskapliga perspektiv som kan läggas på pandemin. Vad kan hälsofrämjande arbete bidra till respektive lära sig av pandemin? Varför var dödligheten så hög på de svenska äldreboendena? Vad betyder det att så många sjuka i COVID-19 finns i den s.k. Mittemellan-gruppen med långdragna febertillstånd? Hur reagerade civilsamhället på pandemin?

För att förhindra spridning har en del länder stängts ner medan andra är i en fas där de håller på att öppnas efter tidigare nedstängning. Aldrig tidigare i modern historia har ett hälsoproblem haft ett så överväldigande inflytande i alla sektorer av samhället – ”Health in all policies”.

1. Kunskap om hälsofrämjande i pandemibekämpning

Hälsofrämjande kan i förstone tyckas ligga långt från det som behövs för att bekämpa en pandemi där hjältarna återfinns bland virologer, epidemiologer och läkare och sköterskor som vårdar och förhindrar sjukdom. Å andra sidan handlar bekämpning av smittspridning om att påverka mänskligt beteende som att tvätta händerna, bära munskydd och skyddande handskar samt hålla avstånd, s.k. social distansering. Detta är nyckelkompetenser hos de som arbetar med hälsoupplysning och hälsofrämjande (2). Kärnan i hälsofrämjande är att ge stöd till människor att ta kontroll över det som påverkar vår hälsa. Hälsofrämjande som disciplin kan påverka hotet från COVID-19 på olika nivåer. Nedströms med fokus på individuellt beteende och hantering av sjukdom, mittströmsnivån påverkar organisationer och lokalsamhällen och uppströms utforma policys som påverkar befolkningen.

Individuell beteendepåverkan

Men att påverka människors beteende är inte lätt och att få följsamhet till rekommendationer eller lagar om det nya viruset är ofta ineffektivt. Det räcker

oftast inte med bara information. Medverkan i förändring av beteende kräver att man tror att man själv kan hotas, att hotet är allvarligt, att de föreslagna åtgärderna är effektiva för att hindra smittspridning och att man tror att det är möjligt att genomföra de föreslagna åtgärderna för prevention. Människor kan hysa tveksamheter inför dessa åtgärder, till exempel om man vet att det framförallt är äldre som drabbas eller personer med annan sjuklighet. Åtgärder för att förhindra tveksamheter finns och har utvecklats (2).

Information om åtgärder kan tillämpas bara om den är tillgänglig, men också förstådd, accepterad och tillämpad. Forskning om "Health Literacy" har visat att mer än en tredjedel av befolkningen har svårigheter att finna, förstå, kunna värdera och använda sig av informationen som är nödvändig för att hantera sin hälsa. Konsekvenserna är att myndigheter behöver skraddarsy informationen beroende på vilken grupp man vill nå. Det är också viktigt att utforma budskapen med jämlikhet i åtanke när dessa utformas. Vilka är de vulnerabla grupperna och vad behöver till exempel äldre, migranter och personer med funktionsnedsättningar? Några sådana rekommendationer specifikt för COVID-19 är:

- Ge informationen på ett lättfattligt sätt så att grupper med låg health literacy kan förstå genom att kommunikation ges genom till exempel animationer som förklarar vad virus är, vilken sjukdomsbild som skapas, hur smittvägar ser ut och hur man skyddar sig från smittan.
- Förklara klart och tydligt där målsättningarna med åtgärderna upprepas, för att skapa möjligheter att interventioner och rekommendationer kan ändras om ny kunskap erhålles som kan kräva nya och annorlunda åtgärder.
- Kommunicera ny kunskap och information utan att vara rädd för att ändra tidigare budskap om nödvändigt.
- Undvik att skambelägga, stryk istället under individens välinformerade ansvar för att visa solidaritet med vulnerabla befolkningsgrupper.

Att ta emot information är också en aktiv kognitiv process. I den selekterar mottagare informationen beroende på kontexten, känslor och selektiva val som leder till en selektion av information, en s.k. "selection bias", där vissa delar av informationen uppmärksammas mer än andra. I relation till COVID-19 är troligtvis negativ "information bias" viktigast, då man har en tendens att ge mer tyngd åt negativ information vilket resulterar i "katastroftänkande", medan en "positiv bias" kan leda till att man tror att man har mindre risk, med en orealistisk optimism. Informationen om COVID-19 sprids också via sociala media med falsk information och myter. En sådan myt från Donald Trumps twittrande är att virus med avsikt skapades i ett kinesiskt laboratorium. Att kontrollera källans tillförlitlighet, fact-checked, kan motverka myterna i den falska informationen.

