

LANDSTINGET BLEKINGES BEREDSKAPSPLAN FÖR PANDEMISK INFLUENSA. Uppdatering 2007

Förord

Sedan 1997 har WHO rekommenderat att medlemsländerna ska ha epidemiplaner för en världsomfattande influensa, en pandemi. Den nationella svenska planen kom från Socialstyrelsen i februari 2005; *Beredskapsplanering för en pandemisk influensa – Nationella insatser*. Den reviderades redan i september samma år huvudsakligen med att en Nationell pandemigrupp presenterades. Socialstyrelsen har också gett ut en handfast vägledning för huvudmännen; *Beredskapsplanering för en pandemisk influensa – Underlag för regional planering*. Dessa dokument har legat till grund för arbetet med Landstinget Blekinges plan. Kloka förslag har inhämtats från planer från andra landstings smittskyddsläkare. En grupp med bred representation har träffats vid tre tillfällen under hösten 2005. Vid det senaste tillfället var även representanter från primärkommunerna i Blekinge inbjudna för att få igång deras eget arbete.

Smittskyddsläkaren har också presenterat problemställningen vid ett möte med Länsstyrelsen, en myndighet som har en central roll vid en pandemi.

Avsnittet om Katastrofledningen på landstingsnivå och Krisledningsnämnden har skrivits av Ylva Haasum, beredskapsstrateg, landstingets kansli, avsnittet om hur primärvården föreslås arbeta i en pandemisituation har skrivits av Christer Borglin, planeringssekreterare i primärvårdsförvaltningen, och avsnittet om slutenvården skrevs av Ronny Pettersson, utredare i sjukhusförvaltningen. För den övriga texten svarar Rickard Eitrem, smittskyddsläkare, som även kompletterat en del i ovanstående avsnitt.

En revidering av Socialstyrelsens plan kom i februari 2007. Där finns WHO:s nya indelning av pandemifaser. Detta nödvändiggör att även denna landstingsplan uppdateras avseende detta. Dessutom har ett tillägg gjorts på sidan 8 och ett stycke har tagits bort på sidan 2.

Allmänt om influensa-pandemi

Influensa är en virusorsakad sjukdom som sprids mellan människor. Varje år har vi en mer eller mindre omfattande spridning. Sjukdomen kan inte utrotas eftersom den finns även i djurvärlden utan vi måste på olika sätt begränsa dess verkningar på människor och samhälle. Influenzavirus har egenskapen att kunna ändra sitt utseende (antigen) så att vårt immunsystem inte längre känner igen det. När detta sker så kan nya influensastammar uppstå och dessa kan ge upphov till en världsomfattande smittspridning, så kallad pandemi. Under 1900-talet har vi haft tre stora pandemier; Spanska sjukan 1918, Asiaten 1957 och Hong Kong influensan 1968. Vid dessa pandemier insjuknade mellan 20 och 50 % av befolkningen. Riskerna för att det s.k. fågelinfluensaviruset H5N1 skulle kunna bli orsaken till en pandemi är svårbedömda. Vi saknar idag kunskaper om ett sådant H5N1-virus kan förändras på ett sätt som skulle göra en pandemi möjlig.

En pandemisk smittspridning av influensavirus ställer stora krav på sjukvården och samhället. Det krävs en omfattande planering och behov av strukturerade åtgärder för att minska verkningarna av en sådan epidemi. Samverkan för planering såväl som åtgärder krävs mellan olika myndigheter. Målsättningen måste vara att patienterna vårdas på rätt vårdnivå och i görligaste mån i hemmet genom att erbjuda hemsjukvård.

Det övergripande nationella ansvaret ligger på Socialstyrelsen och med då samverkan med olika myndigheter som Smittskyddsinstitutet, Läkemedelsverket, Krisberedskapsmyndigheten,

Jordbruksverket och Sveriges Veterinärmedicinska Anstalt samt regionalt med landsting, länsstyrelser och kommuner.

Allmänt om Katastrofledning på landstingsnivå och Krisledningsnämnd

Katastrofmedicinsk beredskap för allvarliga händelser.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har landstinget skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Beredskapen behövs när det råder obalans mellan behov och tillgängliga resurser.

