

1 mars 2005

AB0503-29

Bitr landstingsdirektör
Göran Stiernstedt
Hantverkargatan 45
Landstingshuset

Planeringsläget inom Stockholms läns landsting inför en befarad influensapandemi

Bakgrund

Influensa A-sjukdomens utbredning följer vanligen två olika epidemiologiska mönster. Vanligast är säsongvis (på norra halvklotet under vinterhalvåret) uppträdande epidemier beroende på spridning av virus med gradvis förändrade egenskaper, såsom antigen drift. Många saknar eller har begränsad immunitet av den nya virusvarianten, som därigenom kan förorsaka anhopning av fall. Andelen sjuka i befolkningen brukar variera mellan 2 och 15 % och dödligheten är vanligen <1 %.

Det andra epidemiologiska mönstret är den globala spridning, pandemier, som kan följa efter uppkomsten av helt nya genetiska varianter av virus, såsom skiftet. Pandemier uppstår med många års oregelbundna intervall och medför en sjuklighet hos mellan 20 och 30 % av befolkningen och ett ökat antal dödsfall. Under 1900-talet förekom tre stora pandemier, "Spanska sjukan" 1918-1919, "Asiaten" 1957 och "Hong-Kong" 1968, och två mindre pandemier 1948 och 1977. Barn och ungdomar, som saknar immunologisk erfarenhet av influensa, har som regel den högsta sjukdomsincidensen medan de äldre oftare drabbas av komplikationer.

Högpatogen aviär influensa (HPAI) är en sjukdom med hög spridningsbenägenhet och dödlighet hos fåglar, såsom fågelinfluensa. De senaste 10 åren har ett antal utbrott av HPAI förekommit i främst Sydostasien och en speciell variant, A/H5N1, har sedan 2003 rapporterats från totalt nio länder i detta geografiska område. Trots att miljontals fåglar insjuknat har till exempel den 28 januari 2005 endast 55 humanfall rapporterats (från Thailand, Vietnam och Kambodja) varav 42 dödsfall. Den höga dödligheten kan vara en grov överskattning eftersom det saknas data från personer med lindrigare sjukdomsbild.

Med största sannolikhet kommer en ny influensapandemi av humant ursprung för eller senare och eftersom det är många år sedan detta inträffade befarar många att den uppträder snart. Det finns spekulationer att det virus som orsakar den nu pågående fågelin-

fluensan i Sydostasien skulle kunna förändras genetiskt och därigenom ge upphov till en pandemi. Detta innebär dock inte att ett sådant förändrat virus har samma höga dödlighet för människor som det virus som idag är anpassat främst för fåglar. Tiden från det att ett nytt virus identifierats och till dess att epidemin drabbar Sverige blir troligen kort, ca 3–4 månader. Det beräknas ta minst 2–6 månader innan ett anpassat vaccin kan finnas tillgängligt för allmänt bruk.

Socialstyrelsen har den 15 februari 2005 presenterat ”Beredskapsplanering för en pandemisk influensa” med såväl planer för nationella insatser som underlag för regional planering (www.socialstyrelsen.se).

Beredskapsplanering inom Stockholms läns landsting

Smittskyddsläkaren ansvarar för att utarbeta en lokal tillämpning av influensapandemiplanen och leda smittskyddet under en pandemi. Stockholms läns landsting har en epidemiberedskapsplan som utarbetats i ny upplaga år 2002 (www.smittskyddsenheten.nu). I denna ”ramplan” finns ett avsnitt om beredskap vid en hotande influensapandemi. Under SARS-epidemin 2003 utarbetades regionala riktlinjer för omhändertagande av såväl misstänkt som verifierat smittade personer. Ett handlingsprogram för vården om omhändertagande av allvarlig känd eller oklar luftvägssmitta, t ex SARS-liknande sjukdom eller fågelinfluensa, har tagits fram. Med Socialstyrelsens beredskapsplan som underlag kan nu även en mer detaljerad regional planering för en influensapandemi påbörjas för länet.

Hotbilden

Vid en influensapandemi kommer såväl sjukhusen som primärvården att vara kraftigt överbelastade. Vårdpersonalen kommer att vara borta från arbetet pga sjukdom och det kommer att vara brist på vaccin, antivirala medel och sjukvårdsplatser under minst 6–8 veckor. En pandemi får också stora konsekvenser på andra sektorer i samhället med minskad arbetskraft inom olika områden (bilaga 1).

Enligt beräkningar kommer inom Stockholms län (baserat på en befolkning på 1,8 miljoner).