Påverkan av organisationer och lokalsamhällen

Förebyggande av COVID-19-spridning bygger främst på information och uppmantran till befolkningen att tillämpa skyddande beteenden som, om du får förkylningssymptom, hosta och feber, stanna i karantän tills dess du är frisk. Om du tillhör en riskgrupp, stanna hemma och gå in i frivillig isolering. Men kanske skulle dessa utsagor från experter bli än mer effektiva om de kombinerades med kunskap från lokalsamhällets representanter. Erfarenheter från Ebolabekämpningen i afrikanska länder har visat att miljöer av tillit och lokala partners i arbetet mot smittspridningen var viktiga för att ge förståelse och utarbeta förändringsstrategier i lokalsamhällen. Sådant samarbete var också en viktig framgångsfaktor för att skapa följsamhet till givna råd och mobilisera lokalt engagemang.

Lokalt engagemang kan göra avgörande skillnad i utfallet av sjukdomen och stärka kompetensen att hantera de negativa effekter på samhället pandemin skapar på organisations- och lokalsamhällsnivån. När skolor, daghem, universitet, kontor, kyrkor, affärer, restauranter och sportanläggningar stängts, fungerar inte längre vanliga strukturer för hur människor organiserar sitt dagliga liv. Kommunikation och interaktioner kan till delar ersättas av digitala kontakter med webbmöten och e-learning-plattformar, men aldrig ersätta möten ansikte mot ansikte. Informella möten som gör mänskliga utbyten meningsfulla blir också svåra att göra online, samtidigt som många lokalsamhällen reagerar med solidaritet och ömsesidigt stöd. Något som krissituationer ofta tillskapar är nya möjligheter för organisationer och lokalsamhällen att omorganisera, för att återta kontrollen.

Hälsofrämjande (Health Promotion) har en lång tradition av stöd till organisationer och samhällen för att öka kontrollen av de faktorer som påverkar hälsa. I Ottawa Charter framhålls betydelsen av samhällsaktiviteter, i termer av behovskartläggning (samhällsdiagnoser), prioritering, gemensam planering, kompetenshöjande aktioner, lokala partnerskap, intersektoriellt arbete och främjande av delaktighet och socialt stöd (3). Alla dessa åtgärder syftar till samhällen med individer och organisationer som tillämpar sina färdigheter och resurser i kollektiva ansträngningar för att påverka prioriteringar för bättre hälsa.

Interventionsmodeller, strategier och fall exempel för framgångsrika samhällsförändringar och tillskapande av empowerment beskrivna av forskare och praktiker kan utgöra riktlinjer för åtgärder gentemot COVID-19-pandemin. På liknande sätt kan expertis i hälsofrämjande ge erfarenheter i hur stödjande miljöer för hälsa tillskapas, eller exempel på hur organisationer utvecklas för att lösa problem som relateras till hälsa. Bidrag kan också ges till stöd för att motverka effekter av pandemin i till exempel skolor, på universitet och arbets-

platser. Sådana aktiviteter finns i olika former, men innefattar vanligtvis olika former av organisationsutveckling som innehåller förändringar i fysisk miljö, organisationsstruktur, administration och förvaltning.

Lärdomar från COVID-19-krisen för hälsofrämjande

En sak som krisen runt pandemin tydliggjort är att infektioner kan utgöra ett allvarligt hot mot folkhälsa. I diskussionen om fokus för hälsofrämjande har ansträngningar gjorts att minska inriktningen på sjukdomsorientering för folkhälsovetenskap och hälsofrämjande och istället fokusera icke smittsamma sjukdomar där de bidragit till framsteg inom områden som tobaks- och överviktsprevention. Med undantag av HIV/AIDS har principer för hälsofrämjande inte utvecklats för smittsamma sjukdomar. En effekt av detta är att verksamma inom smittskydd ofta är omedvetna om de strategier och metoder som utvecklats inom hälsofrämjande (4), tillämpbara även för prevention av smittsamma sjukdomar. Men, för att utveckla hälsofrämjande till nytta för infektionsbekämpning behöver hälsofrämjande fokusera mer på interventionsforskning och förståelse för de processer för genomförande av interventioner, istället för studier av effekter och orsaker. Studier i delaktighet vid genomförande av interventioner behöver utvecklas och presenteras i vetenskapliga tidskrifter och i forskningsprotokoll.