Med allvarlig händelse avses en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras på särskilt sätt.

Allvarlig händelse används som ett samlingsbegrepp inom hälso- och sjukvård, hälsoskydd, smittskydd och socialtjänst för olika typer av händelser inklusive risk för eller hot om sådana. Ett exempel på allvarlig händelse kan vara pandemi eller pandemihot.

Allvarliga händelser kan utgöra en svår påfrestning på samhället som får konsekvenser som innebär att lagen (2002:833) om extraordinära händelser i fredstid hos kommuner och landsting kan behöva tillämpas.

Ledning vid allvarlig händelse.

En allvarlig händelse kräver att sjukvården organiseras och leds av en särskild sjukvårdsledning, s.k. katastrofledning på landstingsnivå. Landstinget bör aktivera katastrofledning på landstingsnivå från och med WHO fas 4. Smittskyddsläkaren får en central expertroll i ledningen av landstingets samlade åtgärder. Katastrofledningen på landstingsnivå ska skapa förutsättningar för att resurserna används optimalt - även långsiktigt, leda och samordna verksamheten inom hela landstinget Blekinge, bedöma förväntat vårdbehov, inventera tillgängliga resurser, samverka med andra sjukvårdshuvudmän, myndigheter och organisationer samt ansvara för information internt och externt till anhöriga och massmedia.

Ledning vid extraordinär händelse.

Vid extraordinär händelse, då Landstinget Blekinge blivit eller riskerar att bli drabbat i egenskap av viktig samhällsfunktion kan Krisledningsnämnden överta den politiska ledningen av landstingets åtgärder och snabbt fatta beslut av övergripande, prioriterande eller ekonomisk karaktär. Vid behov sker samverkan med andra krisledningsnämnder i kommuner och/eller grannlandsting.

Pandemiperioder och -faser enligt WHO samt åtgärder

Tabellen beskriver de olika perioderna och faserna som en influensapandemi genomgår enligt WHO:s indelning. Det framgår av tabellen vem som har ansvaret för de definierade åtgärderna vid varje fas.

| <i>Period</i> | <i>Fas och åtgärder</i> |
|-----------------|--|
| Inter-pandemi | <p><u>WHO fas 1:</u> Inga nya influensa-subtyper har upptäckts bland människor.</p> <p><u>WHO fas 2:</u> En influensa-subtyp cirkulerar bland djur och utgör en risk för människor.</p> <p><u>Åtgärder:</u> Smittskyddsläkare följer information från nationell nivå och distribuerar den inom landstinget till landstingsledningen och förvaltningscheferna</p> |
| Pandemi-varning | <p><u>WHO fas 3:</u> Infektion med en ny subtyp hos människor men sällan spritts mellan människor.</p> <p><u>WHO fas 4:</u> Små anhopningar med begränsad smitta mellan människor.</p> <p><u>Åtgärder:</u> Smittskyddsläkare följer information från nationell nivå och distribuerar den inom landstinget till landstingsledningen och förvaltningscheferna. Uppdatering av planer via landstingets katastrofkommitté.</p> <p><u>WHO fas 5:</u> Större anhopning av fall men spridningen lokaliserad, påtaglig pandemisk.</p> <p><u>Åtgärder:</u> Smittskyddsläkare följer information från nationell nivå och distribuerar den inom landstinget till landstingsledningen och förvaltningscheferna. Uppdatering av planer. Kontakt med länsstyrelser om stöd för deras arbete med skyddet av samhällsviktiga funktioner. Rapportering av misstänkta influensafall. Smläk följer upp nationell info om: åtgärder vid landets gränser, handläggning av febersjuka från epidemiskt område, ökad provtagning på patienter med influensaliknande symtom, användning av tillgängliga antivirala läkemedel och vaccin.</p> <p>Landsting och kommuner ser över tillgången på vårdplatser och extrapersonal, aktualiserar planer om vårdhygien, tar initiativ till rapportering från primärvården och sjukhusen av nyinsjuknade, beläggning, personal och IVA-vårdade för influensa, planerar för prioriteringar, följer tillgången av personal för samhällsviktiga funktioner.</p> |