- upp till 1,3 miljoner personer att bli utsatta för smitta
- mellan 260 000 – 665 000 att bli kliniskt sjuka
- mellan 120 000 – 300 000 att behöva öppen vård
- mellan 2 000 – 5 300 att behöva sjukhusvård
- mellan 600 – 2 000 personer att dö.

Detta innebär att i medeltal 230–620 sjukhussängar varje dag under ca 2 månader kommer att vara belagda med influensapatienter, vilket betyder att minst 10–25 vård-

avdelningar behövs för denna vård. Pressen på den öppna vården och hemsjukvården kommer att bli mycket stor.

Planerade åtgärder

Övervakning

- Smittskyddsläkaren bevakar kontinuerlig det världsepidemiologiska läget via information från WHO, Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen.
- Övervakningssystem för influensa sker genom sentinelövervakning (som kommer att utökas till att omfatta alla lokalt smittskyddsansvariga läkare i länet) och laboratorierapportering.
- Misstänkta och säkerställda fall rapporteras till Smittskyddsinstitutet.

Slutenvård

Målsättningen måste vara att patienterna vårdas på rätt vårdnivå och att man i möjligaste mån vårdar i hemmet genom att erbjuda hemsjukvård. En utökad sjukvårdsupplysning och rådgivning måste upprättas i varje kommun.

Man kan se pandemiberedskapsplaneringen för den slutna vården i tre steg:

1. Enstaka fall av misstänkt pandemisk influensa. Här räcker sannolikt befintliga resurser på infektionsenheterna.
2. Ökande fall av misstänkt pandemisk influensa. Här behövs tillgång till isoleringsrum innan diagnos fastställts. I detta läge kan man behöva tömma infektionsklinikerna på icke smittsamma patienter och frigöra platser på andra kliniker. Det kan röra sig om ca 50 platser för vardera Karolinska Solna/DS och Karolinska Huddinge.
3. Vid en fulminant pandemi med flera hundra/tusen sjuka krävs en omfördelning av vårdresurser och extra personalresurser. Brist på isoleringsrum kan medföra att patienter med influensaliknande symtom kan behöva vårdas i samma rum innan säker diagnos fastställts.

Landstinget (krisledningsutskottet eller CMKL) och kommuner ansvarar för denna "omställning" av vården, utifrån skattningen av antal sjuka (se ovan).

- Smittskyddsläkaren har gjort en inventering av antalet slutenvårdsplatser i länet (bilaga 2) och samtliga chefläkare vid akutsjukhusen har ombetts presentera sina lokala epidemiberedskapsplaner, som grund för den regionala planeringen. Dessa har varit av varierande kvalitet och planer för Karolinska Solna och Södertälje sjukhus saknas fortfarande.

- En grupp, under ledning av Smittskyddsläkaren, med representanter från infektionskliniken, barnkliniken samt vårdhygieniska enheten på Karolinska Universitetssjukhuset har föreslagit en strategi som grovt innebär att:
 1. Utifrån beräkningarna av vårdbehovet enligt ovan friställa vårdavdelningar för influensasjuka på varje akutsjukhus enligt den lokala planen, som måste upprätthållas under minst 6–8 veckor.
 2. Avdela en eller flera sjukhusnära vårdcentraler för ”sortering” av misstänkta influensapatienter till vård i hemmet eller slutenvård.
 3. Tillse att varje akutmottagning har minst ett rum med sluss och ingång utifrån för misstänkt influensasjuka.
 4. Tillse att varje akutmottagning har möjlighet att ”sortera” patienter innan de kommer till väntrum, t ex via en sluss med telefonförbindelse, för att hindra smittspridning.
 5. Tillse att varje akutsjukhus inklusive Astrid Lindgrens Barnsjukhus och Barnens Sjukhus har möjlighet att vårda minst 2–4 patienter på intensivvårdsavdelning med eget rum och sluss/förrum. Det är viktigt att i planen även beakta hur barnsjukvården ska organiseras vid eventuell epidemi.
 6. Tillse att eftervårdsplatser finns tillgängliga efter det smittsamma skedet.

Denna strategi kommer under våren 2005 att presenteras för katastrofmedicinska rådet och landstingsledningen.

Öppen vård

Primärvården måste ansvara för:

- att kunna ta emot det ökande antal sjuka enligt beräkningarna ovan.
- ha planering för en kraftigt utökad hemsjukvård och hembesök för att minska belastningen på vårdcentraler och akutsjukhus.
- snabbt kunna utöka telefonrådgivningen.