En andra lärdom är att mänsklig hälsa inte är isolerad från andra djur. Det är konsensus om att Coronavirus kommer från djur. Hälsofrämjande har tidigare inte intresserat sig för zoonoser hos djur, men kanske behövs det.

En tredje lärdom från denna pandemi är att hälsofrämjande inte skall vänta till krisen finns där utan vara förberedd och redo att svara snabbt. För att kunna hantera en epidemi effektivt, krävs inte bara förståelse av viruset och hur det sprids, utan också kunskap om människors beslutfattande, organisationers agerande och hur samhället relaterar och reagerar. Forskare i hälsofrämjande bör lära från krislägen, analysera vad som ägde rum och dokumentera lärdomarna. Det finns studier från till exempel hanteringen av SARS-utbrotten som visar att förtroende och tillit för agerande från myndigheter var nyckelfaktorer för framgångsrik bekämpning i krissituationen (2). Sådan forskning är viktigt för att vi vid nya pandemier skall stå väl rustade.

2. Brister i äldreomsorgen

I en kulturartikel i DN den 1:a juni 2020 skrev Maria Schottenius en kulturartikel med titeln *Tilliten för värdefull att kastas bort på grund av brister hos vårdföretag och kommuner* (5). Hon skriver vidare: ”Sveriges vägval under coronakrisen diskuteras livligt. Självt tycker jag att det blivit extra tydligt vilket högt pris vi fått betala när äldrevår-

den privatiserats. Omsorgen har blivit sämre. Och kommunernas ansvar brister.” I artikeln diskuteras skillnaderna mellan de nordiska länderna i äldreomsorg. I Sverige är äldreomsorgen i högre grad privatägd jämfört med de nordiska grannländerna. Som forskningsobjekt är problemen med äldreomsorgen ett annat viktigt område för socialmedicin som COVID-19-pandemin satt i blyxtbelysning och vi hoppas att vi snart kan få presentera studier med sådan forskning.

Bo Rothstein tar i en debattartikel i DN den 3 juni upp samma tema under rubriken *Bristerna i äldreomsorgen kan sänka välfärdspolitiken* (6). Där skriver han: ”Om inte ett omfattande renoveringsarbete nu kommer till stånd kan det innebära slutet för det sociala kontrakt som den generella välfärdspolitiken i Sverige vilar på.” Han ger exempel på olika välfärdspolitik och beskriver den nordiska med fokus på offentligt finansierade, generella program riktade till breda befolkningsgrupper. Vidare diskuterar han olika förklaringar till skillnader i social- och välfärdspolitik och argumenterar för att hur sociala kontrakt mellan medborgare och staten uppfattas är avgörande. ”Medborgarna ställer upp på att betala en viss del av sina inkomster i skatt och staten utfäster sig att för dessa medel leverera olika nyttigheter.” Det viktiga i dessa sociala kontrakt är att medelklassen ställer upp på kontrakten, om inte så räcker inte medel till för att upprätthålla kvalitén för vård och omsorg. Han betonar också att ”även om det i många kommuner varit privata företag som på kontrakt har haft att utföra verksamheten så är det likväl kommunerna och Socialstyrelsen som har ansvaret för att kvaliteten i äldreomsorgen upprätthålles.”