| | |
|--------------|--|
| Pandemi | <p><u>WHO fas 6:</u> Pandemi: ökad och oavbruten smitta mellan människor i samhället</p> <p><u>Åtgärder:</u> Landsting och kommuner ska sätta tidigare planering i verket, såsom: minska planerad verksamhet inom den slutna vården, överföra vårdresurser till hembesök och vård i hemmet, starta distribution av antiviraler och vaccin, starta rapportssystem från primärvården och sjukhusen av nyinsjuknade, beläggning, personal och IVA-vårdade för influensa, modifiera planeringen efter pandemins förlopp.</p> |
| Post-pandemi | <p>Återgång till interpandemisk period.</p> <p><u>Åtgärder:</u> Uppdatering av planer enligt erfarenhet av pandemin</p> |

Regional ansvarsfördelning

| <i>Problemställning</i> | <i>Ansvarig med resp. Uppgifter</i> |
|---|--|
| Krisledningsnämnd eller regional medicinsk katastrofledning | <p><u>Ansvarig:</u> Landstingsledningen, kommunledningen</p> <p><u>Uppgifter:</u> Vid en influensapandemi är det nödvändigt med en central styrgrupp som har överblick över situationen och som har mandat att besluta om omfördelning av resurser. Detta behov kan uppfyllas av en krisledningsnämnd eller regional medicinsk katastrofledning som den beskrivs i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.</p> |
| Epidemiledning | <p><u>Ansvarig:</u> Smittskyddsläkaren</p> <p><u>Uppgifter:</u> Fördelar tillgängligt influensavaccin och beredskapsläkemedel inom landstingsområdet efter riktlinjer från Socialstyrelsen. Följer nationell information under pandemins utveckling för att i möjligaste mån anpassa aktiviteter för att kontrollera pandemin. Sammanställer uppgifter som behövs för att bedöma pandemins effekter och dagligen rapportera dessa till krisledningsnämnden och ansvariga nationella myndigheter</p> |
| Omprioritering av sjukvård | <p><u>Ansvarig:</u> Katastrofledning på landstingsnivå eller Krisledningsnämnden</p> <p><u>Uppgifter:</u> Anpassar nationella riktlinjer gällande prioriteringar för lokalt arbete. Övergripande extern och intern information. Planerar för omställningen av sjukvården till att omfatta ”mycket akut” sjukvård. Uppdrar åt primärvården att kunna prioritera pandemiproblematik. Sjukhuset aktiverar befintlig vårdplatskoordinator. Inventerar och uppdaterar kontinuerligt vårdplatser</p> <ul style="list-style-type: none"> - tillgängliga vårdplatser inom befintliga sjukhus - speciella influensaavdelningar - tillgängliga isoleringsrum för akuta influensapatienter - eftervårdsplatser efter det smittsamma skedet - tillgängliga respiratorplatser och IVA platser - |