Vaccination

Det tar 6–8 månader från det att en ny stam identifierats tills vaccinproduktion kommer igång. Vilken virusvariant som blir nästa pandemistam är okänt. Någon lagring av vaccin är således inte möjlig. Eftersom tillgången på pandemivaccin kommer att vara begränsad, åtminstone i början av pandemin, kan gällande vaccinationsrekommendationer behöva omprövas. Enligt Socialstyrelsens bedömning krävs någon form av centraliserat upphandlingsförfarande av vaccin. Smittskydds-läkaren kommer att följa den prioriteringslista som presenterats av Socialstyrelsen och som också i stora drag går att läsa i landstingets epidemiberedningsplan.

- Målen är att skydda. 1. personer med störst risk för komplikationer och dödlighet; 2. upprätthålla god hälso- och sjukvård, vitala samhällsfunktioner och effektiv bekämpning av pandemin; 3. förhindra spridning av influensa till medicinska riskgrupper; 4. skydda grupper av befolkningen som visat sig ha högst risk för insjuknande.
- Socialstyrelsen avser att med stöd av Krisberedskapsmyndigheten, utarbeta ett stöd för det lokala prioriteringsarbetet.
- Smittskyddsläkaren kommer utifrån dessa nationella riktlinjer att tillsammans med länsstyrelse och kommun göra en inventering av de grupper i länet (medicinska riskgrupper, samhällsviktiga funktioner) som kan behöva vaccineras.
- När prioriterade grupper har definierats kommer detaljerade planer att utarbetas för att kunna vaccinera dessa grupper med kort varsel.
- Om tillgången på vaccin blir god kan massvaccination av större befolkningsgrupper komma ifråga. En plan för detta kommer att utarbetas. Genom den fleråriga erfarenheten i SLL att vaccinera ca 150 000 pensionärer mot influensa varje höst finns ett uppbyggt nätverk av mottagningar med stor vana att vaccinera många personer under kort tid.

Antivirala medel

- Socialstyrelsen har definierat möjliga användningsområden för antivirala läkemedel vid ev. influensapandemi och även bedömt att ytterligare beredskapslagring bör ske.
- Även här kommer en regional planering ske utifrån de kommande nationella riktlinjerna avseende vilka grupper som i första hand ska behandlas med dessa medel.
- Sjukvårdshuvudmännen bör hålla omsättningslager av i första hand oseltamivir i en volym som motsvarar ca fem års normal användning av läkemedlet.
- Beräkning av denna volym kommer att göras vid avslutningen av årets influensasäsong.
- Landstinget har idag inga lager för mediciner, utan en plan måste tas fram för hur ett sådant omsättningslager ska organiseras.

Antibiotika och andra läkemedel

- Många patienter kommer att få sekundära bakteriella infektioner.
- Behovet av antibiotika kommer att öka.
- Behovet av läkemedel för lung- och hjärtsjukdomar kommer att öka.
- Beredskapsläkemedel kan beställas från Socialstyrelsen via Tjänsteman i beredskap (TiB).

1 mars 2005

AB0503-29

- Landstinget bör se över sin beredskap för att hantera en brist eller ökad konsumtion av dessa läkemedel.

Åtgärder vid landets gränser

Smittskyddsläkaren har utarbetat en allmänt hållen epidemiberedskapsplan för Arlanda flygplats och följer upp nationell information om ev. övriga åtgärder vid en influensapandemi.

Laboratorieresurser

Ansvar för inventering av laboratorieresurser och definiering av prioriterade prover åligger klinikledningen på respektive laboratorium.

Information

- Information till vården, allmänheten, media vid en pandemi planeras ske i samråd med CMKL och i enlighet med nationella direktiv.
- Vårdguiden och Smittskyddsenshetens hemsida kommer kontinuerligt att uppdateras.
- Regelbundna presskonferenser kan komma att samordnas med CMKL.

Omhändertagande av döda

Ansvarsförhållandet mellan landstinget och länets kommuner för omhändertagandet av döda måste klargöras. Enligt Socialstyrelsens underlag för regional planering ansvarar respektive sjukhusledning för kontakter med begravningsväsende och kyrkan för att vid behov kunna utöka kapaciteten när det gäller omhändertagande av döda i avvaktan på kremering/begravning.

Stockholm som ovan

Åke Örtqvist
Smittskyddsläkare

Bo Svenungsson
bitr smittskyddsläkare

1 mars 2005

AB0503-29

För kännedom:
Ulla Pousette, LSF