3. COVID-19 och ”mellangruppen” med långvarig symtombild

I höstas presenterades vid Karolinska Institutet en avhandling av Martin Jonsö (7): *Sickness & Behavior in ME/CFS (Chronic Fatigue Syndrome)*. Detta var en av de första svenska avhandlingarna om ME/CFS. Kroniskt trötthetssyndrom/myalgisk encefalomyelit beskrivs som en allvarlig, kronisk och komplex multisystemsjukdom som ofta leder till kraftigt begränsad aktivitetsförmåga hos personer som drabbas. Redan år 1969 klassificerades den som en infektionsutlöst neurologisk sjukdom i WHO:s klassifikation av sjukdomar. Ett kardinalsymtom är s.k. *post-exertional malaise* (PEM), som innebär att symptom förvärras av fysisk eller psykisk ansträngning med en försämring som kvarstår i minst 24 timmar. Andra symptom är bl. a. smärta, influensaliknande symptom, yrsel, minnesproblematik och koncentrationssvårigheter. Jonsö:s arbete avsåg att undersöka faktorer som påverkar symtombilden och dess relation till funktionsnivå och livskvalitet. Men, även relatera funktionsnivå och symptom till utfall av olika inflammationsmarkörer. Under våren pågick också en debatt i Läkartidningen där Helmfrid och Eriksson i ett debattinlägg skrev att ”Vården använder kunskapsluckor som ursäkt för passivitet vid ME/CFS (8).”

Jonas Blomberg presenterade år 2016 i ett temanummer av Socialmedicinsk

tidskrift (9) en modell för hur ME/CFS kunde tänkas utvecklas och reste en rad frågor som borde ställas för att kunna ge ökad förståelse för sjukdomen (10). Det är vanligt att ME/CFS debuterar efter en infektion. En förklaringsmodell är att den leder till autoimmunitet som drabbar bland annat hjärna och energiomsättning. ME/CFS patienter har ofta ”Irritable Bowel Syndrome”, IBS. Vid den har hittats en förändrad tarmflora avseende både virus och bakterier. Dessutom har mikroläckage från tarmen till blodet observerats. En funktion hos tarmfloran är att bidra till utvecklingen av immunsystemet, ett antigen träningsystem som ibland leder till tolerans. Ett potentiellt skadligt immunsvaret mot antigener som korsreagerar med kroppsegna antigener kan då undvikas. Men om tarmfloran ändras, och mikroläckage uppstår, störs toleransutvecklingen. Därefter sker gradvis utveckling av autoimmunitet som beroende på genetik och mikrobiell exposition kan leda till samtidigt förekommande sjukdomar som fibromyalgi, sköldkörtelsjukdom och ortostatisk hypotension (svimningstendens vid upprättstående). Till slut kommer en avgörande infektion då autoimmunisering leder till ME/CFS. Förklaringsmodellen innehåller flera hypotetiska steg, men har fått stöd i senare forskning. Blomberg et al presenterade detta 2018 i *Frontiers in Immunology* (11). Jared Younger har nyligen utvecklat en metod att skanna hjärnans aktivitet och inflammationsstatus hos patienter med ME/CFS (12, 13) med hjälp av Magnetisk Resonans Spectroskopi. Denna metod ger nya förutsättningar både för diagnostik och behandling av ME/CFS.

Bragée reste i en debattartikel i *Dagens Medicin* under våren 2020 frågor i relation till detta. Rubriken för hans artikel var *ME/CFS kan öka dramatiskt efter pandemin* (14). Skälen är att ME/CFS har ett känt samband med virusutbrott. Samtidigt har gruppen av personer med långvariga fluktuerande febertillstånd efter COVID-19-insjuknande ökat dramatiskt under våren 2020. I Sverige har två nya facebookgrupper utvecklats med ca 10 000 medlemmar på kort tid, ”COVID-19, vi som är drabbade” och ”Vi som har/har haft Corona”. De har bl.a. yttrat sig i en replik till Hanne Kjöllér, ”Kjöllér spär på idén om att vi är inbillningsjuka” (15). Bragée spekulerar att till de redan ca 40 000 personer som har ME/CFS i Sverige kan ytterligare ca 20 000 personer läggas när vi ser resultatet av pandemin, vilket oroar även andra ME forskare (16).

Mot bakgrund av COVID-19 fortsätter *Open Medicine Foundation (OMF)* att fokusera på att skaffa den kunskap som behövs för att vinna kampen mot ME/CFS och andra kroniska, komplicerade sjukdomar (17). På grund av pandemin finns det idag en möjlighet att få en ökad förståelse för ME/CFS. Forskning i USA fokuserar framför allt på de med långvariga besvär och kvarvarande fluktuerande feber kopplade till olika typer av symptom. Detta borde man beforska även här i Sverige och inte raljera över som Hanne Kjöllér i DN:s ledare (18). I Sydsvenskan har man kunnat följa sådana s.k. ”mitemellan sjuka” vars