| | |
|---|---|
| <i>Problemställning</i> | <u>Ansvarig med resp. Uppgifter</u> |
| Personal | <p><u>Ansvarig:</u> Katastrofledning på landstingsnivå och Krisledningsnämnden</p> <p><u>Uppgifter:</u> Inventerar och utvärderar kontinuerligt användningen av personalresurserna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tillgång på extra personalresurser - omfördelning av kvalificerad personal för optimalt utnyttjande av tillgänglig kompetens, särskilt inom primärvården |
| Hemsjukvård, hembesök och telefonrådgivning | <p><u>Ansvarig:</u> Primärvården</p> <p><u>Uppgifter:</u> Minska belastningen på den slutna sjukvården genom att själva handlägga sjukdomsfallen. Planera för en kraftigt utökad hemsjukvård och hembesök i landstingets regi. Planera för utökad telefonrådgivning med en anpassning till de nationella riktlinjer som tas fram.</p> |
| Övervakning | <p><u>Ansvarig:</u> Smittskyddsläkaren</p> <p><u>Uppgifter:</u> Planera ett lokalt övervakningssystem för influensaregistrering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dagliga rapporter om epidemin lämnas av berörda till smittskyddsläkaren - Smittskyddsläkaren utarbetar riktlinjer för hur rapporteringen går till och vem som rapporterar med ledning av lokala och nationella behov av information - Övervakningen sker på samma sätt i hela landet och bestäms och samordnas av Socialstyrelsen |
| Vårdhygien | <p><u>Ansvarig:</u> Chefläkare, vårdhygien</p> <p><u>Uppgifter:</u> Vårdhygieniska enheten skall göra en lokal anpassning av de nationella riktlinjer som finns, för att minska den nosokomiala spridningen inom vårdenheterna såväl för de landstingsdrivna som de kommunalt drivna enheterna.</p> |
| Vaccinationsplan | <p><u>Ansvarig:</u> Smittskyddsläkaren</p> <p><u>Uppgifter:</u> Smittskydds enheten skall göra en vaccinationsplan för landstinget med hänsyn till tillgång på vaccin. Planen ska</p> <ul style="list-style-type: none"> - bygga på centrala direktiv för vaccin användning - kan komma att behöva revideras beroende på epidemins förlopp och tillgång på vaccin |
| Laboratorie- resurser | <p><u>Ansvarig:</u> Verksamhetschef laboriemedicin</p> <p><u>Uppgifter:</u> Inventera laborieresurser. Definierar prioriterade prover. Följa SMIs rekommendationer om nya tester. Redogör för aktuella rutiner på Fyren/motsv.</p> |
| Information | <p><u>Ansvarig:</u> Smittskyddsläkaren tillsammans med Katastrofledningen på landstingsnivå</p> <p><u>Uppgifter:</u> Utser kontaktperson från sjukvården som håller kontakt med medier. Ordnar regelbundna presskonferenser.</p> |

| | |
|----------------------------|---|
| <i>Problemställning</i> | <u>Ansvarig med resp. Uppgifter</u> |
| Ansvarsfördelning | <u>Ansvarig:</u> Katastrofledning på landstingsnivå <u>Uppgifter:</u> Klargör ansvarsfördelningen mellan - kommunal- och landstingsvård - öppen och sluten vård inom landstinget Slår fast vem som har kostnadsansvaret |
| Omhändertagande av avlidna | <u>Ansvarig:</u> Sjukhusledningen <u>Uppgift:</u> Samverkan mellan begravningsväsendet och kyrkan. Vid behov omställas patologi/obduktionsverksamheten. |

Prioritering av resurser

Prioriteringar av resurser kommer att bli aktuella både för verksamheter, inklusive sjukvård, och då inte minst för vaccin och antivirala läkemedel. Grundprincipen är att behandling av de grupper som löper störst risk att drabbas av allvarlig influensa prioriteras. Därefter prioriteras personer som kan riskera smitta dessa grupper samt personer i samhällsviktig verksamhet. Baserat på erfarenheter från tidigare pandemier kan man göra nedanstående prioriteringslista som har behandlats av Socialstyrelsens rådgivande nämnd för etiska frågeställningar.

- personer med hjärt-lungsjukdom eller annan bakomliggande sjukdom
- gravida kvinnor
- barn 6-23 månader
- personer över 65 år
- personal på akutmottagningar och infektionskliniker
- övrig sjuvpersonal och kommunal vårdpersonal
- personal inom övrig samhällsviktig verksamhet
- hushållskontakter till riskpatienter
- förskolebarn och skolbarn som inte ingår i annan riskgrupp
- friska personer mellan 18-64 år

Vaccination

Det vaccin som kommer att utvecklas för en pandemisk virus-stam kommer att skilja sig från vanligt influensavaccin. Ett pandemivaccin kommer bara att innehålla en virustyp (monovalent) och inte tre virustyper som normalt. Det kommer också sannolikt att innehålla en mindre mängd aktiv substans och ha nya förstärkningstillägg (adjuvans) så att det ska kunna räcka till fler personer. Vidare kommer det sannolikt att behövas två vaccindoser med några veckors intervall för att ge bästa skydd. Detta kommer att kräva en utvecklad logistik för själva vaccineringen samt för uppföljning av effekt och biverkningar. För att det ska bli möjligt med ett heltäckande datoriserat landstingsregister fordras Datainspektionens godkännande vilket blir en uppgift för centrala myndigheter.

Tillverkningen av vaccin kommer att ske under stark tidspress. Godkännande sker på EU nivå och en förberedd snabb-procedur finns.

Smittskyddsläkaren är huvudansvarig för vaccinationsfrågor. Det operativa ansvaret fördelas till ansvarig läkare inom respektive verksamhet. Primärvården kommer att få ansvar för att vaccinera sin personal samt ansvaret för populationsåtgärder.

Vaccinationsrekommendationerna vid en influensapandemi kommer av flera skäl att skilja sig väsentligt från dem som tillämpas under normala influensasäsonger genom att

1. tillgången på vaccin kommer att vara begränsad
2. andra grupper i samhället, t.ex. personer med samhällsviktiga funktioner kan behöva prioriteras
3. en ny virusstam kan betyda att andra grupper än normalt löper större risk att drabbas av allvarlig sjukdom och av det skälet kan behöva prioriteras.

Prioritering inför vaccination

Beroende på vilken tillgång vi får av eventuellt vaccin kan det vara vanskligt att ha en helt klar prioriteringsordning. Detta kommer att fastställas av Socialstyrelsen som kommer att sammankalla den nationella pandemigruppen och utarbeta prioriteringsplaner och fördelning av aktuellt vaccin. Viktigt är att vitala delar av sjukvården kan fungera varför sjukvårdspersonal på infektionskliniker och vårdcentraler sannolikt kommer att få högsta prioritet. Enligt på förhand uppgjorda listor kommer vårdpersonal att vaccineras. Likaså kommer personal i den kommunala omsorgsverksamheten att vaccineras.

Användning av antivirala medel

Samtliga tillgängliga antivirala läkemedel har en dokumenterad, om än begränsad, effekt mot influensa. Den aktuella planeringen bygger därför på ofullständig kunskap, läkemedlen aldrig provade i pandemisammanhang, och därför kan rekommendationerna för användningen att successivt behöva förändras.

Följande användningsområden beräknas i första hand komma ifråga under en pandemi: Riktad postexpositionsprofylax (behandling efter det man blivit utsatt för smitta), samt tidigt insatt behandling av sjuka, speciellt av personer med hög risk för komplikationer eller allvarligt förlopp. I första hand räknar man (år 2006) med att använda oseltamivir (Tamiflu[®]) i denna situation. Data vad gäller vanlig influensa tyder på en effekt med kortare sjukdomstid och en viss reduktion av sekundärkomplikationer.

Långtidsprofylax för personer med viktiga samhällsfunktioner. Vid en pandemi som drabbar stora delar av den arbetsföra befolkningen kan personer som har vitala samhällsfunktioner behöva skyddas. Det äldre virala läkemedlet amantadin (Virofral[®]) skulle kunna användas i denna population om den aktuella virustypen är känslig för dessa medel. Amantadin har dokumenterad effekt som profylax, resistensutvecklingen förväntas vara låg och få biverkningar har rapporterats i denna grupp av tidigare friska vuxna.

Vilka grupper som prioriteras för antiviral behandling/profylax kommer att bedömas efter tillgång på läkemedel och de karaktäristiska drag som pandemin har.

Beredskapslagring av läkemedel.

Ett nationellt lager av de antivirala läkemedlen oseltamivir (Tamiflu[®]) och amantadin (Virofral[®]) finns att tillgå. Utöver detta finns ett omsättningslager på 200 förpackningar oseltamivir på infektionskliniken samt sjukhusapoteket. Storleken på lagret är beräknat efter Socialstyrelsens rekommendationer (feb 2005).

Antibiotika är inte planerat för beredskapslagring men dessa läkemedel kommer vi att vid behov kunna rekvirera från Socialstyrelsens katastrof- och beredskapsenhet (08-55553000).

I öppenvård är det vanligt penicillin (PcV) som kommer att vara förstahandsbehandling vid bakteriell sekundärinfektion vid massinsjuknaden av influensa.

Plan för vaccination och antivirala läkemedel

Katastrofledningen på landstingsnivå och smittskyddsläkaren ska ha en plan för hur man ska prioritera användningen av vaccin och antivirala läkemedel för anställda inom sjukvården.