symptombild ser ut ungefär så här: Vecka 1. Huvudvärk som sedan kvarstod i fem veckor, svår smärta bakom bröstet, 38 graders feber. Extrem värk i benen. Vecka 2 och vecka 3. Kvarvarande tryck över bröstet. Stor trötthet och frossa, hög puls. Vecka 4. Tappade smak och lukt. Senare fyra dagar av dålig mage. Trycket över bröstet avtar. Vecka 5. Extrem muskelvärk i benen, varade i 4 dagar. Vecka 6. Trycket över bröstet återkom. Vecka 7. Svår värk, värme och svullnad av knäna, feber 38,1. Höll i sig i fyra dagar. Svårsläkta herpesblåsor i munnen. Vecka 8. Hela veckan i trötthetens tecken. Temperaturhöjning vid minsta aktivitet och rörelse. Vecka 9 och 10. Fortsatt värk i benen och handlederna. Därefter en enorm trötthet så fort personen gjort något.

Många berättar om likartade symptombilder och dessa grupper bör man följa inte bara i USA i nya studier. Det har hos barn också rapporterats om utbredda hyperinflammationstillstånd som kopplats till Covid-19, s.k Kawasakiliknande sjukdom (19). Detta illustrerar virusets många ansikten när det gäller olika inflammatoriska processer i kroppen.

4. Civilsamhällets reaktioner på pandemin

Det finns många perspektiv på Corona-19 krisen i vårt samhälle och ett sådant är ”Corona och det civila samhället”. Det är ett första temanummer som fokuserar det civila samhällets roll i den uppkomna Corona-krisen och dess följder och där vi hoppas få in artiklar den 15 augusti för utgivning under hösten. Hit välkomnas nu i första hand texter med en vetenskaplig ambition och med huvudsaklig grund i systematiserade faktiska omständigheter (empiri) eller teoretisk analys. Temanumret förväntas framför allt innehålla texter om aktiviteter och initiativ inom det svenska organiserade civila samhället i relation till Corona-krisen, men då vi vet att också informella insatser är betydelsefulla för området, är även sådana av intresse, liksom insatser av svenska organisationer utanför Sveriges gränser. Bidrag till temanumret kan till exempel diskutera enskilda civilsamhällesorganisationers initiativ för att stödja grupper av medborgare eller samhällseliga funktioner, men kan också handla om hur sådana organisationer omstrukturerar sin verksamhet för att möta den sociala distansering som det svenska samhället i skrivande stund uppmanas till. Redaktör för temanumret är professor Magnus Karlsson, Ersta Sköndal Bräcke högskola. E-post: magnus.karlsson@esh.se. Se annons sid 169.