Om länsstyrelser och kommuner skriver SocS (avkortat/RE): Det är viktigt att länsstyrelser och kommuner redan nu identifierar vad som är samhällsviktig verksamhet i ett pandemiläge så att vacciner och antivirala mediciner kan prioriteras till personer inom sådan verksamhet.

Vid ett pandemiberedskapsmöte med kommunernas beredskapsmöte och landstingets säkerhetsrepresentant i augusti 2007 har smittskyddsläkaren föreslagit att det görs prioritetslistor avseende till vilka anställda vaccin resp. antiviral medicin ska reserveras.

Information

Smittskyddsläkaren, informationschefen på Landstingets kansli och Katastrofledningen på landstingsnivå samordnar och ansvarar för informationen internt och externt.

Hygienrutiner

Patient med misstänkt influensa läggs på eget rum, i första hand ska infektionskliniken beläggas. I övrigt får man tillgripa kohortvård och vissa avdelningar får bli influensaavdelningar enligt Blekingesjukhusets plan, se punkt 10. Socialstyrelsens dokument *Vårdrelaterad smittspridning vid pandemisk influensa – ett kunskapsunderlag* beskriver tidigare erfarenheter.

Primärvårdens uppgifter vid en pandemi

Socialstyrelsens underlag ”Beredskapsplanering för en pandemisk influensa – regional planering” ligger till grund för primärvårdens pandemiplanering. Enligt underlaget kommer belastningen på primärvårdens läkarmottagningar och distriktssköterskemottagningar öka markant vid en pandemi. Ett mått på ökningen, som anges av Socialstyrelsen, är att antalet patientbesök per dag beräknas öka med 8 besök/dag för ett upptagningsområde med 2.500 invånare. Naturligtvis kan ökningen bli mindre eller i värsta fall också bli större. Ökningen kan också variera mellan olika geografiska områden. Använder man Socialstyrelsens siffror skulle nedanstående antal besök per dag (avrundade siffror) avse pandemipatienter:

| | | |
|--------------------------|-------------------|-----------------|
| Karlskrona kommun | 61.150 inv | 200 besök |
| Ronneby kommun | 28.300 inv | 90 besök |
| Karlshamns kommun | 30.900 inv | 100 besök |
| Sölvesborgs kommun | 16.550 inv | 50 besök |
| <u>Olofströms kommun</u> | <u>13.500 inv</u> | <u>40 besök</u> |
| Blekinge totalt | 150.400 inv | 480 besök |

Varje vårdcentral måste således planera för ett ökat antal mottagningsbesök samt hembesök. Av varje primärvårdsområdes lokala katastrofplan skall framgå hur mottagningens samlade resurser

ska omfördelas vid en pandemi för att primärvårdsområdet ska kunna uppfylla nedanstående uppdrag.

Sjukvårdsrådgivning

Vid både en befarad och en konstaterad pandemi kommer antalet telefonsamtal till sjukvårdsrådgivningarna i länet öka kraftigt. Telefonrådgivningen kommer därmed få en stor betydelse för hur sjukvården som helhet kommer att klara av en pandemin.

Sjukvårdsrådgivningarna kan både ge egenvårdsråd samt ordna så att patienten kan få ett hembesök eller ett mottagningsbesök, om behov föreligger. Målsättningen bör vara att så få som möjligt ska behöva komma till vårdcentralen för att få vård. Det är därför extra viktigt att antalet sjuksköterskor i sjukvårdsrådgivningarna utökas samt att sjuksköterskorna i rådgivningarna erhåller kontinuerlig information kring pandemin. Lämpligt är att reservtelefonnummer för kontakt med epidemiledningen etableras.

Ordinarie sjukvårdsupplysning förstärks.

Särskild mottagning för patienter med influensaliknande sjukdomstillstånd

Varje vårdcentral ska kunna iordningställa en särskild mottagning för patienter med influensaliknande tillstånd. Mottagningen ska hållas åtskild från andra mottagningar inom vårdcentralen för att undvika spridning av smitta. Önskvärt är att mottagningen har en egen ingång och att personalen som bemannar mottagningen helt avdelas för detta.

Provtagning

Det sker hela tiden en utveckling av snabbdiagnostik avseende influensa. Vid en kommande pandemi kommer mikrobiologisk expertis att rekommendera bästa provtagnings-kit för sådan diagnostik. Diagnostiken kommer då i bästa fall att kunna ske nära patienten på vårdcentralen av där befintlig personal. Inledningsvis i en pandemi är det dock önskvärt med en traditionell virologisk diagnostik för att exakt kunna verifiera om det är aktuellt pandemivirus som kommit.

Hembesök

Primärvården måste verka för att så lite patienter som möjligt med influensaliknande tillstånd ska behöva komma till vårdcentralernas mottagningar för att få vård. Ett sätt att göra detta är att kraftigt utöka antalet hembesök. Hembesök ska kunna göras av både familjeläkare eller distriktssköterska eller då behov finns av särskilda hembesöksgrupper bestående av distriktsläkare och distriktssköterska. Samverkan med kommunens vårdpersonal måste också intensifieras under en pandemi, så att de samlade resurserna används på bästa möjliga sätt.

Resurser

Hur många familjeläkare, distriktssköterskor eller hembesöksgrupper varje primärvårdsmottagning kan ställa upp med beror på hur mycket personal, som finns att tillgå. Av den lokala katastrofplanen ska framgå hur ökningen av antalet rådgivningssamtal och besök (mottagningsbesök och hembesök) ska kunna lösas under olika faser av pandemin (se vidare Socialstyrelsens underlag för regional planering). Vidare ska det av planen framgå hur tillgängliga resurser (personal, utrustning, lokaler och bilar m.m) bäst ska fördelas, så att både pandemins och primärvårdens övriga patientgrupper får bästa möjliga vård.

Rapportering / remittering

Är någon influensasjuk person i behov av slutenvård är det berörd familjeläkaren som remitterar över personen till slutenvården enligt uppgjorda rutiner. Familjeläkaren kan ta kontakt med den befintliga vårdplatskoordinatör inom slutenvården innan en patient inremitteras.

Vaccination av befolkningen

Beslutas det att vaccination ska ske av hela eller stora delar av befolkningen är det lämpligt att detta sker i primärvårdens regi. Om behov finns ska hjälp kunna rekvireras från slutenvården. Det ska av primärvårdsområdenas lokala katastrofplaner framgå hur en sådan massvaccination ska kunna organiseras och genomföras.

Åtgärder inom slutenvården

Strategin från sjukhusets sida att möta en större influensaepidemi innebär att vi ska försöka koncentrera vården av de influensasjuka till fysiskt avgränsade enheter. Samtidigt kan vi då bedriva den övriga vården, och då framför allt den akuta vården, i normal omfattning i så stor utsträckning som möjligt.

Huvudsyftet med strategin är således att minska risken för smittspridning inom sjukhuset. För att uppnå detta syfte kommer vi i flera fall att utnyttja möjligheten att belägga flertalet vådrum med två eller flera patienter.

Nedanstående planering utgår från den beräkning som finns i Socialstyrelsens underlag till ”Beredningsplanering för en pandemisk influensa – underlag för regional planering.” daterad februari 2007. I denna plan antas att det finns ett extra vårdbehov motsvarande ca 50 vårdplatser/100.000 invånare under en sexveckorsperiod. Under kortare tider bör det finnas möjlighet till att dubbla antalet vårdplatser.

Steg 1: En pandemi är konstaterad och sjukhuset behöver bereda patienter plats.

Influensamottagningsverksamheten bedrivs inom infektionsklinikens ordinarie mottagningsverksamhet i särskilt avdelad mottagningsrum och av särskilt avdelad mottagningspersonal.

Infektionsklinikens avd 61:s vårdplatser tas i anspråk samtidigt som den ordinarie infektionssjukvården bedrivs inom avdelningen. Enstaka patienter som är i behov av respiratorvård vårdas på isolerings-salar inom intensivvårdsavdelningen, Karlskrona.