*Bo J A Haglund
Professor och redaktör*

Referenser

1. Haglund B. J. A. *Corona, keris och möjligheter. Socialmedicinsk tidskrift.* (2020); 97: 5-7. <https://socialmedicinsk-tidskrift.se/index.php/smt/article/view/2147/2035>
2. Van den Broucke S. *Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa.* Health Promotion International (2020) ;35:181-6. <https://academic.oup.com/heapro/issue>
3. Nutbeam D. (1998) *Health promotion glossary.* Health Promotion International, 13, 349–364.
4. Ruland, E.C., Dinca, I. Curtis, V., Barry, M.M., Ekdahl, K. and Timen, A. *Learning from each other. Health Promoton meets Infections Diseases.* (2015) EUROHEALTH International. https://eupha.org/repository/sections/idc/04Ruland_Dinca_Curtis_Barry_Ekdl_Timen_03mar.pdf
5. Schottenius M. *Tilliten för värdefull att kastas bort på grund av brister hos vårdföretag och kommuner.* DN 1 juni 2020. <https://www.dn.se/kultur-noje/maria-schottenius-tilliten-for-vardefull-att-kastas-bort-pa-grund-av-brister-hos-vardforetag-och-kommuner/>
6. Rothstein B. *Bristerna i äldreomsorgen kan sänka välfärdspolitiken.* DN 2 juni 2020. <https://www.dn.se/debatt/bristerna-i-aldreomsorgen-kan-sanka-valfardspolitiken/>
7. Jonsö M. *Sickness & Behavior in ME/CFS (Chronic Fatigue Syndrome).* <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/46839>
8. Helmfrid S., Eriksson S. *Vården använder kunskapsluckor som ursäkt för passivitet vid ME/CFS.* (2020) Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2020/02/mecfs-finns-och-patienterna-behov-er-hjalp/>
9. Temanummer i socialmedicinsk tidskrift. *Medan livet går förbi – Om sjukdomen ME/CFS (Myalgiskencefalomyelit/Kronisketrötthetsyndrom).* (2016) Socialmedicinsk tidskrift 93: 341-469. <https://socialmedicinsk-tidskrift.se/index.php/smt/issue/view/112/showToc>
10. Blomberg J. *Infektionsutlöst autoimmunitet vid ME/CFS. En förklaringsmodell.* (2016) Socialmedicinsk tidskrift 93: 392-404. <https://socialmedicinsk-tidskrift.se/index.php/smt/article/view/1482/1257>
11. Blomberg J., Gottfries C-G., Elfaitouri A., Rizwan M., Rosén A. *Infection Elicited Autoimmunity and Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: An Explanatory Model.* (2018). Front. Immunol., 15 February 2018. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.00229>
12. Younger J. *How Brain Inflammation Causes ME/CFS* (2018). <https://www.omf.ngo/what-is-mecfs/>
13. Mueller C., Lin J.C., Sheriff S., Maudsley A.A., Yonger J.W. *Evidence of widespread metabolite abnormalities in Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: assessment with whole-brain magnetic resonance spectroscopy.* *Brain Imaging and Behavior* 14, 562–572 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11682-018-0029-4>. <https://link.springer.com/article/10.1007%2F11682-018-0029-4>
14. Bragée B. *ME/CFS kan öka dramatiskt efter pandemin* (2020) Dagens Medicin. Debattartikel. <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2020/04/28/mecfs-kan-oka-dramatiskt-efter-pandemin/>
15. Replik ledare: *Kjöllar spär på idén om att vi är inbillningssjuka.* <https://www.dn.se/ledare/replik-kjoller-spar-pa-iden-om-att-vi-ar-inbillningssjuka/>
16. ME action: *Researchers Expect COVID-19 will cause surge of chronic illness, including ME.* https://www.meaction.net/2020/05/10/researchers-expect-covid-19-will-cause-surge-of-chronic-illness-including-me/?utm_source=%23MEAction+Newsletter+2020&utm_campaign=135cbbcb52-EMAIL_CAMPAIGN_2019_05_13_06_57_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_f3c3e8823d

- 135cbbcb52-351782865&mc_cid=135cbbcb52&mc_eid=cf9004e1dd
17. <https://www.omf.ngo/what-is-mecfs/>
 18. Kjöllér H. *Covidgrupper på facebook håller på att odla fram en ny kultursjukdom*. DN ledare (2020). <https://www.dn.se/ledare/hanne-kjoller-covidgrupper-pa-facebook-haller-pa-att-odla-fram-en-ny-kultursjukdom/>
 19. Viner R.M. Whitaker E. *Kawasaki-like disease: emerging complication during the COVID-19 pandemic*. The Lancet (2020). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31129-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31129-6/fulltext)

CALL FOR PAPERS

Temanumret "Corona och det civila samhället" i Socialmedicinsk tidskrift, med planerad utgivning i november 2020, fokuserar det civila samhällets roll i den uppkomna Corona-krisen och dess följder.

Hit välkomnas nu i första hand texter med en vetenskaplig ambition och med huvudsaklig grund i systematiserade faktiska omständigheter (empiri) eller teoretisk analys. Temanumret förväntas framför allt innehålla texter om aktiviteter och initiativ inom det svenska organiserade civila samhället i relation till Corona-krisen, men då vi vet att också informella insatser är betydelsefulla för området, är även sådana av intresse, liksom insatser av svenska organisationer utanför Sveriges gränser. Bidrag till temanumret kan till exempel diskutera enskilda civilsamhällesorganisationers initiativ för att stödja grupper av medborgare eller samhällsliga funktioner, men kan också handla om hur sådana organisationer omstrukturerar sin verksamhet för att möta den sociala distansering som det svenska samhället i skrivande stund uppmanas till.

Artikelmanus registreras hos Socialmedicinsk tidskrift senast 15 augusti 2020. Varje manus kommer att granskas och bedömas av forskare (peer review). <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt>

Redaktör för temanumret är professor Magnus Karlsson, Ersta Sköndal Bräcke högskola. E-post: magnus.karlsson@esh.se