Sjukhuset mobiliserar för ett större utbrott genom att dra ner på sin planerade verksamhet vid enheten i Karlskrona. Under en ”normal” sjudagarsperiod uppskattas att ca 60 patienter skrivs ut efter planerad vård. Detta görs med avsikt att kunna möta utvecklingen i steg 3 som innebär att enheten i Karlshamn kommer att reducera sin planerade verksamhet. Genom en reduktion av den planerade verksamheten i Karlskrona underlättas en eventuell överflyttning av patienter från Karlshamn.

Steg 2: Pandemin tilltar i omfattning

När pandemin kan antas öka i omfattning ska hela mottagningsenheten vid infektionskliniken samt avdelning 61 utnyttjas för patienter som drabbats av epidemin. Avdelning 61 disponerar 20 vådrum och har plats för 40 patienter.

Inneliggande patienter på kirurgklinikens avdelning 48 evakueras till andra vårdavdelningar på sjukhuset eller skrivs ut till eget boende om detta är möjligt.

Kirurgklinikens avd 48 tar över funktionen som infektionsavdelning för den ordinarie infektionssjukvården. Avd 48 har 14 vådrum med följande fördelning

4 stycken 4-patientrum
5 stycken 2-patientrum
5 stycken 1-patientrum

Enheten i Karlshamn förbereds för att möta vårdbehovet vid en eventuell utvidgning av influensan genom att införa intagningsstopp på vårdavdelningarna. De patienter som är inneliggande på enheten färdigvårdas enligt den vårdplan som föreligger. Uppskattningsvis skrivs det ut ca 20 patienter under en vecka.

Gamla rehabmottagningen, plan 3 byggnad 25, fungerar som infektionsmottagning. Detta medför att nuvarande nyttjare av dessa lokaler d.v.s Resursenhet, OVK-team, samtalsrum för präster samt läkarexpeditioner får erbjudas annan plats inom sjukhusområdet.

Patienter som misstänks vara bärare av MRSA eller liknande isoleringskrävande tillstånd hänvisas till ett av de akutrum som finns på mottagningsenheten i byggnad 28.

Hudmottagningen, som är förlagd till övre plan i byggnad 28, stängs och verksamheten koncentreras till Karlshamn.

Steg 3: Pandemin tilltar och vårdplatsbehovet överstiger 40.

Inneliggande patienter vid de vårdavdelningar som är belägna i "höghuset" dvs byggnad 5, vid enheten i Karlshamn flyttas till enheten i Karlskrona. Uppskattningsvis rör detta sig om totalt ca 60 patienter.

Byggnad 5, höghusdelen, disponeras för epidemisjukvård. Följande fysiska resurser finns i byggnaden:

| | |
|----------------|--|
| Våningsplan 3 | inrymmer 4 IVA-platser samt 15 post-opplatser |
| Våningsplan 4 | inrymmer avd C med 15 vårdplatser varav 10 HIA |
| Våningsplan 5 | inrymmer ortopedmottagning |
| Våningsplan 6 | inrymmer kirurgvårdavdelning med 20 vårdplatser |
| Våningsplan 7 | inrymmer ortopedvårdavdelning med 20 vårdplatser |
| Våningsplan 8 | inrymmer medicinvårdavdelning med 20 vårdplatser |
| Våningsplan 9 | inrymmer medicinvårdavdelning med 20 vårdplatser |
| Våningsplan 10 | är ett vakant våningsplan med möjlighet att inrymma ca 20 vårdplatser. |

Detta hus ger således möjlighet att inrymma ca 130 vårdplatser. Våningsplan 5 kommer att användas för epidemins mottagningsverksamhet.

Inneliggande influensapatienter på avdelning 61, byggnad 28, förs över till Karlshamn och epidemiverksamheten överförs till Karlshamn i sin helhet.

Byggnad 28 återgår till att vara avdelning för den ordinarie öppna och slutna infektionssjukvården i länet. Hudmottagningen stänger sin verksamhet i Karlshamn och öppnar verksamheten i sina ordinarie lokaler i Karlskrona.

Om behov finns av ytterligare vårdplatser får dessa inrymmas i nuvarande rehabvårdavdelning i Karlshamn med möjlighet till 20 – 22 vårdplatser.